Marietta Janowicz-Lomott
Ewa Spigarska
Ireneusz Dąbrowski
Krzysztof Łyskawa

FINANSE UBEZPIECZEŃ

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

FINANSE UBEZPIECZEŃ

Marietta Janowicz-Lomott
Ewa Spigarska
Ireneusz Dąbrowski
Krzysztof Łyskawa

FINANSE UBEZPIECZEŃ

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
Gdańsk 2020

Recenzent
prof. dr hab. Kazimierz Ortyński

Redaktor Wydawnictwa
Michał Staniszewski

Projekt okładki i stron tytułowych
Joanna Śmidowicz

Skład i łamanie
Mariusz Szewczyk

Publikacja sfinansowana ze środków projektu PROgram Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego (ProUG) realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na podstawie umowy nr POWR.03.05.00-00-Z308/17-00, zawartej pomiędzy Narodowym Centrum Badań i Rozwoju a Uniwersytetem Gdańskim w dniu 11.12.2017 roku

© Copyright by Uniwersytet Gdański
Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-231-1

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel.: 58 523 11 37; 725 991 206
e-mail: wydawnictwo@ug.edu.pl
www.wyd.ug.edu.pl

Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

Druk i oprawa
Zakład Poligrafii Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel. 58 523 14 49

Spis treści

Wstęp 7

Rozdział I
Ekonomiczne podstawy podejmowania decyzji w warunkach ryzyka 11

1.1. Losowość: ryzyko i niepewność 11
1.2. Prawdopodobieństwo i wartość oczekiwana 17
1.3. Paradoks petersburski 19
1.4. Teoria użyteczności oczekiwanej 20
1.5. Działalność w warunkach asymetrii informacyjnej 26
1.6. Pokusa nadużycia 29
1.7. Negatywna selekcja 31
1.8. Ryzyko w działalności zakładu ubezpieczeń 33

Rozdział II
Finansowe aspekty działalności ubezpieczeniowej 49

2.1. Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe i podstawowe zasady jego działania na polskim rynku ubezpieczeń 49
2.2. Specyfika działalności finansowej zakładu ubezpieczeń 53
2.3. Składka ubezpieczeniowa jako podstawowe źródło przychodu zakładu ubezpieczeń 56
2.4. Kapitały w przedsiębiorstwach ubezpieczeniowych 66
2.4.1. Kapitały własne 68
2.4.2. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe jako podstawowe kapitały obce . 70
2.5. Działalność lokacyjna zakładu ubezpieczeń 81

Rozdział III
Zastosowanie reasekuracji w zarządzaniu zakładem ubezpieczeń 87

3.1. Gospodarcze znaczenie reasekuracji 87
3.2. Rola reasekuracji w branży ubezpieczeniowej 91
3.3. Reasekuracja a zarządzanie ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń 98
3.4. Charakter prawny umów reasekuracji 99
3.5. Typy umów w reasekuracji klasycznej 104
3.5.1. Podział umów według kryterium prawnego 104
3.5.2. Podział umów według kryterium technicznego – umowy proporcjonalne 107
3.5.3. Podział umów według kryterium technicznego – umowy nieproporcjonalne 116
3.6. Metody i narzędzia alternatywne do tradycyjnej reasekuracji 123

Rozdział IV
Wypłacalność zakładów ubezpieczeń 129

4.1. Pojęcie wypłacalności zakładu ubezpieczeń 129
4.2. Sytuacja i zmiany na rynku ubezpieczeń – konieczność nowego podejścia do wypłacalności 131
4.3. Solvency II – założenia i konstrukcja systemu 138
4.3.1. Wymogi ilościowe w systemie Solvency II 140
4.3.2. Wymogi jakościowe w Solvency II 150
4.3.3. Filar III – ujawnienia 156

Rozdział V
Sprawozdawczość ubezpieczeniowa 157

5.1. Istota sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń 157
5.2. Sprawozdawczość statutowa 165
5.3. Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej 188

Rozdział VI
Analiza finansowa działalności ubezpieczeniowej 193

Bibliografia 209

Spis rysunków 217

Spis tabel 219

Wstęp

Podstawowym zadaniem zakładów ubezpieczeń jest świadczenie ochrony ubezpieczeniowej dla swoich klientów. Z jednej strony jest to działalność biznesowa, z drugiej zaś ma ona charakter szczególny – za składkę ubezpieczeniową ubezpieczający nabywają niejako obietnicę wypłaty świadczenia w momencie, gdy zajdzie zdarzenie losowe objęte ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciele mierzą się zatem z ryzykiem ubezpieczeniowym (klienta), ale jednocześnie, jak każdy podmiot gospodarczy, są narażeni na ryzyko prowadzonej działalności i funkcjonowania na rynku.

Działalność finansowa zakładów ubezpieczeń jest odmienna od działalności innych podmiotów gospodarczych. W zakładach ubezpieczeń mamy do czynienia z odwróconym cyklem produkcyjnym – w pierwszej kolejności osiągane są przychody (składki), a w dalszej perspektywie ponoszone są zasadnicze koszty – odszkodowań i świadczeń, które stanowią o faktycznym wyniku finansowym ubezpieczyciela. Działalność ubezpieczeniowa to jednak nie tylko prosta, bezpośrednia redystrybucja środków, ale też – dla zapewnienia wypłacalności zakładu ubezpieczeń – wypełnianie wymogu tworzenia kapitałów i rezerw czy cedowanie części ryzyka na reasekuratora.

Specyfika działalności finansowej zakładów ubezpieczeń oraz produktu ubezpieczeniowego powoduje, iż problematyka wypłacalności zakładów ubezpieczeń jest jednym z podstawowych obszarów ingerencji (regulacyjnej i nadzorczej) państwa w rynek ubezpieczeniowy. Główną determinantą działalności finansowej zakładów ubezpieczeń na europejskim rynku ubezpieczeniowym jest obowiązująca od 1 stycznia 2016 r. dyrektywa

Solvency II[1], która ma gwarantować stabilność i konkurencyjność unijnego sektora ubezpieczeń, świadczyć o wysokim stopniu jego zaawansowania i odporności na ewentualne kryzysy. Jej transpozycją do polskiego prawa ubezpieczeniowego jest ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U., poz. 1844, dalej: ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Prezentowana monografia stanowi kompleksowe podejście do zagadnienia finansów zakładów ubezpieczeń. Głównym zagadnieniem badawczym są zasady funkcjonowania gospodarki finansowej ubezpieczyciela, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu nowych regulacji prawnych na zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń. Celem monografii jest uwypuklenie w tym obszarze różnić pomiędzy zakładami ubezpieczeń a podmiotami gospodarczymi funkcjonującymi w sferze usług niefinansowych. Zakres monografii opracowany został z punktu widzenia jej przydatności w procesie podejmowania decyzji wpływających na wyniki finansowe zakładów ubezpieczeń.

Rozważania rozpoczęto od ekonomicznej koncepcji ryzyka (rozdział I). Wyjaśniając kwestię losowości (obejmującej ryzyko i niepewność), wskazano, iż umiejętne zarządzanie podmiotem gospodarczym w jej warunkach jest kluczowe w aktywności ekonomicznej tego podmiotu. Ukazano też różnice w podejściu do ryzyka na podstawie teorii użyteczności oczekiwanej. Rozważania na temat ryzyka i zarządzania w warunkach ryzyka z punktu widzenia klienta uzupełniono także o wskazanie całego spektrum kategorii ryzyka, z którym mierzy się zakład ubezpieczeń funkcjonujący w otoczeniu gospodarczym.

W kolejnym kroku (rozdział II) przeprowadzono analizę regulacji prawnych rynku ubezpieczeń wpływających na działalność zakładów ubezpieczeń (w tym działalność finansową) oraz ukazano główne aspekty zarządzania finansami ubezpieczyciela. Następnie w rozdziale III określono znaczenie reasekuracji w zarządzaniu zakładem ubezpieczeń – zarówno dla branży ubezpieczeniowej, jak i gospodarki. Poprzez wskazanie rodzajów reasekuracji i konstrukcji umów podjęto także próbę ukształtowania umiejętności analitycznych czytelnika dotyczących opracowania programu reasekuracji dla zakładu ubezpieczeń.

Ważną częścią monografii jest rozdział IV, zawierający prezentację systemu Solvency II, który ma wpływ nie tylko na wypłacalność czy działalność finansową

[1] Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II), Dz. U. L Nr 335 z 17 grudnia 2009, t. 52 (dalej: dyrektywa Solvency II).

ubezpieczyciela, ale również na cały obszar aktywności gospodarczej zakładów ubezpieczeń.

W rozdziale V zaprezentowano zasady sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń, akcentując dualizm sprawozdań wynikających z zasad rachunkowości i wymogów wypłacalności (sprawozdania dla potrzeb prawa bilansowego i dla celów wypłacalności).

Opracowanie zamyka wskazanie zasad oceny ekonomiczno-finansowej przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, które zawiera także usystematyzowany katalog miar służących do oceny gospodarki finansowej (w tym rentowności) oraz sprawności działania zakładów ubezpieczeń. Nie pominięto również aspektów związanych z zasadami oceny dokonywanej przez organ nadzoru (BION).

Niniejsza monografia jest efektem studiów literatury, analizy rynku ubezpieczeń i przemyśleń autorów pochodzących z różnych ośrodków naukowych. Ma ona charakter przeglądowy, ale też oceniający poglądy i badania prezentowane w piśmiennictwie naukowym – zarówno krajowym, jak i zagranicznym. Kierowana jest do praktyków rynku finansowego, studentów kierunków finansowych (lub innych kierunków), słuchaczy studiów podyplomowych oraz wszystkich osób zainteresowanych problematyką finansów zakładów ubezpieczeń. Książka może być też wykorzystywana przez pracowników zakładów ubezpieczeń, którzy chcą uzupełnić i uporządkować swoją wiedzę, a także poznać najnowsze tendencje w tej dziedzinie, oraz przez kadrę sprawującą funkcje menedżerskie w zakładach ubezpieczeń.

Wrzesień 2020 r. *Autorzy*

Rozdział I
Ekonomiczne podstawy podejmowania decyzji w warunkach ryzyka

1.1. Losowość: ryzyko i niepewność

Zrozumienie kwestii losowości (obejmującej ryzyko i niepewność) i umiejętne zarządzanie w jej warunkach stanowi klucz do działalności ekonomicznej podmiotów rynkowych. Pewność to brak wątpliwości, w której podmioty dokładnie znają przyszły stan systemu ekonomicznego. Niepewność *a contrario* pojawia się, gdy prawdopodobieństwo wydarzeń w przyszłości jest nieokreślone lub niemożliwe do obliczenia. Pojęcie niepewności opisuje subiektywny stan umysłu. Z niepewnością mamy do czynienia, gdy dostrzegamy, że skutki obecnych działań nie mogą być poznane z absolutną pewnością.

Ryzyko jest pojęciem wieloznacznym i trudnym do precyzyjnego zdefiniowania. Pojawiały się próby definiowania ryzyka na bazie różnych nauk i teorii, m.in. ekonomii, nauk behawioralnych, nauk prawnych, psychologii, statystyki, ubezpieczeń, teorii prawdopodobieństwa i innych. W różnych dziedzinach nauk ryzyko jest nieco inaczej interpretowane, dlatego zdaniem niektórych autorów stworzenie uniwersalnej definicji jest raczej niemożliwe. Kolejne etapy naukowej próby definicji ryzyka są w dużej mierze zbieżne z rozwojem rozróżnienia pojęć ryzyka i niepewności.

Koncepcję ekonomicznej teorii ryzyka jako pierwszy zaproponował Allan H. Willet w 1901 r. Łącząc pojęcie ryzyka z niepewnością, uznał, że powinno się mówić jedynie o wrażeniu lub złudzeniu przypadkowości, będącej efektem niedoskonałej wiedzy o prawach rządzących rzeczywistością. Allan H. Willet twierdził, że ryzyko jest obiektywnie współzależne od subiektywnej niepewności.

Uznawał więc, iż ryzyko jest stanem otoczenia i należy je odnosić do stopnia niepewności, czy określony skutek w ogóle wystąpi, a nie do prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Ryzyko jako stan otoczenia jest obiektywne i współzależne z subiektywną niepewnością[2].

Współczesna dyskusja na temat istoty ryzyka w ekonomii sprowadza się do nurtu formalnego i materialnego[3]. Nurt formalny zakłada przyczynowe ujęcie ryzyka, które nawiązuje do możliwości przyporządkowania zdarzeń do rozkładu prawdopodobieństwa[4]. Nurt materialny jest związany z teorią podejmowania decyzji i określa ryzyko jako niepewną możliwość wystąpienia zdarzeń z oczekiwanymi wynikami. W klasycznej matematycznej teorii podejmowania decyzji ryzyko dotyczy sytuacji, w której wybranie określonego wariantu decyzyjnego wiąże się z możliwością wystąpienia zarówno negatywnych, jak i pozytywnych konsekwencji, przy znanym rozkładzie prawdopodobieństwa wystąpienia danej możliwości.

W praktyce dość często pojęcia „ryzyko" i „niepewność" występują razem lub są nawet ze sobą utożsamiane, nie oznaczają jednak tego samego zjawiska. Koncepcję niepewności mierzalnej oraz niemierzalnej zaproponował w 1921 r. Frank H. Knight. Z niepewnością mamy do czynienia, jeżeli do określenia wyniku danego działania lub decyzji nie można użyć żadnego rodzaju prawdopodobieństwa[5]. Frank H. Knight próbował więc sprecyzować, jakimi cechami powinna odznaczać się niepewność, którą można identyfikować z ryzykiem, w przeciwieństwie do niepewności *sensu stricto*. Ryzyko jest obecne, gdy przyszłe zdarzenia występują z prawdopodobieństwem, które daje się zmierzyć. Jest ono obecne prawie we wszystkim, czego dokonują ludzie. Jeśli tak jest, skutek działań nie może być precyzyjnie przewidziany i odczuwana jest niepewność. Człowiek jest narażony na ryzyko wszędzie tam, gdzie aktywność powoduje powstawanie potencjalnych korzyści lub strat, których nie można przewidzieć. Ryzyko jest pojęciem obiektywnym i wobec tego może być mierzone.

---

[2] A.H. Willett, *The economic theory of risk and insurance*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1951, s. 6.

[3] G. Borys, *Zarządzanie ryzykiem kredytowym w banku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Wrocław 1996, s. 12.

[4] Ryzyko pojawia się, jeżeli skutek działania może być opisany za pomocą jednego z trzech rodzajów prawdopodobieństwa: matematycznego, statystycznego lub szacunkowego.

[5] F.H. Knight, *Risk. Uncertainty and Profit*, London 1993, s. 19–20.

Ryzyko stanowi więc niepewność mierzalną, a niepewność, która nie może być zmierzona, jest niepewnością *sensu stricto* (niepewność niemierzalna). Niepewność określana jest także jako cecha związana zawsze z efektem zamierzonego działania i wyrażająca, w jakim stopniu ten efekt jest wątpliwy, a w jakim prawdopodobny. Oznacza to więc możliwość powstania odchyleń od zamierzonych efektów działania, przy czym odchylenia te nie mogą być przewidziane z żadnym określonym stopniem prawdopodobieństwa[6].

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele różnych klasyfikacji ryzyka. Najbardziej ogólny podział wyróżnia:

- ryzyko właściwe, związane z działaniem prawa wielkich liczb, dotyczące zjawisk niepewnych, ale mających znaną i opisaną historię i przez to podlegających opisowi probabilistycznemu;
- ryzyko subiektywne, wynikające z niedoskonałości człowieka dokonującego analizy i podejmującego decyzje, który subiektywnie ocenia prawdopodobieństwo wystąpienia pewnych zjawisk w przyszłości;
- ryzyko obiektywne (forma absolutna niepewności), wynikające z nieprzewidywalności przyszłych zdarzeń[7].

Problem losowości zdarzeń wiąże się z najbardziej fundamentalnymi aspektami psychologii, matematyki, statystyki i historii. Losowość jest obecna we wszystkich dziedzinach działalności człowieka wówczas, gdy nie jest on w stanie kontrolować albo dokładnie przewidzieć przyszłości. Losowość wiąże się z pojęciami ryzyka i niepewności, które często występują razem bądź nawet są ze sobą utożsamiane, ale nie oznaczają tego samego.

Albert Henry Mowbray w 1961 r. wprowadził podział ryzyka na spekulatywne i czyste, który do dziś uważany jest za najbardziej użyteczny w analizie ryzyka ubezpieczeniowego. W podziale tym to konsekwencje powstałych strat są fundamentalnym kryterium wyróżniającym ryzyka.

Ryzyko spekulatywne występuje w sytuacji pojawienia się trzech możliwych konsekwencji jego realizacji: strata, zysk albo brak straty bądź zysku. Klasycznym przykładem pojawienia się ryzyka spekulatywnego jest inwestycja portfelowa nastawiona na zyski. Jeśli portfel został trafnie skonstruowany, to inwestor osiągnie spodziewane zyski, jeżeli natomiast portfel był błędnie skonstruowany,

---

[6] M. Wierzbińska, *Ryzyko w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 12.

[7] K. Janasz, *Ryzyko kredytowe w systemie bankowym*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2004, s. 24.

to inwestor poniesie straty. W trzecim przypadku wartość portfela nie zmieni się i inwestor nic nie zyska, ale też nic nie straci.

W przeciwieństwie do ryzyka spekulatywnego, ryzyko czyste występuje w sytuacji, gdy jego materializacja powoduje stratę majątkową, a brak materializacji nie wywołuje żadnych skutków majątkowych. W tym przypadku pojawia się więc alternatywa rozłączna pomiędzy stratą albo brakiem straty. Jako przykład ryzyka czystego można wskazać pożar domu. W przypadku pożaru i materializacji ryzyka w postaci spalenia się domu podmiot ponosi dużą stratę materialną. W przypadku gdy ryzyko się nie zmaterializuje, podmiot nie ponosi żadnych strat (nie ma też zysków).

Ryzyko czyste może być obiektem dalszych podziałów. Klasyfikację ryzyka czystego przedstawił Emmett J. Vaughan, który w ramach ryzyka czystego wyodrębnił:

- ryzyko osobiste – związane z utratą możliwości dalszej pracy w przypadku choroby, wypadku śmiertelnego, kalectwa, bezrobocia itd.;
- ryzyko materialne – związane z własnością prywatną rzeczy, pojawia się np. w przypadku posiadania samochodu narażonego na wypadek i w konsekwencji zniszczenie[8].

Emmett J. Vaughan zaproponował podział na dwa rodzaje strat odnoszące się do ryzyka własności. Po pierwsze, stratę bezpośrednią (*direct loss*), która jest związana z samą szkodą. Jeśli dom zostaje zniszczony przez pożar, wówczas właściciel traci jego wartość (rynkową). Po drugie, stratę pośrednią (*indirect loss*), występującą jako konsekwencja straty bezpośredniej. Właściciel uszkodzonego samochodu musi zapewnić sobie auto zastępcze, by dotrzeć do miejsca pracy. Strata bezpośrednia może być zoptymalizowana poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia przez podmiot zainteresowany.

W literaturze występuje również klasyfikacja ze względu na horyzont czasowy. W tym kontekście można wyróżnić ryzyko statyczne, które pojawia się w sytuacjach niepodlegających istotnym zmianom – nie jest więc zmienne w określonym czasie. Ryzyko dynamiczne stanowi rezultat szybkich zmian zachodzących w organizacji i jej otoczeniu, zmian gospodarczych czy postępu cywilizacyjnego.

Można też wyróżnić podział ze względu na charakter strat. W tym znaczeniu występuje ryzyko finansowe jako możliwość poniesienia strat pieniężnych

[8] E.J. Vaughan, T. Vaughan, *Fundamentals of Risk and Insurance*, John Wiley & Sons, Inc., 2008.

w prowadzonej działalności lub w mieniu. Z drugiej strony pojawia się ryzyko niefinansowe, które nie ma bezpośredniego przełożenia na straty finansowe, ale niesie negatywne skutki w środowisku naturalnym albo obszarze społecznym.

Zasadniczy podział całościowego ryzyka aktywności ekonomicznej na ryzyko systematyczne i ryzyko specyficzne wprowadził w 1928 r. Clarence Arthur Kulp[9]. Podstawowe kryterium takiego podziału jest często określane jako kryterium efektu, częstotliwości występowania lub możliwości kontroli ryzyka. Ryzyko systemowe (określane jako systematyczne, zewnętrzne, podstawowe) jest determinowane przez siły zewnętrzne, przez co nie może być kontrolowane (nawet częściowo) przez żaden pojedynczy podmiot, który pojawia się w jego zasięgu. Ryzyko systemowe jest więc związane z siłami przyrody, a także z warunkami ekonomicznymi danego rynku oraz rynku globalnego. Ten typ ryzyka nie może być wyeliminowany przez pojedynczego inwestora.

Ryzyko systemowe rozpatruje się w ujęciu makroekonomicznym i mikroekonomicznym.

> Zgodnie z koncepcją makro ryzyko systemowe definiowane jest jako nagłe, nieprzewidziane zdarzenie, które może załamać system finansowy w takim stopniu, że aktywność gospodarcza na szeroką skalę zostanie zagrożona[10].

W ujęciu mikro

> […] ryzyko systemowe to niebezpieczeństwo, iż niezdolność jednego z uczestników rynku (biorącego udział w systemie płatności) do wywiązania się ze zobowiązań spowoduje niezdolność do wywiązania się ze zobowiązań przez innych uczestników rynku (i systemu płatności). W wyniku reakcji łańcuchowej (*chain reaction*) może to prowadzić do poważnych zakłóceń w funkcjonowaniu systemu finansowego danego kraju. W rezultacie problemy w systemie płatności mogą spowodować znaczne problemy z płynnością i zagrozić stabilności rynków finansowych oraz zaufaniu do nich[11].

System finansowy jest szczególnie podatny na zachowania o charakterze „owczego pędu" (*bandwagon effect*), co prowadzi do znanych w literaturze

[9] C.A. Kulp, J.W. Hall, *Casualty Insurance*, 4th edition, Ronald Press Company, 1964.

[10] A. Jurkowska-Zeidler, *Bezpieczeństwo rynku finansowego w świetle prawa Unii Europejskiej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 179–180.

[11] Ibidem, s. 180.

problemów: piramid finansowych[12], baniek spekulacyjnych czy gwałtownego wycofywania depozytów. Ryzyko systemowe stanowi specyficzny rodzaj ryzyka, dla którego efekty wzmocnienia (*amplification*), dźwigni (*leverage*) czy pozytywnych sprzężeń zwrotnych są wbudowane w system. Zazwyczaj są one początkowo nieznane, w pewnych warunkach ujawniają się, nabierając wykładniczego charakteru i prowadzą bardzo szybko do zachowań destrukcyjnych lub chaotycznych. Systemy ekonomiczne są układami bardzo silnie współzależnymi – o ściśle powiązanych elementach: kapitału ludzkiego, kapitału rzeczowego, kapitału społecznego (oczekiwań) i instytucji. W systemach takich szoki oraz zmiana oczekiwań mogą doprowadzić do procesów nagłego wzrostu elementów systemu ze sobą powiązanych. Przy uruchomieniu mechanizmów dodatnich sprzężeń zwrotnych (*positive feedbacks*) dynamika kryzysu staje się niekontrolowana[13].

Ryzyko specyficzne (indywidualne, niesystematyczne, wewnętrzne) obejmuje obszar działania danego podmiotu, które można częściowo kontrolować bądź przewidywać.

Zarządzanie w warunkach ryzyka (*risk management*) jest definiowane jako system metod i działań zmierzających do obniżenia stopnia oddziaływania ryzyka na działania podmiotu i do podejmowania w tym celu optymalnych decyzji. Głównym celem zarządzania w warunkach ryzyka jest więc minimalizacja strat wynikających z materializacji danego ryzyka. Zarządzanie w warunkach ryzyka można więc sprowadzić w pewnych warunkach do decyzji podmiotu co do wyboru odpowiedniej ochrony ubezpieczeniowej.

Zarządzanie w warunkach ryzyka jest zatem złożonym i dynamicznym procesem zarządzania w przedsiębiorstwie, w skład którego wchodzi: planowanie, diagnozowanie, kontrola i przeciwdziałanie materializacji określonych rodzajów ryzyka. Cztery podstawowe fazy zarządzania w warunkach ryzyka to: analiza ryzyka, kontrola ryzyka, finansowanie ryzyka i administrowanie procesami kierowania.

---

[12] Najbardziej znanym przykładem jest schemat Ponziego, który opisuje działania inwestycyjne opierające się na dodatnich sprzężeniach zwrotnych polegających na zwrocie inwestorom pieniędzy wraz z dużym zyskiem ze środków wpłaconych przez nowych inwestorów. Wysoka stopa zwrotu zachęca kolejnych inwestorów. Ostatecznie dochodzi do momentu, w którym wypłaty na rzecz inwestorów przewyższają kapitał, jakim dysponuje organizator i system upada. Por. M. Pachucki, *Piramidy i inne oszustwa na rynku finansowym*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2012.

[13] Por. B. Eichengreen, R. Hausmann, *Other People's Money: Debt Denomination and Financial Instability in Emerging Market Economies*, University of Chicago Press, Chicago 2010.

1.2. Prawdopodobieństwo i wartość oczekiwana

Grami nazywa się sytuacje, w których wyniki o pewnej wartości pieniężnej pojawiają się z różnym prawdopodobieństwem. Wartość oczekiwana gry (EV, *expected value*) to średnia wypłata uzyskiwana przy powtarzaniu gry:

$$EV(w_1, w_2, p_1, p_2) = p_1 \times w_1 + p_2 \times w_2,$$

gdzie:
w_1, w_2 – wypłaty,
p_1, p_2 – prawdopodobieństwo wypłaty.

Jeśli w rzucie symetryczną monetą istnieje 0,5 prawdopodobieństwo wygrania 1 zł, to jednocześnie istnieje 0,5 prawdopodobieństwo straty tej kwoty pieniędzy. Udział w takiej grze nie przynosi – przeciętnie rzecz biorąc – szansy na zarobienie pieniędzy. Stąd też grę nazywa się uczciwą, jeżeli zyski w długim okresie są równe zeru.

Jeśli prawdopodobieństwo wygrania 1 zł wynosiłoby 0,4, a szansa przegrania 0,6, to taka gra nie byłaby uczciwa (*unfair game*), a w długim okresie gracz traciłby pieniądze. W przypadku odwrotnym – prawdopodobieństwo wygranej 0,6, a przegranej 0,4, gra byłaby bardziej niż uczciwa (*more than fair game*), ponieważ w długim okresie udział w takiej grze przeciętnie przyniósłby zysk.

Życie często zmusza podmioty do „gry z przyrodą”[14]. Przypuśćmy, że ktoś posiada samochód osobowy warty 20 000 zł i parkuje na ulicy. Niech prawdopodobieństwo włamania do niego i straty 10 000 zł wynosi 0,1, a prawdopodobieństwo tego, że do włamania nie dojdzie i właściciel ani nie straci, ani nie zyska wynosi 0,9.

Jednym z najważniejszych parametrów opisujących grę jest wspomniana wartość oczekiwana, czyli suma jej wyników pomnożonych przez prawdopodobieństwo ich uzyskania. Pokazuje ona, jaki byłby przeciętny wynik przy wielokrotnym jej rozegraniu.

$$EV = 20\,000 \text{ zł} \times 0{,}9 + 10\,000 \text{ zł} \times 0{,}1 = 19\,000 \text{ zł}$$

Biorąc właśnie ten parametr jako kryterium, gry dzielą się na: korzystne, sprawiedliwe (uczciwe) i niekorzystne (nieuczciwe).

[14] Przyroda jest bardziej obserwatorem niż graczem.

Kolejnym zagadnieniem jest ryzyko w grach. Gra jest tym bardziej ryzykowna, im większa jest zmienność jej wyników i im częściej pojawiają się wyniki skrajne (bardzo oddalone od wartości oczekiwanej gry).

Grając o 1 zł za pomocą rzutu uczciwą monetą, z jednakowym prawdopodobieństwem 50% może wypaść orzeł lub reszka. Wówczas

$$EV = 0{,}5 \times 1 + 0{,}5 \times (-1) = 0$$

Dla gry w rzucanie monetą wyniki 1 zł i –1 zł pojawiają się z takim samym prawdopodobieństwem.

Teraz wprowadzimy bardziej precyzyjną miarę ryzyka związanego z udziałem w grze. Za dokładną miarę zmienności wyników gry (ryzykowność gry) uznaje się wariancję gry (*Var*) będącą sumą podniesionych do kwadratu odchyleń wyników gry od jej wartości oczekiwanej, zważonych prawdopodobieństwem wystąpienia tych wyników:

$$Var = \sum_{i=1}^{n} p_i \left(w_i - EV \right)^2$$

gdzie:
w_i – wynik gry,
p_i – prawdopodobieństwo ich wystąpienia.

Im niższa wariancja, tym niższe ryzyko.

Załóżmy, że podmiot posiada mieszkanie o wartości 1 000 000 zł i że prawdopodobieństwo utracenia go wskutek pożaru wynosi 10%. Tym samym szanse utrzymania dotychczasowego stanu posiadania (1 000 000 zł) są równe 90%, zaś szanse stracenia wszystkiego wynoszą 10%. Życie zmusza go do przyjęcia tego zakładu. Wartość oczekiwana tej gry wynosi:

$$EV = 1\,000\,000 \text{ zł} \times 0{,}9 + 0 \text{ zł} \times 0{,}1 = 900\,000 \text{ zł}$$

Przeciętnie właściciel uzyska 900 000 zł, czyli 0,9 z miliona zł plus 0,1 od zera. Zakład ubezpieczeń oferuje ubezpieczenie pełnej wartości nieruchomości za 100 000 zł. Kwotę tę należy wpłacić niezależnie od tego, czy mieszkanie spali się, czy też pozostanie nienaruszone. Natomiast zakład jest zobowiązany do wypłacenia odszkodowania w wysokości 1 000 000 zł tylko wtedy, gdy nieruchomość spłonie. A zatem, bez względu na to, czy mieszkanie spłonie, czy nie, wartość majątku wyniesie 900 000 zł.

Oczekiwana strata wynosi 1 000 000 zł × 0,1 = 100 000 zł

Stawka ubezpieczenia równa oczekiwanej stracie jest określana jako ubezpieczenie aktuarialnie uczciwe. Składka ubezpieczeniowa skalkulowana na tym poziomie określona jest jako sprawiedliwa/uczciwa aktuarialnie (*fair premium*).

1.3. Paradoks petersburski

Nocolas Bernoulli zetknął się z problemem użyteczności oczekiwanej, grając w paradoksie petersburskim (gra petersburska). Paradoks petersburski pokazuje ograniczenia stosowania wartości oczekiwanej w podejmowaniu decyzji przez podmioty. Jest to specyficzna gra losowa, która mimo posiadania nieskończonej wartości oczekiwanej ma jednocześnie ograniczoną wartość pieniężną dla większości podmiotów ekonomicznych[15]. Gra pomogła zrozumieć, ile ludzie są gotowi zapłacić w porównaniu do tego, co ludzie oczekują w tej grze.

Paradoks polega na rzucaniu uczciwą monetą, aż wypadnie orzeł. Załóżmy, że następuje to w n-tym rzucie i gracz otrzymuje wygraną, która wynosi 2^{n-1} zł, a więc: 1, 2, 4, 8... Pojawia się pytanie: ile gracz powinien zapłacić za udział w tej grze, aby gra była aktuarialnie uczciwa (opłata za wejście do gry równa wartości oczekiwanej gry)?

Rozwiązanie tak zadanego problemu sprowadza się do obliczenia wartości oczekiwanej wygranej gracza. Oznaczmy przez p_k prawdopodobieństwo zakończenia gry w k-tym rzucie, a przez w_k wygraną wówczas kwotę (2^{k-1}).

$$EV = \frac{1}{2}1 + \frac{1}{4}2 + \frac{1}{8}4 + \ldots + \frac{1}{2^n}2^{n-1} = \frac{1}{2} + \frac{1}{2} + \frac{1}{2} + \ldots + \frac{1}{2} = \sum_{k=1}^{\infty}\frac{1}{2} = \infty$$

Opłata za wejście do gry okazuje się nieskończenie duża. W konsekwencji gracz zawsze ma szanse wygrać, bez względu na wielkość opłaty za wejście do gry. Taki rezultat jest w naturalnej sprzeczności z postrzeganiem przeciętnego gracza. Gra petersburska była dobrą ilustracją tego, jak zazwyczaj podmioty podejmując decyzje w warunkach ryzyka, nie kierują się kryterium maksymalizacji pieniężnej wartości oczekiwanej. Badanie paradoksu petersburskiego stanowiło próbę wprowadzenia koncepcji użyteczności oczekiwanej do teorii ekonomii, teorii gier i teorii podejmowania decyzji.

[15] Problem został po raz pierwszy sformułowany przez Nicolasa Bernoulliego w liście do Pierre'a Rémonda de Montmorta z 9 września 1713 r. Rozwiązanie w 1738 r. zaproponował jego kuzyn, Daniel Bernoulli, który uczynił to za pomocą funkcji użyteczności.

1.4. Teoria użyteczności oczekiwanej

Motorem działań podejmowanych przez poszczególne podmioty na rynku są potrzeby, których zaspokojenie wiąże się z koniecznością dokonywania wyborów zgodnych z indywidualnymi preferencjami. Subiektywne preferencje podmiotu decydują o indywidualnej użyteczność danego koszyka dóbr i usług. Miarą satysfakcji z konsumpcji danego koszyka jest użyteczność. Aby stosować koncepcję użyteczności oczekiwanej, musimy się oprzeć na pojęciu użyteczności kardynalnej[16]. Kardynalna użyteczność to użyteczność, w której zadowolenie podmiotów z konsumpcji dobra lub usługi można zmierzyć numerycznie (liczbowo).

Hipoteza użyteczności oczekiwanej dotyczy preferencji podmiotów w odniesieniu do wyborów, które mają niepewne wyniki (gra losowa). Subiektywna wartość gry losowej, w której bierze udział dany podmiot, to statystycznie oczekiwane wyceny (oceny) wyników tej gry, przy czym wyceny (oceny) te mogą różnić się od wartości pieniężnych wyników. Hipoteza ta okazała się przydatna do wyjaśnienia niektórych popularnych wyborów, które wydają się być sprzeczne z kryterium wartości oczekiwanej (która uwzględnia tylko wielkości wypłat i prawdopodobieństwo ich wystąpienia), np. w kontekście gier losowych czy ubezpieczeń. Klasyczne połączenie teorii ryzyka i teorii użyteczności oczekiwanej opiera się na teorii użyteczności kardynalnej Johna von Neumanna i Oskara Morgensterna (1944)[17]. Popularność użyteczności kardynalnej wynikała głównie z możliwości określenia liczbowej różnicy pomiędzy preferowanymi koszykami. Umożliwiało to wybór najlepszej alternatywy z punktu widzenia przyjętego celu

[16] Teoria użyteczności porządkowej (*ordinal utility theory*) zakłada niemierzalność użyteczności (a właściwie możliwość pomiaru użyteczności na skali porządkowej) i mieści się w nurcie topologiczno-mnogościowym. Najważniejsze koncepcje tego nurtu znajdują się w pracach Carla Mengera, Léona Walrasa i przede wszystkim Vilfredo Pareto. Teoria użyteczności kardynalnej (*cardinal utility theory*) zakłada mierzalność użyteczności i mieści się w nurcie probabilistycznym. Najważniejsze stanowiska to teoria użyteczności oczekiwanej N. Bernoulliego oraz aksjomatyczna teoria użyteczności Johna von Neumanna i Oskara Morgensterna, w której zakłada się możliwość pomiaru użyteczności na skali przedziałowej.

[17] Współcześnie popularne są badania nad alternatywnymi koncepcjami teorii użyteczności oczekiwanej, m.in. dualną teorią użyteczności, w ramach której Menahem E. Yaari sformułował nową postać funkcji użyteczności. Zob. M.E. Yaari, *The dual theory of choice under risk*, „Econometrica" 1987, nr 55(1), s. 95–115.

analizy ryzyka. Twierdzenie von Neumanna–Morgensterna określa warunki konieczne i wystarczające dla hipotezy użyteczności oczekiwanej[18].

Użyteczność oczekiwana określa użyteczność, do której osiągnięcia podmiot ma dotrzeć w dowolnej liczbie okoliczności. Istnieje więc zbiór przyszłych stanów natury, z których jeden będzie zrealizowany niezależnie od wcześniej podjętej decyzji, jednak z konsekwencjami dla uzyskanych rezultatów. Oczekiwaną użyteczność oblicza się na podstawie średniej ważonej wszystkich możliwych wyników w określonych okolicznościach, przy czym wagi przypisuje się prawdopodobieństwu lub prawdopodobieństwu p_i wystąpienia określonego zdarzenia. Jeśli podmiot postępuje według funkcji użyteczności ryzyka $u(w)$, to uzyskana użyteczność oczekiwana wynosi[19]:

$$EU = p_1\, u(w_1) + p_2\, u(w_2)$$

Oczekiwana użyteczność podmiotu wynika wprost z hipotezy oczekiwanej użyteczności, gdyż w warunkach ryzyka średnia ważona wszystkich możliwych poziomów użyteczności najlepiej pokazuje użyteczność podmiotu w danym momencie. Funkcja użyteczności racjonalnego podmiotu jest funkcją rosnącą – wraz ze wzrostem posiadanego majątku użyteczności podmiotu rośnie. Zastanówmy się jednak nad charakterem tego wzrostu. Możemy zdefiniować trzy przypadki (rys. 1):

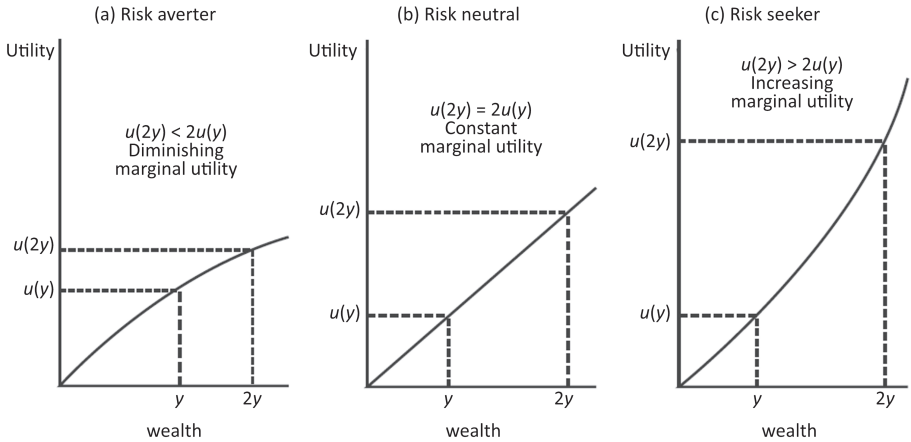
1. awersja do ryzyka (asekurant, *risk averter*) – funkcja rośnie coraz wolniej,
2. neutralność (*risk neutral*) – funkcja rośnie w stałym tempie (liniowo),
3. skłonność do ryzyka (ryzykant, *risk seeker*) – funkcja rośnie coraz szybciej.

---

[18] Stosunkowo wcześnie przyjęto, że niektóre z tych warunków zostaną w praktyce naruszone przez prawdziwych decydentów, ale warunki te można jednak interpretować jako „aksjomaty" racjonalnego wyboru. Do połowy XX wieku standardowym terminem użyteczności oczekiwanej było „oczekiwanie moralne", w przeciwieństwie do „nadziei matematycznej" dla wartości oczekiwanej.

[19] Dla paradoksu petersburskiego użyteczność oczekiwana wynosi:

$$EU = \sum_{k=1}^{\infty} p_k u(2^{k-1}) = \sum_{k=1}^{\infty} \frac{\ln(2^{k-1})}{2^k} = \ln 2 = u(2) < \infty$$



Rysunek 1. Postać funkcji użyteczności
Źródło: opracowanie własne na podstawie I. Dąbrowski, A. Śliwiński, *Economics of Insurance*, SGH, Warszawa 2016.

Badania empiryczne pokazują, że sytuacją typową jest awersja do ryzyka. Podmiot osiąga wzrost użyteczności wraz ze wzrostem posiadanego majątku, jednak jest on coraz wolniejszy. Oznacza to malejące użyteczności krańcowe i matematycznie jest to związane z wklęsłą funkcją użyteczności o ujemnej drugiej pochodnej.

Awersja do ryzyka jest cechą podmiotów, które mając do wyboru pewność wypłaty określonej kwoty (W^*) lub loterię o wartości oczekiwanej tej samej wysokości:

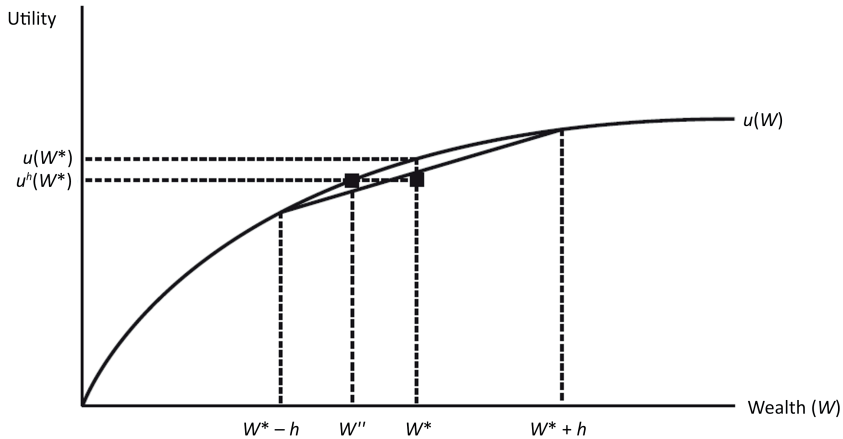
$$EV\,(W^* - h,\ W^* + h, p_1, p_2) = p_1\,(W^* - h) + p_2\,(W^* - h) = W^*$$

preferują pewną wypłatę. Oznacza to, że użyteczność posiadanej na pewno kwoty $u(W^*)$ jest większa od użyteczności oczekiwanej z gry:

$$EU(W^* - h,\ W^*+h, p_1, p_2) = p_1\,U(W^* - h) + p_2\,U(W^* - h) = u^h W^*$$

Podmiot z awersją do ryzyka woli mieć na pewno sumę odpowiadającą wartości oczekiwanej gry niż grać rzeczywiście.

Kwota „pewna" o użyteczności odpowiadającej użyteczności wartości oczekiwanej loterii nazywa się ekwiwalentem pewności (*certainty equivalent*, *CE*), który wynosi na rysunku 2 *W''*.



Rysunek 2. Użyteczność asekuranta i ryzykanta
Źródło: I. Dąbrowski, A. Śliwiński, *Economics...*

Użyteczność w warunkach pewności jest wyższa niż użyteczność oczekiwana dla każdego poziomu korzyści o prawdopodobieństwie zdarzenia mniejszym od jedności dla podmiotu niechętnego ryzyku (*risk averter*, rys. 1 (a)). Odwrotna prawidłowość występuje w odniesieniu do podmiotu skłonnego do ryzyka (*risk seeker*, rys. 1 (c)). Podmioty o skłonności do ryzyka raczej zagrają niż przyjmą oferowaną z pewnością kwotę równą wartości oczekiwanej gry. W tym przypadku oczekiwana użyteczność gry przewyższa użyteczność wartości oczekiwanej.

Powszechność występowania podmiotów z awersją do ryzyka oraz prawo dużych liczb stwarza zakładom ubezpieczeniowym szerokie pole działalności ekonomicznej.

Wracając do przykładu, w którym podmiot posiada mieszkanie o wartości 1 000 000 zł, a prawdopodobieństwo utracenia go wskutek pożaru wynosi 0,1 – podmiot jest asekurantem o funkcja użyteczności oczekiwanej $U(W) = \sqrt{W}$.

Tym samym szanse utrzymania dotychczasowego stanu posiadania (1 000 000 zł) są równe 0,9, zaś szanse utraty wszystkiego wynoszą 0,1. Realia życiowe zmuszają go do udziału w takiej grze. Wartość oczekiwana i użyteczność oczekiwana tej gry wynoszą odpowiednio:

$$EV = 0{,}9 \times 1\,000\,000 \text{ zł} + 0{,}1 \times 0 \text{ zł} = 900\,000 \text{ zł}$$

$$EU = 0{,}9\sqrt{1\,000\,000} - 0{,}10\sqrt{0} = 900$$

Jak wcześniej wykazaliśmy, bez względu na to, czy mieszkanie spłonie, czy nie, wartość majątku wyniesie 900 000 zł.

Jednocześnie ekwiwalent pewności, czyli kwota pewna o użyteczności odpowiadającej użyteczności oczekiwanej tej gry, wynosi:

$$\sqrt{CE} = EU = 0{,}9\sqrt{1\,000\,000} - 0{,}10\sqrt{0} = 900$$

$$CE = EU^2 = 900^2 = 810\,000$$

Oznacza to, że podmiot byłby w stanie zapłacić maksymalnie 810 000 zł za udział w takiej grze. Różnica pomiędzy wartością oczekiwaną a ekwiwalentem pewności tej gry to premia za podjęcie ryzyka (*RP*), które podmiot musiałby otrzymać przy wejściu do gry[20]:

$$RP = 900\,000 - 810\,000 = 90\,000 \text{ zł}$$

W rzeczywistości podmiot nie ma wyboru pomiędzy wzięciem „pewnych" 810 000 zł albo udziałem w grze. Podmiot kupując dom, jest już w realnej grze „z przyrodą".

Realna sytuacja powoduje, że nikt mu nie zapłaci premii za udział w grze, a wartość oczekiwana i użyteczność oczekiwana nie kształtują się korzystnie jak dla asekuranta. Podmiot ma jednak możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli oczekiwana strata wynosi 0,1 z 1 000 000 zł, czyli 100 000 zł, to aktuarialnie uczciwa składka z tytułu takiej umowy będzie dokładnie równa obliczonej oczekiwanej stracie.

W przypadku zakupu ubezpieczenia o cenie sprawiedliwej aktuarialnie podmiot osiągnie identyczny stan majątku w obu przepadkach:

Z prawdopodobieństwem 0,9:

$$\text{majątek} - \text{składka} = 1\,000\,000 \text{ zł} - 100\,000 = 900\,000$$

[20] Im wyższa krzywizna funkcji użyteczności u(w), tym wyższa awersja do ryzyka. Ponieważ jednak funkcje użyteczności oczekiwanej nie są jednoznacznie zdefiniowane (są definiowane tylko do przekształceń afinicznych), potrzebny jest miernik, który pozostaje stały w odniesieniu do tych przekształceń. Jedną z takich miar jest współczynnik Arrowa-Pratta absolutnej awersji do ryzyka (ARA) zdefiniowany jako $A(w) = -\frac{u''(w)}{u'(w)}$, gdzie u'(w) to pierwsza pochodna, a u"(w) to druga pochodna. Im wyższy współczynnik ARA, tym wyższa premia za ryzyko udziału w grze.

Z prawdopodobieństwem 0,1:

–składka + wypłata odszkodowania równa majątkowi =
–100 000 + 1 000 000 zł = 900 000

Jeżeli właściciel nie skorzysta z oferty zakładu, to jego średni wynik wyniesie 900 000 zł. Jednak wynik rzeczywisty może być równy milion albo zero. Zakup ubezpieczenia daje wynik pewny w wysokości 900 000 zł.

W przypadku wykupienia polisy równej oczekiwanej stracie jego użyteczność oczekiwana z gry wyniesie:

$$EU = 0{,}9\sqrt{900\,000} + 0{,}1\sqrt{900\,000} = \sqrt{900\,000} = 948{,}68$$

Asekurant raczej zdecyduje się na ubezpieczenie, gdyż kwota składki w stosunku do przeciętnego wyniku nie wydaje się zbyt wygórowaną ceną za uniknięcie całkowitej straty domu. Podmiot o neutralnym stosunku do ryzyka odrzuci ofertę zakładu ubezpieczeniowego, ponieważ bardziej preferuje podjęcie ryzyka. Propozycja zakładu ubezpieczeniowego zostanie również odrzucona przez ryzykanta, ponieważ ubezpieczenie nie daje szans na wygraną, a osiąga on zadowolenie z podejmowania ryzyka.

Zastanówmy się, ile wynosi maksymalna składka ubezpieczeniowa x_{max}, jaką jest gotów zapłacić podmiot o awersji do ryzyka w postaci funkcji $U(W) = \sqrt{W}$. Nastąpi to w sytuacji zrównania użyteczności oczekiwanej z wykupionym ubezpieczeniem EU_1 i użyteczności oczekiwanej bez ubezpieczenia EU_2.

$$EU_1 = 0{,}9\sqrt{1\,000\,000 - x} + 0{,}1\sqrt{-x + 1\,000\,000} = \sqrt{1\,000\,000 - x}$$

$$EU_2 = 0{,}9\sqrt{1\,000\,000} + 0{,}1\sqrt{0}$$

$$EU_1 = EU_2$$

$$\sqrt{1\,000\,000 - x_{max}} = 0{,}9\sqrt{1\,000\,000} + 0{,}1\sqrt{0}$$

$$x_{max} = 1\,000\,000 - 810\,000$$

$$x_{max} = 1\,000\,000 - CE = 190\,000$$

Maksymalna składka, jaką jest w stanie zapłacić podmiot z awersją do ryzyka, równa się więc różnicy posiadanego obecnie majątku i ekwiwalentu pewności.

1.5. Działalność w warunkach asymetrii informacyjnej

Ekonomia neoklasyczna opierała się na założeniu pełnej informacji, co oznaczało, że uczestnicy gry rynkowej posiadają identyczny dostęp do informacji. Negacja tego założenia pojawiła się dopiero w nowych nurtach ekonomii: w obszarze teorii gier, w podejściu behawioralnym czy ekonomii instytucjonalnej[21]. Teorie te zakładają niedoskonały przepływ informacji oraz wiedzy, w każdej z nich rozpatrywany jest on w innym kontekście. Joseph E. Stiglitz krytykując założenie pełnej informacji w kontekście podmiotu reprezentacyjnego, pisał:

> Jednak już sama konstrukcja modelu opartego na reprezentatywnym podmiocie wykluczała wprowadzenie asymetrii informacji, która leży u podstaw problemów makroekonomicznych. Jeżeli analizę zaczyna się od założenia, że rynki się oczyszczają, trudno jest oczekiwać, by na tej podstawie udało się dokonać jakiś poważnych ustaleń dotyczących bezrobocia (tj. niespójności rynku pracy, która polega na tym, że nie ulega on oczyszczeniu)[22].

Joseph E. Stiglitz zaproponował nowy paradygmat ekonomii informacji:

> W kolejnym kierunku badań postulowano zmianę paradygmatu (ekonomia informacji) poprzez odejście od klasycznego paradygmatu konkurencji w stronę paradygmatu informacji, w którym badania ekonomiczne powinny być rozszerzone o problemy wynikające z asymetrii informacji i rolę państwa w jej przełamywaniu[23].

---

[21] „Zniekształcenie informacji prowadzi do asymetrii informacyjnej między stronami zawieranych transakcji. Strony pragną w ten sposób uzyskać jak największe korzyści. Dokonuje się to kosztem interesów innych podmiotów uczestniczących w kontraktach. Przewagę uzyskuje ten podmiot, który dysponuje pełniejszą informacją. Asymetria informacyjna między stronami kontraktu jest mniejsza dla dużych firm, w których wynajmowani specjaliści posiadają dużą wiedzę o nabywanych czy sprzedawanych produktach (usługach). Pojedynczy konsument zaś ma tę wiedzę ograniczoną i opierającą się głównie na sygnałach rynkowych. Inne sposoby zdobywania wiedzy byłyby związane ze zbyt dużymi kosztami transakcyjnymi. Wysokie koszty transakcyjne powodują, że dostosowania w sferze realokacji czynników produkcji podlegają usztywnieniu. Nie przewiduje tego model neoklasyczny. Taka realokacja wymaga bowiem rekonstrukcji i przemodelowania relacji z otoczeniem, tj. renegocjacji z dotychczasowymi partnerami i negocjacji z nowymi. Korzyści z dostosowywania należy więc porównać z kosztami transakcyjnymi. Ma to uzasadnienie przy niewielkich zmianach niezwiązanych z wdrażaniem nowych technik i technologii produkcji. Większość zmian gospodarczych i różnego rodzaju dostosowań ma właśnie taki charakter". Z. Staniek, *Teoretyczne aspekty polskiej prywatyzacji w okresie transformacji*, „Monografie i Opracowania" nr 488, Szkoła Główna Handlowa Warszawa 2001, s. 42.

[22] J.E. Stiglitz, *Information and the Change in the Paradigm in Economics*, „American Economic Review" 2002, nr 92(3), s. 460–501.

[23] I. Dąbrowski, *Mechanizmy sprzężeń zwrotnych a równowaga i dynamika systemu ekonomicznego*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2016.

W teorii kontaktów (ang. *contract theory*) i teorii ekonomii asymetria informacji (ang. *information asymmetry*) pojawia się podczas analizy procesów decyzyjnych w toku przeprowadzania transakcji, w których jedna strona ma więcej informacji niż druga (ilościowo i jakościowo)[24]. Zjawisko asymetrii informacji opisane zostało przez George'a A. Akerlofa jako stan, w którym potencjalne strony transakcji dysponują różnym stanem informacji dotyczącym przedmiotu (na przykładzie samochodów używanych)[25]. Różnorodny zasób informacji podmiotu może odnosić się do nabywcy, jak również oferenta. W wielu sytuacjach asymetria informacji jest blokadą w zawarciu obustronnego kontraktu, który byłby korzystny, ponieważ prowadzi albo do oszustwa związanego z pokusą nadużycia, albo do rezygnacji z transakcji przez tę stronę, która czuje się niedoinformowana (negatywna selekcja)[26]. Asymetria informacji powoduje nierównowagę sił w transakcjach, co może czasami powodować nieprawidłowe transakcje, a w najgorszym przypadku niedoskonałości rynku (ang. *market failure*). Ponieważ sytuacje, w których występuje asymetria informacji, są częste, ekonomiści w ostatnich latach poświęcili sporo wysiłku na analizę tego problemu. Jego zwieńczeniem była Nagroda Nobla z ekonomii przyznana w 2001 r. George'owi A. Akerlofowi, Michealowi Spence'owi i Josephowi E. Stiglitzowi[27].

Asymetria informacji jest szczególnym przypadkiem niedoskonałej informacji:

> Przyczyn istnienia niewystarczającej ilości rynków jest kilka. Wynikają one z niedoskonałej informacji i mobilności. W szczególności może to być asymetryczny dostęp do informacji, niedoskonałe określenie praw własności i efekty zewnętrzne oraz związane z tym istnienie kosztów transakcyjnych[28].

Wystąpienie tej sytuacji prowadzi do zaburzeń w działaniu rynku poprzez nieefektywną alokację zasobów, gdyż mechanizm rynkowy nie zapewnia ich

---

[24] M. Rothschild, J.E. Stiglitz, *Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information"*, „Quarterly Journal of Economics" 1976, nr 90, s. 629–649.

[25] G.A. Akerlof, *The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism*, „Quarterly Journal of Economics" 1970, nr 488, s. 489–490.

[26] T. Bernat, K. Hawran, J. Kowalik, *Asymetria informacji w modelu pryncypał-agent – wyniki badań eksperymentalnych*, „Przedsiębiorstwo i Region" 2016, nr 8, s. 65–75.

[27] Nagroda Nobla w dziedzinie ekonomii została przyznana G.A. Akerlofowi, M. Spence'owi i J.E. Stiglitzowi za ich „analizy rynków z asymetrycznymi informacjami". Zob. The Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 2001, https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/2001/press-release/ [dostęp: 20.04.2020].

[28] I. Dąbrowski, *Teoria równowagi ogólnej. Rys historyczny i obecny status w ekonomii*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2009.

optymalnego rozmieszczenia. Asymetria informacji wiąże się więc bezpośrednio z problematyką niedoskonałej informacji, polegającą na tym, że podmiot ekonomiczny nie ma pełnej wiedzy o danym zjawisku. Strona umowy, która zna mniej istotnych faktów związanych z transakcją, automatycznie dysponuje zatem niedoskonałą informacją. Rozróżnienie asymetrii informacji i niedoskonałej informacji jest istotne, gdyż w przypadku asymetrii rynek nie może działać efektywnie, podczas gdy w przypadku niedoskonałej, ale symetrycznej informacji nie można przesądzać o nieefektywności alokacji zasobów[29].

Jeżeli nawet rynek danego dobra istnieje, to jego prawidłowe funkcjonowanie może być zaburzone przez kilka niekorzystnych zjawisk. Zjawiska te dotyczą w szczególności zagadnienia kosztów transakcyjnych oraz praw własności i efektów zewnętrznych.

Źródłem tych zaburzeń jest prawie zawsze niedoskonała informacja, a efektem ich występowania jest uniemożliwienie osiągnięcia równowagi ogólnej w systemie ekonomicznym. W świecie niepewności informacja jest nie tylko niedoskonała, ale także asymetryczna. Oznacza to przewagę informacyjną jednych podmiotów nad innymi, a w konsekwencji zaburzenie mechanizmu rynkowego. Nie można dokładnie i bezpłatnie określić praw własności podmiotów rynkowych. Wynikiem tego jest dalsze deformowanie mechanizmu rynkowego. W konsekwencji pojawiają się niekorzystne zjawiska, takie jak efekty zewnętrzne. Redukcja tych niekorzystnych zjawisk zaburzających równowagę ogólną często jest możliwa, jednak kosztowna. W konsekwencji rosną koszty funkcjonowania systemu gospodarczego, nazywane kosztami transakcyjnymi[30].

Klasyczne przypadki asymetrii informacji:
- Pracownik wie lepiej niż pracodawca, jak wiele wysiłku włożył w daną pracę.
- Sprzedawca używanego samochodu zna lepiej jego stan niż potencjalny nabywca.
- Podmiot zakupujący ubezpieczenie na życie zna lepiej swój stan zdrowia niż zakład ubezpieczeń.

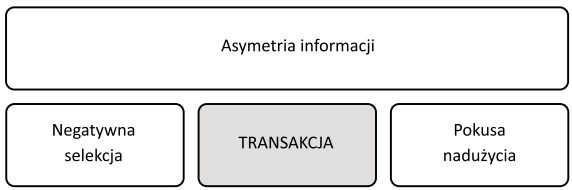
---

[29] M. Janowicz-Lomott, *Ubezpieczenia wzajemne w finansowaniu skutków realizacji ryzyka w rolnictwie. Doświadczenia unijne – wnioski dla Polski*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2018.

[30] I. Dąbrowski, *Teoria równowagi ogólnej…*, s. 59.

W każdym z powyższych przykładów strona gorzej poinformowana poznałaby wszystkie niezbędne informacje, ale podmioty mające kompletną wiedzę nie są zainteresowane tym, aby utracić swoją przewagę informacyjną.

Asymetria informacji ma szereg konsekwencji, które zaburzają poprawne funkcjonowanie rynków i mamy z nią do czynienia zarówno przed zawarciem transakcji (faza *ex ante*), jak i po niej (faza *ex post*). W fazie *ex ante* z asymetrią związany jest bezpośrednio problem negatywnej selekcji (ang. *adverse selection*), natomiast w fazie *ex post* pokusa nadużycia (ang. *moral hazard*)[31] (rys. 3).



Rysunek 3. Asymetria informacji, negatywna selekcja i pokusa nadużycia
Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Janowicz-Lomott, *Ubezpieczenia wzajemne w finansowaniu skutków realizacji ryzyka w rolnictwie. Doświadczenia unijne – wnioski dla Polski*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2018.

1.6. Pokusa nadużycia

W teorii ekonomii pokusa nadużycia[32] pojawia się, gdy dany podmiot ma motywację do zwiększenia narażenia się na ryzyko zarówno w fazie *ex ante*, jak i *ex post*, ponieważ nie ponosi on pełnych kosztów tego ryzyka. Pokusa nadużycia wiąże się z wykorzystaniem niedostępnej dla innych informacji w celu uzyskania

[31] J.E. Stiglitz, A. Weiss, *Credit Rationing in Markets with Imperfect Information*, „The American Economic Review" 1981, nr 71(3), s. 393–410.

[32] Samo określenie *moral hazard* pojawiło się 150 lat temu w literaturze dotyczącej ubezpieczeń dla przemysłu w celu opisania dodatniej korelacji pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia i częstością zdarzeń ubezpieczeniowych. Spotkać można pogląd, iż epitet „moralny" w tym określeniu ma charakter retoryczny, który celowo został dodany, by wpływać na postawę ubezpieczonych. Zob. D. Rowell, L.B. Connelly, *A historical view of the term moral hazard*, „Insurance Economics Letter" 2012, nr 65, s. 3–5. Wskazuje się, że w tym czasie także ubezpieczyciele uznają koncepcję pokusy nadużycia i rozpoczynają wdrażanie środków, aby ją kontrolować. Wraz z silną ekspansją firm ubezpieczeniowych na przełomie XIX i XX w., termin ten stawał się coraz bardziej popularny, a opisywany przezeń problem – coraz bardziej istotny. Por. R. Pearson, *Moral hazard and the assessment of insurance risk in eighteenth-and early-nineteenth-century Britain*, „Business History Review" 2002, nr 76(1), s. 1–35.

korzyści kosztem drugiej strony umowy i objawia się przenoszeniem negatywnych skutków decyzji jednych podmiotów na inne[33]. Podmiot, który zawarł umowę ubezpieczenia, może podjąć wyższe ryzyko, zakładając, że jego ubezpieczenie pokryje związane z tym koszty. Pokusa nadużycia może wystąpić, gdy działania strony podejmującej ryzyko zmienią się ze szkodą dla strony ponoszącej koszty po dokonaniu transakcji finansowej. Pokusa nadużycia jest więc skutkiem występowania asymetrii informacji, w której strona podejmująca ryzyko wie więcej o swoich zamiarach niż strona płacąca za konsekwencje ryzyka, i ma skłonność do podejmowania zbyt dużego ryzyka z perspektywy strony z mniejszą ilością informacji. Jednym z przykładów jest problem pryncypała-agenta, w którym jedna strona, zwana agentem, działa w imieniu innej strony, zwanej pryncypałem. Jeśli agent ma więcej informacji o swoich działaniach lub zamiarach niż pryncypał, może mieć motywację do działania zbyt ryzykownego (z punktu widzenia pryncypała), jeżeli interesy agenta i pryncypała zobowiązanego nie są ze sobą zgodne.

Pokusa nadużycia ma zatem miejsce wtedy, gdy podejmowane jest ryzyko, którego w normalnych warunkach raczej by unikano. Dzieje się tak, ponieważ wszelkie negatywne konsekwencje poniesie nie dany podmiot (podejmujący ryzyko), ale ktoś inny, albo też, że z tytułu negatywnych konsekwencji wypłacone zostanie finansowe odszkodowanie. Stymuluje to działania mniej ostrożne. Jak ocenia Leszek Pawłowicz, hazard moralny w świetle etyki jest zachowaniem niemoralnym, zaś w świetle ekonomii – stanowi zakłócenie efektywnego działania rynku i ogranicza strach (ryzyko) w biznesie stymulowanym przez chciwość[34].

Pojęcie pokusy nadużycia kojarzone jest dziś głównie z nadużyciami w instytucjach finansowych, szczególnie w efekcie kryzysu finansowego 2008 r.[35] Prawdopodobnie pewna koncepcja pokusy nadużycia funkcjonowała już w czasach starożytnych, w ekonomii myślenie o niej pojawia się w pracach Adama Smitha[36]. Swe zasadnicze korzenie koncepcja ma jednak w branży ubezpieczeniowej. Jak wskazują Benjamin Hale[37] oraz

[33] AP. Krugman, *The Return of Depression Economics and the Crisis of 2008*, Norton, New York 2009, s. 62–63.

[34] L. Pawłowicz, *Hazard moralny i ryzyko systemowe w UE*, seminarium „Moral Hazard w biznesie i polityce gospodarczej", Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańska Akademia Bankowa, Sopot, http://www.gab.com.pl [dostęp: 20.06.2013].

[35] K. Dowd, *Moral hazard and the financial crisis*, „Cato Journal" 2009, vol. 29, nr 1, s. 141–166.

[36] D. Rowell, L.B. Connelly, *A historical view…*

[37] B. Hale, *What's so Moral about the Moral Hazard?*, „Public Affairs Quarterly" 2009, nr 23(1), s. 1–25.

Robin Pearson[38], była ona znana w ubezpieczeniach od ponad pięciu wieków i jest rozumiana jako wpływ ubezpieczenia (możliwości ubezpieczenia) na działanie ubezpieczonego, które może prowadzić do podejmowania dodatkowego ryzyka w sposób, który nie może być skutecznie monitorowany. Osoba ubezpieczona może zachowywać się bardziej ryzykownie w porównaniu z sytuacją, w której nie miałaby ona ubezpieczenia. Poszczególni ludzie nie ponoszą konsekwencji swoich działań i w związku z tym mają tendencję do zachowań mniej ostrożnych, niż miałoby to miejsce w przypadku ponoszenia pełnych skutków. Osoba posiadająca ubezpieczenie od kradzieży samochodu może być mniej czujna, jeśli chodzi o zamykanie samochodu, ponieważ potencjalne negatywne skutki kradzieży są ponoszone (częściowo) przez towarzystwo ubezpieczeniowe.

W literaturze można spotkać wiele opracowań zgłębiających problematykę pokusy nadużycia w ubezpieczeniach (szczególnie w ubezpieczeniach zdrowotnych)[39]. Pojęcie pokusy nadużycia jest też wykorzystane przez ekonomistów do budowania i analizy różnorodnych scenariuszy polityki publicznej, zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, pomocy publicznej dla przedsiębiorstw czy polityki związanej z wykorzystaniem zasobów naturalnych[40]. Koncepcję pokusy nadużycia wykorzystano w sektorze bankowym dopiero w latach 20. XIX w. Wówczas w Stanach Zjednoczonych rozpoczęto rozważania dotyczące wprowadzenia systemu ubezpieczeń depozytów. W tym przypadku o pokusie nadużycia mówi się zarówno w kontekście rządowego wsparcia dla banków, przybierającego formę ubezpieczeń depozytów, jak i w odniesieniu do instytucji banku centralnego jako pożyczkodawcy ostatniej instancji.

1.7. Negatywna selekcja

W naukach ekonomicznych negatywna selekcja to sytuacja rynkowa, w której podmioty po różnych stronach transakcji posiadają inne zasoby informacji, dzięki czemu jeden podmiot może selektywnie uczestniczyć w transakcjach, które przynoszą mu największe korzyści kosztem pozostałych podmiotów. Klasycznych przykładem jest „rynek gratów" (*market of lemons*), który został opisany przez

[38] R. Pearson, *Moral hazard…*

[39] A.E. Dembe, L.I. Boden, *Moral Hazard: A Question of Morality?,* „New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy" 2000, nr 10(3), s. 257–279.

[40] B. Hale, *What's so Moral…*

George'a A. Akerlofa i dotyczył rynku używanych samochodów[41]. Wskazywał on, że jego rozważania dotyczą nie tylko rynku dóbr, ale także pracy czy finansów[42].

Podmioty o ograniczonym dostępie do informacji obawiają się nieuczciwych transakcji, które mogą się pojawić, gdy pozostałe podmioty, które posiadają wszystkie informacje, wykorzystują je dla własnych celów. Obawa przed nieuczciwym handlem może zmusić zaniepokojone podmioty do wycofania się z transakcji, powodując zmniejszenie wolumen obrotu na rynku. Może to wywołać efekt sprzężeń zwrotnych prowadzący do całkowitego zamknięcia handlu na takim rynku. Dodatkową konsekwencją mogącą prowadzić do załamania rynku jest to, że negatywna selekcja może działać jako czynnik odstraszający wchodzące na rynek podmioty, co prowadzi do wysokich marż jako konsekwencja braku dodatkowych wejść na rynek nowych graczy[43].

W przypadku występowania negatywnej selekcji podmioty lepiej poinformowane oferując dobra o niższej (najniższej) jakości, wypierają z rynku inne podmioty. Ostatecznie uniemożliwiają dokonanie wielu obustronnie korzystnych transakcji[44]. Jeśli dla danej grupy wyrobów (o lepszej i gorszej jakości) zostanie zatem określona przeciętna cena transakcyjna (rynkowa), a konsument nie będzie w stanie określić rzeczywistej jakości oferowanego dobra, to najprawdopodobniej sprzedawca będzie oferować towar gorszej jakości, co pozwoli mu na odniesienie korzyści w porównaniu z uczciwymi konkurentami, którzy oferują dobra jakościowo lepsze po ustalonej cenie. Im większa będzie liczba sprzedawców zachowujących się w ten sposób, tym gorsza jest jakość dóbr, a w efekcie ograniczenie rozmiarów rynku[45].

---

[41] G.A. Akerlof, *The Market for "Lemons"…*

[42] Klasycznym przykładem selekcji negatywnej w sektorze bankowym jest eliminowanie kredytobiorców „lepszych" przez „gorszych". Przy rosnącej stopie oprocentowania kredytów tylko projekty o wyższym ryzyku (i potencjalnie wyższej stopie zwrotu) mają szansę na finansowanie, autorzy projektów o wysokim prawdopodobieństwie sukcesu i w efekcie niższej stopie zwrotu nie korzystają wówczas z finansowania kredytem bankowym ze względu na jego wysoką cenę. Zob. A. Barembruch, *Hazard moralny w działalności pośredników finansowych*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego" 2011, nr 4–5, s. 293–302.

[43] W literaturze przedmiotu spotkać można stwierdzenie, że zjawisko asymetrii informacyjnej to podłoże kruchości instrumentów finansowych i wysokiej podatności rynków finansowych na niestabilność. Zob. Z. Polański, B. Pietrzak, B. Woźniak, *System finansowy w Polsce*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

[44] K. Sawczuk, *Wybrane zagadnienia z teorii informacji a rynek pracy*, „Bank i Kredyt", maj 2003.

[45] W wielu przypadkach to kupujący mają lepsze informacje o tym, jak duże korzyści mogą czerpać z usługi. Na przykład restauracje oferujące „bezpłatną dolewkę" (*free refill)*, w których można pić bez limitów, ustalają jedną cenę dla wszystkich klientów. Sprzedawca ryzykuje, że zostanie niekorzystnie

Na rynku ubezpieczeniowym nabywcy ubezpieczeń na życie znacznie lepiej znają swój stan zdrowia niż firmy ubezpieczeniowe. Ponieważ statystycznie osoby z problemami zdrowotnymi częściej decydują się na zawarcie umowy niż jednostki zdrowe, jej cena odzwierciedla wyższy poziom ryzyka. W rezultacie osoby cieszące się doskonałym zdrowiem będą rzadziej nabywać ubezpieczenie i opłacać wyższe – niż wynikałoby to z ich stanu zdrowia – składki. Gdyby informacja była symetryczna, klient (czy np. bank) byłby w stanie zidentyfikować jakość, a dzięki optymalnym wyborom – z rynku zostałaby wyeliminowana jakość najgorsza. Na rynku ubezpieczeniowym nabywcy, z którymi wiąże się niskie ryzyko wystąpienia szkody, mogą odstąpić od zawarcia ubezpieczenia, ponieważ składki odzwierciedlają zawyżony w stosunku do ich sytuacji poziom ryzyka.

Dotychczasowe rozważania asymetrii informacji nie uwzględniały istotnej cechy rynku ubezpieczeniowego. Zakłady ubezpieczeń dysponują metodami (choć kosztownymi i niepewnymi) pozwalającymi ustalić poziom ryzyka związany z umową ubezpieczenia (np. badania techniczne, lekarskie, ekspertyzy). Głównym problemem decyzyjnym, przed którym staje zakład ubezpieczeń, jest często kwestia, w jakim stopniu te metody weryfikacji deklaracji klientów winny być stosowane, ze względu na ich najczęściej dość wysokie koszty[46].

1.8. Ryzyko w działalności zakładu ubezpieczeń

Pojęcie „ryzyko" w działalności ubezpieczeniowej ma szczególne znaczenie. Z jednej strony wiąże się z podstawową działalnością zakładu ubezpieczeń – świadczeniem ochrony na rzecz klienta, zaś z drugiej strony zakład ubezpieczeń, jako podmiot gospodarujący, podlega określonym zagrożeniom i może określić katalog nieakceptowanych przez siebie sytuacji.

---

wybrany z powodu dużego pragnienia, a tym samym przez najmniej zyskownych klientów. Restaurator nie ma możliwości sprawdzenia, czy dany klient ma duże, czy małe pragnienie. Tylko klient to wie i w takiej sytuacji klienci o dużym pragnieniu chętniej korzystają z posiadanych informacji i idą do takiej restauracji. W takim przypadku sprzedawca narażony na działanie na rynku z negatywną selekcją może się zabezpieczyć, sprawdzając klientów lub identyfikując wiarygodne sygnały apetytu. Niektóre przykłady tego zjawiska występują w grach sygnalizacyjnych i *screeningowych*.

[46] E.W. Bond, K.J. Crocker, *Hardball and the soft touch: the economics of optimal insurance contracts with costly state verification and endogenous monitoring costs*, „Journal of Political Economy" 1997, nr 76, s. 169–217.

W działalności zakładu ubezpieczeń można zatem zidentyfikować następujące kategorie ryzyka:

- ryzyko ubezpieczeniowe (techniczno-ubezpieczeniowe) – związane z przedmiotem ubezpieczenia,
- ryzyko ubezpieczyciela – związane z funkcjonowaniem zakładu ubezpieczeń[47].

Czynniki wpływające na obie kategorie ryzyka zakładu ubezpieczeń możemy podzielić na:

- zewnętrzne – wynikające z otoczenia firmy ubezpieczeniowej, które pochodzić mogą z takich obszarów, jak:
  - regulacje prawne i ich zmienność,
  - koniunktura na rynku finansowym,
  - zachowania ubezpieczających i ubezpieczonych,
  - zachowania reasekuratorów i współpraca z nimi;
- wewnętrzne – wynikające z samego funkcjonowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do których m.in. możemy zaliczyć:
  - działalność techniczno-ubezpieczeniową,
  - działalność reasekuracyjną,
  - gospodarkę finansową zakładu ubezpieczeń,
  - strukturę własnościową firmy i zachowanie akcjonariuszy,
  - decyzje zarządcze władz statutowych (przede wszystkim zarządu),
  - kompetencje pracowników,
  - funkcjonowanie systemu informatycznego[48].

W literaturze przedmiotu można spotkać szereg klasyfikacji ryzyka w zakładzie ubezpieczeń. Ze względu na intensywne prace nad wypłacalnością zakładów ubezpieczeń jedną z kluczowych klasyfikacji okazała się przygotowana przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Aktuariuszy (International Actuarial

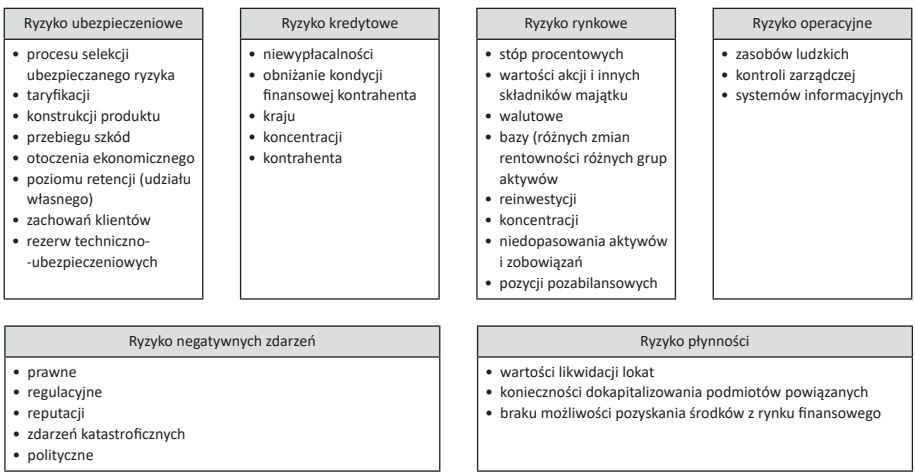
---

[47] Warto też wspomnieć o trzeciej kategorii ryzyka związanej z ubezpieczeniem, które nie jest wprawdzie ryzykiem zakładu ubezpieczeń, ale drugiej strony kontraktu – ryzykiem ubezpieczającego, wynikające z charakteru samej umowy ubezpieczenia i związane z możliwością nieuzyskania świadczenia w całości lub części, co wynikać może z niewypłacalności zakładu ubezpieczeń oraz niespełnienia warunków umowy ubezpieczenia ze strony zakładu ubezpieczeń. Zob. *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1: *Mechanizmy i funkcje*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000, s. 187–188.

[48] *Zarządzanie ryzykiem*, red. K. Jajuga, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 294–295; *Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2000, s. 175.

Association – IAA). Zaproponowało ono wyodrębnienie podstawowych kategorii ryzyka ponoszonego przez zakłady ubezpieczeń (rys. 4), do których zaliczono:

– ryzyko ubezpieczeniowe (*underwriting risk*),
– ryzyko kredytowe (*credit risk*),
– ryzyko rynkowe (*market risk*),
– ryzyko operacyjne (*operational risk*),
– ryzyko płynności (*liquidity risk*),
– ryzyko negatywnych zdarzeń (*event risk*).



Rysunek 4. Klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego według standardów IAA
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Report of Solvency Working Party Prepared for IAA Insurance Regulation Committee*, Luty 2002.

Ostatecznie Grupa Robocza Międzynarodowego Stowarzyszenia Aktuariuszy ds. Oceny Wypłacalności Ubezpieczycieli w 2004 r. (IAA Insurer Assesment Working Party) zawęziła swą klasyfikację do czterech podstawowych kategorii ryzyka ponoszonego przez zakłady ubezpieczeń[49]:

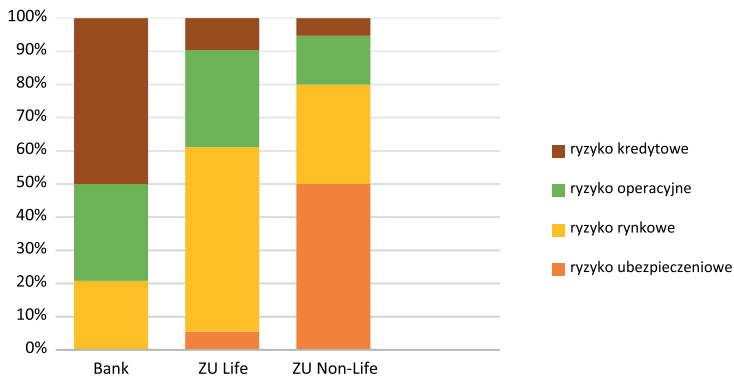
– ryzyko ubezpieczenia (*underwriting risk*),

[49] Nad klasyfikacją tą pracowała również Podkomisja ds. audytu i kontroli wewnętrznej w ramach Komisji Ekonomiczno-Finansowej polskiej Izby Ubezpieczeń, opracowując w roku 2007 raport pt. „Klasyfikacja ryzyk ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń". W roku 2017 przygotowano nową edycję tego raportu, która oprócz klasyfikacji wskazuje także propozycje działań, które mogą minimalizować poszczególne ryzyka. Zob. https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2017/11/Klasyfikacja-ryzyk-2017.pdf [dostęp: 9.10.2020].

– ryzyko kredytowe (*credit risk*),
– ryzyko rynkowe (*market risk*),
– ryzyko operacyjne (*operational risk*)[50].

Klasyfikacja ta stała się obowiązująca dla europejskiego rynku ubezpieczeń w związku z pracami nad regulacjami dotyczącymi wypłacalności zakładów ubezpieczeń.

Znaczenie poszczególnych rodzajów ryzyka dla wybranych instytucji rynku finansowego (w oparciu o badania) wskazano na rysunku 5.



Rysunek 5. Struktura ryzyka w instytucjach finansowych
Źródło: G. Giese, *Economic capital versus regulatory capital – market benchmark* [w:] Basel. Risk May 2003, s. 19, www.risk.net [dostęp: 28.10.2012].

Ważną kategorią ryzyka w działalności zakładu ubezpieczeń, szczególnie w przypadku ubezpieczeń non-life, jest ryzyko ubezpieczeniowe. W literaturze i praktyce[51] podkreśla się, że ta kategoria ryzyka obejmuje działania związane zarówno ze zdarzeniami objętymi ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartych umów ubezpieczenia, jak i ze specyficznymi procesami dotyczącymi prowadzenia działalności ubezpieczeniowej (tab. 1).

[50] Ponadto eksperci zwracają uwagę na konieczność wyróżnienia ryzyka płynności (*liquidity risk*).
[51] *Klasyfikacja ryzyk ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2004, s. 3.

Tabela 1. Rodzaje ryzyka ubezpieczeniowego (techniczno-ubezpieczeniowego) i ich charakterystyka

Rodzaje ryzyka	Charakterystyka poszczególnych rodzajów ryzyka
Ryzyko procesu selekcji ryzyka (*underwriting process risk*)	ryzyko rozpoczynające się od samej ekspozycji na ryzyko do powstania strat finansowych związane z procesem selekcji i akceptacji ubezpieczanych ryzyk
Ryzyko taryfikacji (*pricing risk*)	ryzyko ustalenia przez zakład ubezpieczeń składek na poziomie niewystarczającym do pokrycia przyszłych zobowiązań wynikających z portfela umów ubezpieczenia
Ryzyko konstrukcji produktu (*product design risk*)	ryzyko, że faktyczny zakres ekspozycji na ryzyko ubezpieczeniowe nieoczekiwanie odbiega od zakresu zakładanego na etapie tworzenia i taryfikacji/kwotowania produktu
Ryzyko przebiegu szkód (*claims risk – for each peril*)	ryzyko, że ma miejsce więcej szkód niż zakładano lub że wysokość szkód przewyższa ich oczekiwaną wielkość, co skutkuje nieprzewidywanymi stratami; ryzyko to zawiera również dalszy rozwój szkody po jej zajściu oraz kształtowanie się kosztów obsługi i likwidacji; obejmuje też kumulację ryzyk i ryzyka katastroficzne oraz szkody nadzwyczajne
Ryzyko otoczenia ekonomicznego (*economic environment risk*)	ryzyko, że warunki ekonomiczno-społeczne ulegną zmianie w sposób mający niekorzystny wpływ na zakład ubezpieczeń
Ryzyko poziomu udziału własnego (*net retention risk*)	ryzyko, że wyższy udział własny skutkuje stratami finansowymi w przypadku katastrof oraz koncentracji szkód
Ryzyko zachowania klientów (*policyholder behaviour risk*)	ryzyko nieoczekiwanego zachowania klientów (ubezpieczających, ubezpieczonych, uprawnionych) negatywnie wpływającego na zakład ubezpieczeń, takiego jak przedterminowe rozwiązania umów, realizacja przez klientów przysługujących im opcji
Ryzyko tworzenia rezerw techn-ubezp. (*reserving risk*)	ryzyko utworzenia rezerw w wysokości nieadekwatnej z perspektywy pokrycia przyszłych zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia

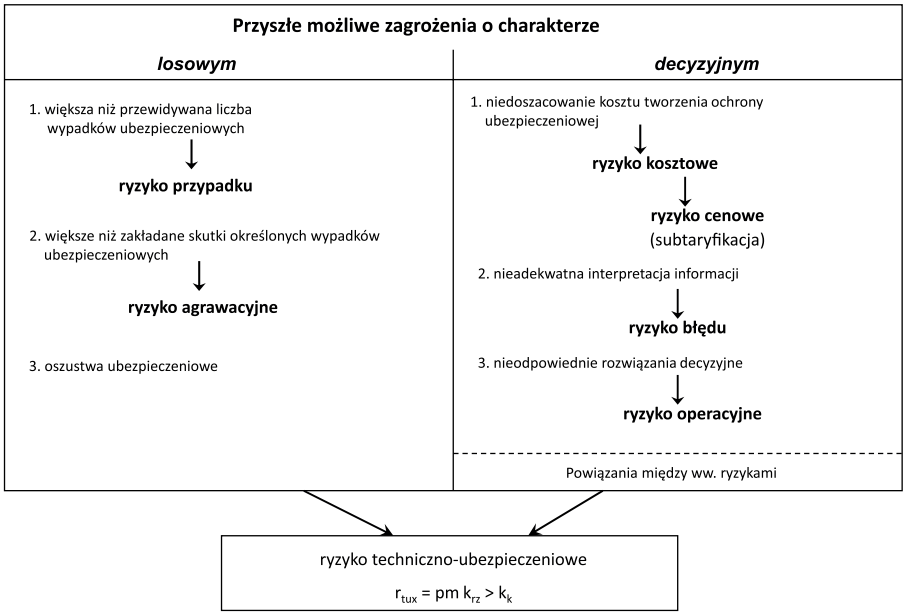
Źródło: *Klasyfikacja ryzyk ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2004, s. 3.

Ryzyko techniczno-ubezpieczeniowe to realizacja sytuacji nieakceptowanej przez zarząd, akcjonariuszy zakładu ubezpieczeń czy innych interesariuszy, w której zobowiązania z tytułu zawartych umów ubezpieczenia okazały się wyższe w stosunku do oczekiwanych.

Determinantów ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego należy poszukiwać w obszarze losowym oraz decyzyjnym (rys. 6). W pierwszym z nich będą to okoliczności związane z większą częstotliwością wypadków ubezpieczeniowych względem zakładanych (np. na podstawie indywidualnych obserwacji lub powszechnie dostępnych danych o liczbie pożarów w danym typie budynków). Realizacja ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego może wynikać również z większych niż zakładano skutków określonych zjawisk (np. skala wymarznięć w ubezpieczeniu upraw w 2016 r. w Polsce znacznie przekroczyła wcześniejsze doświadczenia; w północnej Polsce wymarzły powszechnie nawet uprawy pszenicy – czego nie obserwowano od ponad 50 lat). Ale w grupie czynników losowych należy również dodać oszustwa ubezpieczeniowe, które istotnie zakłócają końcowy wynik w relacji wypłacone odszkodowania i świadczenia do skalkulowanej składki. Wpływają na ostateczny wynik operacji finansowych, czyli na rozliczenia związane z reasekuracją.

Jednak najistotniejsze w ryzyku techniczno-ubezpieczeniowym są decyzje podejmowane na etapie przyjmowania danego przedmiotu ubezpieczenia do ochrony, jak również w czasie świadczenia tej ochrony (obszar ryzyka operacyjnego). I w tym miejscu pojawiają się zagadnienia związane z underwritingiem ubezpieczeniowym. Underwriting to pojęcie specjalistyczne; w dosłownym tłumaczeniu *underwrite* oznacza „poprzeć", „popierać", „podpisać się", jednak tuż obok tego znaczenia znajduje się w słowniku drugie – „przyjąć do ubezpieczenia"[52] .

[52] Ale też: „subskrybować", „pokryć koszt czegoś". Zob. https://oxford.pwn.pl/szukaj/underwriting.html [dostęp: 15.05.2020]. Należy jednak podkreślić, iż pojęcie *underwriting* znajdziemy również w innych obszarach funkcjonowania rynku kapitałowego. W literaturze i praktyce gospodarczej występują pojęcia, które wprost odnoszą się do zagrożeń związanych z prowadzoną działalnością przez poszczególne podmioty, m.in.: bank underwriting (ocena dokumentów i sytuacji danego podmiotu w związku z realizowanym procesem udzielania kredytu), securities underwriting (działania banków inwestycyjnych związane z zabezpieczeniem emisji papierów wartościowych). Zob. D. Zhang, Y. Zhang, Y.E. Zhao, *Underwriting and Primary Market Price Discovery of Syndicated Loans: Theory and Evidence*, SSRN 3159471, 2020.



Rysunek 6. Konstrukcja ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego
Źródła: opracowane własne na podstawie P. Liebwein, *Klassische und moderne Formen der Rückversicherung*, VVW GmbH 2000, s. 13–15 oraz J. Michalak, *Wstęp do reasekuracji*, materiały dydaktyczne z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu (niepublikowane).

Działanie to należy osadzić w uproszczonym schemacie działalności zakładu ubezpieczeń (rys. 7). Na współczesnym rynku underwriting jest ściśle powiązany ze sprzedażą, tworzy jeden proces – underwritingowo-sprzedażowy. Jest to ciągły konflikt rożnych spojrzeń eksperckich: sprzedawców, inżynierów ds. oceny ryzyka i underwriterów.

Rysunek 7. Uproszczony model biznesowy w zakładzie ubezpieczeń
Źródło: M. Janowicz-Lomott, K. Łyskawa, *Underwriting i polityka lokacyjna zakładów ubezpieczeń w kształtowaniu taryf na rynku ubezpieczeń majątkowych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2016, nr 415, s. 415.

Celem procesu underwritingu jest znalezienie optymalnej odpowiedzi na pytania istotne przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. Przykładowo: jakie są przesłanki przyjęcia danej rzeczy do ubezpieczenia? Jakie czynniki są istotne i jak właściwie podjąć decyzję o przyjęciu finansowych skutków zmaterializowania się zdarzenia losowego, objętego umową ubezpieczenia? W związku z tym możemy się zastanowić, jak prawidłowo wycenić to zobowiązanie. Biznesowo generuje to dodatkowe pytanie o podstawę zdobycia przewagi konkurencyjnej nad innymi ubezpieczycielami i przyjęcia odpowiedzialność za dany przedmiot ubezpieczenia. Należy ocenić, w jakich w sytuacjach i kiedy przyjęcie do ubezpieczenia danego przedmiotu ubezpieczenia jest ekonomicznie słuszne, a w jakich należy odrzucić taką umowę, generując być może niewspółmierne koszty związane z oceną przedmiotu ubezpieczenia lub zachwianiem relacji z działem sprzedaży[53].

W literaturze wskazuje się na dwa główne obszary działania w tym zakresie:

1. Badanie wniosku ubezpieczeniowego oraz innych dokumentów i danych dostarczonych przez klienta. Zakres tych danych oraz formuła wniosków uzależniona jest od rodzaju przedmiotu ubezpieczenia, który będzie zgłaszany do ochrony. Mogą to być podstawowe dane o kliencie, kwestionariusz medyczny albo dane finansowe, takie jak: bilans, rachunek zysków i strat, inne sprawozdania.
2. Analiza pozyskanych informacji, mająca na celu ocenę wniosku i obliczenie proponowanej składki. Oparta jest w głównej mierze na przeliczeniach matematycznych, porównaniach danych i uzyskanych wskaźników z wartościami benchmarkowymi. Ten etap aktywności zakładu ubezpieczeń kończy się selekcją wniosków i taryfikacją. Selekcja polega na wydaniu rekomendacji odrzucenia wniosku, jego przyjęciu, konieczności przeprowadzenia dodatkowej niestandardowej oceny lub propozycji wprowadzenia klauzul dodatkowych (ograniczających odpowiedzialność towarzystwa).

W obecnym kształcie underwriting to połączenie informacji wynikających z aktuarialnego i kolektywnego modelu oceny przedmiotu ubezpieczenia z wiedzą ekspercka underwritera (czynnik ludzki wciąż pozostaję bardzo ważny w tym procesie). W wielu zakładach ubezpieczeń, jako docelowe rozwiązanie techniczne, wdrażane są systemy underwritingowe. Są one wykorzystywane na różnych etapach realizacji ochrony ubezpieczeniowej: podczas weryfikacji

[53] P. Olszewski, *Proces underwritingowy na przykładzie ubezpieczenia mienia podmiotów korporacyjnych od szkód losowych – kierunek rozwoju*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2012, s. 7 (praca niepublikowana).

wniosku, w następstwie modyfikacji warunków ubezpieczenia lub w ramach okresowej oceny ryzyka (np. podczas weryfikacji stanu zdrowia ubezpieczonego). W swojej pracy sięgają do licznych źródeł danych. Oczywiście przede wszystkim są to wnioski oraz inne dokumenty i dane przedstawiane przez klienta. Kolejne wykorzystywane dane to aktualne i historyczne informacje o polisach i szkodach zgromadzone przez ubezpieczyciela w systemach IT. Dlatego system underwritingowy musi być zintegrowany z tymi systemami. Jeśli ubezpieczyciel (ale również reasekurator) posiada hurtownię danych, która zwykle ma zagregowane informacje tego typu, to warto z niej skorzystać. Jednak w zasadzie możliwości interpretacji danych w przypadku sięgania do danych zewnętrznych są nieograniczone. W grę wchodzą poszerzające stale swój zakres dane otwarte (np. baza KRS, REGON, Elektroniczne Księgi Wieczyste, wybrane dane geodezyjne, dla ubezpieczycieli są to także dane UFG) oraz źródła płatne (np. dane z biur informacji kredytowej, wywiadowni gospodarczych, raportów i baz medycznych, mapy systemów GIS).

Ryzyko rynkowe (kluczowe dla ubezpieczycieli życiowych) wynika ze zmienności rynkowych cen instrumentów finansowych. W przypadku zakładów ubezpieczeń ryzyko rynkowe jest ściśle powiązane z inwestowaniem środków na rynkach finansowych (działalnością lokacyjną). Charakterystykę ryzyka zawiera tabela 2.

Tabela 2. Rodzaje ryzyka rynkowego i ich charakterystyka

Rodzaje ryzyka	Charakterystyka poszczególnych rodzajów ryzyka
Ryzyko stóp procentowych (*interest rate risk*)	ryzyko wynikające z narażania na straty związane ze zmianami stóp procentowych
Ryzyko związane z akcjami (*equity and property risk*)	ryzyko wynikające z narażania na straty związane ze zmianami wartości rynkowej akcji oraz pozostałych aktywów
Ryzyko walutowe (*currency risk*)	ryzyko spadku wartości aktywów w walutach obcych bądź wzrostu wartości zobowiązań nominowanych w obcych walutach wynikające ze zmiany kursów walut
Ryzyko bazowe (*basis risk*)	ryzyko, że rentowność instrumentów o różnej wiarygodności kredytowej, płynności i wymagalności zmienia się w sposób zróżnicowany, co skutkuje zmiennością wartości rynkowej instrumentów finansowych, która jest niezależna od zmienności wartości zobowiązań

cd. tabeli 2

Rodzaje ryzyka	Charakterystyka poszczególnych rodzajów ryzyka
Ryzyko reinwestycji (*reinvestment risk*)	ryzyko związane z reinwestowaniem przychodów z lokat w sytuacji spadku rentowności poniżej zakładanego poziomu
Ryzyko koncentracji (*concentration risk*)	ryzyko zwiększonego narażenia na straty wskutek koncentracji geograficznej oraz sektorowej w ramach prowadzonej działalności lokacyjnej
Ryzyko niedopasowania aktywów i zobowiązań (*asset liability mismatch risk*)	ryzyko związane z rozbieżnością w wysokości i rozkładzie w czasie przepływów finansowych z aktywów pokrywających zobowiązania oraz przepływów finansowych wynikających z realizacji zobowiązań zakładu ubezpieczeń
Ryzyka pozabilansowe (*off-balance sheet risks*)	ryzyko związane ze zmianą wartości aktywów i zobowiązań o charakterze warunkowym, które nie znajdują odzwierciedlenia w bilansie

Źródło: *Klasyfikacja ryzyk…*, s. 5.

Ograniczanie ryzyka rynkowego ściśle związane jest z jego rodzajem. W przypadku ryzyka stopy procentowej polega ono na monitoringu zmienności stóp procentowych czy doborze odpowiednich technik inwestycyjnych. Pomocne jest także włączenie do procesu zarządzania ryzykiem instrumentów pochodnych wystawionych na stopę procentową (np. kontraktów futures czy opcji). W przypadku ryzyka cen akcji zarządzanie sprowadza się do dywersyfikacji portfela inwestycji oraz stosowania instrumentów pochodnych. Z kolei podstawowym zabiegiem ograniczającym ryzyko walutowe jest utrzymywanie aktywów w takiej walucie, w jakiej zdefiniowane zostały zobowiązania z tytułu umów ubezpieczenia. Konieczny jest także stały monitoring zmienności kursów, jak również opracowanie i stosowanie odpowiednich technik inwestycyjnych uwzględniających zmiany kursów walutowych[54].

Zarządzanie ryzykiem rynkowym w zakładach ubezpieczeń polega przede wszystkim na stosowaniu metody opierającej się na zarządzaniu aktywami i pasywami (ang. Asset and Liability Management, ALM). Metoda ta sprowadza się do konstruowania portfela aktywów i pasywów w taki sposób, aby dopasować do siebie terminy zapadalności lokat odpowiadających z przewidywanymi terminami wypłat odszkodowań oraz świadczeń. Odpowiednia struktura aktywów i pasywów

[54] W. Ronka-Chmielowiec, *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002, s. 264.

nie tylko umożliwia utrzymanie płynności, ale pozwala również obniżyć poziom ryzyka rynkowego przy jednoczesnej optymalizacji stóp zwrotu[55].

Pierwsze próby ścisłego określenia zakresu ryzyka operacyjnego wykorzystywały podejście oparte na zaprzeczeniu, czyli były to wszystkie inne incydenty, które nie mieściły się w określonych i zdefiniowanych kategoriach ryzyka –finansowego i rynkowego. Z założenia koncepcja ryzyka operacyjnego była zatem bardzo szeroka. Ale sytuacja uległa zmianie w związku z przygotowywanymi regulacjami w zakresie Bazylea II dla banków. Efektem były działania uszczegóławiające tę kategorię również dla zakładów ubezpieczeń. Ryzyko operacyjne to ryzyko strat spowodowanych nieodpowiednimi lub nieudanymi procesami wewnętrznymi po stronie ubezpieczyciela, zatrudnionymi pracownikami, użytkowanymi systemami lub wynikające z przyczyn określonych zdarzeń zewnętrznych wobec organizacji. Obejmuje ono ryzyko prawne, natomiast wyłącza się z niego ryzyko reputacji i strategiczne[56]. Powyższa definicja nadal wskazuje, że jest to wciąż szeroki zakres zdarzeń, które mogą mieć wpływ na poszczególne zakłady ubezpieczeń lub na całą branżę. Nie jest to z pewnością nowy obszar zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń, ale ze względu na rosnącą digitalizację działań, liczne fuzje i przejęcia oraz wpływ globalizacji obszar ryzyka operacyjnego jest bardzo znaczący[57].

Do podstawowych kategorii zdarzeń operacyjnych zaliczyć możemy:

1. oszustwa wewnętrzne – nielegalne działania, kradzież, przywłaszczenia własności, omijanie przepisów prawa i oszustwa spowodowane przez osoby z wewnątrz instytucji;
2. oszustwa zewnętrze – kradzież, fałszerstwo, zniszczenia spowodowane włamaniem do systemów informacji dokonane przez osoby trzecie;
3. praktykę kadrową i bezpieczeństwo pracy – dyskryminacja/różnicowanie pracowników, działania niezgodne z prawem pracy i regulacjami w zakresie BHP, żądania odszkodowań za wypadki w miejscu pracy;
4. klientów, produkty i praktykę biznesową – naruszenie zaufania, agresywna sprzedaż, niezachowanie tajemnicy służbowej, manipulowanie rynkiem, pranie brudnych pieniędzy, błędy produktów;

---

[55] *Ryzyko instytucji finansowych. Współczesne trendy i wyzwania*, red. T. Czerwińska, K. Jajuga, C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 523.

[56] *International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards a Revised Framework (2004)*, Basel Committee on Banking Supervision, http://www.bis.org/publ/bcbs128.pdf [dostęp: 15.05.2020], s. 137.

[57] I.A. Mossa, *Operational Risk Management*, Chippenham and Eastbourne 2007, s. 85–89.

5. szkody w aktywach rzeczowych – katastrofy naturalne, terroryzm;
6. zakłócenie działalności gospodarczej i błędy systemów – narzędzia wywołujące zakłócenia, awarie oprogramowania, awarie sprzętu, zakłócenia i przerwy w dostawie mediów;
7. dokonywanie transakcji, dostawę oraz zarządzanie procesami – błędna komunikacja, błędy we wprowadzeniu, obsłudze i ładowaniu danych, zagubienie dokumentacji klienta, spory z dostawcami[58].

W konsekwencji można pokusić się o operacjonalizację kategorii ryzyka operacyjnego do działalności zakładu ubezpieczeń. Tabela 3 to tylko przykład krytycznych sytuacji w wybranych obszarach funkcjonowania zakładu ubezpieczeń.

Tabela 3. Ryzyko operacyjne w zakładzie ubezpieczeń

Fragment modelu biznesowego	**Tworzenie i rozwój produktów**
Ryzyko procesów	– nieefektywne wdrażanie i obsługa nowego produktu – niezrealizowanie planów w zakresie oferty produktowej – nieznajomość rynku, zachowań konsumenta i niedopasowanie potrzeb klienta do produktu
Ryzyko ludzi	– brak możliwości zatrudnienia wykwalifikowanych pracowników – nieodpowiednie wykorzystanie poufnych danych – działanie na niekorzyść zakładu ubezpieczeń
Ryzyko systemów	– przestarzała technologia – telekomunikacja (błędy i zakłócenia)
Ryzyko zdarzeń zewnętrznych i prawne	– włamania – kradzieże, przechwycenia informacji dotyczących nowego produktu przez konkurencję
Fragment modelu biznesowego	**Underwriting**
Ryzyko procesów	– błędne/niezrozumiałe procedury analizy i akceptacji ryzyka – brak mechanizmów kontrolnych
Ryzyko ludzi	– odstępstwa od schematów akceptacji ryzyka – nadużycia, oszustwa – brak możliwości zatrudnienia wykwalifikowanych underwiterów

[58] *International Convergence…*

Ryzyko systemów	– błędy systemów akceptacji ryzyka – niewystarczające systemy informatyczne, np. dotyczące oceny ryzyka powodzi
Ryzyko zdarzeń zewnętrznych i prawne	– fałszerstwo danych dotyczących ryzyka – kradzież informacji
Fragment modelu biznesowego	**Sprzedaż**
Ryzyko procesów	– nieznajomość potrzeb klientów – nieodpowiednie monitorowanie i zarządzanie siecią sprzedaży – skomplikowany i niezrozumiały system wynagrodzeń/prowizji
Ryzyko ludzi	– straty finansowe na skutek defraudacji składek przez agentów – nieefektywny system szkoleń dla agentów – braku możliwości zatrudnienia wykwalifikowanych pracowników
Ryzyko systemów	– zakłócenia i przerwy w dostawie mediów (szczególnie przy sprzedaży internetowej)
Ryzyko zdarzeń zewnętrznych i prawne	– zmiana w obowiązującym prawie w zakresie promocji sprzedaży
Fragment modelu biznesowego	**Działalność lokacyjna**
Ryzyko procesów	– niekonsekwencja w stosowaniu procedur i strategii inwestycyjnej – brak odpowiednich analiz, modeli finansowych
Ryzyko ludzi	– świadome działanie na niekorzyść zakładu ubezpieczeń – brak możliwości zatrudnienia wykwalifikowanych pracowników
Ryzyko systemów	– zakłócenia w pracy systemów informatycznych
Ryzyko zdarzeń zewnętrznych i prawne	– zmiana regulacji prawnych dotyczących działalności lokacyjnej
Fragment modelu biznesowego	**Likwidacja szkód**
Ryzyko procesów	– brak odpowiednich procedur likwidacyjnych lub ich nieprzestrzeganie – nieskuteczne procedury monitorowania jakości i efektywności procesu

cd. tabeli 3

Ryzyko ludzi	– strata finansowa na skutek działania likwidatora w porozumieniu z klientem – niezapewnienie likwidatorom odpowiednich szkoleń
Ryzyko systemów	– utrata danych dotyczących szkody – awaria systemu, w wyniku której odszkodowanie nie zostanie wypłacone w terminie lub wcale
Ryzyko zdarzeń zewnętrznych i prawne	– zmiana przepisów wewnętrznych i orzecznictwa sądowego – przestępczość ubezpieczeniowa – fałszerstwo dokumentów

Źródło: A. Hęćka, *Zarządzanie ryzykiem operacyjnym w kontekście Solvency II na przykładzie Grupy PZU* [w:] *Problemy współczesnego zarządzania*, red. J. Bieliński, E. Wycinka, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot, s. 27–28.

W konsekwencji należy stwierdzić, iż ryzyko operacyjne to bardzo różnorodny wachlarz zdarzeń i szeroko zakrojona koncepcja pojęciowa. Szkody wynikające z ryzyka operacyjnego są często tylko częściowo policzalne – tzw. straty pośrednie, szkody, utrata reputacji i utraconych możliwości nie są lub są w bardzo małym stopniu możliwe do policzenia. Bardzo często można je przypisać pojedynczemu incydentowi, co dodatkowo komplikuje możliwość pomiaru prawdopodobieństwa lub rozmiarów straty. Ryzyko operacyjne w dużym stopniu pokrywa się z innymi obszarami ryzyka. W konsekwencji wiele zdarzeń krytycznych i skala obserwowanych strat są spowodowane połączeniem ryzyka operacyjnego i innych kategorii ryzyka[59].

Dlatego tak ważnym zagadnieniem jest proces i zasady obchodzenia się z tym ryzykiem. Wyróżnia się trzy warstwy zarządzania ryzykiem operacyjnym w zakładzie ubezpieczeń:

[59] Przykładem może być sytuacja zaistniała w firmie Prudential w latach 90., jednej z największych amerykańskich instytucji finansowych, prowadzącej duże operacje ubezpieczeniowe na całym świecie. Firma pozwalała na realizację procesu „churning", czyli zachęcania klientów do kupowania drogich produktów w celu generowania wysokich prowizji i opłat, a nawet promowała to poprzez stosowny system wynagrodzeń. Doprowadziło to ostatecznie do wniesienia pozwu w 1997 r. przez ponad 10 mln ubezpieczających. Zakłada się, że rzeczywista strata, jaką ponieśli ubezpieczający, była nawet wyższa niż ostateczne roszczenie w wysokości 2 mld USD. Szkody reputacyjne są niezwykle trudne do oszacowania. Nawet gdyby Prudential nie przegrał sprawy sądowej, zaszkodziłby swojej reputacji. Jednak w takim przypadku nie jest jasne, czy jakakolwiek „realizacja ryzyka operacyjnego" wystąpiłaby na rachunkach firmy w wyniku tego skandalu. Zob. T.L. MacLean, *Thick as thieves: A social embeddedness model of rule breaking in organizations*, „Business & Society" 2001, nr 40(2), s. 167–196.

1. jakościowe zarządzanie ryzykiem,
2. ilościowe zarządzanie ryzykiem,
3. audyt wewnętrzny i zewnętrzny[60].

Ryzyko kredytowe związane jest z możliwością niedotrzymania warunków umowy przez stronę kontraktu[61]. W zakładach ubezpieczeń oznacza to niezdolność lub niechęć kontrahenta do wypełnienia zobowiązań finansowych wynikających z zawartych umów. W przypadku zakładu ubezpieczeń tego typu ryzyko należy rozpatrywać w dwóch aspektach:

1. Ryzyko niewykonania zobowiązania przez kontrahenta bądź jego pogarszająca się sytuacja kredytowa. Ekspozycja na to ryzyko związana jest m.in. z umowami reasekuracyjnymi, derywatami, sekurytyzacją oraz wierzytelnościami od pośredników ubezpieczeniowych bądź z niedotrzymaniem zobowiązań przez emitenta instrumentu finansowego, który wchodzi w skład portfela aktywów zakładu.
2. Ryzyko migracji wartości instrumentu finansowego – pojawiające się, gdy zmiany w prawdopodobieństwie przyszłego niedotrzymania warunków przez emitenta niekorzystnie wpływają na wartość bieżącą instrumentu finansowego[62].

Tabela 4. Rodzaje ryzyka kredytowego i ich charakterystyka

Rodzaje ryzyka	Charakterystyka poszczególnych rodzajów ryzyka
Ryzyko bezpośredniej niewypłacalności (*direct default risk*)	ryzyko nieotrzymania należności pieniężnych oraz innych składników aktywów, z powodu niewypełnienia zobowiązań przez kontrahentów
Ryzyko obniżenia kondycji finansowej (*downgrade or migrtion risk*)	ryzyko, że zmiana prawdopodobieństwa przyszłej niewypłacalności ze strony kontrahentów negatywnie wpływa na bieżąca wartość umów zawartych przez zakład ubezpieczeń z tymi kontrahentami
Pośrednie ryzyko kredytowe (*indirect credito or spread risk*)	ryzyko wynikające z rynkowej oceny podwyższonego ryzyka, związanego m.in. z cyklami koniunkturalnymi czy innymi ryzykami o charakterze systematycznym

[60] A. Hęćka, *Zarządzanie ryzykiem operacyjnym w kontekście Solvency II na przykładzie Grupy PZU* [w:] *Problemy współczesnego zarządzania*, red. J. Bieliński, E. Wycinka, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot 2014, s. 30.

[61] W. Ronka-Chmielowiec, *Ubezpieczenia…*, s. 264.

[62] T. Czerwińska, *Ryzyko kredytowe portfela inwestycji zakładów ubezpieczeń w świetle nowych wymogów kapitałowych*, „Zarządzanie i Finanse Journal of Management and Finance" 2014, vol. 12, nr 1, s. 43.

cd. tabeli 4

Rodzaje ryzyka	Charakterystyka poszczególnych rodzajów ryzyka
Ryzyko rozliczeń (*settlement risk*)	ryzyko wyceny związane z rozbieżnością pomiędzy datą transakcji a datą jej rozliczenia
Ryzyko kraju (*soveregin risk*)	ryzyko związane z narażeniem na straty wskutek zmniejszania wartości aktywów zagranicznych oraz zwiększania wartości zobowiązań denominowanych w walutach, w zakresie ryzyk nierynkowych
Ryzyko koncentracji (*concentration risk*)	ryzyko zwiększonego narażenia na straty wskutek koncentracji geograficznej oraz sektorowej w ramach prowadzonej działalności lokacyjnej
Ryzyko kontrahenta (*counterparty risk*)	ryzyko zmiany wartości udziałów reasekuratorów lub pozycji pozabilansowych w przypadku gdy należności mają charakter warunkowy

Źródło: *Klasyfikacja ryzyk…*, s. 3.

Zakład ubezpieczeń podejmuje także szereg środków zaradczych minimalizujących bądź wykrywających wcześnie ryzyko kredytowe. Należą do nich: monitorowanie sytuacji branżowej, ocena ratingowa bądź scoringowa podmiotu przed sfinalizowaniem umowy, cykliczny monitoring sytuacji kontrahenta oraz sytuacji rynkowej, analiza standingu finansowego reasekuratorów oraz brokerów, w tym szczególnie monitorowanie spłat należności, jak również inwestowanie w ciągły rozwój pracowników i podnoszenie ich kompetencji.

Problemy do dalszych rozważań

1. Jakie są podejścia do zagadnienia ryzyka charakterystyczne dla myśli ekonomicznej?
2. Jakie jest znaczenie podziału ryzyka na czyste i spekulacyjne dla ubezpieczeń?
3. Jakie są postawy ludzi wobec ryzyka?
4. Jaka jest klasyfikacja ryzyka w zakładzie ubezpieczeń? Jakie metody są stosowne przez ubezpieczycieli w celu ograniczania poszczególnych kategorii ryzyka?
5. Jakie znaczenie ma underwriting w zakładzie ubezpieczeń?

Rozdział II
Finansowe aspekty działalności ubezpieczeniowej

2.1. Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe i podstawowe zasady jego działania na polskim rynku ubezpieczeń

Stosując specyficzne nazewnictwo dla określania podmiotu oferującego usługi ubezpieczeniowe (zakład ubezpieczeń, towarzystwo ubezpieczeniowe, ubezpieczyciel), nie możemy pominąć tego, iż jest on z jednej strony instytucją finansową (elementem szerszego rynku finansowego), a z drugiej strony przedsiębiorstwem, czyli zorganizowanym zespołem składników niematerialnych i materialnych przeznaczonych do prowadzenia działalności gospodarczej[63].

Działalność ubezpieczeniowa prowadzona przez zakłady ubezpieczeń jest działalnością o charakterze zaufania publicznego[64] – w zamian za składkę ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń sprzedaje obietnicę wypłaty świadczenia w momencie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

W efekcie działalność przedsiębiorstw ubezpieczeniowych jest działalnością podlegającą silnej regulacji (m.in. ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, kodeks cywilny i wiele innych) oraz nadzorowi.

---

[63] *Podstawy ubezpieczeń*, t. I: *Mechanizmy i funkcje*, s. 162.

[64] Co więcej, umowa ubezpieczenia w doktrynie, ale też orzecznictwie, określana jest kontraktem najwyższego zaufania (z łac. *uberrimae fides contractus*), ponieważ zakład ubezpieczeń przy ocenie ryzyka polega na okolicznościach przedstawianych przez ubezpieczającego, stąd działalność ta polega na dwustronnym zaufaniu.

Na obecny kształt rynku ubezpieczeń kluczowy wpływ ma ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej[65], wprowadzająca podstawowe zasady, które obowiązują na rynku ubezpieczeń i w ramach których zakłady ubezpieczeń muszą prowadzić swoją działalność[66]. Zasady te to przede wszystkim:

1. ograniczenie przedmiotowe działalności ubezpieczeniowej,
2. koncesjonowanie działalności ubezpieczeniowej,
3. zasada branżowości,
4. zasada określenia dopuszczalnych form organizacyjnych.

W przypadku zakładu ubezpieczeń jego aktywność gospodarcza polega wyłącznie na prowadzeniu działalności ubezpieczeniowej jako czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony w zakresie wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Zgodnie bowiem z zasadą ograniczenia przedmiotowej działalności ubezpieczyciela zakład ubezpieczeń nie może wykonywać innej działalności poza działalnością ubezpieczeniową i bezpośrednio z nią związaną[67]. Dla zapewnienia pewności obrotu i wykluczenia przypadków nielegalnego działania ustawodawca zdefiniował też pojęcie działalności ubezpieczeniowej (art. 4 ust. 1):

> Przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych.

Ustawodawca wskazał też szczegółowy katalog czynności ubezpieczeniowych, dzieląc je na trzy zasadnicze grupy:

1. te, które może wykonywać wyłącznie zakład ubezpieczeń (np. zawieranie umów ubezpieczenia) (w art. 4 ust. 7);
2. te, które zakład ubezpieczeń może wykonywać samodzielnie lub zlecać innym podmiotom (np. ocena ryzyka) (w art. 4 ust. 8);
3. te, które są czynnościami ubezpieczeniowymi, jeśli są wykonywane przez zakład ubezpieczeń (ustalanie przyczyn i okoliczności zdarzeń losowych) (w art. 4 ust. 9).

---

[65] Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

[66] Ustawa jest wdrożeniem do polskiego porządku prawnego dyrektywy Solvency II, która wprowadza do polskiego porządku prawnego regulacje z jednolitego rynku ubezpieczeń Unii Europejskiej (dalej: UE).

[67] Zgodnie z art. 4 ust. 3. ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Zgodnie z zasadą koncesjonowania wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub działalności reasekuracyjnej wymaga uzyskania zezwolenia organu nadzoru (art. 7 ust. 1). Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej dla krajowego zakładu ubezpieczeń wydaje, w drodze decyzji, po rozpatrzeniu wniosku założycieli, organ nadzoru[68]. Zezwolenie wydawane jest raz, na całą działalność zakładu, co jednak ważne, zakład ubezpieczeń musi rozpocząć działalność (sprzedać pierwsze ubezpieczenie) w ciągu 12 miesięcy od uzyskania zezwolenia.

W ustawie określono też warunki, kiedy zakład nie może uzyskać zgody na prowadzenie działalności (art. 170) – m.in. wtedy, gdy założyciele nie dają rękojmi prowadzenia spraw krajowego zakładu ubezpieczeń.

Co istotne, zezwolenie już wydane może zostać cofnięte. Ustawodawca wymienił okoliczności, w których zezwolenie może zostać cofnięte (art. 172), m.in. gdy zakład wykonuje działalność z naruszeniem przepisów prawa, statutu, planu działalności lub jego sytuacja nie zapewnia zdolności do wykonywania zobowiązań.

Obok krajowych zakładów ubezpieczeń, na terenie Polski mogą też działać zagraniczne zakłady ubezpieczeń. Mogą one prowadzić działalność zgodną z zasadami jednolitego rynku ubezpieczeń, jeśli pochodzą z terenu Unii Europejskiej, lub muszą uzyskać stosowne zezwolenie na prowadzenie działalności wyłącznie w formie głównego oddziału[69].

Zasadę branżowości ubezpieczeń wprowadzono w Polsce od roku 1990 (czyli pierwszej ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Zasada ta oznacza, iż:

1. Zakład ubezpieczeń nie może wykonywać jednocześnie działalności, o której mowa w dziale I oraz w dziale II ubezpieczeń[70].
2. Zakład ubezpieczeń wykonujący działalność w dziale I używa w nazwie lub firmie wyrazów wyróżniających ten rodzaj działalności (życie, na życie, life itd.).

Uzasadnieniem wprowadzenia zasady branżowości[71] jest odmienny charakter umów ubezpieczenia na życie (głównie długoterminowy) w porównaniu do

[68] Wymagania, które winien zawierać wniosek i załączniki do wniosku, określają art. 162–164 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

[69] Szczegółowe zasady funkcjonowania oddziału głównego zawarto w rozdziale 7 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

[70] Klasyfikacja działowa wynika z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zgodnie z którą dział I to ubezpieczenia na życie, a dział II – ubezpieczenia majątkowe i pozostałe ubezpieczenia osobowe.

[71] Zasada ta pojawiła się w prawie polskim wzorem porządku regulacyjnego w UE (ustanowionego dyrektywą koordynacyjną w sprawie ubezpieczeń na życie z roku 1979).

krótkoterminowych ubezpieczeń majątkowych oraz zapewnienie bezpieczeństwa konsumentów umów długoterminowych. Zakłady ubezpieczeń, w przypadku braku wystarczających środków na zaspokojenie roszczeń w ubezpieczeniach krótkoterminowych, mogłyby wykorzystywać dla ratowania płynności i wypłacalności środki ze składek z ubezpieczeń na życie, nie zabezpieczając w ten sposób wystarczająco interesów ubezpieczonych na życie.

Ostatnia zasada ograniczenia dopuszczalnych form organizacyjnych zakładów ubezpieczeń wiąże się z przyjęciem reguły, iż zakład ubezpieczeń może wykonywać działalność ubezpieczeniową wyłącznie w formie spółki akcyjnej, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych albo spółki europejskiej[72].

Ubezpieczyciel w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych ma w Polsce obowiązek i wyłączne prawo używania w nazwie wyrażenia „towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych" dla ich wyraźnego odróżnienia od ubezpieczycieli działających w formie spółki akcyjnej czy spółki europejskiej.

Pojęcie spółki akcyjnej czy spółki europejskiej jest powszechnie znane w działalności gospodarczej. Odmienna sytuacja dotyczy towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Żaden akt prawny w Polsce nie definiuje ubezpieczeń wzajemnych. Jedynie w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 102) zapisano, iż „Zakład ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności, jest towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych".

W teorii ubezpieczeń wskazuje się podstawowe reguły, na których opierają swoją działalność towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (dalej: TUW)[73]:

1. Najważniejszą z reguł jest niezarobkowy (*not for profit*) cel działalności. W podmiocie organizującym ubezpieczenie wzajemne to uczestnicy wspólnoty zobowiązują się do wspólnego ponoszenia ryzyka, czyli tworzenia wspólnoty ubezpieczeniowej w celu zapewnienia sobie ochrony ubezpieczeniowej. Celem działania organizacji komercyjnej jest natomiast osiąganie zysku (którego efektem jest dywidenda dla akcjonariusza).
2. Zakład oferujący ubezpieczenie komercyjne określa stałą składkę (w momencie zawierania umowy ubezpieczenia). W ten sposób to zakład ubezpieczeń komercyjnych jest obciążony ryzykiem niepowodzenia prowadzonej działalności, w efekcie czego jest uprawniony do osiągania dodatkowego dochodu. W towarzystwie ubezpieczeń wzajemnych ostateczna

[72] Artykuł 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

[73] Więcej na temat zasad TUW można przeczytać [w:] M. Janowicz-Lomott, *Ubezpieczenia wzajemne w finansowaniu skutków realizacji ryzyka w rolnictwie…*

cena ubezpieczenia wzajemnego kształtuje się w oparciu o rzeczywisty przebieg szkodowości i znana jest po zakończeniu okresu ubezpieczenia (*ex post*). Ubezpieczyciel wzajemny ma prawo do ogłaszania dopłat, kiedy składka zaliczkowa jest zbyt niska, a jednocześnie gdy składki z nadwyżką wystarczyły na pokrycie szkód, może zwrócić środki ubezpieczającym (lub przeznaczyć je na inne cele ustalone z ubezpieczającymi).

3. Ubezpieczający się w TUW jest zarazem członkiem tego towarzystwa – uzyskanie członkostwa, co do zasady, wiąże się z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jego utrata – z wygaśnięciem stosunku ubezpieczenia. W związku z tym ubezpieczający ma wpływ na podstawowe decyzje zapadające w towarzystwie (dzięki prawu uczestnictwa w zgromadzeniu członków, które jest odpowiednikiem zgromadzenia akcjonariuszy), uczestniczy zatem w zarządzaniu zakładem ubezpieczeń. W związku z tym towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych są na świecie często zakładane przez grupy zawodowe (np. rolników, nauczycieli), organizacje branżowe czy wspólnoty terytorialne.

2.2. Specyfika działalności finansowej zakładu ubezpieczeń

Należy zauważyć, że działalność zakładów ubezpieczeń jest specyficzna ze względu na oferowane przez nie produkty[74]. Są one w swej istocie usługami, a zatem do ich charakterystycznych cech zaliczają się: niematerialność, niejednorodność, jednoczesne występowanie produkcji i konsumpcji, uczestnictwo konsumenta w usłudze, świadczone często poza kontrolą kierownictwa, a wymagania konsumenta są w ich zakresie często trudne do jednoznacznego zdefiniowania[75]. Co więcej, mimo że ubezpieczenia mają charakter usług masowych (oferowanych znacznym grupom klientów), zarówno strona popytowa, jak i podażowa warunkuje zachowanie indywidualności usług ubezpieczeniowych.

[74] Historycznie sformułowanie „produkt" było kojarzone z dobrem materialnym. Obecnie produkt może być zarówno materialny, jak i niematerialny. Zob. A. Payne, *Marketing usług*, Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1997 s. 20. Ale też inna definicja określa, że produktem możne być wszystko, co jest oferowane na rynku: pomysły organizacyjne, technologiczne, przedmiot, miejsce i właśnie usługa. Zob. J. Witkowska, *Kanały dystrybucji ubezpieczeń*, TNOiK, Toruń 2008, s. 12.

[75] Zob. więcej B. Żurawik, *Marketing usług finansowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 28.

Specyfikę rynku finansowego warunkuje również odrębność finansowa prowadzonej działalności.

Specyfika ta wynika przede wszystkim z istoty samych ubezpieczeń jako narzędzia gospodarczego, podstawą którego jest budowa odpowiednio licznych wspólnot ryzyka w celu redukcji finansowych skutków nieprzewidzianych zdarzeń losowych[76].

Dzięki ubezpieczeniu możliwe jest zastąpienie niepewnej, lecz wielkiej straty, niewielką, lecz pewną składką ubezpieczeniową[77]. W efekcie gospodarkę finansową zakładu ubezpieczeń cechuje:

- główne źródło przychodów związane ze składkami ubezpieczeniowymi,
- spory współudział funduszy obcych,
- istotne znaczenie działalności lokacyjnej (ze względu na dużą ilość chwilowo wolnych środków finansowych),
- dominująca pozycja świadczeń i odszkodowań w strukturze kosztów,
- ogromna liczebność umów (klientów),
- długi czas trwania umów (w ubezpieczeniach na życie nawet kilkudziesięcioletni),
- obecność regulacji prawnych i wymogów ostrożnościowych, które determinują kształt gospodarki finansowej ubezpieczyciela.

Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń jest odmienna od działalności innych podmiotów gospodarczych. W zakładach ubezpieczeń mamy do czynienia ze specyficznym cyklem produkcji ubezpieczenia, tzw. odwróconym cyklem produkcyjnym. Ze względu na niego w zakładzie ubezpieczeń w pierwszej kolejności osiągane są podstawowe przychody (składki), a w dalszej perspektywie ponoszone są koszty, co różni je od typowych podmiotów gospodarczych (rys. 8). W związku z tym zakłady ubezpieczeń kalkulują składki w oparciu o przewidywaną jedynie wartość odszkodowań i świadczeń, będących podstawowym kosztem.

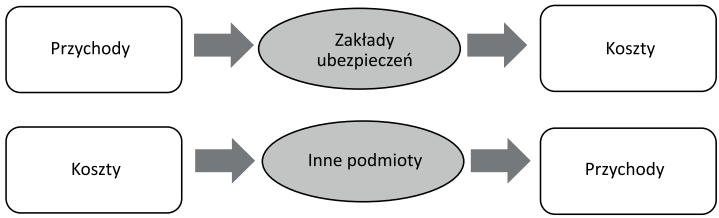
Ubezpieczeniowy cykl produkcyjny można podzielić na cztery fazy (rys. 9). Faza I to akwirowanie, czyli pozyskiwanie klientów i zawieranie umów ubezpieczenia. W fazie II dokonywane są czynności zmierzające do zawarcia umowy ubezpieczenia (m.in. ocena ryzyka). Po zawarciu umowy i wpłaceniu pierwszej składki następuje faza III – świadczenie przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej, która trwa przez cały okres ważności umowy ubezpieczenia.

---

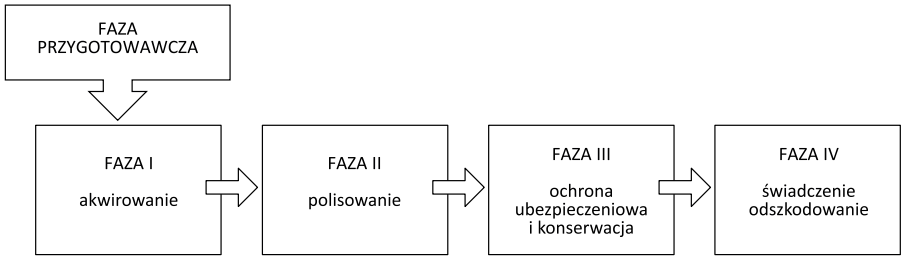
[76] T. Czerwińska, *Towarzystwa ubezpieczeniowe na rynku kapitałowym w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, s. 34.

[77] A.L. Mayerson, *Introduction to insurance*, The Macmillan Company, New York 1962, s. 17.

Po wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną następuje wypłata świadczenia lub odszkodowania, co zazwyczaj kończy okres ochrony ubezpieczeniowej. Jest to równoznaczne z przejściem ubezpieczenia w fazę IV.



Rysunek 8. Cykl produkcyjny w zakładzie ubezpieczeń i innym podmiocie gospodarczym
Źródło: L. Gąsiorkiewicz, *Zarządzanie gospodarką finansową zakładów ubezpieczeń. Ujęcie procesowe*, Poltext, Warszawa 2014, s. 16.



Rysunek 9. Cykl produkcyjny zakładów ubezpieczeń
Źródło. J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2000, s. 24.

Przychody ze składki osiągane są w początkowej fazie cyklu, zaś koszty zakładu ubezpieczeń koncentrują się w dwóch momentach[78]. Pierwszy zachodzi w fazie I cyklu produkcyjnego (dotyczy kosztu akwizycji[79]), drugi, zasadniczy koszt ubezpieczyciela, związany jest z pokrywaniem wypłat odszkodowań i świadczeń

[78] J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2000, s. 24.

[79] Koszt akwizycji – koszty związane z zawieraniem i odnawianiem umów ubezpieczyciela, takie jak prowizji pośredników ubezpieczeniowych, reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych czy wystawienia polis. Zob. L. Gąsiorkiewicz, *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2009, s. 17–18.

i pojawia się w fazie IV. Nie jest możliwe precyzyjne i jednoznaczne określenie tego kosztu w momencie zawierania umowy, gdyż występowanie szkód ma charakter losowy. Losowość ta dotyczy zarówno wystąpienia (lub nie) zdarzenia losowego związanego z wypłatą odszkodowania lub świadczenia, ale też z wysokością odszkodowań/świadczeń. W związku z tym zakłady ubezpieczeń tworzą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe przeznaczone na pokrycie przyszłych kosztów odszkodowań oraz są zobowiązane do przestrzegania określonych wymogów finansowych dotyczących posiadania własnych środków w celu zabezpieczenia wypłacalności[80].

2.3. Składka ubezpieczeniowa jako podstawowe źródło przychodu zakładu ubezpieczeń

Podstawowym źródłem środków finansowych w zakładach ubezpieczeń jest składka ubezpieczeniowa. Składka jest ceną za ochronę przed ryzykiem, stanowi udział ubezpieczającego w tworzeniu funduszu, który służy zakładowi ubezpieczeń do pokrycia należnych odszkodowań i świadczeń oraz innych kosztów związanych z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej. Składki stanowią od 60 do 95% wszystkich przychodów ubezpieczycieli, ale wspomniany już odwrócony cykl produkcyjny utrudnia ich dysponowanie – składka jest ustalana przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a moment wypłaty świadczenia jest najczęściej przesunięty (w ubezpieczeniach na życie nawet o kilkanaście czy kilkadziesiąt lat).

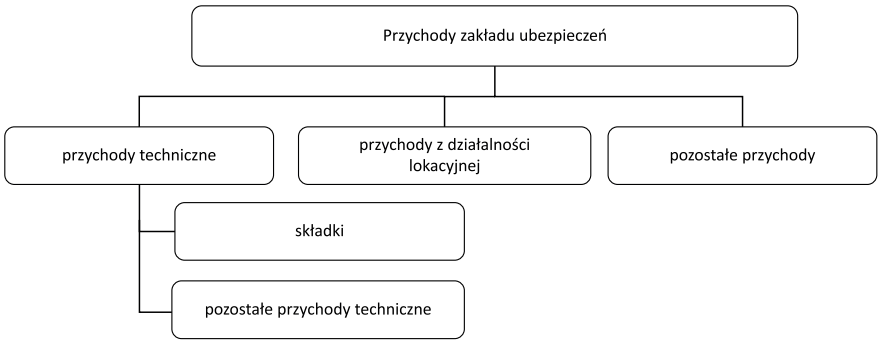
Składka ubezpieczeniowa związana jest z działalnością podstawową (techniczną) zakładu ubezpieczeń, nazywana bywa więc przychodem technicznym. Ponadto do przychodów technicznych zaliczamy także szereg innych przychodów, np. prowizje reasekuracyjne, udziały w zyskach reasekuratorów, przychody związane z regresami czy odzyskami.

Drugim ważnym źródłem przychodów są te związane z działalnością lokacyjną (inwestycyjną) zakładu ubezpieczeń, które stanowią od 5% do 20% przychodów ogółem[81] (rys. 10).

---

[80] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998.

[81] Należy pamiętać, iż w zależności od zakładu ubezpieczeń (m.in. rodzaju prowadzonej działalności) struktura przychodów może się istotnie różnić pomiędzy zakładami, a podane wielkości są wyłącznie orientacyjne.



Rysunek 10. Podstawowe grupy przychodów w zakładzie ubezpieczeń
Źródło: opracowanie własne.

Wysokość składki ubezpieczeniowej może być ustalana przy zastosowaniu jednego z trzech systemów:

– składki opartej na repartycji,
– składki stałej,
– składki mieszanej[82].

System składki opartej na repartycji polega na ustalaniu składki *ex post* na podstawie rzeczywistego zapotrzebowania na środki finansowe, wywołanego przez zaistniałe we wspólnocie ryzyka zdarzenia losowe, czyli gdy faktycznie znana jest już liczba i wielkość szkód w danym okresie ubezpieczenia. Metoda ta stosowana była głównie w przeszłości, kiedy nie były znane narzędzia statystyczne umożliwiające prognozowanie składki. Wadą tej metody jest niemożliwy do przewidzenia przez ubezpieczającego faktyczny koszt ubezpieczenia, który dodatkowo może w poszczególnych latach podlegać bardzo dużym wahaniom, gdyż mogą wystąpić istotne różnice w przebiegu zdarzeń.

System składki stałej polega na określeniu składki z góry, w momencie zawierania umowy ubezpieczenia. Opiera się on na prawdopodobnym przebiegu zdarzeń losowych oraz oszacowanej przez ubezpieczyciela wartości innych kosztów. Przy tego typu metodzie kalkulacji składki zawierający umowę ubezpieczenia zna ostateczną wartość składki przy zawieraniu umowy. Jest to współcześnie najpowszechniejszy sposób kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

[82] Por. J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1998, s. 68–69.

System składki mieszanej łączy w sobie cechy dwóch poprzednich. W momencie zawierania umowy ubezpieczenia pobierana jest składka zaliczkowa, która po upływie okresu ubezpieczenia jest korygowana w zależności od faktycznego przebiegu zdarzeń. Gdy zaliczka jest niewystarczająca na pokrycie kosztów ubezpieczenia, ubezpieczający są zobowiązani do wniesienia dopłat, a w przypadku nadwyżki jest ona najczęściej zwracana lub przeznaczana na inny cel uzgodniony z ubezpieczającym (np. na pokrycie składki w przyszłym okresie ubezpieczenia). System składki mieszanej jest najczęściej stosowany w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych.

Teoria ubezpieczeń wykształciła trzy podstawowe zasady dotyczące kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej (nazywane też czasem złotymi regułami ubezpieczeniowymi), do których zaliczamy: zasadę równowagi, proporcjonalności i równowartości składki i świadczenia[83].

Zasada równowagi składki i świadczenia, nazywana też podstawową regułą równowagi finansowej zakładu ubezpieczeń, postuluje zachowanie równowagi finansowej pomiędzy funduszem ubezpieczeniowym (składkami) a zobowiązaniami zakładu ubezpieczeń. Dotyczy funduszu ubezpieczeniowego w całości, nie zaś pojedynczych obciążeń członków wspólnoty ryzyka. W przypadku umów o charakterze długoterminowym postulowane jest dyskontowanie przepływów finansowych (zarówno przyszłych składek, jak i świadczeń) zazwyczaj na początek okresu ubezpieczenia.

Zasada proporcjonalności składki i świadczenia dotyczy indywidualnej umowy ubezpieczenia i oznacza konieczność zachowania relacji pomiędzy oczekiwanym świadczeniem ubezpieczeniowym a składką ubezpieczeniową, co w uproszczeniu można określić jako konieczność zachowania reguły, iż wysokość składki jest proporcjonalna do sumy ubezpieczenia.

Zasada równowartości składki i świadczenia (zasada składki sprawiedliwej) oznacza relację wysokości składki do wielkości ryzyka wnoszonego do wspólnoty ryzyka – wyższe ryzyko implikuje wyższą składkę. Stosowanie tej zasady wiąże się z problemem indywidualizacji składek ubezpieczeniowych. Pełna indywidualizacja składek następuje jedynie wówczas, gdy zastosujemy do kalkulacji składki metodę stawki zróżnicowanej, która zakłada indywidualną ocenę i klasyfikację ryzyka. Każdy przypadek jest rozpatrywany i wyceniany indywidualnie, co wiąże

[83] *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1: *Mechanizmy i funkcje*, s. 105–106.

się z określeniem dla niego sprawiedliwej składki (*fair premium*)[84]. Metoda ta zapobiega wprawdzie antyselekcji ryzyka (negatywnej selekcji), jest jednak bardzo pracochłonna i wiąże się często z dużymi kosztami. W przypadku umów o charakterze masowym jest ona praktycznie niemożliwa do zastosowania. Przeciwną do niej jest metoda stawki przeciętnej, polegająca na zastosowaniu identycznej przeciętnej stawki, bez względu na wielkość ryzyka. Powinna ona mieć jednak zastosowanie w sytuacji, gdy ryzyko członków wspólnoty jest faktycznie zbliżone do siebie. W przeciwnym przypadku prowadzi do tego, iż ciężar finansowania ryzyka większego ponoszą podmioty o niższym ryzyku, co może powodować ich odpływ ze wspólnoty w poszukiwaniu sprawiedliwszej (niższej) składki. W celu uniknięcia tej sytuacji w praktyce ubezpieczeń masowych najczęściej stosowana jest metoda stawki mieszanej, która charakteryzuje się stosowaniem bonusów i malusów, aby różnicować poziom składki w zależności od ryzyka po rozsądnych kosztach.

Z kalkulacją składki wiążą się dodatkowo ważne pojęcia:

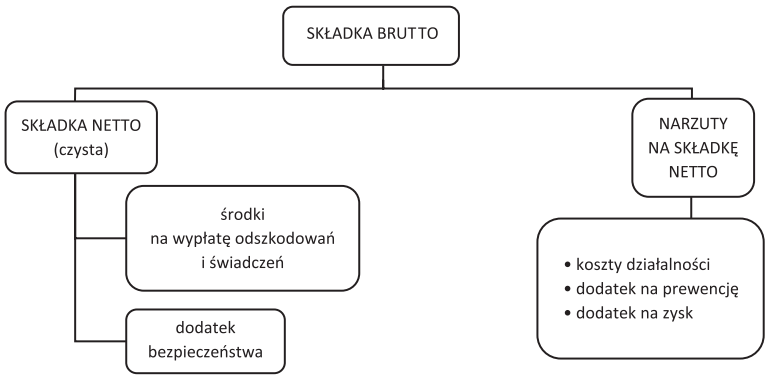
Stopa składki (stawka) – liczba jednostek pieniężnych przypadających na każde 1000 (w ‰) lub 100 (w %) jednostek pieniężnych sumy ubezpieczeń – w ujęciu rocznym.

Taryfa składek – uporządkowany zbiór stóp składek odpowiadający wszystkim typowym rodzajom ryzyka (przedmiotom) występującym w danym rodzaju ubezpieczenia.

Inne elementy – system rabatów i dodatków (bonusów i malusów), czyli zniżek i zwyżek składki.

Struktura składki ubezpieczeniowej odpowiada procesom prowadzonym przez zakład ubezpieczeń. Podstawową częścią składki jest składka netto (nazywana też składką czystą czy składką ryzyko), która odpowiada udziałowi ubezpieczającego w repartycji szkód, czyli przeznaczona jest bezpośrednio na wypłatę odszkodowań i świadczeń. Składka netto powiększona o różnego rodzaju narzuty, np. na koszty funkcjonowania zakładu ubezpieczeń czy zysk, tworzy składkę brutto. Składka brutto stanowi rzeczywistą cenę ochrony ubezpieczeniowej, którą opłaca ubezpieczony (rys. 11).

[84] Zobacz więcej na ten temat w rozdziale I.



Rysunek 11. Struktura składki ubezpieczeniowej
Źródło: opracowanie własne.

Podstawową i zarazem najprostszą regułą kalkulacji składki netto w ubezpieczeniach majątkowych (krótkoterminowych) jest zasada czystego ryzyka (zasada równoważności składki i świadczenia)[85], która opiera się na równowartości pomiędzy zebraną składką P a wartością oczekiwaną odszkodowań i świadczeń $E(Z)$:

$$P = E(Z)$$

Przedstawioną regułę w praktyce modyfikuje się poprzez zastosowanie dodatków bezpieczeństwa[86] czy też uwzględnienie zmienności zmiennej losowej Z[87].

W ubezpieczeniach na życie, podobnie jak w ubezpieczeniach majątkowych, obowiązuje zasada równowartości składek i świadczeń. Ponieważ jednak są to ubezpieczenia długoterminowe, a terminy płatności składek zazwyczaj różnią

[85] W przypadku zakładu ubezpieczeń mówimy tu o całym portfelu ubezpieczeń. Rozważania w rozdziale I dotyczyły składki ubezpieczeniowej (w tym składki sprawiedliwej) z punktu widzenia indywidualnego ubezpieczonego.

[86] Ich stosowanie jest związane m.in. z występowaniem asymetrii informacyjnej opisywanej w poprzednim rozdziale.

[87] Kalkulacji składek ubezpieczeniowych netto dokonuje się z wykorzystaniem metod aktuarialnych. Zob. P. Kowalczyk, E. Poprawska, W. Ronka-Chmielowiec, *Metody aktuarialne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.

się od terminów wypłat świadczeń, zasada ta wyrażana jest dzięki dyskontowaniu obu rodzajów przepływów na moment bieżący[88].

Na wysokość składki netto w ubezpieczeniach życiowych mogą wpływać dwa czynniki:

- prawdopodobieństwo zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli prawdopodobieństwo zrealizowania się ryzyka śmierci (oraz ewentualnie innego jeszcze ryzyka dodatkowego, objętego ubezpieczeniem);
- zysk, który może być osiągnięty z zainwestowanego kapitału.

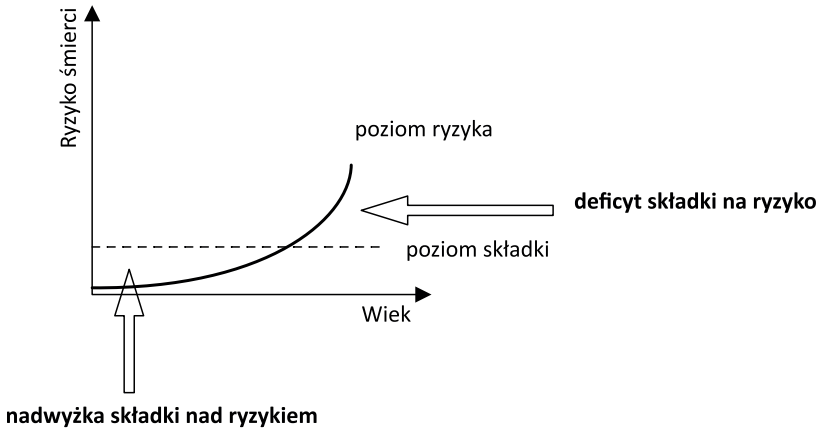
Ocena prawdopodobieństwa realizacji ryzyka śmierci wiąże się w praktyce z szacowaniem poziomu wymieralności. Opiera się na tablicach trwania życia, które pozwalają na określenie tempa wymierania w kolejnych latach trwania ubezpieczenia[89]. W przypadku ubezpieczeń na życie ryzyko wzrasta wraz z wiekiem ubezpieczonego. W związku z tym składka również musiałaby wzrastać wraz z wiekiem, aby zabezpieczyć rosnące ryzyko. W celu uniknięcia takich sytuacji w tradycyjnych ubezpieczeniach na życie wprowadza się składkę uśrednioną. Uwzględnia ona ryzyko w całym okresie ubezpieczenia, przez co kalkulowana jest jednakowa składka w całym okresie ubezpieczenia. W początkowym okresie ubezpieczenia pojawia się nadwyżka składki nad ryzykiem (składka jest zawyżona w stosunku do ryzyka), ale w końcowym okresie składka jest niższa od ryzyka. Pojawia się tzw. deficyt składki na ryzyko (rys. 12).

Nadpłacona składka jest utrzymywana przez zakład ubezpieczeń i tworzy rezerwę matematyczną. W przyszłości pozwala ona na wyrównanie kwoty opłacanych składek, kiedy prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka będzie dużo wyższe (pokrycie deficytu składki na ryzyko). Ważnym czynnikiem mającym wpływ na wysokość składek w ubezpieczeniach na życie jest zysk, który jest osiągany przez zakłady ubezpieczeń inwestowania rezerwy matematycznej. Zakłady ubezpieczeń na życie przewidywany zysk z zainwestowanego kapitału uwzględniają poprzez ustalenie tzw. technicznej stopy procentowej, nazywanej

[88] Zob. szerzej: ibidem.

[89] Autorem pierwszych, w naukowy sposób opracowanych i opublikowanych w 1693 r., tablic trwania życia był angielski astronom Edmond Halley, który opierał się na „Biuletynach Umieralności" (*Bills of mortality*), które pojawiły się w 1532 r. i były tygodniowymi statystykami zgonów w Londynie, a od 1570 r. objęły także urodzenia (chrzty) oraz dane zgromadzone przez wrocławskiego pastora Kacpra Neumanna (uwzględniały płeć i wiek zmarłych). Następcy Halleya – Nicolas Bernoulli (1687–1759) i Benjamin Gompertz (1779–1865) – w 1824 r. sformułowali teoretyczny model umieralności w populacji na potrzeby nauk aktuarialnych.

stopą zysku. Techniczna stopa procentowa jest prognozowana m.in. na podstawie analizy obecnej sytuacji na rynku finansowym, ale też przyszłej kondycji gospodarczej oraz koniunktury na rynkach finansowych[90].



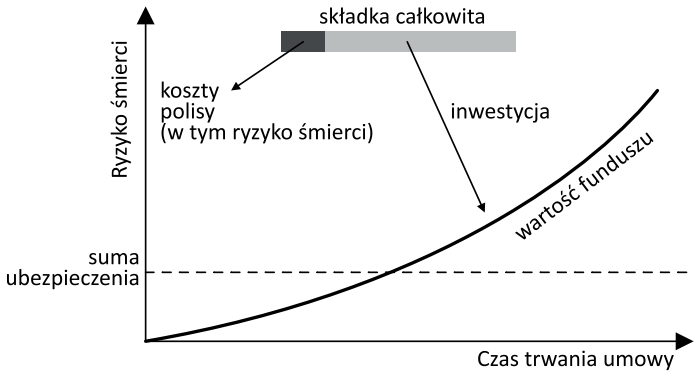
Rysunek 12. Konstrukcja składki w klasycznych ubezpieczeniach na życie
Źródło: opracowanie własne.

Odmienna konstrukcja składki dotyczy ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (dalej: UFK). Ubezpieczenie na życie z UFK jest to ubezpieczenie osobowe, które oprócz komponentu ubezpieczeniowego zawiera element inwestycyjny. Z tego względu składka wpłacana przez konsumenta przeznaczana jest na dwa cele (rys. 13):

1. pokrycie kosztów związanych z ochroną ubezpieczeniową oraz zagwarantowaniem wypłaty świadczeń w sytuacji wystąpienia zdarzenia określonego w umowie ubezpieczenia,
2. inwestycje – za pomocą tej części składki konsument nabywa jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Składka na część ochronną jest najczęściej pobierana jedynie wtedy, gdy wartość jednostek uczestnictwa UFK jest poniżej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci.

[90] Na wartość technicznej stopy procentowej wpływa także art. 43 rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń, który zabrania zakładowi ubezpieczeń ustalenia jej wartości na zbyt wysokim poziomie.



Rysunek 13. Podział składki w ubezpieczeniach z UFK
Źródło: opracowanie własne.

W praktyce stosowane jest również rozwiązanie odmienne od zaprezentowanego na rysunku 13 – całość składki podstawowej jest alokowana w fundusze, a opłata za ryzyko i koszty prowadzenia ubezpieczenia są potrącane z rachunku UFK poprzez umarzanie jednostek funduszu.

W ubezpieczeniach z UFK zakłady ubezpieczeń rozróżniają składkę podstawową i dodatkową i odpowiednio do tego najczęściej zakładają dwa rachunki inwestycyjne: rachunek podstawowy i dodatkowy. Na składkę podstawową nakładanych jest szereg restrykcji dotyczących minimalnego poziomu oraz regularności wpłat. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż śmierć wypłacana jest bieżąca wartość wykupu jednostek uczestnictwa na rachunku podstawowym, pomniejszona o stawkę opłaty likwidacyjnej. Składka dodatkowa wpłacana według decyzji ubezpieczającego nie podlega restrykcjom dotyczącym jej wysokości i regularności, a wykup jednostek z konta dodatkowego nie jest najczęściej obciążany opłatą likwidacyjną.

Wydatki związane z kosztami działalności zakładu ubezpieczeń mają istotny wpływ na kształtowanie się poziomu składki brutto. W praktyce zakład dzieli te wydatki na koszty akwizycji i koszty administracyjne. Koszty akwizycji związane są zaś z wydatkami poniesionymi na pozyskanie klientów. Ich wysokość uzależniona jest m.in. od:

– kwot prowizji, które zakład ubezpieczeń wypłaca pośrednikom ubezpieczeniowym,

– stosowanych kanałów dystrybucji,
– działań promocyjnych ubezpieczyciela[91].

Drugi rodzaj kosztów służy pokryciu wydatków związanych z zarządzaniem przedsiębiorstwem ubezpieczeniowym. Do kosztów administracyjnych są także włączone koszty osobowe (np. wynagrodzeń pracowników). Wysokość kosztów administracyjnych wynika ze skali działalności oraz efektywności zarządzania zakładem ubezpieczeń.

Ze względu na specyfikę działalności finansowej zakładu ubezpieczeń rozróżniamy również różne rodzaje składek ubezpieczeniowych. Jedna z podstawowych klasyfikacji związana jest z koniecznością określenia prawidłowej wysokości przychodu zakładu ubezpieczeń w okresie sprawozdawczym i pozwala na wyróżnienie składki przypisanej i zarobionej.

Składkę przypisaną definiuje precyzyjnie rozporządzenie ministra finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń[92]. Zgodnie z tą definicją pojęcie składki przypisanej różni się w zależności od tego, czy mówimy o ubezpieczeniach life (dział I), czy ubezpieczeniach non-life (dział II). W pierwszym przypadku składki przypisane to kwoty składek z tytułu umów ubezpieczenia należne w okresie sprawozdawczym, niezależnie od tego, czy kwoty te opłacono. W przypadku działu II, jeśli okres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń został określony[93], sytuacja jest nieco bardziej skomplikowana, gdyż składką przypisaną określamy kwoty składek należnych za cały okres odpowiedzialności, niezależnie od jego długości, z tytułu zawartych w okresie sprawozdawczym umów ubezpieczenia, i niezależnie od tego, czy kwoty te opłacono.

Składka zarobiona jest to składka przypisana, skorygowana o zmianę stanu rezerw składek – składka należna za okres sprawozdawczy.

---

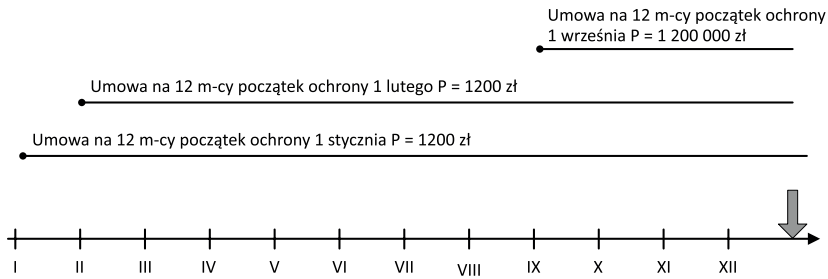
[91] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H.Beck, Warszawa 2016, s. 293.

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

[93] W przypadku grup ubezpieczeń działu II, o ile długość okresu odpowiedzialności nie jest określona, składki przypisane określane są analogicznie do umów działu I.

Przykład

Rozważamy trzy umowy ubezpieczenia mienia zawarte na jeden rok (12 kolejnych miesięcy) jak na rysunku.



Składka przypisana = 1 200 000 + 1200 + 1200 = 1 202 400 zł

Składka zarobiona = 400 000 + 1100 + 1200 = 402 300 zł

Składka przypisana z tytułu tych umów to łączna kwota składek widniejących na umowie, czyli 1 202 400 zł, ale faktyczny przychód zakładu ubezpieczeń w tym okresie z tych umów to składka zarobiona, równa 402 300 zł, ponieważ w przypadku umów ubezpieczenia zawartych 1 lutego i 1 września część składek z tych umów dotyczy także ochrony w przyszłym okresie sprawozdawczym.

Ponieważ rzadko czas trwania umowy ubezpieczenia w ubezpieczeniach majątkowych pokrywa się z okresem sprawozdawczym zakładu ubezpieczeń, rozróżnienie na te dwa rodzaje składki pozwala na ustalenie faktycznego przychodu zakładu ubezpieczeń w danym okresie sprawozdawczym.

Składka przypisana to zatem składka należna z umowy ubezpieczenia, a składka zarobiona to składka przypadająca na minione miesiące okresu ubezpieczenia, którą zakład ubezpieczeń może dysponować. Części składki przypadające na przyszłe miesiące pozostają w rezerwie składki na przyszłe zobowiązania zakładu ubezpieczeń.

Z działalnością techniczną ubezpieczyciela wiąże się także klasyfikacja składek na składki brutto (składki przypisane brutto, składki zarobione brutto) i składki na udziale własnym. Klasyfikacja ta wiąże się z umowami z reasekuratorem i koniecznością przekazania części składki na mocy umowy reasekuracyjnej, w zamian za uczestniczenie reasekuratora w wypłacie odszkodowań i świadczeń[94].

[94] Więcej na ten temat w kolejnych rozdziałach książki.

Składki brutto to pozycje przed uwzględnieniem udziału reasekuratorów, zaś składki na udziale własnym (składki przypisane na udziale własnym, składki zarobione na udziale własnym) to odpowiednio pozycje po uwzględnieniu udziału reasekuratorów.

2.4. Kapitały w przedsiębiorstwach ubezpieczeniowych

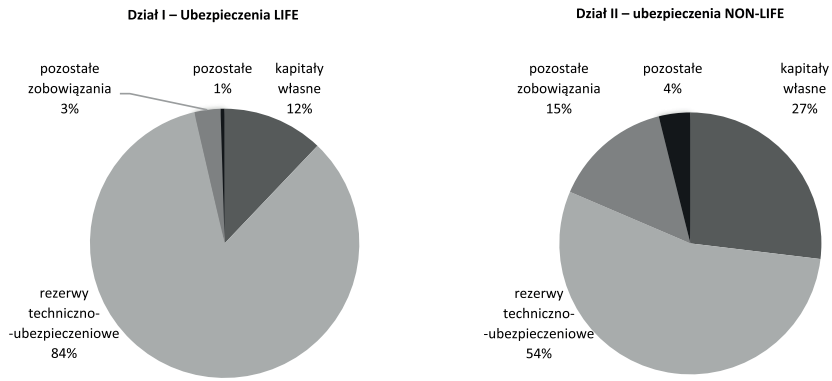
Działalność finansowa każdego podmiotu gospodarczego (przede wszystkim skuteczne zarządzanie finansami) jest ważnym czynnikiem sukcesu rynkowego. Wiąże się ono z pozyskiwaniem źródeł finansowania działalności firmy (kapitałów) oraz ich wykorzystaniem[95]. Można zatem stwierdzić, że w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym istnieją dwie główne grupy decyzji podejmowanych w ramach zarządzania finansami. Są to:

1. decyzje finansowe – dotyczące sposobów i źródeł poszukiwania kapitału,
2. decyzje inwestycyjne – dotyczące sposobów wykorzystania kapitału[96].

Podejmowanie decyzji dotyczących operacji finansowych zakładu ubezpieczeń powinno przyczyniać się do realizacji podstawowego, strategicznego celu jego działalności. Kapitały definiowane są w zakładzie ubezpieczeń jako całokształt zasobów finansowych zaangażowanych w przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe zarówno przez jego właścicieli, jak i wierzycieli (kapitały własne i obce). Rola kapitałów zmienia się w trakcie funkcjonowania zakładu ubezpieczeń. W początkowej fazie działalności pierwszoplanową rolę odgrywają kapitały własne. Posiadanie odpowiedniej wysokości kapitałów własnych warunkuje rozpoczęcie działalności ubezpieczeniowej. Jednakże w dojrzałych zakładach ubezpieczeń przeważają wartościowo kapitały obce. Relacja kapitałów własnych i obcych zależy nie tylko od dojrzałości zakładów ubezpieczeń, ale także od rodzaju prowadzonej działalności, jej skali czy strategii działania. W ubezpieczeniach życiowych kapitały obce przekraczają wielokrotnie wartość kapitałów własnych (rys. 14).

[95] W. Bień, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2000, s. 14.

[96] R.A. Brealey, S.C. Myers, F. Allen, *Principles of Corporate Finance*, Boston, Mass., McGraw-Hill, London 2008, s. 33.



Rysunek 14. Struktura kapitałów zakładów ubezpieczeń (rok 2018)
Źródło: opracowanie własne.

Pozyskiwanie kapitałów wiąże się zatem zarówno z decyzjami dotyczącymi powiększania kapitałów własnych, jak i tych wynikających z obrotu gospodarczego ubezpieczyciela. W tym miejscu jednak nie można zapomnieć o szczególnym charakterze usług ubezpieczeniowych. W działalności finansowej zakładów ubezpieczeń wymagane jest bezwzględnie zachowanie pewnego minimalnego poziomu bezpieczeństwa finansowego (poziomu kapitałów własnych), co stanowić może cel konkurencyjny wobec maksymalizacji korzyści właścicieli[97].

W kontekście zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń szczególnego znaczenia nabierają także decyzje inwestycyjne. Obok działalności podstawowej, nazywanej też techniczno-ubezpieczeniową (czy techniczną), zakłady ubezpieczeń prowadzą również nierozerwalnie z nią związaną działalność inwestycyjną. Gromadzeniu kapitałów (m.in. w związku z tworzeniem portfela ubezpieczeń) towarzyszy zarządzanie nimi w ramach działalności inwestycyjnej[98].

[97] M. Borda, *Ryzyko zarządzania finansami w zakładach ubezpieczeń na życie*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Wrocław 2006, s. 49.

[98] Działalność lokacyjna będzie rozważania w punkcie 2.5.

2.4.1. Kapitały własne

Kapitały własne zakładów ubezpieczeń składają się z: kapitału podstawowego, kapitału zapasowego, rezerw z aktualizacji wyceny majątku przedsiębiorstwa, pozostałych kapitałów rezerwowych, niepodzielonego wyniku finansowego z lat poprzednich oraz wyniku finansowego bieżącego okresu. Struktura kapitałów własnych determinowana jest przede wszystkim wymogami prawa, ale także skalą i rodzajem prowadzonej działalności.

W zakładzie ubezpieczeń ważną rolę pełni kapitał podstawowy. Jest to pierwotny wkład właścicieli wniesiony przy zakładaniu przedsiębiorstwa i ewentualnie podwyższany w trakcie działalności. W spółkach akcyjnych podzielony jest on na akcje, a w TUW na udziały (prawo przewiduje też, że kapitał w TUW może być niepodzielony).

Regulacje prawne nakładają minimalne wymogi na wartość kapitału podstawowego (zakładowego) zakładów ubezpieczeń. Kapitał ten nie może być niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego:

- 2 500 000 euro dla zakładów ubezpieczeń innych niż na życie, z wyjątkiem gdy prowadzą one działalność w grupach od 10 do 15; w takim przypadku wynosi on 3 700 000 euro;
- 3 700 000 euro dla zakładów ubezpieczeń na życie[99].

Kapitał ten jest pokrywany wkładem pieniężnym i podlega opłaceniu w całości przed zarejestrowaniem zakładu ubezpieczeń (w przypadku TUW pokrycie kapitału środkami pieniężnymi może nastąpić do 30 dni po rejestracji). Środki na kapitał podstawowy w zakładach ubezpieczeń nie mogą pochodzić z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł oraz nie mogą mieć związku z finansowaniem terroryzmu[100].

Kapitał podstawowy pełni dwie kluczowe funkcje – założycielską i gwarancyjną. Bez posiadania minimalnego kapitału zakładowego niemożliwe jest rozpoczęcie działalności. Kapitał zakładowy jest kapitałem gwarancyjnym, w związku z tym nie powinien być wykorzystywany do bieżącej wypłaty odszkodowań. Nieco mniejsze znaczenie gwarancyjne kapitał zakładowy ma w TUW,

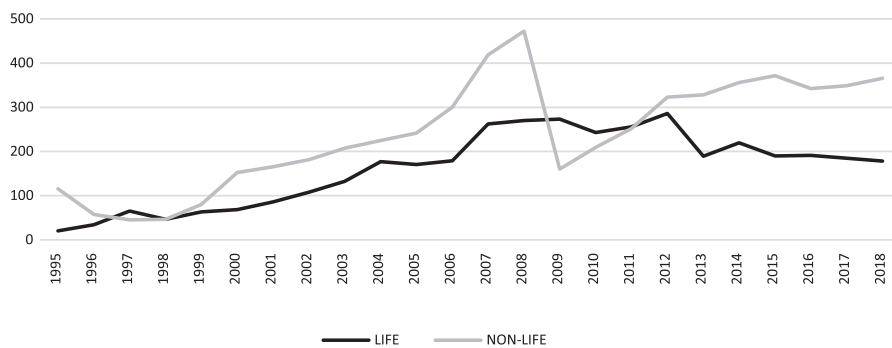
[99] Ustanowiony na dzień 1 stycznia 2016 r. Obowiązujące wartości kwot bazowych są weryfikowane co 5 lat, z uwzględnieniem zmian zharmonizowanego europejskiego indeksu cen konsumpcyjnych publikowanego przez Urząd Statystyczny Unii Europejskiej. Zob. więcej art. 272 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

[100] Artykuł 80 ust. 4 i art. 114 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

gdzie może on nawet zostać spłacony (zwrócony udziałowcom) z nadwyżek rocznych, pod warunkiem tworzenia kapitału zapasowego.

Kolejnym obligatoryjnym kapitałem w zakładzie ubezpieczeń jest kapitał zapasowy (w TUW nazywany rezerwowym). Głównym celem jego tworzenia jest gromadzenie środków na pokrycie ewentualnych strat bilansowych według decyzji władz zakładu ubezpieczeń. Może on być tworzony obligatoryjnie lub dobrowolnie. Ubezpieczyciele posiadają obowiązek dokonywania odpisów z wypracowanego zysku, zgodnie z kodeksem spółek handlowych. Pozostałymi źródłami kapitału zapasowego może być nadwyżka ze sprzedaży akcji powyżej ich wartości. Może też być tworzony przez większy niż obligatoryjny odpis z zysku czy dopłaty właścicieli.

Rola kapitału zapasowego i relacja do kapitału podstawowego uzależniona jest od etapu funkcjonowania zakładu ubezpieczeniowego. W etapie pierwszym, kiedy zakład ubezpieczeniowy dopiero się tworzy i rozwija kapitał zakładowy, odgrywa rolę najważniejszą i jest wyższy od kapitału zapasowego. W etapie drugim, kiedy zakład ubezpieczeniowy jest dojrzały, kapitał zapasowy przejmuje rolę podstawowego kapitału gwarancyjnego i jest najczęściej wyższy od kapitału zakładowego (rys. 15). Stanowi to wyraz samofinansowania firmy ubezpieczeniowej i bardzo dobrze świadczy o jej wiarygodności finansowej[101].



Rysunek 15. Relacja kapitału zapasowego do podstawowego na polskim rynku ubezpieczeń w latach 1995–2018
Źródło: opracowanie własne.

[101] *Ubezpieczenia…*, red. T. Sangowski, s. 171–172.

2.4.2. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe jako podstawowe kapitały obce

W literaturze przedmiotu kapitały obce są rozumiane jako zasoby finansowe powierzone przedsiębiorstwu przez wierzycieli. Przykładem kapitałów obcych w przedsiębiorstwie są: zaciągnięty kredyt bankowy lub pożyczka, a także zobowiązania wobec skarbu państwa, dostawców czy pracowników.

Struktura kapitałów obcych w zakładach ubezpieczeń ma jednak odmienną strukturę od innych podmiotów gospodarczych, gdyż kluczową pozycję w strukturze kapitałów obcych stanowią rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe.

Jak wielokrotnie podkreślano, charakterystyczna dla ubezpieczeń jest sytuacja, w której występuje odstęp czasowy pomiędzy opłatą składki, zaistnieniem zdarzenia powodującego roszczenie a wypłatą odszkodowania. Co więcej, zakłady ubezpieczeń nie mają pewności co do zaistnienia i wielkości wypłacanego odszkodowania. Brak możliwości dokładnego przewidzenia wielkości składek zmusza zakłady ubezpieczeń do kreowania z nich rezerw, które przeznaczone są na regulowanie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie wynikają z zawartych umów ubezpieczenia[102]. Tworząc rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, zakład ubezpieczeń potwierdza niejako zobowiązanie wynikające z umowy ubezpieczenia – gotowość do wypłaty świadczenia i odszkodowania.

Konieczność tworzenia rezerw związana jest też z podstawową zasadą gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń, którą jest współmierność przychodów i kosztów z danego okresu sprawozdawczego. Zasada współmierności wymaga określenia, jaka cześć składki przypisanej oraz zobowiązań przypada na bieżący okres sprawozdawczy, a jaka ma przypadać na przyszłe okresy. Dzięki temu możliwe jest wykazanie przez zakład ubezpieczeń rzeczywistej wielkości wyniku finansowego w danym okresie sprawozdawczym.

Znaczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wynika zarówno z faktu, iż zwiększają koszty zakładu ubezpieczeń (w związku z tym ich rozwiązywanie powiększa przychody), co wpływa na wynik ubezpieczyciela, ale i z wpływu na zabezpieczenie w przyszłości wypłat odszkodowań i świadczeń. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe:

– są niezbędne zakładowi ubezpieczeń dla zapewnienia ciągłości i płynności prowadzonych przez niego operacji finansowych,

[102] Ibidem.

– są gwarantem długookresowej wypłacalności ubezpieczyciela z uwzględnieniem wszystkich elementów, jakie występują w działalności ubezpieczeniowej i w sferze pozaubezpieczeniowej,
– przyczyniają się do zapewnienia realności ochrony ubezpieczeniowej,
– decydują o wyniku z działalności ubezpieczeniowej towarzystwa ubezpieczeniowego oraz mają wpływ na wysokość obciążeń podatkowych w skali całego towarzystwa ubezpieczeniowego (są kosztem uzyskania przychodu w sensie podatkowym),
– umożliwiają prawidłową kalkulację składki ubezpieczeniowej,
– pomagają kontrolować operację i historię portfela ubezpieczeniowego[103].

Warto podkreślić, iż najnowsze regulacje związane z wejściem w życie Solvency II wymagają od zakładów ubezpieczeń tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rachunkowości, przy czym w obu przypadkach zaznacza się, iż rezerwy przeznaczone są na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z zawartych umów ubezpieczenia, umów gwarancji ubezpieczeniowych. W dalszej części podpunktu poruszać będziemy problematykę rezerw dla celów rachunkowości, natomiast ustalanie rezerw dla celów wypłacalności będzie przedmiotem rozważań w rozdziale IV.

Ustawodawca w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej nakazał zakładom ubezpieczeń tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości i ściśle określił ich rodzaje. Są to:
– rezerwa składek,
– rezerwa na ryzyka niewygasłe,
– rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia, w tym na skapitalizowaną wartość rent,
– rezerwa na wyrównanie szkodowości (ryzyka),
– rezerwa ubezpieczeń na życie,
– rezerwa ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający,
– rezerwy na rabaty i premie dla ubezpieczonych,
– rezerwy na zwrot składek dla członków,
– inne rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe określone w statucie.

Rezerwy te można sklasyfikować ze względu na pochodzenie danego typu rezerw (tab. 5).

[103] J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami…*, s. 26.

Tabela 5. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe według natury powstawania

Pochodzenie rezerw	Dział II	Dział I
Związane ze składką	rezerwa składek	rezerwa w dziale ubezpieczeń na życie
	rezerwa na pokrycie ryzyka niewygasłego	rezerwa w dziale ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający
	rezerwa na wyrównanie szkodowości	
Związane z odszkodowaniem i świadczeniem	rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia	rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia
	rezerwa na skapitalizowaną wartość rent	rezerwa na skapitalizowaną wartość rent
Inne	rezerwa na premie i rabaty dla ubezpieczonych, rezerwa na zwrot składek dla członków	rezerwa na premie i rabaty dla ubezpieczonych, rezerwa na zwrot składek dla członków

Źródło: *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1: *Mechanizmy i funkcje*, s. 236.

Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe z ubezpieczeń bezpośrednich tworzy się, stosując metody:

1. aktuarialną – polegającą na ustalaniu rezerwy przy zastosowaniu matematyki ubezpieczeniowej, finansowej i statystyki, odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia lub każdej szkody albo zbiorczo dla całego portfela ubezpieczeń lub jego części;
2. inne niż aktuarialna:
   a) indywidualną – polegającą na ustalaniu odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia lub każdej szkody dokładnej wielkości rezerwy, a w przypadku niemożności ustalenia dokładnej wielkości rezerwy – jej wiarygodnego oszacowania,
   b) ryczałtową – polegającą na ustalaniu rezerwy zbiorczo dla całego portfela ubezpieczeń lub jego części, jako ustalonego procentu (wskaźnik ryczałtowy) składki, wartości wypłaconych odszkodowań i świadczeń lub wartości rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej; metoda ryczałtowa może być stosowana tylko wtedy, gdy nie jest możliwe stosowanie metody indywidualnej albo jeżeli uzyskane przy jej zastosowaniu

wyniki będą zbliżone do wyników uzyskanych przy zastosowaniu metody indywidualnej; wskaźnik ryczałtowy powinien być ustalany przy zachowaniu zasady ciągłości; nieuzasadnione zmiany wielkości wskaźnika są niedopuszczalne[104].

Rezerwa składek

Jest specyficzną metodą rozliczania w czasie przychodów ze składek (nazywana nawet w przeszłości „przeniesieniem składki)". Ma ona zastosowanie, gdy okres zawartego ubezpieczenia nie mieści się lub nie pokrywa z okresem sprawozdawczym, a pobrana składka dotyczy przynajmniej dwóch okresów sprawozdawczych. W takim przypadku zbiór składki przypisanej nie odpowiada prawdopodobieństwu zapotrzebowania tego okresu, stąd logiczny wniosek, że odpowiednia część składki przypisanej, adekwatna do zapotrzebowania w następnych okresach sprawozdawczych, winna być przesunięta z jednego okresu sprawozdawczego na dalsze.

Podstawą liczenia rezerwy składki jest składka przypisana brutto, pomniejszona o koszty akwizycji bezpośredniej.

Uproszczoną metodą kalkulacji rezerwy składek jest metoda 1/12 oparta na założeniu, że ochrona ubezpieczeniowa wynosi jeden rok i rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca (m to liczba miesięcy trwania ubezpieczenia w roku następnym). Wzór na rezerwę składki ma wówczas postać:

$$R_{skł} = \frac{(składka_przypisana - koszt\ akwizycji)}{12} \times m$$

Metodą dokładną jest metoda indywidualna (liczona na pojedynczej umowie ubezpieczenia). Dla zastosowania tej metody wymagana jest znajomość:

- daty zawarcia umowy i daty początku ochrony ($data_{poczatku}$),
- data końca ochrony ($data_{konca}$),
- wysokość przypisu składki (SP),
- wysokość kosztu akwizycji ubezpieczenia (KA).

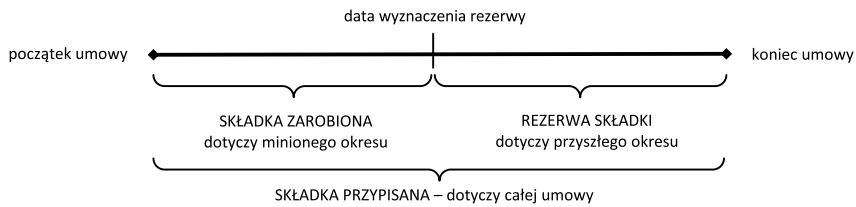
[104] Artykuł 33 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U., poz. 562).

W tej sytuacji wzór na rezerwę składki ma postać:

$$R_{skł} = \frac{(SP - KA)^{*} liczba\ dni\ pomiędzy\left(data_{konca} - data_{rezerwy}\right)}{liczba\ dni\ pomiędzy\left(data_{konca} - data_{poczatku}\right)}$$

gdzie data rezerwy to dzień, w którym wyznaczamy rezerwę.

Powiązanie pomiędzy składką przypisaną zarobioną a rezerwą składki przedstawia rysunek 16.



Rysunek 16. Zależność pomiędzy składką przypisaną zarobioną a rezerwą składki
Źródło: opracowanie własne.

Rezerwa na pokrycie ryzyka niewygasłego

Tworzy się ją jako uzupełnienie rezerwy składek. Powyższą rezerwę przeznacza się na pokrycie przyszłych szkód, świadczeń i kosztów wynikających z zawartych umów ubezpieczenia, które nie wygasają z ostatnim dniem okresu sprawozdawczego, a wysokość rezerwy składek może okazać się niewystarczająca na pokrycie zobowiązań zakładu ubezpieczeń.

W ubezpieczeniach działu II rezerwa na pokrycie ryzyka niewygasłego stanowi różnicę pomiędzy przewidywaną wartością przyszłych odszkodowań, świadczeń i kosztów zakładu ubezpieczeń z ubezpieczeń bezpośrednich a sumą wielkości rezerwy składek oraz ewentualnych, przewidywanych przyszłych składek (w dziale I wyznaczana metodą aktuarialną).

Rezerwa ta ma zastosowanie w tych ubezpieczeniach, w których występuje ryzyko wzrastające lub gdy ma nierównomierny rozkład w okresie ubezpieczenia (np. ubezpieczenia rolne).

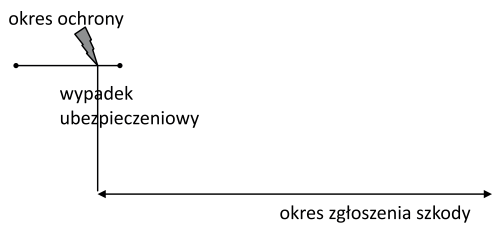
Rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia

Rezerwę na niewypłacone odszkodowania i świadczenia (nazywaną również rezerwa szkód) tworzy się w wysokości odpowiadającej ustalonej lub przewidywanej wartości przyszłych odszkodowań i świadczeń związanych ze zdarzeniami, które zaistniały do dnia liczenia rezerwy.

W szczególności rezerwa ta dotyczy szkód, które:

1. zostały zgłoszone zakładowi ubezpieczeń do tego dnia i dla których została ustalona wysokość odszkodowania i świadczenia lub można ją ustalić na podstawie posiadanych informacji;
2. zostały zgłoszone, ale posiadane informacje nie pozwalają na ocenę wysokości odszkodowań i świadczeń;
3. zaistniały, lecz nie zostały jeszcze zgłoszone zakładowi ubezpieczeń.

Proces kalkulacji rezerw szkodowych jest bezpośrednio związany z „cyklem życia szkody". Zaczyna się on w momencie zaistnienia zdarzenia losowego określonego w umowie ubezpieczeniowej (tzw. data wypadku). Po wystąpieniu szkody następuje jej zgłoszenie, jednak niekiedy z pewnym opóźnieniem (nawet kilka lat) (rys. 17).



Rysunek 17. Cykl życia szkody
Źródło: opracowanie własne.

Rezerwa szkodowa nie jest jednolita i w zależności od momentu jej kalkulacji ma specyficzne nazwy. W okresie od wystąpienia szkody do czasu jej zgłoszenia, a następnie otwarcia sprawy, jest ona uznawana przez ubezpieczyciela jako rezerwy na szkody zaistniałe, ale nie zgłoszone (IBNR – Incurred Bur Nor Reported). Po zgłoszeniu wypadku przez poszkodowanego, kiedy zakład ubezpieczeń dysponuje już pewnymi informacjami na temat szkody, oszacowuje rezerwę rezerwy na szkody zgłoszone (RBNS – Reported But Not Settled lub RBNP – Reported But Not Paid).

Rezerwa na szkody zaistniałe, lecz nie zgłoszone (IBNR) dotyczy zatem szkód, o których zakład ubezpieczeń nie wie nic, poza tym, że prawdopodobnie mogły się wydarzyć. Rezerwa ta jest tworzona, aby pokryć przyszłe zobowiązania z tytułu prawdopodobnie już zaistniałych szkód, które jednak zgłaszane są z opóźnieniem. Kalkulacja prawidłowej wartości rezerwy IBNR jest wyzwaniem, wymaga prowadzenia długoletnich badań statystycznych, za pomocą których można oszacować wartość oczekiwanych przyszłych świadczeń i odszkodowań za zdarzenia już zaistniałe, lecz o których ubezpieczyciel nie posiada jeszcze informacji[105]. Przy tworzeniu tej rezerwy wykorzystuje się informacje mówiące, ile szkód wystąpiło oraz jaką wartość odszkodowań i świadczeń wypłacono w danym okresie sprawozdawczym z tytułu zdarzeń zaistniałych w poprzednich okresach sprawozdawczych. W celu oszacowania wielkości rezerwy IBNR w ubezpieczeniach najczęściej wykorzystuje się historyczne dane o szkodach, przenosząc je do tzw. trójkątów szkód. W Polsce najpopularniejszymi metodami liczenia rezerwy IBNR są metoda Chain-Ladder[106] i metoda Bornhuettera-Fergusona.

Rezerwa na szkody zgłoszone dotyczy szkód, które zostały zarejestrowane w zakładzie ubezpieczeń do dnia, na który tworzona jest rezerwa i dla których możliwe jest ustalenie wysokości odszkodowania bądź świadczenia lub szkód zgłoszonych, ale dla których nie jest możliwe ustalenie wysokości świadczenia bądź odszkodowania. Rezerwa ta ustalana jest na koniec każdego okresu sprawozdawczego.

Pierwsze oszacowanie rezerwy przy braku szczegółowych informacji o sprawie dla danej szkody ustalana jest najczęściej w przybliżeniu, np. przy wykorzystaniu średniej historycznej sumy wypłaty dla podobnych przypadków. Każda szkoda kalkulowana jest indywidualnie. Po uzyskaniu szczegółowych informacji o szkodzie zarejestrowana kwota jest uaktualniana, by lepiej odzwierciedlić wartość przyszłych wypłat. Wypłata odszkodowania powoduje obniżenie rezerwy RBNP o wypłaconą kwotę, a po zamknięciu sprawy i wypłaceniu odszkodowania rezerwa RBNP jest całkowicie rozwiązywana.

Z rezerwą na niewypłacone odszkodowania i świadczenia za szkody, które zaistniały i zostały zarejestrowane[107], jest liczona rezerwa na koszty likwidacji

---

[105] L. Gąsiorkiewicz, *Finanse…*, s. 237.

[106] Zob. więcej W. Bijak, M. Smętek, W. Szymański, *Analiza rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia z tytułu ubezpieczeń pozostałych osobowych i majątkowych w oparciu o trójkąty szkód*, Biuletyn KNUiFE, 2006, s. 16.

[107] J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami…*, s. 142.

szkód. Koszty obsługi szkód to wszystkie koszty na obsługę szkód, takie jak koszty oceny szkody, pensje likwidatorów czy koszty obsługi wypłat.

Rezerwie tej towarzyszy również rezerwa na skapitalizowaną wartość rent. Dotyczy ona sytuacji, kiedy z umów ubezpieczenia innych niż ubezpieczenia na życie (np. wypadkowych czy OC) powstaną okresowe świadczenia w formie rent. Rezerwa taka jest wówczas ustalana dla każdego świadczenia indywidualnie w formie skapitalizowanej wartości świadczenia rentowego.

Rezerwa na wyrównanie szkodowości

Rezerwę na wyrównanie szkodowości (ryzyka) tworzy się w celu wyrównania poziomu szkodowości w poszczególnych okresach. Ustala się ją w wysokości mającej zapewnić wyrównanie przyszłych wahań współczynnika szkodowości na udziale własnym. Współczynnik szkodowości to stosunek odszkodowań i świadczeń, z uwzględnieniem zmiany stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia, do składki zarobionej. Wahanie współczynnika szkodowości uznaje się za istotne, jeżeli wśród czterech kolejnych zmian współczynnika szkodowości na udziale własnym, wyliczonych z roku na rok, odpowiadających kolejnym pięciu latom obrotowym poprzedzającym rok utworzenia rezerwy, co najmniej dwukrotnie wystąpi zmniejszenie współczynnika szkodowości na udziale własnym o więcej niż 20% lub dwukrotne jego zwiększenie o więcej niż 25%, jego wartości[108]. Przy kalkulacji współczynnika należy uwzględnić koszty likwidacji szkód i windykacji regresów oraz regresy i odzyski otrzymane.

Rezerwa w ubezpieczeniach na życie

Rezerwa ta nazywana jest też matematyczną rezerwą składek. Jak wspomniano wcześniej, ze względu na długi horyzont czasowy umów ubezpieczenia na życie i rosnącym w tym czasie ryzykiem śmierci składka ubezpieczeniowa jest uśredniania i ubezpieczający „nadpłaca" ponad ryzyko śmierci. Rezerwa w ubezpieczeniach na życie stanowi właśnie fundusz utworzony z nadpłaconych składek dla zabezpieczania wypłaty przyszłych świadczeń.

[108] Zob. więcej: art. 40 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U., poz. 562).

Z punktu widzenia ubezpieczonego rezerwa ta jest jego indywidualnym wkładem na rzecz przyszłego świadczenia, powiększanym o zyski z lokat środków na pokrycie tej rezerwy. Rezerwy te reprezentują zatem oszczędności osób ubezpieczonych „odłożone na później", które przez cały okres ubezpieczenia pozostają ich własnością[109]. Wartość rezerwy zależy od rodzaju ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz wieku osoby ubezpieczonej.

Rezerwy te mogą być tworzone prospektywną metodą aktuarialną, w której to porównywane są przyszłe przepływy pieniężne – składki i świadczenia (zarówno świadczenia gwarantowane w umowie ubezpieczenia oraz gwarantowana wartość wykupu, jak i świadczenia opcjonalne, przysługujące zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia, całość łącznie z kosztami obsługi umów i wypłaty świadczeń). Metoda ta polega na wyznaczeniu takiej kwoty rezerwy, która łącznie z wpłaconymi w przyszłości składkami i uzyskanymi odsetkami pozwoli na wypłatę przyszłych świadczeń.

Rezerwa matematyczna na koniec roku t jest równa różnicy wartości oczekiwanej zdyskontowanych na moment t przyszłych świadczeń ${}_tZ$ i wartości oczekiwanej zdyskontowanych na ten sam moment przyszłych płatności składek ${}_tY$

$$ {}_tV_x = E({}_tZ) - PE({}_tY) $$

gdzie:
${}_tV_x$ – rezerwa dla ubezpieczenia zawartego w wieku x obliczona na koniec roku t,
P – bieżąca składka netto.

Rezerwy te mogą też być wyznaczane metodą retrospektywną pod warunkiem, że daje ona wartość rezerwy nie niższą od wartości rezerwy ustalonej metodą prospektywną lub gdy dla danej umowy ubezpieczenia nie jest możliwe zastosowanie metody prospektywnej. Metoda retrospektywna polega na wyznaczeniu wartości rezerwy na podstawie informacji dotyczących przeszłości. Rezerwa obliczona tą metodą stanowi różnicę pomiędzy sumą wpłaconych już składek a skumulowanym kosztem ubezpieczenia (wartością ubiegłych świadczeń)[110].

[109] *Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Wrocław 2004, s. 122–123.

[110] Zob. więcej: P. Kowalczyk, E. Poprawska, W. Ronka-Chmielowiec, *Metody…*, s. 166–167.

Rezerwa ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający

Rezerwy te dotyczą umów ubezpieczenia z zaliczanych do grupy 3 działu I (tj. ubezpieczeń na życie, jeśli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczeń na życie, dla których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe). Rezerwy tego rodzaju są ustalane w wartości lokat dokonywanych zgodnie z umowami ubezpieczenia.

Pozostałe rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe

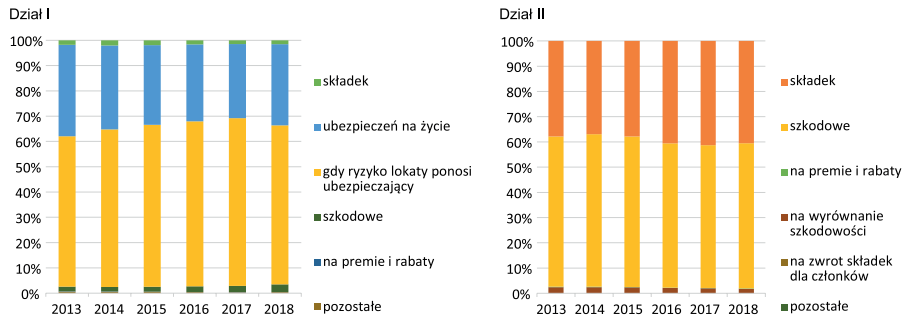
Rezerwę na premie i rabaty dla ubezpieczonych z ubezpieczeń bezpośrednich tworzy się przy uwzględnieniu wszystkich przewidywanych kwot, o które będą powiększane przyszłe świadczenia lub pomniejszane przyszłe składki, zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia. Z kolei rezerwa na zwrot składek dla członków towarzystwa jest tworzona wyłącznie przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Tworzona jest do wysokości osiągniętego dodatniego wyniku technicznego, o ile obowiązek zwrotu składek wynika z umowy ubezpieczenia.

Ze względu na to, że rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe wiążą się ściśle z rodzajem działalności zakładu ubezpieczeń, odmiennie wygląda ich struktura w każdym z działów ubezpieczeń (rys. 18). W ubezpieczeniach life dominującą pozycję zajmowały rezerwy ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (ponad 60%) ponosi ubezpieczający, oraz rezerwy ubezpieczeń na życie (ponad 30% rezerw). W ubezpieczeniach non-life największy udział mają rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia (niemal 60%) oraz rezerwa składek łącznie z rezerwą na pokrycie ryzyka niewygasłego (ok. 40%).

Analizując istotę rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, powinno się rozważyć możliwość „manipulowania" wielkością rezerw. Skłonność do zaniżania bądź zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ma często związek z sytuacją finansową zakładów ubezpieczeń.

Pomniejszenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych doprowadza do polepszenia wyniku technicznego (a zatem również finansowego), ponieważ oznacza zmniejszenie zobowiązań zakładów ubezpieczeń. Niestety niekiedy polityka zaniżania wysokości rezerw może spowodować, że zakład ubezpieczeń nie będzie w stanie realizować wszystkich swoich zobowiązań wynikających z umów

ubezpieczenia lub będzie musiał realizować je z dodatkowych środków. Jest to jedno z podstawowych technicznych zagrożeń dla wypłacalności zakładów ubezpieczeń. Należy zaznaczyć, że zaniżanie rezerw jest szczególnie niebezpieczne w przypadku długoterminowych ubezpieczeń na życie, w których składki wpłacane są na ogół przez wiele lat, a świadczenia są zazwyczaj stosunkowo wysokie.



Rysunek 18. Struktura rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w zakładach ubezpieczeń w Polsce w latach 2013–2018
Źródło: opracowanie własne.

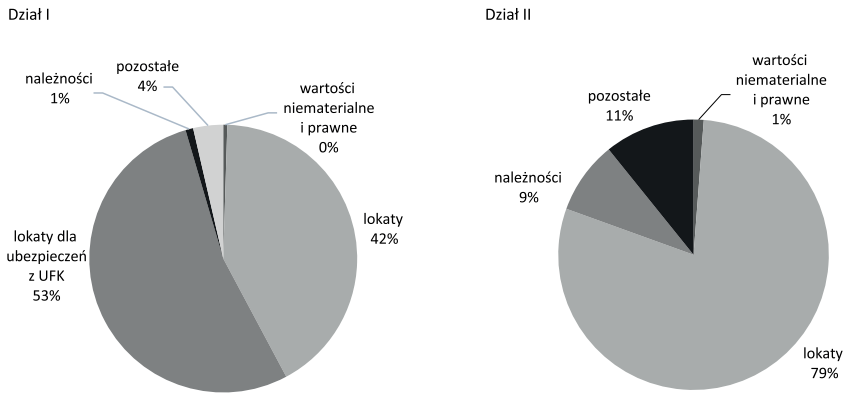
Zawyżanie wysokości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jest to przesuwanie bieżącego nieopodatkowanego dochodu na przyszłe okresy sprawozdawcze. Zakłady ubezpieczeń mogą więc stosować taką politykę w celu zminimalizowania obciążeń podatkowych. Zawyżenie rezerw, pozytywne z punktu widzenia wypłacalności, może zatem wywołać interwencję ze strony urzędów skarbowych w celu ujawnienia i opodatkowania rzeczywistych dochodów zakładu ubezpieczeń.

Należy jednak podkreślić, iż każdy zakład powinien zarządzać wielkością i strukturą rezerw, realizując własne cele i w oparciu o własne możliwości, mając jednak na uwadze przede wszystkim bezpieczeństwo prowadzonej działalności. Zarządzanie rezerwami techniczno-ubezpieczeniowymi pozostaje w ścisłym związku z innymi obszarami gospodarki finansowej ubezpieczyciela, w szczególności zaś z jego polityką lokacyjną i działalnością reasekuracyjną.

2.5. Działalność lokacyjna zakładu ubezpieczeń

W działalności towarzystw ubezpieczeń zaobserwować można dwa silnie powiązane ze sobą nurty: działalności techniczno-ubezpieczeniowej i działalności inwestycyjnej. Działalność techniczno-ubezpieczeniowa dotyczy wszystkich czynności związanych ze świadczeniem ochrony ubezpieczeniowej, a działalność inwestycyjna działań związanych z zarządzaniem lokatami. W ramach tych działań zakład ubezpieczeń kształtuje politykę lokacyjną oraz na bieżąco dopasowuje portfel lokat z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, rentowności oraz płynności lokat.

Lokaty są najistotniejszą pozycją aktywów zakładu ubezpieczeń (rys. 19). W przypadku ubezpieczeń na życie stanowią one ponad 90% aktywów (lokaty i oddzielnie ujmowane, ze względu na specyfikę umów ubezpieczenia, lokaty związane z ubezpieczeniem z UFK, gdzie ryzyko lokowania ponosi ubezpieczający).



Rysunek 19. Struktura aktywów zakładów ubezpieczeń (rok 2018)
Źródło: opracowanie własne.

Przedmiotem działalności lokacyjnej mogą być: kapitały własne ubezpieczyciela, środki stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz inne chwilowo wolne środki finansowe.

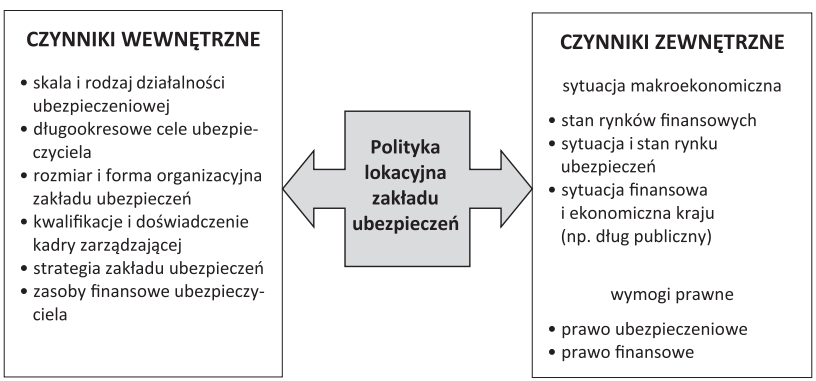
Powiązanie działalności techniczno-ubezpieczeniowej z działalnością lokacyjną jest szczególnie widoczne w obszarze rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Jak wspomniano wcześniej, tworzenie rezerw ma charakter wyłącznie ewidencyjny (księgowy) i polega na rozliczaniu w czasie przychodów lub kosztów. Z drugiej

jednak strony zabieg ten czyniony jest w celu regulowania przyszłych zobowiązań zakładu ubezpieczeń. W związku z tym, w zakładzie ubezpieczeń bardzo ważne jest zabezpieczenie i ulokowanie środków finansowych na pokrycie tych rezerw.

Znaczenie działalności lokacyjnej zakładów ubezpieczeń jest zatem dwojakie:

1. stanowią zabezpieczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych tworzonych przez zakład ubezpieczeń,
2. są dodatkowym, często bardzo istotnym źródłem dochodu zakładu ubezpieczeń.

Działalność lokacyjna musi być zintegrowana z pozostałymi obszarami zarządzania finansami w zakładzie ubezpieczeń. Decyzje podejmowane w ramach polityki lokacyjnej są zależne od wielu czynników, w tym rodzaju, skali i formy prowadzonej działalności, strategii zakładu ubezpieczeń, zasobów finansowych ubezpieczyciela czy umiejętności kadry zarządzającej. Na działalność lokacyjną wpływ mają też czynniki zewnętrzne (rys. 20).



Rysunek 20. Czynniki determinujące politykę lokacyjną ubezpieczycieli
Źródło: T. Czerwińska, *Towarzystwa ubezpieczeniowe na rynku kapitałowym w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, s. 34.

Nie bez wpływu na działalność lokacyjną pozostaje rodzaj prowadzonej działalności. Już podstawowa klasyfikacja na ubezpieczenia non-life, klasyczne ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia z UFK (gdzie ryzyko lokowania ponosi ubezpieczający) ma wpływ na strategię inwestycyjną ubezpieczyciela (tab. 6)

Tabela 6. Strategia inwestycyjna zakładu ubezpieczeń w zależności od rodzaju prowadzonej działalności

Kategoria	Czas trwania lokat	Wymagana płynność	Cel dochodowy/ gwarancje	Typowa strategia inwestycyjna
Non-life	zazwyczaj 1–5 lat	średnia – ubezpieczający może wypowiedzieć umowę, ale nie ma ona wartości wykupu	dodatkowe dochody	krótkoterminowe, dość płynne
Życiowe, gdzie odpowiedzialność za wynik na lokatach ponosi zakład ubezpieczeń	zazwyczaj >8 lat	niska – ubezpieczający może wypowiedzieć umowę, ale najczęściej pojawiają się opłaty dodatkowe	gwarancje inwestycyjne często wbudowane w produkt	zarządzanie płynnością lokat i wymagalnością umów, strategie długoterminowe, związane z osiągnięciem m.in. celu gwarancyjnego
Życiowe, gdzie ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający	zazwyczaj 5–8 lat	wysoka – ubezpieczający ma możliwość alokacji funduszy, przy rezygnacji wypłacana pełna wartość funduszu	brak gwarancji	elastyczne, zorientowane na maksymalizację zwrotu przy akceptowanym (przez ubezpieczającego) poziomie ryzyka

Źródło: opracowane własne.

Ze względu na wagę i ryzyko towarzyszące działalności lokacyjnej oraz biorąc pod uwagę interes ubezpieczających się, ważnym czynnikiem determinującym działalność lokacyjną zakładów ubezpieczeń jest ingerencja państwa w ten proces. Działalność lokacyjna zakładu jest regulowana przez ustawodawcę, który określa zasady dokonywania lokat. Do wejścia w życie reguł Solvency II działalność lokacyjna była precyzyjnie regulowana, m.in. za pomocą limitów inwestycyjnych. Aktualnie ustawodawca wprowadził pojęcie zasady ostrożnego inwestora. Wymaga ona, aby zakład ubezpieczeń lokował środki finansowe wyłącznie w instrumenty, których ryzyko można właściwie określić, mierzyć, monitorować, którymi też można zarządzać (kontrolować i prowadzić sprawozdawczość)

i które da się właściwie uwzględnić przy ocenie potrzeb kapitałowych w zakresie wypłacalności. Dodatkowo zakłady ubezpieczeń muszą lokować środki finansowe w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa, jakości i rentowności, przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków[111].

Towarzystwom ubezpieczeniowym wolno inwestować fundusze na rynku kapitałowym, a także pieniężnym, jak i na rynku nieruchomości. Wobec tego lokaty finansowe mogą mieć charakter:

- udziałowy, opierający się na nabyciu części praw własności podmiotu emitującego instrumenty finansowe, a są to zazwyczaj akcje, jak i udziały w przeróżnych spółkach;
- dłużny, opierający się na pożyczeniu środków kapitałowych wydawcy w zamian za sposobność pobierania określonych zysków, takich jak odsetki (są to m.in. bony skarbowe, obligacje czy pożyczki, a także terminowe lokaty bankowe).

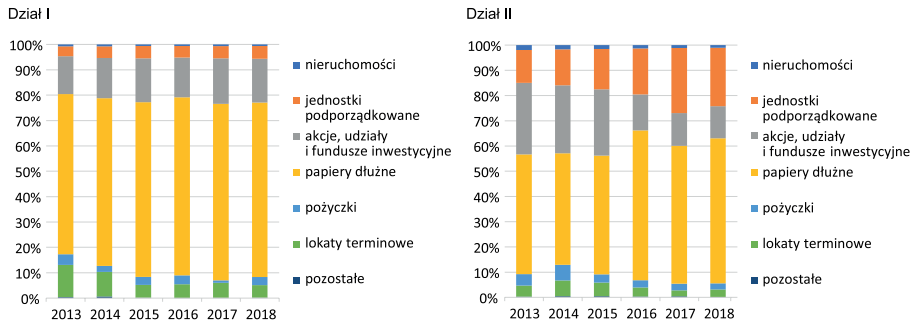
Ważne jednak, aby lokaty były zróżnicowane i odpowiednio rozproszone, tak aby umożliwiały właściwe reagowanie przez zakład ubezpieczeń na zmiany w otoczeniu gospodarczym, w szczególności na rozwój sytuacji na rynkach finansowych i rynkach nieruchomości lub wystąpienie zdarzeń katastroficznych. Dodatkowo lokaty w aktywa, które nie są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym, zakład musi utrzymać na ostrożnym poziomie. Zezwolono także na lokowanie w instrumenty pochodne, jednak pod warunkiem, że przyczyniają się one do zmniejszenia ryzyka lub ułatwiają efektywne zarządzanie portfelem lokacyjnym.

Ważnym parametrem kształtowania polityki lokacyjnej jest unikanie nadmiernej koncentracji. W związku z tym zakład ubezpieczeń musi różnicować lokaty w taki sposób, aby uniknąć nadmiernego uzależnienia od jednego, określonego składnika aktywów, emitenta lub grupy emitentów powiązanych ze sobą lub określonego obszaru geograficznego. Powoduje to uniknięcie nadmiernej akumulacji ryzyka w portfelu lokat[112]. Jedynie inwestowanie funduszy w instrumenty wierzytelnościowe, których gwarantem jest Skarb Państwa, nie jest ograniczone przez ustawodawcę, gdyż uznano je za lokaty wolne od ryzyka.

Należy podkreślić, że reguły te nie obowiązują dla lokat związanych z ubezpieczeniem, w których ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający (chyba że umowa tego

[111] Artykuł 276 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
[112] Artykuł 276 ust. 3 pkt 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

ubezpieczenia przewiduje dodatkowe gwarancje środków). W efekcie struktura lokat zakładów ubezpieczeń jest dość mało urozmaicona, a duży nacisk położony jest na bezpieczne papiery wartościowe (dłużne papiery Skarbu Państwa) (rys. 21).



Rysunek 21. Struktura lokat w polskich zakładach ubezpieczeń w latach 2013–2018
Źródło: opracowanie na podstawie danych KNF.

Biorąc pod uwagę charakter środków finansowych podlegających działalności lokacyjnej, należy podkreślić dwa zasadnicze cele działalności lokacyjnej, którymi są:

1. zapewnienie bezpieczeństwa wypełniania zobowiązań z tytułu umów ubezpieczenia,
2. zapewnienie dodatkowego przychodu[113].

Działalność inwestycyjna wykazuje również niemałą rolę w ograniczaniu wpływu procesów inflacyjnych. Skuteczna działalność inwestycyjna daje możliwość utrzymania na odpowiednim poziomie środków na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych towarzystw ubezpieczeniowych, zabezpieczając je przed deprecjacją (co może być szczególnie istotne w przypadku ubezpieczeń długoterminowych). Z drugiej strony dochód z działalności lokacyjnej podwyższa wynik finansowy zakładu ubezpieczeń, przez co wpływa na zwiększenie kapitałów własnych zakładu ubezpieczeń.

Zyski z działalności lokacyjnej są ważnym źródłem dochodu zakładów ubezpieczeń, co ma bezpośredni wpływ na możliwości rozwoju i pozycję konkurencyjną na rynku ubezpieczeń. Dzięki dobremu zarządzaniu lokatami zakład może rozwijać swoją działalność oraz być coraz bardziej konkurencyjny na

[113] *Wycena i zarządzanie wartością zakładu ubezpieczeń*, red. J. Handshke, Katedra Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006, s. 101–105.

rynku usług. W praktyce zdarza się, że przeszacowując przyszłe zyski z działalności inwestycyjnej, zakład ubezpieczeń poddaje się pokusie zmniejszenia składek w celu pozyskania dodatkowej liczby klientów. Deficyty na działalności techniczno-ubezpieczeniowej, pojawiające się w konsekwencji zaniżonych składek, zamierzają spłacić zyskami z lokat. Owa praktyka jest szczególnie niebezpieczna i może doprowadzić do problemów z wypłacalnością i płynnością towarzystwa, a nawet do jego upadłości.

Dochodowość działalności inwestycyjnej może też odgrywać znaczenie w pozyskiwaniu nowych klientów (jako czynnik determinujący ich decyzję). Szczególnie ważne jest to w ubezpieczeniach na życie, gdzie inwestowanie kapitałów w długim czasie ma bezpośredni wpływ na wielkość końcowego odszkodowania (dotyczy to zwłaszcza produktów o charakterze oszczędnościowym). Warto też podkreślić, iż w klasycznych ubezpieczeniach na życie (ze zdefiniowaną w umowie sumą ubezpieczenia na dożycie) zyski z działalności lokacyjnej są ważnym czynnikiem prognozowania składki (poprzez techniczną stopę procentową). Nawet jeśli stopa została założona na niskim poziomie, to ubezpieczyciele w tego rodzaju umowach stosują często praktyki „udziału w zysku" ubezpieczonych. Kwota udziału w zysku wynika z podziału pomiędzy ubezpieczającego i zakład ubezpieczeń różnicy pomiędzy faktycznymi dochodami z lokat a dochodami zakładanymi.

Reasumując, można zatem stwierdzić, iż specyfika zakładu ubezpieczeń powoduje, że działalność inwestycyjna jest jednym z podstawowych składników strategii finansowej ubezpieczycieli. Efektywne zarządzanie lokatami w towarzystwach jest głównym czynnikiem rozstrzygającym o konkurencyjności, postępie i przetrwaniu towarzystwa na rynku.

Problemy do dalszych rozważań

1. Jakie są kluczowe determinanty odrębności działalności finansowej zakładów ubezpieczeń?
2. Jakie są podstawowe zasady kalkulacji składki ubezpieczeniowej?
3. Jakie jest znaczenie kapitałów w działalności zakładów ubezpieczeń?
4. Jakie są powody tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w zakładach ubezpieczeń?
5. Jakie są cele i determinanty działalności lokacyjnej zakładu ubezpieczeń?

Rozdział III
Zastosowanie reasekuracji w zarządzaniu zakładem ubezpieczeń

3.1. Gospodarcze znaczenie reasekuracji

Każdy, kto zapuszcza się w nieznane tereny, potrzebuje doświadczonego przewodnika, aby uzyskać orientację. Można to ująć w słowach, że „nic nie zastąpi wiedzy kogoś, kto był tam wcześniej". Dla wielu osób próbujących zrozumieć zasady funkcjonowania instytucji ubezpieczeniowych przemysł reasekuracyjny nie jest szczególnie dobrze znany. Nowi gracze w tym sektorze, a także ci, którzy nie mają do czynienia z reasekuratorami w ramach ich codziennej pracy, mogą być zaskoczeni tym, jak różnorodny jest biznes reasekuracyjny. W prawdziwym, globalnym rynku ubezpieczeniowym reasekuracja od ponad stu lat odgrywa decydującą rolę w pomaganiu firmom ubezpieczeniowym, a ostatecznie społeczeństwu w lepszym przygotowaniu i zarządzaniu ryzykiem, przed którym stoimy. Reasekuracja pomaga ubezpieczycielom w zarządzaniu własnym ryzykiem poprzez absorpcję części strat przez zewnętrzne podmioty. Reasekuracja stabilizuje wyniki firmy ubezpieczeniowej i umożliwia dalszy wzrost i innowacje. Ze względu na znaczne kwoty inwestowane przez te podmioty, reasekuratorzy mają również znaczący wkład w realną gospodarkę.

W wymiarze technicznym znacznie reasekuracji widać w przypadku zaistnienia zjawisk o charakterze katastroficznym. W ostatnich latach klęski żywiołowe, takie jak huragan Katrina w 2005 r., powódź w Polsce w 2010 r. czy nagłe wydarzenia, takie jak 11 września 2001 r., podkreśliły rolę, jaką pełnią te podmioty we wspieraniu sektora ubezpieczeniowego, przy konieczności wypłacania znacznych odszkodowań i świadczeń. Ataki terrorystyczne z Nowego Jorku spowodowały koszty dla branży

ubezpieczeniowej w wysokości 31,6 mld USD, biorąc pod uwagę wszystkie roszczenia, i zawierały: przerwy w działalności gospodarczej, wartość zniszczonych nieruchomości, odszkodowania w roszczeniach cywilnych, odszkodowania pracownicze. Firmy, które odnotowały największe straty, to reasekuratorzy: Berkshire Hathaway, Lloyd's, Swiss Re i Munich Re. Straty każdego z nich przekroczyły 2 mld USD[114]. Akcje głównych reasekuratorów, w tym Swiss Re i Baloise Insurance Group, spadły o ponad 10 p.p., podczas gdy akcje Swiss Life spadły o 7,8 p.p.[115] Konsekwencją tych zdarzeń była również zmiana podejścia rynku ubezpieczeniowego do ochrony w zakresie przyszłych ataków terrorystycznych. Tylko kilku ubezpieczycieli nadal oferuje taką ochronę, przy bardzo wysokich sumach. W przypadku powodzi w Polsce bardzo dobrze widać skuteczność reasekuracji. Masowe szkody, często o dużych rozmiarach, nastąpiły w sierpniu i wrześniu 2010 r. Analiza łącznej wartość szacowanych przez zakłady ubezpieczeń zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia w 2010 r. wynosiła 1 575,5 mln zł, ale po uwzględnieniu reasekuracji zobowiązania te spadały do 636,3 mln zł[116].

Zaangażowanie poszczególnych firm reasekuracyjnych w pokrywanie ewentualnych konsekwencji zdarzeń w różnych przedmiotach, ulokowanych w różnych częściach świata, powoduje, iż firmy reasekuracyjne unikają nadmiernej ekspozycji i w konsekwencji działają jako siła stabilizująca na lokalnych rynkach ubezpieczeniowych. Zapewniają w ten sposób dostęp do ubezpieczeń po niższych cenach, niż wynikałoby to np. tylko z analizy prawdopodobieństwa zdarzeń na danym terenie. Ze względu na szeroki zakres swojej działalności, reasekuratorzy są w stanie pokryć szczególnie duże jednorazowe konsekwencje zdarzeń na przedmiotach ubezpieczonych, takich jak duże projekty budowlane lub inżynieryjne, zdarzenia w branży lotniczej, zniszczenia i uszkodzenia satelit czy konsekwencje odwołania wydarzeń sportowych. Funkcjonowanie rynku reasekuracyjnego umożliwia realizowanie innowacji w gospodarce oraz stabilizuje lub wręcz inicjuje jej wzrost. Dodatkowo reasekuratorzy inwestują generowane przez siebie składki ubezpieczeniowe i najczęściej są to inwestycje o długim horyzoncie czasowym i ulokowane w różnego typu aktywach finansowych.

---

[114] H.R. Glenn, B. Deal, P. Hess, *The Economic Effects of Federal Participation in Terrorism Risk*, „Risk Management & Insurance Review" 2005, nr 8(2), s. 177.

[115] T. Sorkin, T. Slade, S. Romero, *Reinsurance Companies Wait to Sort Out Cost of Damages*, „The New York Times" z 12 września 2001 r.

[116] B. Wieteska-Rosiak, *Formy pomocy państwa dla poszkodowanych przez żywioł na przykładzie powodzi 2010*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2011, nr 259, s. 169.

Reasekuratorzy zapewniają kapitał realnej gospodarce, a tym samym wspierają produkcję i dostarczanie towarów i usług.

Zasadniczo reasekuracja traktowana jest jako instrument finansowy służący stabilizacji funkcjonowania zakładów ubezpieczeń oferujących kontrakty na rynku ubezpieczeń (kontrakty pierwotne). W literaturze często pojawia się stwierdzenie, że reasekuracja jest ubezpieczeniem dla firm ubezpieczeniowych[117]. Konsekwencje zaistnienia zdarzenia losowego przenoszone są z osób fizycznych i firm, poprzez pierwotnych ubezpieczycieli, na reasekuratora. Reasekuracja pozwala zakładom ubezpieczeń ograniczyć ekspozycję na straty (skutki większe niż zakładano pojedynczych szkód lub większej częstotliwości zdarzeń) oraz zmniejszyć poziom własnych wymogów kapitałowych. W dalszym kroku to uwolnienie kapitału pozwala ubezpieczycielom podejmować wyzwania w innych rodzajach ubezpieczeń i w konsekwencji umożliwia wzrost gospodarczy danego kraju i przyczynia się do stabilności funkcjonowania gospodarki. Rysunek 22 określa podstawowe etapy działania w ramach realizacji reasekuracji.

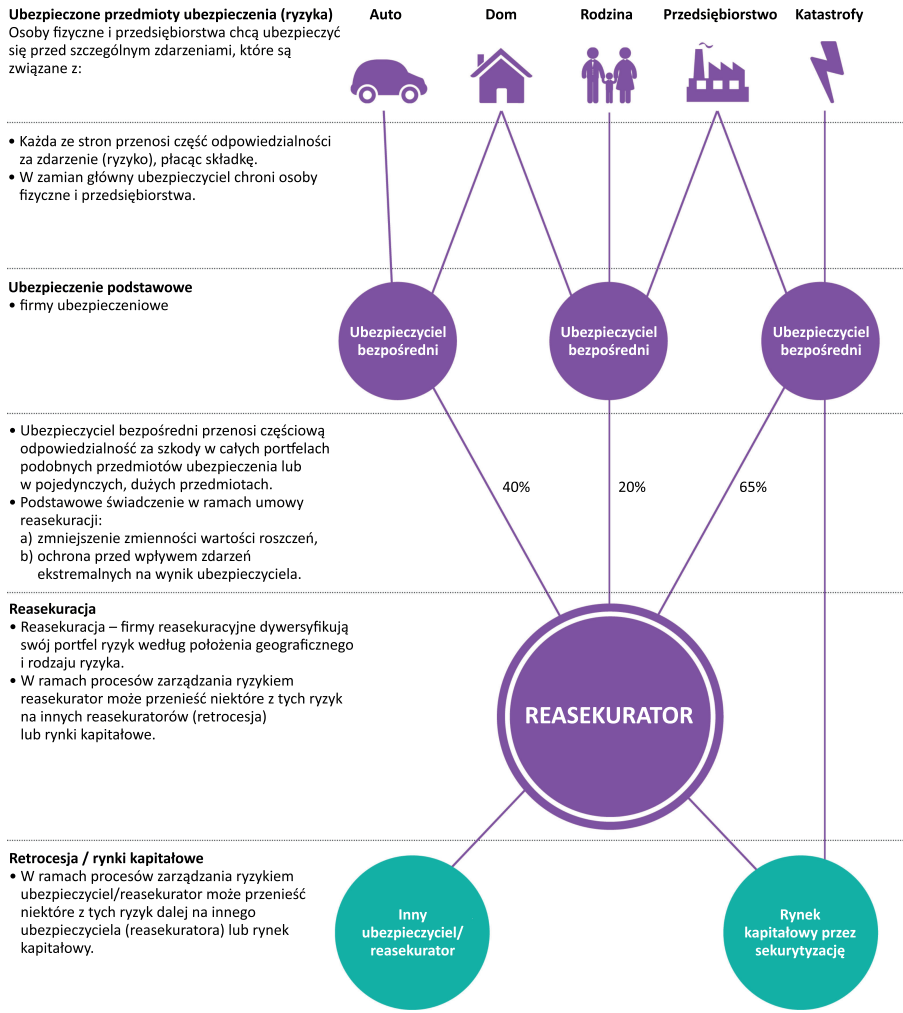
W tym miejscu należy wskazać podstawowy podział działań podejmowanych przez zakłady ubezpieczeń i towarzystwa reasekuracyjne. Towarzystwa ubezpieczeniowe, które decydują się na przekazanie części odpowiedzialności za zaistnienie zdarzeń w ubezpieczonych przedmiotach, dokonują reasekuracji biernej i same pełnią rolę cedenta[118]. Podmioty, przedsiębiorstwa finansowe, które decydują się na przyjęcie tej odpowiedzialności, dokonują reasekuracji czynnej i pełnią rolę reasekuratora. W wymiarze technicznym reasekuracja czynna jest adekwatna do działań podejmowanych w ramach realizacji umowy ubezpieczenia (ocena przedmiotu reasekuracji, ustalenie składki itp.). W konsekwencji należy podkreślić, iż cedowanie nie oznacza całkowitego pozbycia się odpowiedzialności za skutki zaistniałego zdarzenia. Mamy raczej do czynienia z kontraktem na współodpowiedzialność reasekuratora za zaistnienie określonej, negatywnej sytuacji w działalności cedenta[119].

---

[117] E. Montalbetti, *Resekuracja*, PWE, Warszawa 1970, s. 28.

[118] Zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej cedent to zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji, który w związku z wykonywaną działalnością ubezpieczeniową lub reasekuracyjną ceduje ryzyko na zakład reasekuracji lub zakład ubezpieczeń wykonujący działalność reasekuracyjną; przez działalność reasekuracyjną rozumie się wykonywanie czynności związanych z przyjmowaniem ryzyka cedowanego przez zakład ubezpieczeń lub przez zakład reasekuracji oraz dalsze cedowanie przyjętego ryzyka.

[119] Szeroki wywód w zakresie ograniczenia pojęcia „transfer ryzyka" zob. [w:] J. Michalak, *Refleksje nad pojęciem ryzyka*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2004, z. 1; idem, *Ryzyka społeczne*



Rysunek 22. Sposób przenoszenia odpowiedzialności za zdarzenia w ubezpieczeniach i reasekuracji
Źródło: opracowanie własne na podstawie *The essential guide to reinsurance*, Swiss RE, Zurich 2013, s. 8.

---

a ochrona ubezpieczeniowa – kilka propozycji nieortodoksyjnych, Poznań 2008; idem, *Przesłanki nieakceptowalności koncepcji transferu ryzyka*, Katedra Ubezpieczeń, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2007.

3.2. Rola reasekuracji w branży ubezpieczeniowej

Zgodnie z panującymi rozwiązaniami w tworzeniu taryf ubezpieczeniowych, przemysł ubezpieczeniowy oparty jest na różnego rodzaju statystykach. Prawdopodobieństwo statystyczne pozwala dopiero ustalić skalę możliwości zajścia określonych zdarzeń w odniesieniu do osób i rzeczy (realizacja zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia). Ta możliwość kalkulowania pozwala przedsiębiorcy ubezpieczeniowemu (zakładowi ubezpieczeń) na obliczenie składki za określony przedmiot ubezpieczenia. Ale pozwala też określić globalną wartość minimalnej łącznej kwoty składek, jaką musi zebrać zakład ubezpieczeń, aby stworzyć dostateczny fundusz do pokrycia przyszłych szkód. Im dokładniej zakład ubezpieczeń potrafi obliczyć prawdopodobieństwo zdarzeń losowych, a w związku z tym ocenić przyszłe własne zapotrzebowanie na środki finansowe, tym bezpieczniejsza jest jego działalność.

Dobra statystyka powinna wynikać z wielkiej liczby jednorodnych obserwacji oraz z rozłożenia danego zjawiska (zarówno w czasie, jak i przestrzeni) – im więcej obserwacji, przypadków, tym lepsza średnia i tym mniej odchyleń. Nie jest więc dziwne, że w technice ubezpieczeniowej dąży się do tego, aby wspólnota niebezpieczeństwa (czyli liczba przedmiotów zgłoszonych do danego rodzaju ubezpieczenia) była możliwie największa. Podkreśla się w literaturze, że zbyt mała liczba obserwacji może prowadzić do błędnych kalkulacji. Należy jednak podkreślić, że opieranie swojego podejścia do ryzyka technicznego wyłącznie na prawdopodobieństwie może okazać się błędne. Jest wiele zjawisk, które są ubezpieczane (pokrycie skutków trafienia – nagrody – jednym strzałem do dołka w grze w golfa – „hole in one") lub właściciele tych przedmiotów dążą do ich ubezpieczenia (np. podnoszona we Wspólnej Polityce Rolnej możliwość ubezpieczenia zysku w gospodarstwach rolnych), a my nie jesteśmy w stanie określić prawdopodobieństwa takiego zjawiska.

Z drugiej strony literatura wskazuje, iż zakład ubezpieczeń powinien gromadzić i wyrównywać ryzyka jednorodne co do natury i co do wartości. W konsekwencji dokonuje się obserwacji i wszelkiego rodzaju szacowania. Zakład ubezpieczeń liczy na to, że w ciągu pojedynczych okresów ubezpieczenia stosunek liczby faktycznie zaszłych wypadków (n) do liczby wszystkich ubezpieczonych obiektów (N) wskaźnik częstości wypadków (K) pozostaje zawsze stały[120]. Jeśli więc na

[120] T. Zapart, *Czynniki wpływające na wskaźnik szkodowości ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczenia floty pojazdów*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2014, nr 2(300), s. 311.

podstawie poprzednich okresów określi się przyszłe zapotrzebowanie pieniężne na pokrycie szkód w jakiejś grupie ubezpieczeń lub wspólnocie niebezpieczeństwa, to zapotrzebowanie rzeczywiście występować będzie w tej przewidzianej wysokości.

Dla zakładu ubezpieczeń jednak nie wystarczy jednorodność przedmiotów ubezpieczenia ze względu na prawdopodobieństwo nastąpienia szkody. W kontekście planowanego zysku lub niwelowania możliwej straty konieczne jest budowanie w jednej klasie przedmiotów ubezpieczenia o bardzo różnej wartości, czyli muszą dążyć do jednorodności również w zakresie wartości przedmiotu ubezpieczenia. I w tym miejscu konieczne jest zdefiniowanie maksimum wartości przedmiotu ubezpieczenia, który zakład ubezpieczeń może przyjąć do ochrony, bez narażania się na zachwianie jego sytuacji finansowej po zajściu wypadku ubezpieczeniowego. W literaturze podkreśla się, że maksimum dla poszczególnych zakładów ubezpieczeń może być ustalone drogą teoretycznych kalkulacji (w oparciu o przyjmowane modele ryzyka, np. standardowe lub wewnętrzne) lub też niezalenie od pierwszego sposobu, na drodze doświadczalnej, często indywidualnego podejścia do poszczególnych rodzajów ubezpieczenia i przedmiotów ubezpieczenia[121]. Na ustalenie tego poziomu ma wpływ wiek towarzystwa, liczebność w poszczególnych grupach przedmiotów ubezpieczenia, koszty prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i likwidacji szkód i wiele innych czynników, choć w wielu dojrzałych rynkach jest to pokłosie już zawartych umów ubezpieczenia. W Polsce przez wiele lat poziom maksymalnego zaangażowania ubezpieczyciela w ochronę ubezpieczeniową był zdefiniowany również ustawowo[122]. Zgodnie z regulacjami obowiązującymi do 2005 r.[123] suma ubezpieczenia od pojedynczego ryzyka (przedmiotu ubezpieczenia) na udziale własnym nie mogła przekroczyć 25% łącznej wysokości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i kapitału własnego. Jednak konstrukcja tego zapisu świadczy raczej o ochronie pozycji dominującej niektórych zakładów ubezpieczeń niż faktycznie dbałości o ich sytuację finansową[124].

---

[121] Z. Szymański, *Reasekuracja*, Nakładem „Przewodnika Ubezpieczeniowego", Warszawa 1930, s. 9.

[122] Artykuł 1 pkt. 47 ustawy z dnia 8 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczpospolitej – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. Nr 96, poz. 478) oraz art. 157 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 ze zm.).

[123] Ustawa z 17 sierpnia 2005 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 143, poz. 1204, art. 1, pkt. 25).

[124] Włączenie rezerw do kalkulacji maksymalnej sumy ubezpieczenia powodowało, że im większe nastąpiły szkody w danym okresie rozliczeniowym, tym większe sumy ubezpieczenia mógł przyjmować do ochrony dany ubezpieczyciel.

Zakład ubezpieczeń, który realizuje reasekurację bierną i oddaje część pozyskanego przez siebie biznesu ubezpieczeniowego, nie koncentruje się tylko i wyłącznie na tych przedmiotach, które przekraczają ustalone i obliczone maksimum akceptacji. Bardzo często oddaje reasekuratorowi przyszłe zobowiązania wobec określonych rodzajów przedmiotu ubezpieczenia, grup i rodzajów ubezpieczeń lub nawet całego swojego interesu biznesowego (portfela). W tym zakresie pojawiły się również wytyczne organu nadzoru. W polskiej rzeczywistości jest to dokument Komisji Nadzoru Finansowego z 2014 r., zgodnie z którym:

- zakład powinien mieć ustanowioną, przyjętą przez Zarząd i zatwierdzoną przez Radę Nadzorczą strategię zarządzania ryzykiem w obszarze reasekuracji, odpowiednią do rodzaju, skali, złożoności oraz profilu biznesowego Zakładu (wytyczna 6);
- zakład powinien sporządzać program reasekuracyjny. Program reasekuracyjny powinien być sporządzony w formie pisemnej zgodnie ze strategią, zasadami i procedurami dotyczącymi zarządzania ryzykiem (wytyczna 9);
- zakład powinien posiadać systemy informatyczne lub narzędzia analityczne oraz bazy danych wspierające proces zawierania i monitorowania umów reasekuracji oraz pomiar poziomu ryzyka, a także powinien posługiwać się odpowiednimi procedurami przepływu i zarządzania informacją w celu umożliwienia podejmowania właściwych decyzji przez Zarząd oraz osoby na poziomie kierowniczym odpowiedzialne za reasekurację (wytyczna 12)[125].

Ponieważ zakłady ubezpieczeń w swojej działalności operacyjnej bardzo często spotykają wiele przedmiotów ubezpieczenia, w których suma ubezpieczenia przekracza określony przez nich maksymalny poziom, wytworzyły się inne techniki pozwalające na ograniczenie tej kumulacji. W takiej sytuacji do realizacji danej umowy konieczne jest poszukiwanie innego zakładu ubezpieczeń, który przejmie część odpowiedzialności wobec danego przedmiotu ubezpieczenia. W praktyce koasekuracja polega na tym, że ubezpieczenie danego obiektu gwarantowane jest przez dwóch lub więcej ubezpieczycieli. Jednak każdy z nich precyzyjnie określa procentowy udział maksymalnej sumy ubezpieczenia oraz proporcjonalnie w zaistniałych szkodach. Jednak taka metoda nie jest korzystna ani dla zakładu ubezpieczeń, ani dla ubezpieczającego. Z jednej strony od ubezpieczycieli wymagana jest elastyczność w zakresie akceptacji warunków

[125] *Wytyczne dotyczące reasekuracji biernej/retrocesji*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2014.

tego ubezpieczyciela, który będzie wiodącym w pokrywaniu szkód w danym przedmiocie ubezpieczenia. Dla ubezpieczonego oznacza to konieczność zawierania kilku umów ubezpieczenia lub uzyskania kilku podpisów na danej umowie ubezpieczenia. Z drugiej strony dla ubezpieczenia wielkich przedsiębiorstw konieczne byłoby angażowanie kilkunastu lub kilkudziesięciu zakładów ubezpieczeń w celu opracowania jednolitej oferty zakładów do ubezpieczenia jednego przedmiotu ubezpieczenia.

Dlatego pojawiła się reasekuracja jako umowa, w której przedsiębiorca ubezpieczeniowy/ zakład ubezpieczeń oddaje część swoich zobowiązań (ryzyka), przewyższających jego maksimum.

Korzyści z realizacji reasekuracji można zebrać w kilku podstawowych punktach. Ich skala i znaczenie dla poszczególnych ubezpieczycieli uzależniona jest od właściwości tego ubezpieczyciela oraz samego reasekuratora.

Tabela 7. Funkcje reasekuracji

Funkcja	Wyszczególnienie
Zapewnienie wzrostu pojemności ubezpieczeniowej towarzystwa	Umożliwienie towarzystwu podpisanie większej liczby polis poprzez podniesienie maksymalnej wielkości sumy ubezpieczenia, jaka może być przez to towarzystwo zaakceptowana. Reasekuracja może pomóc ograniczyć ewentualną stratę ubezpieczyciela z jednego przedmiotu ubezpieczenia do poziomu, przy którym zarząd i akcjonariusze czują się komfortowo.
Zagwarantowanie ochrony przed szkodami katastroficznymi	Pojawia się wówczas, gdy pomimo zachowania odpowiedniej kontroli nad rozmieszczeniem poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia na dużym terenie (tak by nie był możliwy ciąg kilku szkód z jednego zdarzenia, np. deszczu nawalnego lub pożaru) nastąpi w jednym roku ich nadzwyczajna kumulacja. Obejmuje też wiele mniejszych strat z wielu polis wystawionych przez jednego głównego ubezpieczyciela, wynikających z jednego zdarzenia.
Podniesienie finansowej siły ubezpieczyciela, a w szczególności gwarancji jego wypłacalności	Zapewnienie środków finansowych na rozwój. Istotne w pierwszych fazach działalności oraz przy trudnej sytuacji na rynku w zakresie szkodowości lub pozyskania nowych inwestorów. Jeżeli koszt kapitału niezbędnego do wypełnienia wymagań regulacyjnych lub oczekiwana stopa zwrotu przez akcjonariuszy są wyższe niż koszt reasekuracji, wówczas lepiej jest cedować przyszłe zobowiązania. Koszt kapitału i koszt

Funkcja	Wyszczególnienie
	reasekuracji mogą się znacznie różnić, jeśli przepisy ostrożnościowe są różne w poszczególnych krajach lub po prostu, jeśli rynki kapitału i reasekuracji są bardzo rozdrobnione.
Pomoc w stabilizacji wyników na działalności ubezpieczeniowej	Towarzystwo przez program reasekuracyjny jest jakby obciążane co roku „średnią" liczbą szkód wyliczoną z wielu lat; pozwala to na bezpieczne planowanie inwestycji bez groźby konieczności nagłego ich ograniczenia.
Usługi	Ułatwienie działalności firm ubezpieczeniowych poprzez dostęp do jednolitych zasad/systemów underwritingu i kwotowania składki.
Czasowe lub stałe finansowanie ubezpieczyciela przez reasekuratora	Szczególnie obserwowane w reasekuracji finansowej. Widoczne przy inicjowaniu nowych obszarów działalności (nowych linii produktowych) oraz poszukiwaniu rynków o wyższych stopach zwrotu.
Sposób na uzyskanie odpowiedniego know-how	Wybór reasekuratora to też wybór jego metod oceny ryzyka, kwotowania czy określania zasad w ogólnych warunkach. W konsekwencji reasekuracja potwierdza względem ubezpieczonych, brokerów czy udziałowców poprawną politykę underwritingową.
Reasekuracja jako źródło dodatkowych przychodów	Przychody z prowizji reasekuracyjnej mogą stanowić istotny element w strukturze przychodów zakładu ubezpieczeń, zwłaszcza gdy zakład rozpoczyna swoją działalność w określonym obszarze rynku ubezpieczeń.
Oszczędności podatkowe	Jeśli krańcowa stawka opodatkowania zysków wzrasta wraz z zyskami lub jeżeli kwota uzyskiwanych zwrotów jest ograniczona kwotowo i możliwa tylko w długim horyzoncie czasowym, wówczas zmniejszenie zmienności wyniku przez reasekurację zwiększa oczekiwaną wartość zysku po opodatkowaniu, jeżeli koszt reasekuracji (obciążenie cedenta) nie jest zbyt wysoki.

Źródło: opracowanie własne.

Złożoność programów reasekuracyjnych powoduje jednak konieczność korzystania ze specjalnego typu pośredników – brokerów reasekuracyjnych. Obecność pośredników na rynkach reasekuracyjnych jest równie stara, jak w przypadku rynku ubezpieczeniowego. Pierwsze dowiedzione przypadki działalności brokerów reasekuracyjnych to początki XIX w., kiedy pojedyncze osoby

organizowały odpowiednią treść kontraktów pomiędzy zakładami ubezpieczeń i reasekuratorami. W ciągu ostatnich 100 lat powstało wiele wyspecjalizowanych firm brokerskich w zakresie reasekuracji, niektóre jako niezależne organizacje, inne jako spółki zależne pośredników ubezpieczeniowych. Dziś główni brokerzy reasekuracyjni działają na całym świecie, często utrzymując biura we wszystkich głównych centrach ubezpieczeniowych zachodniego świata. W konsekwencji towarzystwa prowadzące swoją działalność w obszarze reasekuracji zwykle nabywają całość lub większość swojego przypisu za pośrednictwem brokerów. Firmy, które chcą rozwijać swoją działalność reasekuracyjną, powinny stworzyć odpowiednie warunki do tego: budować profesjonalne kadry posiadające specjalistyczną wiedzę i doświadczenie ubezpieczeniowe i reasekuracyjne; nawiązywać silne relacje z brokerami, którzy działają *de facto* jako ich siły sprzedażowe. W polskiej rzeczywistości ubezpieczeniowej prowadzenie działalności brokera reasekuracyjnego jest uregulowane w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń[126]. Zaznaczono, iż broker reasekuracyjny, w ramach prowadzonej działalności brokerskiej, wykonuje czynności w zakresie dystrybucji reasekuracji w imieniu lub na rzecz zakładu ubezpieczeń albo zakładu reasekuracji. Wskazano również zakres dystrybucji w odniesieniu do reasekuracji, które obejmują (art. 5 ust. 1):

1. doradzanie, proponowanie lub wykonywanie innych czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia umów reasekuracji;
2. zawieranie umów reasekuracji w imieniu zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji albo bezpośrednio przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji;
3. udzielanie pomocy w administrowaniu umowami reasekuracji i ich wykonywaniu.

Broker reaskuracyjny jawi się zatem jako profesjonalny podmiot, który doradza swojemu klientowi (zakładowi ubezpieczeń) w sprawie najlepszego rodzaju programu reasekuracyjnego, odpowiedniego co do retencji (poziomu zachowanej odpowiedzialności). Przygotowanie tego programu opiera się na doświadczeniu i wiedzy o dostępności na rynku określonych rozwiązań czy możliwości uzyskania ochrony reasekuracyjnej dla określonych przedmiotów ubezpieczenia. Następnym krokiem jest uplasowanie określonego interesu majątkowego zakładu ubezpieczeń na bezpiecznym rynku i w odpowiednim podmiocie (kluczowe w tym zakresie są ratingi przyznawane poszczególnym

[126] Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U., poz. 2486).

towarzystwom reasekuracyjnym). Jest zatem broker reasekuracyjny kimś więcej niż „dostarczycielem" umowy. Uznaje się go za eksperta, od którego można oczekiwać, że wniesie na bazie swojej pracy szczegółową wiedzę na temat prawa ubezpieczeń, przepisów nadzorczych, praktyki rynkowej i warunków obowiązujących we wszystkich krajach, z którymi ma do czynienia. Ponadto, w przeciwieństwie do bezpośredniego brokera ubezpieczeniowego, który zwykle doradza „laikowi" w zakresie ubezpieczeń, broker reasekuracyjny działa jako pośrednik między ekspertami[127].

Broker w swojej podstawowej działalności opracowuje zatem i aranżuje specjalny program reasekuracyjny dla całości prowadzonej działalności lub poszczególnych linii biznesowych zakładu ubezpieczeń. Może zostać również wezwany *ad hoc* do zorganizowania pokrycia reasekuracyjnego, gdy ubezpieczyciel jest zobowiązany do przyjęcia udziału w przedmiocie ubezpieczenia z bardzo dużą sumą ubezpieczenia, przekraczającą jego własne instrumenty reasekuracji, wynikające z wcześniej wdrożonego programu reasekuracji. Broker zajmuje się też administracją wdrożonych programów, np. rozliczaniem bordeo składkowego i szkodowego czy przekazywaniem warunków zmieniających warunki pierwotnej umowy ubezpieczenia. Broker może również pomóc w rozliczeniu strat. W sytuacji, gdy wymagane jest szybkie rozliczenie dużej straty (np. względy społeczne), nie jest niczym niezwykłym, że to właśnie broker organizuje przygotowanie bankowej gwarancji płatności dla cedenta, zanim wszyscy reasekuratorzy przekażą swoje płatności. W innym przypadku broker angażuje się w rozwiązywanie sporów dotyczących np. interpretacji poszczególnych klauzul. W konsekwencji sprawy nie muszą być przekazywane do arbitrażu[128].

W Europie Zachodniej pozycja brokerów reasekuracyjnych różni się w poszczególnych krajach. Na przykład w Holandii brokerzy obsługują dużą część działalności reasekuracyjnej, ale już w Niemczech, gdzie swoje siedziby mają duże firmy reasekuracyjne, współpraca odbywa się najczęściej bez udziału pośredników, czyli dochodzi do bezpośredniego kontaktu biur reasekuracji zakładów ubezpieczeń z underwiterami w firmach reasekuracyjnych. W innych częściach świata stopień penetracji rynku osiągnięty przez brokerów reasekuracyjnych jest bardzo zróżnicowany. W krajach, w których rynek jest zmonopolizowany przez państwową korporację reasekuracyjną, brokerzy nie pełnią żadnej roli (pozostają

[127] *Managing Risk in Reinsurance: From City Fires to Global Warming*, red. N.V. Haueter, G. Jones, Oxford University Press, 2016, s. 152.

[128] *Reinsurance*, red. R.L. Carter, Springer Science & Business Media 2013, s. 53.

brokerzy międzynarodowi w celu realizacji umów retrocesji dla państwowej korporacji, np. w Rosji). Z drugiej strony znajdują się takie kraje, jak Australia i Japonia, w których cały czas widać aktywną konkurencję pomiędzy brokerami i przedstawicielami firm reasekuracyjnych.

3.3. Reasekuracja a zarządzanie ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń

Zgodnie z regulacjami dotyczącymi działalności ubezpieczeniowej każdy zakład (ubezpieczeń i reasekuracji) zobowiązany jest do wprowadzenia efektywnego systemu zarządzania ryzykiem. Oznacza to stworzenie w ramach danego podmiotu gospodarczego strategii, procesów i procedur sprawozdawczych, które pozwolą na określanie, pomiar i monitorowania ryzyk, na których realizacje wystawiony jest ten podmiot (konieczność stworzenia systemu zarządzania ryzykiem ze strukturą organizacyjną oraz z procesami decyzyjnymi, z uwzględnieniem osób pełniących kluczowe funkcje)[129]. Ale te regulacje jasno wskazują, że mówimy tu o ryzyku odnoszącym się do funkcjonowania zakładu ubezpieczeń, a nie związanych wyłącznie z przyjętymi do ubezpieczenia przedmiotami ubezpieczenia. Realizacja zdarzeń wobec pojedynczych przedmiotów ubezpieczenia i konieczność wypłaty odszkodowań czy świadczeń nie jest problemem. Ryzykiem dla zakładu ubezpieczeń jest sytuacja, której realizacja nie pozwala na osiągnięcie zakładanych przez niego celów[130].

Należy jednak podkreślić, iż najważniejsze z punktu widzenia wykorzystania narzędzia, jakim jest reasekuracja, jest ryzyko ubezpieczeniowe/techniczno-ubezpieczeniowe (Underwriting Risk), które zostało szerzej omówione w rozdziale I.

[129] Artykuł 56 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

[130] W wielu publikacjach wskazuje się na reasekurację jako narzędzie, które pozwala na zmniejszenie prawdopodobieństwa ruiny towarzystwa ubezpieczeniowego. Zob. A. Rurka, *Reasekuracja a zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym*, Studia i Materiały, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s. 56. Taka sytuacja jest ekstremalna i wynika raczej z szeregu błędów popełnionych w prowadzonej działalności.

3.4. Charakter prawny umów reasekuracji

Umowa reasekuracji jest silnie osadzona na charakterze umowy ubezpieczenia. Dlatego bardzo często porównuje się jej elementy z umową ubezpieczenia[131]. Należy jednak podkreślić, iż od chwili pojawienia się zapisów regulujących instytucje ubezpieczenia zazwyczaj znajdowały się w nich zwroty wykluczające stosowanie tych regulacji do umów reasekuracji[132]. To wyraźnie wskazuje, że ustawodawca za każdym razem rozróżnia te dwa narzędzia. Można zatem konkludować, że umowa reasekuracji nie jest z formalno-prawnego punktu widzenia umową ubezpieczenia, a jedynie nienazwaną umową cywilnoprawną, na mocy której zakład ubezpieczeń (zwany cedentem) oddaje część zgromadzonej składki z umów pierwotnych, w zamian za ewentualną partycypację reasekuratora w przyszłych odszkodowaniach i świadczeniach, które pojawiają się z tytułu zawartych umów ubezpieczenia[133].

Umowa ta w żaden sposób nie zwalnia ubezpieczyciela z wywiązania się ze zobowiązań w ramach realizowanych umów ubezpieczenia. Aspekt ten został dodatkowo podkreślony w najnowszych regulacjach w Polsce, gdzie wskazano, iż odszkodowania i świadczenia wypłaca wyłącznie zakład ubezpieczeń.

Zgodnie z art. 4 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zakład reasekuracji nie może wykonywać innej działalności poza działalnością reasekuracyjną i czynnościami bezpośrednio z nią związanymi, którymi są w szczególności czynności wykonywane w zakresie:

- doradztwa statystycznego,
- doradztwa aktuarialnego,
- analizy ryzyka,
- badań na rzecz klientów,
- lokowania środków zakładu reasekuracji,
- czynności zapobiegania powstawaniu lub zmniejszenia skutków wypadków ubezpieczeniowych i finansowanie tych działań z funduszu prewencyjnego.

---

[131] Szczegółowa analiza w tym aspekcie: S. Mazurkiewicz, J. Lisowski, *Reasekuracja a wartość zakładu ubezpieczeń* [w:] *Wycena i zarządzanie wartością zakładu ubezpieczeń*, red. J. Handschke, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2006, s. 105–111.

[132] Przykładem w tym zakresie są zapisy w Tytuł XXVII. Umowa ubezpieczenia oraz art. 820 Kodeksu cywilnego. „Przepisów tytułu niniejszego nie stosuje się do ubezpieczeń morskich oraz do ubezpieczeń pośrednich" (reasekuracji).

[133] E. Montalbetti, *Resekuracja*, s. 13; Z. Szymański, *Reasekuracja*, s. 9.

W konsekwencji nie ma żadnych relacji pomiędzy ubezpieczonym a reasekuratorem i nie można dochodzić swoich roszczeń bezpośrednio względem niego[134]. Regres w stosunku do reasekuratora to możliwość zagwarantowana wyłącznie zakładowi ubezpieczeń właśnie z tytułu realizowanej umowy reasekuracji.

Umowy reasekuracji mają najczęściej wymiar międzynarodowy, a w jednej umowie mogą być zaangażowane podmioty z różnych nie tylko krajów, ale również systemów prawnych (np. współuczestniczenie w pokryciu reasekuracyjnym zakładów z Europy kontynentalnej, Wielkiej Brytanii i USA). Dlatego tak ważna jest rola prawa zwyczajowego, stosowanego na podstawie wcześniejszych doświadczeń, uzgodnień – kształtowanych przez szereg lat. Negocjowanie umów ma charakter nieformalny, a wiele decyzji uwarunkowanych jest koniecznością wewnętrznych uzgodnień i przekazywanych informacji. Stąd istotną pozycję w zakresie kształtowania, organizowania i obsługiwania tych umów mają brokerzy reasekuracyjni. Ich zadania to m.in.:

- określenie właściwej retencji zakładu ubezpieczeń i odpowiedniej pojemności reasekuratorów,
- znajomość rynku w zakresie akceptacji poszczególnych typów umów lub przedmiotów ubezpieczenia,
- przygotowanie umowy reasekuracyjnej,
- rozliczanie składki reasekuracyjnej,
- negocjacje i ewentualna windykacja roszczeń,
- udzielanie informacji o przedmiocie ubezpieczenia, zmianie regulacji prawnych, otoczenia dla danego ryzyka itp. (wszystkie okoliczności mające wpływ na kształtowanie odpowiedzialności reasekuratorów)[135],
- pilnowanie przestrzegania kodeksu postępowania.

[134] W praktyce rynku reasekuracyjnego istniała przez szereg lat możliwość zaspokojenia roszczenia ubezpieczonego bezpośrednio przez reasekuratora. W wyjątkowych sytuacjach, czyli np. w sytuacji stwierdzonej niewypłacalności ubezpieczyciela, mogła zostać uruchomiona klauzula *cut-through*. Klauzula taka, wprowadzana do umowy ubezpieczenia i regulacji umowy reasekuracji na wyraźne życzenie ubezpieczającego, wzmacnia gwarancję ekonomiczną realności ochrony ubezpieczeniowej i jest szczególnie potrzebna w sytuacji, gdy mały zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej dużemu zakładowi przemysłowemu.

[135] W konsekwencji wielu brokerów reasekuracyjnych posiada własne działy analiz poszczególnych rynków, a nawet działy naukowe (w określonych liniach produktów).

W konsekwencji należy również podkreślić, iż praktyka ubezpieczeniowa ukształtowała szereg zwyczajów i zasad związanych z realizacją umów reasekuracji:

- najwyższej dobrej wiary (najwyższego zaufania) – współpraca pomiędzy stronami umowy reasekuracji powinna opierać się na pełnym, najwyższym zaufaniu, zwłaszcza w sferze wymiany informacji;
- odszkodowawcza – świadczenie reasekuratora jest uwarunkowane spełnieniem świadczenia cedenta na rzecz ubezpieczonego;
- interesu: reasekurator jest zainteresowany zarządzaniem ryzykiem w umowach pierwotnych (wpływ na reguły akceptacji) oraz przygotowaniem do retrocesji (zarządzanie własnym ryzykiem);
- powinność zachowania przez cedenta części odpowiedzialności (ryzyka): unikanie frontingu, charakter prewencyjny (podobnie jak w ubezpieczeniach udział własny);
- arbitrażu – rozstrzyganie sporów pomiędzy stronami w oparciu o profesjonalnych arbitrów, a nie sądy powszechne;
- dzielenia losu cedenta przez reasekuratora – reasekurator powinien zaakceptować wszystko to, co jest niezależne od decyzji oraz działań cedenta i ma wpływ na zobowiązania cedenta wobec ubezpieczających lub osób trzecich (prawny, techniczny, losowy charakter ubezpieczeń);
- podążania reasekuratora za działaniami cedenta (wynika z poprzedniej zasady) – reasekurator ponosi skutki działań (zaniechań) cedenta jako przedsiębiorcy;
- wglądu/weryfikacji/kontroli – coraz częściej stosowana, wchodzi w miejsce zasady najwyższego zaufania (oznacza niejako jej „wypowiedzenie").
- klauzule szczególne:
  - techniczne, np. E. & O.E. (Errors and Omissions Excepted) – z zastrzeżeniem błędów i opuszczeń – drobne błędy nie zwalniają z odpowiedzialności,
  - dotyczące brokerów reasekuracyjnych – jeśli strony porozumiały się przez brokera, to dalej powinny się kontaktować przy jego udziale.

Jednak złożoność i znacznie umów reasekuracji dla funkcjonowania współczesnego rynku finansowego wymusiły szereg dookreśleń dla umów reasekuracji (tab. 8).

Tabela 8. Rozwój regulacji w zakresie stosowania reasekuracji

Akt prawny, regulacja	Wyszczególnienie
Prawo unijne	
Dyrektywa 2009/138/WE Wypłacalność II	– ujednolicenie przepisów w poszczególnych krajach – wprowadzenie definicji „wewnętrznego zakładu reasekuracji" – definicja reasekuracji i szczególna pozycja ubezpieczycieli zrzeszonych w towarzystwie Lloyd's
Rozporządzenie delegowane KE Nr 2015/35	Wskazanie sposobu wykorzystania reasekuracji w zarządzaniu ryzykiem płynności. Segmentacja reasekuracji w zakresie wymagań finansowych
Rozporządzenie Nr 593/2008 Rzym I	Dookreślenie zasad prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w zakresie swobodnego świadczenia usług oraz umiejscowienie ryzyka (przedmiotu ubezpieczenia). Umowy reasekuracji nie mają ograniczeń w tym zakresie
Prawo polskie	
Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	Zdefiniowanie zasad prowadzenia reasekuracji czynnej oraz czynności reasekuratora. Wprowadzenie regulacji w zakresie reasekuracji finansowej
Rekomendacje Komisji Nadzoru Finansowego	
Wytyczne dotyczące reasekuracji biernej/retrocesji, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2014	Wskazówki co do reasekuracji biernej w zakresie m.in.: systemu zarządzania ryzykiem w obszarze reasekuracji, procedur wewnętrznych dotyczących reasekuracji, programu reasekuracyjnego
Zasady Ładu Korporacyjnego dla instytucji nadzorowanych	Wskazania w zakresie m.in.: relacji z udziałowcami, nadzoru na instytucją czy zasad wynagradzania
Wytyczne EIOPA	
Niektóre z wytycznych regulują działalność reasekuracyjną, np. Wytyczne dotyczące systemu zarządzania.	Współpraca podmiotów w ramach grupy kapitałowej, w tym w zakresie zarządzania ryzykiem

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 9 dokonano zestawienia największych podmiotów na rynku reasekuracyjnym w roku 2008 oraz 2017. Należy zauważyć z jednej strony dużą stabilność tej listy (osiem podmiotów występuje na niej ponownie, a pierwsza szóstka nie uległa zmianie). Z drugiej strony zwiększył się przypis pierwszych dziesięciu o ponad 60 p.p.

Tabela 9. Dziesięć największych reasekuratorów na świecie według składki przypisanej (porównanie 2017 i 2008)

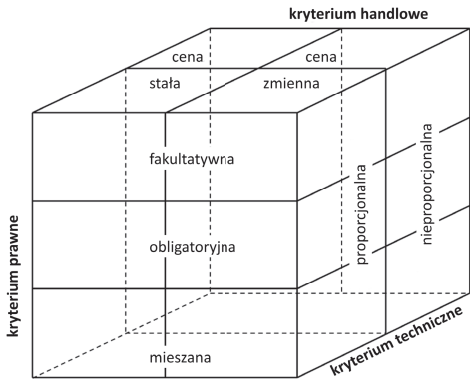
2017				2008			
Miejsce	Rating*	Nazwa reasekuratora	Składka przypisana reasekuracyjna netto (bln USD)	Miejsce	Rating**	Nazwa reasekuratora	Składka przypisana reasekuracyjna netto (bln USD)
1	AA-	Munich Re	36,45	1	AA-	Munich Re	29,08
2	AA-	Swiss Re	32,32	2	A+	Swiss Re	24,30
3	AA+	Berkshire Hathaway Re	24,21	3	AAA	Berkshire Hathaway Re	12,12
4	AA-	Hannover Re	19,32	4	AA-	Hannover Re	10,20
5	AA-	SCOR	16,16	5	A	SCOR	7,50
6	A+	Lloyd's	10,75	6	A+	Lloyd's	6,70
7	A	China Re	9,97	7	AA-	Reinsurance Group of America	5,35
8	AA-	Reinsurance Group of America	9,84	8	A+	TransRe	4,11
9	A+	Everest Re	6,24	9	AA-	PartnerRe	3,99
10	Not rated	General Ins. Corp. of India (GIC Re)	5,80	10	A+	Everest Re	3,51
Top 10			171,07	Top 10			106,85
Top 40			231,98	Top 40			147,71

* – siła finansowa w podstawowym zakresie działalności na 15 sierpnia 2018 r. i ** na 15 sierpnia 2009 r.

Źródło: *Global Reinsurance Highlights 2018*, S&P Global HQ – EMEA, London 2018, s. 14.

3.5. Typy umów w reasekuracji klasycznej

Analizując zagadnie z formalnego punktu widzenia, należy zauważyć, że umowa reasekuracji jest to specjalna umowa zawarta pomiędzy dwoma profesjonalistami: z jednej strony zakładem ubezpieczeń (zwanym cedentem), a z drugiej strony innym zakładem ubezpieczeń, syndykatem Lloyd's lub wyspecjalizowanym „towarzystwem reasekuracyjnym" (zwanym cesjonariuszami lub prościej – reasekuratorami). Zakres i charakter tych umów ściśle wynika z ich przeznaczenia, realizowanych funkcji czy etapów rozwoju danego rynku ubezpieczeniowego. Na rysunku 23 dokonano podziału umów według trzech podstawowych kryteriów.



Rysunek 23. Typy umów reasekuracji
Źródło: J. Michalak, *Wstęp do reasekuracji*, materiały dydaktyczne z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu (niepublikowane).

3.5.1. Podział umów według kryterium prawnego

Z punktu widzenia formy zobowiązania dostępne są dwa podstawowe rodzaje umów reasekuracyjnych: fakultatywne i obligatoryjne (automatyczna). Na mocy umowy fakultatywnej każdy przedmiot ubezpieczenia lub portfel (ryzyko) są rozpatrywane indywidualnie przez obie strony. W konsekwencji każda umowa ubezpieczenia, którą underwriter ubezpieczyciela bezpośredniego przyjmuje do ochrony (lub portfel takich umów) są przekazywane reasekuratorowi do akceptacji lub odrzucenia, a underwriter ubezpieczyciela nie jest nawet zobowiązany do przedstawienia ryzyka w pierwszej kolejności do tego reasekuratora. Określone

są jednak warunki, na jakich będzie się odbywać reasekuracja, a po przedłożeniu i zaakceptowaniu danej umowy (lub portfela umów) zastosowanie mają ustalenia z wcześniejszych rozmów. Do momentu akceptacji przez reasekuratora przedłożonych do akceptacji umów, ubezpieczyciel bezpośredni ponosi całą odpowiedzialność.

Zgodnie z umową obligatoryjną (automatyczną) reasekurator zgadza się – z góry – zaakceptować część portfeli lub globalnej wartości określonych rodzajów umów ubezpieczenia przyjętych do realizacji przez ubezpieczyciela bezpośredniego, które spełniają zasady ubezpieczenia określone w danej umowie reasekuracji. Ubezpieczyciel bezpośredni jest zobowiązany do odstąpienia części przypisu (i w konsekwencji części odpowiedzialności) według ustalonych zasad w danej umowie obligatoryjnej[136].

Pojawia się również w rzeczywistości gospodarczej tryb umowy mieszanej, występujący często pod nazwą otwartego fakultatywno-obligatoryjnego pokrycia. Reasekurator jest zobowiązany przejąć odpowiedzialność za skierowane do niego poszczególne przedmioty ubezpieczenia lub części portfeli ubezpieczeniowych. Informacja ta przekazywana jest przez ubezpieczyciela do reasekuratora w borderach składek[137]. W rzadkich sytuacjach umowa mieszana może mieć również charakter obligatoryjno-fakultatywny.

Tabela 10. Charakterystyka umów reasekuracji według kryterium prawnego

Umowa fakultatywna	Umowa fakultatywno-obligatoryjna
– najstarsza forma reasekuracji – swoboda podejmowania decyzji dla obu stron – reasekuracja dla indywidualnych ryzyk (wyłączone z umowy obligatoryjnej przekraczające ustalone limity) – może stanowić uzupełnienie umowy obligatoryjnej – metoda czasochłonna i kosztowna	– swoboda wyboru dla cedenta, obowiązek przyjęcia ryzyka dla reasekuratora – bardziej korzystna dla cedenta niż dla reasekuratora – w umowie określa się maksymalną możliwą wielkość ryzyka – rzadko stosowane w praktyce

[136] K. Ciuman, *Reasekuracja a rynek ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 1996.

[137] Bordero składek (bordero nadawcze) jest to zestawienie cedowanych ubezpieczeń, które pokazuje wielkość sum ubezpieczenia i przypadających składek oraz okresy ubezpieczenia. Zob. K. Darul, *Reasekuracja*, Lam, Warszawa 1994, s. 24.

cd. tabeli 10

Umowa obligatoryjna	Umowa obligatoryjno-fakultatywna
– ochrona dla całych portfeli / linii ubezpieczeniowych – brak swobody podejmowania decyzji w ramach umowy – obowiązek transferu ryzyka dla cedenta i przyjęcia ryzyka dla reasekuratora – swego rodzaju „abonament reasekuracyjny" – metoda mniej kosztowna od fakultatywnej	– swoboda wyboru dla reasekuratora obowiązek transferu ryzyka dla cedenta, – bardziej korzystna dla reasekuratora niż dla cedenta – zastosowanie w praktyce (również rzadko stosowane): • spółka-matka, będąc reasekuratorem, kontroluje w zakresie oceny ryzyka swojej spółki-córki będące cedentami; • spółka-matka decyduje o przepływie środków pieniężnych z krajów o wysokich stopach podatkowych do krajów o niższym poziomie podatków.

Źródło: opracowanie własne.

Analizując typy umów podstawowych w zakresie reasekuracji, należy wspomnieć o umowach specjalnych (odnoszących się do pojedynczych przedmiotów ubezpieczenia). Jeżeli ubezpieczyciel zauważa, że przyjęty do ochrony przedmiotu ubezpieczenia przekracza ustalony dla niego maksymalny poziom odpowiedzialności i może zagrażać jego wynikowi finansowemu lub nawet egzystencji, zwraca się do reasekuratora z propozycją partycypowania w składce i ewentualnie w zaistniałych zdarzeniach. Umowa taka ma charakter okazjonalny i jej realizacja nie daje reasekuratorowi ani ubezpieczycielowi pewności, że każda następna umowa w tym zakresie i w podobnych przedmiotach ubezpieczenia będzie realizowana.

Ten typ umów wykorzystywany jest nie tylko w przypadku przedmiotów przekraczających swoją sumą ubezpieczenia lub zakresem ochrony standardowe umowy funkcjonujące u danego ubezpieczyciela, ale przede wszystkim można je wykorzystywać na zasadzie super ekscedenta, czyli zwiększenia pokrycia w stosunku do istniejącego programu na reasekuracji.

Zasady tworzenia super ekscedentu można zrozumieć na przykładzie ubezpieczenia cargo. Załóżmy, że dla danego ubezpieczyciela maksymalna odpowiedzialność możliwa do przyjęcia wynosi 10 mln zł. Jednocześnie łączy się to z umową reasekuracji, która została zawarta z trzema zakładami, przy czym każdy zobowiązał się przyjąć na swoim udziale po 10 mln zł. W konsekwencji

przyjęcie do ochrony przez ubezpieczyciela przewozu o wartości 50 mln zł spowoduje utworzenie pokrycia przez ubezpieczyciela i reasekuratorów na poziom do 40 mln zł i w konsekwencji nadwyżka w wysokości 10 mln zł wróci do ubezpieczyciela pierwotnego. Super ekscedent tworzy się poprzez osobną umowę, gdzie ewentualny reasekurator również określa swój maksymalny poziom. Należy zauważyć, że stawka za taką dodatkową ochronę może być proporcjonalnie wyższa niż za umowę pierwotną. Oznacza to konieczność redukcji prowizji reasekuracyjnej przez ubezpieczyciela lub nawet dopłatę do składki pobranej od ubezpieczonego. Jednak ubezpieczyciel bezpośredni, obejmując ochroną całość interesów swojego klienta, jest w stanie zaoferować oczekiwaną ochronę i nie kieruje jego zainteresowania w stronę innego ubezpieczyciela.

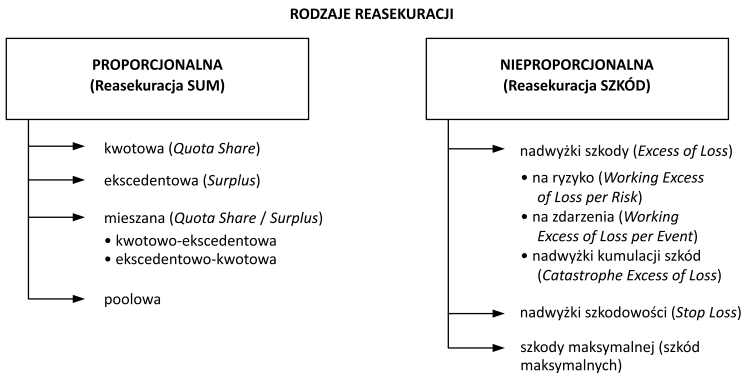
3.5.2. Podział umów według kryterium technicznego – umowy proporcjonalne

Tradycyjny podział umów reasekuracji według kryterium technicznego odnosi się do sposobu określania odpowiedzialności reasekuratora oraz podstawy naliczenia składaki za umowę reasekuracji. Wyróżniamy umowy: a) proporcjonalne, w których podstawą odpowiedzialności jest suma ubezpieczenia danego przedmiotu ubezpieczenia lub struktura sum w portfelu realizowanych umów; b) nieproporcjonalne, w których podstawą naliczania składki budowania odpowiedzialności jest historyczny lub obecny przebieg szkodowości poszczególnych umów lub (najczęściej) całych portfeli umów. Zakres poszczególnych typów umów określono na rysunku 24. W dalszej części rozdziału omówiono najważniejsze elementy poszczególnych rodzajów umów proporcjonalnych i nieproporcjonalnych, koncentrując się na tych najczęściej występujących w rzeczywistości biznesowej.

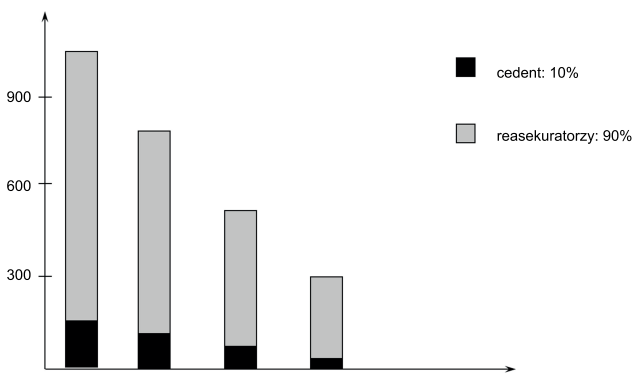
Umowa kwotowa (*Quota Share*) to umowa, na podstawie której reasekurator otrzymuje umówiony udział (tzw. kwotę) w każdym przedmiocie ubezpieczenia (ryzyku) określonego rodzaju ubezpieczeń, typów przedmiotów ubezpieczenia i to zwykle bez względu na wielkość sumy ubezpieczenia.

Przykład: załóżmy, że ubezpieczyciel na podstawie umów reasekuracyjnych kwotowych winien oddać do reasekuracji czterem zakładom następujący udział w sumie ubezpieczenia: A) 10%, B) 50%, C) 20% oraz D) 10%. Po zawarciu odpowiednich umów ubezpieczenia zgromadził następujące przedmioty ubezpieczenia, według sumy ubezpieczenia: 1) 10 000 zł, 2) 100 000 zł 3) 100 zł 4) 500 zł.

Z ubezpieczenia pierwszego przedmiotu ubezpieczenia zakład oddaje udział w wysokości 1000 zł na rzecz reasekuratora A, dla reasekuratora B – 5000 zł, dla C – 2000 zł i D – 1000 zł. W zakresie ubezpieczyciela pierwotnego pozostaje odpowiedzialność za 1000 zł. W taki sposób pokryta zostaje pełna suma ubezpieczenia przedmiotu przyjętego do ochrony w ramach realizowanej umowy ubezpieczenia. Analogicznie możemy podzielić sumy ubezpieczenia pozostałych przedmiotów przyjętych do ochrony w ramach danego portfela. Wizualizację zastosowania umowy kwotowej zawiera rysunek 25.



Rysunek 24. Podział umów reasekuracji według kryterium technicznego
Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 25. Graficzna prezentacja umowy reasekuracji kwotowej
Źródło: opracowanie własne.

Analizując umowę z punktu widzenia technicznego, umowa kwotowa nie jest umową doskonałą. Celem reasekuracji jest uzyskanie przez ubezpieczyciela zabezpieczenia przed nadmierną ekspozycją na stratę, dla której nie znajduje w swoim zakładzie należytego wyrównania. Poprzez swoją konstrukcję umowa kwotowa tymczasem dotyka zarówno wysokich sum ubezpieczenia, jak i tych przedmiotów ubezpieczenia, które zakład ubezpieczeń mógłby swobodnie zaakceptować w ramach własnej, pełnej odpowiedzialności. Umowa ta nie jest więc korzystna do ubezpieczyciela. Dla reasekuratora może być to rozwiązanie bardzo atrakcyjne, bo oznacza partycypowanie we wszystkich przedmiotach ubezpieczenia (składka dla reasekuratora naliczona zostaje od każdej umowy, przedmiotu ubezpieczenia). Przy dobrze skalkulowanej stawce ubezpieczeniowej, z odpowiednim narzutem na zysk, reasekurator *de facto* korzysta z tego narzutu i ma swój udział w zysku z całego portfela. Reasekurator zawsze będzie dążył do zawarcia umowy kwotowej. Musi jednak podejmować działania, które ograniczą możliwość wystąpienia sytuacji, w której ubezpieczyciel traktuje siebie jako pośrednika ubezpieczeniowego i tylko dostarcza reasekuratorowi przedmioty ubezpieczenia, bez ponoszenia konsekwencji finansowych.

Najbardziej niebezpieczny dla reasekuratora jest system stosowany przez młode i słabe zakłady ubezpieczeń, które zatrzymują na własną odpowiedzialność niewielki procent sumy ubezpieczenia (niejednokrotnie tylko 5%), a resztę w umowach kwotowych przenoszą na reasekuratora. Taki ubezpieczyciel jest zawsze skłonny przyjmować do ubezpieczenia wszelkie przedmioty ubezpieczenia, nie badając ich jakości pod względem odporności na niektóre rodzaje zagrożenia (np. poprawny underwriting w zakresie huraganu to pytania o konstrukcję obiektów, wiek i ostatnie remonty) ani nie zwracając zbytniej uwagi na to, by składka była wystarczająca do pokrycia przyszłych zobowiązań całego portfela. Ewentualne błędy w tym zakresie nie wpłyną istotnie na interes ubezpieczyciela, a dodatkowo jego przychody powiększą się o prowizję reasekuracyjną, jaką reasekurator jest zobowiązany wypłacić dla ubezpieczyciela pierwotnego. Ochroną dla reasekuratora przed spadkiem jakości portfela umów jest ustalanie reguł przyjmowania do ubezpieczenia poszczególnych typów przedmiotów ubezpieczenia, a nawet partycypowanie w takim procesie na bieżąco. Przy współczesnej technologii może to odbywać się poprzez ingerencję w system sprzedażowy ubezpieczyciela i obserwację zgód specjalnych dla poszczególnych kontaktów. Ale może to również oznaczać wpływ reasekuratora na obsadzenie kluczowych stanowisk w zarządzie i dziale underwritingu ubezpieczyciela. Dobrą

stroną umowy kwotowej jest jej prostota, jasność oraz taniość (ze względu na obniżone koszty administracyjne).

Ścisłe proporcjonalne ustalenie udziału reasekuratora w składce z ubezpieczeń bezpośrednich oznacza, że nie ponosi on kosztów związanych z zawarciem i funkcjonowaniem umów ubezpieczenia. Dlatego zwykłym sposobem zwracania tych kosztów jest prowizja reasekuracyjna. Reasekurator zwraca ubezpieczycielowi rzeczywiste koszty „produkcji" – zwłaszcza wówczas, gdy obdarza go zaufaniem. Dodatkowo w ramach przedmiotowej prowizji zapewnia się również pewną nadwyżkę jako zysk ubezpieczyciela. Jest to możliwe dlatego, że z założenia koszty własne reasekuratora są mniejsze od kosztów ubezpieczyciela. W umowach kwotowych spotyka się zazwyczaj postanowienia ograniczające kwotę przyjmowaną przez reasekuratora do ściśle określonej sumy, odpowiadającej bądź udziałowi własnemu reasekuratora, bądź uwzględniającej jego umowy retrocesyjne (czyli w ramach własnego zarządzania ryzykiem swojej działalności przez reasekuratora). W konsekwencji w razie wystąpienia szkody udział reasekuratora odpowiada procentowemu udziałowi w przyjętej sumie ubezpieczenia.

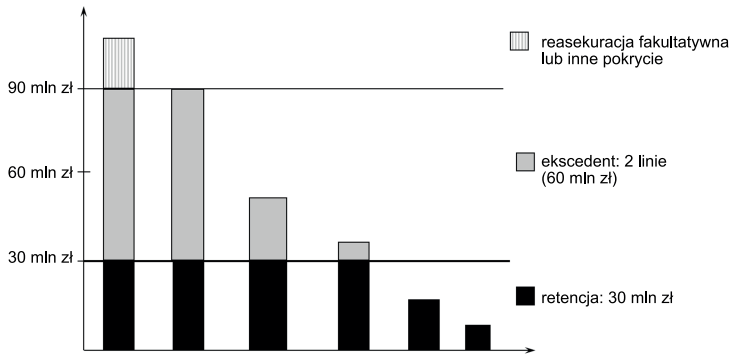
Umowa ekscedentowa (*Surplus*) jest najczęściej spotykanym rozwiązaniem w nowoczesnych typach reasekuracji. Na podstawie tej umowy ubezpieczyciel odstępuje reasekuratorowi jedynie to, co przekracza jego maximum w poszczególnych klasach ryzyka, rodzajach umów. Oznacza to, że ubezpieczyciel zatrzymuje odpowiedzialność we wszelkich przedmiotach ubezpieczenia, które sumą ubezpieczenia nie przekraczają określonego przez niego maksimum. Oddaje więc tzw. ekscedent, od czego też pochodzi nazwa tego typu umów.

Maksimum może zostać określone również w odniesieniu do poszczególnych klas rachunkowych w reasekuracji, które oparte są na ustawowym podziale ubezpieczeń[138].

Przykład: maximum ubezpieczyciela wynosi 30 mln zł w zakresie ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych. Ubezpieczyciel zawarł umowę ekscedentową z reasekuratorem na tym poziomie. Po zawarciu tej umowy pozyskał do ubezpieczenia następujące przedmioty ubezpieczenia: a) 12 mln zł b) 90 mln zł c) 50 mln zł d) 35 mln zł. Przy przedmiotach (ryzykach) a–d utworzy

[138] Klasa 1 – następstwa wypadków i choroba (grupa 1 i 2), Klasa 2 – komunikacyjne: odpowiedzialność cywilna (grupa 10), Klasa 3 – komunikacyjne: pozostałe (grupa 3), Klasa 4 – morskie, lotnicze i transportowe (grupy 4, 5, 6, 7), Klasa 5 – od ognia i innych szkód majątkowych (grupy 8, 9), Klasa 6 – odpowiedzialność cywilna (grupy 11, 12, 13), Klasa 7 – kredyt i gwarancje (grupy 14 i 15), Klasa 8 – ochrona prawna (grupa 17), Klasa 9 – świadczenie pomocy (grupa 18), Klasa 10 – pozostałe (grupa 16).

się ekscedent, przy pozostałych – cała odpowiedzialność i składki za te przedmioty ubezpieczenia pozostaną na udziale ubezpieczyciela. Przy przedmiotach o sumach ubezpieczenia powyżej 90 mln zł pojawia się znów konieczność procentowego naliczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela pierwotnego lub szukania innego pokrycia fakultatywnego. Wizualizacje schematu zastosowania umowy ekscedentowej zawiera rysunek 26.

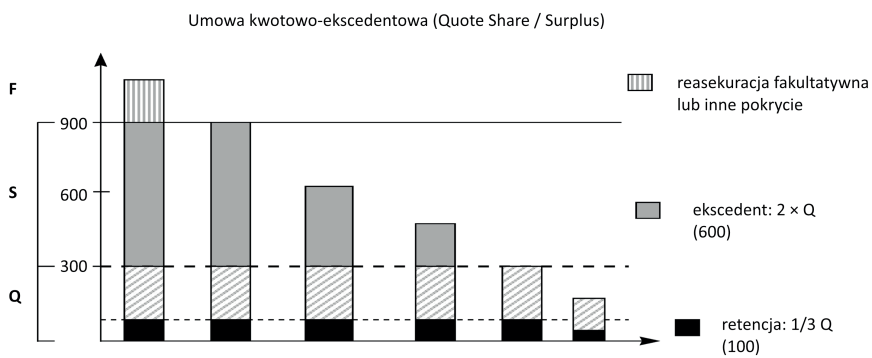


Rysunek 26. Graficzna prezentacja umowy reasekuracji ekscedentowej
Źródło: opracowanie własne.

Umowa ekscedentowa jest znacznie mniej korzystna dla reasekuratora niż umowa kwotowa. Umożliwia ubezpieczycielowi oddanie do reasekuracji jedynie tego, co faktycznie przekracza jego maksimum. Należy jednak podkreślić, iż ubezpieczyciel może za pomocą odpowiednio przygotowanych tablic maksymalnych akceptowalnych sum ubezpieczenia w poszczególnych kategoriach księgowych, oddać reasekuratorowi jedynie mniej pożądany interes ubezpieczeniowy, podczas gdy interes lepszy co do charakteru odpowiedzialności lub rodzajów przedmiotu ubezpieczenia będzie się starał zatrzymać we własnym zakładzie. W konsekwencji w tego typu umowach reasekurator otrzymuje w sumie mniej składki niż przy umowie kwotowej. Dodatkowo istnieje zagrożenie związane z grą konkurencyjną ubezpieczyciela na rynku umów pierwotnych. Jeżeli mamy do czynienia z reasekuracją fakultatywno-obligatoryjną, to ustalony nisko poziom własnego maksimum pozwala na proporcjonalne obniżenie kosztów ubezpieczenia. To oczywiście wpływa na jakość portfela przekazywanego do reasekuracji i znów pokazuje, jak ważne jest stosowanie odpowiednich zasad underwritingu.

Prowizja w umowach ekscedentowych będzie zawsze mniejsza niż w umowach kwotowych. Wynika to z faktu, że ubezpieczyciel oddaje tę część odpowiedzialności w poszczególnych przedmiotach ubezpieczenia, która nie podnosi jego odpowiedzialności powyżej ustalonego maksimum w poszczególnych klasach. Należy zatem traktować ten typ umowy jako zewnętrzną usługę reasekuratora, za którą ubezpieczyciel powinien proporcjonalnie zapłacić. Na zmniejszenie prowizji wpływa również fakt, że jest to umowa bardziej skomplikowana i kosztowna niż umowa kwotowa. Wymaga od reasekuratora większego personelu, dokładniejszego badania pojedynczych przedmiotów i większej pracy organizacyjnej i technicznej. Powoduje to zwiększenie kosztów produkcji po stronie reasekuratora i w konsekwencji wpływa na wysokość prowizji, jaką może reasekurator zapłacić ubezpieczycielowi.

Reasekuracja kwotowo-ekscedentowa łączy w sobie elementy zarówno umowy kwotowej, jak i ekscedentowej. Umowa kwotowo-ekscedentowa stanowi połączenie, w nową formę, dwóch poprzednich typów umów. Na podstawie tej umowy ubezpieczyciel zobowiązuje się do oddania reasekurtatorowi pewnej kwoty z każdego pozyskanego przez siebie przedmiotu ubezpieczenia (ryzyka) i oddania ekscedentu z uwzględnieniem określonych maksimów dla poszczególnych kategorii (o ile się taki utworzy).Wizualizację tego typu umów zawiera rysunek 27.



Rysunek 27. Graficzna prezentacja umowy reasekuracji kwotowo-ekscedentowej
Źródło: S. Mazurkiewicz, *Wpływ reasekuracji na sytuację zakładu ubezpieczeń* [w:] *Rating jako narzędzie oceny zakładu ubezpieczeń*, red. T. Sangowski, Bonami, Poznań 2000.

Umowy kwotowo-ekscedentowe zawierają najczęściej ubezpieczyciele zależni gospodarczo od swoich reasekuratorów. Stosowana jest również przede wszystkim w tych działach ubezpieczeń, które wyróżniają się dużymi kosztami akwizycji w porównaniu do kosztów inkasa. Ubezpieczyciel, korzystając z pomocy reasekuratora i jego środku do rozbudowy własnego interesu, musi dać reasekuratorowi za to pewne wynagrodzenie, zawierając z nim umowę na długi okres – co najmniej od 10 do 20 lat – i dając mu składkę z całego interesu, czyli na podstawie umowy obligatoryjnej.

W umowie poolowej współdziała najczęściej więcej ubezpieczycieli. Cały interes ubezpieczeniowy pozyskany przez każdego z ubezpieczycieli jest kierowany do jednej „centrali", która tworzy ze wszystkich całkowicie przekazanych jej sum ubezpieczenia jedną masę (składek i odpowiedzialności). Pojedynczy ubezpieczyciel i reasekurator ma zatem udział we wszystkich ryzykach przekazywanych do „centrali", czyli własnych i innych uczestników porozumienia. Na obecnym etapie rozwoju technologicznego realizacja tej formy współpracy to przekazywanie odpowiednio określonych dokumentów (zapisów elektronicznych) w zakresie bordeo składowego do administratora całego poolu.

Podstawą określenia kwoty udziału stanowi w zasadzie wielkość interesu wnoszonego do poolu, choć brana jest też pod uwagę wartość kapitałów posiadanych przez danego ubezpieczyciela/reasekuratora. W tym typie współpracy podmiotów rynku ubezpieczeniowego bardzo ważne są jednolite zasady akceptacji poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia. Ogromne zaufanie pomiędzy podmiotami jest dodatkowo wspierane przez indywidualne zgody na przedstawiciela reasekuratora w likwidacji szkód.

W tabeli 11 dokonano zestawienia najważniejszych cech umów reasekuracji proporcjonalnej, z uwzględnieniem zastosowania w tworzonych programach przez poszczególne towarzystwa.

Tabela 11. Charakterystyka umów reasekuracji proporcjonalnej

Umowa reasekuracji kwotowej	Umowa kwotowo-ekscedentowa (quota share / surplus)
Definicja: Cedent przekazuje reasekuratorowi określony procentowo lub kwotowo udział w każdym przedmiocie ubezpieczenia, sumie ubezpieczenia (np. 34%). W ślad za tym reasekurator ma proporcjonalnie identyczny udział w składce i szkodach. **Korzyści**: – prostota operacji, łatwość administrowania umową; – wsparcie finansowe w celu pokrycia skutków zwiększenia kosztów sprzedaży (większe koszty akwizycji, zwiększone rezerwy na ryzyko niewygasłe). **Wady:** – reasekurator ma udział w każdym ryzyku (zarówno w „dobrym", jak i „złym"), cedent nie może dokonać antyselekcji ryzyka i zatrzymać na udziale własnym „dobrych" ryzyk; – reasekurator uzyskuje większy udział w zyskach niż w innych umowach; – nie wyrównuje technicznie portfela (po zastosowaniu nie jest homogeniczny). **Zastosowanie:** – zakład ubezpieczeń rozpoczyna działalność bądź wchodzi w nowy segment rynku (poszerza zakres oferty o nowy produkt); – cedent ma niewielkie doświadczenie i/lub niską reputację; – niekorzystny przebieg szkodowości portfela towarzystwa w poprzednich okresach; – w przypadku realizacji zasady wzajemności (najbardziej efektywny sposób jej realizacji); – transfer środków finansowych w ramach grupy kapitałowej.	– reasekurator uczestniczy (partycypuje) w ustalonym procencie w każdym ryzyku, lecz dodatkowo – wówczas, gdy pomimo udziału reasekuratora, dana suma ubezpieczenia przewyższałaby ustalone maksimum cedenta – reasekurator otrzymuje do pokrycia ekscedent; – stosowana dla poprawy kondycji finansowej reasekuratora; – wymiana interesów – strony chcą wymieszać portfele.

Umowa reasekuracji ekscedentowej (nadwyżkowej)	Umowa poolowa
Definicja: Cedent przekazuje reasekuratorowi nadwyżkę (ekscedent) ponad zachowek własny (retencję) w ryzyku. Ekscedent (maks. do trzech poziomów) stanowi zwykle wielokrotność zachowka własnego. Przy różnej wielkości ryzyk powstają zatem różne proporcje udziałów cedenta i reasekuratora w składce i szkodach. **Korzyści:** – wyrównuje technicznie portfel; – reasekurator nie ma udziału we wszystkich ryzykach; – większy udział cedenta w składce (dzięki retencji); – cedent ma większy udział w lepszych ryzykach (małych, bardziej bezpiecznych), a mniejszy w ryzykach gorszych (dużych, mogących poważnie zakłócić stabilność finansową); – konsekwencje przyjmowania przez cedenta do ubezpieczenia dużych ryzyk ponosi w większym stopniu reasekurator. **Wady:** – bardziej pracochłonna, większe koszty administracyjne, większe prawdopodobieństwo ryzyka błędu w kalkulacji cesji (w dobie komputeryzacji wada ta zanika); – większe ryzyka mogą nie mieścić się całości w umowie ekscedentowej i cedent musi szukać fakultatywnego pokrycia dla nadwyżki. **Zastosowanie** W ubezpieczeniach ogniowych, NNW (ze względu na koncentrację klas zawodów w ryzykach) i ubezpieczeniach technicznych.	Współdziałanie kilku ubezpieczycieli, którzy mają jednocześnie statut firm ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych.

Źródło: opracowanie własne.

3.5.3. Podział umów według kryterium technicznego – umowy nieproporcjonalne

Umowy nieproporcjonalne (szkodowe) różnią się zasadniczo od dotychczas omówionych umów. O ile dotychczasowa zależność partycypowania w składce pierwotnej i w sumie ubezpieczenia przekładała się w konsekwencji na udział w odpowiednim procencie w zaistniałych szkodach, o tyle w tej części omawiane są umowy, w których odpowiedzialność odnosi się do wartości i charakteru zaistniałych szkód. Dodatkowo należy zauważyć, że ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać reasekuratorowi każde ryzyko podpadające pod umowę obowiązkową, a ten odpowiada jedynie wówczas, jeśli maksimum szkodowe określone dla całej grupy ubezpieczeń lub wyniku całego roku przekracza założony poziom. Ubezpieczyciel bezpośredni ma wówczas jedynie obowiązek dostarczenia reasekuratorowi wszelkich danych potrzebnych mu do informacji i kontroli realizowanych umów (należnej części składki z umów pierwotnych lub planowanego do realizacji portfela umów ubezpieczenia). Można zatem powiedzieć, że reasekuracja nieproporcjonalna nie respektuje zasady „reasekurator dzieli los cedenta", bo bardzo często są na zupełnie odmiennych pozycjach. W tej kategorii umów liczy się przede wszystkim cena do zapłacenia za określony rodzaj partycypacji w odszkodowaniach.

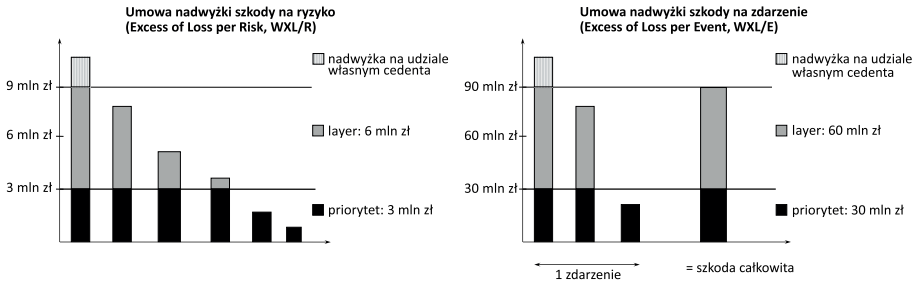
Reasekuracja nadwyżki szkody na ryzyko (przedmiot ubezpieczenia) – cedent przekazuje składkę, a reasekurator w zamian zobowiązuje się pokryć nadwyżkę szkody (layer) ponad udział własny cedenta (priorytet). Zarówno nadwyżka, jak i priorytet odnoszą się oddzielnie do każdego przedmiotu ubezpieczenia (ryzyka).

Reasekuracja nadwyżki szkody na zdarzenie – cedent przekazuje składkę, a reasekurator w zamian zobowiązuje się pokryć nadwyżkę szkody ponad udział własny cedenta. Zarówno nadwyżka, jak i priorytet odnoszą się do każdego zdarzenia (może zatem zdarzyć się tak, że jedno zdarzenie zrealizuje się dla jednego lub wielu przedmiotów ubezpieczenia. Wizualizację umów reasekuracji nadwyżki szkody przedstawia rysunek 28.

Zalety takich form reasekuracji to:

- dobra ochrona przed potencjalną częstotliwością/natężeniem w zależności od wielkości retencji (zatrzymania odpowiedzialności w umowach proporcjonalnych),
- umożliwia większe zatrzymanie składki netto przez ubezpieczyciela pierwotnego,

– bardziej ekonomiczne pod względem składki reasekuracyjnej i kosztów administracji.



Rysunek 28. Graficzna prezentacja reasekuracji nadwyżki szkody na ryzyko i na zdarzenie
Źródło: opracowanie własne na podstawie S. Mazurkiewicz, *Wpływ reasekuracji…*

Kolejną umowę – reasekurację nadwyżki kumulacji szkód, stosuje się zamiennie lub jako uzupełninie wcześniej omówionych umów nieproporcjonalnych. Cedent przekazuje składkę, a reasekurator w zamian zobowiązuje się pokryć nadwyżkę szkody ponad udział własny cedenta. Zarówno nadwyżka, jak i priorytet odnoszą się do kumulacji szkód wynikających z kilku zdarzeń (muszą zatem zaistnieć co najmniej dwa zdarzenia).

Należy podkreślić, iż umowy nieproporcjonalne nadwyżki stosuje się dopiero po wszystkich innych odzyskaniach z umów proporcjonalnych. Oznacza to warstwowe podejście do stosowania umów i kluczowe zarówno w ustalaniu warunków, jak i pobieraniu składki przy umowach nieproporcjonalnych.

Dla opisu skuteczności umów reasekuracji nieproporcjonalnej nadwyżkowej konieczne jest zauważenie, że w umowie określona jest od razu liczba możliwych do zrealizowania odnowień limitu odpowiedzialności reasekuratora – łącznie z podanymi kosztami takiego odnowienia. Oznacza to, że po jednej dużej szkodzie (czyli np. jednym dużym huraganie, który dotknął obiektów ubezpieczonych w danym towarzystwie), reasekurator nadal będzie ponosił odpowiedzialność (pomimo pokrycia odpowiedniej wartości wypłaconych odszkodowań). Ale ta odpowiedzialność wiąże się z koniecznością zapłaty dodatkowej składki. W tego typu umowach zazwyczaj nie występuje prowizja reasekuracyjna dla cedenta oraz depozyt rezerw reasekuratora u cedenta (co ma miejsce w umowach proporcjonalnych i pozwala na szybką reakcję w przypadku szkody). Rzadko

również stosowane są prowizje dla cedentów od zysków reasekuratorów, co związane jest z przejrzystością tych kontraktów. Przy dużych portfelach lub dłuższej współpracy prowizje mogą pojawić się jako zachęta do odpowiedniego underwritingu przyjmowanych do ubezpieczenia przedmiotów ubezpieczenia.

Reasekuracja nadwyżki szkodowości – cedent przekazuje składkę, a reasekurator w zamian zobowiązuje się pokryć nadwyżkę ponad udział własny cedenta w postaci określonej wielkości skumulowanych szkód powstałych w okresie rozliczeniowym (z reguły w ciągu jednego roku). Poziomy nadwyżki i udziału własnego określa się zwykle za pomocą wskaźnika szkodowości składki. Ten typ umowy pozwala na:

- ochronę / stabilizację wyników netto,
- zmniejszenie kosztów pierwotnego ubezpieczyciela w przypadku innych reasekuracji nieproporcjonalnych poprzez umożliwienie ubezpieczycielowi zwiększenia zatrzymań na podstawie tych umów w odniesieniu do ryzyka lub wystąpienia zdarzenia.

Ogranicznie maksymalnej szkody – jest to jedna z technik obniżania wysokości niezbędnego pokrycia reasekuracyjnego. Mowa tu o sytuacjach, w których zarówno reasekurator, jak i cedent – abstrahując od stosowanej formy reasekuracji – mogą obniżać udzielane lub poszukiwane pojemności reasekuracyjne. Dotyczyć to może koncepcji opartej na maksymalnej przewidywanej szkodzie (PML – *possible maximum loss*) oraz wszelkich jej mutacji. Kalkulacje te odwołują się do oceny dokonywanej przez underwitera i określają, jaka może być największa możliwa szkoda w danym przedmiocie ubezpieczenia. O ile można założyć, że w obiekcie takim jak World Trade Center, z punktu widzenia underwritera ryzyk ogniowych, odpowiedzialność ubezpieczyciela była ograniczona do jednej z dwóch bliźniaczych wież i części okolicznych budynków, to pokrycie reasekuracyjne, jakie mogło być udzielone, opiewało na wartość PML, nie zaś, jak można byłoby się spodziewać, na wartość wszystkich budynków należących do kompleksu WTC łącznie. W konsekwencji praktyka ta jest często stosowana w reasekuracji i umożliwia ona z jednej strony ograniczenie udzielanej pojemności (ograniczenie zobowiązań reasekuratora) i redukuje żądania co do pojemności umów reasekuracyjnych ze strony cedentów.

Możliwe do zastosowania ograniczenia w umowach ubezpieczenia i w ślad za tym w umowach reasekuracji oddaje tabela 12.

Tabela 12. Możliwe do zastosowania maksymalne poziomy odpowiedzialności w umowach ubezpieczenia i reasekuracji

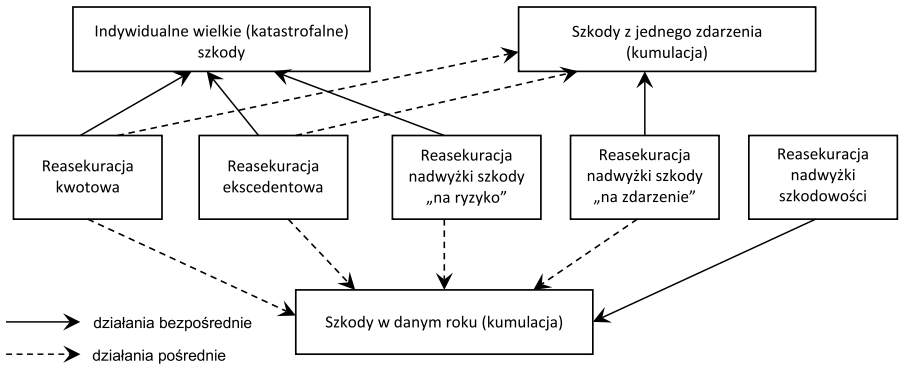
Termin	Znaczenie
MPL (Maximum Probable Loss) – maksymalna prawdopodobna strata	Maksymalna strata, której można się spodziewać przy ostrożnej ocenie i może się zdarzyć jako rezultat pojedynczego zdarzenia przy wzięciu pod uwagę wszystkich okoliczności ryzyka (według Munich Re). Strata jaka może powstać, gdy będą miały miejsce najbardziej niekorzystne okoliczności, mniej lub bardziej wyjątkowo ze sobą powiązane, i gdy powstała – jako jej rezultat – realizacja ryzyka, nie pojawi się wcale lub będzie zwalczana w sposób niewystarczający, a rozwój szkody może być zatrzymany tylko poprzez nieprzekraczalne przeszkody lub wyczerpanie się dóbr zagrożonych szkodą (def.: Comitte Europeen des Assurances).
EML (Estimated Maximum Loss) – maksymalna szacunkowa strata	Maksymalna strata, jaka może się wydarzyć w normalnych warunkach działalności z uwzględnieniem wszystkich elementów ochronnych. Nie uwzględnia się odległych zbiegów okoliczności i katastrof, które mogą mieć miejsce, ale które pozostają (praktycznie) mało prawdopodobne (def.: Reinsurance Offices Association).
AS (Amount Subject) –wartość strefy	Wartość maksymalnych strat majątku w przypadku działania pojedynczego zdarzenia szkodzącego, przy nieskutecznych środkach ochronnych, zaistniała w strefie zagrożenia (według Munich Re).

Źródło: P. Jedynak, *Ubezpieczenia gospodarcze. Wybrane elementy teorii i praktyki*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2001, s. 127.

W konsekwencji zastosowania różnych umów reasekuracji następuję bezpośrednie oddziaływanie na wynik finansowy i stabilność funkcjonowania ubezpieczyciela. Rysunek 29 wskazuje, że reasekuracja proporcjonalna będzie oddziaływać bezpośrednio w przypadku indywidualnych wielkich szkód (również o wymiarze katastroficznym). Reasekuracja nadwyżki szkodowości pokaże swoje znacznie w sytuacji kumulacji szkód w danym roku.

W ten sposób tworzony jest wspomniany wcześniej program reasekuracyjny. Mając na uwadze własną pojemność ubezpieczeniową, bezpieczeństwo realizowanych transakcji oraz wiedzę i doświadczenie własne i reasekuratorów, tworzony jest specjalny program, który ma za zadanie w skuteczny

sposób zrealizować cele zakładu ubezpieczeń w zakresie zarządzania ryzykiem techniczno-ubezpieczeniowym. Wpływ na kształt programu ubezpieczeniowego mają również inne czynniki, jak: wielkość przypisu składki towarzystwa, okres funkcjonowania czy obecność w grupach kapitałowych[139].



Rysunek 29. Zastosowanie produktów reasekuracyjnych (kryterium techniczne)
Źródło: J. Michalak, *Wstęp do reasekuracji*, materiały dydaktyczne z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu (niepublikowane).

Przy negocjacji umów reasekuracji ważnym elementem jest wybór odpowiedniego partnera do jego realizacji. Dlatego przygotowany program jest następnie negocjowany z potencjalnymi wykonawcami. Ostateczny wybór reasekuratora to akceptacja warunków technicznych oraz rating przyznany danemu towarzystwu reasekuracji. W przypadku warunków technicznych ważnym elementem jest różnica pomiędzy stawkami, które oferuje dany, lokalny rynek ubezpieczeniowy, a minimalnymi stosowanymi w umowach obligatoryjnych. Zbyt wysokie stawki względem rynku powstrzymują rozwój przypisu składki u cedenta. Z drugiej strony rating ubezpieczeniowy jest oceną towarzystw reasekuracji (ubezpieczeń) i/lub ich produktów. Ocenie poddawana jest jakość, która jest tu rozumiana jako zdolność do spełniania określonych wymogów (oczekiwań odbiorców – produkty, wypłacalność). Poszczególne towarzystwa reasekuracyjne są kwalifikowane na podstawie wyniku oceny do odpowiednich klas ratingowych, prezentowanych za

[139] W wielu przypadkach grupy kapitałowe mają w swoich strukturach własne towarzystwa reasekuracji, które pozwalają na osiągnięcie również innych korzyści, np. podatkowych – z transferu środków pomiędzy oddziałami czy geograficznego rozłożenia ryzyka katastrof naturalnych.

pomocą symboli (zazwyczaj nienumerycznych)[140]. W tym zakresie działalność prowadzą wyspecjalizowane agencje ratingowe[141].

Analiza zmienności stawek stosowanych w umowach reasekuracji wymaga uwzględnienia cyklów underwritngowych (ubezpieczeniowych), czyli występujących z określoną częstotliwością faz wzrostu i spadku cen, wyników finansowych oraz stopnia wykorzystania własnej pojemności ubezpieczeniowej przez cedentów. Oznacza to powtarzanie i następowanie po sobie fazy rynku miękkiego (*soft market*) i rynku twardego (*hard market*). W pierwszym przypadku mamy do czynienia ze spadkiem stawek ubezpieczeniowych oferowanych przez ubezpieczycieli (pomimo braku istotnych, pozytywnych zmian we właściwościach przedmiotów ubezpieczenia) i w konsekwencji obserwujemy gotowość do przyjmowania do ubezpieczenia gorszych przedmiotów ubezpieczenia (duża konkurencja pomiędzy zakładami). Jest to też czas wzrostu kreatywności i innowacyjności zakładów ubezpieczeń w tworzniu nowych produktów ubezpieczeniowych i nowych, atrakcyjnych dla klientów klauzul w już istniejących rozwiązaniach. W przypadku rynku twardego sytuacja jest odwrotna[142].

Przygotowanie optymalnego programu asekuracyjnego to zastosowanie różnych form umów (obligatoryjnych i fakultatywnych) oraz różnych technik współdzielenia odpowiedzialności (umowy proporcjonalne i nieproporcjonalne).

Należy jednak pamiętać o zaletach i ograniczeniach w poszczególnych typach umów. W przypadku umów nieproporcjonalnych oznacza to konieczność pamiętania o wyczerpaniu poziomu pojemności. Jedna szkoda może doprowadzić do wyczerpania odpowiedzialności reasekuratora i konieczne jest wykupienie kolejnego poziomu layerów. Oczywistą wadą umów proporcjonalnych jest z kolei zmniejszenie udziału składki przypisanej na udziale własnym oraz brak ochrony przed dużymi szkodami. Nie bez znaczenia pozostają zalety

---

[140] *Rating jako narzędzie oceny zakładu ubezpieczeń*, red. T. Sangowski, Bonami 2000, s. 19.

[141] Agencje ratingowe mogą dokonywać oceny różnorodnych aspektów działalności podmiotu. Najczęściej ocenie poddaje się wiarygodność finansową podmiotów – ze względu na odbiorców takich ocen. Nadawanie ratingu odbywa się na prośbę zainteresowanego podmiotu lub z własnej inicjatywy agencji ratingowej. W pierwszym przypadku organizacja zainteresowana posiadaniem ratingu musi wybrać agencję, podpisać z nią umowę, dostarczyć dokumentację finansową lub inną (w zależności od zakresu badania). Gdy agencja ratingowa działa z własnej inicjatywy, to rating kredytowy ustala się w oparciu jedynie o informacje dostępne publicznie. Zlecone ratingi wykorzystują również informacje niejawne. Każda agencja działa w oparciu o własną metodykę nadawania ratingu (zarówno finansowego, jak i branżowego – ubezpieczeniowego). Największe agencje to: Fitch Ratings, Moody's, Standard and Poor's.

[142] P. Manikowski, *Cykle ubezpieczeniowe w gospodarce rynkowej. Pojęcie, cechy, struktura*, Poltext, Warszawa 2013, s. 21–23.

umów proporcjonalnych w postaci dostarczania substytutu kapitałów przez umowy kwotowe. W wielu przypadkach cedenci łączą umowy nadwyżki szkód z umowami proporcjonalnymi. Oznacza to ochronę nieproporcjonalną, która obejmuje zachowek cedenta z umowy kwotowej i ogranicza jego odpowiedzialność netto[143]. W tabeli 13 dokonano zestawienia funkcji umowy reasekuracji z poszczególnymi typami umów.

Tabela 13. Kształt programu reasekuracji

Funkcja umowy	Quota Share	Surplus Share	Nadwyżki szkód	Nadwyżki szkodowosci (katastro-ficzne)	Stop Loss
Finansowanie – wpływ na poprawę wyniku finansowego	bardzo efektywne	bardzo efektywne	nieefektywne	nieefektywne	nieefektywne
Zwiększona pojemność „na ryzyko”	trochę skuteczna	bardzo efektywne	bardzo efektywne	nieefektywne	nieefektywne
Zwiększona składka	bardzo efektywne	bardzo efektywne	nieefektywne	nieefektywne	nieefektywne
Ochrona przed katastro-ficznymi zdarzeniami	trochę skuteczna	trochę skuteczna	nieefektywne	bardzo efektywne	trochę skuteczna
Stabilizacja funkcjonowania	trochę skuteczna	trochę skuteczna	bardzo efektywne	bardzo efektywne	bardzo efektywne

Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Corley, *Reinsurance Pricing 101. How Reinsurance Costs Are Created,* Aon Benfield 2014, https://www.iasa.org/iasadocs/Chapters/Texas/Presentations112014/Reinsurance%20Pricing%20101%20-%20Tim%20Corley.pdf [dostęp: 15.12.2019].

[143] M. Woźniak-Makarska, *Reasekuracja – zarys ogólny* [w:] *Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, CeDeWu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2010, s. 170.

Zmienność programu i zastosowanie określonych rozwiązań zależy od rodzaju ubezpieczenia lub branży, dla której realizowane są ubezpieczenia pierwotne. W niektórych rodzajach mienia (np. drewno, nawozy, meble) lub branży (np. kopalnie węgla) sposób budowania odpowiedzialności cedenta dąży do zastosowania frontingu, czyli pełnego przeniesienia konsekwencji finansowych zdarzenia na reasekuratora[144].

3.6. Metody i narzędzia alternatywne do tradycyjnej reasekuracji

Analizując efekty funkcjonowania reasekuracji, należy podkreślić, iż do połowy XIX w. znaczenie reasekuracji ograniczało się do atomizacji, czyli podziału pomiędzy kolejnych reasekuratorów, dużych sum ubezpieczenia lub portfeli. Jednak jej udział w całości rynku ubezpieczeniowego był stosunkowo niewielki. Gwałtowny rozwój ubezpieczeń, który nastąpił w XX w., a także ujęcie ich w pewne ramy prawne – mające chronić przede wszystkim interesy ubezpieczonych – skutkował rozwojem operacji na rynku reasekuracyjnym. W okresie międzywojennym znane były wszystkie podstawowe metody reasekuracji – tak proporcjonalnej, jak i nieproporcjonalnej. Od tego czasu nie zmieniły się znacznie podstawowe cele cedowania ryzyka przez ubezpieczycieli oraz najważniejszych cesjonariuszy. Gwałtowny wzrost szkodowości od końca lat 80. XX w. (w tym znaczne zwiększenie liczby oraz wielkości szkód katastroficznych) zmusił towarzystwa ubezpieczeniowe do szukania nowych metod zabezpieczania swojego ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego na własnych portfelach. Konieczne było zatem zwrócenie się w stronę rynku kapitałowego. Możliwe drogi działania – od strony teoretycznej – były znane z prac Richarda Sandora i Roberta Goshaya[145]. Od początku lat 70. XX w. sugerowali oni udostępnienie ryzyk ubezpieczeniowych dla rynku kapitałowego za pomocą standaryzowanych instrumentów finansowych. Brak dostatecznej pojemności ubezpieczeniowej na konwencjonalnym rynku i wzrost szkodowości wymusił przyspieszenie prac. Dodatkowo pojawiły się

[144] J. Lisowski, K. Łyskawa, *Idea związków wzajemności członkowskiej i funkcjonującej oferty reasekuracji w ubezpieczeniach dla branży wydobywczej w Polsce*, „Zarządzanie i Finanse" 2016, nr 14(3), cz. 1, s. 85–100.

[145] R.C. Goshay, R. Sandor, *An inquiry into the feasibility of a reinsurance futures market*, „Journal of Business Finance" 1973, nr 5(2), s. 56–66.

nowe instytucje[146], które pozwoliły na zgromadzenie doświadczeń w zakresie funkcjonowania nowych narzędzi. Rozwój technologiczny i digitalizacja operacji finansowych to kolejny czynnik sprzyjający rozwojowi reasekuracji finansowej.

Dyskusja na temat operacji finansowych towarzystwa ubezpieczeniowego w zakresie zarządzania własnym ryzykiem nie byłaby zatem kompletna bez krótkiej wzmianki o sekurytyzacji. Jest to operacja finansowa, która polega na przeniesieniu ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego zakładu ubezpieczeń na rynki finansowe.

Mechanizm sekurytyzacji na rynku ubezpieczeń może przyjąć formę[147]:

- bezpośrednią (cedentem i emitentem papierów wartościowych jest ten sam podmiot – zakład ubezpieczeń lub reasekuracyjny; brak oddzielenia zagrożeń związanych z emisją papierów wartościowych i prowadzoną działalnością techniczną; realizowane przy współudziale banku; forma rzadko stosowana);
- pośrednią (np. cedent zakłada spółkę celową – *special purpose vehicle* – SPV lub *special purpose reinsurance vehicle* – SPR, która emituje papiery wartościowe oparte w swojej wartości na ryzyku techniczno-ubezpieczeniowym cedenta)[148].

Podobnie jak w przypadku reasekuracji, sekurytyzacja ma zatem na celu przeniesienie części odpowiedzialności związanej z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową (przyjmowanie do ochrony określonych przedmiotów ubezpieczenia) na inne podmioty. Do tej pory zdecydowana większość sekurytyzacji dotyczyła przenoszenia ryzyka katastroficznego, takiego jak huragany i trzęsienia ziemi. W art. 32 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej znajdziemy definicję: „Reasekuracja finansowa oznacza długoterminową umowę reasekuracji, której charakterystyczną cechą jest ograniczony transfer ryzyka

[146] W 1992 r. w Chicago rozpoczęto handel opcjami bazującymi na wskaźniku szkodowości, wyliczanym przez Insurance Services Office, Inc. z Nowego Jorku, i można to uznać za początek nowej ery w podejściu do problemu podziału i transferu ryzyka w ubezpieczeniach. Pod koniec 1996 r. wystartował pierwszy rynek swapów ubezpieczeniowych (The Catastrophe Risk Exchange – CATEX).

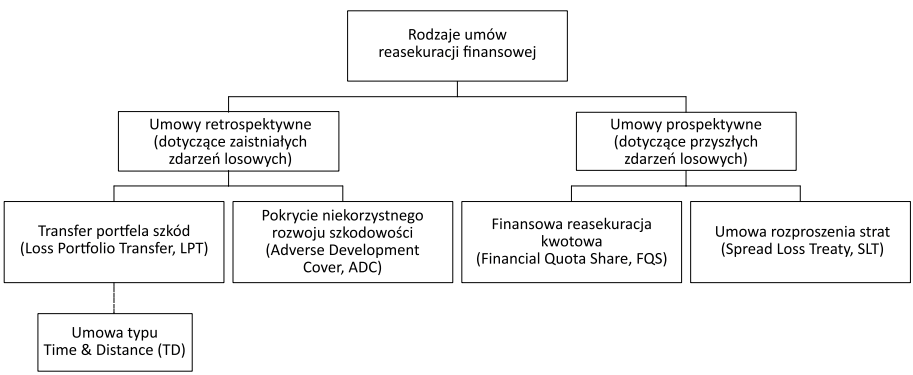
[147] Szerzej o zastosowaniu sekurytyzacji do poszczególnych rodzajów ubezpieczeń [w:] W. Kardasz, *Sekurytyzacja jako nowy element zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" 2010, nr 2(9), s. 65–77.

[148] Spółka celowa oparta jest zazwyczaj na dzielności firmy reasekuracyjnej, brokera reasekuracyjnego bądź captive'u. Ze względów podatkowych, spółki SPV zakładane są w rajach podatkowych. Działalność takich podmiotów jest ograniczona do emisji papierów wartościowych oraz inwestowania środków uzyskanych z tej emisji w bezpieczne instrumenty finansowe.

ubezpieczeniowego oraz która posiada co najmniej jedną z następujących cech: 1) uwzględnia wartość pieniądza w czasie; 2) zobowiązuje zakład ubezpieczeń do pokrywania ujemnego salda reasekuratora". Dodatkowo ustawodawca nałożył na obie strony umowy reasekuracji finansowej konieczność właściwego określania, mierzenia, monitorowania i kontrolowania ryzyka wynikające z takiego typu umów[149].

Rodzaj i treść poszczególnych umów reasekuracji finansowej bardzo mocno się zmienia i odpowiada na faktyczne zapotrzebowanie poszczególnych zakładów ubezpieczeń (zob. rys. 30). Według kryterium czasu, koncepcję reasekuracji finansowej można podzielić na dwie grupy:

- retrospektywną (dotyczy przeszłości, czyli odnosi się do portfela już zawartych umów ubezpieczenia);
- prospektywną (odnoszącą się do przyszłości, czyli mówimy o przyszłych konsekwencjach zawartych umów ubezpieczenia).



Rysunek 30. Rodzaje umów reasekuracji finansowej
Źródło: S. Mazurkiewicz, *Wpływ reasekuracji….*

Ze względu na to duże zróżnicowanie poniżej omówiono jedną z tych umów – typu Time & Distance, która jest odmianą umowy transferu portfela szkód. Polega ona na tym, że zakład ubezpieczeń przekazuje reasekuratorowi na początku umowy składkę. W zamian reasekurator zobowiązuje się zwrócić cedentowi w ustalonych terminach płatności w określonej z góry wysokości.

[149] Inne nazwy dla reasekuracji finansowej to: reasekuracja nietradycyjna, reasekuracja skończonego ryzyka, reasekuracja finansująca, reasekuracja zorientowana finansowo.

Brak tu zatem całkowicie transferu ryzyka ubezpieczeniowego oraz ryzyka uregulowania momentu uregulowania szkody we wcześniejszym terminie – następuje transfer wyłącznie ryzyka inwestycyjnego. Z uwagi na fakt, iż składka płatna przez cedenta stanowi zdyskontowaną sumę przyszłych płatności, umowę taką można uznać za zwykłą umowę pożyczki, pozbawioną podstawowych cech umowy reasekuracji.

Przykład omówiony w tabeli 14 wskazuje, że 1 stycznia roku 20XX spółka przenosi niezdyskontowane rezerwy na roszczenia do kwoty 100 mln zł na reasekuratora R. Reasekurator zobowiązuje się dokonać pięciu odroczonych płatności w wartości 20 mln zł na rzecz spółki cedującej jako zwrot wypłaconych roszczeń. Jeśli założymy 5-procentową stopę dyskontową, to z powyższego wynika, że w roku X spółka cedująca przenosi 100 mln zł roszczeń pozostających do spłaty na rzecz reasekuratora za zapłatą składki premii w wysokości 86,6 mln zł i z zyskiem netto w wysokości 13,4 mln zł. W konsekwencji następuje wzrost kapitału netto ubezpieczyciela oraz wynikająca z tego poprawa marginesu wypłacalności oraz struktury rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Warto podkreślić, że reasekurator nie ponosi żadnego ryzyka aktuarialnego ani czasowego, ponieważ wszystkie płatności zostały wcześniej uzgodnione. Reasekurator R będzie musiał zainwestować z góry pobraną składkę w aktywa, które przyniosą co najmniej kwotę równą wyżej wspomnianej stopie dyskontowej. Ryzyko stopy procentowej, wynikające z różnicy między kosztem pieniądza a zwrotem z inwestycji, jest jednym z rodzajów ryzyka typowych dla banków i podmiotów finansowych, a zatem nie stanowi ryzyka ubezpieczeniowego.

Tabela 14. Przebieg płatności w umowie Time & Distance

Rok	Składka zaliczkowa	Roszczenia wypłacone	Oprocentowanie	Saldo roszczeń pozostających do spłaty
20XX 1 stycznia	86,6			
31 grudnia		20	4,3	70,9
20XX+1 1 stycznia		20	3,6	54,5
20XX+2 1 stycznia		20	2,7	37,2
20XX+3 1 stycznia		20	1,8	19
20XX+4 1 stycznia		20	1	0
Razem	**86,6**	**100**	**13,4**	**0**

Źródło: *Draft Guidance Paper on Finite Reinsurance*, International Association of Insurance Supervisors, 2005, s. 26.

W konsekwencji należy dokonać zestawienia podstawowych cech umów reasekuracji finansowej i tradycyjnej (zob. tab. 15). Obok kwestii przeniesienia konsekwencji ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego należy zwrócić uwagę na konsekwencje w innych obszarach działalności towarzystw ubezpieczeniowych.

Tabela 15. Porównanie korzyści płynących z zastosowania reasekuracji finansowej i tradycyjnej

Korzyść	Reasekuracja finansowa	Reasekuracja tradycyjna
Wyrównywanie wahań wyniku finansowego (poprzez redukcję wahań szkodowości)	w długim okresie	w krótkim okresie
Wyeliminowanie niekorzystnego wpływu cyklicznych wahań występujących na rynku usług reasekuracyjnych	jest	nie ma
Optymalizacja struktury bilansu – wpływ na jego kluczowe pozycje, poprawa niektórych wskaźników ekonomicznych	jest	jest
Zwiększenie pojemności ubezpieczeniowej	jest	jest
Zmniejszenie ryzyka niepewności przy podejmowaniu decyzji w zakresie kupna, fuzji i restrukturyzacji firmy	jest	nie ma
Redukcja ryzyka: – inwestycyjnego (*investment risk*) – kredytowego (*credit risk*) – momentu uregulowania szkody (*timing risk, payment risk*).	jest	nie ma

Źródło: S. Mazurkiewicz, *Wpływ reasekuracji*….

Problemy do dalszych rozważań

1. Jakie są powody realizacji umów reasekuracji przez ubezpieczycieli bezpośrednich (reasekuracja bierna)?
2. Jakie są podstawowe różnice w kontraktach reasekuracji fakultatywnej i obligatoryjnej?
3. Wymienić formy umowy reasekuracji finansowej i porównać z reasekuracją klasyczną.

4. Jakie czynniki wpływają na cenę reasekuracji?
5. Czym jest ryzyko techniczno-ubezpieczeniowe i jakie czynniki wpływają na jego wartość w zakładzie ubezpieczeń?

Rozdział IV
Wypłacalność zakładów ubezpieczeń

4.1. Pojęcie wypłacalności zakładu ubezpieczeń

W obszarze zarządzania ryzykiem i finansami w zakładzie ubezpieczeń za najważniejsze zagrożenia można przyjąć utratę płynności i wypłacalności. Oba pojęcia są dość powszechnie używane w nauce o finansach, choć można je rozpatrywać w różnych aspektach. Najprostsze i najczęściej spotykane definicje płynności wskazują, iż jest to zdolność do regulowania bieżących zobowiązań danego przedsiębiorstwa[150]. Wypłacalność zaś oznacza zdolność przedsiębiorstwa do terminowego pokrycia długów w całości. Dotyczy ona dłuższej perspektywy czasowej niż pojęcie płynności finansowej[151]. Chwilowe problemy ze zdolnością płatniczą niekoniecznie muszą nieść za sobą poważne skutki. Sporadyczne zachwianie płynnością finansową może być spowodowane nieznacznymi opóźnieniami w spływie należności. Znacznie poważniejsze skutki pociąga za sobą niewypłacalność – rozumiana jako trwała niezdolność jednostki gospodarczej do pokrycia całości zobowiązań, wynikająca z wartości zadłużenia ponad wielkość majątku firmy[152]. Szczególnie istotna jest wypłacalność dla zakładów ubezpieczeń. Jest ona gwarancją realności ochrony ubezpieczeniowej, zdolnością zakładu

[150] M. Gorczyńska, M. Wieczorek-Kosmala, K. Znaniecka, *Finanse przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice, Katowice 2008, s. 62.

[151] M. Sierpińska, T. Jachna, *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 145–146.

[152] M. Jerzemowska, *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2006, s. 136.

ubezpieczeń do spełniania swoich zobowiązań wynikających ze wszystkich kontraktów w każdym czasie. Ze względu na istotę ubezpieczeń nie jest możliwe gwarantowanie wypłacalności z całą pewnością. Dla praktycznego zastosowania tej definicji wymagane jest doprecyzowanie warunków, w jakich aktywa mają wystarczać do pokrycia szkód. Dodatkowo należy uwzględniać wielkość i istotę prowadzonej przez zakład działalności, horyzont czasowy i akceptowalny poziom prawdopodobieństwa, że zakład będzie niewypłacalny[153].

Do niewypłacalności zakładów ubezpieczeń może doprowadzić szereg przyczyn działających samodzielnie bądź łącznie. Przyczynami tymi mogą być:

- działalność techniczna (ubezpieczeniowa) – nieadekwatne taryfy, zawyżone koszty likwidacji szkód, niewłaściwie skonstruowany portfel ubezpieczeniowy, wadliwy program reasekuracji;
- niewystarczające rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe;
- nadmierna szkodowość spowodowana kumulacją wysokich wartościowo szkód bądź kumulacją dużej liczby drobnych szkód w określonym czasie lub miejscu;
- wystąpienie ryzyka związanego z aktywami zakładów ubezpieczeń (ryzyka kredytowego, ryzyka rynkowego, ryzyka koncentracji aktywów);
- wystąpienie ryzyka związanego z zobowiązaniami zakładów ubezpieczeń (ryzyka kalkulacji składki, ryzyka ubezpieczeniowego, ryzyka katastrof, ryzyka koncentracji zobowiązań);
- wystąpienie ryzyka związanego z kapitałami zakładów ubezpieczeń (koszt kapitału, dostępność kapitału, wiarygodność i spójność księgowa);
- wystąpienie ryzyka związanego z współzależnością aktywów i pasywów (niedopasowanie aktywów i pasywów, ryzyko płynności, ryzyko stóp procentowych, ryzyko zarządzania, ryzyko technologiczne, ryzyko operacyjne);
- działalność lokacyjna (nieefektywne inwestycje, źle zdywersyfikowany portfel inwestycyjny, niekorzystne zmiany w otoczeniu rynkowym, nieumiejętne wykorzystanie instrumentów pochodnych)[154].

Synonimami wypłacalności może być: „siła finansowa", „adekwatność kapitałowa", „zdrowa sytuacja finansowa", jednak pojęć tych absolutnie nie można

[153] Za: W. Bijak, *Praktyczne metody badania niewypłacalności zakładów ubezpieczeń*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2009, s. 23.

[154] L. Gąsiorkiewicz, *Finanse…*, s. 151–152.

interpretować jako zyskowności[155]. Zyskowność i wypłacalność są to bowiem cele działalności ubezpieczycieli, których osiągnięcie może się nawzajem wykluczać[156]. W związku z tym dla zapewnienia bezpieczeństwa na rynku ubezpieczeń wprowadza się liczne bezpośrednie lub pośrednie ograniczenia działalności zakładów. Regulacje prawne i działania nadzorcze koncentrują się w szczególny sposób na wypłacalności zakładów ubezpieczeń.

4.2. Sytuacja i zmiany na rynku ubezpieczeń – konieczność nowego podejścia do wypłacalności

Jednolity rynek ubezpieczeniowy w Unii Europejskiej tworzony był stopniowo. Proces ten został zapoczątkowany jeszcze w latach 70 XX w. Już pierwsze akty prawne (tzw. dyrektywy pierwszej generacji z roku 1973 i 1979[157]), których zadaniem było tworzenie ram jednolitego rynku ubezpieczeń, wprowadzały jednocześnie pierwsze regulacje dotyczące monitorowania i oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń. Regulacje dotyczące wypłacalności zakładów ubezpieczeń formowane były stopniowo – dopiero komplet dyrektyw (pierwszej, drugiej i trzeciej generacji)[158] w pełni utworzyły system monitorowania i oceny bezpieczeństwa finansowego zakładów ubezpieczeń, opierający się na marginesie

[155] W. Bijak, *Praktyczne metody…*, s. 15.

[156] Ibidem.

[157] Mowa o Pierwszej Dyrektywie Rady 73/239/EWG z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie 73/239/EWG, oraz Dyrektywie Rady 79/267/EWG z 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w zakresie bezpośrednich ubezpieczeń na życie.

[158] Dyrektywy drugiej generacji to zestaw dwóch dyrektyw: Druga Dyrektywa Rady 88/357/EWG z dnia 22 czerwca 1988 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych, odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie i ustanowienia przepisów ułatwiających skuteczne korzystanie ze swobody świadczenia usług oraz zmieniająca dyrektywę 73/239/EWG oraz Druga Dyrektywa Rady 90/619/EWG z dnia 8 listopada 1990 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do bezpośrednich ubezpieczeń na życie i ustanowienia przepisów ułatwiających skuteczne korzystanie ze swobody świadczenia usług oraz zmieniającej dyrektywę 79/267/EWG. Natomiast dyrektywy trzeciej generacji to wydane w pierwszej kolejności 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, a następnie Dyrektywa Rady 92/96/EWG z dnia 10 listopada 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych,

wypłacalności[159]. System ten obowiązujący do końca roku 2015 nazywany jest obecnie w literaturze przedmiotu Solvency I (Wypłacalność I). Istotnych zmian w systemie dokonano jeszcze w roku 2002, zwiększając wymogi i doprecyzowując zadania nadzoru. Podstawowe wymogi systemu Solvency I mogą zostać ujęte w dwie podstawowe grupy:

1. wymogi dotyczące kondycji finansowej zakładu,
2. wymogi dotyczące zarządzanie aktywami[160].

Kluczowe w kontekście oceny kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń stały się trzy pojęcia: margines wypłacalności, kapitał gwarancyjny (w tym minimalny kapitał gwarancyjny) i środki własne.

Środki własne zakładu ubezpieczeń mają zapewnić prawidłowe i nieprzerwane wykonywanie zadań przez zakłady ubezpieczeń. W systemie Solvency I środki własne zostały zdefiniowane jako aktywa zakładów ubezpieczeń z wyłączeniem aktywów przeznaczonych na pokrycie wszelkich przewidywalnych zobowiązań i wartości niematerialnych i prawnych oraz akcji i udziałów własnych będących w posiadaniu zakładu ubezpieczeń[161].

Środki własne zostały podzielone na dwie kategorie:

1. podstawowe środki własne, do których zaliczono kapitały własne[162];
2. uzupełniające środki własne, które mogą zostać zaliczone do środków własnych na wniosek zakładu ubezpieczeń i w drodze decyzji administracyjnej nadzoru.

Dwa pozostałe pojęcia – margines wypłacalności i kapitał gwarancyjny – odnosiły się do poziomu środków własnych.

---

wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do bezpośrednich ubezpieczeń na życie, zmieniająca dyrektywy 79/267/EWG i 90/619/EWG.

[159] W literaturze przedmiotu wskazuje się, że z chwilą przyjęcia dyrektyw koordynacyjnych trzeciej generacji 1 lipca 1994 r. powstał jednolity Rynek Ubezpieczeniowy oparty na podstawowych zasadach:

– rezygnacji z jednolitego prawa nadzorczego na rzecz systemów nadzorczych krajów członkowskich,
– jednolitej licencji (*single passport*),
– nadzoru kraju macierzystego (*home country control*).

Zob. więcej: R. Kurek, *Systemy informacyjne nadzoru nad zakładami ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2015, s. 97–99.

[160] Por. ibidem, s. 100–101.

[161] Z aktywów stanowiących środki własne zakładu powiązanego wyłącza się posiadane przez ten zakład akcje i inne aktywa finansujące kapitały własne zakładów należących do tej samej grupy kapitałowej.

[162] W przypadku TUW do podstawowych środków własnych zaliczono również wartość zobowiązań wobec członków, jeśli spełniały precyzyjnie określone przez ustawodawcę wymogi.

Poziom środków własnych nie powinien być niższy niż margines wypłacalności (MW), czyli najniższa, obliczona rachunkowo wartość środków własnych, jaką powinien posiadać zakład ubezpieczeń na danym etapie działalności. Formuła wyznaczania marginesu wypłacalności wynikała z przepisów dotyczących gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń[163]. Generalnie jednak, na wysokość marginesu wypłacalności wyznaczanego dla zakładu ubezpieczeń Działu I wpływ miała grupa ubezpieczeń, rodzaju i długości trwania umów ubezpieczenia. W przypadku zakładów ubezpieczeń Działu II na wielkość marginesu wypłacalności wpływała wielkość zebranych składek lub wypłaconych odszkodowań oraz prowadzona polityka reasekuracyjna. Wzrost zbioru składki lub przeciętnej sumy odszkodowań powodował zwiększenie marginesu wypłacalności.

Kapitał gwarancyjny był równy większej z wartości:

- 1/3 marginesu wypłacalności,
- minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego.

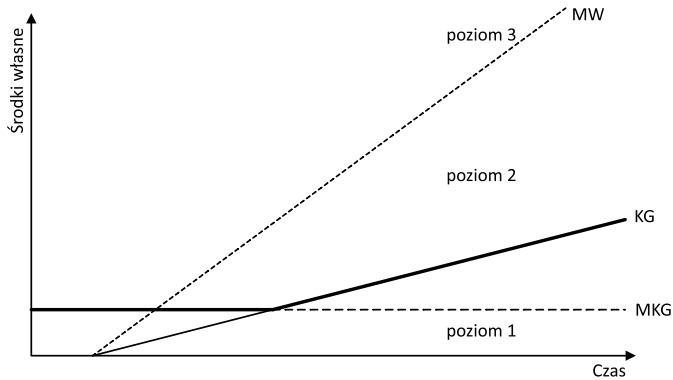
Minimalna wysokość kapitału gwarancyjnego (tzw. minimalny kapitał gwarancyjny) to stała wartość liczbowa (zmieniana okresowo decyzją regulatora). Określała ona wielkość środków finansowych, których posiadaniem musiał wykazać się zakład ubezpieczeń, aby uzyskać pozwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Wielkość ta musiała być również utrzymywana przez cały czas prowadzenia działalności, tak jak w przypadku marginesu wypłacalności poziom środków własnych musiał przewyższać wartość kapitału gwarancyjnego.

Pojęcia marginesu wypłacalności (MW), kapitału gwarancyjnego (KG) i minimalnego kapitału gwarancyjnego (MKG) stanowiły trzy poziomy odniesienia dla środków własnych (rys. 31).

Zakład ubezpieczeń był zobowiązany posiadać wartość środków własnych nie niższą niż margines wypłacalności i kapitał gwarancyjny. Jednak gdy środki własne zakładu wyłącznie przewyższały poziom marginesu wypłacalności, była to sytuacja oceniania jako dostateczna (dla bardzo dobrego poziomu środki własne powinny przynajmniej trzykrotnie przewyższać poziom marginesu wypłacalności). Pierwszym ostrzeżeniem było ich zejście poniżej marginesu wypłacalności (na rys. poziom 2). W takiej sytuacji organ nadzoru mógł zobowiązać zakład ubezpieczeń do przedłożenia planu przywrócenia prawidłowych stosunków finansowych (do zatwierdzenia przez nadzór). Jeśli poziom środków własnych

[163] W Polsce było to rozporządzenia Ministra Finansów.

schodził poniżej kapitału gwarancyjnego (poziom 1), sytuacja taka była uznawana za bardzo złą – zakład ubezpieczeń nie posiadał środków gwarantujących mu wywiązywanie się z zobowiązań[164].



Rysunek 31. Relacje pomiędzy środkami własnymi, marginesem wypłacalności, kapitałem gwarancyjnym i minimalnym kapitałem gwarancyjnym
Źródło: opracowanie własne.

Obok wymogów związanych z oceną kondycji finansowej istotne również były postanowienia dotyczące zarządzania aktywami. Ważnym, z punktu widzenia możliwości regulowania zobowiązań zakładu ubezpieczeń, był warunek pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywami. Na aktywa te nałożone zostały również wymagania dotyczące ich odpowiedniej struktury.

Solvency I dotyczył głównie wymogów ilościowych wobec zakładów ubezpieczeń. Pojawiały się w nim także pewne rozwiązania jakościowe, np. dotyczące wymagań wobec właścicieli czy kadry kierowniczej (np. odpowiednie kompetencje, niekaralność).

Za słabości tego systemu można uznać:

– niewrażliwość na ryzyko, co skutkowało brakiem przesłanek dla ubezpieczycieli do rozwoju systemów zarządzania ryzykiem;

[164] W tej sytuacji zakład ubezpieczeń był obowiązany niezwłocznie zawiadomić organ nadzoru o zaistniałej sytuacji i przedłożyć do zatwierdzenia przez organ nadzoru krótkoterminowy plan wypłacalności. Brak przedłożenia takiego planu lub jego niewdrożenie może skutkować powołaniem zarządu komisarycznego z misją naprawy stanu finansów. Organ nadzoru miał również inne ustawowo określone uprawnienia, które w sytuacji niewypełniania wymogów wypłacalności mógł zastosować do zakładu ubezpieczeń. Ostatnim narzędziem była likwidacja przymusowa zakładu ubezpieczeń.

– niebranie pod uwagę pełnego wachlarza ryzyk powiązanych z działalnością ubezpieczeniową, np. ryzyka operacyjnego czy rynkowego;
– oszczędność w zakresie jakościowych wymogów dotyczących prowadzenia zakładu ubezpieczeń;
– ograniczony zakres skutecznych narzędzi interwencji dla nadzoru ubezpieczeniowego, co nie chroniło tym samym ubezpieczonych i uprawnionych w wystarczającym stopniu;
– uszczuplenie oceny wypłacalności do teraźniejszej sytuacji, nie oferując perspektywicznej analizy z prognozami rozwoju[165].

Już w latach 90. zaobserwowano konieczność zmian funkcjonujących od ponad dwudziestu lat regulacji dotyczących wypłacalności zakładów ubezpieczeń, ale faktyczne prace nad nową koncepcją wypłacalności rozpoczęły się na początku XXI w.[166]

Bezsprzecznie myślenie o nowym systemie wypłacalności implikowane było dynamicznymi zmianami na rynku ubezpieczeń. Na znaczeniu zaczęły tracić klasyczne ubezpieczenia (np. ogniowe) na rzecz bardziej nowoczesnych produktów (finansowych czy odpowiedzialności cywilnej), ale także w związku z pojawianiem się nowych, nie do końca rozpoznanych zagrożeń (cyfrowe, nowe technologie, szkody środowiskowe).

Nowe produkty ubezpieczeniowe wiązały się najczęściej z odpowiedzią zakładów ubezpieczeń na potrzeby rynku. Warto tu wskazać, jakie zagrożenia stały się istotne dla przedsiębiorców na świecie (tab. 16).

Co ciekawe, te same badania przeprowadzone na małych przedsiębiorstwach wskazują, iż najistotniejszym zagrożeniem są dla nich incydenty cybernetyczne.

Nie bez znaczenia był też intensywny wzrost znaczenia ryzyka katastroficznego, w tym zarówno ilości szkód katastroficznych, jak i wzrost znaczenia ubezpieczonych szkód katastroficznych (rys. 32 i 33).

---

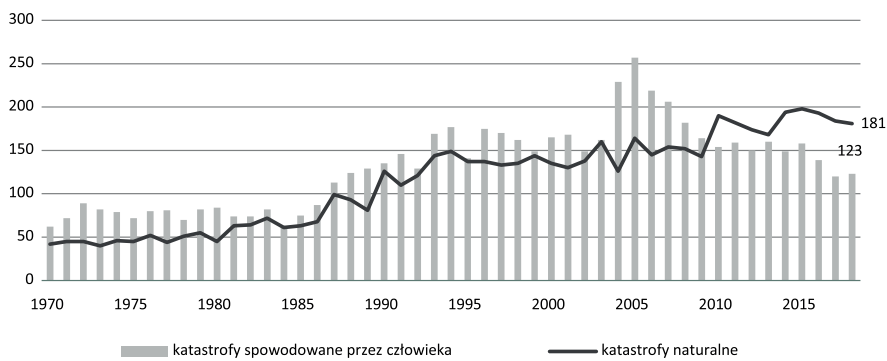
[165] R. Kurek, *Solvency II – wybrane problemy funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego* [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, red. J. Handschke, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2009, s. 15; K. Van Hulle, *Early lessons from Solvency II: are we on the right track?*, Economic University Poznań – Anniversary Celebration, Poznań 2018.

[166] Jednym z pierwszych dokumentów oficjalnie potwierdzających konieczność zmian był tzw. raport Mullera, który jednak nie podważał konstrukcji systemu, a jedynie konieczność zaostrzenia wymogów (m.in. podniesienia wymogów kapitałowych), kolejnym – przyjęty w roku 1999 Financial Services Action Plan (FSAP), który był ważnym krokiem do stworzenia zintegrowanego jednolitego europejskiego rynku finansowego (w tym ubezpieczeniowego) do roku 2005.

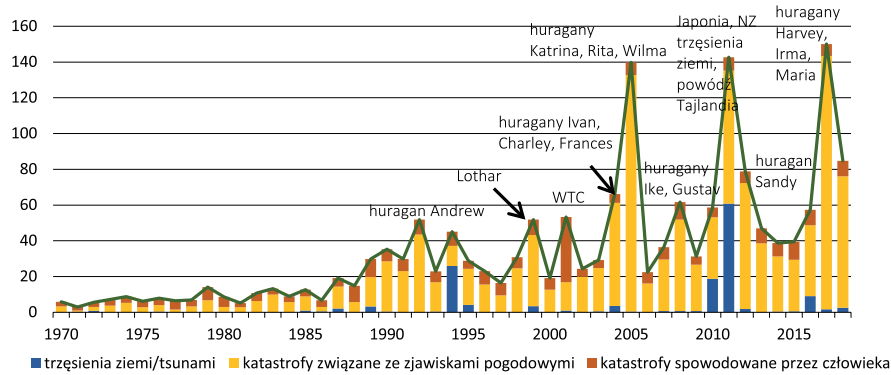
Tabela 16. Postrzeganie zagrożeń przez biznes w roku 2019

Pozycja w roku 2019	Rodzaj zagrożenia	Pozycja w roku 2018	Trend
1.	zakłócenia w działalności (w tym w łańcuchu dostaw)	1	=
2.	incydenty cybernetyczne (w tym cyberprzestępstwa, awarie IT, kradzieże danych)	2	=
3.	katastrofy naturalne	3	=
4.	zmiany prawne (m.in. sankcje ekonomiczne, protekcjonizm, Brexit, dezintegracja strefy Euro)	5	↑
5.	rozwój rynku (zmienność rynku, rosnąca konkurencja, przejęcia, stagnacja)	4	↓
6.	pożary i wybuchy	6	=
7.	nowe technologie (nanotechnologia, rozwój systemów łączności, sztuczna inteligencja, autonomiczne pojazdy, blockchain)	7	=
8.	zmiany klimatu, rosnąca zmienność pogody	10	↑
9.	utrata reputacji, utrata wartości marki	8	↓

Źródło: Allianz Risk Barometer, Top Business Risks for 2019, Allianz Global Corporate & Specialty SE, Munch 2019.



Rysunek 32. Liczba zdarzeń katastroficznych w latach 1970–2018
Źródło: Swiss Re, *Secondary natural catastrophe risks on the front line*, „Sigma" 2019, nr 2.



Rysunek 33. Ubezpieczone straty katastroficzne w latach 1970–2018 w mld USD według cen z 2018 r.
Źródło: Swiss Re, *Secondary natural catastrophe risks…*

Zmieniał się także obraz rynku ubezpieczeniowego – stawał się on bardziej konkurencyjny. Wzrastała liczba zakładów ubezpieczeń (m.in. dzięki przystępowaniu do Unii Europejskiej nowych członków), ale także obserwowana była rosnąca konkurencja cenowa. W związku z tym konieczne stało się wzmocnienie ochrony konsumenta ubezpieczeniowego przed upadłością zakładów ubezpieczeń. Nie bez znaczenia dla prac nad nowym systemem wypłacalności stały się specyficzne trudności rynku ubezpieczeniowego, np. podejrzenia dotyczące prania brudnych pieniędzy, rosnący na znaczeniu outsourcing i wirtualizacja czynności ubezpieczeniowych[167] czy też obserwowane na rynku finansowym kryzysy.

Regulacje Solvency I, opierające się na wysokości składki i odszkodowań, całkowicie pomijały problematykę ryzyka, na które narażone są zakłady ubezpieczeń w związku z prowadzoną działalnością, co motywowało regulatora unijnego do poszukiwania nowych rozwiązań.

[167] R. Kurek, *Systemy informacyjne…* s. 117.

4.3. Solvency II – założenia i konstrukcja systemu

W efekcie zmian na rynkach finansowych najpierw w systemie bankowym, a potem w ubezpieczeniowym opracowano nowe zasady związane z oceną wypłacalności instytucji finansowych. Podstawą tych zmian była dyrektywa Solvency II.

Ramy wprowadzone dyrektywą Solvency II tworzyły system dostosowany do rzeczywistego ryzyka, na jakie są narażone zakłady ubezpieczeń, w którym wymogi kapitałowe dla zakładów ubezpieczeń zostały uzależnione od wielkości i rodzaju ryzyka, a także zarządzania ryzykiem przez zakłady ubezpieczeń. Należy jednak podkreślić, że system ten dotyczy nie tylko wymogów kapitałowych, ale właściwie ustanawia zasady odnoszące się do całości działalności zakładów ubezpieczeń.

Nowy system wypłacalności zakładów ubezpieczeń (a może nowy system zarządzania zakładem ubezpieczeń) oparty jest na następujących zasadach:

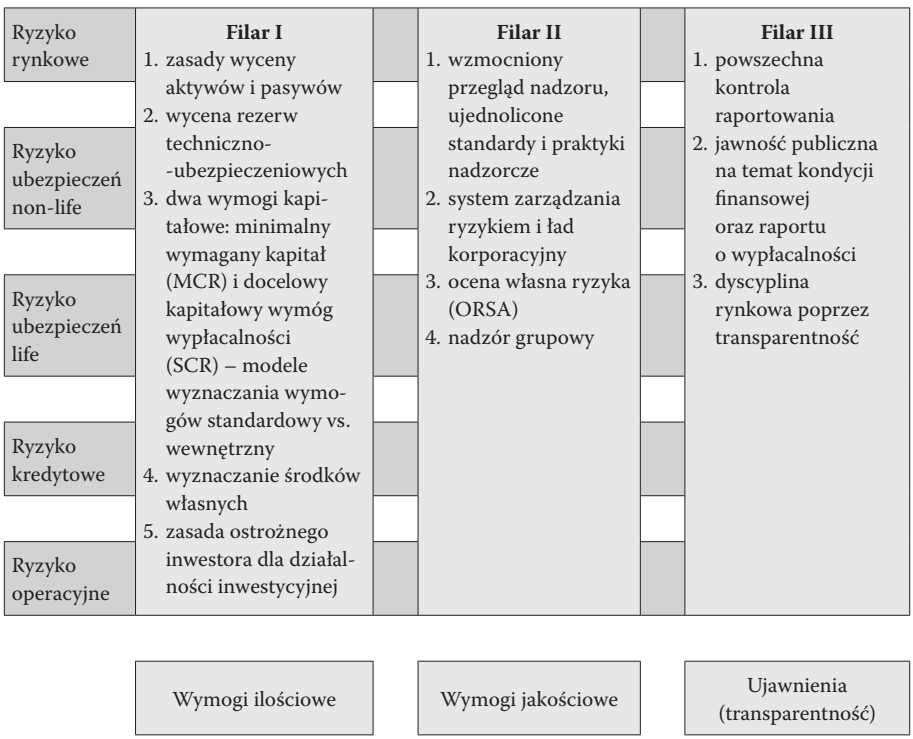
- zachęca i motywuje podmioty rynku ubezpieczeniowego do pomiaru i zarządzania ryzykiem;
- uwzględnia ryzyka związane ze strukturą organizacyjną zakładu ubezpieczeń oraz ich podejście wobec zarządzania zakładem;
- zapewnia wystarczający kapitał w celu obniżenia prawdopodobieństwa niewypłacalności zakładu ubezpieczeń do akceptowalnie niskiego poziomu, a tym samym zapewnia zwiększenie poziomu ochrony klientów zakładów ubezpieczeń;
- wyposaża nadzory finansowe krajów członkowskich w odpowiednie narzędzia do kompleksowej oceny sytuacji zakładów ubezpieczeń pod kątem ich wypłacalności (w tym umożliwia efektywny nadzór nad grupami ubezpieczeniowymi i konglomeratami finansowymi);
- poprawia spójność międzynarodowych zasad wypłacalności, rachunkowości i sprawozdawczości oraz wpływa na harmonizację metod i standardów nadzorczych w całej Unii Europejskiej.

Twórcy dyrektywy wykorzystali szereg sposobów i środków, aby osiągnąć zakładane cele. Są to przede wszystkim:

- nacisk na odpowiedzialność kierownictwa wyższego szczebla za odpowiedzialne zarządzanie firmą,

– ustanowienie wymogów kapitałowych wrażliwych na ryzyko w celu zachęcenia i wynagradzania dobrego zarządzania ryzykiem,
– wspieranie większej spójności w zakresie nadzoru.

Konstrukcja nowego systemu wypłacalności opiera się na strukturze trzech powiązanych filarów związanych z wymogami ilościowymi, jakościowymi i publikacyjnymi (rys. 34).



Rysunek 34. Struktura systemu Solvency II
Źródło: opracowanie własne na podstawie dyrektywy Solvency II i K. Stroiński, *Solvency II. Nadzór, wymogi zarządcze oraz nadzór grupowy*, Polska Izba Ubezpieczeń, Deloitte Advisory Sp. z o.o., 10 grudnia 2008 roku.

System Solvency II w pełnym kształcie dopasowany jest raczej do dużych korporacji ubezpieczeniowych. Aby dostosować go do małych i średnich zakładów, których dużo jest obecnych na europejskim rynku ubezpieczeń, umożliwiono w nim stosowanie przez władze nadzorcze zasady proporcjonalności, czyli wymogi

wobec małych i średnich zakładów ubezpieczeń mają być proporcjonalne do istoty, skali i złożoności ryzyk właściwych dla działalności zakładu ubezpieczeń.

Idąc dalej, twórcy systemu założyli możliwość wyłączenia spod reżimu regulacji Solvency II małych zakładów ubezpieczeń, czyli takich, które spełniają następujące wymogi:

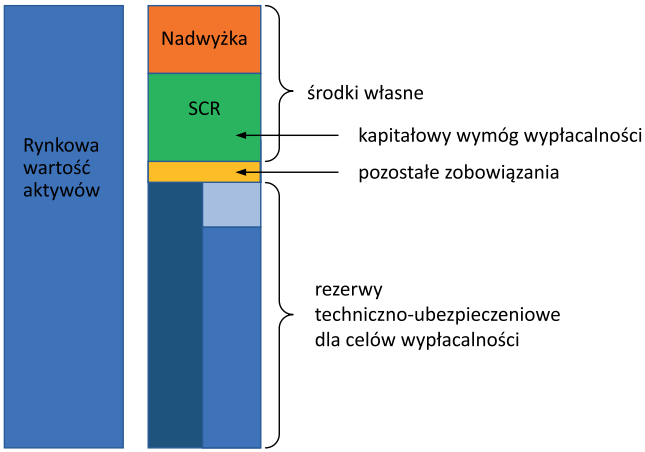
- roczna składka przypisana nie przekracza 5 mln euro;
- rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe nie przekraczają 25 mln euro, a jeżeli zakład należy do grupy, łączne rezerwy grupy nie przekraczają 25 mln euro;
- działalność zakładu nie obejmuje ubezpieczeń lub reasekuracji w zakresie odpowiedzialności cywilnej oraz ryzyka kredytów i poręczeń, chyba że stanowią one ryzyka dodatkowe;
- działalność zakładu w ramach reasekuracji czynnej nie przekracza 0,5 mln euro składki przypisanej i 2,5 mln euro rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i jednocześnie składka przypisana z reasekuracji czynnej nie przekracza 10% składki przypisanej ani 10% rezerw techniczno-ubezpieczeniowych zakładu.

Ze względu jednak na to, iż wyłączenie zakładu z reżimu systemu wyłącza jednocześnie zakład ubezpieczeń z możliwości korzystania z zasady jednolitej licencji w ramach Unii Europejskiej, założono, że można wnioskować o włączenie zakładu w reguły Solvency II. Dodatkowo regulator unijny postanowił, iż kraje członkowskie mogą ustalić swoje zasady wobec małych zakładów ubezpieczeń[168].

4.3.1. Wymogi ilościowe w systemie Solvency II

Pierwszy filar systemu Solvency II dotyczy wymogów ilościowych (kapitałowych). Obok wymogów kapitałowych (MCR i SCR) wprowadzono również inne, istotne dla wypłacalności wymogi kwantytatywne, takie jak rynkowa wycena aktywów i zobowiązań zakładów ubezpieczeń, zasady wyceny rezerw techniczno-ubezpieczeniowych tworzonych dla celów wypłacalności czy klasyfikacji środków własnych do poszczególnych kategorii (rys. 35).

[168] Z tej możliwości skorzystał polski ustawodawca, nakładając na małe zakłady ubezpieczeń wymogi konieczne do spełnienia w ramach ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zob. art. 101 i 109–110 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Rysunek 35. Wpływ wymogów ilościowych Solvency II na kategorie bilansu zakładu ubezpieczeń
Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów KNF.

4.3.1.1. Wycena aktywów i pasywów

Wycena jest zabiegiem rachunkowym, którego celem jest ustalenie wartości poszczególnych składników aktywów i pasywów w bilansie. Celem wyceny aktywów i pasywów jest tworzenie informacji wiarygodnie odzwierciedlającej rzeczywistość, gdyż stanowią one podstawę oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń[169].

Podstawą wyceny aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń dla celów wypłacalności (z wyłączeniem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych) są Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej (MSSF/MSR)[170],

[169] M. Lament, *Wybrane aspekty wyceny aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji dla potrzeb bilansowych oraz oceny wypłacalności*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2011, nr 1, s. 101–104.

[170] W myśl ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zm. – dalej: ustawa o rachunkowości) obowiązkiem sporządzania zgodnie z wymogami MSR (MSSF) objęte są skonsolidowane sprawozdania finansowe banków i emitentów, których papiery wartościowe zostały dopuszczone do publicznego obrotu w Polsce lub na jednym z regulowanych rynków Europejskiego Obszaru Gospodarczego (należą do niego kraje Unii Europejskiej oraz Norwegia, Islandia i Lichtenstein). Dziś stosowanie MSR dobrowolne (można robić „drugi bilans") w praktyce niemal nie występuje.

pod warunkiem, że spełniają one wymagania wyceny w wartościach godziwych. Czyli aktywa wycenia się w kwocie, za jaką na warunkach rynkowych mogłyby one zostać wymienione pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi stronami transakcji, pasywa zaś ujmuje się w kwocie, za jaką na warunkach rynkowych mogłyby one zostać przeniesione lub rozliczone pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi stronami transakcji. W sytuacji gdy standardy dopuszczają wycenę w innych wartościach niż wartość godziwa, nie można jej zastosować do wyceny na potrzeby wypłacalności[171].

Regulacje Solvency II nie ustalają zasad rachunkowości, a jedynie zasady wyceny do celów wypłacalności i w związku z tym w praktyce mamy do czynienia z brakiem zgodności wyceny dla potrzeb bilansowych i dla potrzeb wypłacalności[172].

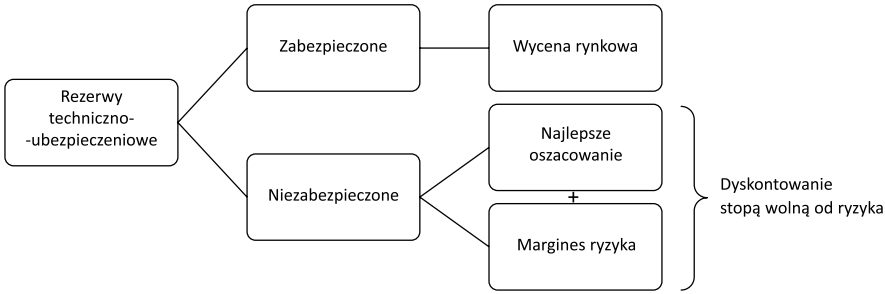
4.3.1.2. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów wypłacalności

W efekcie wprowadzenia do polskiego systemu prawnego regulacji Solvency II rozróżniamy dwa rodzaje rezerw techniczno-ubezpieczeniowych: potrzeby rachunkowości (które zostały omówione w rozdziale II) oraz rezerwy na potrzeby wypłacalności.

Zgodnie z regułami Solvency II zakłady ubezpieczeń tworzą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w celu pokrycia wszystkich swoich zobowiązań wobec ubezpieczających i beneficjentów umów ubezpieczenia. Wycena rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dokonywana jest na podstawie ich bieżącej wartość zbycia. Oznacza to, iż wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych odpowiada bieżącej kwocie, którą zakłady musiałyby zapłacić, gdyby dokonywały natychmiastowego przeniesienia swoich praw i zobowiązań. Ze względu na dostępność danych na rynkach finansowych możliwe są dwie metody tworzenia (wyceny) rezerw: rezerwy zabezpieczone i niezabezpieczone (rys. 36).

[171] E. Spigarska, *Wycena aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń a wymogi wypłacalności*, „Problemy Zarządzania" 2013, nr 11(2), s. 31–44.

[172] Zob. więcej: ibidem.



Rysunek 36. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów wypłacalności – dwa sposoby wyznaczania
Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów KNF.

Niezależnie od przyjętej metody wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ustala się w sposób ostrożny, wiarygodny i obiektywny.

Stosowanie METODY I (*mark to market*) polega na replikowaniu rezerwy odpowiednimi aktywami (instrumentami finansowymi). Jeżeli możliwe jest wiarygodne odtworzenie przyszłych przepływów pieniężnych związanych ze zobowiązaniami z tytułu umów ubezpieczenia przy wykorzystaniu wiarygodnych instrumentów finansowych, wówczas wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych związanych z tymi zobowiązaniami wyznacza się w oparciu o wartość rynkową instrumentów finansowych. Instrumenty finansowe muszą być jednak dostępne na aktywnym rynku dodatkowo głębokim, płynnym i przejrzystym.

W pozostałych przypadkach stosowana jest METODA II. Stosownie do niej wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności jest obliczana jako suma najlepszego oszacowania i marginesu ryzyka.

Najlepsze oszacowanie, najogólniej mówiąc, to przepływy pieniężne ważone prawdopodobieństwem ich wystąpienia z uwzględnieniem wartości pieniądza w czasie. W tej sytuacji zakład ubezpieczeń uwzględnia wszystkie przepływy finansowe z umowy ubezpieczenia, czyli wszystkie wpływy (przyszłe składki w granicach obecnej umowy, odzyski i regresy), ale i wypływy (świadczenia, koszty, ewentualne podatki związane z umową ubezpieczenia). Do dyskontowania tych przepływów używana jest określona struktura terminowa stóp wolnych od ryzyka.

Margines ryzyka (marża na ryzyko) ma urealnić wysokość najlepszego oszacowania rezerw. Liczony jest metodą kosztu kapitału, czyli przez określenie kosztu pozyskania kwoty środków własnych, które będą odpowiadały wymogowi

kapitałowemu (SCR) koniecznemu do pokrycia zobowiązań ubezpieczeniowych (związanych z rezerwami) w całym okresie ich trwania[173]. Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji obliczają najlepsze oszacowanie i margines ryzyka oddzielnie.

Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów wypłacalności różnią się wartościowo od rezerwy dla celów rachunkowości (zasadniczo są od nich niższe). W rezerwach dla celów wypłacalności (BEL) ujmowane są zdyskontowane przepływy pieniężne – rezerwy dla celów wypłacalności uwzględniają poza wydatkami także skapitalizowane wartości oczekiwanych przyszłych wpływów (ta wartość pomniejsza rezerwy dla celów wypłacalności w stosunku do rezerw dla celów rachunkowości, a nawet może powodować ich ujemną wartość). Dodatkowo dla celów wypłacalności nie jest wyznaczana rezerwa na wyrównanie szkodowości.

4.3.1.3. Kapitałowe wymogi wypłacalności – MCR i SCR

Solvency II, podobnie jak poprzedni system, w zakresie oceny adekwatności kapitałowej zakładów ubezpieczeń charakteryzuje się dwoma progami ostrożnościowymi, które zostały określone jako:

- minimalny wymóg kapitałowy (MCR – *minimal capital requirement*),
- kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR – *solvency capital requirement*).

Minimalny wymóg kapitałowy określa poziom kapitału niezbędny do prowadzenia działalności przez zakład ubezpieczeń. Gdyby podstawowe środki własne zakładu ubezpieczeń były mniejsze niż MCR, przy założeniu kontynuacji prowadzenia działalności, jego klienci narażeni byliby na niedopuszczalny poziom ryzyka. Minimalny wymóg kapitałowy podlega nieprzekraczalnemu dolnemu progowi wyrażonemu w euro, w zależności od rodzaju zakładu[174]. Właściwy poziom MCR obliczany jest za pomocą funkcji liniowej (opartej m.in. na wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, składce przypisanej). Dodatkowo

[173] R. Kurek, *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zakładu ubezpieczeń – nowe podejście w Solvency II*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2008, nr 16, s. 265–271.

[174] Poziom ten w pierwszym okresie wynosi:

– 2 500 000 euro dla zakładów non-life (z wyjątkiem ubezpieczeń grup 10 do 15, kiedy nieprzekraczalny próg powinien wynosić nie mniej niż 3 700 000 euro),

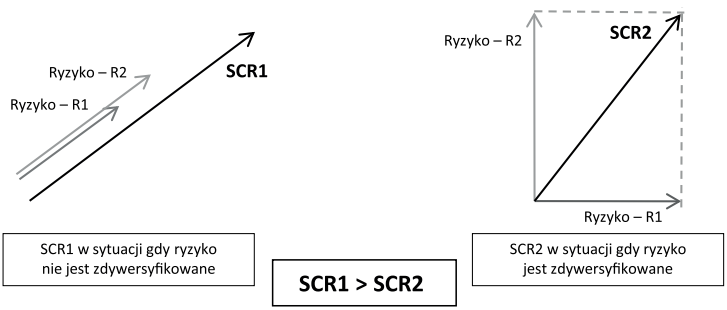
– 3 700 000 euro dla zakładów ubezpieczeń life.

Nieprzekraczalny dolny próg MCR jest także minimum kapitałowym dla kapitału podstawowego.

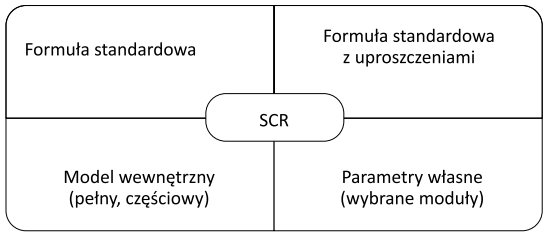
odnoszony jest także do kapitałowego wymogu wypłacalności – nie powinien być on niższy niż 25% SCR i wyższy niż 45% SCR.

Drugim progiem ostrożnościowym jest kapitałowy wymóg wypłacalności, którego głównym zadaniem jest pokrycie różnego rodzaju przyszłych prawdopodobnych strat związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową. Formuła jego obliczania ukierunkowana jest na rzeczywisty profil ryzyka zakładu ubezpieczeń, z uwzględnieniem wpływu ewentualnych technik ograniczania ryzyka oraz efektów dywersyfikacji ryzyka (zobacz przykład w ramce). Odpowiada on wartości narażonej na ryzyko (VaR) podstawowych środków własnych zakładu na poziomie ufności 99,5% w okresie jednego roku. Oznacza to, że gdy podstawowe środki własne wartościowo są równe SCR, to prawdopodobieństwo upadłości zakładu ubezpieczeń wynosi 0,005 w ciągu następnego roku.

Korzyści z dywersyfikacji ryzyka można zobrazować dodawaniem wektorów



Ważne jest to, że wymogi kapitałowe zgodnie z dyrektywą mają być powiązane z indywidualną specyfiką danego zakładu, jego modelem organizacyjnym, strukturą portfela polis i zasadami prowadzonej polityki inwestycyjnej. W związku z tym możliwe jest wyznaczanie kapitałowego wymogu wypłacalności zgodnie z indywidualnym, pełnym lub częściowym, modelem wewnętrznym (który wymaga zatwierdzenia przez organ nadzoru) albo z zastosowaniem formuły standardowej (także z uproszeniami), zaproponowanej w dyrektywie (rys. 37).

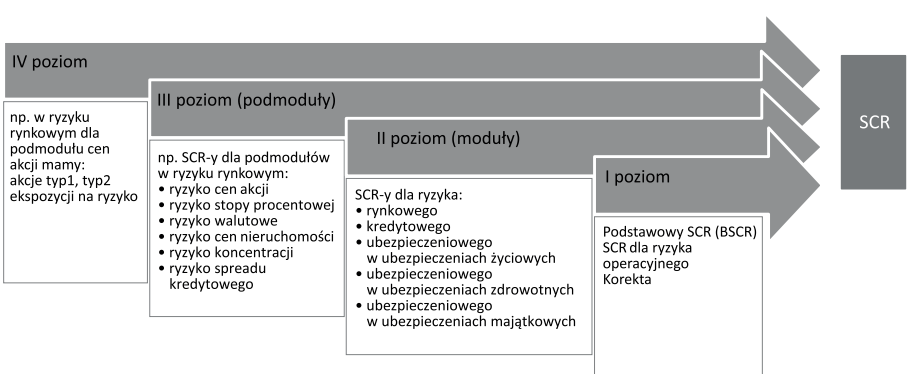


Rysunek 37. Metody wyznaczania wymogu kapitałowego
Źródło: opracowanie własne.

Kapitałowy wymóg wypłacalności uwzględnia wszystkie mierzalne rodzaje ryzyka, na które narażony jest zakład ubezpieczeń, czyli co najmniej ryzyko:

- ubezpieczeniowe w ubezpieczeniach innych niż na życie,
- ubezpieczeniowe w ubezpieczeniach na życie,
- ubezpieczeniowe w ubezpieczeniach zdrowotnych,
- rynkowe,
- kredytowe,
- operacyjne (w tym ryzyko prawne, ale z wykluczeniem ryzyka błędnych decyzji strategicznych lub ryzyka reputacji).

Formuła standardowa pomiaru SCR ma charakter modułowy, zaś moduły są agregowane na poszczególnych poziomach (rys. 38).



Rysunek 38. Agregacja modułów w formule standardowej
Źródło: opracowanie własne.

Agregacja modułów na poziomie I i II w formule standardowej

Struktura modułowa, agregacja poziom I

Według modelu standardowego kapitałowy wymóg wypłacalności stanowi sumę następujących pozycji:

- podstawowego kapitałowego wymogu wypłacalności,
- wymogu kapitałowego dla ryzyka operacyjnego,
- dostosowania z tytułu zdolności rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i podatków odroczonych do pokrywania strat.

$$\mathrm{SCR} = \mathrm{BSCR} + \mathrm{SCR}_{\text{dla ryzyka operacyjnego}} + \text{Korekta}$$

Struktura modułowa, agregacja poziom II

W formule standardowej BSCR wynosi:

$$BSCR = \sqrt{\sum_{i,j} Corr_{i,j} * SCR_i * SCR_j} + SCR_{dla\ ryzyka\ WNiP}$$

gdzie:

SCR_i – moduł ryzyka *i*,

SCR_j – moduł ryzyka *j*,

sumowanie po „*i, j*" oznacza, że suma powinna pokryć wszystkie możliwe kombinacje *i* i *j*. W obliczeniach za SCR_i i SCR_j podstawia się:

$SCR_{non\text{-}life}$ – moduł ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach majątkowych i pozostałych osobowych,

SCR_{life} – moduł ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach na życie,

SCR_{health} – moduł ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach zdrowotnych,

SCR_{market} – moduł ryzyka rynkowego,

$SCR_{default}$ – moduł ryzyka niewykonania zobowiązania przez kontrahenta (ryzyka kredytowego).

Współczynnik *Corri,j* odnosi się do współczynników korelacji (pozycji w wierszu *i* i kolumnie *j* poniższej matrycy korelacji):

Corri,j	SCR_{market}	$SCR_{default}$	SCR_{life}	$SCR_{non\text{-}life}$	SCR_{health}
SCR_{market}	1				
$SCR_{default}$	0,25	1			
SCR_{life}	0.25	0,25	1		
$SCR_{non\text{-}life}$	0.25	0,25	0,25	1	
SCR_{health}	0.25	0,5	0	0	1

Wymóg kapitałowy musi być wyznaczany co najmniej raz do roku i zawsze, gdy zachodzi istotna zmiana profilu ryzyka zakładu ubezpieczeń.

Dwa progi ostrożnościowe pełnią bardzo ważną funkcję w kontekście sprawowania nadzoru nad zakładami ubezpieczeń – między MCR a SCR występuje pasmo referencyjne, które służy jako uzupełniający parametr pośredni, ułatwiający organom nadzoru stałe monitorowanie wypłacalności zakładu. Jeżeli kapitałowy wymóg wypłacalności będzie utrzymywany w wartości niższej niż pożądanej przez ustawodawcę, organ nadzoru będzie mógł podjąć działania mające na celu przywrócenie adekwatności kapitałowej, zanim kapitały własne zakładu ubezpieczeń obniżą się do poziomu minimalnego wymogu kapitałowego[175].

Wymogi kapitałowe są pokrywane przez dopuszczone środki własne. Środki własne to zgodnie z dyrektywą „aktywa wolne od wszelkich przewidywalnych zobowiązań, dostępne na pokrycie strat wynikających z niesprzyjających wahań w obszarze prowadzonej działalności, zarówno przy założeniu kontynuacji działalności, jak i w przypadku likwidacji"[176]. Środki własne zakładu ubezpieczeń zostały podzielone na dwie grupy:

1. podstawowe środki własne,
2. uzupełniające środki własne.

Podstawowe środki własne tworzy nadwyżka aktywów nad zobowiązaniami oraz zobowiązania podporządkowane[177]. Uzupełniające środki własne to „pozycje inne niż podstawowe środki własne, które mogą zostać wykorzystane do pokrycia strat"[178]. Mogą to być: nieopłacony kapitał zakładowy lub kapitał założycielski, do opłacenia którego nie wezwano, posiadane gwarancje czy wszelkie inne prawnie wiążące zobowiązania otrzymane przez zakład ubezpieczeń. Pozycje uzupełniających środków własnych są zatwierdzane przez organ nadzoru.

Ponieważ nie wszystkie środki finansowe zapewniają pełne pokrycie strat, poszczególne pozycje środków własnych są klasyfikowane w trzech kategoriach ze względu na swoje cechy jakościowe (tab. 17).

---

[175] P. Manikowski, R. Matuła, *Analiza wypłacalności zakładów ubezpieczeń w Solvency II na przykładzie wybranych ubezpieczycieli*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2018, Rok 80, z. 2, s. 208–209.

[176] Punkt 48 preambuły do dyrektywy Solvency II.

[177] Zobowiązania podporządkowane to taki rodzaj zobowiązań, które w razie likwidacji lub upadłości zakładu ubezpieczeń są spłacane po zaspokojeniu wszystkich innych wierzycieli zakładu ubezpieczeń.

[178] Artykuł 89 ust. 1 dyrektywy Solvency II.

Tabela 17. Kategorie środków własnych i ich cechy jakościowe

Kategoria środków własnych	Zakres	Cechy jakościowe
Pierwsza	podstawowe środki własne	Stała dostępność, podporządkowanie, wystarczający czas trwania, brak bodźców do wykupu, brak obowiązkowych kosztów obsługi, brak obciążeń.
Druga	podstawowe środki własne	Podporządkowanie, wystarczający czas trwania, brak bodźców do wykupu, brak obowiązkowych kosztów obsługi, brak obciążeń. Nie spełniają cechy stałej dostępności.
	uzupełniające środki własne	Stała dostępność, podporządkowanie, wystarczający czas trwania, brak bodźców do wykupu, brak obowiązkowych kosztów obsługi, brak obciążeń.
Trzecia	podstawowe i uzupełniające środki własne niezaliczone do kategorii 1 i 2	Stała dostępność, podporządkowanie, wystarczający czas trwania, brak bodźców do wykupu, brak obowiązkowych kosztów obsługi, brak obciążeń.

Źródło: M. Lament, *Ocena wypłacalności zakładu ubezpieczeń a system informacyjny rachunkowości*, CeDeWu, Warszawa 2013, s. 90.

Kategorie te są na tyle istotne, że kwota niektórych kategorii środków własnych dopuszczalnych na pokrycie wymogów kapitałowych jest odpowiednio ograniczona. Dyrektywa określa, które z nich i w jakim stosunku ilościowym mogą służyć na pokrycie SCR i MCR.

SCR pokrywają środki własne każdej kategorii, jednakże z zastrzeżeniem, że kwota kategorii pierwszej powinna stanowić ponad 1/3 sumy dopuszczonych środków własnych, a kategoria trzecia mniej niż 1/3 tejże sumy.

Pokrycie SCR środkami własnymi:

$$SCR = ŚW_{Kat.\ 1} + ŚW_{Kat.\ 2} + ŚW_{Kat.\ 3},$$

oraz dodatkowo

$$ŚW_{Kat.\ 1} > 1/3 \text{ dopuszczonych środków własnych,}$$
$$ŚW_{Kat.\ 3}, < 1/3 \text{ dopuszczonych środków własnych.}$$

MCR, jako bardziej wymóg minimalny, może być pokryty jedynie podstawowymi środkami własnymi. Dodatkowo środki te muszą być zaliczone wyłącznie do pierwszej lub drugiej kategorii.

Pokrycie SCR środkami własnymi:
$MCR = ŚW_{Kat.\ 1} + ŚW_{Kat.\ 2}$ (wyłącznie podstawowe środki własne)

Zakład ubezpieczeń musi zatem posiadać środki własne odpowiedniej wysokości (wskazuje na to MCR i SCR) oraz właściwej jakości. Zadaniem organu nadzoru jest zarówno monitorowanie i weryfikacja dostępności oraz jakości środków własnych firm, jak i doradztwo w zakresie ich dopuszczania do pokrycia wymogów.

4.3.2. Wymogi jakościowe w Solvency II

Drugi filar Solvency II określa zasady sprawowania nadzoru nad zakładami ubezpieczeń oraz wprowadza regulacje dotyczące systemu zarządzania. Przesłanką do powstania drugiego filaru jest fakt, iż nie wszystkie ryzyka mogą zostać właściwie ocenione metodami ilościowymi, a nawet jeśli, to ich kompleksowa analiza wymaga także ujęcia jakościowego. Filar ten ma wpływ na wszystkie obszary działalności zakładów ubezpieczeń, także na systemy, procesy i pracowników zakładu.

W obszarze związanym z nadzorem podkreśla się wyraźnie, iż głównym celem nadzoru ubezpieczeniowego jest ochrona interesów osób ubezpieczonych, ubezpieczających lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Inne cele brane pod uwagę, ale niedominujące nad głównym zamierzeniem, to dbałość o stabilność finansową i zachowanie efektywności na rynku ubezpieczeń[179]. W Solvency II filaru kluczowa z punktu widzenia funkcjonowania nadzoru jest zmiana charakteru i filozofii kontroli prowadzonej przez organy nadzoru[180]. Nadzór ostrożnościowy w mniejszym stopniu opierać się ma na analizie dokumentów i raportów finansowych, w większym zaś na zatwierdzaniu i kontroli

[179] Punkt (16) preambuły do dyrektywy Solvency II.

[180] M. Fedor, *Nowe standardy rachunkowości i nadzoru* [w:] *Jednolity rynek ubezpieczeń w Unii Europejskiej. Procesy rozwoju i integracji*, red. J. Monkiewicz, Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2005, s. 146.

opracowanych przez zakłady wewnętrznych modeli oceny ryzyka (także dzięki użyciu zaawansowanych narzędzi, m.in. stres testów czy symulacji).

Dodatkowo reguły Solvency II określają także, poza zasadami sprawowania nadzoru, reguły kooperacji między organami nadzoru państw członkowskich Unii Europejskiej oraz zasady nadzoru nad konglomeratami finansowymi.

Drugim istotnym obszarem w zakresie regulacji jakościowych (drugiego filaru) są wymogi związane z odpowiednim systemem zarządzania zakładem ubezpieczeń, poprawnym procesem zarządzania ryzykiem oraz wymogi przygotowywania własnej oceny ryzyka i wypłacalności (Own Risk and Solvency Assesment, ORSA).

Zgodnie z preambułą do dyrektywy Solvency II „skuteczny system zarządzania ma zasadnicze znaczenie dla odpowiedniego zarządzania zakładami ubezpieczeń oraz dla skuteczności systemu regulacji". Prawidłowo skonstruowana struktura systemu zarządzania powinna obejmować co najmniej trzy elementy:

1. strukturę organizacyjną, w której zakresy odpowiedzialności są jasno przypisane i odpowiednio podzielone;
2. skuteczny system przekazywania informacji;
3. zgodność z wymogami określonymi w dyrektywie w zakresie kompetencji i reputacji osób zarządzających i pełniących kluczowe funkcje, zarządzania ryzykiem, kontroli wewnętrznej i audytu wewnętrznego, aktuariatu i outsourcingu[181].

W strukturze organizacyjnej warto podkreślić istnienie osób należących do systemu zarządzania, do których zaliczani są:

- członkowie rady nadzorczej,
- członkowie zarządu,
- osoby nadzorujące w zakładach ubezpieczeń funkcje kluczowe.

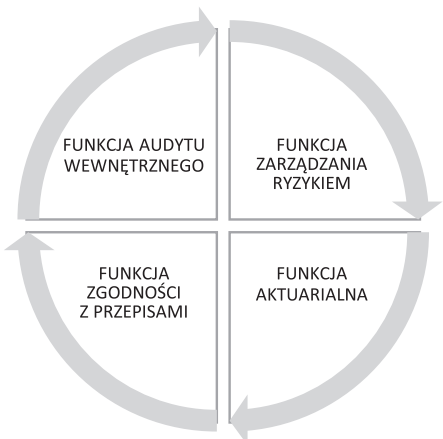
Istotną cechą systemu zarządzania zakładem ubezpieczeń jest właśnie określenie kluczowych funkcji w zakładzie ubezpieczeń. Przez funkcję rozumie się wewnętrzną możliwość podjęcia praktycznych zadań z zakresu zarządzania przez zakład ubezpieczeń. Do kluczowych funkcji zaliczamy funkcję (rys. 39):

- audytu wewnętrznego,
- aktuarialną,
- zgodności z przepisami,
- zarządzania ryzykiem.

[181] Por. art. 41 dyrektywy Solvency II.

Oczywiście nie są to jedyne funkcje, które w ramach funkcjonowania zakładu ubezpieczeń mogą zostać uznane za ważne, ale tylko te cztery dyrektywa Solvency II wymienia wprost[182].

Istotne jest rozróżnienie pomiędzy wykonywaniem funkcji kluczowych a ich nadzorowaniem. Osoby wykonujące funkcje kluczowe, co do zasady, są pracownikami aktuariatu, audytu, *compliance* i zarządzania ryzykiem. W związku z tym „funkcja" najczęściej identyfikowana jest z jednostką organizacyjną, np. departamentem lub wydziałem. Z kolei osoba nadzorująca funkcję kluczową to konkretna osoba, która musi spełnić wymogi kompetencji i reputacji (*fit and proper*) oraz powinna zostać zgłoszona do organu nadzoru jako osoba nadzorująca funkcję kluczową.



Rysunek 39. Kluczowe funkcje w zakładzie ubezpieczeń
Źródło: opracowanie własne.

Funkcja audytu wewnętrznego obejmuje ocenę adekwatności i efektywności systemu kontroli wewnętrznej i innych elementów systemu zarządzania. Działania audytu wewnętrznego mają na celu wspieranie kierownictwa w identyfikacji i ocenie zagrożeń oraz przyczynianie się do usprawnienia systemów zarządzania i kontroli. Zadaniem audytowym jest również przedstawianie opinii na temat:

– wiarygodności sprawozdania finansowego,

[182] Przykładowo ważnymi funkcjami mogą być tworzenie i wycena produktów czy zarządzanie inwestycjami.

– efektywności zarządzania ryzykiem,
– racjonalności zarządzania.

Artykuł 48 dyrektywy określa dziewięć różnych zadań funkcji aktuarialnej, które zgrupować można w trzy następujące obszary:

1. rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe,
2. zasady/polityki stosowane w zakładzie ubezpieczeń,
3. zarządzanie ryzykiem.

Najwięcej zadań funkcji aktuarialnej jest związanych z obszarem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i dotyczą one zapewnienia adekwatnej metodologii, stworzenia modeli oraz założeń przyjętych do ustalania rezerw, jak i samej koordynacji obliczania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto dla celów wypłacalności oraz rachunkowości. Dodatkowo ważna jest ocena, czy dane używane do wyliczeń oraz same wyliczenia w zakresie rezerw są odpowiedniej jakości, następnie porównania powstałych oszacowań z wynikami ze zgromadzonych doświadczeń oraz raportowanie do kierownictwa o wiarygodności i adekwatności wyliczonych wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Funkcja aktuarialna zaangażowana jest również w efektywne wdrażanie systemu zarządzania w zakładzie, opiniuje politykę przyjmowania ryzyka do ubezpieczenia oraz ocenia adekwatność w zakresie reasekuracji.

W obszarze zarządzania ryzykiem zadaniem funkcji aktuarialnej jest współpraca z funkcją aktuarialną poprzez wnoszenie wkładu w efektywne wdrażanie systemu zarządzania ryzykiem (uczestnictwo w opracowywaniu własnej oceny ryzyka i wypłacalności czy współtworzenie modeli wewnętrznych, jeśli do określania wymogów kapitałowych zakład ubezpieczeń będzie z nich korzystał).

W ramach funkcji aktuarialnej co najmniej raz do roku przygotowywany jest raport dla kierownictwa, w którym udokumentowane są wszystkie zadania i ich wyniki podjęte w ramach wykonywanej w przypadku tej funkcji pracy. Raport powinien wskazywać na wszelkie słabości i niedociągnięcia zakładu oraz zalecenia odnośnie do sposobu ich usunięcia. Warto podkreślić, iż w regulacjach Solvency II określono jedynie minimalny zestaw zadań dla tej funkcji. Zakłady ubezpieczeń mogą rozszerzać wachlarz tych zadań.

Funkcja aktuarialna jest pełniona przez osoby posiadające wiedzę w dziedzinie matematyki ubezpieczeniowej i finansowej i mogące wykazać odpowiednie doświadczenie w odniesieniu do obowiązujących norm zawodowych.

Funkcja zgodności z przepisami (*compliance*) obejmuje organizację kontroli wewnętrznej, tzn. ustanawia procedury administracyjne oraz księgowe oraz

wszelkie ustalenia odnośnie do raportowania funkcjonującego w zakładzie. Funkcja ta kontroluje przede wszystkim przestrzeganie wymogów prawnych, standardów rynkowych i etycznych oraz zarządza konfliktami interesów. Często też odpowiada za przeciwdziałanie praniu pieniędzy w organizacji, ochronę danych osobowych oraz analizę materiałów marketingowych i produktów pod kątem zgodności z wszelkimi standardami i przepisami prawa. Do zadań tej funkcji należy także doradzanie kierownictwu w zakresie dopasowania działalności ubezpieczeniowej do wszelkich przepisów prawa, analiza wszelkich zmian prawnych mogących mieć wpływ na działalność zakładu oraz ocena ryzyka dotycząca niedostosowania się do przepisów prawa. W związku z tym prawidłowe wykonywanie obowiązków tej funkcji zmniejsza lub w całości niweluje ryzyko działań bezprawnych, a w konsekwencji chroni zakład ubezpieczeń przed potencjalnymi sankcjami, które mogą nałożyć na zakład organy takie jak Komisja Nadzoru Finansowego, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK), Rzecznik Finansowy czy Generalny Inspektor Informacji Finansowej (GIIF). Funkcja *compliance* wiąże się również z realizacją szeregu działań na zewnątrz zakładu ubezpieczeń. Są to m.in. kontakt z regulatorami czy działania podejmowane w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu.

Zadania funkcji zarządzania ryzykiem obejmują dwa podstawowe obszary – zarządzanie ryzkiem i model wewnętrzny (w sytuacji gdy zakład ubezpieczeń stosuje model wewnętrzny – częściowy lub pełny – dla wyznaczania wymogu kapitałowego).

Funkcja zarządzania ryzykiem powinna być zorganizowana tak, aby przede wszystkim umożliwić wdrożenie w zakładzie ubezpieczeń systemu zarządzania ryzykiem. W związku z tym działania w ramach tej funkcji powinny polegać przede wszystkim na regularnym monitorowaniu i nadzorowaniu systemu zarządzania ryzykiem. Swoją ocenę tego systemu funkcja zarządzania ryzykiem powinna raportować do zarządu (i innych osób zarządzających zakładem ubezpieczeń).

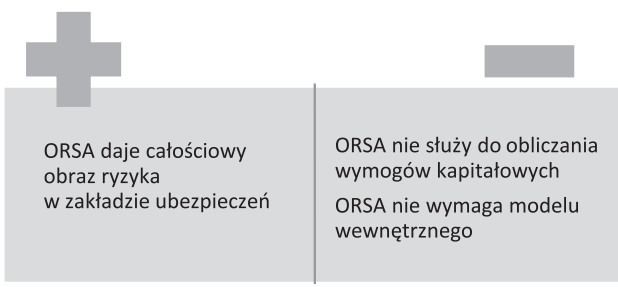
Innymi zadaniami określonymi dla funkcji zarządzania ryzykiem są:

- monitorowanie ogólnego profilu ryzyka całego zakładu ubezpieczeń,
- identyfikacja i ocena nowych ryzyk (*emerging risk*) oraz proponowanie metod w zakresie zarządzania tymi ryzykami,
- koordynacja, wdrożenie i stosowanie polityki zarządzania ryzkiem,
- doradzanie zarządowi w zakresie zarządzania ryzykiem (w tym w decyzjach związanych ze strategią, projektami biznesowymi, inwestycjami),

– sprawozdawanie na temat ekspozycji na ryzyko czy zmian profilu ryzyka ubezpieczyciela.

W obszarze modelu wewnętrznego ważnym działaniem jest opracowanie i wdrożenie tego modelu (we współpracy z funkcją aktuarialną) oraz jego walidacja. W ramach działań informacyjnych w tym obszarze ważne jest także sporządzanie raportów na temat tego modelu, ze szczególnym naciskiem na informacje, czy odzwierciedla on profil ryzyka zakładu i jakie ewentualnie działania powinny być podjęte, aby usprawnić model.

W ramach systemu zarządzania ryzykiem nowym ważnym elementem jest własna ocena ryzyka i wypłacalności Own Risk and Solvency Assessment (dalej: ORSA). Jest to proces, który wymaga od zakładu ubezpieczeń właściwej oceny własnego ryzyka oraz wyznaczenia związanych z nimi potrzeb kapitałowych (rys. 40). ORSA powinna być dopasowana do struktury organizacyjnej i systemu zarządzania ryzykiem oraz zawierać adekwatne metody oceny ogólnych potrzeb kapitałowych, a przede wszystkim procedury umożliwiające zakładowi monitorowanie zgodności z wymogami kapitałowymi, biorące pod uwagę potencjalne przyszłe zmiany w profilu ryzyka. Głównym celem ORSA jest zatem zapewnienie, że zakład ubezpieczeń angażuje się w proces oceny wszystkich ryzyk oraz że ustala odpowiadające im potrzeby kapitałowe. ORSA powinna być prospektywna, czyli powinna odgrywać aktywną rolę w przewidywaniu ryzyk, monitorowaniu stabilności finansowej oraz rozpoznawaniu najlepszej strategii biznesowej



Rysunek 40. Znaczenie ORSA
Źródło: opracowanie własne.

Raport ORSA przygotowywany jest w cyklu rocznym, a także każdorazowo po wystąpieniu istotnych zmian w profilu ryzyka zakładu. Raport ten każdorazowo musi zostać zatwierdzony przez Zarząd oraz przekazany do organu nadzoru.

ORSA jako wewnętrzny proces samooceny ryzyka i oceny wypłacalności dostarcza niezbędnych informacji osobom odpowiedzialnym za zarządzanie ryzykiem, jak i Urzędowi Komisji Nadzoru Finansowego, sprawującemu nadzór nad wypłacalnością zakładów ubezpieczeń.

4.3.3. Filar III – ujawnienia

Celem filaru III jest wprowadzenie wysokich standardów raportowania i upubliczniania wyników zakładów mogących wpływać na decyzje dokonywane przez inwestorów, konkurentów czy klientów. Ma to się odbywać poprzez dyscyplinę rynkową, motywującą zakłady ubezpieczeń (i reasekuratorów) do prowadzenia działalności (w tym działalności informacyjnej) w sposób transparentny i czytelny.

Do najważniejszych elementów systemu Solvency II należą: zmiana zasad obliczania wymogów kapitałowych (uzależnione od ryzyka w działalności zakładu ubezpieczeń), zmiana zasad wyceny aktywów i zobowiązań, wzrost znaczenia wymogów jakościowych, wprowadzenie szerokiego zakresu informacji ujawnianych publicznie zarówno przez podmioty działające na rynku, jak i organ nadzoru, oraz zasadnicza zmiana podejścia do nadzoru grupowego. Dyrektywa w istotny sposób wpływa nie tylko na podmioty rynku ubezpieczeniowego, ale wprowadza również znaczną modyfikację metod i standardów sprawowania nadzoru nad tym rynkiem, m.in. nową, jednolitą w całej Unii Europejskiej sprawozdawczość[183]. Co jednak ważne, nowy system stał się ważnym elementem wpływającym istotnie na obraz i poziom bezpieczeństwa rynku ubezpieczeń w Unii Europejskiej już od momentu wdrożenia go do porządku prawnego krajów członkowskich.

Problemy do dalszych rozważań

1. Jakie jest znaczenie wypłacalności zakładów ubezpieczeń?
2. Jakie są cele i główne założenia systemu Solvency II?
3. Na czym polega istota szacowania kapitałowego wymogu wypłacalności?
4. Jakie znaczenie mają jakościowe elementy Solvency II?
5. Na czym polegają podstawowe różnice pomiędzy Solvency I i Solvency II?

[183] Więcej na ten temat w rozdziale V.

Rozdział V
Sprawozdawczość ubezpieczeniowa

5.1. Istota sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń

Zakłady ubezpieczeń, jako instytucje finansowe, sporządzają sprawozdania dla wielu użytkowników. Podstawowym obowiązkiem zakładów jest sporządzanie sprawozdań dla potrzeb prawa bilansowego, których zakres wynika bezpośrednio z ustawy o rachunkowości i Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej. Istotnych zmian w tym zakresie należy spodziewać się po wprowadzeniu w życie MSSF 17 „Umowy ubezpieczeniowe".

Celem sprawozdawczości podmiotów gospodarczych, w tym zakładów ubezpieczeń, jest dostarczenie informacji finansowych o jednostce sprawozdawczej, które są użyteczne dla obecnych i potencjalnych inwestorów, pożyczkodawców, ubezpieczonych i innych wierzycieli w podejmowaniu decyzji dotyczących dostarczenia zasobów na rzecz jednostki[184]. Jak podaje Marzena Strojek[185], zakłady ubezpieczeń są specyficznymi jednostkami gospodarczymi. Ze względu na prowadzoną działalność ubezpieczeniową gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń różni się w dużym stopniu od gospodarki finansowej innych podmiotów. W konsekwencji specyfika działalności ubezpieczeniowej odbija

[184] *Sprawozdanie finansowe według MSSF zasady prezentacji i ujawniania informacji*, red. E. Walińska, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2011.

[185] M. Strojek, *Wynik finansowy zakładu ubezpieczeń w sprawozdaniu finansowym* [w:] *Aktualne zmiany w rachunkowości: ze szczególnym uwzględnieniem problematyki inwestycji*, „Studia Ekonomiczne", Akademia Ekonomiczna w Katowicach, 2005, nr 33, s. 345–355.

się również w rachunkowości zakładów ubezpieczeń, a w szczególności w ich sprawozdawczości finansowej.

Zakłady ubezpieczeń są zobowiązane sporządzać sprawozdania finansowe zgodnie z ustawą o rachunkowości oraz rozporządzeniem Ministra Finansów[186] w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Sprawozdania te mogą być sporządzone zgodnie z Międzynarodowymi Standardami Rachunkowości (Międzynarodowymi Standardami Sprawozdawczości Finansowej) w przypadku emitentów papierów wartościowych dopuszczonych, emitentów zamierzających ubiegać się lub ubiegających się o ich dopuszczenie do obrotu na jednym z rynków regulowanych krajów Europejskiego Obszaru Gospodarczego bądź jednostek wchodzących w skład grupy kapitałowej, w której jednostka dominująca sporządza skonsolidowane sprawozdanie, zgodnie z Międzynarodowymi Standardami Rachunkowości (por. art. 45 ustawy o rachunkowości).

Regulacje dotyczące sprawozdawczości firm ubezpieczeniowych w ramach Unii Europejskiej zostały zawarte w dyrektywie Rady Unii Europejskiej (91/674/EWG) z dnia 19 grudnia 1991 r. w sprawie rocznych sprawozdań finansowych i skonsolidowanych sprawozdań finansowych zakładów ubezpieczeń (Dz. U. WE 1991, L 374/7 ze zm.) oraz w dyrektywie 2001/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 września 2001 r. zmieniającą dyrektywy 78/660/EWG, 83/349/EWG oraz 86/635/EWG w zakresie zasad oceny rocznych i skonsolidowanych sprawozdań finansowych niektórych rodzajów spółek, a także banków oraz innych instytucji finansowych. Polskie przepisy prawa bilansowego w zakresie działalności ubezpieczeniowej są dostosowane do wymagań dyrektywy.

Zgodnie z wymogami ustawy o rachunkowości sprawozdanie finansowe zakładu ubezpieczeń sporządza się w postaci elektronicznej oraz opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym. Z kolei sprawozdania finansowe jednostek wpisanych do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego sporządza się w strukturze logicznej oraz formacie udostępnianych w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

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

Zgodnie z polskim prawem bilansowym sprawozdanie finansowe zakładu ubezpieczeń obejmuje:

- bilans,
- techniczny rachunek ubezpieczeń na życie,
- techniczny rachunek ubezpieczeń majątkowych i osobowych,
- ogólny rachunek zysków i strat,
- rachunek przepływów pieniężnych,
- zestawienie zmian w kapitale własnym,
- informację dodatkową do sprawozdania finansowego.

Zgodnie z założeniami koncepcyjnymi sporządzania sprawozdań finansowych w celu uzyskania prawdziwego i rzetelnego obrazu jednostki gospodarczej należy stosować nadrzędne zasady rachunkowości:

- zasadę memoriału,
- zasadę istotności,
- zasadę ciągłości,
- zasadę kontynuacji działalności,
- zasadę ostrożności,
- zasadę współmierności,
- zasadę jasnego i rzetelnego obrazu.

Zakład ubezpieczeń i zakład reasekuracji przedstawiają organowi nadzoru roczne sprawozdanie finansowe, sporządzone zgodnie z przepisami o rachunkowości, nie później niż w terminie 15 dni od dnia zatwierdzenia tego sprawozdania przez organ zatwierdzający. Sprawozdanie finansowe zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I (ubezpieczenia na życie) oraz dziale II w grupie 10 załącznika do ustawy (ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika), zakładu reasekuracji wykonującego działalność w zakresie reasekuracji ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, podpisuje również aktuariusz nadzorujący funkcję aktuarialną.

Do sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale II załącznika do ustawy, oraz zakładu reasekuracji wykonującego działalność w zakresie reasekuracji ubezpieczeń, o których mowa w dziale II załącznika do ustawy – w których rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów rachunkowości są ustalane metodami

aktuarialnymi, dołącza się opinię aktuariusza nadzorującego funkcję aktuarialną o prawidłowości wykazanych w sprawozdaniu tych rezerw.

Wyboru podmiotu uprawnionego do badania sprawozdań finansowych zakładu ubezpieczeń i zakładu reasekuracji dokonuje się przed upływem roku obrotowego. Ten sam podmiot nie może być wybrany na okres dłuższy niż 5 lat.

Biegły rewident przeprowadzający badanie sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji niezwłocznie informuje organ nadzoru o ujawnionych podczas badania sprawozdania finansowego zakładu faktach wskazujących na:

- popełnienie przestępstwa,
- istotne naruszenie przepisów prawa dotyczących warunków udzielenia zezwolenia lub wykonywania działalności przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji,
- zakłócenie ciągłości działania zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji,
- możliwość odmowy zatwierdzenia sprawozdania finansowego lub wydania opinii z zastrzeżeniami.

Biegły rewident niezwłocznie informuje organ nadzoru również o wymienionych faktach, ujawnionych w podmiocie posiadającym bliskie powiązania wynikające z powiązania przez kontrolę z zakładem ubezpieczeń lub zakładem reasekuracji, w którym przeprowadza badanie sprawozdania finansowego.

Organ nadzoru może żądać od biegłego rewidenta przekazania informacji i wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego badania sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji w zakresie niezbędnym do wykonywania zadań z zakresu nadzoru.

Wprowadzenie w życie dyrektywy Wypłacalność II spowodowało, że zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność w krajach Unii Europejskiej są zobowiązane prowadzić dwa odrębne systemy sprawozdawczości. Zgodnie z wymogami wymienionej dyrektywy zakłady ubezpieczeń i reasekuracji muszą sporządzać sprawozdania o ich wypłacalności i publicznie je ujawniać.

Zagadnienia związane ze sprawozdawczością publiczną oraz przekazywaniem informacji do organu nadzoru stanowią trzeci filar wymogów dyrektywy Wypłacalność II. Zgodnie z postanowieniami dyrektywy Wypłacalność II zakłady ubezpieczeń i reasekuracji muszą przekazywać organom nadzoru informacje niezbędne do przeprowadzenia oceny systemu zarządzania obowiązującego w danym zakładzie ubezpieczeń. Zarazem należy ocenić: zasady wyceny wykorzystywane

do celów ustalenia wypłacalności, ryzyka i systemy zarządzania ryzykiem związane z działalnością danego zakładu, strukturę kapitałową z uwzględnieniem zapotrzebowania na kapitał, jak i zarządzanie tym kapitałem.

Informacje, jakie zakład ubezpieczeń przekazuje organowi nadzoru, muszą spełniać kryteria dostępności, kompletności, porównywalności, spójności oraz istotności, wiarygodności i zrozumiałości. Przekazywane w raportach informacje muszą być tak zaprezentowane, aby uwzględniały specyfikę działalności danego ubezpieczyciela, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyk dotyczących jego działalności.

Zgodnie z dyrektywą Wypłacalność II zakład ubezpieczeń jest zobowiązany sporządzać następujące sprawozdania:

1. sprawozdanie na temat wypłacalności i kondycji finansowej ujawniane przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji wraz z wszelkimi odpowiednimi informacjami ujawnianymi publicznie na podstawie innych wymogów prawnych lub regulacyjnych, do których odnosi się sprawozdanie na temat wypłacalności i kondycji finansowej, oraz wszelkie aktualizacje tego sprawozdania;
2. regularne sprawozdanie dla organów nadzoru zawierające informacje, o których mowa w art. 307–311 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/35 z dnia 10 października 2014 r. uzupełniającego dyrektywę Solvency II w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II). Sprawozdanie to przedstawia również wszelkie informacje, o których mowa w art. 293–297 wymienionego rozporządzenia, w odniesieniu do których organy nadzoru udzieliły zakładom ubezpieczeń i zakładom reasekuracji zgody na ich nieujawnianie w sprawozdaniu na temat wypłacalności i kondycji finansowej, zgodnie z art. 53 ust. 1 dyrektywy 2009/138/WE. Regularne sprawozdanie dla organów nadzoru ma taką samą strukturę jak przedstawiona w załączniku XX dla sprawozdania na temat wypłacalności i kondycji finansowej;
3. sprawozdanie dotyczące własnej oceny ryzyka i wypłacalności dla organów nadzoru zawierające wyniki każdej własnej oceny ryzyka i wypłacalności przeprowadzonej przez zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji zgodnie z art. 45 ust. 6 dyrektywy 2009/138/WE, za każdym razem, gdy przeprowadzana jest własna ocena ryzyka i wypłacalności zgodnie z art. 45 ust. 5 wspomnianej dyrektywy;

4. roczne i kwartalne formularze sprawozdawcze zawierające dane ilościowe, służące do uszczegółowienia i uzupełnienia informacji przedstawionych w sprawozdaniu na temat wypłacalności i kondycji finansowej oraz w regularnym sprawozdaniu dla organów nadzoru, uwzględniając ewentualne ograniczenia i wyłączenia zgodnie z art. 35 ust. 6 i 7 dyrektywy 2009/138/WE. Zakłady, które są zwolnione z obowiązku składania sprawozdań kwartalnych zgodnie z art. 35 ust. 6 dyrektywy 2009/138/WE, składają tylko roczne formularze sprawozdawcze zawierające dane ilościowe. Obowiązki składania sprawozdań rocznych nie obejmują przekazywania pełnego wykazu aktywów pozycja po pozycji, jeżeli zakłady są zwolnione z tego obowiązku na podstawie art. 35 ust. 7 dyrektywy.

Sprawozdanie dotyczące własnej oceny ryzyka i wypłacalności dla organów nadzoru obejmuje:

1. jakościowe i ilościowe wyniki własnej oceny ryzyka i wypłacalności oraz wnioski opracowane przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji na podstawie tych wyników;
2. metody i główne założenia przyjęte w ramach własnej oceny ryzyka i wypłacalności;
3. informacje na temat ogólnych potrzeb zakładu w zakresie wypłacalności oraz porównanie ogólnych potrzeb w zakresie wypłacalności z regulacyjnymi wymogami kapitałowymi i środkami własnymi zakładu;
4. informacje jakościowe oraz, w przypadku stwierdzenia znacznych rozbieżności, dane ilościowe dotyczące stopnia, w jakim mierzalne ryzyka nie zostały uwzględnione w obliczeniu kapitałowego wymogu wypłacalności.

Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji ujawniają swoje sprawozdanie na temat wypłacalności i kondycji finansowej nie później niż w ciągu 14 tygodni po zakończeniu roku obrachunkowego danego zakładu. Sprawozdanie na temat wypłacalności i kondycji finansowej jest ujawniane na danej stronie internetowej. Jeżeli zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji nie posiadają i nie prowadzą stron internetowych, lecz są członkami stowarzyszenia branżowego posiadającego i prowadzącego strony internetowe, sprawozdanie na temat wypłacalności i kondycji finansowej jest ujawniane na stronach internetowych danego stowarzyszenia, pod warunkiem, że dane stowarzyszenie handlowe wyraża na to zgodę. Jeżeli zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji nie ujawniają swojego sprawozdania na temat wypłacalności i kondycji finansowej na stronach internetowych, mają obowiązek przesłać kopię elektroniczną swojego sprawozdania każdej osobie,

która w ciągu pięciu lat od daty ujawnienia zwróci się o udostępnienie tego sprawozdania. Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji przesyłają sprawozdanie w ciągu 10 dni roboczych od otrzymania takiej prośby.

Informacje, jakie należy ujawnić publicznie, powinny obejmować:

- elementy jakościowe, ilościowe;
- elementy dotyczące przeszłości, teraźniejszości bądź przyszłości;
- dane pochodzące ze źródeł wewnętrznych i zewnętrznych.

W tabeli 18 przedstawiono uproszczony zakres sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń[187].

Tabela 18. Struktura sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń

Pozycja		Zakres danych
A.	Działalność i wyniki operacyjne	1. Działalność 2. Wynik z działalności ubezpieczeniowej 3. Wynik z działalności lokacyjnej (inwestycyjnej) 4. Wyniki z pozostałych rodzajów działalności 5. Wszelkie inne informacje
B.	System zarządzania	1. Informacje ogólne o systemie zarządzania 2. Wymogi dotyczące kompetencji i reputacji 3. System zarządzania ryzykiem, w tym własna ocena ryzyka i wypłacalności 4. System kontroli wewnętrznej 5. Funkcja audytu wewnętrznego 6. Funkcja aktuarialna 7. Outsourcing 8. Wszelkie inne informacje
C.	Profil ryzyka	1. Ryzyko aktuarialne 2. Ryzyko rynkowe 3. Ryzyko kredytowe 4. Ryzyko płynności 5. Ryzyko operacyjne 6. Pozostałe istotne ryzyka 7. Wszelkie inne informacje

[187] E. Spigarska, *Wielowymiarowość sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń (prawo bilansowe, Wypłacalność II, BION, GUS)*, „Studia Oeconomica Posnaniensia" 2018, t. 6, nr 7, Studia ubezpieczeniowe, s. 63–81.

cd. tabeli 18

Pozycja		Zakres danych
D.	Wycena do celów wypłacalności	1. Aktywa 2. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe 3. Inne zobowiązania 4. Alternatywne metody wyceny 5. Wszelkie inne informacje
E.	Zarządzanie kapitałem	1. Środki własne 2. Kapitałowy wymóg wypłacalności i minimalny wymóg kapitałowy 3. Zastosowanie podmodułu ryzyka cen akcji opartego na duracji do obliczenia kapitałowego wymogu wypłacalności 4. Różnice między formułą standardową a stosowanym modelem wewnętrznym 5. Niezgodność z minimalnym wymogiem kapitałowym i niezgodność z kapitałowym wymogiem wypłacalności 6. Wszelkie inne informacje

Źródło: opracowano na podstawie rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/35 z dnia 10 października 2014 r. uzupełniające Dyrektywę Wypłacalność II.

Za zgodą organu nadzoru zakład ubezpieczeń bądź reasekuracji może nie ujawniać pewnych informacji, jeżeli przyczyniłoby się to do tego, że:

1. w wyniku ujawnienia takich informacji konkurencji zakład uzyskałby znaczącą niezależną korzyść,
2. zostałyby ujawnione informacje, co do których istnieją zobowiązania względem ubezpieczających lub inne stosunki z kontrahentami zobowiązujące zakład do zachowania tajemnicy bądź poufałości.

Obowiązkowo jednak musi zakład ujawniać informacje dotyczące opisu zarządzania kapitałem.

Podstawową zasadą wyceny aktywów i pozostałych zobowiązań zakładów ubezpieczeń dla potrzeb dyrektywy Wypłacalność II jest metoda „mark to market", czyli możliwość wyceny w sposób wiarygodny według wartości rynkowej odpowiadającej wartości ekonomicznej. Według tej metody wycena dokonywana jest w oparciu o aktywny rynek. Gdy nie można dokonać wyceny wskazaną metodą, należy posłużyć się metodą „mark to model", wykorzystując do ustalenia

wartości ekonomicznej w możliwie najwyższym stopniu dane pochodzące z rynku. W tym celu stosuje się takie metody wyceny, jak: benchmark, ekstrapolacja bądź inne oparte na danych z aktywnego rynku. W sytuacji korzystania z metod „mark to market" bądź „mark to model" zakłady ubezpieczeń są zobowiązane weryfikować ceny rynkowe lub dane wykorzystywane do wyceny, biorąc pod uwagę ich dokładność i ważność, a także powinny dysponować odpowiednimi procesami gromadzenia i przetwarzania danych. Gdy istniejąca wartość rynkowa nie jest uważana za prawidłową do celów wyceny ekonomicznej, co wymaga użycia modeli, to należy dokonać porównania wartości otrzymanych za pomocą modeli z wartością rynkową. W odniesieniu do stosowania pomiaru w wartości godziwej można uwzględnić wytyczne wydane przez Radę Międzynarodowych Standardów Rachunkowości (np. definicję rynku aktywnego, charakterystykę rynków nieaktywnych), jeżeli nie powoduje to odchyleń (rozbieżności) w stosunku do wyceny wartości ekonomicznej, będącej podstawą wyceny w systemie Wypłacalność II.

5.2. Sprawozdawczość statutowa

Podstawowym elementem sprawozdania informującym o stanie majątkowym zakładu ubezpieczeń jest bilans. Bilans to zestawienie wartości zasobów majątkowych (aktywów) oraz źródeł pochodzenia majątku (pasywów). Zakłady ubezpieczeń sporządzają bilans zgodnie z załącznikiem do ustawy o rachunkowości. Ze względu na specyfikę działalności ubezpieczeniowej scharakteryzowane zostaną elementy dotyczące prowadzonej działalności przez zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji (por. tab. 19).

Tabela 19. Układ bilansu zakładu ubezpieczeń

Aktywa	Pasywa
A. Wartości niematerialne i prawne	**A. Kapitał własny**
1. Wartość firmy	I. Kapitał podstawowy
2. Inne wartości niematerialne i prawne	II. Kapitał zapasowy
B. Lokaty	III. Kapitał z aktualizacji wyceny
I. Nieruchomości	IV. Pozostałe kapitały rezerwowe
II. Lokaty w jednostkach podporządkowanych	V. Zysk (strata) z lat ubiegłych
	VI. Zysk (strata) netto
III. Inne lokaty finansowe	**B. Zobowiązania podporządkowane**

cd. tabeli 19

Aktywa	Pasywa
IV. Należności depozytowe od cedentów **C. Aktywa netto ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający** **D. Należności** I. Należności z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich 1. Należności od ubezpieczających 2. Należności od pośredników ubezpieczeniowych 3. Inne należności II. Należności z tytułu reasekuracji III. Inne należności **E. Inne składniki aktywów** I. Rzeczowe składniki aktywów II. Środki pieniężne III. Pozostałe składniki aktywów **F. Rozliczenia międzyokresowe** I. Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego II. Aktywowane koszty akwizycji III. Zarachowane odsetki i czynsze IV. Inne rozliczenia międzyokresowe **G. Należne wpłaty na kapitał podstawowy** **H. Akcje własne**	**C. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe** I. Rezerwa składek i rezerwa na pokrycie ryzyka niewygasłego II. Rezerwa ubezpieczeń na życie III. Rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia IV. Rezerwy na premie i rabaty dla ubezpieczonych V. Rezerwy na wyrównanie szkodowości (ryzyka) VI. Rezerwy na zwrot składek dla członków VII. Pozostałe rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe określone w statucie VIII. Rezerwy ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający **D. Udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych (wartość ujemna)** I. Udział reasekuratorów w rezerwie składek i w rezerwie na pokrycie ryzyka niewygasłego II. Udział reasekuratorów w rezerwie ubezpieczeń na życie III. Udział reasekuratorów w rezerwie na niewypłacone odszkodowania i świadczenia IV. Udział reasekuratorów w rezerwie na premie i rabaty dla ubezpieczonych V. Udział reasekuratorów w pozostałych rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych określonych w statucie VI. Udział reasekuratorów w rezerwie ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko (lokaty) inwestycyjne ponosi ubezpieczający **E. Oszacowane regresy i odzyski (wielkość ujemna)** **F. Pozostałe rezerwy**

Aktywa	Pasywa
	I. Rezerwy na świadczenia emerytalne oraz inne obowiązkowe świadczenia pracowników II. Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego III. Inne rezerwy **G. Zobowiązania z tytułu depozytów reasekuratorów** **H. Pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne** I. Zobowiązania z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich 1. Zobowiązania wobec ubezpieczających 2. Zobowiązania wobec pośredników ubezpieczeniowych 3. Inne zobowiązania z tytułu ubezpieczeń II. Zobowiązania z tytułu reasekuracji III. Zobowiązania z tytułu emisji własnych dłużnych papierów wartościowych oraz pobranych pożyczek IV. Zobowiązania wobec instytucji kredytowych V. Inne zobowiązania VI. Fundusze specjalne **I. Rozliczenia międzyokresowe** 1. Rozliczenia międzyokresowe kosztów 2. Ujemna wartość firmy 3. Przychody przyszłych okresów
Razem aktywa	**Razem pasywa**

Źródło: ustawa o rachunkowości.

Podstawową grupą aktywów zakładów ubezpieczeń są lokaty. Ustawa o rachunkowości definiuje pojęcie „lokat", stanowiących inwestycje zakładu ubezpieczeń. Są to aktywa posiadane w celu osiągnięcia korzyści ekonomicznych wynikających z przyrostu wartości tych aktywów, uzyskania z nich przychodów w formie odsetek, dywidend (udziałów w zyskach) lub innych pożytków, w tym również z transakcji handlowej, a w szczególności aktywa finansowe oraz te nieruchomości i wartości niematerialne i prawne, które nie są użytkowane przez jednostkę, lecz zostały nabyte w celu osiągnięcia tych korzyści.

Lokaty są dla wszystkich zakładów ubezpieczeń głównym źródłem zwiększania kapitału własnego przez dochody z lokat w formie otrzymywanych odsetek, czynszów, dywidend, sprzedaży lub rewaloryzacji lokat. Przynoszenie dochodów o stałej lub zmiennej wysokości jest celem i istotą wszystkich lokat. Gwarantują one bezpieczeństwo finansowe ubezpieczycieli i z tego powodu powinny charakteryzować się niezbędną i w miarę możliwości optymalną płynnością.

W celach sprawozdawczych i wyceny dokonuje się klasyfikacji lokat ze względu na czas upływający od momentu dokonania lokaty do dnia jej realizacji na:

- lokaty krótkoterminowe – lokaty, które ze względu na stopień płynności są możliwe do realizacji w okresie krótszym niż rok i które zakład ubezpieczeń zamierza w tym okresie zrealizować;
- lokaty długoterminowe – lokaty, których termin wykupu przypada po upływie jednego roku.

Zakład ubezpieczeń i zakład reasekuracji lokują środki finansowe, a w szczególności aktywa stanowiące pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności i aktywa stanowiące pokrycie minimalnego wymogu kapitałowego, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa, jakości i rentowności, przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków. Umiejscowienie aktywów zapewnia ich dostępność.

Dokonując lokat, zakłady ubezpieczeń, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, muszą kierować się następującymi zasadami:

1. aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności muszą uwzględniać rodzaj działalności wykonywanej przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji, w szczególności charakter i czas trwania zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia lub umów reasekuracji;
2. aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności muszą być lokowane w sposób zgodny z interesami ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, z uwzględnieniem ujawnionych celów prowadzonej polityki lokacyjnej;
3. aktywa powinny być zróżnicowane i odpowiednio rozproszone, tak aby umożliwiały właściwe reagowanie przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji na zmiany w otoczeniu gospodarczym, w szczególności na rozwój sytuacji na rynkach finansowych i rynkach nieruchomości lub wystąpienie zdarzeń katastroficznych;

4. lokaty w aktywa, które nie są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym, zakład zobowiązany jest utrzymywać na ostrożnym poziomie;
5. zakład może lokować aktywa w instrumenty pochodne, pod warunkiem, że przyczyniają się one do zmniejszenia ryzyka lub ułatwiają efektywne zarządzanie portfelem;
6. zakład różnicuje aktywa w taki sposób, aby uniknąć nadmiernego uzależnienia od jednego, określonego składnika aktywów, emitenta lub grupy emitentów powiązanych ze sobą lub określonego obszaru geograficznego oraz nadmiernej akumulacji ryzyka w całym portfelu, a lokaty w aktywach wyemitowanych przez tego samego emitenta lub grupę emitentów powiązanych ze sobą nie mogą narażać zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji na nadmierną koncentrację ryzyka.

W zakładach ubezpieczeń majątkowych i na życie dominują inne lokaty finansowe (czyli aktywa finansowe). Zakład ubezpieczeń dokonuje wyceny innych lokat finansowych na dzień bilansowy z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. Aktywa finansowe przeznaczone do obrotu oraz aktywa finansowe dostępne do sprzedaży, gdy jest możliwe ustalenie wartości godziwej w sposób wiarygodny, wycenia się w wartości godziwej[188]. Aktywa finansowe przeznaczone do obrotu oraz aktywa finansowe dostępne do sprzedaży dla aktywów finansowych, dla których jest ustalony termin wymagalności, gdy wartości godziwej nie można wiarygodnie ustalić, wycenia się według skorygowanej ceny nabycia[189], z uwzględ-

[188] Wartość godziwa to kwota, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązanymi ze sobą stronami.

Według Międzynarodowego Standardu Sprawozdawczości Finansowej 13 „Wycena wartości godziwej" wartość godziwa została zdefiniowana jako cena, którą otrzymano by za zbycie składnika aktywów lub zapłacono by za przeniesienie zobowiązania w transakcji przeprowadzonej na zwykłych warunkach między uczestnikami rynku na dzień wyceny.

Wartość godziwą instrumentów finansowych znajdujących się w obrocie na aktywnym rynku stanowi cena rynkowa pomniejszona o koszty związane z przeprowadzeniem transakcji, gdyby ich wysokość była znacząca. Cenę rynkową aktywów finansowych posiadanych przez jednostkę oraz zobowiązań finansowych, które jednostka zamierza zaciągnąć, stanowi zgłoszona na rynku bieżąca oferta kupna, natomiast cenę rynkową aktywów finansowych, które jednostka zamierza nabyć, oraz zaciągniętych zobowiązań finansowych stanowi zgłoszona na rynek bieżąca oferta sprzedaży.

[189] Skorygowana cena nabycia aktywów finansowych i zobowiązań finansowych to cena nabycia (wartość), w jakiej składnik aktywów finansowych lub zobowiązań finansowych został po raz pierwszy wprowadzony do ksiąg rachunkowych, pomniejszona o spłaty wartości nominalnej, odpowiednio skorygowana o skumulowaną kwotę zdyskontowanej różnicy między wartością początkową składnika

nieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości[190], natomiast w przypadku aktywów, dla których nie ustalono terminu wymagalności według ceny nabycia[191], z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości.

W ramach lokat ujmuje się zarówno nieruchomości przeznaczone na cele inwestycyjne, jak i nieruchomości wykorzystywane na własne potrzeby. Według ustawy o rachunkowości inwestycje w nieruchomości obejmują grunty, budynki, budowle oraz stanowiące odrębną własność jednostki lokale mieszkalne i użytkowe, a także spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu nabyte w celu uzyskania korzyści ekonomicznych z przyrostu ich wartości. Z kolei według Międzynarodowego Standardu Rachunkowości (MSR) nr 40 „Nieruchomości inwestycyjne" obejmują grunt, budynek (część budynku) lub oba składniki łącznie utrzymywane przez właściciela lub korzystającego na podstawie umowy leasingu finansowego w celu uzyskiwania pożytków z wynajmu lub korzyści wynikających z przyrostu wartości tej nieruchomości.

Międzynarodowy Standard Rachunkowości nr 40 i ustawa o rachunkowości pozwalają jednostce na dokonanie wyboru metody wyceny inwestycji na dzień bilansowy K pomiędzy modelem wartości godziwej a modelem ceny nabycia. Wymaga jednak, aby jednostka stosowała wybraną metodę wyceny do wszystkich swoich nieruchomości inwestycyjnych. W modelu wartości godziwej składnik aktywów nie jest amortyzowany, natomiast wszystkie zmiany wyceny (zmiany w wartości godziwej) z okresu na okres są ujmowane jako przychody i koszty w rachunku zysków i strat. Wiąże się to z koniecznością dokonywania odpisów

---

i jego wartością w terminie wymagalności, wyliczoną za pomocą efektywnej stopy procentowej, a także pomniejszona o odpisy aktualizujące wartość.

[190] Trwała utrata wartości zachodzi wtedy, gdy istnieje duże prawdopodobieństwo, że kontrolowany przez jednostkę składnik aktywów nie przyniesie w przyszłości w znaczącej części lub w całości przewidywanych korzyści ekonomicznych. Uzasadnia to dokonanie odpisu aktualizującego, doprowadzającego wartość składnika aktywów wynikającą z ksiąg rachunkowych do ceny sprzedaży netto, a w przypadku jej braku – do ustalonej w inny sposób wartości godziwej.

[191] Cena nabycia to cena zakupu składnika aktywów, obejmująca kwotę należną sprzedającemu (bez podlegających odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego), a w przypadku importu powiększona o obciążenia o charakterze publicznoprawnym oraz powiększona o koszty bezpośrednio związane z zakupem i przystosowaniem składnika aktywów do stanu zdatnego do używania lub wprowadzenia do obrotu, łącznie z kosztami transportu, jak też załadunku, wyładunku, składowania lub wprowadzenia do obrotu, a obniżona o rabaty, opusty, inne podobne zmniejszenia i odzyski. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie ceny nabycia składnika aktywów, a w szczególności przyjętego nieodpłatnie, w tym w drodze darowizny – jego wyceny dokonuje się według ceny sprzedaży takiego samego lub podobnego przedmiotu. W przypadku gdy koszty zakupu są nieistotne, można ująć je w ciężar wyniku finansowego, dokonując jednocześnie wyceny lokaty na poziomie ceny zakupu.

aktualizujących, doprowadzających wartość inwestycji na koniec każdego roku obrotowego do poziomu wartości godziwej. Międzynarodowy Standard Rachunkowości 40 wskazuje na dane pochodzące z aktywnego rynku (aktualne ceny rynkowe podobnych nieruchomości inwestycyjnych, które mają podobną lokalizację, znajdują się w podobnym stanie, są leasingowane na podobnych zasadach i służą podobnym celom) jako najlepszą podstawę ustalania wartości godziwej. W przypadku gdy jednostka nie dysponuje cenami rynkowymi nieruchomości, powinna brać pod uwagę informacje z innych źródeł, takie jak MSR 40 par. 46:

1. aktualne ceny podobnych nieruchomości występujące na aktywnym rynku;
2. niedawne ceny z mniej aktywnego rynku, skorygowane o wszystkie zmiany warunków ekonomicznych, które wystąpiły od czasu przeprowadzenia analizowanych transakcji;
3. planowane zdyskontowane przepływy środków pieniężnych związanych z daną nieruchomością.

Zgodnie z modelem ceny nabycia, narzuconym przez rozporządzenie w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, nieruchomość inwestycyjną wycenia się według ceny nabycia czy też kosztu wytworzenia pomniejszoną o odpisy amortyzacyjne oraz odpisy z tytułu trwałej utraty wartości.

Kolejną grupę, czyli pożyczki udzielone i należności własne, wycenia się według skorygowanej ceny nabycia, z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości. Ujmuje się tutaj również pożyczki, których głównym zabezpieczeniem jest ustanowiona hipoteka, nawet jeżeli pożyczki są zabezpieczone dodatkowo polisami oraz pożyczki zabezpieczone przez instytucje finansowe. Natomiast udziały w jednostkach podporządkowanych podlegają wycenie metodą praw własności.

Następna grupa to należności depozytowe od cedentów, które zakład ubezpieczeń albo zakład reasekuracji przyjmujący ryzyko wykazuje jako kwoty należne od cedentów i odpowiadające udzielonym gwarancjom wykonania zobowiązań wynikających z zawartych umów reasekuracji czynnej, które zostały złożone u cedentów lub u osób trzecich bądź zostały zatrzymane przez te jednostki.

Pozycja „Aktywa netto ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjnej) ponosi ubezpieczający" występuje tylko w przypadku zakładów działu I, czyli w zakładach ubezpieczeń na życie. Ujmuje się tu aktywa netto na rachunek i ryzyko ubezpieczającego. Dotyczy to aktywów, których wartość jest wykorzystywana do

wyceny wartości zysku z umów ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz służących pokryciu zobowiązań, których wartość jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe.

W grupie „Pozostałe należności" ujmuje się m.in. należności z tytułu pełnienia funkcji komisarza awaryjnego, wykonywanych na zlecenie innych zakładów ubezpieczeń lub zakładów reasekuracji.

Z kolei aktywowane koszty akwizycji są to koszty akwizycji, w części przypadającej na przyszłe okresy sprawozdawcze. Zarachowane odsetki i czynsze obejmują odsetki i czynsze naliczone na dzień bilansowy, które nie są zapadalne lub należne, a które nie zostały uwzględnione w wartości lokat.

Po stronie pasywów występują następujące podstawowe grupy:

- kapitał własny,
- zobowiązania podporządkowane,
- rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe.

Zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej kapitał zakładowy krajowego zakładu ubezpieczeń nie może być niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego wymaganego dla grup ubezpieczeń, o których mowa w załączniku do ustawy i w zakresie których krajowy zakład ubezpieczeń posiada zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej. Kapitał zakładowy jest pokrywany wkładem pieniężnym i podlega wpłaceniu w całości przed zarejestrowaniem krajowego zakładu ubezpieczeń i krajowego zakładu reasekuracji w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń oraz zagranicznych zakładów reasekuracji wykazują kapitały wyodrębnione z kapitału własnego, odpowiednio do zagranicznego zakładu ubezpieczeń albo zagranicznego zakładu reasekuracji i uznane przez ten zakład jako kapitał podstawowy oddziału.

W pozycji „Kapitał z aktualizacji wyceny" zakłady ubezpieczeń ujmują m.in. różnicę powstałą na skutek aktualizacji wartości aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży. W przypadku dłużnych papierów wartościowych zaliczonych do aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży wykazuje się tutaj różnice pomiędzy wartością godziwą a skorygowaną ceną nabycia. Różnice pomiędzy skorygowaną ceną nabycia a ceną nabycia dłużnych papierów wartościowych, a w przypadku uprzednio przeszacowanych – odpowiednio wartością przeszacowaną, ujmuje się bezpośrednio w przychodach z lokat w technicznym rachunku ubezpieczeń na życie (dział I) lub ogólnego rachunku zysków i strat.

Zobowiązania podporządkowane są to zobowiązania, które w razie likwidacji lub upadłości zakładu ubezpieczeń albo zakładu reasekuracji są spłacane po zaspokojeniu wszystkich innych wierzycieli zakładu ubezpieczeń albo zakładu reasekuracji.

W grupie „Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe" ujmuje się rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe przed uwzględnieniem udziału reasekuratora w tych rezerwach[192].

Podstawową zasadą przy tworzeniu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jest to, że przyjęte reguły ich tworzenia i metody ustalania, jak również założenia dotyczące danych i wskaźników statystycznych wykorzystywanych przy ich ustalaniu powinny być stosowane w sposób ciągły. Nieuzasadnione zmiany zasad, metod i założeń są niedopuszczalne. Wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale reasekuratora jest ustalana przez zakłady ubezpieczeń zgodnie z zawartymi umowami reasekuracji.

Zakład ubezpieczeń będący cedentem ujmuje w pozycji „Zobowiązania z tytułu depozytów reasekuratorów zobowiązania w wysokości środków finansowych otrzymanych od reasekuratora lub potrąconych mu na podstawie umów reasekuracji. Kwoty te nie mogą być łączone z innymi zobowiązaniami wobec tego reasekuratora, jak również kompensowane z należnościami od niego.

Fundusze specjalne obejmują fundusze tworzone zarówno na mocy przepisów prawa, jak i na mocy uchwał walnego zgromadzenia. Obejmują one w szczególności fundusz prewencyjny, fundusz organizacyjny oraz wszelkie fundusze dla pracowników. Fundusz prewencyjny jest tworzony w wysokości nieprzekraczającej 1% składki przypisanej na udziale własnym w ostatnim roku obrotowym. Z kolei z funduszu organizacyjnego zgromadzonego na wyodrębnionym rachunku bankowym mogą być finansowane wyłącznie koszty związane z utworzeniem administracji zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji oraz jego przedstawicielstw.

Kolejnym sprawozdaniem służącym do ustalenia wyniku finansowego jest rachunek zysków i strat. W przypadku działalności ubezpieczeniowej wynik finansowy ustala się dwustopniowo – najpierw wynik techniczny (wynik *sensu stricto* na działalności ubezpieczeniowej), potem wynik ogólny. W związku z tym wyróżnia się trzy wzory rachunku zysków i strat:

1. techniczny rachunek ubezpieczeń na życie – dział I,

[192] Szczegółowy katalog i zasady tworzenia rezerw zostały opisane w rozdziale 2.4.2.

2. techniczny rachunek ubezpieczeń majątkowych i osobowych – dział II,
3. ogólny rachunek zysków i strat – dział I i dział II.

We wszystkich pozycjach technicznych rachunków ubezpieczeń oraz ogólnego rachunku zysków i strat muszą być przedstawione dane porównawcze za analogiczny okres sprawozdawczy poprzedniego roku obrotowego. Zakłady ubezpieczeń sporządzają techniczny rachunek ubezpieczeń na życie oraz techniczny rachunek ubezpieczeń majątkowych i osobowych w podziale na grupy ubezpieczeń (por. tab. 20 i 21).

Tabela 20. Techniczny rachunek ubezpieczeń na życie

I. Składki (1–2–3+4)
1. Składki przypisane brutto
2. Udział reasekuratorów w składce przypisanej
3. Zmiana stanu rezerw składek i rezerwy na ryzyko niewygasłe brutto
4. Udział reasekuratorów w zmianie stanu rezerw składek
II. Przychody z lokat
1. Przychody z lokat w nieruchomości
2. Przychody z lokat w jednostkach podporządkowanych
2.1. Z udziałów lub akcji
2.2. Z pożyczek i dłużnych papierów wartościowych
2.3. Z pozostałych lokat
3. Przychody z innych lokat finansowych
3.1. Z udziałów, akcji, innych papierów wartościowych o zmiennej kwocie dochodu oraz jednostek uczestnictwa i certyfikatów inwestycyjnych w funduszach inwestycyjnych
3.2. Z dłużnych papierów wartościowych oraz innych papierów wartościowych o stałej kwocie dochodu
3.3. Z lokat terminowych w instytucjach kredytowych
3.4. Z pozostałych lokat
4. Wynik dodatni z rewaloryzacji lokat
5. Wynik dodatni z realizacji lokat
III. Niezrealizowane zyski z lokat
IV. Pozostałe przychody techniczne na udziale własnym
V. Odszkodowania i świadczenia (1+2)
1. Odszkodowania i świadczenia wypłacone na udziale własnym
1.1. Odszkodowania i świadczenia brutto
1.2. Udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach wypłaconych
2. Zmiana stanu rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia na udziale własnym

2.1. Rezerwy brutto
2.2. Udział reasekuratorów
VI. Zmiana stanu innych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale własnym
1. Zmiana stanu rezerw w ubezpieczeniach na życie na udziale własnym
1.1. Rezerw brutto
Na udziale reasekuratorów
2. Zmiana stanu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale własnym dla ubezpieczeń na życie, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający
2.1. Rezerw brutto
2.2. Na udziale reasekuratorów
3. Zmiana stanu pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych przewidzianych w statucie na udziale własnym
3.1. Rezerw brutto
3.2. Na udziale reasekuratorów
VII. Premie i rabaty łącznie ze zmianą stanu rezerw na udziale własnym
VIII. Koszty działalności ubezpieczeniowej
1. Koszty akwizycji
1.1. W tym zmiana stanu aktywowanych kosztów akwizycji
2. Koszty administracyjne
3. Prowizje reasekuracyjne i udziały w zyskach
IX. Koszty działalności lokacyjnej
1. Koszty utrzymania nieruchomości
2. Pozostałe koszty działalności lokacyjnej
3. Wynik ujemny z rewaloryzacji lokat
4. Wynik ujemny z realizacji lokat
X. Niezrealizowane straty na lokatach
IX. Pozostałe koszty techniczne na udziale własnym
XII. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione do ogólnego rachunku zysków i strat
XIII. Wynik techniczny ubezpieczeń na życie

Źródło: ustawa o rachunkowości.

Tabela 21. Techniczny rachunek ubezpieczeń majątkowych i osobowych

I. Składki (1–2–3+4)
1. Składki przypisane brutto
2. Udział reasekuratorów w składce przypisanej
3. Zmiana stanu rezerw składek i rezerwy na ryzyko niewygasłe brutto
4. Udział reasekuratorów w zmianie stanu rezerw składek
II. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione z ogólnego rachunku zysków i strat
III. Pozostałe przychody techniczne na udziale własnym
IV. Odszkodowania i świadczenia (1+2)
1. Odszkodowania i świadczenia wypłacone na udziale własnym
1.1. Odszkodowania i świadczenia brutto
1.2. Udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach wypłaconych
2. Zmiana stanu rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia na udziale własnym
2.1. Zmiana stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia brutto
2.2. Udział reasekuratorów w zmianie stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia
V. Zmiana stanu pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale własnym
1. Zmiany stanu pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto
2. Udział reasekuratorów w zmianie stanu pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych
VI. Premie i rabaty na udziale własnym łącznie ze zmianą stanu rezerw
VII. Koszty działalności ubezpieczeniowej
1. Koszty akwizycji
1.1. W tym zmiana stanu aktywowanych kosztów akwizycji
2. Koszty administracyjne
3. Prowizje reasekuracyjne i udział w zyskach reasekuratorów
VIII. Pozostałe koszty techniczne na udziale własnym
IX. Zmiany stanu rezerw na wyrównanie szkodowości (ryzyka)
X. Wynik techniczny ubezpieczeń majątkowych i osobowych

Źródło: ustawa o rachunkowości.

Wynik techniczny stanowi różnicę między przychodami ze składek oraz pozostałymi przychodami technicznymi a wypłaconymi odszkodowaniami oraz świadczeniami i zmianami stanu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, z uwzględnieniem udziału reasekuratorów w składce, wypłaconych odszkodowaniach i świadczeniach, w zmianach stanu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz kosztach działalności ubezpieczeniowej i pozostałych kosztach technicznych. Na techniczny wynik ubezpieczeń zasadniczy wpływ ma poziom składek, określony taryfami – ustalanymi przez zakłady ubezpieczeń – poszczególnych rodzajów ubezpieczeń i produktów ubezpieczeniowych.

Składka ubezpieczeniowa jest to suma pieniężna, którą ubezpieczony lub ubezpieczający się w ubezpieczeniach obowiązkowych bądź dobrowolnych jest zobowiązany zapłacić zakładowi ubezpieczeń za udzieloną przez niego ochronę ubezpieczeniową w okresie ubezpieczenia. Ustalana jest w wysokości zapewniającej środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń, tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszów rezerwowych oraz na pokrycie działalności ubezpieczeniowej.

W pozycji „Składki przypisane brutto" technicznego rachunku ubezpieczeń na życie oraz technicznego rachunku ubezpieczeń majątkowych i osobowych, ujmowane są kwoty składek ubezpieczeniowych z tytułu zawartych umów ubezpieczenia. W tej pozycji należy uwzględniać m.in.:

1. składki zarachowane tytułem świadczonej w okresie sprawozdawczym ochrony ubezpieczeniowej, których faktyczne rozliczenie nastąpi w następnych okresach sprawozdawczych;
2. składki jednorazowe, łącznie ze składkami na ubezpieczenie rentowe, w zakresie ubezpieczeń na życie, składki jednorazowe wynikające z rezerw na premie i rabaty dla ubezpieczonych, jeżeli wynika to z umów ubezpieczenia;
3. dodatkowe składki w przypadku płatności półrocznych, kwartalnych lub miesięcznych oraz dodatkowych płatności ze strony posiadaczy polis na wydatki poniesione przez zakład ubezpieczeń;
4. w przypadku koasekuracji, część składek przypadającą na zakład ubezpieczeń zgodnie z umową koasekuracji;
5. składki reasekuracyjne należne od cedentów, w tym także z tytułu wejścia w portfel cedenta po potrąceniu niewykorzystanych składek z ubezpieczeń, wycofanych z portfela na rzecz zakładów ubezpieczeń będących cedentami.

Składki ujmuje się łącznie ze wszystkimi dodatkami i uzupełnieniami za okresy zaległe, po potrąceniu storn, zwrotów, upustów, wszelkich zniżek i bonifikat.

Dla potrzeb rachunkowości wyróżnia się składkę: brutto, na udziale własnym, przypisaną, zarobioną, zarobioną na udziale własnym[193]. W pozycji I technicznego rachunku ubezpieczeń ujmowane są *de facto* składki zarobione na udziale własnym wyznaczane następująco:

Składka zarobiona na udziale własnym
=
Składka przypisana brutto
–/+ Zmiana stanu rezerwy składki
– Udział reasekuratora
+/– Udział reasekuratora w zmianie stanu rezerwy składki

Księgowań składek powinno dokonywać się pod datą ich wymagalności, czyli w przypadku ubezpieczeń bezpośrednich pod datą pierwszego dnia okresu ubezpieczenia ustalonego w umowie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż po opłaceniu składki.

Podstawową grupą kosztów technicznych w zakładach ubezpieczeń są odszkodowania i świadczenia. Stanowią one sumy pieniężne, które ubezpieczyciel jest obowiązany wypłacić ubezpieczającemu, ubezpieczonemu bądź uposażonemu w przypadku zajścia określonego w umowie ubezpieczeniowej wypadku losowego. Termin „odszkodowanie" dotyczy szkód majątkowych, zaś „świadczenie" – ubezpieczeń osobowych.

Na wielkość odszkodowania ubezpieczeniowego wpływają trzy podstawowe elementy:

- wartość ubezpieczenia,
- suma ubezpieczenia,
- wysokość szkody.

Wartość ubezpieczenia jest to wartość przedmiotu ubezpieczenia ustalona zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia. Pojęcie wartości ubezpieczenia występuje w przypadku ubezpieczeń majątkowych. Suma ubezpieczenia to kwota pieniężna, na którą, zgodnie z umową, został ubezpieczony przedmiot ubezpieczenia.

[193] Kategorie te szczegółowo zostały opisane w rozdziale 2.3.

Zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym rachunkowości zakładów ubezpieczeń koszty odszkodowań i świadczeń obejmują wszelkie wypłaty i obciążenia (rozliczenia w kompensacie z należnościami) dokonywane w okresie sprawozdawczym:

1. z tytułu odszkodowań i świadczeń za szkody i wypadki powstałe w okresie sprawozdawczym i w okresach ubiegłych (w tym również świadczenia rentowe) i wykupów w ubezpieczeniach na życie, łącznie z bezpośrednimi i pośrednimi, zewnętrznymi i wewnętrznymi kosztami likwidacji szkód i windykacji regresów oraz kosztami poniesionymi w celu uzyskania dotacji, pomniejszone o otrzymane zwroty, regresy, wszelkie odzyski (w tym odzyski ze sprzedaży pozostałości po szkodach) i dotacje. Koszty likwidacji szkód i windykacji regresów obejmują także koszty postępowania spornego;
2. odszkodowania i świadczenia z tytułu koasekuracji, w części przypadającej na udział zakładu ubezpieczeń zgodnie z umową koasekuracji;
3. rozliczone przez cedentów odszkodowania i świadczenia przypadające na zakład ubezpieczeń albo zakład reasekuracji z tytułu reasekuracji czynnej.

Koszty likwidacji szkód stanowią bezpośrednie i pośrednie koszty związane z wykonywaniem czynności wypłacania odszkodowań i świadczeń należnych z tytułu umów, przejmowanie i zbywanie przedmiotów związanych z regresami, prowadzeniem postępowań regresowych i windykacyjnych. Obejmują one przede wszystkim:

- wynagrodzenia wraz z narzutami pracowników zajmujących się likwidacją szkody,
- koszty ekspertyz i atestów związanych z oceną zaistniałej szkody,
- koszty obsługi procesu likwidacji szkody,
- koszty postępowań regresowych i windykacyjnych.

Kolejną grupę stanowią koszty prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, na które składają się koszty akwizycji i koszty administracyjne.

Koszty akwizycji związane są z zawieraniem i odnawianiem umów ubezpieczenia. Dzielą się one na koszty bezpośrednie i pośrednie. Na bezpośrednie koszty akwizycji składają się:

- prowizje pośredników ubezpieczeniowych,
- koszty badań lekarskich,
- koszty wystawienia polis,
- koszty atestów i ekspertyz przy wycenie ryzyka.

Natomiast koszty pośrednie obejmują:
- koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych,
- koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polis.

Koszty akwizycji wykazywane są w technicznym rachunku ubezpieczeń, z uwzględnieniem kosztów akwizycji rozliczanych w czasie. Wraz z kosztami akwizycji wykazuje się prowizje reasekuracyjne i udziały w zyskach płacone cedentom.

Koszty administracyjne obejmują koszty zarządu i administracji związane z funkcjonowaniem zakładu ubezpieczeń. Są to koszty o charakterze ogólnym dotyczące działalności ubezpieczeniowej. Składają się na nie przede wszystkim:
- amortyzacja środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych,
- wynagrodzenia pracowników,
- ubezpieczenia społeczne,
- usługi obce wraz z podatkiem VAT,
- czynsze za lokale biurowe,
- zużycie materiałów biurowych i energii,
- podatki i opłaty publiczne,
- koszty podróży służbowych.

W pozycji „Pozostałe koszty techniczne na udziale własnym" ujmuje się w szczególności:
- należne wpłaty na Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny;
- należne wpłaty na koszty nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową i reasekuracyjną;
- należne wpłaty członkowskie dla Polskiej Izby Ubezpieczeń;
- należne wpłaty na pokrycie kosztów działalności Rzecznika Finansowego i jego Biura;
- odpisy na fundusz prewencyjny bądź koszty prowadzenia działalności prewencyjnej, jeżeli zakład ubezpieczeń nie tworzy funduszu prewencyjnego;
- należne wpłaty na rzecz Związku Ochotniczych Straży Pożarnych Rzeczypospolitej Polskiej;
- ujemne różnice wynikające z rozliczenia ryczałtów dla szkód wypłaconych z umów ubezpieczenia zawartych przez zakład ubezpieczeń i rozliczonych w ramach bezpośredniej likwidacji szkód;
- inne koszty na udziale własnym uwzględniane przy kalkulacji składki;

– wartość odpisów aktualizujących należności z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich oraz reasekuracji;
– ujemne różnice kursowe z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich i reasekuracji.

Na koszty działalności lokacyjnej składają się wewnętrzne i zewnętrzne koszty wynikające z prowadzonej przez zakład ubezpieczeń albo zakład reasekuracji działalności lokacyjnej, w tym koszty zarządzania lokatami, prowizje bankowe, prowizje biur maklerskich oraz amortyzacja i koszty utrzymania nieruchomości, z wyłączeniem amortyzacji i kosztów utrzymania nieruchomości wykorzystywanych na własne potrzeby.

Na wynik finansowy netto (zysk lub stratę) zakładu ubezpieczeń składają się następujące elementy:
– wynik techniczny ubezpieczeń, który może być dodatni lub ujemny, co oznacza zysk lub stratę na ubezpieczeniach prowadzonych przez zakład;
– różnica między pozostałymi przychodami operacyjnymi a pozostałymi kosztami operacyjnymi (dodatnia lub ujemna);
– wynik na operacjach nadzwyczajnych, stanowiących różnicę (dodatnią lub ujemną) między zrealizowanymi zyskami nadzwyczajnymi a poniesionymi stratami nadzwyczajnymi;
– obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego z tytułu podatku dochodowego od osób prawnych oraz płatności z nim zrównanych.

Wzór ogólnego rachunku zysków i strat ujęto w tabeli 22.

Tabela 22. Ogólny rachunek zysków i strat

I. Wynik techniczny ubezpieczeń majątkowych i osobowych lub ubezpieczeń na życie
II. Przychody z lokat
1. Przychody z lokat w nieruchomości
2. Przychody z lokat w jednostkach podporządkowanych
2.1. Z udziałów i akcji
2.2. Z pożyczek i dłużnych papierów wartościowych
2.3. Z pozostałych lokat
3. Przychody z innych lokat finansowych
3.1. Z udziałów, akcji, innych papierów wartościowych o zmiennej kwocie dochodu oraz jednostek uczestnictwa i certyfikatów inwestycyjnych w funduszach inwestycyjnych
3.2. Z dłużnych papierów wartościowych oraz innych papierów wartościowych o stałej kwocie dochodu

cd. tabeli 22

3.3. Z lokat terminowych w instytucjach kredytowych
3.4. Z pozostałych lokat
4. Wynik dodatni z rewaloryzacji lokat
5. Wynik dodatni z realizacji lokat
III. Niezrealizowane zyski z lokat
IV. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione z technicznego rachunku ubezpieczeń na życie
V. Koszty działalności lokacyjnej
1. Koszty utrzymania nieruchomości
2. Pozostałe koszty działalności lokacyjnej
3. Wynik ujemny z rewaloryzacji lokat
4. Wynik ujemny z realizacji lokat
VI. Niezrealizowane straty na lokatach
VII. Przychody z lokat netto po uwzględnieniu kosztów, przeniesione do technicznego rachunku ubezpieczeń majątkowych i osobowych
VIII. Pozostałe przychody operacyjne
IX. Pozostałe koszty operacyjne
X. Zysk (strata) z działalności operacyjnej
XI. Zyski nadzwyczajne
XII. Straty nadzwyczajne
XIII. Zysk (strata) brutto
XIV. Podatek dochodowy
XV. Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)
XVI. Zysk (strata) netto

Źródło: ustawa o rachunkowości.

W technicznym rachunku ubezpieczeń na życie oraz ogólnym rachunku zysków i strat w pozycji „Wynik dodatni z rewaloryzacji lokat" ujmuje się m.in. przychody dotyczące rozwiązania wcześniej utworzonych odpisów z tytułu trwałej utraty wartości lokat. Z kolei niezrealizowane zyski z lokat stanowią w szczególności dodatnią różnicę pomiędzy wartością bilansową a ceną nabycia (kosztem wytworzenia) lokat, a w przypadku lokat uprzednio przeszacowanych – odpowiednio wartością przeszacowaną, z wyjątkiem dodatniej różnicy z rewaloryzacji lokat ujmowanej w kapitale własnym. W pozycji tej, w przypadku dłużnych papierów wartościowych, których różnice z wyceny nie są ujmowane w kapitale własnym, wykazuje się dodatnie różnice pomiędzy wartością godziwą a skorygowaną ceną

nabycia. Różnice pomiędzy skorygowaną ceną nabycia a ceną nabycia dłużnych papierów wartościowych, a w przypadku uprzednio przeszacowanych – odpowiednio wartością przeszacowaną, ujmuje się bezpośrednio w przychodach z lokat technicznego rachunku ubezpieczeń na życie lub ogólnego rachunku zysków i strat. Natomiast w wyniku ujemnym z rewaloryzacji lokat ujmuje się wartość utworzonych w okresie sprawozdawczym odpisów z tytułu trwałej utraty wartości lokaty, zaś niezrealizowane straty na lokatach stanowią ujemną różnicę pomiędzy wartością bilansową a ceną nabycia (kosztem wytworzenia) lokat, a w przypadku lokat uprzednio przeszacowanych – odpowiednio wartością przeszacowaną ustaloną na początek okresu sprawozdawczego, z wyjątkiem ujemnej różnicy z rewaloryzacji lokat ujmowanej w kapitale własnym. W pozycji tej, w przypadku dłużnych papierów wartościowych, których różnice z wyceny nie są ujmowane w kapitale własnym, wykazuje się ujemne różnice pomiędzy wartością godziwą a skorygowaną ceną nabycia.

W rachunku ogólnym należy również wyróżnić pozostałe przychody i koszty operacyjne. Na pozostałe przychody operacyjne składają się:

- pozostałe przychody finansowe,
- przychody z tytułu pełnienia czynności komisarza awaryjnego,
- przychody z tytułu działalności akwizycyjnej na rzecz dobrowolnych funduszy emerytalnych,
- przychody z tytułu wykonywania bezpośredniej likwidacji szkód,
- inne przychody operacyjne.

Z kolei pozostałe koszty operacyjne obejmują:

- pozostałe koszty finansowe,
- koszty związane z pełnieniem czynności komisarza awaryjnego,
- koszty związane z prowadzeniem działalności akwizycyjnej na rzecz dobrowolnych funduszy emerytalnych,
- koszty z tytułu wykonywania bezpośredniej likwidacji szkód,
- inne koszty operacyjne.

Wynik finansowy brutto zakładu ubezpieczeń podlega obowiązkowym obciążeniom na zasadach ogólnych. Dotyczy to przede wszystkim opodatkowania podatkiem dochodowym. Po uwzględnieniu obowiązków obciążeń wyniku brutto pozostaje wynik netto (zysk lub strata) zakładu ubezpieczeń. O przeznaczeniu zysku netto (a w razie wystąpienia straty – o jej pokryciu) decyzję podejmuje najwyższy organ władz ubezpieczyciela, a mianowicie: w zakładach prowadzonych w formie spółek akcyjnych – walne zgromadzenie (akcjonariuszy),

a w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych – walne zgromadzenie członków towarzystwa. Podstawowe kierunki przeznaczenia zysku netto ubezpieczycieli określają ich statuty. W zakładach ubezpieczeń będących spółkami akcyjnymi zysk netto przeznaczany jest głównie na zasilenie (tworzenie, zwiększanie) kapitałów własnych, w tym zwłaszcza kapitału zapasowego, kapitałów rezerwowych i funduszy specjalnych oraz na dywidendę dla akcjonariuszy. W towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych nadwyżka roczna może być przeznaczona na kapitał zapasowy (obligatoryjnie co najmniej 8%, aż do osiągnięcia przez ten kapitał poziomu 1/3 kapitału zakładowego), na spłatę kapitału zakładowego oraz na tworzenie innych kapitałów i funduszy członkowskich.

Zakłady ubezpieczeń sporządzają rachunek przepływów pieniężnych tylko metodą bezpośrednią. W tabeli 23 ujęto wzór rachunku przepływów pieniężnych dla ubezpieczycieli.

Tabela 23. Rachunek przepływów pieniężnych (metoda bezpośrednia)

Pozycja
A. Przepływy środków pieniężnych z działalności operacyjnej
I. Wpływy
1. Wpływy z działalności bezpośredniej oraz reasekuracji czynnej
1.1. Wpływy z tytułu składek brutto
1.2. Wpływy z tytułu regresów, odzysków i zwrotów odszkodowań
1.3. Pozostałe wpływy z działalności bezpośredniej
2. Wpływy z reasekuracji biernej
2.1. Wpłaty reasekuratorów z tytułu udziału w odszkodowaniach
2.2. Wpływy z tytułu prowizji reasekuracyjnych i udziałów w zyskach reasekuratorów
2.3. Pozostałe wpływy z reasekuracji biernej
3. Wpływy z pozostałej działalności operacyjnej
3.1. Wpływy z tytułu czynności komisarza awaryjnego
3.2. Zbycie wartości niematerialnych i prawnych oraz rzeczowych składników aktywów trwałych innych niż lokaty
3.3. Pozostałe wpływy
II. Wydatki
1. Wydatki z tytułu działalności bezpośredniej i reasekuracji czynnej
1.1. Zwroty składek brutto
1.2. Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto
1.3. Wydatki z tytułu akwizycji
1.4. Wydatki o charakterze administracyjnym

Pozycja
1.5. Wydatki z tytułu likwidacji szkód i windykacji regresów
1.6. Wypłacone prowizje i udziały w zyskach z tytułu reasekuracji czynnej
1.7. Pozostałe wydatki z działalności bezpośredniej oraz reasekuracji czynnej
2. Wydatki z tytułu reasekuracji biernej
2.1. Składki zapłacone z tytułu reasekuracji
2.2. Pozostałe wydatki z tytułu reasekuracji biernej
3. Wydatki z pozostałej działalności operacyjnej
3.1. Wydatki z tytułu czynności komisarza awaryjnego
3.2. Nabycie wartości niematerialnych i prawnych i rzeczowych składników aktywów trwałych innych niż lokaty
3.3. Pozostałe wydatki operacyjne
III. Przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej (I–II)
B. Przepływy z działalności lokacyjnej
I. Wpływy
1. Zbycie nieruchomości
2. Zbycie udziałów, akcji w jednostkach podporządkowanych
3. Zbycie udziałów, akcji w pozostałych jednostkach oraz jednostek uczestnictwa i certyfikatów inwestycyjnych w funduszach inwestycyjnych
4. Realizacja dłużnych papierów wartościowych emitowanych przez jednostki podporządkowane oraz spłata pożyczek udzielonych tym jednostkom
5. Realizacja dłużnych papierów wartościowych emitowanych przez pozostałe jednostki
6. Likwidacja lokat terminowych w instytucjach kredytowych
7. Realizacja pozostałych lokat
8. Wpływy z nieruchomości
9. Odsetki otrzymane
10. Dywidendy otrzymane
11. Pozostałe wpływy z lokat
II. Wydatki
1. Nabycie nieruchomości
2. Nabycie udziałów, akcji w jednostkach podporządkowanych
3. Nabycie udziałów, akcji w pozostałych jednostkach oraz jednostek uczestnictwa, i certyfikatów inwestycyjnych w funduszach inwestycyjnych
4. Nabycie dłużnych papierów wartościowych emitowanych przez jednostki podporządkowane oraz udzielenie pożyczek tym jednostkom
5. Nabycie dłużnych papierów wartościowych emitowanych przez pozostałe jednostki
6. Nabycie lokat terminowych w instytucjach kredytowych
7. Nabycie pozostałych lokat
8. Wydatki na utrzymanie nieruchomości

cd. tabeli 23

Pozycja
9. Pozostałe wydatki na lokaty
III. Przepływy pieniężne netto z działalności lokacyjnej (I–II)
C. Przepływy środków pieniężnych z działalności finansowej
I. Wpływy
1. Wpływy netto z emisji akcji oraz dopłat do kapitału
2. Kredyty, pożyczki oraz emisja dłużnych papierów wartościowych
3. Pozostałe wpływy finansowe
II. Wydatki
1. Dywidendy
2. Inne niż wypłata dywidend wydatki z tytułu podziału zysku
3. Nabycie akcji własnych
4. Spłata kredytów, pożyczek oraz wykup własnych dłużnych papierów wartościowych
5. Odsetki od kredytów, pożyczek oraz wyemitowanych dłużnych papierów wartościowych
6. Pozostałe wydatki finansowe
III. Przepływy pieniężne netto z działalności finansowej (I–II)
D. Przepływy pieniężne netto, razem (A.III+B.III.+C.III)
E. Bilansowa zmiana środków pieniężnych, w tym:
– zmiana stanu środków pieniężnych z tytułu różnic kursowych
F. Środki pieniężne na początek okresu
G. Środki pieniężne na koniec okresu (F+D), w tym o ograniczonej możliwości dysponowania

Źródło: ustawa o rachunkowości.

Rachunek przepływów pieniężnych składa się z trzech podstawowych części:

1. działalności operacyjnej,
2. działalności lokacyjnej,
3. działalności finansowej.

W przepływach z działalności operacyjnej zakłady ubezpieczeń wykazują odrębnie wpływy i wydatki z działalności bezpośredniej i reasekuracji czynnej, odrębnie wpływy i wydatki z reasekuracji biernej oraz odrębnie wpływy i wydatki z pozostałej działalności operacyjnej. W kolejnej grupie, w przepływach z działalności lokacyjnej ubezpieczyciela ujmują wpływy i wydatki z poszczególnych rodzajów lokat. Natomiast działalność finansowa obejmuje wpływy i wydatki związane z finansowaniem działalności zakładu:

1. wewnętrznym, w tym:
   a) wpływy z emisji akcji,
   b) dopłaty do kapitału;
2. zewnętrznym, w tym:
   a) kredyty,
   b) pożyczki,
   c) emisja dłużnych papierów wartościowych.

Integralną część sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń stanowi informacja dodatkowa do sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń. Zgodnie z wymaganiami polskiego prawa bilansowego zakres informacji dodatkowej zakładu ubezpieczeń obejmuje m.in. następujące informacje:

I. Wprowadzenie do sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń, w tym w szczególności:

1. nazwę i siedzibę zakładu ubezpieczeń oraz wskazanie właściwego sądu lub innego organu prowadzącego rejestr, a w przypadku oddziału lub głównego oddziału zagranicznego zakładu ubezpieczeń również nazwę i siedzibę jednostki macierzystej;
2. wskazanie okresu objętego sprawozdaniem finansowym, podanie powodu, jeżeli sprawozdanie finansowe sporządzone jest za okres inny niż rok obrotowy;
3. wskazanie, że sprawozdanie finansowe zawiera dane łączne, jeżeli w skład zakładu ubezpieczeń wchodzą wewnętrzne jednostki organizacyjne sporządzające samodzielnie sprawozdania finansowe;
4. wskazanie, czy sprawozdanie finansowe zostało sporządzone przy założeniu kontynuowania przez zakład ubezpieczeń działalności gospodarczej w dającej się przewidzieć przyszłości oraz czy nie istnieją okoliczności wskazujące na zagrożenie kontynuowania działalności;
5. dokonane w ciągu roku obrotowego zmiany zasad rachunkowości, w tym metod wyceny, wraz z uzasadnieniem ich wprowadzenia, jeżeli wywierają one istotny wpływ na sprawozdanie finansowe, ze wskazaniem spowodowanej tymi zmianami różnicy w wyniku finansowym;
6. dane liczbowe zapewniające porównywalność danych sprawozdania finansowego za rok poprzedzający ze sprawozdaniem za rok obrotowy;
7. informacje o wynagrodzeniu biegłego rewidenta lub podmiotu uprawnionego do badania sprawozdań finansowych, wypłaconym lub należnym za rok obrotowy

II. W dodatkowych informacjach i objaśnieniach ujawnieniu podlegają informacje niezbędne do lepszego zrozumienia sytuacji finansowej i majątkowej, a także wyniku finansowego oraz wypłacalności zakładu ubezpieczeń.

Zakład ubezpieczeń, mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sporządza roczne skonsolidowane sprawozdanie finansowe grupy kapitałowej[194], składające się:

- ze skonsolidowanego bilansu oraz pozycji pozabilansowych,
- ze skonsolidowanego technicznego rachunku ubezpieczeń,
- ze skonsolidowanego ogólnego rachunku zysków i strat,
- ze skonsolidowanego rachunku przepływów pieniężnych,
- ze skonsolidowanego zestawienia zmian w kapitale własnym,
- z informacji dodatkowej, obejmującej wprowadzenie do skonsolidowanego sprawozdania finansowego oraz dodatkowe informacje i objaśnienia.

5.3. Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej

W zakresie przepisów międzynarodowych kwestie związane z umową ubezpieczenia reguluje Międzynarodowy Standard Sprawozdawczości Finansowej (MSSF) nr 4. Zgodnie z wymienionym standardem pod pojęciem umowy ubezpieczeniowej należy rozumieć umowę, w myśl której jedna ze stron (zakład ubezpieczeń) przyjmuje znaczne ryzyko ubezpieczeniowe od drugiej strony (ubezpieczonego) poprzez zgodę na zrekompensowanie ubezpieczonemu strat poniesionych przez ubezpieczonego w wyniku zaistnienia niepewnego przyszłego zdarzenia (zdarzenia objętego ubezpieczeniem). Ryzyko przyjęte musi być znaczące, tj. gdy jego realizowanie może potencjalnie spowodować istotny wzrost wartości świadczenia wypłaconego przez zakład ubezpieczeń, również wtedy, gdy prawdopodobieństwo zajścia jest bardzo niewielkie, istotność powinna być określana osobno dla każdej umowy, a nie dla całego portfela umów. Ryzyko objęte umową to ryzyko ubezpieczeniowe, a nie np. finansowe, obejmujące np. ryzyko

[194] Zgodnie z ustawą o rachunkowości jako grupę kapitałową należy traktować jednostkę dominującą wraz z jednostkami zależnymi. Jednostka dominująca to jednostka będąca spółką handlową lub przedsiębiorstwem państwowym, sprawująca kontrolę nad jednostką zależną, zaś jednostka zależna to jednostka będąca spółką handlową lub podmiotem utworzonym i działającym zgodnie z przepisami obcego prawa handlowego, kontrolowana przez jednostkę dominującą.

zmiany stopy procentowej, walutowe. Nie stanowi ryzyka ubezpieczeniowego także ryzyko przedterminowego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, bo wypłata świadczenia nie jest spowodowana wystąpieniem niepewnego zdarzenia objętego umową. Ocena, czy dana umowa przynosi znaczące ryzyko ubezpieczeniowe, wymaga analizy przepływów pieniężnych związanych z danym produktem w różnych scenariuszach oraz oszacowania prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Ocena ta zawiera element subiektywnego osądu, mającego istotny wpływ na stosowane zasady rachunkowości. Przykładowo, zgodnie z założeniami przyjętymi przez Grupę PZU, z istotnym ryzykiem ubezpieczeniowym mamy do czynienia wtedy, gdy wystąpienie zdarzenia objętego ubezpieczeniem pociąga za sobą wypłatę świadczenia co najmniej o 10 p.p. wyższego od świadczenia, jakie byłoby wypłacone w przypadku, gdyby zdarzenie nie wystąpiło. Na podstawie tego kryterium zawierane kontrakty ujmowane są albo zgodnie z MSSF 4 albo MSSF 9. Głównym celem stworzonych regulacji jest zapewnienie większej przejrzystości i porównywalności sprawozdań finansowych firm ubezpieczeniowych.

W związku z planowanymi zmianami w zakresie rachunkowości ubezpieczeniowej Rada Międzynarodowych Standardów Rachunkowości (IASB) ogłosiła w maju 2017 r. standard MSSF 17, który wprowadza nowe podejście do wyceny zobowiązań ubezpieczeniowych oraz rozpoznawania przychodów i zysku/strat w okresie świadczenia usług ubezpieczeniowych. Głównym celem stworzonych regulacji jest zapewnienie większej przejrzystości i porównywalności sprawozdań finansowych firm ubezpieczeniowych. Zgodnie z MSSF 17 jednostki muszą wydzielać portfele umów ubezpieczeniowych charakteryzujących się podobnymi czynnikami ryzyka i osobno zarządzać takimi grupami umów[195].

Wyniki związane z działalnością ubezpieczeniową i inwestycyjną mają zostać całkowicie rozdzielone i mają być prezentowane osobno. Zgodnie z wytycznymi MSSF 17 każdy portfel umów ubezpieczeniowych dzieli się co najmniej na trzy grupy:

1. grupa umów określonych jako umowy stratne przy początkowym ujęciu, jeżeli taka występuje;
2. grupa umów, w przypadku których przy początkowym ujęciu nie występuje znaczne prawdopodobieństwo, że taka umowa stanie się umową stratną, jeżeli taka występuje;
3. grupa pozostałych umów w portfelu, jeżeli taka występuje.

[195] R. Onisk, K. Stroiński, A. Pasternak-Winiarski, *MSSF 17 – Ubezpieczenia*, 2019, https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/risk/topics/ubezpieczenia-mssf-17.html [dostęp: 8.07.2019].

Międzynarodowy Standard Sprawozdawczości Finansowej 17 przewiduje wycenę umów ubezpieczeniowych według trzech modeli:

1. GMM (General measurement model),
2. PAA (Premium allocation approach),
3. VFA (Variable fee approach)[196].

General measurement model to podstawowy model wyceny, gdzie łączną wartość zobowiązania ubezpieczeniowego kalkuluje się jako sumę wartości z poszczególnych bloków:

- wartości obecnej przyszłych przepływów pieniężnych (*expected present value* – EPV), czyli bieżącego oszacowania oczekiwanych (ważonych ryzykiem) przepływów pieniężnych związanych z daną umową (np. składki, świadczenia, bezpośrednio alokowane koszty) z uwzględnieniem zmiany wartości pieniądza w czasie;
- korekty z tytułu ryzyka (*risk adjustment* – RA) – zabezpieczenie dodatkowych środków z tytułu niepewności oszacowania EPV;
- marży dla usług umownych (*contractual service margin* – CSM) – reprezentującej oszacowanie przyszłych zysków rozpoznawanych w czasie trwania polisy.

Wartość CSM jest wrażliwa na zmiany oszacowań przepływów pieniężnych, wynikających np. ze zmian założeń nieekonomicznych. CSM nie może być wartością ujemną – wszelkie straty z kontraktu rozpoznaje się natychmiast w rachunku zysków i strat.

Z kolei Premium allocation approach to model uproszczony, który można zastosować do wyceny kontraktów ubezpieczeniowych o okresie ochrony nieprzekraczającym jednego roku lub gdy jego zastosowanie nie prowadzi do istotnych różnic w stosunku do modelu GMM. W tym modelu wycena zobowiązania z tytułu pozostałej ochrony ubezpieczeniowej (*liability for remaining coverage*) jest analogiczna do mechanizmu rezerwy składki, bez oddzielnej prezentacji RA i CSM, natomiast wycenę zobowiązania z tytułu poniesionych szkód (*liability for incurred claims*) przeprowadza się za pomocą modelu GMM (bez kalkulacji CSM).

I wreszcie Variable fee approach to model stosowany dla kontraktów ubezpieczeniowych z bezpośrednim udziałem w zysku. Wartość zobowiązania liczona

[196] Por. A. Pasternak-Winiarski, P. Piętak, *Przykład wyceny zobowiązań ubezpieczeniowych w MSSF 17*, 2017, https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/risk/articles/przyklad-wyceny-zobowiazan--ubezpieczeniowych-mssf17.html [dostęp: 8.07.2019].

jest analogicznie do modelu GMM, wartość CSM jest dodatkowo wrażliwa na zmiany założeń ekonomicznych.

Implementacja MSSF 17 będzie wymagała przeprowadzenia ponownej klasyfikacji produktów ubezpieczeniowych, wyróżniając:

- umowy ubezpieczenia,
- kontrakty inwestycyjne,
- umowy ubezpieczenia z udziałem w zyskach,
- kontrakty inwestycyjne z udziałem w zyskach.

Międzynarodowy Standard Sprawozdawczości Finansowej 17 wprowadza szereg istotnych zmian w stosunku do dotychczasowych wymogów MSSF 4. Zmiany dotyczą m.in.: poziomów agregacji, na jakim wykonywane są obliczenia, metody wyceny zobowiązań ubezpieczeniowych, rozpoznawania zysku lub straty w czasie, ujmowania reasekuracji, wydzielania komponentu inwestycyjnego, sposobu prezentacji poszczególnych pozycji bilansu oraz rachunku zysków i strat jednostek sprawozdawczych oraz wymaganych ujawnień.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej nie definiuje wprost umowy ubezpieczeniowej. Określa jedynie warunki, jakie musi ona spełniać, aby była ważna. Ustawa stanowi, że warunkiem udzielenia ochrony ubezpieczeniowej jest zawarcie umowy, która ma charakter dobrowolny (z wyjątkiem sytuacji dotyczących ubezpieczeń obowiązkowych). Umowa powinna być jednoznaczna oraz zrozumiała.

Problemy do dalszych rozważań

1. Na podstawie sprawozdania finansowego wybranego zakładu ubezpieczeń ocenić działalność lokacyjną.
2. Jakie kategorie wynikowe wpływają na wynik techniczny zakładów ubezpieczeń działu I i działu II (omówić na podstawie sprawozdań finansowych wybranych zakładów ubezpieczeń)?
3. Jakie zmiany w rachunkowości zakładów ubezpieczeń wprowadza MSSF 17?
4. Jakich informacji finansowych dostarcza rachunek przepływów pieniężnych?
5. Omówić specyfikę dwustopniowego ustalania wyniku finansowego w zakładach ubezpieczeń.

Rozdział VI
Analiza finansowa działalności ubezpieczeniowej

Zgodnie z metodologią analizy finansowej zakładów ubezpieczeń ocena działalności zakładu ubezpieczeń stanowi rezultat analizy dwóch obszarów:

– uwarunkowań zewnętrznych (otoczenia zakładu ubezpieczeń) oraz
– działalności zakładu ubezpieczeń[197].

Zgodnie z założeniami opracowanej metodologii najważniejszym elementem oceny kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń jest analiza wskaźnikowa, która stanowi szybką i efektywną metodę uzyskiwania wglądu w obszar funkcjonowania zakładu ubezpieczeń. Umożliwia ona zarazem ocenę przeszłej, teraźniejszej oraz może być podstawą przewidywania sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń.

Analiza wskaźnikowa jest jednym z ważniejszych elementów analizy finansowej zakładów ubezpieczeń. Polega ona na obliczeniu szeregu wskaźników wyrażających relacje zachodzące pomiędzy poszczególnymi wielkościami zaczerpniętymi z dokumentów sprawozdawczych, takich jak bilans, rachunek techniczny i rachunek ogólny. Jest ona rozwinięciem analizy wstępnej. Za pomocą obliczonych wartości wskaźników można syntetycznie scharakteryzować różne aspekty ekonomicznej działalności ubezpieczyciela. Przez pewną systematykę i ujednolicenie tych wskaźników osiągnięto to, że mogą się nimi posługiwać różne grupy podmiotów, np. kredytodawcy, udziałowcy (akcjonariusze), menedżerowie. Grupy te są zainteresowane zwykle różnymi zestawami wskaźników.

Wskaźniki służące ocenie zakładu ubezpieczeń mogą przyjmować formę bezwzględną – najczęściej wyrażoną w wartościach pieniężnych, lub względną – zwykle opartą na ilorazie wskaźników bezwzględnych, ich sum lub różnic. Można

[197] E. Wanat-Połeć i in., *Metodologia analizy finansowej zakładów ubezpieczeń*, Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, Warszawa 2002.

je również podzielić na wskaźniki statyczne – charakteryzujące stan ekonomiczny (finansowy) jednostki na dany moment oraz dynamiczne – opisujące wyniki przedsiębiorstwa w pewnym okresie. Wskaźniki różnią się zakresem zdarzeń gospodarczych, które obejmują. Wykorzystuje się wskaźniki syntetyczne, obejmujące wiele zdarzeń gospodarczych, oraz cząstkowe, charakteryzujące się małą pojemnością i opisujące pojedyncze lub mało złożone zjawiska.

Podstawowym źródłem informacji wykorzystywanym w analizie finansowej jest sprawozdanie finansowe, w szczególności:

- bilans,
- techniczny rachunek ubezpieczeń na życie,
- techniczny rachunek ubezpieczeń majątkowych i osobowych,
- ogólny rachunek zysków i strat,
- rachunek przepływów pieniężnych.

Komisja Nadzoru Finansowego do oceny gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń wykorzystuje następujące grupy wskaźników:

- rentowności,
- sprawności działania,
- współzależności[198].

Na wskaźniki rentowności składają się:

1. wskaźnik rentowności działalności technicznej WR_{DT}

$$WR_{DT} = \frac{WT}{SZUW} \times 100\%$$

gdzie:
WT – wynik techniczny,
$SZUD$ – składka zarobiona na udziale własnym);

2. wskaźnik rentowności działalności lokacyjnej WR_{DL}

$$WR_{DL} = \frac{DL}{WLB\acute{S}} \times 100\%$$

gdzie:
DL – dochody z lokat,
$WLB\acute{S}$ – średnia wartość lokat bilansowych;

[198] *Biuletyn roczny. Rynek ubezpieczeń* 2018, https://www.knf.gov.pl/?articleId=67227&p_id=18 [dostęp: 15.10.2019].

3. wskaźnik rentowności sprzedaży WR_S

$$WR_S = \frac{WFN}{SPB} \times 100\%$$

gdzie:
WFN – wynik finansowy netto,
SPB – składka przypisana brutto;

4. wskaźnik rentowności kapitałów własnych *WRKW*

$$WR_S = \frac{WFN}{KW\acute{S}} \times 100\%$$

gdzie:
KWŚ – średni stan kapitałów własnych;

5. wskaźnik rentowności majątku *WRM*

$$WR_M = \frac{WFN}{A} \times 100\%$$

gdzie:
A – aktywa.

Wskaźnik rentowności sprzedaży może być ustalany zarówno dla całego przedsiębiorstwa, jak i dla zespołu asortymentów. Wskaźnik ten określa, jak korzystnie przedsiębiorstwo produkuje i sprzedaje swoje produkty. Jego poziom zależy od rodzaju prowadzonej działalności. Im niższy jest ten wskaźnik, tym większa wartość sprzedaży musi być zrealizowana, aby osiągnąć określoną kwotę zysku. Natomiast im wyższy poziom wskaźnika, tym wyższa jest efektywność poniesionych nakładów i osiągniętych przychodów.

Drugi aspekt badania rentowności przedsiębiorstwa dotyczy rentowności ekonomicznej (majątku). Informuje on o wielkości zysku netto, przypadającego na jednostkę wartości zaangażowanego w przedsiębiorstwie majątku. Wskaźnik ten, określany również zwrotem majątku, wyznacza ogólną zdolność aktywów przedsiębiorstwa do generowania zysku. W gospodarce rynkowej przedsiębiorca planuje i podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania danego przedsiębiorstwa. Ponosi on w pełni ryzyko i odpowiedzialność za podjęte decyzje. Rentowność jest wynikiem końcowym wdrożonych decyzji. Ustalając czynniki wpływające na poziom rentowności i przeprowadzenie analizy rentowności, pozwala na podjęcie

prawidłowych decyzji i umożliwia zminimalizowanie ryzyka działania, a co za tym idzie, pozwala to czerpać korzyści finansowe i stwarza możliwości dalszego rozwoju. Umożliwia ocenę tego, jak efektywnie firma zarządza swoimi aktywami.

Kolejną grupą są wskaźniki sprawności działania, które obejmują:

1. dynamikę składki przypisanej brutto D_{SPB}

$$D_{SPB} = \frac{SPB_K}{SPB_P} \times 100\%$$

gdzie:
SPB_K – składka przypisana brutto na koniec badanego okresu,
SPB_P – składka przypisana brutto na początek badanego okresu;

2. dynamikę składki przypisanej na udziale własnym D_{SPUW}

$$D_{SPUW} = \frac{SPUW_K}{SPUW_P} \times 100\%$$

gdzie:
$SPUW_K$ – składka przypisana na udziale własnym na koniec badanego okresu,
$SPUW_P$ – składka przypisana na udziale własnym na początek badanego okresu;

3. dynamikę odszkodowań i świadczeń wypłaconych brutto $D_{OŚWB}$

$$D_{OŚWB} = \frac{OŚWB_K}{OŚWB_P} \times 100\%$$

gdzie:
$OŚWB_K$ – odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto na koniec badanego okresu,
$OŚWB_P$ – odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto na początek badanego okresu;

4. dynamikę odszkodowań i świadczeń wypłaconych na udziale własnym $D_{OŚUW}$

$$D_{OŚUW} = \frac{OŚUW_K}{OŚUW_P} \times 100\%$$

gdzie:
$OŚUW_K$ – odszkodowania i świadczenia wypłacone na udziale własnym na koniec badanego okresu,

$OŚUW_P$ – odszkodowania i świadczenia wypłacone na udziale własnym na początek badanego okresu;

5. stopę rezerw technicznych S_{RT}

$$S_{RT} = \frac{RTUW}{SPUW} \times 100\%$$

gdzie:
$RTUW$ – rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym,
$SPUW$ – składka przypisana na udziale własnym;

6. wskaźnik zabezpieczenia wypłat odszkodowań i świadczeń $WZ_{WOŚ}$

$$WZ_{WOŚ} = \frac{FU + KW}{SPUW} \times 100\%$$

gdzie:
FU – fundusz ubezpieczeniowy,
KW – kapitały własne;

7. rezerwę składki brutto do składki przypisanej brutto RSP_{SPB}

$$RSP_{SPB} = \frac{RSB}{SPB} \times 100\%$$

gdzie:
RSB – rezerwa składek brutto,
SPB – składka przypisana brutto;

8. rezerwę ubezpieczeń na życie do składki przypisanej na udziale własnym $RUŻ_{SPUW}$

$$RUŻ_{SPUW} = \frac{RUŻUW + RUŻ_{LUW}}{SUW} \times 100\%$$

gdzie:
$RUŻUW$ – rezerwa ubezpieczeń na życie na udziale własnym,
$RUŻ_{LUW}$ – rezerwa dla ubezpieczeń na życie, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający na udziale własnym;

9. rezerwę na niewypłacone odszkodowania i świadczenia do odszkodowań i świadczeń wypłaconych brutto $RNOŚ_{OŚWB}$

$$RNOŚ_{OŚWB} = \frac{RNOŚ}{OŚWB} \times 100\%$$

gdzie:
$RNOŚ$ – rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia,
$OŚWB$ – odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto;

10. wskaźnik rotacji majątku W_{RM}

$$W_{RM} = \frac{SPB}{A_{Ś}} \times 100\%$$

gdzie:
$A_{ś}$ – średnia wartość aktywów;

11. wskaźnik przychodowości kapitałów własnych W_{PKW}

$$W_{PKW} = \frac{SPUW}{KW} \times 100\%$$

gdzie:
KW – kapitały własne;

12. dynamikę lokat D_L

$$D_L = \frac{LB_K}{LB_P} \times 100\%$$

gdzie:
LB_K – lokaty bilansowe na koniec badanego okresu,
LB_P – lokaty bilansowe na początek badanego okresu;

13. udział lokat w składce przypisanej na udziale własnym UL_{SPUW}

$$UL_{SPUW} = \frac{LB}{SPUW} \times 100\%$$

gdzie:
LB – lokaty bilansowe;

14. ogólny wskaźnik poziomu lokat W_{OPL}

$$W_{OPL} = \frac{LB}{KW + RTUW} \times 100\%$$

15. współczynnik szkodowości brutto WS_B

$$WS_B = \frac{OŚWB + ZRNOŚ}{SZB} \times 100\%$$

gdzie:
ZRNOŚ – zmiana stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia brutto,
SZB – składka zarobiona brutto;

16. współczynnik szkodowości na udziale własnym WS_{UW}

$$WS_{OPUW} = \frac{OŚ}{SZUW} \times 100\%$$

gdzie:
OŚ – odszkodowania i świadczenia,
SZUW – składka zarobiona na udziale własnym;

17. wskaźnik kosztów akwizycji W_{KA}

$$W_{KA} = \frac{KA}{SPB} \times 100\%$$

gdzie:
KA – koszty akwizycji,

Wskaźnik ten określa, ile na jedną złotówkę składki przypisanej brutto przypada kosztów akwizycji. Wartość tego wskaźnika nie powinna przekraczać 25%;

18. wskaźnik kosztów administracyjnych W_{AD}

$$W_{KAD} = \frac{KAD}{SPB} \times 100\%$$

gdzie:
KAD – koszty administracyjne.

Wskaźnik ten określa, ile na jedną złotówkę składki przypisanej brutto przypada kosztów administracyjnych. Wartość tego wskaźnika nie powinna przekraczać 15%;

19. wskaźnik kosztów działalności ubezpieczeniowej W_{KDU}

$$W_{KDU} = \frac{KDU}{SPB} \times 100\%$$

gdzie:
KDU – koszty działalności ubezpieczeniowej;

20. wskaźnik kosztów technicznych na udziale własnym W_{KTUW}

$$W_{KTUW} = \frac{KDU + PKTUW}{SPB} \times 100\%$$

gdzie:
KDU – koszty działalności ubezpieczeniowej,
PKTUW – pozostałe koszty techniczne na udziale własnym.

Kolejną grupą są wskaźniki współzależności, w skład których wchodzą:

1. wskaźnik ogólnego zadłużenia W_{OZ}

$$W_{OZ} = \frac{RTUW + Z}{A} \times 100\%$$

gdzie:
RTUW – rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym,
Z – zobowiązania,
A – aktywa;

2. kapitały własne do funduszu ubezpieczeniowego KW_{FU}

$$KW_{FU} = \frac{KW}{RTUW} \times 100\%$$

3. wskaźnik zatrzymania składki WZ_S

$$WZ_S = \frac{SPUW}{SPB} \times 100\%$$

Wyższa wartość tego wskaźnika oznacza, że w niewielkim stopniu stosujemy reasekurację bierną (a więc większy jest udział składki na udziale własnym);

4. wskaźnik zatrzymania odszkodowań i świadczeń $WZ_{OŚ}$

$$W_{OŚ} = \frac{OŚUW}{OŚWB} \times 100\%$$

gdzie:
OŚUW – odszkodowania i świadczenia wypłacone na udziale własnym.

Wskaźnik ten informuje o poziomie wykorzystania reasekuracji biernej. Im wyższa wartość wskaźnika, tym mniejszy zakres stosowania reasekuracji biernej;

5. wskaźnik zatrzymania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych WZ_{RT}

$$W_{RT} = \frac{RTUW}{RT} \times 100\%$$

gdzie:
RTUW – rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym.

Kolejną grupą są wskaźniki zadłużenia, które stanowią relację kapitału własnego i obcego zakładu ubezpieczeń. Pozwalają one na ocenę ryzyka polityki finansowej prowadzonej przez zakłady ubezpieczeń. Jako kapitał obcy traktuje się rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe skorygowane o udział reasekuratora w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych oraz pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne. Wyróżnia się tutaj wskaźnik ogólnego zadłużenia i wskaźnik zadłużenia kapitałów własnych. Wskaźnik ogólnego zadłużenia stanowi następującą relację W_{OZ}:

$$W_{OZ} = \frac{KO}{A} \times 100\%$$

gdzie:
KO – kapitał obcy,
A – aktywa.

Wskaźnik ten informuje o udziale kapitałów obcych w finansowaniu aktywów zakładów ubezpieczeń. Właściciele zakładów ubezpieczeń preferują wysokie wartości wskaźnika. Nie muszą wtedy angażować zbyt dużego kapitału własnego do prowadzonej działalności. Z kolei ubezpieczeni preferują niskie wartości wskaźnika, bowiem ogranicza to ryzyko niewywiązywania się zakładów ubezpieczeń z ich zobowiązań.

Kolejnym wskaźnikiem zadłużenia jest wskaźnik zadłużenia kapitałów własnych W_{ZKW}

$$W_{ZKW} = \frac{RTUW}{KW} \times 100\%$$

Wskaźnik ten informuje o stopniu zabezpieczenia zakładów ubezpieczeń przed sytuacją, gdy ich rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym nie są wystarczające do prowadzonej działalności.

Z punktu widzenia płynności bardzo ważna jest analiza wskaźników inkasa należności, obejmujących:

1. wskaźnik cyklu inkasa należności od ubezpieczonych WI_{NU}:

$$W_{INU} = \frac{NU}{SPB} \times 365\ dni$$

gdzie:
NU – należności od ubezpieczonych,

2. wskaźnik cyklu inkasa należności od pośredników ubezpieczonych W_{IPU}:

$$W_{INU} = \frac{NPU}{SPB} \times 365\ dni$$

NPU – należności od pośredników ubezpieczonych;

Wskaźniki cyklu inkasa należności od ubezpieczonych i pośredników ubezpieczeniowych określają liczbę dni, za którą do zakładów ubezpieczeń nie wpłynęły należności z tytułu zawartych umów ubezpieczenia;

3. wskaźnik cyklu inkasa należności od reasekuratorów W_{IR}:

$$W_{IR} = \frac{NR}{OŚN} \times 365\ dni$$

gdzie:
NR – należności z tytułu reasekuracji,
OŚN – odszkodowania i świadczenia należne (odszkodowania i świadczenia należne = odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto – zmiana stanu rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia brutto).

Wskaźnik cyklu inkasa należności od reasekuratorów określa liczbę dni, za które do zakładów ubezpieczeń nie wpłynęły należności z tytułu rozliczeń reasekuracyjnych. Wskaźniki cyklu inkasa należności spełniają rolę kontrolną w zakresie polityki kredytowej zakładów ubezpieczeń. Pozwalają ocenić, z jaką skutecznością zakłady ubezpieczeń ściągają należności. Wartości tych wskaźników określają, jak długo środki pieniężne są zamrożone w należnościach, tzn. średnio po ilu dniach wpływają do zakładu ubezpieczeń[199].

Zakłady ubezpieczeń podlegają również ocenie dokonywanej przez organ nadzoru[200]. W ramach Rocznego Badania i Oceny Nadzorczej (BION) dokonuje się przede wszystkim oceny ryzyka zakładu ubezpieczeń/reasekuracji, oceny jakości procesu zarządzania przez zakład ubezpieczeń/reasekuracji istotnymi ryzykami czy oceny zgodności działania zakładu ubezpieczeń/reasekuracji z odpowiednimi ustawami i regulacjami ostrożnościowymi.

Jak podaje organ nadzoru, BION zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji jest całościowym procesem wykorzystującym wszelkie dostępne informacje posiadane przez nadzór na temat zakładu, w tym informacje uzyskane w wyniku czynności związanych z licencjonowaniem, analizy zza biurka i czynności kontrolnych na miejscu w zakładzie, jak również z zapytań/ankiet kierowanych do zakładu. Koncepcja BION ma na celu usystematyzowanie wykorzystywanych kryteriów do rocznej oceny nadzorowanych podmiotów, jak i wykorzystanie elementów systemu nadzoru wykonywanego na podstawie oceny ryzyka identyfikowanego w ich działalności[201].

Zakres przeprowadzanej oceny uzależniony jest od wielkości zakładu ubezpieczeń (zob. tab. 24). Wielkość tę określa się jako udział w rynku ustalany według Polskich Standardów Rachunkowości lub zgodnie z dyrektywą Wypłacalność II:

$$\textit{wielkość zakładu} = \max(UNR_{PSR}, UNR_{WII})$$

[199] Zob. więcej: L. Gąsiorkiewicz, *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych…*

[200] *Metodyka rocznego badania i oceny nadzorczej (BION) zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (ocena za 2019 r.)*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Metodyka_BION_2019_71249.pdf [dostęp: 10.09.2019].

[201] Ibidem.

Tabela 24. Klasyfikacja zakładów ubezpieczeń na potrzeby oceny BION

Wielkość zakładu	Wartość wskaźnika
mikro	wielkość zakładu ≤ 0,50%
mały	wielkość zakładu należy do (0,50% , 1,50%]
średni	wielkość zakładu należy do (1,50% , 5,00%]
duży	wielkość zakładu > 5,00%

Źródło: *Metodyka rocznego badania i oceny nadzorczej (BION) zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (ocena za 2019 r.)*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Metodyka_BION_2019_71249.pdf [dostęp: 10.09.2019].

Ze względu na specyfikę sprawozdawczości inaczej ustala się udział w rynku według wymagań rachunkowości, a inaczej według wymogów wypłacalności. Zgodnie z Polskimi Standardami Rachunkowości udział w rynku ustala się:

1. dla działu I jako:

$$UNR_{PSR} = \frac{RTUB}{\sum_{dział\ I} RTUB}$$

2. dla działu II jako:

$$UNR_{PSR} = \frac{SPB}{\sum_{dział\ II} SPB}$$

gdzie:
RTUB – rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto,
SPB – składka przypisana brutto.

Z kolei udział w rynku zgodnie w wymaganiami Dyrektywy Wypłacalność II jest liczony następująco:

$$UNR_{WII} = \max\left(\frac{RTUB_{LoBLife}}{\sum_{Loblife-rynek} RTUB_{LoBlife}}, \frac{SPB_{LoB\ nonfife}}{\sum_{dział\ LoBnonlife-rynek} SPB_{LoBnonlife}}\right.$$

gdzie:
$RTUB_{LoBlife}$ – rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto dla linii biznesowych zobowiązań z tytułu ubezpieczeń na życie i z tytułu reasekuracji ubezpieczeń na życie,

$SPB_{LoBNonlife}$ – składka przypisana brutto dla linii biznesowych zobowiązań z tytułu umów ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie, zobowiązań z tytułu reasekuracji proporcjonalnej i nieproporcjonalnej ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie.

Ocena BION przebiega w wielu obszarach. Poniżej zostaną przedstawione podstawowe wskaźniki z danego obszaru badania.

W zakresie adekwatności kapitałowej badaniu podlega ryzyko wynikające z niezapewnienia kapitału wystarczającego do absorpcji strat nieoczekiwanych. Ryzyko to obejmuje ryzyko zarządzania kapitałem, czyli możliwość wystąpienia braku kapitału adekwatnego do ryzyka wynikającego z prowadzonej działalności oraz strategii w zakresie planowania, struktury i źródeł pozyskiwania kapitału, a także możliwość niewłaściwej realizacji strategii (w tym nieuzyskiwania odpowiedniego wyniku finansowego) oraz ryzyko niewypłacalności dotyczące możliwości obniżenia kapitału poniżej poziomu niezbędnego do pokrycia strat.

Podstawowym wskaźnikiem w tym obszarze jest wskaźnik pokrycia wymagań kapitałowych ustalany w dwóch obszarach:

1. dla małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych:

$$PWK = NAZ$$

2. dla pozostałych zakładów:

$$PWK = \min\left(\frac{ŚW_{SCR}}{SCR}, \frac{ŚW_{MCR}}{MCR}\right)$$

gdzie:
NAZ – nadwyżka aktywów nad zobowiązaniami,
SCR – kapitałowy wymóg wypłacalności,
$ŚW_{SCR}$ – kwota dopuszczonych środków własnych na pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności,
MCR – minimalny wymóg kapitałowy,
$ŚW_{MCR}$ – kwota dopuszczonych środków własnych na pokrycie minimalnego wymogu kapitałowego.

Kolejnym obszarem badania jest ryzyko kredytowe, oznaczające możliwość poniesienia straty lub wystąpienia niekorzystnej zmiany sytuacji finansowej, wynikającej z nieoczekiwanego upadku lub wahań zdolności kredytowej emitentów papierów wartościowych, kontrahentów i dłużników, na które narażone są zakłady. Podstawowym wskaźnikiem jest tutaj ekspozycja na ryzyko kredytowe ustalana dla zakładów ubezpieczeń, z wyłączeniem małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych według formuły:

$$ERK = \frac{SCR_{kredytowe}}{ŚW_{SCR}} \times 100\%$$

gdzie:

$SCR_{kredytowe}$ – kapitałowy wymóg wypłacalności netto dla modułu ryzyka niewykonania zobowiązania przez kontrahenta,

$ŚW_{SCR}$ – kwota dopuszczonych środków własnych na pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności.

Niezwykle istotne przy ocenie zakładów ubezpieczeń jest ryzyko rynkowe, oznaczające możliwość poniesienia straty lub niekorzystnej zmiany sytuacji finansowej, wynikające bezpośrednio lub pośrednio z wahań poziomu i wahań zmienności rynkowych cen aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych. W ramach ryzyka rynkowego podstawowym wskaźnikiem jest ekspozycja na ryzyko rynkowe ustalana dla zakładów ubezpieczeń, z wyłączeniem małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych:

$$ERR = \frac{SCR_{rynkowe}}{ŚW_{SCR}} \times 100\%$$

gdzie:

$SCR_{rynkowe}$ – kapitałowy wymóg wypłacalności netto dla ryzyka rynkowego,

$ŚW_{SCR}$ – kwota dopuszczonych środków własnych na pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności.

Z punktu widzenia zakładów ubezpieczeń niezbędna jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego. Ryzyko ubezpieczeniowe (aktuarialne), na potrzeby metodyki BION, oznacza możliwość poniesienia straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z zawartych umów ubezpieczenia i umów gwarancji ubezpieczeniowych, w związku z niewłaściwymi założeniami dotyczącymi wyceny składek i tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Ekspozycja na ryzyko ubezpieczeniowe dla zakładów ubezpieczeń, z wyłączeniem małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, ustala się według wzoru:

$$ERU = \frac{SCR_{ubezpieczeniowe}}{ŚW_{SCR}} \times 100\%$$

gdzie:

$SCR_{ubezpieczeniowe}$ – zagregowany wymóg kapitałowy netto dla ryzyka aktuarialnego w ubezpieczeniach na życie, ryzyka aktuarialnego w ubezpieczeniach zdrowotnych, ryzyka aktuarialnego w pozostałych ubezpieczeniach osobowych oraz ubezpieczeniach majątkowych,

$ŚW_{SCR}$ – kwota dopuszczonych środków własnych na pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności.

Ostatnim elementem podlegającym ocenie jest ryzyko zarządzania. Analizuje się tutaj ryzyko związane z niewłaściwym zarządzaniem, niewystarczającą identyfikacją i ograniczaniem ryzyka prowadzonej działalności, brakiem lub niewystarczającym działaniem kontroli wewnętrznej, nieodpowiednim stosowaniem procedur wewnętrznych lub ich nieprzestrzeganiem. W grupie tej ocenia się przede wszystkim rentowność i płynność zakładów ubezpieczeń.

Dla oceny wskaźników w BION wykorzystuje się następujące rodzaje wartości granicznych:

1. granice eksperckie oznaczające stałą wartość wyznaczającą obiektywną granicę dla wartości wskaźnika, określoną w wyniku analiz, przy wykorzystaniu doświadczeń międzynarodowych;
2. granice empiryczne, opierające się na statystykach rynkowych, głównie poprzez estymację różnych wartości miar statystycznych (miara dopasowana do poszczególnych wskaźników), obliczonych na podstawie wyników z okresu podlegającego ocenie lub ostatnich lat;
3. granice indywidualne, które stosowane będą przez analityka do analiz przy niestandardowych zakresach wskaźników, ustalanych np. na podstawie doświadczeń wynikających z nadzorowania zakładu prowadzącego działalność w niszy rynkowej lub np. w przypadku zaostrzenia wymagań odnośnie do bezpieczeństwa działania zakładu.

Znaczącym plusem analizy finansowej jest to, iż często wykorzystuje ona wskaźniki finansowe wyrażone w wielkościach względnych. Umożliwia to porównywanie danego przedsiębiorstwa do innych z danej branży, a także badanie

zmian w obrębie danego przedsiębiorstwa w czasie, co jest bardzo użyteczne z punktu widzenia potencjalnych inwestorów, mających do wyboru kilka inwestycji. Wybiorą oni tę, która najlepiej rokuje.

Problemy do dalszych rozważań

1. Komu służy analiza wskaźnikowa zakładów ubezpieczeń?
2. Jakie znaczenie w ocenie zakładu ubezpieczeń mają poszczególne grupy wskaźników?
3. Jakie znaczenie ma BION?

Bibliografia

Akerlof G.A., *The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism*, „Quarterly Journal of Economics" 1970, nr 488.

Allianz Risk Barometer, Top Business Risks for 2019, Allianz Global Corporate & Specialty SE, Munch 2019.

Barembruch A., *Hazard moralny w działalności pośredników finansowych*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego" 2011, nr 4–5.

Bernat T., Hawran K., Kowalik J., *Asymetria informacji w modelu pryncypał-agent – wyniki badań eksperymentalnych*, „Przedsiębiorstwo i Region" 2016, nr 8.

Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2000.

Bijak W., *Praktyczne metody badania niewypłacalności zakładów ubezpieczeń*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2009.

Bijak W., Smętek M., Szymański W., *Analiza rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia z tytułu ubezpieczeń pozostałych osobowych i majątkowych w oparciu o trójkąty szkód*, Biuletyn KNUiFE, 2006.

Biuletyn roczny. Rynek ubezpieczeń 2018, https://www.knf.gov.pl/?articleId=67227&p_id=18 [dostęp 15.10.2019].

Bond E.W., Crocker K.J., *Hardball and the soft touch: the economics of optimal insurance contracts with costly state verification and endogenous monitoring costs*, „Journal of Political Economy" 1997, nr 76.

Borda M., *Ryzyko zarządzania finansami w zakładach ubezpieczeń na życie*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Wrocław 2006.

Borys G., *Zarządzanie ryzykiem kredytowym w banku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Wrocław 1996.

Brealey R.A., Myers S.C., Allen F., *Principles of Corporate Finance*, Boston, Mass., McGraw-Hill, London 2008.

Ciuman K., *Reasekuracja a rynek ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 1996.

Corley T., *Reinsurance Pricing 101. How Reinsurance Costs Are Created*, Aon Benfield 2014, https://www.iasa.org/iasadocs/Chapters/Texas/Presentations112014/Reinsurance%20Pricing%20101%20-%20Tim%20Corley.pdf [dostęp: 15.12.2019].

Czerwińska T., *Ryzyko kredytowe portfela inwestycji zakładów ubezpieczeń w świetle nowych wymogów kapitałowych*, „Zarządzanie i Finanse Journal of Management and Finance" 2014, vol. 12, nr 1.

Czerwińska T., *Towarzystwa ubezpieczeniowe na rynku kapitałowym w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003.

Dąbrowski I., *Mechanizmy sprzężeń zwrotnych a równowaga i dynamika systemu ekonomicznego*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2016.

Dąbrowski I., *Teoria równowagi ogólnej. Rys historyczny i obecny status w ekonomii*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2009.

Dąbrowski I., Śliwiński A., *Economics of Insurance*, SGH, Warszawa 2016.

Darul K., *Reasekuracja*, Lam, Warszawa 1994.

Dembe A.E., Boden L.I, *Moral Hazard: A Question of Morality?*, „New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy" 2000, nr 10(3).

Dowd K., *Moral hazard and the financial crisis*, „Cato Journal" 2009, vol. 29, nr 1.

Draft Guidance Paper on Finite Reinsurance, International Association of Insurance Supervisors, 2005.

Eichengreen B., Hausmann R., *Other People's Money: Debt Denomination and Financial instability in Emerging Market Economies*, University of Chicago Press, Chicago 2010.

Fedor M., *Nowe standardy rachunkowości i nadzoru* [w:] *Jednolity rynek ubezpieczeń w Unii Europejskiej. Procesy rozwoju i integracji*, red. J. Monkiewicz, Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2005.

Gąsiorkiewicz L., *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2009.

Gąsiorkiewicz L., *Zarządzanie gospodarką finansową zakładów ubezpieczeń. Ujęcie procesowe*, Poltext, Warszawa 2014.

Giese G., *Economic capital versus regulatory capital – market benchmark* [w:] Basel. Risk May 2003, www.risk.net [dostęp: 28.10.2012].

Glenn H.R., Deal B., Hess P., *The Economic Effects of Federal Participation in Terrorism Risk*, „Risk Management & Insurance Review" 2005, nr 8(2).

Global Reinsurance Highlights 2018, S&P Global HQ – EMEA, London 2018.

Gorczyńska M., Wieczorek-Kosmala M., Znaniecka K., *Finanse przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2008.

Goshay R.C., Sandor R., *An inquiry into the feasibility of a reinsurance futures market*, „Journal of Business Finance" 1973, nr 5(2).

Hale B., *What's so Moral about the Moral Hazard?*, „Public Affairs Quarterly" 2009, nr 23(1).

Hęćka A., *Zarządzanie ryzykiem operacyjnym w kontekście Solvency II na przykładzie Grupy PZU* [w:] *Problemy współczesnego zarządzania*, red. J. Bieliński, E. Wycinka, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot 2014.

https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2017/11/Klasyfikacja-ryzyk-2017.pdf [dostęp: 9.10.2020].

International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards a Revised Framework (2004), Basel Committee on Banking Supervision, http://www.bis.org/publ/bcbs128.pdf [dostęp: 15.05.2020].

Janasz K., *Ryzyko kredytowe w systemie bankowym*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2004.

Janowicz-Lomott M., Łyskawa K., *Underwriting i polityka lokacyjna zakładów ubezpieczeń w kształtowaniu taryf na rynku ubezpieczeń majątkowych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2016, nr 415.

Janowicz-Lomott M., *Ubezpieczenia wzajemne w finansowaniu skutków realizacji ryzyka w rolnictwie. Doświadczenia unijne – wnioski dla Polski*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2018.

Jedynak P., *Ubezpieczenia gospodarcze. Wybrane elementy teorii i praktyki*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2001.

Jerzemowska M., *Analiza ekonomiczna w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2006.

Jurkowska-Zeidler A., *Bezpieczeństwo rynku finansowego w świetle prawa Unii Europejskiej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

Kardasz W., *Sekurytyzacja jako nowy element zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" 2010, nr 2(9).

Klasyfikacja ryzyk ponoszonych przez zakłady ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2004.

Knight F.H., *Risk, Uncertainty and Profit*, London 1993.

Kowalczyk P., Poprawska E., Ronka-Chmielowiec W., *Metody aktuarialne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.

Krugman A.P., *The Return of Depression Economics and the Crisis of 2008*, Norton, New York 2009.

Kulp C.A., Hall J.W., *Casualty Insurance*, 4th edition, Ronald Press Company, 1964.

Kurek R., *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zakładu ubezpieczeń – nowe podejście w Solvency II*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2008, nr 16.

Kurek R., *Solvency II – wybrane problemy funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego* [w:] *Studia ubezpieczeniowe*, red. J. Handschke, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2009.

Kurek R., *Systemy informacyjne nadzoru nad zakładami ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2015.

Lament M., *Ocena wypłacalności zakładu ubezpieczeń a system informacyjny rachunkowości*, CeDeWu, Warszawa 2013.

Lament M., *Wybrane aspekty wyceny aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji dla potrzeb bilansowych oraz oceny wypłacalności*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2011, nr 1.

Liebwein P., *Klassische und moderne Formen der Ruckversicherung*, VVW GmbH 2000.

Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1998.

Lisowski J., Łyskawa K., *Idea związków wzajemności członkowskiej i funkcjonującej oferty reasekuracji w ubezpieczeniach dla branży wydobywczej w Polsce*, „Zarządzanie i Finanse" 2016, nr 14(3), cz. 1.

MacLean T.L., *Thick as thieves: A social embeddedness model of rule breaking in organizations*, „Business & Society" 2001, nr 40(2).

Managing Risk in Reinsurance: From City Fires to Global Warming, red. N.V. Haueter, G. Jones, Oxford University Press, 2016.

Manikowski P., C*ykle ubezpieczeniowe w gospodarce rynkowej. Pojęcie, cechy, struktura*, Poltext, Warszawa 2013.

Manikowski P., Matuła R., *Analiza wypłacalności zakładów ubezpieczeń w Solvency II na przykładzie wybranych ubezpieczycieli*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2018, Rok 80, z. 2.

Mayerson A.L., *Introduction to insurance*, The Macmillan Company, New York 1962.

Mazurkiewicz S., *Wpływ reasekuracji na sytuację zakładu ubezpieczeń* [w:] *Rating jako narzędzie oceny zakładu ubezpieczeń*, red. T. Sangowski, Bonami, Poznań 2000.

Mazurkiewicz S., Lisowski J., *Reasekuracja a wartość zakładu ubezpieczeń* [w:] *Wycena i zarządzanie wartością zakładu ubezpieczeń*, red. J. Handschke, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2006.

Metodyka rocznego badania i oceny nadzorczej (BION) zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (ocena za 2019 rok), Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa, https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Metodyka_BION_2019_71249 [dostęp: 10.09.2019].

Michalak J., *Przesłanki nieakceptowalności koncepcji transferu ryzyka*, Katedra Ubezpieczeń, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2007.

Michalak J., *Refleksje nad pojęciem ryzyka*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2004, z. 1.

Michalak J., *Ryzyka społeczne a ochrona ubezpieczeniowa – kilka propozycji nieortodoksyjnych*, Poznań 2008.

Michalak J., *Wstęp do reasekuracji*, materiały dydaktyczne z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu (niepublikowane).

Monkiewicz J., Gąsiorkiewicz L., Hadyniak B., *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2000.

Montalbetti E., *Resekuracja*, PWE, Warszawa 1970.

Mossa I.A., *Operational Risk Management*, Chippenham and Eastbourne 2007.

Olszewski P., *Proces underwritingowy na przykładzie ubezpieczenia mienia podmiotów korporacyjnych od szkód losowych – kierunek rozwoju*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2012 (praca niepublikowana).

Onisk R., Stroiński K., Pasternak-Winiarski A., *MSSF 17 – Ubezpieczenia*, 2019, https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/risk/topics/ubezpieczenia-mssf-17.html [dostęp: 8.07.2019].

Pachucki M., *Piramidy i inne oszustwa na rynku finansowym*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2012.

Pasternak-Winiarski A., Piętak P., *Przykład wyceny zobowiązań ubezpieczeniowych w MSSF 17*, 2017, https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/risk/articles/przyklad-wyceny-zobowiazan--ubezpieczeniowych-mssf17.html [dostęp: 8.07.2019].

Pawłowicz L., *Hazard moralny i ryzyko systemowe w UE*, Seminarium: „Moral Hazard w biznesie i polityce gospodarczej", Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańska Akademia Bankowa, Sopot, http://www.gab.com.pl [dostęp: 20.06.2013].

Payne A., *Marketing usług*, Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1997.

Pearson R., *Moral hazard and the assessment of insurance risk in eighteenth-and early-nineteenth-century Britain*, „Business History Review" 2002, nr 76(1).

Podstawy ubezpieczeń, t. 1: *Mechanizmy i funkcje*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000.

Polański Z., Pietrzak B., Woźniak B., *System finansowy w Polsce*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
Rating jako narzędzie oceny zakładu ubezpieczeń, red. T. Sangowski, Bonami 2000.
Reinsurance, red. R.L. Carter, Springer Science & Business Media 2013.
Report of Solvency Working Party Prepared for IAA Insurance Regulation Committee, Luty 2002.
Ronka-Chmielowiec W., *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
Rothschild M., Stiglitz J.E., *Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information*, „Quarterly Journal of Economics" 1976, nr 90.
Rowell D., Connelly L.B., *A historical view of the term moral hazard*, „Insurance Economics Letter" 2012, nr 65.
Rurka A., *Reasekuracja a zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym*, Studia i Materiały, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.
Ryzyko instytucji finansowych. Współczesne trendy i wyzwania, red. T. Czerwińska, K. Jajuga, C.H. Beck, Warszawa 2016.
Sawczuk, K., *Wybrane zagadnienia z teorii informacji a rynek pracy*, „Bank i Kredyt" maj 2003.
Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
Sorkin T., Slade T., Romero S., *Reinsurance Companies Wait to Sort Out Cost of Damages*, „The New York Times" z 12 września 2001 r.
Spigarska E., *Wielowymiarowość sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń (prawo bilansowe, Wypłacalność II, BION, GUS)*, „Studia Oeconomica Posnaniensia" 2018, t. 6, nr 7, Studia ubezpieczeniowe.
Spigarska E., *Wycena aktywów i pasywów zakładów ubezpieczeń a wymogi wypłacalności*, „Problemy Zarządzania" 2013, nr 11(2).
Staniek Z., *Teoretyczne aspekty polskiej prywatyzacji w okresie transformacji*, „Monografie i Opracowania" nr 488, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2001.
Stiglitz J.E., *Information and the Change in the Paradigm in Economics*, „American Economic Review" 2002, nr 92(3).
Stiglitz J.E., Weiss A., *Credit Rationing in Markets with Imperfect Information*, „The American Economic Review" 1981, nr 71(3).
Stroiński K., *Solvency II. Nadzór, wymogi zarządcze oraz nadzór grupowy*, Polska Izba Ubezpieczeń, Deloitte Advisory Sp. z o.o., 10 grudnia 2008 roku.
Strojek M., *Wynik finansowy zakładu ubezpieczeń w sprawozdaniu finansowym* [w:] *Aktualne zmiany w rachunkowości: ze szczególnym uwzględnieniem problematyki inwestycji*, „Studia Ekonomiczne", Akademia Ekonomiczna w Katowicach, 2005, nr 33.
Swiss Re, *Secondary natural catastrophe risks on the front line*, „Sigma" 2019, nr 2.
Szymański Z., *Reasekuracja*, Nakładem „Przewodnika Ubezpieczeniowego", Warszawa 1930.
The essential guide to reinsurance, Swiss RE, Zurich 2013.
The Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 2001, https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/2001/press-release/ [dostęp: 20.04.2020].
Ubezpieczenia gospodarcze, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998.
Ubezpieczenia, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H.Beck, Warszawa 2016.
Van Hulle K., *Early lessons from Solvency II: are we on the right track?*, Economic University Poznań – Anniversary Celebration, Poznań 2018.

Vaughan E.J., Vaughan T., *Fundamentals of Risk and Insurance*, John Wiley & Sons, Inc., 2008.
Walińska E. (red.), *Sprawozdanie finansowe według MSSF zasady prezentacji i ujawniania informacji*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2011.
Wanat-Połeć E. i in., *Metodologia analizy finansowej zakładów ubezpieczeń*, Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, Warszawa 2002.
Wierzbińska M., *Ryzyko w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996.
Wieteska S., *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zakładów ubezpieczeń majątkowo-osobowych*, Oficyn Wydawnicza Branta, Warszawa 2004.
Wieteska-Rosiak B., *Formy pomocy państwa dla poszkodowanych przez żywioł na przykładzie powodzi 2010*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2011, nr 259.
Willett A.H., *The economic theory of risk and insurance*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1951.
Witkowska J., *Kanały dystrybucji ubezpieczeń*, TNOiK, Toruń 2008.
Woźniak-Makarska M., *Reasekuracja – zarys ogólny* [w:] *Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, CeDeWu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2010.
Wycena i zarządzanie wartością zakładu ubezpieczeń, red. J. Handshke, Katedra Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006.
Wytyczne dotyczące reasekuracji biernej/retrocesji, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2014.
Yaari M.E., *The dual theory of choice under risk*, „Econometrica" 1987, nr 55(1).
Zapart T., *Czynniki wpływające na wskaźnik szkodowości ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczenia floty pojazdów*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2014, nr 2(300).
Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń, red. W. Ronka-Chmielowiec, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Wrocław 2004.
Zarządzanie ryzykiem, red. K. Jajuga, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2000.
Zhang D., Zhang Y., Zhao Y.E., *Underwriting and Primary Market Price Discovery of Syndicated Loans: Theory and Evidence*, SSRN 3159471, 2020.
Żurawik B., *Marketing usług finansowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.

Akty prawne

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/65/WE z dnia 27 września 2001 r. zmieniająca dyrektywy 78/660/EWG, 83/349/EWG oraz 86/635/EWG w zakresie zasad oceny rocznych i skonsolidowanych sprawozdań finansowych niektórych rodzajów spółek, a także banków oraz innych instytucji finansowych, Dz. U. WE 2001, L 283/28 ze zm.
Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II), Dz. U. L Nr 335, z 17 grudnia 2009 r.

Dyrektywa Rady 79/267/EWG z 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w zakresie bezpośrednich ubezpieczeń na życie.

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.

Dyrektywa Rady 92/96/EWG z dnia 10 listopada 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do bezpośrednich ubezpieczeń na życie, zmieniająca dyrektywy 79/267/EWG i 90/619/EWG.

Dyrektywa Rady Unii Europejskiej 91/674/EWG z dnia 19 grudnia 1991 r. w sprawie rocznych sprawozdań finansowych i skonsolidowanych sprawozdań finansowych zakładów ubezpieczeń, DZ. U. WE 1991, L 374/7 ze zm.

Pierwsza Dyrektywa Rady 73/239/EWG z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie 73/239/EWG.

Druga Dyrektywa Rady 88/357/EWG z dnia 22 czerwca 1988 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie i ustanowienia przepisów ułatwiających skuteczne korzystanie ze swobody świadczenia usług oraz zmieniająca dyrektywę 73/239/EWG.

Druga Dyrektywa Rady 90/619/EWG z dnia 8 listopada 1990 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do bezpośrednich ubezpieczeń na życie i ustanowienia przepisów ułatwiających skuteczne korzystanie ze swobody świadczenia usług oraz zmieniającej dyrektywę 79/267/EWG.

Międzynarodowy Standard Sprawozdawczości Finansowej nr 4.

Międzynarodowy Standard Sprawozdawczości Finansowej nr 17.

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

Ustawa z dnia 8 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczpospolitej – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 1995 r. Nr 96, poz. 478).

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 ze zm.).

Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U., poz. 2486).

Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zm.).

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

Spis rysunków

1. Postać funkcji użyteczności 22
2. Użyteczność asekuranta i ryzykanta 23
3. Asymetria informacji, negatywna selekcja i pokusa nadużycia 29
4. Klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego według standardów IAA 35
5. Struktura ryzyka w instytucjach finansowych 36
6. Konstrukcja ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego 39
7. Uproszczony model biznesowy w zakładzie ubezpieczeń 39
8. Cykl produkcyjny w zakładzie ubezpieczeń i innym podmiocie gospodarczym 55
9. Cykl produkcyjny zakładów ubezpieczeń 55
10. Podstawowe grupy przychodów w zakładzie ubezpieczeń 57
11. Struktura składki ubezpieczeniowej 60
12. Konstrukcja składki w klasycznych ubezpieczeniach na życie 62
13. Podział składki w ubezpieczeniach z UFK 63
14. Struktura kapitałów zakładów ubezpieczeń (rok 2018) 67
15. Relacja kapitału zapasowego do podstawowego na polskim rynku ubezpieczeń w latach 1995–2018 69
16. Zależność pomiędzy składką przypisaną zarobioną a rezerwą składki 74
17. Cykl życia szkody 75
18. Struktura rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w zakładach ubezpieczeń w Polsce w latach 2013–2018 80
19. Struktura aktywów zakładów ubezpieczeń (rok 2018) 81
20. Czynniki determinujące politykę lokacyjną ubezpieczycieli 82

21. Struktura lokat w polskich zakładach ubezpieczeń w latach 2013–2018 85
22. Sposób przenoszenia odpowiedzialności za zdarzenia w ubezpieczeniach i reasekuracji 90
23. Typy umów reasekuracji 104
24. Podział umów reasekuracji według kryterium technicznego 108
25. Graficzna prezentacja umowy reasekuracji kwotowej 108
26. Graficzna prezentacja umowy reasekuracji ekscedentowej 111
27. Graficzna prezentacja umowy reasekuracji kwotowo-ekscedentowej 112
28. Graficzna prezentacja reasekuracji nadwyżki szkody na ryzyko i na zdarzenie 117
29. Zastosowanie produktów reasekuracyjnych (kryterium techniczne) 120
30. Rodzaje umów reasekuracji finansowej 125
31. Relacje pomiędzy środkami własnymi, marginesem wypłacalności, kapitałem gwarancyjnym i minimalnym kapitałem gwarancyjnym 134
32. Liczba zdarzeń katastroficznych w latach 1970–2018 136
33. Ubezpieczone straty katastroficzne w latach 1970–2018 w mld USD według cen z 2018 r. 137
34. Struktura systemu Solvency II 139
35. Wpływ wymogów ilościowych Solvency II na kategorie bilansu zakładu ubezpieczeń 141
36. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów wypłacalności – dwa sposoby wyznaczania 143
37. Metody wyznaczania wymogu kapitałowego 146
38. Agregacja modułów w formule standardowej 146
39. Kluczowe funkcje w zakładzie ubezpieczeń 152
40. Znaczenie ORSA 155

Spis tabel

1. Rodzaje ryzyka ubezpieczeniowego (techniczno-ubezpieczeniowego) i ich charakterystyka 37
2. Rodzaje ryzyka rynkowego i ich charakterystyka 41
3. Ryzyko operacyjne w zakładzie ubezpieczeń 44
4. Rodzaje ryzyka kredytowego i ich charakterystyka 47
5. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe według natury powstawania 72
6. Strategia inwestycyjna zakładu ubezpieczeń w zależności od rodzaju prowadzonej działalności 83
7. Funkcje reasekuracji 94
8. Rozwój regulacji w zakresie stosowania reasekuracji 102
9. Dziesięć największych reasekuratorów na świecie według składki przypisanej (porównanie 2017 i 2008) 103
10. Charakterystyka umów reasekuracji według kryterium prawnego 105
11. Charakterystyka umów reasekuracji proporcjonalnej 114
12. Możliwe do zastosowania maksymalne poziomy odpowiedzialności w umowach ubezpieczenia i reasekuracji 119
13. Kształt programu reasekuracji 122
14. Przebieg płatności w umowie Time & Distance 126
15. Porównanie korzyści płynących z zastosowania reasekuracji finansowej i tradycyjnej 127
16. Postrzeganie zagrożeń przez biznes w roku 2019 136
17. Kategorie środków własnych i ich cechy jakościowe 149

18. Struktura sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń 163
19. Układ bilansu zakładu ubezpieczeń 165
20. Techniczny rachunek ubezpieczeń na życie 174
21. Techniczny rachunek ubezpieczeń majątkowych i osobowych 176
22. Ogólny rachunek zysków i strat 181
23. Rachunek przepływów pieniężnych (metoda bezpośrednia) 184
24. Klasyfikacja zakładów ubezpieczeń na potrzeby oceny BION 204