

Tadeusz Szumlicz

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

ZASTOSOWANIE METODY AKTUARIALNEJ W UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

1. Zakres rozważań

W „nowej” polityce społecznej – zarówno w krajach o rozwiniętej gospodarce rynkowej, jak i tych objętych transformacją ustrojową – zaczynają dominować, w przeciwieństwie do działań interwencyjnych i kreujących, działania o charakterze antycypacyjnym (zob. [1, s. 70-71]). Zauważalne jest też dążenie, by w systemach zabezpieczenia społecznego, które ten charakter działań wyrażają, posługiwać się metodą ubezpieczenia i rozwiązaniami ubezpieczeniowym (zastosowanie metody ubezpieczenia w zabezpieczeniu społecznym).

Zasada ubezpieczeniowa – w przeciwieństwie do zasad zaopatrzeniowej i opiekuńczej stosowanych w zabezpieczeniu społecznym – powinna oznaczać składkowe źródło finansowania i jednocześnie szczególny charakter (tytuł) uprawnienia do świadczenia, który wynika z członkostwa w określonej wspólnocie ryzyka. Nie-obojętna jest więc – i to nie tylko z powodów formalnych – stosowana w polityce społecznej terminologia jej opisu i oceny, polegająca na jednoznacznym odróżnianiu „zabezpieczenia społecznego” od „ubezpieczenia społecznego” (w liczbie pojedynczej), jako konkretnej metody społecznej, oraz od „ubezpieczeń społecznych” (w liczbie mnogiej), jako zestawu rozwiązań społecznych (zob. [1, s. 83-88]).

Warunkiem koniecznym wprowadzania rozwiązań ubezpieczeniowych do polityki społecznej (ściślej – do systemu zabezpieczenia społecznego) jest zastosowanie metody aktuarialnej w ubezpieczeniu społecznym. Powinna to być podstawowa przesłanka zasadności ewentualnego wprowadzenia rozwiązania instytucjonalnego określanego mianem aktuariusza krajowego.

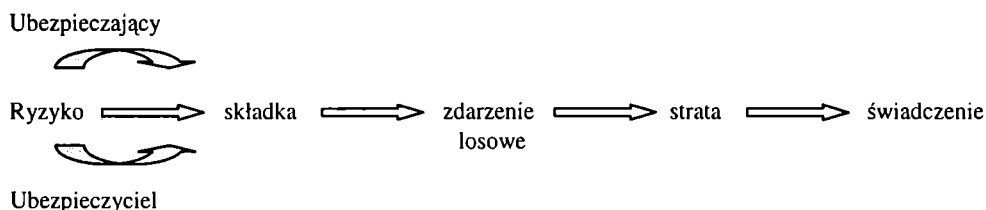
Problemu zastosowania metody aktuarialnej w ubezpieczeniach społecznych nie można jednak sprowadzić do narzędzi statystycznych i dostępności danych. Istotne znaczenie ma – jeśli można tak powiedzieć – „filozofia” zastosowania me-

tody ubezpieczenia w zabezpieczeniu społecznym. Można założyć, że istnieje swoisty „społeczny rachunek aktuarialny”, który, wbrew pozorom, okazuje się chyba nie mniej skomplikowany niż rachunek aktuarialny w zastosowaniu do ubezpieczeń prywatnych.

2. Schemat ideowy metody ubezpieczenia

W ujęciu – jeśli można tak powiedzieć – „klasycznym” schemat ideowy metody ubezpieczenia to opis ciągu: ryzyko → składka → zdarzenie losowe → strata → świadczenie (zob. więcej [1, s. 89-100]), z tym, że w schemacie można wyróżnić:

1) opis zasadniczy, ustalający tok myślenia ubezpieczeniowego (ujęcie „horyzontalne”), na który składają się kolejne kategorie podstawowe, stanowiące ciąg rozumowania: ryzyko – składka – zdarzenie losowe – strata – świadczenie (zob. rys. 1);



Rys. 1. Metoda ubezpieczenia – podstawowy ciąg rozumowania

Źródło: opracowanie własne.

2) opis komplementarny, dopełniający tok myślenia ubezpieczeniowego (ujęcie „wertikalne”), w którym powyższy ciąg rozumowania rozpatruje się od strony ubezpieczającego i ubezpieczyciela (zob. rys. 1), z wyeksponowaniem najważniejszych współzależności występujących między kategoriami podstawowymi (zob. rys. 2).

Przedstawiony ciąg kategorii i współzależności odróżnia każdą inną metodę zarządzania ryzykiem od metody ubezpieczenia.

2.1. Opis schematu ideowego ubezpieczenia – ujęcie „horyzontalne”

Metoda zarządzania polegająca na transferze (metoda zarządzania ryzykiem przez transfer ewentualnych negatywnych skutków finansowych zaistnienia ryzyka) z natury wymaga pojawienia się przynajmniej dwóch stron tego transferu. W przypadku transferu ubezpieczeniowego są to ubezpieczający i zakład ubezpieczeń (zob. rys. 1). Transfer ryzyka w tej formie na ogół przybiera postać prawną dobrowolnej umowy dwustronnej, ale może też wynikać z przepisów ustawowych. Jedną z najważniejszych cech umowy ubezpieczenia jest właśnie jej dwustronność.

Punktem wyjścia schematu ideowego ubezpieczenia jest założenie ryzyko ubezpieczalne, które stanowi podstawę myślenia ubezpieczeniowego, odwołującego się do możliwości zastosowania metody ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem. W przyjętym ciągu rozumowania ryzyko to ryzyko „czyste”, stanowiące zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach podmiotu ekonomicznego.

Z kolei składka to ekwiwalentny wkład pieniężny, wnoszony przez (lub na rzecz) członków zorganizowanej wspólnoty ryzyka do funduszu ubezpieczeniowego. Z funduszu tego mają być kompensowane straty wynikłe z określonych zdarzeń losowych, doświadczanych tylko przez niektórych członków tej wspólnoty. Składka jest więc opłatą za przejęcie przez zakład ubezpieczeń finansowych skutków zaistnienia ryzyka (opłatą za korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej).

Warto w tym miejscu odnotować, że umowa ubezpieczenia jest umową wzajemną (ekwiwalentną), chociaż najczęściej się zdarza, że za opłaconą składkę nie otrzymujemy świadczenia. Cecha wzajemności („coś za coś”) bezsprzecznie występuje jednak w zakresie uzyskiwanego bezpieczeństwa (popyt na ochronę ze strony ubezpieczającego i podaż ochrony ze strony ubezpieczyciela).

Następna kategoria – zdarzenie losowe – jest faktem zaistnienia ryzyka. Za najważniejsze charakterystyki zdarzeń losowych uznaje się na ogół: 1) niezależność zdarzeń od woli lub ich wystąpienie wbrew woli osób dotkniętych zdarzeniami; 2) wystąpienie zdarzeń jest możliwe, ale nieprzesądzone; 3) statystyczną prawidłowość występowania zdarzeń; 4) nadzwyczajność zdarzeń i 5) losowość zdarzeń (zamiast wielu [3])¹. Konkretnie zdarzenie losowe można określić mianem negatywnego i/lub mianem pozytywnego, ale niezależnie od statusu „emocjonalnego” zdarzenia powoduje ono stratę w znaczeniu finansowym. Szczególne znaczenie ma pojęcie wypadku ubezpieczeniowego, a więc takiego zdarzenia losowego, którego niekorzystne następstwa uznaje się za objęte ochroną ubezpieczeniową.

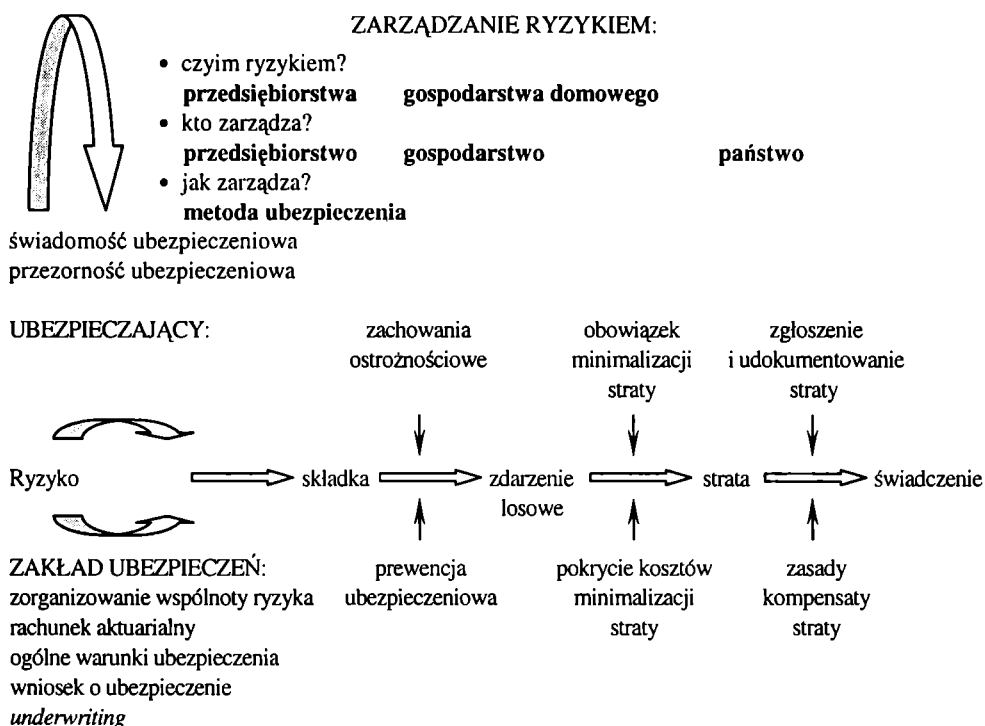
Kolejną kategorią jest strata stanowiąca konsekwencję finansową zdarzenia losowego. Podstawą wyliczenia straty jest ocena powstałej szkody osobowej lub majątkowej. Niezależnie od charakteru zdarzenia strata jest określana, wyliczana i wyrażana w wartościach pieniężnych.

Strata ma być odpowiednio skompensowana (pokryta) przez świadczenie, które ma formę świadczenia *sensu stricto* lub odszkodowania. Kompensatę straty w ubezpieczeniu osobowym powinno się nazywać świadczeniem (w wąskim tego słowa znaczeniu). Natomiast kompensatę straty w ubezpieczeniu majątkowym powinno się nazywać odszkodowaniem.

¹ Definicja ustawowa stanowi, że zdarzenie losowe to „niezależne od woli ubezpieczającego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego nastąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową” [2].

2.2. Opis schematu ideowego ubezpieczenia – ujęcie „wertikalne”

Opis komplementarny, dopełniający tok myślenia ubezpieczeniowego, związany z ciągiem rozumowania: ryzyko – składka – zdarzenie losowe – strata – świadczenie, polega na systematycznym wyeksponowaniu współzależności występujących między kolejnymi kategoriami podstawowymi, które są rozpatrywane równocześnie z dwóch stron: ubezpieczającego i ubezpieczyciela – zakładu ubezpieczeń (zob. rys. 2).



Rys. 2. Schemat ideowy ubezpieczenia

Źródło: opracowanie własne.

Ubezpieczający to podmiot, który w zarządzaniu ryzykiem jest inicjatorem zastosowania ochrony ubezpieczeniowej. Z prawnego punktu widzenia stanowi on jedną z dwóch stron umowy ubezpieczenia. Należy jednak zwrócić uwagę, że w stosunkach ubezpieczeniowych wynikających z umowy ubezpieczenia uczestniczą również inne podmioty (ubezpieczony, uposażony, uprawniony, beneficjent), a ponadto, iż na rzecz i rachunek ubezpieczającego może działać broker ubezpieczeniowy.

Ubezpieczyciel (zakład ubezpieczeń) reprezentuje drugą stronę umowy ubezpieczenia. Dlatego też umowa ubezpieczenia jest umową kwalifikowaną, a więc taką, w której jedna ze stron musi mieć szczególne uprawnienie do jej zawarcia. Uprawnienie takie potencjalny zakład ubezpieczeń uzyskuje od kompetentnego organu państwa.

Punkt wyjścia opisu dopełniającego dotychczasowy tok myślenia ubezpieczeniowego, związanego z ciągiem rozumowania wyznaczonym przez omówione wcześniej kategorie podstawowe, znajduje się między ryzykiem a składką. To miejsce rozważań zarówno dla ubezpieczającego, jak i ubezpieczyciela wiąże się z decyzjami dotyczącymi zarządzania ryzykiem. Ubezpieczający (na rynku ubezpieczeń i w działalności ubezpieczeniowej reprezentujący stronę popytową) zamierza skorzystać z metody ubezpieczenia. Natomiast ubezpieczyciel (na rynku ubezpieczeń i w działalności ubezpieczeniowej reprezentujący stronę podaźową) jest gotów zaoferować odpowiednią ochronę ubezpieczeniową. Innymi słowy, opis rozważań między ryzykiem a składką wiąże się z odpowiedzią na pytanie, co dzieje się między ryzykiem a składką (rys. 2).

Na schemacie przedstawionym na rys. 2, między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczającego należy zwrócić uwagę na to, że każdy podmiot (przedsiębiorstwo, gospodarstwo domowe) zamierzający skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej wyróżnia – większa lub mniejsza – świadomość ubezpieczeniowa, a także jego postępowanie charakteryzuje większa lub mniejsza przeczorność ubezpieczeniowa. To znaczy, że na decyzje ubezpieczającego mają wpływ nie tylko jego świadomość ubezpieczeniowa, czyli wiedza i umiejętności umożliwiające racjonalne skorzystanie z ochrony ubezpieczeniowej, ale także jego przeczorność ubezpieczeniowa, wyrażana wykorzystywaniem ochrony ubezpieczeniowej w zarządzaniu ryzykiem. Poziom świadomości i przeczorności ubezpieczeniowej jest w dużej mierze pochodną świadomości społecznej, a zwłaszcza ekonomicznej. Na kształtowanie świadomości i przeczorności ubezpieczeniowej istotny wpływ ma również państwo, które powinno sprzyjać pobudzaniu zachowań asekuracyjnych. Niekiedy świadomość ubezpieczeniowa może być „macona” przez nieprzemyślane działania uczestników rynku ubezpieczeniowego (zakłady ubezpieczeń, agentów, brokerów, wyspecjalizowane instytucje państwowe), zniechęcające w konsekwencji do zakupu produktów ubezpieczeniowych.

Na prezentowanym schemacie, między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela (zakładu ubezpieczeń) trzeba podkreślić to, że podstawowym zadaniem tego podmiotu (niezależnie od tego, czy ma statut spółki akcyjnej, czy też towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych) jest zorganizowanie (i obsługa) wspólnoty ryzyka. Każde ubezpieczenie polega bowiem na właśnie takiej wspólnotcie, której powstanie jest warunkiem koniecznym (*conditio sine qua non*) rozłożenia na wielu jej członków, płacących odpowiednie składki na fundusz ubezpieczeniowy, konsekwencji finansowych zaistnienia ryzyka i na pokrycie strat stosownymi świadczeniami.

W zorganizowaniu wspólnoty ryzyka pewne znaczenie może mieć koasekuracja, czyli rozpraszanie ryzyka polegające na równoczesnym zaangażowaniu kilku zakładów ubezpieczeń w organizację ochrony ubezpieczeniowej danego przedsiębiorstwa. W praktyce istotniejsza jest reasekuracja, czyli przekazanie reasekuratorowi (zakładowi ubezpieczeń specjalizującemu się w tym zakresie działalności) części lub całości ryzyka przejętego od ubezpieczającego.

Na rysunku 2, między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela ważną procedurą ubezpieczeniową jest – dokonywany przez aktuarium – rachunek aktuarialny, którego ogólnym celem jest ustalenie wysokości składki netto (nazywanej też składką czystą, aktuarialną) odpowiadającej danemu ryzyku. Koszt ochrony ubezpieczeniowej dla ubezpieczającego stanowi jednak składka brutto, czyli składka netto powiększona o koszty organizacji ochrony ubezpieczeniowej i funkcjonowania zakładu ubezpieczeń oraz założony zysk z działalności asekuracyjnej. Na podstawie przyjętych w rachunku aktuarialnym wskaźników szkodowości powstaje tabela stóp składek w odniesieniu do rodzajów ryzyka obejmowanego danym rodzajem ubezpieczenia, odzwierciedlająca konieczny wkład finansowy ubezpieczającego na fundusz ubezpieczeniowy, w zależności od klasy jego indywidualnego ryzyka przejmowanego przez zakład ubezpieczeń (np. w ubezpieczeniach osobowych najczęściej jest to płeć i wiek, a w ubezpieczeniach majątkowych może być to stopień narażenia danego obiektu na ryzyko pożaru). Wysokość składki zależy przede wszystkim od sumy ubezpieczenia (lub sumy gwarancyjnej) stanowiącej górną granicę odpowiedzialności finansowej zakładu ubezpieczeń, wynikającej na ogół z wartości przedmiotu ubezpieczenia albo ustalonego zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Na schemacie zaprezentowanym na rys. 2, między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela trzeba też umieścić ogólne warunki ubezpieczenia (OWU), które są w zasadzie opisem oferowanego produktu ubezpieczeniowego (na etapie tworzenia produktu stanowią one jego koncepcję, poddawaną obróbce aktuarialnej). Ogólne warunki ubezpieczenia stanowią o tym, że umowa ubezpieczenia jest umową adhezyjną, a więc taką, w której jedna ze stron (w naszym przypadku ubezpieczający) przystępuje do warunków umowy zaproponowanych przez drugą stronę (w naszym przypadku zakład ubezpieczeń). Adhezyjność umowy ubezpieczenia jest jakby teoretycznym uzasadnieniem konieczności zapoznania się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia przed podpisaniem umowy ubezpieczenia, ponieważ tych warunków się nie współtworzy. Praktyczne uzasadnienie wynika z zawartych w nich ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Te ograniczenia i wyłączenia mogą mieć charakter przedmiotowy (ograniczenie dotyczące kradzieży pieniędzy), podmiotowy (wyłączenie dotyczące szkody wyrządzonej przez współnika), sytuacyjny (wyłączenie, gdy szkoda została spowodowana w stanie nietrzeźwości).

Na rysunku 2, między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela należy też odnotować wniosek o ubezpieczenie. Chodzi o wnioski opracowywane przez zakład ubezpieczeń, których treść służy szczegółowemu opisaniu przejmowanego przez ubezpieczyciela ryzyka. Wniosek o ubezpieczenie składa i podpisuje ubezpieczający, zaświadczając w ten sposób o cechach i stanie przedmiotu ubezpieczenia. Podanie we wniosku nieprawdy może być powodem odmowy albo obniżenia świadczenia ze strony zakładu ubezpieczeń.

Na schemacie z rys. 2, między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela należy wreszcie umieścić *underwriting*, jako szczególny proces ubezpieczeniowy, w którym zakład ubezpieczeń podejmuje decyzję o: 1) przejęciu ryzyka na warunkach standardowych, 2) przejęciu ryzyka na określonych (niestandardowych: ponadstandardowych lub substandardowych) warunkach (nie oznacza to jedynie zwwyżki/zniżki składki ubezpieczeniowej); niestandardowe warunki mogą dotyczyć również zaoferowania węższego/szerszego zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej albo 3) odmowie ochrony ubezpieczeniowej. Najczęściej zastosowanie ma *underwriting* medyczny (np. identyfikacja wpływu stanu zdrowia na ryzyko śmierci) oraz *underwriting* finansowy (np. identyfikacja wpływu kondycji ekonomicznej przedsiębiorstwa na ryzyka finansowe albo identyfikacja ewentualnych zagrożeń finansowych gospodarstwa domowego wynikających ze śmierci żywiciela).

Przejście do kolejnego fragmentu schematu ubezpieczeniowego znajdującego się między składką a zdarzeniem losowym pozwala ustalić, że w tym miejscu schematu po stronie ubezpieczającego chodzi o zachowania ostrożnościowe (właściwie o stymulowanie takich zachowań ubezpieczonego przez zakład ubezpieczeń). Ponadto po stronie ubezpieczającego w obszarze między składką a zdarzeniem losowym warto zwrócić uwagę na przestępstwa ubezpieczeniowe. Mogą one polegać na zawieraniu antydatowanych umów (faktyczne zapłacenie składki dopiero po zaistnieniu zdarzenia) albo na zawieraniu umowy ubezpieczenia z założeńiem, że zdarzenie („losowe”) musi zaistnieć (umyślne wywołanie szkody).

Na omawianym schemacie, między składką a zdarzeniem losowym, po stronie ubezpieczającego najistotniejsza jest prewencja ubezpieczeniowa. Największe znaczenie ma prewencja techniczno-ubezpieczeniowa, czyli wprowadzanie do procedur ubezpieczeniowych rozwiązań wpływających na zachowania ostrożnościowe ubezpieczonych. Do tych rozwiązań należy system *bonus-malus*, czyli system – z jednej strony – premiujący obniżkami składek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia (*bonus*) oraz z drugiej – karzący zwwyżkami składek za zbyt szkodowy przebieg ubezpieczenia (*malus*). Do tych rozwiązań należy także zaliczyć udział własny w stracie, co oznacza pokrycie części powstałej szkody przez ubezpieczającego. Zakład ubezpieczeń prowadzi również prewencję finansową, która polega na partycypacji finansowej ubezpieczyciela w przedsięwzięciach o charakterze zapobiegawczym (prewencyjnym, profilaktycznym). Działania o takim charakterze są finansowane z funduszu prewencyjnego.

Opisując następny fragment schematu – między zdarzeniem losowym a stratą – należy zwrócić uwagę na szczególnie obowiązek ubezpieczającego (ubezpieczonego) i zarazem ważne zobowiązanie zakładu ubezpieczeń. Po stronie ubezpieczającego obowiązek ten to minimalizacja strat wywołanych zdarzeniem losowym, natomiast zobowiązanie po stronie zakładu ubezpieczeń to pokrycie kosztów minimalizacji strat poniesionych przez ubezpieczającego w związku z podjętymi działaniami minimalizującymi straty. Realne pokrycie kosztów minimalizacji strat ustala się w stosunku do całkowitej wielkości straty.

Ostatni fragment schematu ideowego ubezpieczenia to obszar między stratą a świadczeniem. Ponowne „spotkanie” ubezpieczającego i ubezpieczyciela (pierwsze miało miejsce przy podpisywaniu umowy ubezpieczenia i dotyczyło zarządzania ryzykiem) jest ewentualnym wynikiem przebiegu ochrony ubezpieczeniowej: uruchomienia się ryzyka w postaci konkretnego zdarzenia losowego i powstania straty objętej ubezpieczeniem. Podejmowane w tym przypadku działania – ubezpieczającego, z jednej strony, oraz zakładu ubezpieczeń, z drugiej strony, jako uczestników kontraktu ubezpieczeniowego – najogólniej nazywa się likwidacją strat (szkód). W procesie tym po stronie ubezpieczającego należy odnotować zgłoszenie i udokumentowanie poniesionej straty. W zgłoszeniu straty najważniejsze jest dotrzymanie terminu. Udokumentowanie to swoiste uwiarygodnienie strat – zarówno co do ich powstania, jak i pod względem ich wysokości. Niestety, w procedurach tych może dochodzić do przestępstw ubezpieczeniowych. W procesie likwidacji straty po stronie zakładu ubezpieczeń należy zwrócić uwagę na wyjątkowo ważne zasady kompensaty strat, wśród których zasada indemnizacji (pełnego pokrycia szkody) i zasada miarkowania (ustalenie zakresu pokrycia straty) wymagają szczególnego wyeksponowania.

3. Elementy społecznej interpretacji schematu ideowego metody ubezpieczenia

Z punktu widzenia zastosowania rachunku aktuarnego w ubezpieczeniach społecznych szczególnie ważna jest społeczna interpretacja schematu ideowego metody ubezpieczenia (opis ciągu: ryzyko → składka → zdarzenie losowe → strata → świadczenie), wyjaśniająca społeczne odstępstwa od „klasycznego” rozumowania ubezpieczeniowego, z podkreśleniem tego przyczyn i skutków (zob. [1, s. 101-114]). W odstępstwach od „klasycznego” rozumowania ubezpieczeniowego zasadnicze znaczenie mają te związane z utworzeniem wspólnoty ryzyka (przymus ubezpieczenia), aktuarnym określeniem składki (odmienne modele ustalania składek) i ekwiwalentnością ubezpieczeniową, rozumianą zarówno w sensie funduszowym, jak też kompensacyjnym.

W przyjętym ciągu rozumowania ubezpieczeniowego ryzyko społeczne to ryzyko „czyste”, stanowiące zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę

w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego. Należy tutaj odwołać się do enumeracji tak rozumianych rodzajów ryzyka w formie katalogu wyróżniającego typy ryzyka o charakterze społecznym, w którym wyróżnia się:

- ryzyko choroby,
- ryzyko macierzyństwa,
- ryzyko inwalidztwa,
- ryzyko śmierci żywiciela,
- ryzyko wypadku przy pracy,
- ryzyko bezrobocia,
- ryzyko starości,
- ryzyko nagłego wydatku.

Do tego katalogu można dodać ryzyko nagłego braku (straty w rzeczowych zasobach majątkowych), a także wyodrębnić ryzyko niedołęstwa starczego (zob. [5]).

Eksponując aspekty społeczne metody ubezpieczenia, należy zwrócić uwagę na to, że w roli ubezpieczającego może wystąpić nie tylko gospodarstwo domowe (w zasadzie osoba fizyczna, członek tego gospodarstwa reprezentujący interesy gospodarstwa domowego), ale też inne podmioty, przede wszystkim państwo (instytucja wyspecjalizowana je reprezentująca) lub przedsiębiorstwo (pracodawca). Z kolei w roli ubezpieczyciela mogą wystąpić nie tylko prywatny zakład ubezpieczeń (o statusie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń społecznych), ale i publiczny zakład ubezpieczeń utworzony z inicjatywy państwa. Ryzyko społeczne stanowi w tym przypadku przesłankę powołania ubezpieczeniowej instytucji społecznej. Możliwe jest także zaangażowanie przez państwo prywatnego zakładu ubezpieczeń do wykonywania zadań ubezpieczeniowych związanych z przymusem ubezpieczenia.

Podstawowym zadaniem instytucji ubezpieczeniowej jest zorganizowanie (i obsługa) wspólnoty ryzyka. W interpretacji społecznej schematu ubezpieczeniowego niezbędny jest komentarz dotyczący tworzenia wspólnot ryzyka poprzez stosowanie przymusu (obowiązku, wymogu, nakazu) ubezpieczenia, bowiem nieuzasadnione wprowadzanie ubezpieczeń obowiązkowych może jednak wpływać negatywnie na świadomość ubezpieczeniową (prowokując myślenie, iż ważne jest tylko to, co obowiązkowe i odwrotnie). Ubezpieczenia społeczne na ogół wyróżnia obowiązkowość, ale jest to obowiązkowość dobrze uzasadniona względami społecznymi. Przez obowiązkowość uzyskuje się powszechność ochrony i nadzwyczaj duże wspólnoty ryzyka, co pozwala na istotne rozproszenie ryzyka bez stosowania reasekuracji.

Największy problem w interpretacji społecznej schematu ideowego ubezpieczenia stanowi kategoria składki, czyli opłaty za przejęcie przez zakład ubezpieczeń finansowych skutków zaistnienia ryzyka (opłatą za korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej). Składka powinna być ekwiwalentnym wkładem pieniężnym, wnoszonym przez (lub na rzecz) wszystkich członków zorganizowanej wspólnoty ryzyka do funduszu ubezpieczeniowego, z którego mają być kompensowane straty,

wynikłe z określonych zdarzeń losowych doświadczanych tylko przez niektórych członków tej wspólnoty. Problemu ten będzie rozwinięty w dalszej części niniejszego tekstu.

Następna kategoria – zdarzenie losowe – jest faktem zaistnienia konkretnego ryzyka społecznego. Zagrożenie zdarzeniem nazywanym „losowym” budzi niekiedy poważne wątpliwości. Najczęściej w odniesieniu do ryzyka społecznego spotykamy się z „oprotestowaniem” losowości zdarzeń wynikających z ryzyka macierzyństwa i starości. Można by w tych przypadkach poprzestać na zaproponowaniu umowności określenia „losowe”, ale nie jest to chyba konieczne z punktu widzenia skutków w postaci straty w wymiarze finansowym. Istnieje bowiem niewątpliwie różnica – jednak „losowa” – między urodzeniem się jednego dziecka a urodzeniem się trojaczków, między urodzeniem się dziecka zdrowego a urodzeniem się dziecka chorego. Z kolei dożycie określonego wieku lub zbyt długie życie wystarczy chyba określić mianem ryzyka pozytywnego i mówić o paradoksie ryzyka starości. W interpretacji społecznej schematu ideowego ubezpieczenia istotne jest też pojęcie wypadku ubezpieczeniowego, gdyż nie wszystkie niekorzystne następstwa zdarzeń losowych związanych z ryzykiem społecznym uznaje się za objęte ochroną ubezpieczeniową ze względu na relatywnie małą stratę (zastosowanie swoistej społecznej franszyzy integralnej).

Kolejną kategorią jest strata stanowiąca konsekwencję finansową zdarzenia losowego. Trzeba powtórzyć, że podstawą wyliczenia straty jest ocena powstałej szkody osobowej lub majątkowej. Niezależnie jednak od charakteru zdarzenia strata powinna być określana – co już podkreślano – w wartościach pieniężnych.

Strata jest odpowiednio kompensowana przez świadczenie, które może mieć formę świadczenia *sensu stricto* lub odszkodowania. Również w ubezpieczeniu społecznym kompensatę straty o charakterze osobowym należałoby konsekwentnie nazywać świadczeniem (w wąskim tego słowa znaczeniu), zaś kompensatę straty o charakterze majątkowym – odszkodowaniem, mimo że użytecznym terminem jest ogólne określenie „świadczenie *sensu largo*”, pozwalające unikać wielu nieścisłości i nieporozumień.

W interpretacji społecznej schematu ideowego ubezpieczenia opis komplementarny, dopełniający tok myślenia ubezpieczeniowego, także polega na systematycznym wyeksponowaniu współzależności występujących między kolejnymi, wyżej zinterpretowanymi od strony społecznej kategoriami podstawowymi (por. rys. 2), które należy rozpatrywać z dwóch stron: ubezpieczającego (podmiotu, który w zarządzaniu ryzykiem jest inicjatorem zastosowania ochrony ubezpieczeniowej) i ubezpieczyciela (formalnej instytucji ubezpieczeniowej).

Punktem wyjścia opisu jest miejsce między ryzykiem a składką (por. rys. 2). Zarówno dla ubezpieczającego, jak i ubezpieczyciela wiąże się ono z decyzjami podejmowanymi w związku z zarządzaniem ryzykiem społecznym.

Odpowiadając na pytanie, co dzieje się w obszarze między ryzykiem a składką po stronie ubezpieczającego, należy zwrócić uwagę, że każde gospodarstwo domowe, zamierzające skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, wyróżnia pewien poziom świadomości ubezpieczeniowej i przezorność ubezpieczeniowa. Istotne jest tutaj wyróżnienie gospodarstw domowych o średnim poziomie zamożności, w przypadku których korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej jest najbardziej uzasadnione. Realny poziom świadomości i przezorności ubezpieczeniowej jest w dużej mierze pochodną świadomości społecznej, zwłaszcza ekonomicznej, a ta – po stronie gospodarstw domowych funkcjonujących w otoczeniu gospodarki rynkowej – powinna systematycznie wzrastać. Na kształtowanie świadomości i przezorności ubezpieczeniowej gospodarstw domowych istotny wpływ ma państwo, które powinno stymulować zachowania asekuuracyjne gospodarstw domowych. Niestety, świadomość ubezpieczeniowa może być „mącona” przez nieprzemyślane działania uczestników rynku ubezpieczeniowego (zakłady ubezpieczeń, agentów, wyspecjalizowane instytucje państwowe), co do zakupu produktów ubezpieczeniowych zniechęca zwłaszcza gospodarstwa domowe.

Odpowiadając z kolei na pytanie, co dzieje się we fragmencie schematu zlokalizowanym między ryzykiem a składką po stronie ubezpieczyciela (zakładu ubezpieczeń), trzeba jeszcze raz podkreślić to, że podstawowym zadaniem instytucji ubezpieczeniowej jest zorganizowanie (i obsługa) wspólnoty ryzyka.

Na rysunku 2, w obszarze między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela ważną procedurą ubezpieczeniową jest rachunek aktuarialny, którego ogólnym celem jest ustalenie wysokości składki stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej. Wymowna jest tutaj znana definicja ubezpieczenia mówiąca o zastąpieniu wielkiej niepewnej straty małą pewną stratą (skutki zaistnienia ryzyka z pewnością dotkną członków wspólnoty ryzyka, natomiast nie są pewne w odniesieniu do poszczególnych jej członków), ale wielkość tej pewnej straty ma, oczywiście, dla ubezpieczającego znaczenie zasadnicze. Interpretacja społeczna rachunku aktuarialnego (określenia koniecznego wkładu finansowego ubezpieczającego na fundusz ubezpieczeniowy, w zależności od klasy jego indywidualnego ryzyka przejmowanego przez zakład ubezpieczeń) wiąże się z możliwymi odstępstwami od ogólnych zasad przeprowadzania tego rachunku oraz z różnymi metodami ustalania wysokości odpowiedniej składki.

Ekwiwalentność składkowego wkładu pieniężnego można rozpatrywać w dwójakim znaczeniu „ekwiwalentności ubezpieczeniowej”:

- zgromadzenia ze składek adekwatnej wielkości funduszu ubezpieczeniowego, pokrywającego wypłatę należnych świadczeń, kompensujących członkom wspólnoty ryzyka straty wynikłe z określonych zdarzeń losowych;
- zachowania adekwatnej relacji między składką a świadczeniem, uzależniającej wprost proporcjonalnie wielkość kompensaty straty od wysokości aktuarialnie ustalonego wkładu pieniężnego wniesionego przez danego członka wspólnoty ryzyka do funduszu ubezpieczeniowego.

Przyjmując za punkty odniesienia składkę i świadczenie, ekwiwalentność w pierwszym rozumieniu można nazwać „ekwiwalentnością funduszową” (porównanie sumy składek z sumą świadczeń), natomiast w drugim – „ekwiwalentnością kompensacyjną” (porównanie wysokości składki z wysokością świadczenia).

Jak się okazuje, takie rozumienie ekwiwalentności ubezpieczeniowej stanowi zasadniczy dylemat w ubezpieczeniu o charakterze społecznym, gdyż:

- nieekwiwalentność funduszowa może być w pewnym sensie dopuszczalna i wiązać się z przewidywaną (gwarantowaną) dopłatą do funduszu (np. z budżetu państwa);
- można przyjąć mniej lub bardziej uzasadnione odstępstwa od ekwiwalentności kompensacyjnej, albo od strony składki (wysokość składki uzależniana od sytuacji dochodowej; oczekuje się większego wkładu finansowego do funduszu ubezpieczeniowego od osób wyżej sytuowanych materialnie), albo od strony świadczenia (wysokość świadczenia uzależniona od potrzeb), albo nawet i od strony składki, i od strony świadczenia.

Jeśli przyjmie się, że źródłem finansowania ochrony ubezpieczeniowej jest fundusz ubezpieczeniowy powstający ze składek, to nasuwa się przekorne pytanie, czy można założyć, że tam, gdzie posługujemy się terminem składki, mamy do czynienia z zastosowaniem metody ubezpieczenia. Jest to odwrócenie części zadawanego pytania: czy źródłem finansowania ochrony ubezpieczeniowej jest składka?

I tu komentarz. W języku polskim, w porównaniu z językiem angielskim, występuje wyjątkowa możliwość wyrażania różnicy między szerszym zakresem działalności społecznej (przez użycie pojęcia „polityka społeczna”) a jej węższym zakresem (przez użycie pojęcia „polityka socjalna”). Natomiast w języku polskim w przypadku finansowania ochrony ubezpieczeniowej posługujemy się tylko jednym terminem – „składka” – podczas gdy w języku angielskim występują dwa terminy *premium*, kiedy mówimy o ubezpieczeniu, w którym ma zastosowanie zasada nazwana wyżej ekwiwalentnością kompensacyjną, oraz terminu *contribution*, kiedy mówimy o ubezpieczeniu, w którym ta zasada nie ma w pełni zastosowania. W tym drugim przypadku „składka” oznacza *de facto* wkład (udział), co może oznaczać różnicowanie tego wkładu od sytuacji dochodowej. Podobną kwestią jest używanie pojęcia składki w czynnościach finansowych (np. dobrowolne oszczędzanie na emeryturę), które nie mają nic wspólnego z ubezpieczeniem.

Innym problemem jest zasada wnoszenia składki do funduszu ubezpieczeniowego przez wszystkich członków wspólnoty ryzyka. Należy bowiem zauważyć, że składkę powinien płacić ubezpieczający (podmiot zarządzający ryzykiem metodą ubezpieczenia), jednakże w tej roli może wystąpić nie tylko osoba ubezpieczona, której życie, zdrowie lub interes majątkowy są przedmiotem ubezpieczenia, stosująca ochronę ubezpieczeniową w interesie własnego gospodarstwa domowego, ale też podmiot (np. państwo, pracodawca), który podejmuje się zapewnić ochronę ubezpieczeniową innemu podmiotowi, w naszym przypadku – gospodarstwu domowemu (szczególnym przykładem może być – w określonych sytuacjach – „kredytowanie” składki w ubezpieczeniu emerytalnym).

Uogólniając problemy związane ze składką, można powiedzieć, że najważniejsze są konkretne odpowiedzi na dwa zasadnicze pytania: o wielkość składki (na złożoność odpowiedzi na to pytanie autor postara się zwrócić więcej uwagi przy omawianiu rachunku aktuarnego) i o płaćcego składkę.

Ustalenie wysokości składki stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej wymaga znajomości wymownej definicji ubezpieczenia mówiącej o zastąpieniu wielkiej niepewnej straty małą pewną stratą (skutki zaistnienia ryzyka z pewnością dotkną członków wspólnoty ryzyka, nie są natomiast pewne w odniesieniu do poszczególnych jej członków). Wielkość tej pewnej straty ma, oczywiście, dla ubezpieczającego znaczenie zasadnicze. Interpretacja społeczna rachunku aktuarnego (określenia koniecznego wkładu finansowego ubezpieczającego na fundusz ubezpieczeniowy, w zależności od klasy jego indywidualnego ryzyka przejmowanego przez zakład ubezpieczeń) wiąże się z możliwymi odstępstwami od ogólnych zasad przeprowadzania tego rachunku oraz różnymi metodami ustalania wysokości odpowiedniej składki.

Tutaj można np. odnotować rozważania dotyczące modelowego obliczania składek w ubezpieczeniu chorobowym (jest to dobry przykład, bo bardziej złożony niż w przypadku innych rodzajów ryzyka). W przyjętym sposobie rozumowania zakłada się, że w każdym systemie ubezpieczeń chorobowych (zdrowotnych) istnieją dwa istotne kryteria obliczania składek (por. [4, s. 4-9]):

- wymiar czasu,
- wymiar ryzyka.

Pod względem wymiaru czasu wyróżnia się trzy zasadnicze modelowe podejścia do obliczania składki (por. [4, s. 5-6]):

- model bieżącego finansowania świadczeń,
- model bieżącego finansowania świadczeń w grupach wiekowych,
- model finansowania kapitałowego.

Model bieżącego finansowania świadczeń opiera się na założeniu, że fundusz ubezpieczeniowy, tworzony ze składek płaconych przez lub na rzecz ubezpieczonych w danym roku, jest wykorzystywany do finansowania świadczeń w tym samym okresie. Ponieważ koszty usług medycznych rosną wraz z wiekiem ubezpieczonych, w modelu tym *de facto* przyjmuje się, że z części składek płaconych przez osoby młodsze finansuje się koszty leczenia osób starszych. Model taki działa zatem repartycyjnie, gdyż występuje w nim międzypokoleniowe rozłożenie zwiększonego ryzyka choroby. W takim modelu powinno się uwzględniać utworzenie funduszu rezerwowego (z uwzględnieniem możliwości lokowania jego środków na rynku finansowym) ze środków nie wykorzystanych na świadczenia w okresie rozliczeniowym, z którego mogłyby być uzupełniane niedobory w funduszu ubezpieczeniowym powstające w kolejnych okresach rozliczeniowych.

Model bieżącego finansowania świadczeń w grupach wiekowych opiera się na założeniu, że fundusze ubezpieczeniowe, tworzone ze składek płaconych przez lub na rzecz ubezpieczonych z danej grupy wiekowej, są wykorzystywane w danym

roku do finansowania świadczeń udzielanych właśnie tej grupie wiekowej. Ponieważ koszty usług medycznych rosną wraz z wiekiem ubezpieczonych, wraz z wiekiem ubezpieczonych rosną też składki. Model taki działa zatem repartycyjnie tylko w niewielkim stopniu (w zależności od przyjętych przedziałów wiekowych). W takim modelu powinno się też uwzględniać utworzenie funduszy rezerwowych dla danej grupy wiekowej, z których mogłyby być uzupełniane niedobory w danych funduszach ubezpieczeniowych powstające w kolejnych okresach rozliczeniowych.

Model finansowania kapitałowego, polegający na rozłożeniu rozliczenia finansowego w dłuższym czasie, opiera się na założeniu, że fundusz ubezpieczeniowy, tworzony ze składek płaconych przez lub na rzecz ludzi młodych, służy sfinansowaniu świadczeń udzielanych im na bieżąco, ale równocześnie powstające w nim pewne „oszczędności” umożliwiają tworzenie rezerw, które będą przeznaczone na sfinansowanie wyższych kosztów świadczeń udzielanych im w okresie późniejszym za analogiczną (nie powiększaną) składkę.

Pod względem wymiaru ryzyka można wyróżnić cztery modele obliczania składek²:

- model obliczania składki od dochodu,
- model obliczania składki zryczałtowanej,
- model obliczania składki na podstawie jednorazowej oceny ryzyka
- model obliczania składki na podstawie wielokrotnej oceny ryzyka.

W modelu obliczania składki od dochodu bierze się pod uwagę dochody (wynagrodzenia) ubezpieczonego (składka wynosi określony – ustalony liniowo – procent podstawy jej wymiaru), co – przy braku powiązania z indywidualnym ryzykiem zdrowotnym i jednakowym dla wszystkich standardowym (gwarantowanym) koszyku świadczeń – prowadzi do „podwójnego” solidaryzmu konsumentów usług medycznych, uwzględniającego zróżnicowanie zarówno ich sytuacji materialnej, jak i zróżnicowanie ryzyka choroby (por. [4, s. 7]).

Model obliczania składki zryczałtowanej opiera się na założeniu, że każda osoba ubezpieczona za taki sam standardowy (gwarantowany) pakiet świadczeń płaci taką samą składkę, oszacowaną na podstawie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych całej danej społeczności (wspólnoty ryzyka) objętej ochroną ubezpieczeniową. Model ten realizuje zasadę solidaryzmu w zakresie ryzyka choroby, ponieważ prowadzi do redystrybucji kosztów ochrony ubezpieczeniowej pomiędzy mniej i więcej korzystających ze świadczeń (zob. [4]).

Model obliczania składki na podstawie jednorazowej oceny ryzyka opiera się na założeniu, że każda osoba płaci składkę odzwierciedlającą jej ryzyko choroby

² W wyliczeniu tym autor nie uwzględnia „modelu pośredniego”, nie uznając kombinacji modeli za model odrębny. Natomiast w modelu obliczania składki, w zależności od ryzyka choroby, wyróżnia dwa jednak różniące się ujęcia modelowe: model składki od jednorazowej oceny ryzyka oraz model składki od wielokrotnej oceny ryzyka (por. [3, s. 6-7]).

(osoby o potencjalnie większym ryzyku płacą wyższą składkę, osoby zaś o mniejszym ryzyku – niższą składkę), przy czym oceny ryzyka dokonuje się tylko raz w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, bez możliwości późniejszej zmiany (podniesienia) wysokości składki.

Model obliczania składki na podstawie wielokrotnej oceny ryzyka opiera się na założeniu, że każda osoba płaci składkę odzwierciedlającą jej aktualne ryzyko choroby, dlatego oceny ryzyka dokonuje się wielokrotnie, w regularnych odstępach czasu, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z możliwością zmiany wysokości składki w sytuacji powiększonego ryzyka ([4, s. 8]).

Niewątpliwie najbardziej ubezpieczeniowy jest model finansowania kapitałowego z obliczaniem składki na podstawie (jednorazowej albo wielokrotnej) oceny ryzyka. Za najmniej ubezpieczeniowy (czytaj: nieubezpieczeniowy) należy natomiast uznać model bieżącego finansowania świadczeń z obliczaniem składki od dochodu (wynagrodzeń).

Na tym tle jedno z pytań: czy wprowadzenie związku o charakterze substytucyjnym między publicznym a prywatnym (za)ubezpieczeniem chorobowym (zdrowotnym), który polega na możliwości odstąpienia od zabezpieczenia publicznego na rzecz ubezpieczenia prywatnego, musi być uwzględnione w rachunku aktuarialnym ze względu na nieproporcjonalny rozkład ryzyka choroby spowodowany odejściem z zabezpieczenia publicznego osób lepiej zarabiających?

Tutaj nasuwa się inna zasadnicza uwaga: wkład finansowy, nazywany „składką”, w finansowaniu przedsięwzięć publicznych często nabiera cech podatku (celowego), czego bardzo dobrym przykładem jest polski system – niby-ubezpieczeniowy – finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Problem nie polega jednak na zastosowaniu wtedy *de facto* finansowania podatkowego (niektórzy upierają się, że jest to finansowanie składkowe), gdyż ta forma finansowania może być w pełni uzasadniona, lecz na tym, że niby-składka (proponuje się też nazywać ją „składatką”) fałszywie przedstawia partycypację finansową w systemie oraz charakter i tytuł uprawnienia do świadczeń. Nie jest to więc tylko problem terminologiczny. Problemu wyraźnego oddzielenia finansowania podatkowego od finansowania składkowego nie można chyba przecenić.

W obszarze między ryzykiem a składką po stronie ubezpieczyciela trzeba też umieścić ogólne warunki ubezpieczenia (OWU), które stanowią w zasadzie opis oferowanego produktu ubezpieczeniowego. Adhezyjność umowy ubezpieczenia jest uzasadnieniem teoretycznym i praktycznym konieczności zapoznania się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia przed podpisaniem umowy ubezpieczenia właśnie przez gospodarstwa domowe chcące racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, ponieważ one tych warunków z całą pewnością nie współtworzą. „Adresatami” szczególnych ograniczeń i wyłączeń są bardzo często właśnie korzystające z ubezpieczeń gospodarstwa domowe.

We fragmencie rys. 2 między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela należy też zwrócić uwagę na wniosek o ubezpieczenie. Jak już podkreślano, wnioski o ubezpieczenie, których treść służy szczegółowemu opisaniu przejmowanego przez ubezpieczyciela ryzyka, są opracowywane przez zakłady ubezpieczeń. Wniosek o ubezpieczenie składa i podpisuje jednak ubezpieczający, zaświadczając w ten sposób o cechach i stanie przedmiotu ubezpieczenia. Dla gospodarstwa domowego ważne jest z pewnością to, że podanie we wniosku nieprawdy (a taka lekkomyślność się zdarza) może być powodem odmowy udzielenia świadczenia albo jego obniżenia ze strony zakładu ubezpieczeń.

W obszarze między ryzykiem a składką, po stronie ubezpieczyciela należy także umieścić *underwriting*. Podkreślając społeczne aspekty metody ubezpieczenia, należy zauważyć, że w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, z jakiej korzystają gospodarstwa domowe, zastosowanie ma nie tylko *underwriting* medyczny (np. identyfikacja wpływu stanu zdrowia na ryzyko śmierci), ale też *underwriting* finansowy (np. identyfikacja ewentualnych zagrożeń finansowych gospodarstwa domowego wynikających ze śmierci żywiciela), co często nie jest brane pod uwagę przy zamiarze skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej.

Przejdźcie do kolejnego fragmentu schematu ubezpieczeniowego i jego interpretacji społecznej znajdującego się w obszarze między składką a zdarzeniem losowym pozwalającą ustalić, że po stronie ubezpieczającego chodzi o wywołanie zachowań ostrożnościowych (właściwie o stymulowanie takich zachowań przez zakład ubezpieczeń). Po stronie ubezpieczającego warto też zwrócić uwagę na przestępstwa ubezpieczeniowe, których wymiar społeczny polega na ich popełnianiu w dużej mierze przez członków gospodarstw domowych. W omawianym fragmencie schematu mogą one polegać na zawieraniu antydatowanych umów (faktyczne zapłacenie składki dopiero po zaistnieniu zdarzenia), rzadziej – na zawieraniu umowy ubezpieczenia z załozeniem, że zdarzenie („losowe”) musi zaistnieć (umyślne wywołanie szkody).

W obszarze między składką a zdarzeniem losowym, po stronie ubezpieczającego najistotniejsza jest prewencja ubezpieczeniowa. Największe znaczenie ma prewencja techniczno-ubezpieczeniowa, czyli wprowadzanie do procedur ubezpieczeniowych rozwiązań wpływających na zachowania ostrożnościowe ubezpieczonych. Do tych rozwiązań należy system *bonus-malus*. Korzyści z bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia są dla gospodarstw domowych bardzo atrakcyjne pod względem finansowym, gdyż znacznie obniżają koszty korzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Odrębnym zagadnieniem jest możliwość zastosowania systemu *bonus-malus* nie tylko w dobrowolnych ubezpieczeniach majątkowych, ale też w powszechnych ubezpieczeniach publicznych. Do tych rozwiązań prewencyjnych należy także zaliczyć udział własny w stracie, bo oznacza to konieczność pokrycia części powstałej szkody przez ubezpieczającego. Tutaj również można rozważać szersze zastosowanie takiego udziału finansowego w powszechnych ubezpieczeniach publicznych, i to zarówno w formie opłaty zryczałtowanej za świadczenie,

jak i – w bardziej ubezpieczeniowej – polegającej na procentowym udziale w kosztach świadczenia. Instytucje ubezpieczeniowe (prywatne i publiczne) stosują również prewencję finansową (z tworzonych w tym celu funduszy prewencyjnych), w ramach której mogą występować różnorodne przedsięwzięcia o charakterze zapobiegawczym (prewencyjnym, profilaktycznym).

Opisując następny fragment schematu – między zdarzeniem losowym a stratą – należy zwrócić uwagę na szczególny obowiązek ubezpieczającego (ubezpieczonego) i zarazem ważne zobowiązanie zakładu ubezpieczeń. Po stronie ubezpieczającego – jak już wskazywano – to obowiązek minimalizacji strat wywołanych zdarzeniem losowym. Należy podkreślić, że minimalizacja strat i pokrycie kosztów jej minimalizacji może dotyczyć również ubezpieczeń majątkowych (np. ubezpieczenia mieszkaniowe) i osobowych (np. ubezpieczenia wypadkowe i rentowe), z których korzystają gospodarstwa domowe.

Ostatni fragment schematu ideowego ubezpieczenia to obszar między stratą a świadczeniem. Podejmowane w tym przypadku działania ubezpieczającego, z jednej strony, oraz zakładu ubezpieczeń, z drugiej strony, jako uczestników kontraktu ubezpieczeniowego, najlepiej nazywać procesem likwidacji strat. W procesie tym po stronie ubezpieczającego chodzi o zgłoszenie i udokumentowanie poniesionych strat. W zgłoszeniu straty najważniejsze jest dotrzymanie terminu, a w dokumentowaniu – uwiarygodnienie strat, zarówno w kwestii ich powstania, jak i pod względem ich wysokości. Są to niekiedy czynności bardzo skomplikowane i niewątpliwie problemem społecznym jest umiejętność „rozliczenia” szkody, gwarantująca otrzymanie należnego świadczenia. W procesie likwidacji straty, zwłaszcza po stronie publicznego zakładu ubezpieczeń, należy zwrócić uwagę na dominującą w ubezpieczeniach społecznych zasadę miarkowania kompensaty strat, polegającą na ustawowym ustaleniu zakresu pokrycia strat przez świadczenie (najczęściej według reguł zdefiniowanego świadczenia). Można w tym miejscu rozważyć wyeksponować jedną z głównych tez dotyczących ubezpieczeń o charakterze społecznym: w ubezpieczeniach społecznych często pojawia się zasada nieproporcjonalnej kompensaty straty – mniejsza strata jest kompensowana w relatywnie większym zakresie, a większa strata jest kompensowana w relatywnie mniejszym zakresie. W rachunku aktuarialnym dotyczącym danego ubezpieczenia społecznego należy zatem uwzględnić skalę nieekwiwalentności między składką a świadczeniem.

Procedury likwidacji strat mogą powodować poważne konflikty między ubezpieczającym a ubezpieczycielem, których rozstrzygnięcie wymaga nawet ingerencji sądu. Może ją poprzedzić interwencja Rzecznika Ubezpieczonych, reprezentującego interesy konsumentów usług ubezpieczeniowych, wyjaśniająca sprawę, a także skierowanie sprawy do Sądu Polubownego działającego przy Rzeczniku Ubezpieczonych.

Niestety, w procedurach likwidacji szkód (strat) może dochodzić też do przestępstw ubezpieczeniowych, które mają istotny wydźwięk społeczny, jeśli założy się, że niektóre z nich znajdują jednak cichą akceptację społeczną.

4. O instytucji Aktuariusza Krajowego

Rozwiązaniem instytucjonalnym, koniecznym ze względu na ubezpieczeniowe podejście do zabezpieczenia społecznego, ma być powołanie Aktuariusza Krajowego. Powstaje oczywiście pytanie o zakres jego kompetencji i realny wpływ jego działalności właśnie na ubezpieczeniowe reformowanie systemu zabezpieczenia społecznego. Nie można przy tym pominąć oceny jakości źródeł informacji aktuarialnych służących takiej funkcji.

Dlatego też warto się przyjrzeć uzasadnieniu do projektu ustawy o Aktuariuszu Krajowym³, w którym słusznie się stwierdza, że w Polsce nie wykształciła się tradycja przygotowywania przez instytucje rządowe długoterminowych prognoz ekonomicznych. Przy niestabilnej gospodarce lat transformacji planowanie na więcej niż kilka lat w przód obarczone było dużym błędem. Stabilizacja sytuacji makroekonomicznej powoduje, że wprowadzenie długoterminowego planowania przychodów i wydatków publicznych, na które ma wpływ zmiana sytuacji demograficznej (przede wszystkim proces starzenia się ludności), staje się koniecznością.

Długookresowe prognozy pokazujące kształtowanie się wydatków dotyczących poszczególnych elementów transferów socjalnych (finansowanych z podatków i ze składek) mogłyby być podstawą długofalowej polityki społecznej. Jednakże najmocniej, choć niezbyt konkretnie, podkreśla się, że prognozy takie miałyby ograniczać możliwości „wprowadzania zmian, których długookresowe skutki finansowe byłyby nieadekwatne do osiągniętych korzyści”. Rachunki aktuarialne pozwalają również – zdaniem wyrażonym w uzasadnieniu – na lepszą kontrolę przychodów i wydatków związanych ze sferą zabezpieczenia społecznego. Prognozy o charakterze aktuarialnym powinny być sporządzane przez wykwalifikowane instytucje gwarantujące niezależność i rzetelność przedstawianych raportów.

Obecnie w Polsce licencję aktuariusza posiada mniej niż 200 osób, z czego większość jest zatrudniona przez prywatne zakłady ubezpieczeń. Dlatego w uzasadnieniu stwierdza się, że ze względu na brak doświadczonych kadr trudno byłoby stworzyć w każdej instytucji centralnej odpowiedzialnej za pewne sfery zabezpieczenia społecznego odrębne departamenty zajmujące się przygotowywaniem prognoz. Wyodrębnienie poszczególnych sfer prognozowania utrudniałoby zresztą przygotowywanie spójnych prognoz dotyczących całości przychodów i wydatków publicznych. Powstanie jednej instytucji postrzega się nawet jako atrakcyjną dla aktuariuszy możliwość wymiany poglądów i rozwoju zawodowego.

W uzasadnieniu wyraźnie sugeruje się, że Główny Urząd Statystyczny czy też Rządowe Centrum Studiów Strategicznych nie zajmowały się dotychczas przygotowywaniem prognoz długookresowych wydatków publicznych, na które wpływ mają procesy demograficzne, a zatem w przypadku obu instytucji oznaczałoby to

³ Projekt przygotowany w Ministerstwie Polityki Społecznej w maju 2005 r. (materiał powielony).

konieczność zbudowania departamentów o takich samych kompetencjach jak proponowany w ustawie Aktuariusz Krajowy. Twierdzi się, że Aktuariusz Krajowy ma funkcjonować niezależnie, a nie w ramach innej instytucji centralnej. Podobne są doświadczenia międzynarodowe – w Wielkiej Brytanii Departament Aktuariusza Rządowego jest instytucją wyraźnie wydzieloną od innych instytucji rządowych, a jego zadaniem jest sporządzanie niezależnych, kompetentnych i niekosztownych analiz i prognoz aktuarialnych dotyczących sektora publicznego.

Nadzór nad Aktuariuszem Krajowym sprawowałby Prezes Rady Ministrów, co wynika z tego, iż obszar prognoz przygotowywanych przez Aktuariusza Krajowego obejmowałby zakresy wielu działów administracji rządowej: zabezpieczenia społecznego, zdrowia, edukacji, rynku pracy, finansów publicznych, obrony narodowej, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych.

Aktuariusz Krajowy miałby kompetencje opiniodawcze i doradcze. Opinie i raporty byłyby przekazywane Radzie Ministrów, Prezydentowi, Sejmowi, Senatowi oraz innym wskazanym w ustawie organom.

Podczas wykonywania swoich zadań Aktuariusz Krajowy mógłby korzystać z informacji i danych gromadzonych przez Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Bank Polski, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, organy administracji rządowej, inne instytucje rządowe, organy administracji samorządowej, Eurostat oraz z innych danych publicznych. Aktuariusz Krajowy mógłby też prowadzić samodzielne badania w celu pozyskania niezbędnych informacji lub danych. Dane gromadzone przez Aktuariusza Krajowego, stanowiące tajemnicę państwową, służbową lub skarbową, musiałyby być poufne i podlegać szczególnej ochronie.

W ustawie przewidziano powołanie Rady Nadzorującej jako organu opiniodawczo-doradczego działającego przy Prezesie Rady Ministrów. W skład Rady wchodziłyby osoby reprezentujące:

- organy administracji rządowej – pięć osób,
- stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego – jedna osoba,
- Narodowy Bank Polski – jedna osoba,
- organizacje społeczne, samorząd zawodowy i gospodarczy – trzy osoby,
- organizacje pracodawców (reprezentatywne) – po jednej osobie z każdej organizacji,
- organizacje związkowe (reprezentatywne) – po jednej osobie z każdej organizacji,
- dwóch ekspertów – po jednym z zakresu nauk społecznych i demograficznych.

Takie ukształtowanie składu Rady – jak widać jednak nie bardzo przemyślane z powodu nadreprezentatywności instytucjonalnej – miałoby pozwolić na właściwe wykonywanie przyznanych jej kompetencji, a w szczególności na wydanie rzetelnej opinii o kandydacie na stanowisko Aktuariusza Krajowego.

Ustawa przewiduje, iż Aktuariusz Krajowy powoływany będzie na okres 6-letniej kadencji i może swą funkcję pełnić nie dłużej niż przez dwie kadencje. Takie rozwiązanie, w połączeniu z wymaganiami stawianymi osobom kandydującym na to stanowisko, pozwalałoby uniknąć upolitycznienia tego urzędu i umożliwiałoby powołanie na stanowisko Aktuariusza Krajowego osoby mającej odpowiednią wiedzę i doświadczenie. Dodatkowo, w celu uniknięcia możliwości wpływania na działania Aktuariusza Krajowego przez środowiska zainteresowane przygotowywanymi przez niego dokumentami, w ustawie chce się wprowadzić zakaz świadczenia przez niego usług na rzecz przedsiębiorców, a także zakazy: (1) bycia akcjonariuszem (udziałowcem) lub członkiem władz zakładów ubezpieczeń oraz wykonywania czynności związanych z działalnością ubezpieczeniową lub pośrednictwem ubezpieczeniowym, a także podejmowania zatrudnienia w zakładzie ubezpieczeń na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze, (2) bycia akcjonariuszem lub wykonywania obowiązków członków zarządów lub rad nadzorczych towarzystw emerytalnych, a także podejmowania zatrudnienia w towarzystwie emerytalnym na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze, (3) podejmowania zatrudnienia w funduszu emerytalnym na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze.

Przewiduje się ograniczenie zatrudnienia w Urzędzie Aktuariusza Krajowego do nie więcej niż 20 osób. Finansowanie działalności Aktuariusza Krajowego będzie się odbywało z budżetu państwa (w określonych w ustawie przypadkach koszty sporządzania opinii lub raportów przez Aktuariusza Krajowego byłyby pokrywane przez podmioty je zamawiające). Koszt roczny funkcjonowania Urzędu Aktuariusza Krajowego szacuje się na 2,5-2,8 mln zł w pierwszym roku działalności (niektóre koszty są trudne do oszacowania i uzależnione w równej mierze od aktywności urzędu oraz przyznanego budżetu; nie będą one jednak mniejsze niż 1,0-1,5 mln zł).

Podsumowując, rzeczywiście trudno sobie wyobrazić dalsze zmiany ubezpieczeniowe w systemie zabezpieczenia społecznego bez przeprowadzania rachunków aktuarialnych i – w konsekwencji – powołania kompetentnej instytucji aktuarialnej. Wydaje się jednak, że aktualna koncepcja instytucji Aktuariusza Krajowego jest za mało skupiona na kalkulacjach *stricte* ubezpieczeniowych. Instytucji tej chce się powierzyć raczej rolę „głównego demografa RP”, przygotowującego prognozy na potrzeby pomocy społecznej, systemu ochrony zdrowia, funduszu pracy, bez względu na charakter proponowanych rozwiązań, czy są to rozwiązania zaopatrzeniowe, czy opiekuńcze, czy ubezpieczeniowe. Chodziłoby więc o ubezpieczeniowe sprecyzowanie kompetencji opiniodawczych i doradczych Aktuariusza Krajowego. Instytucja ta powinna też być wyposażona w coś, co można by nazwać „stanowiącą akceptacją” lub „stanowiącym sprzeciwem” wobec proponowanych rozwiązań o charakterze ubezpieczeniowym.

Literatura

- [1] Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005.
- [2] Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU 124, poz. 1151).
- [3] Warkało W., *Ubezpieczenia majątkowe: ochrona ubezpieczeniowa mienia społecznego*, PWE, Warszawa 1965.
- [4] Wasem J., *Ramy analizy skutków przepisu dopuszczającego opcję wyjścia z systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, projekt Banku Światowego 2000 (materiał powielony).
- [5] Więckowska B., *Ubezpieczenie ryzyka niedoświadczenia starczego*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne (rozprawa doktorska), kwiecień 2005.

USE OF ACTUARIAL METHOD IN SOCIAL INSURANCE

Summary

Both in developed countries and transition economies the anticipation activities, as opposed to the intervention and creation ones, start to dominate the „new” social policy. One can also observe a tendency to use insurance method and insurance solutions in these social security systems which favour the anticipation actions.

The insurance method – contrary to the endowment and protection methods used in social security – should represent a financing via contributions and, simultaneously, a specific entitlement to benefits derived from participation of the insured in the common risk pool. Thus, the terminology used in social policy for describing and assessing this method is important not only due to formal reasons and it clearly distinguishes between „social security” and „social insurance” (in singular) as a concrete social method and „social insurance arrangements” (in plural) as a set of social solutions.

In this case, particularly essential is the social interpretation of insurance diagram (a description of consecutive terms: risk – premium – fortuitous event – loss – benefit) which explains social departures from the „classical” social insurance thinking and which also emphasises their causes and results.

With regard to the deviations from the „classical” social insurance philosophy, the essential ones are those related to creating the risk pool (insurance compulsion), actuarial determination of contribution (different models for setting a premium) and insurance equivalency understood both as a fund equivalency (assets vs. liabilities) and as a compensation equivalency (benefits vs. contributions).

An institutional solution to these issues in Poland is to be the Country Actuary. Naturally, some questions arise which concern its powers and real influence of his activities on the insurance-driven reform of social security. One should not omit here also the issue of quality evaluation of actuarial data used by such an institution.