

---

# RISKFOCUS

---

OBLICZA RYZYKA



**NOWE  
BUDOWNICTWO**  
nowe ryzyko

---

**SZPITAL**  
na peryferiach...  
ryzyka?

---

**Jak poskromić  
ryzyko?** Metody  
identyfikacji

---

**Lekcja ze szkody**  
– zdarzenia  
nieprzewidziane

**ERGO**  
HESTIA®

# 87%

firm budowlanych notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych  
ubezpiecza Ergo Hestia.

WIG BUDOW., 2013 r.

**Ergo Hestia**  
**Jestem pewien**

Infolinia: **801 107 107**  
koszt połączenia wg taryfy operatora

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

**ERGO**  
HESTIA®

## Drodzy Czytelnicy!



**W**kroczyliśmy w rok 2013. Trzynastka w wielu kulturach jest uznawana za liczbę pechową. W przeszłości nazywano ją „diabelskim tuzinem” i przypisywano jej wszelkie nieszczęśliwe wydarzenia. Gdzieś ten diabeł siedzi w naszej świadomości. Pewnie niektórzy z nas pamiętają z czasów wczesnej młodości, jak przed sportowymi rozgrywkami klasowymi czy szkolnymi zaklinali rzeczywistość: tylko nie trzynastka. Decydowali się na nią zazwyczaj najodważniejsi albo najbardziej szaleni. Czasami koszulki z takim numerem wręczano największym klasowym fajtłapom z przekonaniem, że i tak nic im się nie uda.

Teraz stoimy przed faktem dokonany i pozostaje mieć nadzieję, że trzynastka nie stanie na drodze do osiągnięcia zamierzonych celów – zarówno Państwu, jak i nam. Na pocieszenie pragnę tylko dodać, że nie ma trzynastego miesiąca w roku, więc kumulacja nieszczęść oznaczona datą 13.13.13 nam nie grozi. Chociaż należy wspomnieć, że podwójne trzynastki pojawią się cyklicznie w naszym kalendarzu, na dodatek we wrześniu i w grudniu w piąty dzień tygodnia.

Koniec żartów. Mam nadzieję, że znajdą Państwo czas na uważną lekturę naszego kwartalnika pełnego poważnych rozważań o ryzyku i rzetelnych analiz. W świecie ubezpieczeń na szczęście nie musimy się zdawać na magię cyfr. Proszę tylko się uśmiechnąć, bo – jak śpiewała Kasia Sobczyk – „trzynastego piękniejszy jest świat”.

**Zbigniew Żyra**  
Redaktor Naczelny

## spis treści

nr 1/2013

### RISK CAFE

### ZARZĄDZANIE RYZYKIEM

- 6** Bolesna lekcja ze szkody
- 10** Poskromienie ryzyka.  
Metody identyfikacji

### MAJĄTEK

- 12** To BI or not to BI?

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

- 16** Nowe budownictwo, nowe ryzyko
- 20** Szpital na peryferiach... ryzyka?

### NA WŁASNE RYZYKO

## ŚWIAT



## ...i w Bangladeszu

**Ponad 100 osób zginęło w pożarze, który wybuchł 24 listopada 2012 r. w fabryce tekstyliów Tazreen Fashion niedaleko Dhaki, stolicy Bangladeszu.**

Ogień pojawił się wieczorem w jednym z budynków produkcyjnych. Według świadków w tym momencie w fabryce przebywało ponad 1000 osób. Strażacy opanowali ogień po blisko czterech godzinach. Fabryka doszczętnie spłonęła. W zakładzie produkowano ubrania na eksport, głównie do krajów europejskich, m.in. dla firmy C&A. W Bangladeszu zlokalizowanych jest ponad 4 tys. podobnych fabryk. Kraj ten jest największym po Chinach eksporterem odzieży.

## TRAGICZNE ŻNIWO pożaru w Pakistanie...

**Śmierć prawie 300 osób to bilans najbardziej tragicznego w skutkach pożaru w Pakistanie.**

Doszło do niego 11 września 2012 r. w zakładzie tekstyliów w Karaczi. Żywiot opanował go bardzo szybko. – W ciągu dwóch minut ogień ogarnął całą fabrykę. Brama była zamknięta. Byliśmy uwięzieni w środku – opowiadał pracownik, który trafił do szpitala. Tego samego dnia, kilka godzin wcześniej, wybuchł pożar w fabryce obuwia w pakistańskim Lahaur. Zginęło 25 pracowników. W obu przypadkach stwierdzono bez wątpliwości, że do tragedii przyczyniły się zaniedbania w zakresie standardów bezpieczeństwa i ewakuacji pracowników.



## PRZEMYSŁ



## TOKSYCZNA (?) chmura nad Buenos Aires

**Kompletny chaos spowodowała w Buenos Aires unosząca się nad miastem chmura, która powstała w wyniku pożaru kontenera z pestycydami w miejskim porcie 6 grudnia 2012 r.**

W stan gotowości postawiono wszystkie służby ratownicze. Władze ewakuowały ludność z najbardziej zagrożonych części miasta. Odwołano loty na stołecznym lotnisku, częściowo zawieszono ruch pociągów i metra, zamknięto dworzec i ulice w pobliżu portu, na wiele godzin stanęła komunikacja miejska. Wielu mieszkańców narzekało na mdłości oraz podrażnienia oczu i górnych dróg oddechowych. Władze apelowały, by mieszkańcy pozostali w domach i nie otwierali okien ani nie włączali klimatyzacji. Dopiero po kilkunastu godzinach sytuacja wróciła do normy.

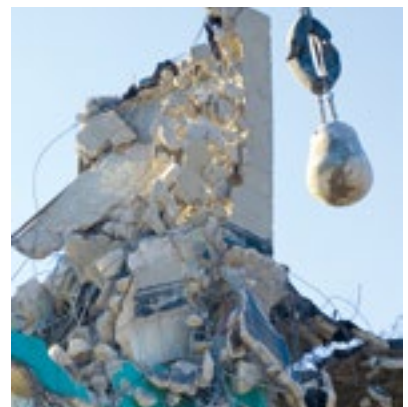
## PRZEPISY

## ROZBIÓRKA tylko z polisą

**Podczas prac rozbiórkowych w młynie Sułkowiec nieopodal CH Korona we Wrocławiu iskra z jednej z pracujących maszyn spowodowała pożar.**

Ogień zajął materiały otulinowe, ale na szczęście udało się go szybko opanować. Gdyby jednak tego szczęścia zabrakło, pożar mógłby zniszczyć

zarówno sam młyn, jak i okoliczne zabudowania. Można by z pewną nonszalancją rzec: to nawet lepiej, wystarczy posprzątać pogorzelisko, zamiast żmudnie rozbiierać uszkodzony obiekt. Co jednak z okolicznym mieniem? Rozbiórka czy demontaż to także roboty budowlane, które można chronić odpowiednimi polisami. Jeśli coś pójdzie nie tak i ucierpią na tym sąsiedzi, z pewnością zgłoszą się do nas z roszczeniem.



## ZAMKNIĘCIE LOTNISKA w Modlinie

**22 grudnia ub.r. zamknięto dwa odcinki pasa startowego lotniska w Modlinie, co skutkowało zablokowaniem możliwości obsługi dużych samolotów pasażerskich.** Przyczyną powyższego stanu było stwierdzenie przez nadzór państwowy w okresie 20-21 grudnia 2012 r., że powstałe na drodze startowej odpryski betonu są niebezpieczne dla ruchu samolotów. Trwa ustalanie przyczyn powstawania odprysków oraz wyboru metody naprawy, która zapewni oczekiwaną stabilność materiałową drogi startowej. Przed inwestorem i wykonawcami pozostaje także do rozwiązania problem ustalenia odpowiedzialności za powstałą sytuację – wpływu na nią poszczególnych uczestników procesu budowlanego oraz podmiotów eksploatujących pas.



### KATASTROFA

## WIELKIE LICZBY

podsumowanie katastrofy  
w Zatoce Meksykańskiej

**14 mld dolarów – ta kwota robi wrażenie.** Można by za nią wybudować 25 drapaczy chmur, takich jak Empire State Building w Nowym Jorku. Właśnie tyle wydał koncern BP na walkę ze skutkami katastrofy platformy wiertniczej Deep Water Horizon w Zatoce Meksykańskiej, do której doszło w kwietniu 2010 r., a także na wszystkie zapłacone dotąd odszkodowania i kary. Ale są też większe liczby. Trzy lata temu 80 mil morskich na południe od Luizjany doszło do eksplozji i zatonięcia należącej do spółki Transocean (także obciążonej gigantycznymi odszkodowaniami), a dzierżawionej przez BP platformy wiertniczej. Katastrofa spowodowała śmierć 11 osób, znaczne straty majątkowe oraz największą w historii globu emisję do środowiska – ponad 4 mln baryłek ropy naftowej. Walka z podwodnym wyciekami trwała ponad 80 dni. Dla porównania tankowiec Exxon Valdez u wybrzeży Alaski w 1989 r. uwolnił tylko 300 tys. baryłek (ok. 48 mln litrów ropy). Koncern naftowy w swoim oficjalnym raporcie na koniec 2012 r. podaje, że dotychczasowa wartość samych odszkodowań i kar wyniosła prawie 10 mld dolarów. Do rozstrzygnięcia pozostaje podstawowa kara finansowa z tytułu zanieczyszczenia morza (wynikająca z ustawy Clean Water Act). 25 lutego 2013 r. ruszył proces sądowy mający na celu ustalić skalę odpowiedzi finansowej koncernu na żądania władz stanowych i federalnych, sięgające – uwaga – 34 mld dolarów. To około jednej trzeciej wartości kapitalizacji całego koncernu!

### PRZEMYSŁ



## TRUTKA W MLEKU.

Reputacja  
w proszku,  
koszty  
u ubezpieczyciela

### Różowe granulki trutki na szczury w... mleku w proszku.

Na takie znalezisko trafił w połowie stycznia 2013 r. jeden z producentów słodczy. Mleko pochodziło od jednej ze spółdzielni mleczarskich i trafiło do sześciu odbiorców. Ze względu na potencjalne zagrożenie zdrowia i życia konsumentów zgodnie z prawem z rynku należy wycofać wszystkie wyroby, w których mogła znaleźć się trucizna. Potencjalnie niebezpieczne produkty wycofali nie tylko bezpośredni odbiorcy mleka w proszku, lecz także producenci żywności wyprodukowanej z jego użyciem. Łącznie w akcji wycofania uczestniczyło kilkadziesiąt podmiotów: producentów lodów, słodczy, produktów mleczarskich, a nawet wędlin. Do 25 stycznia wycofano z polskiego rynku ponad 6 ton różnych wyrobów. Na szczęście nie odnotowano żadnych zatruc ani dolegliwości żołądkowych u ludzi. Warto pamiętać, że już od wielu lat można ubezpieczać koszty związane z wycofaniem produktu niebezpiecznego.

# To przekracza ludzką wyobraźnię!

## **BOLESNA LEKCJA ZE SZKODY**

POZORNIE NIEISTOTNE ZDARZENIA ŻYCIA CODZIENNEGO MOGĄ RODZIĆ ZASKAKUJĄCE SZKODY. BYWA, ŻE BŁAHE ZANIEDBANIA SĄ PRZYCZYNĄ POWAŻNYCH ROSZCZEŃ ODSZKODOWAWCZYCH. SZKODY NIEWIELKICH ROZMIARÓW PRZERADZAJĄ SIĘ W OGROMNE, ZAGRAŻAJĄCE BYTOWI FIRMY. **NAWET PRZY BARDZO BOGATEJ WYOBRAŹNI NIE DA SIĘ PRZEWIDZIEĆ KAŻDEGO ROZWOJU WYPADKÓW, NIESZABLONOWEGO SPLOTU OKOLICZNOŚCI CZY ODPOWIEDZIALNOŚCI ISTNIEJĄCEJ WBRĘW ZDROWEMU ROZSĄDKOWI. RZECZYWISTOŚĆ LUBI NAS ZASKAKIWAĆ I TO CZĘSTO BARDZO DOTKLIWIE.**

Tekst: Piotr Dyszlewicz

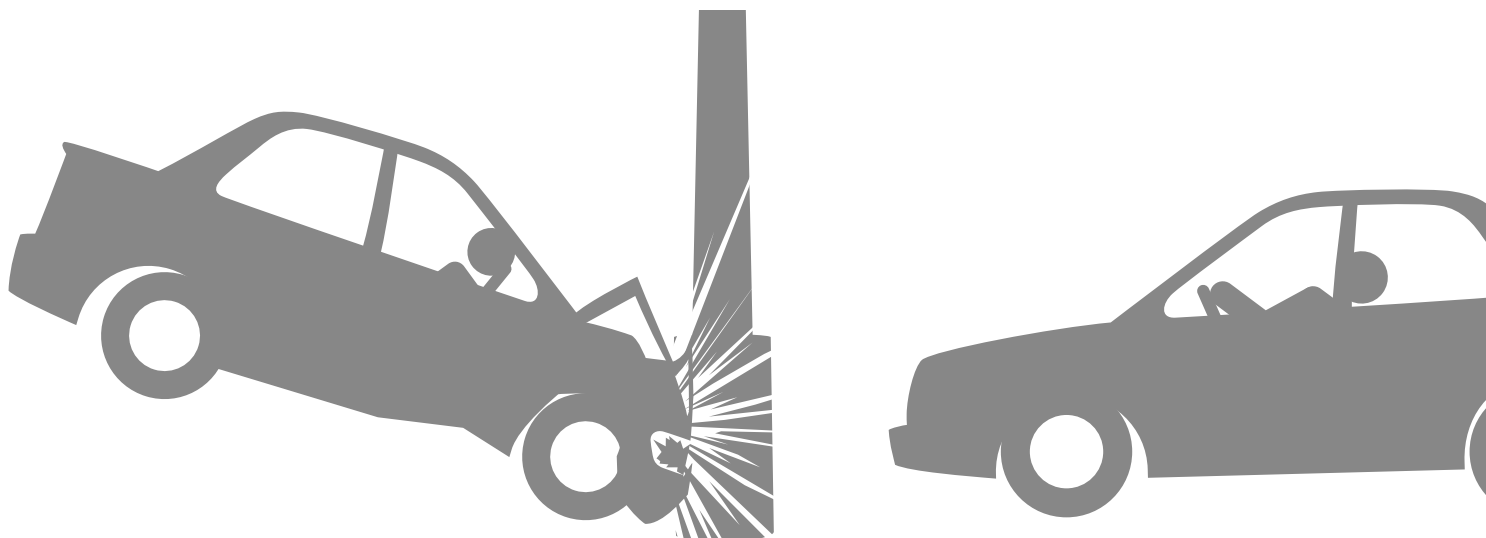
**SZEFIE, MIAŁEM WŁAŚNIE WYPADEK, CZEKAMY NA POLICJĘ, ALE TO NIE JA JESTEM SPRAWCĄ! To był jeden z tych telefonów, jakich zawsze obawia się administrator floty. Wprowadź uspokoił się, bo ani kierowcy, czyli przedstawicielowi handlowemu firmy, ani nikomu innemu nic poważnego się nie stało, ale trzy samochody zostały uszkodzone.** Z relacji pracownika wynikało, że kiedy jechał na umówione spotkanie, z drogi podporządkowanej nagle wyjechało mu tuż przed maskę czarne bmw. Pracownik wykazał się refleksem. Aby uniknąć pewnego zderzenia z bmw, odbił kierownicą w lewo i ominął pirata drogowego. Jednak na śliskiej po deszczu drodze nie zdołał już wystar-

czając szybko wrócić na swój pas ruchu i uderzył bokiem w jadącą z przeciwka toyotę. Odrzucony siłą uderzenia wpadł na pobocze i najechał na zaparkowanego tam citroena. W rezultacie auto firmowe potrzebuje poważnego remontu. Ale jest przecież sprawca, zatem jego ubezpieczyciel za wszystko zapłaci.

Policja przyjechała dość szybko. Relacje wszystkich uczestników i kilku świadków były zgodne: wszystkiemu winne czarne bmw. Tyle że zaraz po zdarzeniu z piskiem opon odjechało. Jeden ze świadków zdołał tylko zapamiętać początek numeru rejestracyjnego. To nie wystarczy, aby odnaleźć właściwe auto. Sprawca przepadł jak kamień w wodę i mało prawdopodobnie,

aby kierowany wyrzutami sumienia sam zgłosił się na policję. Nie ma więc szans na odszkodowanie z OC sprawcy. Firmowe auto trzeba szybko naprawić, jest potrzebne, aby zarabiać. Na szczęście ma wykupione autocasco. Odnowienie umowy będzie droższe z powodu tej szkody, ale nie ma innej rady.

Na tym jednak nie koniec konsekwencji wypadku. Do firmy zgłaszają się właściciele toyoty i citroena z żądaniem pokrycia kosztów naprawy – ich auta zostały zniszczone w wyniku uderzenia przez auto firmowe. Swoje roszczenie zgłasza także pasażer toyoty, bo w wyniku zderzenia rozbił głowę i doznał wstrząśnienia mózgu. Kilka tygodni przymusowego zwolnie-



nia oznaczało w jego przypadku utratę dochodów. Poza tym oczekuje też wypłaty zadośćuczynienia za ból i cierpienia. Tylko dlatego roszczenia kierują do naszej firmy, skoro sami również jesteśmy poszkodowanymi przez bmw? Współczujemy, ale nie pomożemy. Sprawy trafiają do ubezpieczyciela OC auta firmowego, niech wyjaśni poszkodowanym, że nie my jesteśmy sprawcą i nie ma podstaw do wypłaty z naszego OC. Ale czy na pewno?

Po kilku tygodniach szk. Przychodzą informacje o wypłacie odszkodowania z OC auta firmowego za naprawę citroena i przyznaniu niemałych świadczeń pasażerowi toyoty. Tylko za naprawę toyoty ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania. To jakiś absurd, przecież to nie auto firmowe było sprawcą, policja to potwierdziła!

Dlaczego ubezpieczyciel podjął takie decyzje? Są nie tylko zaskakujące, ale wydają się też krzywdzące! Wszystko wynika z zasad ustalania odpowiedzialności OC.

W przypadku zderzenia się pojazdów – wtedy gdy oba auta są w ruchu – odpowiedzialność jednego posiadacza pojazdu wobec drugiego jest oparta na zasadzie winy. Żądający

odszkodowania musi zatem wykazać, że to z winy posiadacza lub kierującego ubezpieczonym pojazdem doznał szkody. W tym przypadku właściciel toyoty powinien udowodnić, że z winy kierującego autem firmowym doszło do zderzenia i uszkodzenia samochodu. A tak przecież nie było – pracownik firmy podejmował uzasadnione okolicznościami manewry obronne, aby uniknąć pewnego zderzenia z bmw. Nie ma jego winy – nie ma odszkodowania za naprawę toyoty. Z takim werdyktem zgadza się nasz zdrowy rozsądek.

Skąd jednak wypłata pozostałych dwóch odszkodowań? Z zasady ryzyka. Citroen stał zaparkowany na poboczu, nie był w ruchu. Nie doszło tu zatem do zderzenia się pojazdów, w którego przypadku obowiązuje słuszna zasada winy. Odpowiedzialność jest ustalana na podstawie ryzyka i właściciel citroena musi tylko udowodnić, że doznał szkody w związku z ruchem ubezpieczonego auta firmowego. A tak niewątpliwie było. Przesłanka winy kierującego nie ma w tym przypadku żadnego znaczenia. Dokładnie na tej samej zasadzie ryzyka jest także oparta odpowiedzialność wobec poszkodowanych pasażerów innych pojazdów, jeśli tylko nie są posiadaczami tych aut. I tu pasażer toyoty bez problemu wykazuje swoją

szkodę i związek przyczynowy z ruchem auta firmowego – to ono przecież zderzyło się z toyotą.

Czy można się bronić w takiej sytuacji? Można, i to na trzy sposoby. Żeby uwolnić się od odpowiedzialności opartej na zasadzie ryzyka, należy wykazać:

- że szkoda powstała wyłącznie z winy samego poszkodowanego (tu nie ma podstaw do takiego twierdzenia, nie ma żadnej winy właściciela citroena w tym, że jego auto stało zaparkowane na poboczu, ani winy pasażera toyoty, że doznał obrażeń),
- że szkoda jest skutkiem działania siły wyższej (czyli zjawiska o pochodzeniu naturalnym, zewnętrznego, niemożliwego do przewidzenia ani zapobieżenia – nic takiego w tym wypadku nie zaistniało),
- że szkoda powstała z wyłącznej winy osoby trzeciej, za którą nasz ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności.

Natychmiast nasuwa się odpowiedź: Tak, mamy do czynienia z trzecim przypadkiem. To kierowca bmw jest wyłącznie winny całego zdarzenia! Choć wydaje się to prawdą, nie można mu przypisać winy, gdyż nie ustalono jego danych. Warunkiem badania winy jakiegokolwiek osoby jest jej zidentyfikowanie. Nie jest winny np. ten, kto nie ukończył lat 13 lub jest niepoczytalny. Bez ustalenia tej osoby nie można zweryfikować, czy tak właśnie nie było. W konsekwencji nie ma podstaw do uwolnienia się od odpowiedzialności za szkodę.

W efekcie wypadku spowodowanego przez pirata drogowego – uciekiniera z miejsca wypadku – firma poniosła wymierne straty. Gdyby nie ubezpieczenia, musiałaby sama zapłacić nie tylko za naprawę własnego auta, ale także pokryć znaczne szkody poniesione przez osoby trzecie. Jakkolwiek niesprawiedliwe to się może wydawać, takie są nieublagane reguły odpowiedzialności cywilnej. Szkody obciążyły przebieg ubezpieczenia AC i OC, co oczywiście przełoży się na wyższą składkę w następnym roku. Ale to i tak niewielka strata w porównaniu z wypłaconymi odszkodowaniami. Te ubezpieczenia mają jednak sens.

#### AUTO ZAPARKOWANE NIE SZKODZI?

Oto kolejna sytuacja, o jaką na co dzień nietrudno. Zatłoczone centrum miasta, niełatwo gdziekolwiek zaparkować, a towar trzeba dostarczyć do klienta. Kurier znalazł lukę pomiędzy stojącymi autami – jakoś się wcisnął, trochę po skosie. Tył samochodu dostaw- >>

## Nie ma winy – nie ma odszkodowania.

Z takim werdyktem zgadza się nasz zdrowy rozsądek. Skąd jednak wypłata pozostałych odszkodowań? Z zasady ryzyka.

Fot.: Shutterstock



czego wystaje na ulicę, ale przecież inni kierowcy to rozumieją i ominą przeszkodę. Dostarczenie przesyłki, czekanie na odebranie kolejnych, papierkowa robota – trochę to zajęło, ale to już dziś ostatnie zlecenia, więc nie trzeba się spieszyć.

Po powrocie do samochodu kierowca zastaje na miejscu korek, policję, pomoc drogową i wściekłych motorniczych kilku tramwajów. Nie mogą przejechać – tył auta wystaje wprawdzie tylko kilka centymetrów na torowisko, ale skutecznie uniemożliwia przejazd. Kurier nie zwrócił uwagi na tory. Policja wręcza kierowcy wysoki mandat i przyznaje punkty karne. Nie chce w ogóle słuchać wyjaśnień kierującego. Firma będzie musiała też pokryć koszty wezwania pojazdu holującego.

Wyjątkowo wysokie koszty dostarczenia przesyłki wzrastają jeszcze po kilku tygodniach z powodu braku wyobraźni kuriera. Okazuje się, że zarządca komunikacji tramwajowej występuje do właściciela pojazdu z roszczeniem o utracone z tytułu przestoju dochody. Szczegółowo wylicza w wezwaniu do zapłaty niewykonane na czas wozokilometry, stawki uzgodnione z miastem, nadgodziny motorniczych. Wyższa matematyka uzasadnia roszczenia na kilka tysięcy złotych. Można próbować spierać się o wysokość faktycznej straty, ale sama odpowiedzialność za szkodę jest bezdyskusyjna. Właściciel pojazdu będzie musiał ją pokryć lub skorzystać z ubezpieczenia OC – tylko którego? Obowiązkowego posiadaczy pojazdów mechanicznych czy OC z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, o ile je posiada?

#### ROSZCZENIA NIE UMIERAJĄ

Zaczęła się prawdziwa zima, śnieg sypie przez całą noc. Chodnik przed firmą powinien być odśnieżony i posypany piaskiem przez stróża, ale ten zaspał. Rano na śliskim chodniku przechodząca kobieta poślizgnęła się i upadła. Zdarzenie zarejestrowały kamery monitoringowe, policja zabezpieczyła nagranie. Upadek był wyjątkowo pechowy – w szpitalu okazało się, że doznała pęknięcia miednicy, złamania żeber, wybiła bark, straciła dwa zęby. Musiała przejść operacyjne zespolenie kości miednicy, czekać ją będzie długi proces leczenia i rehabilitacji.

Roszczenie o wypłatę 120 tys. zł – tytułem zadośćuczynienia, kosztów opieki i utraconych dochodów – zostaje zgłoszone przez pełnomocnika pozwem sądowym wniesionym przeciwko firmie. Odpowiedzialność jest niepodważalna, można się

tylko spierać o wysokość świadczeń. Wynajęta przez firmę kancelaria podejmuje się prowadzenia sprawy.

W trakcie procesu poszkodowana umiera. Jak się okazuje, w wyniku powikłań leczenia obrażeń po upadku. Skrzep krwi uwolniony w wyniku złamania doprowadził do udaru. Spór sądowy zostaje

że zawsze poza naszą wyobraźnią pozostaną jeszcze znaczne obszary zagrożeń, o których istnieniu dowiemy się, gdy będzie za późno. Miejmy to na uwadze, dobierając właściwy program ubezpieczeń. Nie wyeliminuje on wprawdzie samych zdarzeń, ale pomoże zniwelować ich skutki finansowe, które nieraz decydują o dalszym istnieniu firmy. ■

## Roszczenie o zadośćuczynienie

się dziedziczy, jeśli poszkodowany wytoczył powództwo za życia. Sąd musi tylko ustalić adekwatną kwotę, a otrzymają ją spadkobiercy.

zawieszony. W miejsce zmarłej do sprawy wstępują jej spadkobiercy, podtrzymując roszczenie w zakresie zadośćuczynienia. To roszczenie się bowiem dziedziczy, jeśli poszkodowany wytoczył powództwo za życia. Sąd musi tylko ustalić adekwatną kwotę, a otrzymają ją spadkobiercy.

Na tym jednak nie koniec konsekwencji finansowych twardego snu stróża. Ten sam pełnomocnik, reprezentujący teraz 12 członków rodziny zmarłej, występuje do firmy z roszczeniem o wypłatę stosownych zadośćuczynień za śmierć osoby bliskiej. Wysokość żądanych kwot od 40 tys. zł dla synowej do 250 tys. zł dla małżonki i dwójki młodszych, niepełnoletnich dzieci. Łącznie blisko 2 mln zł! Kwota wywołuje burzę w firmie, zdecydowanie przekracza sumę posiadanego ubezpieczenia OC i może zagrażać dalszemu istnieniu firmy.

Ponadto jak to możliwe, że z jednego, pozornie trywialnego upadku na chodniku mogą powstać zarówno roszczenia od samego poszkodowanego (niewygasające wraz z jego śmiercią), jak i odrębne roszczenia jego bliskich? Okazuje się, że przy splocie określonych okoliczności – to jest możliwe. Wszystkie roszczenia trzeba będzie zaspokoić. Czy w firmie ktokolwiek spojrzał w ten sposób na realne ryzyko objęte ubezpieczeniem, kiedy trwały negocjacje na temat wysokości składki ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia OC?

Trzy różne historie, taki sam morał. Myśląc o ryzyku roszczeń odszkodowawczych związanych z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa, patrzmy bardzo, bardzo szeroko. Pamiętajmy przy tym,



#### Piotr Dyszlewicz

Dyrektor Biura Likwidacji Szkód – Ekspertyza. Absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Gdańskiego oraz Podyplomowego Studium Ubezpieczeń w Wyższej Szkole Bankowej z Poznaniu. W Ergo Hestii od 1999 r.



piotr.dyszlewicz@ergohestia.pl



# 70%

z pierwszych dziesięciu firm branży energetyka i ciepłownictwo  
ubezpiecza Ergo Hestia.

wg listy 500 tygodnika Polityka 2011 r.

**Ergo Hestia**  
**Jestem pewien**

Infolinia: **801 107 107**  
koszt połączenia wg taryfy operatora

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

**ERGO**  
HESTIA®

# POSKROMIENIE RYZYKA

## Metody identyfikacji

**Z RYZYKIEM WIĄŻE SIĘ NIEMAL KAŻDA, NAWET PROZAICZNA CZYNNOŚĆ CZŁOWIEKA. RYZYKO JEST WPISANE W DZIAŁANIE KAŻDEJ ORGANIZACJI. PÓJŚĆ DO KINA CZY DO TEATRU? CO WYBRAĆ NA OBIAD – DRÓB, RYBY CZY WOŁOWINĘ? ZAINWESTOWAĆ W NOWĄ LINIĘ PRODUKCYJNĄ CZY KUPIĆ OBLIGACJE? ISTNIEJE NA SZCZĘŚCIE PRZYNAJMNIEJ KILKA SPRAWDZONYCH METOD ROZPOZNAWANIA RYZYKA.**

Tekst: Mariusz Czajka

**C**zym jest ryzyko? Niepewna możliwość wystąpienia niepożądanego zdarzenia – tak można opisać je najogólniej. Ponieważ jest ono stałym elementem działalności każdej organizacji, w każdej z nich należy zidentyfikować ryzyko dotyczące poszczególnych obszarów aktywności.

### OD OGÓŁU DO SZCZEGÓŁU

Identyfikacja ryzyka zmierza do ujawnienia potencjalnych zagrożeń po to, by zapobiec ich negatywnemu wpływowi na działalność organizacji. Jako taka jest więc bardzo istotnym elementem systemu zarządzania ryzykiem. Rozpoznanie musi być wszechstronne i dawać zarówno ogólny obraz ryzyka, jak i dotyczyć wielu detali. Trzeba opisać wewnętrzne i zewnętrzne źródła zagrożeń, obszary ich występowania, poszczególne rodzaje ryzyka i wzajemne zależności między nimi. Należy również wskazać, jakim celem organizacji mogą one zagrozić. Zgromadzenie takich informacji i ich odpowiednie przetworzenie umożliwia stworzenie profilu ryzyka organizacji. Istnieje kilka różnych, systematycznie doskonalonych i modyfikowanych, metod identyfikacji ryzyka. W zależności od specyfiki konkretnej sytuacji można zastosować także kombinację kilku technik.

### BURZA MÓZGÓW

Tę metodę stosuje się najczęściej. Grupa ekspertów, od 5 do 10 osób dobranych pod kątem wiedzy, doświadczenia w różnych dziedzinach oraz miejsca w strukturze organizacyjnej, zamyka się w jednym pomieszczeniu odizolowanym od zewnętrznych zakłóceń. Tam mogą swobodnie zadawać pytania i wyrażać opinie bez obawy przed krytyką. Wyznaczają sobie czas, w którym mają omówić

ryzyko, jego przyczyny i możliwe skutki. W efekcie ma powstać pełna lista zagrożeń, które mogą być uwzględnione później w procesach analizy ryzyka w organizacji. Spotkanie powinno mieć charakter forum, pozwalać na swobodną dyskusję. Zawsze prowadzi je moderator (najczęściej osoba zarządzająca ryzykiem w organizacji), który ma pobudzać i kontrolować rozmowę, dbać o dyscyplinę czasową i rejestrować wnioski. Wypracowany wspólnie materiał jest poddawany ocenie, aż wreszcie wybrane zostają te rodzaje ryzyka, które będą dalej analizowane. Burza mózgów jest bardziej skuteczna, jeżeli uczestnicy wcześniej dobrze się do niej przygotowują.

### LISTA PYTAŃ

Kwestionariusz? Nic prostszego. Dobrze opracowana lista pytań umożliwia wszechstronną identyfikację obszarów ryzyka. Należy rozesłać ją do jak największej liczby osób, które są w stanie pomóc. Pytania powinny być krótkie i zrozumiałe. Ważne, by ankietowany wiedział, jak wypełnić kwestionariusz oraz w jaki sposób opisać ryzyko. W tym celu należy zorganizować szkolenie bądź dołączyć szczegółową instrukcję. Należy także zaznaczyć, że ankietowany może dopisywać, w przewidzianych na to miejscach kwestionariusza, własne propozycje zagadnień problemowych. Zakres pytań i czas odpowiedzi najczęściej ustala osoba zarządzająca ryzykiem w organizacji. Na podstawie zebranych odpowiedzi powstaje katalog ryzyka.

### GŁOSY EKSPERTÓW

Kolejnym sposobem identyfikacji ryzyka jest metoda delficka, oparta na opinii zaproszonych ekspertów. Co ważne, nie spotykają się oni i nie wiedzą, jacy inni eksperci uczestniczą w tym procesie. Wszyscy odpowiadają na pytania zawarte



#### Mariusz Czajka

Kierownik w Biurze Ryzyka i Bezpieczeństwa Informacji STU Ergo Hestia SA. Ekspert w zakresie systemowego zarządzania ryzykiem.



mariusz.czajka@ergohestia.pl

w kwestionariuszach, które po wypełnieniu pozostają anonimowe, co zapewnia możliwość wyrażania innego zdania niż pozostali uczestnicy. Po zebraniu wszystkich kwestionariuszy powstaje zbiorcze zestawienie wszystkich typów ryzyka. Taki katalog ponownie trafia do tych samych ekspertów z prośbą o kolejną identyfikację. Pozwala to na ponowną analizę, a nawet rewizję wcześniej sformułowanych

poglądów. Jeśli zachodzi taka potrzeba, cały proces można powtórzyć. Nazwa metody delfickiej pochodzi od starożytnego greckiego miasta, w którym przy pomocy kapłanki Pytii przepowiadano przyszłość.

#### REJESTR RYZYKA

Bez względu na ostateczny wybór metody identyfikacji ryzyka nadrzędnym celem jest zbudowanie rejestru ryzyka. Służy on

do prowadzenia ewidencji zidentyfikowanych zagrożeń wraz z ich oceną oraz sposobami ograniczania ryzyka. Każde ryzyko zostaje przypisane Właścicielowi Ryzyka, który od tej pory odpowiada za jego monitorowanie i podejmowanie działań służących utrzymaniu ryzyka na akceptowalnym poziomie. Rejestr trzeba aktualizować co najmniej raz w roku. Również identyfikacji ryzyka należy dokonywać cyklicznie, na różnych płaszczyznach oraz w wielu przekrojach, ujęciach i obszarach. Tylko w ten sposób można ustalić możliwie najpełniejszą listę potencjalnych rodzajów ryzyka, na które narażona jest organizacja. Tym bardziej że trudno wskazać uniwersalny, jednakowy dla wszystkich realizowanych w ramach tej samej organizacji projektów zbiór zagrożeń. ■

Metoda	Zalety	Wady
burza mózgów	<ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość uzyskania wielu nowych pomysłów w krótkim czasie</li> <li>- pobudzenie do kreatywnego myślenia</li> <li>- szybkie gromadzenie informacji</li> <li>- interakcja między uczestnikami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość zdominowania rozmowy przez silną osobowość</li> <li>- obawa uczestników przed cudzą opinią i krytyką</li> <li>- czasochłonne przygotowania i planowanie</li> </ul>
kwestionariusz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość otrzymania opinii dużej liczby osób</li> <li>- uzyskanie obszernej listy typów ryzyka, uwzględnienie najbardziej istotnych z nich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niewielka kreatywność przy wypełnianiu kwestionariusza</li> <li>- możliwość niewłaściwej interpretacji zaproponowanych typów ryzyka</li> <li>- możliwość braku odpowiedzi od części uczestników lub uzyskanie ankiet wypełnionych pośpiesznie i nierzetelnie</li> </ul>
metoda delficka	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niezależność opinii ekspertów</li> <li>- anonimowość poglądów</li> <li>- możliwość współpracy bez konieczności spotkania się</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konieczność angażowania dużej liczby osób</li> <li>- czasochłonność</li> <li>- trudność w doborze ekspertów</li> </ul>

**Właściwa identyfikacja ryzyka** pomoże zapobiec potencjalnym zagrożeniom.

# To BI or not to BI?

CO WSPÓLNEGO Z UBEZPIECZENIAMI MA CYTAT Z XVII-WIECZNEGO  
DZIEŁA SZEKSPIRA? **WBREW POZOROM CAŁKIEM SPORO.**

Tekst: Bartosz Zwoliński

**I**nie chodzi tu tylko o fonetyczną zbieżność słynnej frazy z monologu Hamleta z tytułem tego artykułu. „Być albo nie być” w biznesie to przewodni temat koszmarnych snów współczesnych menedżerów. Obawiać się mogą wielu rzeczy, takich jak kryzys finansowy, niewypłacalność kontrahentów czy wrogie przejęcie. Dla wielu firm katastrofalna w skutkach może się jednak okazać tak banalna rzecz jak brak polisy BI (Business Interruption). W przypadku poważnej szkody majątkowej przetrwanie może graniczyć z cudem. Wówczas niestety realne staje się „not to be”.

#### ZROZUMIEĆ BI

Szkoda majątkowa w przedsiębiorstwie może znacznie utrudnić jego dalszą działalność, a nawet doprowadzić do bankructwa. Budynki da się oczywiście odbudować, a maszyny odkupić, ale to wszystko trwa. Kilka lub kilkanaście miesięcy, a w skrajnych przypadkach nawet lat. W tym czasie firma ponosi określone koszty, a nie jest w stanie osiągnąć odpowiednich dochodów. Wyjściem z kłopotu może być rozszerzenie zakresu posiadanego ubezpieczenia o ubezpieczenie BI (Business Interruption), powszechnie znane jako ubezpieczenie utraty zysku.

BI stanowi istotne dopełnienie ubezpieczenia majątkowego, ponieważ obejmuje ochroną konsekwencje przerwy w prowadzeniu działalności powstałe na skutek ubezpieczonej szkody materialnej w majątku firmy. Przedmiotem ubezpieczenia jest ubezpieczeniowy zysk brutto, na który w uproszczeniu składają się koszty stałe oraz zysk netto.

Jednak zagrożenia kryją się czasami gdzie indziej i to wcale nie tam, gdzie ich zwykle szukamy.

#### TSUNAMI A SPRAWA POLSKA

Przez świat ciągle przetaczają się różnego rodzaju większe lub mniejsze kryzysy gospodarcze albo wstrząsają nim katastrofy naturalne. Niektóre mają charakter lokalny, a inne wręcz globalny. Pociągając za sobą wiele ofiar w ludziach i powodując ogromne szkody materialne. Trzęsienie ziemi oraz tsunami w Japonii, długotrwałe powodzie w Tajlandii w 2011 r. to tylko wybrane największe katastrofy naturalne z ostatnich lat. Według raportów światowych reasekuratorów straty tylko z tytułu

tych dwóch zdarzeń przekroczyły kwotę 260 mld dolarów, z czego ubezpieczeniu podlegała zaledwie 1/5 z nich!

Czy zdarzenia te czegoś nas nauczyły? Można oczywiście wzruszyć ramionami i uznać, że tsunami czy trzęsienie ziemi to dla nas, w Polsce, zbyt wielka egzotyka, by zaprzętać sobie nimi głowę. W przypadku powodzi skojarzenia są już bliższe i dla niektórych bardziej bolesne. Powodzie, które miały miejsce w Polsce w ciągu ostatnich kilkunastu lat, zrobiły swoje. Przedsiębiorcy, szczególnie prowadzący działalność w miejscach narażonych na powódź, są świadomi ryzyka i w większości nie ryzykują braku ubezpieczenia. Dotyczy to przede wszystkim sekcji majątkowej. Ubezpieczenie BI, choć coraz bardziej popularne, jest traktowane jako ten element, który można sobie podarować, by zaoszczędzić na składce ubezpieczeniowej. Nie mówiąc już o szerokim i dopasowanym do specyfiki działalności firmy zakresie tego ubezpieczenia.

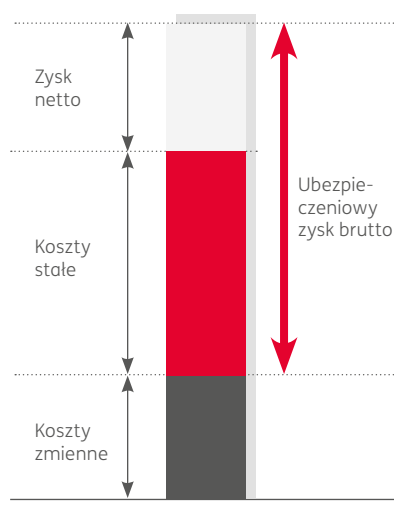
Powodzie w Tajlandii uwypukliły jeszcze jedno bardzo istotne ryzyko, o którym wielu przedsiębiorców nie wie, nie pamięta, nie chce pamiętać lub je przeczuwa, ale nie potrafi wyobrazić sobie konsekwencji, jakie za sobą niesie.

#### CZY ZAKRES W BI MA ZNACZENIE?

Doniesienia o coraz większym zasięgu powodzi w Tajlandii spędzały sen z powiek nie tylko mieszkańcom tego kraju i władzom w Bangkoku. Bardzo uważnie przyglądano się tym wydarzeniom również w szklanych biurach w Tokio, Seulu, Monachium, Cupertino czy Round Rock w stanie Teksas. Szefowie wielkich koncernów samochodowych oraz producentów sprzętu elektronicznego zastanawiali się, jak tajaska powódź wpłynie na ich przedsięwzięcia. I nie chodziło im tylko o szkody materialne w ich fabrykach na terenie Tajlandii, ale również o skutki ich zamknięcia na kilka miesięcy dla całej sieci przedsiębiorstw rozsiansych po świecie.

Sytuacja była poważna. Suma opadów w niektórych rejonach przekroczyła długoterminową średnią o 1000 mm a w 65 z 77 prowincji ogłoszono stan klęski żywiołowej. W wielu miejscach woda sięgała 2 m, a ze względu na położenie części kraju niewiele ponad poziomem morza woda utrzymywała się na zalanych obszarach przez kilka miesięcy. >>

#### CZYM JEST UBEZPIECZENIE UTRATY ZYSKU?



## Wiedza na temat narażenia

kontrahenta na konkretne katastrofy naturalne czy zdarzenia losowe pomaga ocenić prawdopodobieństwo utraty zysku brutto ubezpieczonej firmy.



Ponieważ Tajlandia jest jednym z kluczowych producentów podzespołów do produkcji sprzętu elektronicznego (w tym kraju produkuje się 25 proc. światowego zapotrzebowania na dyski twarde), fabryki w innych krajach i na innych kontynentach ponosiły straty, bo albo wcale nie otrzymały dostaw, albo były one bardzo drogie. Przerwana została misterna i gęsta sieć powiązań. Działająca w miarę bez zarzutu wielka maszyna nagle się zacięła. Jeden z wiodących japońskich producentów samochodów musiał wstrzymać na kilka tygodni produkcję wcale nie z powodu zalania swojej tajskiej fabryki, ale przez zniszczone drogi i linie zasilające w media. Jego straty wyniosły do 6 tys. sztuk pojazdów dziennie!

Powróćmy jednak na nasze krajowe podwórko i mając w pamięci powyższe przykłady, zastanówmy się, czy poszukiwanie kluczowych rodzajów ryzyka, które może zagrozić firmie, aby na pewno powinno kończyć się na ogrodzeniu zakładu.

### CBI – CO TO TAKIEGO?

Gospodarka XXI w. to rozległa sieć połączeń, długich i skomplikowanych łańcuchów dostawców i odbiorców. Pewne rzeczy bardziej opłaca się kupić w Chinach czy Malezji, niż produkować w Europie. Polskie zakłady, choć nie należą do światowych potentatów, również uczestniczą w tej grze. Ewentualna szkoda w Polsce pewnie nie wygeneruje rekordowych strat na skalę światową, ale może okazać się bardzo istotna z punktu widzenia konkretnego przedsiębiorstwa i doprowadzić do poważnych problemów finansowych.

Każdy przedsiębiorca jest aktualnie w mniejszym lub większym stopniu uzależniony od dostawców, jak również od odbiorców swojej produkcji. Zakłady te nie muszą być wcale na końcu świata, by doprowadzić do poważnych kłopotów naszego klienta. Wystarczy, że jest on uzależniony od jednego kluczowego dostawcy lub odbiorcy. Uzależnienie jest większe, jeśli nasz klient wykonuje bardzo specyficzne przedmioty, które de facto może sprzedać tylko jednemu odbiorcy lub ograniczonej liczbie odbiorców (np. konkretne opakowania, unikalne podzespoły do maszyn itp.). Duża szkoda spowodowana pożarem czy katastrofą naturalną u odbiorcy zwiększa prawdopodobieństwo powstania znacznych strat u naszego klienta.

Uzależnienie to dotyczy również dostawców, w tym dostawców mediów. Elektryczność, gaz, woda czy para to media, które są wykorzystywane praktycznie w każdym zakładzie. Niemożność dostarczenia jednego z nich z powodu szkody u dostawcy skutecznie powstrzyma funkcjonowanie zakładu. Dodatkowy problem pojawia się wtedy, gdy produkt jest bardzo wrażliwy na nagły brak np. energii elektrycznej.

W 2009 r. na skutek gwałtownych burz śnieżnych na środkowym zachodzie Stanów Zjednoczonych doszło do długotrwałych przerw w dostawie prądu. Zabrakło go m.in. w jednej z dużych hut aluminium. Brak zasilania doprowadził do obniżenia temperatury w piecach poniżej temperatury topnienia, co skutkowało zastygnięciem wsadu. Konieczne było skuwanie zastygniętego materiału i kosztowne naprawy. Dwie z trzech linii huty zostały unieruchomione, co spowodowało zmniejszenie dziennej produkcji o 75 proc. W związku z tym huta mocno ograniczyła odbiór surowca od swoich kontrahentów. Poskutkowało to ogromnymi stratami u jednego z dostawców, dla którego huta była kluczowym odbiorcą.

Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, że klientem tej huty jest polski producent opakowań, któremu huta dostarczała 80 proc. surowca do produkcji. Surowca, którego przez kilka tygodni nie będzie w stanie produkować. Jeśli producent opakowań nie posiada kilkutygodniowego zapasu, zaczynają się problemy. Skąd z dnia na dzień znaleźć nowego dostawcę? Kupić nawet drożej, ale dalej produkować – to jest podstawowe zadanie dla menedżerów na najbliższe godziny, dni. Jak znaleźć tak szybko potencjalnych zastępców dostawcy?

O tym jednak później, a tymczasem wraz z rosnącymi stratami pojawia się myśl

– przecież jesteście ubezpieczeni! Zaczyna się nerwowo wertowanie polisy, telefony do pośrednika i... to by było na tyle. Zapis w polisie ubezpieczenia utraty zysku mówi o „szkodzie w ubezpieczonym mieniu”. A zakład ma się dobrze, żadnych szkód, maszyny są gotowe do pracy na 100 proc. mocy. Tylko surowca brak – huta (dostawca) nie wywiązuje się z umowy.

#### GDY KONTRAHENT MA PROBLEMY

Rynek ubezpieczeniowy oferuje jednak rozwiązanie tego typu problemu w postaci tzw. klauzuli dostawców i odbiorców. Klauzula ta rozszerza zakres ubezpieczenia o utratę zysku brutto ubezpieczającego, spowodowaną szkodą materialną u jego dostawcy lub odbiorcy. Warunkiem jest, aby szkoda, która doprowadziła do wstrzymania produkcji u dostawcy lub odbiorcy, była objęta zakresem naszego ubezpieczenia. Innymi słowy, jeśli z naszego ubezpieczenia wyłączona jest powódź, ponieważ to ryzyko jest dla nas nieistotne, to gdy nasi kontrahenci nie będą w stanie wywiązać się z zobowiązań z uwagi na szkodę powodziową, klauzula nie zadziała.

Jeszcze innym rozwiązaniem jest wskazanie zdarzeń, które w ramach klauzuli objęte są ochroną, przy czym zakres ten jest nie szerszy niż oferowany w bazowej polisie utraty zysku (z reguły w przypadku polisy na bazie ryzyk wszystkich jest on ograniczany do kilkunastu ryzyk nazwanych). Klauzula dostawców/odbiorców w zdecydowanej większości przypadków jest oferowana z limitem odpowiedzialności. Skłonność towarzystw ubezpieczeń do oferowania wyższych limitów i szerszego zakresu ubezpieczenia jest wprost proporcjonalna do tego, ile wiedzą o poszczególnych kontrahentach. Nazwa, lokalizacja, udział w obrocie firmy oraz możliwość zastąpienia to kluczowe pytania, na które oczekują odpowiedzi.

Ryzyko ponoszone przez ubezpieczyciela jest bowiem wysokie. Wiedza na temat narażenia kontrahenta na konkretne katastrofy naturalne czy zdarzenia losowe związane z rodzajem jego działalności istotnie wpływa na ocenę prawdopodobieństwa zrealizowania się szkody w postaci utraty zysku brutto ubezpieczonej firmy. I tak bagatelizowane w Polsce trzęsienie ziemi, tsunami czy wybuch wulkanu dla świadomego underwritera powinny stanowić istotną podstawę do zaoferowania takiej czy innej ochrony w zakresie klauzuli dostawców/odbiorców w przypadku kontrahentów zlokalizowanych na terenach zagrożonych tymi zdarzeniami.

Zdarzają się jednak przypadki, że ubezpieczyciel obejmuje ochroną nienazwanych dostawców/odbiorców. Dotyczy to

z reguły drobnych kontrahentów, których udział w obrocie firmy nie przekracza kilku procent. W praktyce wygląda to tak, że ubezpieczający wskazuje kilku kluczowych kontrahentów z nazwy, a reszta jest uwzględniona łącznie bez ich wskazywania, często z niższym limitem odpowiedzialności i dodatkowym ograniczeniem terytorialnym wyłącznie do terenu Polski czy wybranych krajów europejskich.

#### GDY DOSTĘPU BRAK

Powróćmy do producenta samochodów, który musiał zamknąć swoją fabrykę w Tajlandii na skutek szkód w infrastrukturze otaczającej zakład. W tej sytuacji rozwiązaniem byłoby rozszerzenie zakresu ubezpieczenia utraty zysku o klauzulę ograniczonego lub całkowitego braku dostępu. Rozszerza ona zakres ubezpieczenia o konsekwencje przerwy w działaniu zakładu (utrata zysku) na skutek szkody majątkowej w mieniu sąsiadującym z zakładem. Nie zawsze muszą to być drogi czy mosty. Czasami szkoda u „kłopotliwego” sąsiada, jakim jest np. zakład chemiczny, może spowodować brak dostępu do zakładu. Ograniczenia lub brak dostępu do zakładu są szczególnie prawdopodobne dla firm, które w całości mieszczą się na terenie innego zakładu – np. spółek powydzielanych z dawnych wydziałów innej firmy czy firm działających w miejscach o wysokiej koncentracji biznesu – w centrach miast, galeriach handlowych, biurach, kompleksach magazynowych.

Klauzula dostawców/odbiorców oraz klauzula braku/ograniczonego dostępu są określane mianem CBI – Contingent Business Interruption.

#### POLAK MĄDRY PO SZKODZIE?

Pozostaje jeszcze pytanie, na które muszą sobie odpowiedzieć menedżerowie firmy, której kluczowy kontrahent nie wywiązuje się z zobowiązań na skutek szkody w swoim zakładzie. Najlepiej zadać je wcześniej, zanim pojawią się problemy. Stworzenie planu kontynuacji działania czy planu wyjścia z sytuacji kryzysowej (Business Continuity Planning/Disaster Recovery Plan) spowoduje, że mądrzy będziemy również przed szkodą. Definiując wcześniej zewnętrzne zależności, jakie występują w procesie funkcjonowania zakładu, jesteśmy w stanie w momencie zdarzenia podejmować szybkie decyzje zmierzające do minimalizacji strat związanych ze szkodą u kontrahenta. Nie tracimy już czasu na zastanawianie się, z kim rozmawiać i gdzie go znaleźć, ale poszczególne osoby w firmie wiedzą, z kim się kontaktować, o czym rozmawiać i czego się po rozmowach spodziewać, aby móc zastąpić dotychczasowych dostawców/odbiorców. Jednocześnie underwriter, wiedząc, że firma jest przygotowana

na sytuację kryzysową, zapewne łaskawiej spojrzy na wyższy limit odpowiedzialności czy wniosek o krótszy okres obowiązywania czasowej franszyzy redukcyjnej.

Alternatywni kontrahenci to tylko jeden z elementów planu wyjścia z sytuacji kryzysowej. W przypadku szkody w mieniu naszego zakładu istotna jest też informacja o możliwości przeniesienia działalności w inne miejsce w celu minimalizacji strat, wykaz potencjalnych firm budowlanych mogących uczestniczyć w odbudowie zakładu, wykaz dostawców kluczowych urządzeń wraz ze spodziewanymi terminami realizacji zamówień itd.

#### CZY BI ZAWSZE GWARANTUJE „TO BE”?

Na dalsze działanie firmy po wystąpieniu szkody w jej majątku czy w majątku jej kontrahentów wpływa wiele czynników. Zbyt krótki maksymalny okres odszkodowawczy, zbyt niska suma ubezpieczenia, zbyt wąski zakres (np. brak klauzul CBI) mogą tak czy owak doprowadzić do bankructwa przedsiębiorstwa. Cały czas bowiem pozostaje jeden czynnik, na który wpływu nie mamy. Jest nim konkurencja, która będzie się starała wykorzystać ten moment słabości, by zająć nasze miejsce. Jedno jest jednak pewne – dobrze dobrany zakres ubezpieczenia, w tym ubezpieczenia BI, w sposób istotny zwiększa prawdopodobieństwo przetrwania firmy w dobrej kondycji, nawet jeśli na własnej skórze lub na skórze swoich kluczowych kontrahentów doświadczysz szkody majątkowej. ■

Źródło: [munichre.com](http://munichre.com), [swissre.com](http://swissre.com).



#### Bartosz Zwoliński

STU Ergo Hestia SA, główny specjalista ds. ubezpieczeń, zajmuje się zagadnieniami związanymi z ubezpieczeniami majątkowymi, technicznymi oraz budowlano-montażowymi, absolwent Uniwersytetu Gdańskiego, w Grupie Ergo Hestia od 2000 r.



[bartosz.zwolinski@ergohestia.pl](mailto:bartosz.zwolinski@ergohestia.pl)

# NOWE BUDOWNICTWO, nowe ryzyko

**UNIKATOWE KONSTRUKCJE BUDOWLANE, EKOLOGICZNE ROZWIĄZANIA I NOWATORSKIE MATERIAŁY GENERUJĄ ZUPEŁNIE NOWE, NIESPOTYKANE WCZEŚNIEJ RODZAJE RYZYKA. SZYBKI ROZWÓJ TEGO SEKTORA GOSPODARKI OTWIERA DYSKUSJĘ NAD FORMAMI ZAANGAŻOWANIA BRANŻY UBEZPIECZENIOWEJ. W RAMACH CYKLU ARTYKUŁÓW O RYZYKU PRZYSZŁOŚCI TYM RAZEM PISZEMY O ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ UCZESTNIKÓW PROCESU BUDOWLANEGO W ZWIĄZKU ZE ZMIENIAJĄCYMI SIĘ ROZWIĄZANAMI BUDOWLANymi.**

Tekst: Anna Majewska, Michał Górny

16

## DUŻY SZKODZI WIĘCEJ

Czym właściwie są duże konstrukcje, o których na świecie mówi się po prostu large construction project? Pojęcie to nie ma jednoznacznej definicji, może dlatego, że skala large jest relatywizowana do miejsca, w którym powstaje, a może dlatego, że da się ją ocenić na pierwszy rzut oka. Do najciekawszych największych konstrukcji na świecie, o jakich można przeczytać w rozmaitych rankingach, należą: South Valley Development w Egipcie (sieć wodociągowa nawadniająca część Sahary i przepompowująca 25 mln m sześć. dziennie), Jubail II w Arabii Saudyjskiej (wart 80 mld dolarów projekt, który ma się składać ze 100 zakładów przemysłowych, z kilometrów linii kolejowych, dróg i autostrad oraz rafinerii ropy naftowej, produkującej co najmniej 350 tys. baryłek ropy dziennie) i Dubailand w Dubaju.

Choć takie inwestycje kojarzą się raczej z programami telewizyjnymi na Discovery Channel, temat ten

– na odpowiednio mniejszą skalę – jest też obecny w Europie. Można tu wspomnieć np. o londyńskim Canary Wharf czy o inwestycjach realizowanych w Polsce: budowie gazoportu w Świnoujściu, drugiej linii warszawskiego metra i tunelu drogowego pod Martwą Wisłą w Gdańsku, budowanego metodą TBM.

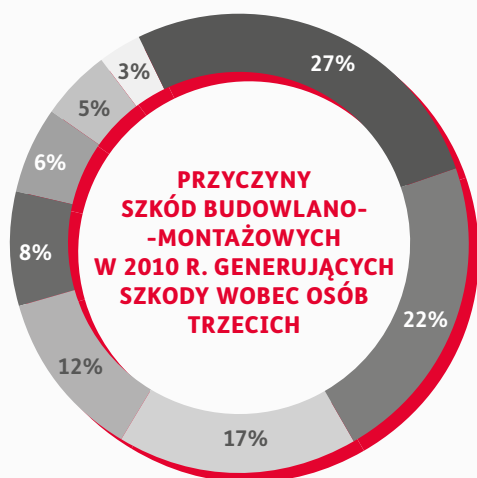
Realizacja nietypowych inwestycji opartych na nowych technologiach wiąże się z wieloma aspektami ryzyka. Przede wszystkim są to typowe błędy wieku niemowlęcego i wynikające z niewielkiego doświadczenia w zarządzaniu dużym projektem budowlanym. Coraz częściej w skład konsorcjów budowlanych wchodzi firmy z różnych krajów, co prowadzi do ścierania się różnych kultur i rodzi ryzyko nieporozumień, a w konsekwencji – błędów. Jako naturalne ryzyko projektów związanych z dużymi konstrukcjami należy wskazać również ich skomplikowanie i prototypowy charakter, wielość podwykonawców i problemy koordynacyjne,

wieloletniość polis, długi proces likwidacji ewentualnych szkód czy aranżowanie polis odpowiedzialności zawodowej na długo przed rozpoczęciem właściwych prac.

## GRUBY ZWIERZ O DŁUGIM OGONIE

Wielkie projekty trwają długo i – co za tym idzie – problemy i roszczenia mogą się pojawiać przez wiele lat na wielu etapach prac. Budowa wspomnianego Dubailandu miała się zakończyć w 2020 r., ale prace przerwał kryzys. Budowa świnoujskiego gazoportu ma potrwać do 2014 r. Do tego dochodzą roszczenia odroczone w czasie ze względu na najczęściej stosowany czasowy zakres ochrony ryzyka odpowiedzialności zawodowej zaangażowanych projektantów i inżynierów, tzw. trigger act committed. Należy o tym pamiętać, gdyż ich odpowiedzialność może się ujawnić po wielu latach od zakończenia projektu czy sprawowania nadzoru. Ochroną są bowiem objęte długofalowe konsekwencje błędów. Przyczyna szkody musi powstać





- błędy projektowe
- błędy wykonawcze
- wady materiałów/złe wykonawstwo
- zaniedbania
- wady materiałowe
- zagrożenia naturalne
- nieodpowiednia organizacja prac
- złe założenia projektu

Źródło: Swiss Re.

w okresie ubezpieczenia, roszczenie zaś może zostać zgłoszone wiele lat później.

Liczba aspektów oceny ryzyka, jakie należy uwzględnić, jest naprawdę ogromna – proporcjonalna do rozmiarów możliwych szkód. Pewną zapowiedź potencjału szkodowego stanowią niedawne wydarzenia związane z problemami przy drążeniu tunelu na budowie warszawskiego metra czy zamknięcie lotniska w Modlinie. Zwłaszcza że tzw. kurzakwka nie jest przecież zjawiskiem nowym w Warszawie, a Modlin to nie pierwsze budowane w Polsce lotnisko. Realną skalę potencjału szkodowego oddaje katastrofa budowlana archiwum w Kolonii z marca 2009 r., którą wiąże się z budową linii metra w pobliżu. Wartość strat eksperci szacują na 500 mln euro.

Do najczęstszych przyczyn szkód budowlano-montażowych powodujących szkody wobec osób trzecich należą błędy projektowe i wykonawcze. >>

## SEA TOWERS

Kompleks mieszkalny składający się z dwóch wież o wysokości 141 metrów i łącznej wadze 140 tys. ton, zlokalizowany 12 metrów od Nabrzeża Prezydenta w Gdyni. Jego budowę poprzedzało wieloletnie specjalistycznych analiz geotechnicznych i hydrogeologicznych ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo morza oraz warunki meteorologiczne. Budynek ma konstrukcję żelbetową, fundamentem jest płyta o objętości 10 tys. m<sup>3</sup> zbrojonego betonu wodoszczelnego, o zmiennej grubości, oparta na ścianach fundamentowych o głębokości 16 metrów (połowa wysokości 30 metrowego bloku mieszkalnego).

Na wykresie przedstawiamy szczegółową statystykę. Trudno nie zauważyć, że oprócz katastrof naturalnych wszystkie pozostałe będą angażowały odpowiedzialność cywilną – czy to zawodową, czy ogólną – niektórych stron kontraktu.

### MINI, MIDI, MAKSI, GIGA

Obserwowane trendy wskazują na przechodzenie projektów ze skali maksi do projektów mega, a nawet giga. Spowoduje to jeszcze większą ich złożoność, coraz wyższe wymagania koordynacyjne wobec składu konsorcjów wykonawczych, dłuższe łańcuchy dostaw i problemy logistyczne (także w skali międzynarodowej), problemy z dostępnością wykwalifikowanych pracowników oraz wiele innych trudności. Długi czas trwania projektu (w skrajnych przypadkach do 10 czy nawet 15 lat) bez wzięcia pod uwagę trudni planowanie i koordynację.

Ocena prawna takich projektów jest również bardzo skomplikowana. Siatka powiązań pomiędzy uczestnikami procesu tworzy prawdziwą pajęczynę relacji w zakresie odpowiedzialności cywilnej. Przenikanie się odpowiedzialności ogólnej (GTPL) z odpowiedzialnością zawodową (PI) oraz szkód w przedmiocie kontraktu ze szkodami wobec osób trzecich skłaniają ku próbom budowania pokrycia skoncentrowanego na ryzyku konkretnej inwestycji i odchodzenia od tradycyjnie pojmowanego podziału produktów. Zagrożenia trzeba zatem analizować zarówno pod kątem technicznym, chociażby bezpieczeństwa technologii budowlanej czy kontroli jakości, jak i prawnym. Tu uwzględnić należy różne porządki prawne zaangażowanych stron i zakres pokrycia posiadanych przez nich polis, otoczenie prawne



i ekonomiczne inwestycji, w tym źródła finansowania oraz zakres odpowiedzialności wynikający z zawartych umów. Nie jest łatwo przewidzieć wszelkie możliwe scenariusze, a ubezpieczyciele najlepiej chyba wiedzą, że rzeczywistość potrafi przerosnąć wyobrażenia. Jeśli do tego dodożyć fakt, że część z dużych konstrukcji ma nie tylko na celu estetyczną radość dla oka, urbanizację czy lepsze wykorzystanie przestrzeni, ale również funkcję bezpieczeństwa publicznego (antysejsmiczne, przeciwpowodziowe), to zakres odpowiedzialności projektantów i wykonawców jeszcze się poszerza.

Rosnące sumy gwarancyjne nie wydają się już nadmierną zapobiegliwością. Wkrótce zamiast o dziesiątkach milionów będzie można mówić o setkach i będą to realne sumy. Zmusi to ubezpieczycieli i reasekuratorów do poszukiwania, wspólnie z inżynierami, metod oceny bezpieczeństwa inwestycji, jakie przyjdzie im przyjmować do własnego portfela. Coraz częstsza przy tym będzie współpraca w ramach koasekuracji pomiędzy kilkoma ubezpieczycielami, za którymi stać będą różni reasekuratorzy. To z kolei może stymulować jeszcze

szybszą edukację branży, co wyjdzie jej tylko na dobre. Rodzime firmy budowlane, by móc uczestniczyć w dużych projektach, będą musiały wykazywać się krystalicznie czystymi referencjami i doświadczeniem, by nie ograniczać sobie możliwości pozyskania pokrycia ubezpieczeniowego, bez którego zdobycie kontraktu stanie się niemożliwe.

### GRAJĄC W ZIELONE

Warto kilka słów poświęcić ekobudownictwu, które – chociaż nie doczekało się wyraźnej definicji oraz unormowania – coraz śmielej rozpala wyobraźnię inwestorów. Przystaje być modą, a staje się sposobem na ograniczenie wykorzystania energii czy produkcji odpadów oraz zwiększenie ergonomii budynku. Co więcej, budowlana ekoetykieta pozwala na ustalenie nierzadko wyższej marży, zatem jest o co walczyć.

Ekobudownictwo polega na wykorzystaniu takich technologii i materiałów, które pozwalają minimalizować negatywne oddziaływanie budowlany na środowisko i użytkowników, a także ograniczać zużycie energii. Wszystko dzięki odpowiednim

materiałom i rozwiązaniom projektowym. Nietrudno zgodzić się ze stwierdzeniem, że jest to przyszłość budownictwa, a elementy zielonego myślenia będą przenikały do nawet najbardziej tradycyjnych pracowni architektonicznych. Warto więc już teraz się zastanowić, jakie wyzwania może przynieść ten trend dla branży ubezpieczeniowej. Czy wszystko, co zielone, jest bezpieczne? Czy zastosowanie nowych, mających stosunkowo krótką historię materiałów – np. odpadów z recyklingu – będzie bezpieczne? Czy nowe funkcje budynków nie przyniosą skutków w postaci wad i awarii instalacji?

Polska, w przeciwieństwie do krajów starej piętynki UE, ma niewielkie doświadczenie w tym zakresie. Nie wypracowaliśmy jednolitego, powszechnego standardu jakościowego czy walidacyjnego w zakresie zielonego budownictwa. W Europie funkcjonuje kilkanaście różniących się od siebie standardów ekologicznych. Dziś właściwie każdy może określić swój wyrób mianem ekologicznego, niekoniecznie przedstawiając wiarygodne dowody na ekologiczne właściwości. Wyobraźmy sobie sytuację, że na rynek wprowadzamy ekologiczny materiał izolacyjny, który po kilku latach traci swoje pierwotne i deklarowane właściwości. Skutkiem tego są zwiększone wydatki na energię cieplną gospodarstw domowych, a w konsekwencji utrata wartości nieruchomości. Innym przykładem może być zastosowanie nowoczesnego ekomateriału w klasycznej, niedostosowanej technologii budowlanej. Przykład – zielone dachy będące gąbkami z wodą położone na stropach bez właściwej i trwałej, planowanej na dziesiątki lat hydroizolacji czy odporności na korozję biologiczną.

Innowacyjność projektów rodząca poważne błędy konstrukcyjne i eksploatacyjne może spowodować problemy z dowodzeniem winy i przerzucanie odpowiedzialności pomiędzy projektantami, dostawcami materiałów i wykonawcami.

## RODZAJE POLIS

odpowiedzialności cywilnej, w ramach których można złożyć roszczenie w przypadku szkody z tytułu wadliwego ekobudownictwa:

- OC zawodowa architekta i projektanta,
- OC zawodowa firmy doradczo-konsultingowej,
- OC za produkt producenta materiału budowlanego,
- OC ogólna przedsiębiorcy budowlanego,
- OC ogólna firmy certyfikującej materiały budowlane.

## FOTOWOLTAIKA

Ekobudownictwo to oczywiście energooszczędność rozwiązań oraz zielone metody pozyskiwania energii, takie jak pompy ciepła czy ogniwa solarne. Przemysł fotowoltaiczny pewnymi krokami wkracza również do Polski. Jego światowa wartość wynosi dziś kilkadziesiąt miliardów dolarów rocznie. Liderem rozwoju fotowoltaiki w Europie są Niemcy. Kraj ten rozwiązaniami prawnymi i zachętami ekonomicznymi wpływa na dynamiczny rozwój branży. Także w Polsce wielkość zainstalowanych mocy podwaja się z każdym rokiem. Panele fotowoltaiczne wraz z towarzyszącą instalacją, oprócz oczywistych walorów ekologicznych, mają niestety wady – mogą bowiem powodować pożary.

Najczęstszą ich przyczyną są szkodniki lub wadliwie wykonana instalacja. Pożar obiektu wyposażonego w panele fotowoltaiczne jest trudny do ugaszenia. Straż pożarna nie będzie w stanie podjąć akcji gaśniczej przy pracujących ogniwach ze względu na stałe generowanie prądu o napięciu nawet powyżej 1000 V. Ponadto duże powierzchnie fotoogniw na dachach utrudniają dotarcie z wodą do ogniska pożaru.

Atut w postaci taniej energii może się więc okazać przekleństwem w przypadku szkody pożarowej. Co więcej, w niesprzyjających warunkach pożar szybko ogarnie sąsiednie zabudowania. Wieloletnie doświadczenia reasekuratorów wskazują, że pożar wywołany niesprawną instalacją fotowoltaiczną powoduje szkody całkowite znacznych rozmiarów, zwłaszcza w przypadku występowania palnych konstrukcji stropodachów. Ponownie należy postawić pytanie o ryzyko i krzyżową odpowiedzialność doradcy inwestycyjnego, projektanta, producenta i instalatora fotowoltaicznej technologii.

## PEJZAŻ RYZYK BUDOWNICTWA XXI WIEKU

Magazyn „Strategic Risk” w 2012 r. zapytał europejskich menedżerów o to, jakie ryzyko spędza im sen z powiek. Oprócz odpowiedzi oczywistych o globalnym kryzysie ekonomicznym padły te, które dotyczą obaw technologicznych. Chodzi o szeroko pojęte nauki o życiu – life science. Genetyka, biotechnologia i nanotechnologia zaliczały się do najważniejszych wśród 10 obszarów nieprzewidywalności. Małe, niedostrzegalne i trudne do kontroliowania, bo ledwie co poznane materiały mogą spowodować w przyszłości poważne problemy. Na przykład dwutlenek tytanu wykorzystywany w postaci nanocząstek w powłokach malarskich jest według Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakim IARC potencjalnie rakotwórczy. Podmiotów, których może dotyczyć takie ryzyko – na zasadzie „długiego ogona”

– prawdopodobnie byłoby dużo. Widzimy zatem, że potencjalnych wyzwań generujących ryzyko jest wiele. Czy są to problemy przyszłości? Pewne jest, że horyzont dla ryzyka związanego z budownictwem XXI w. rozciąga się w skali od giga do nano. ■



### Anna Majewska

Underwriter w Przedstawicielstwie Korporacyjnym w Szczecinie. Zajmuje się ubezpieczeniami OC oraz mienia. Absolwentka prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego oraz Podyplomowego Studium Prawa Ubezpieczeniowego na Uniwersytecie Warszawskim. Ukończyła aplikację radcowską. W Ergo Hestii od 2009 r.



anna.majewska@ergohestia.pl



### Michał Górny

Hestia Loss Control, specjalista ds. oceny ryzyka, zajmuje się zagadnieniami ryzyka odpowiedzialności cywilnej, w tym OC za zanieczyszczenie środowiska i OC za produkt. Inżynier, absolwent Wydziału Chemicznego oraz Wydziału Zarządzania i Ekonomii Politechniki Gdańskiej, w Grupie Ergo Hestia od 2005 r.



michal.gorny@ergohestia.pl

# SZPITAL na peryferiach... ryzyka?

**BŁĄDZIĆ JEST RZECZĄ LUDZKĄ. WSZYSCY POPEŁNIAMY BŁĘDY, ALE NIE WSZYSTKIE POMYŁKI MAJĄ JEDNAKOWĄ WAGĘ. KONSEKWENCJE BŁĘDÓW MEDYCZNYCH DOTYKAJĄ NAJWAŻNIEJSZEJ SFERY, JAKĄ JEST ŻYCIE I ZDROWIE CZŁOWIEKA. W POLSCE BRAKUJE REJESTRU BŁĘDÓW MEDYCZNYCH, JEDNAK WEDŁUG SZACUNKÓW JEST ICH OD KILKU DO 20 TYS. ROCZNIE.**

Tekst: Anna Sikorska-Nowik



**O**d ponad roku zgodnie z nowymi przepisami pacjent uszkodzony w wyniku błędu medycznego może domagać się odszkodowania i zadośćuczynienia nie tylko na drodze sądowej, ale też w alternatywnym administracyjnym trybie, przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. I tu pojawia się wiele pytań.

**Na czym polega nowy tryb dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych? Co zmiany w przepisach oznaczają dla pacjentów, a co dla placówek medycznych?**

**I wreszcie – czy ubezpieczenie zdarzeń medycznych to ciekawa, nowa nisza dla ubezpieczycieli?**

#### CZARNY SCENARIUSZ

To był długo oczekiwany dzień. Ciężarna Barbara Bonk, oczekująca bliźniąt, trafia

na porodówkę. Zachowuje spokój. Lekarz prowadzący jej ciążę zalecił cesarskie cięcie, dlatego kobieta jest przekonana, że w ten sposób urodzi swoje dzieci. Tymczasem ordynator w szpitalu, do którego trafiła, ma inne zdanie. Uważa, że nie ma wskazań medycznych do przeprowadzenia cesarskiego cięcia i pani Barbara powinna rodzić siłami natury. Nie reaguje na argumenty pacjentki i jej męża. Wobec rodzącej zachowuje się arogancko. „Skoro lekarz prowadzący zalecił cesarskie cięcie, to proszę przyjść z lekarzem prowadzącym” – słyszy coraz bardziej zdenerwowana kobieta. Rodzi naturalnie. Pierwsza z bliźniaczek przychodzi na świat zdrowa. Druga z ostrym niedotlenieniem mózgu trafia pod respirator. Jej stan jest ciężki. Powołana później komisja lekarska stwierdza bez żadnych wątpliwości, że podczas porodu lekarz popełnił szereg błędów. Przede wszystkim źle odczytał wynik badania KTG, które wskazywało, że dziecko może być niedotlenione. Wobec raportu

komisji decyzja może być tylko jedna: ordynator zostaje odwołany ze stanowiska. Winny jest ukarany. Jednak matka i ojciec dziecka pozostają z problemem na lata, jeśli nie do końca życia. Ma on wiele aspektów: nie tylko ból i poczucie krzywdy rodziców, którzy widzą upośledzenie swojego dziecka, ale i aspekt finansowy, czyli koszty leczenia, specjalistycznej opieki i rehabilitacji dziewczynki.

#### W POSZUKIWANIU SPRAWIEDLIWOŚCI

Co roku skutek błędów lekarskich uszkodzone zostają tysiące osób. Jakie narzędzia dają tym ludziom prawo do poszukiwania sprawiedliwości za ich krzywdę, której doznali w placówce medycznej? Jakich działań z ich strony może oczekiwać szpital? Przede wszystkim uszkodzony może wystąpić z wnioskiem o wszczęcie postępowania karnego wobec lekarza, który dopuścił się zaniedbania, i liczyć, że ten trafi do więzienia. Może też dążyć do ukarania >>

**2159**

– tyle pozwów dotyczących błędów medycznych złożono w 2010 r. To prawie 10 razy więcej niż w 1991 r.

sprawcy na gruncie zawodowym w ramach postępowania dyscyplinarnego poprzez zawieszenie lub pozbawienie go prawa wykonywania zawodu.

Kolejna opcja to poszukiwanie satysfakcji finansowej. Do tej pory istniała w zasadzie tylko jedna ścieżka postępowania w takiej sytuacji. Poszkodowany pacjent lub jego rodzina występowała o odszkodowanie i zadośćuczynienie do placówki zatrudniającej lekarza, który popełnił błąd, lub do jej ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej. Musieli przy tym udowodnić winę sprawcy oraz związek przyczynowy pomiędzy jego działaniem a powstałą szkodą. Jeśli szpital lub ubezpieczyciel kwestionowali swoją odpowiedzialność, można było dochodzić roszczeń przed sądem w drodze powództwa cywilnego. Tutaj jednak trzeba było się liczyć z wysokimi kosztami pełnomocnika i uzbroić się w cierpliwość. Tego typu sprawy trwają w polskich sądach latami!

#### **NOWA ŚCIEŻKA DOCHODZENIA ROSZCZEŃ OD SZPITALA**

Obecnie, zgodnie z nowymi przepisami, poszkodowani mogą dochodzić odszkodowania i zadośćuczynienia od placówki medycznej nie tylko w sądzie, ale też w alternatywnym trybie administracyjnym. Ta koncepcja zrodziła się z obserwacji doświadczeń innych państw, w których już dawno przestano uważać ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za wystarczające dla zapewnienia właściwego standardu ochrony praw pacjenta. W krajach takich jak USA, Francja, Austria, Wielka Brytania, Szwecja powstały liczne propozycje doktryny i projekty ustaw zmierzające do wskazania bardziej efektywnych mechanizmów naprawiania szkód wyrządzonych pacjentom. Przede wszystkim uznano tam, że należy odejść od odpowiedzialności podmiotów medycznych za szkody wyrządzone pacjentom, opartej na zasadzie winy na rzecz koncepcji „no fault”. Ofiary wypadków medycznych nie powinny bowiem być w gorszej sytuacji niż poszkodowani w wypadkach samochodowych, wobec których odpowiedzialność posiadaczy pojazdów mechanicznych opiera się na zasadzie ryzyka. Jako formę kompensacji szkód medycznych proponuje się obowiązkowe ubezpieczenie (model szwedzki) lub fundusz odszkodowawczy tworzony przez szpitale z opłat pobieranych od pacjentów (model austriacki).

#### **POSTĘPOWANIE PRZED KOMISJAMI**

Czerpiąc z zagranicznych wzorców, Polska opracowała własny model będący alternatywą dla postępowania sądowego. Od stycznia 2012 r. obowiązuje tryb dochodzenia przez pacjentów odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu tzw. zdarzeń medycznych. Ma on formułę

postępowania przed specjalnie powołanymi komisjami wojewódzkimi do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, co opisano w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tryb ten dotyczy jedynie szpitali, a ustawodawca powołał go z nałożonym w Ustawie o działalności leczniczej obowiązkiem zawarcia przez szpital niezależnego od ubezpieczenia OC – ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych (w drodze późniejszych nowelizacji obowiązek zawarcia tego ubezpieczenia został przesunięty do stycznia 2014 r.). W skład każdej komisji wchodzi 16 członków, z czego połowę stanowią lekarze, a połowę – prawnicy. Komisje orzekają w składzie 4-osobowym. Celem postępowania przed komisją jest ustalenie, czy doszło do tzw. zdarzenia medycznego. Rozumie się przez nie zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia oraz śmierć pacjenta będące następstwem diagnozy, leczenia (w tym wykonania zabiegu operacyjnego) lub zastosowania produktu leczniczego, niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Poszkodowany nie musi udowodnić winy sprawcy, co odróżnia ten tryb od postępowania przed sądem z powództwa cywilnego i znacznie skraca cały proces dochodzenia roszczeń.

#### **WNIOSKI I TRYB POSTĘPOWANIA**

Z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego mogą występować poszkodowany pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercy. Można to zrobić w ciągu roku od dnia, w którym stwierdzono zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć pacjenta. W każdym jednak przypadku okres ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, kiedy nastąpiło zdarzenie medyczne. To trochę mniej czasu, niż ma poszkodowany na dochodzenie roszczenia z powództwa cywilnego – tutaj roszczenie z tytułu szkody na osobie przedawnia się z upływem 3 lat od dnia, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie lub osobie obowiązanej do jej naprawienia. Postępowanie toczy się przed komisją, której zadaniem, jak to zostało powiedziane wcześniej, jest ustalenie, czy doszło do zdarzenia medycznego. W efekcie wydaje ona pisemne orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku. Musi to zrobić nie później niż 4 miesiące od dnia złożenia wniosku. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręcza się wnioskodawcy, kierownikowi szpitala oraz ubezpieczycielowi. Mogą oni w ciągu 14 dni wystąpić o ponowne rozpatrzenie sprawy, na co z kolei komisja ma następnych 30 dni. Narzucenie ram czasowych znacznie usprawnia postępowanie przed komisją i przyspiesza wydanie orzeczenia. Odróżnia to tryb postępowania przed komisją od postępowania przed sądem >>>

## UPROSZCZONY SCHEMAT POSTĘPOWANIA PRZED KOMISJAMI DS. ORZĘKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH



Poszkodowany pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub jego spadkobierca składa wniosek o ustalenie, czy doszło do zdarzenia medycznego



Wojewódzka komisja ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

W posiedzeniach wojewódzkiej komisji może uczestniczyć:

- podmiot składający wniosek
- przedstawiciel szpitala
- ubezpieczyciel\*

Kompletny wniosek komisja przekazuje szpitalowi oraz ubezpieczycielowi\*, którzy w ciągu 30 dni od jego otrzymania przedstawiają stanowisko. Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku tak w zakresie dotyczącym przedstawionych w nim okoliczności, jak i wartości odszkodowania

W celu wydania orzeczenia komisja może wzywać do złożenia wyjaśnień:

- podmiot składający wniosek
- przedstawiciela szpitala, w którym doszło do zdarzenia medycznego
- osoby wykonujące zawód medyczny w szpitalu w okresie, kiedy doszło do zdarzenia medycznego
- ubezpieczyciela

Może też żądać od szpitala dokumentacji, dokonywać wizytacji.



W terminie 4 miesięcy od złożenia wniosku komisja wydaje orzeczenie wraz z uzasadnieniem

Orzeczenie jest doręczane:

- podmiotowi składającemu wniosek
- kierownikowi szpitala
- ubezpieczycielowi.

Mogą oni złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który komisja rozpatruje w terminie 30 dni



Orzeczenie o zdarzeniu



Ubezpieczyciel\* jest związany orzeczeniem



Ubezpieczyciel\* za pośrednictwem komisji w terminie 30 dni od otrzymania orzeczenia przedstawia wnioskodawcy propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia

Jeżeli ubezpieczyciel\* nie przedstawi w terminie propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, jest zobowiązany do wypłaty w wysokości określonej we wniosku



Wnioskodawca za pośrednictwem komisji składa ubezpieczycielowi\* oświadczenie o przyjęciu propozycji i jednocześnie o rzeczeniu się na przyszłość roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie mogące wynikać ze zdarzenia medycznego

Wnioskodawca może także odrzucić propozycję ubezpieczyciela



Orzeczenie o braku zdarzenia

\*Jeżeli nie zostało zawarte ubezpieczenie w zakresie zdarzeń medycznych, ubezpieczyciel nie występuje w procesie postępowania przed komisją, a wszystkie jego obowiązki określone w ustawie przechodzą na szpital.



Dla szpitali nowe przepisy oznaczają przede wszystkim kolejne źródło ryzyka. To dla nich zupełnie nowy problem, z którym muszą się zmierzyć.



## JAK PRZYGOTOWAĆ WNIOSEK

Wniosek powinien zawierać dane wnioskodawcy, czyli poszkodowanego, oraz szpitala, w którym doszło do zdarzenia medycznego.

Wniosek musi też oczywiście wskazywać zdarzenie medyczne, jakie jest przedmiotem postępowania przed komisją, oraz zawierać uzasadnienie, które uprawdopodobni wystąpienie zdarzenia medycznego (np. dokumentację medyczną). Ponadto we wniosku powinna się znaleźć propozycja odszkodowania należnego poszkodowanemu. Przy czym obowiązuje tu ograniczenie kwotowe określone w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którą nie mogą oni żądać więcej niż 100 tys. zł w przypadku uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zakażenia i 300 tys. zł w przypadku śmierci (to kolejna różnica względem postępowania przed sądem z powództwa cywilnego, gdzie nie ma zastosowania wobec powoda kwotowe ograniczenie wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia). Złożenie kompletnego wniosku do rozpatrzenia przez komisję kosztuje 200 zł.

z powództwa cywilnego, gdzie takie ramy nie są określone, w rezultacie czego procesy trwają wiele lat.

### ORZECZENIE KOMISJI I CO DALEJ

Jakie konsekwencje ma orzeczenie komisji, które stwierdza, że doszło do zdarzenia medycznego? W ciągu 30 dni od otrzymania orzeczenia ubezpieczyciel musi przedstawić wnioskodawcy propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. W tym zakresie nie ma on jednak całkowitej swobody, wytyczne do wyznaczenia należytego poszkodowanemu świadczenia znajdują się bowiem w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu i warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, przy czym nie może ono przekroczyć wskazanych wcześniej kwot maksymalnych. Nieprzedstawienie przez ubezpieczyciela propozycji świadczenia sprawia, że jest on zobowiązany wypłacić je w wysokości określonej we wniosku. W takiej sytuacji komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania oraz fakt nieprzedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela. Takie zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy. W przypadku przedstawienia przez ubezpieczyciela propozycji świadczenia wnioskodawca składa mu – za pośrednictwem komisji – oświadczenie o jej przyjęciu lub odrzuceniu. Wnioskodawca zawsze może odrzucić propozycję świadczenia. Jeśli ją przyjmie, musi zrzec się wszelkich dalszych roszczeń o odszkodowanie i świadczenie pieniężne. Tym samym zamyka sobie drogę do dochodzenia roszczeń w trybie powództwa cywilnego. Przyjęta przez wnioskodawcę propozycja stanowi tytuł wykonawczy. W przypadku niezawarcia przez szpital ubezpieczenia z tytułu

zdarzeń medycznych lub wyczerpania się sumy gwarancyjnej w polisie obowiązek przedstawienia propozycji świadczenia i konsekwencje nieuczynienia tego obowiązku wyłączone są szpitala.

### CZAS NA BILANS

W styczniu 2013 r. minął rok od wprowadzenia nowego trybu dochodzenia roszczeń. Do tej pory do komisji w całym kraju trafiło około 300 wniosków, ale z miesiąca na miesiąc jest ich coraz więcej. Z danych zebranych przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że początkowo większość wniosków była odrzucana z powodu błędów formalnych, co jest zrozumiałe ze względu na nowość regulacji. Jaki jest los wniosków, które doczekały się rozpatrzenia? W połowie przypadków komisje orzekły, że nie doszło do zdarzenia medycznego i pacjentom nie należy się odszkodowanie. W pozostałych wynik postępowania był dla poszkodowanych pozytywny. Większość otrzymała już odszkodowanie. Tak było w przypadku rodziny pacjenta, u którego zlekceważono bóle w klatce piersiowej i odmówiono hospitalizacji. Kiedy ponownie trafił do szpitala i okazało się, że to sepsa, było już za późno i pacjent zmarł. Rodzina pacjenta otrzymała 150 tys. zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia. Nie zawsze jednak poszkodowani przyjmują propozycję świadczenia. Pacjent, który złożył wniosek o odszkodowanie w związku z tym, że podczas intubacji przed zabiegiem operacyjnym wybito mu zęby, domagał się przyznania 30 tys. zł, tymczasem zaproponowano mu kwotę dziesięciokrotnie niższą. Odrzucił tę propozycję i zdecydował, że odda sprawę do sądu.

Co nowe przepisy oznaczają dla pacjentów? Są dla nich dużym ułatwieniem.



Niewątpliwie ich zaletą jest możliwość szybkiego załatwienia sprawy. Komisja ma wyznaczony ustawowo czas – 4 miesiące – na wydanie orzeczenia. Dodatkowo formalności po stronie wnioskodawcy zostały ograniczone do minimum i w zasadzie z przygotowaniem wniosku może poradzić sobie sam. Nie musi korzystać z profesjonalnej pomocy prawnej ani ponosić wysokich kosztów obsługi prawnej. Ponadto w toku postępowania nie musi udowadniać winy placówki. Wadą regulacji są natomiast stosunkowo niskie świadczenia, które może uzyskać poszkodowany pacjent. W większości przypadków w postępowaniu przed sądem może liczyć na dużo wyższe odszkodowanie. Kolejnym minusem jest stosunkowo krótki okres, w którym poszkodowany lub jego rodzina mogą wystąpić o ustalenie zdarzenia medycznego przed komisją. W każdej sytuacji to jednak poszkodowany musi rozważyć wszystkie argumenty za i przeciw, by zdecydować się na najlepszą dla siebie procedurę.

Dla szpitali nowe przepisy oznaczają przede wszystkim kolejne źródło ryzyka. To dla nich zupełnie nowy problem, z którym muszą się zmierzyć. Każdy z nich może spodziewać się napływu roszczeń dochodzonych w trybie postępowania przed komisjami wojewódzkimi. Zgodnie z intencją ustawodawcy miało je przed nimi chronić ubezpieczenie od zdarzeń medycznych. Mimo że pierwotnie wprowadzono obowiązek wykupienia takiej polisy i sankcje za jego niespełnienie w postaci skreślenia z listy podmiotów świadczących usługi medyczne, niewiele szpitali zdecydowało się na zawarcie umowy ubezpieczenia. Tłumaczono, że to ogromne obciążenie dla ich budżetu. Faktycznie, szpitale, które wykupiły polisę, musiały za nią zapłacić od 300 tys. zł w górę. Wydawać by się mogło, że sprawę rozwiązała nowelizacja Ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którą przesunięto obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych do stycznia 2014 r. Było to jednak rozwiązanie pozorne. Obecnie szpitale nie muszą zawierać ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, ale cały czas obowiązuje wskazany w ustawie tryb postępowania przed komisjami. W efekcie, jeśli komisja stwierdzi, że doszło do zdarzenia medycznego, przy braku ubezpieczenia szpital będzie musiał wypłacić odszkodowanie z własnych środków.

A co ma sędzić o nowych regulacjach ubezpieczyciel? Czy powinien śmiało decydować się na ubezpieczenie szpitala w zakresie zdarzeń medycznych? W pierwszej kolejności powinien spróbować ocenić ryzyko wystąpienia zdarzenia medycznego w danej placówce. Aby to zrobić, powinien zbadać obowiązujące w szpitalu procedury

medyczne, standardy sanitarne, kwalifikacje personelu oraz przeanalizować do tychczasową szkodowość w zakresie OC, co może być tutaj ważnym punktem odniesienia. Decydując się na ubezpieczenie zdarzeń medycznych, ubezpieczyciel musi ponadto przygotować się organizacyjnie do udziału w postępowaniach przed komisjami, dotyczących zdarzeń medycznych, do których doszło w ubezpieczanej przez niego placówce. Bierność w tym zakresie może go bowiem dużo kosztować. Natomiast umiejętne wykorzystanie swojej roli i terminowe zajmowanie stanowiska powoduje, że może zdecydować o wysokości przyznanego poszkodowanemu w tym trybie świadczenia. Pozostają jednak pytania, na które obecnie trudno znaleźć odpowiedź. Jak często poszkodowani będą decydować się na dochodzenie roszczeń przed komisjami? Czy będą przyjmować proponowane odszkodowania, czy je odrzucać, chcąc dochodzić wyższych kwot przed sądem? Jaki odsetek szpitali potencjalnie zdecyduje się na zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych? Czy to wystarczy, aby zbudować stabilny portfel klientów i stworzyć fundusz na pokrycie roszczeń potencjalnych poszkodowanych? Jak powiedział Woody Allen: „Prognozy są bardzo trudne, szczególnie w odniesieniu do przyszłości”.



#### Anna Sikorska-Nowik

Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego oraz Wydziału Filologiczno-Historycznego Uniwersytetu Gdańskiego.

Jest Głównym Specjalistą w Biurze Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej W Grupie Ergo Hestia od 2002 r.



anna.sikorska@ergohestia.pl

#### BIBLIOGRAFIA:

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. 1964, nr 16, poz. 93.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654.

Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2012, poz. 742.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadkach zdarzenia medycznego, Dz.U. 2012, poz. 207.

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U. 2003, nr 124, poz. 1152.

Nesterowicz M., Prawo medyczne, Toruń 2007.

Wrześniowska-Wal I., Postępowanie cywilne w sprawach medycznych, Nowa Klinika 2008.

Fiutak A., Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [w:] A. Fiutak, Prawo w medycynie, Warszawa 2011.

Wnęk A., Policha K., Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 2 (11).

Bącznyk-Rozwadowska K., Zdarzenia medyczne jako podstawa do odszkodowania w pozasądowych procesach, „Medical Tribune” 2011.

Brzezińska-Grabarczyk D., Zdarzenia medyczne. Prawo o działalności leczniczej w praktyce, Warszawa 2012.

Serwach M., Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne – nowe regulacje prawne, „Medycyna Praktyczna” 2011, nr 6.

## KONFERENCJA



## Konferencja **POLRISK**

**Po co przedsiębiorcom zarządzanie ryzykiem? Jaki wpływ ma ono na wartość prowadzonego biznesu? Na te pytania postarają się odpowiedzieć eksperci zaproszeni do udziału w 7. konferencji POLRISK.**

POLRISK to ogólnopolska organizacja non profit, która skupia osoby zajmujące się ryzykiem gospodarczym – zarówno profesjonalistów, jak i pasjonatów. Jej nadrzędnym celem jest propagowanie dobrych praktyk w zakresie zarządzania ryzykiem. POLRISK reprezentuje interesy polskich menedżerów ryzyka i edukuje. Na corocznych konferencjach praktycy i teoretycy z całego świata objaśniają najbardziej kluczowe zagadnienia związane z ryzykiem biznesowym. Hasłem przewodnim tegorocznego, siódmego już panelu jest „kreowanie wartości poprzez efektywne zarządzanie ryzykiem”. Gościem specjalnym będzie Grant Purdy, Associate Director w Broadleaf Capital International. Australijski ekspert ma 35-letnie doświadczenie w zakresie praktycznych wdrożeń zarządzania ryzykiem – z jego rozwiązań korzystało ponad 100 światowych firm reprezentujących różne branże. Tegoroczna konferencja Stowarzyszenia Zarządzania Ryzykiem POLRISK odbędzie w dniach 9-10 maja w hotelu Marriott w Warszawie. Więcej informacji na: [www.polrisk.personalities.pl](http://www.polrisk.personalities.pl).

## KSIĄŻKA

## Alternative (Re)insurance Strategies

Wyd. Incisive Media



Drugie, zaktualizowane wydanie praktycznego przewodnika po świecie ryzyka biznesowego. Wydawcy uzupełnili podręcznik o doświadczenia wyniesione z globalnego kryzysu gospodarczego: trendy, nowe zagrożenia i opracowane niedawno praktyki zarządzania ryzykiem – wszystko po to, by wyczerpująco i celnie pokazać bieżącą sytuację w dziedzinie ryzyka ubezpieczeniowego, podsunąć gotowe rozwiązania inwestorom, przedsiębiorcom i menedżerom zarządzania ryzykiem. Książka powstała pod redakcyjnym nadzorem Mortona Lane'a, analityka nagrodzonego dwa lata temu Trading Risk Award.

# 90%

z pierwszych dziesięciu firm branży surowce i paliwa  
ubezpiecza Ergo Hestia.

wg listy 500 tygodnika Polityka 2011 r.

**Ergo Hestia**  
**Jestem pewien**

Infolinia: **801 107 107**  
koszt połączenia wg taryfy operatora

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

**ERGO**  
HESTIA®

# HLC

Hestia Loss Control

## Audyt ryzyka

- ogień i inne zdarzenia losowe
- uszkodzenia maszyn i urządzeń
- ryzyko utraty zysku
- OC za produkt
- OC za szkody środowiskowe
- bezpieczeństwo flot pojazdów

## Wycena wartości majątku do celów ubezpieczeniowych

- budynki i budowle
- maszyny i urządzenia

## Doradztwo

- koncepcje zabezpieczeń budynków i urządzeń
- plany zachowania ciągłości działania
- plany wycofywania produktu z rynku

## Szkolenia i warsztaty

- zarządzanie ryzykiem
- ocena wybranych kategorii ryzyk
- przedsięwzięcia prewencyjne

**ERGO**  
HESTIA®

**Ergo Hestia**  
**Jestem pewien**

Infolinia: **801 107 107**  
koszt połączenia wg taryfy operatora

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)