

przegląd

organizacji

Wprowadzenie

Ubezpieczenia wzajemne są tworzone w celu zaspokojenia potrzeb pewnych społeczności. Pełnią one istotną rolę w życiu społeczeństwa, gdyż to właśnie przede wszystkim ludzie są siłą napędową towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. B.A. Pietrzak stwierdza, że towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych powstały jako wynik inicjatyw lokalnych, w ograniczonych terytorialnie lub zawodowo kręgach społecznych, mających określony, wspólny interes gospodarczy¹⁾. Forma towarzystwa opartego na wzajemności jest zarazem bardziej humanistyczną alternatywą prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, według formuły wywodzącej się z historycznych idei pomocy wzajemnej, u podstaw których leżała nie idea zysku, lecz zasada altruizmu i samopomocy²⁾. Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (TUW) są to związki osób, które postanowiły wspólnie zgromadzić się i zorganizować system ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Wzajemność ubezpieczeniową w Polsce, a dokładniej jej reaktywację, wprowadziła ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r. (Dz. U. nr 59, poz. 39), która stworzyła warunki do powstania prawdziwego rynku ubezpieczeń³⁾, natomiast nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 1995 r.⁴⁾ pozwoliła na wprowadzenie wzajemności w ubezpieczeniach. Kolejną ustawę o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22.05.2003 r. (Dz. U. 2003, nr 124, poz. 1151) uchwalono w celu dostosowania polskiego prawa ubezpieczeniowego do rozwiązań obowiązujących w Unii Europejskiej. Warunki działalności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych zawarto w rozdziale 4 ustawy, art. 38–91.

Celem opracowania jest przedstawienie istoty i podstawowych założeń, dotychczas mało rozpozyszechnionych na rynku ubezpieczeniowym w Polsce, rozwiązań *non profit*, do których należą towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych

Funkcjonujące w literaturze przedmiotu definicje towarzystw ubezpieczeń wzajemnych ukazują, że ich istota tkwi w zapobiegliwości i zaradności obywatelskiej. Istotą towarzystw ubezpieczeń wzajemnych jest to, że kierują się one takimi zasadami, jak: wolność stowarzyszenia, demokracja wewnętrzna, działalność *non profit*, solidarność oraz niezależność względem państwa. Inicjatywa utworzenia towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych może pochodzić od rządu, od rynku kapitałowego oraz ze strony samych zainteresowanych.

Członkowie towarzystwa są zarazem jego właścicielami, a to oznacza, że właśnie oni decydują o przeznaczeniu wygenerowanej nadwyżki bilansowej. Nadwyżka ta może być przeznaczona na stworzenie nowych produktów ubezpieczeniowych lub też przeznaczona na obniżenie składek w przyszłości⁵⁾. W towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych, co należy podkreślić, nie występuje rozróżnienie wysokości składki w zależności od: indywidualnego ryzyka jego członków, wieku, płci, ani od jakichkolwiek innych czynników. Składka jest jednakowa dla wszystkich członków towarzystwa. Za opłacone składki każdy członek towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych

Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych jako forma finansowania służby zdrowia

<https://doi.org/10.33141/po.2011.02.06>

Przegląd Organizacji, Nr 2 (853), 2011, ss. 22-25

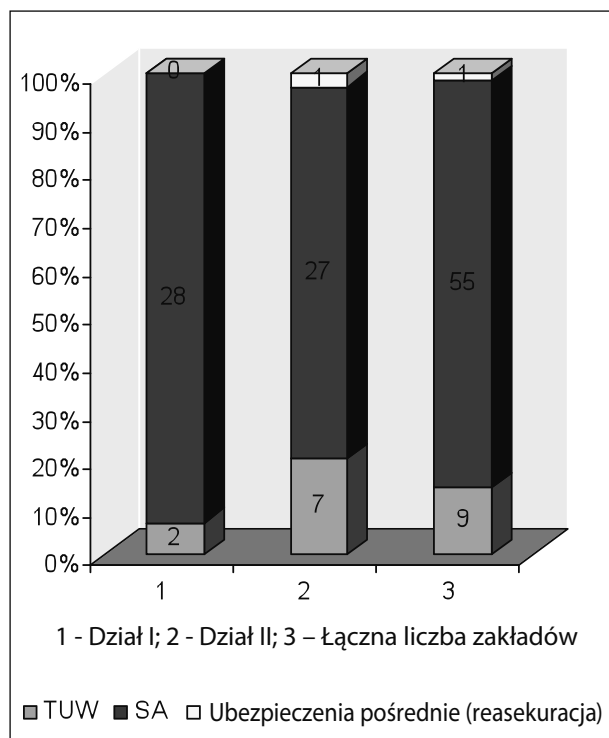
www.przegladorganizacji.pl

Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK)

Małgorzata Rutkowska-Podołowska

otrzymuje jednakowy poziom świadczeń medycznych. Zatem tworzenie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych – na polskim rynku ubezpieczeniowym jest pewna różnorodność form⁶⁾ – pozwala na wygenerowanie określonych korzyści dla członków towarzystwa. Mianowicie członkowie towarzystwa, w zamian za opłacane składki, mają zagwarantowany zwrot poniesionych i określonych wydatków oraz otrzymanie odpowiedniej usługi. Wśród powstałych korzyści z utworzenia towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych wymienia się także m.in.:

- dopasowanie produktów ubezpieczeniowych do potrzeb członków towarzystwa,
- oszczędność i poprawę kondycji finansowej,
- redukcję i stabilizację kosztów ubezpieczeń.



Wykres 1. Udział towarzystw ubezpieczeń wzajemnych (Tuw) w polskim rynku ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komisji Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl (data odczytu: 09.07.2009).

Oferowane przez towarzystwo produkty ubezpieczeniowe są ponadto:

- znacznie tańsze od tych samych produktów sprzedawanych przez firmy komercyjne (brak narzutu na zysk),
- koszty akwizycji w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych w porównaniu z firmami komercyjnymi są znacznie niższe (brak kosztownych akcji promocyjnych).

Obecnie funkcjonuje w Polsce dziewięć towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, w tym trzy w ubezpieczeniach społecznych. Są to:

- Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Rejent Life (dla notariuszy),
- Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych TUW, które oferuje dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne,
- MACIF Życie – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych.

Reforma emerytalna z roku 1999 umożliwiła również tworzenie w zakładach pracy tzw. Pracowniczych Programów Emerytalnych (PPE) w postaci m.in. towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych⁷⁾. Jednak dotychczas nie utworzono żadnego PPE w tej formie.

Udział towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce, w porównaniu z komercyjnymi towarzystwami ubezpieczeniowymi, jest niewielki (wykres 1). Spośród 65 zakładów ubezpieczeniowych w formie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych funkcjonuje jedynie dziewięć, co stanowi 13,85% rynku ubezpieczeniowego.

Znaczenie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych dla ochrony zdrowia

Rola i znaczenie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych są ważne z punktu widzenia finansowania świadczeń medycznych, szczególnie wówczas, kiedy w systemie finansowania świadczeń medycznych następuje ograniczenie – poprzez różne limity – dostępu do tych świadczeń. Stąd też towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych pełnią często istotną rolę w ubezpieczeniach dodatkowych, dobrowolnych. Funkcjonowanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, ich konstrukcja i rozwój zależą od systemu obowiązkowych powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Celem dobrowolnych ubezpieczeń jest:

- dodatkowe ubezpieczenie osób objętych publicznym obowiązkowym ubezpieczeniem, w celu zaspokojenia ich indywidualnych potrzeb (roszczeń),
- ubezpieczenie osób, które nie podlegają publicznemu obowiązkowemu ubezpieczeniu.

Warunkiem rozwoju systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych są odpowiednie regulacje prawne, które pozwolą na stworzenie systemu zapewniającego uprawnionym ochronę zdrowia w możliwie wysokim stopniu. Taki system, w którym funkcjonują równocześnie obowiązkowe i prywatne ubezpieczenia zdrowotne zapewnia bowiem swobodę wyboru i suwerenność ubezpieczonych.

Funkcjonujący obecnie w Polsce system ubezpieczeń zdrowotnych jest powszechny i obowiązkowy, przy czym ubezpieczenia te nie spełniły wiązanych z nimi nadziei. Obecna składka płacona na ubezpieczenie zdrowotne jest niewystarczająca, tym samym ciągle jest brak środków finansowych na leczenie, a ponadto sam system jest niestabilny. Z tego faktu wynika, że konieczne jest poszukiwanie nowych rozwiązań dodatkowego finansowania kosztów leczenia w postaci dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia. Rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może bowiem wpłynąć na całkowite lub częściowe zlikwidowanie ograniczeń finansowych powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

W dobie kryzysu gospodarczego i przy równoczesnym ubożeniu polskiego społeczeństwa potrzebne jest utworzenie tzw. taniego systemu realizowania świadczeń medycznych, które będą miały kompleksowy charakter i będą zapewniać uposażonym poczucie bezpieczeństwa. Stąd też istotne staje się uruchomienie indywidualnej zaradności, powiązanej ze spójnością społeczną, a co za tym umożliwienie tworzenia samorzutnie zawiązujących się organizacji, jak np. towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Z funkcjonujących obecnie w Polsce trzech towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, w ramach ubezpieczeń społecznych, jedynie jedno prowadzi swoją działalność w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Towarzystwo to prowadzi działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia kosztów świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczycieli indywidualnych oraz grupowych. Ubezpieczenie jest skierowane do osób, które nie przekroczyły 60. roku życia. Towarzystwo ustala wysokość składki na rok. Oferta ubezpieczeniowa Towarzystwa obejmuje 3 produkty, które różnią się między sobą zakresem proponowanej ochrony ubezpieczeniowej. Są to następujące produkty:

1. **Dla przeczornych** – produkt ten obejmuje 6 kategorii świadczeń zdrowotnych.
2. **W razie potrzeby** – dotyczy 9 kategorii świadczeń zdrowotnych.
3. **Bezpieczeństwo** – obejmuje 14 kategorii świadczeń zdrowotnych.

Ubezpieczony może realizować świadczenie u świadczeniodawców zakontraktowanych i pokontraktowych. Jeżeli realizowana usługa medyczna przekroczy sumę ubezpieczenia, to wówczas ubezpieczony sam pokrywa daną nadwyżkę. Procedury rozliczania świadczeń następują w formie:

- bezgotówkowej (u zakontraktowanych świadczeniodawców),
- refundacji kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, ale tylko do wysokości ustalonej w umowie kwoty.

Podobną inicjatywę do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w postaci próby oddolnego rozwiązania problemu organizacji służby zdrowia podjęto w Polsce na początku lat 90. ub. wieku. Wychodząc naprzeciw reformie służby zdrowia, a głównie ubezpieczeniom zdrowotnym, grupa ludzi utworzyła w Polsce:

- pierwszą od czasów wojennych kasę chorych, zwaną Toruńską Ubezpieczalnią Społeczną,
- Lubuską Kasę Chorych w Zielonej Górze,
- Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej Flandria w Inowrocławiu.

Od października 1992 r. w Toruniu działa Toruńska Ubezpieczalnia Społeczna (TUS)⁸⁾. Jej celem jest organizowanie alternatywnego i uzupełniającego w stosunku do państwowej ochrony zdrowia systemu świadczeń medycznych obejmujących profilaktykę i leczenie. Następuje to poprzez przejmowanie finansowania części usług związanych z ochroną zdrowia poprzez pacjentów TUS, przy czym składki są płacone przez pracodawcę i osoby fizyczne. Istotą Toruńskiej Ubezpieczalni Społecznej jest wprowadzenie finansowania ochrony zdrowia ludności oparte również na prywatnych środkach finansowych w taki sposób, żeby w przyszłości móc funkcjonować na podstawie spodziewanego w Polsce pernego systemu (tzn. zarówno ubezpieczeń obowiązkowych, jak też dobrowolnych) ubezpieczeń zdrowotnych. Zgromadzone prywatne środki finansowe stanowią uzupełniające źródło finansowania ochrony zdrowia indywidualnych pacjentów. Imienne indywidualne składki wraz z oprocentowaniem pozostają bowiem do dyspozycji członka TUS.

Efektom inicjatywy lokalnej społeczności było powstanie w Zielonej Górze w roku 1992 Lubuskiej Kasy Chorych (LKCh). Stowarzyszenie działa na podstawie takich zasad, jak: dobrowolność przystąpienia, demokratyczne reguły zarządzania, działalność *non profit*, niezależność wobec państwa oraz solidaryzm obywatelski⁹⁾. W 1995 r. utworzono ze składek członkowskich przychodnię stomatologiczno-lekarską, do której dostęp mają również pacjenci, niebędący członkami Lubuskiej Kasy Chorych.

W początkowym okresie działalności LKCh celem Kasy było najpierw dofinansowanie szpitala w Zielonej Górze, w zamian za to członkowie LKCh mogli być przyjmowani do szpitala na inne, niż ratowanie życia, zabiegi; uposażeni mieli ponadto pierwszeństwo do korzystania z usług medycznych. Obecnie celem stowarzyszenia jest udzielanie bezpośredniej pomocy uposażonym, edukacja oraz organizowanie licznych akcji, jak np. bezpłatne badanie prostaty, badania mammograficzne. Członkostwo w stowarzyszeniu zapewnia regularne, comiesięczne opłacanie składek. Członkami Lubuskiej Kasy Chorych są mieszkańcy Zielonej Góry i okolic, których podzielono na trzy grupy ubezpieczeniowe, tj. pracujący, emeryci i renciści oraz dzieci i młodzież. Na podstawie takiego podziału skonstruowano wysokość składki dla poszczególnych grup.

Uposażonym, w zamian za opłacaną składkę, przysługują zniżki podczas korzystania z usług leczniczych, w tym również z usług stomatologicznych, oraz bezpłatne okresowe badania profilaktyczne. Od roku 1994 w nowym statucie Kasy ustalono m.in.: regulację świadczeń dostępnych dla członków Kasy, określono zniżki dla członków, którzy opłacają składki regularnie. Zniżka ta wynosiła odpowiednio dla:

- placących regularnie składki przez 2 lata – 50%,
- placących regularnie składki przez 1 rok – 30%,
- placących regularnie składki przez 3 miesiące – 20%.

Członek Kasy traci prawo do ulgi wówczas, kiedy przez 3 miesiące składka nie zostanie uregulowana¹⁰⁾.

Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Flandria (SWP Flandria¹¹⁾) działa we współpracy z partnerem z Belgii, m.in. z przedstawicielem Chrześcijańskiej Federacji Ubezpieczeń Wzajemnych (LChM) w Belgii. Działania SWP Flandria mają służyć polepszeniu warunków opieki zdrowotnej dla mieszkańców Inowrocławia i regionu. Obecnie Stowarzyszenie działa poza województwem kujawsko-pomorskim, ma swoje punkty m.in. w Poznaniu. SWP Flandria ma sześć sklepów medycznych i sześć wypożyczalni medycznych, dwie własne apteki i umowę z jedną na rabaty dla członków SWP Flandria oraz jeden gabinet stomatologiczny¹²⁾.

Stowarzyszenie jest organizacją opartą na wzajemności, demokracji i niezależności politycznej oraz filozoficznej. Celem Stowarzyszenia jest przewidywanie rozwoju oraz tworzenie polityki adekwatnej w stosunku do zmian zachodzących w systemie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Cel ten może być osiągnięty poprzez:

- umożliwienie łatwego dostępu do usług medycznych wysokiej jakości;
- równego prawa dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich członków stowarzyszenia;
- zagwarantowanie stałych środków i kontroli wydatków.

Organizacja i formy przedstawionych ubezpieczalni są podstawą do przekształcenia w przyszłości tych stowarzyszeń w towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Podsumowanie

O pierając się na przeprowadzonych rozważaniach, można przedstawić następujące wnioski:

■ Nawet kilkakrotny wzrost nakładów na opiekę medyczną, jak wykazuje ekonomika służby zdrowia, przynosi tylko nieznaczną poprawę efektów leczenia. Dlatego też istotne jest powiązanie medycyny nie tylko z czynnikami społecznymi i ekonomicznymi, takimi jak: wprowadzenie rachunku kosztów, ale także prowadzenie systemu kontroli wewnętrznej i zewnętrznej w celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

■ Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych są nierozwalnym ogniwem ubezpieczeń. Stanowią one odpowiednik wyboru formy dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń.

■ Przesłanką do tworzenia towarzystw ubezpieczeń wzajemnych jest względna taniość ochrony ubezpieczeniowej w zamian za opłacane składki, które pokrywają tylko wypłacone świadczenia oraz koszty działalności towarzystwa. To członkowie towarzystwa przejmują bowiem na siebie ryzyko wystąpienia straty i tym samym konieczności jej pokrycia.

■ Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych są komplementarnym dopełnieniem ubezpieczeń i stanowią naturalną alternatywę dla komercyjnych firm ubezpieczeniowych.

■ Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zapewniają taki sam zakres ubezpieczeń, jak firmy komercyjne, jednak przy niższym poziomie składek.

■ Docelowo powinien być zatem system ubezpieczeniowo-budżetowy, w którym udział budżetu zostałby znacznie ograniczony na rzecz funduszy ubezpieczenia zdrowotnego.

■ Dodatkowo, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne będą wprowadzać ważny społecznie i ekonomicznie aspekt współudziału w trosce o własne zdrowie i współpłacenie za udzielane świadczenia.

dr inż. Małgorzata Rutkowska-Podołowska
Instytut Organizacji i Zarządzania
Zakład Ekonomii i Prawa Gospodarczego
Politechniki Wrocławskiej

PRZYPISY

¹⁾ B.A. PIETRZAK, *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w polskim systemie prawnym*, <http://www.ryzyko.pl> (data odczytu: 1.09.2000).

²⁾ E. KOWALEWSKI, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Ewolucja i kierunki przemian*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1992, s. 106.

³⁾ Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych (TUW) oznaczają związki osób, które postanowiły wspólnie zgromadzić się i zorganizować system ubezpieczeń oparty na zasadzie *non profit*. Głównym celem działalności towarzystwa jest wspólne pokrywanie strat powstałych w związku z realizacją określonego ryzyka, a nie osiągnięcie zysku.

⁴⁾ Obwieszczenie Ministra Finansów z dnia 18 grudnia 1995 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. 1996, nr 11, poz. 62.

⁵⁾ Zob. M. RUTKOWSKA, *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Społeczne aspekty funkcjonowania w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

⁶⁾ Zgodnie z ustawą na polskim rynku ubezpieczeniowym dopuszczone są dwie formy tworzenia zakładu ubezpieczeń, tj. spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (12 – art. 6 ustawy).

⁷⁾ Pracowniczy Program Emerytalny może funkcjonować w firmie również w formie funduszu inwestycyjnego, polisy ubezpieczeniowej oraz pracowniczego funduszu emerytalnego.

⁸⁾ Toruńska Ubezpieczalnia Społeczna (TUS) – 1994 r.

⁹⁾ Zob. I Polsko-Europejska Konferencja Rozwoju Ubezpieczeń Wzajemnych w Polsce „Szansa na przyszłość”, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 16–17 kwietnia 1996 r.

¹⁰⁾ Wewnętrzne materiały Lubuskiej Kasy Chorych – 1996 r.

¹¹⁾ Zob. I Polsko-Europejska Konferencja Rozwoju Ubezpieczeń Wzajemnych w Polsce „Szansa na przyszłość”, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 16–17 kwietnia 1996 r.

¹²⁾ *Kawalek Flandrii w Polsce*, rozmowa z Inezą Skrzypiec-Sikorską, dyrektorem Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Flandria, OSOZ, czerwiec 2008.

Summary

The main aim of the article is to present the role and meaning of mutual insurances companies on the social insurance market. The author notices that the development of mutual insurances can be essential for financing health insurance in Poland. She also gives examples of the positive effects of public and private health insurances co-operation in the form of a mutual health insurances company. Further, the example of one's own social initiative in the financing of medical benefits has been presented.