

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 371

**Inwestycje finansowe i ubezpieczenia –
tendencje światowe a rynek polski**

Redaktorzy naukowi

Krzysztof Jajuga

Wanda Ronka-Chmielowiec



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Barbara Cibis
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2014

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-411-0

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Druk i oprawa: TOTEM

Spis treści

Wstęp	9
Waldemar Aspadarec: Wyniki inwestycyjne funduszy hedge po doświadczeniach kryzysu finansowego	11
Aleksandra Baszczyńska: Metoda jądrowa w analizie finansowych szeregów czasowych.....	23
Katarzyna Byrka-Kita, Mateusz Czerwiński, Agnieszka Perepeczo: Reakcja akcjonariuszy na sprzedaż znaczących pakietów akcji.....	32
Katarzyna Byrka-Kita, Dominik Rozkrut: Ryzyko jako determinanta premii z tytułu kontroli – empiryczna weryfikacja.....	43
Iwona Chomiak-Orsa, Piotr Staszkiwicz: Reduced form of the standard approach for operational risk for economic capital assessment	54
Tadeusz Czernik: Efekt histerezy – wycena opcji i implikowana zmienność	65
Tadeusz Czernik, Daniel Iskra: Modyfikacja geometrycznego ruchu Browna oparta na czasie przebywania. Wycena instrumentów pochodnych, implikowana zmienność – badania symulacyjne.....	75
Magdalena Frasyniuk-Pietrzyk, Radosław Pietrzyk: Efektywność inwestycji funduszy emerytalnych w Polsce – wybrane problemy.....	88
Monika Hadaś-Dyduch: Produkty strukturyzowane – ujęcie algorytmiczne zysku z uwzględnieniem oddziaływania wskaźników rynku finansowego	101
Magdalena Homa: Wpływ strategii inwestycyjnej ubezpieczonego na rozkład wartości portfela ubezpieczeniowego w UFK.....	112
Marietta Janowicz-Lomott, Krzysztof Łyskawa: Kształtowanie indeksowych ubezpieczeń upraw oparte na indywidualizmie w postrzeganiu ryzyka przez gospodarstwa rolne w Polsce	123
Łukasz Jasiński: Innowacje produktowe w ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce.....	137
Lidia Karbownik: Determinanty zagrożenia finansowego przedsiębiorstw sektora TSL w Polsce.....	149
Tomasz Karczyński, Edward Radośniński: Ocena relacji pomiędzy trendami giełd światowych a trendami giełd Europy Środkowowschodniej na przykładzie warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych	165
Krzysztof Kowalke: Efektywność informacyjna Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie	177
Mieczysław Kowerski: Uwagi dotyczące sposobu liczenia stopy wypłaty dywidendy.....	188

Robert Kurek: Systemy informacyjne nadzoru ubezpieczeniowego.....	203
Agnieszka Majewska: Porównanie strategii zabezpieczających portfel akcji z wykorzystaniem kontraktów <i>futures</i> na WIG20 w okresach spadków i wzrostów cen	213
Tomasz Miziołek: Ocena efektywności zarządzania funduszami ETF posiadającymi ekspozycję na polski rynek akcji	224
Joanna Olbryś: Efekt przedziałowy parametru ryzyka systematycznego na GPW w Warszawie SA	236
Andrzej Paliński: Wykorzystanie wartości likwidacyjnej aktywów kredytobiorcy i metody Monte Carlo do wyznaczenia oprocentowania kredytu bankowego.....	245
Jarosław Pawłowski: Zarządzanie ryzykiem pogodowym – przykład wykorzystania pogodowego instrumentu pochodnego przez producenta piwa w Polsce.....	255
Dorota Pekasiewicz: Wybrane testy zgodności dotyczące rozkładów statystyk ekstremalnych i ich zastosowanie w analizach finansowych.....	268
Marcin Salamaga: Efektywność krótkoterminowych inwestycji w złoto	278
Anna Sroczyńska-Baron: Analiza wysokości progu oferty obowiązkowej przy przejściach spółek w oparciu o teorię gier kooperacyjnych	289
Waldemar Tarczyński: Ocena różnych wariantów fundamentalnego portfela papierów wartościowych	298
Magdalena Ulrichs: Zmiany strukturalne na polskim rynku finansowym a sfera realna gospodarki – analiza empiryczna	310
Stanisław Wanat: Efekt dywersyfikacji ryzyka w Solvency II w świetle wyników ilościowego badania wpływu QIS5	320
Ryszard Węgrzyn: Ocena trafności prognoz zmienności indeksu WIG20 konstruowanych na podstawie wybranych modeli klasy GARCH oraz rynkowej zmienności implikowanej.....	331
Stanisław Wieteska: Wybuch jako element ryzyka w ubezpieczeniach od ognia i innych zdarzeń losowych.....	344
Marcelina Więckowska: Obligacje w zarządzaniu ryzykiem katastroficznym	359
Piotr Wybieralski: Zastosowanie wybranych instrumentów pochodnych w warunkach ograniczonej dostępności limitów skarbowych na walutowym rynku pozagieldowym	371
Dariusz Zarzecki: Koszt kapitału, płynność i ryzyko – analiza sektorowa na rynku amerykańskim	383

Summaries

Waldemar Aspadarec: Investment performance of hedge funds after the financial crisis	22
Aleksandra Baszczyńska: Kernel method in the analysis of financial time series	31
Katarzyna Byrka-Kita, Mateusz Czerwiński, Agnieszka Perepeczo: Market reactions to transfer of control within block trades in public companies – empirical evidence	42
Katarzyna Byrka-Kita, Dominik Rozkrut: Risk as a determinant of control premium – empirical evidence.....	53
Iwona Chomiak-Orsa, Piotr Staszkiwicz: Zredukowana forma metody standardowej do oceny kapitału ekonomicznego	64
Tadeusz Czernik: Hysteretic-like effect – derivative pricing and implied volatility	74
Tadeusz Czernik, Daniel Iskra: Modified geometric Brownian motion – occupation time approach. Derivative pricing, implied volatility – simulations.....	87
Magdalena Frasyniuk-Pietrzyk, Radosław Pietrzyk: Pension funds performance in Poland – selected problems	100
Monika Hadaś-Dyduch: Valuation of structured product according to algorithmic interaction with regard to the financial market	110
Magdalena Homa: Effect of investment strategy for the distribution of the portfolio value in unit-linked insurance.....	121
Marietta Janowicz-Lomott, Krzysztof Łyskawa: Individualism in risk perception by farms in Poland and in the development of insurance products	136
Łukasz Jasiński: Product innovations in health insurances in Poland.....	148
Lidia Karbownik: Determinants of financial threat of the enterprises from transport, forwarding and logistic sector in Poland	164
Tomasz Karczyński, Edward Radosiński: Assessment of relation between global and Central Europe stock market trends on the example of the Warsaw Stock Exchange	176
Krzysztof Kowalke: Effectiveness of information on the Warsaw Stock Exchange	187
Mieczysław Kowerski: Some remarks on the calculation of the dividend payout ratio	202
Robert Kurek: Information systems of insurance supervision	212
Agnieszka Majewska: Comparison of hedging using futures on WIG20 in periods of price increases and decreases	223
Tomasz Miziolek: Evaluation of the effectiveness of management exchange-traded funds having exposure on the Polish equity market	235

Joanna Olbryś: Intervalling effect bias in beta: empirical results in the Warsaw Stock Exchange	244
Andrzej Paliński: Bank loan pricing with use the of the Monte Carlo method and the liquidation value of borrower's assets.....	254
Jarosław Pawłowski: Weather risk management – example of using weather derivative by a producer of beer in Poland	267
Dorota Pekasiewicz: Selected tests of goodness of extreme distributions and their application in financial analyses.....	277
Marcin Salamaga: The effectiveness of short-term investment in gold	288
Anna Sroczyńska-Baron: The analysis of the limit of obligatory offer based on the theory of cooperative games	297
Waldemar Tarczyński: Assessment of different variants of fundamental portfolio of securities.....	309
Magdalena Ulrichs: Structural changes on the Polish financial market and the real economy – an empirical analysis	319
Stanisław Wanat: The diversification effect in Solvency II in the light of the fifth quantitative impact study	330
Ryszard Węgrzyn: Assessment of the forecasts accuracy of the WIG20 index volatility constructed on the basis of selected models of the GARCH class and market implied volatility.....	343
Stanisław Wieteska: Explosion as an element of risk in insurance from fire and other random events.....	358
Marcelina Więckowska: Bonds for catastrophe risk management.....	370
Piotr Wybieralski: The application of selected currency derivatives in terms of constrained amounts of treasury limits in the OTC market.....	382
Dariusz Zarzecki: Cost of capital, liquidity and risk – sectoral analysis on the American capital market.....	411

Łukasz Jasiński

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

e-mail: lukasz.jasinski@poczta.umcs.lublin.pl

INNOWACJE PRODUKTOWE W UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH W POLSCE

Streszczenie: Istotny wpływ na powstawanie innowacji ubezpieczeniowych mają zmiany zachodzące w gospodarce krajowej i światowej. Pośrednio determinują one aktywność towarzystw ubezpieczeniowych oraz ich klientów w poszukiwaniu rozwiązań odpowiadających obecnemu lub przyszłemu kształtowi potrzeb ubezpieczeniowych. Zidentyfikowanie tych zmian może mieć istotne znaczenie w aspekcie ukazania trendów powstających na rynku ubezpieczeń. Jedne innowacje mogą być swego rodzaju katalizatorami dla następnych. W opracowaniu przeanalizowano wybrane innowacje w produktach ubezpieczeń zdrowotnych, zarówno indywidualnych, jak i grupowych dostępnych na rynku polskim.

Słowa kluczowe: innowacje, ubezpieczenia zdrowotne, medyczne rachunki oszczędnościowe.

DOI: 10.15611/pn.2014.371.12

1. Wstęp

We współczesnym, zglobalizowanym świecie zmiany zachodzą na tyle szybko, że możemy nie dostrzegać, kiedy ich skutki stają się trwałym elementem naszego życia. Na skutek ciągłego postępu technicznego i technologicznego mamy do czynienia z coraz większą liczbą innowacji. Postęp ten nie jest jednak samoistnym perpetuum mobile. Ma miejsce, ponieważ spełnionych jest kilka warunków. Rynek globalny się rozwija dzięki globalnemu popytowi oraz globalnej podaży, która ten popyt zaspokaja. Dzisiaj nie wystarczy jednak stworzenie zwykłego, standardowego produktu masowego. Dany produkt czy usługa musi mieć to „coś”, żeby coraz bardziej wymagający klienci zechcieli je kupić.

Dlatego innowacje są tak ważne, także w ubezpieczeniach, przed którymi stawiane są coraz większe wymagania ze strony klientów. Nowe, wcześniej nieubezpieczane ryzyka, rozszerzanie zakresu ubezpieczeń czy szybszy proces obsługi klienta sprawiają, że ubezpieczenia również podążają za zmianami. Można zaryzykować stwierdzenie, że efektem tych zmian będzie powstanie swojego rodzaju „private insurance” na wzór private banking.

Celem opracowania jest analiza wybranych innowacji produktowych w ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce na podstawie aktualnej oferty rynkowej towarzystw ubezpieczeniowych.

2. Innowacje produktowe w ubezpieczeniach

2.1. Istota innowacji

Od zarania dziejów postęp był możliwy dzięki innowacjom. Tak jest również dzisiaj, czego dobrym przykładem jest chociażby powstawanie w korporacjach działów rozwoju produktów czy usług. Nie oznacza to jednak, że patent na innowacje mają tylko najwięksi, tworząc swego rodzaju współczesne gildie innowacyjności. Żadna korporacja czy mała firma nie jest w stanie funkcjonować bez czynnika ludzkiego. To człowiek tworzy innowacje, a ich źródłem jest jego kreatywność. Innowację można zdefiniować jako nowatorstwo, zmianę polegającą na wprowadzeniu czegoś jakościowo nowego w danej dziedzinie życia społecznego, zwłaszcza w gospodarce [Innowacja 1997]. Inna definicja mówi o innowacji jako nowości, która „dotyczy pomysłów i rozwiązań wprowadzanych przez podmioty gospodarcze w celu usprawnienia działania lub poprawy sytuacji finansowej” [Michalski (red.) 2013]. Zatem za jedną z cech innowacji można uznać celowość podmiotów gospodarczych w ich tworzeniu oraz wdrażaniu. Innymi słowy, innowacje nie powstają w wyniku przypadkowego czy chaotycznego działania.

Oprócz indywidualistycznego czynnika ludzkiego na powstawanie innowacji dobrze wpływa konkurencja. Firmy chcąc uzyskać większy udział w rynku, tworzą jakościowo nowe produkty. Im więcej podmiotów z sobą konkuruje, tym więcej powstaje innowacji. Proces ten nigdy się nie kończy. Taką „gwarancję” daje gospodarka oparta na prywatnej własności i swobodzie zawierania umów handlowych, czyli kapitalizm. Należy dodatkowo zaznaczyć, że nazwa „kapitalizm” nie pochodzi bynajmniej od angielskiego *capital* (kapitał), tylko od łacińskiego *capita* („głowy”). Zważywszy, że gospodarka rządzona jest przez myśl, odzwierciedla ona stan umysłu, a nie stan rzeczy [Gwiadzowski 2012]. Kapitalizm stwarza zatem odpowiednie warunki dla ludzkiego działania. Jedynym wyzwaniem dla kreatywności człowieka pozostaje „konieczność znalezienia sposobu na utrzymanie zainteresowania przez cały czas na najwyższym poziomie, nie pozwolenie na to, by zainteresowanie to kiedykolwiek zgasło” [Hazlitt 2009].

Powstanie innowacyjnego produktu nie gwarantuje jeszcze sukcesu na rynku. Przedsiębiorca musi znaleźć odpowiedni rynek zbytu lub grupę docelową. Ponadto nie wszyscy na początku są przekonani do nowego produktu, tylko nieliczna grupa. Działa tzw. prawo rozproszenia innowacji: pierwsze 2,5% naszej populacji są innowatorami, kolejne 13,5% są pierwszymi przysposabiającymi innowacje, kolejne 34% są wczesną większością, następne 34% jest późną większością, a ostatnie 16% późniakami [ted.com]. Sukces na rynku osiąga się, docierając do trzech ostatnich

grup, ale kluczowe jest uprzednie przekonanie do produktu „innovatorów” i „pierwszych przysposabiających”. Zatem oprócz posiadania innowacji i odpowiednich warunków do prowadzenia biznesu równie istotne jest dotarcie do określonej grupy klientów, która jako pierwsza dostrzeże nowe możliwości wynikające z zakupu i nie będzie się bała zaryzykować. Grupa ta będzie chciała być „pierwsza” i jednocześnie zapłaci odpowiednią cenę.

2.2. Innowacje produktowe w ubezpieczeniach zdrowotnych

Ubezpieczenia, a zwłaszcza ubezpieczenia zdrowotne są specyficznymi usługami. Nie należy ich traktować tak jak produktów dostępnych na sklepowych półkach, za które wystarczy zapłacić odpowiednią cenę. Nawet jeśli ubezpieczenie zdrowotne spełnia nasze oczekiwania i stać nas na jego zakup, nie ma gwarancji, że zostaniemy ubezpieczeni. Dodatkowym warunkiem jest stan zdrowia. Od stanu zdrowia potencjalnego ubezpieczonego może zależeć, czy zostanie on przyjęty do ubezpieczenia. Nie jest tak, jak sądzą niektórzy, że ubezpieczyciele dodają tyle wyłączeń odpowiedzialności, karencji i innych ograniczeń, żeby tylko nie wypłacić świadczenia. Ta dyskryminacja w ubezpieczeniach jest uzasadniona. Prywatny przedsiębiorca może zaoferować ubezpieczenie na wypadek zdarzeń, nad którymi ubezpieczony nie posiada kontroli. Ponieważ zdrowie lub jego brak są w znacznej mierze pod kontrolą jednostki, wiele, jeśli nie większość, ryzyk zdrowotnych jest nieubezpieczalna [Hoppe 2009]. Zatem jeśli jednostka nie może się ubezpieczyć od wybranych ryzyk zdrowotnych, sama musi zadbać o ich minimalizację.

Jeśli ubezpieczenie nie ma żadnych ograniczeń, to znaczy, że jest dostępne dla każdego, a zatem staje się powszechne. Wiąże się to także z przymusem ubezpieczenia charakterystycznym dla publicznych ubezpieczeń zdrowotnych. Należy zauważyć, że im więcej pieniędzy wydawano na państwową służbę zdrowia, tym gorszą zapewniała opiekę zdrowotną. Tego typu rezultaty są cechą charakterystyczną każdej rządowej biurokracji, ze względu na brak jakiegokolwiek rynkowego mechanizmu zwrotnego. Ponieważ rząd z definicji nie generuje zysków, nie ma ani mechanizmów nagradzania za efektywność, ani karania za jej brak [DiLorenzo 2009]. Ubezpieczenie prywatne generuje zyski m.in. poprzez ograniczenia. I tutaj ubezpieczyciele stoją przed prawdziwym wyzwaniem wprowadzenia nowych, innowacyjnych produktów. Pytanie, na jakie muszą znaleźć odpowiedź, brzmi: jakie ryzyka włączyć do ubezpieczenia, aby było one z jednej strony atrakcyjne dla klientów, a z drugiej odpowiednio rentowne? Tak więc innowacje produktowe w ubezpieczeniach zdrowotnych odnoszą się głównie do ich zakresu.

Innowacje produktowe w ubezpieczeniach można podzielić na inkrementalne, ewolucyjne oraz radykalne [Michalski (red.) 2013]. Innowacje inkrementalne i ewolucyjne oparte są na istniejących rozwiązaniach i istniejącym stanie wiedzy bądź adaptacji istniejących rozwiązań w nowych obszarach zastosowań. Innowacje radykalne są efektem poszukiwania zupełnie nowych, niestandardowych rozwiązań,

w wyniku których nowe produkty ubezpieczeniowe obejmują nowe rodzaje ryzyka, które wcześniej były nieubezpieczane. Do innowacji radykalnych zaliczane są także alternatywne sposoby ubezpieczania ryzyka [Michalski (red.) 2013].

W ubezpieczeniach zdrowotnych można znaleźć zarówno innowacje inkrementalne i ewolucyjne, jak i radykalne. Pewna trudność w ich wskazaniu może wynikać z definicji ubezpieczenia zdrowotnego. „Większość prywatnych ubezpieczeń nazywanych „zdrowotnymi” dostępnych w tej chwili na polskim rynku to ubezpieczenia od ryzyka zachorowania i ryzyka wypadkowego”. Takie polisy sprzedają właściwie wszystkie firmy zajmujące się ubezpieczeniami majątkowymi i życiowymi. Towarzystwa zapewniają ochronę w dwojaki sposób: albo wypłacają pieniądze, które mogą być wykorzystane na leczenie, albo finansują usługi zdrowotne [Surmacz 2012]. Z kolei ubezpieczenie zdrowotne w projekcie ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym obejmuje finansowanie bądź zapewnianie przez zakład ubezpieczeń na rzecz ubezpieczonego świadczeń opieki zdrowotnej, które są związane z profilaktyką bądź z terapią następstw choroby i wypadków [Fal (red.) 2013]. Kolejna definicja mówi, że za ubezpieczenie zdrowotne można uznać dobrowolnie wykupione ubezpieczenie, w którym ubezpieczony w zamian za wnoszoną składkę ubezpieczeniową otrzymuje bezpłatny lub częściowo refundowany przez zakład ubezpieczeń dostęp do wybranych placówek i określonych usług medycznych w zależności od oferowanego zakresu ubezpieczenia [Iwanicz-Drozdowska (red.) 2013].

Zatem nie istnieje jeden rodzaj produktu ubezpieczeniowego, który w kompletny sposób zaspokajałby potrzeby zdrowotne. Ponadto oprócz ubezpieczenia zdrowotnego występują także ubezpieczenia chorobowe, które mogą zapewniać wypłatę określonego z góry świadczenia w sytuacji poważnego zachorowania (np. zawału serca) oraz mogą sfinansować usługi trudno dostępne w systemie publicznym, w tym usługi pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne. Pojawiają się już pierwsze ubezpieczenia szpitalne pokrywające koszty leczenia w prywatnych szpitalach [Handschke (red.) 2013].

Tak wiele świadczeń i rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych wynika z ewolucji, jaka dokonała się na polskim rynku. Rozmiary tej ewolucji można pokazać na przykładzie obecnych grupowych ubezpieczeń zdrowotnych. W literaturze sprzed dziesięciu lat można znaleźć informacje na temat zakresu ówczesnych ubezpieczeń zdrowotnych: w Polsce firmy ubezpieczeniowe oferują najczęściej ubezpieczenia gwarantujące wypłatę świadczenia w określonej wysokości w przypadku choroby, a nie dostęp do usług czy produktów medycznych. Tak jest w przypadku 16 badanych jednostek oferujących ubezpieczenia zdrowotne, które stanowią suplement umów podstawowych [Sobczak (red.) 2004]. Ponadto tylko nieliczne towarzystwa ubezpieczeniowe zapewniają ubezpieczonym usługi medyczne, a więc świadczenia rzeczowe. Opiekę zdrowotną w zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z firmą ubezpieczeniową na świadczenie usług medycznych, zapewnia klientom 6 towarzystw ubezpieczeniowych [Sobczak (red.) 2004].

Dzisiaj podstawowy zakres takiego ubezpieczenia jest o wiele szerszy i zawiera m.in. dostęp do lekarzy podstawowej opieki medycznej, lekarzy specjalistów, badań, zabiegów ambulatoryjnych, usług rehabilitacyjnych czy stomatologicznych. Grupowe ubezpieczenia zdrowotne są coraz bardziej popularne ze względu na ograniczony dostęp do usług publicznej służby zdrowia, relatywnie niską składkę czy pozapłacowy element motywacyjny pracowników (przy składce opłacanej przez pracodawcę). Pierwsze wersje takich ubezpieczeń można zaliczyć do innowacji radykalnych, a kolejne do innowacji inkrementalnych/ewolucyjnych.

Kolejnym etapem ewolucji może być stworzenie np. produktu hybrydowego, łączącego ryzyka z grupowego ubezpieczenia na życie z grupowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ma to sens, gdyż wiele ryzyk „zdrowotnych” funkcjonuje jako suplement do głównej umowy ubezpieczenia, jaką jest ubezpieczenie na życie. Innowacje w obszarze ubezpieczeń zdrowotnych i ubezpieczeń na życie są możliwe, choć nie jest to łatwe, wymaga ciągłego skupienia, dyscypliny i ciężkiej pracy [www.soa.org]. Stwierdzenie takie wydaje się prawdziwe dla innowacji ze wszystkich branż.

2.3. Wybrane innowacje produktowe w ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce

Jednym z rodzajów ubezpieczeń, gdzie występują innowacje, są indywidualne ubezpieczenia na życie. Ubezpieczenie na życie funkcjonuje jako umowa główna, do której dodawane są poszczególne ryzyka wypadkowe i chorobowe w zależności od potrzeb i możliwości finansowych klienta. O ile umowę główną trudno rozbudować (musiałoby się to wiązać np. z obowiązywaniem ubezpieczenia na życie podczas wojny), o tyle poszczególne umowy dodatkowe stanowią pole do innowacji. Każdy ubezpieczyciel próbuje się czymś wyróżnić, stworzyć coś unikatowego, dlatego powstają coraz ciekawsze umowy dodatkowe. W przypadku poważnych zachorowań można zauważyć nowy trend polegający na tworzeniu dodatkowych umów zdrowotnych, które polegają na finansowaniu ubezpieczonemu usług związanych z leczeniem choroby. Jest to postępek w porównaniu ze standardową ofertą na rynku, która w przypadku stwierdzenia poważnego zachorowania gwarantowała wypłatę ustalonej wcześniej sumy ubezpieczenia. Takie umowy sprawiają, że ubezpieczenie jest „bliżej” klienta. Jeśli chodzi o zakres ochrony ubezpieczeniowej, to mogą w nim być wcześniej występujące ryzyka (choroby). Zmianie ulega jednak realizacja świadczenia. W razie wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczony otrzymuje dostęp do placówek medycznych (krajowych lub zagranicznych). Organizacją leczenia zajmuje się ubezpieczyciel. Zespół ekspercki na podstawie dokumentacji medycznej wydaje drugą opinię medyczną i dokonuje dalszych zaleceń co do sposobu leczenia. Koszty pokrywane są do wysokości ustalonej sumy ubezpieczenia lub wypłacane jako ułamek sumy ubezpieczenia na poszczególnych etapach leczenia. Takie umowy dodatkowe mają duży potencjał, by w przyszłości stać się samodzielnymi polisami i z tego tytułu kosztować mniej. Dzięki takim polisom może zwiększyć się także

turystyka medyczna. Dla wielu klientów ubezpieczenie takie może okazać się atrakcyjne ze względu na wysoką jakość obsługi po zdarzeniu ubezpieczeniowym. Na polskim rynku nie ma jeszcze zbyt wielu takich ubezpieczeń, ale pod kątem innowacyjności można wyróżnić dwie umowy dodatkowe: „Best Doctors” (TU Allianz Życie) oraz „Pomoc na Raka” (TU AXA Życie). Podstawowe informacje zawiera tabela 1.

Tabela 1. Podstawowe informacje o umowach dodatkowych „Best Doctors” i „Pomoc na Raka”

Nazwa umowy dodatkowej	Best Doctors	Pomoc na Raka
Towarzystwo Ubezpieczeniowe	TU Allianz Życie Polska SA	AXA Życie TU SA
Umowy główne	Ubezpieczenie na życie „Plan na dziś i jutro”	Ubezpieczenie na życie „Plan Ochronny”; Ubezpieczenie na życie i dożycie „Solidna Opoka”
Rok wejścia do sprzedaży	2013 r.	2013 r.
Placówki medyczne	międzynarodowe	krajowe/międzynarodowe
Suma ubezpieczenia/limity	Do 1 000 000 EUR w roku; Do 2 000 000 EUR w trakcie całej umowy	Do 500 000 PLN; w zależności od etapów leczenia
Rodzaje chorób	Nowotwór; zabieg operacyjny naczyń wieńcowych, zabieg kardiochirurgiczny wymiany zastawki, zabieg neurochirurgiczny, przeszczep od żywego dawcy narządów (definicje według OWU)	Nowotwór złośliwy; niezłośliwy guz mózgu; rak in situ (definicje według OWU)
Możliwość ubezpieczenia najbliższej rodziny	Mąż/zona lub partner; dziecko	mąż/zona; dziecko
Ankieta medyczna	tak	tak
Karencja	6 miesięcy	6 miesięcy
Maksymalny czas trwania umowy	Do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez dorosłego 65 lat	Do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia
Miesięczna wysokość składki	Dorosły: 64 PLN; dziecko: 26 PLN	W zależności od wieku i sumy ubezpieczenia; przykładowa składka dla 30-latką na sumę ubezpieczenia 100 000 PLN wyniesie 35,47 PLN
Usługi assistance	tak	tak

Źródło: opracowanie własne na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Plan na dziś i jutro” i „Pomoc na Raka”.

W ostatnich latach stale rośnie popularność ubezpieczeń zdrowotnych zapewniających dostęp do prywatnych usług medycznych, jak dostęp do lekarza, przeprowadzenie badań czy usług ambulatoryjnych. Ubezpieczenia takie zawierane są w formie grupowej i mogą stanowić element motywacyjny pracowników. Rosnąca dynamika rozwoju tego segmentu sprawia, że powstają nowe ubezpieczenia zdrowotne, które pracodawca może zaoferować pracownikom. Do takich ubezpieczeń można zaliczyć tzw. ubezpieczenia szpitalne. Ubezpieczenia te poszerzają zakres prywatnych usług medycznych o prywatne zabiegi operacyjne. Trudności związane z tego typu usługami w publicznej służbie zdrowia są powszechnie znane. Ubezpieczenia szpitalne mają charakter suplementarny i dają ubezpieczonemu możliwość korzystania z usług trudno dostępnych lub niedostępnych w ramach zabezpieczenia bazowego. W efekcie umożliwiają ubezpieczonemu łatwiejszy i szybszy dostęp do świadczenia oraz wyższą jego jakość niż oferowana w systemie bazowym [*Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych...* 2013]. Produkty takie mogą funkcjonować jako odrębne ubezpieczenia lub jako uzupełnienie oferty podstawowej. Zazwyczaj do wyboru jest kilka wariantów ubezpieczenia. Im wyższy wariant, tym więcej operacji może zostać wykonanych. Towarzystwa ubezpieczeniowe dają także możliwość ubezpieczenia najbliższej rodziny. Klientem docelowym ubezpieczycieli wydają się duże firmy czy korporacje, gdzie rozwinięte są pozapłacowe świadczenia pracownicze. Oferta taka może także zostać przedstawiona np. zarządowi czy radzie nadzorczej w celu podniesienia atrakcyjności ubezpieczenia podstawowego. Do towarzystw ubezpieczeniowych posiadających ubezpieczenie szpitalne zaliczyć można: TU Allianz Życie Polska SA, Generali Życie TU SA, TU Zdrowie SA, PZU Życie SA i Signal Iduna Życie Polska TU SA. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu szpitalnym zostały zawarte w tabeli 2.

Jednym z nowych ubezpieczeń, które pojawiło się w Polsce, jest tzw. ubezpieczenie lekowe. Dzięki niemu pacjent może kupić lek po niższej cenie dzięki pokryciu części kosztów zakupu przez ubezpieczyciela. W zakres ubezpieczenia wchodzi refundacja zakupu leków wydawanych na receptę, a także antybiotyków. Usługa jest realizowana w wybranych aptekach współpracujących z ubezpieczycielem. Warto zwrócić także uwagę na pewne ograniczenia takich ubezpieczeń. Towarzystwa ubezpieczeniowe mogą stosować m.in. karencje. Refundacja leków jest realizowana do ustalonych limitów. Ponadto poszczególne produkty nie są jednorodne i mogą występować np. w formie grupowej lub indywidualnej. Podstawowe informacje zawarte są w tabelach 3 i 4.

Pomimo niewielkiej liczby tych produktów ubezpieczeniowych oraz stosunkowo niedanego pojawienia się na rynku „ubezpieczenia lekowe” mogą stać się nową jakością na polskim rynku ubezpieczeń. Dodatkowo ustawa refundacyjna spowodowała, że w dalszym ciągu rośnie poziom współpłacenia pacjenta za leki refundowane. W I kwartale 2011 r. wyniósł on 37,9%, a po wprowadzeniu reformy w I kwartale 2012 r. wzrósł do 39,1 %; w I kwartale 2014 r. wyniósł 40,3% [rynekzdrowia.pl].

Tabela 2. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu szpitalnym

Cecha	Opis*
Rodzaj ubezpieczenia	Odrębna umowa ubezpieczeniowa/uzupełniająca umowa ubezpieczeniowa
Forma ubezpieczenia	Zawierane głównie w formie grupowej
Ubezpieczeni na koszt	Pracodawcy/pracownika
Zakres świadczeń podstawowych	Pokrycie zabiegów operacyjnych i usług medycznych nimi związanych (np. badania diagnostyczne, konsultacje lekarskie, opieka pielęgniarska)
Usługi dodatkowe	Możliwość refundacji kosztów operacji dla zabiegów przeprowadzonych poza siecią; usługi szpitalne związane z porodem
Placówki medyczne	Prywatne/publiczne
Możliwość ubezpieczenia najbliższej rodziny	Mąż/zona lub partner; dziecko
Ankieta medyczna	Tak
Karencje	Występują
Maksymalny czas trwania umowy	Umowa zawierana na czas określony (np. na rok maksymalnie do 65 roku życia ubezpieczonego)
Usługi assistance	Tak

* Poszczególne umowy ubezpieczeniowe są do pewnego stopnia zróżnicowane względem siebie, np. występują różnice w długości okresu karencji czy w liczbie i rodzajach operacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów informacyjnych TU Allianz Życie Polska SA, Generali Życie TU SA, TU Zdrowie SA, PZU Życie SA i Signal Iduna Życie Polska TU SA.

Tabela 3. Towarzystwa ubezpieczeniowe obecnie oferujące „ubezpieczenie lekowe”

PZU Życie SA (w sprzedaży od 2012 r.)
TU Zdrowie SA (wcześniej Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne SA)
TU Inter Polska SA
Dodatkowo zainteresowane wprowadzeniem „ubezpieczenia lekowego” są Signal Iduna i Generali [Rzu.gov.pl]

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł internetowych.

Tabela 4. Wybrane cechy „ubezpieczeń lekowych”

Ubezpieczyciel	PZU Życie SA	TU Zdrowie SA	TU Inter Polska SA
Nazwa ubezpieczenia	PZU Opieka Medyczna	Polisa Lekowa	Inter Vision (warianty „Gold” i „Diamond”)
Wybrane informacje/ cechy charakterystyczne	Suma ubezpieczenia: 2000 PLN; opłacane wyłącznie przez pracodawcę w formie grupowego ubezpieczenia pracowników; odrębny produkt ubezpieczeniowy	Karencja: 4 miesiące dla leków wariantu II; ubezpieczenie zawierane w formie grupowego ubezpieczenia pracowników	Suma ubezpieczenia: 500 PLN („Gold”); 700 („Diamond”); opcja dodatkowa do umowy głównej; ubezpieczenie zawierane w formie indywidualnej lub grupowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów informacyjnych TU Zdrowie SA, PZU Życie SA i TU Inter Polska SA.

3. Zdrowotny rachunek oszczędnościowy a innowacje w ubezpieczeniach zdrowotnych

Może się wydawać, że zdrowotne rachunki oszczędnościowe (ZRO) mają niewiele wspólnego z ubezpieczeniem zdrowotnym. Pomimo że ZRO nie jest ubezpieczeniem, to ma duży potencjał, aby wpływać na kształt przyszłych ubezpieczeń zdrowotnych. Pomysł takich rachunków, gdzie osoby oszczędzają i płacą za własne potrzeby medyczne, pojawił się w odpowiedzi na obawy o rosnące koszty opieki zdrowotnej [Hsu 2010]. Stwierdzenie, że na obecnie nie ma w Polsce takich rachunków, może być trochę mylące. Za każdym razem, kiedy Polakom nie chce się czekać w kolejce do lekarza w ramach publicznej służby zdrowia, szuka się takich usług w ośrodkach prywatnych. Płacimy za te usługi z własnej kieszeni, czyli *de facto* ze specjalnego „funduszu”. Formalnie takie rozwiązania funkcjonują w Singapurze (gdzie zostały wprowadzone jako pierwsze), RPA, USA oraz częściowo w Chinach (ośrodki miejskie). W USA, gdzie ubezpieczenie zdrowotne (nie ZRO) zawierane jest przez pracodawcę, problem stanowią świadczenia „drobnych” usług medycznych. Może dojść do sytuacji, że dla prywatnych ubezpieczycieli koszty administrowania małych roszczeń mogą przekroczyć wartość samych roszczeń [Ramsay, Butler 2001].

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie mogą rozwiązać wszystkich problemów z dostępem do służby zdrowia. Dopiero w połączeniu z ZRO stają się usługą kompletną. To, czego ubezpieczony nie ma w zakresie ubezpieczenia, finansuje z własnych środków, a do wyboru ma całą gamę usług medycznych oferowanych na rynku. Funkcjonują już w Polsce specjalne serwisy ułatwiające znalezienie np. lekarzy o określonej specjalizacji wraz z dotychczasową oceną ich pracy. Jeden z takich serwisów niedawno pozyskał od inwestorów 9 mln PLN w kolejnej rundzie

finansowania [pierzymilion.forbes.pl]. Dzięki temu powstają także nowe instytucje specjalizujące się w określonych usługach medycznych. Staje się rzeczywistością to, co profesor Harvardu Regina Herzlinger nazywa „zogniskowanymi zakładami” – ośrodkami świadczącymi wysoce efektywną, wyspecjalizowaną opiekę. Te przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej zapewniają pacjentom niższe ceny, niższe wskaźniki umieralności, krótsze okresy pobytu oraz większą satysfakcję [Goodman et al. 2008]. Świetnym przykładem jest rozwój usług w zakresie chirurgii plastycznej w USA, gdzie zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów nie przełożyło się na znaczny wzrost cen. Jednym z powodów jest postawa klientów. Kiedy płacą oni własnymi pieniędzmi, mają motywację, aby zachowywać się jak oszczędni konsumenci. Drugim powodem jest podaż. W miarę jak wzrastała liczba osób zgłaszających zapotrzebowanie na zabiegi, coraz więcej chirurgów je przeprowadzało. Trzecim powodem jest efektywność. Wielu świadczących tego rodzaju usługi ma gabinety wyposażone w sprzęt służący wykonywaniu operacji, co stanowi tańszą alternatywę wobec wykonywania zabiegów pacjentom ambulatoryjnym, w szpitalu [Goodman et al. 2008]. Przypadek ten obala jeden z mitów ekonomicznych, że opieka zdrowotna powinna być finansowana przez państwo.

Usługi medyczne mogą być nabywane w taki sam sposób, w jaki robimy zakupy w sklepie. Jako przykład można podać chorobę nowotworową. Towarzystwa ubezpieczeniowe zazwyczaj mają w zakresie występowanie nowotworu złośliwego, co skutkuje wypłatą określonej wcześniej sumy ubezpieczenia. Środki te ubezpieczony może przeznaczyć na usługi oferowane w ramach rachunku ZRO. Ponadto ubezpieczyciele mogą we współpracy ze zogniskowanymi zakładami medycznymi oferować preferencyjne stawki dla swoich klientów. W takim schemacie zarówno ubezpieczyciele, specjalistyczne zakłady medyczne, jak i ubezpieczeni realizują swoje cele. ZRO tworzy więc swojego rodzaju „linię demarkacyjną” pomiędzy ryzykami zdrowotnymi, na które ubezpieczony na wpływ, a ryzykami, które są od niego niezależne. Postępuje także proces indywidualizacji takich programów, gdzie wydatki oraz wybór usług medycznych w większym stopniu zależą od klienta. Dodatkowo badania przeprowadzone w USA wykazały, że jakość opieki medycznej i usług poprawia się, gdy pacjenci sami mogą kontrolować rachunki, niż gdy robią to ubezpieczyciele [Herrick 2009]. Oczywiście, będą pojawiać się argumenty, że polityka rządu może w zasadzie korygować niewłaściwe sposoby alokacji wynikające z zawodności rynku [Folland et al. 2011], ale są one zbyt ogólnikowe. Jeśli bowiem publiczna służba zdrowia jest taka dobra, to dlaczego w ogóle istnieją prywatne przychodnie czy prywatne ubezpieczenia? To rynek powoduje powstawanie kolejnych innowacji i podnoszenie jakości usług. Ciekawym przykładem jest RPA, gdzie w latach 90. ubiegłego wieku programy oparte na rachunkach ZRO zdobyły ponad połowę rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [Goodman et al. 2008]. Taka sytuacja może mieć miejsce także w Polsce, ale w tym celu należy stworzyć odpowiednie warunki. Należy pozwolić działać siłom rynkowym, a także zmienić sposób finansowania publicznej służby zdrowia w celu obniżenia kosztów i większej liberalizacji usług zdrowotnych.

4. Podsumowanie

Innowacje produktowe występujące w ubezpieczeniach zdrowotnych mogą zaspokajać stale rosnące potrzeby klientów. Rynek ubezpieczeń zdrowotnych jest bardzo perspektywiczny, dlatego należy spodziewać się dalszych nowości. Jednym z pozytywnych aspektów takiego stanu rzeczy jest to, że ubezpieczeni, którzy korzystają z takich rozwiązań, coraz częściej skłaniają się ku ubezpieczeniom prywatnym. Ubezpieczenie zdrowotne nie może jednak rozwiązać wszystkich problemów ubezpieczonych, dlatego powinni mieć oni możliwość finansowania usług medycznych niewchodzących w zakres ubezpieczenia, np. za pomocą ZRO lub szerzej, płatności bezpośrednich, czyli także rozwiązań rynkowych.

Największym wyzwaniem dla innowacji ubezpieczeniowych wydaje się zmiana nastawienia ludzi. Jest to o tyle łatwiejsze, że dzięki rozwiązaniom rynkowym nie ulega najmniejszej wątpliwości, że sektor prywatny jest w sferze ochrony zdrowia o wiele wydajniejszy od publicznego [Prebble 2008]. Zatem każda innowacja, każdy nowy ubezpieczony to postępujący proces delegowania siłom rynkowym zadania poprawiania sytuacji w służbie zdrowia.

Literatura

- DiLorenzo T., 2009, *Socialized healthcare vs. the law of economics*, Ludwig von Mises Institute, Auburn.
- Fal D.M. (red.), 2013, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., 2011, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Goodman J.C., Musgrave G.L., Herrick D.M., 2008, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing, Warszawa.
- Gwiazdowski R., 2012, *Emerytalna katastrofa*, Prohibita, Warszawa.
- Handschke J. (red.), 2013, *Ubezpieczenia w rozwoju społeczno-gospodarczym Polski*, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa.
- Hazlitt H., 2009, *Siła woli. Fundament życiowego sukcesu*, Fijorr Publishing, Warszawa.
- Herrick D.M., 2009, *Empowering patients and improving public health*, National Center for Policy Analysis, Dallas.
- Hoppe H.H., 2009, *A four-step healthcare solution*, Ludwig von Mises Institute, Auburn.
- Hsu J., 2010, *Medical savings account: what is at risk*, World Health Report. Background Paper, no. 17.
- Innowacja*, 1997, [w:] *Encyklopedia popularna PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Iwanicz-Drozdowska M. (red.), 2013, *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa.
- Michalski T. (red.), 2013, *Wyzwania dla rynków ubezpieczeń w świetle sytuacji na globalnych rynkach finansowych*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- Prebble R., 2008, *Nowozelandzkie odrodzenie gospodarcze*, Prohibita, Warszawa.
- Ramsay C., Butler E., 2001, *Medical savings accounts in theory and practice*, Adam Smith Institute, London.
- Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*, 2013, Polska Izba Ubezpieczeń/Ernst & Young.

- Sobczak A. (red.), 2004, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Surmacz W., 2012, *Pieniądze na zdrowie. Rynek usług medycznych w Polsce*, Forbes, nr 10.

Źródła internetowe

- <http://pierwszymilion.forbes.pl/znanylekarz-pl-zgarnia-9-mln-zl-od-inwestorow,artykuly,177576,1,1.html> (10.09.2014).
- <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/IMS-Health-o-aptecznym-rynku-lekow-w-I-kwartale-2013-r,129867,6.html> (3.06.2015).
- http://www.ted.com/talks/simon_sinek_how_great_leaders_inspire_action (20.09.2014).
- <https://www.soa.org/News-and-Publications/Newsletters/NewsDirect/2013/may/10-barriers-to-successful-innovation-in-life-insurance.aspx> (10.09.2014).

PRODUCT INNOVATIONS IN HEALTH INSURANCES IN POLAND

Summary: Changes occurring in both national and global economies have a significant impact on insurance innovations. These changes determine the activity of insurance companies and their clients in finding new solutions corresponding to the current or future shape of insurance needs. The identification of the changes can have a significant impact on showing new trends arising on the market of personal insurances. Some insurances can be a kind of catalyst for others. The report analyses chosen product innovations in health insurances, both individual and group ones, available on the Polish insurance market.

Keywords: innovations, health insurance, medical savings accounts.