Miesięcznik

Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 19 | NUMER 1 | STYCZEŃ 2022 • 3 STYCZNIA 2022

© moremar/stock.adobe.com

W NUMERZE:

Demografia:

prognozy, procesy, oferta, zdrowie, emerytura

Jacek Ciepłucha o konsolidacji/Rola zarządu/Ubezpieczyciele należności

Prenumerata – patrz str. 2

TOMASZ KANIEWSKI
dyrektor Biura Ubezpieczeń na Życie EIB.

Czas weryfikacji

Wszystko w ubezpieczeniach jest jasne w teorii – jeśli składka została wyceniona zbyt nisko, klient musi liczyć się z podwyżkami. Teoria, jak wiemy, czasami różni się od praktyki. – Tomasz Kaniewski

Branża ubezpieczeniowa jest specyficzna. Nie bez powodu przygotowujemy się do spotkań z klientami, żeby ich poznać i zrozumieć. To, co dla nas stanowi sukces lub przejaw pojawiającego się problemu, dla innych pozostaje niezauważone. Pewnie przedstawiciel każdego zawodu tak o swoim zajęciu myśli, ale subiektywnie wydaje mi się, że coś w tym jest.

Pracujemy, mając z tyłu głowy kluczowe znaczenie relacji z klientami. Dbałość o ich interesy jest wpajana każdemu młodemu „ubezpieczeniowcowi" od pierwszego dnia, nawet przed tak kluczowymi informacjami jak szczegółowy zakres odpowiedzialności czy gdzie znajduje się ekspres do kawy. Od klientów zależy wykonanie naszego indywidualnego planu sprzedażowego, ale również – patrząc szerzej – pozycja naszej firmy na rynku.

Jest też druga strona tej branży, której dotyczy mój dzisiejszy artykuł – liczby! Pojęcia rachunku prawdopodobieństwa i wyniku technicznego stanowią drugą lekcję, przyswajaną przez najnowszych adeptów firm ubezpieczeniowych i brokerskich. Pomimo wagi relacji z klientami oraz społecznego znaczenia ubezpieczeń, to dalej jest przede wszystkim biznes. A jak wiadomo biznes musi się opłacać…

DŻENTELMENI O PIENIĄDZACH TEŻ ROZMAWIAJĄ

Wszystko w ubezpieczeniach jest jasne w teorii – jeśli składka została wyceniona zbyt nisko, klient musi liczyć się z podwyżkami. Teoria, jak wiemy, czasami różni się od praktyki. Szkodowość w ramach ubezpieczeń na życie od lat jest tematem trudnym. Dla niektórych jest to kwestia niewygodna, a w konsekwencji unikana. Jeśli okazuje się, że pominąć się jej nie da, to często stosowany jest drugi sposób na zniechęcenie – nieczytelne przedstawienie informacji, które wymaga wielogodzinnych studiów, by zrozumieć ich sens. Dla innych dane szkodowe stanowią wręcz źródło przewagi konkurencyjnej i tajemnicę przedsiębiorstwa. Podobne interpretacje nie są stosowane na rynku ubezpieczeń majątkowych, gdzie rozmowa z klientem oraz potencjalnymi wykonawcami o przebiegu szkodowym jest naturalna.

Dlaczego ta rozmowa jest tak potrzebna zarówno dla brokera, jak i dla ubezpieczyciela działającego na rynku ubezpieczeń na życie? Dlatego, że nadaje odpowiednią narrację całej relacji ubezpieczyciel-klient. Nie raz słyszymy od klientów sformułowania: „niech coś poprawią, widziałem ich wyniki", „ludzie płacą, więc wymagają" albo „niech sobie ubezpieczyciel zarabia, ale na kimś innym niż moi pracownicy". Nie dziwię się tym głosom. W momencie, gdy faktyczny wynik szkodowy kontraktu owiany jest aurą tajemniczości, budujemy wizerunek nieprzejrzystego rynku. A jak nikt nie wie, o co chodzi, to każdy wie, o co chodzi. Bez nadania odpowiedniej rangi wspólnej analizie przebiegu ubezpieczenia i wzajemnemu zrozumieniu interesów handlowych, dalej ubezpieczyciel świadczący usługę grupowego ubezpieczenia na życie będzie w procesie decyzyjnym pełnił rolę z pogranicza ubezpieczenia społecznego – bez uświadomienia naturalnego powiązania świadczeń i składki ubezpieczeniowej.

Oczywiście rozumiem też obawy niektórych graczy przed poruszeniem tematu szkodowości. Portfel u każdego wygląda podobnie – są kontrakty rentowne, oscylujące w okolicach „zera" oraz te z niekorzystnym wynikiem finansowym. Jeśli w wyniku szerokiej dyskusji z klientami na temat wyników technicznych polis część firm przejdzie z grupy pierwszej do drugiej, to już może pojawić się problem w całym portfelu. Ale czy możemy sobie pozwolić na dalsze milczenie?

CIEKAWE CZASY W UBEZPIECZENIACH

Pod tym tytułem kilka miesięcy temu swoje rozważania zamieścił Patryk Wełnicki. Przedstawiony obraz przedsiębiorcy działającego w naszej nowej pandemicznej rzeczywistości pokazuje dokładnie skalę wyzwań stojących przed brokerami oraz ubezpieczycielami dbającymi o stosowanie w codziennej pracy pierwszej lekcji młodego „ubezpieczeniowca". W „grupówkach" problemy wyglądają trochę inaczej, ale one bezsprzecznie występują.

Traktowanie przebiegu szkodowego jako własnej przewagi konkurencyjnej z każdym kolejnym rokiem jest coraz trudniejsze do uzasadnienia. Covid-19 zmienił reguły gry. Z dnia na dzień świat ubezpieczeń grupowych przeszedł gruntowną zmianę, przede wszystkim w wymiarze percepcji jego znaczenia. Pracodawcy zaczęli dostrzegać w programach „życiowych" i „zdrowotnych" większą wartość niż dotychczas. Wraz ze wzrostem zainteresowania podążyły wymagania oraz chęć zrozumienia produktów i wprowadzanych zmian ze strony pracodawców. Jako rynek przez lata zabiegaliśmy dokładnie o takie zaangażowanie. W wielu przypadkach powoduje to jednakże bardzo szczegółowe pytania dotyczące przyczyn zmiany cen lub warunków ofertowych. W jaki sposób uzasadniać podwyżki składki oraz pogorszenie parametrów polisy, jeśli dystrybutor nie może podeprzeć się raportem z przebiegu polis? Prosta informacja o wysokim stopniu wykorzystania programu jest zdecydowanie niewystarczająca. Długoterminowe zaburzenie spojrzenia na ubezpieczenie osobowe jako na relację handlową

stanowi już teraz obciążenie dla całego rynku, a ten problem narasta. Co więcej, nie spodziewam się poprawy sytuacji w najbliższym czasie.

CO NAS CZEKA ZA ZAKRĘTEM…

Tym zakrętem jest oczywiście pandemia. Wszyscy liczymy, że wkrótce jej wpływ na nasze codzienne życie będzie zminimalizowany. W całkowity powrót do stanu wcześniejszego nie wierzą już chyba nawet najwięksi optymiści. Co nas czeka? Myślę, że silne będą trendy widoczne już teraz. Szkodowość programów ubezpieczeniowych rośnie. Podstawowe przyczyny są dwie: wpływ Covid-19 oraz proces starzenia się społeczeństwa. Na dodatek należałoby też wspomnieć o inflacji, która swoją niewielką cegiełkę również do tego dokłada.

W ostatnich miesiącach na dobre zapoznaliśmy się z nowymi pojęciami „nadzgonowości" i „długu zdrowotnego". Bezpośrednia liczba ofiar pandemii w naszym kraju zbliża się do poziomu 100 tys. osób, a pośrednia (tzw. *excess death*) już wkrótce przekroczy poziom 150 tys. osób. Oczywiście można powiedzieć, że są trzy rodzaje kłamstw, a jednym z nich jest statystyka, i uznać temat za nieaktualny, ale zamykamy wtedy oczy na fakty. W ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy z naszej mapy zniknęło jedno z mniejszych (ale zawsze!) miast wojewódzkich. Aby jeszcze lepiej sobie uświadomić skalę tego zjawiska, wystarczy dodać, że wszystkich zgonów w 2019 roku było nieznacznie powyżej 400 tys. Pandemia spowodowała wzrost tej liczby w skali roku o około 20%... Patrząc bezdusznie-matematycznie: każda śmierć stanowi potencjalną wypłatę realizowaną dla uposażonych lub dla członków rodziny w ramach polis grupowych.

Wpływ pandemii na rynek ubezpieczeń grupowych oczywiście nie ogranicza się wyłącznie do wzrostu liczby świadczeń wypłacanych z tytułu zgonu ubezpieczonych oraz współubezpieczonych. Ubezpieczyciele już od jesieni 2020 roku sygnalizują wzrost liczby zgłaszanych świadczeń, powiązanych ze stanem zdrowia. Poważne choroby, które od lat dotykają setki tysięcy ludzi, diagnozowane są z opóźnieniem. Nie jest żadnym odkryciem wskazanie, jak duże znaczenie ma to dla skuteczności leczenia nowotworów i problemów krążeniowych. Ograniczenia w dostępie do badań diagnostycznych spowodowały drastyczne spadki liczby zbadanych pacjentów. Dla przykładu w 2020 roku o 25-40% spadła liczba wykonanych cytologii oraz mammografii. Kolejne lata będą przynosić tego konsekwencje w postaci zwiększonej zachorowalności, a ubezpieczyciele ponownie odczują ten trend we wzroście szkodowości.

Liczba zgonów nadmiarowych
(aktualizacja na dzień 13 grudnia 2021 r.)

Kraj	Liczba zgonów w wyniku Covid-19	Liczba zgonów nadmiarowych	Liczba zgonów nadmiarowych na 100 tys. mieszkańców
Bułgaria	28 060	55 460	804
Rosja	269 880	1 020 350	699
Litwa	6 640	15 680	583
Rumunia	36 300	71 320	373
Polska	78 840	135 610	359
Czechy	30 600	35 760	333
Włochy	131 000	169 250	280
Ukraina	59 960	112 400	259
USA	615 360	810 640	247
Hiszpania	87 790	111 340	238
Francja	118 850	88 300	131
Niemcy	100 950	97 920	117
Szwecja	15 080	11 510	113

Źródło: Tracking covid-19 excess deaths across countries, The Economist, economist.com, dostęp 13.12.2021 r.

Liczba zgonów w Polsce w porównaniu do lat poprzednich

Wiek	2020	Zmiana do 2019	Zmiana do średniej z 2017-19	Zmiana do 2010	Zmiana do 2000
0-19	2 402	-9,32%	-13,97%	-39,62%	-61,39%
20-39	10 473	5,53%	5,08%	-5,79%	-17,88%
40-59	50 411	6,94%	2,67%	-23,46%	-21,51%
60-79	205 668	19,44%	21,65%	32,78%	15,33%
80+	216 650	23,29%	22,93%	52,76%	105,20%
SUMA	485 604	19,13%	19,27%	28,58%	32,28%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Pandemia nie jest naszym jedynym demograficznym wyzwaniem. Mówiąc najkrócej – starzejemy się jako społeczeństwo. Nie jest to zjawisko nowe ani niespodziewane. Każdy kraj rozwinięty boryka się z tym problemem. U nas niestety postępuje on szybko. Widzimy to w niemal każdej grupie pracowniczej, dla której przygotowujemy oferty ubezpieczenia grupowego. W okresie 5 lat średnia wieku wzrosła o co najmniej dwa lata. Efekt? Istotna zmiana prognozowanej szkodowości oraz możliwych do zaproponowania dla klienta warunków.

Na koniec nie sposób pominąć wpływu inflacji. Oczywiście sprawa nie jest tak jednoznaczna, jak część sprzedawców ją przedstawia: „wszystko drożeje, więc ubezpieczenie grupowe nie jest tu wyjątkiem". W rzeczywistości zdecydowana większość świadczeń oferowanych w ramach grupowego ubezpieczenia na życie ma charakter pieniężny, więc inflacja powinna wpłynąć analogicznie zarówno na wysokość składki, jak i świadczeń. Wzrost cen i kroczący za nim wzrost wynagrodzeń dotyka kosztów stałych ubezpieczycieli oraz wyceny produktów typu assistance. W efekcie bezsprzecznie wpływa również na szkodowość programów funkcjonujących na polskim rynku.

CENA MILCZENIA

Czy w tym kontekście możemy sobie dalej pozwolić na brak transparentności w rozmowach na temat szkodowości? Czy nie jest to najwyższy czas, by relacja ubezpieczyciel-pracodawca przekształciła się w relację handlową, opartą na wzajemnym poszanowaniu interesów? Ubezpieczyciel dąży do tego, żeby zarabiać. Pracodawca wraz z brokerem chcą z kolei uzyskać najlepszą ofertę. Ta przeciwstawność celów jest oczywista. Rozmawiając z klientem na temat kosztów ponoszonych w aktualnym programie, pomagamy wyznaczyć granicę i obiektywnie zakotwiczyć oczekiwania. Bez tej rozmowy obraz ubezpieczyciela dalej utwierdza jedynie negatywne stereotypy na temat rynku. ❑