

Äldrevårdsförsäkringar i USA

Praktiska och finansiella lösningar för en åldrande amerikansk befolkning

av Jörgen Olsén



Jörgen Olsén
jorgen.olsen@hannover-re.com

I USA, Sverige och övriga västländer lever människor allt längre. Därmed växer behovet av äldrevård. Svensk skattefinansierad äldrevård koncentreras på de mest behövande vilket aktualiserar debatten om ansvarsfördelningen mellan privat och offentlig äldrevård i Sverige. Denna artikel beskriver hur amerikanska försäkringsbolag arbetar praktiskt med försäljning, medicinsk riskbedömning och skadereglering, samt med aktuariella och finansiella frågeställningar inom äldrevårdsförsäkringssegmentet på den amerikanska marknaden.

Ökande kostnad för äldrevård

Svenska folket lever längre och därmed växer trycket på en redan hårt ansträngd äldrevård. Ökande vårdkostnader leder oundvikligen till diskussioner rörande hur vi i Sverige praktiskt och ekonomiskt ska tillgodose de äldres behov. I länder som Tyskland, England, Japan och USA tar privata frivilliga och obligatoriska äldrevårdsförsäkringar över en del av kostnaderna och ansvaret från samhället. Införandet av äldrevårdsförsäkringar har diskuterats även i Sverige. Det finns bolag som överväger produkten, men än så länge har inget försäkringsbolag erbjudit sådana försäkringar på den svenska marknaden. I Sverige löper inte heller för närvarande den enskilde någon avsevärd ekonomisk risk, tack vare utformningen av det svenska skattefinansierade socialförsäkringssystemet med maxtaxa inom äldre-

vården. I takt med att äldrevården koncentreras till de mest behövande och ansvaret för enklare tjänster lämnas till anhöriga kan behovet av kompletterande privata försäkringslösningar komma att öka (Spjuth, 2003). Detta ställer krav på samordning mellan privata och offentliga försäkringar i Sverige. Erfarenhet från försäljning, riskbedömning, skadereglering, produktutveckling och prissättning i den omfattning som krävs för att utveckla en för den försäkrade värdefull och för försäkringsbolagen lönsam produkt saknas i Sverige idag.

Jörgen Olsén arbetar som aktuarie vid återförsäkringsbolaget Hannover Re i Stockholm. Han har en doktorsexamen i matematisk statistik från Uppsala universitet.

Artikeln bygger på erfarenheter från en studieresa som finansierats av Svenska Försäkringsföreningens Minnesfond och Max Matthiessens Jubileumsfond.

Behovet av äldrevårdsförsäkringar i USA och lärdomar för Sverige

Det amerikanska socialförsäkringssystemet och därmed även den enskildes kostnad för äldrevård skiljer sig avsevärt från det svenska. I USA finns det ett växande utbud av alternativa vårdformer för de äldre innefattande olika former av vård i hemmet, på servicehus, på sjukhem och på långvårdsavdelningar. Samtidigt som man i USA har möjlighet att välja en individuellt anpassad äldrevårdsform står individen också själv för en större del av den faktiska vårdkostnaden då vården endast är delvis federalt och statligt finansierad.

De offentligt finansierade vårdprogrammen är *Medicare* och *Medicaid*. Medicare-programmet berättigar till totalt 100 dagars delfinansierad långvård per person under dennes livstid. När ersättningen från Medicare tagit slut måste individen själv finansiera sina vårdkostnader, vilka på en långvårdsavdelning årligen kan uppgå till 75 000 USD. För den som inte har några tillgångar, eller som tvingats göra sig av med alla för att betala vård, finns Medicaid-programmet, vilket ersätter långvårdskostnader, dock utan tillträde till de bästa vårdhemmen. En amerikan utan äldrevårdsförsäkring kan alltså tvingas göra sig av med alla tillgångar för att finansiera långvård innan han är berättigad till Medicaid.

Finansieringsformen för äldrevård, samt i vilken grad oskattade medel skall få användas till privata försäkringar, är en politiskt laddad fråga i USA. Dagens skatteregler är mindre fördelaktiga för äldrevårdsförsäkringar än för andra hälsoförsäkringar, vilket försäkringsbranschen försöker förändra.

Amerikanen har alltså ett större behov av att skydda sig ekonomiskt mot äldrevårdskostnaderna än svensken, men en annorlunda ansvarsfördelning innebär inte att behovet eller den faktiska vårdkostnaden behöver skilja sig från situationen i Sverige. Oavsett om individen betalar den direkta kostnaden eller finan-

sierar vården via skattsedeln är det ett obestridligt faktum att äldrevård kostar stora pengar (Söderström, 2003). Det kan därigenom finnas vinster för Sverige att hämta genom att studera det amerikanska äldrevårdssystemet och se vilka aspekter som på ett praktiskt och ekonomiskt genomförbart sätt kan förbättra äldrevården även för den åldrande svenska befolkningen.

Metod och syfte

I juni 2004 deltog jag i en försäkringsinriktad äldrevårdskonferens i Washington där temat var ökande kostnader för amerikansk äldrevård, ett statligt socialförsäkringssystem i akut pengabrist och ett stort behov av samarbete mellan det privata och statliga äldrevårdssystemet. Därefter besökte jag försäkringsbolag, återförsäkringsbolag och aktuariekonsultfirmor i New York och Philadelphia. Vid besöken diskuterade jag med folk som arbetar med äldrevårdsförsäkringar som säljare, medicinska riskbedömare, skadereglerare, aktuarier och ekonomer. Det framstår klart för mig att det i USA finns ett stort ekonomiskt incitament att skaffa en äldrevårdsförsäkring. Utvecklingen i USA de senaste 20 åren mot ett bredare tjänsteutbud visar också komplexiteten i produkten och belyser det nära samspel som råder med socialförsäkringssystemet.

I denna artikel beskriver jag, baserat på mina egna erfarenheter från seminarier och personliga intervjuer, hur försäkringsbranschen praktiskt arbetar på äldrevårdsförsäkringsmarknaden i USA idag. Jag visar hur de senaste 20 årens utveckling har gått från försäkringar som endast täckte långvård efter en sjukhusvistelse till dagens omfattande produkter med stor möjlighet för individen att själv välja på vilket sätt försäkringen ska utnyttjas. Vidare beskrivs varför priset på produkten förändrats allt eftersom man fått bättre statistik över försäkringstagarnas beteende, hur den medicinska riskbedömningen

utvecklats och blivit mer stringent, hur man arbetar med och försöker få bättre kontroll över skadereglering, hur mäklare och säljare arbetar och avlönas samt i vilken form och i vilken grad återförsäkring används för riskspridning och finansiell planering.

Äldrevårdsförsäkringsprodukter i USA¹

Utvecklingen av äldrevårdsförsäkringsprodukter i USA speglar det ökande vårdutbudet i det amerikanska samhället. Den belyser också försäkringsbolagens tro på de äldre som en finansiellt stark grupp. Idag erbjuds hemvård från flertalet organisationer. Patienter utan omfattande medicinskt behov kan bo på servicehem som erbjuder regelbunden kontroll. För de mest behövande finns klassiska långvårdsavdelningar med specialistutbildad personal.

Den privata äldrevårdsförsäkringsbranschen i USA är idag drygt 20 år. Den har vuxit med i genomsnitt 18 procent per år, även om en tendens till avmattning har syns de senaste två-tre åren. Bland dagens amerikaner har 7 procent av alla över 65 års ålder en äldrevårdsförsäkring. De bolag som sålde produkter i slutet av 80-talet och början av 90-talet har haft dålig erfarenhet av produkten, både på grund av dåliga procedurer för riskbedömning och skadereglering och på grund av felaktiga antaganden om räntenivåer och antalet annullerade försäkringar. Premierna har dock höjts avsevärt de senaste åren och de produkter som nu säljs tros vara lönsamma.

När produkten tog form under 80-talet var äldrevård endast tillgänglig som hemvård levererad av frivilligorganisationer samt på impopulära långvårdsavdelningar. Tidiga försäkringsprodukter gav också endast ersättning för just vård på långvårdsavdelningar om vården följde på en minst 7 dagars sjukhusvistelse. Idag erbjuds mer omfattande äldrevårdsförsäkringar som täcker hemsjukvård, vård på

servicehem och på långvårdsavdelningar. Med försäkringsbolagens tillåtelse kan försäkringen även utnyttjas till alternativa vårdformer allteftersom dessa dyker upp. Antingen utbetalas en fast dagsersättning eller ges den försäkrade ersättning för faktiska vårdkostnadsutlägg. Försäkringsutbetalningar sker antingen livsvarigt eller under en maximal förmånsperiod, så länge den försäkrade har ett vårdbehov. Premieinbetalning sker i de flesta fall fram till dess vårdbehov uppstår.

De äldrevårdsförsäkringar som säljs i USA är rena riskförsäkringar. En försäkringshändelse utlöses när den försäkrade får problem med vardagssysslor, s.k. ADL-aktiviteter (*eng.* Activities of Daily Living). ADL-aktiviteterna kategoriseras och definieras vanligen som möjlighet att själv klara av sex grundaktiviteter, nämligen att äta, bada, klä på sig, gå på toaletten, förflytta sig och inneha kontinensförmåga. Vidare tillkommer bibehållandet av en viss nivå på den kognitiva förmågan.

Om den försäkrade behöver hjälp med t.ex. minst två ADL-aktiviteter eller lider av kognitiv oförmåga utlöses försäkringen och försäkringsbolaget betalar ut ersättning, vanligtvis efter en karenperiod. Definitionen av ADL-aktiviteterna samt det antal som krävs för att få ersättning är inte standardiserat, men vanligast är indelningen i de sex ADL-aktiviteterna samt den kognitiva förmågan ovan. Beroende på hur många ADL-aktiviteter den försäkrade behöver hjälp med kan olika ersättningsbelopp svarande mot förväntad vårdkostnad betalas ut. En mindre funktionsnedsättning kan lösas med hemhjälp medan allvarliga funktionsnedsättningar eller demens ofta kräver vård på antingen en långvårdsavdelning till en årlig kostnad för individen på upp till 75 000 USD eller på ett servicehem till ungefär halva långvårdsavdelningskostnaden.

Grundförsäkringsskyddet är ofta anpassningsbart och den försäkrade kan välja mellan kontantersättning eller ersättning för faktiska kostnader. Han kan exempelvis välja att få

tillgång till en vårdkoordinator, behålla sin plats på ett sjukhem under perioder av akutvård, bestämma valfri karenstid, lägga till inflationsskydd med en fast årlig förmånsökning eller ränteindexering, eller välja att låta premieinbetalningen vara begränsad till och med t.ex. 70 års ålder.

Det rika produktutbudet gör det möjligt att finna en produkt som passar varje individ samtidigt som det gör marknaden svåröverskådlig. Utvecklingen strävar dock mot användarvänliga produkter, som är framtidssäkrade genom att de tillåter den försäkrade att själv välja det lämpligaste sättet att söka vård när behovet uppstår. Trenden just nu är en viss fokusering på vård i den försäkrades hem.

Försäljningsmetoder och säljarprovisioner²

Försäljning och distribution av äldrevårdsförsäkringar är en stor uppgift. Den största utmaningen är utbildning av säljare och mäklare så att dessa förstår och inser behovet av produkten. Större delen av amerikanerna tror t.ex. att statliga Medicare täcker deras långvårdshems-kostnader för all framtid, vilket inte stämmer.

Utbildningsarbetet har pågått i flera led. Återförsäkrare har publicerat artiklar i försäkringsbolagens tidskrifter, försäkringsbolagen har utbildat säljare genom annonsering i säljarnas tidskrifter, och de flesta försäkringarna säljs efter att säljare skickat ut informationsmaterial till tänkbara försäkringstagare och sedan åkt hem till dessa och genomfört utbildning och försäljning i försäkringstagarens hem. Dessa s.k. äldrevårdsförsäkringsspecialister som endast arbetar med äldrevårdsförsäkringar tar hand om de flesta försäljningarna i USA. Oberoende säljare marknadsför produktutbudet från olika försäkringsbolag medan majoriteten är ”kurirsäljare” som endast för ett försäkringsbolags produktlinje, något som kan förklara den stora prisskillnaden som finns på till synes likvärdiga produkter. Vissa arbets-

givare låter säljare marknadsföra försäkringar till sina anställda. Försäkringarna är dock fortfarande att betrakta som individuella, då riskbedömning sker individuellt och försäkringstagaren själv betalar premien.

Ett mindre – men dock växande segment – av äldrevårdsförsäkringarna säljs av finansiella rådgivare, vilka eftersträvar kontroll över klientens hela finansiella situation. Historiskt sett skiljer amerikanen dock avsevärt på finansiell rådgivning och försäkringsrådgivning, vilket kan vara en bidragande orsak till att specialisterna stått för merparten av försäljningarna.

Det omfattande utbildningsbehovet av kunderna leder till stora kostnader för säljarna. Säljarna ersätts dock med provision i storleksordningen 70 procent av försäkringspremien det första året och därefter 5 till 10 procent årlig förnyelseprovision. Försäkringar som annulleras har i de flesta fall inget återköpsvärde utan inbetalda premier stannar hos försäkringsbolaget. Därför behövs oftast inga kontrakt rörande återtagande av utbetalda provisioner till mäklare vars kunder annullerar försäkringen.

Medicinsk riskbedömning³

När försäljningen är avklarad börjar försäkringsbolaget med sin medicinska riskbedömning. Först och främst avgörs om den försäkrade är försäkringsbar och därefter bestäms i vilken riskklass denne hör hemma.

En gemensam åsikt är att medicinsk riskbedömning är av högsta betydelse för att få lönsamhet i äldrevårdsförsäkringar. Strikt riskbedömning skiljer de framgångsrika försäkringsbolagen från de med sämre erfarenhet av produkten. Kvalitén på riskbedömningen avspeglar sig direkt i skadefallet och påverkar naturligtvis även de antaganden som aktuarien använder vid prissättning och skadeestimering. I takt med att återförsäkrarna i USA de senaste 10 åren blivit mer restriktivt inställ-

da till äldrevårdsförsäkringsmarknaden har strikt medicinsk riskbedömning blivit ett krav för att återförsäkrare skall vara intresserade av att hjälpa till med finansieringslösningar av denna kapitalkrävande produkt.

Relevansen av medicinsk riskbedömning till trots anses detta vara ett långt ifrån färdigutvecklat område. Bedömningen av hur olika riskfaktorer idag påverkar behovet av äldre- vård 30 år senare i livet är fortfarande under utarbetning. Varje försäkringsbolag har sin egen medicinska riskbedömningsmanual, även om dessa börjar likna varandra mer och mer, och manualen är en variant av livförsäkringsmanualen. Den relativt korta erfarenheten (20 år) av äldrevårdsförsäkringar innebär att bolagen måste revidera manualerna i takt med att försäkringsportföljerna mognar och erfarenheten av olika symptoms påverkan på behovet av äldre- vård klarnar.

Det som tydligast framstår är att det viktigaste inom riskbedömning är att finna tidiga tecken på olika former av nedsatt kognitiv förmåga, vilket kan ge en föraning om begynnande demens eller Alzheimers sjukdom. Personer med dessa symptom betraktas som oförsäkringsbara och det står också klart att om man finner ett botemedel mot Alzheimers sjukdom skulle branschen uppleva omfattande förändringar.

Medicinsk riskbedömning vid äldrevårdsförsäkringar är en både långvarig och kostsam process i USA. I nästan alla fall börjar man med att ta in den sökandes medicinska journal. Denna journal kan ge goda indikationer på tidigare fysiska problem, men historiskt sett har inte den medicinska journalen varit någon bra källa för att upptäcka framtida demens eller tecken på Alzheimers sjukdom. Därför föredras personliga besök och försäkringsbolagen utför egna undersökningar, speciellt på personer över 65 år. Tidigt använda metoder var den ”fördröjda ord”-metoden där riskbedömaren kunde läsa upp 10 ord vartefter klienten ombads upprepa så många ord

som möjligt. Om denne mindes färre än tre ord fick man inte teckna en försäkring. Erfarenheten av ”fördröjda ord”-metoden var dock dålig och idag används mer avancerade undersökningar där ”fördröjda ord”-metoden kompletteras med tester av den sökandes orienteringsförmåga, kapacitet att utföra enkla beräkningar samt dennes verbala förmåga. I takt med att försäkringsportföljerna blir äldre och bolagen samlar på sig mer erfarenhet kommer riskbedömningen fortsätta att förfinas.

En ytterligare orsak till vikten av strikt medicinsk riskbedömning är den riktning i vilken produkten har utvecklats. De tidiga produkterna, som gav ersättning för långvård som följde på en minst 7-dagars sjukhusvistelse, uppmanade p.g.a. långvårdens impopularitet inte till överutnyttjande. Dagens bredare tjänsteutbud på äldrevårdsområdet, med t.ex. olika former av hemhjälp och servicehem och ersättningar som utlöses av ett visst ADL-behov, finns det större intresse av att nyttja.

En i mitt tycke sund inställning är att man helst inte ägnar sig åt riskbedömning efter att en skada har uppstått. Man vill alltså undvika att leta orsaker till skador i den försäkrades medicinska journaler och ifrågasätta ersättningsrättigheten till skador som inträffat, då detta innebär en uppenbar risk för stämningar. Man förebygger hellre genom att avstå från att teckna en försäkring vid ansökningstillfället.

Skadereglering⁴

Skaderegleringsmomentet är komplext vid äldrevårdsförsäkringar. Hur bedömer man om en skadehändelse har inträffat och vem ska utföra denna bedömning? Hur finner man den bäst lämpade vårdformen för varje individ och vem bör göra detta val? Hur följer man upp den försäkrades hälsotillstånd och förändrade vårdbehov? Detta är frågeställningar som äldrevårdsförsäkringsindustrin brottats med under produktens hela livslängd och man är idag långt från någon slutgiltig lösning.

På samma sätt som medicinsk riskbedömning har skadehanteringen utvecklats mycket genom åren. För de tidiga och olönsamma produkterna var skadehantering en relativt enkel procedur. Den försäkrades familjedoktor intygade helt enkelt att patienten ”behövde vård”, och försäkringsbolaget betalade ersättning. Denna, mycket okvantifierbara, metod förfinades senare och doktorn fick lov att mer specifikt intyga nedsättningar i den försäkrades funktionella förmågor eller problem med den kognitiva förmågan. Doktorn kunde därmed intyga att ”patienten har tre ADL-aktiviteter som denne behöver hjälp med att utföra”. Det var dock fortfarande familjedoktorn som utfärdade intyget. Man kan anta att denne oftast står patienten närmare än försäkringsbolaget.

Produkter som utfärdats de senaste cirka 7 åren är mer specifika rörande skaderegleringsmomentet. Försäkringen innehåller ofta klausuler som ger försäkringsbolagen möjlighet att sända ut kontrollanter för att verifiera att det påstådda vårdbehovet verkligen existerar.

Ett typiskt skaderegleringsförfarande börjar då en skadeanmälan, beskrivande den försäkrades vårdbehov, inkommer från en vårdgivare. Försäkringsbolaget analyserar anmälan för att avgöra om en försäkringshändelse har utlösts. Analysen innebär att pussla samman information från medicinska journaler och vårdhemsanteckningar samt att man eventuellt låter en egen sjuksköterska träffa den försäkrade. Först då allt detta är gjort kan skadan regleras. Äldrevårdsförsäkringar är alltså en produkt där både riskbedömning och skadereglering är resurskrävande.

Skadebehandling och skadeuppföljning⁵

När en skada konstaterats är nästa utmaning att behandla den på bästa sätt. Den försäkrade kan få hemsjukvård, placeras på ett servicehem eller läggas in på en långvårdsavdelning. Försäkringsbolagen har hittills haft liten möj-

lighet att påverka val av behandlingsform. När en skadeanmälan inkommit har den försäkrade redan ofta lagts in på ett sjukhem eller på en långvårdsavdelning.

Försäkringsbolagen arbetar idag aktivt på att få mer inflytande och möjlighet att styra den försäkrade till lämplig vård. Förhoppningarna är att detta både ska leda till lägre kostnader och att man ska kunna erbjuda en bättre vård än den försäkrade själv skulle kunnat finna. Nya produkter inkluderar därför ofta en vårdkoordinator, vars uppgift är att i samarbete med den försäkrade, försäkringsbolaget och olika vårdgivare finna det bäst anpassade och mest ekonomiska vårdalternativet för den försäkrade.

Risken för otillbörligt utnyttjande och felaktiga skadeanmälningar beror på vilken form av äldrevård den försäkrade valt att utnyttja. Försäkringsprodukter som ersätter faktiska vårdkostnader på långvårdsavdelningar är försäkringsbolagen mindre oroade för än produkter som nyttjas för hemvård efter en lindrig skada. Hemvården kan utföras av en familjemedlem och risken finns att denna försöker överdriva vårdkostnaden. Vidare nyttjas servicehem och hemvård av personer med ett lägre, och ofta mer svårbedömt, vårdbehov än de som är inlagda på långvårdsavdelningar. Vårdformen och personalens utbildningsnivå inom långvården är i betydligt högre grad statligt reglerat jämfört med de sysslor och den personal som arbetar på servicehem och inom hemhjälp. Vårdbehovet på en långvårdsavdelning ger sig också ganska naturligt, medan det är svårare att avgöra om en person med hemhjälp är i behov av 2, 8 eller 24 timmars betald hemhjälp per dygn.

Önskvärt, men än så länge en utopi, vore mer förebyggande arbete för att undvika skador bland de försäkrade. Att arbeta förebyggande och förbättra hemmiljön med tekniska hjälpmedel eller genom att installera en ramp eller bredda en dörr skulle kunna vara lönsamt på längre sikt.

Oavsett vilken vårdform den försäkrade behöver kan äldrevård kräva flera års skadereglering. Försäkringsbolaget måste därför följa den försäkrades skadeutveckling. Vid vård på servicehem eller på en långvårdsavdelning kontaktas institutionen kontinuerligt (t.ex. en gång per månad) för att säkerställa att patienten fortfarande får vård och för att klargöra vad denne får hjälp med. Vårdgivarnas information är ofta knapphändig och helst skulle försäkringsbolaget låta en sjuksköterska följa patienten dygnet runt för att fastställa dennes vårdbehov. Hemsjukvårdshjälp kräver mer arbete för att klargöra vårdbehovet då det finns en större risk för otillbörligt utnyttjande. Även om vårdbehovet minskar kan hemvårdspatienten lätt betrakta försäkringen som en extra välkommen inkomst.

Premiebestämning⁶

Premien för äldrevårdsförsäkringar betalas så länge den försäkrade inte börjat få ersättning från försäkringen och skall motsvara det förväntade skadeutfallet samt täcka försäkringsbolagens omkostnader och vinstkrav.

Aktuarien fastställer premienivåer där använda antaganden måste redovisas till finansinspektionen för godkännande i respektive delstat. Lagstiftningen förespråkar att en utjämnad premie baserad på den försäkrades inträdesålder skall gälla under försäkringens hela löptid. Försäkringspremien har hittills kunnat justeras i efterhand för hela försäkringskollektivet baserat på försäkringsbolagens erfarenhet av skadeutfall.

Riktmärket för aktuarien under äldrevårdsprodukternas introduktionsfas var att 60 procent av premien skulle användas till skadekostnader. De tidiga premierna har i efterhand på grund av felaktiga aktuariella antaganden visat sig vara för lågt prissatta. För försäkringstagarna har det resulterat i ovälkomna premiehöjningar och detta vid en tidpunkt i livet då inkomsten ofta minskar. Enligt de

aktuella riktlinjerna från finansinspektionerna, vilka nu är betydligt mer skeptiska och vaksamma på underprissatta produkter och restriktiva till premiehöjningar, skall aktuarien intyga att de föreslagna premienivåerna täcker förmåner, säljarprovisioner och vinstmarginaler och att man inte räknar med att behöva höja premierna inom överskådlig framtid. Inspektionerna avser härmed skydda försäkringstagarna mot framtida premiehöjningar som skulle kunna tvinga dessa att överge försäkringen vid den fas i livet då den försäkrade behöver skyddet som mest.

Premien bestäms av risken för äldrevårdsbehov, möjligheten till tillfrisknande samt dödsfallsrisken för friska respektive vårdbehövande. Produkterna betalar inte tillbaka något till den som annullerar försäkringen och det kan vara en lång period mellan det att premier börjar betalas in till dess skador uppstår. Priset påverkas därför i hög grad även av andelen annullerade försäkringar och av räntenivåer.

Vid fast daglig ersättning betalas den maximala förmånen ut varje dag. Produkter med ersättning för faktiska utlägg kräver även estimering av framtida vårdkostnader. Indexering av utbetalningsbeloppet samt en årlig vårdkostnadsinflation måste också tas med i beräkningen. Alldeles för höga antaganden om andelen annullerade försäkringar och för höga estimerade räntenivåer har på grund av produktens utjämnade premie haft stort inflytande på den tidigare underprissättningen av produkten.

Försäkringsbolagen har olika antaganden på riskparametrarna och därigenom olika premienivåer. Produkten får ett överkomligare pris om den köps tidigare i livet och medelåldern på köparen av äldrevårdsförsäkringar har under de senaste 15 åren sjunkit från 74 år till 54 år och är ännu lägre för försäkringar som säljs via arbetsplatserna. Ett riktvärde för årspremien idag för en produkt som berättigar till 5 års daglig ersättning på 150 USD för vårdkostnader på långvårdsavdelningar, med

100 dagars karenstid och som inflationsskyddas med 5 procent sammansatt ränta är 1 000 USD för en person med inträdesålder 40 år, 3 000 USD vid 65 år och 4 500 USD vid 70 år.

För estimering av vårdbehov på en ny marknad saknas oftast bra alternativ till att använda populationsdata, och där eventuellt avlägsna statistiken för de fattiga (vilka inte har råd med produkten) och de väldigt rika (vilka inte behöver produkten). Överensstämmelsen mellan antaget vårdbehov i försäkringskollektivet och det faktiska skadefallet beror till stor del på striktheten vid både den medicinska riskbedömningen och skaderegleringen och påverkar naturligtvis i högsta grad aktuariens möjlighet till en korrekt prissättning av produkten. Trots amerikanarnas 20-åriga erfarenhet av produkten har produktutvecklingen och vårdutbudet, samt förbättringen av riskbedömning och skadereglering, medfört att tidig statistik har ett begränsat värde vid premieberäkning för dagens äldrevårdsförsäkringar.

Reservsättningsgrunder och kapitalplacering⁷

Äldrevårdsförsäkringar är en kapitalkrävande produkt, vilket till stor del beror på konservativa amerikanska statliga reservsättningsgrunder. Vid reservsättning tillåts bolagen endast använda mycket låga antaganden på andelen annullerade försäkringar, vilket resulterar i att kapital måste reserveras för ett stort antal framtida skador. Bolagen tillåts som högst räkna med 5 procent investeringsränta, vilket var ett problem tidigare när räntenivåerna var högre. Mellan 30 och 50 procent av första årets premie måste reserveras och tillsammans med säljarnas provision skapas ett stort kapitalbehov för ett försäkringsbolag under expansion. Vidare är det inte tillåtet att anta några förbättringar i sjukligheten vid reservsättning, medan många bolag vid prissättning ändå antar årliga sjuklighetsförbättringar på 1-2 procent.

Den utjämnade premien medför att premier kommer in långt före utbetalningar, och vårdbehovslängden är osäker. Tendensen mot lägre inträdesålder på de försäkrade medför längre tid tills skadeutbetalning sker och följaktligen krävs kapitalplacering i långa tillgångar för att säkerställa framtida utbetalningar.

Återförsäkring för riskspridning och finansiell planering⁸

Både behovet av och tillgången till återförsäkring på äldrevårdsförsäkringsmarknaden har förändrats under de senaste 15 åren i USA. I början av 90-talet betraktade återförsäkrarna äldrevårdsförsäkringssegmentet som en ny och intressant marknad. De stora amerikanska återförsäkrarna tävlade om marknadsandelar och utvecklade expertis inom området. Återförsäkrarna hjälpte sedan försäkringsbolagen in på marknaden genom att erbjuda så kallade nyckelfärdiga projekt. Produkten var utformad och prissättningen klar och försäkringsbolagen agerade till stor del bara som ett ansikte utåt mot kunden. Upp till 90 procent av affären behölls av återförsäkraren genom proportionell återförsäkring. Många försäkringsbolag kom in på äldrevårdsförsäkringsmarknaden på detta sätt. På några få år växte antalet försäkringsbolag i sektorn från några tiotal till cirka 150 för att idag ha minskat till strax över 100. Till nykomlingarna hörde både försäkringsbolag kapabla till strikt medicinsk riskbedömning samt bolag med mycket begränsad riskbedömningserfarenhet.

Den höga riskbedömningskostnaden, de omfattande provisionerna till säljarna, samt en konservativ lagstiftning rörande reservsättning, gör äldrevårdsförsäkringsmarknaden i USA mycket kapitalkrävande. Även för en lönsamt prissatt produkt tar det flera år innan kassaflödet är positivt. Då de tidiga försäkringsportföljerna åldrades och upplevde skador sågs tendenser som tydde på att produkten ofta var underprissatt som en följd av dålig

medicinsk riskbedömning och för höga antaganden om annullerade kontrakt och räntenivåer. Vissa bolag hade även givit sig in på marknaden med medvetet underprissatta produkter för att ta marknadsandelar. Återförsäkrarna blev mer restriktiva till äldrevårdsförsäkringssegmentet, flertalet drog sig sakta tillbaka, och de som stannade kvar på marknaden skärpte kraven på försäkringsbolagen.

I dagsläget finns det runt fyra återförsäkrare som är aktiva på den amerikanska marknaden och det är svårt att få återförsäkring för klassisk riskspridning, speciellt för de försäkringsbolag som endast ägnar sig åt äldrevårdsförsäkringar. De senaste årens premiehöjningar med lönsammare produkter som följd skapar dock nytt intresse från återförsäkrarnas sida.

Återförsäkrarnas tidiga roll var alltså att hjälpa försäkringsbolagen in på marknaden, något som skulle kunna bli aktuellt även i Sverige vid en eventuell introduktion av produkten. Uppgiften har dock förändrats de senaste åren och idag verkar de amerikanska återförsäkrarna mest för kreativa finansiella lösningar för att hjälpa försäkringsbolagen med balansräkningen. Finansieringslösningarna sker ofta med en återförsäkrare på Bermuda, där reservgrunderna och kapitalkraven inte är lika omfattande som de är för amerikanska försäkringsbolag.

Sammanfattning och lärdomar från den amerikanska marknaden

Äldrevårdsförsäkringar är en dyrbar men mycket värdefull produkt för den amerikan som behöver äldrevård. Mycket tydligt har varit att framgångsrika försäkringsbolag, med nöjda kunder vars försäkring täcker och ersättning till det den försäkrade anser sig vara berättigad till, kräver att alla led inom försäkringsbolaget arbetar under samma premisser. En välutbildad *säljorganisation* måste stötts av en strikt *medicinsk riskbedömningsavdelning*, en välfungerande pro-aktiv,

lyhörd men samtidigt hårt kontrollerad *skaderegleringsavdelning*, samt en *aktuarieavdelning* för pris- och reservsättning som är väl insatt i de riktlinjer som de medicinska riskbedömarna och skadereglerarna arbetar efter.

Produktens utformning i USA med rådande statliga och federala prissättnings- och konservativa reservsättningsriktlinjer, den höga kostnaden för den omfattande medicinska riskbedömningen och sättet på vilket säljarna får provision medför att äldrevårdsförsäkringar är mycket kapitalkrävande. Oavsett produktens långsiktiga lönsamhet krävs stora mängder kapital för att över huvudtaget ha råd att sälja och expandera inom äldrevårdsförsäkringssektorn.

Litteraturreferenser för fördjupning

Svenskarnas ökande livslängd, den växande kostnaden för äldrevård, utländska privata försäkringslösningar samt anpassningar av dessa till svenska förhållanden har beskrivits tidigare i svensk litteratur. Det eventuella behovet av äldrevårdsförsäkringar i Sverige diskuteras i Edebalk och Svensson (2000, 2003, 2004) där även utländska försäkringslösningar jämförs. Behovet av nya finansieringsformer för äldrevård debatteras och aktuariella principer används för att uppskatta framtida äldrevårdskostnader i Sverige i Söderström (2003). Kommun- och Landstingsförbundet framställer en något ljusare bild av svensk äldrevård där framförallt kvalitén på vård som möjliggör avancerad rehabilitering i hemmet poängteras av Spjuth (2003) och Hyttsten och Spjuth (2003).

Vid fokusering på amerikanska förhållanden rekommenderas intressegrupperna för Long Term Care på hemsidorna hos de amerikanska aktuarieföreningarna Society of Actuaries (SOA) och American Academy of Actuaries (AAA), samt beskrivningarna av Medicare- och Medicaidprogrammen på hem-

sidan för Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Erkännanden

Undersökningen av äldrevårdsförsäkringsmarknaden i USA hade inte varit möjligt att utföra utan följande personer vars insikter och erfarenheter har hjälpt mig utforma denna artikel: Claude Thau vid Thau Inc. Sally H. Leimbach vid LTC Insurance Specialist. Lisa Wendt vid Blue Cross Blue Shield Florida. Anders Larsson, Dominic J. Hager och Stuart B. Grodzan vid Clarendon. Vincent L. Bodnar vid Milliman USA. Andrew M. Perkins vid Gen Re LifeHealth. Jim Heyer, Donald T. Trexler, Todd B. Armstrong, Bruce A. Stahl och William W. Hunt vid Penn Treaty Network America Insurance Company. Jürgen Elsnitz, Erik Alm och Stig Hansson vid Hannover Re.

Referenser

17th Private Long Term Care Insurance Conference. -http://www.ltcdfoundation.org/conference_2004/index.htm.

American Academy of Actuaries (AAA). - www.actuary.org.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). - www.cms.hhs.gov.

Edebalk, P.G. och Svensson, M. – Privata försäkringsbolag i en offentlig äldrevårdsförsäkring – möjligheter och problem. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2003.

Edebalk, P.G. och Svensson, M. – Äldrevårdsförsäkring. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2000.

Edebalk, P.G. och Svensson, M. – Frivilliga äldrevårdsförsäkringar – en möjlighet i Sverige? NFT 2004:(4)369-378.

Hyttsten, E. och Spjuth, M. – Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet. Utveckling, omprövning, prioritering. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2003.

Society of Actuaries (SOA). – www.soa.org.

Spjuth, M. – Aktuellt om äldreomsorgen. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 2003.

Söderström, A. – Äldreomsorg – hur kan framtida kostnader finansieras? Stockholm: SEB Trygg Liv, 2003.

Noter

¹ Baserat på material från föreläsningar under en konferens om äldrevårdsförsäkringar i Washington DC 23-25 juni 2004, samt på diskussioner med en aktuarie vid Milliman Consulting.

² Baserat på diskussioner med en säljarutbildare vid LTC Insurance Specialists, den ansvarige för operations vid Penn Treaty Network America Insurance Company, aktuarier vid Milliman Consulting, Thau Inc. och Clarendon, samt material från föreläsningar under en konferens om äldrevårdsförsäkringar i Washington DC 23-25 juni 2004.

³ Baserat på diskussioner med den ansvariga för medicinsk riskbedömning på Penn Treaty Network America Insurance Company och en aktuarienkonsult vid Milliman Consulting, samt material från föreläsningar under en konferens om äldrevårdsförsäkringar i Washington DC 23-25 juni 2004.

⁴ Baserat på diskussioner med den ansvariga för skadereglering på Penn Treaty Network America Insurance Company, en aktuarie vid Milliman Consulting samt material från föreläsningar under en konferens om äldrevårdsförsäkringar i Washington DC 23-25 juni 2004.

⁵ Ibid.

⁶ Baserat på diskussioner med aktuarier vid Penn Treaty Network America Insurance Company, Milliman Consulting, Thau Inc. och Clarendon, samt material från föreläsningar under en konferens om äldrevårdsförsäkringar i Washington DC 23-25 juni 2004.

⁷ Baserat på diskussioner med en aktuarie vid Milliman Consulting.

⁸ Baserat på diskussioner med aktuarier vid Penn Treaty Network America Insurance Company, Milliman Consulting, Thau Inc. och Hannover Re, produktutvecklare vid Blue Cross Blue Shield Florida, samt med ansvariga för seniorprodukter vid Gen Re.