

**Tomasz Szmigiel**

Politechnika Częstochowska

## **ROZWÓJ SEKTORA PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE W LATACH 2000-2003**

### **1. Wstęp**

Rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w kontekście powszechnie krytykowanej niskiej wydolności systemu publicznego ochrony zdrowia wydaje się jednym z kluczowych czynników warunkujących sprawne i racjonalne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dynamika kosztów ochrony zdrowia (wynikająca głównie z prężnego rozwoju technologii w ochronie zdrowia oraz starzenia się populacji) prowadzi do ciągłych dysproporcji pomiędzy popytem na świadczenia zdrowotne a możliwościami finansowymi sektora publicznego. Dodatkowo brak jasnych zasad dostępu do świadczeń oraz informacji o standardzie usług zdrowotnych w ramach publicznej opieki zdrowotnej mają odzwierciedlenie w rosnącym niezadowoleniu społecznym z usług tego sektora. Niewydolność systemu finansowania, zarządzania i realizacji świadczeń w systemie publicznym, powodująca utrudnienia w dostępie i/lub niższą jakość świadczeń zdrowotnych, stanowi zatem główny czynnik rozwoju usług sektora prywatnego.

Celem niniejszego artykułu jest określenie aktualnego stanu sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz ich miejsca w polskim systemie ochrony zdrowia. W opracowaniu podjęto próbę wyodrębnienia tendencji rozwojowych charakterystycznych dla rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W tym celu w przeprowadzonej analizie uwzględniono wskaźniki, które mogą być traktowane jako ekonomiczne mierniki rozwoju sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. W artykule przedstawiono również główne uwarunkowania oraz perspektywy dalszego rozwoju tego sektora.

## 2. Sektor ubezpieczeniowy oraz quasi-ubezpieczeniowy (abonamentowy)

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są określane również mianem ubezpieczeń komercyjnych, rynkowych lub dobrowolnych. W odróżnieniu od obowiązkowego uczestnictwa w publicznym systemie ochrony zdrowia polegają one na niewymuszonym przymusem państwowym zakupie specyficznej usługi, jaką jest ubezpieczenie od ryzyka konieczności ponoszenia wydatków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych.

W Polsce wykształciły się dwie składowe sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych: właściwy sektor ubezpieczeniowy oraz sektor quasi-ubezpieczeniowy, zwany też abonamentowym. Podmioty właściwego sektora ubezpieczeniowego do końca 2003 r. działały na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, z kolei sektor abonamentowy jako podstawę swojego działania przywołuje ustawę o służbie medycyny pracy. Ten ostatni zaczął się rozwijać już na początku lat dziewięćdziesiątych. Oferta podmiotów realizujących opiekę zdrowotną finansowaną w formie abonamentu ma charakter rzeczowy i zasadniczo nie wykracza poza zakres świadczeń gwarantowanych w systemie publicznym. Oferta firm abonamentowych stanowi uzupełnienie oferty publicznej w zakresie opieki ambulatoryjnej, jednak jej cechami charakterystycznymi są lepszy dostęp oraz wyższy standard udzielanych świadczeń w porównaniu z sektorem publicznym. W ostatnich latach liczbę korzystających z pakietów abonamentowych szacuje się na kilkaset tysięcy, a nawet milion osób.

W odróżnieniu od sektora abonamentowego, oferta podmiotów właściwego sektora ubezpieczeniowego dotyczy przede wszystkim opieki szpitalnej. Świadczenia w ramach tej opieki mają głównie charakter pieniężny, a nie rzeczowy, i najczęściej są oferowane w postaci suplementów, a więc umów uzupełniających zakres ochrony umów głównych, zazwyczaj grupowych ubezpieczeń na życie. Szacuje się, iż rynek ubezpieczeń zdrowotnych *sensu largo* obejmuje ok. 2,9 mln posiadaczy opcji dodatkowych stanowiących uzupełnienie umów głównych oraz prawie 1,9 mln posiadaczy polis ubezpieczenia chorobowego (głównie ochrona przed ryzykiem zdrowotnym podczas pobytu za granicą) [Sobczak 2004, s.138].

Od końca 2000 r. w ofercie towarzystw ubezpieczeniowych zaczęły się pojawiać odrębne, wyspecjalizowane produkty ubezpieczenia zdrowotnego *sensu stricto* – zarówno grupowe, jak i indywidualne – obejmujące tylko i wyłącznie świadczenia zdrowotne lub rekompensatę wydatków poniesionych na usługi i produkty zdrowotne. Od momentu wprowadzenia reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych coraz więcej towarzystw ubezpieczeniowych zaczęło przygotowywać rozbudowane produkty ubezpieczenia zdrowotnego (obejmujące świadczenia o charakterze rzeczowym), zakładając, że w przyszłości będą one alternatywą lub uzupełnieniem świadczeń oferowanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej. Przedstawiciele sektora ubezpieczeniowego w 2003 r. oszacowali liczbę osób posiadających polisę zdrowotną *sensu stricto* na ok. 30-40 tys. [Sobczak 2004, s. 138]. Ubezpieczenia tego typu w Polsce mają zatem w dalszym ciągu charakter marginalny.

Analiza rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, przeprowadzona w dalszej części opracowania, obejmuje podmioty prowadzące działalność w ramach właściwego sektora ubezpieczeniowego. Dotyczy ona zarówno prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w postaci odrębnych, wyspecjalizowanych polis ubezpieczenia zdrowotnego *sensu stricto*, jak i dużo lepiej rozwiniętego rynku ubezpieczeń zdrowotnych *sensu largo*, obejmującego ubezpieczenia na życie, wypadkowe oraz chorobowe.

### 3. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – analiza rynku

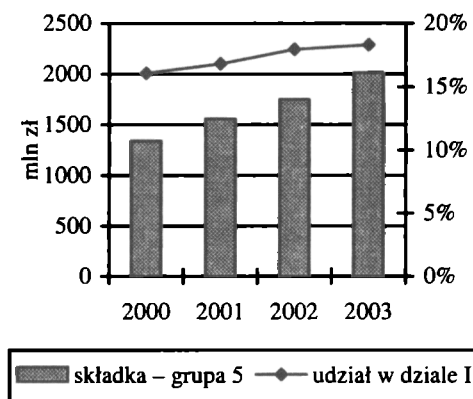
Ochronę ubezpieczeniową w związku z koniecznością zaspokajania potrzeb zdrowotnych komercyjne firmy ubezpieczeniowe oferują w dwóch działach, jednak tylko zakłady prowadzące działalność w ramach działu II mogą oferować odrębne polisy ubezpieczenia zdrowotnego i chorobowego. Są to ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej (grupa 1 działu II), oraz ubezpieczenia choroby (grupa 2 działu II). W przypadku zakładów ubezpieczeń na życie polisy tego typu mogą przyjmować postać wyłącznie oferty uzupełniającej w stosunku do ubezpieczeń na życie, posagowych lub rentowych.

Według stanu w dniu 31 grudnia 2003 r. w zakresie ubezpieczeń wypadków działalność prowadziło 31 towarzystw ubezpieczeń, a w zakresie ubezpieczeń chorób – 21 towarzystw. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jako ubezpieczenia uzupełniające (grupa 5 działu I), znalazły się w ofercie 36 zakładów ubezpieczeń. Dane te oznaczają, iż w porównaniu z rokiem 2000 o 5 wzrosła liczba zakładów oferujących ubezpieczenia wypadku oraz o 3 liczba zakładów prowadzących działalność w ramach grupy 2 ubezpieczeń osobowych. W badanym okresie także o 5 wzrosła liczba towarzystw prowadzących ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe jako ofertę uzupełniającą [Rocznik Ubezpieczeń... 2003, s. 92].

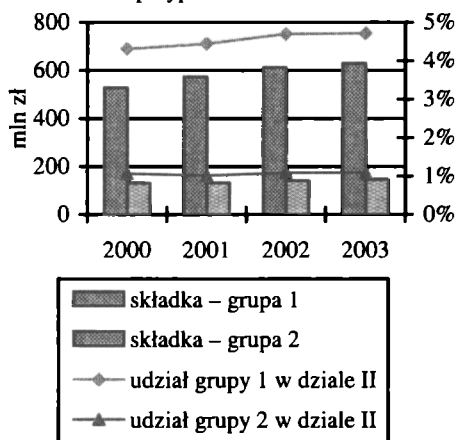
Do głównych charakterystyk obrazujących tendencje rozwojowe prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, obok liczby zakładów ubezpieczeniowych, zaliczyć należy wskaźniki oparte na składce przypisanej z tych ubezpieczeń w poszczególnych grupach objętych analizą.

Z analizy danych zaprezentowanych na rys. 1 wynika, iż wartość składki przypisanej brutto z ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych rośnie systematycznie w rozpatrywanym okresie zarówno w ujęciu nominalnym, jak i procentowym. Na koniec 2003 r. wartość ta przekroczyła 2 mln zł, co oznacza ponad 18% udziału w rynku ubezpieczeń na życie i wzrost o ponad 2 pkt procentowe w stosunku do roku 2000. Świadczy to o utrzymywaniu się tendencji rozwojowej ubezpieczeń zdrowotnych w zakresie opcji dodatkowych do umów głównych. Pozytywnie należy ocenić dynamikę przyrostu składki, która w badanym okresie rokrocznie przewyższała średnią dla całego działu (tab. 1).

Wartość oraz udział składki przypisanej brutto grupy 5 w całości przypisu składki działu I



Wartość oraz udział składki przypisanej brutto grup 1 i 2 w całości przypisu składki działu II



Rys. 1. Wartość oraz udział składki przypisanej brutto z grupy 5 w całości przypisu składki działu I oraz grup 1 i 2 w całości przypisu składki działu II

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KNUiFE.

Średnioroczny wzrost wartości udziału wypłaconych odszkodowań i świadczeń w składce brutto o 0,34 pkt procentowego wynika z nieznacznie większej przeciętnej dynamiki wypłaconych odszkodowań w porównaniu z dynamiką przypisu składki. Analiza wskaźnika kosztów działalności ubezpieczeniowej wskazuje, że systematycznie rośnie także udział kosztów administracyjnych oraz kosztów akwizycji (związanych z pozyskaniem i obsługą klientów) w składce przypisanej brutto. W badanym okresie wzrost ten wyniósł 4,8 pkt procentowego.

Tabela 1. Wybrane wskaźniki dotyczące grupy 5 działu I w Polsce w latach 2000-2003

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	Średnioroczne tempo zmian (%)
Dynamika łańcuchowa składki przypisanej brutto – grupa 5 (%)	126,68	116,11	112,43	115,03	114,5
Dynamika łańcuchowa składki przypisanej brutto – dział I (%)	119,58	111,14	105,27	112,91	109,71
Udział wypłaconych odszkodowań i świadczeń w składce brutto (%)	28,7	27,9	29,9	29	100,34
Wskaźnik kosztów działalności ubezpieczeniowej (%)	39,3	39,5	43,1	44,1	103,91
Wynik techniczny (mln zł)	410,186	459,687	506,627	417,082	100,56

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KNUiFE.

Mimo rosnących kosztów, wyniki techniczne działalności w zakresie ubezpieczeń grupy 5 w całym rozpatrywanym okresie były dodatnie. Średnioroczne tempo wzrostu

zysku technicznego wynosi 0,56%. Zysk techniczny wypracowany w tej grupie ubezpieczeń stanowił w badanym okresie przeważającą część zysku całego działu (w roku 2000 przewyższał wartość zysku technicznego osiągniętą w całym dziale I).

Podobnych wniosków do zaobserwowanych w odniesieniu do ubezpieczeń działu I dostarcza analiza danych dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych prowadzonych w dziale II. Wartość nominalna zbioru składki brutto wzrosła w rozpatrywanym okresie zarówno w 1, jak i 2 grupie, odpowiednio o ponad 101 mln zł i prawie 15 mln zł. Nieznacznie zwiększał się także udział ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych w portfelu ubezpieczeń pozostałych osobowych i majątkowych, niemniej jednak udział ten, szczególnie w przypadku grupy 2, należy uznać za marginalny (1,09% w 2003 r.). Składka przypisana brutto zarówno w grupie 1, jak i 2 rosła corocznie w tempie wyższym od przypisu składki w dziale II (tab. 2).

Tabela 2. Wybrane wskaźniki dotyczące grupy 1 oraz 2 działu II w Polsce w latach 2000-2003

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	Średnioroczne tempo zmian (%)
Dynamika łańcuchowa składki przypisanej brutto – grupa 1 (%)	109,95	108,59	106,9	102,72	106,03
Dynamika łańcuchowa składki przypisanej brutto – grupa 2 (%)	117,09	100,48	107,44	102,31	103,36
Dynamika łańcuchowa składki przypisanej brutto – dział II (%)	108,27	105,33	101,01	102,25	102,84
Udział wypłaconych odszkodowań i świadczeń w składce brutto – grupa 1 (%)	38,7	39,7	41,2	42,3	103,00
Udział wypłaconych odszkodowań i świadczeń w składce brutto – grupa 2 (%)	36,8	38,7	42,2	43,9	106,05
Wskaźnik kosztów działalności ubezpieczeniowej – grupa 1 (%)	32,4	32,3	30,9	36,4	103,95
Wskaźnik kosztów działalności ubezpieczeniowej – grupa 2 (%)	31,8	42,6	43,6	40,2	108,11
Wynik techniczny – grupa 1 (mln zł)	97,544	120,412	113,711	110,18	104,14
Wynik techniczny – grupa 2 (mln zł)	9,961	-8,128	-1,232	-5,755	59,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KNUiFE.

Na skutek wyższej dynamiki wypłacanych odszkodowań i świadczeń ich udział w składce przypisanej brutto wzrósł w badanym okresie o 3,6 pkt procentowego w grupie 1 oraz 7,1 pkt procentowego w grupie 2. Niekorzystną tendencję można także zaobserwować w odniesieniu do kosztów działalności ubezpieczeniowej. Łączne koszty akwizycji oraz administracyjne rosły corocznie w tempie szybszym niż składka przypisana brutto w obu grupach, o czym świadczy dodatnie średnioroczne tempo zmian wskaźników działalności ubezpieczeniowej – 3,95% w grupie 1 oraz 8,11% w grupie 2.

Analiza danych wskazuje, że zagregowane wyniki działalności w zakresie ubezpieczeń grupy 1 w całym badanym okresie przyjmują wartość dodatnią. Na koniec 2003 r. wynik techniczny tej grupy wyniósł 110 mln zł. Wskutek tego zysk techniczny ma stały, choć nieznaczny, trend wzrostowy 4,14%. Z kolei w grupie 2

ubezpieczeń pozostałych osobowych i majątkowych, począwszy od roku 2001, zakłady ubezpieczeń wykazywały stratę techniczną, która na koniec 2003 r. wyniosła 5,7 mln zł. Należy dodać, iż w rozpatrywanym okresie dodatni wynik techniczny w dziale I osiągnięty został jedynie w 2003 r.

#### **4. Perspektywy rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce**

Rola i zakres komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, głównie ich rozwój, uzależnione są od struktury i sposobu działania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a przede wszystkim od ustawowego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych przez ten system. Określenie minimalnego standardu świadczeń dostępnych za darmo w systemie publicznym pozwoliłoby na wyeliminowanie zjawiska podwójnego płacenia za te same usługi i świadczenia zdrowotne. Duży aktualnie zakres koszyka gwarantowanych usług zdrowotnych znacznie ogranicza możliwości rozwoju oferty prywatnych zakładów ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczeń uzupełniających.

Zdaniem ekspertów, warunkiem koniecznym do wprowadzenia efektywnego systemu rozwiniętych, komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, oprócz określenia koszyka świadczeń gwarantowanych w systemie publicznym, jest utworzenie sieci obejmującej ok. 200 szpitali i kilkanaście klinik stosujących te same procedury leczenia, zdolnych do zapewnienia świadczeń i procedur medycznych o wysokim standardzie jakościowym [Holly 2004, s. 10]. Właściwym kierunkiem rozwoju komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych jest zatem konieczność stworzenia przez zakłady ubezpieczeniowe rozbudowanej oferty o szerokim zakresie podmiotowym i przedmiotowym ochrony oraz zwiększonym udziale świadczeń rzeczowych w ramach ubezpieczeń na życie oraz tworzenie odrębnej oferty przez towarzystwa pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych. Oferta ta powinna mieć charakter świadczenia uzupełniającego, a więc niekonkurencyjnego w stosunku do oferty powszechnego systemu opieki zdrowotnej.

Wśród czynników sprzyjających dalszemu rozwojowi prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce należy wymienić przede wszystkim postępującą niewydolność publicznej ochrony zdrowia, rosnące niezadowolenie społeczne z usług tego sektora, a także proponowane wprowadzenie szerszego zakresu opłat pacjentów za świadczenia zdrowotne i dopłat do nich (współpłacenie) z jednoczesnym prowadzeniem polityki wspierania rozwoju prywatnych ubezpieczeń uzupełniających<sup>1</sup>. Opłaty i dopłaty stanowią rodzaj asekuracji stosowanej w celu ograniczenia obciążeń finansowych systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i służą ograniczaniu nieuzasadnionego popytu (zjawiska hazardu moralnego świadczeniobiorców).

---

<sup>1</sup> Stanowisko Konferencji Okrągłego Stołu w Sektorze Ochrony Zdrowia, dokument z dnia 5 sierpnia 2003 r., zamieszczony na stronie Ministerstwa Zdrowia: <http://www.mz.gov.pl>.

Impulsem dla rozwoju sektora komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie z pewnością akcesja Polski do Unii Europejskiej, umożliwiającą wdrożenie rozwiązań powszechnie stosowanych w krajach Unii. Istotnym czynnikiem rozwoju stałoby się niewątpliwie wprowadzenie ulg podatkowych dla wykupujących polisy w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W wielu krajach europejskich wprowadzenie ulg tego typu przyczyniło się do rozwoju uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych.

Do pozytywnych efektów rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zaliczyć należy przede wszystkim stworzenie konsumentom możliwości wyboru przez zapewnienie urozmaiconej oferty polis, zwiększenie roli mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej, a także dywersyfikację źródeł oraz wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia. Rozwój sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może prowadzić do problemów natury społecznej i ekonomicznej, a mianowicie pogłębienia różnic w dostępie ludności do usług zdrowotnych ze względu na możliwości finansowe, a tym samym zróżnicowania uzyskiwanych korzyści zdrowotnych.

## 5. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza ujawnia, że rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (głównie *sensu largo*), zapewniających ochronę przed ryzykiem ponoszenia wydatków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, następuje w Polsce bardzo wolno. Z kolei rynek komercyjnych, rozwiniętych ubezpieczeń zdrowotnych *sensu stricto*, o szerokim zakresie ochrony i przewadze świadczeń rzeczowych znajduje się w Polsce w fazie początkowej. Działalność i rozwój firm abonamentowych potwierdzają jedynie to, że w Polsce jest znaczne zapotrzebowanie rynkowe na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, będące uzupełnieniem powszechnego systemu opieki zdrowotnej.

Na podstawie wyników dokonanej analizy można stwierdzić, iż wyraźną, choć wolną, tendencję rozwojową wykazują ubezpieczenia stanowiące uzupełnienie umów głównych w zakresie ubezpieczeń na życie. Świadczą o tym zarówno wzrost liczby podmiotów oferujących tego typu produkty ubezpieczeniowe, stosunkowo wysoka średnioroczna dynamika, rosnący udział składki przypisanej brutto w składce działu, jak i wysoka wartość udziału zysków technicznych grupy 5 w zysku całego działu ubezpieczeń na życie. Zainteresowanie w prowadzeniu ubezpieczeń zdrowotnych jest duże większe w segmencie ubezpieczeń na życie aniżeli w segmencie ubezpieczeń majątkowych i osobowych. W tym ostatnim rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych następuje zdecydowanie wolniej. Co prawda, liczba zakładów oferujących odrębne, wyspecjalizowane polisy ubezpieczenia zdrowotnego stopniowo rośnie, niemniej jednak, w porównaniu z polisami mającymi postać suplementów do umów głównych, tego typu produkty ubezpieczeniowe rzadziej pojawiają się w ofercie towarzystw ubezpieczeniowych. Wartości wybranych wskaźników, dotyczące grupy 1 oraz 2 działu II, potwierdzają bardzo wolne tempo rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczeń majątkowych i osobowych. Dynamika oraz udział składki przypię-

sanej brutto w zbiorze składki całego działu w obu omawianych grupach wykazują nieznaczną tendencję wzrostową, jednak składka z tych ubezpieczeń w 2003 r. stanowiła jedynie 5,81% składki zebranej w dziale II. Korzystnie ocenić należy dodatnie wyniki działalności w ramach ubezpieczeń grupy 1, z kolei wyniki grupy 2 w całym analizowanym okresie oscylowały wokół prognozy rentowności.

Zjawiskiem charakterystycznym dla wszystkich rozpatrywanych grup ubezpieczeń w badanym okresie jest szybsze tempo wzrostu kosztów w porównaniu z przypisem składki brutto. Utrzymywanie się tej niekorzystnej tendencji może w przyszłości doprowadzić do wyraźnego pogorszenia wskaźników rentowności omawianych grup ubezpieczeń zdrowotnych.

## Literatura

- Bogutyn J., Monkiewicz J., *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń. Tom II – produkty*, Poltext, Warszawa 2001.
- Holly R., *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna II”, grudzień 2004.
- Rocznik Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych 2002, [www.knuife.gov.pl/index.html](http://www.knuife.gov.pl/index.html).
- Rocznik Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych 2003, [www.knuife.gov.pl/index.html](http://www.knuife.gov.pl/index.html).
- Rynek ubezpieczeń 2003*, Urząd Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Departament Komunikacji i Integracji Europejskiej 2004.
- Rynek ubezpieczeń 2004*, Urząd Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Departament Komunikacji i Integracji Europejskiej 2005.
- Sobczak A. (red.), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2004.
- Stachura R., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce oraz sprawowany nad nim nadzór*, „Polityka Zdrowotna II”, grudzień 2004.
- Sułkowska W. (red.), *Rozwój rynków ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*, AE, Kraków 2003.
- Wyniki sektora ubezpieczeń za rok 2001*, [www.knuife.gov.pl/index.html](http://www.knuife.gov.pl/index.html).

## THE DEVELOPMENT OF PRIVATE HEALTH INSURANCE SECTOR IN POLAND IN THE YEARS OF 2000-2003

### Summary

Widely criticized low efficiency of the public health care system in Poland, makes up an area for the development of private, voluntary health insurance sector. The purpose of this work is to define the current state of private health insurance sector as well as their place in the Polish health care system. The valuation attempt of development tendencies characteristic of commercial health insurance market is taken in the paper. To this end, the conducted analysis contains indexes that may be treated as economical measurements of the development of the private health insurance market. The main factors and prospects of the further growth of voluntary health insurance sector are presented in the paper as well.