

# Miesięcznik

# Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 20 I NUMER 11 I LISTOPAD 2023 • 2 LISTOPADA 2023



W N U M E R Z E :

## Ludność i demografia

## Reasekuracja/Zarządzanie

Piotr Zadrożny o inflacji/DORA/Cyber/System ochrony gości



**TOMASZ KANIEWSKI**  
dyrektor Biura Ubezpieczeń na Życie EIB

## Zdrowotne tango „Jest super, więc o co Ci chodzi?”

Przyzwyczajiliśmy się, że programy opieki medycznej dla pracowników – czy to w formie ubezpieczenia, czy w formie abonamentu – są już mocno zakorzenione w świadomości Polaków. Pracownicy ich oczekują, pracodawcy są skłonni je finansować, a oferenci przygotowują coraz to nowe propozycje, które te potrzeby zaspokajają. Niemal sielankowa wizja dojrzałego już (w końcu!) rynku. Tylko czy ten opis nie brzmi trochę jak tekst przywołanego już w tytule utworu „Jest super” zespołu T.Love? Jeśli ktoś nie zna, polecam :-). – **TOMASZ KANIEWSKI**

Jakie korzyści wymieniane są w każdym folderze reklamującym program opieki zdrowotnej? Dostęp do lekarzy bez konieczności wyczekiwania w wielotygodniowych kolejkach. Szybkie badania diagnostyczne, które są tak ważne, kiedy coś nam doskwiera. Natychmiastowy dostęp do rehabilitacji koniecznej, by wrócić do formy. Przegląd stanu zdrowia, żeby czuć się bezpieczniej. A dla pracodawcy? Sprawnie zrealizowane badania medycyny pracy wymagające oderwania pracownika od obowiązków tylko na jeden dzień. „Więc o co Ci chodzi?”

Oczywiście to jest kierunek, w którym zmierza każdy dostawca programów opieki medycznej, a których poszukujemy my – brokerzy, chcąc znaleźć najlepsze rozwiązania w imieniu naszych klientów. Tylko czy w starzejącym się społeczeństwie ten cel jest w ogóle możliwy do osiągnięcia?

### **KTOŚ MUSI TRZYMAĆ STETOSKOP**

Zmiany demograficzne dotyczą zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Potwierdzają to dane zaprezentowane pod koniec zeszłego roku przez Główny Urząd Statystyczny w raporcie „Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w latach 2019–2020”. „Statystyczny” polski lekarz i pielęgniarka wykonujący swój zawód mają 50-tkę na karku. Ponad połowa osób pracujących z pacjentami przekracza tę granicę. Nie zbieramy danych na temat liczby osób wykonujących zawody medyczne, którzy decydują się na emigrację. Dane udostępnione przez rynekzdrowia.pl

wskazują od kilkuset do nawet blisko 1 000 takich decyzji rocznie podejmowanych przez lekarzy w ostatnich latach. To przekłada się na ok. 5% uszczerbek w liczbie pracujących w każdej dekadzie.

Liczba lekarzy pracujących z pacjentem to 33 lekarzy na 10 000 mieszkańców. Mało? Dużo? W sam raz? Dopóki nie przeliczymy tego na liczbę konsultacji, nie wiemy, jak to interpretować. Jeśli każdy kontakt z pacjentem trwałby 15 minut, każdy lekarz zajmowałby się pacjentami po 40 godzin tygodniowo i pracował bez jakichkolwiek przerw na urlop, chorobę, czy też kształcenie się, oznaczałoby to około dwie konsultacje miesięcznie na jednego mieszkańca. Ile takich „slotów” potrzebuje pacjent przebywający w szpitalu, walczący z ciężkimi chorobami, wymagającymi niemal ciągłej opieki, czy po prostu schorowany senior?

Zauważmy, że te dane mają już kilka lat, więc teraz z pewnością nie jest lepiej. Pieszczotliwie nazwany przez GUS „zasób kadrowy” ma kilka wiosen więcej. Do tego fatalne warunki pracy podczas pandemii, stres i eksploatacja organizmu ponad siły z pewnością poskutkowały rezygnacją z wykonywania zawodu wielu osób mających uprawnienia emerytalne.

### **CZY DOSZLIŚMY DO ŚCIANY?**

Od największych operatorów medycznych słyszymy wprost – chcemy zakontraktować nowych lekarzy, ale dostępnych po prostu nie ma. Ci najlepsi dyktują warunki, a bez nich oferta wygląda dobrze tylko z perspektywy centrali, bo operuje na

ogólnych liczbach. Rozmowy lokalnie, bezpośrednio z klientem, dotyczące konkretnych nazwisk cenionych lekarzy nie przebiegają już tak gładko. Część placówek o dobrej opinii nie chce współpracować z operatorami medycznymi. Inni współpracują, ale na swoich zasadach – preferując sprzedaż bezpośrednią lub ograniczając swoją dostępność wyłącznie do części specjalizacji lub wręcz wybranych medyków. Zwiększanie dostępności swoich usług jest bardzo trudne. Nawet sięgnięcie do kieszeni i inwestycja w rozwój sieci placówek własnych nie rozwiązuje wszystkich problemów – ktoś ten stetoskop musi trzymać.

Uczestnicy programów opieki medycznej „uczą się”, jak sobie radzić w takich sytuacjach. Słyszałem o kilku sposobach. Pierwszy z nich to logowanie się do aplikacji o konkretnej godzinie, która odpowiada momentowi zdejmowania rezerwacji na odwołane wieczorem wizyty. Inny to regularne awantury na infolinii – nie polecam ze względu na to, że praca na infolinii to ciężki kawałek chleba i bez takich rozmów. Jeszcze inny to bezpośredni kontakt z placówką, a później próba autoryzacji wizyty na infolinii, co też zwykle nie przebiega bez problemów. **Prywatne programy opieki medycznej rozwinęły się z powodu niewydolności systemu publicznego. Tylko czy stopniowo nie powinniśmy również diagnozować początków problemów w prywatnych polisach i abonamentach?**

### A JAK NAS WIDZĄ?

Kilka tygodni temu miałem okazję rozmawiać z decydentką w dużej firmie, od lat fundującej swoim pracownikom program opieki medycznej. Omówiliśmy oferty, wymieniliśmy się spostrzeżeniami dotyczącymi zakresu oraz proponowanych przez oferentów placówek medycznych. Pod koniec spotkania dostałem najtrudniejsze pytanie: „Czy po zmianie oferenta coś się realnie zmieni?”. Na co narzekali korzystający z programu? Regularne niedotrzymywanie standardów dostępności do specjalistów, wyłączanie kolejnych cenionych przez pracowników lekarzy (można z nich korzystać, ale tylko w ramach refundacji, bo tak postanowiła placówka – partner medyczny) oraz kompletny brak dostępności usług podstawowej opieki zdrowotnej w okresie grypowym. Te zastrzeżenia niestety powtarzają się, jak Polska długa i szeroka.

Najbardziej chyba kontrowersyjnym tematem jest właśnie dostępność i sposób rozstrzygnięcia, czy ustalone standardy zostały dotrzymane. Zarówno kontakt z infolinią, jak i korzystanie z aplikacji dostarczanych przez dostawcę zachęcają do podania swoich preferencji. Wskaż wygodne dla Ciebie dni, powiedz nam, która godzina będzie dla Ciebie odpowiednia, a może zaproponuj preferowaną placówkę – każde takie wskazanie powoduje wyłączenie standardów dostępności. Oczywiście wyznaczanie klientom z Rzeszowa wizyt w Szczecinie (aby zapewnić realizację standardów dostępności) jest jedynie miejską legendą, ale poczucie niesprawiedliwości wśród uczestników programu jest prawdziwe. Program opieki medycznej ma zadziałać, kiedy potrzebujemy pomocy. Choroba i stres powodują emocjonalne reakcje. Kto w takiej sytuacji nie jest w stanie zapewnić swoim klientom odpowiedniego standardu obsługi, traci jego zaufanie.

Niestety odpowiedź na podobne zastrzeżenia nie jest łatwa. Na wiele bolączek recepty nie ma. Rozwiązaniem często proponowanym przez oferentów podczas negocjacji lub rozmów z pracownikami jest zastosowanie refundacji wydatków medycznych

poniesionych poza siecią. Byłoby to bardzo dobre rozwiązanie, gdyby nie jedno „ale”. W zdecydowanej większości umów zawartych w Polsce taka formuła oznacza co najmniej 30% udział własny klienta. W skrajnym przypadku ten udział własny może sięgać nawet 75%, jeśli koszt wizyty u specjalisty wynosi 300 zł (jak dobrze wiemy jest to obecnie norma), a refundacja to jedynie 75 zł (sic!). Czy w takim wypadku udaje się oferentowi (i niestety również rynkowi) zachować zaufanie klienta?

### NOWE KROKI

Nawiązując do tytułu tego artykułu, nie sposób nie zauważyć, że w jakimś stopniu pomyłone zostały kroki. Faktycznie muzyka przyspieszyła (zmieniły się okoliczności), a na parkiecie tłum, który powoduje nieuchronne zderzenia. Niby taniec możliwy, ale nie wygląda to tak, jak zostało zaplanowane. Nowi gracze w szczególności odczuwają konieczność intensywnego rozpychania się łokciami, żeby wywalczyć sobie miejsce. A może trzeba pomyśleć o zmianie parkietu?

Co jakiś czas jako brokerzy spotykamy się z osobami mającymi duży wpływ na nasz ubezpieczeniowo-zdrowotny rynek. Możemy porozmawiać o planach rozwoju, wyzwaniach i lepiej zrozumieć też trudy, z którymi zmagają się „na parkiecie”. **Rynek prywatnej opieki medycznej z pewnością ma przed sobą bardzo ciekawe perspektywy.** Niestety nie jest tak, że po drodze nie czekają na niego pułapki. Jedną z najpoważniejszych jest zły PR, który położył się cieniem na naszej branży już kilkakrotnie.

Pod koniec zeszłego roku od naszego operatora medycznego usłyszałem: „Przykro nam, ale nie mamy możliwości umówienia wizyty, proponujemy 100% refundacji”. Trochę się powściękałem, ale złapałem za telefon i... i nic nie znalazłem. We wszystkich punktach, które mi przysłał do głowy w Toruniu, Bydgoszczy, Włocławku i Grudziądzu nie znalazłem sensownego terminu na wizytę u lekarza POZ. Nie pozostało mi nic innego, jak pogodzić się z sytuacją – szczyt sezonu grypowego + dziecko w przedszkolu to niebezpieczna kombinacja. Czy winię za tę sytuację operatora medycznego? No nie – dał mi możliwość przekonania się na własnej skórze, że dostępność lekarzy POZ w tych krytycznych miesiącach jest bardzo niska. **Magicznego wyjścia z obecnej sytuacji nie ma – lekarzy nie przybędzie, a Polacy też masowo nie staną się zdrowsi.**

A może z tej sytuacji wynika jakiś morał? Zamknęliśmy się całkowicie na jeden model prywatnej opieki medycznej. Ten model wymaga gigantycznych nakładów finansowych dla wchodzących na rynek nowych graczy. W końcu trzeba zbudować sieć partnerów medycznych lub nawet postawić własne centra medyczne, uruchomić sprawnie działającą infolinię, zainwestować w narzędzia informatyczne i zadbać o odpowiednią sprzedaż.

A gdyby ograniczyć się wyłącznie do dostarczenia usługi finansowej? Proste i jasne zasady dla klienta – leczy się, gdzie chce i gdzie sam znajdzie dostępność. Po wizycie bierze rachunek, a określona jego część jest zwracana na konto. Czerpiąc z europejskich wzorców, pewnie konieczne byłoby ustalenie udziału własnego, a może również (realnych!) limitów wydatkowych. Czy to jest model dla każdego? Z pewnością nie, ale rozmowy z naszymi klientami wskazują, że dla części grup byłby ciekawą alternatywą. A jak wiadomo – im szerszy wachlarz dostępnych rozwiązań, tym większa szansa, że odpowiemy na potrzeby klienta. □