

Ubezpieczyciele oferują możliwość realizacji usług w formie gotówkowej, czyli tzw. refundację. W modelu abonamentowym trzeba ją dodatkowo negocjować, a tutaj jest standardem.



PRYWATNA OPIEKA MEDYCZNA

Hity i kity 2020

W momencie ogłoszenia w marcu 2020 r. pierwszego lockdownu gospodarki na wielu dostawców prywatnej opieki medycznej padł strach. Klienci nadal dzwoniли, by umówić się do lekarza, przychodzili do przychodni na wcześniej umówioną wizytę. Niestety część placówek została zamknięta.

Ratunkiem okazała się niedoceniana przez wszystkich teledycyna. Jako pierwsze, na masową skalę, wdrożyły ją firmy oferujące prywatne pakiety medyczne, a potem pozostałe placówki medyczne. To był strzał w dziesiątkę.

W pierwszej fazie epidemii okazało się, że często jest to jedyna forma kontaktu z lekarzem, gdyż znacząca część przychodni mocno ograniczyła liczbę wizyt stacjonarnych z obawy o bezpieczeństwo zdrowotne personelu. Nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby to potrwało miesiąc, dwa. Niestety ta sytuacja trwa do dziś.

Kiedy po odmrożeniu można było powoli zacząć organizować się w nowej rzeczywistości, zarówno przychodnie prywatne, jak i państwowe zaczęły wdrażać modyfikacje.

Jedną z nich jest kwalifikacja wśród pacjentów na podstawie systemu TRIAGE w celu minimalizacji ryzyka zakażeniem wirusem Sars-CoV-2. Celem nowej modyfikacji jest oddzielenie pacjenta z objawami Covid od pacjentów zdrowych.

Co to dla niego oznacza w praktyce? Jeśli pacjent chce umówić się na wizytę stacjonarną, musi najpierw odbyć krótki wywiad telefoniczny lub teledycyną z lekarzem, który zweryfikuje jego stan zdrowia oraz objawy, by określić zasadność skorzystania z wizyty stacjonarnej.

Co wtedy, gdy pacjent ma objawy wskazujące na Covid? Pozostaje nadal tylko teledycyna. **Pytanie, czy to nadal HIT czy KIT?**

Obecnie rynek prywatnych usług medycznych dzieli się na dwa modele biznesowe. Pierwszy, najbardziej popularny, to tzw. **abonament medyczny** oferowany przez prywatne sieci placówek medycznych należące do liderów, tj.: Lux Med, Medico, Enel-Med, PZU Zdrowie.

Drugim modelem są **ubezpieczenia zdrowotne** oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe, które w większości przypadków stosują ten produkt jako dodatek do swojej bogatej oferty majątkowej.

Tu liderem jest PZU Życie, które korzysta z sieci PZU Zdrowie, Inter Polska, Allianz, Compensa czy TU Zdrowie, które specjalizuje się na rynku wyłącznie w ofercie ubezpieczeń zdrowotnych dla pracowników firm.

Jak to wygląda w obu modelach?

Abonamenty

W przypadku abonamentów, w dużych miastach usługa jest realizowana w przychodniach, które należą do danego dostawcy i to on w ramach usług, które w nich zapewnia, realizuje świadczenia dostępne w abonamencie.

Mając wpływ na cały proces realizacji usługi i dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta, dostawca może nim dowolnie zarządzać, ale i ograniczać, np. zastępując dostęp do wizyty stacjonarnej i oferując go w formie teledycyną. Może też wpływać na skierowania na badania i to, jaką ich liczbę wypisuje lekarz, poprzez wprowadzenie budżetu miesięcznego na te usługi.

Nie byłoby w tym może niczego złego, ale sprawa się komplikuje w przypadku pojawienia się nowych dolegliwości, które wymagają obejrzenia i zbadania pacjenta.

Na tym ograniczenia się nie kończą. Prywatne sieci placówek, aby zapewnić sobie wpływ na proces leczenia oraz koszty, które generują pacjenci, w wielu przypadkach nie akceptują skierowań wystawianych przez lekarzy, którzy z nimi nie współpracują. Przez takie rozwiązanie zamyka się możliwość konsultacji z lekarzami, których jest coraz mniej na rynku.

Duże znaczenie w modelu abonamentowym ma też to,

gdzie chcemy korzystać z usług. Jeśli jest to duże miasto, w którym firmy abonamentowe mają swoje przychodnie, możemy liczyć na wsparcie ich infolinii. Ona przyjmie zgłoszenie i postara się zorganizować wizytę.

Niestety w pozostałych lokalizacjach, gdzie usługi realizują tzw. placówki partnerskie, pacjent musi liczyć na samego siebie. Dostęp oferowany jest tylko poprzez osobisty lub telefoniczny kontakt z placówką. Przed epidemią nie byłoby z tym większych problemów, ale dziś niekiedy trzeba obdzwonić kilka miejsc.

Oczywiście można skorzystać z aplikacji i rozwiązań technologicznych, które te firmy oferują swoim pacjentom, tj. możliwość umówienia się na wizytę w ramach dostępnych grafików online lub zamówić wizytę poprzez formularz online, ale tutaj należy pamiętać, że nie ma gwarancji dostępności i co więcej, te grafiki są tylko w przychodniach własnych firm abonamentowych, a nie w placówkach partnerskich.

W takich sytuacjach powinny pomóc standardy dostępności, tj. gwarantowany maksymalny czas realizacji usługi w placówce od momentu zgłoszenia dostawcy potrzeby zrealizowania tej usługi. W tym modelu nie są one jednak zagwarantowane w podstawowej ofercie i epidemia tego nie zmieniła.

Ubezpieczenia

W przypadku modelu ubezpieczeń zdrowotnych towarzystwo ubezpieczeń jest tak faktycznie pośrednikiem pomiędzy realizatorem usługi, czyli placówką, a ubezpieczającym, czyli firmą, która wykupuje ubezpieczenie pracownikom. Funkcjonowanie ubezpieczeń jest regulowane przepisami prawa, a ubezpieczyciele podlegają kontroli regulatora rynku, czyli Komisji Nadzoru Finansowego.

Ubezpieczyciel nie ma prawa i możliwości wpływania na formę i proces realizacji usługi. Lekarz współpracujący z TU ma ten komfort, że może zlecać badania i dobierać metody leczenia bez obaw o koszty, jakie generuje dla TU. Może też pracować swobodnie, bo wie, że nikt nie zakwestionuje jego zaleceń lub metod, które są mu potrzebne do postawienia diagnozy.

Towarzystwo ubezpieczeń, aby zapewnić ubezpieczonemu swobodę w dostępie do usług, akceptuje skierowania wystawiane przez dowolnego lekarza w Polsce. Dzięki temu nie ponosi dodatkowych kosztów za konsultacje, ale daje ubezpieczonemu możliwość kontaktu z dowolnym lekarzem.

Infolinia TU, w odróżnieniu od modelu zamkniętego, umawia do wszystkich placówek, z którymi współpracuje, a ubezpieczony, jeśli tylko chce, może zamówić wizytę teledycyną, lecz nie musi.

Standard dostępności

Jeśli ubezpieczony chce skorzystać z wizyty stacjonarnej, TU musi zgodnie z warunkami ubezpieczenia taką usługę zapewnić. Wynika to z faktu, że standardy dostępności są standardem w każdej umowie ubezpieczenia.

Należy jednak pamiętać o **GWARANCJI** dostępności. Dziś w dobie epidemii i braku lekarzy taka gwarancja jest bardzo istotna i powinna znajdować się w każdej dobrej umowie.

Według danych Ministerstwa Zdrowia w Polsce zarejestrowanych jest ponad 25 tys. ambulatoryjnych podmiotów medycznych. Ubezpieczyciel, aby ograniczyć swoje koszty i wywiązać się ze standardów dostępności, stara się kontraktować możliwie jak najwięcej podmiotów medycznych, w tym praktyki lekarskie i szpitale na terenie całej Polski.

Zatem liczba placówek ma tutaj duże znaczenie. Największy gracz, PZU, oferuje 2200 placówek, ale posiada już 2,7 mln użytkowników. Z kolei TU Zdrowie SA oferuje już ponad 3400 placówek dla 150 tys. ubezpieczonych. Dodatkowo PZU otwiera własne centra medyczne w dużych miastach oraz przejmuje mniejsze sieci placówek, tj. Falck Medycyna czy spółkę Tomma Diagnostyka, by zapewnić większy komfort swoim klientom.

Ubezpieczyciele oferują również możliwość realizacji usług w formie gotówkowej, czyli tzw. refundację. W modelu abonamentowym trzeba ją dodatkowo negocjować, a tutaj jest standardem.

Ubezpieczony, jeśli tylko chce, bez uprzedniej akceptacji TU może skorzystać z dowolnej wybranej placówki, gabinetu lekarskiego w formie gotówkowej. Musi tylko pamiętać, by wziąć od lekarza fakturę lub rachunek imienny.

Jeśli usługa jest w pakiecie, TU dopłaca ubezpieczonemu do tej usługi zgodnie z cennikiem refundacji dołączonym do umowy ubezpieczenia. Do niedawna była to usługa niedoceniana przez wielu użytkowników, jednak dziś, kiedy lekarze odmawiają przyjęcia pacjenta w przychodni, nie robią żadnych problemów, by przyjąć pacjenta w swoim prywatnym gabinecie.

Warto zatem zwrócić uwagę, jak dane TU podchodzi do refundacji, tj. czy daje możliwość refundacji wszystkich usług, które wchodzi w zakres ubezpieczenia, jaki jest poziom refundacji oraz w jaki sposób można wysłać taką fakturę czy rachunek i go rozliczyć.

Te wszystkie rozwiązania, jak i możliwości pozwalają postawić tezę, że model ubezpieczeniowy jest modelem otwartym w pełni swobodnym dla użytkownika.

Dopóki obecna sytuacja się nie zmieni albo też nie zwiększy się liczba lekarzy w Polsce, model ubezpieczeniowy daje dużo większe możliwości i lepiej przystosowuje się do oczekiwań rynku.

Grzegorz Waszkiewicz
broker ubezpieczeniowy
członek zarządu
właściciel portalu
BezpieczenstwBiznesie.pl