

Szpital, przychodnie i pacjenci potrzebują rozwoju ubezpieczeń

Pacjent, szpital i... ten trzeci

Marzena Bandurewicz



fot.: iStockphoto

Minione dziesięciolecie upłynęło pod znakiem dynamicznego rozwoju prywatnego sektora usług medycznych. Pacjenci oraz tysiące niepublicznych lecznic w Polsce oczekują nawiązania lepszej współpracy z prywatnymi ubezpieczycielami. Dlaczego tak o nią trudno?

Wydatki na opiekę medyczną systematycznie rosną. Pacjenci domagają się szybkiego dostępu do usług medycznych, wysokiej jakości świadczeń realizowanych przy wykorzystaniu nowoczesnego sprzętu, profesjonalizmu personelu medycznego, miłej obsługi

i dobrych warunków lokalowych. W powszechnej opinii w tym zakresie prywatni dostawcy usług medycznych mają znaczną przewagę nad publicznymi.

Dezintegracja

Szpitaly niepubliczne współpracują zarówno z NFZ, jak i oferują usługi, których koszty pokrywane są bezpośrednio przez chorych. Jednak, aby mogły w pełni wykorzystać swój potencjał, muszą pozyskiwać coraz więcej klientów. Problemem prywatnych świadczeniodawców jest przede wszystkim rozdrobnienie rynku, co utrudnia dotarcie z ofertą do osób spoza ścisłego obszaru ich działalności. Klientami tych

placówek są najczęściej lokalne społeczności. Rozwój wymaga w wielu przypadkach nawiązania współpracy z instytucją, która stworzyłaby kompleksową bazę placówek i pośredniczyłaby w przekazywaniu informacji na ich temat.

Zachodnie wzorce

W wielu krajach Europy Zachodniej oraz w USA w procesy integracji rynku, ujednoczenia standardów obsługi w prywatnych placówkach medycznych i ich współpracę z ubezpieczycielami włączone są tzw. firmy TPA, czyli *third party administrator*. Ubezpieczyciele współpracujący z takim partnerami zyskują dostęp do ujednoczonej sieci prywatnych usługodawców medycznych bez konieczności ponoszenia wysokich nakładów związanych z jej budową. Dzięki dużemu portfelowi klientów indywidualnych, firmy TPA zapewniają ubezpieczycielom, z którymi współpracują, niższe ceny usług medycznych oraz gwarancję jakości w zintegrowanej sieci placówek medycznych. Podstawą budowy sieci jest weryfikacja jakości usług placówek medycznych, która ma decydujące znaczenie dla satysfakcji klientów indywidualnych. Każda placówka jest sprawdzana pod względem wyposażenia, warunków lokalowych i kompetencji personelu.

Korzyści dla wielu

W ostatnich latach prywatne placówki ochrony zdrowia w Polsce poczyniły ogromny postęp, podnosząc standardy i poszerzając zakres usług. Przykładem są prywatne stacje dializ, wysoko cenione przez pacjentów. Popyt na te usługi wynikał z warunków, jakie w tym zakresie oferowały państwowe placówki. Pacjenci zmuszeni byli do oczekiwania w długich kolejkach, więc zwiększenie dostępności dzięki prywatnym lecznicom spotkało się dużym zainteresowaniem. Drugą, wysoko cenioną specjalnością prywatnych placówek medycznych jest okulistyka. Właściwie każde województwo ma prywatny szpital o takim profilu. Bardzo popularne stały się też niepubliczne lecznice urologiczne. Ostatnio intensywnie rozwijają się ponadto placówki kardiologiczne, oferujące szeroki zakres usług, obejmujący całą diagnostykę kardiologiczną, w tym chorób wieńcowych i leczenie, ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej.

Pierwsze kroki

Pozytywne doświadczenia prywatnych usługodawców medycznych pozwalają z optymizmem patrzeć na możliwość rozwoju ubezpieczeń medycznych w Polsce. Pierwsze obserwacje z naszego rynku, jak i z krajów europejskich, gdzie system prywatnej opieki zdrowotnej z powodzeniem uzupełnia publiczną opiekę medyczną, pokazują również, że placówki bardzo chętnie przystępują do ujednoczonego systemu. Dzięki temu odnoszą wiele korzyści. Oprócz dostępu do kolej-

” Polacy potrzebują ubezpieczeń zdrowotnych i wielu jest w stanie za nie dodatkowo płacić ”

nych klientów zyskują możliwość dostosowania się do aktualnych standardów rynkowych. Wiele towarzystw ubezpieczeniowych czy firm abonamentowych zawiera umowy o współpracy z prywatnymi placówkami. Niemal każde porozumienie jest inne, powoduje wielu komplikacji. W przypadku, gdy jedna instytucja zawiera w imieniu towarzystw umowy, ich obsługa jest prostsza. Jednolite standardy, rozliczenia, regulacje prawne przekładają się na jakość obsługi. Placówki zyskują również dostęp do najnowocześniejszych rozwiązań, korzystnych warunków finansowych pozyskiwania sprzętu i leków, możliwość poznania bieżących trendów rynkowych i uczestnictwa we wspólnych programach. Współpraca z renomowaną siecią jest dla wielu elementem świadczącym o najwyższej jakości, zwiększającym zaufanie pacjentów.

Pacjent w centrum zainteresowania

Elementem decydującym o możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń medycznych są korzyści dla indywidualnych odbiorców. Wszystkie analizy rynko-

” Towarzystwa ubezpieczeniowe zawierają umowy o współpracy z prywatnymi placówkami. Każda z nich jest inna, co powoduje wiele komplikacji ”

we wskazują, że Polacy potrzebują ubezpieczeń zdrowotnych i wielu jest w stanie za nie dodatkowo płacić. Aby oferta ubezpieczycieli została dobrze przyjęta, musi się wyróżniać spośród innych rozwiązań funkcjonujących na rynku i zapewniających dostęp do świadczeń medycznych. Oferta zbudowana na współpracy z instytucjami integrującymi prywatny rynek usług medycznych ułatwi przyciągnięcie klientów dzięki temu, że umożliwi im łatwy dostęp do pełnej organizacji usługi zdrowotnej, realizowanej w wielu placówkach medycznych. Osoby decydujące się na takie ubezpieczenie zyskują dostęp do pomocy pod jednym numerem telefonu, bez kolejek. Mają również gwarancję wysokiej jakości usług medycznych w wyselekcjonowanej sieci placówek medycznych.

Autorka jest dyrektorem ds. ubezpieczeń zdrowotnych w Inter Partner Assistance.