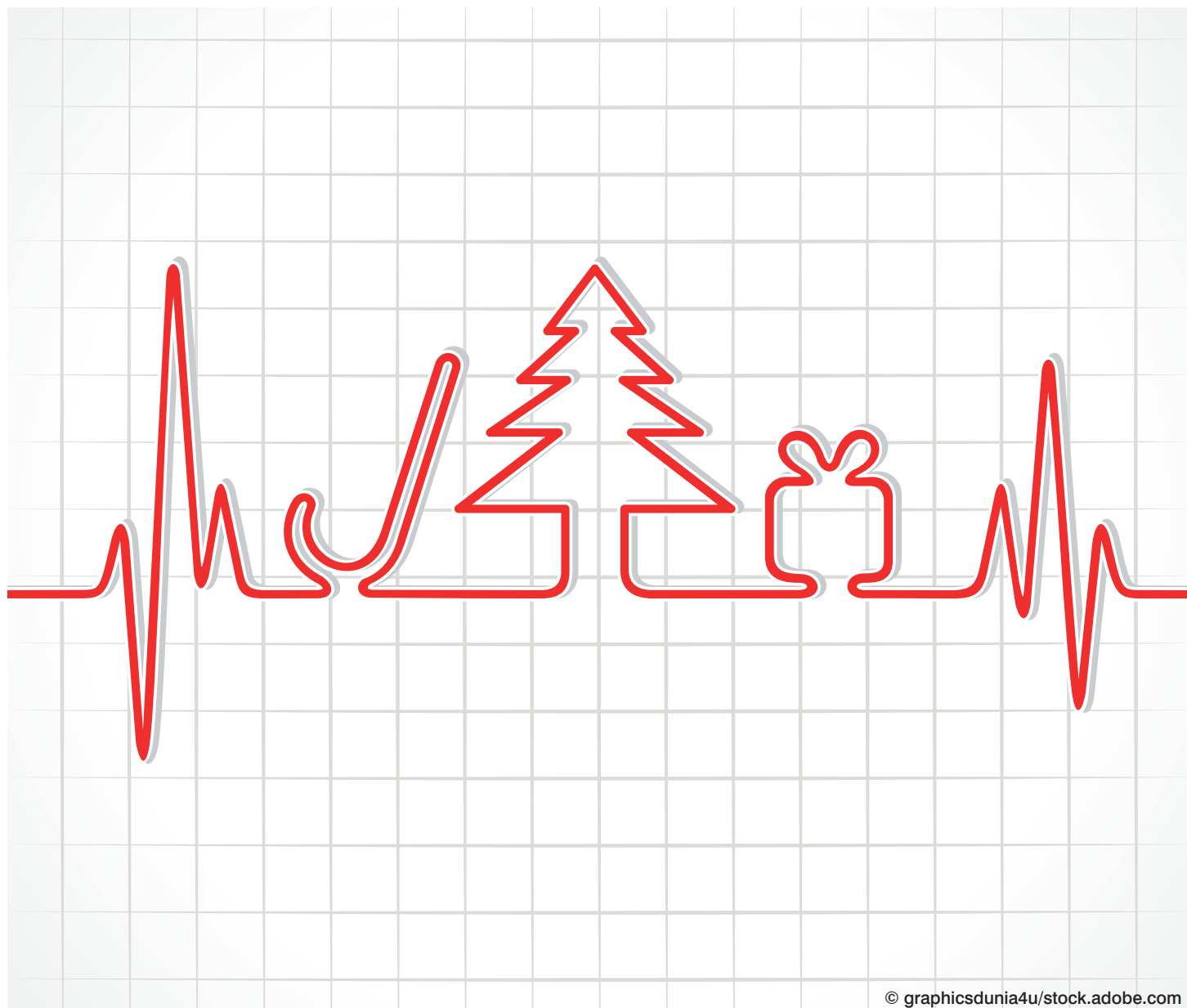


Miesięcznik

Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 19 I NUMER 12 I GRUDZIEŃ 2022 • 2 GRUDNIA 2022



© graphicsdunia4u/stock.adobe.com

W N U M E R Z E :

Zdrowie i medycyna:

ubezpieczenia, finansowanie, technologie, bezpieczeństwo

Mentoring/Samochody elektryczne/Przerzucone dochody



KRZYSZTOF ZGLIŃSKI

prezes Benefit Solution, Benefit Solution Doradztwo.

Priorytetowy pracownik

Pod koniec IV kwartału 2022 r. można już pokusić się o pierwsze podsumowania i konstatację, iż mijający rok po okresach kolejnych fal pandemii Covid-19 nie przyniósł stabilizacji, a raczej stawia kolejne wyzwania zarówno przed pacjentami, jak i przed branżą medyczną. – KRZYSZTOF ZGLIŃSKI

Po doświadczeniach związanych z pandemią branżę dotknęło kolejne wyzwanie, jakim jest tzw. „dług zdrowotny po Covid-19”, inflacja, presja płacowa, sytuacja geopolityczna i napływ uchodźców z Ukrainy. Wszystkie te czynniki przedstawiciele firm świadczących usługi prywatnej opieki medycznej wymieniają jednym tchem, argumentując potrzebę wzrostu cen abonamentów medycznych/ubezpieczeniowych. W raporcie „Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2022-2027”, autorstwa PMR można przeczytać, że w 2022 r. dynamika wzrostu wynagrodzeń w opiece zdrowotnej wyniesie 18,3%. Podobne wzrosty dotkną usług ambulatoryjnych, diagnostycznych i innych związanych z medycyną. Również w bieżącym roku w sektorze publicznym wydatkowany zostanie 145 mld zł, w sektorze prywatnym 69 mld zł. Dla roku 2023 przyjmie się prognozy na poziomie 160 mld zł dla sektora publicznego i 73 mld zł dla sektora prywatnego. Wymieniliśmy tylko część danych, które istotnie wpływają na zmiany w kolejnych latach.

BUDŻETY VS PODWYŻKI

Działając ponad 10 lat na rynku, musimy przyznać, że zmiany, które obserwujemy w obszarze opieki medycznej w mijającym roku są bezprecedensowe, a niektóre z nich nie tylko są niespotykane w przeszłości, ale i formatują trendy na przyszłość. Z jednej strony klienci wiedzą, że programy opieki medycznej oferowane jako benefit pracownikom w zakresie budżetu, nie będą oderwane od rzeczywistych trendów, z drugiej zaś zetknięcie z realnymi ofertami odnowieniowymi często powodują „twarde lądowanie”.

Można przytoczyć 2 przykłady:

- Klient z branży retail, zatrudnienie >8 000, dostawca abonamentowy, lata 2009-2018 brak lub niewielkie podwyżki, lata 2020-2021 podwyżki <10%, waloryzacja 2022 – 37%,
- Klient z branży IT, zatrudnienie >2 000, dostawca ubezpieczeniowy, lata 2015-2018 brak podwyżek, lata 2019-2021 podwyżki <7%, waloryzacja 2022 – 46%.

Te przykłady nie są, niestety, jednostkowe. **Wiele firm finansujących koszty pakietów medycznych dla pracowników stanęło przed koniecznością drastycznej rewizji budżetów w tym zakresie.** Sposoby radzenia sobie z takim wyzwaniem były i są różne. Do najbardziej popularnych należą weryfikacje zakresów ochrony w poszczególnych pakietach, przeniesienie części kosztów na pracowników, czy nawet ograniczenie do współpracy jedynie w zakresie medycyny pracy. Niewątpliwie jednak jednym z kluczowych elementów są potrzeby pracowników i korelacja potrzeb pracowników z ich podażą na rynku pracy (wg Eurostatu stopa bezrobocia w Polsce 08’2022 wyniosła 2,6%).

Rozwój talentów, poszukiwanie kompetencji oraz potrzeby pracowników nakładają na działy HR jeszcze większą presję. Kluczem w tym zakresie jest współpraca z profesjonalnym doradcą, będącym w stanie uwzględnić wcześniejsze wyniki badań satysfakcji, bieżące cele do realizacji oraz strategię i kierunki rozwoju na najbliższe lata. Podwyżki stawek to nie jedyne zmiany warunków kontraktu, które swoim klientom w 2022 r. masowo proponowali operatorzy abonamentów medycznych. Zanotowaliśmy trend zmiany zapisów umowy w zakresie modyfikacji definicji wskaźników waloryzacji na wskaźnik odpowiadający albo wysokości średniorocznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok poprzedni, ogłaszanego w Monitorze Polskim przez Prezesa GUS, albo odpowiadający wysokości wskaźnika wzrostu przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń brutto w sekcji „Opieka zdrowotna i pomoc społeczna” (waloryzacja medyczna) czy inne wskaźniki waloryzacji.

W ostatnich okresach inflacja ogólna dogoniła wzrosty wynagrodzeń (inflacja r/r za 10’2022 wyniosła 17,9%, prognozowany wskaźnik waloryzacji medycznej 11’2022 to ok. 17%).

Prognozujemy, że zbliżenie obu tych wskaźników jest chwilowe. **W perspektywie średnioterminowej wskaźniki waloryzacji medycznych będą na wyższych poziomach niż inflacja ogólna.** Bezpośredni wpływ na zmiany będzie miał np. tzw. „dług zdrowotny po Covid” czy negatywne wskaźniki ilości lekarzy na 1 000 mieszkańców. Biorąc pod

uwagę kraje EU niestety wypadamy najgorzej – wskaźnik lekarzy na 1 000 mieszkańców wynosi w Polsce 2,4 (średnia dla krajów „byłego bloku wschodniego” to ok. 3,7, dla krajów „zachodnich” 4+). Kolejnym negatywnym trendem jest wiek lekarzy, który w Polsce w 2019 r. wg GUS dla mężczyzny wynosił 52 lata i 7 miesięcy, a dla kobiety 52 lata. Co gorsze niestety, aż 21% stanowiły osoby w wieku 50-59 lat. Wynagrodzenia, emigracje młodej kadry i wiele innych czynników można by mnożyć. Mamy więc do czynienia z bardzo złożonym otoczeniem.

FUNKCJONOWANIE PROGRAMÓW PODCZAS PANDEMII

W trakcie pierwszej fali Covid-19 wielu klientów podnosiło chęć negocjacji ceny pakietów, twierdząc, że pracownicy w znacznie mniejszym stopniu korzystają z usług dostawców w okresie pandemii. Liczba stacjonarnych wizyt w placówkach w 2020 r. faktycznie uległa zmniejszeniu w początkowym okresie pandemii, natomiast był to bardzo intensywny czas dla dostawców opieki medycznej pod względem reorganizacji i przystosowania placówek medycznych do obsługi pacjentów zarówno stacjonarnie z zachowaniem reżimu sanitarnego, jak również rozwój cyfrowych narzędzi, pozwalających na zaspokojenie popytu na usługi medyczne m.in. poprzez rozwój telemedycyny. **Pacjenci doceniają korzyści z rozwoju telemedycyny, w tym teleporad głównie dzięki: oszczędności czasu, obniżeniu kosztów dojazdu do placówki, braku barier geograficznych w dostępie do specjalistów itp.**

Niewątpliwym skutkiem pandemii jest również fakt, iż model świadczenia usług medycznych w formie teleporad stale rośnie. W tym przypadku również zmiany będą następowały wielowymiarowo, przenosząc część usług do tzw. obszaru „medtech” (np. parametry kardiologiczne, KTG czy wsparcie psychologiczne).

Już po trzeciej fali Covid-19, a więc od co najmniej połowy 2021 r., zauważamy wyraźne trendy wzrostowe w wykorzystywaniu pakietów opieki medycznej. U wielu pracodawców wzrost użycia usług w ujęciu rocznym mierzonym na III kwartał 2022 roku wzrósł nawet o 20%. Do tego dochodzą nowe potrzeby pracodawców, którzy oczekują bardziej kompleksowego podejścia, chociażby w zakresie profilaktyki czy personalizacji usług (np. *health check*).

Uczciwie należy jednak stwierdzić, że dostawcy koncentrują się na dostarczaniu coraz szerszego wachlarza usług. Pacjent otrzymuje ofertę opieki zdrowotnej, ale również z zakresu sportu czy diety. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pracodawców, oferują holistyczne podejście do pracowników, dbając nie tylko o ich zdrowie, ale o szersze pojęcie dobrostanu.

PŁACENIE ZA DOSTĘPNOŚĆ I INNE USŁUGI

Przed dostawcami opieki medycznej wciąż stoi wiele wyzwań. Z jednej strony oczywistym jest rozwijanie i coraz większe dopasowywanie usług medycznych do zmieniających się potrzeb pracowników i strategii pracodawców. Z drugiej zaś, nie można zapominać o fundamencie usługi i podstawowych celach związanych z programami opieki medycznej, którym jest dostępność do specjalistów. W tym miejscu warto spojrzeć na ewolucję zapisów w umowach o świadczenie usług medycznych. Pierwsze umowy były same w sobie tak atrakcyjne, że dostawcy nie określali w dokumentach żadnych SLA.

Kolejno pojawiało się wiele rozwiązań optymalizujących, począwszy od limitów dni na wizyty do konkretnego specjalisty, aż do ostatnio wdrożonych przez Lux Med, odpłatnych pakietów dostępności. Kierunek nieunikniony, jeśli priorytetem dla pracowników są szybkie i dogodne terminy dostępności, to usługa znajdzie wielu nabywców.

W dużym stopniu do takiej polityki dostawców przyczynili się niestety sami pacjenci, którzy nie pojawiają się na umówionych wizytach. Ze zjawiskiem „no-show” boryka się cała branża, w skrajnych przypadkach nawet 40% wizyt danego dnia nie dochodzi do skutku. Aby pracodawca nie płacił za niezrealizowaną usługę, a lekarze nie tracili cennego czasu, potrzebna jest współpraca. Pracodawca ma narzędzia, aby edukować swoich pracowników, uświadamiać im, że takie działanie paraliżuje pracę lekarzy i na końcu szkodzi pacjentom, a dostawca poprzez zautomatyzowane przypomnienia o umówionej wizycie może skutecznie zarządzać odwołaniami i w ten sposób znacznie ograniczać straty.

Oprócz kwestii dostępności terminu wizyty u specjalisty, należy pochylić się nad innym, równie krytycznym dla pracodawcy parametrem, jakim są badania medycyny pracy (MP). Większość dostawców z sukcesem zaadresowała już tę kwestię. Zmiany, które następują w zakresie kompleksowego podejścia do MP doskonale pokazują, jak można wykorzystać potencjał i systemy IT do zbudowania przewag konkurencyjnych. Dzisiaj działy HR otrzymują od dostawcy usługi MP wsparcie m.in. w zakresie pełnego zarządzania powiadomieniami dotyczącymi terminów badań oraz elektronicznego obiegu dokumentacji. Długoterminowo świadczenie usług bez kompleksowego wsparcia działów HR w zakresie zarządzania medycyną pracy będzie albo niemożliwe, albo bardzo ograniczone. Kolejny obszar, w który inwestują czas i środki dostawcy pakietów medycznych, to szeroko pojęta „digitalizacja” usług. Jednym z jej elementów jest tzw.: „portal pacjenta”. **Możliwość podglądu grafiku lekarzy i natychmiastowego umówienia wizyty, dostęp do historii leczenia czy wyników badań stają się jednym z ważniejszych kryteriów oceny dostawcy.** Część naszych klientów chwali inny model – model ubezpieczeniowy, w którym dostawca organizuje wizytę w optymalnym miejscu i terminie. Ważnym dla nas jest dopasowanie SLA do potrzeb pracodawcy. Kolejny raz odwołamy się do naszych doświadczeń z jednym, z obsługiwanych przez nas sektorów – sektorem IT. Przykład firm świadczących outsourcing usług IT. Bardzo zbliżone parametry: 60% współpracowników B2B i ok. 40% pracowników etatowych, każdy z nich współpracuje z ponad 2 000 pracowników/współpracowników, zbliżona struktura terytorialna. Wydawałoby się, że obie będą zainteresowane współpracą w oparciu o maksymalne rozwiązania IT.

Po szczegółowej analizie potrzeb przygotowaliśmy i wdrożyliśmy różne programy. Dla pierwszej priorytetem były rozwiązania informatyczne, elektroniczna możliwość rejestracji/przystępowania do programu wraz z członkami rodzin, dostęp do grafików i standard placówek. Dla drugiej umawianie wizyt w modelu poprzez infolinię (kontakt z człowiekiem), dostępność do znacząco większej liczby placówek współpracujących, często nie tak nowoczesnych i świetnie wyposażonych, jak placówki własne wiodących dostawców, ale gwarantujących krótszy czas realizacji usługi, co było odpowiedzią na potrzeby klienta, wynikające z nowej strategii pozyskiwania talentów z małych miast.

Codzienna praca z naszymi klientami pokazuje, że każdy z nich ma inne potrzeby, a pracownik jest priorytetem. Oferowana w ramach pakietów opieka zdrowotna musi skupiać się na jego indywidualnym doświadczeniu i potrzebach. Wiedzą to również dostawcy usług, dlatego pomimo rosnącej presji budżetowej i ryzyka codziennej działalności, uwzględniają te oczekiwania w swoich strategiach rozwoju. Coraz częściej słyszymy o rozwoju poprzez zakup nowych placówek medycznych lub szpitali dokonywanych przez Lux Med, Medicover czy PZU Zdrowie. Jednocześnie z rozwojem sieci rośnie dostępność najbardziej poszukiwanych i rentownych specjalizacji, jakimi są np. ortopedia, stomatologia, okulistyka czy optometria. Dostawcy dostrzegają swoje szanse w trendach związanych z rosnącą dbałością o zdrowie, wygląd i ogólnie dobrostan pacjenta. □