

RYNEK OPIEKI ZDROWOTNEJ

W prywatnej opiece medycznej do zarobienia są miliardy

Coraz więcej wydajemy na prywatną służbę zdrowia, w tym roku będzie to ponad 39 mld zł. To dwa razy więcej niż jeszcze 10 lat temu. **Perspektywy dla zdrowotnego biznesu na najbliższe lata są równie optymistyczne**

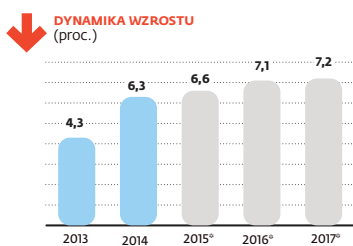
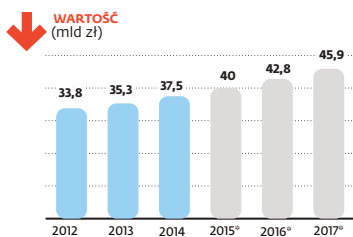
Sektor rośnie szybciej niż cała gospodarka – są szacunki, że nawet o 50 proc. Polski rynek opieki zdrowotnej oceniany jest w 2015 roku na blisko 110 mld zł. Budżet państwowego NFZ to 69,6 mld zł (o 2,3 mld zł więcej niż temu roku). Blisko 40 mld zł (w tym około 18 mld zł na leki i suplementy) wydamy natomiast na leczenie prywatne (w 2014 r. 37,5 mld). Co z tego wszystkiego wynika? Przede wszystkim to, że spora część z nas płaci za ochronę swego zdrowia dwa razy: obowiązkowo w postaci składki zdrowotnej na państwową ochronę zdrowia co najmniej 3353 zł rocznie i jeszcze trudną do zdefiniowania sumę dobrowolnie. Z raportu Fundacji „My Pacjenci” wynika, że pacjent wydaje na opiekę medyczną w prywatnych gabinetach 1384 zł rocznie, ale u 11 proc. pacjentów wydatki przekraczają 2 tys. zł rocznie.

Tempo wydatków na prywatną opiekę wzrasta. Według prognoz w latach 2014–2018 wydatki publiczne w tym sektorze będą rosły w tempie 2,1 proc., natomiast prywatne około 5 proc. rocznie.

Państwo sobie nie radzi

Powód takiego stanu rzeczy jest w zasadzie jeden: kondycja polskiego systemu opieki zdrowotnej. Według badania Health & Society Barometer 2013 Polacy ocenili ją na 2,8 pkt w skali od 1 do 10. To surowa ocena. Kryje się za tym marzenie, by być leczonym szybko, bez kolejek, w komfortowych warunkach i przez lekarzy o najwyższych kompetencjach. W realizacji tych dążeń od lat pomocną dłoń podają nam pracodawcy. Chętnie korzystamy bowiem z abonamentów, ubezpieczeń i pakietów przez nich opłacanych. Na ogół bezpłatnie pracownik może korzystać z wizyt u internisty i kilku wybranych specjalistów. Statystycznie Polak odwiedza lekarza 6 razy w ciągu roku (mniej więcej tyle co w UE). Od dobrego poziomu odróżnia nas jednak dostęp do usług medycznych. Średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne to 2,9 miesiąca. Według Fundacji Watch Health

Wzrost wartości rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce



Źródło: PMR, 2015 r. * prognoza

Care obecnym niechlubnym rekordzistą jest endoprotezoplastyka stawu kolanowego, na którą pacjenci poczekają średnio 44,9 miesiąca! Na takim gruncie rozwijają się prywatne sieci medyczne. Mają swoje przychodnie, szpitale, centra diagnostyczne, a przede wszystkim – markę i pozycję na rynku. Główni gracze w płatnej opiece medycznej to Lux Med, Medicoover i Enel-Med. Do gry wchodzi PZU.

A co to za różnica?

Firmy najczęściej korzystają z oferty abonamentowej dla swoich pracowników, rzadziej z ubezpieczeń zdrowotnych. Największemu na rynku Lux Medowi przybyło w ubiegłym roku o 100 tys. klientów i ma ich w sumie 1,6 mln – z czego 900 tys. to klienci abonamentowi. Drugi na rynku Medicoover opiekuje się ponad 7 tys. firm i ma ponad 550 tys. pacjentów. Według Sylwii Pyśkiewicz, wiceprezesa zarządu Medicoover Polska, w 2015 roku na abonamenty medyczne firmy wydadzą 1,5 mld zł, a na ubezpieczenia zdrowotne 700 mln zł.

– Te kwoty będą wzrastać. W latach 2015–2018 spodzie-

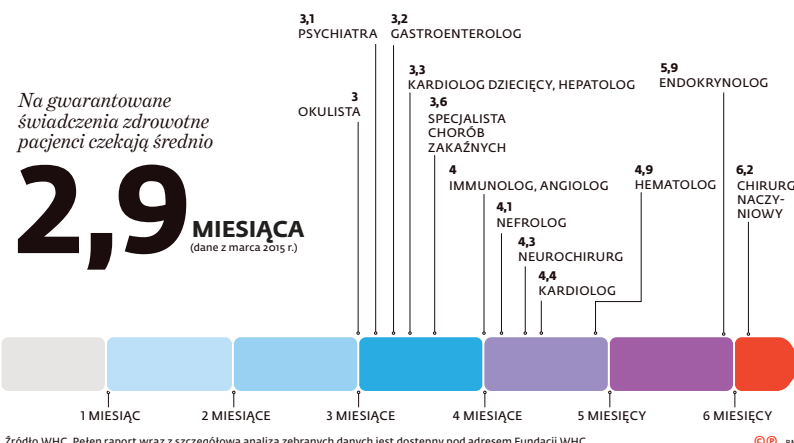
wamy się 8–9 proc. przysrostu wartości rynku w obu tych kategoriach – mówi Pyśkiewicz. Jej zdaniem rynek prywatnych usług medycznych jest w Polsce cały czas nienasycony. – Dłatego będziemy rozwijać swoją ofertę w każdym segmencie, kierowaną zarówno do firm, jak i do klientów indywidualnych. Z pewnością będziemy też wykorzystywać ogromny potencjał, który tkwi w rynku usług fee for service, czyli płatnych wizyt. Ten rynek wart jest 5,2 mld zł – mówi.

Ubezpieczyciele w 2014 roku sprzedali polisy zdrowotne za rekordowe 400 mln zł. Liczba ubezpieczonych klientów wzrosła z 850 tys. do 1,2 mln osób. Większość to polisy wykupione przez firmy. Coraz więcej Polaków kupuje je także na własną rękę. Pod koniec 2014 roku było już 174 tys. takich osób, czyli aż pięć razy więcej niż rok wcześniej. Artur Smolarek, dyrektor zarządzający ds. ubezpieczeń zdrowotnych w PZU, szacuje portfel klientów Grupy PZU, potencjalnego giganta w tym segmencie, posiadających ubezpieczenia zdrowotne na kilkaset tysięcy. – Są to klienci posiadający zarówno ubezpieczenia związane z opieką medyczną, jak i ubezpieczenia lekowe – mówi Smolarek.

W przeciwnieństwie do abonamentu ubezpieczenie na ogół daje dostęp do wielu różnych placówek medycznych. Ceny są podobne, od około 30 zł miesięcznie po dużo droższe, indywidualne pakiety. Ale różnice pomiędzy ubezpieczeniami i abonamentami powoli się zaciera.

AKTUALNE KOLEJKI W SŁUŻBIE ZDROWIA

Średni czas, jaki muszą odczekać pacjenci w kolejkach do wybranych lekarzy specjalistów w Polsce (w miesiącach)



– Forma nie ma znaczenia. Z punktu widzenia pacjenta ubezpieczenie nie różni się od abonamentu. Pojmuje je po prostu jako przedpłacone usługi, za które dostaje dostęp poza kolejnością do określonych procedur medycznych – mówi dr Adam H. Pustelnik, ekspert w dziedzinie ubezpieczeń, prezes zarządu AhProfit.

Towarzystwa w natarciu

Agnieszka Skonieczna, starsza analityk rynku farmaceutycznego i ochrony zdrowia PMR, ocenia, że pomimo szybkiego rozwoju segmentu ubezpieczeń na rynku w najbliższych latach nadal będą dominowały usługi abonamentowe. Jej zdaniem konieczne są zmiany w prawie, a w najbliższych dwóch, trzech latach nie zanoszą się na ustawę o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Potwierdza to dr Pustelnik. Według niego w sposób zorganizowany wydaje swoje prywatne pieniądze na ochronę zdrowia 3 mln Polaków. To duży odsetek – 15 proc. pracujących. Właśnie taki poziom osiągnięto w krajach rozwiniętych, w którym nie ma regulacji prawnych dotyczących dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

– Bez ustawowych rozwiązań dalszy wzrost będzie ograniczony do poziomu więcej niż 20 proc., a my już mamy 15 proc. Niewielka nisza jest jeszcze w małych miejscowościach i specjalistycznych usługach (diagnostyka, onkologia, chirurgia jednego dnia). Żeby przekroczyć 4 mln uczestników rynku przedpłaconych usług medycznych, potrzebne jest wsparcie systemowe – mówi.

Zdaniem ekspertów rynek przedpłaconych usług medycznych wykroował się sam. Dziś dawny spór pomiędzy ubezpieczycielami i sieciami medycznymi, kto i co ma prawo sprzedawać, to już jest przeszłość. Aktualnie jest współpraca, poszukiwanie synergii i dodatkowych przychodów.

– Rynek przybrał charakter hybrydowy: infrastruktura medyczna łączy się w nim z typowo ubezpieczeniowym know-how w zarządzaniu ryzykiem. Ubezpieczyciele zrozumieli, że muszą mieć infrastrukturę medyczną, by móc skutecznie kontrolować ryzyko. Z kolei placówki medyczne wiedzą, że muszą mieć kompetencje w zarządzaniu ryzykiem. W związku z tym budują swoje ramiona ubezpieczeniowe albo wprost stają się częścią dużych firm ubezpieczeniowych, tak jak LuxMed wykupiony przez światowego giganta w ubezpieczeniach zdrowotnych – brytyjską Bupa. Towarzystwa, które chcą oferować ubezpieczenia zdrowotne, zaczynają kupować infrastrukturę medyczną lub budują długoterminowe aliansy z właścicielami infrastruktury. Najlepszym przykładem są działania PZU oraz współpraca z Enel-Medem – mówi dr Pustelnik.

Wejście PZU w służbę zdrowia jest spowodowane spowolnieniem na tradycyjnym rynku ubezpieczeniowym. Było planowane od lat. Jak zapowiadał prezes Andrzej Klesyk, firma chce w 2020 r. mieć 650 mln zł przychodów z działalności związanej ze zdrowiem. Teraz jest to zaledwie około 75 mln zł ze sprzedaży polis zdrowotnych. Gigant chce zarabiać również

na sprzedaży abonamentów medycznych, wykonywaniu badań i zajęciach rehabilitacyjnych. Aby to osiągnąć, PZU chce przeznaczyć 800 mln zł na rozwój opieki zdrowotnej, w tym 450 mln zł na przejmowanie innych przychodni, klinik czy sanatoriów. Zdaniem ekspertów PZU ma wszystkie atuty, żeby zostać jednym z najważniejszych graczy tego rynku. W jego ślady idą kolejne towarzystwa.

Miejsce dla wszystkich

Nieźle radzą sobie na rynku także małe, specjalistyczne placówki.

– Jesteśmy barometrem sytuacji w publicznej służbie zdrowia. Nie ma co ukrywać, im jest gorzej, tym my mamy więcej pacjentów – mówi wprost dyrektor Barbara Mazur z warszawskiej przychodni Babka Medica, specjalizującej się w opiece nad kobietami w ciąży. – W ubiegłym roku odnotowaliśmy ponad 10 proc. wzrost przychodów, w tym roku mamy już ponad 8 proc. więcej pacjentek w ciąży – dodaje.

Placówka, która miesiąc temu odnotowała przychód na świat 100-tysięcznego dziecka, zwiększyła w tym roku liczbę specjalistów do 140 i powierzyła do 800 mkw. Opieka nad kobietą w ciąży rośnie dwa razy szybciej niż inne gałęzie medycyny.

– Nie mam złudzeń: w Gorzowie nie moglibyśmy się rozwijać tak jak w Warszawie. Tu pacjenci mają pieniądze – przyznaje Barbara Mazur. Jej przychodnia oferuje pakiet na prowadzenie ciąży za 2,7 tys. zł. W ostatnich miesiącach sprzedaż tej oferty wzrosła o 100 proc.

Monika Lipowska

PROMOCJA

Europejski Kongres Medyczny

Ruszyła rejestracja uczestników Międzynarodowego Kongresu Medycznego

25-27.06.2015 r.

patron medialny
DZIENNIK
GAZETA PRAWNA

ekm.amberexpo.pl