



ADVISER Pośrednictwo Ubezpieczeniowe J & S Sienkiewicz

Wszystko o prywatnym leczeniu

Pomimo wysokich składek płaconych do NFZ, dobrze zadbać o zdrowie można tylko za dodatkowe pieniądze. Dlatego prywatne ubezpieczenia stają się coraz popularniejsze.

Kogo na stać, poradę specjalisty ma szybko, a na zabieg nie musi czekać kilkunastu miesięcy.

Eksperti twierdzą, że w systemie ochrony zdrowia powinna zostać przeprowadzona podobna reforma, jak emerytalna. Skoro na emeryturę odkładamy już nie tylko w państwowym ZUS-ie, ale również w prywatnych, konkurujących między sobą funduszach emerytalnych, to - jak twierdzą niektórzy - wprowadzenie konkurencyjnych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, mogłoby uzdrowić polską służbę zdrowia.

Z szacunków Ministerstwa Zdrowia wynika, że Polacy na ochronę zdrowia wydają z własnej kieszeni około 18 mld zł rocznie. Co trzecia złotówka wydawana w Polsce na ochronę zdrowia pochodzi więc z prywatnych kieszeni

W ciągu ostatnich dziesięciu lat prywatne wydatki Polaków na ochronę zdrowia wzrosły o ponad 70 procent - co roku jest to wzrost o około 8,4 proc.

Na przykład w USA, gdzie istnieje najbardziej rynkowy model opieki zdrowotnej, w 40 proc. finansowana jest ona przez państwo, natomiast w 60 proc. przez sektor prywatny. Większość ubezpieczeń prywatnych opłacają swoim pracownikom pracodawcy.

Również w wielu krajach Unii Europejskiej funkcjonują ubezpieczenia prywatne.

Według danych Komisji Nadzoru Finansowego wydatki na ten cel sięgają w Unii 50 mld euro rocznie. W Holandii z usług prywatnych ubezpieczycieli korzysta 40 proc. obywateli, w Niemczech - 20 proc., natomiast we Francji 18 proc.

Abonament w prywatnej placówce

Jeśli popadniemy w poważniejsze problemy zdrowotne, to od każdorazowego płacenia za wizytę w prywatnym gabinecie (wizyta kosztuje od 50 zł do nawet 500, gdy związana jest z zabiegami) korzystniejsze jest wykupienie abonamentu w prywatnej przychodni lub szpitalu.

Miesięczny koszt pakietu to wydatek około 110-200 zł w zależności od tego, co w zamian dostajemy. Pakiet może być droższy, jeśli cierpimy na jakieś schorzenie i chcemy sobie zapewnić szczególnie dobrą ofertę w zakresie jego leczenia.

W ramach zwykłego pakietu otrzymujemy stosunkowo szeroki zakres świadczeń - całodzienną opiekę specjalistyczną, w tym określoną w umowie liczbę wizyt domowych, badania laboratoryjne, diagnostyczne, niektóre szczepienia, proste zabiegi pielęgniarstwa, a w pakiecie rozszerzonym - opiekę całodobową, wizyty domowe oraz większy zakres usług. Pakiety te nie przewidują leczenia w warunkach szpitalnych.

Polisa trochę tańsza

Korzystnym rozwiązaniem są polisy zdrowotne oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe.

Stawki ubezpieczeniowe zaczynają się już od 30 zł, ale za porządną opiekę, w razie potrzeby też szpitalną, musimy zapłacić dużo więcej - nawet 700 zł.

Za możliwość leczenia w godziwych warunkach zapłacimy już od 30 zł miesięcznie.

W ramach tej opłaty mamy - podobnie jak w publicznej służbie zdrowia - dostęp do lekarza rodzinnego, większości specjalistów oraz do badań diagnostycznych. Standard usług jest jednak wyższy, a na wizytę u specjalisty czekamy najwyżej kilka dni.

Do specjalisty i na badania przeważnie nie potrzebujemy też skierowania. W razie potrzeby mamy natomiast możliwość skorzystania z infolinii i ustalenia przez telefon, czy w danej sytuacji wizyta jest potrzebna i jak ewentualnie postępować dalej.

Jednak za szerszy pakiet ubezpieczeniowy, obejmujący pełny katalog świadczeń ambulatoryjnych, zapłacimy już znacznie więcej - co najmniej 200-250 zł miesięcznie. Jeśli oczekujemy również dobrej opieki szpitalnej, to już musimy wydać miesięcznie na ubezpieczenie nawet 700 zł.

Decydując się na polisę możemy wybrać też tańsze rozwiązanie - za ok. 10 zł miesięcznie możemy mieć opcję dającą nam możliwość leczenia za połowę ceny w wybranych placówkach.

Na co zwrócić uwagę?

Powinniśmy bardzo dokładnie przeczytać umowę i zwrócić uwagę na czas jej trwania, nasze uprawnienia oraz - co bardzo ważne - przypadki, w których nie przysługuje nam pomoc (np. nie będziemy mogli liczyć na leczenie szpitalne, jeżeli w zakresie umowy jest tylko opieka ambulatoryjna).

Bardzo ważny jest również stan naszego zdrowia oraz sytuacja życiowa. Dlatego np. alergicy powinni zwrócić uwagę, czy ubezpieczenie obejmuje opiekę alergologa, testy, odczulanie. Osoby chore na serce powinny natomiast sprawdzić, czy mają opiekę kardiologiczną, badania EKG, ewentualnie USG serca, wizyty domowe, hospitalizację.

Czasem w takiej sytuacji warto zdecydować się na rozszerzony wariant, który obejmuje bardziej wyspecjalizowane badania pewnych schorzeń.

Rodziny z małymi dziećmi powinny sprawdzić, czy mają zapewnioną odpowiednią pomoc pediatry, czy w jej ramach przewidziane są całodobowe wizyty domowe.

Oczywiście, gdy w momencie wykupywania polisy jesteśmy na coś chorzy, to zapłacimy odpowiednio więcej. Kwota zależy też od wieku i ogólnego stanu zdrowia oraz trybu życia, jaki prowadzimy. Nie bez znaczenia jest też zawód, jaki wykonujemy.

Agent wyliczając nam stawkę, weźmie pod uwagę wiele czynników.

Tylko najdroższe warianty ubezpieczenia obejmują także nasz pobyt w szpitalu, więc musimy się liczyć z tym, że jeżeli tam trafimy, to umieszczeni zostaniemy w zwykłym szpitalu lub którejś z placówek współpracujących z firmą ubezpieczeniową, a pomocą będzie nam służył jedynie wyznaczony przez ubezpieczyciela konsultant medyczny.

Jeżeli natomiast zachorujemy nagle w czasie urlopu, np. podczas pobytu nad morzem lub za granicą, powinniśmy zadzwonić na podaną nam infolinię medyczną. Konsultant wskaże nam wtedy, co powinniśmy zrobić i gdzie zwrócić się po pomoc.