

Nie gnij w kolejkach do lekarza. Korzystaj z zalet prywatnej służby zdrowia

Marcin Bojanowski

2010-10-21, ostatnia aktualizacja 2010-10-21 14:23

Nie chcesz stać w długich kolejkach do lekarza? Kup prywatną polisę zdrowotną albo abonament medyczny. Poczekać i tak będziesz musiał, ale znacznie krócej niż w państwowej służbie zdrowia

Za dwa lata? Przecież mama potrzebuje operacji zaćmy już teraz! - takie krzyki pacjentów i ich rodzin są codziennością w państwowych szpitalach. Jak się nie podoba - proszę bardzo - można pójść zawsze do lekarza prywatnie. Ale to kosztuje.

Kosztuje немало. Jeszcze za pojedynczą wizytę u specjalisty zapłacimy od 80 do 200 zł. Jeśli będziemy musieli do niego wrócić, a przy okazji zrobić kilka badań, koszty rosną już do kilku tysięcy złotych.

Nic dziwnego, że Polacy oceniają służbę zdrowia źle lub bardzo źle. Z opublikowanego w ubiegłym tygodniu badania "Health Barometre" organizowanego przez Europ Assistance i francuski instytut badawczy Cercle Santé w ośmiu krajach wynika, że aż 80 proc. przepytanych Polaków ma o niej krytyczną opinię. Pozytywnego zdania jest jedynie 19 proc. badanych.

Badanych najbardziej denerwuje długie czekanie na wizytę u lekarza (90 proc. wskazań). Obawiamy się złapania infekcji w szpitalu i błędów medycznych - 76 proc. odpowiedzi. Aż 60 proc. badanych boi się też braku odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy w szpitalach i przychodniach. Daleko nam do Austriaków, którzy najlepiej oceniają swoją opiekę medyczną. Zadowolonych z niej jest aż 86 proc. ankietowanych.

Sytuację w Polsce miało poprawić wprowadzenie dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Takie dobrowolne polisy w krajach Unii Europejskiej wykupuje od 10 do 30 proc. obywateli. U nas Ministerstwo Zdrowia pracuje nad odpowiednią ustawą od wielu miesięcy. Nie znalazła się ona jednak w pakiecie ustaw zdrowotnych przyjętych w ubiegłym tygodniu przez rząd. Kiedy mogłaby wejść w życie? Nadal nie wiadomo.

Po co gnij w kolejkach?

Tymczasem to właśnie współpraca z prywatnymi ubezpieczycielami miała zasilić zadłużone państwowe szpitale pieniędzmi. A przy okazji rozładować kolejki - największą zmorem pacjentów. Z szacunków Polskiej Izby Ubezpieczeń wynika, że w kolejkach do zabiegów i operacji czeka już 650

tys. Polaków. Żeby je rozładować, trzeba wpompować w służbę zdrowia dodatkowe 3 mld zł. Takich pieniędzy nie ma w budżecie.

Chętnie wyłożyliby je ubezpieczyciele. Oczywiście z pieniędzy swoich klientów. Według PIU dzięki współpracy z nimi do szpitali mogłoby trafić dodatkowe 300 mln zł w ciągu pięciu lat, a potem co roku nawet 200 mln zł. - To o kilkadziesiąt tysięcy zabiegów rocznie więcej i szybsze rozładowanie kolejek - przekonuje Paweł Kalbarczyk, szef komisji zdrowotnej PIU.

Ubezpieczyciele zapewniają, że pacjenci, którzy nie będą chcieli płacić, nie powinni ucierpieć. Osoby, które wykupiłyby dodatkowe prywatne ubezpieczenia, i tak byłyby leczone w czasie, kiedy sale operacyjne stoją puste. Zwolniłyby za to miejsce w kolejce do publicznych pieniędzy.

Na razie to pieśń przyszłości. Nie wszystkich to jednak martwi. "Nie musisz czekać na lekarza, to on czeka na twoją wizytę" - zachęca w reklamach jeden z krajowych ubezpieczycieli. I choć nie jest to do końca prawda (bo i lecząc się prywatnie, na wizytę u lekarza trzeba czasami poczekać kilka-kilkanaście dni), to z polisą w kieszeni skrócimy czekanie w kolejkach do minimum.

Dzięki opłacaniu stałej miesięcznej składki dostaniemy dostęp do lekarzy specjalistów, badań, a nawet leczenia szpitalnego. I coraz więcej osób z tej możliwości korzysta. Na polisy zdrowotne wydajemy już co roku ok. 150 mln zł. Niby niedużo, biorąc pod uwagę, że wszystkie nasze wydatki na prywatną opiekę zdrowotną sięgają nawet 25 mld zł (według prognozy PIU do 2012 r. wzrosną one do 40 mld zł).

To jednak duży skok, biorąc pod uwagę, że jeszcze kilka lat temu na polisy zdrowotne wydawaliśmy zaledwie kilka milionów złotych rocznie. Zresztą wtedy towarzystwa ubezpieczeniowe skupiały się głównie na sprzedaży polis, które pokrywały koszty pobytu w szpitalu lub wypłacały odszkodowania w przypadku poważnej choroby. Najczęściej dołączano je do zwykłych polis na życie.

Jeszcze gorzej było z abonamentami medycznymi umożliwiającymi leczenie w prywatnych przychodniach. Choć można je wykupić od dobrych kilku lat, to początkowo stać na nie było tylko najbogatszych Polaków. Pierwsze oferty Lux Medu czy Medicoveru były przeznaczone dla osób gotowych zapłacić nawet 500 zł miesięcznie za zapewnienie całej rodzinie dostępu do prywatnej służby zdrowia.

Teraz jest lepiej. To zasługa tego, że coraz więcej osób woli płacić za usługi medyczne, niż wyczekiwać w długich kolejkach do państwowego szpitala. Dzięki temu spadły ceny zarówno polis, jak i abonamentów. Najtańsze można już mieć za kilkadziesiąt złotych miesięcznie. Wystarczy przejrzeć oferty kilku firm i zdecydować się na taką, która najlepiej odpowiada naszym wymaganiom.

Co to jest polisa zdrowotna?

Zacznijmy od tego, co to w ogóle jest polisa zdrowotna. Takie ubezpieczenie uprawnia nas do określonego pakietu darmowych badań, zabiegów i wizyt u specjalistów, najczęściej w prywatnych przychodniach lub klinikach. Im wyższa składka, tym szerszy jest pakiet usług. Najskromniejsze pakiety kosztują 20-50 zł miesięcznie. Gwarantują podstawową opiekę zdrowotną u lekarzy pierwszego kontaktu, wizyty u specjalistów czy podstawowe badania.

Oferta większości towarzystw obejmuje mniej więcej takie same usługi, jakie wchodzi w skład

abonamentów proponowanych przez prywatne centra medyczne. Różnica polega na ogół na tym, że towarzystwa ubezpieczeniowe umożliwiają klientom wybór kliniki i lekarza. Jeśli zraziliśmy się do konkretnej przychodni, możemy zgłosić się do zupełnie innej. Często ubezpieczyciele (choć nie wszyscy) nie tylko współpracują z różnymi klinikami, ale też pozwalają iść do dowolnego lekarza, nawet takiego, który nie ma podpisanej z nimi umowy.

Możemy też wybrać polisę na życie. Nie zapewni ona co prawda dostępu do lekarzy, za to gwarantuje odszkodowanie w przypadku ciężkiej choroby lub wypadku. Z kolei nasi bliscy otrzymają pieniądze w razie naszej śmierci. Taka polisa może mieć zarówno charakter indywidualny, jak i grupowy (gdy wykupuje je dla nas np. pracodawca). Zawsze możemy też wykupić wariant rodzinny zapewniający ochronę współmałżonka i dzieci.

Ubezpieczenie obowiązuje w całej Polsce. Jeśli musimy poradzić się lekarza, a jesteśmy z dala od domu, najlepiej zadzwonić na infolinię (mają je wszystkie towarzystwa) i dowiedzieć się, gdzie w danej okolicy przyjmuje interesujący nas specjalista.

Jaką wybrać polisę?

Towarzystwa ubezpieczeniowe dają do wyboru kilka wariantów polis. Najprostsza wersja - **najchętniej wykupywana przez młode osoby, które jeszcze nie założyły rodziny** - najczęściej obejmuje wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu i kilku specjalistów, podstawowe badania i wizyty domowe. Czasem pakiety rozszerzane są o lekarzy medycyny pracy, wydawanie zaświadczeń niezbędnych do otrzymania prawa jazdy, ale przede wszystkim o konsultanta medycznego w razie konieczności pobytu w szpitalu.

Taki konsultant podczas naszego pobytu w publicznym szpitalu stoi nad głową badającego nas lekarza. Oczywiście nie ingeruje w sam proces leczenia, lecz przygląda się, czy wszystko idzie zgodnie z planem. Do akcji wkracza, dopiero gdy zauważy, że coś idzie nie tak albo sami poskarżymy się na personel medyczny.

Uwaga! Ubezpieczyciele często podpisują umowę z kilkudziesięcioma szpitalami w całej Polsce. Nie oznacza to jednak, że możemy wybrać dowolny szpital z listy. Obejmuje ona bowiem nie całe szpitale, ale wyłącznie poszczególne oddziały. Towarzystwa mają też listę zabiegów, za które płacą. Z reguły znajdziemy na niej kilkaset pozycji, z tym że pakiet standardowy obejmuje niespełna połowę z nich.

Taka polisa w wersji podstawowej jest najtańsza - kosztuje zaledwie kilkadziesiąt złotych miesięcznie. Nie da nam jednak np. możliwości operowania w prywatnym szpitalu. Taką szansę dają dopiero droższe polisy. Wtedy możemy liczyć na znacznie więcej.

Ubezpieczenie zdrowotne w wersji VIP - **polecane dla młodych małżeństw i rodzin z dziećmi** - obejmuje już m.in. poród w warunkach ponadstandardowych, bezpłatne znieczulenie, dyżury pielęgniarskie, ale tylko po operacji lub po akceptacji towarzystwa (maksymalnie 48 godzin), możliwość przebywania w pokoju szpitalnym z dzieckiem. Gwarantuje też wizyty u wszystkich specjalistów, opiekę stomatologiczną, rehabilitację, specjalistyczne badania.

Takie polisy są już jednak znacznie droższe. Rozbudowane pakiety można mieć za 100-200 zł miesięcznie, a najbogatsze mogą nas kosztować i kilkaset złotych za miesiąc. W zamian za te pieniądze firmy ubezpieczeniowe zwykle nie wprowadzają już limitów wizyt. Wyjątkiem są

porady psychologiczne i psychiatryczne. Nie ma też sumy ubezpieczenia, tak jak w standardowych polisach, ponieważ towarzystwa nie obawiają się, że ich klienci będą zamawiać wizyty codziennie.

Uwaga! Z polisą w kieszeni teoretycznie nie czekamy na wykonanie operacji. Jednak towarzystwo za każdym razem musi zgodzić się na przeprowadzenie zabiegu. Ubezpieczyciele zapewniają, że wszyscy jego klienci zostaną umieszczeni w jedno- lub dwuosobowych pokojach. Mogą też bez względu na wariant ubezpieczenia wybrać lekarza prowadzącego lub operującego, o ile zasady pracy danego szpitala na to pozwalają.

Obok zwykłych polis zdrowotnych możemy też wykupić specjalne ubezpieczenie szpitalne, w ramach którego towarzystwo ubezpieczeniowe opłaci nam pobyt w szpitalu i operację. Na liście zabiegów, za które płacą ubezpieczyciele, jest już często nawet 200 pozycji - m.in. operacje ucha, chirurgia naczyniowa i operacje serca. Ile kosztuje polisa szpitalna? Cena ubezpieczenia dla czteroosobowej rodziny to ok. 300 zł miesięcznie. Bezdzietne małżeństwo zapłaci niespełna 200 zł, mężczyzna do 55. roku życia - 80 zł, a kobieta w tym samym wieku - 100 zł (bo leczenie chorób kobiecych jest droższe).

Za te pieniądze mamy zapewnioną - oprócz szybkiej operacji - całodobową opiekę lekarską. W szpitalu dostaniemy pokój o podwyższonym standardzie, maksymalnie dwuosobowy, z własną łazienką. Za dodatkową opłatą (2,5-8 zł miesięcznie) ubezpieczyciel dowiezie do domu leki, załatwi sprzęt rehabilitacyjny i zapewni opiekę pielęgniarki (podobnie jak w przypadku zwykłych polis zdrowotnych nie dłużej niż 24 godziny).

Zanim zdecydujemy się na kupienie polisy zdrowotnej, warto sprawdzić, czy nasz pracodawca nie ma podpisanej umowy z firmą medyczną. Może się okazać, że zapłacimy znacznie mniej, wybierając abonament medyczny u siebie w zakładzie, niż kupując ubezpieczenie.

Możemy też wykupić taki abonament indywidualnie. Do wyboru mamy z reguły trzy pakiety: podstawowy (od 1,2 tys. zł rocznie), rozbudowany (od 2,4 tys. zł za rok) i złoty (6 tys. zł rocznie). Pierwszy daje nam dostęp do podstawowych specjalistów (m.in. internisty, pediatry, chirurga czy dermatologa) i badań. Jeśli zapłacimy nieco więcej, bez kolejek dostaniemy się do lekarzy wszystkich specjalizacji oprócz dietetyka, będziemy mogli skonsultować się z profesorem, skorzystać z rehabilitacji i przeprowadzić wszystkie badania diagnostyczne i laboratoryjne. W ramach najdroższego abonamentu dodatkowo dostaniemy leczenie szpitalne do dziesięciu dni.

Gdzie szukać haczyków?

Przed wykupieniem polisy nie musimy przechodzić żadnych badań lekarskich. Wystarczy wypełnić wniosek, w którym odpowiadamy na pytania dotyczące obecnego stanu zdrowia, a także chorób przebytych w ciągu ostatnich lat. Firma pyta także, czy w ciągu ostatnich dziesięciu lat dana osoba była w szpitalu. Na podstawie tego wniosku ubezpieczyciel ocenia, za co może płacić, a za co nie, np. może się zdarzyć tak, że jeśli ciężko chorujemy na serce, polisa nie obejmie wizyt u kardiologa.

Uwaga! Nie warto kłamać. Jeśli wprowadzimy towarzystwo ubezpieczeniowe w błąd, może się to potem obrócić przeciwko nam. Warto czasami przyznać się, na co chorujemy, i zapłacić o kilka złotych wyższą składkę, niż potem w potrzebie zostać bez pomocy. Żaden z

ubezpieczycieli nie zapłaci w ogóle za leczenie gruźlicy, AIDS, HIV.

Przed podpisaniem umowy z towarzystwem warto sprawdzić, czyje usługi medyczne zostaną nam zaoferowane. Może się bowiem okazać, że ubezpieczyciel współpracuje na stałe tylko z jedną siecią prywatnych przychodni. Wówczas będziemy skazani jedynie na nią. Jeśli zdecydujemy się leczyć gdzie indziej, firma ubezpieczeniowa nie zapłaci za wizytę.

Uwaga! Oczywiście w poszczególnych regionach kraju, tam gdzie nie ma swoich placówek współpracująca z ubezpieczycielem sieć, pacjenci są kierowani do różnych centrów medycznych.

Wykupując polisę, dostaniemy od firmy ubezpieczeniowej specjalną kartę, podobną do bankomatowej. Będzie to nasza przepustka do lekarza. Za wizytę w przychodni, która współpracuje z towarzystwem, nie płacimy z własnej kieszeni. Gdy musimy lub chcemy iść do lekarza, którego nie ma na liście firmy ubezpieczeniowej, musimy najpierw wyłożyć pieniądze na wizytę, a dopiero potem towarzystwo je zwróci. Ale uwaga! Zwykle ubezpieczyciele ustalają jakiś limit. Jeśli wizyta kosztowała np. 100 zł, a limit wynosi 80 zł, to różnicę będziemy musieli dopłacić.

Co jeśli stracimy pracę i nie stać nas na dalsze opłacanie kilkusetzłotowej składki? Ubezpieczyciel nie będzie robił nam problemów. Choć formalnie umowę podpisujemy na rok czy na dwa, to w momencie, gdy przestajemy płacić, tracimy też wszystkie przywileje, które daje nam polisa zdrowotna. Powinniśmy jedynie poinformować ubezpieczyciela, o tym, że nie stać nas na dalsze opłacanie składek. Zresztą pracownik towarzystwa ubezpieczeniowego pewnie w ciągu kilku dni sam się z nami skontaktuje. Będzie chciał sprawdzić, czy brak zapłaty za kolejny miesiąc wynika z naszego gapiostwa, czy też z tego, że rezygnujemy z polisy. Choć z polisy zdrowotnej w każdej chwili możemy zrezygnować, nie warto decyzji o jej wyborze podejmować zbyt pochopnie. Może się przecież okazać, że nim zmienimy ją na inną, będziemy musieli wcześniej z niej skorzystać. A wtedy wyjdzie, że nasz ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów konsultacji u tego specjalisty, jakiego potrzebujemy, albo nie płaci za konieczny zabieg. Dlatego wybierajmy z głową. Decyzja podjęta teraz zaprocentuje w przyszłości albo będzie nam spędzać sen z powiek przez długi, długi czas.

Więcej...

http://wyborcza.pl/1,75248,8547275,Nie_gnij_w_kolejkach_do_lekarza_Korzystaj_z_zalet.html?as=2#ixzz134WSnWN3