

Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w publicznej służbie zdrowia to kilka, a niekiedy nawet kilkanaście miesięcy. Jeszcze dłużej, bo co najmniej kilka lat, czekają pacjenci i branża ubezpieczeniowa na ustawę o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Brak regulacji w tym zakresie hamuje rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń, a przez to zmusza wiele osób do długiego czekania lub ponoszenia wysokich kosztów leczenia w prywatnej służbie zdrowia. Rocznie Polacy wydają na leczenie z własnej kieszeni 35 mld zł.

*– Sytuacja w publicznej służbie zdrowia jest coraz gorsza, a kolejki do lekarzy coraz dłuższe. Zgodnie z ostatnimi danymi opublikowanymi przez fundację Watch Health Care czekanie na kardiologa dziecięcego trwa pięć miesięcy, a na rezonans – sześć miesięcy. To powinno być impulsem do tego, żeby Polacy byli zainteresowani ubezpieczeniami zdrowotnymi – ocenia w rozmowie z agencją informacyjną Newseria Biznes Aleksandra Polakowska-Szymańska, dyrektor departamentu ubezpieczeń grupowych w AXA Życie.*

Tym bardziej że rocznie Polacy wydają na prywatne leczenie (w tym również leki) ponad 35 mld zł.

*– Wydajemy na zdrowie z własnej kieszeni, a mimo wszystko realnego zainteresowania [ubezpieczeniami zdrowotnymi – red.] nie widać. Jeżeli pytamy Polaków, czy są takimi produktami zainteresowani, odpowiadają, że tak. Natomiast z danych o rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych wynika, że tak naprawdę ten rynek stoi w miejscu. Z roku na rok dynamika jest kilkuprocentowa, czyli niewielka, zważywszy na to, że rynek cały czas jest młody i nieduży – uważa Aleksandra Polakowska-Szymańska.*

Jedynie 700 tys. osób wykupiło produkty związane z dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Nie ma dokładnych szacunków liczby klientów, ponieważ nie ma też ustawowej definicji ubezpieczenia zdrowotnego. Brak regulacji jest właśnie główną barierą rozwoju tego rynku, jak również brak jasno zdefiniowanego koszyka świadczeń, jaki przysługuje ze strony NFZ. Ponadto pacjenci korzystający z NFZ nie wiedzą przed pójściem do lekarza, w jakim terminie zostaną przyjęci do specjalisty.

*– Na pewno barier jest wiele. Jedną z nich jest nie do końca jasna i przejrzysta sytuacja w NFZ i to, jak ubezpieczenie zdrowotne mają się komponować z całością leczenia, czyli z NFZ. A także jakie miejsce na tym rynku zajmują firmy abonamentowe. To jest też coś nowego w stosunku do tego, co obserwujemy na rynkach zachodnich – twierdzi dyrektor w AXA Życie.*

Postulat rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie oznacza, że zastąpią one publiczne ubezpieczenia NFZ. Branża apeluje o precyzyjne uregulowanie obu sfer, dzięki czemu prywatne polisy staną się produktem uzupełniającym, obejmującym mało prawdopodobne, ale często bardzo kosztowne zabiegi szpitalne czy ambulatoryjne. Słabo rozwinięty rynek prywatnych polis sprawia, że wielu pacjentów może ryzykować życie lub zdrowie z powodu czasu oczekiwania na wizytę w publicznej służbie zdrowia lub też jest zmuszonych ponosić ogromne koszty leczenia.

*– Ubezpieczenia zdrowotne zapewniają węższy zakres świadczeń. Najczęściej ograniczają się do świadczeń ambulatoryjnych bądź do świadczeń szpitalnych, ale w ograniczonym zakresie. To, co mogą zdecydowanie nam dać, to czas dostępu. W ubezpieczeniach zdrowotnych mamy gwarancję dostępu do specjalisty w ciągu trzech czy pięciu dni roboczych, bo takie są standardy rynkowe. Natomiast w NFZ czekamy na specjalistów często miesiącami. I to jest ta przewaga i powód, dla którego ubezpieczenia zdrowotne są i powinny być kupowane – uważa Polakowska-Szymańska*

## Prywatne polisy ma tylko 700 tys. Polaków

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 06, czerwiec 2014 00:00

Rafał Rudka

Odslony: 926

---

Przeciwnicy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych argumentują, że jest to rynek ograniczony do stosunkowo młodych i zdrowych osób. Z tego względu w wielu krajach istnieją finansowane ze środków publicznych programy ubezpieczeniowe dla osób starszych, jak np. Medicare w Stanach Zjednoczonych. Dzięki temu rynek polis może rozwijać się wśród osób w wieku produkcyjnym i jednocześnie nie ma ryzyka, że ciężko chorzy seniorzy pozostaną bez opieki zdrowotnej.

*– I tak wiek ubezpieczania osób w grupie się wydłużył, bo najczęściej ubezpieczamy osoby do 69. roku życia, gdzie jeszcze kilka lat temu to był mniej więcej 60. rok życia. Ubezpieczenia indywidualne często też mają limit wieku, natomiast tu każdy płaci składkę adekwatną do swojego ryzyka. W związku z tym osoby z grupy wiekowej 60+, nawet jeżeli jest dla nich oferta, to jest ona bardzo droga. Dla nich często dużą barierą jest zapłacenie kilkuset złotych miesięcznie za takie ubezpieczenie, szczególnie że w ich głowach dominuje przekonanie, że to będzie podwójne płacenie za to, co już opłacili w swoim życiu na NFZ – wskazuje dyrektor w AXA Życie.*

Starzenie się społeczeństwa sprawia, że firmy ubezpieczeniowe muszą dostosowywać swoją ofertę, by utrzymać pozycję na rynku. Zaczynają pojawiać się pierwsze produkty i usługi, które są adresowane do osób w wieku 60+.

*– Mamy ofertę wprowadzoną ostatnio przez nas we współpracy z Providentem, to jest pakiet medyczny adresowany do osób, które ukończyły 60. rok życia, w którym zapewniamy świadczenia medyczne typu wizyta lekarza specjalisty, rehabilitacja, dowóz leków, pokrycie kosztów za leki czy zasilek szpitalny za każdy dzień pobytu w szpitalu. To jest oferta adresowana tylko do tej grupy wiekowej – mówi Aleksandra Polakowska-Szymańska.*

Prawdopodobnie nie będzie to łatwy rynek dla ubezpieczycieli, ponieważ wiele starszych osób jest przyzwyczajonych do państwowego monopolu w ochronie zdrowia i ubezpieczeniach zdrowotnych. Dlatego według branży ustawa o dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych powinna zawierać rozwiązania, które będą zachęcały Polaków do kupowania polis. Firmy ubezpieczeniowe deklarują gotowość do współpracy przy tworzeniu ustawy, ale czekają na inicjatywę ze strony rządu.

*– Musimy rozpocząć akcję budowania świadomości wśród potencjalnych klientów, żeby przekonać ich do czegoś, co jeszcze niedawno na rynku nie istniało. I zdecydowanie bodźcem do tego, co jest oczekiwane w ustawie o ubezpieczeniach zdrowotnych, byłaby ulga podatkowa – uważa Polakowska-Szymańska. – Polska Izba Ubezpieczeń, która reprezentuje rynek ubezpieczeń zdrowotnych, jest w stałym kontakcie z Ministerstwem Zdrowia i czekamy na sygnał, żeby powrócić do dyskusji, żeby przygotować ustawę, która zaspokoi interesy wszystkich zainteresowanych stron.*

*Źródło: Newseria*