

# Wykluczeni ze zdrowia

[Trybuna](#) | 21.10.2013 | Rubryka: Gospodarka | Strona: 6 | Autor: [KATARZYNA SAŁAJCZYK](#) | Temat: Prasa ogólnopolska - Narodowy Fundusz Zdrowia

Ludzie ubodzy, bez stałej pracy, mają w Polsce słabą szansę na bezpłatne leczenie.

„Za komuny” sprawa była prosta. Każdy Polak miał prawo do bezpłatnego korzystania z opieki medycznej. Teoretycznie przysługiwało ono ludziom zatrudnionym, ale ponieważ nie było bezrobocia, z publicznych przychodni mogli korzystać wszyscy.

Jednym z założeń polskiej transformacji stało się jednak reglamentowanie dostępu do tak podstawowego świadczenia społecznego jakim jest darmowa ochrona zdrowia. Nasze władze uznały, że nie wszyscy zasługują na przywilej bezpłatnego leczenia. To właśnie dzięki rządzącym tak silna stała się w Polsce magia etatu. Kto nie ma etatu - nie leczy się za darmo. Ta reguła uderza we wszystkich. I w młodych, po szkołach, którzy harują na umowach śmieciowych licząc, że wreszcie pracodawca uzna, iż zasłużyli na wymarzony etat. I w starszych, którym pracodawcy wprawdzie pozwalają pracować, ale etatów już ich pozbawili, aby nie płacić za nich składek zdrowotnych. Przecież, skoro mogą jeszcze pracować, niech sami płacą swe składki.

Zapłać, żebyś mógł płacić

Rzeczywiście, nie brak takich, którzy chcą je opłacać z własnej kieszeni. Ale nie ma lekko! Nasze państwo tylko nielicznym zezwala na płacenie comiesięcznej składki zdrowotnej. Jeśli ktoś miał pecha i przez ponad trzy miesiące nie był objęty publiczną opieką medyczną, musi zapłacić karę, mogącą przekroczyć nawet 7,5 tys. zł. (patrz tabelka). Dopiero wtedy dostąpi przywileju samodzielnego opłacania składki. Nic więc dziwnego, że w Polsce jest niewiele ponad 30 tys. szczęśliwców płacących za dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.

Teoretycznie, najprostszym sposobem zapewnienia sobie bezpłatnej opieki medycznej, jest zarejestrowanie się jako bezrobotny. Można wtedy korzystać z publicznej służby zdrowia. Ta droga jest jednak zamknięta dla kogoś, kto formalnie jest zatrudniony, ale jego pracodawca, co wykaże system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców, „zapomniał” płacić za niego składkę. A także dla ludzi, zmuszonych przez pracodawców do założenia działalności gospodarczej, którzy zarabiają nędzne grosze, nie pozwalające na regularne płacenie co najmniej 341 zł miesięcznej składki zdrowotnej. Oczywiście, z działalności można zrezygnować - tyle, że wtedy traci się też możliwość wliczania w koszty części wydatków.

Zachęta do kłamstwa

Osoby zatrudnione na umowach śmieciowych, mogłyby zarejestrować się w „pośredniaku”. Przepisy mówią jednak jasno, że ten, kto wykonuje jakąkolwiek pracę zarobkową (niezależnie na jakiej podstawie) nie ma prawa do uzyskania statusu bezrobotnego. Nie każdy zdecyduje się więc kłamać w żywe oczy w urzędzie pracy, że absolutnie nic nie robi. Są też tacy, którzy liczą na upragniony etat

tam gdzie mają „śmieciovie" - i wcale nie chcą przyjmować każdej propozycji zatrudnienia, jaką otrzymają z pośredniaka (a jeśli ją odrzucą stracą status bezrobotnego).

Innym rozwiązaniem jest zawarcie formalnej umowy o pracę, choćby na jeden miesiąc. Przepisy mówią iż po ustaniu stosunku pracy mamy jeszcze przez 30 dni prawo do bezpłatnej opieki lekarskiej. W tym czasie możemy złożyć do **Narodowego Funduszu Zdrowia** wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. W ten sposób omiemy wymóg uiszczenia karnej opłaty za przerwę w ubezpieczeniu zdrowotnym. Potem możemy sami opłacać sobie składkę zdrowotną. Nawet do emerytury - o ile mamy z czego (miesiąc zaległości powoduje, iż tracimy ubezpieczenie). Trzeba tylko znaleźć życzliwego pracodawcę, który zawrze z nami umowę o pracę, mając świadomość, że potrzebujemy jej jedynie do ubezpieczenia zdrowotnego.

Co jednak zrobić, jeśli nie mamy szans na statut bezrobotnego i nie znamy żadnego życzliwego pracodawcy? W ostateczności pozostaje wykupić prywatne ubezpieczenie zdrowotne. W 2010 r. korzystało z nich ok. 450 tys. osób. Przez ostatnie dwa lata liczba ubezpieczonych powiększyła się do 750 tys. - lecz jest to dla nich na ogół forma dodatkowej ochrony, oprócz ubezpieczenia państwowego.

I prywatne nie pomoże

To, ile zapłacimy za prywatne ubezpieczenie, zależy od tego, jaki zakres świadczeń medycznych, oraz jakiego ubezpieczyciela lub firmę medyczną wybierzemy. Na cenę wpływa również wiek i stan zdrowia. W większości ofert, ubezpieczenia zdrowotnego nie może kupić osoba powyżej 60 roku życia. Z reguły wymagana jest też karencja - ubezpieczenie staje się ważne i możemy z niego w pełni korzystać dopiero po kilku (minimum trzech) miesiącach regularnego opłacania składek. Miesięczna składka może się wahać od 80 aż do 1000 zł miesięcznie. Dla przykładu, przy standardowej składce 170 zł, otrzymujemy dostęp do lekarza pierwszego kontaktu i kilku lekarzy specjalistów - m.in. chirurga dziecięcego, chirurga ogólnego, dermatologa, ginekologa (bez leczenia bezpłodności), kardiologa, okulisty i otolaryngologa. Możemy też zrobić rozmaite badania diagnostyczne i korzystać z podstawowych świadczeń pielęgniarstwa, np. zrobienia zastrzyku czy zbadania ciśnienia. W droższych pakietach dochodzi krótki pobyt w szpitalu i doraźna pomoc ambulatoryjna. Są również pakiety, za które miesięcznie trzeba płacić powyżej 1000 zł. Wówczas dostajemy pełny, kompleksowy pakiet usług medycznych.

W praktyce jednak, przy ciężkiej chorobie, wymagającej długotrwałego, kompleksowego leczenia szpitalnego, nie pomoże nam żadne prywatne ubezpieczenie. Wtedy ratunkiem pozostaje publiczna służba zdrowia - do której niestety nie wszyscy mają dostęp.

Tyle trzeba zapłacić

Opłaty za okres przerwy w ubezpieczeniu zdrowotnym są bardzo istotną barierą utrudniającą przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wysokość tzw. jednorazowej opłaty dodatkowej jest zróżnicowana - zależy od długości pozostawania poza ubezpieczeniem zdrowotnym. Jeżeli okres ten wynosił od 3 do 12 miesięcy - opłata wynosi 757, 65 zł. Powyżej 12 miesięcy do 2 lat – 1 894,13 zł.

Od 2 do 5 lat - 3 788, 26 zł.

Od 5 do 10 lat - 5 682, 39 zł.

Dla okresu powyżej 10 lat - 7 576,52 zł.

Teoretycznie, ze względu na trudną sytuację (materialną czy rodzinną), oddział **NFZ**, na wniosek zainteresowanego, może zwolnić go z opłaty dodatkowej. Szansę na to są jednak niemal żadne.