

“Καταφύγιο” στις ασφαλιστικές για υπηρεσίες υγείας”

Δευτέρα, 12 Νοεμβρίου 2012 - 10:53

Της Έφης Καραγεώργου

Καταφύγιο στις ασφαλιστικές εταιρείες βρίσκουν οι καταναλωτές, προκειμένου να εξασφαλίσουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα η ζήτηση για προγράμματα περίθαλψης φέτος παρουσιάζει αύξηση κατά 30% σε σχέση με πέρυσι.

Η αποδόμηση του κράτους πρόνοιας, το αλαλούμ του ΕΟΠΥΥ, τα ραντεβού για ιατρικές εξετάσεις που κλείνονται μετά από 2 και 3 μήνες, στέλνει όλο και περισσότερους στις ασφαλιστικές εταιρείες.

«Παρά την κρίση και τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος η ζήτηση για καλύψεις υγείας αυξάνεται συνεχώς» παραδέχονται τα στελέχη της ασφαλιστικής αγοράς.

Τον τελευταίο χρόνο η ασφαλιστική αγορά πέτυχε αύξηση της τάξης του 30% στα προγράμματα υγείας, αναφέρει ο κ. Νίκος Δελένδας, γενικός διευθυντής πωλήσεων της Eurolife Ασφαλιστικής.

Και επισημαίνει πως μεγάλη αύξηση καταγράφεται στη ζήτηση για τα προγράμματα που περιλαμβάνουν -εκτός από τις δευτεροβάθμιες παροχές υγείας, δηλαδή χειρουργικές επεμβάσεις και τη νοσηλεία- και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης, δηλαδή τους γιατρούς και τις διαγνωστικές εξετάσεις.

Ωστόσο καθώς το διαθέσιμο εισόδημα μειώνεται, η ζήτηση αφορά πιο φτηνά προγράμματα, δηλαδή με λιγότερες παροχές.

Παράλληλα, όπως αναφέρει ο κ. Δελένδας, έχουμε και δύο μεγάλες αλλαγές στα ασφαλιστήρια συμβόλαια.

Πρώτον, η αγορά σιγά-σιγά περνάει σε συμβόλαια υγείας ετησίως ανανεούμενα, η αλλαγή αυτή αφορά κυρίως τους νέους ασφαλισμένους. Οι παλαιοί πελάτες διατηρούν τα «ισόβια» προγράμματα ιατρικών καλύψεων, τα οποία όμως επιβαρύνονται με ετήσια αύξηση στο ασφάλιστρο της τάξης του 5% με 10%.

Δεύτερον, σε λιγότερο από 2 μήνες, δηλαδή από τις 21 Δεκεμβρίου 2012, καταργείται η διάκριση στην τιμολόγηση ανάλογα με το φύλο. Μέχρι τώρα οι γυναίκες ασφαλισμένες πλήρωναν ακριβότερα το ασφαλιστήριο συμβόλαιο τους, σε σχέση με έναν άνδρα της ίδιας ηλικίας και επαγγελματικής δραστηριότητας.

Οι ασφαλισμένοι έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε προγράμματα που καλύπτουν είτε «πακέτο» πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, είτε

χωριστά. Βέβαια, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες, που έχουν από «πίσω» τους τράπεζες, μπορούν και προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, μέσω των πιστωτικών καρτών.

Με μία ετήσια επιβάρυνση που δεν ξεπερνά τα 180 ευρώ το χρόνο, ο ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα δωρεάν ιατρικών εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία μεγάλων θεραπευτηρίων της χώρας και απαλλαγή από το κόστος διαγνωστικών εξετάσεων, μέχρι ενός ποσού (συνήθως 1.800 ευρώ).

Τα προγράμματα υγείας, χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Σε εκείνα που ο ασφαλισμένος πληρώνει το ασφάλιστρο και δεν έχει καμία άλλα συμμετοχή στα ιατρικά έξοδα, νοσήλεια κλπ. Τα λεγόμενα απεριόριστα, που παρέχουν 100% κάλυψη.

Τα προγράμματα με συμμετοχή του ασφαλισμένου, που είναι είτε ποσοστιαία (π.χ. 20% συμμετοχή στο συνολικό κόστος), είτε με κάποια απαλλαγή (δηλαδή ο πελάτης πληρώνει για παράδειγμα τα πρώτα 1.500 ευρώ, και το υπόλοιπο ποσό καλύπτεται από την ασφαλιστική εταιρεία).

Η ζήτηση σήμερα είναι μεγαλύτερη για τα προγράμματα «συμμετοχής», αφού το ασφάλιστρο τους είναι σημαντικά χαμηλότερο σε σχέση με τα «απεριόριστα».

Πηγή: www.capital.gr