

UBEZPIECZENIA GRUPOWE



Najbardziej narażeni na choroby zawodowe nie mają polis zdrowotnych

Ponad 50 proc. pracowników w grupowych ubezpieczeniach zdrowotnych stanowią przedstawiciele branż: finansowej, IT i przemysłowej – szacuje SALTUS Ubezpieczenia. A sektory wyjątkowo narażone na choroby zawodowe – np. edukacja – wciąż rzadko korzystają z ubezpieczeń zdrowotnych.



Marcin Załęski

dyrektor Działu Ubezpieczeń Zdrowotnych i Pracowniczych SALTUS Ubezpieczenia

Według najnowszych danych Polskiej Izby Ubezpieczeń (na koniec trzeciego kwartału 2023 r.) z dodatkowych polis zdrowotnych korzysta już 4,69 mln Polaków. Większość z nich ubezpieczona jest w ramach umów grupowych, gdzie ubezpieczającym są pracodawcy. Które branże są najlepiej chronione sprawdził SALTUS Ubezpieczenia. Z analizy ubezpieczyciela wynika, że 22 proc. ubezpieczonych stanowią osoby zatrudnione w sektorze finansowym

i ubezpieczeniowym, na drugim miejscu jest IT i telekomunikacja – 15,7 proc., a podium zamyka przetwórstwo przemysłowe z wynikiem 15,4 proc. chronionych polisami. To ponad połowa ubezpieczonych, a raptem trzy grupy branżowe.

Tak duży odsetek ubezpieczonych z tych sektorów gospodarki wynika z dwóch czynników. Pierwsze dwie grupy branżowe od lat oferują ubezpieczenia jako benefit pozapłacowy, więc są już w nich niejako standardem. Z kolei popularność polis grupowych w przetwórstwie przemysłowym wynika z faktu, że pracownicy tego sektora są jednymi z najbardziej narażonych na choroby zawodowe, więc dbałość o utrzymanie ich w dobrym zdrowiu jest istotna. Warto pamiętać, że zapobieganie chorobom zawodowym za pomocą medycyny pracy jest ustawowym obowiązkiem każdego pracodawcy. Świadczenia te muszą

samodzielnie sfinansować pracodawcy, dlatego chętnie sięgają po ubezpieczenia grupowe. W tym kontekście dziwi mnie jednak niskie wykorzystanie ubezpieczeń w paru innych branżach, gdzie ryzyko schorzeń wynikających z charakteru i warunków pracy jest równie wysokie.

W których branżach grupowe ubezpieczenia zdrowotne powinny być popularne?

Podstawowym zadaniem grupowych polis zdrowotnych jest zapewnienie pracownikom szybkiego dostępu do świadczeń medycznych, w tym w ramach medycyny pracy. To szczególnie istotne w zapobieganiu problemom zdrowotnym, które mogą być spowodowane przez warunki i charakter pracy. Mogłoby się zatem wydawać, że w tych branżach, gdzie ich ryzyko jest wysokie, ubezpieczenia powinny być powszechne.

Wgląd w ryzyko chorób zawodowych dają dane gromadzone przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. Z ostatniego opracowania „Choroby zawodowe w Polsce 2021” wynika, że wśród branż o najwyższym wskaźniku zapaadalności na schorzenia zawodowe znajdują się górnictwo i wydobywanie (200,2 przypadki na 100 tys. pracujących), opieka zdrowotna

i pomoc społeczna (111 – to efekt COVID-19), edukacja (25,1), rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo (15,7) oraz przetwórstwo przemysłowe (14,7).

Poza sektorem przetwórstwa przemysłowego, którego pracownicy stanowią dużą grupę ubezpieczonych, w pozostałych branżach z tej listy polisy grupowe nie są powszechne. Z naszych danych wynika, że zatrudnieni w edukacji to jedynie 0,26 proc. ubezpieczonych a rolnicy, leśnicy i rybacy są jeszcze słabiej chronieni – 0,04 proc. korzystających z polis. Chciałbym zwrócić też uwagę, że współcześnie wielu pracowników zmagają się z szeregiem problemów cywilizacyjnych, które nie są ujęte w wykazie chorób zawodowych, a powinny. Na przykład wady postawy czy problemy z kręgosłupem, z którymi zmagają się wielu pracowników biurowych czy sektora handlu. Te schorzenia mogą znacząco wpłynąć na jakość życia i pracy. Dlatego powinny być uwzględniane w medycynie pracy.

Dlaczego pracodawcy sięgają po ubezpieczenia grupowe?

Przez lata benefity pozapłacowe w postaci polis były przede wszystkim elementem walki o nowych pracowników, sposobem na przyciągnięcie ich do firmy. Przedsię-

biorcy ścigali się, kto zapewni szerszy zakres, a mniej patrzyli na ich realną wartość dla ubezpieczonych. Jednak wraz ze zmianami, które przyniosła pandemia oraz umacniającym się rynkiem pracownika, firmy zaczęły uważnie przyglądać się tym dodatkom pozapłacowym i je modyfikować. Obecnie ich główną rolą jest zapewnienie realnego i użytecznego wsparcia profilaktycznego, żeby utrzymać pracowników w dobrym zdrowiu. To odpowiedzialne podejście pracodawców nadal służy wzmocnieniu pozytywnego wizerunku pracodawcy, ale już w zmodyfikowanym wymiarze. Najważniejsze jest zatrzymanie pracowników w firmie i zmniejszenie ryzyka absencji chorobowej. Zmiana podejścia świadczy o rosnącej świadomości ubezpieczeniowej zarówno pracodawców, jak i pracowników, którzy pośrednio te zmiany wymusili, oczekując przydatnej ochrony. Cieszę się, że firmy coraz rozważniej tworzą programy ochrony pracowników. Chcę jednak zauważyć, że to nadal początek drogi. W niektórych branżach umowy grupowe nie są tak powszechne, jak w pozostałych. A powinny być. Choćby we wspomnianych sektorach edukacji czy rolnictwa, leśnictwa i rybołówstwa.

Szanowni Państwo!

Jakie korzyści płyną z przystąpienia do ubezpieczenia grupowego? Jak podkreślają eksperci zaproszeni na nasze łamy, jest ich wiele. Zaletą, która nasuwa się w pierwszej kolejności, jest szersza ochrona za relatywnie niższą cenę, ponieważ ubezpieczenie grupowe jest tańsze od indywidualnego. Ale cena to nie wszystko. Jeśli chcą Państwo poznać więcej argumentów przemawiają-

cych za byciem w grupie, zapraszamy do lektury. Warto też poświęcić uwagę prezentowanemu przez nas, najciekawszym w ocenie redakcji, produktowi ubezpieczeniowemu oferowanemu w ramach oferty ubezpieczeń grupowych. Może będzie to stanowiło dla Państwa podpowiedź, z kim warto współpracować, żeby zapewnić pracownikom ochronę?

Redakcja

Nationale-Nederlanden

NAZWA PRODUKTU

Grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie

OPIS PRODUKTU

Ubezpieczenia grupowe Nationale-Nederlanden wyróżniają się wszechstronnością oferty, dostosowaną do różnorodnych potrzeb pracowników i firm. Obejmują nie tylko tradycyjne ryzyka, takie jak śmierć czy trwały uszczerbek na zdrowiu, ale oferują szeroki zakres umów dodatkowych, w tym unikalne rozwiązania związane z cukrzycą, a także z diagnozą i leczeniem nowotworów. Ochrona może m.in. objąć rzadko ubezpieczane nowotwory przedinwazyjne i łagodne, dostępne jest też assistance medyczne czy dodatkowa diagnostyka, która umożliwia szybkie wykluczenie lub potwierdzenie obecności nowotworu. Ubezpieczyciel oferuje też wszechstronne wsparcie zdrowia psychicznego, odpowiadając na rosnące wyzwania związane z chorobami cywilizacyjnymi. Obejmuje to konsultacje z psychologiem, psychiatrą oraz inne usługi medyczne dla ubezpieczonego i jego rodziny. Oprócz tego, klienci mają łatwy dostęp do zarządzania polisą, co ułatwia administrację i zwiększa komfort korzystania z ochrony.

CZYM SIĘ WYRÓŻNIA TEN PRODUKT?

Nationale-Nederlanden jako jedna z pierwszych firm w Polsce kładzie nacisk na produkty zapewniające ochronę przed poważnymi chorobami cywilizacyjnymi, w tym nowotworami oraz w obrębie zdrowia psychicznego, oferując wsparcie medyczne dla ubezpieczonego i jego rodziny.

SIGNAL IDUNA Polska TU

NAZWA PRODUKTU

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne SIGNAL IDUNA

OPIS PRODUKTU

Grupowe Ubezpieczenie zdrowotne w SIGNAL IDUNA to przede wszystkim duża swoboda dla osoby ubezpieczonej. Produkt daje możliwość dowolnego wyboru placówki medycznej, zrzeszonej w ramach sieci SIGNAL IDUNA, w której chcemy skorzystać z wizyty lub badania bez konieczności autoryzacji wizyty na Call Center. Chcąc skorzystać z Lekarza lub placówki spoza sieci placówek SIGNAL IDUNA ubezpieczony otrzymuje częściową refundację poniesionych kosztów za usługi znajdujące się w pakiecie. Proces refundacji odbywa się w pełni online. Standardy dostępności do lekarza POZ wynoszą 24 h, natomiast do pozostałych lekarzy specjalistów to 5 dni roboczych. Pracodawcy mają możliwość wyboru spośród pięciu podstawowych pakietów opieki oraz 5 rozszerzeń dodatkowych. Każdy pakiet podstawowy posiada jako część integralną konsultację telemedyczną oraz usługi Assistance. Dodatkowo ochronę można rozszerzyć o ubezpieczenie leczenia szpitalnego, które SIGNAL IDUNA oferuje swoim klientom od przeszło 15 lat.

CZYM SIĘ WYRÓŻNIA TEN PRODUKT?

Szeroki zakres ochrony i wysokie standardy dostępności do lekarzy, a także możliwość wyboru placówki, w której ubezpieczony przejdzie zabieg operacyjny.

TU INTER-ŻYCIE Polska

NAZWA PRODUKTU

INTER Grupa Plus

OPIS PRODUKTU

Grupowe ubezpieczenie na życie INTER Grupa Plus przeznaczone jest dla pracowników oraz członków ich rodzin, w wieku od 18 do 69 lat. Wysokie świadczenia na wypadek niezdolności do pracy i śmierci Ubezpieczonego oraz jego najbliższych. Szeroki katalog poważnych zachorowań i chorób zakaźnych – 66 jednostek chorobowych. Specjalna ochrona na wypadek nowotworu. Katalog 600 operacji chirurgicznych. Świadczenie szpitalne płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wyniku NW oraz od drugiego dnia pobytu w szpitalu w wyniku choroby. Wypłata świadczenia szpitalnego nawet za okres 365 dni w roku polisowym. Assistance medyczny, konsultacje telemedyczne, pakiet kardiologiczny. Unikatowy na rynku pakiet świadczeń dla zawodów medycznych, m.in. na wypadek: uszkodzenia wzroku wywołanego ekspozycją na promieniowanie laserowe, urazu kręgosłupa w trakcie pracy, obrażeń ciała wywołanych agresją fizyczną osób trzecich w miejscu wykonywania pracy. Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

CZYM SIĘ WYRÓŻNIA TEN PRODUKT?

Indywidualnie dopasowane, kompleksowe zakresy ubezpieczenia połączone z usługami assistance są gwarancją bezpieczeństwa dla pracodawców, pracowników, jak również dla najbliższych członków ich rodzin.

Unum Życie

NAZWA PRODUKTU

Ochrona Premium

OPIS PRODUKTU

Ochrona Premium to ubezpieczenie grupowe, które zapewnia kompleksowe wsparcie w problemach zdrowotnych pracowników: od profilaktyki, po diagnozę i pomoc w powrocie do pracy. Ochrona Premium to ubezpieczenie na życie z możliwością doboru różnych pakietów (m.in.: NW, na wypadek poważnych zachorowań, na wypadek chorób kardiologicznych, onkologicznych, problemów zdrowotnych dziecka), a każdy z nich zapewnia pomoc nie tylko w razie diagnozy. Ubezpieczony pracownik lub jego bliscy objęci ochroną, w zależności od wybranego pakietu, mogą liczyć na organizację badań medycznych z zakresu profilaktyki czy diagnostyki, a w razie trudności zdrowotnych skorzystać z pre-diagnozy czy drugiej opinii medycznej. Ubezpieczyciel zorganizuje też rehabilitację, konsultacje lekarskie i badania medyczne lub pomoc psychologiczną. Ochrona Premium zapewnia należną wypłatę świadczenia w przypadku chorób, których coraz częściej doświadczają Polacy: cukrzyca, astma, choroby tarczycy, celiakia, a dodatkowo w przypadku chorób tarczycy i cukrzycy klient może skorzystać z badań diagnostycznych.

CZYM SIĘ WYRÓŻNIA TEN PRODUKT?

Ochrona Premium daje możliwość dostosowania zakresu ochrony do indywidualnych potrzeb pracownika, jego sytuacji zdrowotnej i rodzinnej.

Benefity zdrowotne 2024 – czego się spodziewać?

Przyzwyczailiśmy się do programów opieki medycznej dla pracowników – czy to w formie ubezpieczenia, czy w formie abonamentu. Pracownicy ich oczekują, pracodawcy są skłonni je finansować, a oferenci przygotowują coraz to nowe propozycje, które te potrzeby zaspokajają. Jednak czy ten stan jest do utrzymania w 2024 przy obecnych zasobach ubezpieczycieli i operatorów medycznych?



Tomasz Kaniewski

dyrektor Biura Ubezpieczeń na Życie w EIB

programów opieki medycznej. Tylko czy w starzejącym się społeczeństwie ten cel jest w ogóle możliwy do osiągnięcia?

Ktoś musi trzymać stetoskop

Zmiany demograficzne dotyczą zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Spójrzmy na dane GUS – „statystyczny” polski lekarz i pielęgniarz mają „50” na karku. A ponad połowa osób pracujących z pacjentami przekracza tę granicę. Trzeba

też pamiętać o emigracji zarobkowej – nie ma dokładnych danych na ten temat, ale rynekzdrowia.pl szacuje, że decyzję o wyjeździe podejmuje blisko tysiąc lekarzy rocznie. A i tak lekarzy jest u nas „jak na lekarstwo” – 34 na 10 tys. mieszkańców według danych OECD, co plasuje nas poniżej średniej (37). U naszych zachodnich sąsiadów ten wskaźnik wynosi 45, a u południowych odpowiednio 37 na Słowacji i 43 w Czechach. To nie sprzyja rozładowaniu kolejek, także w prywatnych placówkach.

Często słyszę od operatorów medycznych, że chcą zatrudnić więcej lekarzy, ale ich po prostu w Polsce nie ma. To zwiastun zadyżki, którą już złapało NFZ, a i powoli zaczyna ona dotyczyć też rynek ubezpieczeń zdrowotnych oraz pakietów medycznych. Ponadto, coraz więcej samodzielnych placówek prywatnych z większą niż dotychczas rezerwą podchodzi do współpracy z ogólnopolskimi operatorami

mi, żeby móc lepiej zadbać o „swoich” lokalnych pacjentów. Zwiększenie dostępności usług w benefitach zdrowotnych będzie zatem ważnym wyzwaniem w 2024 r.

Co mogą zrobić pracodawcy, żeby utrzymać atrakcyjność benefitów?

Na wiele bolączek recepty niestety nie ma. Jednak można rozważyć powszechniejsze niż dotychczas stosowanie refundacji wydatków medycznych poniesionych poza siecią partnerów operatora benefitu. Byłoby to bardzo dobre rozwiązanie, gdyby nie jedno „ale”. W zdecydowanej większości umów zawartych w Polsce taka formuła oznacza co najmniej 30-procentowy udział własny pacjenta. W skrajnym przypadku może on sięgać nawet 75 proc., jeśli koszt wizyty u specjalisty wynosi np. 300 zł, a zwrot cennikowy to jedynie 70-80 zł. A to jak dobrze wiemy, jest obecnie norma.

A gdyby ograniczyć się wyłącznie do dostarczenia usługi finansowej? Proste i jasne zasady dla pacjenta – leczy się, gdzie chce i gdzie sam znajdzie dostępność. Po wizycie bierze rachunek, a określona jego część jest zwracana na konto. Czerpiąc z europejskich wzorców, pewnie konieczne byłoby ustalenie udziału własnego, a może również limitów wydatkowych. Czy to jest jednak model dla każdego? Z pewnością nie, ale z doświadczenia wiem, że dla części grup byłby ciekawą alternatywą. A jak wiadomo – im więcej dostępnych rozwiązań, tym większa szansa, że odpowiemy na potrzeby pracowników.

Tym, co przekonuje obecnie pracodawców i pracowników, jest obietnica dostępu do lekarzy bez konieczności wyczekiwania w wielotygodniowych kolejkach. Szybkie badania diagnostyczne, które są tak ważne, kiedy coś nam doskwiera. Natychmiastowy dostęp do rehabilitacji koniecznej, by wrócić do formy. Zbadanie stanu zdrowia, żeby czuć się bezpieczniej. Czy sprawnie zrealizowane badania medycyny pracy pomagające oderwania pracownika od obowiązków tylko na jeden dzień. To jest kierunek, w którym zmierza każdy dostawca



Droga w jedną stronę

Ubezpieczenie auta? Mam, bo jest obowiązkowe. Ubezpieczenie mieszkania? Mam, potrzebuję do kredytu. Ubezpieczenie NNW dla dzieci? Mam, dziecko jeździ na obozy, a tam wymagają. Ubezpieczenie życia i zdrowia? Nie potrzebuję, to tylko dodatkowy koszt. Tak często wygląda dialog z naszymi znajomymi czy rodziną, jeśli poruszamy temat ubezpieczeń związanych z zabezpieczeniem najbliższych.



Katarzyna **Nalepa**

Practice Director – Health & Benefits,
AON



Tomasz **Banasiuk**

Business Unit Director – Health &
Benefits, AON

Czy dynamiczna sytuacja ekonomiczna, społeczna i geopolityczna wpłynie na potrzebę posiadania ubezpieczenia na życie? Przed nami długa droga, ale wydaje się ona prowadzić tylko w jedną stronę.

Grupowe ubezpieczenia na życie towarzyszą wielu Pracodawcom od kilkudziesięciu lat. Składka 50 zł, 20-30 klauzul ubezpieczeniowych, takich jak śmierć, trwałe uszczerbek, poważna choroba, śmierć rodzica/teścia czy kochane przez Polaków urodzenie dziecka. Potencjalne wysokości świadczeń od ok. 700 zł za urodzenie dziecka do ok. 40 000 zł tysięcy w przypadku śmierci – taki jest często zakres i kwoty otrzymywane przez Ubezpieczonych. Nieaktualizowane przez lata sumy powodują, że realna wartość ochrony jest bardzo niska. Po co nam jest ubezpieczenie? No właśnie, ubezpieczenie na życie tylko w pewnym sensie jest potrzebne nam. Dużo bardziej jest potrzebne naszym bliskim. Wedle danych

Eurostat stopa oszczędności Polaków w 2022 roku była na ujemnym poziomie (-0,77 proc.) i była drugą najniższą w całej Unii Europejskiej oraz najniższą w historii publikacji tych danych dla Polski. Co to oznacza? W bardzo dużym uproszczeniu tylko tyle, że w 2022 roku przeciętny Polak wydał więcej, niż zarobił. Finansowania swoich wydatków szukał w dotychczasowych oszczędnościach lub dodatkowo się zadłużył. Wyobraźmy sobie teraz ciężką losową sytuację: chorobę, wypadek czy śmierć.

Pod ochroną

Co się dzieje, kiedy rodzina traci jedynego żywiciela lub ten ciężko zachoruje? Jak wygląda zabezpieczenie na takie sytuacje? Jak utrzymać standard życia bez dopływu bieżącego dochodu oraz ze zwiększonymi kosztami życia, związanymi np. z wydatkami na leczenie? W bardzo wielu przypadkach takim właśnie zabezpieczeniem

jest grupowe ubezpieczenie na życie, to zawarte przez pracodawcę, często kilka lat temu. Spójrzmy na realną wartość 40 000 zł w ciągu ostatnich lat. Płaca minimalna w Polsce 10 lat temu wynosiła 1680 zł, a od lipca tego roku wynosić będzie 4300 zł, czyli 155 proc. więcej. Rzeczony 40 000 zł 10 lat temu pokrywało około 23-miesięczne minimalne wypłaty, a teraz będzie to niecałe 10. W przypadku średniego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw (7768 zł brutto) będzie to już tylko około 5-miesięcznych pensji. Podobnie sytuacja ma się w przypadku poważnego zachorowania, takiego jak nowotwór złośliwy czy udar, gdzie świadczenie często wynosi poniżej 10 000 zł. Dlaczego o tym wspominamy? Ponieważ na przestrzeni ostatnich kilku lat wartość realnych świadczeń w programach grupowych ubezpieczeń na życie spadła drastycznie. Jesteśmy przyzwyczajeni, że „wszystko drożeje”, ale często nie dostrzegamy, że nie drożeje i nie zyskuje na wartości to, co może nam pomóc w najtrudniejszych sytuacjach. Rynek ubezpieczeniowy w Polsce oferuje już produkty, które w sposób systematyczny chronią wartość ochrony. Są to programy, w których wysokości sum ubezpieczenia zależą od miesięcznego wynagrodzenia pracownika. Posłużmy się przykładem: rodzina Pracownika z wynagrodzeniem 5000 zł w przypadku jego zgonu będzie mogła liczyć na świadczenie w wysokości 60 000 zł (12 miesięcy x 5000 zł). Taki mechanizm powoduje, że wysokość świadczenia rośnie wraz ze zmianą wynagrodzenia i dzięki temu ogranicza negatywny wpływ inflacji. Oczywiście możliwe jest podniesienie tej sumy do 24- czy większej wielokrotności miesięcznego wynagrodzenia. Taki sposób określania sumy ubezpieczenia może być stosowany rów-

nież w przypadku ryzyk związanych z niezdolnością do pracy, poważnym zachorowaniem czy uszczerbkiem na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W obliczu obaw

Czy wysoka inflacja, a co za tym idzie, rosnące koszty, to jedyne czynniki wpływające na to, jak myślimy o zabezpieczeniu naszego zdrowia i życia? Ważnym elementem są tu z pewnością również nasze obawy. Z raportu „Polki i Polacy, a choroby i zdrowie” przygotowanego w ramach XVIII Forum Organizacji Pacjentów, przy współpracy z Ośrodkiem Badań Socjomedycznych oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej wynika, że najbardziej boimy się niepełnosprawności spowodowanej chorobą (72 proc.), problemów finansowych związanych z leczeniem (71 proc.) oraz uzależnienia od innych (67 proc.). Czy nasze obawy przekładają lub będą się przekładały na potrzeby ubezpieczeniowe? W ostatnim czasie na rynku coraz większą popularnością cieszą się tzw. cegiełki, czyli mini tematyczne pakiety ubezpieczeń. Ich wachlarz jest bardzo szeroki. Dużą popularnością cieszą się te dedykowane problemom zdrowotnym (zachorowaniu na nowotwór czy chorobom układu krążenia). Obejmują one swoim zakresem nie tylko wypłatę świadczenia, ale również pomoc assistance w organizacji leczenia czy potrzebnej opieki. Warto zwrócić również uwagę, że dzięki takim rozwiązaniom, pomimo formy grupowej, możemy poczuć się traktowani jak klienci indywidualni.

Imponujący rozwój technologiczny

W kontekście potrzeb ubezpieczeniowych warto zwrócić uwagę, że ważne jest nie tylko to,

co chcemy ubezpieczyć, ale też w jaki sposób. Niepodważalne jest, że coraz częściej korzystamy z różnego rodzaju usług za pośrednictwem aplikacji i innych narzędzi IT. Rozwój technologiczny, który miał miejsce w ostatnich latach, jest imponujący. Towarzystwa stworzyły specjalne aplikacje, które pozwalają w kilka minut przystąpić do ubezpieczenia. Wykorzystują boty do automatyzacji procesu zgłaszania i rozpatrywania roszczeń, dzięki czemu cały proces jest dużo prostszy dla ubezpieczonego i znacząco skraca się czas oczekiwania na wypłatę. Warto również zwrócić uwagę na formę komunikacji kierowaną do potencjalnych ubezpieczonych. Mnogość atrakcyjnych materiałów marketingowych i dbałość o jak najprostszy język powodują, że ubezpieczenia stają się bardziej przystępne. Kluczowy jest nie tylko zakup danego zakresu, ale również zrozumienie, w jakiej sytuacji możemy z niego skorzystać.

Grupowe ubezpieczenia na życie na pewno są istotnym elementem w strategii benefitowej firmy. Jednakże nie sam fakt posiadania tego benefitu czyni go wartościowym. Wiele firm, zwłaszcza z kapitałem zagranicznym decyduje się na finansowanie go dla swoich pracowników. Zadaniem branży ubezpieczeniowej na kilka najbliższych lat jest urealnienie wartości oraz zwiększenie atrakcyjności programów grupowych. Przedstawione powyżej rozwiązania oraz różne modele finansowania są jednymi z pomysłów na zwiększenie wartości grupowego ubezpieczenia na życie jako benefitu. Jako broker ubezpieczeniowy dbamy o to, żeby był on nie tylko atrakcyjny sam w sobie, ale również wpisywał się w strategię benefitową naszych klientów.

Zdrowie pracowników priorytetem firm działających w Europie

Zgodnie z najnowszymi trendami HR, opublikowanymi przez czasopismo HR Business Partner we współpracy z Infuture Institute, pracodawcy powinni przygotować się na duże zmiany wynikające ze zmian demograficznych, kulturowych oraz poczucia osamotnienia i niższej odporności psychicznej pracowników doświadczonych pandemią COVID-19.



dr hab. nauk o zdrowiu
Grzegorz **Juszczyk**

Doradca merytoryczny
MAK Ubezpieczenia

Wyzwania te wymagają dopasowania programów zdrowotnych do spodziewanych zmian. Dlatego profesjonalne doradztwo, które świadczymy naszym klientom, umożliwia szczegółową ocenę potrzeb klienta i przegląd propozycji rynkowych.

Skutecznie obniżać ryzyka zachorowania

Raport „Postawy zdrowotne Polaków – Raport Health Insight”

opracowany przez ekspertów Uniwersytetu Warszawskiego zawiera ważne wskazówki. Polacy nadal najbardziej obawiają się chorób, którym możemy zapobiegać oraz skutecznie leczyć. Są to nowotwory, udar niedokrwienny, choroba wieńcowa, depresja czy cukrzyca. Jeśli pracodawca wdrożył działania wspierające promowanie zdrowia, aktywność fizyczną, optymalne odżywienia czy radzenie sobie ze stresem, pracownicy mogą skutecznie obniżyć ryzyko zachorowania na te choroby. Dodatkowo program zdrowotny oparty na opiece abonentowej lub ubezpieczeniowej umożliwia ich wczesną i kompleksową diagnostykę a później leczenie. To obecnie szczególnie ważne, ponieważ w raporcie znajdujemy

informację, że najczęstszymi obawami respondentów związanych z konsekwencjami zachorowania są niepełnosprawność oraz problemy finansowe. Finansowanie lub współfinansowanie kompleksowej opieki profilaktycznej i medycznej redukuje te obawy i zwiększa satysfakcję zaangażowania pracowników, a z perspektywy pracodawcy to także niższa absencja chorobowa i skutki utrudnionego wykonywania pracy w czasie choroby (tzw. prezentyzm).

Dopasować ofertę do potrzeb klientów

Dostawcy rozwiązań medycznych rozpoznają nowe trendy i dopasowują ofertę do potrzeb klientów. Nowe propozycje działań profilaktycznych w firmie, dodatkowe

wsparcie zdrowia psychicznego pracowników, kompleksowa ochrona w zakresie leczenia chorób zagrażających życiu, finansowanie kompleksowego leczenia szpitalnego – to tylko kilka przykładów rozwiązań dostępnych na rynku. Pracodawcy, dla których prowadzimy doradztwo zdrowotne, rozumieją także wzrost kosztów programów zdrowotnych, związany z brakiem kadr medycznych i inflacją kosztów procedur medycznych i konsultacji specjalistycznych, która jest wyższa niż ogólny wskaźnik inflacji. Za wzrostem kosztów tego wartościowego benefitu pracowniczego powinna także podążać jakość medyczna i obsługowa oraz dostępność poprawiająca bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Ubezpieczenia grupowe jako ważny element pakietu świadczeń

Ubezpieczenia grupowe na życie stanowią istotny element pakietu świadczeń oferowanego przez firmy pracownikom. Według badania Total Remuneration Survey 2023, przeważająca część pracodawców – bo aż 67,20 proc. – deklaruje, że zapewnia członkom załogi taki benefit. Wartość tego rynku po trzech kwartałach 2023 r. KNF szacuje się na 14,46 mld zł. Z ubezpieczeń grupowych korzysta blisko 12 milionów Polaków¹.



Marcin Kowalski

MMB Leader, Mercer Polska

W praktyce obserwujemy, że skłonność pracowników do przystąpienia do ubezpieczenia zmienia się, np. w związku z wiekiem lub poziomem wynagrodzenia pracownika.

W zależności od...

W przypadku wieku dość naturalna wydaje się interpretacja, że pracownicy starsi, z większym doświadczeniem życiowym łatwiej dopasowują abstrakcyjne sformułowania ubezpieczeniowe typu: poważna choroba, wypadek, leczenie szpitalne do realnych sytuacji i konsekwencji finansowych, jakie one ze sobą niosą. Osoby młodsze częściej natomiast mają wrażenie, że przykre i trudne aspekty życia ich nie dotyczą, więc nie potrzebują też ochrony przed nimi w postaci ubezpieczenia.

W przypadku poziomu zarobków pracownika obserwujemy natomiast, że zarówno pracownicy zarabiający najmniej, jak i ci zarabia-

jący najwięcej wykazują relatywnie mniejsze zainteresowanie ubezpieczeniami. Narzuca się interpretacja, że osób zarabiających najmniej nie stać na ubezpieczenie (a przynajmniej mają takie poczucie) natomiast osoby o wysokich zarobkach postrzegają świadczenia z ubezpieczenia grupowego jako nieistotne i zbędne. Najczęściej do ubezpieczenia przystępują osoby, które zarabiają na tyle dużo, że mają poczucie, że stać je na ubezpieczenie, i dla których jednocześnie świadczenia przewidziane w umowie przedstawiają realną, materialną wartość.

Z pewnością można wyodrębnić jeszcze kilka kryteriów wpływających na postrzeganie ubezpieczeń grupowych, takich jak: płeć pracownika, staż w firmie, region kraju, rodzaj umowy o pracę. Te zróżnicowane oczekiwania i potrzeby różnych grup pracowniczych stanowią dla ubezpieczycieli pewne wyzwanie.

Ubezpieczenia grupowe mają kilka kluczowych zalet. Najważniejsze z nich to niższy koszt i zakres ubezpieczenia – trudny bądź niemożliwy do uzyskania przez osobę indywidualną. Z drugiej strony rozwiązanie to ma też pewne ograniczenia. Jednym z głównych jest brak dopasowania do indywidualnych potrzeb uczestników. Ubez-

pieczenia grupowe obejmują całą grupę pracowników, nie uwzględniają one indywidualnych różnic w potrzebach i preferencjach poszczególnych pracowników. Warto jednak podkreślić, że ubezpieczyciele coraz częściej oferują pakietu dodatkowe, które funkcjonują jako uzupełnienie standardowych wariantów ubezpieczenia.

Rodzaje pakietów

Na rynku funkcjonuje kilka typowych rodzajów pakietów dodatkowych – poniżej kilka przykładów: Pakiet onkologiczny: Obejmuje dodatkowe świadczenia i usługi związane z diagnozą i leczeniem chorób nowotworowych. Może to przybrać formę dodatkowego świadczenia za sam fakt zachorowania, w kwocie znacznie wyższej niż w ramach wariantu podstawowego. Poza tym w ramach takiego pakietu osoba ubezpieczona może liczyć na zorganizowanie i pokrycie kosztu dodatkowych badań diagnostycznych i konsultacji – w tym konsultacji psychologicznych. Jeżeli choroba będzie wiązać się z pobytem w szpitalu – również z tego tytułu ubezpieczony otrzyma dodatkowe świadczenia.

Pakiet kardiologiczny: Zapewnia dodatkowe usługi i świadczenia w przypadku problemów kardiologicznych, takich jak zawał serca czy choroba wieńcowa. Podstawą tego pakietu jest dodatkowe świadczenie za sam fakt wystąpienia choroby w kwocie znacząco wyższej niż w wariantcie bazowym. Dodatkowo zazwyczaj w takich pakietach spotyka się świadczenia związane z pobytem w szpitalu i diagnostyką.

Pakiet dla dzieci: Skoncentrowany jest na dodatkowej ochronie zdrowia i leczeniu dzieci. Najczęściej obejmuje dodatkowe świadczenia

związane z poważnym zachorowaniem lub operacją chirurgiczną dziecka, a także z pobytem dziecka w szpitalu. Nieodłącznym elementem takiego pakietu są świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu. Zaletą tej grupy pakietów dodatkowych jest to, że bardzo często cena pakietu nie zależy od tego, ile dzieci ubezpieczony posiada i ubezpieczenie po prostu obejmuje wszystkie dzieci ubezpieczonego pracownika.

Pakiet wypadkowy: Zapewnia dodatkowe świadczenia w przypadku nieszczęśliwych wypadków, takie jak uszczerbek na zdrowiu czy koszty leczenia powypadkowego.

Powyższa lista pakietów dodatkowych nie jest pełna i wiemy, że ubezpieczyciele wciąż poszukują nowych rodzajów świadczeń, które można by w opisany powyżej sposób „spakietować”.

Jako dobry przykład możemy wskazać firmę produkcyjną, zatrudniającą około 550 pracowników, w której oprócz standardowych wariantów ubezpieczenia, pracownicy mieli możliwość dokupienia pakietów: onkologicznego, kardiologicznego, dla dzieci i wypadkowego. Każdy z tych pakietów dodatkowych występował w opcji za 10 zł, 15 zł, 20 zł lub 25 zł miesięcznie. Szczegółowy opis obieralności tych pakietów zamieszczamy na wykresie. Warto zauważyć, że w grupie 550 pracowników wykupiono 309 pakietów dodatkowych. Pokazuje to, że ten kierunek działań i elastycznienia ubezpieczeń grupowych spotyka się z dobrym odbiorem ze strony pracowników.

Atrakcyjne także dla ubezpieczycieli

Warto także wskazać, dlaczego pakietu dodatkowe są atrakcyjne

także z punktu widzenia ubezpieczycieli. Przemawia za tym kilka argumentów.

Przede wszystkim wprowadzając takie rozwiązanie, ubezpieczyciele oszczędzają czas na negocjacjach z klientami. Skierowanie oczekiwania klientów w stronę standardowych pakietów dodatkowych pozwala uniknąć przedłużających się rozmów i wielokrotnych wyliczeń ofert, które musiałby być przygotowywane dla części klientów. Poza tym, z uwagi na to, że pakietu przygotowywane są w identyczny sposób dla wszystkich klientów danego ubezpieczyciela, zapewniają ubezpieczycielom stabilny i przewidywalny przebieg szkodowości. Ponadto – znowu z uwagi na to, że są wystandaryzowane na całym portfelu ubezpieczyciela – dają ubezpieczycielowi możliwość tańszego i lepszego oprogramowania procesu obsługi. Ostatnim punktem niech będzie natomiast to, że poprzez stworzenie ciekawych pakietów dodatkowych, które trafią w potrzeby klientów, ubezpieczyciel wyróżnia się na rynku i wiąże ze sobą klientów.

Podsumowując, można powiedzieć, że pakietu dodatkowe w ubezpieczeniach grupowych są ważną innowacją produktową, która w sposób efektywny odpowiada na znane od dawna ograniczenia ubezpieczeń grupowych. Dzięki takim pakietom pracownicy mogą lepiej dopasować ochronę do swoich potrzeb, ubezpieczyciele są w stanie utrzymać zakładaną rentowność kontraktów i zorganizować obsługę w sposób grupowy.

¹ Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń III/2023

Na prywatnej opiece medycznej korzysta pracownik

Prywatna opieka medyczna staje się standardem, oferowanym przez pracodawców, a jego zadaniem jest nie tylko zwiększenie liczby benefitów podczas rekrutacji. Jak wykazują badania, przynosi ona również wymierne korzyści finansowe i pozwoli zaoszczędzić co najmniej 1200 zł rocznie. Większa świadomość pracowników i pracodawców w tym zakresie uwidacznia się także we wskaźnikach na rynku prywatnej opieki medycznej, która (wg prognoz) w latach 2024-2028 ma wrosnąć o 7 procent rocznie.



Radosław Grzęda

wiceprezes Zarządu PIB Broker

Popyt w górę ceny też

Z roku na rok zwiększa się popyt na usługi medyczne w Polsce. Bardziej świadome, ale również starzejące się społeczeństwo z większą częstotliwością korzysta z procedur medycznych. Rosnące potrzeby zdrowotne generują z kolei problem z zapewnieniem odpowiedniego zaplecza medycznego. Przy niewydolnym syste-

mie publicznej opieki zdrowotnej coraz większy udział w leczeniu Polaków przypada sektorowi prywatnemu.

Mimo stale rosnących cen usług, uzasadnianych przez środowisko pandemią, inflacją i wzrostem ceny koszyka usług medycznych, liczba programów opieki zdrowotnej stale rośnie. Zwiększa się również partycypacja firm w finansowaniu takich programów.

Najpopularniejsze benefity pracownicze

Benefity pracownicze to temat stale obecny w kontekście zatrudnienia pracowników i polityki HR. Wciąż najbardziej popularne pozostają ubezpieczenia na życie, karty sportowe i programy medyczne. Praca hybrydowa, rozszerzony pakiet opieki medycznej i dodatkowe dni urlopu to

świadczenia pozapłacowe, które najszybciej zyskują dziś na atrakcyjności. Zmiany społeczne, które zaszły w ostatnim czasie wpłynęły na preferencje i oczekiwania kandydatów względem miejsca pracy. Dla znaczącej grupy obecność świadczeń pozapłacowych lub ich brak może wpłynąć na decyzję o podjęciu zatrudnienia w danej firmie. Pracodawcy zdają sobie z tego sprawę, dlatego w budżetach firm pozycje dotyczące benefitów coraz częściej stają się istotnym składnikiem.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że w bieżącej sytuacji gospodarczej benefity pozwalają pracownikom zaoszczędzić nawet kilkaset złotych miesięcznie. Dofinansowanie lekcji języka obcego, systemy kafeteryjne czy właśnie dostęp do usług medycznych ograniczają te wydatki z domo-

wego budżetu pracownika.

Najbardziej cenione dziś benefity są związane z wellbeingiem, czyli dbałością o dobrostan pracowników – ich fizyczny i psychiczny komfort.

Czynników składających się na wspomniany dobrostan jest wiele, jednak najczęściej wymieniane to: równowaga między życiem zawodowym i prywatnym (work-life ballance), elastyczność czasu i miejsca pracy, a także dbałość o zdrowie, w tym kondycję psychiczną, co przyczynia się do dużej atrakcyjności pakietów medycznych. Z kolei kondycję fizyczną zapewnić ma np. dofinansowanie przez pracodawcę sportu czy zdrowej diety.

„Rynek pracownika” i ESG

W czasach tzw. rynku pracownika firmy podejmujące starania

Ochrona dla pracowników zależna od specyfiki firmy

Praktycznie w każdej firmie funkcjonuje ubezpieczenie grupowe. Z tej formy ubezpieczenia korzysta ponad 12 mln ubezpieczonych. Ubezpieczenia w formie grupowej stanowią znaczącą część rynku ubezpieczeń.



Wojciech **Kropiewnicki**
dyrektor ds. Analiz i Rozwoju
Sprzedaży Mentor

Pomimo powszechności tego rozwiązania firmy podchodzą w bardzo różny sposób do ubezpieczenia grupowego. Stanowią podstawowe narzędzie do zarządzania zasobami ludzkimi i są kręgosłupem funkcjonowania systemów benefitowych. Z drugiej strony są najtańszym sposobem ubezpieczenia na życie i zdrowie. W każdym przypadku ważne jest właściwe dobranie ochrony do specyfiki firmy.

Grupowe ubezpieczenia na życie to bardzo długa lista świadczeń, zapewniająca zabezpieczenie pracownika w przypadku jego śmierci oraz innych zdarzeń losowych, takich jak nieszczęśliwy wypadek, zdarzenia związane z pogorszeniem stanu zdrowia: poważne zachorowania, pobyt w szpitalu, zabiegi i operacje szpitalne czy leczenie specjalistyczne. W ramach ubezpieczeń grupowych ochroną można objąć współmałżonków i partnerów życiowych, dzieci, w tym urodzenie dziecka oraz rodziców i rodziców współmałżonka. Poza ubezpieczeniami żywymi należy pamiętać o programach zabezpieczających pracowników ze względu na specyfikę wykonywanej pracy i wynikających z tego konse-

kwencji. Tu mamy ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej, pakiety ochrony prawnej czy dodatkowe ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwych wypadków. Nie należy zapominać o bardzo ważnej grupie, czyli ubezpieczeniach zdrowotnych. Różnorodność zakresów, ilości lekarzy, badań diagnostycznych, dostępności oferowanych czy inne zdarzenia medyczne przygotowują o ból głowy. Uzupełnieniem całości są rozwiązania o charakterze emerytalnym i oszczędnościowym.

Z drugiej strony jest firma, w której zatrudnieni są pracownicy. Każda firma jest inna i ma swoją specyfikę. Oczywiście można przyjąć, że firmy z jednej branży mają takie same zagrożenia i w związku z tym mogą mieć podobne programy. Oczywiście programy mogą być podobne, natomiast inna jest struktura organizacyjna (jedna lokalizacja lub kilka lokalizacji), zatrudnia inną liczbę pracowników, może stosować inne technologie i jest na innym poziomie ekonomicznym.

Patrząc na ubezpieczenia zabezpieczające pracowników w poszczególnych podmiotach, nasuwa mi się porównanie garnitur uszytego na miarę. Nie każdy nosi garnitur uszyty na miarę. Zazwyczaj nabywamy garnitur dostępny na wieszaku, a dobór oparty jest na wyborze właściwego rozmiaru. W ramach zakupu część sklepów oferuje dopasowanie do sylwetki i poprawki krawieckie. Rozwiązaniem optymalnym jest uszycie garnituru na miarę. Bardzo irytujące są za krótkie nogawki, za długi rękaw lub uwieranie materiału podczas sie-

dzenia. Dopasowanie do sylwetki daje komfort, a co za tym idzie: zadowolenie i pewność siebie. Chętnie go nosimy i podnosimy swój prestiż.

Z ubezpieczeniami w firmie jest bardzo podobnie. Można posiadać ubezpieczenie, które funkcjonuje od x lat, mimo że część pracowników nie jest nim zainteresowana. Niedopasowany zakres i niskie kwoty wypłaty świadczeń, duża ilość odmów wypłaty oraz mała ilość ubezpieczonych pracowników to symptomy niedopasowania ochrony ubezpieczeniowej do specyfiki firmy.

Audyt programu

Pozycją wyjściową jest sprawdzenie, jak działają obecne programy ubezpieczeniowe. Zaczynamy od identyfikacji i zebrania wszystkich polis obowiązujących w firmie, aby upewnić się, w jakich obszarach firma posiada ubezpieczenie.

Na podstawie polis widzimy, jakie są zakresy ubezpieczeń, wysokości świadczeń za poszczególne zdarzenia, czas, na jaki zawarte jest ubezpieczenie oraz określamy potencjalne obszary do objęcia ubezpieczeniem. Analiza warunków umów ubezpieczenia pokazuje wyłączenia i klauzule dodatkowe.

Ważnym elementem są poziomy partycypacji. Czyli jaki jest stosunek ubezpieczonych w polisie (programie) do liczby zatrudnionych lub uprawnionych do ubezpieczenia.

Do pełnej analizy dokładamy koszt, jaki ponoszony jest za ubezpieczenie, czyli składki opłacane przez pracodawcę, składki opłacane przez pracowników i koszty obsługi programu ubezpieczeniowego.

Analiza potrzeb klienta

Badanie potrzeb ubezpieczeniowych to proces analizy firmowych sytuacji, mający na celu określenie,

jakie rodzaje ubezpieczeń są najbardziej adekwatne i niezbędne. Najlepiej odpowiedzieć na pytania, jakie są moje oczekiwania jako firmy? Czy wykorzystuję ubezpieczenia w polityce benefitowej firmy? Czy są nowe zagrożenia i ryzyka wynikające z działalności firmy, a mające realny wpływ na pracowników? Jakie są potencjalne zagrożenia zdrowotne, wypadkowe, utraty mienia lub reputacji.

Poznanie potrzeb pracodawcy to początek procesu. Wskazane jest poznanie potrzeb i oczekiwań przez stronę społeczną działającą w firmie. Zadanie tych samych pytań pokazuje obraz potrzeb od strony pracowniczej. W wielu przypadkach to strona społeczna, czyli zazwyczaj organizacje związkowe, są głównymi inspiratorami funkcjonowania programów zabezpieczających pracowników.

Najważniejsze informacje o potrzebach i oczekiwaniach pracowników otrzymamy od nich samych. Wykorzystanie badań fokusowych to metoda jakościowa jako narzędzie do pozyskania informacji o potrzebach ubezpieczeniowych. Uzyskane odpowiedzi i ich analiza pozwalają na odpowiednie wyskalowanie programów grupowych. Stosowanie



Najważniejsze informacje o potrzebach i oczekiwaniach pracowników otrzymamy od nich samych. Wykorzystanie badań fokusowych to metoda jakościowa jako narzędzie do pozyskania informacji o potrzebach ubezpieczeniowych.

tego narzędzia to współuczestnictwo pracownika w tworzeniu rozwiązania dedykowanego dla niego. Uczestnictwo w badaniach jest dobrowolne, a frekwencja w badaniu to również odpowiedź na potrzeby ubezpieczeniowe lub ich brak.

Audyt, zebranie oczekiwań i potrzeb przez pracodawcę, stronę społeczną i pracowników, uwzględnienie profilu działalności oraz wykonanie analiz i przygotowanie rozwiązania to praca do wykonania. Przeprowadzenie procesu wymaga wszechstronnej wiedzy ubezpieczeniowej. Współpraca z brokerem specjalizującym się w zakresie ubezpieczeń grupowych i benefitów pracowniczych to profesjonalne doradztwo i dokonanie właściwych wyborów ubezpieczeniowych. W kolejnych krokach broker zarekomenduje dostawców usług ubezpieczeniowych, a po zawarciu programu nadzoruje właściwe wykonywanie umów.

Ekonomia

Jak cały proces wpływa na koszt ubezpieczenia? Dopasowanie programu do oczekiwań to z reguły rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej, ale też weryfikacja obecnych warunków do poziomu oczekiwanego. Nie zawsze zmiana zakresu jest automatycznym wzrostem kosztów. Proces doboru ochrony ubezpieczeniowej to również znalezienie równowagi pomiędzy ceną a korzyściami z posiadania dopasowanego do potrzeb programu ubezpieczeniowego. Nie zawsze będzie drożej. Jak zapłacić więcej, to wiem, że jest mi to potrzebne.

Przepis na dobranie ochrony pracowników do specyfiki firmy? Rzetelny audyt posiadanych ubezpieczeń, określenie potrzeb i oczekiwań przez firmę i stronę społeczną, badania fokusowe pracowników i współpraca z profesjonalnym brokerem w zakresie ubezpieczeń grupowych.

i pracodawca

o zatrudnienie najlepszych kandydatów nie traktują już benefitów wyłącznie w kategorii dodatku socjalnego. Działy HR kreując politykę w tym zakresie, budują zarazem wizerunek przedsiębiorstwa, obraz jego wizji, misji i wartości. Ukierunkowanie na pracownika ma na celu przekazanie komunikatu, że warto dla danej firmy pracować, a co za tym idzie, tworzyć wspólną społeczność. Może to pomóc



W bieżącej sytuacji gospodarczej benefity pozwalają pracownikom zaoszczędzić nawet kilkaset złotych miesięcznie.

zarówno w pozyskaniu pracowników, jak i ograniczeniu tzw. niechcianych odejść.

Osoby poszukujące pracy coraz częściej zwracają uwagę na pozapłacowe aspekty zatrudnienia. Dbałość pracodawcy o środowisko, wspieranie sportu czy lokalnych społeczności, a także dbałość o pracownika to parametry, które wpisują się jednocześnie w politykę ESG (Environmental, Social, Governance). W wielu firmach to obecnie ważny wskaźnik, istotny przy podejmowaniu decyzji biznesowych.

W Polsce obowiązek raportowania ESG będzie dotyczył kilku tysięcy podmiotów. Wypływająca z ESG społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa może mieć swoje odzwierciedlenie między innymi w dbałości o pracownika. Odpowiednim do tego narzędziem

może być polityka benefitowa firmy, zawierająca odpowiednio rozbudowane pakiety medyczne dla pracowników.

Dostępu do usług medycznych a ograniczenie absencji

Stara prawda głosi, że lepiej jest zapobiegać, niż leczyć. W dzisiejszej rzeczywistości to stwierdzenie jest jak najbardziej adekwatne. Z ogólnie dostępnych raportów wynika, że niemal połowa badanych pracowników ma nieprawidłowy cholesterol, a blisko 30 proc. z nas zmaga się z nadciśnieniem. Te przychyni, w połączeniu z chorobami układu ruchu oraz zaburzeniami psychicznymi powodują oczywiście absencję pracowników, co wiąże się z kolei z kosztami, jakie z tego tytułu ponosi pracodawca.

Jednym ze sposobów na ograniczenie tego zjawiska jest profilaktyka,

lepszy dostęp do opieki zdrowotnej, w tym telemedycyny.

Według przeprowadzonych badań, pracodawca, którego personel znajduje się pod prywatną opieką medyczną, może zaoszczędzić co najmniej 1200 zł rocznie na każdego pracownika, a dzięki dostępowi do koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, oszczędność, jaką można byłoby osiągnąć w grupie pracujących w Polsce (16 780 tys. osób na koniec Q4 2022 wg GUS), to ponad 25 mld zł w skali roku.

Kierunki rozwoju programów medycznych

Szacuje się, że rynek prywatnej opieki medycznej będzie rość rocznie średnio o 7 proc. w latach 2024-2028. Ten dynamiczny rozwój będzie dotyczył zarówno indywidualnych abonamentów czy polis,

jak i rozwiązań pracowniczych. Obawa przed brakiem dostępu do lekarzy czy badań w publicznym sektorze zdrowia napędza zainteresowanie prywatnymi programami medycznymi, a rosnąca świadomość pracodawców i koncentracja uwagi na pracowniku skutkuje wzrostem liczby programów dla firm. W odpowiedzi na rosnące potrzeby pacjentów dostawcy będą tworzyć nowe produkty i rozbudowywać stare, aby zapewnić dostęp do nowoczesnych procedur medycznych. Problematyczne mogą okazać się wzrost cen, niedobór kadry medycznej powodujący wydłużające się kolejki, czy presja płacowa personelu medycznego.

Te czynniki nie osłabiają jednak dynamicznego rozwoju usług medycznych, nie ma dla nich po prostu żadnej innej rozsądnej alternatywy.