

# UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE



## Zdrowi i zaangażowani. Prywatna opieka medyczna to must have pracodawców

**Dostęp do prywatnej opieki medycznej w ramach umowy o pracę to już dziś standard i oczywistość. Pracodawca nie powinien się jednak ograniczać tylko do „wykupienia pakietu” dla pracowników. Opiekę zdrowotną należy traktować jak inwestycję, zarówno w podwładnych, jak i w swoje przedsiębiorstwo.**



Monika Łada

prezes Fundacji  
StwardnienieRozsiane.info

W sumie 21,9 mln zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wystawiono Polakom w 2023 r. Średnia długość zwolnień lekarskich (popularnie zwanych „L4”) wynosiła prawie 11 dni. Dane są zbliżone do tych przed pandemią. W 2019 r. zwolnień lekarskich było mniej (19,9 mln), choć nieco dłuższa była średnia przerwa w pracy (prawie 12 dni). Powód ich wystawienia bywa różny – są skutkiem zarówno zdarzeń nagłych, jak i np. chorób przewlekłych, a tych doświadczamy dosyć często. Według danych NFZ, w naszym kraju np. na cukrzycę choruje 3 mln osób, stwardnienie rozsiane zdiagnozowane jest u ok. 50 tys. ludzi, tyle samo ma stwierdzoną hemofilię, z niewydolnością serca żyje ok. 1,3 mln osób, a z chorobą nowotworową ponad 1 mln. Z migreną, która niejednokrotnie uniemożliwia aktywne funkcjonowanie, żyje nawet 8 mln mieszkańców naszego kraju. Jak obliczył

GUS, prawie połowa Polaków (46 proc.) odczuwa przewlekłe dolegliwości w pracy. Co szósta osoba wykonująca obecnie lub kiedyś pracę zarobkową odczuwa spowodowane lub pogłębione przez pracę problemy zdrowotne.

### Standard

Mimo że przełożeni na ogół wykazują pełne zrozumienie i wsparcie, gdy ich pracownik ma kłopoty ze zdrowiem, to wiele firm odczuwa problem nadmiernych absencji członków zespołu. Pracodawcy wychodzą ze słusznego założenia, że koszty takich nieobecności przewyższają wartość środków przeznaczonych choćby na pakiety medyczne. Prywatna opieka zdrowotna to dziś już standard, której pracownik – i to nie tylko zatrudniony na kierowniczym stanowisku – oczekuje. Jak wynika z badania Grupy Progres, takiego benefitu oczekuje 53 proc. Polaków.

Pakiety medyczne w wielu przypadkach z wydatku stają się inwestycją i szybko zwracają się w formie niematerialnej. Pracownicy, którzy czują, że ich pracodawca dba o ich sytuację zdrowotną, wykazują większe zaangażowanie. Atrakcyjny pakiet medyczny – obok systemu wynagrodzeń i innych benefitów – może być też jednym ze sposobów zachęty do pracy i związania się z firmą na dłużej. W tym kontekście

liczy się jednak ich dostosowanie do poszczególnych pracowników. Nie wystarczy zdecydować się na „zbiórny” pakiet dla całej firmy: dostępne powinny być różne opcje, zależne np. od wieku pracowników, ich stanu zdrowia czy sytuacji rodzinnej.

### Wsparcie psychiczne

Ważne jest, żeby w ramach tego typu rozwiązań dostępna była również opieka psychiatrów i psychologów. Dzięki temu osoba zatrudniona będzie mogła liczyć na pomoc w razie kłopotów zdrowotnych związanych ze stresem i wypaleniem zawodowym. Problemy psychiczne są bowiem coraz większym wyzwaniem. W 2023 r. z powodu zaburzeń psychicznych wystawiono o prawie 9 proc. więcej zwolnień niż rok wcześniej. Najczęściej są one dłuższe niż średnia długość L4 – wynoszą średnio prawie 19 dni. Benefity w postaci programów opieki zdrowotnej mogą obejmować również działania z zakresu zarządzania emocjami i stresem lub wellness. Tego rodzaju inicjatywy mogą przyczynić się do obniżenia poziomu stresu w miejscu pracy, co bezpośrednio wpływa na zdrowie psychiczne i fizyczne pracowników, a przez to również na ich wydajność i obecność w pracy.

Nie ma wątpliwości, że prywatna opieka medyczna nie zastąpi tej „państwowej”, bo w przypadku poważnych problemów zdrowotnych, diagnostyka oraz leczenie wymagają skorzystania z placówek medycznych w ramach NFZ. Nie zmienia to jednak faktu, że atuty prywatnej opieki zdrowotnej, takie jak brak kolejek czy stosunkowo szybka diagnostyka, a także komfortowe warunki realizacji usług, są niezaprzeczalne. Przy czym kluczową

w tym zakresie kwestią jest dostępność usług. Ostatnio w części prywatnych sieci medycznych klienci zgłaszają problemy z dostępnością do lekarzy. Sygnalizowane są braki wolnych terminów, nie tylko do specjalistów czy na wybrane zabiegi, ale również do bardziej podstawowych usług. Jeśli takie sytuacje powtarzają się, pracodawcy powinni reagować i ewentualnie decydować o zmianie sieci, z którą mają podpisaną umowę.

### Edukacja i budowanie świadomości

Ważne są nie tylko pakiety zdrowotne, ale również edukacja i budowanie świadomości. To też rodzaj benefitu dla pracowników. W Polsce brakuje kompleksowej edukacji zdrowotnej. Na szczęście to powoli zaczyna się zmieniać. Coraz więcej firm, organizacji czy instytucji inicjuje lub dołącza do różnego rodzaju kampanii. Przykładowo do projektu „(Nie)widzialni” – tylko w ciągu jednego roku – dołączyło ponad 100 partnerów z całej Polski. Kampania ta, realizowana przez Fundację StwardnienieRozsiane.info, wspiera osoby z niewidocznymi niepełnosprawnościami. W naszym kraju mieszka ich nawet ok. 5,5 mln. Ich niepełnosprawność wynika m.in. z choroby przewlekłej – choćby cukrzycy czy stwardnienia rozsianego – która może utrudniać funkcjonowanie, ale nie widać jej na pierwszy rzut oka. W ramach „(Nie)widzialnych” realizowane są m.in. szkolenia w przedsiębiorstwach, urzędach czy instytucjach kultury. Ich uczestnicy uczą się, jak wspierać osoby z niewidocznymi niepełnosprawnościami w miejscu pracy – nie tylko kolegów z ze-

społu, ale też np. klientów. Managerowie są uczeni, jak zarządzać zespołem, w którym są ludzie z niewidoczną niepełnosprawnością i jak w mądry i skuteczny sposób pomagać w sytuacji, gdy dana osoba czuje się gorzej.

Wzorowanie się na krajach, które osiągnęły wysokie wskaźniki zdrowotne dzięki kompleksowej edukacji zdrowotnej i profilaktyce, powinno stanowić drogowskaz dla Polski. Organizacje pacjentów, lekarze i specjaliści ochrony zdrowia coraz częściej biją na alarm w tej kwestii. Krokiem w dobrą stronę jest postulat rzecznika praw pacjenta o włączenie do programów nauczania przedmiotu „wiedza o zdrowiu”. Ale dorośli także potrzebują edukacji. Pakiety zdrowotne oferowane przez pracodawców powinny być uzupełniane o elementy edukacyjne. Informowanie pracowników o znaczeniu regularnych badań, szczepień czy zdrowego trybu życia zwiększa efektywność samych pakietów medycznych, przyczyniając się do lepszego stanu zdrowia pracowników i mniejszej liczby absencji.

Oprócz nowoczesnych pakietów medycznych, ważne są też działania „wewnętrzne”, czyli polityka pracodawcy względem pracowników. Mimo rosnącej świadomości przełożonych, wielu z nich ma jeszcze dużo lekcji do odrobienia. Jak wykazało badanie Grupy Progres, aż 46 proc. firm nadal nie posiada kodeksu etyki tj. dokumentu określającego katalog standardów zachowań etycznych i uczciwego postępowania oraz zachowania pracowników. A to podstawa, której nie zastąpią żadne, nawet najbardziej rozbudowane pakiety medyczne.

# Jak pokolenie Z korzysta z ubezpieczeń zdrowotnych

**1,4 mln polskich pracowników to przedstawiciele pokolenia Z. Choć Zetki różnią się w podejściu do pracy od innych pokoleń, to podobnie jak pozostali cenią sobie prywatną opiekę medyczną jako benefit pracowniczy. Wybierając zakres benefitu, pracodawcy powinni pamiętać o nawykach pokolenia Z, czyli m.in. o tym, że oczekują dostępu do świadczeń psychologicznych. Zetki najczęściej korzystają (oprócz internisty) z konsultacji ginekologicznych, dermatologicznych i okulistycznych.**

Według opublikowanych pod koniec lipca danych Głównego Urzędu Statystycznego nt. polskich pracowników (Pracujący w gospodarce narodowej w Polsce w lutym 2023 r.), przedstawiciele pokolenia Z stanowią już 9,5 proc. zatrudnionych, łącznie jest ich ponad 1,4 mln. I z roku na rok będzie ich coraz więcej. Pracodawcy zdają sobie sprawę, że ich podejście do pracy jest inne i będą musieli uwzględnić pewne istotne dla nich kwestie, jak zachowanie work-life balance czy chęć wykonywania pracy zgodnej z pasjami i zainteresowaniami. To tylko część czynników, które odróżniają ich od starszych pokoleń. Jednak mają z nimi też jedną istotną cechę wspólną – cenią sobie benefit pra-

cowniczy w postaci dostępu do prywatnej opieki medycznej.

– Najmłodsze pokolenie pracowników bardziej świadomie podchodzi do kwestii zdrowia. Otwarcie mówią o problemach i nie zwlekają z wizytą u lekarza, gdy pojawią się problemy. Dbają też o profilaktykę. Nie dziwią się więc, że sprawny dostęp do



pomocy medycznej jest jednym z ich priorytetów. Pracodawcy powinni zatem dostosować zakres proponowanych benefitów do ich oczekiwań i potrzeb. To wcale nie musi oznaczać, że przedstawiciele pokolenia Z oczekują najbardziej rozbudowanych wariantów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego czy pakietu medycznego. Choć nadal najwięcej osób korzysta z najwyższego wariantu ubezpieczenia, które oferujemy, to patrząc na ostatnie półtora roku, najbardziej dynamiczny przyrost ubezpieczonych zauważyliśmy w pakiecie podstawowym. W przypadku przedstawicieli pokolenia Z był to ponad 4,5-krotny wzrost, przy nieco ponad 2-krotnym zwiększeniu liczby osób korzystających z najwyższego wariantu ubezpieczenia – mówi Marcin Załęski, dyrektor Działu Ubezpieczeń

Zdrowotnych i Pracowniczych SALTUS Ubezpieczenia.

Według raportu „Zoomersi w pracy, czyli jak pokolenie Z podbija rynek pracy w Polsce”, przygotowanego przez CPL Poland, wśród 5 najważniejszych benefitów pracowniczych 34,03 proc. zetek wymienia opiekę medyczną (to 3. miejsce, wyżej notowane są tylko kursy i szkolenia 37,38 i dodatkowe dni wolne 36,46 proc.).

**Z jakich świadczeń medycznych korzysta pokolenie Z?**

SALTUS Ubezpieczenia przyrzekał się, które usługi zdrowotne najczęściej zamawiają najmłodszy pracownicy. To świadczenia, do których powinni mieć więc stały dostęp bez limitów.

Zetki najczęściej korzystają z:

- konsultacji ginekologicznych,
- konsultacji dermatologicznych,
- badania TSH (hormon tyreotropowy) – kontrola tarczycy,
- morfologii,
- konsultacji okulistycznych.

– Lista nie uwzględnia kontaktów z internistą, ponieważ one zawsze są na pierwszym miejscu, niezależnie od grupy wiekowej. Jednak w przypadku pokolenia Z warto zwrócić uwagę na jedną ważną rzecz. Wię-

szość porad lekarza pierwszego kontaktu realizują zdalnie, za pomocą telemedycyny. Podobnie postępują także z konsultacjami specjalistycznymi, jeśli nie ma konieczności kontaktu bezpośredniego, wolą pomoc zdalną. W ten sposób realizują 10,9 proc. porad specjalistycznych. W przypadku starszych pokoleń ten odsetek wynosi 7,9 proc. To ważny czynnik, o którym powinni pamiętać pracodawcy przy tworzeniu benefitu – dodaje Marcin Załęski z SALTUS Ubezpieczenia.

**Ubezpieczenie z dostępem do psychologa**

Przy wyborze zakresu świadczeń warto też pamiętać, o tym, że dla zetek dobrostan psychologiczny nie jest tematem tabu i otwarcie mówią o problemach i szukają pomocy. To widać również w przywołanym na początku raporcie „Zoomersi w pracy”. Wśród wspomnianych wcześniej pięciu najważniejszych benefitów 13,46 proc. osób wskazuje wsparcie psychologiczne oferowane przez pracodawcę. Ten trend widzą także ubezpieczyciele. Większość towarzystw oferuje świadczenia psychologiczne i psychiatryczne w poszczególnych wariantach ubezpieczenia lub jako pakiety dodatkowe.

## Ubezpiecz swoje zdrowie



**Rozmowa z Aleksandrą Polakowską-Szymańską, Dyrektorką Działu Rozwoju Oferty i Produktów w Unum Życie.**

**Dlaczego Polacy decydują się na prywatną ochronę zdrowia?**

Głównymi problemami publicznej służby zdrowia jest długi czas oczekiwania na specjalistyczne leczenie i ogólne trudności w dostępie do lekarzy, których jest niewystarczająca liczba. Przykładowo chirurgów praktykujących jest ok. 6000, a chirurgów onkologicznych tylko ok. 1000. Stale rosną też potrzeby korzystania ze służby zdrowia z uwagi na starzejące się społeczeństwo i większą zachorowalność. Jak wskazuje LuxMed, w 2022 roku zidentyfikowano o 25% więcej osób z podejrzeniem choroby nowotworowej niż w 2019 roku. Na skuteczność leczenia wpływa jego czas i szybkość reakcji lekarzy oraz pacjentów. Niestety, patrząc choćby na leczenie szpitalne w publicznej służbie zdrowia, czekanie na planowany zabieg poprzedzony niezbędnymi badaniami i konsultacjami może trwać nawet kilka do kilkunastu miesięcy, a w sektorze prywatnym cały proces skraca się do 1-2 miesięcy. Z jednej strony koszty leczenia szpitalnego w systemie prywatnym przekraczają w większości możliwości

finansowe Polaków, z drugiej jednak jako społeczeństwo się bogacimy, doceniamy wartość zdrowia i szukamy otwarcie alternatyw, by o nie skutecznie zadbać. Coraz częściej korzystamy z programów i badań profilaktycznych. Poza tym sektor prywatny nie jest nam obcy. Dostrzegamy jego wartość, dostępność i jakość, korzystając choćby z usług stomatologa, fizjoterapeuty czy psychologa. Rozwój tego sektora przyciąga też więcej klientów. To już nie tylko wizyty u lekarzy, ale też programy profilaktyczne, przeglądy stanu zdrowia, medycyna estetyczna, szeroki zakres szczepień, a także współpraca z NFZ dla lepszej dostępności leczenia. Na popularność prywatnych abonamentów ma też wpływ rynek pracy. W dobrych ofertach pracy abonament medyczny to już standard. Są też inne opcje, takie jak ubezpieczenia oferujące pracownikom konsultacje czy badania medyczne w prywatnych placówkach medycznych.

**Jakie korzyści płyną z faktu posiadania ubezpieczenia zdrowotnego?**

Przede wszystkim jest to gwarancja szybszego procesu lecze-

nia dzięki lepszej dostępności do usług medycznych i lekarzy. W razie trudności, partnerzy medyczni oferują refundację kosztów danego świadczenia. Jakość współpracy z takim partnerem jest dużo łatwiejsza dzięki aplikacji, możliwości rozmowy na czacie z lekarzem bądź konsultantem, możliwości zamówienia leków czy wyborowi dowolnej placówki w całym kraju. Samo ubezpieczenie można zakupić on-line lub u agenta, a jego zakres dostosować do indywidualnych potrzeb. W niektórych przypadkach ubezpieczeniem można objąć też bliskich. Ubezpieczenia zdrowotne bywają też – jak w przypadku naszej oferty – częścią ubezpieczeń na życie. To zapewnia bliskim spokój finansowy w razie nagłej śmierci ubezpieczonego, jego choroby terminalnej lub trwałego inwalidztwa.

**Polacy wybierają chętniej ubezpieczenia zdrowotne czy produkty firm abonamentowych? Czym ich oferta różni się od siebie?**

I jedno i drugie, wszystko zależy od osobistych preferencji. Produkty firm abonamentowych były „pre-

kursorem” na rynku i mają dłuższą historię. Natomiast są dostępne przede wszystkim w dużych miastach, gdzie znajduje się sieć ich placówek. Oferta takich firm skierowana jest głównie do dużych korporacji, w dalszej kolejności do pracodawców średnich. Oferta dla małych firm i klientów indywidualnych najczęściej jest dostępna on-line w gotowych pakietach. Z kolei produkty ubezpieczeniowe mają zazwyczaj rozbudowaną sieć współpracujących placówek, niekoniecznie zrzeszonych w ramach jednej sieci. Dlatego usługi medyczne mogą być dostępne również w małych miejscowościach. To zapewnia większą swobodę wyboru i dostępność świadczeń medycznych, możliwość refundacji i zakupu pakietów u agenta/doradcy, u którego można nie tylko kupić produkt zdrowotny, ale także inne produkty ubezpieczeniowe na życie, czyli zabezpieczyć się kompleksowo. Warto też podkreślić, że firmy ubezpieczeniowe posiadają często bardziej zróżnicowaną ofertę: nie tylko ubezpieczenie zdrowotne (dostęp do świadczeń ambulatoryjnych), ale również ubezpieczenia dodatkowe na wypadek pobytu w szpitalu, poważnej choroby czy operacji medycznej. Zapewniają wówczas drugą opinię medyczną czy szeroki dostęp do wymaganych świadczeń medycznych. Są

też ubezpieczenia onkologiczne, kardiologiczne, następstw nieszczęśliwych wypadków sportowców – czyli ubezpieczenie nie tylko na wypadek bardziej powszechnych problemów zdrowotnych, ale też zdarzeń bardziej poważnych. Dodatkowo, w ofercie zakładów ubezpieczeń znajdują się produkty dostosowane do różnych potrzeb klientów indywidualnych i ich możliwości finansowych. Są produkty dostosowane do konkretnych sytuacji, w których potrzebne mogą się okazać np. telekonsultacje, badania profilaktyczne, assistance medyczny, w tym również z limitowanym dostępem do lekarzy, badań czy rehabilitacji, oferujące świadczenie po pobycie w szpitalu, świadczenia medyczne po diagnozie nowotworu czy po chorobach serca. Dostępne są też oferty zapewniające badania diagnostyczne w kierunku cukrzycy czy chorób tarczycy, świadczenia medyczne w przypadku podejrzenia poważnej choroby, wsparcie psychologiczne np. po depresji lub dla dzieci i wiele innych. Ważne jest to, że w ramach ubezpieczenia klienci otrzymają nie tylko pomoc medyczną, ale też pieniądze, które mogą przeznaczyć na dowolny cel. A jak wiemy, choroba może generować dodatkowe koszty, nie tylko te związane ze zdrowiem.

# Ubezpieczenie zdrowotne w ramach etatu czy prywatna polisa zdrowotna?

**W ramach umowy o pracę z naszej pensji pobierana jest składka zdrowotna w wysokości minimum 314,10 zł. Jeśli jednak chcemy szybkiego i łatwego dostępu do specjalistów oraz badań diagnostycznych, możemy zyskać to, gdy w podobnej cenie wykupimy prywatną polisę zdrowotną. W tej cenie możemy otrzymać możliwość wykonania nawet 416 badań diagnostycznych oraz nielimitowane konsultacje u lekarzy różnych specjalizacji.**

Eksperti multiporównywarki rankomat.pl przeanalizowali ofertę polis zdrowotnych w 3 przedziałach cenowych – do 100, do 200 i do 300 zł miesięcznie. Takie ubezpieczenie, które zaczyna się od 55 zł za miesiąc może być tanią alternatywą dla każdego, kto chce szybko i skutecznie skorzystać z badania lub uzyskać poradę lekarską. A to tylko niektóre z możliwości prywatnej polisy zdrowotnej.

## Ubezpieczenie zdrowotne na etacie i bez niego?

W 2023 roku kwota płacy minimalnej wzrosła dwukrotnie. Czy wpłynęło to na wysokość składki ubezpieczenia zdrowotnego? Nie. Najniższa składka miesięczna wynosi 314,10 zł. Osoby zatrudnione w ramach etatu taką składkę mają potrącaną z wynagrodzenia, a pracodawca odprowadza ją na poczet ubezpieczenia zdrowotnego. Dzięki temu pracownicy mogą korzystać z darmowej opieki medycznej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kwota 314,10 zł dotyczy jednak minimalnego wynagrodzenia. Jeśli więc zarabiamy więcej – analogicznie wzrasta nasza składka zdrowotna. Przykładowo, przy zarobkach rzędu 7 000 brutto, taka składka

wynosić będzie 543,63 zł na miesiąc, a przy wynagrodzeniu w wysokości 10 000 brutto, za ubezpieczenie zdrowotne zapłacimy 776,61 zł miesięcznie.

W przypadku współpracy na zasadach B2 B obowiązek opłacenia składki zdrowotnej, jak i pozostałych, nie spoczywa na przedsiębiorcy, który zleca wykonanie określonych zadań, a na wykonawcy tych usług bądź zlecenia. Wynagrodzenie w ramach umowy może być wyższe, niż w przypadku etatu, jednak to na osobie zatrudnionej spoczywają obowiązki związane z księgowością, które przy etacie spełnia pracodawca.

Umowa zlecenie zobowiązuje pracodawcę do opłacenia składek. Inna sytuacja jest, gdy praca wykonywana jest w ramach umowy o dzieło. Wówczas pracodawca nie ma obowiązku odprowadzania z wynagrodzenia kwoty niezbędnej na opłacenie składek. Osoby, które pracują w ramach dzieła powinny same zatroszczyć się o ubezpieczenie zdrowotne.

Jednak w każdym z powyższych przypadków zatrudnienia można samemu zdecydować się na zakup prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach comiesięcznego abonamentu zyskać można

## Co oferuje ubezpieczenie zdrowotne w cenie 100, 200 lub 300 zł?

POLISY ZDROWOTNE ZA 100 ZŁ, 200 ZŁ I 300 ZŁ

Cena	100 zł	200 zł	300 zł
Liczba specjalistów	od: 6 do: 15	od: 6 do: 77	od: 14 do: bez limitu
Liczba badań diagnostycznych	od 32 do 110	od 85 do 412	od: 110 do: bez limitu
Wizyty domowe	nie dotyczy wszystkich ofert	nie dotyczy wszystkich ofert	tak
Rezonans	-	nie dotyczy wszystkich ofert	nie dotyczy wszystkich ofert
Szczepienia	grypa	grypa, anatoksyna przeciwwścieżkowa	grypa, anatoksyna przeciwwścieżkowa, choroby tropikalne

Źródło: rankomat.pl

rankomat.pl

szybkie terminy wizyt, minimum formalności oraz dodatkowe usługi.

## Opieka w trakcie ciąży i szczepienia już za 100 zł miesięcznie

Oferty polis zdrowotnych zaczynają się już od 55 zł miesięcznie i zapewniają dostęp do 6 różnych specjalistów: internisty/lekarza rodzinnego, pediatry (limit do 10 wizyt w roku polisowym), chirurga ogólnego, dermatologa, endokrynologa, okulisty. Ubezpieczony dostaje możliwość wykonania 85 różnych badań diagnostycznych. W pakiecie są także szczepienia przeciw grypie, zabiegi szpitalne, konsultacje telemedyczne i wizyty domowe. Opcja o 20 zł droższa zawiera dostęp do 15 różnych lekarzy specjalistów, w tym m.in. ginekologa, alergologa gastroenterologa, kardiologa, ortopedy, laryngologa, neurologa, pulmonologa i urologa. Pakiet liczy 110 badań diagnostycznych, a od 11 miesiąca trwania umowy przysługuje również opieka dla kobiet w ciąży.

## Zasilek szpitalny i e-konsultacje za 200 zł miesięcznie

W cenie składki do 200 zł miesięcznie można zyskać już znacznie więcej. W tym zakresie cenowym są 3 opcje do wyboru, kolejno za: 149 zł, 192,50 zł oraz 198 zł miesięcznie. Najtańsza zapewnia dostęp do 77 różnych specjalistów oraz 412 różnych badań. Ubezpieczony może skorzystać z pomocy ponad 1200 placówek na terenie całego kraju. Polisa zapewnia e-konsultacje medyczne, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową oraz badanie RTG.

Droższy wariant pozwala ubezpieczyć najbliższych członków swojej rodziny (małżonka oraz dzieci) w ramach jednej składki. I stąd też bierze się różnica w cenie, ponie-

waż zakres polisy jest ten sam.

Trzecia opcja kosztuje 198 zł miesięcznie i zapewnia dostęp do 77 różnych specjalistów, 412 badań, zatem podobnie jak ich wcześniejsza opcja. Wyższa cena wynika z obecności pakietu profilaktyki i stomatologii oraz zasilku szpitalnego w wysokości 100 zł za dobę spędzoną w szpitalu.

## Wizyta u lekarza bez limitu za 300 zł miesięcznie

W kwocie do 300 zł miesięcznie jest także kilka rozwiązań, w tym nieograniczony dostęp do lekarzy i badań diagnostycznych. Za 208 zł miesięcznie, ubezpieczony zyskuje także dostęp do pakietu protetyki oraz 416 różnych badań diagnostycznych.

Polisa zdrowotna za 301 zł miesięcznie (czyli wciąż mniej niż obowiązkowa składka w ramach umowy o pracę) zapewnia oprócz wcześniej wspomnianych usług, jak protetyka, stomatologia czy profilaktyka, również dostęp do psychoterapii.

W nieco niższej cenie, za 259 zł, można nabyć również opcję bez limitu. Tutaj zakres świadczeń wygląda trochę inaczej, a sama polisa umożliwia skorzystanie z rehabilitacji, szczepień, zwrotu kosztu leków na receptę oraz zapewnia pełne leczenie szpitalne, w tym również chorób ciężkich. W przypadku tego rozwiązania ubezpieczyć się mogą osoby do momentu ukończenia 69 lat, podczas gdy wszystkie wcześniej opisane produkty są dostępne dla osób do 60 roku życia.

## Ochrona zdrowia z polisy szkolnej NNW za 30 czy 400 zł rocznie?

W tym miejscu warto wspomnieć o tym, że coraz więcej ubezpieczeń NNW szkolnych, zapewnia dzieciom coraz lepsze usługi medyczne.

Ubezpieczone dziecko standardowo może liczyć na świadczenie z tytułu poważnej choroby, urazu ciała czy pobytu w szpitalu.

W zakres ochrony może jednak wchodzić również infolinia medyczna, wizyty domowe lekarza lub pielęgniarki, transport medyczny czy dowóz leków do miejsca zamieszkania. Ubezpieczyciel może zapewnić również pomoc psychologiczną, pokrycie kosztów odbudowy zębów oraz naprawy okularów korekcyjnych, jeśli doznało się nieszczęśliwego wypadku. Coraz częściej ubezpieczenia szkolne NNW zapewniają również pokrycie kosztów związanych z operacjami plastycznymi, które mogą być konieczne właśnie po nieszczęśliwym wypadku.

Koszt ubezpieczenia sprowadza się do jednorazowej składki rocznej. Zawieramy umowę na 12 miesięcy, a dziecko otrzymuje w zamian ochronę na najbliższy rok. Rozpiętość cenowa waha się od 30 do niecałych 400 zł. Cena wpływa oczywiście na zakres ochrony, im wyższa składka, tym większy zakres ochrony oraz oferowanych usług. Jeśli więc zdecydujemy się na droższy wariant, możemy tym samym zapewnić dziecku dostęp do dodatkowych szczepień, możliwości skorzystania z wizyt domowych lekarza lub pielęgniarki, lub pomocy psychologa, gdy zajdzie taka potrzeba.

## Dlaczego warto mieć polisę zdrowotną?

Nad prywatnym pakietem warto się zastanowić z kilku powodów. Takie rozwiązanie zapewnia dostęp do specjalisty w ciągu kilku dni roboczych, bez konieczności posiadania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. To usprawnia proces diagnostyki oraz leczenia.

Czas oczekiwania na specjalistę w ramach NFZ bywa różny. Ponad rok czeka się na wizytę u neurologa w Bytomiu, 7 miesięcy na kardiologa w Żaganiu, a endokrynolog w Siedlcach będzie dostępny dopiero w przyszłym roku – to stan na 28 sierpnia 2023 r.

– Czas diagnostyki wydłuża się, gdy musisz wykonać serię różnych badań, a następnie z nimi udać się podobnie do specjalisty. Wiele osób w takiej sytuacji rezygnuje z konsultacji w ramach NFZ i udaje się do lekarzy świadczących usługi w prywatnym gabinecie, gdzie wizyta kosztuje między 150 a 500 zł. Okazuje się, że z powodzeniem zrobisz użytek z prywatnej polisy zdrowotnej, dzięki której szybko i darmowo możesz skorzystać zarówno z badań diagnostycznych, jak i wizyt u wielu specjalistów – Ewelina Ratajczak, ekspertka polis ubezpieczeń na życie w rankomat.pl.

## Jaką ochronę zdrowia może otrzymać dziecko w ramach NNW?

w cenie od 35 do 300 zł rocznie



Źródło: rankomat.pl

rankomat.pl

# Blisko 4,7 mln Polaków ma prywatne ubezpieczenie zdrowotne

**Na koniec III kwartału 2023 r. prywatne ubezpieczenie zdrowotne miało 4,69 mln Polaków, co oznacza wzrost o prawie 15 proc. w porównaniu z analogicznym okresem w roku poprzednim. W ciągu 9 miesięcy 2023 r. Polacy wydali na te polisy niemal 1,2 mld zł, czyli o blisko 34 proc. więcej r/r. Mimo nieuniknionego, spowodowanego inflacją, wzrostu cen prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, liczba klientów objętych ochroną stale rośnie.**

## Rośnie świadomość znaczenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Na wzrost zebranej składki wpływają dwa główne czynniki: stały rozwój rynku ubezpieczeniowego, tzw. nowa sprzedaż, czyli nowi klienci i nowe produkty oraz nieunikniony wzrost cen polis, który jest efektem inflacji i zwiększających się cen usług medycznych, przede wszystkim wizyt lekarskich.

W III kwartale 2023 r. nastąpił wzrost składek, będący odzwierciedleniem inflacji z poprzednich okresów – według GUS przez ostatnie trzy lata indeks CPI, oznaczający zmianę wartości to-

warów i usług konsumpcyjnych, wzrósł aż o 37,8 proc. by załagodzić skutki zwiększających się składek, ubezpieczyciele postanowili rozłożyć dostosowanie cen prywatnych polis zdrowotnych na kolejne miesiące. obecni i potencjalni klienci wykazują się dużym zrozumieniem tej sytuacji, czego dowodzi rosnąca liczba umów. istotne przyrosty odnotowano zarówno w ubezpieczeniach indywidualnych, jak i grupowych, głównie pracowniczych.

– Ubezpieczyciele obserwują

wzrost poziomu świadomości wśród klientów, którzy doceniają ubezpieczenia zdrowotne i korzystają z nich – zarówno z oferowanej profilaktyki, jak i wizyt specjalistycznych – mówi Dorota M. Fał, doradca Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń.

## Kluczowy dostęp do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Wydatki związane z absencją wyniosły według ZUS w 2022 r. 25,5 mld zł – 1 mld zł więcej niż rok wcześniej. Według opracowań Polskiej Izby Ubezpieczeń łączną stratę ekonomiczną związaną z absencją i preteizmem można oszacować na ponad 170 mld zł. Tak więc dostęp do dobrej i szybkiej opieki zdrowotnej jest kluczowy nie tylko dla obywateli, ale również dla państwa i pracodawców. Zgodnie z wyliczeniami, na poprawie zdrowia, poprzez pozytywny wpływ na podatki, składki ZUS i NFZ oraz wydatki funduszu chorobowego

pracujących, w 20 proc. zyskają pracownicy, w 40 proc. pracodawcy i w 40 proc. finanse publiczne.

Publiczny system opieki zdrowotnej mierzy się z wieloma wyzwaniami, a ostatnie zmiany ustawowe dotyczące podwyżki płac czy jakości będą stanowiły ogromne obciążenia finansowe dla obecnego rządu. Istotne jest podejście nowych władz do określenia, co, w jakim zakresie i w jakim czasie system publiczny zapewni obywatelom oraz jaka będzie rola prywatnej opieki zdrowotnej, w tym ubezpieczeń.

– Wszyscy oczekujemy też pierwszych decyzji nowej ministerstwa zdrowia, zwłaszcza że jednym z punktów wpisanych w umowę koalicyjną jest poprawa dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Jest to szczególnie ważne w momencie, kiedy system zmagają się z kryzysem demograficznym, dotyczącym też rynku pracy – podsumowuje Dorota M. Fał.

## Zmotywowany rynek

Marcin Załęski

dyrektor Działu Ubezpieczeń Zdrowotnych i Pracowniczych SALTUS Ubezpieczenia

Liczba osób korzystających z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wzrosła o 15 proc. i na koniec trzeciego kwartału 2023 r. już 4,69 mln Polaków posiadało te polisy, informuje Polska Izba Ubezpieczeń. To dobra wiadomość, która motywuje rynek do dalszego rozwijania tych produktów ubezpieczeniowych. Jednak w tym roku trzeba będzie moim zdaniem dołożyć dodatkowych starań, żeby ten pozytywny trend utrzymać.

Głównymi problemami, z którymi mierzą się obecnie Polacy, szukający pomocy medycznej, jak i ubezpieczyciele, są rosnące ceny usług medycznych i dostępność świadczeń. To z jednej strony wpływa pozytywnie na rynek ubezpieczeń zdrowotnych, ponieważ skłania kolejne osoby do zakupu polisy. Kolejki do placówek publicznych z roku na rok są coraz dłuższe, zatem szukamy pomocy prywatnie. A wobec coraz wyższych cen wizyt i badań, decyzja o zakupie ubezpieczenia wielu osobom wydaje się bardziej racjonalna od płacenia za każdą wizytę oddzielnie. Z drugiej, coraz większa liczba osób chodzących do lekarzy prywatnie powoduje, że i rynek niepublicznych świadczeń medycznych powoli łapie zadyszkę, zwłaszcza w dużych miastach, i kolejki także w przychodniach prywatnych są coraz dłuższe. Dlatego najwięcej wysiłku ubezpieczyciele wkładają w kontraktowanie nowych partnerów medycznych. W końcu to jedna z głównych przewag polis nad abonamentami medycznymi – ubezpieczeni mogą korzystać z dużo szerszej listy placówek w tym również największych operatorów medycznych.



4,69 mln to liczba osób korzystających z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. 1 174,5 mln zł wynosi składka przypisana brutto w ubezpieczeniach zdrowotnych.

ZAPOWIEDZ

Już w kwietniu na łamach Gazety Finansowej, ukaże się

## Raport FINANSOWA MARKA ROKU 2024

W tym projekcie, redakcja nagrodzi najlepsze marki finansowe, które wykazały się stabilną pozycją rynkową, dobrym wizerunkiem w świecie finansów oraz w swojej ofercie posiadają szereg kompleksowych i różnorodnych ofert i produktów.

Zapraszamy do współpracy

Aleksandra Piekarska a.piekarska@gazetafinansowa.pl 512 382 737

Agnieszka Prasowska a.prasowska@gazetafinansowa.pl 501 209 900

