

UBEZPIECZENIA GRUPOWE



NIE TYLKO SKŁADKA

Ubezpieczenia grupowe to jedno z najpopularniejszych rozwiązań dedykowanych określonym grupom w zakresie ochrony ubezpieczeniowej życia i zdrowia.

MAŁGORZATA KANIEWSKA
prezes zarządu Polskiej Izby
Brokerów Ubezpieczeniowych
i Reasekuracyjnych

Rozwiązanie to jest stosowane jako konkurencyjne do ubezpieczenia indywidualnego. Efekty takiego rozwiązania są korzystne dla osób, które mogą być uczestnikami określonych grup, np. grupy zawodowej, grupy pracowniczej czy tzw. grupy otwartej. Brokerzy zajmujący się ubezpieczeniami grupowymi inicjują powstanie bardzo dobrych zakresowo programów ubezpieczeń na życie czy zdrowotnych przy adekwatnej do ryzyka składce. Programy ubezpieczeniowe winny być oparte na potrzebach osób ubezpieczonych i o to szczególnie dbają brokerzy, tak aby składnikiem programu nie było świadczenie, które jest zbędne osobie ubezpieczonej.

Pod właściwą ochroną

Dobrze skonstruowany program ubezpieczenia na życie czy zdrowotny daje bardzo duże wsparcie i zabezpieczenie finansowe osobom, którym przydarzy się konieczność skorzystania ze świadczenia. Jak powszechnie wiadomo, system opieki zdrowotnej finansowany przez NFZ nie zawsze wypełnia swoje zadania zgodnie z potrzebą ubezpieczonego, np. z powodu długiego oczekiwania na terminy wizyt czy badań. Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne są alternatywą dla systemu publicznego, z której często korzystają pracownicy firm poprzez zorganizowane ubezpieczenie grupowe z zakresem, jaki możliwy jest do zaaranżowania w danej umowie.

Należy pamiętać, że nie ma idealnych rozwiązań, ale rynek oferuje coraz lepsze rozwiązania, jednak jest to zawsze związane z generowaniem kosztów po stronie ubezpieczonego. Zdarza się, że dosyć wysokie koszty stanowią barierę w maksymalnym

dostosowaniu programu do potrzeb ubezpieczonego.

Ubezpieczenia zdrowotne stały się w Polsce już bardzo popularne, czego przyczyną jest między innymi niewystarczająca dostępność i niedofinansowanie publicznego systemu ochrony zdrowia. Ubezpieczenie zdrowotne często jest finansowane przez pracodawców jako benefit pracowniczy i w takim przypadku sama osoba ubezpieczona nie jest bezpośrednio obciążona wydatkiem na ubezpieczenie, a pracodawca z kolei ma komfort m.in. absencyjny.

Niesłabnącym zainteresowaniem cieszą się też ubezpieczenia grupowe na życie, które często stanowią zabezpieczenie finansowe w przypadku absencji chorobowej, wyłączenia z aktywności zawodowej, nie mówiąc już o zgonach. Brokerzy niejednokrotnie walczą o wyższe świadczenia dla ubezpieczonych mimo ich sprzeciwu spowodowanego tylko i wyłącznie wysokością składki. Naszą rolą jest m.in. budowanie świadomości ubezpieczeniowej, a po stronie odbiorcy ubezpieczenia poziom wiedzy, postaw i zrozumienia ryzyka nie wygląda najlepiej.

Zabezpieczyć stabilność i komfort

W dobie bardzo agresywnych reklam, także dotyczących produktów ubezpieczeniowych, na pierwszym miejscu jako kryterium zachęty stawiana jest cena, a przecież ubezpieczenie to nie jest kostka masła, a usługa, która ma zabezpieczyć nam stabilność i komfort w sytuacjach, kiedy ten komfort i stabilność są naruszone.

Niestety, często osoby zaangażowane w proces wyboru oferty ubezpieczenia skupiają się tylko na wysokości składki. Brokerzy bardzo pracują nad wdrażaniem programów grupowych w różnych wariantach, z różnymi opcjami, wskazują na różnice w oferowanych warunkach ubezpieczenia tak, aby poziom zadowolenia ubezpieczonych był jak najwyższy.

Jako profesjonalni, niezależni doradcy przy aranżowaniu każdej umowy ubezpieczenia, także grupowego, skupiamy się na warunkach, jakie oferują ubezpieczyciele, i wysokościach świadczeń dotyczących bezpośrednio osoby ubezpieczonej, bowiem nasi Klienci to osoby aktywne zawodowo, mające na utrzymaniu rodziny, i każda absencja zawodowa wynikająca z niez-

ależnych od nich przyczyn – zdarzeń losowych, w tym chorób – jest dla nich wysoce niekomfortowa.

Warunki oferowane przez ubezpieczycieli na przestrzeni wielu lat bardzo się rozwinęły zakresowo. Zauważamy dużą konkurencję w oferowanych warunkach ubezpieczenia, co służy klientom i pozwala zabezpieczyć ich życie i zdrowie w najwłaściwszym stopniu z uwzględnieniem możliwości finansowych.

Rozwój tych produktów jest związany z potrzebami odbiorców, a właściwa ochrona jest wsparciem finansowym osób ubezpieczonych w naprawdę trudnych momentach życia, o czym niejednokrotnie my, brokerzy, doświadczaliśmy w pracy z naszymi klientami.

Istotne jest także to, iż ocena ryzyka przy ubezpieczeniu grupowym dotyczy całej grupy jako całości, a nie jednostki, co do której wymagana jest ankieta medyczna. Stąd składki w ubezpieczeniu grupowym są zwykle niższe niż w ubezpieczeniu indywidualnym.

Wskazane jest, aby ustawodawca poprzez regulacje prawne zachęcał do uczestnictwa w programach grupowych.

„Value for money” w pakietach medycznych dla firm – co naprawdę opłaca się pracodawcom w 2026 r.?

Z Moniką Siemiątkowską, dyrektorką sprzedaży grupowych ubezpieczeń w INTER Polska, rozmawiała Justyna Szymańska.

„Value for money” to dziś modne hasło. Co ono naprawdę oznacza w kontekście grupowych ubezpieczeń zdrowotnych dla firm?

Oznacza przede wszystkim realną wartość, jaką pracownik i pracodawca otrzymują na co dzień. Dobry pakiet medyczny nie polega wyłącznie na liczbie dostępnych usług, lecz na tym, czy pracownik może szybko skorzystać z wysokiej jakości pomocy wtedy, gdy jej potrzebuje.

Najlepiej widać to w codziennych sytuacjach – nagły ból pleców czy wysoka gorączka u dziecka. Jeśli pracownik może w krótkim czasie umówić telekonsultację lub wizytę u specjalisty, prywatna opieka medyczna rzeczywiście spełnia swoją rolę. W ubezpieczeniu INTER Polska telekonsultacje są dostępne nawet w ciągu 30 minut, a wizyty u specjalistów nie wymagają skierowania. Dzięki temu pomoc medyczna jest dostępna dokładnie wtedy, kiedy jest potrzebna. Dla pracownika to kluczowe kryterium.

A dla pracodawcy? Czy dziś pracodawcy patrzą już nie tylko na cenę pakietu medycznego, ale na realną wartość?

Tak – i widać to bardzo wyraźnie. Jeszcze kilka lat temu kluczowe było pytanie o koszt. Dziś coraz częściej pojawia się inne: jak szybko pracownik może uzyskać pomoc medyczną?

Pracodawcy dostrzegają, że długi czas oczekiwania na wizytę obniża efektywność pracy – z powodu absencji, ale też sytuacji, w których pracownik jest obecny, ale z powodu problemów zdrowotnych nie funkcjonuje w pełni efektywnie.

Szybka diagnostyka i leczenie mogą znacząco skrócić proces powrotu do pełnej sprawności, ograniczając skalę obu tych zjawisk.

Jakie trendy będą najmocniej wpływać na rozwój grupowych ubezpieczeń zdrowotnych dla firm w 2026 r.?

Oczekiwania pracowników wyraźnie rosną. Jeszcze kilka lat temu kandydaci pytali głównie, czy firma oferuje prywatną opiekę medyczną. Dziś interesują się szczegółami – dostępnością placówek, czasem oczekiwania na wizytę u specjalisty i kompleksowością

zakresu. Dopytują się o rehabilitację, wsparcie psychologiczne, stomatologię czy konsultacje dietetyczne.

Coraz większą rolę odgrywa także skala sieci medycznej. W ofercie INTER Polska pracownicy mają dostęp do blisko 4600 placówek w całym kraju, w tym do takich sieci jak LUX MED, enel-med, POLMED – w ramach jednego pakietu. To rozwiązanie umożliwia korzystanie z opieki zarówno w dużych miastach, jak i mniejszych miejscowościach. Dodatkowo eliminuje częsty problem wyboru jednej, konkretnej sieci i związanych z tym wewnętrznych napięć – decyzję pozostawia pracownikowi. Modele obejmujące wiele operatorów w jednym pakiecie eliminują konieczność wyboru jednej sieci i zwiększają realną dostępność usług.

Jak zmienia się rola ubezpieczyciela – czy dziś powinien być bardziej partnerem doradczym niż tylko dostawcą produktu?

Zdecydowanie powinien pełnić rolę doradcy. Każda firma ma inną strukturę zatrudnienia oraz inne potrzeby zdrowotne.

Inaczej wygląda sytuacja w organizacji technologicznej z młodym zespołem, a inaczej w firmie produkcyjnej, gdzie większe znaczenie mają ortopedia czy rehabilitacja. Dlatego kluczowe jest dopasowanie zakresu pakietu do potrzeb organizacji.

W INTER Polska oferta została podzielona na dwie linie – INTER Zdrowie oraz INTER Vision – co pozwala dobrać rozwiązanie zarówno dla firm szukających ekonomicznej opcji, jak i dla tych, które oczekują rozbudowanego benefitu zdrowotnego.

W rozmowach z działami HR często pojawia się jedno oczekiwanie: pakiet ma być rzeczywiście używany przez pracowników. W praktyce oznacza to proste zasady korzystania, jasną komunikację oraz bieżące wsparcie opiekuna klienta.

Czy „value for money” będzie jednym z głównych kryteriów konkurencji na rynku?

Rynek benefitów pracowniczych dynamicznie się rozwija i oferuje coraz szerszy wachlarz rozwiązań z obszaru opieki medycznej i wellbeingu. Z perspektywy HR i zarządów kluczowym

wyzwaniem staje się dziś odróżnienie benefitów, które dobrze wyglądają, od tych, które faktycznie przekładają się na wartość dla pracowników i organizacji.

Co istotne, nie zawsze najtańsze rozwiązanie okazuje się dla firmy najbardziej opłacalne. Podobnie bywa w sytuacji, gdy świadczenia są rozproszone pomiędzy różnych dostawców – platformy wellbeingowe, ubezpieczycieli, abonamentów medycznych czy firmy realizujących badania pracowników w siedzibie organizacji.

W praktyce może to prowadzić do dublowania zakresów i ponosze-



dwójnych kosztów za bardzo podobne świadczenia.

Dlatego coraz większego znaczenia nabiera rola doradcy, który potrafi spojrzeć całościowo na system benefitów zdrowotnych w organizacji, przeprowadzić audyt obecnych rozwiązań, zidentyfikować nakładające się zakresy i uporządkować je w sposób bardziej efektywny kosztowo.

W wielu przypadkach okazuje się, że większą wartość przynosi dobrze zaprojektowane grupowe ubezpieczenie zdrowotne, które – poza dostępem do opieki i profilaktyki – zapewnia również wsparcie finansowe pracowników, np. zwrot kosztów leków, refundację środków pomocniczych (np. ortez) czy zasiłek szpitalny.

Dlatego „value for money” to dziś prosta zasada: jeśli benefit nie działa w praktyce, to kosztuje podwójnie.



RYNEK BENEFITÓW PRACOWNICZYCH DYNAMICZNIE SIĘ ROZWIJA I OFERUJE CORAZ SZERSZY WACHLARZ ROZWIĄZAŃ Z OBSZARU OPIEKI MEDYCZNEJ I WELLBEINGU. Z PERSPEKTYWY HR I ZARZĄDÓW KLUCZOWYM WYZWANIEM STAJE SIĘ DZIŚ ODRÓŻNIENIE BENEFITÓW, KTÓRE DOBRZE WYGLĄDAJĄ, OD TYCH, KTÓRE FAKTYCZNIE PRZEKŁADAJĄ SIĘ NA WARTOŚĆ DLA PRACOWNIKÓW I ORGANIZACJI.

Ubezpieczenia grupowe odgrywają istotną rolę w systemie zabezpieczeń społecznych i pracowniczych, stanowiąc ważny element polityki świadczeń pracowniczych oraz strategii zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwach.

W raporcie przedstawiamy stan rynku ubezpieczeń grupowych w Polsce, z uwzględnieniem trendów, struktury ofert oraz zachowań uczestników rynku. Szczególną uwagę poświęcono

kluczowym graczom w segmencie, których działalność kształtuje kierunki rozwoju rynku i wpływa na dostępność oraz jakość produktów oferowanych pracownikom i członkom grup ubezpieczeniowych. Zestawienie najważniejszych podmiotów umożliwia identyfikację liderów rynkowych oraz ocenę ich pozycji względem konkurencji, co stanowi istotny punkt odniesienia dla pracodawców, pośredników i instytucji regulujących rynek.

ZESTAWIENIE KLUCZOWYCH GRACZY W SEGMENTCIE UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH.



Ubezpieczenia grupowe Nationale-Nederlanden wyróżniają się wszechstronnością oferty dostosowaną do różnorodnych potrzeb pracowników i firm. Obejmują nie tylko tradycyjne ryzyka, takie jak śmierć czy trwałe 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

nie 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.

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



SIGNAL IDUNA Polska oferuje grupowe ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników firm. Programy obejmują konsultacje lekarskie, badania diagnostyczne, leczenie ambulatoryjne i leczenie szpitalne. Zakres może obejmować także rehabilitację, medycynę pracy oraz telemedycynę. Z ochrony mogą korzystać pracownicy oraz członkowie ich rodzin. Oferta jest przeznaczona dla firm, które

chcą zapewnić pracownikom prywatną opiekę medyczną w ramach benefitów pracowniczych. Rozwiązania mogą być dopasowane do potrzeb małych, średnich i dużych przedsiębiorstw.

Firma zapewnia dostęp do ponad 2500 placówek medycznych w całej Polsce, co daje szeroki wybór miejsc leczenia i badań. Ubezpieczenie obejmuje telemedycynę, w tym zdalne konsultacje

lekarskie i e-recepty. SIGNAL IDUNA Polska jest jednym z pionierów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce z leczeniem szpitalnym.

Ubezpieczenia zdrowotne obejmują telemedycynę i możliwość zdalnych konsultacji lekarskich. Klienci mogą korzystać z elektronicznej obsługi świadczeń oraz refundacji badań wykonanych poza siecią placówek.



Specjalizacja w segmencie ubezpieczeń grupowych obejmuje dwie linie produktowe: INTER Zdrowie (ekonomiczną) oraz INTER Vision (premium). Grupą docelową są firmy zatrudniające od 10 pracowników, oczekujące wysokiej jakości benefitu zdrowotnego. Najważniejsze przewagi i wyróżniki to szeroka sieć - blisko 4600 placówek medycznych w całej Polsce, m.in. LUX

MED, enel-med, POLMED, CMP i Babka Medica, dostępnych w jednym pakiecie dla pracowników. Oferta obejmuje wizyty u specjalistów bez skierowania, nielimitowane konsultacje dla dorosłych i dzieci, rehabilitację oraz stomatologię. Zapewniony jest również assistance medyczny 24/7 (wizyty domowe bez limitu, rehabilitacja porurazowa, wsparcie dietetyka i psycho-

loga) oraz szybki dostęp do lekarzy i telekonsultacje możliwe nawet w ciągu 30 minut.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska to pionier prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, posiada ponad 25 lat doświadczenia we współpracy z firmami m.in. z branży finansowej, IT, consultingowej, prawnej, produkcyjnej i budowlanej.



Specjalizacją w segmencie ubezpieczeń grupowych jest grupowe ubezpieczenie na życie Warta Ekstrabiznes Plus.

Oferta skierowana jest do klientów z sektora MŚP oraz korporacji.

Najważniejsze przewagi i wyróżniki to przede wszystkim podstawowa polisa Warta Ekstrabiznes Plus, która zapewnia wsparcie finansowe po wypadku, w chorobie, świadczenie z okazji urodzenia dziecka oraz zabezpieczenie bliskich w razie śmierci ubezpieczonego. Obejmuje

również świadczenia medyczne wspierające pracowników w nagłym zachorowaniu, wypadku lub trudnej sytuacji losowej.

E-konsultacja z lekarzem POZ dostępna jest do 4 godzin, ze specjalistą do 3 dni roboczych, a wizyta stacjonarna w 3-5 dni. Klienci cenią także intuicyjny system obsługi polis grupowych online w serwisie Moja Warta, a proste świadczenia wypłacone są nawet w ciągu 1-2 dni.

Warta, tylko w samych ubezpieczeniach grupowych na życie, otacza opieką już

ponad 1 mln pracowników i ich rodzin, a ta liczba stale rośnie.

W odpowiedzi na rosnącą skalę chorób cywilizacyjnych Warta wprowadziła trzy pakiety dodatkowe: Onkologiczny (wsparcie w chorobie nowotworowej), Kardiologiczny (choroby sercowo-naczyniowe) oraz Chorób Cywilizacyjnych obejmujący m.in. cukrzycę, choroby tarczycy wymagające operacji, zaawansowane nadciśnienie tętnicze i depresję leczoną szpitalnie.



Unum specjalizuje się w ubezpieczeniach na życie i zdrowie. Oferuje szeroki wachlarz umów dodatkowych, które zapewniają wsparcie finansowe oraz organizacyjne w razie poważnych zachorowań, uszczerbków na zdrowiu, czy pobytów w szpitalu.

Oferta jest skierowana do firm każdej wielkości - od sektora małych firm (zatrudniających od 3 pracowników), poprzez MŚP, aż po duże organizacje, które chcą budować atrakcyjny pakiet benefitów i wspierać dobrostan swoich pracowników.

Firmę wyróżniają: elastyczne programy dopasowane do potrzeb pracodawcy i pracowników, szeroki zakres ochrony, usługi assistance, możliwość wyboru przez pracownika pakietów dodatkowych rozszerzających ochronę, możliwość definiowania sum ubezpieczenia, jako stałych wartości bądź uzależnionych od wynagrodzeń pracowników, możliwość objęcia ochroną małżonka/partnera i dzieci, dodatkowe materiały edukacyjne wspierające zdrowie pracowników, proste procesy obsługi oraz

partnerska współpraca z brokerami i pracodawcami.

Unum działa w Polsce od ponad 25 lat i obejmuje ochroną ponad 550 tys. ubezpieczonych oraz współpracuje z ponad 10 000 firm w całym kraju.

Nowoczesne rozwiązania i innowacje obejmują przyjazny i przystępny proces zapisów do ubezpieczeń grupowych, wsparcie w procesie wdrożenia oraz na każdym etapie działania polisy, a także cyfrową obsługę polis i szybką wypłatę świadczeń dla pracowników.

Motor wzrostu

W 2025 r. rynek ubezpieczeń na życie rozwijał się zarówno pod względem liczby umów, jak i wartości składki przypisanej brutto. Na koniec 2025 r. liczba aktywnych umów ubezpieczenia na życie wyniosła 25,5 mln polis, z czego ponad połowę, a dokładnie 14,3 mln stanowiły ubezpieczenia grupowe. Segment ubezpieczeń grupowych był głównym motorem wzrostu.

W porównaniu do 2024 r. liczba osób objętych ochroną w tej formule wzrosła o 21 proc., a składka przypisana brutto wzrosła o 5,3 proc. Dane wskazują na rosnącą popularność ubezpieczeń grupowych oraz ich coraz większe znaczenie w strukturze rynku. Wzrost składki przypisanej brutto nastąpił praktycznie we wszystkich liniach biznesowych, w tym najważniejszych dla rynku, czyli ubezpieczeniach na życie (Grupa 1) oraz ubezpieczeniach wypadkowych (Grupa 5). Zauważalny był także umiarkowany wzrost w segmencie ubezpieczeń z funduszami inwestycyjnymi. Składka przypisana brutto w Dziale I osiągnęła wartość 24,8 mld zł. To oznacza najwyższy wzrost od 2 lat, który wyniósł 5,2 proc. w porównaniu z rokiem poprzednim. Jednocześnie widoczna jest zmiana struktury sprzedaży: rośnie udział składek opłacanych regularnie, co sprzyja większej przewidywalności przychodów i wzmocnia długoterminową stabilność sektora. Szansą na dalszy rozwój ubezpieczeń na życie może być implementacja Osobistych Kont Inwestycyjnych, które także będą oferowane przez zakłady ubezpieczeń Działu I.

– Rok 2025 był dla rynku ubezpieczeń na życie okresem stabilnego wzrostu – liczba polis osiągnęła 25,5 mln szt, a składka przypisana brutto w Dziale I wzrosła o 5,2 proc. To dowód, że potrzeby ubezpieczeniowe Polaków rosną, choć w tej kwestii wciąż pozostaje dużo do zrobienia. Rynek ubez-

pieczeń na życie w Polsce od kilku lat działa pod silną presją regulacyjną. Obecnie branża stoi przed kolejnym wyzwaniem – projektowanymi rekomendacjami dystrybucyjnymi KNF. Choć drugi projekt, opublikowany 25 lutego br., to zdecydowanie krok w dobrą stronę, to liczymy na to, że KNF w dialogu

z rynkiem uwzględni w finalnym dokumencie kwestie wymagające zaadresowania. Jednocześnie od lat sektor mierzy się z głębokimi zmianami społecznymi i technologicznymi – starzeniem się społeczeństwa, cyfryzacją sprzedaży oraz rosnącą rolą danych i automatyzacji. W efekcie ubezpieczyciele

i dystrybutorzy stają przed wyzwaniem redefiniowania modeli biznesowych, produktów i relacji z klientami, szczególnie w kontekście niskiego poziomu długoterminowych oszczędności Polaków i rosnącej luki emerytalnej – mówi Piotr Wrzesiński, wiceprezes zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Subskrypcja zdrowia? Tak, ale tylko z profesjonalnym zarządzaniem ryzykiem i kosztami w SIGNAL IDUNA

Programy benefitów zdrowotnych w firmach przechodzą dziś wyraźną transformację. Pracownicy oczekują prostych, dostępnych i elastycznych rozwiązań, a pracodawcy – systemów, które zapewniają realne bezpieczeństwo zdrowotne zespołów, a jednocześnie pozwalają racjonalnie zarządzać kosztami.

ANNA LAL-CHOJNACKA
kieruje Biurem Sprzedaży
Korporacyjnej w SIGNAL IDUNA

Coraz częściej mówi się, że przyszłość usług zdrowotnych będzie przypominać model subskrypcyjny znany z platform cyfrowych. W praktyce jednak zdrowie nie działa jak platforma streamingowa – w tym systemie kluczowe pozostaje profesjonalne zarządzanie ryzykiem i kosztami, które od lat jest domeną rynku ubezpieczeniowego.

Zdrowie nie jest usługą streamingową

W benefitach zdrowotnych kluczowe pozostaje profesjonalne zarządzanie ryzykiem i kosztami.

W codziennej pracy z firmami widać wyraźnie, że dyskusja o benefitach zdrowotnych przestała dotyczyć pojedynczych produktów. Coraz częściej chodzi o budowanie całego systemu zarządzania zdrowiem pracowników, który łączy dostępność opieki medycznej z odpowiednim zabezpieczeniem ubezpieczeniowym. Pracodawcy coraz rzadziej szukają jednego produktu zdrowotnego. Zamiast tego budują system, który łączy ubezpieczenia i dostęp do opieki medycznej.

Rola ubezpieczenia w systemie benefitów zdrowotnych

Ubezpieczenia zdrowotne odgrywają w tym systemie kluczową rolę. Zapewniają pracownikom bezpieczeństwo w sytuacjach poważniejszych zdarzeń zdrowotnych – chorób wymagających kosztownego leczenia, zaawansowanej diagnostyki czy długotrwałej terapii. Stanowią fundament zabezpieczenia finansowego i organizacyjnego w momentach, gdy standardowa opieka ambulatoryjna

okazuje się niewystarczająca.

Jednocześnie abonamenty medyczne pełnią dziś rolę pierwszego kontaktu z opieką zdrowotną w wielu organizacjach. Zapewniają szybki dostęp do lekarza, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych. Ta codzienna dostępność usług medycznych często skraca ścieżkę diagnostyczną i pozwala reagować na problemy zdrowotne na wczesnym etapie.

Rosnące koszty zdrowia

Największym wyzwaniem rynku nie jest dziś brak rozwiązań, lecz rosnące koszty opieki zdrowotnej oraz konieczność ich odpowiedzialnego zarządzania. Wzrost cen usług medycznych, większa świadomość zdrowotna pracowników oraz rosnące wykorzystanie świadczeń sprawiają, że projektowanie benefitów zdrowotnych wymaga coraz bardziej strategicznego podejścia.

Podobne dyskusje toczą się dziś w wielu krajach europejskich, gdzie systemy ochrony zdrowia mierzą się z rosnącymi kosztami leczenia oraz starzejącą się populacją. W tym kontekście prywatne benefity zdrowotne coraz częściej stają się ważnym elementem uzupełniającym system publiczny.

Technologie i AI w systemach zdrowotnych

Coraz większą rolę w tym procesie zaczynają odgrywać nowe technologie oraz rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji. Szczególnie interesującym kierunkiem są tzw. agenci AI, którzy mogą wspierać pracowników w poruszaniu się po coraz bardziej złożonym systemie świadczeń zdrowotnych – od wyboru odpowiedniej ścieżki diagnostycznej po korzystanie z dostępnych usług medycznych i ubezpieczeniowych.

Dla pracodawców i ubezpieczycieli rozwiązania oparte na AI stają się jednocześnie narzędziem umożliwiającym lepszą analizę danych, bardziej efektywne zarządzanie kosztami oraz projektowanie programów zdrowotnych dopasowanych do rzeczywistych potrzeb organizacji.

Przyszłość benefitów zdrowotnych

Przyszłość benefitów zdrowotnych będzie należała do rozwiązań, które łączą ubezpieczenia, dostęp do opieki medycznej oraz inteligentne zarządzanie zdrowiem pracowników.

Dlatego choć przyszłość benefitów zdrowotnych może w pewnym stopniu przypominać model subskrypcyjny znany z usług cyfrowych, jego fundamentem pozostanie profesjonalne zarządzanie ryzykiem zdrowotnym i finansowym – obszar, w którym sektor ubezpieczeniowy od lat posiada unikalne kompetencje. W świecie rosnących kosztów zdrowia prawdziwą wartością stanie się nie pojedynczy benefit, lecz system, który potrafi połączyć dostępność opieki medycznej, bezpieczeństwo finansowe oraz odpowiedzialne zarządzanie ryzykiem zdrowotnym pracowników.

Takie podejście rozwijamy w SIGNAL IDUNA, projektując grupowe programy zdrowotne dla firm, które łączą ubezpieczenie z dostępem do opieki medycznej i nowoczesnych narzędzi wspierających zarządzanie zdrowiem pracowników.

Zaproszenie do kontaktu

Jeśli chcą Państwo dowiedzieć się, jak w praktyce zbudować nowoczesny program zdrowotny dla swojej organizacji, zapraszam do kontaktu. Chętnie pokażemy, jak połączyć dostępność opieki medycznej z profesjonalnym zarządzaniem kosztami programu benefitów zdrowotnych.

Anna Lal-Chojnacka

email: anna.lal-chojnacka@signal-iduna.pl

SIGNAL IDUNA 

materiał partnera



SZANSĄ NA DALSZY ROZWÓJ UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE MOŻE BYĆ IMPLEMENTACJA OSOBISTYCH KONT INWESTYCYJNYCH, KTÓRE TAKŻE BĘDĄ OFEROWANE PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ DZIAŁU I.

Profilaktyka zdrowotna jako element strategii pracodawcy

Jeszcze kilka lat temu profilaktyka zdrowotna w miejscu pracy była postrzegana przede wszystkim jako element szeroko rozumianego wellbeing pracowników. Dziś coraz częściej staje się jednak elementem strategicznego zarządzania organizacją, nie tylko z powodów społecznych, ale też biznesowych.



NATALIA AWTONIUK
Senior Consultant, Banking &
Financial Markets, Devire

Zmiana ta wynika zarówno z rosnącej świadomości zdrowotnej społeczeństwa, jak i z realiów współczesnego rynku pracy. Kandydaci coraz częściej zwracają uwagę nie tylko na poziom wynagrodzenia, ale również na warunki wykonywania obowiązków zawodowych, poziom przeciążenia oraz dostęp do rozwiązań wspierających zdrowie. W tym kontekście profilaktyka zdrowotna zaczyna pełnić podwójną rolę. Z jednej strony odpowiada na potrzeby samych kandydatów i pracowników, którzy oczekują większego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. Z drugiej staje się dla organizacji narzędziem budowania stabilnych i odpornych zespołów. Zdrowie osób zatrudnionych przekłada się bowiem bezpośrednio na ciągłość realizacji obowiązków zawodowych, stabilność zespołów oraz przewidywalność funkcjonowania całej organizacji. Z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że w 2024 r.

w Polsce wystawiono ponad 27,4 mln zwolnień lekarskich, a pracownicy spędzili na L4 około 290 mln dni. Łączne koszty absencji chorobowej przekroczyły 31 mld zł, przy czym część tych wydatków ponieśli bezpośrednio pracodawcy.¹ Absencja pracowników oznacza jednak nie tylko koszty finansowe. Z punktu widzenia organizacji generuje także szereg wyzwań operacyjnych, od konieczności reorganizacji pracy, przez opóźnienia w realizacji projektów, po zwiększone obciążenie pozostałych członków zespołu. W praktyce firmy często ponoszą koszty absencji podwójnie: najpierw finansując nieobecność pracownika, a następnie mierząc się ze spadkiem produktywności zespołów oraz koniecznością reorganizacji pracy.

Praca w świecie przeciążenia i ciągłej dostępności

Dbanie o zdrowie pracowników staje się dziś trudniejsze niż jeszcze kilka lat temu. Wynika to przede wszystkim ze zmian zachodzących na rynku pracy. Zespoły są coraz częściej rozproszone, pracownicy funkcjonują w modelu zdalnym lub hybrydowym, a wiele organizacji działa w strukturach projektowych lub zadaniowych. Jednocześnie rośnie społeczna świadomość znaczenia zdrowia psychicznego i dobrostanu w pracy. Coraz wię-



cej pracowników zwraca uwagę nie tylko na poziom wynagrodzenia, ale również na warunki wykonywania obowiązków zawodowych, tempo pracy oraz wsparcie, jakie organizacja oferuje w zakresie zdrowia i profilaktyki.

Tempo zmian technologicznych sprawia jednak, że wielu pracowników doświadcza przeciążenia informacyjnego, zmęczenia oraz spadku koncentracji. Z Raportu Trendów 2026 Devire oraz badania opinii SW Research wynika, że gdyby pracownicy mogli wybrać idealny model pracy, jedynie 10 proc. chciałoby pracować wyłącznie z biura. Co ciekawe, aż 56,7 proc. pracowników wskazuje biuro jako główne źródło przebodźcowania.² Na poczucie przeciążenia wpływają jednak nie tylko same warunki pracy. Znaczenie mają również takie czynniki jak nadmiar informacji, hałas, chaos komunikacyjny, brak jasno określonych priorytetów czy przekonanie, że wszystkie zadania wymagają natychmiastowej reakcji. W efekcie aż 85 proc. pracowników uważa, że przebodźcowanie obniża produktywność.

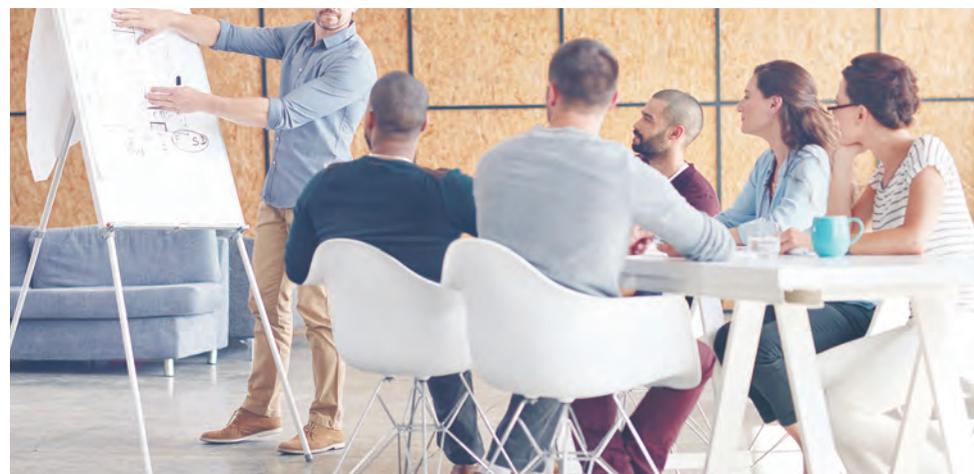
W takich warunkach rośnie liczba problemów zdrowotnych związanych ze stresem oraz wypaleniem zawodowym. Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pokazują, że zaburzenia psychiczne i reakcje na stres należą dziś do najszybciej rosnących przyczyn zwolnień lekarskich, generując miliony dni absencji rocznie. Dla pracodawców oznacza to konieczność zmiany podejścia do zdrowia pracowników. Profilaktyka zdrowotna powinna uwzględniać realia współczesnego rynku pracy oraz styl życia osób aktywnych zawodowo.

Od benefitów do strategii

Coraz więcej organizacji zaczyna traktować profilaktykę zdrowotną jako element długofalowej polityki zarządzania personelem. Z jednej strony są to działania o charakterze systemowym, takie jak dostęp do prywatnej opieki medycznej, ubezpieczenia grupowe czy programy badań profilaktycznych. Tego typu rozwiązania pozwalają pracownikom szybciej reagować na pojawiające się problemy zdrowotne oraz skracają czas oczekiwania na diagnostykę czy leczenie.

Z drugiej strony rośnie znaczenie działań miękkich, które budują świadomość zdrowotną pracowników. Coraz częściej firmy organizują webinary i szkolenia dotyczące profilaktyki zdrowotnej, zdrowia psychicznego oraz ergonomii pracy – zarówno w biurze, jak i w modelu zdalnym. Popularne stają się także programy wspierające aktywność fizyczną, zdrowe nawyki czy zarządzanie stresem. Warto jednak podkreślić, że skuteczna profilaktyka zdrowotna nie polega wyłącznie na oferowaniu benefitów. Kluczowa jest także kultura organizacyjna, która promuje równowagę między pracą a odpoczynkiem, realistyczne planowanie zadań oraz otwartość na rozmowę o zdrowiu psychicznym. Z perspektywy pracodawcy inwestowanie w zdrowie pracowników jest więc nie tylko elementem odpowiedzialności społecznej, ale również decyzją biznesową. Firmy, które traktują profilaktykę zdrowotną jako element strategii organizacyjnej, budują bardziej odporne zespoły, ograniczają koszty absencji oraz zwiększają stabilność działania w długim okresie.

ZAPOWIEDŹ RAPORTU



Pod koniec marca na łamach tygodnika Gazeta Finansowa i www.gf24.pl opublikujemy

RAPORT RYNEK SZKOLEŃ

Wydanie wzbogaci Ranking Najlepszych Firm Szkoleniowych

Zapraszamy do współpracy i promocji na łamach tego wydania.
Aleksandra Piekarska a.piekarska@gazetafinansowa.pl 512 382 737
Agnieszka Prasowska a.prasowska@gazetafinansowa.pl 501 209 900