

UBEZPIECZENIA GRUPOWE 2026/2027



Ubezpieczenia grupowe. Od pracowniczego benefitu do realnej ochrony zdrowia i życia

Ubezpieczenia grupowe od lat należą do najpopularniejszych świadczeń pozapłatowych oferowanych przez pracodawców. Ich znaczenie jednak się zmienia. W obliczu ograniczonej dostępności publicznej opieki zdrowotnej, rosnącej świadomości zdrowotnej pracowników i coraz większych kosztów absencji chorobowej polisy grupowe stają się nie tylko elementem pakietu benefitów, lecz także narzędziem wspierającym bezpieczeństwo finansowe pracowników i stabilność funkcjonowania organizacji.

O wartości takiej ochrony decydują już nie tylko cena i zakres świadczeń, ale również dostępność usług medycznych, dopasowanie programu do potrzeb ubezpieczonych oraz jakość doradztwa przy wyborze oferty.

Rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych systematycznie rośnie. Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń na koniec 2025 r. z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzystało ponad 5,8 mln osób, czyli o 8,6 proc. więcej niż rok wcześniej. Składka przypisana brutto w tym segmencie osiągnęła 2,65 mld zł, co oznacza wzrost o 14,8 proc. rok do roku. Dane te pokazują, że prywatna ochrona zdrowotna przestaje być rozwiązaniem niszowym, a pracodawcy odgrywają coraz większą rolę w zapewnianiu pracownikom dostępu do dodatkowych świadczeń.

Jednocześnie rośnie znaczenie ubezpieczeń na życie, które pomagają ograniczyć finansowe konsekwencje choroby, wypadku, czasowej lub trwałej niezdolności do pracy, a także śmierci

ubezpieczonego. Oba rodzaje ochrony odpowiadają na różne potrzeby, ale łączy je wspólny cel: zwiększenie bezpieczeństwa pracowników i ich rodzin w sytuacjach, których skutki trudno przewidzieć i które mogą poważnie obciążyć domowy budżet.

Ubezpieczenie grupowe jako element strategii pracodawcy

Jeszcze do niedawna prywatna opieka medyczna i ubezpieczenie na życie były przede wszystkim dodatkami do wynagrodzenia, które pomagały firmom wyróżnić się na rynku pracy. Dziś ich funkcja jest szersza. Pracownicy coraz częściej oczekują od pracodawcy rozwiązań wspierających zdrowie, poczucie bezpieczeństwa i możliwość szybkiego uzyskania pomocy. Dla organizacji oznacza to konieczność uwzględnienia ochrony ubezpieczeniowej w szerszej polityce zarządzania personelem.

Znaczenie ma również sytuacja na rynku pracy. Wysokość wynagrodzenia nadal pozostaje

jednym z najważniejszych kryteriów wyboru pracodawcy, ale coraz większą rolę odgrywają warunki pracy, możliwości zachowania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym oraz dostęp do świadczeń odpowiadających na rzeczywiste potrzeby zatrudnionych. Grupowe ubezpieczenie zdrowotne lub na życie może być jednym z elementów budowania atrakcyjnej oferty pracowniczej, szczególnie jeśli obejmuje szeroki zakres ochrony i jest dostępne na przejrzystych zasadach.

Z perspektywy firmy liczy się nie tylko przyciąganie nowych pracowników, lecz także utrzymanie obecnych i zapewnienie ciągłości działania. Dłuższa nieobecność specjalisty może oznaczać konieczność przesunięcia zadań, dodatkowe obciążenie pozostałych członków zespołu, opóźnienia w realizacji projektów czy czasowe ograniczenie możliwości obsługi klientów. W przypadku stanowisk wymagających specjalistycznych kompetencji zastąpienie nieobecnej osoby bywa szczególnie trudne.

Dlatego coraz częściej o wartości benefitów mówi się w kontekście zarządzania ryzykiem kadrowym. Ubezpieczenie nie eliminuje przyczyn chorób ani nie gwarantuje, że pracownik uniknie absencji, ale może ułatwić mu uzyskanie pomocy medycznej, ograniczyć niepewność finansową i zapewnić wsparcie w trudnym okresie. W połączeniu z profilaktyką, odpowiednią organizacją pracy i działaniami na rzecz dobrostanu pracowników staje się częścią długofalowego podejścia do zdrowia w organizacji.

Skala absencji pokazuje znaczenie profilaktyki
Koszty nieobecności pracowników wykraczają daleko poza wynagrodzenie za czas choroby. Absencja wpływa na organizację pracy, obciąża pozostałych członków zespołu i może prowadzić do opóźnień oraz spadku produktywności. Jej konsekwencje są szczególnie odczuwalne w organizacjach, w których zadania wymagają ścisłej współpracy, a poszczególne osoby dysponują trudnymi do zastąpienia kompetencjami. W 2025 r. w Polsce zarejestrowano 27,5 mln zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, obejmujących łącznie 290,5 mln dni absencji chorobowej. To o 0,5 mln dni więcej niż rok wcześniej. Szczególnie niepokojący jest wzrost liczby nieobecności związanych ze zdrowiem psychicznym. Z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania odpowiadały w 2025 r. za 34,1 mln dni absencji, wobec 30,3 mln dni w 2024 r. Istotną przyczyną niezdolności do pracy pozostają również choroby układu mięśniowo-szkieletowego, które przełożyły się na 42,4 mln dni nieobecności.

Dane te pokazują, jak ważnym elementem polityki pracodawców staje się profilaktyka zdrowotna. Nie chodzi wyłącznie o finansowanie leczenia, lecz także o ułatwianie pracownikom szybkiego dostępu do konsultacji specjalistycznych, diagnostyki i badań profilaktycznych. Równie istotne są działania wspierające zdrowie psychiczne, ergonomię pracy i regenerację oraz ograniczające przeciążenie zawodowe.

➡ **ciąg dalszy na str. 21**

LIDERZY UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH 2026/2027

Ubezpieczenia grupowe stają się coraz ważniejszym elementem polityki benefitowej firm, łącząc ochronę finansową pracowników i ich rodzin z budowaniem atrakcyjnego środowiska pracy.



Wyróżniony produkt: **SALTUS ZDROWIE**

Opis produktu

SALTUS ZDROWIE to ubezpieczenie zdrowotne, które łączy szeroki dostęp do opieki medycznej z rozwiązaniami wspierającymi zdrowie pracowników. Ubezpieczeni mogą korzystać z sieci prawie 6 tys. partnerskich placówek medycznych, a w ramach programu nie obowiązuje górna granica wieku pracownika.

Wyróżnikiem jest również bezpłatna platforma

wellbeing oraz indywidualny opiekun ubezpieczenia, zapewniający pomoc na każdym etapie korzystania z ochrony. SALTUS Ubezpieczenia oferuje także pracownicze programy profilaktyczne w ramach medycyny pracy oraz ubezpieczenie lekowe.

Dużą wygodę daje możliwość umawiania wizyt m.in. bezpośrednio w placówkach, a wysoki

cennik refundacji zwiększa dostępność świadczeń także poza siecią. Istotnym elementem jest „przyjazne przejście” – możliwość kontynuowania rozpoczętego leczenia lub diagnostyki po zmianie ubezpieczyciela.

To rozwiązania, które odpowiadają zarówno na potrzeby pracowników, jak i pracodawców dbających o zdrowie zespołu.

Co wyróżnia ofertę

SALTUS współpracuje z siecią blisko 6 tysięcy partnerskich placówek medycznych w całej Polsce, również w małych miejscowościach. Brak górnej granicy wieku przystąpienia dla pracownika. Dostęp do

bezpłatnej platformy wellbeing 24/7 dla każdego ubezpieczonego. Indywidualny opiekun ubezpieczenia. Pracownicze programy profilaktyczne w ramach medycyny pracy. Ubezpieczenie lekowe, w tym re-

fundacja leków. Możliwość umawiania wizyt bezpośrednio w placówkach. Wysoki cennik refundacji. Przyjazne przejście, czyli możliwość kontynuowania leczenia/diagnostyki po zmianie ubezpieczyciela.



Wyróżniony produkt: **GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

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 z poza sieci Placówek SIGNAL IDUNA Ubezpieczony otrzymuje częściową refundację po-

niesionych kosztów za usługi znajdujące się w pakiecie. Proces refundacji odbywa się w pełni on-line. Standardy dostępności do lekarza POZ wynoszą 24 h, natomiast do pozostałych lekarzy specjalistów to 5 dni roboczych.

Pracodawcy mają możliwość wyboru z spośród 5 podstawowych pakietów opieki oraz 5 rozszerzeń dodatkowych takich jak: stomatologia, rehabilitacja, limitowane konsultacje z psychologiem,

psychiatrą, seksuologiem, logopedą i dietetykiem, profilaktycznego przeglądu zdrowia, pomocy do-
raźnej czyli wizyt domowych oraz dyżurowych.

Każdy pakiet podstawowy posiada jako część integralną konsultacje telemedyczne oraz usługi Assistance.

Dodatkowo ochronę można rozszerzyć o ubezpieczenie leczenia szpitalnego, które SIGNAL IDUNA oferuje swoim klientom od przeszło 15 lat.

Co wyróżnia ofertę

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



Wyróżniony produkt: **INTER VISION GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

Opis produktu

INTER VISION to grupowe ubezpieczenie zdrowotne dla firm, zapewniające pracownikom i ich rodzinom dostęp do prywatnej opieki medycznej w blisko 5000 placówek w całej Polsce. Oferta obejmuje 4 warianty dopasowane do potrzeb i budżetu firm: Bronze, Silver, Gold, Diamond. Ochroną można objąć pracowników i ich bliskich, w tym dzieci aż do

26. roku życia. Ubezpieczeni mogą korzystać m.in. z konsultacji lekarzy 71 specjalizacji bez skierowania i limitu wizyt, konsultacji profesorskich oraz szerokiej diagnostyki obejmującej ponad 800 badań laboratoryjnych i obrazowych. W ofercie dostępne m.in.: rehabilitacja, psychoterapia, stomatologia, szczepienia oraz assistance 24/7. INTER VISION

daje również możliwość refundacji kosztów konsultacji i badań wykonanych także poza siecią placówek współpracujących. Dzięki różnorodnym wariantom firmy mogą elastycznie dopasować zakres ochrony do potrzeb swoich zespołów, a pracownicy zyskują szeroki dostęp do opieki zdrowotnej dla siebie i swoich najbliższych.

Co wyróżnia ofertę

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne INTER VISION zapewnia dostęp do blisko 5000 placówek i refundację wizyt poza siecią. Obejmuje 71 specjalizacji bez skierowań i limitów, konsultacje

profesorskie, ponad 800 badań oraz assistance 24/7. Oferuje zwrot kosztów leków, zasilek szpitalny i refundację środków pomocniczych. Ochroną można objąć dzieci do 26 lat i seniorów,

bez limitu wieku pracownika i partnera. Wizyty dostępne są do 2 dni w POZ i 5 dni u specjalistów, z możliwością refundacji poza siecią.

➔ dokończenie ze str. 19

Ubezpieczenia grupowe mogą stanowić ważny element takiego podejścia, zapewniając dodatkową ochronę i dostęp do świadczeń, które pomagają szybciej reagować na problemy zdrowotne.

Natalia Awtoniuk, Senior Consultant, Banking & Financial Markets, Devire, zwraca uwagę na strategiczny wymiar profilaktyki zdrowotnej: Zdrowie osób zatrudnionych przekłada się bowiem bezpośrednio na ciągłość realizacji obowiązków zawodowych, stabilność zespołów oraz przewidywalność funkcjonowania całej organizacji.

Profilaktyka nie powinna być jednak utożsamiana wyłącznie z ofertą dodatkowych świadczeń. Nawet szeroki pakiet medyczny nie zastąpi rozsądnego planowania pracy, właściwego podziału obowiązków czy kultury organizacyjnej, w której pracownicy mogą sygnalizować przeciążenie. Ubezpieczenia i programy zdrowotne mogą natomiast uzupełniać te działania, zapewniając dostęp do konkretnych usług i wsparcia.

Prywatna ochrona zdrowotna wobec ograniczeń systemu publicznego

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na zainteresowanie ubezpieczeniami zdrowotnymi pozostaje dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Długie terminy oczekiwania na konsultacje i badania sprawiają, że pacjenci poszukują alternatywnych sposobów uzyskania pomocy. Dla osób aktywnych zawodowo czas ma szczególne znaczenie – szybka konsultacja może pozwolić wcześniej rozpocząć diagnostykę, ograniczyć niepewność i sprawniej zaplanować leczenie. Ubezpieczenie zdrowotne zapewnia dostęp do świadczeń określonych w umowie. W zależności od produktu może obejmować konsultacje lekarskie, badania laboratoryjne i obrazowe, wizyty u specjalistów czy inne usługi medyczne. Nie wszystkie polisy oferują jednak taki sam zakres, a sama obecność ubezpieczenia nie oznacza automatycznie nieograniczonego dostępu do każdego świadczenia.

– Stały wzrost popularności prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wynika z niewydolności publicznego systemu opieki zdrowotnej, który trwa w tym stanie od lat – podkreśla Daniel Konopka, dyrektor sprzedaży ubezpieczeń zdrowotnych i pracowniczych w SALTUS Ubezpieczenia.

Rozwój rynku wiąże się jednocześnie z nowymi wyzwaniami. Wzrost liczby ubezpieczonych wymaga rozbudowy sieci placówek współpra-

cujących, zapewnienia odpowiedniej dostępności specjalistów i dostosowywania zakresu świadczeń do zmieniających się potrzeb. Jeżeli liczba osób korzystających z prywatnej opieki rośnie szybciej niż możliwości placówek, również w tym segmencie mogą pojawiać się kolejki.

Znaczenia nabierają więc rozwiązania pozwalające korzystać z szerszej sieci usługodawców. Jednym z nich jest refundacja kosztów leczenia poza siecią partnerską, jeśli przewiduje ją umo-

wa. Dzięki niej ubezpieczony może uzyskać świadczenie w placówce, która nie współpracuje bezpośrednio z ubezpieczycielem, a następnie ubiegać się o zwrot kosztów na określonych zasadach.

Przed wyborem polisy warto zatem sprawdzić nie tylko listę dostępnych specjalistów, ale także zasady rejestracji, dostępność badań, ewentualne limity świadczeń i warunki refundacji. Dla pracownika liczy się przede wszystkim to, czy w momencie pojawienia się problemu

zdrowotnego będzie mógł rzeczywiście skorzystać z ochrony.

Ubezpieczenia grupowe na życie – finansowe zabezpieczenie pracownika i rodziny

O ile ubezpieczenia zdrowotne odpowiadają przede wszystkim na potrzebę dostępu do usług medycznych, o tyle polisy na życie pełnią inną funkcję. Ich zadaniem jest zapewnienie wsparcia finansowego w sytuacjach określonych

➔ ciąg dalszy na str. 22

Grupowe ubezpieczenie zdrowotne w 2027 roku. Od pierwszego objawu do wizyty w aptece

Przez lata pracodawcy porównywali pakiety medyczne głównie po liczbie placówek i specjalistów. Pracownicy oczekują dziś czegoś innego. Liczy się dla nich to, czy dostaną wsparcie na każdym etapie: od profilaktyki, przez diagnozę i leczenie, aż po wizytę w aptece. Bo właśnie przy aptecznej kasie najczęściej kończy się pomoc, a zaczyna płacenie z własnej kieszeni.



PAULINA HERMAN
menedżer ds. Rozwoju Ubezpieczeń
Zdrowotnych i Pracowniczych
w SALTUS Ubezpieczenia

Szybka wizyta to dopiero początek

Prywatna opieka medyczna wciąż zyskuje. Według Polskiej Izby Ubezpieczeń na koniec 2025 r. z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych korzystało ponad 5,8 mln osób, a składka wzrosła w ciągu roku o 14,8 proc. Głównym powodem pozostają kolejki. Barometr WHC Fundacji Watch Health Care pokazuje, że na wizytę u specjalisty w ramach NFZ czekamy średnio 4,2 miesiąca. W placówkach partnerskich SALTUS TUV ubezpieczeni trafiają do internisty w niespełna dobę, a do kardiologa średnio po dwóch dniach.

Szeroka sieć placówek i krótkie terminy to jednak dziś rynkowy standard. Pacjenci coraz chętniej leczą się też zdalnie – w 2025 r. e-wizyty stanowiły 40 proc. konsultacji lekarskich w ramach naszych ubezpieczeń zdrowotnych.

Z naszych danych wynika, że w 2025 r. ubezpieczony skorzystał średnio z 13,7 świadczenia, o 10 proc. więcej niż rok wcześniej. Prawie połowę z nich (46,9 proc.) stanowiły badania laboratoryjne. To dobry sygnał – pracownicy coraz częściej sprawdzają zdrowie, kiedy jeszcze nic ich nie boli.

Profilaktyka i dobrostan zamiast gaszenia pożarów

Pracodawcy chcą też dopasować zakres ochrony do własnego zespołu, zamiast kupować jeden pakiet dla wszystkich. Księgowa, która osiem godzin patrzy w monitor, potrzebuje innych badań niż operator wózka widłowego w magazynie. Kilkanaście Pracowniczych Programów Profilaktycznych SALTUS Ubezpieczenia pozwala dobrać badania do branży – od profilaktyki wad wzroku i postawy, przez ochronę słuchu, po profilaktykę kardiologiczną.

Stale rośnie też znaczenie dobrostanu psychicznego. Według raportu UCE RESEARCH „Polacy na granicy wypalenia zawodowego” aż 78 proc. Polaków dostrzega u siebie co najmniej jeden objaw wypalenia. Od marca 2026 r. wszyscy ubezpieczeni w grupowym ubezpieczeniu Saltus Zdrowie mają dostęp do platformy wellbeing, którą przygotowaliśmy z Wellbeing Polska. Znajdą tam webinary, kursy, testy zdrowia i wyzwania, które pomagają zadbać o sen, odporność na stres czy kręgosłup. Mogą też porozmawiać na wideo ze specjalistami z 45 dziedzin.

Ostatni, często pomijany etap – apteka

Najbliższe ogniwo tej ścieżki leży gdzie indziej. Pracownik szybko trafia do lekarza, robi badania, wychodzi z receptą i... zostaje sam z rachunkiem. Według GUS w 2025 roku Polacy kupili leki na receptę za 33,4 mld zł. NFZ pokrył 45,9 proc. tej kwoty – i jego udział rośnie – ale ok. 18,1 mld zł pacjenci zapłacili sami. To średnio 483 zł na osobę rocznie, a u osób przewlekle chorych zwykle znacznie więcej.

Na ten etap odpowiada ubezpieczenie lekowe SALTUS ZDROWIE, które pracodawca może dołączyć do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczony pokazuje w aptece identyfikator lekowy z aplikacji i od razu płaci kwotę pomniejszoną o dofinansowanie. Bezgotówkowo obsłuży go w aptekach współpracujących z epruf w całej Polsce. Może też zapłacić pełną cenę, a potem złożyć wniosek o zwrot w aplikacji. Pracownik odczuwa tę korzyść od razu przy płatności za zakupy w aptece – zarówno przy sezonowym zachorowaniu, jak i przewlekłej lub poważnej chorobie. Zyskiem pracodawcy jest mniejsza liczba przerwanych kuracji i krótsza absencja chorobowa pracownika.

Kierunek na 2027 rok

Myślę, że w 2027 r. pracodawcy będą oceniać grupowe ubezpieczenie zdrowotne po jednym kryterium. Czy pracownik ma wsparcie na każdym etapie – przy badaniu profilaktycznym, konsultacji, diagnostyce i przy aptecznej kasie? Sama duża liczba przychodni przestanie wystarczać. Im mniej luk na tej drodze, tym rzadziej ktoś odkłada leczenie na później. A odłożone leczenie zwykle wraca do firmy w postaci dłuższego zwolnienia lekarskiego.

materiał partnera

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na zainteresowanie ubezpieczeniami zdrowotnymi pozostaje dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Kilkanaście Pracowniczych Programów Profilaktycznych SALTUS Ubezpieczenia pozwala dobrać badania do branży – od profilaktyki wad wzroku i postawy, przez ochronę słuchu, po profilaktykę kardiologiczną.

☛ dokończenie ze str. 21

nych w umowie, takich jak śmierć ubezpieczonego, poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu czy niezdolność do pracy, o ile dane zdarzenia są objęte ochroną.

Znaczenie takiego zabezpieczenia szczególnie wyraźnie widać w przypadku osób, które utrzymują rodziny, spłacają kredyty lub ponoszą stałe zobowiązania finansowe. Nagła choroba lub wypadek mogą ograniczyć możliwość uzyskiwania dochodów, a jednocześnie zwiększyć wydatki związane z leczeniem i codziennym funkcjonowaniem. Świadczenie ubezpieczeniowe nie rozwiązuje wszystkich problemów, ale może pomóc w pokryciu części kosztów i ograniczyć konieczność korzystania z oszczędności.

Ubezpieczenia grupowe mają przy tym kilka cech, które odróżniają je od polis indywidualnych. Ochrona jest organizowana dla określonej grupy, np. pracowników przedsiębiorstwa, a warunki umowy są uzgadniane dla całej grupy. W niektórych programach może to ułatwiać objęcie ochroną osób, które przy indywidualnym ubezpieczeniu napotykałyby bardziej rygorystyczne wymagania dotyczące oceny ryzyka. Nie oznacza to jednak, że wszystkie polisy grupowe są identyczne lub że w każdym przypadku nie obowiązują ograniczenia związane ze stanem zdrowia. Ostateczny zakres ochrony zależy od konkretnej umowy, definicji zdarzeń ubezpieczeniowych, wyłączeń odpowiedzialności, karencji oraz wysokości świadczeń. Dlatego sama informacja, że pracownik jest objęty ubezpieczeniem na życie, nie wystarcza do oceny, czy zapewnia ono odpowiedni poziom bezpieczeństwa finansowego.

Rola brokera: nie tylko wybór najtańszej oferty

Przy konstruowaniu programu grupowego istotne jest dopasowanie zakresu ochrony do potrzeb ubezpieczonych i możliwości finansowych organizacji. Na rynku dostępnych jest wiele wariantów polis, które różnią się nie tylko składką, lecz także katalogiem świadczeń, sumami ubezpieczenia, definicjami zdarzeń oraz ograniczeniami odpowiedzialności.

W tym procesie ważną rolę odgrywają brokerzy ubezpieczeniowi. Ich zadaniem jest analiza potrzeb klienta, porównanie ofert i negocjowanie warunków z ubezpieczycielami. Powinni przy tym uwzględniać zarówno oczekiwania pracodawcy, który finansuje lub współfinansuje program, jak i interesy pracowników, którzy będą korzystać z ochrony.

Małgorzata Kaniewska, prezes zarządu Polskiej Izby Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, podkreśla znaczenie dopasowania zakresu polisy do rzeczywistych potrzeb ubezpieczonych. – 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 – mówi ekspertka.

W praktyce przygotowanie dobrego programu wymaga znalezienia równowagi między zakresem ochrony a kosztem. Rozbudowana polisa może zapewniać szerszy katalog świadczeń, ale wiązać się z wyższą składką. Z kolei oferta tańsza może nie odpowiadać na wszystkie potrzeby pracowników. Zadaniem doradcy jest wska-



zanie różnic i konsekwencji poszczególnych rozwiązań, tak aby decyzja nie sprowadzała się wyłącznie do porównania cen.

Istotna jest również komunikacja. Pracownicy powinni wiedzieć, jakie zdarzenia obejmuje polisa, komu przysługuje świadczenie, jak zgłosić roszczenie i jakie dokumenty należy przygotować. Brak tej wiedzy może powodować, że ubezpieczony nie wykorzysta dostępnych możliwości albo dopiero w trudnej sytuacji dowie się o ograniczeniach umowy.

– Naszą rolą jest m.in. budowanie świadomości ubezpieczeniowej a po stronie odbiorcy ubezpieczenia poziom wiedzy, postaw i zrozumienia ryzyka nie wygląda najlepiej – podsumowuje Małgorzata Kaniewska.

Budowanie świadomości ubezpieczeniowej ma znaczenie także dlatego, że klienci często koncentrują się na wysokości składki, a w mniejszym stopniu analizują warunki ochrony. Tymczasem ubezpieczenie nie jest produktem, którego wartość można ocenić wyłącznie na podstawie ceny. O jego przydatności decyduje przede wszystkim to, czy w określonej sytuacji zapewni świadczenie odpowiadające potrzebom ubezpieczonego.

Cena czy zakres? Najważniejszy jest rzeczywisty poziom ochrony

Presja kosztowa dotyczy zarówno pracodawców, jak i samych pracowników. Firmy muszą planować budżety benefitowe, uwzględniając koszty wynagrodzeń i innych świadczeń, a osoby zatrudnione porównują dostępne warianty pod kątem wysokości składki i zakresu ochrony. W rezultacie wybór programu grupowego często oznacza konieczność ustalenia priorytetów.

Pracodawca może zdecydować się na finansowanie podstawowego wariantu dla wszystkich zatrudnionych, a następnie umożliwić im rozszerzenie ochrony na preferencyjnych warunkach. Innym rozwiązaniem jest współfinansowanie składki przez firmę i pracownika. Takie modele pozwalają uwzględnić różnorodność potrzeb, choć wymagają przejrzystych zasad i odpowiedniego wyjaśnienia różnic między wariantami.

„
Skuteczna polityka zdrowotna w firmie wymaga połączenia kilku elementów.

„
Tymczasem ubezpieczenie nie jest produktem, którego wartość można ocenić wyłącznie na podstawie ceny.

Warto przy tym pamiętać, że najtańsza polisa nie zawsze oznacza najlepszą relację kosztów do korzyści. W ubezpieczeniu zdrowotnym znaczenie ma m.in. dostępność lekarzy i badań, a w ubezpieczeniu na życie – wysokość świadczeń i zakres zdarzeń objętych ochroną. Należy też zwrócić uwagę na ograniczenia, które mogą wpływać na możliwość uzyskania świadczenia.

– 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 zaznacza – prezes zarządu PTBUiR.

Przydatnym rozwiązaniem może być regularny przegląd programu. Potrzeby pracowników zmieniają się wraz z wiekiem, sytuacją rodzinną i zawodową, a także ze zmianami na rynku usług medycznych. Program, który kilka lat temu odpowiadał oczekiwaniom zespołu, z czasem może wymagać aktualizacji. Przegląd powinien uwzględniać doświadczenia ubezpieczonych, zgłaszane problemy z dostępnością świadczeń oraz relację kosztów do rzeczywistego zakresu ochrony.

Zdrowie psychiczne i przeciążenie – nowe wyzwania dla pracodawców

Współczesne środowisko pracy coraz częściej wiąże się z presją czasu, dużą liczbą informacji i koniecznością ciągłej dostępności. Praca zdalna i hybrydowa daje większą elastyczność, ale może również zacierać granice między obowiązkami zawodowymi a życiem prywatnym. W wielu organizacjach dochodzi do tego szybkie tempo zmian technologicznych, rosnące oczekiwania klientów i konieczność równoległego prowadzenia wielu projektów.

W takich warunkach profilaktyka zdrowotna powinna obejmować nie tylko kwestie fizyczne, lecz także zdrowie psychiczne. Przewlekły stres, problemy ze snem, przeciążenie i wypalenie zawodowe mogą wpływać na samopoczucie, koncentrację oraz zdolność do wykonywania obowiązków. Ich konsekwencje odczuwają

zarówno pracownicy, jak i pracodawcy.

W materiale Devire przywołano wyniki Raportu Trendów 2026 Devire i badania opinii SW Research. Zgodnie z nimi 56,7 proc. pracowników wskazuje biuro jako główne źródło przebudzowania, a 85 proc. uważa, że przebudzowanie obniża produktywność. Dane te zwracają uwagę na potrzebę przyglądania się nie tylko samemu miejscu wykonywania pracy, ale także organizacji zadań, komunikacji i warunkom sprzyjającym regeneracji.

Natalia Awtoniuk, Senior Consultant, Banking & Financial Markets, Devire, wskazuje na znaczenie działań wykraczających poza samą ofertę benefitów.

– Kluczowa jest także kultura organizacyjna, która promuje równowagę między pracą a odpoczynkiem, realistyczne planowanie zadań oraz otwartość na rozmowę o zdrowiu psychicznym – mówi.

Ubezpieczenie może być jednym z elementów systemu wsparcia, zwłaszcza jeśli obejmuje dostęp do konsultacji psychologicznych lub psychiatrycznych. Nie zastąpi jednak działań organizacyjnych, takich jak odpowiednie zarządzanie obciążeniem, jasne określanie priorytetów czy wspieranie menedżerów w rozpoznawaniu sygnałów przeciążenia. Największą wartość przynosi połączenie dostępnych świadczeń z kulturą pracy, która nie utrudnia korzystania z pomocy.

Od pojedynczego benefitu do spójnego programu zdrowotnego

Skuteczna polityka zdrowotna w firmie wymaga połączenia kilku elementów. Pierwszym jest dostęp do świadczeń medycznych i ubezpieczeniowych. Drugim – profilaktyka, edukacja oraz budowanie świadomości zdrowotnej. Trzecim – środowisko pracy, które wspiera regenerację i umożliwia odpowiedzialne zarządzanie obowiązkami.

W praktyce może to oznaczać połączenie ubezpieczenia zdrowotnego z programem badań profilaktycznych, konsultacjami dotyczącymi zdrowia psychicznego, edukacją w zakresie ergonomii oraz inicjatywami promującymi aktywność fizyczną. Zakres działań powinien jednak wynikać z potrzeb konkretnej organizacji, a nie wyłącznie z popularności określonych benefitów.

Ważne jest również dopasowanie komunikacji do różnych grup pracowników. Innych świadczeń mogą potrzebować osoby rozpoczynające karierę zawodową, innych rodzice małych dzieci, a jeszcze innych pracownicy w starszych grupach wiekowych. Zróżnicowanie potrzeb nie musi oznaczać tworzenia całkowicie odrębnych programów dla każdej osoby. Może jednak przemawiać za wprowadzeniem kilku wariantów ochrony lub możliwości rozszerzenia podstawowego pakietu. Pracodawcy powinni także regularnie sprawdzać, czy oferowane rozwiązania są rzeczywiście wykorzystywane i odpowiadają oczekiwaniom zatrudnionych. Pomocne mogą być ankiety, analiza najczęściej wykorzystywanych świadczeń oraz rozmowy z pracownikami. Dane o korzystaniu z programu warto interpretować ostrożnie, z poszanowaniem prywatności i poufności informacji dotyczących zdrowia.