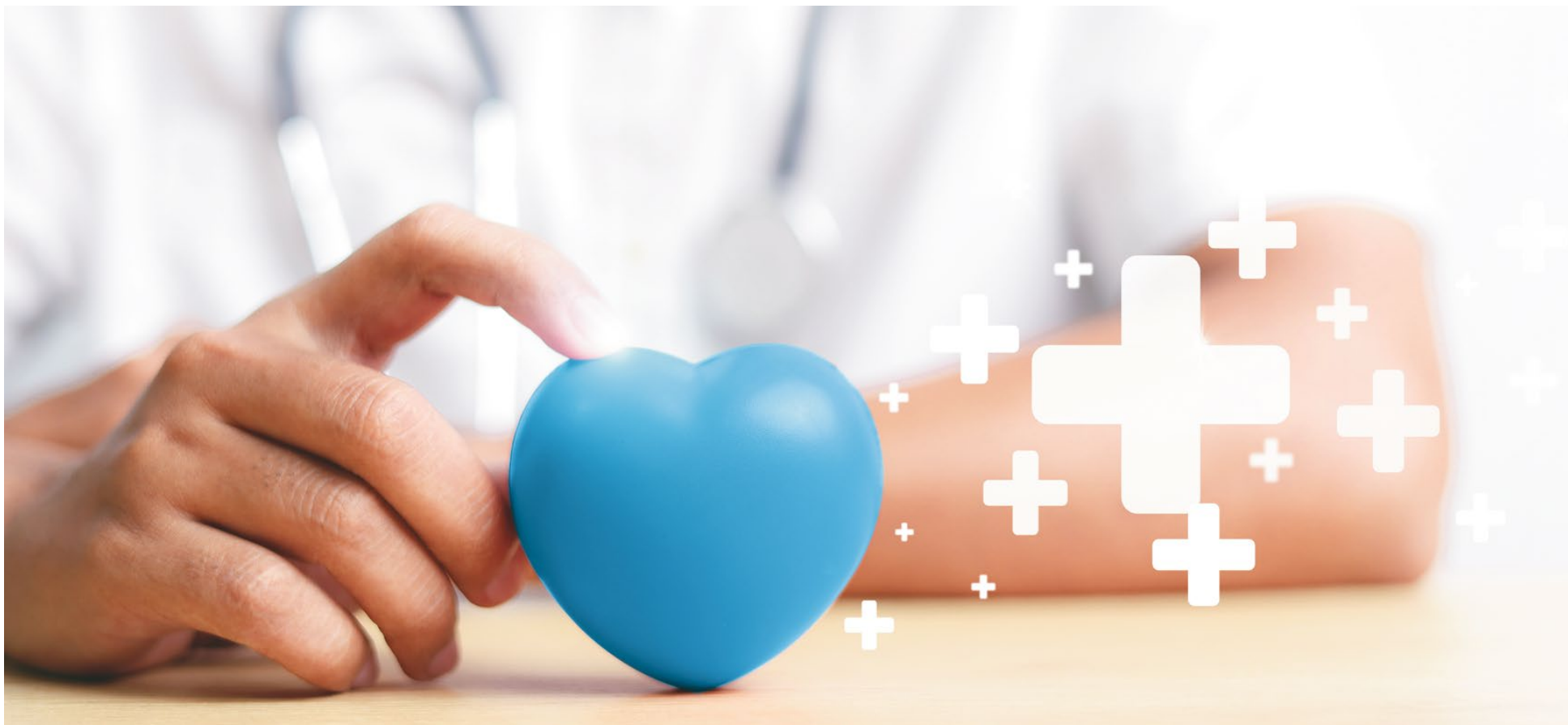


# UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE



## Czy benefit przestaje być przywilejem etatu?

O benefitach pracowniczych przez lata mówiło się głównie w kontekście etatu, a symbolem tego pojęcia stały się „owocowe czwartki”. Firmy traktowały je jako sposób na zwiększenie atrakcyjności miejsca pracy i przyciągnięcie poszukiwanych specjalistów. Dziś rynek idzie jednak krok dalej: benefit coraz częściej przestaje być przypisany do jednego pracodawcy i zaczyna „podążać za specjalistą”.



**PRZEMYSŁAW GŁOŚNY**  
CEO Useme

Sprzyja temu rozwój freelancingu oraz rozwiązań, dzięki którym niezależni profesjonaliści mogą samodzielnie wybierać model współpracy i korzystać ze świad-

czeń zapewnianych na podstawie dodatkowej umowy lub za pośrednictwem platformy. Etat nadal daje szerszą ochronę, jednak oferowane wraz z nim dodatki nie zawsze odpowiadają na indywidualne potrzeby ani nie przekładają się na realną wartość dla pracownika.

O tym, dlaczego benefity coraz rzadziej są zarezerwowane wyłącznie dla osób zatrudnionych na etacie i jak zmieniają się potrzeby niezależnych specjalistów.

Rynek freelancingu wchodzi w fazę stabilizacji. Potwierdzają to wyniki badania „Freelancing w Polsce 2025. Między stabilnością a adaptacją”, przeprowadzonego przez Useme we współpracy z agencją badawczą ABR SESTA. Najczęściej ankietowani realizują 1-2 projekty miesięcznie. O dojrzałości tego modelu świadczą ciągłość współprac oraz większa wartość poszczególnych projektów. Tradycyjny etat nadal kojarzy się z pracą w określonych godzinach i miejscu oraz według zasad obowiązujących w organizacji.

Freelancerzy coraz częściej rozliczają się za rezultat i samodzielnie wyceniają swoją pracę. Taki model zwiększa przewidywalność współpracy po obu stronach: klient zna zakres i koszt realizacji, a specjalista wie, za jaki efekt otrzyma wynagrodzenie. Bardzo często pojedyncze zlecenie staje

się początkiem stałej relacji. Freelancerzy oraz firmy, w tym korporacje i duże przedsiębiorstwa, nawiązują długofalową współpracę bez konieczności zatrudniania specjalisty na etat. To jeden z sygnałów, że niezależna praca staje się trwałym elementem procesów biznesowych, a nie wyłącznie doraźnym wsparciem.

O przywiązaniu do tego modelu świadczą również plany badanych. Łącznie 73 proc. zamierza kontynuować freelancing w 2026 r.: 56 proc. na dotychczasowych zasadach, a 17 proc. po zmianie sposobu rozliczania się z klientami.

### Elastyczność też może być benefitem

We freelancingu część benefitów nie wynika jednak z polityki pracodawcy, lecz z samego modelu pracy. Niezależny specjalista ma większy wpływ na wybór projektów, wyso-

kość proponowanych stawek oraz organizację codzienności. W pracy projektowej klienta najbardziej interesuje uzgodniony rezultat i termin jego dostarczenia, a nie obecność przy biurku od ósmej rano. Daje to możliwość dopasowania godzin i miejsca pracy do własnego rytmu, a także łatwiejszego łącze-



Decyzji o pracy na własny rachunek często towarzyszą obawy o dostęp do opieki zdrowotnej, obowiązki związane ze składkami czy konieczność prowadzenia księgowości.



**Etat nadal daje szerszą ochronę, jednak oferowane wraz z nim dodatki nie zawsze odpowiadają na indywidualne potrzeby ani nie przekładają się na realną wartość dla pracownika.**

nia obowiązków zawodowych z życiem rodzinnym. Taka swoboda wymaga dobrej organizacji, ale dla niezależnego specjalisty może mieć większą wartość niż część dodatków oferowanych wraz z etatem.

#### Więcej swobody, więcej odpowiedzialności

Freelancing nie oznacza jednego sposobu pracy. Według raportu 41 proc. badanych pracuje wyłącznie na zleceniach, 33 proc. łączy je z etatem, a 17 proc. współpracuje z jednym głównym klientem i jednocześnie realizuje mniejsze projekty dla innych firm. Kolejne 6 proc. pracuje podczas studiów. Ponad 40 proc. ankietowanych osiąga z freelancingu miesięczne dochody poniżej 2000 zł. Dla wielu osób zlecenia, są więc dodatkowym źródłem utrzymania, a nie alternatywą dla etatu. Gdy freelancing staje się głównym modelem pracy, freelancer przejmuje obowiązki, którymi na etacie zajmuje się pracodawca. Musi sam zaplanować przerwy w realizacji zleceń i zabezpieczyć się finansowo na czas choroby.

Elastyczny model pracy sprzyja zjawisku work-life blending, czyli przenikaniu się życia zawodowego i prywatnego. Można załatwić osobistą sprawę w ciągu dnia, ale termin realizacji projektu pozostaje bez zmian. Praca zostaje wtedy przesunięta na wieczór lub weekend. Bez świadomości ustalonych granic odpoczynek łatwo schodzi na dalszy plan.

Zdrowie i możliwość regularnej pracy mają także wymiar finansowy, szczególnie gdy dochód zależy od terminowej realizacji projektów. Dostęp do opieki zdrowotnej lub świadczeń wspierających aktywność fizyczną nie jest więc wyłącznie atrakcyjnym dodatkiem. Może pomóc w dbaniu o regenerację i ograniczyć część ryzyka związanego z pracą na własny rachunek.

#### Czy etat traci monopol na benefit?

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na wybór między etatem a freelancingiem pozostaje poczucie bezpieczeństwa. Decyzji o pracy na własny rachunek często towarzyszą obawy o dostęp do opieki zdrowotnej, obowiązki

związane ze składkami czy konieczność prowadzenia księgowości. Dostęp do części świadczeń może być zorganizowany niezależnie od formy zatrudnienia i dopasowany do potrzeb konkretnej osoby.

Decyzja o przejściu na freelancing wiąże się z dużą zmianą sposo-

bu pracy i organizacji własnego bezpieczeństwa. Nie musi jednak oznaczać całkowitej rezygnacji ze świadczeń kojarzonych dotychczas głównie z etatem. Rozwój elastycznych modeli współpracy sprawia, że niezależny specjalista może dobierać benefity do swojej obecnej sytuacji życiowej, zamiast

korzystać z góry określonego pakietu oferowanego przez pracodawcę. Przyszłością jest tworzenie rozwiązań, które pozwalają niezależnym specjalistom samodzielnie wybierać potrzebne im świadczenia. Współczesny benefit może podążać za osobą, która z niego korzysta.

REKLAMA

**MEDICOVER**  
UBEZPIECZENIA

DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH I FIRM

**UBEZPIECZENIE  
ZDROWOTNE**

Z OPIEKĄ SZPITALNĄ MEDICOVER

[ubezpieczeniamedicover.pl](https://ubezpieczeniamedicover.pl)

# UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE ZYSKUJĄ NA ZNACZENIU

**Prywatne ubezpieczenia zdrowotne przestają być wyłącznie dodatkiem do wynagrodzenia. Rosnąca liczba osób objętych ochroną, wyższa wartość składek i trudności z dostępem do świadczeń finansowanych ze środków publicznych sprawiają, że stają się coraz ważniejszym elementem systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie rosnące koszty leczenia, ograniczona dostępność specjalistów i oczekiwania pacjentów stawiają przed ubezpieczycielami nowe wyzwania. Jak będzie rozwijał się ten rynek i jaką rolę mogą odegrać ubezpieczenia w budowaniu zdrowia pracowników?**

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne zyskują w Polsce na popularności. Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) na koniec 2025 r. korzystało z nich ponad 5,8 mln osób, czyli o 8,6 proc. więcej niż rok wcześniej. Jednocześnie składka przypisana brutto wzrosła do 2,65 mld zł, co oznacza wzrost o 14,8 proc. rok do roku. Dane te pokazują, że prywatna ochrona zdrowotna staje się coraz istotniejszym elementem decyzji finansowych zarówno gospodarstw domowych, jak i przedsiębiorstw.

Za wzrostem rynku stoją przede wszystkim potrzeby związane z dostępnością świadczeń. Długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, badania diagnostyczne czy planowe zabiegi sprawia, że pacjenci poszukują alternatywnych sposobów finansowania leczenia. Ubezpieczenie zdrowotne pozwala przenieść część ryzyka finansowego na ubezpieczyciela i uzyskać dostęp do określonych świadczeń na warunkach zapisanych w umowie.

– Ubezpieczenia zdrowotne zyskują na popularności, bo odpowiadają na realne potrzeby osób indywidualnych oraz pracodawców – mówi Dorota Fal, doradca zarządu PIU. Popularność prywatnych ubezpieczeń jest również związana ze zmianą podejścia do zdrowia. Coraz więcej osób dostrzega znaczenie profilaktyki, regularnych badań i szybkiej diagnostyki. Wcześniejse wykrycie problemu zdrowotnego może zwiększyć szanse na skuteczne leczenie, a jednocześnie ograniczyć ryzyko długotrwałej niezdolności do pracy. W tym kontekście ubezpieczenie jest nie tylko sposobem finansowania wizyt, lecz także rozwiązaniem wspierającym bardziej systematyczne korzystanie z opieki medycznej.

Rozwój rynku nie oznacza jednak, że prywatny sektor może bez ograniczeń przejąć zadania publicznego systemu ochrony zdrowia. Wzrost liczby ubezpieczonych przekłada się na większe zapotrzebowanie na



konsultacje, diagnostykę i leczenie. To z kolei wymaga rozbudowy sieci placówek, zwiększania dostępności specjalistów i dostosowywania oferty do zmieniających się potrzeb pacjentów.

## **Dostęp do lekarza coraz ważniejszym kryterium**

Niewydolność publicznego systemu ochrony zdrowia od lat skłania pacjentów do korzystania z usług prywatnych. Choć w niektórych obszarach średni czas oczekiwania na świadczenia uległ skróceniu, w wielu przypadkach nadal jest liczony w miesiącach. Przykładowo, według danych przywołanych w analizie rynku czas oczekiwania na USG jamy brzusznej wydłużył się dwukrotnie, na rezonans magnetyczny kręgosłupa czeka się o ponad dwa i pół miesiąca dłużej, a na kolonoskopię o niemal trzy miesiące więcej niż trzy lata temu.

Dla pacjentów oznacza to nie tylko niedogodności organizacyjne, ale również niepewność dotyczącą stanu zdrowia i terminu rozpoczęcia leczenia. W przypadku wielu schorzeń szybka diagnostyka ma kluczowe znaczenie. Opóźnienie może utrudnić terapię, zwiększyć

jej koszty i negatywnie wpłynąć na jakość życia chorego.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne odpowiadają na te potrzeby, zapewniając dostęp do świadczeń określonych w polisie. Dla ubezpieczonego istotne są nie tylko zakres ochrony i wysokość składki, ale również możliwość umówienia wizyty, dostępność odpowiedniego specjalisty oraz warunki korzystania z diagnostyki. W praktyce o wartości produktu decyduje więc to, czy pozwala on uzyskać pomoc wtedy, gdy jest ona potrzebna.

Wraz ze wzrostem liczby osób objętych prywatną ochroną również placówki niepubliczne mierzą się

jednak z większym obciążeniem. W prywatnych przychodniach pojawiają się kolejki, a czas oczekiwania na niektóre świadczenia wynosi od kilku do kilkunastu dni. Oznacza to, że sam zakup ubezpieczenia nie gwarantuje natychmiastowego dostępu do każdej usługi. Coraz większego znaczenia nabierają zatem organizacja sieci medycznej, sprawna obsługa pacjentów i odpowiednie zarządzanie dostępnością świadczeń.

## **Sieć placówek i refundacja kosztów leczenia**

Jednym z ważniejszych kierunków rozwoju rynku jest budowanie rozbudowanych sieci placówek współpracujących z ubezpieczycielami. Im większa dostępność punktów medycznych i specjalistów, tym łatwiej dopasować termin wizyty do potrzeb pacjenta. Znaczenie ma także rozmieszczenie placówek, szczególnie w mniejszych miejscowościach, gdzie oferta prywatnej opieki może być bardziej ograniczona niż w największych aglomeracjach.

Uzupełnieniem sieci partnerskich jest refundacja kosztów leczenia poza placówkami współpracują-



**Niewydolność publicznego systemu ochrony zdrowia od lat skłania pacjentów do korzystania z usług prywatnych.**

cymi z ubezpieczycielem. Mechanizm ten daje pacjentowi większą swobodę wyboru lekarza lub przychodni, a jednocześnie pozwala korzystać z ochrony także wtedy, gdy w sieci partnerskiej brakuje odpowiedniego specjalisty albo dogodnego terminu. Warunki zwrotu wydatków zależą jednak od konkretnej polisy, w tym wysokości limitów i zasad rozliczania świadczeń.

Ubezpieczyciele podnoszą limity refundacji, aby lepiej odpowiadały aktualnym cenom usług medycznych i presji inflacyjnej. Jest to istotne, ponieważ nawet szeroki zakres ochrony może okazać się niewystarczający, jeśli kwoty zwrotu nie nadążają za rynkowymi kosztami konsultacji i badań. Rosnąca liczba refundowanych wizyt wskazuje, że rozwiązanie to staje się coraz ważniejszym elementem oferty.

Rozwój refundacji zwiększa elastyczność pacjentów, ale wymaga również przejrzystych zasad. Klienci powinni wiedzieć, jakie świadczenia obejmuje polisa, w jakich sytuacjach mogą skorzystać ze zwrotu kosztów, jakie dokumenty muszą przedstawić i w jakim zakresie wydatki zostaną pokryte. Czytelność tych warunków wpływa na ocenę produktu i zaufanie do ubezpieczyciela.

Dla rynku istotne jest zatem nie tylko zwiększanie liczby ubezpieczonych, lecz także rozwijanie roz-

➤ *dokończenie na str. 46*



**Ubezpieczenia zdrowotne zyskują na popularności, bo odpowiadają na realne potrzeby osób indywidualnych oraz pracodawców.**



**Ty tworzysz firmę, my wspieramy  
zdrowie Twojego zespołu**

**LUXMED**  
UBEZPIECZENIA

**Dowiedz się więcej!**  
Zeskanuj kod QR  
i odwiedź naszą stronę



Data powstania materiału: 01.10.2026 r.

ZMODYFIKOWANE  
PRZEZ AI

➤ *dokończenie ze str. 44*

wiązań, które zapewniają realną dostępność świadczeń. Konkurencja będzie w coraz większym stopniu dotyczyć jakości obsługi, szybkości organizacji wizyt i zakresu ochrony, a nie wyłącznie ceny polisy.

#### Wzrost kosztów wyzwaniem dla ubezpieczycieli

Dynamiczny rozwój rynku nie oznacza, że ubezpieczyciele działają w łatwym otoczeniu. Koszty prywatnego leczenia pozostają istotnym wyzwaniem dla całego sektora. Wpływają na nie m.in. wynagrodzenia personelu medycznego, ceny usług diagnostycznych, koszty funkcjonowania placówek i rosnące oczekiwania pacjentów.

Po okresie silnych podwyżek związanych m.in. ze wzrostem wynagrodzeń personelu medycznego i kosztów operacyjnych rynku można dostrzec oznaki stabilizacji. Nie oznacza to jednak, że presja kosztowa zniknęła. Wzrost kosztów leczenia obciąża zarówno placówki medyczne, jak i ubezpieczycieli, którzy muszą równoważyć zakres ochrony, wysokość składek oraz dostępność świadczeń.

– Możliwe, że rynek jest już po okresie najbardziej dynamicznych podwyżek kosztowych. Widzimy jednak, że mimo tego sektor nadal rozwija się stabilnie i utrzymuje wysoką dynamikę wzrostu – dodaje Dorota Fal. – To zrozumiałe, ponieważ koszty leczenia prywatnego opłacanego fee for serwis także rosną więc przeniesienie ryzyka zdrowotnego na ubezpieczyciela staje się ciekawą opcją dla wielu klientów – podsumowuje.

Wzrost kosztów medycznych ma znaczenie również dla konstrukcji produktów. Ubezpieczyciele muszą uwzględniać zarówno aktualne ceny świadczeń, jak i prawdopodobieństwo korzystania z nich przez osoby objęte ochroną. Istotne staje się odpowiednie kalkulowanie ryzyka oraz projektowanie polis, które będą odpowiadały na potrzeby klientów, a jednocześnie pozostaną możliwe do utrzymania finansowo. Dla klientów oznacza to konieczność dokładniejszego analizowania warunków ubezpieczenia. Najniższa składka nie zawsze zapewnia najlepszą ochronę, jeśli wiąże się z ograniczonym dostępem do specjalistów, niskimi limitami refundacji lub wyłączeniami dotyczącymi ważnych świadczeń. Z drugiej strony rozbudowany zakres polisy powinien odpowiadać rzeczywistym potrzebom ubezpieczonego, aby nie generować wydatków na rozwiązania, z których nie będzie korzystał. W tym kontekście ważna jest przejrzystość oferty i komunikacji.

Klient powinien rozumieć, co dokładnie kupuje, w jakich sytuacjach może skorzystać z ochrony i jakie koszty pozostaną po jego stronie. To szczególnie istotne w ubezpieczeniach zdrowotnych, ponieważ decyzje dotyczące zakresu ochrony mogą mieć znaczenie w sytuacji choroby, kiedy pacjent nie ma możliwości spokojnego analizowania skomplikowanych zapisów umowy.

#### Ubezpieczenie zdrowotne jako element polityki pracowniczej

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne coraz mocniej zaznaczają swoją obecność również w polityce personalnej przedsiębiorstw. Dla pracodawców stanowią element oferty zatrudnienia, sposób wspierania pracowników i narzędzie budowania atrakcyjnego środowiska pracy. Dostęp do konsultacji, badań i profilaktyki może mieć znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa zatrudnionych, a także dla ich oceny warunków oferowanych przez firmę. Znaczenie zdrowia pracowników wykracza jednak poza sam katalog benefitów. Kondycja fizyczna i psychiczna zespołu wpływa na absencję, zaangażowanie, relacje w organizacji i zdolność do realizowania zadań. Długotrwałe problemy zdrowotne mogą oznaczać nie tylko nieobecność pracownika, ale również konieczność reorganizacji pracy, obciążenie pozostałych członków zespołu i utratę części produktywności.

Zależność między zdrowiem a wynikami biznesowymi analizuje m.in. Indeks Zdrowych Firm, wspólna inicjatywa Open Eyes Economy Summit, Grupy LUX MED oraz Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Projekt służy kompleksowej ocenie działań przedsiębiorstw na rzecz zdrowia i dobrostanu pracowników. W pierwszej edycji wzięły udział 62 organizacje reprezentujące różne branże i sektory gospodarki. Badanie obejmowało 86 pytań dotyczących zdrowia, organizacji pracy, przywództwa oraz wpływu przedsiębiorstwa na otoczenie społeczne i środowiskowe.



**Ubezpieczenia zdrowotne mogą być ważnym narzędziem wspierającym profilaktykę i odciążającym system ochrony zdrowia.**



Wyniki projektu pokazują, że zdrowa organizacja to nie tylko taka, która zapewnia pracownikom dostęp do świadczeń medycznych. Równie ważne są warunki pracy, kultura organizacyjna, relacje w zespołach, rozwój kompetencji i możliwość zachowania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym. Ubezpieczenie zdrowotne może być jednym z elementów takiego podejścia, ale nie zastąpi działań ograniczających źródła stresu czy poprawiających organizację pracy.

– Dbanie o pracowników jest istotne, ponieważ ich zdrowie, dobrostan i zaangażowanie wpływają na sprawne funkcjonowanie całej organizacji. Zdrowa firma powinna nie tylko oferować benefity, lecz także tworzyć bezpieczne i wspierające środowisko pracy, odpowiadające na rzeczywiste potrzeby ludzi. Trochę o pracownikach może zwiększać ich zaangażowanie, ograniczać absencję i budować silniejszą kulturę i przyszłość firmy. Równie ważne jest odpowiedzialne oddziaływanie firmy na środowisko i społeczność lokalną, ponieważ przedsiębiorstwo jest częścią szerszego otoczenia. Dbanie o ludzi i otoczenie to inwestycja w trwały rozwój, odpowiedzialność – podkreśla prof. dr hab. Jerzy Hausner, przewodniczący Rady Programowej Open Eyes Economy Summit i koordynator projektu.

W przypadku pracodawców ubezpieczenie zdrowotne powinno być zatem częścią szerszej strategii zarządzania zdrowiem. Jego wartość zależy od dopasowania do potrzeb zatrudnionych, dostępności świadczeń i tego, czy pracownicy rzeczywiście wiedzą, jak korzystać z ochrony. Istotne jest również monitorowanie wykorzystania polisy oraz zbieranie informacji zwrotnych, które pomagają oce-



**Dynamiczny rozwój rynku nie oznacza, że ubezpieczyciele działają w łatwym otoczeniu. Koszty prywatnego leczenia pozostają istotnym wyzwaniem dla całego sektora.**

nić, czy oferowane rozwiązania odpowiadają na najważniejsze problemy zespołu.

#### Profilaktyka ważniejsza niż samo leczenie

Jednym z obszarów, w których prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą odgrywać szczególnie istotną rolę, jest profilaktyka. Regularne badania i konsultacje pomagają wykrywać problemy zdrowotne na wcześniejszym etapie. W przypadku pracowników może to oznaczać szybsze rozpoczęcie leczenia, ograniczenie ryzyka poważniejszych komplikacji i lepsze zarządzanie własnym zdrowiem. Programy profilaktyczne stanowią integralny element wielu grupowych ubezpieczeń zdrowotnych. Pracodawcy doceniają je jako sposób wspierania zatrudnionych, a osoby objęte ochroną mogą korzystać z badań i konsultacji ułatwiających kontrolowanie stanu zdrowia. Według obserwacji przywoływanych przez PIU osoby ubezpieczone korzystają z badań profilaktycznych częściej niż pozostała część populacji. Znaczenie profilaktyki wynika również z jej potencjalnego wpły-

wu na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. Wczesne rozpoznanie choroby może ograniczyć potrzebę bardziej skomplikowanego leczenia, choć rzeczywiste efekty zależą od rodzaju schorzenia, dostępności dalszej diagnostyki i możliwości wdrożenia terapii. Nie każdemu problemowi zdrowotnemu można zapobiec, jednak regularna kontrola stanu zdrowia zwiększa szansę na odpowiednio wczesną reakcję.

– Ubezpieczenia zdrowotne mogą być ważnym narzędziem wspierającym profilaktykę i odciążającym system ochrony zdrowia. Szczególnie istotne jest to, że osoby objęte ochroną korzystają z działań profilaktycznych znacznie częściej niż wynika to ze statystyk dla całego społeczeństwa – zaznacza Dorota Fal.

Włączenie profilaktyki do ubezpieczeń zdrowotnych wymaga jednak odpowiedniego projektowania programów. Nie chodzi wyłącznie o zapewnienie dostępu do określonej liczby badań, lecz również o informowanie o ich znaczeniu i ułatwianie korzystania z dostępnych świadczeń. Dla pracodawców istotne może być dopasowanie działań do struktury wieku i potrzeb zespołu, z zachowaniem prywatności pracowników i zasad ochrony danych dotyczących zdrowia.

Takie podejście wpisuje się w szerszą zmianę sposobu myślenia o zdrowiu w miejscu pracy. Coraz większe znaczenie ma nie tylko reagowanie na chorobę, ale też tworzenie warunków, które sprzyjają utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Ubezpieczenie może ułatwiać dostęp do pomocy, natomiast skuteczna polityka zdrowotna powinna obejmować również organizację pracy, wsparcie psychologiczne i kulturę zachęcającą do dbania o siebie.