

# UBEZPIECZENIA GRUPOWE



## Coraz więcej dodatkowych ubezpieczeń

Z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń wynika, że dzięki dodatkowym ubezpieczeniom zdrowotnym już 2,17 mln Polaków korzysta z prywatnej opieki zdrowotnej. Wg prognoz liczba ta będzie nadal rosła, zwłaszcza w kontekście zmniejszających się wydatków na świadczenia specjalistyczne zapewniane w ramach publicznej opieki zdrowotnej oraz coraz niższą ocenę jakości publicznej opieki zdrowotnej.

W III kwartale 2017 r. składka przypisana brutto na rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wzrosła o 21 proc. rok do roku i osiągnęła wartość 482,4 mln zł. Jak wynika z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń, liczba korzystających z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wzrosła aż o 23 proc. po III kwartale ubiegłego roku.

– Polacy dostrzegają problemy, z jakimi boryka się publiczna opieka zdrowotna, dlatego też coraz częściej sami inwestują w swoje zdrowie. Już teraz wydają ponad 40 mld zł, a nie-

które zestawienia pokazują, że nawet 46 mld zł. To ogromna kwota – zauważa Dorota M. Fal, ekspert ds. ubezpieczeń zdrowotnych Polskiej Izby Ubezpieczeń. – Z najnowszego

Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia wynika, że nasz kraj znalazł się na szóstym miejscu od końca. To pokazuje, że konieczne są zmiany legislacyjne. Wzór powinniśmy czerpać z takich krajów europejskich, które znajdują się na szczycie rankingu, jak Holandia, Szwajcaria, czy z państw skandynawskich. Duży wpływ na wzrost kosztów publicznej opieki zdrowotnej ma także rozwój coraz nowszych technologii medycznych oraz leków. Ponadto obciążony i słabo regulowany bezpłatny dostęp do świadczeń medycznych powoduje m.in. nadmierne wykorzystywanie publicznej opieki zdrowotnej przez część pacjentów. – Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne gwarantują szybki dostęp do

lekarza pierwszego kontaktu, większość zapewnia go w ciągu jednego, maksymalnie dwóch dni. To pozwala na szybką interwencję w przypadku zwykłego przeziębienia lub grypy. Gwarantowane najczęściej w polisach 5-7 dni oczekiwania na specjalistę, w porównaniu z czasem oczekiwania w publicznej opiece zdrowotnej, to ogromna różnica – podkreśla Dorota M. Fal. – Jak pokazują ostatnie statystyki, na wizytę u ortopedy trzeba czekać 9-10 miesięcy, na tomografię dolnego odcinka kręgosłupa blisko pół roku, a na rezonans magnetyczny blisko 10 miesięcy. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne stanowią również dużą wartość dla pracodawców. Jak wynika

z raportu PIU „Jak ubezpieczenia zmieniają Polskę i Polaków” opublikowanego w listopadzie ubiegłego roku, dostęp do opieki medycznej jest w stanie skutecznie ograniczać nawet o 70 proc. absencję chorobową pracowników. To w dużej mierze wpływa na fakt, że obserwuje się dziś nie tylko wzrost liczby osób objętych ochroną, ale także rozszerzenie jej zakresu. Wyniki raportu potwierdzają, że przedsiębiorcy dostrzegają wartość prywatnej opieki zdrowotnej i zdają sobie sprawę z kosztów związanych z nieobecnością pracowników z powodu choroby. Straty określają nawet na 30 tys. zł w przeliczeniu na jednego pracownika rocznie.

## UBEZPIECZENIA GRUPOWE

# Ubezpieczenie pracownika to zysk dla pracodawcy

**Gdy na rynku brakuje rąk do pracy, firmy starają się zatrzymać pracowników na wszelkie sposoby. Benefity pracownicze stają się więc w dzisiejszych czasach nie przywilejem, lecz koniecznością. Jednym z nich są grupowe ubezpieczenia zdrowotne i na życie. Zyskuje nie tylko pracownik, ale przede wszystkim pracodawca – lepsza motywacja pracowników oraz budowanie pozytywnego wizerunku firmy na rynku pracy. Współczesny tryb życia spowodował rozkwit chorób XXI wieku – schorzenia układu krążenia, stres, przepracowanie, otyłość, to tylko niektóre z nich. Profilaktyka jest najlepszym lekarstwem, a ubezpieczenia zdrowotne zdecydowanie ją ułatwiają.**

**Teresa Domańska**

dyrektor biura ubezpieczeń zdrowotnych w Towarzystwie Ubezpieczeń INTER Polska

Przed polską gospodarką pojawiło się nowe wyzwanie. Już ponad 50 proc. firm deklaruje, że ma trudności rekrutacyjne, a to wpływa na ich rozwój. Z raportu „Barometr Rynku Pracy VIII” przygotowanego przez agencję Work Service wynika, że 1/3 przedsiębiorstw narzekających na braki kadrowe, nie jest w stanie z tego powodu zawierać nowych kontraktów z klientami. Kłopoty z pozyskiwaniem wykwalifikowanych pracowników deklaruje 50,8 proc. firm – o 15 p. proc. więcej niż roku temu. Do podobnych wniosków doszli konsultanci firmy doradczej Deloitte. W raporcie „Trendy HR 2017. Zmiana zasad w erze cyfryzacji” zauważają, że rozwój technologii po-

zwala pracownikom na dużo bardziej swobodne poruszanie się pomiędzy stanowiskami, zarówno w obrębie jednego przedsiębiorstwa, jak również poza nim. Pracodawcy zaczynają więc coraz częściej traktować swoich pracowników z równie dużą starannością jak klientów. Do najważniejszych benefitów, na które zwracają uwagę pracownicy, należą te związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem. Dodatkowe grupowe ubezpieczenia zdrowotne i na życie stanowią dużą wartość dla pracodawców. Takie polisy to jedno z najbardziej pożądanых benefitów pozapłacowych, które budują dobry wizerunek firmy. Sprawna opieka medyczna, dostosowana do potrzeb pracownika, pozwala obniżyć koszty absencji związane z zwolnieniami lekarskimi. Pracownicy wysoko cenią objęcie ich ubezpieczeniem zdrowotnym przez pracodawcę, gdyż kolejki do specjalistów w publicznej służbie zdrowia są zwykle dość

długie. Z kolei wsparcie finansowe w trudnych sytuacjach, takich jak np. pobyt w szpitalu, ciężkie choroby, wypadki, operacje, które zapewnia grupowe ubezpieczenie na życie, także dobrze postrzeganym dodatkowym bonusem dla pracowników. Badania potwierdzają, że dzięki takim udogodnieniom pracownicy czują większą satysfakcję ze współpracy z firmą, doceniają ją, co przekłada się na ich zaangażowanie i lojalność w stosunku do pracodawcy.

## Syndrom XXI wieku i choroby zawodowe Polaków

Postęp cywilizacji spowodował, że żyjemy w czasach, które często wymagają od nas życia na najwyższych obrotach. A to, wraz z zanieczyszczeniami środowiska, przelożyło się na rozkwit chorób XXI wieku. Do najczęstszych zaliczamy schorzenia układu krążenia, które są przyczyną śmierci co drugiej osoby w Polsce. Eksperti alarmują też, że plagami obecnych czasów są stres i przepracowanie. Z badań londyńskiego Uniwersytetu College wynika, że przepracowanie zwiększa ryzyko udaru o 33 proc., a zawału – o 13 proc. Stres może powodować też wrzody żołądka, wysokie ciśnienie krwi, stany lękowe, niespodziewane zasnienia, zawroty głowy, a nawet udar i zawał serca. Istnieje już nawet nazwa jednostki chorobowej związanej z przepracowaniem, złą dietą

i małą aktywnością fizyczną – to syndrom XXI wieku. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia i nowotwory, które odpowiadają za ponad 70 proc. wszystkich zgonów. Na kolejnych miejscach znajdują się choroby układu oddechowego oraz urazy i zatrucia, które są przyczyną ok. 5–6 proc. wszystkich zgonów. Umieralność z powodu chorób układu krążenia od kilku lat nieznacznie spada. W 2015 r. choroby te spowodowały ponad 51 proc. wszystkich zgonów kobiet (dla porównania: w 2000 r. – ok. 53 proc.). Wśród mężczyzn udział ten spadł w ciągu 15 lat z ok. 43 do ok. 41 proc.

Z kolei jak wynika z raportu „Choroby zawodowe w Polsce w 2016 r.”, przygotowanego przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, wśród chorób zawodowych w naszym kraju najczęściej występują pylice płuc, choroby zakaźne lub pasożytnicze, przewlekłe choroby narządów głosu oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego. Łącznie w całej Polsce w 2016 r. na choroby zawodowe zapadło 2119 osób. Najczęściej na takie choroby zapadają pracownicy w województwach: śląskim, wielkopolskim, małopolskim i mazowieckim. Niezbędna jest więc profilaktyka, dostęp do odpowiedniej opieki me-

dycznej, a w razie nieszczęśliwego zdarzenia – odpowiednia rekompensata. Grupowe ubezpieczenia zdrowotne i na życie nie tylko więc stanowią pozapłacowy benefit dla pracownika i jeden z elementów budowania wizerunku firmy, ale przede wszystkim są realną inwestycją w zdrowie zatrudnionego. Takie ubezpieczenie staje się dla pracowników coraz bardziej atrakcyjne, tym bardziej, że jak wynika z raportu Światowej Organizacji Zdrowia, z powodu chorób cywilizacyjnych na świecie co roku umiera przedwcześnie aż 16 mln osób. Dbałość o zdrowie pracownika jest więc także w interesie samego pracodawcy. Nie jest to tylko rozwiązanie dla dużych firm. Małe i średnie przedsiębiorstwa także mogą sięgnąć po takie benefity dla swoich pracowników.

Żyjemy w XXI wieku, wieku chorób cywilizacyjnych, jesteśmy zabiegani, zestresowani, często przemęczeni. Zła dieta, siedzący tryb pracy, mała aktywność fizyczna – wszystko to zwiększa ryzyko choroby. Zmiana stylu życia, w połączeniu z profilaktyką prozdrowotną zdecydowanie poprawi jakość naszego życia. Pracodawco, dzięki grupowemu ubezpieczeniu swojej załogi, możecie skutecznie eliminować problemy zdrowotne swoich pracowników, skracać czas ich absencji chorobowej i zwiększać efektywność pracy. Dostępna i skuteczna opieka medyczna to korzyść dla obu stron.

## Dane pod szczególną ochroną, czyli jak RODO wpłynie na branżę finansową

**Już 25 maja w życie wchodzi Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych (RODO), które ma na celu zwiększenie kontroli nad tym, w jaki sposób firmy korzystają i przechowują dane o swoich klientach. Wprowadzane zmiany znacząco wpłyną na działanie firm z branży finansowej, zwłaszcza w zakresie wewnętrznych procedur dotyczących obrotu danymi osobowymi oraz automatyzacji procesów profilowania klienta.**



mec. **Paweł Pawlukiewicz**  
członek zarządu Aasa Polska

Zgodnie z nowymi przepisami jednym z obowiązków firm z branży finansowej będzie powołanie Inspektora Ochrony Danych, którego zadaniem jest nadzór nad przeprowadzaniem wewnętrznych procedur. Taki wymóg będą musiały spełnić przedsiębiorstwa, które w ramach swojej głównej działalności regular-

nie i na dużą skalę monitorują osoby lub jeżeli ich działalność polega stricte na przetwarzaniu w szerokim zakresie szczególnych kategorii danych osobowych. Wraz z wejściem w życie RODO wszystkie bazy danych dotyczące klientów będą musiały być znacznie bardziej uporządkowane. Jeśli dana osoba wycofa upoważnienie do przetwarzania jego danych osobowych to firma będzie musiała usunąć ze swoich systemów wszelkie informacje na jego temat. Może to powodować problemy, z uwagi na fakt, że niektóre przepisy wymagają przechowywania danych o umowach lub klientach przez określony czas – czasami dłuższy niż klient by sobie tego życzył, wycofując wcześniej zgodę

na przetwarzanie danych. Istotną sprawą dla firm związanych z sektorem finansowym jest kwestia automatyzacji procesów profilowania klienta. RODO wymaga, aby mimo wszechobecnych chatbotów i nowych technologii pozwalających na automatyczną wycenę wysokości ubezpieczenia lub pożyczki, w procesie decyzyjnym uczestniczył człowiek, który ostatecznie oceni możliwości klienta. Oznacza to, że firmy nie będą mogły podejmować decyzji wyłącznie na podstawie działania systemu automatycznego profilowania.

## Sankcje za niestosowanie się firm do nowych przepisów

Za złamanie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych po 25 maja będą groziły nowe sankcje karne, administracyjnoprawne oraz cywilnoprawne. RODO wprowadza dodatkowo wysokie kary pieniężne, których wartość będzie określana indywidualnie w odniesieniu do każdego przedsiębiorcy w zależności od tego, jakiego uchybienia

się dopuścił. Rozporządzenie wyróżnia dwa przedziały kar: do 10 milionów euro lub do 2 proc. wartości rocznego globalnego obrotu przedsiębiorstwa (w przypadku naruszenia art. 25 oraz art. 29-32) albo do 20 milionów euro lub do 4 proc. wartości rocznego globalnego obrotu przedsiębiorstwa (w przypadku naruszenia art. 5, art. 7 lub art. 15-16) – przy czym w obu przedziałach zastosowanie będzie miała zawsze kara wyższa. Środki finansowe pochodzące z kar pieniężnych będą stanowiły dochód budżetu państwa, przy czym 1 proc. zgromadzonych środków zostanie przeznaczonych na Fundusz Ochrony Danych Osobowych – państwowy fundusz celowy powołany w celu upowszechniania wiedzy o prawach i obowiązkach związanych z ochroną danych osobowych.

## Bez zgody klienta ani rusz

Nowe regulacje mają za zadanie przede wszystkim chronić interesy konsumentów i zadbać o bezpieczeństwo ich danych osobowych,

zwłaszcza, że dotychczas problemy w egzekwowaniu istniejących uregulowań były powszechne. Istotną kwestią dla klientów będzie wyrażanie przez nich zgody na przetwarzanie ich danych osobowych. Od 25 maja przedsiębiorstwa nie tylko będą musiały szczegółowo określić zakres i cel przetwarzania danych, ale również poinformować klientów o możliwości cofnięcia na to zgody. Taka informacja musi się również znaleźć w e-mailach ofertowych.

Zmiany w przepisach mają zakończyć, a przynajmniej ograniczyć przypadki, w których dzwoniący telemarketer nie chce ujawnić informacji, skąd posiada numer telefonu danej osoby. Na firmach kupujących bazy będzie spoczywał obowiązek udowodnienia, że uzyskały zgodę na przetwarzanie zawartych w nich danych od poszczególnych osób. W przypadku, gdy klient stwierdzi, że jednak takowej zgody nie wyrażał, to firma musi udowodnić, że było inaczej.

## UBEZPIECZENIA GRUPOWE

# UBEZPIECZENIE GRUPOWE – inwestycja z wysoką stopą zwrotu

Rozmowa z Michałem Jakubowskim, Dyrektorem Departamentu Klienta Korporacyjnego i Partnerów Zewnętrznych w Nationale-Nederlanden TUnŻ

**Według danych KNF składka przypisana brutto w III kwartale 2017 r. była o ponad 5 mld wyższa niż rok wcześniej. Jak obecnie kształtuje się sprzedaż ubezpieczeń grupowych w Nationale-Nederlanden?**

Ostatni rok zakończyliśmy znaczącymi sukcesami – co miesiąc grono naszych klientów poszerza się o kilkaset nowych firm. Obecnie jesteśmy w pierwszej trójce ubezpieczycieli o najwyższym wzroście sprzedaży, a w ciągu ostatniego roku awansowaliśmy w tym rankingu aż o sześć pozycji.

**Jaki jest kluczowy kierunek rozwoju ubezpieczeń grupowych w Nationale-Nederlanden?**

Jednym z najważniejszych elementów naszej strategii w perspektywie kilku najbliższych lat są grupowe ubezpieczenia na życie dla małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP). Zależy nam, aby zwiększyć udział w rynku wśród najmniejszych przedsiębiorców, dlatego stale monitorujemy potrzeby oraz oczekiwania firm i na ich podstawie wprowadzamy do oferty nowe rozwiązania. Widzimy duży potencjał w sprzedaży tego rodzaju produktów i dopasowujemy ofertę nawet do małych firm.

**Dlaczego kierują Państwo swoją ofertę właśnie do małych i średnich przedsiębiorstw?**

Z raportu Nationale-Nederlanden „Sektor MŚP w obliczu rotacji pracowników” wynika, że mali przedsiębiorcy borykają się z dużą rotacją, związaną z panującym obecnie rynkiem pracownika. Wśród problemów, na które zwracają uwagę osoby zarządzające kadrami w MŚP, dominują rosnące oczekiwania płacowe – wskazuje na to więcej niż połowa badanych. Pracodawcy nie zawsze mają możliwość podnieść pensję, starają się więc przyciągać kandydatów poza-płacowymi elementami wynagrodzenia. Co trzeci badany przez nas pracownik wskazuje, że wysoko ceni tego typu benefity, w tym ubezpieczenie grupowe chroniące zdrowie i życie. Oferując je, wielu małych pracodawców może w ten sposób uatrakcyjnić ofertę pracy w swoim przedsiębiorstwie. Możliwość przystąpienia do

grupowego ubezpieczenia na życie to dla pracownika znak, że przedsiębiorca dba o zatrudnionych. Dzięki ubezpieczeniu na życie pracownicy zyskują gwarancję wsparcia finansowego oraz poczucie bezpieczeństwa w przypadku nieprzewidzianych zdarzeń. Jednocześnie większy komfort psychiczny przekłada się na jakość ich pracy i motywację.

**Czym wyróżnia się oferta Nationale-Nederlanden dla MŚP?**

Istotną rolę we wzmożeniu naszej pozycji na rynku małych i średnich przedsiębiorstw odgrywa elastyczność oferty – to nas wyróżnia. Dzięki niej polisa „Razem dla Siebie” umożliwia dopasowanie wysokości sumy ubezpieczenia oraz zakresu ryzyka do potrzeb pracowników i pracodawcy. Jedna polisa obejmuje kompleksowe ubezpieczenie zdrowia ubezpieczonego pracownika: aż do 60 chorób (m.in. zawał serca, udar mózgu, nowotwory) i inne nieprzewidziane zdarzenia, w tym otwarty katalog operacji. Ponadto, produkt obudowany jest szeregiem umów dodatkowych. Są to m.in. „Miesięczna wypłata”, która zapewnia ubezpieczonemu regularne wypłaty na wypadek niezdolności do pracy trwającej dłużej niż pół roku, czy umowa na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka pracownika, która charakteryzuje się odrębną kwotą ubezpieczenia na każde dziecko w rodzinie.

**Czy Polacy mają świadomość istnienia takich produktów?**

Niewątpliwie Polacy są coraz bardziej świadomymi konsumentami – także jeśli chodzi o produkty finansowe. Z naszego raportu wynika, że 95 proc. badanych słyszało o możliwości zorganizowania ubezpieczeń grupowych na życie dla swoich pracowników. Dlatego staramy się dopasować ofertę do indywidualnych potrzeb i oczekiwań klienta. W Nationale-Nederlanden wprowadziliśmy m.in. umowy dodatkowe na wypadek zachorowania na choroby serca i nowotwory. Dodatkowo, limit przystąpienia do ubezpieczenia grupowego może wynosić nawet 75 lat. To odpowiedź na zgłaszane do nas pytania ze strony potencjalnych klientów.



**Skoro mówimy o indywidualizacji oferty, to czy zakres ubezpieczanych ryzyk różni się w zależności od branży?**

Specyfika niektórych miejsc pracy sprawia, że zatrudnieni są narażeni na nieco inne zagrożenia. Pierwsza myśl to zwykle zawody, które kojarzymy z narażeniem życia i zdrowia. Jednak specyficzne ryzyka pojawiają się także w branżach postrzeganych jako całkowicie bezpieczne. Dlatego w Nationale-Nederlanden oferujemy pakiety dla poszczególnych grup zawodowych, w których szczególnie uwytądnione są konkretne aspekty zdrowotne, jak np. choroby związane z długotrwałym przebywaniem w pozycji siedzącej dla pracowników biurowych czy zespół cieśni nadgarstka u osób pracujących na stanowisku kasjera. Dzięki temu pracownicy mogą przystąpić do ubezpieczenia grupowego, które jest dostosowane do charakteru wykonywanej pracy.

**Jak wielu pracodawców jest skłonnych zapewnić zatrudnionym taką opcję?**

Można tu zauważyć pewną rozbieżność. Choć niemal wszyscy badani przedsiębiorcy deklarują, że wiedzą o możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, w praktyce robi to mniej niż 40 proc. z nich. Kolejne 24 proc. byłoby gotowych zaoferować pracownikom ubezpieczenie grupowe przygotowane zgodnie z potrzebami i specyfiką swojej firmy. Pozostali prawdopodobnie boją się kosztów, które wiązałyby się z wprowadzeniem takiego

benefitu – zupełnie niesłusznie. Przewidujemy jednak, że wraz ze wzrostem świadomości klientów, liczba posiadaczy polis – zarówno ubezpieczeń indywidualnych, jak i grupowych – będzie rosła w kolejnych latach.

**Polskiego pracodawcę stać na oferowanie ubezpieczenia grupowego w swojej firmie?**

Zdecydowanie tak. Warto wiedzieć, że udział pracodawcy w składce nie jest obligatoryjny. Może on zdecydować, że jedynie podpisze polisę ubezpieczeniową, a późniejsze składki będą pobierane z pensji pracowników. Istnieją oczywiście także inne rozwiązania: solidarne współfinansowanie wpłat albo pełne pokrywanie kwoty przez pracodawcę.

**Które z tych rozwiązań cieszy się największą popularnością wśród przedsiębiorców?**

Gotowość do pokrycia więcej niż połowy miesięcznej składki deklaruje co dziesiąta osoba skłonna zaproponować ubezpieczenia swoim pracownikom. Prawie połowa tej grupy byłaby gotowa zapłacić pełną kwotę. W deklaracjach dominuje jednak model, w którym pracodawca i pracownik dzielą się kosztami po połowie – taką odpowiedź wskazał co drugi respondent. Ponadto więcej niż 60 proc. badanych chętnie wprowadziłoby w firmie możliwość ubezpieczenia także członków rodzin zatrudnionych (małżonków, partnerów i dzieci pracowników). To pokazuje, że o poczucie bezpieczeństwa chcą dbać obie strony kontraktu.

**Czy deklaracje pracodawców przekładają się na realne działania?**

Obserwujemy, że właściciele firm z sektora małych i średnich przedsiębiorstw coraz częściej są gotowi sponsorować składkę pracownikom. W Nationale-Nederlanden nawiązujemy współpracę z ok. 600 przedsiębiorcami miesięcznie, co plasuje nas w pierwszej trójce pod względem nowej sprzedaży. 8 proc. tej grupy klientów pokrywa cały koszt składki albo dzieli go z pracownikiem. Wierzymy, że ten udział będzie wzrastał – tak wskazuje obecny trend. Jeszcze kilka lat temu tylko najwięksi rynkowi gracze zdecydowali się na takie rozwiązanie. Obecnie także pracodawcy z sektora MŚP zauważają, że współfinansowanie ubezpieczenia dla pracowników zwiększa ich przywiązanie do firmy i satysfakcję z pracy.

**Zadowolenie pracownika jest warte poniesienia dodatkowych nakładów?**

Bez wątpliwości to inwestycja z wysoką stopą zwrotu. Pozyskanie i utrzymanie wartościowego pracownika to dziś niełatwe zadanie – wielu pracodawców miało już okazję przekonać się o tym osobiście. Tymczasem według badania Nationale-Nederlanden już co trzeci Polak uważa ubezpieczenie grupowe za jeden z istotnych benefitów pozapłacowych, który wpływa na ich decyzję o zmianie miejsca pracy. Warto mieć to w pamięci, zastanawiając się, jak poprawić wizerunek firmy wśród obecnych i potencjalnych pracowników.