

UBEZPIECZENIA GRUPOWE



Dobrze skonstruowana ochrona zdrowotna wsparciem dla firmy

Medycyna pracy często traktowana jest wyłącznie jako obowiązek, który nie ma znaczącego i pozytywnego przełożenia na codzienną działalność firmy. Dobrze skonstruowana ochrona zdrowotna może być nieocenionym wsparciem dla firmy, szansą na zwiększenie efektywności przedsiębiorstwa. Sprawną realizację świadczeń zapewniają grupowe ubezpieczenia zdrowotne.

Xenia Kruszewska

dyrektor działu ubezpieczeń
zdrowotnych,
SALTUS Ubezpieczenia

W świetle przepisów każdy pracodawca zobowiązany jest do organizowania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych dla swoich pracowników. Powinien on też prowadzić działania zapobiegające chorobom zawodowym, czyli schorzeniom spowodowanym przez warunki czy charakter pracy. Jak to wygląda w praktyce? Większość pracodawców działania z zakresu medycyny pracy ogranicza jedynie do zapewnienia

pracownikom dostępu do obowiązkowych badań, które wykonywane są raz na 3–4 lata. Ponadto traktuje się je wyłącznie jako jedną z formalności, których należy dopełnić, żeby prowadzić działalność. W związku z tym pracodawcy zazwyczaj niezbyt się przejmują, czy usługi medyczne dla pracowników, za które zapłacili, mają rzeczywisty wpływ na ich zdrowie i funkcjonowanie firmy. Podejście to ma też znaczący wpływ na sposób kupowania przez firmy grupowych ubezpieczeń zdrowotnych dla swoich pracowników. Polisa traktowana jest wyłącznie jako benefit pracownicy, sposób na pozyskanie i utrzymanie pracownika.

Czy przedsiębiorcy prawidłowo wybierają grupowe ubezpieczenia zdrowotne?

Przedsiębiorcy, wybierając dostawcę ubezpieczenia oraz zakres objętych nim świadczeń, patrzą na ofertę towarzystwa ubezpieczeń wyłącznie z perspektywy pracowników. Oceniają, jaki wariant ubezpieczenia będzie miał największy wpływ na ich zadowolenie i wzmocnienie wizerunku przyjaznego pracodawcy. Dlatego część dotycząca medycyny pracy zapisana w umowie ubezpieczenia jest marginalizowana, ograniczana jedynie do wymaganych ustawowo badań. To błąd. Przedsiębiorcom bardziej opłaca się traktowanie grupowego ubezpieczenia jako produktu, który ma wymierny wpływ na działanie firmy. Dzięki polisie pracownicy mogą np. rzadziej być na zwolnieniach chorobowych. Dobrym rozwiązaniem pozwalającym to osiągnąć jest uzupełnienie usług medycznych związanych z obowiązkowymi ba-

daniami o odpowiednie pracownicze programy profilaktyczne, które także będą kwalifikowane jako medycyna pracy.

Jak wybierać wariant ubezpieczenia?

Jedną z czynności, które pracodawcy muszą wykonać przed zakupem grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, jest dokładne przeanalizowanie struktury wiekowej swoich pracowników. Jest to niezwykle istotne ze względu na różne potrzeby medyczne pokoleń funkcjonujących obecnie na rynku pracy. Biorąc pod uwagę zmieniającą się sytuację ekonomiczną i demograficzną w Polsce, coraz więcej firm wśród zatrudnionych posiada przedstawicieli aż trzech różnych pokoleń – X, Y i Z. Każde z nich boryka się z problemami zdrowotnymi charakterystycznymi nie tylko dla określonego wieku, ale również samego pokolenia. Analizując ofertę ubezpieczyciela, należy zatem

odpowiednio dobrać proponowane programy profilaktyczne uwzględniające np. problemy onkologiczne w przypadku pokolenia X (pokolenia PRL-u) czy neurologiczne, z którymi borykają się millenialsi. Drugą ważną kwestią, oprócz dopasowania świadczeń do struktury wieku pracowników, jest odpowiednie dobranie świadczeń do rodzaju wykonywanych przez nich obowiązków. Praktycznie w każdej firmie, poza najmniejszymi, mamy do czynienia z kilkoma profilami wykonywanych obowiązków, a co za tym idzie odmiennymi problemami zdrowotnymi, na które są narażeni pracownicy. Przykładowo pracownicy biurowi powinni mieć zapewniony stały dostęp do profilaktyki zapobiegającej powstawaniu nabytych wad postawy. Z kolei pracownicy linii produkcyjnych zazwyczaj pracują w hałasie, zatem warto zapewnić im odpowiednią profilaktykę przeciwdziałającą powstawaniu chorób narządu słuchu.

UBEZPIECZENIA GRUPOWE

W jakim kierunku zmierza rynek, czyli trendy w ubezpieczeniach grupowych

Ubezpieczenia grupowe zyskują z roku na rok na popularności. I przez kolejne lata z pewnością ten rodzaj ubezpieczeń będzie się dalej rozwijać.



Łukasz Bąbol

dyrektor zarządzający ds. produktów życiowych i zdrowotnych, Allianz Polska

Z jednej strony wyraźnie widzimy, że Polacy są coraz bardziej świadomi i coraz częściej dostrzegają konieczność posiadania ubezpieczenia dobrowolnego. Zaczynają myśleć o tym, aby zawnoczą podjąć odpowiednie kroki, które będą zabezpieczeniem dla nich i rodziny w przypadku, gdy będą w trudnej sytuacji. Obecnie ubezpieczenia grupowe stanowią 38 proc. rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Jednocześnie możemy założyć, że w ciągu najbliższych 3–4 lat ten udział będzie się utrzymywał na podobnym poziomie.

Ubezpieczenia grupowe – korzyści

Pracodawcy bardzo często proponują swoim pracownikom możliwość dołączenia do ubezpieczenia grupowego. Takie ubezpieczenia stają się dodatkowym benefitem, który obok opieki medycznej czy abonamentów na zajęcia sportowe jest doceniany przez pracowników, a jednocześnie świadczy o kompleksowym podejściu pracodawcy do zapewnienia pracownikom profitów pozapłacowych. Ubezpieczenia grupowe obejmują zarówno zdrowie, jak i życie pracowników i ich rodzin. Oczywiście zakres takiego ubezpieczenia, warunki i wyłączenia różnią się w zależności od to-

warzystwa ubezpieczeniowego i od oferty wybranej przez pracodawcę, a składki, w zależności od ustaleń pracodawcy, są albo współfinansowane albo opłacane w całości przez pracownika. Należy jednak podkreślić, że przystąpienie do takiego ubezpieczenia jest całkowicie dobrowolne.

Trendy rynkowe w ubezpieczeniach grupowych

Jak w każdym obszarze, także w ubezpieczeniach grupowych widzimy pewne zależności i trendy, które będą wpływać na ich rozwój i jednocześnie będą oddziaływać na towarzystwa ubezpieczeniowe. Przede wszystkim istotną będzie indywidualizacja oferty grupowej, czyli jak najlepsze dopasowanie oferty ubezpieczenia do indywidualnych potrzeb pracownika. Obecnie klienci szukają takich rozwiązań, w których można dopasować ochronę do siebie. Ubezpieczony, oprócz wariantu podstawowego, będzie mógł wybrać dodatkowy zakres uwzględniający jego obecną sytuację życiową i potrzeby, które za tym stoją. Tym, co jest mocno związane z indywidualizacją oferty, jest także prostota. Widzimy, że upraszczanie ubezpieczeń jest niezwykle ważne dla klientów. Jest to także kierunek, w którym jako branża musimy podążać. Dlatego to właśnie po stronie ubezpieczyciela pozostaje takie przygotowanie oferty, żeby była prosta i zrozumiała, a klient miał jasność co do zakresu swojego ubezpieczenia oraz ochrony, którą otrzymuje. W ramach upraszczania w Allianz dbamy o to, aby warunki ubezpieczenia były przejrzyste. Uproszczone OWU, dokumenty obsługowe i sama oferta są bardziej dostępne dla klienta i jed-



nocześnie pozwalają na zrozumienie różnych aspektów związanych z ubezpieczeniem.

Trendem, który przybiera na sile i rozwija się z roku na rok, jest wszechobecna cyfryzacja i digitalizacja. Wykorzystanie nowych technologii będzie postępować i będzie mieć coraz większy wpływ także na branżę ubezpieczeniową. Towarzystwa ubezpieczeniowe, w tym także Allianz, z coraz większym powodzeniem wdrażają cyfrowe narzędzia, które pomagają klientom przy każdym punkcie styku z ubezpieczycielem: od momentu zawierania ubezpieczenia, płatności (która w przypadku ubezpieczeń grupowych pobierana jest z wynagrodzenia i przekazywana przez pracodawcę), obsługi w trakcie ochrony po zautomatyzowany i szybki proces likwidacji szkód i wypłaty odszkodowań. W najbliższych latach systemy pozwolą na jeszcze większe uproszczenie procesów, tak aby klienci mo-

gli szybko i prosto załatwić wszystkie sprawy związane ze swoim ubezpieczeniem. Jednocześnie dzięki cyfryzacji przepływ dokumentów może być realizowany drogą elektroniczną, co pozwala nie tylko oszczędzić czas, lecz także uprościć kontakt z ubezpieczycielem.

Kolejnym ważnym elementem, który będzie zmieniał rynek ubezpieczeń grupowych, jest możliwość rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o elementy związane z opieką medyczną. Widzimy, że klienci cenią sobie takie rozwiązania i chcą z nich korzystać. W ramach ubezpieczenia grupowego klienci mają dostęp do opieki medycznej w przypadku wystąpienia określonego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenia. Mogą także korzystać z profilaktyki zdrowotnej, assistance medycznego, rehabilitacji. To, co się zmienia i zyskuje na popularności, a jednocześnie wyznacza kierunek, w którym zmierzają towarzystwa ubezpieczeniowe, to także

dynamiczny rozwój usług związanych z telemedycyną. Dla klientów jest to niewątpliwym atutem. Celem takiego rozwiązania jest skrócenie czasu w dostępie do usług medycznych. Za pośrednictwem tego kanału klienci będą mogli skonsultować swoje wyniki badań, pozyskać skierowania na badania, otrzymać e-recepty. W efekcie pozwoli to na szybkie rozpoczęcie procesu leczenia.

Widzimy także, że w najbliższych latach dalej będzie rosło zainteresowanie produktami o poszerzonym zakresie ubezpieczenia o takie ryzyka, które będą dotyczyć nie tylko samego pracownika lecz także jego najbliższych. Wynika to ze zmiany w postrzeganiu ubezpieczeń grupowych przez samych pracowników. Coraz częściej, decydując się na taki produkt, klientom zależy na tym, aby ubezpieczenie obejmowało także zdarzenia, które mogą się wydarzyć w życiu małżonka, partnera, dzieci, rodziców i teściów.

Dynamiczny wzrost rynku prywatnej opieki medycznej

Jak wynika z najnowszego raportu PMR, najszybsze tempo wzrostu rynku prywatnej opieki medycznej spodziewane jest w latach 2019–2020. Wzrost napędzany będzie przez silną konsumpcję gospodarstw domowych, wspieraną przez dobrą sytuację na rynku pracy.

Trendy demograficzne wpłyną na rynek prywatnej opieki zdrowotnej

Niskie i nadal spadające bezrobocie, a także wzrost wynagrodzeń i poziomu ufności konsumenckiej przyczynią się do zwiększonych wydatków gospodarstw domowych, w tym prywatnych nakładów na zdrowie, o czym pisaliśmy tutaj. Nie bez znaczenia w okresie prognozy

pozostaje również czynnik demograficzny, a więc malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym oraz rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym, będących znaczącą grupą konsumentów wyro-

bów i usług związanych z ochroną zdrowia. Z drugiej strony zmniejszy to potencjalną grupę klientów abonamentów i ubezpieczeń zdrowotnych, którą stanowią głównie klienci korporacyjni, tj. osoby w wieku produkcyjnym. Jest to jednak mniej liczna grupa niż osoby korzystające z FFS. Co więcej, przewidywany jest stopniowy wzrost inflacji, co będzie miało wpływ również na ceny usług związanych ze zdrowiem, a w rezultacie na prognozowaną wartość rynku.

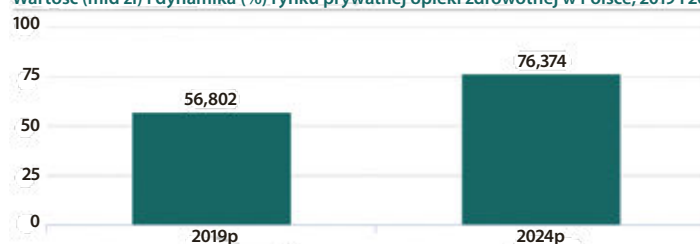
Zwolnienie tempa wzrostu PKB

W horyzoncie prognozy tempo wzrostu wartości rynku prywatnej opieki

zdrowotnej będzie wolniejsze. Również z uwagi na spodziewane spowolnienie tempa wzrostu konsumpcji i płac, ustabilizowanie się bezrobocia oraz spadek liczby osób zatrudnionych. Po dalszym, silnym przyspieszeniu wzrostu gospodarczego w 2018 r. (w ujęciu realnym 5,1 proc.), w kolejnych latach prognozowane jest jego stopniowe spowolnienie, jednakże dynamika wzrostu PKB nadal będzie kształtować się na poziomie powyżej 2,8 proc. w całym horyzoncie prognozy. Znajdzie to jednak przełożenie w niższym tempie wzrostu rynku prywatnej opieki medycznej.

Opracowanie: PMR

Wartość (mld zł) i dynamika (%) rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce, 2019 i 2024



p-prognoza
Wyjaśnienie: leki i nie-leki
Źródło: raport „Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2019. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2019–2024”. PMR, 2019

” Firmy potrzebują ochrony swoich pracowników od różnego rodzaju zagrożeń, istnieje opcja przystąpienia do ubezpieczenia grupowego szytego na miarę danej branży,

UBEZPIECZENIA GRUPOWE

Ubezpieczenie szkolne – nieobowiązkowe i niewystarczające?

Sumy i zakres ochrony oferowanej w ramach szkolnego ubezpieczenia NNW są zbyt niskie – oceniają eksperci Biura Rzecznika Finansowego. Przed zawarciem umowy rodzice powinni dokładnie sprawdzić, co obejmuje taka polisa i na jakie świadczenia mogą liczyć w razie wypadku dziecka. W praktyce często są one symboliczne, zbyt niskie, żeby pokryć chociażby koszty rehabilitacji po złamaniu ręki czy nogi. Dlatego rodzice – świadomi, że grupowe NNW w szkole nie jest obowiązkowe – coraz chętniej zawierają je indywidualnie.

– Konstrukcja ubezpieczeń szkolnych ulega stopniowej poprawie, ale cały czas jest fundamentalny problem stosunkowo niskiego wsparcia w momencie, kiedy dziecko doznaje poważniejszego urazu i konieczna jest rehabilitacja. Niestety, konstrukcja umów zakłada, że w razie jakiegos niezłomnego wypadku otrzymujemy określony procent sumy ubezpieczenia, zwykle niewielki. Przykładowo, w przypadku złamania ręki czy nogi będzie to od 1 do 5 proc. Jeśli kwota szkolnego NNW wynosi zwyczajowo 10–15 tys. zł, wówczas łatwo policzyć, że jest to zaledwie kilkaset złotych. To zbyt mało, żeby zapewnić dziecku rehabilitację na odpowiednim poziomie – mówi Marcin Jaworski,

ekspert ds. komunikacji i edukacji w Biurze Rzecznika Finansowego.

Odszkodowanie adekwatne do kwoty składki

Każdego roku, zwyczajowo podczas pierwszego zebrania w szkołach, rodzice dostają informację o konieczności opłacenia składki na grupowe ubezpieczenie szkolne. Taka składka wynosi często 50 zł, czyli około 4 zł za każdy miesiąc ochrony ubezpieczeniowej. Jak podkreśla Marcin Jaworski, za taką kwotę nie należy spodziewać się wysokich wypłat w razie wypadku dziecka. Kwota ubezpieczenia w zwyczajowej wysokości ok. 10 tys. zł jest maksymalną, jaką rodzic może otrzymać z takiej polisy w skrajnym przypadku trwałego inwalidztwa

lub śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku. – Sumy ubezpieczenia w tych polisach grupowych są zbyt niskie. Z wniosków, które do nas trafiają, widzimy, że wciąż powszechne są symboliczne sumy ubezpieczenia na poziomie ok. 10 tys. zł, chociaż zdarzają się już także wyższe, rzędu 15 czy nawet 30 tys. zł. Składki też są w związku z tym stosunkowo niskie, rodzice zwykle płacą od 30 do 50 zł – mówi Marcin Jaworski.

Zaproponować realne wsparcie

Kolejny problem to niejasna konstrukcja takich polis. Ze zgłoszeń, które napływają do biura Rzecznika Finansowego, wynika, że rodzice nie do końca wiedzą, jak działa szkolne NNW. Nie mają świadomości, że nie każde zdarzenie, w którym dziecko odniosło obrażenia, jest uznawane za nieszczęśliwy wypadek (np. na skutek omdlenia) albo że polisa zwykle obejmuje tylko urazy powstałe podczas lekcji WF-u. – Widzimy też, że jeśli już na rynku pojawiają się nowe opcje, to dotyczą one urazów typu np. ugrzyzienie pszczoły, za które można dostać wypłatę rzędu 50–100 zł i to

też pod dodatkowym warunkiem, że na skutek takiego ugrzyzienia dziecko trafi do szpitala na co najmniej dwa dni. Rezygnacja z takich właśnie opcji, które zapewniają niewielkie wsparcie przy mało poważnych wypadkach, byłaby korzystna, bo w to miejsce można by zaproponować realne wsparcie przy poważniejszych zdarzeniach – mówi Marcin Jaworski.

Jak podkreśla, sytuacja i tak stopniowo się poprawia – jeszcze dwa lata temu do biura Rzecznika Finansowego napłynęło ok. 200 wniosków z prośbą o interwencję albo poradę dotyczącą szkolnego NNW. W ubiegłym roku było ich już ok. 150. – Docierają do nas z rynku sygnały, że klienci coraz chętniej sami zawierają takie umowy. W coraz większym stopniu upowszechnia się wiedza o tym, że szkolne ubezpieczenia grupowe nie są obowiązkowe – mówi Marcin Jaworski. – Jedynym obowiązkowym ubezpieczeniem są objęte wyjazdy zagraniczne uczniów, wtedy trzeba kupić polisę NNW. Pozostałe umowy, czyli np. NNW roczne czy obejmujące wycieczki szkolne w kraju, nie są obowiązkowe,

choć oczywiście warto takie ubezpieczenie mieć.

Szansa na uzyskanie tańszej ochrony ubezpieczeniowej

Rzecznik Finansowy podkreśla, że powszechność i grupowa forma zawierania szkolnego NNW to szansa na uzyskanie tańszej ochrony ubezpieczeniowej niż w przypadku indywidualnych umów. Jednak dyrektorzy szkół i rodzice powinni wywierać presję na poprawę jakości takich polis. Ci drudzy – przed zawarciem umowy – powinni też dokładnie przeczytać i sprawdzić, co dokładnie obejmuje. – Rodzice wybierający szkolne NNW powinni zwrócić uwagę na to, czy umowa obejmuje zajęcia dodatkowe, np. uczestnictwo dziecka w szkolnych klubach sportowych czy zajęciach pozalekcyjnych. Nie jest standardem obejmowanie polisą tego typu wypadków. Zdarza się, że jeśli dziecko uczęszczało na przykład na prywatne lekcje tańca, zwichnęło sobie nogę, to ubezpieczyciel odmówił, gdyż zdarzenie miało miejsce poza terenem szkoły i nie odbywało się w czasie zajęć lekcyjnych – mówi Marcin Jaworski.

UBEZPIECZENIE GRUPOWE W FIRMIE – jak skutecznie chronić pracowników

Ubezpieczenie grupowe na życie jest jednym z najlepszych rozwiązań dla pracodawców, którzy chcą zabezpieczyć swoich pracowników na wypadek niespodziewanych zdarzeń. Przy wyborze danego produktu mają oni możliwość dopasowania zakresu ubezpieczenia do realnych potrzeb przedsiębiorstwa i zespołu. W procesie decyzyjnym kluczową rolę odgrywa kompleksowość oferty, jak również możliwość bezpośredniego kontaktu z przedstawicielem firmy ubezpieczeniowej. Warto w tej kwestii zaufać doświadczonej instytucji.



Ewa Dąbrowska
dyrektor Pionu Klienta
Korporacyjnego,
Nationale-Nederlanden

zatrudnienia z roku na rok nie maleje. Aby ograniczyć ryzyko nieprzewidzianych zdarzeń, pracodawcy powinni podejmować działania eliminujące zagrożenia w środowisku pracy, min. poprzez organizację szkoleń z zakresu BHP. W kolejnym kroku powinni rozważyć udostępnienie pracownikom możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.

Zabezpieczenie dla całej rodziny

Biorąc pod uwagę fakt, że kwota zasiłku chorobowego czy jednorazowego odszkodowania w okresie dochodzenia do zdrowia może być niewystarczająca, polisa w ramach ubezpieczenia grupowego daje możliwość dodatkowego wsparcia finansowego. Co ważne, taką ochroną mogą być objęte nie tylko osoby zatrudnione na umowę o pracę, ale także zlecenie lub osoby współpra-

cujące. Dodatkowo możliwe jest ubezpieczenie małżonków, partnerów i pełnoletnich dzieci. Udział w opłacanej składce ubezpieczeniowej zależy od pracodawcy. Może on zdecydować, czy i w jakim stopniu pokryje koszt miesięcznej opłaty. Za sprawą dużej elastyczności produktu umożliwia mu dopasowanie wysokości sumy ubezpieczenia. Ze względu na to, że poszczególne firmy potrzebują ochrony swoich pracowników od różnego rodzaju zagrożeń, istnieje opcja przystąpienia do ubezpieczenia grupowego szytego na miarę danej branży, wyróżniającej się rozwiązaniami na konkretne problemy i wyzwania. Warto dodać, że każdy ubezpieczony w ramach polisy ma możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po zmianie miejsca pracy.

Wsparcie nie tylko finansowe

Dobłą wiadomością jest to, że coraz więcej pracodawców decyduje się na taką formę zabezpieczenia. Według danych z przeprowadzonego przez Nationale-Nederlanden badania „Sektor MŚP w obliczu rotacji pracowników” już 39 proc. małych i średnich przedsiębiorców oferuje pracownikom możliwość przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. W odpowiedzi na rosnącą świadomość

firmy ubezpieczeniowej wprowadzają opcję rozszerzenia umów dodatkowych o świadczenia medyczne, które zapewnią ubezpieczonym opiekę najlepszych specjalistów. W ofercie Nationale-Nederlanden znalazły się trzy dodatkowe rozszerzenia. Pierwsze z nich to polisy na wypadek nowotworu dodaje również jego pełną diagnostykę i wsparcie medyczne już od momentu podejrzenia zachorowania. Drugie jest uzupełnieniem umowy w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu. Daje ono możliwość zorganizowania leczenia powypadkowego, w tym również rehabilitacji. W trzecim, poza wypłatą świadczenia związanego z pobytem w szpitalu, ubezpieczony może liczyć także na leczenie szpitalne. Ubezpieczenie grupowe zapewnia nie tylko wsparcie finansowe, lecz także pomoc w uzyskaniu specjalistycznej diagnozy i konsultacji lekarskich. W przypadku starszych stażem pracowników takie rozwiązanie będzie znacznie bardziej przekonujące niż benefity w postaci karnetu na siłownię czy biletów na wydarzenia kulturalne. Bez względu na oczekiwania względem świadczeń pozapłacowych, każdy pracodawca powinien mieć na uwadze zdrowie i bezpieczeństwo swoich pracowników.

” Ze względu na to, że poszczególne firmy potrzebują ochrony swoich pracowników od różnego rodzaju zagrożeń, istnieje opcja przystąpienia do ubezpieczenia grupowego szytego na miarę danej branży, wyróżniającej się rozwiązaniami na konkretne problemy i wyzwania.

Czy twój pracownik może czuć się bezpieczny?

Jak wynika z raportu Głównego Urzędu Statystycznego „Wypadki przy pracy w 2018 roku”, Polacy nadal zapominają o podstawowych zasadach bezpieczeństwa. W samym 2018 roku w związku z wykonywaną pracą poszkodowanych było ponad 84 tys. osób. Niestety, liczba niebezpiecznych incydentów w miejscach

UBEZPIECZENIA GRUPOWE

Ubezpieczyciele coraz częściej oferują swoim klientom usługi zdalnych konsultacji, tym samym ograniczając liczbę wizyt.



Trendy technologiczne zmieniają rynek ubezpieczeń

Trendy technologiczne odciskają piętno na wszystkich branżach, w tym na rynku zdrowia. Korzystając z dostępnych narzędzi technologicznych, firmy ubezpieczeniowe starają się zapobiegać chorobom i zmniejszać koszty leczenia przy jednoczesnym zwiększeniu personalizacji relacji z klientami. Oto 10 wiodących trendów w sektorze ubezpieczeń zdrowotnych według raportu firmy Capgemini.

Sektor zdrowia jest jednym z trzech filarów branży ubezpieczeniowej, z lawinowo rosnącymi kosztami. Według prognoz OECD wydatki publiczne na zdrowie i opiekę zdrowotną mają wzrosnąć w krajach OECD do 14 proc. do 2060 r. (z około 6 proc. obecnie). W Polsce system ochrony zdrowia pochłania około 100 mld zł publicznych funduszy rocznie. Ponieważ średnia długość życia rośnie, a leczenie chorób staje się coraz droższe, ubezpieczyciele starają się wykorzystywać nowe technologie, aby wdrażać programy prewencyjne i obniżać koszty leczenia. Raport Capgemini wlicza 10 trendów, które zmieniają rynek ochrony zdrowia.

Technologiczne aliance na rynku ubezpieczeń

Podobnie jak w innych branżach, duże podmioty technologiczne wchodzące na rynek ubezpieczeń zdrowotnych definiują go na nowo lub zawierając strategiczne partnerstwa. Gigant handlu detalicznego Amazon nawiązał współpracę z Berkshire Hathaway i JP Morgan w celu lepszego zarządzania opieką zdrowotną ubezpieczonych i redukcji kosztów leczenia. Firmy technologiczne świadczą również usługi o wartości dodanej, wykorzystując technologie jako czynniki ułatwiające wdrożenie nowych usług. Np. Samsung, Anthem i American Well pracują nad usługą telemedyczną świadczoną poprzez mobilną aplikację zdrowotną Samsung, a Uber i Lyft dostarczają ubezpieczycielom aplikacje, które można wykorzystać do planowania usług transportowych dla pacjentów.

Uproszczenie usług i poprawa jakości obsługi dzięki kanałom cyfrowym

Dzisiejsi, coraz bardziej zaawansowani technologicznie i otwarci na eksperymenty klienci oczekują prostych i łatwych w obsłudze narzędzi online. Cigna wprowadziła na rynek aplikację dla klientów OneGuide'a, która wykorzystuje analitykę predykcyjną do umożliwienia wczesnej interwencji. Z kolei United Healthcare pozwala użytkownikom na samodzielne wybieranie produktów ubezpieczeniowych w oparciu o preferencje zdrowotne i kosztowe.

Chatboty i asystenci głosowi sprzedają usługi ubezpieczeniowe, a także opiekują się chorymi

Asystenci głosowi zyskują coraz większą popularność. Firma Cigna uruchomiła aplikację Answers by Cigna, która ma na celu edukowanie ubezpieczonych na temat dbania o zdrowie, a Bupa współpracuje z InsurTech Spixii, aby rozwinąć chatbota dla klientów chcących wykupić ubezpieczenie zdrowotne. Chatboty mogą również pełnić rolę stałego towarzysza opieki nad starszymi pacjentami, tak jak robi Libertana Home Health (rozwiązanie wykorzystujące Alexę Amazona), przypominając im o przyjmowaniu leków i wykonywaniu innych zadań.

Telefon komórkowy ważnym kanałem w komunikacji z ubezpieczonymi

Aviva wprowadziła na rynek cyfrową aplikację, która umożliwia klientom konsultację wideo z lekarzem i otrzymanie wstępnej diagnozy. Z kolei United Healthcare uruchomiło aplikację mobilną mającą na celu poprawę opieki w czasie ciąży. Aplikacja umożliwia kobietom śledzenie terminów wizyt, przypomina o przyjmowaniu witamin i w razie potrzeby kontaktuje z pielęgniarką.

Ubezpieczyciele pomagają pracodawcom w efektywnym zarządzaniu zdrowiem pracowników

Odpowiadając na zmieniające się potrzeby i oczekiwania pracodawców ubezpieczyciele zapewniają im narzędzia raportowania, które umożliwiają lepsze zarządzanie ochroną zdrowia pracowników. Narzędzia te dostarczają informacji na temat sposobu, w jaki fundusze opieki zdrowotnej są wykorzystywane przez pracowników i usług, z których zwykle korzystają. Priority Health oraz Health Alliance Plan (HAP) wdrożyły online'owy program raportowania dla pracodawców. Narzędzia tego typu umożliwiają dostęp do niestandardowych raportów dotyczących kosztów ochrony zdrowia pracowników, i pozwalają pracodawcom na wybór produktów ubezpieczeniowych, które uwzględniają konkretne potrzeby zdrowotne pracowników.

Urządzenia IoT wykorzystywane w prewencji i profilaktyce

Ubezpieczyciele zwracają w kierunku prewencyjnego modelu ochrony zdrowia, który obejmuje monitorowanie w czasie rzeczywistym parametrów zdrowotnych użytkownika, aby zapobiegać zachorowaniom, zamiast interweniować dopiero po wystąpieniu choroby. Tym bardziej, że urządzenia typu wearables cieszą się coraz większą popularnością i akceptacją klientów. United Healthcare zapewnia ubezpieczonym w programie Medicare Advantage dostęp do Dexcom Mobile: systemu ciągłego monitorowania stężenia glukozy dzięki czujnikom urządzenia noszonego stale na brzuchu. Klienci coraz chętniej dzielą się z ubezpieczycielami danymi na temat swojego zdrowia w zamian za zniżki. Np. Aditya Birla Health Insurance zachęca do aktyw-

Doctor stawia wstępną diagnozę niektórych dolegliwości na podstawie analizy zdjęć i filmów wideo, a SkinVision wykorzystuje uczenie maszynowe i zaawansowaną analitykę do diagnozowania zmian nowotworowych na skórze poprzez analizę zdjęć, które użytkownicy przesyłają w aplikacji mobilnej.

Telemedycyna zmienia relację ubezpieczyciel-płatnik-klient

Wszechobecne smartfony i szybki postęp w technologii obrazowania utorowały drogę telemedycynie. Ubezpieczyciele coraz częściej oferują swoim klientom usługi zdalnych konsultacji, tym samym ograniczając liczbę wizyt. Dostęp do tych usług można uzyskać z dowolnego miejsca i w dowolnym czasie, za pośrednictwem smartfonów, tabletów i komputerów. Aetna i Blue Cross Blue Shield Association oferują

tiPlan, i uruchomiły program pilotażowy do prowadzenia katalogów dostawców. Blockchain może być również wykorzystany w celu zapewnienia ubezpieczonym łatwiejszego dostępu do ich danych, które mogą być łatwo współdzielone przez różnych dostawców. Emblemata, start-up zdrowotny rozwijający technologię blockchain, uruchomił program PatientTruth, bezpieczny i łatwy dostęp do dokumentacji medycznej, a MintHealth, cyfrowy start-up w sektorze opieki zdrowotnej, opracował system, który umożliwia pacjentom dostęp do danych zawartych w ich kartach zdrowia poprzez aplikację mobilną.

AI pomaga w pracy operacyjnej (i cięciu kosztów)

Ubezpieczyciele wykorzystują AI do przyspieszenia i poprawy obsługi roszczeń, zmniejszając tym



nego stylu życia poprzez oferowanie nagród (do 30 proc. zniżki rocznie), uzależnionych od aktywnych dni zarejestrowanych w smartzegarkach noszonych przez użytkowników.

Technologie umożliwiają diagnozę prognostyczną i spersonalizowaną opiekę medyczną

Postępy w dziedzinie AI, uczeniu maszynowym (ML) i technologii rozpoznawania obrazów utorowały drogę do diagnostyki prognostycznej. InsurTech Lumiata oferuje ubezpieczycielom analizę danych medycznych w celu przewidywania, kiedy ubezpieczeni mogą być narażeni na ryzyko wystąpienia określonych schorzeń. Ubezpieczyciele wykorzystują również analitykę do wstępnego monitorowania i diagnozowania dolegliwości poprzez analizę zdjęć lub filmów wideo. Aplikacja mobilna Good

usługi telemedyczne dla członków poprzez partnerstwo z nowojorską firmą telezdrowotną Teladoc40. Capital Blue Cross uruchomił rozbudowaną aplikację Virtual Care, która zapewnia zdalny dostęp także do usług psychiatrycznych.

Blockchain jako potencjalne rozwiązanie problemu unifikacji i dostępności danych medycznych

Podobnie jak w innych branżach, blockchain jest gorącym trendem w ochronie zdrowia. Według Światowego Raportu Ubezpieczeń (WIR) 2018, aż 69,2 proc. ubezpieczycieli pracuje nad jego wykorzystaniem. Zależy im zwłaszcza na dokładnych, aktualnych informacjach o dostawcach usług medycznych. W tym celu United Healthcare i Humana połączyły siły z Optum, Quest Diagnostics i Mul-

samym liczbę ręcznych interwencji, a co za tym idzie, zwiększając szybkość i skuteczność. ICICI Lombard, indyjska firma ubezpieczeniowa, wprowadziła na rynek opartą na technologii AI aplikację do przetwarzania wniosków ubezpieczonych, która skróciła czas ich rozpatrywania do zaledwie minuty. WorkFusion automatycznie pobiera dane z dokumentów niestrukturalnych oraz porównuje je z danymi podstawowych systemów ubezpieczeń. Pozwoliło to na znaczne zmniejszenie liczby interwencji manualnych. Expediente Azul, meksykański InsurTech, oferuje przetwarzanie dokumentów poznamaczkowych możliwości dzięki wykorzystaniu technologii AI i optycznego rozpoznawania znaków (OCR) w celu sprawnego rozpatrywania roszczeń.

Źródło: Capgemini