

Kariera & Praca

KOMENTARZ

Rynek wymusza opiekę medyczną



KAMIL SKOWERA
konsultant Mercer Polska

Opieka medyczna sponsorowana przez pracodawcę jest w Polsce najpopularniejszym świadczeniem dla pracowników. Oferuje ją ponad 80 proc. międzynarodowych firm. Znacznie mniejszą popularnością to świadczenie cieszy w innych krajach naszego regionu. W Czechach, na Słowacji, na Węgrzech opiekę medyczną oferuje około 30 proc. firm. Podobnie jest w Wielkiej Brytanii, Holandii czy Francji.

Dlaczego to świadczenie jest powszechniejsze w Polsce niż w innych krajach regionu? Przede wszystkim z powodu ograniczonej dostępności usług publicznej służby zdrowia. Było to szczególnie istotne kilka lat temu, gdy prywatne kliniki zaczęły proponować abonamenty. Teraz oferowanie świadczenia wymusza rynek. Opieka medyczna stała się standardową częścią pakietu wynagrodzeń, a jego brak wpływa negatywnie na przyciąganie i utrzymanie pracowników. Trudno zarządzać efektywnie firmą, w której poziom świadczeń i wynagrodzeń znacząco odbiega od średniej na rynku.

Z punktu widzenia pracodawców oferowanie opieki medycznej może wpływać na obniżenie absencji chorobowej i podniesienie produktywności, a w konsekwencji na obniżenie kosztów i zwiększenie zysków firmy.

Co ciekawe, chęć zapewnienia pracownikom jak najbardziej konkurencyjnego rynkowo świadczenia wpływającego na ich ogólną satysfakcję i zaangażowanie w pracy pozostaje priorytetem dla polskich firm, podczas gdy w Europie głównym wyzwaniem jest kontrola kosztów. W Polsce koszt benefitu w relacji do funduszu płac jest jednak znacznie niższy (odpowiednio: 1 proc. i 2,1 proc. funduszu płac). Mimo rosnących kosztów tego świadczenia (w tempie średnim europejskim – 3,3 proc., choć znacznie szybciej niż np. w Czechach – 1,8 proc., Niemczech – 1,5 proc. czy we Francji i Włoszech – po około 2,5 proc.) polskie firmy na ogół nie wymagają współfinansowania go przez pracowników. Takie rozwiązanie raczej nie przyjdzie się u nas, bo głównym celem firm jest chęć zapewnienia pracownikom świadczenia zgodnego z praktyką rynkową.

WYNAGRODZENIA

Ile płacą w produkcji

Calkowite wynagrodzenie szeregowego pracownika w produkcji to 2869 zł brutto. Specjalista zarabia o 29 proc., a starszy specjalista o 62 proc. więcej (odpowiednio: 3687 zł i 4654 zł), kierownik produkcji prawie trzykrotnie, a dyrektor ponad sześciokrotnie więcej – podaje raport płacowy dla stanowisk produkcyjnych 2011 Sedlak & Sedlak (czerwiec 2010-maj 2011). Najwięcej szeregowy pracownik zarabia w produkcji spożywczej (mediana 3113 zł brutto). W motoryzacji jest to 2949 zł, a w sektorze maszynowym i metalowym – 2743 zł. [D.C.]

Pakiet do medyka



► **ABONAMENT Z OPIEKUNEM:** Przedsiębiorstwa cenią współpracę z centrum medycznym ze względu na brak pośrednictwa i przypisanie konkretnej firmie opiekuna – mówi Jacek Rozwadowski, wiceprezes spółki Enel-Med. [FOT. ARC]

Przybywa przedsiębiorstw, które inwestują w pracowników, wykupując dla nich abonamenty medyczne lub polisy zdrowotne



Dorota Czerwińska

d.czerwinska@pb.pl • 22-333-98-52

Prywatna opieka zdrowotna to jeden z najczęściej wybieranych bonusów motywacyjnych. Pracodawcy mają do wyboru abonamenty lub polisy zdrowotne. Na razie na ogół wybierają abonamenty. Z raportu Polskiej Izby Ubezpieczeń i Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma wynika, że rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w 2010 r. wart był 180 mln zł. To rozwiązanie obejmowało około 450 tys. osób, w tym 400 tys. korzystało z polis grupowych. Z kolei z badań PMR wynika, że w 2010 r. rynek abonamentów medycznych osiągnął wartość 2 mld zł. Zdaniem Moniki Stefańczyk, analityka PMR, nie będzie jednak rósł tak szybko jak np. w latach 2006-08, kiedy co roku zwiększał się o 20 proc. W kolejnych latach spodziewany jest kilkunastoprocentowy roczny wzrost.

– Udział ubezpieczeń zdrowotnych w rynku jest wciąż marginalny, a szkoda, bo to jedno z najbardziej kompleksowych i korzystnych dla pracowników rozwiązań. Szansą na zmianę tej sytuacji byłoby uchwalenie ustawy wprowadzającej do systemu ochrony zdrowia dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne na jasno określonych zasadach. Taki projekt Ministerstwo Zdrowia przedstawiło w marcu, nieco bardziej precyzyjne zapisy zaproponowała PIU. Minister zdrowia zapewniła, że będzie to jedna z pierwszych ustaw w nowej kadencji sejmiku – twierdzi Dorota M. Fal, ekspert ds. ubezpieczeń zdrowotnych i doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU).

Systemy oparte na dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, w których nakłady prywatne „mieszają się” z publicznymi, z powodzeniem działają w wielu krajach Europy.

– W Polsce skłonność do finansowania z własnej kieszeni ubezpieczeń – także zdrowotnych – jest wciąż niewielka. To swego rodzaju paradoks, bo wydatki na prywatne leczenie wyniosły w zeszłym roku około 30 proc. wszystkich wydatków na zdrowie i osiągnęły 30 mld złotych – zauważa ekspertka PIU.

Działają podobnie

Ubezpieczenie zdrowotne oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe to umowa, która gwarantuje klientowi ochronę i pomoc w nagłych przypadkach i dostęp do świadczeń medycznych w z góry określonym czasie i za ustaloną składkę.

– Ubezpieczenie sprawdza się nie tylko w przypadku anginy, ale także w poważniejszych schorzeniach i w razie konieczności opieki specjalistycznej. Jest uregulowane przez przepisy i daje znacznie większe poczucie bezpieczeństwa każdemu pacjentowi niezależnie od tego, czy polisa jest indywidualna, czy grupowa. Jest też bardziej elastyczna, niezależna od jednej sieci placówek, a dla pacjenta najważniejsza jest dostępność lekarza – twierdzi Dorota M. Fal.

Z kolei wybierając abonament, firma ma zapewnioną obsługę opiekuna, który może pomóc w zmianie zakresu świadczeń w pakiecie, przyspieszeniu badania lub rozwiązaniu jakiegokolwiek sporu kwestii.

– Przedsiębiorstwa cenią bezpośrednią współpracę z centrum medycznym. W przypadku polis medycznych mamy do czynienia z pośrednikiem w postaci firmy ubezpieczeniowej. Ale ubezpieczenia medyczne to dobre rozwiązanie dla osób prywatnych i mniejszych firm, które nie

mogą skorzystać z abonamentów – twierdzi Jacek Rozwadowski.

Jakie ryzyko, taka opłata

Zdaniem Doroty Fal polisy grupowe mają ogromne szanse rozwoju na rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Dają możliwość opieki zdrowotnej niezależnie od wieku i stanu zdrowia. Ich zaletą jest bowiem brak indywidualnej oceny ryzyka, konieczności wypełniania indywidualnych ankiet medycznych. Ponadto wysokość składki nie zależy od stanu zdrowia poszczególnych osób.

– Ryzyko ubezpieczeniowe rozkłada się na wiele osób, dzięki czemu składka jest znacznie niższa niż w ubezpieczeniu indywidualnym. Rozwiązanie to staje się więc dostępne dla większej liczby osób. Stanowiąc nowe prawo, warto pomyśleć o stosownych zachętach dla pracodawców, np. możliwości finansowania składek z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych – przekonuje ekspertka z PIU.

Problemem w przypadku ubezpieczeń może być medycyna pracy, która nie może wchodzić w skład produktów ubezpieczeniowych. Tymczasem umowa na świadczenia zdrowotne opłacane w abonamencie może badania wstępne i kontrolne obejmować.

– Ale nasi lekarze pomagają klientom w określeniu zagrożenia zdrowia na poszczególnych stanowiskach pracy, które później przekładają się na zakres badań – wyjaśnia wiceprezes Enel-Medu.

Jak się mają ceny abonamentów do cen ubezpieczeń zdrowotnych?

– Można powiedzieć, że nie ma istotnej różnicy przy porównywalnych ofertach ubezpieczeniowych i abonamentowych. Decydując się na któreś z tych rozwiązań, trzeba raczej znać różnice między nimi – uważa Jacek Rozwadowski.

MOIM ZDANIEM

Na razie
abonament
wygrywaMarta Niemczyk
firma doradcza Goldenberry

Wartością dla klienta korporacyjnego, szukającego oferty dla swoich pracowników, jest dostęp do sieci placówek firm medycznych. A te w dużej części

nie oferują usług w formie ubezpieczeń tylko abonamentów. Nawet, jeżeli firma medyczna oferuje oba rozwiązania, jak np. Medcover, przejście na ubezpieczenia wymaga czasu i dotyczy nowych klientów. W przypadku małych przedsię-

biorstw oferta ubezpieczyciela może być atrakcyjna ze względu na lepszą pozycję negocjacyjną ubezpieczyciela wynikającą ze skali. Ale mogą też negocjować z dostawcą usług medycznych i dopasowywać umowę do swoich potrzeb. [DCZ]

Co można wybrać w razie poważniejszej choroby

Jakie możliwości mają firmy, jeśli chodzi o abonamenty i ubezpieczenia obejmujące usługi szpitalne?

Prywatne firmy medyczne oferują przedsiębiorstwom różne pakiety abonamentów lub ubezpieczeń. Przy wyborze tańszych opcji trzeba się liczyć z tym, że obejmuje on podstawowe usługi. Trzeba też jednak pamiętać, że prywatne szpitale nie oferują wszystkich usług. Część zabiegów czy operacji można przeprowadzić tylko w placówkach publicznych.

Opieka na miarę

– Programy opieki medycznej przygotowujemy na podstawie konkretnych możliwości i potrzeb pracodawców i ich pra-

cowników. Dostosowujemy zakres świadczeń do wymagań klienta i dopasowujemy usługi do grup pracowników: ich struktury wiekowej, rodzaju wykonywanej pracy, zagrożeń wynikających z wykonywanego zawodu, a także specyficznych potrzeb określonych przez klienta – informuje Bartosz Maciejewski, rzecznik prasowy Medcoveru.

Ci, którzy mają wykupioną opiekę medyczną obejmującą usługi szpitalne, mogą z nich korzystać w warszawskim szpitalu Medcoveru i innych placówkach w całym kraju, z którymi ta firma podpisała umowy (około 600).

Jak mówi Bartosz Maciejewski, w ramach opieki szpitalnej objętej abonamentem czy ubezpieczeniem Medcover realizuje hospitalizację planową obejmującą diagnostykę i chirurgię, hospitalizację z po-

Ile kosztuje jednodniowy pobyt w prywatnym szpitalu

LUX MED	Swissmed	Medcover	Enel-med
600 zł w sali 1-osobowej	500 zł	990 zł w sali 1-osobowej	360 zł
500 zł w sali 2-osobowej		550 zł w sali 2-osobowej	

Źródło: „Puls Biznesu”

wodu patologii ciąży, poród. Opieka obejmuje także transport medyczny do i ze szpitala (w przypadku do hospitalizacji planowych), ale karetkami Medcover tylko w Warszawie, Krakowie i Wrocławiu. W innych miastach transport realizuje pogotowie publiczne.

Firma EMC Instytut Medyczny (ma osiem szpitali) oferuje usługi przede wszystkim pacjentom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Realizuje także usługi

dla pacjentów komercyjnych w ramach innych ubezpieczeń lub odpłatnie.

– Oferujemy hospitalizację pacjentów, którzy wykupili dodatkowe ubezpieczenie szpitalne. Sami nie proponujemy ubezpieczenia lub opieki abonamentowej zawierającej hospitalizację. W przypadku umów z towarzystwami ubezpieczeniowymi są to w większości procedury planowe i porody. Umowy dotyczą chirurgii ogólnej,

ginekologii i położnictwa, laryngologii, ortopedii i urologii – tłumaczy Józef Juros, dyrektor generalny EMC Instytut Medyczny.

Szpital bez firmy

Kiedy firma wykupi ubezpieczenie lub abonament, który nie obejmuje opieki szpitalnej, pracownik może to zrobić sam.

– Niedawno wprowadziliśmy specjalne ubezpieczenie indywidualne „Opieka w szpitalu”. Jest przeznaczone dla tych pracowników firm i ich rodzin, którzy są już objęci grupowym ubezpieczeniem zdrowotnym albo abonamentem Medcover wykupionym przez pracodawcę. Mogą teraz poszerzyć zakres opieki o leczenie szpitalne, wykupując indywidualną polisę. Takie ubezpieczenie dla 30-letniego mężczyzny kosztuje od

130 zł miesięcznie – wyjaśnia Bartosz Maciejewski.

Polisy medyczne sprzedają – oczywiście – towarzystwa ubezpieczeniowe. Na przykład w PZU indywidualne ubezpieczenie obejmujące wyłącznie opiekę szpitalną dla 30-letniego mężczyzny kosztuje 80 zł miesięcznie. A w Generali trzeba najpierw wykupić polisę na życie (na 33 tys. zł, składka miesięczna to 80 zł dla 30-letniego mężczyzny) i podpisać dodatkowe ubezpieczenia na: pobyt w szpitalu (12 tys. zł ubezpieczenia, 10 zł składki miesięcznej), poważną chorobę (17,5 tys. zł ubezpieczenie, niecałe 3 zł składki miesięcznej) i poważną operację (17,5 tys. zł, składka miesięczna – 19,43 zł). W sumie za polisę i pełną opiekę szpitalną w Generali trzeba płacić co miesiąc trochę ponad 112 zł.

Rafał Fabisiak
r.fabisiak@pb.pl • 22-333-99-32

REKLAMA

25096



Edenred Światowy lider w świadczeniach pozapłacowych

Dla Firm, które chcą ułatwić życie swoim Pracownikom
Najlepsza karta z korzyściami dla Pracownika
na Święta!

Korzyści dla Pracodawcy:

- najlepsze warunki finansowe na rynku – sprawdź!
- szybka i profesjonalna obsługa – dostawa w 24h
- doświadczenie światowego eksperta w zakresie motywacji pozapłacowej
- dokonujesz najlepszego wyboru

Korzyści dla Pracownika:

- powszechna akceptacja karty w Polsce i na świecie
- zwolnienie z podatku dochodowego, jeśli karta jest sfinansowana z ZFŚS
- super rabaty do karty
- Pracownik dostaje najlepszą z kart na rynku



**Sprawdź,
porównaj i zamów:**

**Tel.: 22 2 927 927
lub na www.edenred.pl**