

JAKUB ORLICZ

<https://doi.org/10.33995/wu2019.1.4>

Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycyny pracy

Jednym z największych wyzwań związanych z postępowaniem gospodarczym i społecznym jest zapewnienie ochrony zdrowia. Rozwój nowych technologii i zmiana organizacji oraz warunków wykonywanej pracy często wiąże się z nowymi, nieznanymi zagrożeniami, które niosą z sobą konieczność odpowiedniej analizy stanu zdrowia pracujących, przy jednoczesnej racjonalizacji kosztów zapewnienia im bezpieczeństwa w pracy.

Wzrost znaczenia ubezpieczeń w zakresie zarządzania kosztami prowadzenia działalności gospodarczej w najbliższym czasie może sprawić, że przedsiębiorcy coraz częściej będą chcieli transferować ryzyko poniesienia kosztów świadczeń medycyny pracy do zakładów ubezpieczeń. Te bowiem zapewniają pracodawcom stabilne i przewidywalne koszty oraz gwarantują odpowiednią dostępność oraz jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

Artykuł niniejszy przybliży specyfikę ubezpieczenia medycyny pracy, podnosząc jednocześnie związane z nim wątpliwości. Autor opisuje znaczenie medycyny pracy i regulacje prawne, które jej dotyczą, skupiając się na obowiązkach pracodawcy oraz ryzyku finansowym, wiążącym się z wynikającą z przepisów prawa pracy koniecznością zapewnienia pracownikom opieki zdrowotnej. Ponadto prezentuje regulacje prawne i rozwiązania związane z ubezpieczeniem medycyny pracy, których celem jest ograniczenie ryzyka pracodawcy, oraz wskazuje rolę ubezpieczenia medycyny pracy w zarządzaniu ryzykiem poniesienia kosztów badań.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie, medycyna pracy, badania lekarskie pracowników, zarządzanie ryzykiem, ryzyko poniesienia kosztów.

Wstęp

Współcześnie jednym z największych wyzwań związanych z rozwojem nowych technologii, postępowaniem gospodarczym i społecznym oraz zmianami w organizacji wykonywania pracy jest zapewnienie ochrony zdrowia, które jest jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka. Zakres,

skala i tempo zmian zachodzących we wszystkich dziedzinach naszego życia mają coraz większy – zarówno pozytywny, jak i negatywny – wpływ na nasze zdrowie.

Coraz więcej wyzwań staje także przed przedsiębiorstwami. Nie tylko nadążają za zmianami, ale i same je kreują, zaś w dobie rynku pracownika muszą bardziej dbać o jego zdrowie. W związku z tym tradycyjne podejście do roli medycyny pracy w systemie ochrony zdrowia pracujących już nie wystarcza. Coraz częściej dostrzega się, że niezbędna jest odpowiednia infrastruktura wspierająca przedsiębiorstwa w zakresie zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem pracowników. Dlatego ubezpieczyciele starają się wychodzić naprzeciw oczekiwaniom rynku i tworzą rozwiązania ubezpieczeniowe, które z jednej strony mają na celu zapewnienie wysokiej jakości udzielania świadczeń zdrowotnych, dobrą dostępność do tych świadczeń, a z drugiej pomagają obniżyć koszty badań lekarskich pracowników, co jest niewątpliwie zyskiem dla pracodawców. Dziś ubezpieczenia są nie tylko ważnym elementem analizy funkcjonowania przedsiębiorstwa i kosztów transferu ryzyka. Coraz częściej są wykorzystywane jako komponent niezbędny w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa.

Na pracodawców nałożonych jest wiele obowiązków związanych z ochroną zdrowia pracowników. Jednym z podstawowych zobowiązań pracodawcy jest regularna weryfikacja stanu zdrowia pracowników, którzy wykonują pracę na jego rzecz. W Polsce około 12,5 mln pracowników zatrudnionych na umowie o pracę przed podjęciem pracy musi przejść wstępne badania lekarskie i po kilku latach je powtórzyć. W niektórych przypadkach konieczne jest też przeprowadzenie badań kontrolnych. Dla przedsiębiorców z niektórych branż obowiązek ten jest kłopotliwy, ponieważ wiąże się z koniecznością organizacji badań dla osób pracujących na wielu różnych stanowiskach, a to z kolei powoduje liczne nieobecności tych pracowników. Pracodawcy chcą więc minimalizować te utrudnienia oraz oczekują jednocześnie wysokiego standardu świadczeń medycznych. Dlatego coraz częściej decydują się na mitygację ryzyka poniesienia kosztów badań i zawierają umowy dobrowolnego ubezpieczenia medycyny pracy, które obejmuje swoim zakresem koszty badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne wynikające z przepisów prawa pracy.

Z uwagi na dobrowolny charakter ubezpieczenia i brak przepisów szczegółowych, które go dotyczą, powstaje wiele pytań odnośnie do charakteru tego ubezpieczenia oraz jego zakresu.

Celem niniejszego artykułu jest charakterystyka ubezpieczenia medycyny pracy i przybliżenie jego specyfiki oraz omówienie wątpliwości z nim związanych. Autor opisuje znaczenie medycyny pracy i omawia regulacje prawne, które jej dotyczą, skupiając się na obowiązkach pracodawcy i ryzyku finansowym, wiążącym się z wynikającą z przepisów prawa pracy koniecznością zapewnienia pracownikom opieki zdrowotnej. Ponadto prezentuje regulacje prawne i rozwiązania dotyczące ubezpieczenia medycyny pracy, których celem jest ograniczenie ryzyka dla pracodawcy, oraz wskazuje rolę ubezpieczenia medycyny pracy w zarządzaniu ryzykiem poniesienia kosztów badań.

1. Medycyna pracy

Podstawowym zadaniem medycyny pracy jest opieka nad zdrowiem człowieka w środowisku pracy. Dziedzina ta zajmuje się więc wpływem pracy na zdrowie, profilaktyką negatywnego wpływu środowiska pracy na zdrowie, promocją zdrowia oraz diagnostyką i leczeniem chorób zawodowych. Zagrożenia, które występują w środowisku pracy, mogą powodować negatywne skutki zdrowotne

dla pracowników. Toteż jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy jest regularna weryfikacja stanu zdrowia osób, które wykonują pracę na jego rzecz. Kluczowa, zarówno dla zdrowia pracowników, jak i dla działalności przedsiębiorstwa, jest analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia ludzi a działaniem czynników szkodliwych związanych z warunkami ich pracy, rozpoznanie i ocena narażenia pracowników na czynniki mogące mieć negatywny wpływ na ich zdrowie oraz odpowiednia opieka profilaktyczna.

W tym celu w ramach bezpieczeństwa i higieny pracy stworzono ramy prawne dla funkcjonowania medycyny pracy. Do podstawowych aktów prawnych w tym zakresie należy ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy¹ oraz rozporządzenia wydane na jego podstawie.

Szczególne znaczenie dla realizacji założeń medycyny pracy ma ustawa z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy², która określa ramy organizacyjne i zadania w tym obszarze ochrony zdrowia. Rozporządzenie to powołało „służbę medycyny pracy”, której za cel w art. 6 tej ustawy postawiono „ochronę zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobu jej wykonywania, a także sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi”. Opiekę w ramach medycyny pracy sprawują lekarze, pielęgniarki, psycholodzy oraz „inne osoby o kwalifikacjach zawodowych przydatnych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań tej służby”.

Jednostki służby medycyny pracy funkcjonują na podstawie umów z pracodawcami, którzy pokrywają koszty wykonywania badań profilaktycznych zatrudnianych przez siebie pracowników, koszty innych form profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej ze względu na warunki pracy oraz ewentualnie dobrowolnych świadczeń dodatkowych.

Profilaktyka medyczna obejmuje system opieki nad pracownikami, czyli przede wszystkim ocenę środowiska pracy pod kątem jego szkodliwego działania dla zdrowia, nadzór lekarski nad higienicznymi warunkami pracy oraz bezpośrednią opiekę medyczną nad osobami zagrożonymi wystąpieniem negatywnych skutków zdrowotnych.

Podstawę do wykonywania pracowniczych badań profilaktycznych stanowi art. 229 k.p. oraz przepisy wykonawcze – Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w k.p.³, zgodnie z którymi pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikom profilaktyczną ochronę zdrowia na swój koszt. Obowiązek ten należy do grupy obowiązków prewencji bezpośredniej o adresacie zindywidualizowanym, a jego wykonanie warunkuje dopuszczenie pracownika do pracy⁴. Obowiązek ten obciąża każdego pracodawcę, niezależnie od typu działalności, jaką prowadzi, oraz liczby i celu zatrudnienia pracowników. Jego adresatem jest każdy indywidualnie oznaczony kandydat na pracownika oraz pracownik, niezależnie od podstawy zatrudnienia pracowniczego czy wymiaru czasu pracy⁵.

Głównym celem badania profilaktycznego jest ocena, czy stan zdrowia badanej osoby pozwala, aby wykonywała ona określoną pracę bez szkodliwych następstw dla własnego zdrowia oraz

1. Dz. U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm., dalej: k.p.

2. Dz. U. 1997 nr 96 poz. 593 z późn. zm., dalej: u.s.m.p.

3. Dz. U. 1996 nr 69 poz. 332 z późn. zm.

4. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, Sygn. akt III APa 34/16.

5. *Kodeks pracy. Komentarz do art. 229 KP*, [red.] K. Baran, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.

w sposób niestanowiący zagrożenia dla osób, które z nią współpracują. Badanie to powinno również umożliwić wykrycie chorób, które mogłyby ulec zaawansowaniu w wyniku kontynuowania pracy w warunkach występujących na danym stanowisku. Na profilaktyczną opiekę zdrowotną składają się trzy rodzaje badań:

- wstępne – dla osób przyjmowanych do pracy lub pracowników młodocianych przenoszonych na inne stanowiska pracy oraz innych pracowników przenoszonych na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe,
- okresowe – w terminie wyznaczonym przez lekarza medycyny pracy,
- kontrolne – jeśli pracownik z powodu choroby był niezdolny do pracy dłużej niż 30 dni.

Szczegółowy zakres badań lekarskich medycyny pracy określa – poza ustawą o służbie medycyny pracy – wspomniane Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Podstawowy zakres badań profilaktycznych, procedur medycznych i ewentualnych konsultacji specjalistycznych oraz częstość badań okresowych określają Wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników, które są załącznikiem do powyższego rozporządzenia. Lekarz medycyny pracy może rozszerzyć ten zakres w zależności od rodzaju i wielkości narażenia zawodowego oraz stanu zdrowia pracownika. Lekarz może także skrócić termin do następnego badania okresowego. Badanie medycyny pracy kończy się wydaniem orzeczenia lekarskiego o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na danym stanowisku w określonym zakładzie pracy. Orzeczenie takie musi być wydane na odpowiednim formularzu oraz opatrzone specjalną pieczęcią lekarską, której wzór określa rozporządzenie. Tylko orzeczenie, które spełnia powyższe wymogi, upoważnia pracodawcę do dopuszczenia pracownika do pracy na określonym stanowisku.

Badania lekarskie z zakresu medycyny pracy (wstępne i okresowe) mają na celu ustalenie zdolności zdrowotnej pracownika do wykonywania określonej pracy u danego pracodawcy, dlatego należy je odróżnić od innych badań lekarskich, którym mogą być poddawani pracownicy na podstawie odrębnych przepisów. W związku z wykonywaniem zobowiązań dotyczących medycyny pracy pracodawca musi:

- wybrać lekarza i zawrzeć z nim umowę na zapewnienie profilaktycznej opieki lekarskiej nad pracownikami,
- wystawić pracownikom skierowania na badania profilaktyczne,
- zastosować się do wyników badań profilaktycznych pracowników,
- prowadzić dokumentację dotyczącą badań profilaktycznych pracowników,
- ponieść koszty tych badań.

2. Ryzyko poniesienia kosztów medycyny pracy

Ryzyko nieustannie towarzyszy życiu człowieka, trudno jednak przedstawić jego uniwersalną definicję. W literaturze przedmiotu ryzyko określa się jako niepewność co do wystąpienia zdarzenia

niepożądanego⁶, które nie jest jednoznacznie negatywne, lecz wiąże się z brakiem pewności co do skutków podjęcia działania lub jego zaniechania.

Zgodnie z definicją słownikową *ryzyko* jest sytuacją, której wynik końcowy jest niepewny, dylematem decyzyjnym wobec określonych przedsięwzięć lub też prawdopodobieństwem zajścia jakiegoś zdarzenia⁷. Określenie sytuacji jako ryzykownej związane jest z brakiem pewności co do skutków podjętych działań, dlatego należy brać pod uwagę też pozytywne ujęcie ryzyka. Coraz częściej jest ono postrzegane jako możliwa korzyść i zysk z działania podjętego w warunkach niepewności, nie zaś wyłącznie jako potencjalna strata, – w literaturze przedmiotu określa się je jako *ryzyko dynamiczne*. Inni badacze definiują ryzyko również jako negatywne konsekwencje pewnych działań lub możliwość poniesienia strat z działalności⁸. W języku potocznym ryzyko utożsamiane jest z przedmiotem ochrony (np. ubezpieczoną rzeczą lub osobą)⁹. Ryzyko w literaturze ubezpieczeniowej zazwyczaj ujmowane jest jako „niebezpieczeństwo, niepewność, prawdopodobieństwo, możliwość, dyspersja rezultatów rzeczywistych i oczekiwanych, prawdopodobieństwo rezultatu innego niż oczekiwany”¹⁰.

Dla rynku ubezpieczeń typowe jest ujęcie ryzyka w znaczeniu negatywnym, ponieważ podmioty korzystają z tej formy zarządzania ryzykiem, gdy widzą możliwość wystąpienia zdarzenia losowego o charakterze negatywnym. Klasyfikacji ryzyka można dokonać również w oparciu o aspekt pomiaru, gdzie wyróżnia się ryzyko mierzalne i niemierzalne. Taki podział jest związany z niepewnością, która w przypadku możliwości dokonania pomiaru staje się ryzykiem¹¹.

Do głównych typów ryzyka w przedsiębiorstwach należą: ryzyko kredytowe, finansowe, techniczne, prawne, rynkowe, inwestycyjne, operacyjne i ubezpieczeniowe. Klasyfikacja ryzyka zależy od charakteru prowadzonej działalności i jest różna dla konkretnych przedsięwzięć¹².

Podmioty, które prowadzą działalność gospodarczą, powinny szacować swoje zyski i straty oraz oceniać dwa rodzaje ryzyka: specyficzne – związane z określoną działalnością – i niespecyficzne, inaczej ogólne – niewynikające bezpośrednio z prowadzonej działalności¹³. Do ryzyk ogólnych możemy zaliczyć takie, które dotyczą każdej działalności, np. ogień i inne żywioły, kradzież, utratę zysku. Są one łatwiejsze do przewidzenia niż ryzyka specyficzne.

Określenie ryzyka specyficznego i niespecyficznego jest niezbędne do wybrania odpowiedniej ochrony ubezpieczeniowej. Samo określenie zagrożeń specyficznych wpływa na zarządzanie nimi. Zarówno osoby fizyczne, jak i przedsiębiorcy, chcąc ustrzec się przed wystąpieniem zdarzeń niepożądanych i ich skutkami, zawierają umowy ubezpieczenia. Jest to metoda zarządzania ryzykiem, która – dzięki zapłaceniu składki określonej w umowie ubezpieczeniowej za udzieloną

6. T.T. Kaczmarek, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*, Difin, Warszawa 2006, s. 48–55.

7. *Mały słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 1997.

8. T.T. Kaczmarek, *op. cit.*, s. 52–53.

9. *Ibidem*, s. 42.

10. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 42.

11. E.H. Knight, *Risk, uncertainty and profit*, Cosimo Classics, New York 2005, s. 233.

12. M. Łuczak, *Ryzyko i kryzys w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa 2003; T.T. Kaczmarek, *op. cit.*

13. R. Holly, *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna” 2004, nr 2, s. 9–12.

ochronę – pozwala przenieść część negatywnych skutków zaistniałego zdarzenia losowego na zakład ubezpieczeń.

Ryzyka ubezpieczeniowego nie sposób scharakteryzować jednoznacznie, dlatego określa się je jako ryzyko zmienne i różnorodne, w zależności od kontekstu sytuacyjnego i podmiotowego¹⁴. Pokazuje to, jak bardzo ważne dla przedsiębiorcy powinno być określenie potencjalnych zdarzeń niepożądanych i sposobów radzenia sobie z nimi. Z tego też powodu zaleca się przedsiębiorcom przenoszenie ryzyka i kosztów z nim związanych na inny podmiot, np. zakład ubezpieczeń.

Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt. 57 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zdarzenie losowe to niezależne od woli ubezpieczającego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego nastąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową¹⁵. Natomiast pojęcie wypadku ubezpieczeniowego jest pojęciem węższym od zdarzenia losowego. Wypadek ubezpieczeniowy jest zdarzeniem, które zgodnie z umową ubezpieczenia uzasadnia powstanie obowiązku świadczenia po stronie zakładu ubezpieczeń¹⁶. Takie zdefiniowanie tego pojęcia znajduje potwierdzenie w przepisach Kodeksu cywilnego.

Według z art. 805 § 1 k.c. umowa ubezpieczenia jest zobowiązaniem zakładu ubezpieczeń do spełnienia świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, gdy nastąpi zdarzenie, które było przedmiotem umowy i które ma miejsce po zapłacie przez ubezpieczającego określonej w umowie składki ubezpieczeniowej, o ile w umowie nie ustalono inaczej. Mimo braku wyraźnej definicji wypadku ubezpieczeniowego, musi to być zdarzenie losowe, którego zajście jest możliwe w okresie ubezpieczenia i które nie jest zależne od woli osoby ubezpieczającej lub ubezpieczonej.

Tezę tę częściowo potwierdza brzmienie art. 806 § k.c., który głosi, że umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli zajście przewidzianego w umowie wypadku nie jest możliwe. Przepis ten mówi więc o niemożności objęcia ubezpieczeniem zdarzenia, które nie może zajść w okresie ubezpieczenia [zdarzenia niemożliwego], zaś nie przesądza o tym, czy można uznać za wypadek ubezpieczeniowy zdarzenie, którego zajście w okresie ubezpieczenia jest pewne.

Kwestia charakteru wypadku ubezpieczeniowego z punktu widzenia istoty prowadzenia działalności ubezpieczeniowej została ujęta w przepisach u.dz.u.r. Art. 4 ust. 1 tej ustawy wskazuje, że przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Zgodnie z definicją ustawową przez zdarzenie losowe rozumie się niezależne od woli ubezpieczającego lub ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego wystąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową¹⁷.

Zgodnie z art. 229 § 1 k.p. koszty badań wstępnych ciążyą na pracodawcy. Poniesienie tych kosztów jest niewątpliwie niezależne od jego woli, w dodatku dotyczy ryzyka obiektywnego, czyli zdarzeń, których nie da się przewidzieć, ponieważ obowiązek przeprowadzenia badania może

14. T. Michalski, *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń. Tom 1. Mechanizmy i funkcje*, [red.] J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000, s. 27, 33–39.

15. Dz. U. 2015 poz. 1844, dalej: u.dz.u.r.

16. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 178–186.

17. Art. 3 ust. 1 pkt 57 u.dz.u.r.

powstać np. w związku z zatrudnieniem pracownika, niezdolnością pracownika do pracy, wygaśnięciem stosunku pracy czy rozwojem przedsiębiorstwa.

Według art. 229 § 2 k.p. wszyscy pracownicy podlegają również okresowym badaniom lekarskim. Częstotliwość tych badań ustala lekarz medycyny pracy w zależności od stanu zdrowia każdego pracownika oraz warunków charakterystycznych dla zajmowanego przez niego stanowiska pracy. Ponadto pracownik, który przez ponad 30 dni jest niezdolny do pracy z powodu choroby, podlega kontrolnym badaniom lekarskim. Ich celem jest ustalenie zdolności pracownika do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku. Również te koszty w całości pokrywa pracodawca.

Wszystko to oznacza, że nie można przewidzieć, kiedy powstanie obowiązek przeprowadzenia badań okresowych. Dodatkowo zobowiązanie to może nie powstać lub może wygasnąć, jeśli pracownik przestanie pracować w danym zakładzie pracy. Te okoliczności także mają charakter zdarzeń niepewnych i z punktu widzenia ryzyka finansowego ponoszenia kosztów badań pracowników są niezależne od woli pracodawcy.

Zdarzenia powodujące powstanie po stronie pracodawcy obowiązku poniesienia kosztów badań medycyny pracy są zdarzeniami możliwymi, niezależnymi od woli pracodawcy oraz mają charakter niepewny. Zatem zdarzenie powodujące konieczność ponoszenia przez pracodawcę kosztów przeprowadzania badań wstępnych i okresowych pracowników może być uznawane za zdarzenie losowe. Oznacza to, że może być wypadkiem ubezpieczeniowym przewidzianym w umowie ubezpieczenia, którego wystąpienie spowoduje powstanie obowiązku wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia ze strony ubezpieczyciela.

3. Regulacje prawne ubezpieczenia medycyny pracy

Do umowy ubezpieczenia medycyny pracy stosuje się przepisy k.c., który jest źródłem praw dla stosunków zobowiązaniowych, oraz u.d.z.u.r., a także aktów niższego rzędu. Dodatkowo, z uwagi na umowny charakter odpowiedzialności, odnoszą się do niego ogólne warunki ubezpieczenia poszczególnych zakładów ubezpieczeń.

Regulacje prawne, które obecnie stosuje się do ubezpieczenia medycyny pracy, nie uwzględniają jego specyfiki oraz cech umowy, które nie zostały wyodrębnione. Należy zatem przyjąć, że ubezpieczenie medycyny pracy ma właściwości przypisane ogólnie umowie ubezpieczenia. Według Eugeniusza Kowalewskiego umowa ubezpieczenia jest umową: nazwaną, konsensualną, odpłatną, dwustronnie zobowiązującą, najwyższej wiary, adhezyjną, stałej współpracy kontraktowej, subiektywnie losową, synallagmatyczną, kauzalną, jednostronnie kwalifikowaną, zapewniającą ubezpieczonemu ochronę „konsumencką”¹⁸. Umowa ubezpieczenia jest więc źródłem powstania stosunku ubezpieczeniowego. Jednak definicja umowy ubezpieczenia medycyny pracy nie została oddzielnie sformułowana, nie określono jej *essentialia negotii*. Zgodnie z zasadą swobody umów, wyrażoną w art. 353¹ k.c., strony mają swobodę kształtowania treści umowy, o ile jej treść lub cel nie będą się sprzeciwiały naturze stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego.

Ubezpieczenie medycyny pracy należy definiować jako ubezpieczenie, w którym ubezpieczyciel wypłaca świadczenie wówczas, gdy ubezpieczony jest zobowiązany do poniesienia kosztów świadczeń medycyny pracy na podstawie przepisów k.p. w stosunku do zatrudnianych przez siebie

18. E. Kowalewski, *op. cit.*, s. 234.

pracowników lub innych osób. Przedmiotem ubezpieczenia medycyny pracy objęte są więc koszty świadczeń medycyny pracy, które wystąpiły w okresie ochrony, a które ponosi ubezpieczony na rzecz swoich pracowników. Ubezpieczyciel pokrywa koszty m.in.:

- badań profilaktycznych pracowników (wstępnych, okresowych, kontrolnych),
- wydawania orzeczeń lekarskich, np. o utracie przez pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy,
- badań profilaktycznych do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- wydania zaświadczeń i świadectw dla celów przewidzianych w k.p. o stanie zdrowia pracownika lub jego niezdolności do pracy,
- wizytowania zakładu pracy przez lekarza medycyny pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy.

Większość zawieranych umów ubezpieczenia ma charakter adhezyjny i jest oparta na ogólnych warunkach ubezpieczenia, które są wzorcem umownym w rozumieniu art. 384 i następnych k.c.¹⁹ Ogólne warunki ubezpieczenia, jako wzorzec umowy, zawierają standardowe postanowienia, mające zastosowanie do określonych umów zawieranych przez ubezpieczyciela. Natomiast konkretna umowa ubezpieczenia określa elementy indywidualne, takie jak oznaczenie stron stosunku ubezpieczenia, przedmiot i zakres ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia, liczbę świadczeń czy okres jego trwania. Co do zasady potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia ma formę dokumentu ubezpieczenia, czyli np. polisy. Unormowanie minimalnej treści ogólnych warunków ubezpieczenia zawarte jest w art. 16 u.d.z.u.r.

Ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na szczegółową analizę wymogów, natomiast warto wskazać najważniejsze elementy ogólnych warunków umowy. Są to: rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot, prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia, zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej, tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony. Dodatkowo u.d.z.u.r. nakazuje ubezpieczycielowi wskazanie, w formie tzw. skorowidza, kluczowych elementów stosunku ubezpieczenia. Z kolei ustawa o dystrybucji ubezpieczeń, która obowiązuje od 1 października 2018 roku, wprowadziła inny szczególny instrument informacyjny stworzony przez ustawodawcę europejskiego – ustandaryzowany dokument o produkcie ubezpieczeniowym. Jak trafnie przewidywał Marcin Orlicki, ustandaryzowany dokument będzie w najbliższych latach podstawowym źródłem wiedzy klientów o zawieranych umowach ubezpieczenia, ponieważ jest bardziej przystępny niż ogólne warunki ubezpieczenia, które z reguły są długie i niezrozumiałe²⁰.

4. Charakter ubezpieczenia medycyny pracy

Z punktu widzenia zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność ubezpieczeniową na naszym rynku niezwykle istotne jest zakwalifikowanie przedmiotowego ubezpieczenia medycyny pracy do określonego działu (a w jego ramach – do odpowiedniej grupy) Załącznika do ustawy

19. M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834. Komentarz*, CH Beck, Warszawa 2016, s. 201–202.

20. Zobacz więcej: M. Orlicki, *Ustandaryzowany dokument według ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – zasady tworzenia i znaczenie prawne*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 4(93).

o działalności ubezpieczeniowej²¹. Każdy produkt ubezpieczeniowy odznacza się specyficznymi cechami. W literaturze przedmiotu są stosowane liczne kryteria podziału, nie są one jednak konkurencyjne wobec siebie, ale mają charakter uzupełniający – ukazują różne cechy określonych produktów. Polski ustawodawca zdecydował się na klasyfikację produktową²², nawiązującą w pewnym stopniu do podziału przedmiotowego.

Zgodnie z Załącznikiem dział I ubezpieczeń obejmuje ubezpieczenia na życie i jego pochodne, natomiast dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe. Ustawowy podział ma kluczowy wpływ na funkcjonowanie zakładów ubezpieczeń oraz na możliwości oferowania produktów ubezpieczeniowych. Nie wszyscy ubezpieczyciele mają bowiem zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej we wszystkich działach i grupach ubezpieczeń określonych we wspomnianym załączniku. Wymóg dokonania klasyfikacji ubezpieczenia medycyny pracy jest szczególnie istotny, ponieważ zakłady ubezpieczeń rozbieżnie dokonują tego rozróżnienia i ubezpieczenie medycyny pracy oferowane jest jako ubezpieczenie zarówno działu I, jak i II. Ponadto ubezpieczyciele wprowadzili do swoich ofert produkty ubezpieczeniowe z działu I, obejmujące medycynę pracy, których zakres został rozszerzony o świadczenia zdrowotne niewynikające z przepisów prawa pracy, czyli łączą ubezpieczenie medycyny pracy z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W celu prawidłowego zaklasyfikowania ubezpieczenia medycyny pracy do odpowiedniego działu, grupy i rodzaju ubezpieczeń, należy wpierrw dokonać analizy jego istoty oraz charakteru. W związku z tym trzeba przede wszystkim wziąć pod uwagę jego dwa kryteria: przedmiot ochrony oraz charakter świadczenia ubezpieczeniowego²³. Ubezpieczenie to odnosi się do kosztów badań lekarskich kandydatów do pracy oraz pracowników, dlatego z całą pewnością ma charakter majątkowy. Służy ono bowiem rekompensowaniu kosztów ponoszonych przez pracodawcę, w celu wypełnienia ciężącego na nim obowiązku prawnego, również jeżeli warunkiem finansowania świadczeń medycyny pracy jest ich wykonanie we wskazanych placówkach medycznych. Takie rozwiązanie jest uzasadnione w myśl art. 12 u.s.m.p., który zobowiązuje pracodawcę do wyboru podmiotu medycyny pracy i podpisania z nim umowy o wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych. Dodatkowo *a contrario*, przepis art. 27 ust. 3 u.d.z.u.r. dopuszcza wprowadzenie warunku finansowania, gdyż gwarancja swobodnego wyboru usługodawcy dotyczy jedynie finansowania usług prawniczych w ramach ubezpieczenia ochrony prawnej.

Omawiane ubezpieczenie nie może zostać zakwalifikowane jako ubezpieczenie na życie ani też ubezpieczenie osobowe, ponieważ nie dotyczy zapłaty określonej w umowie sumy pieniężnej w razie zajścia zdarzenia. Nie można go również zakwalifikować do ubezpieczeń chorobowych lub wypadkowych, gdyż konieczność poniesienia kosztów świadczeń zdrowotnych nie wynika z choroby czy wypadku w rozumieniu ubezpieczeń osobowych. Pracodawca jest zobowiązany do pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych bezpośrednio z mocy prawa. W związku z tym najbardziej adekwatne jest zakwalifikowanie ubezpieczenia medycyny pracy do pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych (dział II). Obowiązek finansowania kosztów

21. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej [tekst jedn. Dz. U. 2010 nr 11, poz. 66].

22. T. Szumlicz, *Klasyfikacja ubezpieczeń – o ostrości spojrzenia podmiotowego*, [w:] *Szkice o ubezpieczeniach*, [red.] M. Kuchlewska, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2006, s. 282.

23. E. Kowalewski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006, s. 21–25.

medycyny pracy ma charakter stały i jest związany z ogólnymi kosztami działalności gospodarczej podmiotu zatrudniającego pracowników, dlatego ubezpieczenie to należy klasyfikować jako ubezpieczenie ryzyk finansowych (wchodzące w skład grupy 16), a konkretniej – przyporządkować do ubezpieczeń stałych wydatków ogólnych (rodzaj 5).

Powyższa klasyfikacja pokazuje, że istnieje jednoznaczne rozróżnienie między badaniami lekarskimi wykonywanymi w ramach medycyny pracy a badaniami wykonywanymi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych czy przeprowadzanych na podstawie przepisów odrębnych. Konstrukcja refundacji kosztów medycyny pracy, których obowiązek wynika z przepisów prawa, sprawia, że ubezpieczenie medycyny pracy nie powinno być kwalifikowane do działu I oraz rozszerzane o świadczenia, do których finansowania pracodawca nie jest zobowiązany przepisami prawa. Należy jednak pamiętać, że zapewnianie pracownikom świadczeń zdrowotnych, które nie wynikają z przepisów prawa pracy, jest możliwe dzięki prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym, które cieszą się w Polsce coraz większą popularnością z uwagi na lepszą dostępność i jakość świadczeń.

Podsumowanie

Od lat toczy się dyskusja na temat systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz metod zapewniania dostępu do świadczeń zdrowotnych i ich finansowania. Jednocześnie rośnie znaczenie ubezpieczeń w zarządzaniu kosztami prowadzenia działalności gospodarczej. Powszechność obowiązku wykonywania badań lekarskich pracowników zatrudnionych na umowie o pracę w najbliższym czasie może sprawić, że przedsiębiorcy coraz częściej będą chcieli transferować ryzyko poniesienia kosztów świadczeń medycyny pracy do zakładów ubezpieczeń. Ubezpieczenia medycyny pracy mają w związku z tym szansę zająć znaczące miejsce w systemie ochrony zdrowia.

Ubezpieczenie medycyny pracy zapewnia pracodawcom stabilne i przewidywalne koszty, ponieważ poziom składki ustalany jest z góry i nie zależy od liczby wykonanych badań. Dodatkowo zakład ubezpieczeń zapewnia organizację badań i rozliczenia z podmiotami leczniczymi, co może być znacznym ułatwieniem dla pracodawców. Ubezpieczyciel gwarantuje dostępność procedur w określonym terminie i jest w stanie zapewnić je w jednym dniu, w tej samej dogodnej dla pracownika placówce. Te możliwości potencjalnie skracają czas nieobecności pracownika w miejscu pracy oraz minimalizują straty pracodawcy z tym związane.

Analiza istoty i charakteru ubezpieczenia medycyny pracy pozwoliła na jego jednoznaczną klasyfikację jako ubezpieczenia majątkowego, ryzyk finansowych, stałych wydatków ogólnych.

Obecnie w literaturze przedmiotu stwierdza się, że dostęp do usług zdrowotnych świadczonych przez ubezpieczycieli w ramach własnej sieci podmiotów leczniczych lub w placówkach partnerskich sprawia, że wzrasta konkurencyjność wykonywanych świadczeń.²⁴ Istnienie wzmożonej konkurencji zwiększa bowiem efektywność działania podmiotów, które oferują świadczenia medyczne, a także jakość oferowanych usług oraz poprawia ich dostępność. Ponośenie kosztów świadczeń medycyny pracy jest w efekcie co do zasady korzystne, ponieważ wykwalifikowanie pracownika jest znacznie kosztowniejsze, aniżeli opieka profilaktyczna nad kompetentnymi już

24. B. Adamczyk-Kloczkowska, *Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] *Ubezpieczenia osobowe*, [red.] E. Wierzbicka, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 84.

pracownikami, dysponującymi odpowiednim doświadczeniem. Dodatkową korzyścią dla pracodawców jest przeniesienie całego procesu organizacji badań i rozliczeń z placówkami medycznymi na zakład ubezpieczeń.

Wykaz źródeł

- Adamczyk-Kloczkowska B., *Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] *Ubezpieczenia osobowe*, Wierzbicka E. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
- Holly R., *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna” 2004, nr 2.
- Kaczmarek T.T., *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*, Difin, Warszawa 2006.
- Knight E.H., *Risk, uncertainty and profit*, Cosimo Classics, New York 2005.
- Kodeks pracy. Komentarz*, Baran K. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2018, LEX.
- Kowalewski E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Toruń 2006.
- Krajewski M., *Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834. Komentarz*, CH Beck, Warszawa 2016.
- Łuczak M., *Ryzyko i kryzys w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa 2003.
- Michalski T., *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń. Tom 1. Mechanizmy i funkcje*, Monkiewicz J. [red.], Poltext, Warszawa 2000.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

Occupational Health Insurance Services

One of the biggest challenges of social and economic progress is the adequate protection of health. Innovations in technology and changes in the organization and conditions of performed labor often result in new and unknown threats. The presence of such threats requires thorough analysis of employees' health while maintaining costs of ensuring employees' safety at a rational level. The growing importance of insurance in the management of commercial activity costs in recent years may cause entrepreneurs to transfer the risk involved in occupational medicine costs to insurance companies. These entities can offer employers more stable and predictable costs guarantee the required availability and the desired quality of health care services. The article presents the characteristics of occupational health insurance and analyses its specific features as well as the problems that exist therein. Furthermore, the author describes the importance of occupational medicine and the legal regulations that concern it. The presented analysis focuses on the obligations of employers and the financial risk involved in compliance with the obligation to provide health care to employees, in accordance with the relevant labor law provisions. In addition, the author presents legal regulations and solutions concerning occupational health insurance, the aim of which is to reduce the risk of the employer. Lastly, he highlights the role of occupational health insurance in the management of the risk of incurring research costs.

Key words: insurance, occupational medicine, medical examinations of employees, risk management, risk of incurring costs.

JAKUB ORLICZ – absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, doktorant w Katedrze Prawa Ubezpieczeń.

e-mail: Jakub.Orlicz@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2743-1452>