

Organizacyjne problemy ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia ludności wiejskiej w związku z pracą

1. Obowiązek podlegania ludności rolniczej ubezpieczeniu zdrowotnemu

W myśl postanowień ustawy z dnia 6 lutego z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹ wprowadzono powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Jest ono oparte na zasadach: 1) solidarności społecznej, 2) samorządności, 3) samofinansowania, 4) prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy i kasy chorych, 5) zapewnienia równego dostępu do świadczeń, 6) działalności kas chorych nie dla zysku, 7) gospodarności i celowości działania, 8) gwarancji państwa.

Ubezpieczonymi są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy, karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu, jeżeli: 1) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, 2) ubezpieczają się dobrowolnie, 3) są członkami rodzin wymienionych w pkt. 1 i 2. Ubezpieczonym przysługują świadczenia określone w przepisach ustawy, służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielane w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają również rolnicy i ich domownicy, którzy zostali objęci ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy i nie zostali objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a także emeryci i renciści, z wyjątkiem dzieci uprawnionych do renty rodzinnej. Ubezpieczenie zdrowotne zatem jest obowiązkowe dla:

1) rolników, ich małżonków i domowników, którzy:

-podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników obowiązkowo z tytułu

¹ Dz.U. Nr 28, 1997, poz. 153.

- prowadzenia działalności rolniczej w gospodarstwach rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego użytków rolnych lub działu specjalnego produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych, albo na wniosek w pełnym zakresie wypadkowo - chorobowo - macierzyńskim i emerytalno - rentowym z tytułu działalności rolniczej w gospodarstwach rolnych do 1 ha przeliczeniowego,
- prowadząc gospodarstwa rolne do 1 ha przeliczeniowego nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników ani też żadnemu innemu pozarolniczemu ubezpieczeniu społecznemu,
 - 2) rolników podlegających na wniosek ubezpieczeniu emerytalno - rentowemu,
 - 3) świadczeniobiorców pobierających emerytury i renty rolnicze, z wyjątkiem dzieci uprawnionych do renty rodzinnej.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje bądź wygasa dla osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników - na zasadach i w terminach określonych w przepisach o tym ubezpieczeniu społecznym rolników, ich małżonków i domowników nie objętych ubezpieczeniem społecznym rolników ani innymi przepisami o ubezpieczeniu społecznym - z dniem zaistnienia lub ustania określonych przepisami warunków, emerytów i rencistów Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty, bądź z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.²

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi w kasie chorych i opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych ustawą. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu staje się członkiem kasy chorych oraz uzyskuje wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Członkostwo w kasie chorych osoby kończy się z dniem wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, chyba, że osoba ta ubezpiecza się nadal dobrowolnie. Jednocześnie można być członkiem tylko jednej kasy chorych.

2. Wymiar i pobór składek na ubezpieczenie zdrowotne

Z faktu podlegania obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego wynika konieczność dokonania przez KRUS wymiaru składek na ubezpieczenie. Rolnicy posiadający dział specjalny produkcji rolnej są zobowiązani sami dokonywać obliczenia i wpłaty na rachunek bankowy KRUS składki stanowiącej 7,5% podstawy wymiaru zadeklarowanego przez nich dochodu, do 15 dnia miesiąca

² Ustawa z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (dz.U. Nr 7, poz. 25).

za miesiąc ubiegły. W przypadku opóźnienia w dokonaniu zapłaty, składki pobierane są wraz z odsetkami za zwłokę na zasadach analogicznych jak dla zobowiązań podatkowych. Składki na ubezpieczenie pozostałych rolników i ich domowników finansowane są z budżetu państwa. Natomiast emeryci i renciści opłacają składkę w wysokości 7,5% podstawy wymiaru, jaką stanowi kwota wypłacanego im świadczenia emerytalnego lub rentowego.

Regulacja prawna w sprawie określenia szczegółowego sposobu ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne a także terminów i trybu ich opłacania stanowi, że obowiązek opłacenia³ składek na ubezpieczenie zdrowotne powstaje z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, w którym zaistniały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu, a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym okoliczności te ustały.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 7,5% podstawy wymiaru. Dla rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest ona równa kwocie stanowiącej iloczyn ceny połowy kwintala żyta, publikowanej w Dzienniku Urzędowym "Monitor Polski" dla celów wymiaru podatku rolnego i liczby hektarów przeliczeniowych użytków rolnych w gospodarstwie rolnym. Natomiast podstawą wymiaru składki za rolnika prowadzącego dodatkowo dział specjalny produkcji rolnej jest deklarowana przez niego kwota dochodu ustalonego dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

Rolnik prowadzący dział specjalny jest zobowiązany przedkładać w KRUS taką deklarację o dochodzie na początku każdego roku kalendarzowego, do celów ustalenia miesięcznego wymiaru składki. Ustalony na podstawie zadeklarowanego przez rolnika dochodu wymiar składki nie ulega zmianie w ciągu roku.⁴ Dochód ten nie jest uzależniony od decyzji urzędu skarbowego o wymiarze podatku albo zwolnieniu z opłacenia podatku z uwagi na wysokość dochodu przyjętego przez ten organ do podstawy obliczenia podatku.

Jeżeli dział specjalny produkcji stanowi podstawę objęcia ubezpieczeniem społecznym rolników i ubezpieczeniem zdrowotnym rolnika i jego małżonki, wymiaru składki dokonuje się dla małżonków w równych częściach po 50%. Dla każdego ubezpieczonego opłacającego indywidualne składki na ubezpieczenie zdrowotne prowadzona jest ewidencja na odrębnym koncie. Co miesiąc dokonywany jest wymiar składek, wynikający z kwoty zadeklarowanego miesięcznego dochodu z działu specjalnego.

Obowiązkiem rolnika jest opłacenie składek do 15 dnia miesiąca za miesiąc ubiegły. Jeżeli rolnik nie dotrzyma terminu płatności składek, musi je opła-

³ Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 grudnia 1998 r. w sprawie określenia szczegółowego sposobu ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, a także terminów i trybu ich opłacania (Dz.U. Nr 164, poz. 1164).

⁴ Tamże, 8, ust. 2.

cić wraz z należnymi odsetkami za zwłokę, liczonymi jak dla należności podatkowych. Po wpłynięciu wpłaty składek na konto KRUS, jest ona na podstawie dowodu wpłaty ewidencjonowana odpowiednio na koncie rolnika, a następnie przekazywana na konto właściwej kasy chorych, której członkiem jest płatnik składki.

Rozporządzenie wykonawcze do ustawy określa, że dla współmałżonków podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników posiadających gospodarstwa rolne powyżej 1 ha przeliczeniowego lub prowadzących działy specjalne, z których deklarowany dochód jest wspólny, wymiaru składki za każdego z nich dokonuje się dzieląc na pół składkę obliczoną z całości gospodarstwa bądź od dochodu z działu specjalnego. Natomiast w przypadku działów specjalnych, gdy każdy z małżonków odrębnie deklaruje kwotę dochodu, wymiaru składki dokonuje się stosownie do deklarowanej kwoty dochodu.

Dla rolników prowadzących działalność rolniczą na wspólny rachunek, wymiaru składek dokonuje się proporcjonalnie do udziału każdej z tych osób we współwłasności gospodarstwa rolnego, ustalając odpowiednio obliczoną składkę z całości gospodarstwa stosownie do wielkości udziałów. W przypadku braku określenia wielkości udziałów wymienionych osób przyjmuje się podział składki w jednakowej wysokości dla każdego współwłaściciela.

Osoby podlegające ubezpieczeniu społecznemu rolników z tytułu prowadzenia działów specjalnych i jednocześnie posiadające gospodarstwa do 1 ha przeliczeniowego opłacają składkę zarówno z tytułu posiadanej powierzchni gospodarstwa, obliczoną według zasady obowiązującej dla gospodarstw powyżej 1 ha przeliczeniowego oraz z tytułu prowadzenia działu specjalnego.

Z ustawy ponadto wynika, że podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne za rolnika nie podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników i domownika pracującego z rolnikiem w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z opieki społecznej. Przepisy wykonawcze uściślają ten zapis stwierdzeniem, że ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla w/w osób dokonuje się według wysokości kwoty stałego zasiłku, obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, za który dokonywany jest ten wymiar. Nadto składka rolnika obejmuje również członka jego rodziny, który nie jest domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników. Nie może ona także przekroczyć wysokości kwoty składki naliczanej z 50 ha przeliczeniowych prowadzonego gospodarstwa rolnego.

W przypadku emerytów i rencistów podstawę wymiaru ich składki stanowi kwota emerytury lub renty bez dodatków, zasiłków, ryczałtów itp. i nalicza się ją od kwoty emerytury lub renty za bieżący miesiąc oraz wypłaty wyrównawczej za poprzedni okres, z wyjątkiem wyrównań należnych do 31 grudnia 1998 r.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez KRUS w wysokości 0,25% kwoty tej części składek przekazanych do kas chorych, które przypisane są do konkretnego ubezpieczonego. Od kwoty nie przekazanej przez KRUS w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami kasa chorych pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych przepisami wydanymi na podstawie ustawy - Ordynacja podatkowa.

Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym składka stała się wymagalna. Bieg przedawnienia przerywa odroczenie terminu płatności, rozłożenie spłaty należności na raty i każda inna czynność zmierzająca do ściągnięcia należności, jeżeli o czynności tej został powiadomiony dłużnik. Należności z tytułu składek nie można jednak dochodzić, jeżeli od terminu ich wymagalności upłynęło 10 lat. Zwrotu nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne nie można dochodzić, jeżeli od daty ich opłacenia upłynęło 5 lat.

Osobom ubezpieczonym przysługują na zasadach określonych w ustawie, świadczenia zdrowotne mające na celu zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W celu realizacji uprawnień zapewnia się ubezpieczonemu w szczególności:

- badania i poradę lekarską,
- badania diagnostyczne,
- leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego, szpitalne oraz w ramach pomocy doraźnej),
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenia pielęgniarские,
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porodu,
- opiekę profilaktyczną,
- zaopatrzenie w leki i materiały medyczne,
- zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne,
- orzekanie o stanie zdrowia,
- opiekę paliatywno - hospicyjną,
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania.

3. Organizacyjne problemy rolniczego ubezpieczenia zdrowotnego i propozycje usprawnień

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi we właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby regionalnej kasie chorych. Obowiązek dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego rolników oraz nie podlegających

ubezpieczeniu rolniczemu w gospodarstwach do 1 ha przeliczeniowego, którzy złożyli zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego w KRUS, a także emerytów, rencistów i członków tych rodzin do Regionalnej Kasy Chorych ciąży na KRUS. Dokonanie takiego zgłoszenia i opłacenie składek w terminach i na zasadach przewidzianych przepisami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym stanowi podstawę do udzielenia świadczeń tym osobom i członkom ich rodzin pozostającym na wyłącznym utrzymaniu tych osób.

Do zadań KRUS należy zatem prowadzenie ewidencji osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, dokonywanie wymiaru składek na to ubezpieczenie i przekazywanie należnych składek do właściwych kas chorych.

W celu wypełnienia obowiązków wynikających z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym już w połowie 1997 roku KRUS opracował ulotki i formularz druku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Następnie placówki terenowe i oddziały regionalne KRUS wraz z przekazami z wysokością składek na ubezpieczenie społeczne za IV kwartał 1998 roku wysłały do czynnych płatników składek ulotki i deklaracje zgłoszeń w ilości odpowiadającej liczbie ubezpieczonych. Ogółem wysłano 1 397 297 zgłoszeń do 98,7% osób podlegających na koniec III kwartału 1998 r. ubezpieczeniu rolniczemu, z czego z powrotem do oddziałów i placówek do dnia 15 grudnia 1998 r. spłynęły 908.494 wypełnione zgłoszenia, co stanowiło zaledwie 52,5% ogólnej wysłanej ich liczby w tej grupie. Ponadto w trakcie analizy wykazów płatników podatku rolnego wytypowano rolników, posiadających gospodarstwa do 1 ha przeliczeniowego, którzy nie podlegali ubezpieczeniu społecznemu rolników i do 50,4% spośród nich wysłano także deklaracje zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Jednakże do dnia 15 grudnia 1998 r. spłynęło tylko 8% wypełnionych zgłoszeń z ogółu wysłanych w tej grupie.

Ponadto informacje o obowiązku dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego szeroko propagowano w środowisku rolniczym za pośrednictwem sołtysów, urzędów gmin, regionalnej prasy, radia i telewizji, wskazując na konieczność terminowego zgłaszania się do ubezpieczenia. Na bieżąco w oddziałach i placówkach KRUS dokonywano weryfikacji wpływających wypełnionych zgłoszeń, wprowadzając równolegle dane ubezpieczonych i członków ich rodzin do ewidencji.

W trakcie prac nad nowelizacją ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym KRUS opracowała założenia do programu komputerowego przeznaczonego do ewidencjonowania osób ubezpieczonych zdrowotnie, okresów podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu i wymiaru należnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego składek. W systemie tym każdy podlegający obowiązkowi ubezpieczenia, opłacający składkę, ma założone swoje odrębne konto.

Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym nie rozwiązała jednoznacznie problemu zdrowotnego środowiska rolniczego w skali całego kraju. Odczuwalne jest nadmierne oddalenie kas chorych od rolników, a także zbędny i kosztowny

dualizm organizacyjny. KRUS, pomimo ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego dla około 4,4 mln mieszkańców wsi, nie ma żadnego wpływu na wykorzystywanie odprowadzonych składek. A przecież KRUS posiada najlepsze rozeznanie sytuacji zdrowotnej wsi m.in. w wyniku wieloletniej współpracy z Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi Collegium Medicum UJ oraz Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie.

Analizując różne organizacyjne warianty realizowania przez KRUS zadań w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego rolników, za optymalne rozwiązanie uznaje się usytuowanie tych zadań w ramach istniejących już struktur organizacyjnych Kasy. Za rozwiązaniem takim przemawiają takie względy jak:

- skoncentrowanie wszystkich spraw z zakresu ubezpieczeń rolniczych w jednej instytucji ubezpieczeniowej,
- nie tworzenie nowej infrastruktury organizacyjnej, lecz wykorzystanie w maksymalnym stopniu struktur dotychczasowych,
- stosowanie rozwiązań możliwie prostych i oszczędnych,
- wdrożenie nowych zasad bez obciążenia ubezpieczonych dodatkowymi formalnościami i kosztami.

Tabela 1

Ludność objęta ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce w 2000 r.

Lp.	Województwo (kasa chorych)	Osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w KRUS				% udział osób objętych ubezpieczeniem w KRUS do ogółu ubezpieczonych
		ogółem w kasach chorych	razem	rolnicy, domownicy oraz człon- kowie rodzin	emeryci, renciści oraz człon- kowie rodzin	
1	2	3	4	5	6	7
1	Dolnośląskie	2 957 074	187 738	102 361	85 377	6,3
2	Kujawsko-Pomorskie	2 101 086	277 912	166 387	111 525	13,2
3	Lubelskie	2 233 271	540 990	294 508	246 482	24,2
4	Lubuskie	1 023 829	64 784	28 493	36 291	6,3
5	Łódzkie	2 647 763	363 897	207 872	156 025	13,7
6	Małopolskie	3 226 611	355 947	214 380	1 411 567	11,0
7	Mazowieckie	5 068 677	661 173	386 279	274 894	13,0
8	Opolskie	1 086 608	110 081	68 471	41 610	10,1
9	Podkarpackie	2 127 859	250 906	124 719	126 187	11,8
10	Podlaskie	1 222 011	318 233	186 096	132 137	26,0
11	Pomorskie	2 194 628	148 731	89 698	59 033	6,8
12	Śląskie	4 857 848	144 989	72 625	72 364	3,0

1	2	3	4	5	6	7
13	Świętokrzyskie	1 323 719	230 700	127 664	103 036	17,4
14	Warmińsko-Mazurskie	1 466 248	157 070	88 044	69 026	10,7
15	Wielkopolskie	3 357 541	417 335	253 297	164 038	12,4
16	Zachodnio-Pomorskie	1 733 446	98 169	51 888	46 281	5,7
17	Kasa Branżowa	-	31 599	9 393	22 206	-
Ogółem w Polsce		38 646 201	4 360 254	2 472 175	1 888 079	11,3

Źródło: dane dotyczące KRUS wg stanu z września 2000 r.

Realizacja przez KRUS ubezpieczenia zdrowotnego ludności wiejskiej powinna przynieść określone korzyści, a przede wszystkim:

- zapewnienie ubezpieczonym w ramach posiadanych środków lepszej dostępności do świadczeń przez bliskość ubezpieczonego i jednostek terenowych KRUS z placówkami służby zdrowia,
- bardziej racjonalną dystrybucję środków finansowych, wynikającą z lepszego rozeznania specyfiki i potrzeb zdrowotnych wsi oraz możliwości bardziej efektywnej kontroli wydatkowania tych środków,
- preferowanie szeroko pojętej profilaktyki oraz rehabilitacji, ukierunkowanej przede wszystkim na typowe dla rolników schorzenia, zarówno w placówkach rehabilitacyjnych leczenia stacjonarnego, w tym także w Centrach Rehabilitacji Rolników KRUS, jak i w warunkach ambulatoryjnych, w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta,
- zainicjowanie działań dla wdrożenia - zgodnie z wieloletnimi postulatami Instytutu Medycyny Wsi - powszechnego systemu profilaktycznej opieki nad rolnikami i ich rodzinami, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży,
- podjęcie problemu opieki paliatywno - hospicyjnej, szczególnie trudnego do rozwiązania w warunkach wiejskich.

Celowość koncentracji w jednej instytucji całej problematyki ubezpieczeń rolniczych potwierdzają doświadczenia takich państw europejskich jak Austria, Francja, Niemcy, gdzie typowe są procesy stopniowego rozszerzania zakresu kompetencji instytucji ubezpieczenia rolniczego na całą w praktyce sferę opieki socjalnej i zdrowotnej nad ludnością wiejską.

4. Stan rozwiązań i propozycje zmian w opiece zdrowotnej rolników indywidualnych w związku z pracą

W okresie powojennym polityka państwa polskiego zakładała przejściowy charakter własności indywidualnej w rolnictwie, preferując działania zmie-

rzające do stopniowego uspołecznienia rolnictwa. Dopiero w latach siedemdziesiątych uznano zasadność funkcjonowania indywidualnych gospodarstw rolnych. Od tego czasu zmienia się polityka rolna państwa i stosunek do rolników indywidualnych jako znaczącej grupy społeczno-zawodowej, która nie była postrzegana przez ośrodki ustawodawcze i decyzyjne, kształtujące system bezpieczeństwa i ochrony zdrowia człowieka w środowisku pracy.

W 1977 r. została uchwalona Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym i innych świadczeniach dla rolników i ich rodzin.⁵ Ustawa przyznała rolnikom prawo do emerytury i renty, bezpłatnej opieki medycznej oraz do korzystania ze świadczeń z tym związanych, przyznawanych na zasadach podobnych jak w odniesieniu do innych grup społecznych. Jednak świadczenia przyznane wówczas rolnikom, w porównaniu ze świadczeniami innych grup zawodowych, były niższe. Ich zakres i wysokość poszerzyła dopiero Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników indywidualnych i ich rodzin z roku 1982. Były one jednak ograniczone możliwościami finansowymi państwa, ponieważ wydatki na świadczenia miały być pokrywane w 2/3 przez budżet centralny, a tylko w 1/3 ze składek opłacanych przez rolników. Niemniej jednak aż do 1990 r. nie wprowadzono żadnych rozwiązań organizacyjno - prawnych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, bądź takich, które pozwalałyby na objęcie rolników indywidualnych profilaktyczną opieką zdrowotną z racji wykonywanej pracy.

Istotną zmianą jakościową w systemie ubezpieczeń społecznych rolników były regulacje wprowadzone przez cytowaną wcześniej ustawę o ubezpieczeniu społecznym rolników z grudnia 1990 r., powołującą Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego - nowoczesną, odrębną instytucję ubezpieczeniową dla rolników i przyjmującą rozwiązania zbliżone do funkcjonujących w państwach Europy Zachodniej. Ustawa ta nie tylko wyodrębniła ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie od ubezpieczenia emerytalno-rentowego, ustalając odrębną składkę dla każdego z tych rodzajów ubezpieczenia, lecz także po raz pierwszy wykorzystwała pewne elementy z zakresu ochrony zdrowia rolników w związku z pracą.

KRUS prowadzi działalność na rzecz zapobiegania wypadkom przy pracy rolniczej i rolniczym chorobom zawodowym, głównie jednak w aspekcie promocji bezpiecznej pracy, nie reguluje natomiast spraw profilaktyki medycznej. Ponadto omawiana ustawa zobowiązuje KRUS do podejmowania działań na rzecz pomocy ubezpieczonym w korzystaniu z różnorodnych form rehabilitacji leczniczej i zawodowej, co jest niewątpliwie postępową formą działalności Kasy, ale w stosunku do ubezpieczonego o tyle spóźnioną, że ma miejsce dopiero po "utracie zdrowia".

⁵ Dz.U. Nr 32, poz. 140.

Nie budzący wątpliwości jest natomiast fakt, że w ochronie zdrowia, w każdym przypadku, najskuteczniejszą działalnością - a zatem i w związku z wykonywaną pracą - jest profilaktyka. Jest to też najbardziej korzystna forma działalności z ekonomicznego punktu widzenia, jeśli to zagadnienie rozpatrywać z pewnej perspektywy czasowej. Zatem, rolnicy indywidualni w Polsce znaleźli się poza zasięgiem przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy i nie zostali również objęci profilaktyczną opieką zdrowotną w związku z wykonywaną pracą, na poziomie gwarantowanym innym grupom zawodowym.

Ustanowiona w 1997 r. ustawa o służbie medycyny pracy, która systemowo zapewniła nadzór nad warunkami pracy oraz zdrowotne świadczenia profilaktyczne dla całej populacji pracujących na podstawie umowy o pracę, nie objęła obligatoryjnie rolników jako grupy zawodowej pracującej na własny rachunek. Ustawa ta przewiduje jedynie, że rolnicy mogą korzystać z usług służb medycyny pracy na zasadzie dobrowolności i na koszt własny, co w praktyce oznacza odcięcie ich od profilaktycznej opieki medycznej. W mentalności polskiego rolnika nie mieści się bowiem potrzeba opłacania usług medycznych w chwili, gdy nie są wymuszane chorobą, a dodatkowym ograniczeniem jest trudna sytuacja ekonomiczna gospodarstw rolnych. Podkreślić należy, że stan zdrowia ludności rolniczej w wieku produkcyjnym i starszym jest gorszy niż innych grup zawodowych. A chodzi o niemalą grupę, bowiem populacja gospodarujących indywidualnie w Polsce sięga do 3,5 miliona osób, tj. około 24% ogółu pracujących w całej gospodarce narodowej. Przeprowadzone przez Instytut Medycyny Wsi w latach 1986 - 1990 ogólnopolskie, reprezentatywne badania stanu zdrowia mieszkańców wsi wykazały, że młodzi ludzie podejmujący pracę w rolnictwie są przeciętnie w lepszym stanie zdrowia od swych rówieśników znajdujących zatrudnienie poza rolnictwem. Jednakże z wiekiem różnice w stanie zdrowia tych populacji zmieniają się na niekorzyść rolników, co można wiązać z uciążliwymi warunkami pracy. Wśród mężczyzn pracujących wyłącznie w rolnictwie częściej niż pracujący poza nim występowały choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, układu oddechowego oraz choroby skóry. Rolniczki z kolei częściej niż inne kobiety pracujące poza rolnictwem zapadały na choroby krążenia.

Cechą charakterystyczną polskiego rolnictwa jest znaczne rozdrobnienie gospodarstw rolnych. W Polsce funkcjonuje około 2 miliony gospodarstw o przeciętnym areale 7,6 ha, przy czym około 80% gospodarstw nie przekracza 10 ha. W małych gospodarstwach przeważa wielokierunkowa produkcja o profilu uprawno-hodowlanym, z czym wiąże się wielofunkcyjność w pracy polskiego rolnika. Produkcję rolną cechuje ponadto sezonowość prac i z tym związana zmienność warunków klimatycznych, jak również stały i bezpośredni kontakt ze światem roślinnym i zwierzęcym wraz z jego patogenami, narażenie na środki chemiczne wprowadzanych do środowiska pracy, zagro-

zenia związane z mechanizacją rolnictwa, ale też duże obciążenie psychofizyczne przy pewnych rodzajach pracy.

Warunki bezpieczeństwa i higieny w indywidualnych gospodarstwach rolnych są złe. Nie znaleziono dotąd formuły prawnej, według której sprawdzone i potwierdzone reguły bezpiecznej pracy mogłyby mieć zastosowanie w odniesieniu do rolnika, gdyż nie ma społecznej zgody co do źródeł finansowania. Opieka zdrowotna świadczona przez gminne i wiejskie ośrodki zdrowia również nie jest ukierunkowana na analizę występujących w indywidualnym gospodarstwie zagrożeń dla zdrowia, ani na podejmowanie odpowiednich działań zapobiegawczych. Stąd też rolnictwo jest jednym z najbardziej wypadkogennych działów gospodarki narodowej.

Tabela 2

Liczba wypadków w rolnictwie w tym śmiertelnych w latach 1992 - 1999

Rok	Liczba wypadków	
	ogółem	wypadków śmiertelnych
1992	49300	304
1993	49057	286
1994	41340	316
1995	39864	318
1996	39408	250
1997	41560	334
1998	29777	288
1999	31906	257

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KRUS

Wskaźnik wypadkowości w rolnictwie wynosił rocznie około 30 wypadków na 1000 ubezpieczonych, podczas gdy w przemyśle był on trzykrotnie niższy. Wyżej cytowane dane liczbowe dotyczące wypadków w rolnictwie indywidualnym odnoszą się jedynie do około 1,5 miliona rolników ubezpieczonych, co przy ponad 3,5 miliona pracujących w gospodarstwach indywidualnych oznacza, że rzeczywista liczba wypadków jest prawdopodobnie znacznie większa.

W przeciwieństwie do wysokiej wypadkowości, liczba rejestrowanych w rolnictwie indywidualnym chorób zawodowych jest niska. Z danych KRUS wynika, że w ponad 3,5 milionowej populacji rolników indywidualnych zarejestrowano w latach 1993 - 1999 rocznie odpowiedni: 8, 20, 64, 80, 82, 139 i 141 przypadków chorób zawodowych, podczas gdy w dziesięciokrotnie mniejszej

grupie pracowników zakładów rolnych sektora publicznego, objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, zarejestrowano ich rocznie 2-3 - krotnie więcej. Wynika to m.in. stąd, że kryteria przyznawania i orzekania w sprawie chorób zawodowych, regulowane obowiązującymi w Polsce przepisami, nie są przystosowane do pracujących w rolnictwie indywidualnym. Do roku 1991, kiedy podjęła działalność KRUS, w ogóle nie orzekano chorób zawodowych w rolnictwie indywidualnym.

Sytuacja zdrowotna ludności rolniczej, warunki o specyfika pracy w gospodarstwach indywidualnych w Polsce oraz dotychczasowe regulacje prawne uzasadniają potrzebę opracowania i wdrożenia nowych rozwiązań organizacyjno-prawnych, dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi. W rankingu potrzeb należałoby przede wszystkim:

- zapewnić rolnikom indywidualnym profilaktyczną opiekę zdrowotną w związku z pracą,
- przystosować orzecznictwo w sprawie chorób zawodowych do potrzeb rolników indywidualnych,
- wdrożyć system bezpiecznej pracy oraz pewnej formy nadzoru nad warunkami pracy przy respektowaniu podstawowych praw obywatelskich, wynikających z poszanowania prywatności i swobodnego dysponowania własnością,
- usprawnić system rehabilitacji leczniczej i zawodowej rolników.

W 1996 r. opracowano wstępną koncepcję nowych rozwiązań systemowych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi w związku z warunkami pracy oraz innych form działalności prewencyjnej, w celu poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy. Przy opracowaniu tej koncepcji przyjęto następujące, główne założenia:

- 1) powszechność systemu, czyli objęcie nim wszystkich pracujących w rolnictwie indywidualnym,
- 2) wyraźne powiązanie działań na rzecz ochrony rolników z funkcjonowaniem instytucji ubezpieczeniowych, a przede wszystkim KRUS,
- 3) możliwość wykorzystania dla rozwoju ochrony zdrowia rolników mechanizmów i instytucji, do których są przyzwyczajeni i akceptują ich obecności w środowisku wiejskim, tj. infrastruktury kadrowej i materialnej podstawowej opieki zdrowotnej istniejącej na wsi, samorządów lokalnych, organizacji społeczno-zawodowych i innych.

Powszechność systemu oznacza, że powinien on obejmować właścicieli gospodarstw rolnych i domowników pracujących przy produkcji rolnej. Rozszerzałoby to dotychczasowe ramy profilaktycznej opieki zdrowotnej na wszystkich pracujących w rolnictwie, bez względu na rodzaj własności gospodarstwa rolnego.

Wydaje się, że w polskich warunkach jedyną możliwością stopniowego objęcia powszechną profilaktyczną opieką zdrowotną rolników indywidual-

nych w związku z pracą jest powiązanie jej z systemem ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych. System ubezpieczeń wymuszałby konieczność poddawania się badaniom profilaktycznym, gdyż byłoby to warunkiem korzystania z pewnych świadczeń z tytułu ubezpieczenia. Ponadto objęcie rolników nowym rodzajem usług medycznych nie obciąży ich bezpośrednio kosztami - znajdują się one w składce ubezpieczeniowej.

Instytucje ubezpieczeniowe również powinny być zainteresowane jak najwcześniejszym wykrywaniem odchyleń w stanie zdrowia ubezpieczonych, ponieważ w dalszej perspektywie czasowej oszczędzi to na znacznie większych wydatkach związanych z wypłacaniem świadczeń. Jednakże działalność orzecznictwa i świadczenia z tytułu chorób zawodowych winny być finansowane z budżetu państwa, tak jak w przypadku innych grup zawodowych w Polsce.

Proponowany system na szczeblu podstawowym powinien opierać się na zakładach podstawowej opieki zdrowotnej na wsi, z uwagi na:

- rozwiniętą sieć wiejskich i gminnych ośrodków zdrowia,
- wiedzę lekarzy i pielęgniarek o środowisku, w którym pracują, w warunkach życia rolników i ich rodzin,
- fakt, że służby medyczne wiejskich placówek zdrowia są ośrodkami pierwszego kontaktu rolników z opieką zdrowotną.

Zakłada się, że zadania związane ze służbą medycyny pracy na wsi byłyby przypisane pielęgniarce środowiskowej i lekarzowi wiejskiego ośrodka zdrowia. Podstawowym zadaniem pielęgniarki środowiskowej byłoby założenie i wprowadzenie "Karty środowiska pracy" dla każdego gospodarstwa rolnego położonego na terenie działania ośrodka zdrowia. Zawierałaby ona uproszczoną charakterystykę gospodarstwa, rodzaj produkcji, podstawowe dane o warunkach pracy i ekspozycji na czynniki szkodliwe, stanowiąc pewną formę nadzoru nad warunkami pracy. Wskazana byłaby współpraca w tym zakresie z tzw. gminnym liderem bhp, tj. urzędnikiem gminy odpowiedzialnym za sprawy bezpieczeństwa i higieny pracy w gospodarstwach rolnych. W niektórych rejonach Polski tacy liderzy już zostali powołani.

Karta środowiskowa pracy umożliwi lekarzowi prowadzącemu badania profilaktyczne poznanie warunków pracy rolnika. Podstawowym zadaniem lekarza będzie z kolei prowadzenie badań profilaktycznych, udokumentowane założeniem Karty zdrowia rolnika. Badania służyłyby do oceny aktualnego stanu zdrowia i dynamiki zmian zachodzących pomiędzy kolejnymi badaniami, określenia prac przeciwwskazanych dla badanego oraz informowania rolnika o objawach, jakimi mogą manifestować się skutki zawodowego narażenia się na czynniki szkodliwe i uciążliwe w związku z pracą w gospodarstwie. Do zadań lekarza powinno również należeć: dawanie opinii o stanie zdrowia rolnika dla potrzeb instytucji ubezpieczeniowych, wydawanie zaleceń dla rolników, dotyczących np. używania ochrony osobistej, zmiany niewłaściwych nawyków w sposobie wykonywania pracy itp., organizowanie kursów pier-

wszej pomocy i krzewienie oświaty sanitarnej.

W procesie wdrażania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami ważnym elementem jest fachowe przygotowanie personelu medycznego wiejskich i gminnych ośrodków zdrowia. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej na wsi powinni być przeszkoleni z zakresu medycyny i higieny pracy na wsi i powinni uzyskać certyfikat uprawniający do prowadzenia badań profilaktycznych rolników.

Sprawność systemu ochrony zdrowia rolników w istotnym stopniu będzie zależała nie tylko od stanu regulacji organizacyjno-prawnych, lecz także od mechanizmów motywacyjnych, z których najsilniejsze są ekonomiczne. Wdrożenie proponowanego systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami ułatwi również orzecznictwo w sprawie chorób zawodowych rolników. Dotychczas nikt nie prowadził stałego monitoringu stanu zdrowia tej grupy pracujących (badania profilaktyczne), nie rejestrowano zagrożeń zdrowotnych w środowisku pracy indywidualnego gospodarstwa rolnego pod względem jakościowym i ilościowym, co utrudnia powiązanie zmiany w stanie zdrowia z wpływem czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy.

Częścią ochrony zdrowia rolników w związku z pracą jest poprawa warunków bezpieczeństwa i higieny pracy w gospodarstwie rolnym. W Polsce, z wielu względów, popularyzacja wiedzy wydaje się być najlepszą drogą do poprawy tych warunków. W Instytucie Medycyny Wsi został opracowany integracyjny system popularyzacji wiedzy z zakresu bezpieczeństwa i ergonomii pracy w rolnictwie, który zakłada współdziałanie wielu instytucji i organizacji reprezentujących zarówno administrację państwową, jak i instytucje związane z ochroną zdrowia, nauką, edukacją, systemem ubezpieczeń, doradztwem rolniczym, inspekcją pracy, oraz organizacje społeczne i zawodowe rolników. System ma objąć wszystkich pracujących w rolnictwie: dorosłych, młodzież szkół rolniczych i dzieci.

W zakresie usprawnienia rehabilitacji leczniczej i zawodowej przewiduje się:

- rozszerzenie opieki dyspenseryjnej w ośrodkach zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej z powodu dysfunkcji układu ruchu, chorób układu krążenia, chorób układu nerwowego,
- szkolenie lekarzy i fachowego personelu pomocniczego ośrodków zdrowia na wsi w zakresie podstawowych zasad rehabilitacji możliwej do realizacji w miejscu zamieszkania pacjenta,
- stworzenie rolnikom możliwości rehabilitacji zawodowej poprzez powołanie struktur doradztwa zawodowego w gminach,
- powołanie modelowych ośrodków rehabilitacji zawodowej i leczniczej rolników.

W 1993 r. Europejska Federacja Związków Zawodowych Sektora Rolnego wydała proklamację "Lepsza ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pracowni-

ków sektora rolnego". Postuluje w niej, aby przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy obejmowały nie tylko pracowników, lecz także osoby samodzielnie prowadzące gospodarstwa rolne, zaś ryzyko, na jakie narażone są kobiety, dzieci i osoby starsze żyjące w gospodarstwach rolnych, znalazło odbicie w ustawodawstwie pracy. Postulat ten wychodzi naprzeciw koncepcje nowych rozwiązań z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa i higieny pracy rolników, przygotowywane do wdrożenia w Polsce w nowych warunkach ustrojowych i gospodarczych.