



# UBEZPIECZENIA W ROLNICTWIE

materiały i studia

58

KWARTALNIK 58/2016 ISSN 1507 - 4757

ORGANIZACJA, EKONOMIKA  
I PROBLEMY SPOŁECZNE

OCHRONA ZDROWIA  
I REHABILITACJA

USTAWODAWSTWO I ORZECZNICTWO

UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

DOKUMENTACJA I STATYSTYKA

# Ubezpieczenia w rolnictwie

Materiały i Studia



---

KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO  
WARSZAWA 2016

# UBEZPIECZENIA W ROLNICTWIE MATERIAŁY I STUDIA

**Kwartalnik**  
**Nr 58 z 2016 r.**  
**ISSN 1507-4757**

Zgodnie z komunikatem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 18 grudnia 2015 r., Kwartalnik uzyskał liczbę **5 punktów** w parametrycznej ocenie czasopism naukowych i został wpisany do części B wykazu. Kwartalnik przeszedł pozytywnie proces ewaluacji **IC Journals Master List 2015**, uzyskując wskaźnik **ICV (Index Copernicus Value) w wysokości 53,37**.

## **Rada Programowa**

### **Przewodniczący:**

prof. dr hab. Marian Podstawka, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

### **Członkowie Rady:**

prof. dr hab. Paweł Czechowski, Uniwersytet Warszawski

prof. dr hab. Andrzej Czyżewski, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

dr R. Droba (prof. nadzw.), Wyższa Szkoła Administracyjno-Społeczna w Warszawie

mgr Marek Jarosław Hołubicki, Pełnomocnik Prezesa Kasy kierujący Zespołem Koordynacji

Współpracy Naukowej, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

dr hab. Beata Jeżyńska (prof. nadzw.), Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

prof. dr hab. Irena Jędrzejczyk, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

dr Erich Koch, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel, Niemcy

dr n. med. Andrzej Kosiniak-Kamysz, Dyrektor Specjalistycznego Szpitala im. Dietla w Krakowie

prof. dr hab. Andrzej Kowalski, Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – PIB

prof. dr hab. Wanda Sułkowska, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska (prof. nadzw.), Uniwersytet Rzeszowski

dr hab. n. med. Andrzej Wojtyła (prof. nadzw.), Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

prof. dr hab. Maciej Żukowski, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

## **Redakcja**

dr Monika A. Król (redaktor naczelny)

dr Wojciech Nagel (sekretarz naukowy)

Maria Lewandowska (sekretarz redakcji)

Jolanta Socha (redaktor techniczny)

## **Redaktorzy tematyczni**

- **ekonomia:** prof. dr hab. Andrzej Czyżewski, prof. dr hab. Andrzej Kowalski, prof. dr hab. Marian Podstawka
- **ubezpieczenia:** prof. dr hab. Wanda Sułkowska, prof. dr hab. Maciej Żukowski, dr W. Nagel
- **statystyka:** prof. dr hab. Bolesław Borkowski
- **prawo:** prof. dr hab. Paweł Czechowski, dr hab. Beata Jeżyńska (prof. nadzw.)
- **ochrona zdrowia i rehabilitacja:** dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska (prof. nadzw.), dr hab. n. med. Andrzej Wojtyła (prof. nadzw.)
- **redaktor językowy:** (j. polski) Maria Lewandowska, Urszula Straszak-Jakovljević
- **redaktor techniczny:** Jolanta Socha, DTP: Igor Zalewski

## **Adres redakcji**

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – Centrala

00-608 Warszawa, Al. Niepodległości 190

tel. 22 592-64-80, 22 592-64-15

e-mail: monika.krol@krus.gov.pl, rzecznik@krus.gov.pl

## W numerze

### Od Redakcji

Wstęp do wydania

5

### Organizacja, ekonomika i problemy społeczne

Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych  
drogą do pełnej inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych  
*Krzysztof Czechowski, Anna Wilmowska-Pietruszyńska*

7

### Ochrona zdrowia i rehabilitacja

Uwarunkowania zdrowia, ochrony zdrowia i rehabilitacji  
na polskiej wsi. Wyzwania organizacyjne i prawne  
*Przemysław Litwiniuk, Maciej Płaszewski*

31

Nordic Walking – aktywność ruchowa jako forma higienicznego  
trybu życia

*Grzegorz Gałuszka, Renata Gałuszka*

54

## **Ustawodawstwo i orzecznictwo**

Wykorzystanie ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem  
w rolnictwie

*Tomasz Jedynak*

73

## **Ubezpieczenia na świecie**

Rolnicze emerytury w Danii, Norwegii i Australii  
a bezpieczeństwo ekonomiczne

*Barbara Andruczyk*

96

## **Recenzje i noty**

Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania  
w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw  
w Polsce

*Irena Jędrzejczyk*

120

# Od Redakcji

## Szanowni Czytelnicy,

Prezentujemy Państwu kolejny, 58. numer kwartalnika naukowego, wydawanego przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Z przyjemnością informujemy, że nasze czasopismo pozytywnie przeszło proces ewaluacji IC *International Journals Master List 2015*, której wynikiem jest przyznanie temu tytułowi, po raz pierwszy, wskaźnika ICV (Index Copernicus Value) w wysokości 53,37 pkt. Od 2015 r., zgodnie z komunikatem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 18 grudnia 2015 r. w sprawie wykazu czasopism naukowych wraz z liczbą punktów przyznanych czasopismom, kwartalnik został wpisany do części B wykazu czasopism naukowych, uzyskując 5 pkt.

Kwartalnik kolportowany jest nieodpłatnie, jego pełna wersja elektroniczna znajduje się na stronie <http://www.krus.gov.pl/wydawnictwa/ubezpieczenia-w-rolnictwie-materialy-i-studia/>.

Zapraszamy przedstawicieli nauki i praktyków do składania materiałów do publikacji. Artykuły do kwartalnika mogą być przygotowywane w języku polskim, z tytułem, słowami kluczowymi i streszczeniem w języku angielskim. Przyjmujemy także artykuły w języku angielskim, z tytułem, słowami kluczowymi i streszczeniem w języku polskim. Autorzy opublikowanych materiałów otrzymują honorarium autorskie. Materiały prosimy wysyłać w formie elektronicznej pod adresem [rzecznik@krus.gov.pl](mailto:rzecznik@krus.gov.pl) lub [monika.krol@krus.gov.pl](mailto:monika.krol@krus.gov.pl)

Numer 58 poświęcony jest kilku zagadnieniom. W 2012 r. Polska ratyfikowała Konwencję ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, potwierdzając tym samym prawo osób niepełnosprawnych do pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności. Wdrażaniu postanowień Konwencji służyć ma przyjęty przez Unię Europejską dokument *Europejska Strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Europa bez barier*. Wyznaczono w nim osiem podstawowych obszarów działania, jakimi są: dostępność, uczestnictwo, równość, zatrudnienie, kształcenie i szkolenie, ochrona socjalna, zdrowie oraz działania zewnętrzne. Artykuł *Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych drogą do pełnej inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych* przybliży te założenia w odniesieniu do systemów zabezpieczenia społecznego w Polsce, orzecznictwa lekarskiego i in.

Przedstawiamy również opracowanie nt. „*Uwarunkowania zdrowia, ochrony zdrowia i rehabilitacji na polskiej wsi. Wyzwania organizacyjne i prawne*”. Praca jest omówieniem procesów i zjawisk zdrowia, ochrony zdrowia i rehabilitacji w kontekście polityki zdrowotnej i rozwiązań praw-

nych w Polsce, ze zwróceniem uwagi na specyficzny kontekst uwarunkowań środowiskowych, kulturowych, epidemiologicznych i demograficznych w odniesieniu do ludności rolniczej. Za przykłady mniejszej dostępności na wsi do usług publicznych z zakresu ochrony zdrowia, rehabilitacji itp. służą autorom wyniki: raportu Regionu Europejskiego WHO, raportu OECD na temat systemów ochrony zdrowia w trzydziestu krajach członkowskich i w krajach partnerskich, czy dane z Programu Wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020.

W dziale *Ochrona zdrowia i rehabilitacja* prezentujemy opracowanie nt. *Nordic Walking – aktywność ruchowa jako forma higienicznego trybu życia*. Autorzy prezentują wyniki badania ankietowego, którego celem była ocena, czy systematycznie uprawiany Nordic Walking wpływa na zdrowie i kondycję fizyczną osób w różnym wieku, oraz ocena atrakcyjności tej formy aktywności ruchowej. Ankietowani podają różne przykłady na dowód, że uprawianie tego rodzaju sportu miało znaczący wpływ na zmniejszenie dolegliwości spowodowanych różnymi schorzeniami i przyczyniło się do lepszego samopoczucia oraz poprawy kondycji fizycznej.

Artykuł pt. *Ryzyko w rolnictwie i ubezpieczenia* powstał w oparciu o wyniki badań prowadzonych w Katedrze Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Omówiono w nim zagadnienie ryzyka ze wskazaniem rodzajów ryzyk towarzyszących działalności rolniczej. Scharakteryzowano również produkty ubezpieczeniowe dedykowane gospodarstwu rolnym.

Publikacja pt. *Rolnicze emerytury w Danii, Norwegii i Australii a bezpieczeństwo ekonomiczne* jest kontynuacją cyklu opracowań z zakresu ubezpieczeń społecznych i bezpieczeństwa ekonomicznego rolników. Celem artykułu jest przedstawienie sytuacji emerytów w systemach ubezpieczeń społecznych tak bogatych krajów jak Dania, Norwegia czy Australia. Mają one zbliżony poziom rozwoju gospodarczego, przekładający się na wysokie standardy życia ich społeczeństw, a także na większe bezpieczeństwo publiczne. Wskazano także granice deprivacji materialnej (ubóstwa) w systemach emerytalnych omawianych krajów. W dziale *Recenzje i noty* publikujemy uwagi do monografii *Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw w Polsce*.

Życzymy interesującej lektury.

Monika A. Król – redaktor naczelna  
Wojciech Nagel – sekretarz naukowy  
Maria Lewandowska – sekretarz redakcji

*Krzysztof Czechowski, Anna Wilmowska-Pietruszyńska\**

# Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, drogą do pełnej inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych

---

## Streszczenie

---

W 2012 r. Polska ratyfikowała Konwencję ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych<sup>1</sup> (przyjętą przez ONZ w 2006 r.) i zobowiązała się tym samym do podjęcia wszelkich działań na rzecz urzeczywistniania jej postanowień, monitorowania ich realizacji, a także upowszechniania zapisów Konwencji w świadomości wszystkich obywateli. Polska wzięła na siebie jednocześnie obowiązek usuwania barier, które napotykają osoby niepełnosprawne w realizacji swoich praw. Ratyfikacja Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych potwierdziła prawo w Polsce osób niepełnosprawnych do pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz poszanowania ich przyrodzonej godności.

**Słowa kluczowe:** Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, osoby niepełnosprawne, włączenie społeczne.

---

\* Krzysztof Czechowski, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dr hab. n. med. prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski.

<sup>1</sup> [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja\\_Praw\\_Osob\\_Niepelnosprawnych.pdf](http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf) (dostęp 30.06.2016 r.)



## 1. Wprowadzenie

---

Według danych WHO, na całym świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi około 15% populacji światowej<sup>2</sup>. Częstość występowania niepełnosprawności zwiększa się z powodu starzenia się społeczeństw oraz globalnego wzrostu chorób przewlekłych i jest wyższa w krajach o niskich niż w krajach o wysokich dochodach. Niepełnosprawność w sposób nieproporcjonalny dotyka kobiet, osób starszych i ludzi ubogich. Osoby niepełnosprawne stawiają czoła licznym barierom związanym z dostępem do świadczeń, mają gorszy stan zdrowia i gorsze wyniki w nauce. Zmniejszona jest ich aktywność ekonomiczna, a stopa ubóstwa – wyższa niż w przypadku osób w pełni sprawnych. Istnieje ponad dwa razy większe prawdopodobieństwo, że zarówno placówki ochrony zdrowia, jak i umiejętności pracowników ochrony zdrowia będą niewystarczające, aby zaspokoić potrzeby niepełnosprawnych. Prawie trzykrotnie większe jest prawdopodobieństwo odmowy udzielenia im usług zdrowotnych i cztery razy większe prawdopodobieństwo, że osoby te będą źle traktowane. Wielu z tych barier da się uniknąć, a przeszkody związane z niepełnosprawnością mogą zostać przezwyciężone. Każdy, kto staje się niepełnosprawny, zmuszony jest do zmiany sposobu życia i dostosowania się do nowych warunków. Niepełnosprawność jest następstwem choroby lub urazu, jest stanem, który niesie ze sobą ograniczenia funkcjonalne, często bardzo znaczne. Niepełnosprawność nie zamyka drogi do funkcjonowania w życiu codziennym, jednak w wielu przypadkach je utrudnia. Trzeba zrobić wszystko, aby wykorzystać istniejące możliwości, zdolności, rozpocząć życie na nowo.

Z tego też względu Polska ratyfikowała<sup>3</sup> Konwencję ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych w 2012 r. (przyjętą przez ONZ w 2006 r.), zobowiązała się tym samym do podjęcia wszelkich działań na rzecz urzeczywistnienia postanowień Konwencji, monitorowania ich realizacji, a także upowszechniania jej zapisów w świadomości wszystkich obywateli oraz wzięła na siebie obowiązek usuwania barier, które napotykały osoby niepełnosprawne w realizacji swoich praw.

---

<sup>2</sup> Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr I/2013(6), PFRON, Warszawa 2013 r.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 15 czerwca 2012 r. o ratyfikacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r., poz. 882.

## 2. Niepełnosprawność

---

Konwencja nie definiuje „niepełnosprawności”, jednakże w preambule do dokumentu można przeczytać: „... uznając, że niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i że niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowymi, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami”. Tak dla porównania Definicje niepełnosprawności wg WHO: „*Niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka*”<sup>4</sup>. „*Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych.*” Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych (The World Programme of Action for Disabled Persons)<sup>5</sup> oraz Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities)<sup>6</sup> podkreślają, iż niepełnosprawność jest problemem społecznym i nie ogranicza się do konkretnej osoby. Mówiąc o niepełnosprawności, mamy na względzie relację między zdrowiem człowieka (uwzględniając jego wiek, płeć i wykształcenie) a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza.

W 1994 roku Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako: „jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób, jak inni ludzie”. Bariery te są zbyt często wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa. We wzajemnych relacjach osób sprawnych i niepełnosprawnych spotykane są też postawy obojętności będące nierzadko pochodną zmian kulturowych w społeczeństwie. Dopiero z chwilą nawiązania bliższych relacji między osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi pojawiają się postawy wzajemnej akceptacji. Za pozytywne reakcje w stosunku do osób niepełnosprawnych należy uznać: wsparcie

---

<sup>4</sup> <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> (dostęp 30.06.2016 r.).

<sup>5</sup> <http://www.un.org/documents/ga/res/37/a37r052.htm> (dostęp 30.06.2016 r.).

<sup>6</sup> <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm> (dostęp 30.06.2016 r.).

materialne, fizyczne, emocjonalne udzielane zarówno przez rodzinę, znajomych, wolontariuszy oraz organizacje pozarządowe, jak i przez instytucje publiczne.

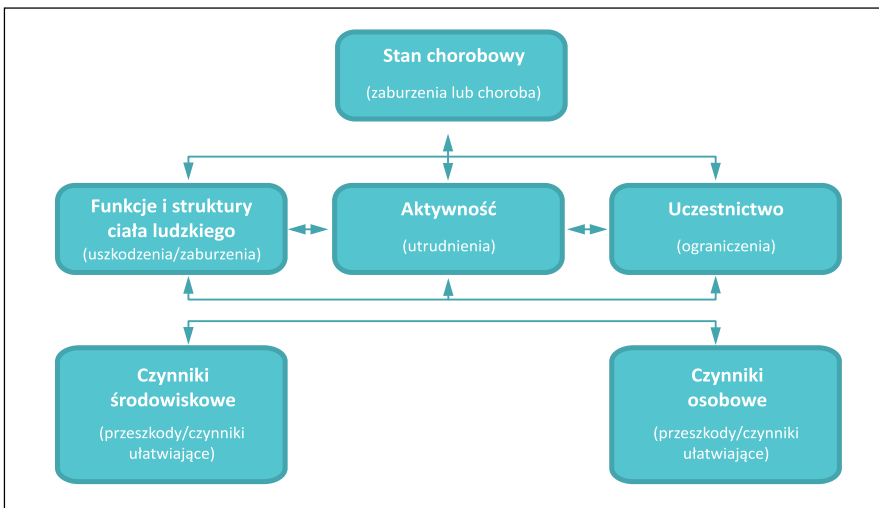
Już na wstępie Konwencji autorzy wskazują, że niepełnosprawność nie jest cechą przypisaną do osoby. Niepełnosprawność pojawia się dopiero w sytuacji, gdy dana osoba napotyka na barierę wynikającą z postaw ludzkich lub środowiskowych. Problemem zatem nie jest sama osoba czy też jej dysfunkcje, tylko środowisko niewystarczająco dostosowane do jej potrzeb lub ludzkie postawy, które mogą skutecznie uniemożliwić jej pełny udział w życiu społeczeństwa. Taki punkt widzenia na sformułowanie „niepełnosprawności” potwierdza wpisana w art. 1 Konwencji definicja osoby niepełnosprawnej, gdzie stwierdzono: *„Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami”*.

Ostatnie trzydziestolecie to dominacja społecznego modelu niepełnosprawności w jej definiowaniu i rozumieniu. W rezultacie tego powstały definicje tego pojęcia uwzględniające społeczny wymiar niepełnosprawności. Definicję wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2001 r. znajdziemy w ramach klasyfikacji ICF z 2001 r. znanej pod nazwą „Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia” (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Przez niepełnosprawność rozumie się tam *„wielowymiarowe zjawisko wynikające z wzajemnych oddziaływań między ludźmi odczuwającymi ograniczenia sprawności a ich fizycznym i społecznym otoczeniem”*. To właśnie WHO w 2001 r. ogłosiła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W Klasyfikacji tej przyjęto całościowy model niepełnosprawności, łączący model medyczny i społeczny. Obejmuje on zależności pomiędzy uszkodzeniem organizmu, ograniczeniami aktywności oraz utrudnieniami lub ograniczeniami uczestnictwa w życiu społecznym uwarunkowane czynnikami osobistymi i środowiskowymi (tab. 1). Co więcej, w nowej klasyfikacji ICF podano szczegółowe definicje niepełnosprawności oraz zdefiniowano pojęcia ograniczenia aktywności jako: *„trudności, których człowiek może doświadczać podczas podejmowania aktywności i ograniczenia uczestnictwa jako problemy, których dana osoba może doświadczać, angażując się w sytuacje życiowe”*.

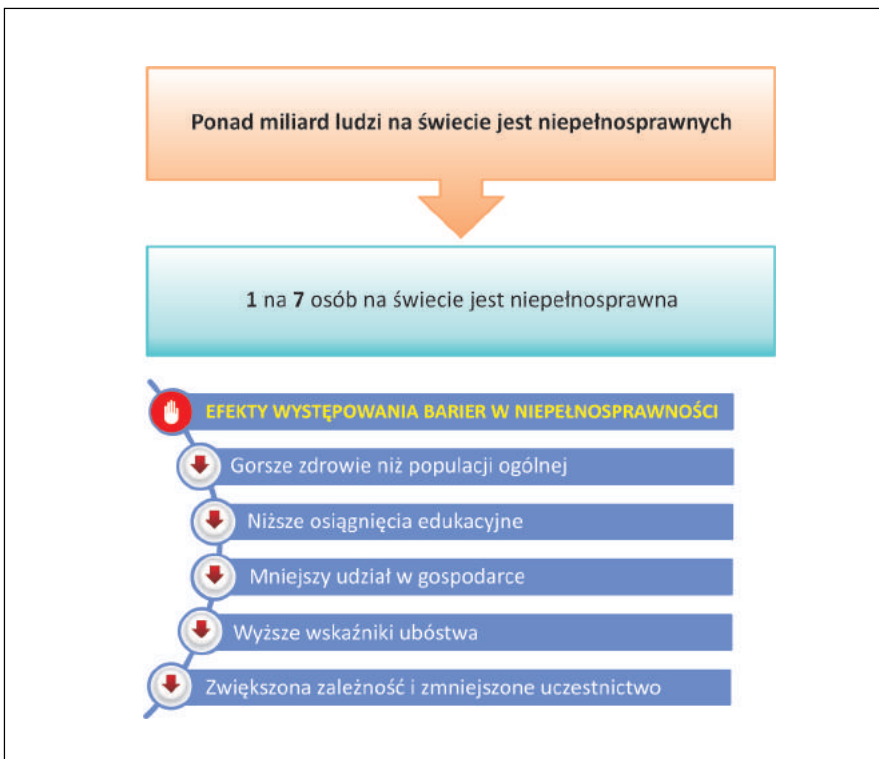
---

<sup>7</sup> <http://unstats.un.org/unsd/disability/pdfs/ac.81-b4.pdf> (dostęp 30.06.2016 r.).

**Zależności między składnikami ICF**



Źródło: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).



Źródło: Światowy Raport o Niepełnosprawności – opracowanie własne.

Konwencja gwarantuje osobom niepełnosprawnym nieograniczone, na równi z innymi osobami, korzystanie ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności, które wcześniej uwzględnione zostały w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka<sup>8</sup> (1948 r.) oraz w Międzynarodowych Paktach Praw Człowieka<sup>9</sup> (1966 r.), a także w wielu konwencjach i umowach międzynarodowych (m.in. o zapobieganiu i karaniu zbrodni ludobójstwa (1948 r.), o statusie uchodźców (1951 r.), o eliminacji dyskryminacji rasowej (1965 r.), o eliminacji dyskryminacji kobiet (1979 r.), o prawach dziecka (1989 r.). Te międzynarodowe instrumenty ochrony i wprowadzenie w życie praw człowieka oferują demokratycznym społeczeństwom znaczący potencjał do skutecznej ochrony i realizacji tych praw. Doświadczenie międzynarodowe pokazało, że jest to jednak potencjał niewystarczający dla poszanowania, ochrony i realizacji praw człowieka w odniesieniu do osób niepełnosprawnych.

W Polsce aktem najwyższej rangi potwierdzającym prawa człowieka jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej<sup>10</sup>. Według Konstytucji RP, źródło wolności i praw człowieka stanowi jego przyrodzona, niezbywalna i nienaruszalna godność, której poszanowanie oraz ochrona są obowiązkiem Pań-

---

<sup>8</sup> Powszechna deklaracja praw człowieka (ang. Universal Declaration of Human Rights) – zbiór praw człowieka i zasad ich stosowania uchwalony przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją 217/III A w dniu 10 grudnia 1948 r. w Paryżu. W następstwie tego historycznego wydarzenia Zgromadzenie Ogólne wezwało państwa członkowskie do opublikowania tekstu Deklaracji i do „spowodowania, aby Deklaracja była rozpowszechniana, pokazywana, czytana i objaśniana przede wszystkim w szkołach i innych instytucjach oświatowych, wszędzie bez względu na status polityczny kraju lub terytorium”.

<sup>9</sup> Pakty Praw Człowieka, są to dwie umowy międzynarodowe z dziedziny praw człowieka, uchwalone jednomyślnie przez Zgromadzenie Ogólne ONZ i otwarte do podpisu w Nowym Jorku 16 XII 1966 r., obejmujące niemal wszystkie zagadnienia dotyczące sytuacji jednostki w społeczeństwie. Obejmują one: Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych (53 artykuły) oraz Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych (31 artykułów). Pakty Praw Człowieka są rozwinięciem Deklaracji praw człowieka z 1948 r. Pierwszy proklamuje m.in.: prawo każdego człowieka do życia, wolności, bezpieczeństwa, wysłuchania przez niezawisły sąd, gwarantuje wolność myśli, sumienia i religii, przekonań, prawo do zgromadzeń, zrzeszania się, zakazuje niewolnictwa; postanowienia jego są bezwzględnie obowiązujące i strony są zobowiązane do ich natychmiastowego stosowania. Drugi zawiera m.in.: postanowienia dotyczące prawa do pracy, ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia i do nauki; postanowienia jego mogą być wprowadzane w życie stopniowo. Polska ratyfikowała Pakty Praw Człowieka w 1977 r., lecz ich postanowienia często nie były przestrzegane.

<sup>10</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz. U. 1997 r. Nr 78, poz. 483.

stwa (art. 30). Każdy człowiek, niezależnie od jego płci, rasy, wyznania, poglądów, statusu materialnego, zdrowia, czy poziomu inteligencji, jest obdarzony ową przyrodzoną mu godnością. Dlatego też wszyscy jesteśmy sobie równi. Wszyscy mamy prawo do równego traktowania przez władze publiczne i nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym czy gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny (art. 32). Dnia 1 sierpnia 1997 r. Sejm RP uchwalił Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych<sup>11</sup>, w której zobowiązał Rząd oraz władze samorządowe do podjęcia działań mających na celu urzeczywistnienie wynikających z konwencji międzynarodowych praw osób niepełnosprawnych (w tym niepełnosprawnych intelektualnie). Dokument ten głosi, że osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych zawiera katalog dziesięciu praw osób niepełnosprawnych, określający priorytetowe obszary dla polityki państwa m.in. w zakresie leczenia, edukacji, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia, udziału w życiu publicznym oraz zapobiegania dyskryminacji osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uznał w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych, że: *„osoby niepełnosprawne, czyli osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji”*.

---

### 3. Ratyfikacja Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych

---

Komitet ds. Praw Osób Niepełnosprawnych (COSP) Organizacji Narodów Zjednoczonych<sup>12</sup> w czerwcu tego roku obchodził dziesięciolecie

---

<sup>11</sup> Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. Nr 50 poz. 475).

<sup>12</sup> Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych (Committee on the Rights of Persons with Disabilities), Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych rozpatruje skargi indywidualne na podstawie Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych oraz jej Protokołu Fakultatywnego.

Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Każdego roku wszystkie kraje na świecie, które ratyfikowały Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (KPON), spotykają się na Konferencji Stron Państwowych (COSP) w celu omówienia spraw związanych z realizacją Konwencji. Spotkanie obejmuje również organizacje osób niepełnosprawnych, krajowe instytucje praw człowieka oraz szereg innych zainteresowanych osób i organizacji. W tym roku 9. Konferencja Państw-Stron skoncentrowała się na temacie: *„Wdrażanie programu rozwoju na rzecz wszystkich osób niepełnosprawnych do 2030 roku: nikt nie zostanie pominięty”*, obejmującym zagadnienia takie jak:

- eliminacja ubóstwa i nierówności dla wszystkich osób niepełnosprawnych;
- promowanie praw osób z upośledzeniem umysłowym i intelektualnym;
- poprawa dostępu do informacji i technologii oraz rozwoju sprzyjającego włączeniu.

Ratyfikacja Konwencji przez Polskę została poprzedzona w latach 2008-2011 szczegółową analizą prawa, którą przeprowadziło Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej we współpracy z właściwymi w danych obszarach resortami i innymi instytucjami. Polska, podpisując Konwencję o Prawach Osób Niepełnosprawnych, w dniu jej otwarcia do podpisu, tj. 30 marca 2007 r., wyraziła wolę przestrzegania postanowień w niej zawartych, natomiast 6 września 2012 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej ratyfikował Konwencję Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ. Konwencja jest aktem prawnym, który całościowo ujmuje prawa osób niepełnosprawnych. Jest potwierdzeniem, że osoby niepełnosprawne mają takie same prawa, jak wszyscy inni członkowie społeczeństwa. Warto podkreślić, iż Konwencja nie tworzy nowych praw człowieka w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych jest pierwszym uchwalonym w XXI wieku dokumentem dotyczącym praw człowieka. Konwencja ma umożliwić osobom niepełnosprawnym skuteczne korzystanie z wszelkich praw i podstawowych wolności, na równi z innymi osobami, a przez to przyczynić się do zwiększenia szans i poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych. Warto zaznaczyć, iż Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych jest najszybciej przyjętą konwencją z zakresu praw człowieka w historii ONZ i zobowiązuje ona Państwa Strony do respektowania praw osób niepełnosprawnych. Konwencja zawiera przepisy zakazujące dyskryminowania osób niepełnosprawnych, nakazujące tworzenie warunków korzystania z praw na zasadzie równości z innymi osobami oraz nakazujące wprowadzenie rozwiązań specjalnie adresowanych do osób niepełnosprawnych. Ponadto w konwencji zapisano szczegółowo prawa osób niepełnosprawnych w takich dziedzinach jak: prawa obywatelskie, dostępność, włączenie społeczne, edukacja, zdrowie, zatrudnienie i za-

bezpieczenie społeczne. W dokumencie zwrócono także uwagę na potrzebę zmiany postaw wobec osób niepełnosprawnych jako czynnik konieczny do poprawy ich sytuacji. Wskazano również na zadania, jakie ma każde państwo, aby osoby niepełnosprawne mogły w sposób swobodny i nieograniczony korzystać z podstawowych swobód i praw człowieka.

**Rys. 1.**  
**Ratyfikacja Konwencji w Polsce**



*Źródło: opracowanie własne.*

Na przestrzeni lat polityka względem osób niepełnosprawnych ewoluowała: od elementarnej opieki w zakładach zamkniętych do edukacji dla niepełnosprawnych dzieci i rehabilitacji osób, których niepełnosprawność wystąpiła w dorosłym życiu. Osoby niepełnosprawne dzięki edukacji i rehabilitacji uaktywniają się, stając się siłą napędową dalszego rozwoju w zakresie polityki wobec całego środowiska osób niepełnosprawnych. Powstały organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne, ich rodziny i obrońców ich praw, walczące o lepsze warunki życia dla osób niepełnosprawnych. Po drugiej wojnie światowej pojawiły się koncepcje integracji i normalizacji, odzwierciedlające narastającą świadomość możliwości, jakimi dysponują osoby niepełnosprawne. Cel Konwencji został zdefiniowany w art. 1 dokumentu. Czytamy tam, że celem niniejszej Konwencji jest popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności. Wdrażanie Konwencji po jej ratyfikacji polega przede wszystkim na kształtowaniu krajowej polityki dotyczącej osób niepełnosprawnych w sposób pozwalający zapewnić jej zgodność z zasadami ogólnymi Konwencji.



## 4. Obowiązki państwa po ratyfikacji Konwencji

---

W świetle zapisów art. 4 Konwencji kraj, który ratyfikuje Konwencję, zobowiązuje się do zapewnienia i popierania pełnej realizacji wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności wszystkich osób niepełnosprawnych, bez jakiegokolwiek dyskryminacji.

W szczególności Państwo-Strona jest zobowiązane do:

- przyjęcia rozwiązań legislacyjnych i rozwiązań administracyjnych w celu zlikwidowania dyskryminacji oraz promocji praw osób niepełnosprawnych;
- zapewnienia ochrony i promocji praw osób niepełnosprawnych we wszystkich strategiach i programach;
- wyeliminowania praktyk łamiących prawa osób niepełnosprawnych;
- zagwarantowania, by zarówno sektor publiczny jak i sektor prywatny oraz osoby prywatne respektowały prawa osób niepełnosprawnych;
- podjęcia badań i rozwijania dostępu do dóbr, usług i technologii przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych;
- zapewnienia dostępnej informacji o technologiach wspomagających osoby niepełnosprawne;
- promowania szkoleń w zakresie praw określonych w Konwencji dla pracowników i personelu pracującego z osobami niepełnosprawnymi;
- włączania osób niepełnosprawnych w rozwój i wdrażanie ustawodawstwa i strategii oraz w proces podejmowania decyzji, które ich dotyczą.

Konwencja zawiera przepisy zakazujące dyskryminowania niepełnosprawnych (art. 5 i 6 Konwencji)<sup>13</sup> i nakazujące tworzenie warunków do

---

### <sup>13</sup> Art. 5. Równość i niedyskryminacja

1. Państwa Strony uznają, że wszyscy ludzie są równi wobec prawa i są uprawnieni, bez jakiegokolwiek dyskryminacji, do jednakowej ochrony prawnej i jednakowych korzyści wynikających z prawa.
2. Państwa Strony zakazują jakiegokolwiek dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność i zagwarantują osobom niepełnosprawnym jednakową dla wszystkich i skuteczną ochronę przed dyskryminacją z jakichkolwiek względów.
3. W celu popierania równości i likwidacji dyskryminacji, Państwa Strony podejmą wszelkie odpowiednie kroki celem zapewnienia racjonalnych usprawnień.
4. Za dyskryminację w rozumieniu niniejszej konwencji nie będą uważane szczególne środki, które są niezbędne celem przyspieszenia osiągnięcia lub zagwarantowania faktycznej równości osób niepełnosprawnych.

### Art. 6. Niepełnosprawne kobiety

1. Państwa Strony uznają, że niepełnosprawne kobiety i dziewczęta są narażone na wieloaspektową dyskryminację i w związku z tym podejmą środki w celu zapewnienia pełnego i równego korzystania przez nie ze wszystkich praw człowieka, i podstawowych wolności.

korzystania przez nich z praw na równi z innymi osobami oraz wprowadzenie rozwiązań specjalnie do nich adresowanych. Konwencja podkreśla znaczenie, jakie mają dla niepełnosprawnych samodzielność i niezależność. Zwraca uwagę na potrzebę ich udziału w procesach decyzyjnych (art. 29 Konwencji)<sup>14</sup>, a także znaczenie dostępności, między innymi do opieki zdrowotnej i rehabilitacji (art. 25 i 26)<sup>15</sup>.

---

2. Państwa Strony podejmą wszelkie odpowiednie środki, aby zapewnić pełen rozwój, awans i wzmocnienie pozycji kobiet w celu zagwarantowania im możliwości wykonywania i korzystania z praw człowieka, i podstawowych wolności ustanowionych w niniejszej konwencji.

<sup>14</sup> **Art. 29. Udział w życiu politycznym i publicznym**

Państwa Strony zagwarantują osobom niepełnosprawnym prawa polityczne i możliwość korzystania z nich, na zasadzie równości z innymi osobami oraz zobowiązują się do:

(a) zapewnienia, że osoby niepełnosprawne będą mogły efektywnie i w pełni uczestniczyć w życiu politycznym i publicznym, na zasadzie równości z innymi osobami, bezpośrednio lub za pośrednictwem swobodnie wybranych przedstawicieli, włączając w to prawo i możliwość korzystania z czynnego i biernego prawa wyborczego, między innymi poprzez:

(i) zapewnienie, że tryb głosowania oraz stosowane w związku z nim urządzenia i materiały będą odpowiednie, dostępne i łatwe do zrozumienia i użycia;

(ii) ochronę praw osób niepełnosprawnych do tajnego głosowania w wyborach i referendach publicznych bez zastraszania, a także do kandydowania w wyborach, efektywnego sprawowania urzędu i pełnienia wszelkich funkcji publicznych na wszystkich szczeblach rządzenia, ułatwianie korzystania ze wspomagających i nowych technologii tam, gdzie to właściwe;

(iii) gwarancje swobody wyrażania woli przez osoby niepełnosprawne występujące jako wyborcy i, w tym celu, tam gdzie to konieczne, zezwalanie osobom niepełnosprawnym, na ich życzenie, na korzystanie z pomocy w głosowaniu ze strony wybranej przez nie osoby.

<sup>15</sup> **Art. 25. Zdrowie**

(Państwa Strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Państwa Strony podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej biorących pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej. W szczególności, Państwa Strony:

(a) zapewnią osobom niepełnosprawnym taki sam jak w przypadku innych osób zakres, jakość i standard bezpłatnej lub zapewnianej po przystępnych cenach usług opieki zdrowotnej i programów zdrowotnych, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego oraz adresowanych do całej populacji programów w zakresie zdrowia publicznego;

(b) zapewnią te usługi zdrowotne, które są potrzebne osobom niepełnosprawnym, szczególnie ze względu na ich niepełnosprawność, w tym wczesne rozpoznawanie i leczenie, jeżeli jest potrzebne, a także usługi mające na celu ograniczenie i zapobieganie dalszej niepełnosprawności, w tym dzieci i osób starszych;

Pełna realizacja praw zawartych w Konwencji wymaga czasu. Państwo, które ratyfikuje Konwencję, ma zatem „swoistą dowolność” w realizacji jej celów, ale nie oznacza to, że nie jest ono zobowiązane do ochrony praw w niej zawartych. Żadne z praw człowieka uznane w danym kraju nie może zostać ograniczone, bądź uchylone pod pretekstem przyjęcia postanowień Konwencji. Celem Konwencji nie jest podważanie ani zastępowanie wyższych standardów ochrony praw osób niepełnosprawnych gwarantowanych w prawie krajowym. Przyjęcie umowy międzynarodowej, jaką jest Konwencja, nie powoduje zatem ograniczenia ani zastępowania prawa krajowego, gdy jego zakres jest znacznie szerszy od praw człowieka i podstawowych wolności ujętych w Konwencji.

---

(c) zapewnią świadczenie usług opieki zdrowotnej możliwie blisko społeczności, w których żyją osoby niepełnosprawne, w tym na obszarach wiejskich;

(d) zobowiążą osoby wykonujące zawody medyczne do zapewniania osobom niepełnosprawnym, na podstawie swobodnie przez nie wyrażonej i świadomej zgody, opieki takiej samej jakości jak innym osobom poprzez, między innymi, podnoszenie świadomości w zakresie praw człowieka, godności, niezależności i potrzeb osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu szkoleń i poprzez rozpowszechnianie norm etycznych w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej;

(e) zakazą dyskryminacji osób niepełnosprawnych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, a także ubezpieczenia na życie, jeśli takie ubezpieczenie jest dozwolone przez ustawodawstwo krajowe, zaś ubezpieczenia będą zapewniane w sposób sprawiedliwy i rozsądny;

(f) będą zapobiegać przypadkom odmowy udzielenia, ze względu na niepełnosprawność, opieki zdrowotnej lub usług zdrowotnych, albo pożywienia i płynów.

#### **Art. 26. Rehabilitacja**

1. Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy:

(a) były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,

(b) wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.

2. Państwa Strony będą popierać rozwój szkolenia wstępnego i ustawicznego specjalistów i personelu pracujących w usługach rehabilitacji.

3. Państwa Strony będą promować dostępność, znajomość i korzystanie w procesie rehabilitacji z urządzeń i technologii wspomagających, zaprojektowanych dla osób niepełnosprawnych.

## 5. Monitorowanie wdrażania Konwencji

---

Konwencja wprowadza instrumenty monitorowania i wpływania na jej wdrażanie w krajach, które ją ratyfikowały, poprzez obowiązek zbierania danych, w tym statystycznych, umożliwiających kształtowanie i realizowanie polityki służącej jej wykonywaniu (art. 31) oraz prowadzenie, w tym z innymi państwami i organizacjami międzynarodowymi, współpracy wspierającej krajowe wysiłki na rzecz jej realizacji (art. 32).

W celu wdrożenia Konwencji i jej monitorowania na szczeblu krajowym (art. 33) państwa mają obowiązek wyznaczenia punktu kontaktowego do spraw wdrażania Konwencji w ramach rządu – odpowiednio do wewnętrznego systemu organizacyjnego, a także wyznaczenia niezależnego mechanizmu monitorowania jej wdrażania (rys.1). Państwa Strony, zgodnie ze swoim systemem prawnym i administracyjnym, utrzymywać będą, wzmocnią, wyznaczą lub ustanowią strukturę, obejmującą jeden lub więcej niezależnych mechanizmów, tam, gdzie to właściwe, w celu popierania, ochrony i monitorowania wdrażania niniejszej konwencji. Wyznaczając lub ustanawiając taki mechanizm, Państwa Strony uwzględnią zasady dotyczące statusu i funkcjonowania krajowych instytucji ochrony i popierania praw człowieka.

Zgodnie z art. 33 KPON – regulującym krajowy mechanizm wdrażania i monitorowania realizacji Konwencji, Polska wyznaczyła w ramach rządu tzw. Punkt kontaktowy (focal point). Jest nim Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Jednocześnie ta sama instytucja została wskazana jako mechanizm koordynacji wdrażania Konwencji. Funkcję tę sprawuje przy pomocy Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (w randze Sekretarza stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej).

Zadaniami Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>16</sup> jako niezależnego organu do spraw monitorowania wdrażania Konwencji są:

- działania informacyjne i promocyjne;
- działania prewencyjne i monitorujące (sprawozdanie);
- działania ukierunkowane na włączenie społeczeństwa obywatelskiego, w tym osób niepełnosprawnych oraz reprezentujących je organizacji, w proces monitorowania wdrażania Konwencji;
- działania interwencyjne.

---

<sup>16</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich realizuje uprawnienia jako niezależnego organu do spraw popierania, ochrony i monitorowania wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ustanowione na podstawie przepisu art. 33 ust. 2 tej Konwencji.

W celu kontroli wykonywania na szczeblu międzynarodowym (art. 34-39) państwa zobowiązane są do regularnego sporządzania sprawozdań z wykonywania Konwencji, rozpatrywanych następnie przez Komitet ds. Praw Osób Niepełnosprawnych.

**Rys. 2.**  
**Wykonywanie postanowień Konwencji**



*Źródło: opracowanie własne.*

Organizowana będzie co najmniej co dwa lata konferencja Państw-Stron, w celu rozpatrywania spraw związanych z wdrażaniem Konwencji oraz propozycjami zmian (art. 40, art. 47).

Najważniejsze wnioski i rekomendacje Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie wdrażania Konwencji<sup>17</sup>:

- przyjęcie ogólnokrajowej strategii wdrażania postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych oraz opracowanie wskaźników i powiązanych z nimi krajowych poziomów odniesienia dla każdego prawa ustanowionego w Konwencji;
- opracowanie i wdrożenie jednolitego systemu orzekania w zakresie funkcjonowania osób niepełnosprawnych we wszystkich obszarach życia. System ten powinien opierać się na diagnozie funkcjonalnej osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem definicji opartej na społecznym modelu niepełnosprawności;

<sup>17</sup> Konferencja podsumowująca badania pt. Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami w Polsce – stan obecny i perspektywy; Sprawozdanie Rzecznika Praw Obywatelskich z realizacji przez Polskę zobowiązań wynikających z Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych; Warszawa, 23 marca 2015 r.

- jednoznaczne określenie, które uprawnienia przyznawane osobom niepełnosprawnym są zależne od posiadania odpowiedniego orzeczenia (niepełnosprawności prawnej), a które wynikają z samego faktu istnienia niepełnosprawności (niepełnosprawności biologicznej);
- zniesienie instytucji ubezwłasnowolnienia i wprowadzenie różnorodnych form wsparcia opartych na modelu wspieranego podejmowania decyzji;
- odstąpienie od zakazów małżeńskich, tak aby zagwarantować osobom niepełnosprawnym prawo do zawarcia związku małżeńskiego na podstawie swobodnie wyrażonej i pełnej zgody przyszłych małżonków;
- wzmocnienie ochrony osób niepełnosprawnych przed dyskryminacją co najmniej na poziomie gwarancji przysługujących w obszarze przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na rasę, narodowość lub pochodzenie etniczne;
- projektowanie środowiska zabudowanego, a także produktów, programów i usług zgodnie z zasadami uniwersalnego projektowania;
- przyjęcie i wdrożenie ustawy o dostępie do darmowej pomocy prawnej z uwzględnieniem specyficznych potrzeb osób niepełnosprawnych;
- wyeliminowanie przypadków nieludzkiego i poniżającego traktowania osób niepełnosprawnych pozbawionych wolności przez personel placówek, w których przebywają;
- wzmocnienie ochrony osób niepełnosprawnych przed przemocą, w tym przemocą domową;
- zintensyfikowanie działań dotyczących odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności (tzw. deinstytucjonalizacja);
- dostosowanie wszystkich stron internetowych instytucji publicznych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
- podjęcie działań na rzecz urzeczywistnienia prawa osób głuchych i głuchoniewidomych do porozumiewania się z organami administracji publicznej za pomocą metod komunikacji niewerbalnej, tj. polski język migowy; promocja innych alternatywnych form komunikacji, tj.: język łątowy do czytania, formy wspomagające (augmentatywne);
- urzeczywistnienie prawa osób niepełnosprawnych do edukacji włączającej, tak aby jak największa grupa uczniów na każdym etapie edukacyjnym kształciła się w szkołach powszechnych, możliwie blisko ich miejsca zamieszkania;
- zapewnienie koszyka gwarantowanych usług rehabilitacyjnych określonych indywidualnie dla każdej osoby niepełnosprawnej w oparciu o cyklicznie weryfikowaną diagnozę funkcjonalną;
- takie zaprojektowanie systemu zabezpieczenia społecznego, aby z jednej strony zapewnić rekompensowanie osobom niepełnosprawnym

i rodzinom, w których znajdują się takie osoby, wyższe koszty utrzymania, z drugiej zaś usunąć lub znacznie zmniejszyć bariery w podejmowaniu przez osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym zatrudnienia na otwartym rynku pracy;

- zagwarantowanie, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną nie będą w sposób arbitralny pozbawiane czynnego i biernego prawa wyborczego, a także stworzenie warunków do realizacji wolności zrzeszania się i wolności zgromadzeń przez wszystkie osoby niepełnosprawne.

---

## **6. Działania ONZ względem osób niepełnosprawnych**

---

Według ekspertów ONZ, przewodnią rolę w przeciwdziałaniu występowania niepełnosprawności i pomocy osobom niepełnosprawnym powinny spełniać rządy poszczególnych państw. Są one zobowiązane do wzięcia największej odpowiedzialności, w szczególności za przygotowanie i stworzenie możliwości równego uczestnictwa w społeczeństwie osobom niepełnosprawnym. W działaniach tych rządy państw mogą korzystać z pomocy, rad czy wsparcia organizacji pozarządowych zajmujących się ową tematyką. W 1982 r. ONZ opracowało Światowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, którego głównymi celami są:

- prewencja – oznacza przeciwdziałanie utracie sprawności lub wystąpieniu nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym, a także przeciwdziałanie negatywnym skutkom niesprawności, które już mają miejsce;
- rehabilitacja – oznacza celowe i czasowo ograniczone działania umożliwiające osobie niepełnosprawnej osiągnięcie optymalnego intelektualnego, fizycznego i społecznego poziomu funkcjonowania oraz zakłada korzystanie ze sprzętu technicznego w celu osiągnięcia owego poziomu;
- wyrównanie szans – oznacza proces, który zmieni dotychczasowy system społeczny, między innymi kulturowe i fizyczne bariery, które uniemożliwiały powszechne uczestnictwo osobom niepełnosprawnym w życiu społecznym.

Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych promuje również postulat równego traktowania. Zakłada on, że osoby niepełnosprawne powinny korzystać z takich samych praw jak pozostała część

społeczeństwa oraz z poprawy warunków bytowych wynikających ze społecznego i gospodarczego rozwoju kraju. W taki sposób osoby niepełnosprawne powinny być traktowane we wszystkich państwach, bez względu na poziom ich rozwoju.

Realizacja celów zawartych w Światowym Programie Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych wymaga wzrostu społecznego i gospodarczego kraju, rozszerzenia usług oferowanych przez państwo na rzecz jego obywateli oraz podniesienia standardu ich życia. Konieczne jest również podejmowanie działań prewencyjnych wobec zjawisk, które przyczyniają się do występowania niepełnosprawności, takich jak: wojny, ubóstwo, głód czy epidemie. Zlikwidowanie tych przyczyn jest czasochłonne oraz wymaga przeznaczenia na nie dużych nakładów finansowych. W 1987 r., w połowie Dekady Narodów Zjednoczonych poświęconej Osobom Niepełnosprawnym<sup>18</sup> – odbyło się w Sztokholmie Ogólne Spotkanie Ekspertów Oceniających Wdrażanie Światowego Programu Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych. Zasugerowano wówczas konieczność wypracowania wiodącej filozofii, która określiłaby priorytety działania na następne lata. Podstawą takiej filozofii powinno być uznanie praw osób niepełnosprawnych. Konsekwencją Spotkania było zalecenie, by Zgromadzenie Ogólne zwołało specjalną konferencję w celu przygotowania projektu międzynarodowej konwencji nt. eliminacji wszystkich form dyskryminacji wobec osób niepełnosprawnych. Konwencja ta miałaby być ratyfikowana przez poszczególne państwa pod koniec Dekady.

---

## 7. Konwencja ONZ a Unia Europejska

---

Wdrażaniu postanowień Konwencji służyć ma przyjęty przez Unię Europejską dokument Europejska Strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązania do budowy Europy bez barier (COM(2010)636)<sup>19</sup>, który wyznacza osiem podstawowych obszarów dzia-

---

<sup>18</sup> Międzynarodowe lata, dekady projektowane każdorazowo przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w celu przyciągnięcia uwagi do wybranych kwestii o międzynarodowym znaczeniu. Używając symboliki, zwłaszcza specjalnie zaprojektowanego logo, oraz infrastruktury Narodów Zjednoczonych, ONZ koordynuje przebieg obchodów na skalę światową, będąc katalizatorem zmian w istotnych dla świata kwestiach.

<sup>19</sup> Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe, COM/2010/0636 final, 52010DC0636.



łania, jakimi są: dostępność, uczestnictwo, równość, zatrudnienie, kształcenie i szkolenie, ochrona socjalna, zdrowie oraz działania zewnętrzne. Europejska Strategia ma na celu wspieranie Państw Członkowskich Unii Europejskiej, w tym Polski we wdrażaniu działań na rzecz poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych. Strategia Unii Europejskiej w sprawie niepełnosprawności 2010-2020, stanowi program ramowy podejmowanych działań na poziomie UE i poszczególnych krajów w zakresie poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych. Spośród celów strategii szczególną uwagę należy zwrócić na: zapewnienie dostępności towarów i usług oraz promowanie technologii asystujących; zapewnienie osobom niepełnosprawnym pełnych korzyści obywatelskich w UE; promowanie świadczenia wysokiej jakości usług środowiskowych; zwalczanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych; umożliwienie dużo większej liczbie osób niepełnosprawnych dostępu do otwartego rynku pracy. Europejska strategia określa działania i mechanizmy potrzebne do wdrażania Konwencji ONZ w Unii Europejskiej. „Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020” wzywa do wspólnego działania na rzecz tworzenia Europy bez barier dla wszystkich jej obywateli. Dokument przypomina, że na Unii Europejskiej oraz państwach członkowskich spoczywa odpowiedzialność za poprawę społecznej i ekonomicznej sytuacji osób niepełnosprawnych. „Plan Działania Rady Europy dla promowania praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie w okresie 2006-2015” stanowi załącznik do Zalecenia Rec. (2006) 5 w sprawie Planu Działania Rady Europy na lata 2006-2015 dotyczącego osób niepełnosprawnych, przyjętego przez Komitet Ministrów RE 5 kwietnia 2006 r. Główne cele Planu Działania to:

- poprawa jakości życia,
- integracja,
- aktywny udział osób niepełnosprawnych w społeczeństwie,
- wzmocnienie równości szans,
- przeciwdziałanie dyskryminacji.

W Unii Europejskiej żyje ok. 80 milionów niepełnosprawnych Europejczyków, co oznacza, iż niepełnosprawna jest jedna na sześć osób w Unii Europejskiej. Wskaźnik ubóstwa osób niepełnosprawnych jest wyższy od średniej aż o 70%<sup>20</sup>. Nie ma jednej definicji niepełnosprawności w Unii Europejskiej. Każde z państw członkowskich ma własny system orzekania o niepełnosprawności. Może się zdarzyć, że osoba uznawana w jednym państwie za niepełnosprawną, w innym za taką nie będzie

---

<sup>20</sup> Komisja Europejska, Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, Bruksela 2010, s. 3.

traktowana. Na przykład w Niemczech stopień niepełnosprawności określa się według skali obniżenia sprawności funkcjonalnej organizmu od 20% do 100%. Za osobę niepełnosprawną ciężko poszkodowaną uznaje się tam osobę, której obniżenie funkcjonalnej sprawności organizmu wynosi przynajmniej 50%, niezależnie od konsekwencji w sferze zawodowej. We wszystkich krajach odróżnić możemy niepełnosprawność:

- fizyczną (w odniesieniu do osób z ograniczeniem ruchowym, głuchych, niewidomych, sparaliżowanych i okaleczonych),
- umysłową (w odniesieniu do osób z problemami edukacyjnymi, zapamiętywaniem),
- psychiczną (w odniesieniu do chorych psychicznie).

W krajach Unii odchodzi się od używania terminu upośledzenie – czy to fizyczne, czy umysłowe – na rzecz pojęcia niepełnosprawność. Unia Europejska tworzy swoją strategię działań na rzecz osób niepełnosprawnych bazując szczególnie na działaniach dwóch organizacji międzynarodowych Rady Europy i Organizacji Narodów Zjednoczonych. Prawa osób niepełnosprawnych ujmowane są w kontekście praw człowieka. Oznacza to, że przysługują im takie same prawa jak innym obywatelom gwarantowanym w rozmaitych konwencjach międzynarodowych, w Traktacie o Unii Europejskiej i konstytucjach poszczególnych krajów członkowskich.

Do ważniejszych wydarzeń dla przestrzegania praw osób niepełnosprawnych możemy zaliczyć:

- 1950 – Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności – Rzym; Polska ratyfikowała konwencję w 1993 r.<sup>21</sup>;
- 1961 – Europejska Karta Społeczna – Polska podpisała Kartę w 1991 r., ratyfikowała w 1997 roku<sup>22</sup>;
- 1966 – Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (ONZ), Polska ratyfikowała pakty w 1977 r.<sup>23</sup>;
- 1971 – Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło Deklarację Praw Osób Umysłowo Upośledzonych;
- 1975 – Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych, ogłoszona przez ONZ;
- 1981 – Międzynarodowy Rok Niepełnosprawnych, ogłoszony przez ONZ;
- 1990 – Uchwała w sprawie społecznej integracji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością w zwykłym systemie szkolnictwa;

---

<sup>21</sup> Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

<sup>22</sup> Dz. U. z 1999 r., Nr 8, poz. 67.

<sup>23</sup> Dz. U. z 1977 r., Nr 38, poz. 167.

- 1993 – Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych;
- 1996 – Komunikat Komisji Europejskiej w sprawie równych szans osób niepełnosprawnych „Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej” w odniesieniu do osób niepełnosprawnych;
- 1997 – Traktat Amsterdamski – zapis o zakazie dyskryminacji z powodu niepełnosprawności;
- 2000 – Komunikat „Ku Europie bez barier dla osób z niepełnosprawnością”, Rada UE przyjęła Dyrektywę 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania w zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu<sup>24</sup>;
- 2001 – Rada Unii Europejskiej ustanowiła rok 2003 Rokiem Osób Niepełnosprawnych;
- 2002 – Europejski Kongres na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Madrycie uchwalił Deklarację Madrycką;
- 2003 – Obchody Europejskiego Roku Osób Niepełnosprawnych.

W krajach Unii Europejskiej, od początku lat dziewięćdziesiątych, 5 maja, co roku obchodzony jest Europejski Dzień Walki z Dyskryminacją Osób Niepełnosprawnych. Jest to dzień manifestowania tolerancji i równouprawnienia osób niepełnosprawnych. Natomiast Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1992 r. (rezolucja 47/3) na zakończenie Dekady Osób Niepełnosprawnych (1983-1992) ustanowiło Międzynarodowy Dzień Osób Niepełnosprawnych (ang. International Day of Persons with Disabilities) – jest to święto obchodzone corocznie 3 grudnia.

Głównym celem strategii Unii Europejskiej wobec niepełnosprawności jest tworzenie społeczeństwa otwartego i dostępnego dla wszystkich. Opiera się ona na pojęciu prawa i poszanowania różnic indywidualnych. Strategia ta skupia się na trzech głównych zagadnieniach:

- współpracy między komisją Europejską a krajami członkowskimi,
- promowaniu pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie,
- upowszechnianiu problematyki niepełnosprawności we wszystkich unijnych inicjatywach,

Do kluczowych problemów należą:

- walka z dyskryminacją,
- budowanie otwartego społeczeństwa i poprawa dostępu do szeroko rozumianego otoczenia,
- przeciwdziałanie społecznej marginalizacji.

---

<sup>24</sup> Dz. Urz. L 303 , z 02.12.2000 r., p. 0016-0022.

## 8. Podsumowanie

---

Osoby niepełnosprawne są członkami społeczeństwa i mają pełne prawo do pozostania we własnym lokalnym środowisku społecznym. Powinny otrzymać potrzebne im wsparcie w ramach powszechnych struktur edukacyjnych, opieki zdrowotnej, zatrudnienia oraz usług społecznych. Osoby niepełnosprawne zaliczają się do jednej z najbardziej narażonych na marginalizację grup społecznych. Główną przyczyną marginalizacji jest brak równych szans dla osób niepełnosprawnych – status społeczny i materialny osób dotkniętych niepełnosprawnością sprawia, iż często znajdują się one w sferze ubóstwa, co z kolei powoduje eskalację postaw dyskryminacji oraz izolację społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych<sup>25</sup>. Ostatnie dane dotyczące osób niepełnosprawnych biologicznie w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego, który miał miejsce w 2011 r.<sup>26</sup> Według jego wyników w Polsce żyło wtedy 4,2 mln osób niepełnosprawnych, z czego 46,1% stanowili mężczyźni, a 53,9% kobiety. Udział procentowy osób niepełnosprawnych w ogóle populacji (częstość występowania niepełnosprawności) wynosił 12,2%. Skuteczne i szybkie rozwiązanie problemów osób niepełnosprawnych wymaga wspólnych wysiłków organów legislacyjnych, administracji centralnej i lokalnej, samorządów oraz wielu instytucji, ale także organizacji pozarządowych skupiających osoby niepełnosprawne, pracodawców i pracowników. Wymaga także zintensyfikowania działań edukacyjnych w odniesieniu do całego społeczeństwa naszego kraju. Społeczne postawy negatywne mogą się objawiać w odrzucaniu, piętnowaniu i izolowaniu osób niepełnosprawnych. Wyróżnić można również inne typy postaw negatywnych: okazywanie nadopiekuńczości, litości oraz nadmiernego współczucia. Niedostatek relacji z osobami niepełnosprawnymi często wpływa również na negatywne postawy wynikające z rozpowszechnionych stereotypów. Starając się o współpracę z rządami w celu lepszego zaspokajania potrzeb osób niepełnosprawnych, wiele agend ONZ, jak również instytucje bilateralne oraz podmioty prywatne powinny koordynować ściślej swój udział, ażeby przyczyniać się w sposób bardziej skuteczny do osiągnięcia zamierzonych celów. Rządowe i pozarządowe organizacje zajmujące się problematyką niepełnosprawności powinny umożliwić udział w swych inicjatywach osobom niepełnosprawnym na zasadach partnerskich.

---

<sup>25</sup> J. Kisielewska-Meller, *Uszkodzenie słuchu a społeczna marginalizacja, dyskryminacja, wykluczenie*, w: H. Grzesiak, M. Fryza, K. Ratajczak (red.), *Wykluczenie społeczne wczoraj i dziś*, Poznań 2012, s. 29-30.

<sup>26</sup> <http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/> (dostęp 30.06.2016 r.).

Wykluczenie społeczne osób niepełnosprawnych powinno prowadzić do podejmowania działań ukierunkowanych na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, które dostrzegane są również w polskim ustawodawstwie. Najważniejsze zabezpieczenie praw osób niepełnosprawnych stanowi Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 r., zapewniająca na mocy art. 32 pkt. 2 prawo do niedyskryminacji oraz nakładająca na władze publiczne (na mocy art. 68) obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym opieki zdrowotnej oraz obowiązek pomocy osobom niepełnosprawnym w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej (art. 69). Niestety, osoby niepełnosprawne zamieszkujące obszary wiejskie, oprócz utrudnionego dostępu do edukacji formalnej, mają również najtrudniejszy ze wszystkich grup społecznych dostęp do edukacji pozaformalnej<sup>27</sup>, ponieważ bardzo często wykluczone są z kształcenia ustawicznego<sup>28</sup>, które dostępne jest dla ludzi w pełni sprawnych. Sytuację prawną osób niepełnosprawnych bardzo komplikuje brak jednolitego systemu orzecznictwa przyznający tym osobom stosowne uprawnienia lub wsparcie ze strony państwa, a tym samym podstawy do otrzymania orzeczenia nie zawsze są identyczne. Systemy orzecznictwa opierają się na przepisach ustawy o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych<sup>29</sup> (orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) oraz ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>30</sup> (orzeczenia o niezdolności do pracy). Ponadto istnieją cztery systemy dodatkowe (orzeczenie o niepełnosprawności osób poniżej 16 roku życia; o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym; o niezdolności do służby i pracy w służbach mundurowych oraz w systemie oświaty)<sup>31</sup>. Ta wielość systemów orzecznicznych stanowi

---

<sup>27</sup> (Ang. non-formal education) – uczenie się zorganizowane instytucjonalnie, jednak poza programami kształcenia i szkolenia prowadzonymi do uzyskania kwalifikacji zarejestrowanej, czyli zestawu efektów uczenia się/kształcenia się, którego osiągnięcie zostało formalnie potwierdzone przez uprawnioną instytucję i który został wpisany do Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji.

<sup>28</sup> Proces stałego odnawiania, rozwijania i doskonalenia kwalifikacji ogólnych i zawodowych jednostki trwający przez całe jej życie. Jest to dotycząca osób dorosłych część uczenia się przez całe życie (ang. lifelong learning) rozumianego jako całość aktywności poznawczych podejmowanych w trakcie życia z myślą o pogłębianiu wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji (z przyczyn osobistych, społecznych lub zawodowych).

<sup>29</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, t.j. Dz. U. z 2011 r., nr 127, poz. 721.

<sup>30</sup> Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 887.

<sup>31</sup> Uczniem niepełnosprawnym jest uczeń posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej, z uwagi na jeden

istotne utrudnienie dla osób niepełnosprawnych ubiegających się o wsparcie ze strony organów publicznych. Państwa odpowiadają nie tylko za realizację praw osób niepełnosprawnych, ale również za ich postęp oraz monitoring. Pewne obowiązki zostają nałożone także na osoby prywatne, co stanowi wyraz horyzontalnego obowiązywania zakazu dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Całemu społeczeństwu powinno zależeć na tym, aby zapisy Konwencji zostały jak najszybciej wprowadzone w życie i przestrzegane, wtenczas doprowadzi to do pełnej inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych.

*Krzysztof Czechowski, Państwowy Fundusz Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych,  
dr hab. n. med. prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, Uniwersytet  
Rzeszowski, Wydział Medyczny.*

---

## Piśmiennictwo

---

1. [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja\\_Praw\\_Osob\\_Niepelnosprawnych.pdf](http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf) (dostęp 30.06.2016 r.).
2. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr I/2013(6), PFRON, Warszawa 2013 r.
3. <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> (dostęp 30.06.2016 r.).
4. <http://www.un.org/documents/ga/res/37/a37r052.htm> (dostęp 30.06.2016 r.).
5. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm> (dostęp 30.06.2016 r.).
6. <http://unstats.un.org/unsd/disability/pdfs/ac.81-b4.pdf> (dostęp 30.06.2016 r.).
7. Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r.
8. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. Nr 50, poz. 475).
9. Komisja Europejska, Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, Bruksela 2010, s. 3.

---

z rodzajów niepełnosprawności określony w przepisach prawa, tj. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz. U. z 2015 r., poz. 1113.

10. J. Kisielewska-Meller, *Uszkodzenie słuchu a społeczna marginalizacja, dyskryminacja, wykluczenie*, w: H. Grzesiak, M. Fryza, K. Ratajczak (red.), *Wykluczenie społeczne wczoraj i dziś*, Poznań 2012, s. 29-30.
11. <http://stat.gov.pl/spisy-powszechno-nsp-2011/> (dostęp 30.06.2016 r.).
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, t.j. Dz. U. z 2011 r., nr 127 poz. 721.
13. <https://www.rpo.gov.pl/pl/osoby-z-niepelnosprawnoscia> (dostęp 05.07.2016 r.).
14. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przekład na język polski i druk Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010 r.
15. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 887.
16. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz. U. z 2015 r., poz. 1113.

---

## **The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the road to full social inclusion of people with disabilities Abstract**

---

Poland ratified the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2012. (Adopted by the UN in 2006.) and committed the same to take any action for the realization of the provisions of the Convention, to monitor their implementation and dissemination of its provisions in the minds of all citizens and it is obliged to remove the barriers faced by people with disabilities in the implementation of their rights. Poland's ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities affirmed the right of persons with disabilities to full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms and respect for their inherent dignity.

**Keywords:** United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, disabled persons, social inclusion.

*Przemysław Litwiniuk, Maciej Płaszewski\**

# **Uwarunkowania zdrowia, ochrony zdrowia i rehabilitacji na polskiej wsi Wyzwania organizacyjne i prawne**

---

## **Streszczenie**

---

Cele. Praca zawiera omówienie procesów i zjawisk zdrowia, ochrony zdrowia i rehabilitacji, w kontekście polityk zdrowotnych i rozwiązań prawnych w Polsce, ze zwróceniem uwagi na specyficzny kontekst uwarunkowań środowiskowych, kulturowych, epidemiologicznych i demograficznych, na szerokie potrzeby, zakres ich stosowania i oddziaływania oraz na potencjalne konsekwencje ich niewłaściwego lub niewystarczającego wprowadzania na polskiej wsi.

Tezy. Opieka zdrowotna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (Evidence-based Health Care), współczesne postrzeganie zdrowia, znaczenie podmiotowości podopiecznych, nowoczesne klasyfikacje i narzędzia oceny zdrowia, są osiągnięciami w opiece nad osobami niepełnosprawnymi, także dla mieszkańców wsi, gdzie nasilają się i wzajemnie wzmocniają niekorzystne zjawiska i procesy. Digitalizacja opieki zdrowotnej jest szansą na poprawę opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej w środowiskach wsi, oddalonych od specjalistów i od infrastruktury.

Konieczne wydaje się implementowanie nowoczesnych przepisów prawa, stymulujących i ułatwiających wprowadzanie dobrych praktyk. Błędne,

---

\* Przemysław Litwiniuk, dr nauk prawnych, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Wydział Nauk Ekonomicznych; Maciej Płaszewski, dr hab. n. o kulturze fizycznej, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej, Wydział Turystyki i Zdrowia.



niedopracowane, wprowadzone zbyt późno rozwiązania, mogą szkodzić lub uniemożliwiać osiąganie korzyści. Trudności w informatyzacji ochrony zdrowia oraz opóźnienia we wdrażaniu nowoczesnych koncepcji diagnostyki, orzecznictwa i rehabilitacji oraz – szerzej – Evidence-based Health Care, zwłaszcza w rehabilitacji, to przykłady takich zjawisk.

**Słowa kluczowe:** wieś, zdrowie, rehabilitacja, polityki zdrowotne, prawo.

---

## Wprowadzenie

---

Znaczenie nadawane terminowi „zdrowie” wyewoluowało od prostego skojarzenia o „braku choroby” do holistycznego postrzegania zdrowia jako dobrostanu. Światowa Organizacja Zdrowia określa zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie zaledwie jako brak choroby czy niepełnosprawności [1]. Model biomedyczny postrzegania zagadnienia zdrowia został więc zastąpiony modelem biopsychospołecznym. Wprowadzono nowe miary oceny zdrowia. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) i Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych (ICD-9), a także Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) zostały uzupełnione o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) [2, 3].

Rozwijająca się od lat 80-tych XX wieku idea medycyny opartej na wiarygodnych i aktualnych publikacjach naukowych (EBM) [4-6], uznawana za jedno z dziesięciu najważniejszych osiągnięć współczesnej medycyny [7, 8] i określana jako zmiana paradygmatu lub rewolucja w ochronie zdrowia [4-6], doprowadziła nie tylko do wzrostu znaczenia badań naukowych i implementowania ich wyników w opiece zdrowotnej i polityce zdrowotnej, ale także do wypracowania modelu praktyki nakierowanej na potrzeby, preferencje oraz potrzeby oczekiwania pacjentów (i innych odbiorców oddziaływań zdrowotnych i medycznych – patient-centered care, person-centered care, client-centered practice). Miarami oceny skuteczności, zasadności stosowania i analiz bilansu korzyści, oraz kosztów interwencji oraz polityk zdrowotnych stały się takie pojęcia jak jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (jakość życia związana ze zdrowiem – Health Related Quality of Life (HRQoL), liczba lat spędzonych w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY), oczekiwana długość życia korygowana niepełnosprawnością (Disability Adjusted Life Years, DALY), czy lata życia korygowane jakością (Quality Adjusted Life Years, QALY) [9-11].

Postrzeganie zdrowia w kategoriach ekonomicznych i polityk publicznych jest widoczne w analizach związku wzrostu gospodarczego i ubóstwa ze stanem zdrowia społeczeństwa. Zły stan zdrowia społeczeństwa powoduje poważne obciążenia dla gospodarki, konieczność ponoszenia nakładów publicznych (leczenie, świadczenia socjalne) i wreszcie koreluje z nasileniem zjawisk wykluczenia społecznego i pauperyzacji pojedynczych osób, środowisk i grup społecznych. Polityka zdrowotna powinna służyć jej adresatom (odbiorcom), ale przez to także państwu i – w efekcie – także samemu systemowi opieki zdrowotnej. Stan zdrowia populacji jest powiązany ze wzrostem gospodarczym [12-15]; nierówności w zdrowiu i – jako konsekwencja – jego utrata, mają związek ze spadkiem wzrostu gospodarczego o około 1,4 PKB rocznie, wg analizy Europejskiego Biura Regionalnego WHO (2010) [12].

W pracy zostaną zasygnalizowane zagadnienia w zakresie procesów i zjawisk dotyczących zdrowia i ochrony zdrowia, koncentrujące się i nasilające w kontekście zagadnień zdrowia mieszkańców wsi. Specyficzne środowisko życia i charakterystyczne społeczne cechy mieszkańców wsi, uwarunkowania zawodowe i wpływ pracy oraz czynników środowiska przyrodniczego, styl życia, aspekty kulturowe i struktura demograficzna wsi, ale także specyficzne uwarunkowania organizacyjne i prawne systemu ochrony zdrowia mieszkańców wsi, oraz ważkość tego zagadnienia w kontekście danych epidemiologicznych i skali analizowanych zjawisk, w sytuacji – nieco zaskakującego – braku podobnych analiz dotyczących polskiej wsi – wszystkie te czynniki skłaniają do podjęcia analizy zagadnień uwarunkowań zdrowia i rozwiązań prawnych dotyczących ochrony zdrowia mieszkańców wsi, w tym zwłaszcza zagadnień dotyczących interwencji rehabilitacyjnych i wspierających. Są one szczególnie istotne, ze względu na szerokie potrzeby, zakres ich stosowania i oddziaływania, oraz na potencjalne konsekwencje dla społeczeństwa wsi, dla gospodarki i systemu ochrony zdrowia, ich niewłaściwego lub niewystarczającego wprowadzania i stosowania. Także – zaniechania wprowadzania zmian i udoskonalenia istniejącego systemu, w odpowiedzi na zmieniające się uwarunkowania epidemiologiczne, demograficzne, ekonomiczne i prawne.

Przedmiotem niniejszego opracowania są zatem uwarunkowania zdrowia mieszkańców wsi, w szczególności dotyczące zagadnień rehabilitacji, oraz regulujące je przepisy prawa, i służące ich zaspokajaniu rozwiązania administracyjne.

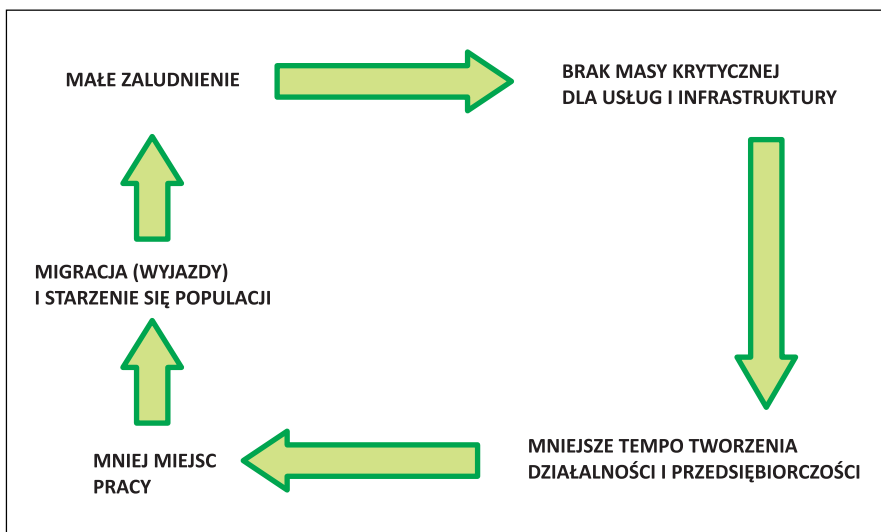
---

<sup>1</sup> Następnie rozszerzona do pojęć odnoszących się m.in. do ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej (odpowiednio Evidence-based Health Care i Evidence-based Health Policy [6, 9, 10, 39].

## Zdrowie mieszkańców wsi Uwarunkowania i konsekwencje

Jako przykład innych niż w środowiskach miejskich – i mniej aktywnych – postaw i aktywności mieszkańców wsi, w powiązaniu z mniejszą dostępnością usług publicznych, może posłużyć raport Regionu Europejskiego WHO, wskazujący, że odsetek dzieci w wieku 3-5 lat w obszarach wiejskich w Polsce, objętych opieką w przedszkolach, w 2003 roku wynosił 8%, w porównaniu do 58,9% w obszarach miejskich [14]. Problemy środowisk wiejskich, powiązane ze zdrowiem i z usługami ochrony zdrowia, w tym rehabilitacyjnymi, wynikają głównie z procesów demograficznych (starzenie się populacji wsi, migracja młodych osób do miast, błędne koło populacji poniżej masy krytycznej niezbędnej do napędzania rozwoju infrastruktury i usług [rycina 1] – w tym ochrony zdrowia, opieki i rehabilitacyjnych), odległości (związanej z utrudnionym dostępem do infrastruktury i usług), edukacji (dodatni związek słabego poziomu edukacji, ubóstwa i gorszego zdrowia) oraz rynku pracy (niższe zarobki, długotrwałe bezrobocie, niskopłatna praca sezonowa) [14].

**Rycina 1.**  
**Błędne koło ubóstwa, braku rozwoju rynku pracy i usług, starzenia się społeczności i depopulacji (migracji)**



Źródło: oprac. własne, Litwiniuk P., Płaszewski M, na podstawie [14].

Jednym z pozornie zaskakujących czynników, związanych z większą zapadalnością na choroby dolnych dróg oddechowych, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP) i rakiem płuc (po chorobie niedokrwiennej serca i udaru mózgu – najczęstszych przyczyn śmierci w krajach lepiej rozwiniętych), jest znacząco częstsze używanie paliw stałych (w tym drewna i węgla) do gotowania i ogrzewania w gospodarstwach domowych na wsi, w porównaniu do miast, zwłaszcza w tzw. grupie epidemiologicznej B krajów regionu europejskiego WHO (w tym w Polsce) [11, 16].

Zagrożenie wykluczeniem społecznym nasila się w środowiskach o mniejszej gęstości zaludnienia (na wsi). Według danych Eurostat [14] w 2008 r. w Polsce zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym było odpowiednio 23,5% i 36,1% mieszkańców terenów o dużej i małej gęstości zaludnienia.

---

## **Jakość systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów rozwiniętych**

---

Sytuacja osób zamieszkujących tereny wiejskie, zwłaszcza odległe od ośrodków miejskich, wydaje się jeszcze trudniejsza w świetle raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) na temat systemów ochrony zdrowia w trzydziestu krajach członkowskich i w krajach partnerskich [12]. Wśród głównych różnic pomiędzy dostępnością i jakością świadczeń ochrony zdrowia, w tym rehabilitacji, pomiędzy rejonami zurbanizowanymi (i wiejskimi w pobliżu ośrodków miejskich), a oddalonymi rejonami wiejskimi, raport wskazuje na dostępność wyspecjalizowanej kadry ochrony zdrowia, odległość od specjalistycznych placówek opieki zdrowotnej, gorsze wyposażenie szpitali, bariery finansowe dostępu do usług zdrowotnych, a także słabszy poziom działań edukacyjnych i zapobiegawczych [12]. W wielu kryteriach system ochrony zdrowia w Polsce okazuje się jednym z najłabszych, ze wskaźnikami znacząco poniżej średniej OECD, a tym bardziej poniżej wskaźników krajów wiodących. Oczekiwana długość życia wynosi średnio 77,1 lat, czyli poniżej średniej dla krajów OECD (80,5 lat). Niemniej co roku wzrasta o około 3-4 miesiące [17, 18].

## **Uwarunkowania prawne i rozwiązania instytucjonalne**

---

Opiekę zdrowotną definiuje się jako działalność gospodarczą zajmującą się zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych człowieka za pomocą ograniczonych środków rzeczowych (leki, wszelkiego rodzaju sprzęt, aparatura medyczna itp.) i pracy (usługi zdrowotne takie jak badania diagnostyczne, porady lekarskie, terapie psychologiczne, rehabilitacje, działania profilaktyczne, opieka pielęgnacyjna, itp.) [19]. Z kolei pojęcie ochrony zdrowia, często używane zamiennie z terminem opieki zdrowotnej, obejmuje szerszy zakres działań, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zapobieganie, utrzymanie i polepszanie stanu zdrowia ludności. W szerokim rozumieniu są to zatem nie tylko usługi świadczone w ramach opieki zdrowotnej, ale również działania w ramach innych polityk społeczno-gospodarczych, m.in. opieki społecznej, ochrony środowiska naturalnego, polityki żywnościowej itd. Wyżej wymienione działania tworzą system ochrony zdrowia, który obejmuje [20]:

- opiekę zdrowotną (medycyna lecznicza),
- zarządzanie działaniami na rzecz zdrowia,
- źródła finansowania opieki zdrowotnej,
- ochronę zdrowia (działania na rzecz zdrowia publicznego).

Celem polityki zdrowotnej jest zapewnienie takiego systemu ochrony zdrowia, który pozwala na zagwarantowanie wszystkim obywatelom równych szans w dostępie do opieki zdrowotnej, poprawę stanu zdrowia społeczeństwa oraz zapobieganie niepełnosprawności, chorobom, zgonom, poprzez profilaktykę i leczenie, poprawę jakości opieki i satysfakcji pacjentów itp.

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce określono w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [21] oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [22]. Główne funkcje systemu opieki zdrowotnej rozdzielone są między Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz samorząd terytorialny. NFZ jest odpowiedzialny za finansowanie świadczeń ochrony zdrowia oraz kontraktowanie tych świadczeń z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Ministerstwo Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością NFZ i wytycza zakres działań polityki zdrowotnej. Ponadto jest odpowiedzialne za kształcenie kadr medycznych, wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie programów, badań naukowych, większych inwestycji i wysokospecjalistycznych świadczeń. Ministerstwo pełni również funkcje kierownicze oraz nadzor-

cze w stosunku do niektórych podmiotów. Nadzór nad sprawami finansowymi NFZ sprawuje Ministerstwo Finansów, zaś władze samorządowe odpowiedzialne są za promocję zdrowia, planowanie podaży świadczeń, a w stosunku do publicznych jednostek służby zdrowia zajmują się zarządzaniem kadrami placówek, finansowaniem inwestycji oraz pełnią funkcje zarządcze, nadzorcze i kontrolne.

Szczególne znaczenie w kontekście ochrony zdrowia mieszkańców wsi pełni Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) jako instytucja powołana do realizacji zadań związanych z pełną obsługą ubezpieczenia społecznego rolników. Instytucja ta, zgodnie ze swym ustawowym obowiązkiem, prowadzi działalność na rzecz zapobiegania wypadkom przy pracy w rolnictwie i rolniczym chorobom zawodowym, poprzez analizowanie przyczyn wypadków, prowadzenie nieodpłatnych, dobrowolnych szkoleń w zakresie ochrony zdrowia i życia w gospodarstwie rolnym, promowanie bezpiecznych maszyn i sprzętu stosowanego w rolnictwie oraz odzieży ochronnej [23].

Ponadto KRUS podejmuje działania na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia, wykazującym całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokującą jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonym całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym. Zadania w zakresie rehabilitacji reguluje art. 64 ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników [24], który zobowiązuje KRUS do podejmowania działań na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia (...), w szczególności do kierowania na rehabilitację leczniczą do zakładów rehabilitacyjnych oraz prowadzenia zakładów rehabilitacji leczniczej.

Finansową podstawę działalności Kasy w zakresie prewencji wypadkowej, a także rehabilitacji leczniczej, stanowi fundusz prewencji i rehabilitacji (art. 80 ustawy o u. s. r.). Fundusz tworzony jest z odpisu od funduszu składkowego (finansującego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego, macierzyńskiego) i z dotacji budżetowej. Rehabilitacja ta jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym służącym zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, udzielanym przez zakłady rehabilitacji leczniczej, które są własnością Kasy oraz współpracujące z Kasą. W ostatnim dziesięcioleciu z rehabilitacji leczniczej za pośrednictwem Kasy skorzystało ponad 14 tys. rolników rocznie. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego organizuje również w okresie letnich wakacji turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników, w zakresie rehabilitacji wad i chorób narządów układu ruchu i układu oddechowego. Z tej formy leczenia korzystają dzieci w wieku szkolnym, tj. od 7 do 15 lat, których przynajmniej jedno z rodziców lub opiekunów prawnych posiada uprawnienia do świadczeń KRUS. Ponadto Kasa zapewnia możliwość pro-

wadzenia (kontynuowania) rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych w miejscu zamieszkania. W związku z tym udziela pomocy wiejskim ośrodkom zdrowia w zorganizowaniu i wyposażeniu w sprzęt rehabilitacyjny na zasadach użyczenia gabinetów usprawnienia leczniczego. Całość działań rehabilitacyjnych ma zatem na celu nie tylko poprawę stanu zdrowia rolników i zwiększenia ich wydolności psychofizycznej, ale również podniesienie świadomości zdrowotnej [25].

---

## Zjawiska demograficzne Starzenie się

---

Starzenie się i problemy zdrowotne wieku starszego mogą posłużyć jako przykład do zilustrowania rodzaju i tendencji zmian rozwiązań organizacyjnych i prawnych polityki ochrony zdrowia w Polsce.

Społeczeństwo Polski jest jednym z najszybciej starzejących się w Europie [12, 13, 15, 17, 18], co obok zjawisk migracyjnych jest szczególnie widoczne w populacji wsi, gdzie dodatkowo występują niekorzystne skutki migracji [Rycina 1 i Ramka 1].

W połączeniu z procesem demograficznym wydłużania się życia spędzonego w zdrowiu oraz z procesami migracji ze wsi, zjawisko to stanowi o potrzebach i wyzwaniach dotyczących polityk i rozwiązań w zakresie rehabilitacji i opieki zdrowotnej osób starszych mieszkających na wsi [19-21]. Z uwagi na dynamikę i skalę problemu [11-18] podjęto działania, zarówno w obszarze leczniczym, jak i społecznym i środowiskowym.

W ostatnim czasie w Polsce przygotowano szereg analiz, a także wprowadzono rozwiązania dla oddziaływań środowiskowych w obszarze udzielania świadczeń ochrony zdrowia [13, 15, 17, 18, 35-39]. Program środowiskowy Senior-WIGOR [33] oprócz działań uaktywniających, integrujących i zapobiegających osamotnieniu i wykluczeniu osób starszych i niesamodzielnych, przewiduje działania rehabilitacyjne – w ośrodkach i świetlicach Senior-WIGOR. W 2015 r. dofinansowanie uzyskało 119 takich ośrodków w całej Polsce, w tym przede wszystkim w małych miejscowościach i gminach wiejskich. Podobne, ale o odwrotnej proporcji działanie jest właśnie wprowadzane przez Ministerstwo Zdrowia – pilotażowy program w ramach działań służących deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, zwłaszcza wobec osób niesamodzielnych, w tym starszych, nazwanych „Dziennymi Domami Opieki Medycznej” [34] – dzienna opieka medyczna i rehabilitacyjna, połączona z działaniami integrującymi

i uaktywniającymi osoby niesamodzielne i pozostające w izolacji, w tym osoby starsze. Obecnie, w ramach współfinansowania z Europejskiego Funduszu Społecznego rozpoczynają się programy pilotażowe w kilkudziesięciu wybranych instytucjach ochrony zdrowia w całym kraju, służące m.in. przetestowaniu rozwiązania (funkcjonującego – w różnych odmianach i na różną skalę – w rodzaju szpitali środowiskowych (community hospitals), szpitali przejściowych (intermediate hospitals), szpitali dziennych (day hospitals), w krajach skandynawskich, Wielkiej Brytanii czy USA [35-38]) i przygotowaniu jego wprowadzenia jako świadczenia gwarantowanego.

Według raportu OECD [12], w 2013 r. subiektywna ocena stanu zdrowia była w Polsce jedną z najniższych spośród krajów członkowskich OECD, w przeciwieństwie do średniej dziennej liczby wypalanych papierosów. Liczba lekarzy na jednego mieszkańca była jedną z najniższych, natomiast liczba konsultacji lekarskich jedną z najwyższych, przy czym poziom zadowolenia z jakości tych konsultacji (poświęcony czas i zrozumiałość informacji przekazywanych przez lekarza) były najniższe spośród wszystkich badanych krajów. Wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca i wartość procentowa produktu krajowego brutto przeznaczana na te wydatki były w Polsce jednymi z najniższych, znacznie poniżej średniej OECD. Także bezpośrednie wydatki na leczenie, jako procent wydatków gospodarstw domowych, były w Polsce poniżej średniej krajów OECD, choć były wyższe niż w większości krajów z najwyższymi poziomami finansowania służby zdrowia [12]. Prosta interpretacja tych danych, *nota bene* – podawanych jako wartości względne (procentowe) – może prowadzić do mylących wyobrażeń o niewielkich, w stosunku do mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych, kwot przeznaczanych przez Polaków na zdrowie. Natomiast, w kontekście niższej stopy życiowej, proporcjonalnie większe kwoty muszą być przeznaczane na inne niezbędne cele, a wydatki na zdrowie, pomimo ich niższej wartości względnej, mogą być w rzeczywistości stosunkowo wyższe i – zwłaszcza w kontekście mniejszego poziomu finansowania ze środków publicznych – mogą świadczyć o dużej dbałości o zdrowie. Także, jak powyżej zaznaczono, niektóre rozwiązania organizacyjne i ekonomiczne, wprowadzone w krajach rozwiniętych, są dopiero wprowadzane w naszym kraju. Omówione zjawiska nasilają się szczególnie w środowiskach mieszkańców wsi – niedofinansowanie, problemy infrastrukturalne, kadrowe i organizacyjne oraz społeczne są dodatkowo spotęgowane na wsi. Obraz Polski w opisywanym badaniu jest niekorzystny. Co istotne, zagadnienia zdrowia są analizowane na poziomach indywidualnym i populacji, a czynniki i uwarunkowania zdrowia są komplementarne.



**Ramka 1.**

**Dane i prognozy demograficzne wskazujące na postępujący proces starzenia polskiego społeczeństwa [na podstawie 13, 15]**

<b>Odsetek ludności w wieku 65+ lat [%]:</b>	<b>Rok 2020</b>	<b>Rok 2035</b>
Polska	18,4	23,2
woj. lubelskie*	18,9	24,4
<b>Odsetek osób w późnej starości [%]:</b>	<b>Rok 1999</b>	<b>Rok 2050</b>
Polska	12	29
Szwecja	22	31

\* Wybrane, jako przykładowe, jedno z najmniej zurbanizowanych województw.  
Oprac. Litwiniuk P., Płaszewski M.

---

## **Uwarunkowania zdrowia**

---

Główne kategorie uwarunkowań zdrowia to: (1) czynniki biologiczne i genetyczne, (2) środowisko społeczne i otoczenie fizyczne, (3) styl życia i (4) system (model) ochrony zdrowia. Determinantami zdrowia są więc nie tylko predyspozycje fizyczne, czynniki genetyczne, korzystne i niekorzystne oddziaływania środowiska, aktywność fizyczna i dieta, ale także system ochrony zdrowia – dostępność i organizacja, zakres, skuteczność i bezpieczeństwo (w kontekście skutków oraz efektów ubocznych i niepożądanych) działań profilaktycznych i zapobiegawczych, edukacyjnych, badań przesiewowych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych i opiekuńczych [13, 39, 40].

---

## **Przesunięcie paradygmatu: zdrowie i niepełnosprawność w nowym świetle**

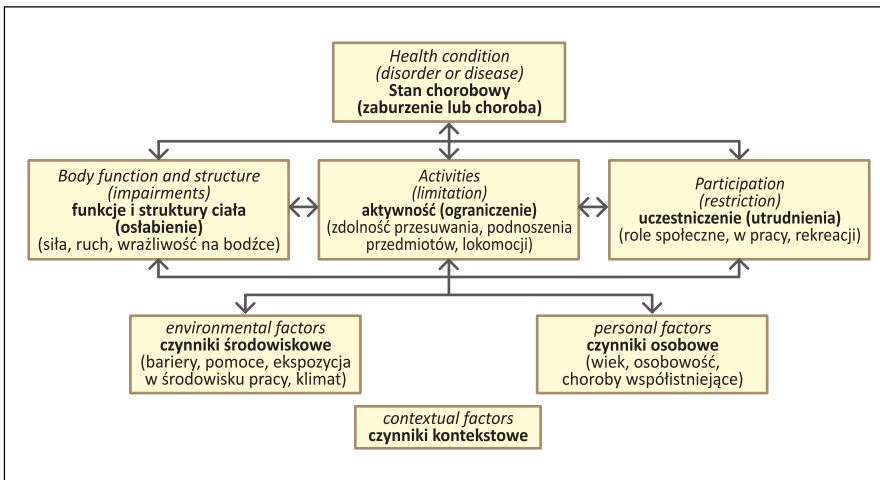
---

Przedefiniowano rozumienie oraz postrzeganie pojęcia i problemu niepełnosprawności. Określenia takie jak kalectwo, inwalidztwo, zostały zastąpione pojęciem niepełnosprawności (disability) [1, 37], do użycia weszły określenia osoby niepełnosprawnej, następnie osoby z niepełnosprawnościami i osoby nie w pełni sprawnej. Według współczesnego modelu, wypracowanego i przyjętego przez Światową Organizację Zdrowia, każda osoba może doświadczyć niepełnosprawności, niepełnosprawność nie jest stanem właściwym dla jedynie mniejszości ludzkości, lecz umieszcza doświadczanie niepełnosprawności jako uniwersalne, powszechne ludzkie doświadczenie. Model ten

uwytadnia społeczny wymiar niepełnosprawności; nie postrzega niepełnosprawności jako jedynie nieprawidłowości „medycznej” lub „biologicznej” oraz przesuwa akcent z przyczyn na skutki, uwzględniając czynniki kontekstowe oraz wpływ czynników środowiskowych na funkcjonowanie, podejmowanie aktywności i uczestniczenie w aktywnościach, a nie jedynie uszkodzenia i dysfunkcje ciała. Koncepcja ta weszła w życie poprzez opracowanie i wprowadzenie do stosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [Rycina 2], będącej modelem zdrowia, nie choroby czy dysfunkcji, odnoszącej się do sposobów mierzenia, opisywania oraz oceny zdrowia i choroby, i uwzględniającej czynniki kontekstowe, pozwala na ocenianie wpływu czynników środowiskowych na funkcjonowanie [1, 41-44].

Jak już zasygnalizowano, postrzeganie zagadnień choroby, niepełnosprawności i zdrowia zostało w ostatnich dziesięcioleciach znacząco przededefiniowane. Model biomedyczny postrzegania zdrowia w kategoriach zjawisk fizjologicznych i patologicznych (czyli de facto model choroby) został uzupełniony i rozbudowany – jakościowo i ilościowo. Model biomedyczny definiuje zdrowie jako brak choroby. W założeniu tego modelu choroby prowadzą do defektów, a defekty do utraty zdrowia. Zaproponowano model społeczny (środowiskowy) i – najbardziej uniwersalny, następnie rozpowszechniony oraz akceptowany – model biopsychospołeczny, odwołujący się do pojęcia zdrowia jako dobrostanu w aspekcie funkcjonowania fizycznego, psychicznego (emocjonalnego, uczuciowego, duchowego), intelektualnego i społecznego [1, 2, 39].

**Rycina 2.**  
**Model wzajemnie komplementarnych i interferujących uwarunkowań**  
**zdrowia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania,**  
**Niepełnosprawności i Zdrowia**



Oprac. Litwiniuk P., Płaszewski M. [m.in. w 34, ze źródłami]

W konsekwencji, zmianie ulegają postrzeganie i organizacja oraz finansowanie i regulacje prawne ochrony zdrowia. Wprowadzane są zasady i rozwiązania struktury interwencji służących przywracaniu, zachowywaniu oraz podtrzymywaniu zdrowia i wsparcia w wymiarach indywidualnym oraz środowiskowym. Powstała spójna koncepcja struktury oddziaływań służących przywracaniu zdrowia, począwszy od leczenia, poprzez oddziaływania rehabilitacyjne i interwencje służące wspieraniu procesów adaptacji, zgodne z zasadą opieki nakierowanej na potrzeby osoby (pacjenta, podopiecznego, klienta), w kontekście ochrony i przywracania struktury oraz funkcji ciała, ale także zdolności do podejmowania aktywności indywidualnych i uczestniczenia w życiu społecznym. W zależności od czasu trwania i etapu rozwoju niepełnosprawności lub choroby, z czasem, najczęściej jedynie początkowo dominują interwencje medyczne (ratowanie życia, leczenie), następnie rehabilitacyjne (przywracanie, zachowywanie lub polepszanie sprawności i funkcji), a wreszcie interwencje adaptacyjne (wsparcie) [6, 9, 44-47]. Co warto podkreślić, model ten nie tylko zakłada i wymusza skorelowane wdrażanie rozwiązań i polityk oraz skoordynowane działanie instytucji i organizacji – oraz rozwiązań prawnych i administracyjnych – świadczeń medycznych i leczniczych [47-49], lecz także oddziaływań i interwencji społecznych i środowiskowych [44, 50, 51] [Rycina 3]. Przykłady przewlekłych problemów zdrowotnych i potrzeb osób ich doświadczających oraz oddziaływań systemu ochrony zdrowia, zgodnie z opisanym modelem zawiera Rycina 4.

---

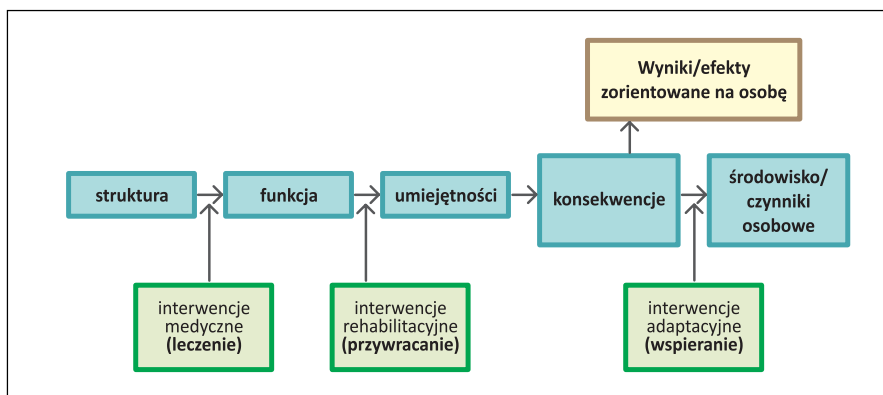
## Kontekst mieszkańców wsi

---

Przedstawione modele funkcjonowania niepełnosprawności i zdrowia [rysunek 2] oraz ich implementacji w różnych rodzajach i stadiach niepełnosprawności, zgodnie z zasadą podmiotowości i praktyki nakierowanej na pacjenta [rysunki 3 i 4], są uniwersalne – nie odwołują się bezpośrednio do mieszkańców różnych środowisk (np. wielkich miast i wsi), a kryterium rodzaju i przebiegu opieki zdrowotnej jest sam stan zdrowotny (condition), tj. choroba, dysfunkcja lub niepełnosprawność. Natomiast zmiana sposobu i zakresu ochrony zdrowia dla mieszkańców wsi następuje niejako w sposób pośredni – modyfikacje, korekty i udoskonalenia istniejących modeli oraz nowe rozwiązania są wypracowywane w reakcji na obecne [17, 28, 31] i przewidywane [13, 30, 32, 23] potrzeby demograficzne i epidemiologiczne, w ramach uwarunkowań prawnych i instytucjonalnych, społecznych i kulturowych, gospodarczych i ekonomicznych. Na wsi zjawiska te – starzenie się, pauperyzacja, zjawiska wykluczenia społecznego, specyficzne uwarunkowania i zjawiska zachodzące w rodzinach (m. in. nieintencjonalna przemoc wobec osób starszych), utrudniony i ograniczony dostęp

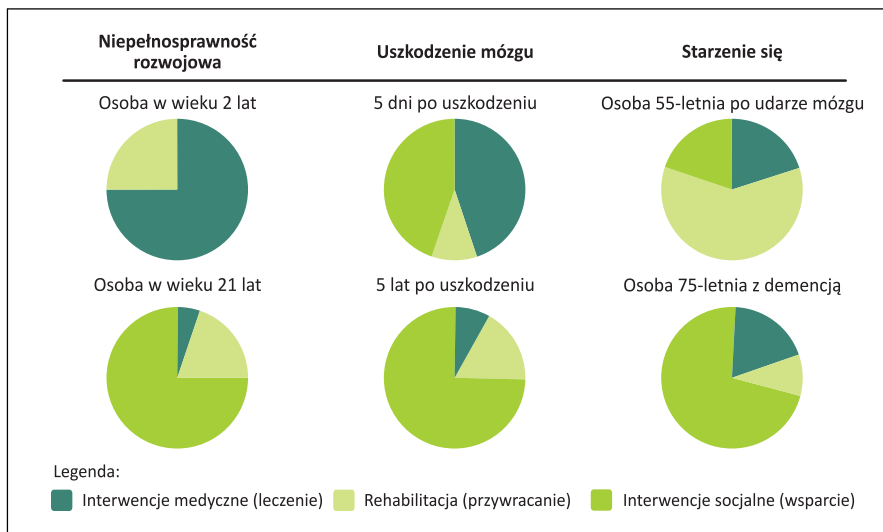
do specjalistycznej opieki zdrowotnej, zjawiska epidemiologiczne i czynniki ryzyka niepełnosprawności (środowisko i warunki oraz specyfika pracy) i wsi – nasilają się i nabierają szczególnego znaczenia [Rycina 1, Ramki 1 i 2].

**Rycina 3.**  
**Praktyka nakierowana na potrzeby pacjenta. Implementacja zasad biopsychospołecznego modelu zdrowia i integracja interwencji medycznych, rehabilitacyjnych i wsparcia**



Oprac. Litwiniuk P., Płaszewski M. w [44] na podstawie [50, 51].

**Rycina 4.**  
**Dominacja interwencji medycznych, rehabilitacyjnych i adaptacyjnych u osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w różnych okresach życia i rozwoju niepełnosprawności**



Oprac. Litwiniuk P., Płaszewski M. w [44] na podstawie [50, 51].

Koncepcja opieki nakierowanej na potrzeby pacjentów (podopiecznych, klientów) ewoluje, a jej skuteczność i wydajność ekonomiczna są badane naukowo. Problemy i uwarunkowania ochrony zdrowia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, analizowane są w aspektach indywidualnym i środowiskowym, na różnych poziomach interwencji – czynników geograficznych, polityk publicznych, konkretnych programów i działań oraz specyficznych programów i interwencji rehabilitacyjnych [6, 51-53]. Miarami skuteczności, bezpieczeństwa i uzasadnienia ekonomicznego badanych interwencji są efekty lub skutki (outcomes) istotne z perspektywy interesariuszy (tworzących polityki i programy, płatników, specjalistów ochrony zdrowia), ale także pacjentów (klientów, uczestników) i ich bliskich [Ramka 2] [51].

**Ramka 2.**  
**Poziomy analizy (badań) (działań) odnoszących się do osób z niepełnosprawnościami i związanymi z nimi pytaniami (problemami) i efektami<sup>1</sup> (skutkami – interwencji, polityk, oddziaływań)**

Poziom/obszar zainteresowania	Typowe pytania i efekty w obszarze zainteresowania
Wpływ/oddziaływanie przepisów i regulacji (polityki publicznej), zmienność geograficzna	Kto otrzymuje świadczenia/oddziaływania? Jak zmienia się prevalencja (chorobowość, zapadalność, częstość występowania)?
Wpływ/oddziaływanie zorganizowanych programów	Kto korzysta ze świadczeń/oddziaływań? Gdzie osoby są leczone/gdzie prowadzone są oddziaływania? Czy następuje zmiana w ilości stosowanych świadczeń/oddziaływań? Czy następuje zmiana w ilości innych świadczeń/oddziaływań? Koszt opieki?
Specyficzne oddziaływania, interwencje nakierowane na niepełnosprawność	Zmiany w zakresie budowy i funkcji organizmu, aktywnościach i uczestnictwie. <sup>1</sup> Jakość życia. <sup>1</sup>
Specyficzne oddziaływania, interwencje nakierowane na dany problem medyczny, niekoniecznie związany z niepełnosprawnością, u osób z niepełnosprawnościami	Skutki/efekty typowe dla danego problemu medycznego. Skutki/ efekty generyczne (np. jakość życia).
Kompleksowe programy opracowane, aby integrować świadczenia/oddziaływania medyczne i środowiskowe (społeczne, socjalne)	Zapobieganie problemom medycznym wtórnym wobec niepełnosprawności. Typowe specyficzne dla danego problemu medycznego skutki i efekty oddziaływań. Efekty i skutki generyczne (np. jakość życia, funkcjonowanie). Koszty. Wykorzystanie usług i świadczeń drugiego zaszeregowania ( <i>second-order</i> ), np. szpitali.

<sup>1</sup> *Efekty nakierowane na osobę (person – centered outcomes): odniesienie wprost w do klasyfikacji ICF i jakość życia jako efekt interwencji.*

*Oprac. Litwiniuk P., Płaszewski M. na podstawie [50]*

## Jakość życia i jakość życia związana ze zdrowiem

Kolejnymi pojęciami i wartościami, a zarazem miarami oceny efektywności i skutków działań programów, interwencji i czynników środowiskowych i kontekstowych, wypracowanymi w ramach modelu biopsychospołecznego zdrowia, odzwierciedlającymi zasadę opieki nakierowanej na potrzeby, oczekiwania i preferencje osób objętych opieką (pacjentów, osób niepełnosprawnych, podopiecznych, odbiorców świadczeń i uczestników procesu zapewniania i ochrony zdrowia), są „jakość życia” i – bardziej specyficznie – „jakość życia związana ze zdrowiem” (lub „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” – health-related quality of life, HRQoL) [54-56].

„Jakość życia” jest terminem opisowym, odnoszącym się do dobrostanu (wellbeing), w wymiarach emocjonalnym, społecznym i fizycznym oraz zdolności człowieka do funkcjonowania i sprostania codziennym zadaniom [1, 54]. W tym kontekście rozważa się uwarunkowania demograficzne i środowiskowe, w tym oddziaływanie środowiska naturalnego i sztucznego oraz integracji społecznej.

Jakość życia może być określana przez pryzmat trzech głównych, przenikających się i wzajemnie uzupełniających obszarów życia: bycie, przynależność i stawanie się [Ramka 3] [56].

### Ramka 3.

#### Trzy główne obszary życia, warunkujące jakość życia („trzy B”)

<p><b>bycie (<i>being</i>)</b> – kim ktoś jest:</p> <p>fizyczne (zdrowie fizyczne, higiena osobista, odżywianie, ćwiczenia fizyczne, ubiór, wygląd fizyczny)</p> <p>psychologiczne (dostosowanie i zdrowie psychiczne, postawy, uczucia, pewność siebie, samokontrola i samopostrzeżenie)</p> <p>duchowe (wartości osobiste, osobiste wzory zachowań, przekonania)</p>
<p><b>przynależność (<i>belonging</i>)</b> – powiązania ze środowiskiem:</p> <p>fizyczna (dom, miejsce pracy/szkoła, miejsce zamieszkania/sąsiedztwo, społeczność lokalna towarzyska (bliscy, rodzina, przyjaciele, współpracownicy, sąsiedztwo i społeczność lokalna)</p> <p>społeczna/socjalna (właściwe zarobki, służba zdrowia i instytucje socjalne, zatrudnienie, programy edukacyjne, programy rekreacyjne, wydarzenia i działania społeczne)</p>
<p><b>stawanie się (<i>becoming</i>)</b> – realizacja celów, nadziei i aspiracji osobistych:</p> <p>praktyczne (aktywność domowa, praca zarobkowa, aktywność szkolna lub dobrowolna – wolontariat, ochrona zdrowia lub potrzeby społeczne)</p> <p>w wypoczynku (działania promujące relaksację i redukcję stresu)</p> <p>w rozwoju (działania promujące utrzymanie lub rozwój wiedzy i umiejętności, adaptowanie się do zmian)</p>

Oprac. Litwiniuk P., Płaszewski M., na podstawie [56]

## Rewolucja zdrowia cyfrowego

---

Pojęcie zdrowie cyfrowe (digital health) oznacza stosowanie technologii informacyjnych w medycynie [57]. Co oczywiste, technologie informacyjne nie tylko znajdują bezpośrednie zastosowanie w leczeniu i opiece nad pacjentem, lecz także w administracji, zarządzaniu oraz w analizach ekonomicznych i tzw. ocenie technologii medycznych (health technology assessment, HTA) ochrony zdrowia. Dalszy rozwój tych metod odbywa się w tempie postępującym, a szanse z tego wynikające są liczne i znaczące. Szacunkowa liczba urządzeń cyfrowych z autonomicznym dostępem do internetu (np. laptopów i smartfonów) podwaja się w ostatnich latach średnio co pięć lat. Obecnie wynosi około 25 miliardów i do 2020 r. osiągnie około 50 miliardów. Około 80% lekarzy i około 60% szpitali w USA przeszło z papierowej na elektroniczną dokumentację medyczną. Ilość danych w ochronie zdrowia szacuje się na 153 exabajty<sup>2</sup>, a w 2020 r. może osiągnąć 2 314 exabajtów [57]. Do użycia weszły pojęcia rewolucji zdrowia cyfrowego (digital health revolution) i rewolucji cyfrowej opieki zdrowotnej (digital healthcare revolution, digital health and care revolution) [57-59].

Telemedycyna, teleopieka, a także telerehabilitacja – w skrócie i w uproszczeniu – polegające na prowadzeniu diagnostyki, konsultowaniu i na terapii (np. rozwiązywaniu zadań w procesie rehabilitacji kognitywnej) poprzez cyfrowe połączenie pomiędzy pacjentem (podopiecznym) a lekarzem (terapeutą, opiekunem) mają szczególne znaczenie w regionach o słabiej rozwiniętej infrastrukturze opieki zdrowotnej i z gorszym dostępem do specjalistów. Służą polepszaniu skuteczności opieki zdrowotnej oraz przeciwdziałaniu marginalizacji i wykluczeniu społecznemu. Są zatem ważnymi rozwiązaniami dla mieszkańców wsi. Poprzez kontakt zdalny i możliwość przesyłania danych oraz obrazów możliwe staje się korzystanie m.in. z wysokospecjalistycznej diagnostyki i uczestniczenie w stałej, systematycznej rehabilitacji specjalistycznej, z pokonaniem bariery braku dostępu do specjalistów oraz infrastruktury. Przykładem może być rehabilitacja osób z afazją, polegająca m.in. na wykonywaniu ćwiczeń i zadań przy wykorzystaniu aplikacji komputerowych, w kontakcie z logopedą – także zaopatrzonym w komputer – z zachowaniem komfortu przebywania we własnym domu [57-59]. Także proste rozwiązania, jak przypominanie poprzez SMS o porach zażywania leków, znacząco poprawiają wskaźniki stosowania się do zaleceń [59]. Podstawę do wprowadzania digitalizacji

---

<sup>2</sup> 1 exabajt = 1 mln GB.

ochrony zdrowia w Polsce stanowią rozwiązania prawne [60-63] i idący za nimi – *nota bene* nie pozbawiony trudności – proces informatyzacji oraz cyfryzacji systemu i placówek opieki zdrowotnej [64, 65].

---

## Podsumowanie i wnioski

---

Opieka zdrowotna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (Evidence-based Health Care), współczesne postrzeganie zdrowia i niepełnosprawności jako wieloaspektowych i wielowymiarowych procesów biopsychospołecznych, znaczenie podmiotowości i potrzeb pacjentów i podopiecznych w ochronie zdrowia, pojęcia jakości życia i jakości życia związanej ze zdrowiem, nowoczesne klasyfikacje i narzędzia oceny funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia, są niewątpliwie przełomowymi osiągnięciami w opiece nad osobami niepełnosprawnymi i w postrzeganiu niepełnosprawności, zarówno w wymiarach medycznym i organizacyjnym, jak również humanistycznym i społecznym. Są znaczące także, a być może szczególnie, dla mieszkańców środowisk wiejskich, zwłaszcza oddalonych od dużych ośrodków miejskich, gdzie nasilają się i wzajemnie wzmacniają niekorzystne zjawiska i procesy demograficzne, ekonomiczne, epidemiologiczne i społeczne.

Mechanizmy i rozwiązania digitalizacji opieki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia, związane z powyższymi koncepcjami – i umożliwiające ich pełniejszą realizację, szczególnie u osób i w środowiskach oddalonych od specjalistów i od specjalistycznej infrastruktury, dają szansę na poprawę – jako rozwijający się i postępujący proces – funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, także w Polsce (a obecna sytuacja, zwłaszcza w rejonach i środowiskach słabiej rozwiniętych i oddalonych od dużych miast, jest jedną z najgorszych w krajach rozwiniętych) i na przeciwdziałanie procesom wykluczenia społecznego, izolacji i deprivacji dostępu do leczenia, opieki i rehabilitacji, szczególnie do usług oraz świadczeń specjalistycznych.

Jak w każdym procesie systemowym, realizowanym przez instytucję państwa, rozwiązania prawne i administracyjne są pierwszym skonkretyzowanym etapem rzeczywistych działań, otwierają drogę do wypracowania i implementacji lepszych rozwiązań na przyszłość, w okolicznościach i warunkach oczekiwanych i przewidywanych zmian procesów i zjawisk epidemiologicznych, demograficznych, ekonomicznych, społecznych, kulturowych i cywilizacyjnych. Nadają także ramy, definiują powinności i odpowiedzialność oraz uruchamiają system instytucjonalny – zachodzi zmiana



jakościowa – od idei i koncepcji do ról, zadań i odpowiedzialności. Umożliwiają podejmowanie aktywności i poszukiwanie źródeł ich finansowania dla organizacji pozarządowych i dla osób indywidualnych. Pierwsze, korzystne skutki i efekty, jak wprowadzane – środowiskowo, poprzez działania jednostek samorządu terytorialnego i, na obecnym etapie pilotażowo, w systemie ochrony zdrowia, rozwiązania dla osób starszych i niesamodzielnych – ośrodki środowowe Senior-WIGOR, dzienne domy opieki medycznej, na wzór szpitali środowiskowych, są już dostrzegalne.

Tym bardziej konieczne wydaje się wprowadzanie, zabezpieczanie warunków implementacji, egzekwowanie realizacji i ewentualne doskonalenie i korygowanie, nowoczesnych przepisów prawa, stymulujących i ułatwiających wprowadzanie dobrych praktyk, na miarę oczekiwań, ale i realnych możliwości podmiotów je realizujących oraz zabezpieczających zasady właściwej dystrybucji środków finansujących te działania. Błędne, niedopracowane, wprowadzone zbyt późno, wadliwe rozwiązania, mogą przynosić szkody lub uniemożliwiać osiągnięcie korzyści. Trudności i opóźnienia w zakresie wprowadzania rozwiązań informatyzacji ochrony zdrowia, w tym systemów dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a także opóźnienia, w stosunku do innych krajów rozwiniętych, implementacji klasyfikacji ICF jako narzędzia diagnostyki i orzecznictwa, a także – bardziej ogólnie – zasad Evidence-based Practice w rehabilitacji, czego skutki w każdym przypadku szczególnie dotyczą środowiska wsi, mogą być przykładami takich sytuacji i zjawisk.

*Przemysław Litwiniuk, dr nauk prawnych,  
Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie,  
Wydział Nauk Ekonomicznych.*

*Maciej Płaszewski, dr hab. n. o kulturze fizycznej,  
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie,  
Filia w Białej Podlaskiej, Wydział Turystyki i Zdrowia.*

---

## Piśmiennictwo

---

1. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

2. [Autorzy i rok publikacji nie podane] International Classification for Functioning, Disability and Health (ICF). Światowa Organizacja Zdrowia: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Dostęp 07.10.2013.
3. [Autorzy nie podani]. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia / The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Polish Version. WHO/ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2009; dostępne na [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icf\\_polish\\_version\\_56a8f7984213a.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf).
4. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ* 1995;310:1122-6.
5. Sackett DL, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-2.
6. Gajewski P, Jaeschke R. Filozofia EBM. W: Gajewski P, Jaeschke R, Brożek J. (red.). Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny Kraków: Medycyna Praktyczna 2005, ss. 25-32.
7. Boseley S. Milestones that showed the way to modern medicine. *The Guardian*; 5 Jan 2007: <https://www.theguardian.com/science/2007/jan/05/medicineandhealth.health>.
8. Dickersin K, Straus SE, Bero LA. Medical Milestones. Evidence based medicine: increasing, not dictating, choice. *BMJ* 2007;334:s10.
9. Dijkers MP, Murphy SL, Krellman J. Evidence-Based Practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies. *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:S164-S176.
10. MacDermid J, Michlovitz S. Incorporating Outcomes measures Into Evidence-Based Practice. [W:] Law M, MacDermid J. (red.). Evidence-Based Rehabilitation. A guide to good practice. SLACK Inc. 2008, ss. 15-23.
11. European Observatory on Health Systems and Policies: Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. Geneva: World Health Organisation; 2013.
12. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2015. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en).
13. Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla Ochrony Zdrowia na Lata 2014-2020. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2015.
14. Rural poverty and health systems in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
15. Informacja o wynikach kontroli. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Najwyższa Izba Kontroli. KZD-4101-003/2014. Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD.
16. The top 10 causes of death. WHO, maj 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Dostęp 26.04.2016.
17. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Badanie PolSenior. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
18. Abramowska-Kmon A, Bała M, Chłoń-Dominczak A, i wsp. Portret generacji 50+ w Polsce i Europie. Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE).

19. Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
20. Miller M., Zieliński A., *Zdrowie publiczne – misja i nauka, Przegląd Epidemiologiczny* 2002, Vol. 56.
21. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych Dz. U. 2009 Nr 157 poz. 1240.
22. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654.
23. Podstawka M., *Rolnicze choroby zawodowe oraz działania prewencyjne KRUS, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach*, Nr 91/2011.
24. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. 1991 Nr 7 poz. 24.
25. Bubińska J., *Ocena efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników KRUS, Pol. Ann. Med.*, 16(1)/2009.
26. *Active Ageing. A policy Framework*. WHO, Geneva 2002.
27. *Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health*. WHO, Geneva 2004.
28. *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020. Monitor Polski* z 4 lutego 2014 r., poz. 118.
29. *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (ONZ 2006, polski porządek prawny – Dz.U. z 25 października 2012, poz. 1169*.
30. *Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności na lata 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier*.
31. *Agenda działań na rzecz równości szans i niedyskryminacji w ramach funduszy unijnych 2014-2020*. Warszawa, 22 kwietnia 2015.
32. Samoliński B, Raciborski F (red.). *Zdrowe Starzenie się: Biała Księga*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013.
33. *Program Wieloletni „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020. Załącznik do uchwały nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. (poz. 341) w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020. Monitor Polski z dnia 13 kwietnia 2015 r., poz. 341*.
34. *Dzienny Dom Opieki Medycznej. Organizacja i Zadania*. Ministerstwo Zdrowia, maj 2015. [https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6854/Zalacznik\\_1\\_Dzienny\\_dom\\_opieki\\_med.pdf](https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6854/Zalacznik_1_Dzienny_dom_opieki_med.pdf).
35. Lappégardø, Hjørtedahl P. *Acute admissions to a community hospital – health consequences: a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway. BMC Family Practice* 2104;15:198.
36. Dahl U, et al. *Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital – a qualitative study of health professionals' experiences. Int J Integr Care* 2014;14:e011.
37. Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. *Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health* 2007;7:68.

38. Dahl U, Steinsbekk A, Johnsen R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older – a controlled observational study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:351.
39. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF. Geneva: World Health Organization, 2002.
40. EU Task Force on eHealth: Redesigning health in Europe for 2020.
41. Sykes C. Health Classifications 1 – an introduction to the ICF. WCPT Keynotes/ ICF. Londyn: World Confederation for Physical Therapy, 2006. Dostępne na [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
42. Sykes C. Health Classifications 2 – using the ICF in clinical practice. WCPT Keynotes/ ICF. Londyn: World Confederation for Physical Therapy, 2007. Dostępne na <http://www.wcpt.org/programmes/icf/resources.php>.
43. Heerkens, Y., Hendriks, E., Oostendorp, E. (2006). Narzędzia oceny a Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania w rehabilitacji i fizjoterapii/Assessment instruments and the ICF in rehabilitation and physiotherapy. *Rehabilitacja Medyczna/ Medical Rehabilitation* 2006;10:11-20.
44. Płaszewski M. International Classification of Functioning, Disability And Health: its position within Evidence-Based Practice/Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia: jej znaczenie dla praktyki opartej na danych naukowych. [w:] Rutkowska E, Otrębski W (red.) Aktywizacja osób z niepełnosprawnością. Wybrane problemy psychospołeczne. Wydawnictwo monograficzne. WWFIS, Biała Podlaska 2014, tom II, ss. 11-26. ISBN 978-83-61509-28-8.
45. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt G H. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP Journal Club* 2002;136:A11-A14.
46. [Autorzy nie podani]. Evidence Based Practice – an international perspective. Report of an expert meeting of WCPT member organisations. Londyn: Londyn: World Confederation for Physical Therapy, 2002.
47. Ptyushkin, P., Vidmar, G., Burger, H., Marinček, Č., Escorpizo, R. (2011). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in vocational rehabilitation and disability assessment in Slovenia: state of law and users' perspective. *Disabil Rehabil*, 33(2), 130-6.
48. Froese E. Workplace-related rehabilitation – an ICF-oriented strategy and its outcome in work accident cases/ Rehabilitacja związana z miejscem pracy. Strategia oparta na ICF oraz wyniki rehabilitacji „powypadkowej”. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania* 2013;2:21-35/ 36-50.
49. Wilmowska-Pietruszyńska, A, Bilski, D. (2010). ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego. *Orzecznictwo Lekarskie*, 7(1), 1-13.
50. Colenbrander, A. (2010). Assessment of functional vision and its rehabilitation. *Acta Ophthalmol*, 88(2), 163-73.
51. Butler, M., Kane, R. L., Larson, S., Jeffery, M. M., Grove, M. (2012). Quality Improvement Measurement of Outcomes for People With Disabilities. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report/Technolo-

- gy Assessment No. 208. (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10064-I.) AHRQ Publication No. 12(13)-E013-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Dostępne na [www.effectivehealthcare.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.gov/reports/final.cfm).
52. Leonardi, M., Martinuzzi, A., Meucci, P., Sala, M., Russo, E., Buffoni, M., Raggi, A. (2012). A Population Survey in Italy Based on the ICF Classification: Recognizing Persons with Severe Disability. *Sci World J*, article ID 189097, doi:10.1100/2012/189097.
  53. Hermsen, L. A. H., Leone, S. S., van der Windt, D. A. W. M., Smalbrugge, M., Dekker, J., van der Horst, H. E. (2011). Functional outcome in older adults with joint pain and comorbidity: design of a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12: 241; Dostępne na [www.biomedcentral.com/1471-2474/12/241](http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/241).
  54. Fallowfield, L. (2009). What is quality of life? What is...? series. Hayward Group Ltd; Dostępne na [www.whatisseries.co.uk](http://www.whatisseries.co.uk).
  55. Leplege, A., Hunt, S. (1997). The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 278, 47-50.
  56. Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory J. D., Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *BMJ*, 316: 542-5.
  57. Kress B, Göhde R, Meyding-Lamadé U. Digital health - the future of medicine. World Health Summit. Yearbook 2015.
  58. Madelin R. Innovative health 2050. Dyrektoriat Generalny Sieci Komunikacyjnych, Wiedzy i Technologii, Komisja Europejska. Wygłoszone podczas 21 Konferencji Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia, Forum Innowacyjna Ochrona Zdrowia, Warszawa, 21-22 kwiecień 2016. Dostępne na: [http://www.osoz.pl/osoz-konf/docs/prezentacje\\_konf/Dzien2/Sesja\\_Plenarna/Robert\\_Madelin.pdf](http://www.osoz.pl/osoz-konf/docs/prezentacje_konf/Dzien2/Sesja_Plenarna/Robert_Madelin.pdf).
  59. Wald DS, Bestwick JP, Raiman L, Brendell R, Wald NJ (2014) Randomised Trial of Text Messaging on Adherence to Cardiovascular Preventive Treatment (INTERACT Trial). *PLoS ONE* 9(12): e114268. doi:10.1371/journal.pone.0114268.
  60. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 r. Nr 113 poz. 657).
  61. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. 2013 r. poz. 235).
  62. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz.U. 2012 r. poz. 526).
  63. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. 2013 r. poz. 463).
  64. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Projekt systemowy pn. „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT”. Szkolenie dla kadry zarządzającej. Wyd. CSIOZ, Warszawa 2014. Dostępne na [www.csioz.gov.pl](http://www.csioz.gov.pl). Pobrane 24 06 2015.

65. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych. ABC bezpieczeństwa danych osobowych przetwarzanych przy użyciu systemów informatycznych. Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2007. Dostępne na [www.giodo.gov.pl](http://www.giodo.gov.pl). Pobrane 11 06 2015.

---

**Rural health, health care  
and rehabilitation in Poland  
Organizational and legal challenges  
Abstract**

---

**Objectives.** The report includes a description of processes and phenomena related to health, health care and rehabilitation, as regards health policies and legislation in Poland, focusing on a specific context of environmental, cultural, epidemiological and demographic issues, on broad demands and scope of their utilization and impact, and on potential consequences of their under- or ill- implementation in rural Poland.

**Discussion.** Implementation of Evidence-based Health Care, modern attitudes to health, the importance of person-centered care, modern health classifications and assessment tools, are achievements of care for disabled, including those living in province, where disadvantageous processes and phenomena enhance and combine. The development of the so called 'digital health care' is an opportunity for progress in rural environments, distant from specialized care and infrastructure.

Implementation of modern law, stimulating and facilitating good practices, appears warranted. Bad, unprepared, and late, services and processes, may be disadvantageous or unbeneficial. Difficulties in the reinforcement of the digitalized health care, and delayed implementation of modern concepts of diagnostics, certification, rehabilitation and – more generally - Evidence-based Health Care, especially as regards rehabilitation, may serve as examples of such occurrences.

**Keywords:** rural health, rehabilitation, health policies, law.

*Grzegorz Gałuszka, Renata Gałuszka\**

# Nordic Walking – aktywność ruchowa jako forma higienicznego trybu życia

---

## Streszczenie

---

**Wprowadzenie.** Prowadzenie higienicznego trybu życia, określanego też zdrowym trybem życia, jest jednym z czynników warunkujących sprawność funkcjonowania i zdolność człowieka do pełnienia wybranych przez siebie ról społecznych.

**Cel.** Celem badania była ocena, czy systematycznie uprawiany Nordic Walking wpływa na zdrowie i kondycję fizyczną u osób w różnym wieku, oraz ocena atrakcyjności tej formy aktywności ruchowej.

**Wyniki.** Nordic Walking jest formą aktywności ruchowej, która jest skierowana do bardzo szerokiego grona ćwiczących, zróżnicowanych pod względem wiekowym, jak i sprawnościowym. Uprawianie tego rodzaju sportu ma znaczący wpływ na zdrowie człowieka. Jest doskonałym środkiem do kształtowania międzyludzkich więzi.

**Wnioski.** Trening Nordic Walking przyczynia się do poprawy stanu zdrowia we wszystkich schorzeniach, na które cierpią ankietowani. Jest sportem nie powodującym kontuzji. Pozytywnym skutkiem treningu jest lepsze samopoczucie oraz poprawa kondycji.

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna, zdrowie, Nordic Walking.

---

\* dr n. med. Grzegorz Gałuszka, Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. Edwarda Lipińskiego w Kielcach. Wydział Nauk o Zdrowiu; dr n. med. Renata Gałuszka, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

Niniejsze opracowanie powstało przy współpracy z Wojciechem Legawcem – Uzdrożisko Busko-Zdrój S.A.

Prowadzenie zdrowego trybu życia jest jednym z czynników warunkujących sprawność funkcjonowania i zdolność człowieka do pełnienia wybranych przez siebie ról społecznych. Wielu badaczy szacuje, że przeciętnie człowiek posiada zdolność do przeżycia ponad 100 lat<sup>1</sup>. Szanse na długie życie uwarunkowane są od wielu zmiennych: genów, schorzeń oraz warunków i trybu życia<sup>2</sup>. Według badań naukowych, aż w 50-60% zdrowie uzależnione jest od stylu życia. Jednym z najważniejszych czynników warunkujących zdrowie człowieka, obok prawidłowego odżywiania, jest aktywność fizyczna. Jej zwiększenie stanowi niezwykle ważny cel współczesnej strategii zdrowia publicznego<sup>3</sup>.

Brak aktywności fizycznej przyczynia się również do rozwoju chorób przewlekłych, takich jak: choroba wieńcowa, nadciśnienie, cukrzyca czy osteoporoza<sup>4</sup>. Uznaje się, że efekty zapobiegawcze i rehabilitacyjne regularnie podejmowanego wysiłku fizycznego są trwalsze wówczas, gdy jej wzorce kształtuje się we wczesnym okresie życia, niż gdy zapoczątkowuje się je późno w wieku podeszłym. Dlatego wskazane jest, aby dbać o kondycję przez całe życie. Utrzymanie sprawności ruchowej na odpowiednim poziomie warunkuje samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym<sup>5</sup>.

Nordic Walking jest formą aktywności ruchowej, która jest bezpieczna dla wielu ćwiczących, nawet tych, których stan zdrowia wyklucza inne formy aktywności ruchowej, i dla ludzi zróżnicowanych pod względem wiekowym, jak i sprawnościowym.

Nordic Walking polega na marszu z wykorzystaniem specjalnych kijów (przypominających pod pewnym względem kijki narciarskie). Podczas marszu istotna jest jego metodyka. W czasie chodu jednocześnie pracują przeciwstawne kończyny górne i dolne (np. prawa kończyna dolna i lewa kończyna górna). W czasie gdy kończyna górna znajduje się z przodu, ręka

---

<sup>1</sup> K. Wiśniewska-Roszkowska, *Medycyna w walce ze starością* [w:] *Wiedza i zdrowie*, PZWL Warszawa 1972, s. 9 i n.

<sup>2</sup> T. Wolańska T i Wsp., *Sport dla wszystkich w cyklu życia* [w:] *Wychowanie fizyczne i sport*, Warszawa 1998, t. XLII, 2, s. 3 i n.

<sup>3</sup> R. Gałuszka, G. Gałuszka, *Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia z uwzględnieniem aktywności ruchowej wśród studentów fizjoterapii* [w:] *Kwartalnik Ortopedyczny* Nr 1/2006. s. 26 i n.

<sup>4</sup> M. Połuszny, S. Lapina, *Zapobieganie starzeniu przez rekreację* [w:] *Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu* 2011; s. 6 i n.

<sup>5</sup> A. Ogonowska-Słodownik, *Ocena wybranych form aktywności fizycznej osób starszych- badania pilotażowe* [w:] *Postępy Rehabilitacji* 2012; s. 23 i n.



powinna sięgać wysokości pępka, staw łokciowy prawie wyprostowany. To pozwala na właściwe ustawienie kija pod kątem około 60 stopni do tyłu w taki sposób, aby znajdował się on na podłożu na wysokości pięty kończyny dolnej wykroczonej. Kijki powinny być skierowane ukośnie w tył podczas całego marszu. Należy zwrócić uwagę, by wysunięta w przód kończyna górna nie przekraczała linii obręczy biodrowej. Przy ruchu w tył, kończyna górna powinna pracować aż za linię bioder, co wpływa na uruchomienie mięśni. Tułów ćwiczącego ma być wyprostowany, brzuch wciągnięty, a krok naturalnej długości.

Prawidłową technikę chodu Nordic Walking należy realizować wg poniższych punktów:

- 1) zamach prawej kończyny dolnej w przód, rozpoczęcie kroku w przód; kończyna górna lewa rozluźniona;
- 2) prawa kończyna dolna przechodzi przez pionową oś ciała, lewa kończyna górna przemieszcza się w przód i przekracza oś ciała;
- 3) po przekroczeniu osi ciała przez prawą kończynę dolną jest ona wyprostowana w stawie kolanowym; ruch ramienia kończy się w momencie chwytu rękojeści kija; w tym czasie lewa kończyna górna wysunięta jest do przodu, co zwiększa siłę odepchnięcia drugim kijem do tyłu;
- 4) pięta prawej kończyny dolnej dotyka podłoża; następuje wbicie grota za stopą wykroczną w podłoże przy lekkim ugięciu stawu łokciowego. lewa ręka zaciśnięta jest na rękojeści kijka na wysokości obręczy biodrowej;
- 5) propulsja stopy (przetoczenie po podłożu od pięty do palców); kończyna dolna przekracza oś pionową ciała, obręcz biodrowa lekko się skręca w stronę kończyny dolnej zakroczonej; następuje delikatne zgięcie ramienia i nacisk na kijek, co powoduje „podciągnięcie” ciała do przodu;
- 6) odepchnięcie kończyny dolnej od podłoża poprzez prostowanie w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym; po odepchnięciu kończyna zakroczona powinna być przedłużeniem pochylonego w tym czasie tułowia; ramię przechodzi oś pionową ciała i naciska na kijek; dochodzi do odepchnięcia się kijem od podłoża przez wyprostowanie ramienia do tyłu;
- 7) ręka rozluźnia się i puszcza rękojeść kija (powinien on być przedłużeniem wyprostowanego do tyłu ramienia).

Szacuje się, że Nordic Walking angażuje 90% mięśni<sup>6</sup>. Dla porównania zwykły marsz uaktywnia tylko 35%. Ponadto kijki zmniejszają obciążenie stawów biodrowych, kolanowych i stóp, co jest szczególnie istotne w przypadku osób w starszym wieku, które muszą oszczędzać stawy, i tych

---

<sup>6</sup> P. Wróblewski, *Nordic Walking*. Wydawnictwo Pascal 2010.

z nadwagą. W zależności od szybkości marszu i jego techniki Nordic Walking powoduje – w porównaniu ze zwykłym marszem – zwiększenie wydatku energetycznego o około 120 kalorii na godzinę<sup>7</sup>.

Realizowanie treningu marszowego z kijkami ma znaczący wpływ na wiele aspektów zdrowia człowieka. Jest doskonałym środkiem do kształtowania międzyludzkich więzi<sup>8</sup>.

Nordic Walking zupełnie niesłusznie jest postrzegany jako forma aktywności ruchowej skierowana wyłącznie do osób starszych o niskiej sprawności fizycznej. Jest ona bowiem przeznaczona dla wszystkich grup wiekowych (od dzieci do seniorów), w tym osób zarówno o ograniczonych możliwościach ruchowych, jak i bardzo sprawnych fizycznie<sup>9</sup>.

Nordic Walking jest metodą treningową, która może być zastosowana nie tylko u osób zdrowych, lecz także obciążonych chorobami. Zdrowotne korzyści, jakie płyną z uprawiania Nordic Walking w profilaktyce i leczeniu różnych schorzeń, propagują lekarze. Ta forma ruchowa znalazła zastosowanie w zapobieganiu takich chorób jak osteoporoza, zwyrodnienia stawów, schorzenia kardiologiczne, czy nawet onkologiczne<sup>10</sup>.

Wysoka wydolność fizyczna charakteryzuje się zdolnością całego organizmu, zwłaszcza układu krążeniowo-oddechowego i mięśniowo-szkieletowego do podejmowania zwiększonego wysiłku fizycznego, przy jednoczesnym zmniejszonym obciążeniu wyżej wymienionych układów oraz zmniejszonym odczuwaniu zmęczenia<sup>11</sup>.

W ostatnich latach popularność Nordic Walking zdecydowanie rośnie, a wraz za nią zainteresowanie badaniami naukowymi z tego zakresu również wzrasta. Badacze zauważają, że w grupie chodzących z kijkami następuje wzrost maksymalnej wentylacji tlenowej oraz poprawiają się znacząco wyniki testów wysiłkowych<sup>12</sup>.

### Cel

Celem badania była ocena, czy systematycznie uprawiany Nordic Walking wpływa na zdrowie i kondycję fizyczną u osób w różnym wieku, oraz ocena atrakcyjności tej formy aktywności ruchowej.

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> M. Siedlikowska M. *Nordic Walking w opinii uczestników zajęć. Zeszyty Naukowe*, Uniwersytet Szczeciński 2012; s. 187 i n.

<sup>9</sup> B. Dix, K. Görner, M. Błęńska, J. Kortas, W. Żukow, *Nordic Walking jako forma aktywności dla ludzi w różnym wieku*, *Journal of Health Science* 2013; s. 71 i n.

<sup>10</sup> A. Ogonowska-Słodownik, *Ocena wybranych form aktywności...*, op. cit., s. 23 i n.

<sup>11</sup> M. Hagner-Derengowska, M. Dylewski, M. Pyskir, E. Kitschke, W. Hagne, *Subiektywna ocena skuteczności dziesięciodniowej terapii treningowo-rehabilitacyjnej Nordic Walking na indeks bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych*, *Kwartalnik Ortopedyczny* 2012; s. 43 i n.

<sup>12</sup> A. Ogonowska-Słodownik, *Ocena wybranych form aktywności...*, op. cit., s. 23 i n.

### Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w maju 2014 r. wśród kuracjuszy uzdrowisk w Busku-Zdroju, uprawiających Nordic Walking podczas leczenia sanatoryjnego. Miejscem treningu były tereny wokół uzdrowiska. Badani na co dzień zamieszkiwali tereny wiejskie. Dobór grupy był przypadkowy. Materiał badawczy zebrano podczas zorganizowanej prelekcji o tematyce związanej z problematyką wsi, co prawdopodobnie wpłynęło na specyfikę grupy. Wszyscy badani zostali poinformowani o celu przeprowadzanych badań; udział w badaniach był dobrowolny, a kwestionariusz – anonimowy. Ogółem w badaniu wzięło udział 50 osób, które zadeklarowały uprawianie Nordic Walking. Wśród nich były 32 kobiety (64% grupy) i 18 mężczyzn (36%). Badani byli w wieku od 18 do 70 lat.

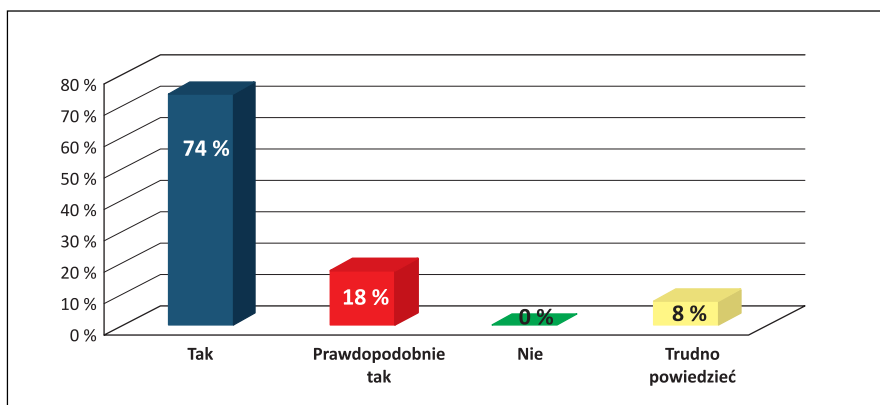
Spośród przebadanych osób uprawiających Nordic Walking 28% cierpiało na dolegliwości kardiologiczne (np. nadciśnienie, arytmia, przebyty zawał serca, problemy krążeniowe). Wśród ankietowanych jedna osoba chorowała na astmę (2%), jedna – na osteoporozę (2%) oraz jedna na depresję (2%). Dużą część osób dotyczyły zwyrodnienia kręgosłupa (26%) oraz zwyrodnienia stawów (20%). Badani z otyłością stanowili (22%). Trzy osoby miały cukrzycę (6%).

Jako narzędzie badawcze został zastosowany kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, zawierającej 20 pytań zamkniętych, związanych z aspektami treningu z Nordic Walking.

### Wyniki

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że żadna z badanych osób nie stwierdziła, że trening Nordic Walking nie wpływa na ich poprawę stanu zdrowia.

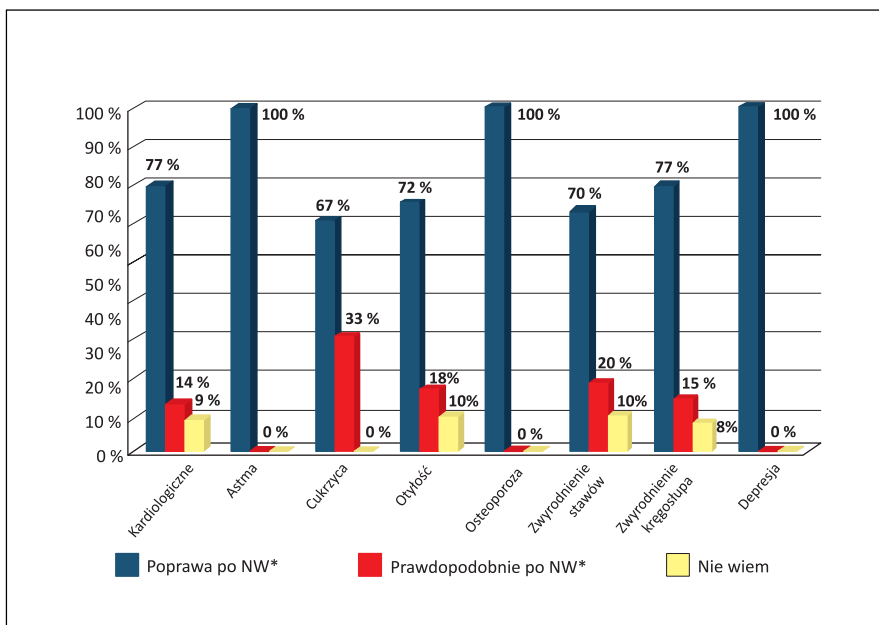
**Wykres 1.**  
**Czy Nordic Walking przyczynił się do poprawy stanu zdrowia?**



Źródło: opracowanie własne.

Spośród badanych 74% uważało, że trening przyczynił się do poprawy stanu ich zdrowia, 18% uznało, że trening prawdopodobnie przyczynił się do poprawy zdrowia, 8% badanych nie miało zdania w tej kwestii.

**Wykres 2.**  
**Zależność pomiędzy schorzeniem występującym u badanego a poczuciem poprawy zdrowia**



\*NW – Nordic Walking.

Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani cierpiący na schorzenia kardjologiczne w 77% stwierdzili, że Nordic Walking przyczynił się do poprawy ich stanu zdrowia. 14% z nich uważało, że prawdopodobnie wpłynął on na złagodzenie objawów choroby, natomiast 9% nie wiedziało (nie mogło stwierdzić na pewno), czy ta forma aktywności przyczyniła się do poprawy odczucia ich stanu zdrowia.

Wśród chorych na cukrzycę 67% badanych stwierdziło poprawę swojego stanu zdrowia, a 33% stwierdziło, że prawdopodobnie dzięki treningom z Nordic Walking nastąpiła poprawa zdrowia.

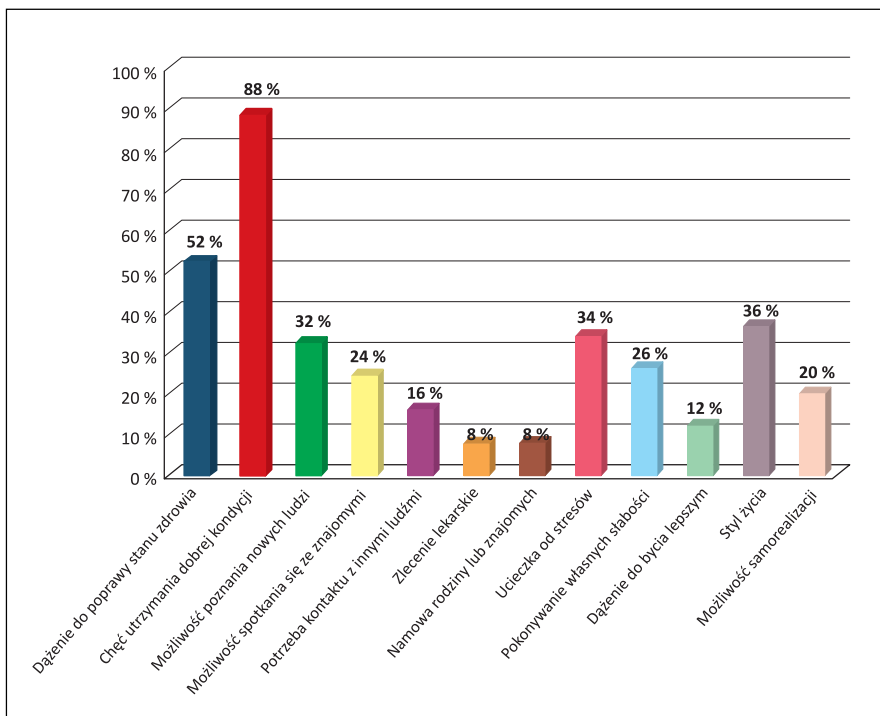
Wśród badanych cierpiących na zwyrodnienia stawów 70% twierdziło, że trening ten poprawia ich stan zdrowia, 20% uważało to za prawdopodobne, natomiast 10% nie miało pewności, czy ma to wpływ na ich zdrowie.

Podobnie u chorych cierpiących na zwyrodnienia kręgosłupa: 77% badanych stwierdziło poprawę po marszach z kijkami, 15% uważało, że praw-

dopodobnie to Nordic Walking wpłynął na odczucie poprawy, natomiast 8% nie posiadało zdania w tej kwestii.

W pozostałych jednostkowych przypadkach, tj. astmie, osteoporozie i depresji, ankietowani chorujący na te schorzenia zgodnie stwierdzili, że Nordic Walking poprawił ich stan zdrowia.

**Wykres 3.**  
**Powody podjęcia treningu Nordic Walking**

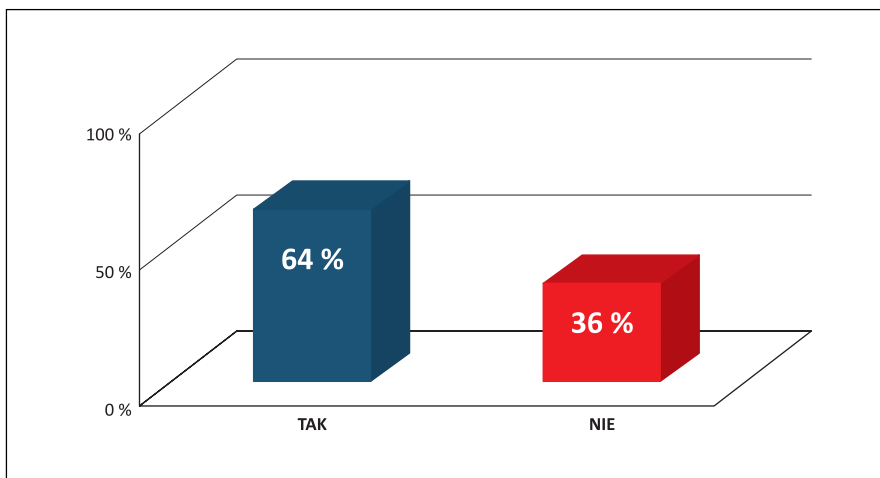


Źródło: opracowanie własne.

Weryfikując powody podjęcia przez badanych treningu Nordic Walking można stwierdzić, że ankietowani swój udział motywują przede wszystkim chęcią podtrzymania dobrej kondycji ogólnej (88%), dążeniem do poprawy swojego zdrowia (52%), stylem życia (36%), czy ucieczką od stresów. 32% ankietowanych robiło to z powodu możliwości poznania nowych osób, czy też możliwości spotkania się ze znajomymi (24%). 26% osób dzięki Nordic Walking pokonywało własne słabości. Nieco mniej badanych poprzez uprawianie tej dyscypliny sportu widziało możliwość samorealizacji (20%), czy potrzebę kontaktu z innymi ludźmi (16%). Niski odsetek odpowiedzi motywowanych był dążeniem do bycia lepszym (12%), namową rodziny czy znajomych (8%) oraz zaleceniem lekarskim (8%).

Wśród badanych nikt nie stwierdził, aby Nordic Walking wywołał negatywne skutki w ich funkcjonowaniu albo w jakikolwiek sposób wpłynął negatywnie na poczucie jakości życia.

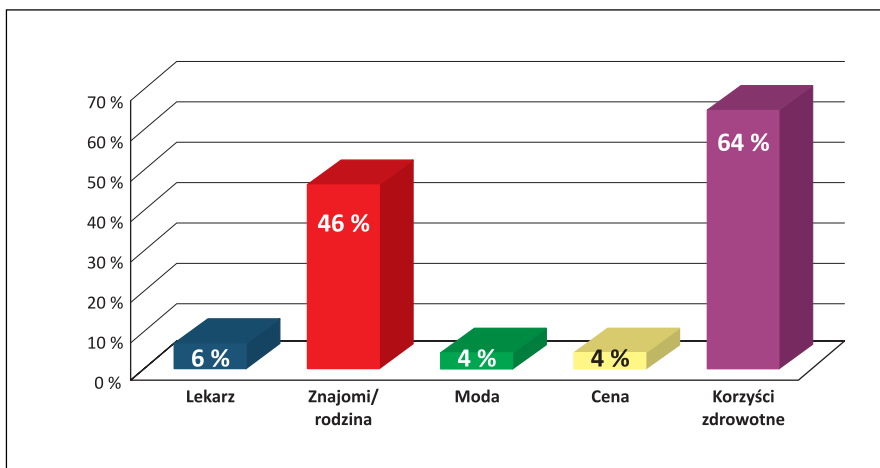
**Wykres 4.**  
**Korzystanie z pomocy instruktora**



Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych większość osób (64%) korzystała podczas treningów z pomocy instruktora Nordic Walking.

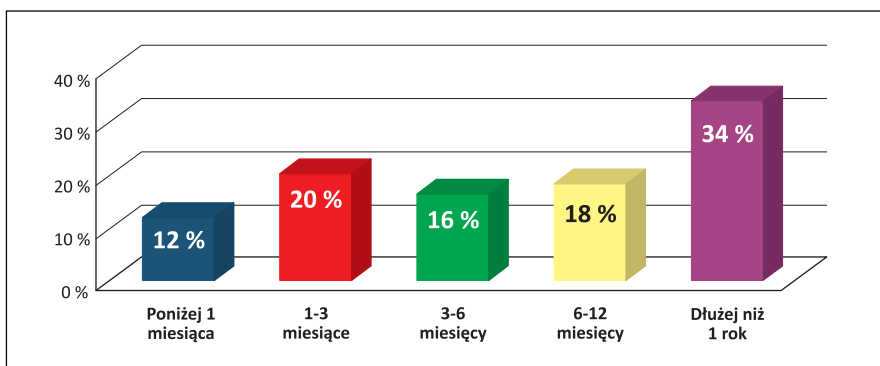
**Wykres 5.**  
**Czynniki wpływające na podjęcie treningu Nordic Walking**



Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani w większości stwierdzili, że do aktywności, jaką jest Nordic Walking, przekonali ich korzyści zdrowotne (64%). Nieco mniejszy wpływ wywarli znajomi lub rodzina (46%). Lekarz tę formę ruchu zalecił jedynie wśród 6% ankietowanych. Natomiast czynniki, takie jak współczesna moda (4%) i koszt zakupu kijków (4%), zdecydowanie najmniej przekonali badanych do podjęcia treningu Nordic Walking.

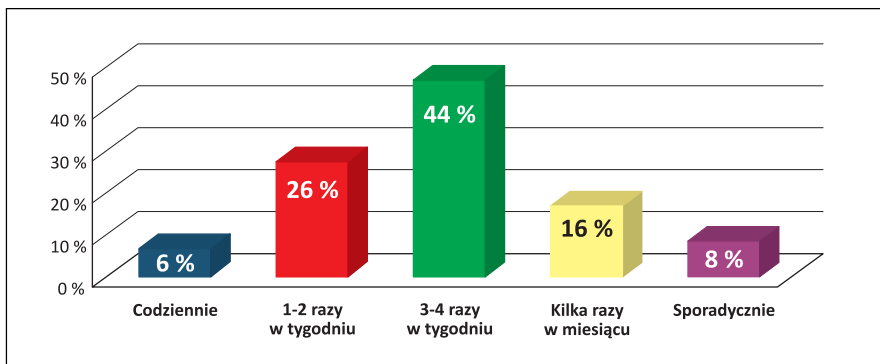
**Wykres 6.**  
**Czas realizacji treningu z Nordic Walking**



Źródło: opracowanie własne.

Z badań wynika, że większa część ankietowanych uprawiała Nordic Walking dłużej niż rok. Dla 20% była to stosunkowo nowa forma aktywności, ponieważ zaczęli ją trenować 1-3 miesiące wcześniej (przed przyjazdem do uzdrowiska). 18% ankietowanych podejmowało treningi powyżej 6 miesięcy, natomiast 16% badanych trenowało z kijkami od 3-6 miesięcy. Najmniejszą grupę stanowiły osoby rozpoczynające trening z Nordic Walking tylko 12%.

**Wykres 7.**  
**Częstość treningu z Nordic Walking**

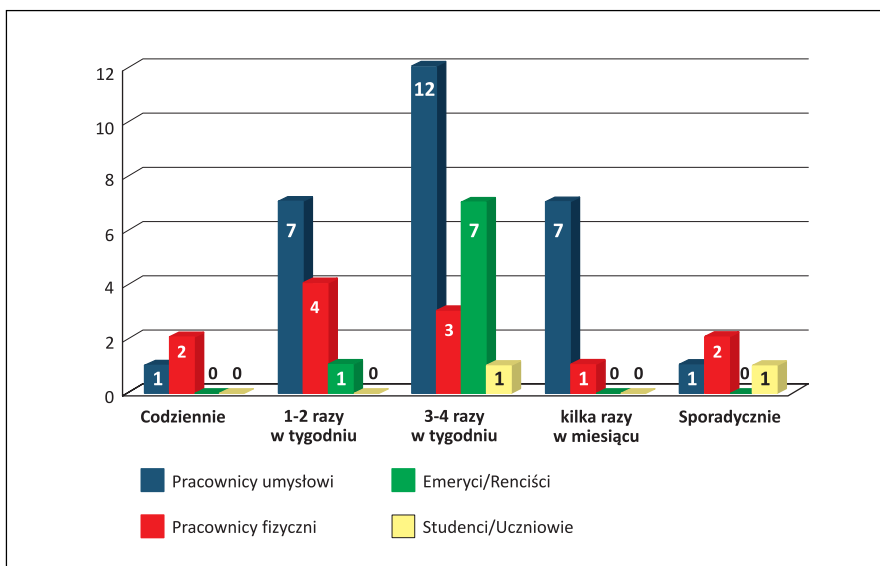


Źródło: opracowanie własne.

Ogółem badane osoby najczęściej trenowały z kijami 3-4 razy w tygodniu (44%), nieco rzadziej, bo 1-2 razy w tygodniu – 26% ankieterowanych. Nordic Walking był uprawiany kilka razy w miesiącu przez 16% osób. Sporadycznie trenowało 8% badanych, natomiast najniższy odsetek osób podejmowało tę aktywność fizyczną codziennie (6%).

Zbadano, czy charakter pracy zawodowej wpływa na częstość podejmowania treningu Nordic Walking.

**Wykres 8.**  
**Częstość podejmowania treningu Nordic Walking a charakter pracy zawodowej**



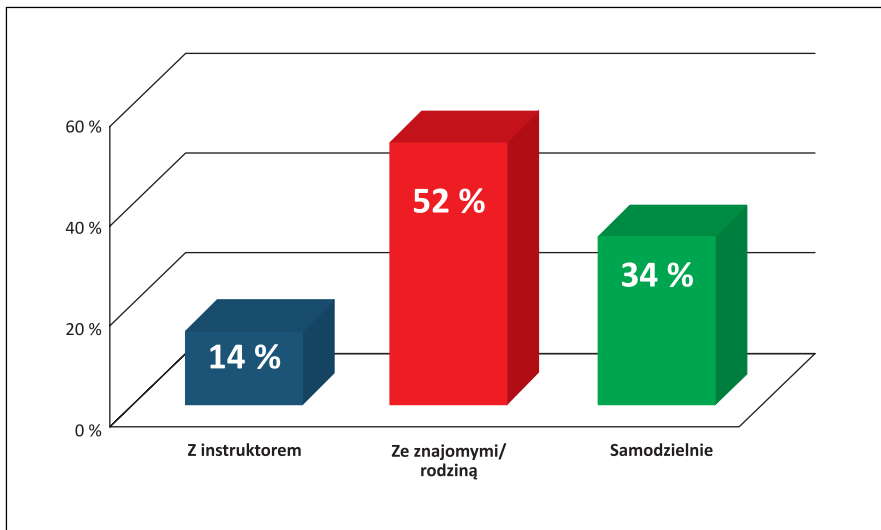
Źródło: opracowanie własne.

Osoby pracujące umysłowo najczęściej uprawiały Nordic Walking 3-4 razy w tygodniu (12 osób). 7 osób trenowało 1-2 razy w tygodniu. Tyle samo osób podejmowało tę aktywność kilka razy w miesiącu. Tylko jedna osoba wśród osób pracujących umysłowo maszerowała codziennie i jedna osoba – sporadycznie.

Wśród pracowników fizycznych najwięcej osób trenowało 1-2 razy w tygodniu (4 osoby), 3 osoby 3-4 razy w tygodniu, dwie osoby trenowały codziennie i dwie osoby robiły to sporadycznie. Jedna osoba deklarowała, że uprawia Nordic Walking kilka razy w miesiącu. Emeryci czy renciści najczęściej uprawiali Nordic Walking 3-4 razy w tygodniu (7 osób), natomiast jedna osoba 1-2 razy w tygodniu. Na dwóch studentów/uczniów jeden trenował Nordic Walking 3-4 razy w tygodniu, natomiast drugi – sporadycznie.



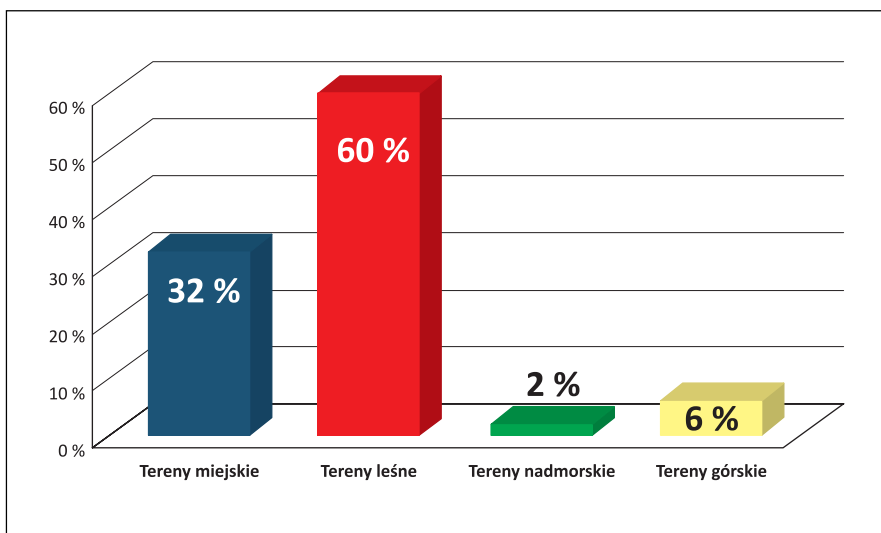
**Wykres 9.**  
**Osoby, z którymi najchętniej trenują badani**



Źródło: opracowanie własne.

Nieco ponad połowa ankietowanych (52%) najchętniej uprawiała Nordic Walking ze znajomymi lub rodziną. 34% osób najchętniej maszerowało bez towarzystwa, natomiast 14% w asyście instruktora.

**Wykres 10.**  
**Najczęstsze miejsca treningu**

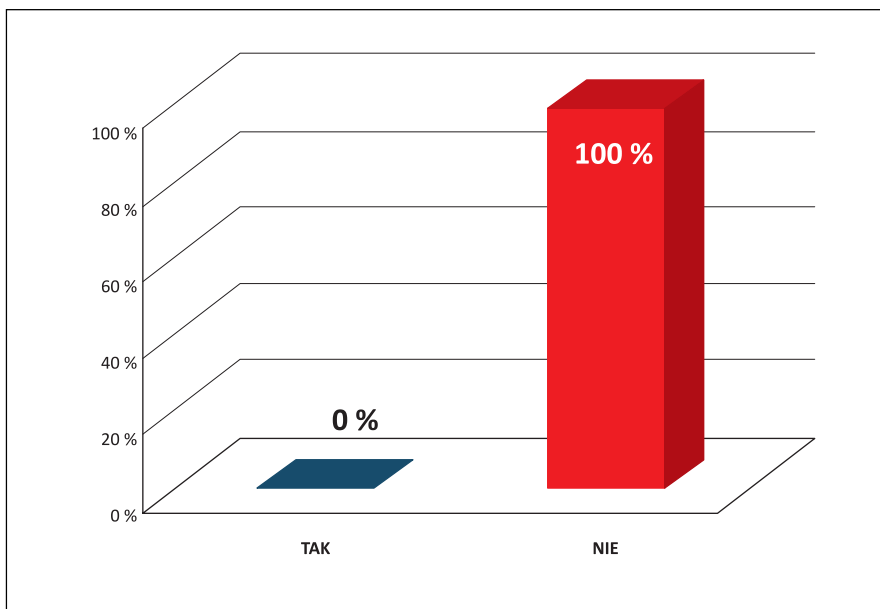


Źródło: opracowanie własne.

Najczęstszym miejscem do uprawiania Nordic Walking były dla ankietowanych tereny leśne (60%). Wskazane przyczyny podejmowania aktywności na tym terenie: poczucie zdrowego powietrza, relaksujące otoczenie (zieleń, odgłosy przyrody), brak poczucia nudy podczas marszu, możliwość treningu w większej grupie i inne. Znacznie mniej badanych (32%) wskazało, że trenuje na terenach miejskich typu parki, specjalnie przygotowane ścieżki itp. Wskazane przyczyny podejmowania aktywności na tym terenie to: poczucie anonimowości, poczucie, że w środowisku wiejskim ich aktywność narażałaby ich samych na śmieszność, brak odpowiednich miejsc do trenowania w swoim otoczeniu, doskonale przygotowanie tras treningowych w mieście, możliwość pomocy fachowca (instruktora), większa liczba osób trenujących i inne. 6% ankietowanych trenowało z kijkami na terenach górskich. Wskazane przyczyny podejmowania aktywności na tym terenie to: możliwość większego obciążenia organizmu (poczucie „im więcej tym lepiej”), walory środowiska, relaksujące otoczenie, miłość do gór. Tylko 2% realizowało trening na terenach nadmorskich. Wskazane przyczyny podejmowania aktywności na tym terenie: walory klimatyczne, relaksujące otoczenie.

Ocenię poddano, czy podczas treningów Nordic Walking wystąpiły kontuzje w obrębie układu ruchu.

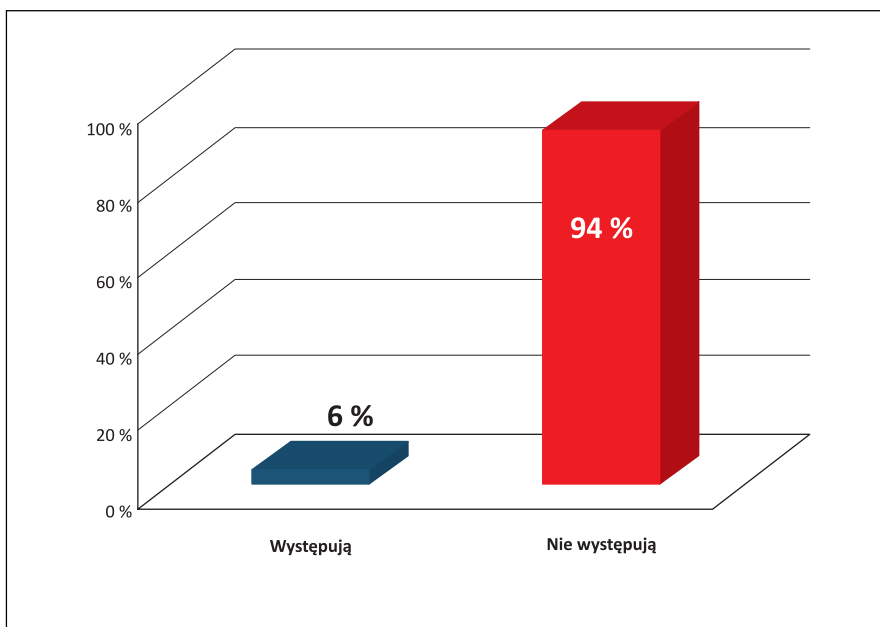
**Wykres 11.**  
**Wystąpienie kontuzji podczas treningu**



Źródło: opracowanie własne.

Wszyscy ankietowani stwierdzili, że nie doznali żadnych kontuzji podczas uprawiania Nordic Walking.

**Wykres 12.**  
**Bariery do treningu w ocenie badanych**

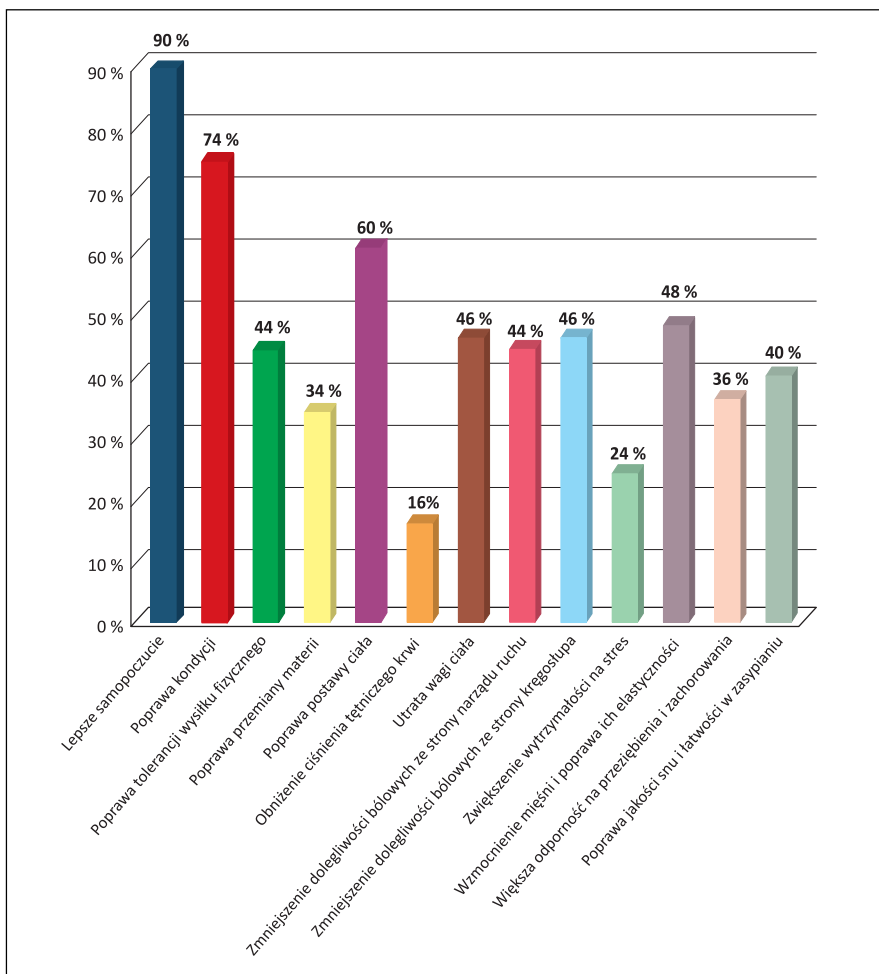


Źródło: opracowanie własne.

W znacznej większości (94%) badani stwierdzili, że nie ma barier do uprawiania Nordic Walking. Natomiast zdaniem 6% ankietowanych takie bariery istnieją. Wśród opinii, jakie wyrażali badani na ten temat, znajdowały się m.in. skrzępowanie przed otoczeniem i znajomymi, brak odpowiednich warunków atmosferycznych oraz brak towarzystwa innych trenujących. Wynik ten jest zaskakujący dla autorów pracy w związku z faktem, iż 32% badanych wskazało parki i ścieżki jako miejsca treningu na terenach miejskich, (por. wyk. 10). A zatem grupa ta dostrzegła bariery w swoim otoczeniu (środowiskowe, społeczne). Jednakże, po zmianie środowiska na inne, większość barier została w odczuciu badanych zniwelowana lub nie miała dla nich znaczenia.

Analizie poddano udzielone odpowiedzi na pytanie, jakie pozytywne skutki odczuwają badani w związku z treningiem Nordic Walking. Pokazuje ono, jaki wpływ na poczucie zdrowia badanych ma uprawianie marszu nordyckiego.

**Wykres 13.**  
**Pozytywne odczucia badanych uprawiających Nordic Walking**



Źródło: opracowanie własne.

Lepsze samopoczucie pojawiło się u 90% badanych. U 70% badanych, w ich ocenie, poprawie uległa kondycja fizyczna. 60% badanych uważało, że trening Nordic Walking poprawił im postawę ciała. Wzmocnienie mięśni i poprawa ich elastyczności nastąpiła w ocenie 48% badanych. 46% badanych stwierdziło utratę masy ciała. Zmniejszenie dolegliwości bólowych ze strony narządu ruchu i kręgosłupa po rozpoczęciu treningów Nordic Walking stwierdziło odpowiednio 44% i 46% osób. 44% ankietowanych odczuło poprawę w zakresie tolerancji wysiłku fizycznego (tzn. mogli dłużej realizować wysiłek w porównaniu z okresem, kiedy nie trenowali Nordic Walking). U 40% respondentów nastąpiła poprawa ja-

kości snu, co przejawiało się w ich ocenie większą łatwością zasypiania, brakiem incydentów wybudzania ze snu oraz poczuciem wypoczęcia po przebudzeniu i łatwością w zasypianiu. 36% badanych twierdziło, że dzięki treningom Nordic Walking zwiększyła się u nich odporność na przeziębienia i zachorowania, co skutkowało spadkiem lub brakiem zachorowania/przeziębienia. Poprawę przemiany materii stwierdziło 34% badanych (np. zmniejszenie zaparć lub ich brak, zmniejszenie bólów brzucha po posiłku, wzdęcia itp.). 24% osób stwierdziło, iż zwiększyła się ich odporność na stres. Obniżenie ciśnienia tętniczego stwierdzono u 16% ankietowanych.

---

## Dyskusja

---

Przeprowadzone badania dały podstawę do analizy wybranych aspektów realizowania aktywności fizycznej Nordic Walking. Zebrano wyniki w różnych grupach wiekowych oraz zawodowych. Jest to forma aktywności fizycznej możliwa do realizacji niezależnie od wieku<sup>13</sup>. Po przeanalizowaniu uzyskanych wyników stwierdzono, iż wszystkie osoby zaobserwowały u siebie korzystne zmiany w związku z rozpoczęciem treningu marszowego. Taka forma aktywności wpływa na subiektywną ocenę poprawy zdrowia i wielu parametrów jakości życia, co znajduje potwierdzenie w innych badaniach z tego zakresu<sup>14</sup>.

Największy odsetek osób w subiektywnej ocenie poprawy stanu zdrowia dotyczył badanych z chorobami kardiologicznymi, kręgosłupa i chorobami zwyrodnieniowymi stawów obwodowych.

Najczęstszym powodem podejmowania aktywności Nordic Walking była chęć utrzymania dobrej kondycji fizycznej, co można zaobserwować również w pracach innych badaczy tej tematyki<sup>15</sup>. Część badanych, podejmując trening nordycki, kierowało się chęcią poprawy kondycji. Czynnikiem, który w najmniejszym stopniu motywował osoby badane do podjęcia takiej aktywności, były zalecenia lekarza i bliskich z otoczenia. Wyniki ankiet ukazują, iż podjęcie treningu wpływa pozytywnie na kształtowanie więzi międzyludzkich, czego dowodzą również inne badania innych autorów<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> B. Stankiewicz, A. Majchrowski, W. Żukow, *Nordic Walking ...*, op.cit.

<sup>14</sup> M. Guskowska, A. Kozdroń, *Wpływ ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet w starszym wieku. Gerontologia Polska*, tom 17, nr 2, s. 71 i n.

<sup>15</sup> B. Dix, K. Görner, M. Błęńska, J. Kortas, W. Żukow W., *Nordic Walking jako forma...*, op. cit.

<sup>16</sup> M. Siedlikowska, *Nordic Walking...*, op.cit.

Czynnikami, które były najważniejsze aby rozpocząć trening, to przede wszystkim korzyści zdrowotne, najsłabszymi motywatorami były natomiast trendy mody lub niska cena przedsięwzięcia. Pomoc instruktora dla większości ankietowanych była potrzebna. Znaczna część badanych korzystała z pomocy instruktora przed rozpoczęciem treningów, czasem też w trakcie. Podobne konkluzje wskazują w swoich badaniach Dix B. i Wsp<sup>17</sup>.

Osoby trenujące Nordic Walking w większości realizowały go 3-4 razy w tygodniu. Najmniejszą grupę stanowiły osoby uprawiające dyscyplinę codziennie.

Osoby pracujące umyślowo w większości, względem innych grup zawodowych, trenowały z większą intensywnością. Najwięcej badanych ćwiczyło 3-4 razy w tygodniu. Najmniejszą aktywnością w tym zakresie wykazywali się studenci/uczniowie. Emeryci natomiast realizowali wysiłek najczęściej 3-4 razy w tygodniu. Pracownicy fizyczni najczęściej obierali częstotliwość treningu 1-2 razy w tygodniu.

Najczęściej wybieranymi miejscami treningu były tereny leśne. Jest to wniosek, który prezentowany jest także w innych badaniach<sup>18</sup>. Część osób, które na co dzień zamieszkiwała tereny wiejskie, trenowała w warunkach miejskich, także w parkach i na specjalnie do tego celu przygotowanych ścieżkach. Jakkolwiek tereny wiejskie wydają się doskonałym miejscem do krzewienia kultury fizycznej, to w badanej grupie motywacją do wyboru właściwego miejsca były nieodpowiednio przygotowane tereny wiejskie, brak możliwości wsparcia ze strony instruktora i bariery psychologiczno-społeczne leżące po stronie osób trenujących (lęk przed niekorzystnym odbiorem otoczenia).

Podczas treningów nie dochodziło do kontuzji. Nikt z badanych nie doznał urazu, ani innych negatywnych zdarzeń świadczących o niekorzystnym wpływie treningu na organizm. Wyniki wskazują, że jest to sport praktycznie dla każdego. Nieliczni badani wskazywali na skrępowanie względem otoczenia, brak właściwych warunków atmosferycznych, czy brak współćwiczących do treningów.

W związku z treningami Nordic Walking badani subiektywnie ocenili poprawę w zakresie wybranych wskaźników zdrowia. Poprawę różnych aspektów funkcjonowania organizmu człowieka potwierdzają wyniki analiz innych autorów<sup>19</sup>. Za najwyższą ocenę uznano: lepsze samopoczucie, poczucie lepszej kondycji fizycznej, poczucie poprawy postawy ciała, poczucie wzmocnienia i zwiększenia elastyczności mięśni. Znaczna liczba bada-

---

<sup>17</sup> B. Dix, Görner, M. Błęńska, J. Kortas, W. Żukow W., *Nordic Walking jako forma...* op. cit.

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> K. Wiśniewska-Roszkowska, *Medycyna...*, op.cit.

nych wskazała na zmniejszenie dolegliwości bólowych ze strony narządu ruchu, subiektywną poprawę tolerancji wysiłku fizycznego, poprawę jakości snu (przejawiającą się m.in. łatwością w zasypianiu, mniejszą liczbą wybudzeń ze snu i poczuciem pełnego wypoczęcia po przebudzeniu), wzrost odporności na przeziębienia oraz zachorowania. Niewielu z badanych podało, że marsz z kijkami zwiększył ich wytrzymałość na stres.

W innym ujęciu wykazały ten fakt wyniki badań Szczepańskiej-Gierachy i wsp. oraz inni autorzy<sup>20</sup>. Przeprowadzone badania ankietowe dowodzą tego, że Nordic Walking mogą uprawiać ludzie w różnym wieku, bez względu na poziom sprawności fizycznej<sup>21</sup>.

Autorzy pracy nadmieniają, że niniejsze badania posiadają jedynie charakter pilotażowy. W przyszłości, zostaną one rozszerzone o badania obiektywne, co pozwoli na porównanie uzyskanych wyników parametrów zdrowia z faktyczną, mierzalną oceną wybranych wskaźników decydujących o zdefiniowaniu dobrego zdrowia.

### **Wnioski**

1. Nordic Walking jest dyscypliną dla różnych grup wiekowych.
2. Trening Nordic Walking przyczynia się do poprawy zdrowia niezależnie od współistniejących dolegliwości. Czynnikiem najbardziej motywującym do podjęcia treningów jest przekonanie o poprawie stanu zdrowia. Zalecenia lekarskie czy też osób trzecich nie przekładają się na podjęcie treningów.
3. Najczęstszymi pozytywnymi skutkami treningu Nordic Walking są: uzyskanie lepszego samopoczucia oraz poprawa kondycji ogólnej.
4. Najczęstszymi powodami podjęcia treningu Nordic Walking są chęć utrzymania dobrej kondycji i dążenie do poprawy stanu zdrowia.
5. Nordic Walking jest bezkontuzyjną formą aktywności.
6. Nordic Walking jest formą aktywności dedykowaną każdej grupie wiekowej.
7. Charakter pracy zawodowej wykazuje związek z częstotliwością treningów. Pracownicy umysłowi chętniej podejmują wysiłek nordycki.
8. Nordic Walking jest formą aktywności, która może być realizowana z powodzeniem przez każdego.

---

<sup>20</sup> J. Szczepańska-Gieracha, I. Malicka, M. Figuła, J. Rymaszewska, M. Woźniewski, *Wpływ ośmiotygodniowego treningu nordic walking na jakość życia kobiet po mastektomii*, *Onkologia Polska*; 2010; 13(1), s. 90 i n.

<sup>21</sup> P. Wróblewski Piotr, *Nordic Walking...* op.cit.

*Grzegorz Gałuszka, doktor nauk medycznych. Afiliacja: Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. Edwarda Lipińskiego w Kielcach. Wydział Nauk o Zdrowiu (College of Economics, Law and medical sciences for them. of Edward Lipiński in Kielce. Department of Health Sciences.*

*Renata Gałuszka, doktor nauk medycznych. Afiliacja: Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu (Jan Kochanowski University in Kielce. Department of Medical and Health Sciences).*

---

## Bibliografia

---

1. Arem T. Nordic Walking. Ruszaj swoje ciało. Wydawnictwo MT Biznes. Warszawa 2008.
2. Dix B., Görner K., Błęńska M., Kortas J., Zukow W. Nordic Walking jako forma aktywności dla ludzi w różnym wieku. *Journal of Health Science* 2013; 3; 71-92.
3. Gałuszka R., Gałuszka G., Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia z uwzględnieniem aktywności ruchowej wśród studentów fizjoterapii. *Kwartalnik Ortopedyczny*. Nr 1/2006. s. 26-28
4. Greczner T. Jak dbać o kondycję? Rola aktywności fizycznej w wieku 50+. Biblioteka Nestora. Wrocław 2009.
5. Guskowska M, Kozdroń A. Wpływ ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, tom 17, nr 2, 71-78
6. Hagner-Derengowska M., Dylewski M., Pyskir M., Kitschke E., Hagner W. Subiektywna ocena skuteczności dziesięciotygodniowej terapii treningowo-rehabilitacyjnej Nordic Walking na indeks bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2012; 1: 43-52.
7. Łukasik A., Barylski M., Irzmański R. Rehabilitacja osób w wieku podeszłym – terapia z wyboru dla starzejącego się społeczeństwa. *Geriatrics* 2011; 5: 315-323.
8. Ochman M., Jastrzębski D., Wojarski J., Żegleń S., Kowalski K., Wyrwoł J, Lutogniowska W., Maksymiak M., Książek B., Margas A., Małota R., Kubicki P., Ziора D., Kozielski J. Nordic walking jako nowy model rehabilitacji oddechowej pacjentów kwalifikowanych do transplantacji płuc – wstępne wyniki. *Kardiologia i Torakochirurgia Polska* 2010; 7 (4): 452-457
9. Ogonowska-Słodownik A. Ocena wybranych form aktywności fizycznej osób starszych – badania pilotażowe. *Postępy Rehabilitacji* 2012; 2: 23-28.
10. Piech K., Raczyńska B. Nordic Walking – wszechstronna aktywność fizyczna. *Pol. J. Sport Tourism* 2010; 17: 69-78.



11. Posłuszny M., Lapina S. Zapobieganie starzeniu przez rekreację. Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu 2011; 6: 9-16.
12. Potoczek M. Zastosowanie Nordic Walking w rehabilitacji. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja 2010; 10: 54-57.
13. Prusik K., Zaporozhanov V., Prusik K., Gomer K. Rekreacyjne uprawianie Nordic walking a jakość życia osób w wieku 60-70 lat. Psychologia Ta Mediko-Biologiczni Problemi Fizičnogo Vihovanna 2010; 9: 115-117.
14. Siedlikowska M. Nordic Walking w opinii uczestników zajęć. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2012; 771: 187-196.
15. Stankiewicz B., Majchrowski A., Zukow W. Nordic Walking jako alternatywna forma rekreacji ruchowej. Journal of Health Sciences 2013; 3: 109-126
16. Szczepańska-Gieracha J., Iwona Malicka I., Marta Figuła M., Joanna Rymaszewska J., Woźniewski M. Wpływ ośmiotygodniowego treningu nordic walking na jakość życia kobiet po mastektomii Onkol. Pol. 2010, 13, 1: 15-20.
17. Wiśniewska-Roszkowska K.: Medycyna w walce ze starością, Wiedza i zdrowie, PZWL Warszawa 1972, s. 9 -11.8.
18. Wolańska T. i wsp.: Sport dla wszystkich w cyklu życia, Wychowanie fizyczne i sport, Warszawa 1998, t. XLII, 2, s. 3-23.
19. Wróblewski Piotr. Nordic Walking. Pascal 2010.

---

## **Nordic Walking – the motor activity as the form of the hygienic lifestyle Summary**

---

Leading the hygienic determined also lifestyle with healthy lifestyle, an efficiency of functioning and an ability of the man to perform social roles chosen by oneself are one of determinants. A statement is a purpose of the work whether systematically planted Nordic Walking affects the health and the physical fitness. Results. Nordic Walking is a form of the motor activity which is directed at the very wide circle exercising, diversified under the ancient as well as efficiency account. Practising that kind of sport has a significant impact on health of the man. He is excellent agent of the forming of interpersonal bonds. Conclusions. The Nordic Walking training is contributing to the improvement in the medical condition in all diseases from which respondents are suffering. It is sport not causing injury. A sense of well-being and an improvement in the condition are a positive effect of the training.

**Keywords:** physical activity, health, Nordic Walking.

# Wykorzystanie ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem w rolnictwie<sup>1</sup>

---

## Streszczenie

---

W opracowaniu podjęta została problematyka ryzyka związanego z działalnością rolniczą. Poruszony problem badawczy dotyczył w szczególności zakresu wykorzystania produktów ubezpieczeniowych przez rolników. Jego wyrazem jest postawiona hipoteza badawcza, zgodnie z którą stopień wykorzystania produktów ubezpieczeniowych w gospodarstwach rolnych jest nieadekwatny do ryzyka, na jakie są one narażone. W celu weryfikacji tak sformułowanej hipotezy, w pierwszej kolejności dokonano charakterystyki ryzyka towarzyszącego działalności rolniczej oraz przedstawiono specyfikę produktów ubezpieczeniowych dedykowanych gospodarstwom rolnym. Następnie dokonano analizy zakresu wykorzystania produktów ubezpieczeniowych przez te gospodarstwa. W efekcie przeprowadzonych badań stwierdzono, że zakres wykorzystania produktów ubezpieczeniowych przez rolników jest zróżnicowany. O ile bowiem ubezpieczenia obowiązkowe są stosunkowo często wykupywane, to wykorzystanie ubezpieczeń dobrowolnych jest znikome. Jako główne przyczyny takiego stanu rzeczy wskazano brak wiedzy rolników na temat produktów ubezpieczeniowych oraz ich brak przezorności ubezpieczeniowej, które łącznie przekładają się na zjawisko niskiej świadomości ubezpieczeniowej tej grupy społecznej. Ponadto wskazano również na nadmierne zaufanie rolników do społecznych środków pomocy.

**Słowa kluczowe:** ryzyko, zarządzanie ryzykiem, rolnictwo, ubezpieczenia obowiązkowe, ubezpieczenia rolników.

---

\* dr Tomasz Jedynak, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

<sup>1</sup> Temat realizowany w ramach badań prowadzonych przez Katedrę Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie (BS 046/WF-KZRU/01/2015/S/S046).

## 1. Wprowadzenie

Rolnictwo jest jednym z najbardziej narażonych na ryzyko obszarów aktywności człowieka. Działalności rolniczej towarzyszą zarówno ryzyka wiążące się z prowadzeniem gospodarstwa domowego (np. niezdolność do pracy, śmierć, utrata majątku) i z działalnością gospodarczą (np. ryzyko rynkowe, ryzyko finansowe), jak również ryzyko będące pochodną warunków naturalnych. Powoduje to, że odchylenia od oczekiwanych rezultatów podejmowanych działań w przypadku rolnictwa są znacznie większe, aniżeli gdzie indziej. Stąd też rolnictwo jest dziedziną, w której wyjątkowego znaczenia nabiera zarządzanie ryzykiem, w szczególności zaś kwestia wykorzystania w jego ramach metody ubezpieczeniowej. Skłoniło to autora do podjęcia problemu badawczego, który może być przedstawiony w postaci pytań: *W jakim stopniu rolnicy korzystają z produktów ubezpieczeniowych? Czy zakres wykorzystania tych produktów jest adekwatny do obiektywnych potrzeb gospodarstw rolniczych? Czy sytuacja majątkowa analizowanych gospodarstw ma wpływ na korzystanie z tego typu produktów?* Na podstawie tak zdefiniowanego problemu sformułowano podstawową hipotezę badawczą, zgodnie z którą stopień wykorzystania produktów ubezpieczeniowych w gospodarstwach rolnych jest nieadekwatny do ryzyka, na jakie są one narażone. Mając na uwadze potrzebę weryfikacji tak określonej hipotezy, za główne cele opracowania przyjęto:

- 1) dokonanie syntetycznej charakterystyki ryzyka, na jakie narażone są gospodarstwa rolne,
- 2) przedstawienie specyfiki produktów ubezpieczeniowych dedykowanych gospodarstwom rolnym,
- 3) analizę zakresu wykorzystania produktów ubezpieczeniowych przez gospodarstwa rolne,

Do realizacji powyższych celów wykorzystano: w części przeglądowej – metody badawcze opierające się na analizach o charakterze teoretyczno-kompilacyjnym; w części empirycznej – analizę i syntezę danych wtórnych oraz wnioskowanie oparte na rozumowaniu indukcyjnym. Podjęte w opracowaniu rozważania teoretyczne bazują głównie na krajowej literaturze przedmiotu. Źródła danych wtórnych dotyczących sytuacji majątkowej gospodarstw rolnych oraz ich wydatków na produkty ubezpieczeniowo stanowiły dane zawarte w raportach publikowanych przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz Główny Urząd Statystyczny.

## 2. Ryzyko w rolnictwie

Rozstrzygnięcie postawionego problemu badawczego nie jest możliwe bez wszechstronnego rozpoznania przedmiotu prowadzonych badań. W kontekście podjętych rozważań szczególnie istotne jest zagadnienie ryzyka w rolnictwie. Wbrew pozorom próby zdefiniowania tego oczywiściego – wydawać by się mogło – pojęcia nastroczają w praktyce wielu problemów. Wynika to w dużej mierze z wieloznaczności samego terminu „ryzyko”, a także z jego specyfiki w odniesieniu do działalności rolniczej.

Złożoność zagadnień związanych z ryzykiem w naukach ekonomicznych powoduje, że w zależności od przyjętej perspektywy formułowane są definicje akcentujące różne jego aspekty. Ryzyko bywa definiowane przez pryzmat: niepewności<sup>2</sup>; niebezpieczeństwa<sup>3</sup>, możliwości osiągnięcia wyniku innego niż oczekiwany<sup>4</sup>, prawdopodobieństwa straty<sup>5</sup> czy też prawdopodobieństwa uzyskania wyniku innego niż oczekiwany<sup>6</sup>. Również ryzyko związane z działalnością rolniczą, w zależności od punktu widzenia, może być różnie postrzegane. Przykładowo, rozważający ryzyko rolnik może je traktować jako niepewność co do wielkości przyszłych zbiorów, w kategorii niebezpieczeństwa zaistnienia niepożądanych okoliczności (np. zjawisk pogodowych) czy też prawdopodobieństwa straty (zniszczenie maszyn lub budynków, powstanie odpowiedzialności cywilnej za wyrządzone szkody itp.). Z punktu widzenia analizy ekonomicznej funkcjonowania gospodarstwa rolnego ryzyko może być z kolei traktowane jako prawdopodobieństwo uzyskania przychodów innych niż oczekiwane. Nie wdając się w dalsze, szczegółowe rozważania o charakterze terminologicznym, które wykraczają poza zakres podjętych badań, na potrzeby opracowania przyjęto definicję, zgodnie z którą ryzyko w rolnictwie jest to „prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń oraz ich konsekwencje w zakresie prowadzonej produkcji rolnej, mające pośredni lub bezpośred-

<sup>2</sup> F. Knight, *Risk, Uncertainty and Profit*, Houghton Mifflin, Boston – New York 1921; A.H. Willet, *The Economic Theory of Risk Insurance*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1951.

<sup>3</sup> F. Philip, *Risiko und Risikopolitik*, C.E. Poeschel Verlag, Stuttgart 1967.

<sup>4</sup> A. Ehrlich, *Ryzyko gospodarcze*, [w:] *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1981; A. Williams, M. Smith, P. Young, *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

<sup>5</sup> N.A. Skov, *Finanse i zarządzanie. Amerykańskie propozycje dla polskich firm prywatnych*, International School of Management, Warszawa 1991.

<sup>6</sup> J. Ward, *Project Management Terms: A working Glossary*, Esi International, Arlington 2000; J. Czekaj, Z. Dressler, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

ni wpływ na działalność i rozwój danego przedsiębiorstwa rolnego lub części jego działalności”<sup>7</sup>.

Analizując zagadnienie ryzyka w rolnictwie należy odnotować, że w porównaniu do pozarolniczej działalności gospodarczej, działalność rolnicza wiąże się ze szczególnie dużym poziomem ryzyka. Wynika to z faktu, iż liczba różnego rodzaju czynników ryzyka w obszarze rolnictwa jest znacznie większa, aniżeli w przedsiębiorstwach z innych branż. Jest to spowodowane charakterystyką produkcji rolnej, która jest w dużej mierze uzależniona od czynników, na które rolnicy nie mają wpływu<sup>8</sup>. Obok uniwersalnych, podobnych dla wszystkich rodzajów działalności rodzajów ryzyka, takich jak np. ryzyko finansowe, rynkowe, kredytowe, operacyjne czy personalne, gospodarstwa rolne są bowiem narażone również na ryzyko związane ze zmiennością warunków środowiska naturalnego. Podkreślić należy, że ryzyko to wynika z samej specyfiki działalności rolniczej i nie da się go w żaden sposób uniknąć, ani tym bardziej kontrolować<sup>9</sup>.

Ogólnie rzecz biorąc, źródłami ryzyka w działalności rolniczej mogą być zarówno czynniki o charakterze egzogenicznym, jak i endogenicznym. Wśród egzogenicznych czynników ryzyka w rolnictwie wymienia się zdarzenia losowe występujące przypadkowo i niezależnie od woli człowieka, związane np. z: warunkami środowiskowymi, opadami atmosferycznymi, temperaturą, wilgotnością, nasłonecznieniem, stopniem nasilenia chorób, występowaniem szkodników roślin itp.<sup>10</sup>. Do czynników endogenicznych należą natomiast: położenie gospodarstwa i jakość gleb, wielkość majątku, wyposażenie w maszyny i narzędzia rolnicze, stan i jakość tych maszyn itp., a także tzw. czynniki agrotechniczne, tj. terminy siewu i zbioru, jakość nasion, nawożenie, gatunek zwierząt<sup>11</sup>.

Dokonując próby całościowego spojrzenia na problem ryzyka w działalności rolniczej, wyróżnić można<sup>12</sup>:

<sup>7</sup> J. Wawrzynowicz, K. Wajszczuk, R. Baum, *Specyfika czynników ryzyka w przedsiębiorstwach rolnych – próba holistycznego podejścia*, Zarządzanie i Finanse, Tom 10., 2012, s. 354.

<sup>8</sup> J. Wawrzynowicz, K. Wajszczuk, R. Baum, *op.cit.*, s. 354.

<sup>9</sup> A. Kłoczko-Gajewska, P. Sulewski, *Postawy rolników wobec ryzyka oraz sposoby jego ograniczania*, Rocznik Nauk Rolniczych, Seria G, Tom 96, Zeszyt 1, 2009, s. 141-148. Patrz również M. Gródz, D. Gajda, *Ubezpieczenia rolnicze i świadomość ubezpieczeniowa rolników*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 1/2012, s. 99-102.

<sup>10</sup> A. Kłoczko-Gajewska, P. Sulewski, *Postawy rolników wobec ryzyka oraz sposoby jego ograniczania*, Rocznik Nauk Rolniczych, Seria G, Tom 96, Zeszyt 1, 2009, s. 141-148. Patrz również M. Gródz, D. Gajda, *Ubezpieczenia rolnicze i świadomość ubezpieczeniowa rolników*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 1/2012, s. 99-102.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> A. Miller, C. Dobbins J. Pritchett J., M. Boehlje, C. Ehmke, *Risk Management for Farmers*. Staff Paper 04-11. Department of Agricultural Economics, Purdue University 2004, s. 27 cytowane za: A. Kłoczko-Gajewska, P. Sulewski, *op.cit.*, s. 141-142.

- ryzyko produkcyjne, które jest związane z wahaniami pogody, występowaniem szkodników oraz chorobami roślin i zwierząt;
- ryzyko cenowe, które jest wywoływane wahaniami poziomu cen produktów rolniczych;
- ryzyko klęskowe wynikające ze zdarzeń losowych o charakterze masowym (np. powódzie, huragany itd.);
- ryzyko technologiczne, które jest skutkiem wdrażania nowych technik i metod w produkcji rolniczej.

Warto odnotować, że w podobny do zaprezentowanego powyżej sposób, obszary ryzyka w działalności rolniczej określają również J. Wawrzynowicz, K. Wajszczuk, R. Baum. Wyróżniają oni cztery najważniejsze rodzaje ryzyka w rolnictwie: ryzyko przyrodnicze, ryzyko technologiczne, ryzyko organizacyjne oraz ryzyko ekonomiczne<sup>13</sup>.

Reasumując dotychczasowe spostrzeżenia: ryzyko jest nieodłącznym elementem prowadzenia działalności rolniczej, a sam fakt istnienia różnych jego rodzajów jest bezdyskusyjny<sup>14</sup>. W tej sytuacji posiadacz gospodarstwa rolnego powinien więc podejmować świadome działania mające na celu skuteczne radzenie sobie z towarzyszącym aktywności rolniczej ryzykiem. Ogół działań polegających na świadomym diagnozowaniu oraz sterowaniu ryzykiem określany jest mianem zarządzania ryzykiem<sup>15</sup>. Tak rozumiane zarządzanie ryzykiem polega na przeprowadzeniu procedury identyfikacji zagrożeń towarzyszących danej działalności, a następnie wdrożeniu pewnych procedur i podjęciu określonych akcji w sytuacji natrafienia na potencjalne ryzyko. Głównym celem procesu zarządzania ryzykiem jest znalezienie i wdrożenie optymalnych dla danego podmiotu metod (instrumentów) finansowania zagrażających mu rodzajów ryzyka<sup>16</sup>.

Zgodnie z ujęciem G. Strupczewskiego proces zarządzania ryzykiem składa się z czterech etapów: 1) identyfikacji ryzyka, 2) pomiaru ryzyka, 3) manipulacji ryzykiem, 4) administrowania procesem zarządzania ryzykiem i jego kontroli<sup>17</sup>. Podjęta w opracowaniu problematyka wykorzysty-

<sup>13</sup> J. Wawrzynowicz, K. Wajszczuk, R. Baum, *op.cit.*, s. 355.

<sup>14</sup> A. Kłoczko-Gajewska, P. Sulewski, *op.cit.*, s. 142.

<sup>15</sup> K. Jajuga, *Analiza i zarządzanie ryzykiem – podejście teoretyczne i praktyczne*, Rynek Terminowy, 2001, nr 14, s. 48.

<sup>16</sup> *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998, s. 50.

<sup>17</sup> G. Strupczewski, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 30-36. Przy czym inni autorzy nieco inaczej opisują proces zarządzania ryzykiem. Przykładowo E. Stroiński wskazuje na 4 fazy zarządzania ryzykiem: 1) analizę ryzyka, 2) kontrolę ryzyka, 3) finansowanie ryzyka, 4) administrowanie procesem kontroli ryzyka. Z kolei W. Ronka-Chmielowiec wyróżnia pięć następujących etapów: 1) identyfikację ryzyka, 2) ocenę i pomiar ryzyka, 3) transfer ryzyka i ubezpieczenie, 4) finansowanie ryzyka i ubezpieczenie oraz 5) kontrolę ryzyka. Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, LAM, Warszawa 1996, s. 87, oraz *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, PWE, Warszawa 2002, s. 141-145.

wania przez rolników produktów ubezpieczeniowych nawiązuje bezpośrednio do trzeciego ze wskazanych etapów – manipulacji ryzykiem<sup>18</sup>. Manipulacja ryzykiem są to sposoby i metody postępowania wobec ryzyka. W teorii wyróżnianych jest kilka podstawowych technik manipulacji ryzykiem: unikanie ryzyka, kontrola ryzyka, transfer ryzyka oraz dystrybucja ryzyka. Specyficzną metodą manipulacji ryzykiem, która łączy w sobie wybrane cechy pozostałych technik, jest również ubezpieczenie. Spośród wyżej wymienionych metod, w praktyce rolniczej najszersze zastosowania mają:

- kontrola ryzyka (wdrażanie rozwiązań agrotechnicznych i technologicznych),
- dystrybucja ryzyka wewnątrz gospodarstwa (dywersyfikacja produkcji i dzielenie się ryzykiem z innymi podmiotami (np. umowy produkcyjne, kontrakty terminowe),
- ubezpieczenie (zarówno w komercyjnych, jak i wzajemnych zakładach ubezpieczeń).<sup>19</sup>

Co istotne, zgodnie ze zdefiniowanym we wstępie problemem badawczym, w dalszej części opracowania uwaga zostanie poświęcona problemowi wykorzystania metody ubezpieczeniowej w zarządzaniu ryzykiem związanym z prowadzeniem gospodarstw rolnych.

---

### 3. Charakterystyka wybranych produktów ubezpieczeniowych w rolnictwie

---

Mnogość różnych rodzajów ryzyka związanych z rolnictwem powoduje, że metoda ubezpieczeniowa znajduje szerokie zastosowanie w tym obszarze. Produkty ubezpieczeń majątkowych są dedykowane rolnikom chcącym świadomie zarządzać ryzykiem związanym z posiadaniem i prowadzeniem gospodarstwa rolnego oraz z produkcją rolną. Osoby zamieszkujące w gospodarstwach rolnych, podobnie jak wszystkie osoby fizyczne, mają możliwość zawierania umów ubezpieczenia na życie. Metoda ubezpieczeniowa w rolnictwie stosowana jest także w celu zabezpieczenia członków gospodarstw rolnych przed różnymi rodzajami tzw. ryzyka

---

<sup>18</sup> Szerzej na temat pozostałych etapów procesu zarządzania ryzykiem w rolnictwie np. w: J. Wawrzynowicz, K. Wajszczuk, R. Baum, *op.cit.* oraz: J. Pawłowska-Tyczko, *Aktualne problemy zarządzania ryzykiem w rolnictwie*, IERiGŻ-PIB, Warszawa 2009.

<sup>19</sup> A. Kłoczko-Gajewska, P. Sulewski, *op.cit.*, s. 142.

społecznego<sup>20</sup>. Tęgo rodzaju ryzyka są pokrywane przez inicjowany przez Państwo i administrowany przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) system ubezpieczenia społecznego rolników. Obejmuje on ubezpieczenia emerytalno-rentowe oraz ubezpieczenia wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie. Ponadto rolnicy i ich rodziny podlegają również ubezpieczeniu zdrowotnemu. Problematyka ubezpieczeń społecznych oraz zdrowotnych rolników, które (co do zasady) są obowiązkowe wykracza jednak poza zakres opracowania. Stąd też nie będą one szerzej omawiane w dalszej części tekstu, a określenie „ubezpieczenia”, będzie traktowane jako tożsame z pojęciem ubezpieczeń majątkowych i ubezpieczeń na życie oferowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń bądź przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

W odniesieniu do rolnictwa zastosowanie mogą mieć produkty ubezpieczeń gospodarczych zapewniające ochronę przed rodzajami ryzyka ujętymi we wszystkich grupach ryzyka działu I (ubezpieczenia na życie, *life*) oraz wybranych grupach ryzyka działu II (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe, *non-life*) klasyfikacji ubezpieczeń wprowadzonej w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej<sup>21</sup>. W ramach ubezpieczeń działu I rolnicy, podobnie jak przedstawiciele innych grup społeczno-zawodowych, korzystają z produktów, takich jak: ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia posagowe i zaopatrzenia dzieci, ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ubezpieczenia rentowe, ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych wcześniej).

Blizsze spojrzenie na specyfikę ubezpieczeń działu II dedykowanych rolnictwu pozwala wyróżnić ubezpieczenia obowiązkowe oraz ubezpieczenia dobrowolne. Wśród ubezpieczeń obowiązkowych wyróżnia się obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego (dalej: ubezpieczenie OC rolników) oraz ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych (dalej: ubezpieczenie budynków rolniczych). Specyficznym rodzajem obowiązkowego ubezpieczenia rolników jest również obowiązkowe ubezpieczenie upraw od określonego ryzyka

---

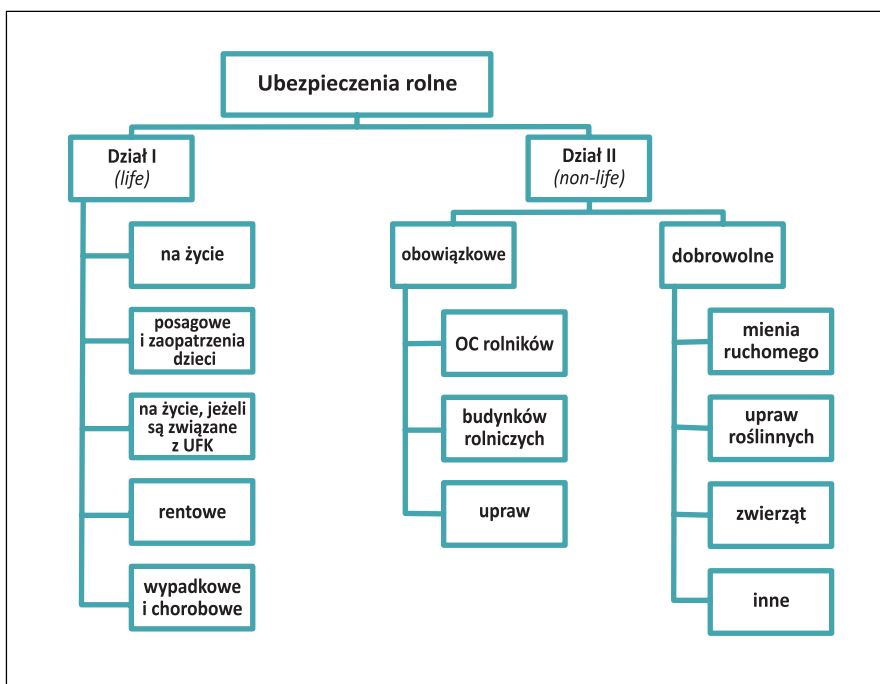
<sup>20</sup> Ryzyko to rozumie się jako zagrożenie wystąpienia sytuacji niemożności samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb jednostki (gospodarstwa domowego). Do sytuacji tej może dojść na skutek zaistnienia okoliczności ujętych w tzw. katalogu ryzyk społecznych, do którego należą m.in.: choroba, macierzyństwo, wypadek przy pracy, choroba zawodowa, bezrobocie, inwalidztwo, śmierć żywiciela, starość itp. Por. J. Rutecka, *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, SGH, Warszawa 2012, s. 17.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. Nr 124 poz. 1151 (dalej u.d.u.).



wystąpienia skutków zdarzeń losowych w rolnictwie (dalej obowiązkowe ubezpieczenie upraw). Do dobrowolnych ubezpieczeń działu II zawieranych przez rolników należą natomiast przede wszystkim ubezpieczenia mienia ruchomego oraz ubezpieczenia upraw roślinnych i zwierząt. Poglądowy schemat ubezpieczeń rolnych w Polsce przedstawiono na rysunku 1.

**Rysunek 1.**  
**Klasyfikacja ubezpieczeń rolnych w Polsce**



Źródło: opracowanie własne.

### 3.1. Ubezpieczenia obowiązkowe w rolnictwie

Korzenie ubezpieczeń obowiązkowych na ziemiach polskich sięgają połowy XIX w., wówczas w Księstwie Warszawskim wprowadzone zostało obowiązkowe ubezpieczenie od ognia obejmujące m.in. budynki wiejskie. W okresie międzywojennym wprowadzony został przymus zawierania ubezpieczeń: mienia ruchomego w gospodarstwach rolnych, upraw od gradobicia oraz zwierząt od padnięcia. Ponadto obowiązkowe było również

ubezpieczenie budynków<sup>22</sup>. Po II wojnie światowej, wraz z rozwojem systemu ubezpieczeń państwowych, przebudowany został również system ubezpieczeń obowiązkowych w rolnictwie. Obejmował on m.in. ubezpieczenia: OC rolników, budynków od ognia i innych zdarzeń losowych, mienia ruchomego oraz upraw podstawowych zbóż od gradobicia i powodzi<sup>23</sup>, a także zwierząt gospodarczych od padnięcia. W 1990 r. na mocy ustawy o działalności ubezpieczeniowej wprowadzono zasadnicze zmiany w funkcjonowaniu polskiego rynku ubezpieczeń. Jedną z nich było nadanie ubezpieczeniom charakteru umownego oraz wyróżnienie pojęć ubezpieczeń dobrowolnych i obowiązkowych. Zgodnie z przywołaną ustawą, do ubezpieczeń obowiązkowych w obszarze rolnictwa zakwalifikowano: ubezpieczenie OC rolników oraz ubezpieczenie budynków rolniczych. Uchwalone w 2003 r. i obecnie obowiązujące regulacje dotyczące ubezpieczeń obowiązkowych podtrzymały taki ich zakres w odniesieniu do rolnictwa<sup>24</sup>. Począwszy od lipca 2008 r. rolnicy, którzy uzyskali płatności bezpośrednie w rozumieniu przepisów o płatnościach w ramach systemu wsparcia bezpośredniego, są zobowiązani również zawrzeć umowę ubezpieczenia obowiązkowego upraw<sup>25</sup>.

Obowiązek zawarcia ubezpieczenia OC rolników dotyczy wyłącznie rolników – osób fizycznych. Ubezpieczenie to obejmuje odpowiedzialność cywilną za szkody powstałe na terytorium Polski z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego<sup>26</sup> i jest zawierane na 12 miesięcy. Z tytułu ubezpieczenia OC rolników odszkodowanie przysługuje osobom, którym rolnik, osoba pracująca w jego gospodarstwie lub członkowie jego rodziny wyrządzili szkodę na skutek czynu niedozwolonego w związku z prowadzeniem gospodarstwa. Podobnie jak w przypadku innych obowiązkowych umów

<sup>22</sup> E. Wojciechowska-Lipka, *op.cit.*, s. 246-249.

<sup>23</sup> Obowiązek ubezpieczenia mienia ruchomego oraz upraw podstawowych zbóż od gradobicia był egzekwowany na podstawie uchwały odpowiednio: rady powiatowej oraz rady wojewódzkiej. Por. E. Wojciechowska-Lipka, *op.cit.*, s. 248.

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. 2003 nr 124 poz. 1152 z późn. zm. (dalej: u.u.o).

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich, Dz. U. 2005 Nr 150 poz. 1249 z późn. zm. (dalej u.u.r.z.g.).

<sup>26</sup> Zgodnie z definicją zawartą w art. 2. pkt. 4 u.u.o gospodarstwo rolne jest to obszar użytków rolnych, gruntów pod stawami oraz sklasyfikowanych jako użytki rolne pod zabudowaniami, przekraczający łącznie powierzchnią 1 ha, jeżeli podlega on w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym, a także obszar takich użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

ubezpieczenia OC, nałożenie obowiązku zawierania umów ubezpieczenia OC rolników ma na celu przede wszystkim zapewnienie skutecznej kompensaty wyrządzonych szkód oraz ochronę poszkodowanych przed ewentualną niewypłacalnością sprawcy zobowiązanego do ich naprawienia. Odpowiedzialność ubezpieczyciela limitowana jest do wysokości sumy gwarancyjnej, która wynosi 5 mln euro w przypadku szkód na osobie oraz 1 mln euro w przypadku szkód na mieniu. Niedopełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC rolników skutkuje obowiązkiem uiszczenia opłaty w wysokości jednej dziesiątej minimalnego wynagrodzenia za pracę (w 2015 r. – 175 zł) na rzecz Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG).

Umowę ubezpieczenia budynków rolniczych zobowiązany jest zawrzeć każdy rolnik (osoba fizyczna) w chwili pokrycia budynku wchodzącego w skład gospodarstwa dachem. Umowa ta jest zawierana z dowolnym zakładem ubezpieczeń wykonującym działalność w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych na okres 12 miesięcy. Z tytułu tego ubezpieczenia odszkodowanie przysługuje w związku ze szkodami powstałymi w ubezpieczonych budynkach na skutek: ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, gradu, opadów śniegu, uderzenia pioruna, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny lub upadku statku powietrznego<sup>27</sup>. Suma ubezpieczenia ustalana jest odrębnie dla każdego budynku w oparciu o jego wartość rzeczywistą lub – w przypadku budynków nowych oraz takich, których stopień zużycia technicznego nie przekracza 10% – w oparciu o wartość nową. Wysokość powstałych szkód warunkujących wysokość odszkodowania wycenia się na podstawie cenników zakładów ubezpieczeń (w przypadku niepodjęcia odbudowy, naprawy lub remontu) lub kosztorysów sporządzonych przez podmioty dokonujące odbudowy lub remontu budynku. Kara za brak ubezpieczenia budynku rolniczego jest równa jednej czwartej minimalnego wynagrodzenia za pracę (w 2015 r. – 437,5 zł) i jest uiszczana na rzecz UFG.

Obowiązkowe ubezpieczenie upraw dotyczy wyłącznie wybranej grupy rolników, tj. rolników, którzy uzyskali płatności bezpośrednio w rozumieniu przepisów o płatnościach w ramach systemu wsparcia bezpośredniego. Pozostali rolnicy mogą skorzystać z tego typu ubezpieczeń dobrowolnie. Zakres obowiązkowego ubezpieczenia upraw obejmuje ryzyko związane z wystąpieniem szkód spowodowanych przez powódź, suszę, grad, ujemne skutki przezimowania lub przymrozki wiosenne<sup>28</sup>. Podstawowym celem omawianego ubezpieczenia jest zapewnienie rolnikowi, którego uprawy

<sup>27</sup> Art. 67 pkt 1. u.u.o.

<sup>28</sup> Art. 10c ust. 1. u.u.r.z.g.

zostały dotknięte kataklizmem możliwości odbudowania posiadanych upraw. Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia upraw uważa się za spełniony, jeżeli w okresie 12 miesięcy, licząc od 1 lipca roku następującego po roku, w którym rolnik otrzymał płatność bezpośrednią, ochroną ubezpieczeniową objęte jest co najmniej 50% powierzchni upraw<sup>29</sup>, od co najmniej jednego z wymienionych w poprzednim zdaniu rodzajów ryzyka. Wysokość opłaty za niespełnienie obowiązku ubezpieczenia upraw wynosi 2 euro od 1 ha i jest wnoszona na rzecz gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub siedziby rolnika. Cechą charakterystyczną analizowanego ubezpieczenia jest mechanizm dopłaty do składek finansowany z budżetu państwa (przy czym mechanizm ten funkcjonuje również w przypadku dobrowolnych ubezpieczeń upraw rolnych i zwierząt gospodarskich). Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 listopada 2014 r. dopłata z budżetu pokrywa 50% składki ubezpieczeniowej do 1 ha upraw, pod warunkiem, że składka taryfowa zakładu ubezpieczeń nie przekracza 6% sumy ubezpieczenia<sup>30</sup>. Ponadto przywołane rozporządzenie określa również maksymalne sumy ubezpieczenia poszczególnych rodzajów upraw.

### **3.2. Dobrowolne ubezpieczenia w rolnictwie**

---

Szczególony charakter ryzyka, na które narażone są gospodarstwa rolne powoduje, że rolnictwo jest naturalnym obszarem funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych. Stąd też, przez kolejne stulecia wraz z rozwojem całego rynku ubezpieczeniowego sukcesywnie rozwijały się również ubezpieczenia dedykowane rolnictwu. Obecnie ochroną ubezpieczeniową można objąć większość zagrożeń, na które mogą być narażone gospodarstwa rolne. Do najczęściej stosowanych rodzajów ubezpieczeń dobrowolnych, które są typowe dla rolnictwa, należą:

1. Ubezpieczenia mienia ruchomego. Ochrona ubezpieczeniowa z reguły dotyczy: sprzętu rolniczego, materiałów, zapasów, ziemiopłodów, zwierząt gospodarskich oraz ruchomości domowych (np. sprzęt RTV

---

<sup>29</sup> Przy czym zgodnie z art 3. ust. 1 u.u.r.z.g. obowiązek ubezpieczenia obejmuje uprawy: zbóż, kukurydzy, rzepaku, rzepiku, chmielu, tytoniu, warzyw gruntowych, drzew i krzewów owocowych, truskawek, ziemniaków, buraków cukrowych lub roślin strączkowych) od ryzyka: huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, pioruna, obsunięcia się ziemi, lawiny, suszy, ujemnych skutków przezimowania, przymrozków wiosennych.

<sup>30</sup> Dz. U. 2014 poz. 1670.

i AGD). Zakres tej ochrony obejmuje zazwyczaj szkody wyrządzone przez ogień i inne żywioły (pożar, huragan, powódź, grad itp.). Na ogół możliwe jest również ubezpieczenie mienia ruchomego od kradzieży z włamaniem, zalania, a także przed konsekwencjami przepięcia elektrycznego<sup>31</sup>.

2. Ubezpieczenie upraw. Ubezpieczenie to umożliwia zabezpieczenie się rolnika przed stratami powstałymi w posiadanych przez niego uprawach na skutek niesprzyjających warunków klimatycznych. Ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte konsekwencje: gradobicia, powodzi, przymrozków, huraganu, pożaru, złego przezimowania itp.<sup>32</sup>
3. Ubezpieczenie zwierząt. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być zarówno zwierzęta gospodarskie jak i hodowlane, a także konie wyścigowe i rekreacyjne. Zakres ochrony obejmuje straty w pogłowie związane z padnięciem lub koniecznością dobicia zwierzęcia na skutek choroby lub wypadku<sup>33</sup>. W rozszerzonych polisach ochrona może dotyczyć również czasu transportu zwierzęcia, trzebień samców i samic, czy też utraty przydatności zwierzęcia do reprodukcji. Z działalnością rolniczą lub pokrewną związane są również ubezpieczenia takie jak: ubezpieczenie pasiek od szkód powstałych na skutek zatrucia pszczół, ognia, powodzi, huraganu itp. oraz ubezpieczenie ryb hodowlanych (np. karpie, pstrągi) od skutków zatrucia, uduszenia, ucieczki lub niedoboru wody<sup>34</sup>.

Omawiając problematykę ubezpieczeń w rolnictwie należy zauważyć, że rolnicy oraz członkowie ich gospodarstw domowych korzystają również z szeregu produktów ubezpieczeniowych dedykowanych ogółowi osób fizycznych. Do produktów tych należą m.in. polisy zawierane w ramach ubezpieczeń komunikacyjnych, ubezpieczeń turystycznych oraz wspomniane wcześniej ubezpieczenia na życie. Ponadto warto również odnotować, że zakłady ubezpieczeń coraz częściej oferują ubezpieczenia dla gospodarstw rolnych w formie kompleksowych polis obejmujących wiele składników mienia oraz rodzajów ryzyka jednocześnie<sup>35</sup>.

---

<sup>31</sup> E. Kucka, *Ubezpieczenie rolne*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne*, red. E. Kucka, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2009, s. 251-252.

<sup>32</sup> *Ibidem*, s. 253.

<sup>33</sup> *Ibidem*, s. 254.

<sup>34</sup> E. Wojciechowska-Lipka, *op.cit.*, s. 264.

<sup>35</sup> Produkty te mogą także łączyć w ramach jednej polisy ubezpieczenia obowiązkowe oraz ubezpieczenia dobrowolne.

## 4. Wykorzystanie produktów ubezpieczeniowych w gospodarstwach rolnych

Analizując zakres wykorzystania produktów ubezpieczeniowych w rolnictwie przez pryzmat statystyk dotyczących liczby zawieranych umów ubezpieczenia oraz liczby wypłaconych świadczeń, a także wartości składki przypisanej brutto oraz wartości wypłaconych świadczeń i odszkodowań można stwierdzić, że najpopularniejszymi produktami ubezpieczeniowymi dedykowanymi stricte gospodarstwom rolnym są ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników (por. tabela 1). Zjawisko to wynika przede wszystkim z obowiązkowego charakteru tych ubezpieczeń. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w 2013 r. zawartych zostało 1 931 tys. umów ubezpieczenia obowiązkowego budynków w gospodarstwach rolnych oraz 1 465 tys. umów ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej rolników. Warto odnotować, że w okresie 2005-2013 liczba umów ubezpieczenia budynków rolniczych wzrosła o prawie 30%, a w przypadku polis OC odnotowano niewielki ich spadek (2,6%). Wartość składki przypisanej w 2013 r. wynosiła: dla ubezpieczeń budynków rolniczych – 434,1 mln zł, a dla ubezpieczeń OC rolników – 58,0 mln zł. W przypadku obu analizowanych ubezpieczeń obowiązkowych w badanym okresie odnotowano systematyczny przyrost składki przypisanej brutto, na co wpływ miały m.in. wzrost liczby zawieranych umów, zwiększenie wartości zabezpieczanego mienia, a także wzrost cen ochrony ubezpieczeniowej.

Znacznie rzadziej aniżeli ubezpieczenia obowiązkowe rolnicy wykupują dobrowolne ubezpieczenia upraw roślinnych (45 tys. umów w 2013 r.) oraz ubezpieczeń zwierząt hodowlanych (8 tys. umów w 2013 r.). Liczba umów ubezpieczenia upraw roślinnych, z wyjątkiem rekordowych lat 2007-2008, w badanym okresie zasadniczo pozostawała na względnie stałym poziomie. Warto jednak odnotować istotne zwiększenie wartości zawieranych umów tego typu, które znajduje odzwierciedlenie we wzroście zarówno składki przypisanej brutto, jaki i sumy wypłaconych odszkodowań. W przypadku ubezpieczeń zwierząt hodowlanych na przestrzeni minionych dziewięciu lat obserwowana jest z kolei wyraźna tendencja spadkowa liczby zawieranych umów (w 2013 r. zawarto pięć razy mniej umów niż w 2005 r.), której towarzyszyło również zmniejszenie wartości składki przypisanej brutto oraz kwoty wypłaconych odszkodowań.

Tabela 1. Wybrane ubezpieczenia w rolnictwie

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Ubezpieczenia obowiązkowe budynków w gospodarstwach rolnych</b>									
Liczba polis (tys. szt.)	1 492	1 443	1 588	1 641	1 624	1 612	1 690	1 510	1 931
Liczba wypłat (tys. szt.)	25	23	84	35	25	90	33	24	36
Składka przypisana brutto (mln zł)	292,6	301,2	319,8	352,1	376,2	388,8	421,6	418,8	434,1
Odszkodowania i świadczenia (mln zł)	97,6	11,8	178,7	132,0	120,6	511,5	200,9	143,0	146,6
<b>Ubezpieczenia obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej rolników</b>									
Liczba polis (tys. szt.)	1 504	1 445	1 410	1 454	1 441	1 421	1 511	1 492	1 465
Liczba wypłat (tys. szt.)	4	4	4	4	4	4	5	5	5
Składka przypisana brutto (mln zł)	36,0	38,4	42,4	47,1	49,3	50,8	54,1	53,2	58,0
Odszkodowania i świadczenia (mln zł)	15,3	16,0	26,5	28,3	24,5	25,2	27,5	31,0	29,5
<b>Ubezpieczenia upraw roślinnych</b>									
Liczba polis (tys. szt.)	36	49	90	85	42	47	53	42	45
Liczba wypłat (tys. szt.)	4	3	11	16	5	8	18	23	6
Składka przypisana brutto (mln zł)	29,8	56,5	108,8	109,1	78,6	98,1	155,6	174,4	156,9
Odszkodowania i świadczenia (mln zł)	19,5	15,9	102,1	138,6	58,1	50	187,6	464,5	78,7
<b>Ubezpieczenia zwierząt hodowlanych</b>									
Liczba polis (tys. szt.)	38	35	32	27	23	18	13	10	8
Liczba wypłat (tys. szt.)	4	4	5	6	6	6	5	4	3
Składka przypisana brutto (mln zł)	12,8	12,8	14,9	15,6	15,7	15,1	9,6	7,4	6,9
Odszkodowania i świadczenia (mln zł)	8,9	9,0	12,7	16,0	19,3	15,1	14,6	8,2	5,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznik statystyczny rolnictwa 2014, GUS 2014, ([http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/6/8/1/rocznik\\_statystyczny\\_rolnictwa\\_2014.pdf](http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/6/8/1/rocznik_statystyczny_rolnictwa_2014.pdf)), s. 245-248.

W statystykach GUS brak jest szczegółowych danych na temat wykorzystania innych produktów ubezpieczeniowych przez rolników. Można jednak wysunąć przypuszczenie, że w odniesieniu do produktów, takich jak: ubezpieczenia komunikacyjne, ubezpieczenia turystyczne i ubezpieczenia na życie, rolnicy przejawiają podobne zachowania, jak inne grupy społeczno-zawodowe. W tym kontekście warto odnotować więc następujące fakty:

1. Ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych są najbardziej rozpowszechnionym rodzajem ubezpieczenia w Polsce (19,3 mln wykupionych polis, składka przypisana brutto na poziomie 8,2 mld zł w 2013 r.)<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2014, GUS 2015, (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2014,2,9.html>), dostęp 10.12.2015 r., s. 635.

Odsetek posiadaczy pojazdów mechanicznych niemających ważnej polisy OC szacuje się na ok. 1%<sup>37</sup>.

2. Przepis składki brutto z ubezpieczeń wypadku i choroby oraz ubezpieczeń assistance, które stanowią podstawowy rdzeń produktów ubezpieczeń turystycznych, stanowił w 2013 r. ok. 30% przypisu składki całego działu II ubezpieczeń<sup>38</sup>.
3. W latach 2005-2013 odnotowano ponad dwukrotny przyrost składki przypisanej brutto w ubezpieczeniach działu I.<sup>39</sup> Przy czym największy udział w tej składce miały produkty quasi-ubezpieczeniowe, jakim są ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (ok. 62%), na drugim miejscu uplasowały się natomiast klasyczne ubezpieczenia na życie (ok. 27%). Poza tym w analizowanym okresie obserwuje się tendencje wzrostowe w zakresie liczby zawieranych umów ubezpieczenia na życie z UFK i umów ubezpieczeń rentowych, a także spadek liczby umów ubezpieczenia na życie oraz umów ubezpieczeń posagowych i zaopatrzenia dzieci.

Problematykę wykorzystania produktów ubezpieczeniowych w rolnictwie można także analizować od strony wydatków na ubezpieczenia, jakie ponoszą gospodarstwa domowe rolników. Badania budżetów gospodarstw domowych w Polsce pokazują, że w 2014 r. przeciętne gospodarstwo rolników, w przeliczeniu na jedną osobę zamieszkującą gospodarstwo, przeznaczało na produkty ubezpieczeniowe 10,98 zł miesięcznie (131,76 zł rocznie)<sup>40</sup>. Przy czym ok. 21% tej kwoty (2,27 zł) przeznaczono było na ubezpieczenia na życie, kolejne 21% (2,32 zł) – na ubezpieczenia związane z mieszkaniem i zamieszkiwaniem (w tym ubezpieczenia obowiązkowe budynków rolnych), ok. 7% (0,75 zł) – na ubezpieczenia związane ze zdrowiem, a 51% (5,64 zł) – na ubezpieczenia związane z transportem (w tym ubezpieczenia OC oraz ubezpieczenia turystyczne). Uwzględniając wartości bezwzględne (bez przeliczania na osobę zamieszkującą gospodarstwo), przeciętne gospodarstwo domowe rolników w 2014 r. przeznaczało na ochronę ubezpieczeniową 43,15 zł miesięcznie, tj. 517,8 zł rocznie.

---

<sup>37</sup> *Raport kierowcy bez OC*, Akademia mFind 2014, (<https://www.mfind.pl/akademia/wp-content/uploads/2014/04/Kierowcy-bez-OC-raport-mfind.pdf>), dostęp 18.12.2015 r.

<sup>38</sup> *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej...*, s. 635.

<sup>39</sup> Na podstawie: *Biuletyny roczne. Rynek ubezpieczeń 2006-2013*, Komisja Nadzoru Finansowego, ([https://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek\\_ubezpieczen/Dane\\_o\\_rynku/Dane\\_roczne/dzne\\_roczne.html](https://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_ubezpieczen/Dane_o_rynku/Dane_roczne/dzne_roczne.html)), dostęp 10.12.2015 r.

<sup>40</sup> *Budżety gospodarstw domowych 2014*, GUS 2015, (<http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/9/9/1/publikacja.pdf>), dostęp 10.12.2015 r., s. 136-137.



Zestawiając powyższe dane z analogicznymi wielkościami dla innych typów gospodarstw domowych w Polsce zauważyć można, że rolnicy przeznaczają na ochronę ubezpieczeniową stosunkowo niskie kwoty (por. tabela 2). W przeliczeniu na jedną osobę, przeciętne gospodarstwo domowe wydaje na produkty ubezpieczeniowe ponad 61% więcej od gospodarstw rolników, dla gospodarstw pracowników na stanowiskach nierobotniczych kwota ta jest większa niemal o 137%, dla gospodarstw pracujących na własny rachunek – o 97,7%, a dla gospodarstw emerytów i rencistów – o 88,7%. Tylko gospodarstwa rodzin na stanowiskach nierobotniczych wydają na ubezpieczenia mniej (o ok. 2,8%). Porównanie wartości bezwzględnych prowadzi do analogicznych wniosków: wydatki na ubezpieczenia rolników są ok. 11% mniejsze od średnich wydatków ogółu gospodarstw, 43% mniejsze od wydatków gospodarstw pracowników na stanowiskach nierobotniczych i 38% mniejsze od wydatków pracujących na własny rachunek. Mniejsze kwoty na ubezpieczenia przeznaczają jedynie gospodarstwa pracowników na stanowiskach robotniczych (23%) oraz gospodarstwa emerytów i rencistów (8%). W obliczu dokonanej w pierwszej części opracowania analizy ryzyka w rolnictwie, w której podkreślone zostało, że działalność rolnicza jest szczególnie ekspozowana na ryzyko, w tym specyficzne jego rodzaje niezależne od działalności człowieka (np. ryzyko przyrodnicze), sytuację tę należy uznać za co najmniej zaskakującą.

**Tabela 2. Przeciętne miesięczne wydatki na ubezpieczenia w różnych typach gospodarstw domowych w 2014 r.**

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe					
	Ogółem	pracowników na stanowiskach:		rolników	pracujących na własny rachunek	emerytów i rencistów
		robotniczych	nierobotniczych			
<b>wydatki ogółem</b>						
Ubezpieczenia na życie	20,34	15,36	32,14	8,92	29,92	17,79
Ubezpieczenia związane z mieszkaniem i zamieszkiwaniem	6,88	4,22	8,96	9,12	10,69	7,30
Ubezpieczenia związane ze zdrowiem	2,87	3,11	4,42	2,95	3,34	1,74
Ubezpieczenia związane z transportem	17,77	14,01	28,76	22,17	25,07	12,99
Ubezpieczenia razem	48,27	36,92	75,14	43,15	69,69	39,99
<b>wydatki w przeliczeniu na jedną osobę zamieszkującą gospodarstwo</b>						
Ubezpieczenia na życie	7,45	4,44	11,12	2,27	9,32	9,22
Ubezpieczenia związane z mieszkaniem i zamieszkiwaniem	2,52	1,22	3,10	2,32	3,33	3,78
Ubezpieczenia związane ze zdrowiem	1,05	0,90	1,53	0,75	1,04	0,90
Ubezpieczenia związane z transportem	6,51	4,05	9,95	5,64	7,81	6,73
Ubezpieczenia razem	17,68	10,67	26,00	10,98	21,71	20,72

Źródło: opracowanie własne na podstawie Budżety..., s. 136-137.

W kontekście wykorzystania produktów ubezpieczeniowych przez rolników pojawia się pytanie o przyczyny, dla których gospodarstwa najbardziej narażone na oddziaływanie ryzyka, w tak niewielkim stopniu korzystają z metody ubezpieczeniowej. Z punktu widzenia analizy ekonomicznej, odpowiedzi na tak postawione pytanie należałoby szukać w istnieniu znaczącej różnicy w poziomie przychodów w poszczególnych typów gospodarstwach domowych. Z danych GUS wynika, że wbrew obiegowej opinii, różnice w przychodach netto gospodarstw domowych rolników wcale nie odbiegają istotnie *in minus* od średniego poziomu dla wszystkich gospodarstw domowych (por. tabela 3). Przeciwnie, w 2014 r. kształtowały się one nawet na poziomie wyższym od średniej (o 128,58 zł, tj. 7,4%). Zauważyć należy jednak, że odmiennych wniosków dostarcza analiza wartości dochodów rozporządzalnych, które dla gospodarstw rolników kształtują się znacznie poniżej średniej.

**Tabela 3.**  
**Przychody i rozchody w różnych typach gospodarstw domowych w 2014 r.**

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe					
	Ogółem	pracowników na stanowiskach:		rolników	pracujących na własny rachunek	emerytów i rencistów
		robotniczych	nierobotniczych			
<b>wydatki ogółem</b>						
przychody netto	1 726,05	1 255,67	2 214,78	1 854,63	2 235,46	1 728,78
dochód rozporządzalny <sup>a</sup>	1 340,44	1 038,28	1 733,83	1 050,85	1 631,64	1 382,32
rozchody netto	1 742,92	1 266,65	2 269,45	1 860,02	2 164,38	1 745,28
wydatki <sup>b</sup>	1 078,74	825,45	1 356,91	799,35	1 302,4	1 156,86
<b>wydatki w przeliczeniu na jedną osobę zamieszkujejącą gospodarstwo</b>						
przychody netto	4 712,12	4 344,62	6 400,71	7 288,70	7 175,83	3 336,55
dochód rozporządzalny	3 659,40	3 592,45	5 010,77	4 129,84	5 237,56	2 667,88
rozchody netto	4 758,17	4 382,61	6 558,71	7 309,88	6 947,66	3 368,39
wydatki	2 944,96	2 856,06	3 921,47	3 141,45	4 180,70	2 232,74

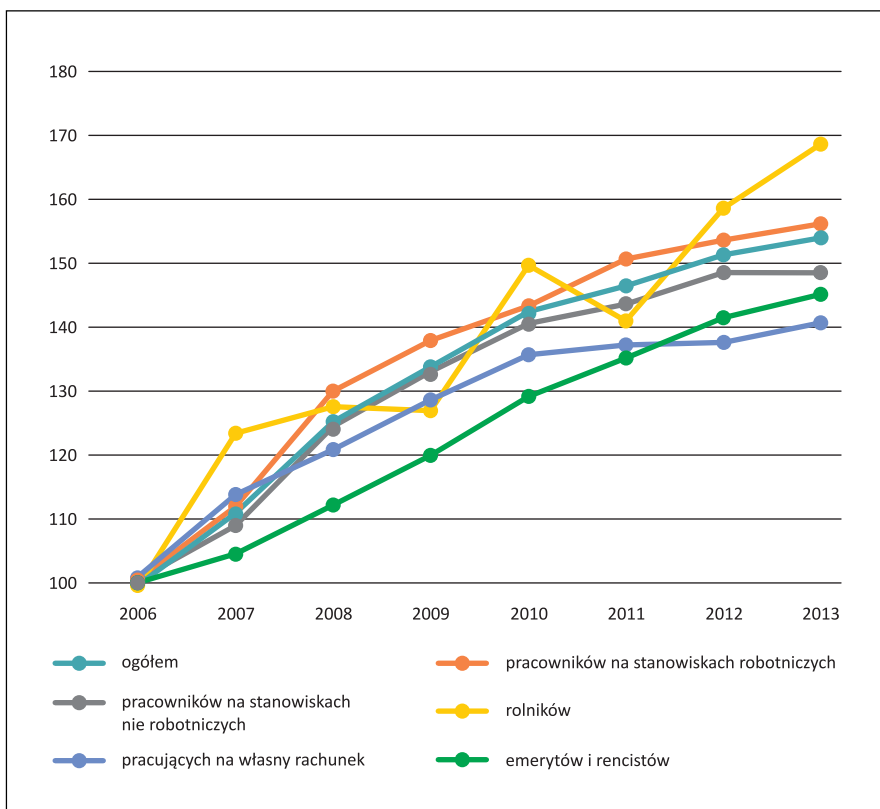
<sup>a</sup> Suma bieżących dochodów gospodarstwa domowego pomniejszona o zobowiązanie podatkowe oraz z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. W skład dochodu rozporządzalnego wchodzi dochody pieniężne i niepieniężne, w tym spożycie naturalne oraz towary i usługi otrzymane nieodpłatnie.

<sup>b</sup> Pozycja obejmuje wydatki na towary i usługi konsumpcyjne oraz pozostałe wydatki, w tym: dary, niektóre podatki (np. od spadków i darowizn, od nieruchomości), zaliczki na podatek i składki na ubezpieczenie społeczne płacone samodzielnie przez płatnika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Budżety...*, s. 100-132.

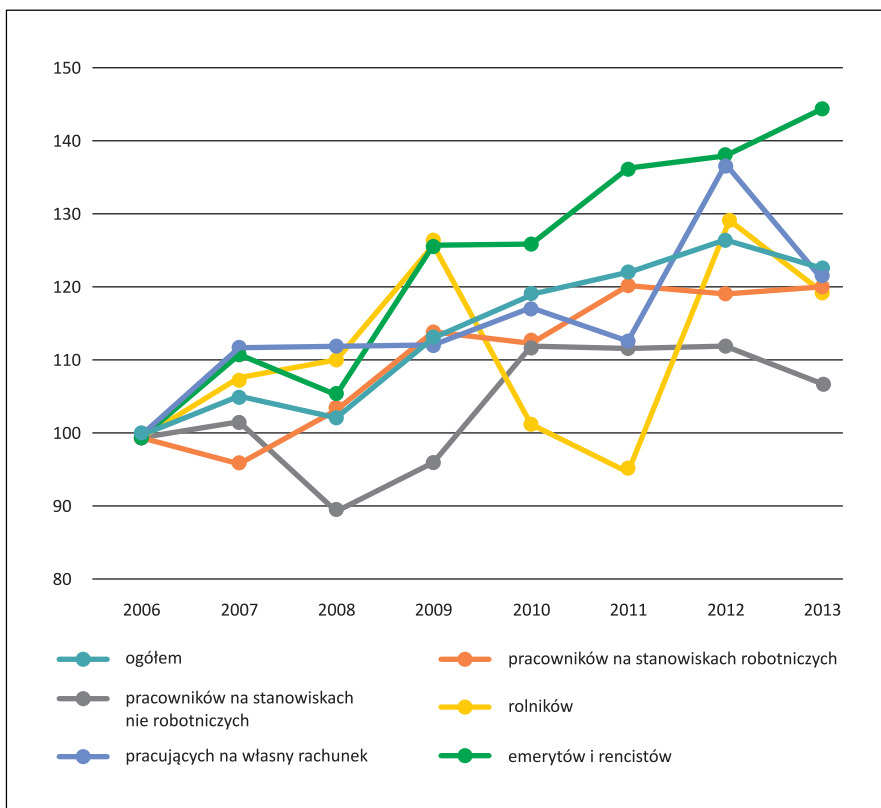
Jeżeli jednak główną determinantą poziomu wydatków na ubezpieczenia w rolnictwie faktycznie jest poziom dochodów rozporządzalnych, to należałoby przypuszczać, że powinny one systematycznie wzrastać wraz ze zwiększaniem się tego przychodu. Tymczasem okazuje się, że o ile w latach 2006-2013 dochód rozporządzalny rósł najszybciej w przypadku gospodarstw domowych rolników, to przyrost wartości składki odprowadzanej na ubezpieczenia przez te gospodarstwa należał do najniższych (por. rysunek 1 i rysunek 2). Obserwowana jest również duża dysproporcja pomiędzy przyrostem dochodu rozporządzalnego (68,9%), a wzrostem wydatków na ubezpieczenia (19,6%) w przypadku gospodarstw rolnych. Nie ma zatem podstaw, aby twierdzić, że główną przyczyną niewielkiego zakresu wykorzystania produktów ubezpieczeniowych przez gospodarstwa rolne jest niski poziom dochodów.

**Rysunek 2.**  
**Dynamika wzrostu dochodu rozporządzalnego w różnych typach gospodarstw domowych w latach 2006-2013 (2006=100)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznik statystyczny rolnictwa..., s. 250.

**Rysunek 3.**  
**Dynamika wzrostu wydatków na ubezpieczenia**  
**w gospodarstwach różnego typu w latach 2005-2013 (2005=100)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów Budżety gospodarstw domowych za lata 2006-2013, GUS 2007-2014, (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/budzety-gospodarstw-domowych-w-2014-r-,9,9.html>), dostęp 23.12.2015 r.

## 5. Podsumowanie i wnioski

Ryzyko nieodłącznie towarzyszy każdej aktywności podejmowanej przez człowieka. W sposób szczególny przejawia się ono w obszarze rolnictwa, gdzie potencjalne zagrożenia są pochodną niebezpieczeństw wynikających z posiadania i prowadzenia gospodarstwa domowego, pojawiających się w bliskim i dalekim otoczeniu gospodarczym, a także będących resul-

tatem niepożądanych zjawisk pogodowo-klimatycznych. Stąd też problematyka ryzyka oraz zarządzania ryzykiem stanowią jedne z najistotniejszych zagadnień o charakterze ekonomicznym, które są związane z prowadzeniem gospodarstwa rolnego.

W toku przeprowadzonych badań omówiono zagadnienie ryzyka oraz wskazano różne jego rodzaje towarzyszące działalności rolniczej. Scharakteryzowane zostały również produkty ubezpieczeniowe dedykowane dla gospodarstw rolnych. Ponadto analizie poddano zakres wykorzystania poszczególnych produktów ubezpieczeniowych w gospodarstwach rolnych. W kontekście postawionego we wstępie problemu badawczego najważniejszym wnioskiem płynącym z badań jest stwierdzenie niewielkiego zainteresowania rolników produktami ubezpieczeniowymi. Aczkolwiek zauważyć należy, że zakres wykorzystania produktów ubezpieczeniowych przez rolników jest zróżnicowany: o ile bowiem ubezpieczenia dobrowolne są wykorzystywane w znikomym stopniu, to ubezpieczenia obowiązkowe są już wykupywane względnie często. Co istotne, pogłębione analizy dowodzą, że wbrew obiegowym opiniom podstawową przyczyną takiego stanu rzeczy wcale nie jest niski poziom dochodów rolników.

W przekonaniu autora znikome zainteresowanie środowiska wiejskiego ubezpieczeniami wynika przede wszystkim z czynników pozaekonomicznych, wśród których wymienić należy przede wszystkim niski poziom wiedzy rolników na temat produktów ubezpieczeniowych oraz brak przezorności ubezpieczeniowej tej grupy społeczno-ekonomicznej. Oba te czynniki, traktowane łącznie, wpływają na ogólną niską ocenę poziomu tzw. świadomości ubezpieczeniowej rolników, która to stanowi podstawową przyczynę niskiego stopnia wykorzystania produktów ubezpieczeniowych w gospodarstwach rolnych. Ponadto można by wysunąć również przypuszczenie, że na decyzję o niewykupywaniu produktów ubezpieczeniowych przez rolników wpływa również ich wysoki stopień zaufania do różnego rodzaju społecznych środków pomocy (zapomogi, dotacje).

Podsumowując zrealizowane prace badawcze oraz sformułowane na ich podstawie wnioski należy stwierdzić, że w toku badań osiągnięto założone na wstępie główne cele opracowania. Ponadto odniesienie rezultatów badań do postawionej hipotezy pozwala stwierdzić, że nie ma podstaw do jej odrzucenia. Prawdą jest więc, że stopień wykorzystania produktów ubezpieczeniowych w gospodarstwach rolnych jest nieadekwatny do ryzyka, na jakie gospodarstwa te są narażone.

Na zakończenie warto także zauważyć, że przeprowadzone badania mogą stanowić podstawę do dalszych, pogłębionych analiz związanych z poruszoną problematyką. Do szczególnie interesujących należy kwestia poziomu świadomości ubezpieczeniowej rolników w odniesieniu do innych grup społecznych, a także zagadnienie ich skłonności do ponoszenia

kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Ponadto interesujących wniosków mogłoby dostarczyć badanie stopnia wykorzystania produktów ubezpieczeniowych w zależności od wielkości gospodarstwa rolnego. Ciekawa wydaje się również możliwość skonfrontowania strony podażowej i popytowej rynku oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy aktualna oferta ubezpieczycieli odpowiada oczekiwaniom rolników.

*Dr Tomasz Jedynek, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń  
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie*

---

## Piśmiennictwo

---

### Literatura zwarta i artykuły naukowe

1. Czekaj J., Dressler Z., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
2. Ehrlich A., *Ryzyko gospodarcze*, [w:] *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1981.
3. Gródź M., Gajda D., *Ubezpieczenia rolnicze i świadomość ubezpieczeniowa rolników*, *Wiadomości Ubezpieczeniowe* 1/2012, s. 99-110.
4. Jajuga K., *Analiza i zarządzanie ryzykiem – podejście teoretyczne i praktyczne*, Rynek Terminowy, 2001, nr 14.
5. Kłoczko-Gajewska A., Sulewski P., *Postawy rolników wobec ryzyka oraz sposoby jego ograniczania*, *Rocznik Nauk Rolniczych, Seria G, Tom 96, Zeszyt 1*, 2009, s. 141-148.
6. Knight F., *Risk, Uncertainty and Profit*, Houghton Mifflin, Boston – New York 1921.
7. Pawłowska-Tyczko J., *Aktualne problemy zarządzania ryzykiem w rolnictwie*, IERiGŻ-PIB, Warszawa 2009.
8. Philip F., *Risiko und Risikopolitik*, C.E. Poeschel Verlag, Stuttgart 1967.
9. *Podstawy Ubezpieczeń. Tom II*. Produkty, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2003.
10. Rutecka J., *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*, SGH, Warszawa 2012.
11. Miller A., Dobbins C., Pritchett J., Boehlje M., Ehmke C., *Risk Management for Farmers*. Staff Paper 04-11. Department of Agricultural Economics, Purdue University 2004.
12. Skov N.A., *Finanse i zarządzanie. Amerykańskie propozycje dla polskich firm prywatnych*, International School of Management, Warszawa 1991.
13. Stroński E., *Ubezpieczenia na życie*, LAM, Warszawa 1996.

14. *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998.
15. *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne*, red. E. Kucka, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2009.
16. *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, PWE, Warszawa 2002.
17. Ward J., *Project Management Terms: A working Glossary*, Esi International, Arlington 2000.
18. Wawrzynowicz J., Wajszczuk K., Baum R., *Specyfika czynników ryzyka w przedsiębiorstwach rolnych – próba holistycznego podejścia*, Zarządzanie i Finanse, Tom 10, 2012, s. 349-360.
19. Willet A.H., *The Economic Theory of Risk Insurance*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1951.
20. Williams A., Smith M., Young P., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
21. *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.

#### Raporty i statystyki

1. *Biuletyny roczne. Rynek ubezpieczeń 2006-2013*, Komisja Nadzoru Finansowego, ([https://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek\\_ubezpieczen/Dane\\_o\\_rynku/Dane\\_roczne/dzne\\_roczne.html](https://www.knf.gov.pl/opracowania/rynek_ubezpieczen/Dane_o_rynku/Dane_roczne/dzne_roczne.html)), dostęp 10.12.2015 r.
2. *Budżety gospodarstw domowych 2014*, GUS 2015, (<http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/9/9/1/publikacja.pdf>), dostęp 10.12.2015 r.
3. *Budżety gospodarstw domowych za lata 2006-2013*, GUS 2007-2014, (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/budzety-gospodarstw-domowych-w-2014-r,9,9.html>), dostęp 23.12.2015 r.
4. *Raport kierowcy bez OC*, Akademia mFind 2014, (<https://www.mfind.pl/akademia/wp-content/uploads/2014/04/Kierowcy-bez-OC-raport-mfind.pdf>), dostęp 18.12.2015 r.
5. *Rocznik statystyczny rolnictwa 2014*, GUS 2014 r. ([http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/6/8/1/rocznik\\_statystyczny\\_rolnictwa\\_2014.pdf](http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/6/8/1/rocznik_statystyczny_rolnictwa_2014.pdf)).
6. *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2014*, GUS 2014 r. (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2014,2,9.html>), dostęp 10.12.2015 r.

#### Akty prawne

- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Dz. U. Nr 124 poz. 1151 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Dz. U. 2003 Nr 124 poz. 1152 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich. Dz. U. 2005 Nr 150 poz. 1249 z późn. zm.

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 listopada 2014 r. w sprawie wysokości dopłat do składek z tytułu ubezpieczenia upraw rolnych i zwierząt gospodarskich w 2015 r. Dz.U. 2014 poz. 1670.

---

## The use of insurance for risk management in agriculture Summary

---

The paper considers the issue of risks related with the agricultural activities. The undertaken research problem concerns particularly the range of use of insurance products by farmers. This research problem is reflected in the research hypothesis which states that the degree of the use of insurance products on farms is inadequate for risks to which those farms are exposed. In order to verify that hypothesis, firstly the characterisation of risk connected with agricultural activity was made and the specificity of insurance products designed for farmers was described. Then, the analyse of range of the use of insurance products by farmers was performed. As a result of the research it was found that the scope of the use of insurance products by farmers is different. While compulsory insurance are relatively often purchased, the use of voluntary insurance is rather small. The main reasons for these state are lack of farmers' knowledge about insurance products and their lack of insurance foresight. Those two reasons combined together are reflected in low insurance awareness of analysed socio-economic group. Moreover the over-reliance of farmers to the social aid was also pointed.

**Keywords:** risk, risk management, agriculture, compulsory insurance, insurance products for farmers.

*Tomasz Jedynek, Ph.D. Department of Risk Management  
and Insurance Cracow University of Economics*



## **Rolnicze emerytury w Danii, Norwegii i Australii, a bezpieczeństwo ekonomiczne**

---

### **Streszczenie**

---

Ubezpieczenie społeczne, a zwłaszcza wysokość emerytury i bezpieczeństwo ekonomiczne rolników, w różnych krajach kształtują się na zróżnicowanym poziomie. Publikacja prezentuje systemy ubezpieczeń społecznych Danii, Norwegii i Australii. Są to państwa o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego i społecznego. Charakteryzują się one tym, że ich systemy ubezpieczeń społecznych są systemami powszechnymi dla wszystkich obywateli, w tym również dla rolników. W powyższych państwach liczba osób pracujących w rolnictwie stanowi niewielki procent ogółu liczby ludności.

Dla obywateli bezpieczeństwo ekonomiczne oznacza warunki harmonijnego rozwoju pozwalającego budować dobrobyt i przewidywalne perspektywy rozwoju w ujęciu makroekonomicznym. W ujęciu mikroekonomicznym to wypłacalność gospodarstwa domowego, dająca możliwość regulowania zobowiązań w stosunku do potrzeb. Szczególnie ważnym elementem rozważań jest analiza systemów, celem prezentacji kierunków stworzenia warunków zapewnienia najwyższego świadczenia emerytalnego. Również ważne jest to, aby przedstawić rolę każdego państwa w tworzeniu mechanizmów obejmujących regulację i nadzór, zapewniających bezpieczeństwo systemu w okresie akumulacji środków i otrzymywania w przyszłości świadczenia emerytalnego.

**Słowa kluczowe:** systemy ubezpieczeń, emerytury, bezpieczeństwo ekonomiczne.

---

\* Dr Barbara Andruczyk, Adiunkt, Szkoła Wyższa im. B. Jańskiego w Warszawie, Wydział Zarządzania.

## Wprowadzenie

Niniejsza publikacja jest kontynuacją cyklu o ubezpieczeniach społecznych i bezpieczeństwie ekonomicznym rolników<sup>1</sup>. Wcześniejsze publikacje prezentowały problem bezpieczeństwa ekonomicznego rolników emerytów w Polsce i w Wielkiej Brytanii w odniesieniu do poziomu minimum socjalnego.

Celem autora jest przedstawienie bezpieczeństwa ekonomicznego rolników emerytów przez pryzmat systemu ubezpieczeń społecznych w kolejnych państwach, a mianowicie w Danii, Norwegii i Australii.

Rolnicy na wszystkich kontynentach i we wszystkich państwach mają nieregulowany czas pracy. Wynika to ze specyfiki rolnictwa, które jest dziedziną bardzo zależną od przyrody, pogody, klimatu czy klęsk żywiołowych. Człowiek nie ma nad nią takiej kontroli jak nad innymi dziedzinami gospodarki. Na wielkość produkcji w rolnictwie, oprócz pogody, mają wpływ czynniki przyrodnicze i pozaprzyrodnicze. Przyrodnicze czynniki to przede wszystkim woda, klimat, rzeźba terenu, ilość opadów czy liczba dni słonecznych. Pozaprzyrodnicze czynniki to przede wszystkim wielkość gospodarstwa rolnego, polityka rolna, wykształcenie rolników i wiedza rolnicza, poziom mechanizacji, chemizacji, uprzemysłowienie, poziom zaopatrzenia w środki produkcji i usługi oraz forma własności ziemi.

Rozmiar produkcji w rolnictwie jest ograniczony zdolnością wzrostu i rozmnażania się świata roślinnego i zwierzęcego, żyznością gleby, jej obszarem oraz warunkami klimatu.

**Tabela 1. Dynamika produkcji rolnej Danii Norwegii i Australii na tle świata w latach 1995-2013**

KRAJ	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Świat	102,1	101,9	101,4	101,4	103,1	104,3	102,3	102,4	103,4	103,7	101,0	102,6	103,3	101,5	102,7
Dania	103,2	100,3	101,1	99,9	100,4	101,4	100,4	95,9	103,7	102,9	100,2	98,0	103,0	99,6	98,1
Norwegia	101,4	94,4	98,5	100,9	99,0	103,8	98,3	100,9	100,9	101,5	97,6	101,4	96,3	103,6	103,0
Australia	107,9	98,1	104,7	85,5	109,8	93,8	108,7	85,7	103,4	104,8	102,1	97,7	109,2	109,8	99,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/](http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/) Stan na 22.08.2016 r.

<sup>1</sup> *Systemy ubezpieczeń społecznych jako gwarancja bezpieczeństwa ekonomicznego rolników*, Barbara Andruczyk, *Ubezpieczenia w rolnictwie, Materiały i studia nr 53/2015*, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Warszawa 2015; *Bezpieczeństwo ekonomiczne rolników w Wielkiej Brytanii*, Barbara Andruczyk, *Ubezpieczenia społeczne w rolnictwie, Materiały i studia nr 54/2015*, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Warszawa 2015.

Rozwój gospodarczy to przede wszystkim zwiększenie standardu życia społeczeństwa, zwiększenie produkcji oraz większe bezpieczeństwo publiczne. Rozwój gospodarczy w prezentowanych państwach jest bardzo wysoki, a dynamika produkcji rolnej w tych krajach na przestrzeni lat jest zbliżona.

Prezentacja systemu ubezpieczeń społecznych Danii i Norwegii, jako państw europejskich uważanych za najbogatsze w Europie, oraz Australii – państwa kontynentu z systemem ubezpieczeń powszechnie postrzeganym za jeden z najlepszych na świecie, stworzy podstawę do dalszych analiz w odniesieniu do bezpieczeństwa ekonomicznego ludności rolniczej.

---

### System ubezpieczeń społecznych w Danii

---

Dania jest bogatym i wysoko rozwiniętym państwem i według wysokości Produktu Krajowego Brutto na mieszkańca znajduje się na ósmym miejscu na świecie. Rolnictwo duńskie zajmuje jedno z czołowych miejsc na świecie pod względem wydajności i produkuje znaczną nadwyżkę żywności, przewyższającą potrzeby kraju.

Dania ma jeden z największych w świecie odsetek gruntów ornych i sadów, wynoszący 63% powierzchni kraju. Uprawa obejmuje głównie zboża, buraki cukrowe, ziemniaki i warzywa. Hodowla jest również ważną gałęzią rolnictwa, głównie hodowla bydła, trzody chlewnej oraz drobiu. Dania jest światową potęgą w produkcji i eksporcie mleka, mięsa, masła i serów. Udział duńskiego mięsa w handlu międzynarodowym sięga ok. 15%, co daje pierwsze miejsce w świecie, a w przypadku masła odsetek ten wynosi 17%, co daje drugie miejsce w świecie. Istotną rolę, dzięki warunkom naturalnym, odgrywa rybołówstwo morskie, ponad 2/3 połowów przeznaczają się na eksport. Produkcja ogrodnicza koncentruje się wokół dużych miast. Lasy pokrywają ok. 12% powierzchni kraju, a produkcja drewna zaspokaja 1/3 zapotrzebowania Danii<sup>2</sup>.

Dynamika produkcji rolnej w Danii w porównaniu do świata wykazuje ogólną tendencję malejącą, zwłaszcza spadek ten był znaczny w latach 2012-2013. Pomimo tego Dania nadal odgrywa kluczową rolę i zajmuje najwyższe miejsca w rankingach produkcji rolnej. Analizując tabelę nr 2, przedstawiającą pracujących ogółem i pracujących w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w latach 1995-2008, zaobserwowano rosnący trend ludności i osób pracujących, przy jednoczesnym spadku liczby osób pracujących na rzecz rolnictwa, leśnictwa i rybactwa. W 2014 roku wynosił 1,2% pracu-

---

<sup>2</sup> [https:// http://encyklopedia.pwn.pl/](https://http://encyklopedia.pwn.pl/).

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

jących w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w stosunku do ludności ogółem. Stanowiło to 74 tys. osób utrzymujących się z pracy w rolnictwie.

**Tabela 2. Pracujący ogółem i pracujący w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w Danii w latach 2004-2014**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ludność ogółem w tys.	5 401	5 416	5 435	5 454	5 494	5 523	5 546	5 574	5 598	5 638	5 647
Pracujący ogółem w tys.	2 720	2 733	2 787	2 779	2 827	2 771	2 706	2 703	2 689	2 688	2 714
% pracujących w stosunku do ludności ogółem	50,4%	50,5%	51,3%	51,0%	51,5%	50%	49%	48%	48%	48%	48%
Pracujący w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w tys.	85	80	79	80	70	72	66	65	70	68	67
% pracujących w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w stosunku do pracujących ogółem	1,6%	1,5%	1,5%	1,5%	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/](http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/), Stan na 22.08.2016 r.

Duński system ubezpieczeń społecznych jest powszechnym systemem dla wszystkich i obejmuje również rolników. Dania posiada dobrze rozwinięty i sprawny system emerytalny, który według Melbourne Mercer Global Pensions Index<sup>3</sup> został oceniony jako najlepszy na świecie<sup>4</sup>. Wskaźnik wynosi 80 i jest na poziomie A. Dla porównania indeks dla Polski wynosi 50-60 i razem z Francją, ze Stanami Zjednoczonymi, Południową Afryką, Brazylią, Austrią, Meksykiem i Włochami, Polska osiąga ocenę na poziomie C<sup>5</sup>. Coroczne badanie wykazało, że kolejność wiodących krajów pozostała niezmienną. W dalszej kolejności w 2015 r. są Holandia, Australia, Szwecja, Szwajcaria, Finlandia oraz Kanada<sup>6</sup>.

W duńskim systemie ubezpieczeń społecznych wyróżnia się: ubezpieczenia emerytalno-rentowe, zasiłki rodzinne, ubezpieczenie chorobowe i macierzyńskie, pielęgnacyjne, ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz na wypadek bezrobocia.

<sup>3</sup> <http://www.globalpensionindex.com/wp-content/uploads/Melbourne-Mercer-Global-Pension-Index-2015-Report-Web.pdf>, s.9, dostęp 18.03.2016 r.

<sup>4</sup> [www.ipe.com](http://www.ipe.com) (Investment and pension Europe).

<sup>5</sup> Istnieją oceny A >80; B + od 75-80; B od 65-75; C+ od 65-60; C od 60-50; D od 50-35; E poniżej 35, ibidem, s.6.

<sup>6</sup> W badaniu przeprowadzonym przez Australijskie Centrum Badań Finansowych dodano, że Dania mogłaby jeszcze bardziej polepszyć swój wynik, gdyby podniosła poziom oszczędności gospodarstw domowych.

W Danii funkcjonują trzy systemy zabezpieczenia emerytalnego. Pierwszy system powszechny, nieskładkowy, oparty jest na miejscu zamieszkania. Ubezpieczeniem emerytalnym objęci są wszyscy mieszkańcy Danii. Warunkiem ubiegania się o świadczenie jest zamieszkiwanie, przez co najmniej 3 lata, na terenie Danii pomiędzy 15 a 65 rokiem życia, lub 67 dla tych, którzy ukończyli 60 lat do 1 lipca 1999 r. Cudzoziemcy, aby uzyskać świadczenie, powinni zamieszkiwać przynajmniej 10 lat w Danii, w tym ostatnie 5 lat przed emeryturą. Pełna emerytura przysługuje po 40 latach zamieszkiwania w Danii między 15 a 65 rokiem życia, lub 67 dla tych, którzy ukończyli 60 lat do 1 lipca 1999 r.

Wysokość świadczenia w systemie powszechnym, czyli podstawowa emerytura, wynosi 5 713 DKK miesięcznie<sup>7</sup>, jeśli spełniony jest warunek zamieszkiwania przez 40 lat. W przeciwnym razie emerytura jest proporcjonalnie zmniejszana o 1/40 za każdy rok. Kwota podstawowa może być zmniejszona również zależnie od zarobków emeryta, ponieważ istnieje możliwość pracowania na emeryturze. Powszechny dodatek emerytalny zależy od przychodów małżonków i wynosi 2 868 DKK rocznie (miesięcznie wynosi 229 DKK), a dla emerytów mieszkających samotnie wynosi 5 933 DKK miesięcznie. Dodatek może być także zmniejszany w zależności od zarobków emeryta i jego współmałżonka. Świadczenia z systemu powszechnego waloryzowane są automatycznie każdego roku zależnie od wzrostu przeciętnego wynagrodzenia. Możliwe jest łączenie emerytury z dochodami z pracy, ale świadczenie z systemu powszechnego obniżane jest w zależności od osiągniętych zarobków.

Drugi, uzupełniający i składkowy, system emerytalny ATP oparty jest na zawodowych systemach emerytalnych. W uzupełniającym systemie ATP objęte są obowiązkowo wszystkie osoby w wieku 16-66 lat pracujące i osoby, które otrzymująienne zasiłki chorobowe, zasiłki porodowe, zasiłki z tytułu adopcji lub bezrobocia albo uczestniczą w programach szkoleniowych. W uzupełniającym systemie ATP<sup>8</sup> osoby, które osiągnęły wiek 60 lat po 1 lipca 1999 r.

---

<sup>7</sup> *Warunki życia i pracy w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego* Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Rynku Pracy, stan 2015, w Danii walutą jest korona duńska.

<sup>8</sup> Ubezpieczeniem emerytalnym objęci są: w systemie powszechnym wszyscy mieszkańcy Danii, w uzupełniającym systemie ATP – obowiązkowo wszystkie osoby w wieku 16-66 lat pracujące i więcej godzin tygodniowo, osoby, które otrzymująienne zasiłki chorobowe, zasiłki porodowe, zasiłki z tytułu adopcji lub bezrobocia albo uczestniczą w programie szkolenia. Dobrowolnie objęte są osoby, które pobierają wcześniejszą emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy lub otrzymują przejściowy dochód (podczas bezrobocia) oraz pracownicy etatowi mający niedochodowe zajęcie, jeśli płacili składki przez ponad 3 lata. Warunki ubiegania się o świadczenie to: w systemie powszechnym – przynajmniej 3 lata zamieszkiwania w Danii między 15 a 65 rokiem życia (67 dla tych, którzy ukończyli 60 lat do 1 lipca 1999 r.). Cudzoziemcy – przynajmniej 10 lat zamieszkiwania w Danii, w tym ostatnie 5 lat przed emeryturą. Pełna emerytura przysłu-

mogą otrzymać emeryturę przed 67, ale nie przed 60 rokiem życia. Emerytura ta jest zredukowana proporcjonalnie o 10%. Wcześniejszą emeryturę z przyczyn socjalnych i zdrowotnych mogą uzyskać osoby powyżej 50 roku życia.

Ostatni, specjalny system emerytalny SP, oparty jest na indywidualnych systemach oszczędnościowych. Dobrowolnie objęte są nim osoby, które pobierają wcześniejszą emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy lub otrzymują przejściowy dochód, np. podczas bezrobocia oraz pracownicy etatowi mający niedochodowe zajęcie, jeśli płacili składki przez ponad 3 lata<sup>9</sup>.

Dania jako państwo przeznaczona na wydatki socjalne 30% PKB<sup>10</sup>, co stanowi jeden z wyższych wskaźników w Unii Europejskiej. Wydatki na emerytury stanowiły 6,2% PKB w 2014 r. Natomiast wskaźniki nierówności, biedy i szczeliny ubóstwa<sup>11</sup> przedstawia tabela nr 4.

guje po 40 latach zamieszkiwania w Danii między 15 a 65 rokiem życia (67 dla tych, którzy ukończyli 60 lat do 1 lipca 1999 r.), w uzupełniającym systemie ATP – wiek 67 lat, opłacanie pełnej składki od 1964 r. Osoby, które osiągnęły wiek 60 lat po 1 lipca 1999 r. mogą żądać emerytury przed 67 rokiem życia, ale nie przed 60. Emerytura ta jest zredukowana proporcjonalnie o 10%. Wcześniejszą emeryturę z przyczyn socjalnych i zdrowotnych mogą uzyskać osoby powyżej 50 roku życia. Warunki życia... *op.cit.* Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Rynku Pracy, [https://eures.praca.gov.pl/zal/warunki\\_zycia/dania/Dania.pdf](https://eures.praca.gov.pl/zal/warunki_zycia/dania/Dania.pdf), s.13, dostęp 23.08.2016 r.

<sup>9</sup> [https://eures.praca.gov.pl/zal/warunki\\_zycia/dania/Dania.pdf](https://eures.praca.gov.pl/zal/warunki_zycia/dania/Dania.pdf), *Warunki życia...*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Rynku Pracy, stan na 2016.03.19, *op.cit.*

<sup>10</sup> <https://data.oecd.org>, stan na 2016.03.19.

<sup>11</sup> [WWW.oecd.org.com](http://WWW.oecd.org.com)

**Dochód** jest zdefiniowany jako dochód do dyspozycji gospodarstw domowych w danym roku. Składa się z zarobków, samozatrudnienia i dochodów kapitałowych i transferów pieniężnych publicznych; podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne płacone przez gospodarstwa domowe są odejmowane. Średni dochód gospodarstwa domowego jest przypisany do każdego z jej członków i odzwierciedla różnice w potrzebach dla gospodarstw domowych o różnych rozmiarach.

Nierówność dochodów wśród osób mierzona jest pięcioma wskaźnikami.

Współczynnik Giniego opiera się na porównaniu skumulowanych proporcjach ludności przeciwko skumulowanym proporcjom dochodu, które otrzymują, i mieści się w zakresie pomiędzy 0 w przypadku idealnym równości i 1 w przypadku idealnym nierówności. S90/S10 jest to stosunek przeciętnego dochodu 10% najbogatszych do najbiedniejszych 10%; P90/P10 jest to stosunek górnej wartości związanej z dziewiątym decyła (czyli 10% osób o najwyższych dochodach) w stosunku do pierwszego decyła; P90/P50 górnej wartości związanej z dziewiątym decyła do mediany dochodu; i P50/P10 mediany dochodu do górnej wartości związanej pierwszym decyła.

**Stopa ubóstwa** jest to stosunek liczby osób (w danej grupie wiekowej), których dochód spadnie poniżej progu ubóstwa; traktowana jako połowa średniego dochodu gospodarstw domowych w ogólnej populacji. Jednak dwa kraje o tych samych wskaźnikach ubóstwa mogą się różnić pod względem relatywnego poziomu dochodów ubogich.

**Szczelina ubóstwa** jest to stosunek, w którym średni dochód ubogich spadnie poniżej granicy ubóstwa. Granica ubóstwa jest definiowana jako połowa mediany dochodów gospodarstw domowych w ogólnej populacji. Szczelina ubóstwa pomaga udoskonalić stopę ubóstwa poprzez zapewnienie wskazania poziomu ubóstwa w kraju. Wskaźnik ten mierzy się dla całej populacji, jak i dla osób w wieku 18-65 lat i osoby powyżej 65 roku życia.

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

**Tabela 3. Wydatki socjalne i wydatki na emerytury  
w Danii w latach 2009-2014**

	<b>Dania</b>	<b>rok</b>
Wydatki socjalne % PKB	30,1	2014
	30,2	2013
	30,2	2012
	30,1	2011
	29,9	2010
Wydatki na emerytury %PKB	6,2	2014
	6,2	2013
	6,2	2012
	6,2	2011
	5,9	2010
	4,6	2009

*Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.data.oecd.org](http://www.data.oecd.org), stan na 25.10.2016 r.*

**Tabela 4. Wskaźniki nierówności, biedy i ubóstwa  
w Danii w latach 2009-2012**

	<b>Dania</b>	<b>rok</b>
Nierówności (wskaźnik Giniego)	0,3	2014
	0,3	2013
	0,2	2012
	0,3	2011
	0	2010
	0	2009
Wskaźnik biedy	0,1	2014
	0,1	2013
	0,1	2012
	0,1	2011
	0,1	2010
	0	2009
Szczelina ubóstwa	bd	2014
	0	2013
	0	2012
	0	2011
	0,3	2010
	0,4	2009

*Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.data.oecd.org](http://www.data.oecd.org), stan na 25.10.2016 r.*

Dania<sup>12</sup> charakteryzuje się niskim poziomem nierówności dochodów, wynoszącym w 2014 r. 0,249 i niską stopą ubóstwa, wynoszącą w 2014 r. 0,054.

---

## System ubezpieczeń społecznych w Norwegii

---

Norwegia jest wysoko rozwiniętym krajem przemysłowym z gospodarką opartą na wydobyciu i eksporcie ropy naftowej. Zajmuje 3. miejsce na świecie jako eksporter gazu ziemnego, po Arabii Saudyjskiej i Rosji, oraz 3. miejsce na świecie w rybołówstwie. Należy do państw o najwyższym standardzie życia na świecie. Produkt Krajowy Brutto na 1. mieszkańca w 2015 r. był jednym z najwyższych w świecie<sup>13</sup>. W latach 1993-2000 nastąpił w Norwegii wyraźny wzrost gospodarczy, który był efektem rządowego programu rozwoju ekonomicznego z 1992 r.

Nadwyżki budżetowe ze sprzedaży ropy naftowej, gazu ziemnego oraz energii Norwegia lokuje w funduszu *Statens pensjonsfond utland*, stworzonym w 1990 r. dla zrównoważenia ewentualnego obniżenia dochodów, w związku ze zmianami cen ropy oraz wyczerpywania się zasobów. Fundusz w połowie 2006 r. zgromadził ok. 350 mld dolarów USA, a w 2016 r. zgromadził około 806 mld dolarów<sup>14</sup> w większości inwestując je za granicą.

Warunki naturalne dla produkcji roślinnej w Norwegii należą do jednych z najgorszych w Europie ze względu na krótki okres wegetacyjny i słabe gleby. Użytki rolne zajmują ok. 3% powierzchni kraju, grunty orne i sady zajmują 0,9 mln ha, a łąki i pastwiska ok. 0,1 mln ha. Ze względu na krótki okres wegetacyjny w Norwegii uprawia się ze zbóż głównie jęczmień oraz owies, a na południu też pszenicę. Poza tym uprawia się ziemniaki i rośliny pastewne, a z czasem coraz większe znaczenie gospodarcze zyskuje uprawa warzyw i drzew owocowych, głównie na południu kraju oraz uprawy szklarniowe. Spada pogłowie zwierząt hodowlanych. Hoduje się bydło głównie typu mlecznego i owce, a w północnej części, renifery. Powszechna jest hodowla zwierząt futerkowych, zwłaszcza lisów. Ważnym działem gospodarki Norwegii pozostaje, między innymi dzięki obfitości ryb w wodach przybrzeżnych, rybołówstwo. Mimo rzeczywistego zmniej-

---

<sup>12</sup> <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, dostęp 19.03.2016 r.

<sup>13</sup> [www. http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/porownania-miedzynarodowe/tablice-o-krajach-wedlug-tematow/rachunki-narodowe/](http://www.stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/porownania-miedzynarodowe/tablice-o-krajach-wedlug-tematow/rachunki-narodowe/), tablica 15.1, dostęp 22.08.2016 r.

<sup>14</sup> <https://www.swfinstitute.org/.../norway-government-pension-fund-global>; dostęp 15.04.2016 r.



szania się połowów, łowi się głównie śledzie, makrele i dorsze. Największymi portami rybackimi są Bergen i Stavanger. Duże znaczenie w gospodarce odgrywa leśnictwo, lasy zajmują 26% pow. kraju.

Analiza danych zawartych w tabeli nr 2 wskazuje na wzrost liczby ludności<sup>15</sup> w Norwegii, w tym także liczby osób pracujących, które w 2014 r. stanowiły 51% ogółu ludności. Jednocześnie nastąpił znaczny spadek liczby osób pracujących w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie, których w 2014 r. było ok. 59 tys. Przedstawia to tabela nr 5.

**Tabela 5. Pracujący ogółem i pracujący w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w Norwegii w latach 2004-2014**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ludność Norwegii ogółem, w tys.	4 591	4 617	4 659	4 702	4 762	4 828	4 888	4 953	5 017	5 084	5 148
Pracujący ogółem w tys.	2 276	2 289	2 362	2 443	2 524	2 500	2 501	2 536	2 585	2 602	2 627
% pracujących w stosunku do ludności ogółem	49,6%	49,6%	50,7%	52,0%	53,0%	52%	51%	51%	52%	51%	51%
Pracujący w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie, w tys.	79	75	77	69	65	67	64	60	58	57	59
% pracujących w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w stosunku do pracujących ogółem	3,5%	3,3%	3,3%	2,8%	2,8%	2,7%	2,5%	2,4%	2,2%	2,2%	2,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/](http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/), stan na 22.08.2016 r.

System zabezpieczenia społecznego w Norwegii jest powszechny dla wszystkich obywateli. W Norwegii pojęcie „system powszechny” należy rozumieć jako norweski system ubezpieczeń społecznych, system świadczeń rodzinnych oraz system świadczeń pieniężnych dla rodzin z małymi dziećmi<sup>16</sup>. Wszystkie osoby zamieszkujące lub pracujące w Norwegii jako pracownicy najemni lub na stałych albo ruchomych instalacjach na norweskim szelfie kontynentalnym są obowiązkowo objęte norweskim systemem

<sup>15</sup> Wzrost liczby ludności spowodowany ruchami migracyjnymi.

<sup>16</sup> *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Norwegii*, Komisja Europejska 2012, s.9.

ubezpieczeń społecznych. Niektóre kategorie obywateli norweskich pracujących za granicą, np. służba publiczna itp. również są objęte ubezpieczeniem obowiązkowym. Marynarze pochodzący z państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), pracujący na statkach pływających pod banderą norweską, są ubezpieczeni w ramach Norweskiego Systemu Ubezpieczeń Społecznych od wszelkiego rodzaju ryzyka niezależnie od miejsca ich zamieszkania.

Osoby nieubezpieczone, które zamieszkują w Norwegii lub które nie zamieszkują w Norwegii, ale spełniają pewne warunki dotyczące wcześniejszych okresów ubezpieczenia itp., mogą złożyć wniosek o ubezpieczenie dobrowolne.

Kwota podstawowa jest jednym z ważniejszych elementów ubezpieczenia społecznego w Norwegii. Wiele świadczeń oblicza się w stosunku do kwoty podstawowej. Kwota ta jest korygowana raz do roku dekretem królewskim ze skutkiem od 1 maja każdego roku, w zależności od zmian ogólnego poziomu wynagrodzeń oraz kosztów utrzymania. W dniu 1 maja 2012 r. kwota podstawowa wynosiła 82 122 NOK, od 1 maja 2015 r. na rok 2015 wynosi 90 068 NOK, a od 1 maja 2016 r. wynosi 92 576 NOK<sup>17</sup>.

Norweski system ubezpieczeń społecznych jest częściowo finansowany ze składek na ubezpieczenie społeczne, odprowadzanych przez pracodawców i ubezpieczonych, oraz częściowo z podatków. Składki pracowników najemnych oraz osób prowadzących działalność na własny rachunek oblicza się na podstawie wynagrodzenia brutto.

Stawka składki dla pracowników najemnych wynosi 7,8% dochodu podlegającego obowiązkowi składkowemu, które stanowi wynagrodzenie brutto. Stawka składki dla osób prowadzących działalność na własny rachunek wynosi 11,0% dochodu podlegającego obowiązkowi składkowemu, tj. uzyskanego z działalności na własny rachunek. Stawka składki w przypadku innych rodzajów dochodów osobistych, takich jak renty, emerytury itp., wynosi 4,7%<sup>18</sup>. Do tej grupy ubezpieczonych zaliczamy grupę rolników.

Składki płacone przez pracodawcę stanowią odsetek od wypłacanych wynagrodzeń. Z reguły stawka składek odprowadzanych przez pracodawcę wynosi 14,1%. Niemniej niższe stawki mają zastosowanie w odniesieniu do przedsiębiorstw posiadających siedzibę w określonych obszarach państwa lub na terytorium objętym niektórymi działaniami.

Przepisy<sup>19</sup> dotyczące emerytur zostały zmienione. Począwszy od 1 stycznia 2011 r. dla wszystkich nowych emerytów, niezależnie od starych czy

---

<sup>17</sup> *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Norwegii*, lipiec 2012 r., <https://www.nav.no/>.

<sup>18</sup> <https://www.skatteetaten.no/no/Person>, dostęp 01.04.2016 r.

<sup>19</sup> <http://www.nyinorge.no/pl/Ny-i-Norge-velg-sprak>, dostęp 01.04.2016 r.

nowych przepisów, wprowadzono elastyczne pobieranie emerytur po ukończeniu 62. roku życia oraz skorygowano średnią długość życia. Emeryturę można pobierać w całości lub w części (20%, 40%, 50%, 60% lub 80%) i można łączyć pracę z emeryturą bez potrąceń od wysokości emerytury.

System emerytalny w Norwegii składa się z trzech części, dwie z nich są obowiązkowe, a jedna jest dobrowolna i nieobowiązkowa, i zależna jest od ubezpieczenia wykupionego u prywatnych ubezpieczycieli.

Emerytura obowiązkowa składa się z emerytury podstawowej uzależnionej od miejsca zamieszkania, emerytury uzupełniającej uzależnionej od wynagrodzenia oraz emerytury minimalnej<sup>20</sup> uzależnionej od wynagrodzenia i emerytury gwarantowanej<sup>21</sup>.

Do obowiązkowych części emerytury należy świadczenie z *Folketrygden*, który jest odpowiednikiem polskiego ZUS i świadczenia z OTP, czyli z *obligatorisk tjenestepensjon*, którymi są programy emerytalne, i którymi powinni być objęci pracownicy zatrudnieni w Norwegii.

Emerytura podstawowa jest należna osobom, które były ubezpieczone przez łącznie 3 lata w okresie między ukończeniem 16 lat a rokiem, w którym kończą 66 lat. Emerytura podstawowa *Grunnpensjon* jest przyznawana niezależnie od wysokości wcześniejszych dochodów lub odprowadzanych składek. Niemniej do pełnej stawki emerytury są uprawnione osoby zamieszkujące w Norwegii, które były ubezpieczone przez 40 lat. W przypadku krótszych okresów ubezpieczenia wysokość emerytury jest proporcjonalnie zmniejszana. Pełna emerytura podstawowa jest równa wysokości kwoty podstawowej na dany rok.

Pod pewnymi warunkami przyznawany jest *sartillegg* dodatek specjalny w wysokości do 25% emerytury podstawowej na rzecz współmałżonka pozostającego na utrzymaniu beneficjenta. Można również otrzymać, po spełnieniu pewnych warunków, dodatek w wysokości do 20% kwoty emerytury minimalnej na każde dziecko w wieku poniżej 18 lat pozostające na utrzymaniu. Jeśli obydwójce małżonkowie są emerytami, pełna emerytura podstawowa wynosi 85% kwoty podstawowej dla każdego z nich. Te same zasady stosuje się do osób zamieszkujących wspólnie, wcześniej pozostających w związku małżeńskim lub mających wspólne dzieci.

W Norwegii funkcjonuje emerytura uzupełniająca *Tilleggs pensjon*, której celem jest zapewnienie odpowiedniego standardu życia na emeryturze, zbliżonego do tego, jaki utrzymywany był podczas aktywności zawodowej. Jego wysokość uzależniona jest od dochodów wyrażonych za po-

---

<sup>20</sup> Wg starych przepisów dla osób urodzonych przed 1954 r.

<sup>21</sup> Wg nowych przepisów dla osób urodzonych w 1963 r. i później, osoby urodzone w latach 1954-1962 otrzymają emeryturę obliczoną proporcjonalnie zgodnie ze starymi i nowymi przepisami.

mocą punktów emerytalnych<sup>22</sup> za trzy lata kalendarzowe oraz liczby lat, podczas których odkładane były składki. Natomiast w przypadku pełnej emerytury uzupełniającej wymagane są punkty emerytalne za 40 lat kalendarzowych. Jeżeli liczba lat ubezpieczenia uprawniającego do emerytury jest niższa niż czterdzieści, emerytura jest proporcjonalnie zmniejszana. Punkty emerytalne są kredytowane począwszy od roku, w którym osoba ubezpieczona kończy 17 lat, do roku, w którym osiągnie wiek 75 lat. Punkty emerytalne nie są kredytowane w przypadku aktywności zawodowej przynoszącej dochód roczny poniżej kwoty podstawowej. Najwyższa możliwa emerytura dla emeryta stanu wolnego w wieku 67 lat, po uwzględnieniu wszystkich okresów wynagrodzeń zgodnie z systemem obowiązującym od 1992 r. oraz kwoty podstawowej ogłaszanej 1 maja każdego roku i korygowana o średnią długość życia.

Emerytura minimalna *Minstepensjon* jest to emerytura, która należy się wszystkim, którzy mieszkali w Norwegii przez co najmniej 40 lat. Warunkiem jej otrzymania jest przynależność do Norweskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych *Folketrygden*. Jeśli składki opłacane przez mieszkańca Norwegii nie wystarczyły na uzyskanie ustalonej minimalnej emerytury, to brakującą kwotę dokłada w takim przypadku państwo. Celem takiego rozwiązania jest zapobieganie biedzie wśród ludzi starszych. W związku z corocznymi zmianami cen i kosztów utrzymania, *minstepensjon* jest wyliczana tak, by zapewnić osobom starszym godne życie.

Ubezpieczeni, którzy nie mają prawa do emerytury uzupełniającej lub mają prawo do niskiej emerytury uzupełniającej, a które mieszkają w Norwegii mniej niż 40 lat i należały do Norweskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, mają prawo do *minstepensjon*, ale w takich przypadkach emerytura minimalna zostaje proporcjonalnie zmniejszona<sup>23</sup>. W przypadku emeryta stanu wolnego, który zgromadził co najmniej 40 lat ubezpieczenia opartego wyłącznie na miejscu zamieszkania, roczna emerytura minimalna wynosi 162 566 NOK<sup>24</sup>. Emerytura minimalna jest określana za pomocą kilku stawek, w zależności od stanu cywilnego i dochodu współmałżonka/konkubenta.

<sup>22</sup> Aby dochód z danego roku podatkowego został wliczony do emerytury należy za ten rok otrzymać punkty emerytalne, czyli tzw. *pensjonspoeng*. Minimalny dochód, za który otrzymuje się punkt emerytalny, jest ustalany w każdym roku podatkowym. W 2015 r. ten dochód wyniósł 90 068 NOK. Kwota ta jest to tzw. kwota bazowa (określana również jako G). Do minimalnego dochodu wliczają się zarobki z pracy, działalności gospodarczej oraz świadczenia otrzymane z *Folketrygden* (odpowiednik polskiego ZUS). Osoby, które ukończyły 67 lat i posiadają prawo do pełnej emerytury mogą dalej pracować nawet na pełny etat. Za kolejne przepracowane lata do ich składek emerytalnych będą wliczane punkty emerytalne, ale tylko do ukończenia 70. roku życia.

<sup>23</sup> *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Norwegii*, lipiec 2012 r., s.18.

<sup>24</sup> <https://www.nav.no/>, stan na dzień: 01.01.2016 r.

Kolejną kategorią emerytur jest emerytura uzależniona od wynagrodzenia *Inntekstpensjon*<sup>25</sup>. Podstawą jej tworzenia są zgromadzone oszczędności emerytalne odzwierciedlające wynagrodzenie z całego życia. Oszczędności emerytalne gromadzą się od roku, w którym ubezpieczony kończy 13 lat, do roku, w którym ubezpieczony osiągnie wiek 75 lat, i wynoszą od 18,1% rocznego dochodu podlegającego obowiązkowi odprowadzania składek do maksymalnej wysokości 7,1-krotności średniej kwoty podstawowej. Emerytura uzależniona od wynagrodzenia jest ustalana na podstawie zgromadzonych oszczędności emerytalnych, wieku i pozostałych lat średniej długości życia w momencie rozpoczęcia jej pobierania.

W Norwegii wypłacana jest również emerytura gwarantowana, którą otrzymują osoby, które były ubezpieczone przez łączny okres trzech lat między 16 a 66 rokiem życia. Emeryt, który zgromadził 40 lat ubezpieczenia, jest uprawniony do pełnej emerytury gwarantowanej. Emerytura gwarantowana jest zmniejszana proporcjonalnie w przypadku krótszego okresu ubezpieczenia<sup>26</sup>. Emerytura gwarantowana jest przyznawana według dwóch różnych stawek, w zależności od stanu cywilnego i dochodów współmałżonka/konkubenta. Jest ustalana na podstawie okresu ubezpieczenia oraz jest uzależniona zarówno od wcześniejszego dochodu, jak i od płaconych składek.

Pomoc społeczna w Norwegii jest finansowana z podatków i nie wchodzi w zakres norweskiego systemu ubezpieczeń społecznych. Zasadniczo, pomoc społeczna jest obowiązkiem Ministerstwa Pracy, ale jej ciężar finansowy spoczywa na władzach lokalnych. Zapewnienie pomocy minimalnej *stønad til livsopphold* jest integralną częścią całego zakresu usług świadczonych przez Biura NAV<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> *Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Norwegii*, lipiec 2012 r., s.19.

<sup>26</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl](http://ec.europa.eu/employment_social/empl), dostęp 15.04.2016 r.

<sup>27</sup> <https://www.nav.no/en/Home>, Organizacja ochrony socjalnej. Wypłacaniem świadczeń ze wszystkich działów, w tym świadczeń rodzinnych i świadczeń pieniężnych dla rodziców z bardzo małymi dziećmi, z wyjątkiem opieki zdrowotnej, zarządza publiczny urząd pracy i zabezpieczenia społecznego (*Arbeids- og velferdsetaten*) podlegający dyrekcji pracy i zabezpieczenia społecznego (*Arbeids- og velferdsdirektoratet*). Urząd pracy i zabezpieczenia społecznego zarządza również świadczeniami na rzecz dzieci. Na szczeblu regionalnym istnieje 19 biur regionalnych NAV (*NAV fylkeskontorer*) wraz z ośrodkami w miejscach pracy (*NAV Arbeidslivssentre*) założonymi w celu zmniejszenia nieobecności w pracy z tytułu choroby oraz promowania włączenia do aktywnego życia zawodowego osób starszych i niepełnosprawnych. Na szczeblu lokalnym Biuro NAV (*NAV-kontoret*) (457 biur lokalnych), będące punktem pierwszego kontaktu, zapewnia szereg zintegrowanych usług zabezpieczenia społecznego, jak również społecznej pomocy finansowej. Krajowe biuro zabezpieczenia społecznego odpowiada za zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne. Za granicą NAV (*NAV Internasjonalt*) rozpatruje indywidualne sprawy dotyczące osób ubezpieczonych i beneficjentów przebywających za granicą z wyjątkiem indywidualnych spraw dot. emerytur i rent rodzinnych,

Norwegia uważana jest ze jedno z najbardziej opiekuńczych państw na świecie. Minimum socjalne różni się w zależności od miejsca zamieszkania, ale rząd norweski podaje co roku na swojej stronie internetowej ogólnie przyjęte stawki dla całej Norwegii, które każdy urząd reguluje następnie sam – w dół lub w górę.

W dużych miastach takich jak Oslo próg minimum socjalnego jest zwykle wyższy niż w małych wioskach. Na rok 2014 dla osoby samotnej stawka minimum socjalnego wynosiła przeciętnie 5 600 NOK, dla par 9 300 NOK, dla osób mieszkających z innymi niż członkowie rodziny 4 650 NOK, dla dzieci 0-5 lat 2 150 NOK, dzieci 6-10 lat 2 850 NOK, a dla dzieci 11-17 lat 3 600 NOK.

Minimum socjalne dla osoby samotnej, czyli 5 600 NOK miesięcznie, to kwota, która powinna zostać na wyżywienie, ubrania, środki czystości i poruszanie się środkami transportu, po opłaceniu wszystkich podstawowych i niezbędnych opłat.

**Tabela 6. Wydatki socjalne i wydatki na emerytury w Norwegii**

	Norwegia	rok
Wydatki socjalne % PKB	22,0	2014
	22,0	2013
	21,7	2012
	21,8	2011
	22,4	2010
Wydatki na emerytury % PKB	5,4	2014
	5,4	2013
	5,4	2012
	5,4	2011
	5,3	2010
	4,6	2009

*Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.data.oecd.org](http://www.data.oecd.org), stan na 25.10.2016 r.*

Do niezbędnych opłat nie zaliczają się zgodnie z ustawą, np. rachunki telefoniczne, rachunki za internet, karnet na siłownię itp. Poprzez nie-

---

które rozpatruje biuro emerytalno-rentowe NAV w Oslo (*NAV Pensjon Oslo*). Zwrotami kosztów związanych z opieką zdrowotną zarządza dyrekcja zdrowia (*Helsedirektoratet*) w ramach Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Urząd ekonomiki zdrowia (*Helseøkonomiforvaltningen, HELFO*) rozpatruje indywidualne przypadki związane z opieką zdrowotną. Struktura HELFO obejmuje główne biuro i sześć biur regionalnych. Biuro w Oslo posiada wydział (*HELFO Utland*) zajmujący się przypadkami osób przebywającymi za granicą.

zbędne opłaty rozumie się opłaty za mieszkanie, prąd lub opał oraz opłaty komunalne, a w niektórych uzasadnionych przypadkach, również wydatki na samochód. Osoby, które mają kredyt mieszkaniowy, mogą przedstawić wyciąg z banku pokazujący kwotę raty na spłaty mieszkania lub domu.

W Norwegii żyje się najdostatniej i najlepiej, tak wynikało z opublikowanego przez trzema laty raportu ONZ. Zestawienie Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) opracowane zostało na podstawie danych z 2007 r., obejmujących PKB na głowę mieszkańca, wykształcenie i średnią długość życia.

W roku opublikowania raportu całkowite nakłady na system ubezpieczeń społecznych w Norwegii wyniosły ponad 289 mld NOK, co odpowiada 12,4% PKB tego kraju<sup>28</sup>. Wydatki socjalne w Norwegii należą do wysokich i oscylują wokół 22% PKB.

**Tabela 7. Wskaźniki nierówności, biedy i ubóstwa w Norwegii w latach 2009-2014**

	Norwegia	rok
Nierówności (wskaźnik Giniego)	0,3	2014
	0,3	2013
	0,3	2012
	0,3	2011
	0	2010
	0	2009
Wskaźnik biedy	0,1	2014
	0,1	2013
	0,1	2012
	0,1	2011
	0,1	2010
	0	2009
Szczelina ubóstwa	bd	2014
	0	2013
	0	2012
	0	2011
	0,3	2010
	0,4	2009

Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.data.oecd.org](http://www.data.oecd.org), stan na 25.10.2016 r.

<sup>28</sup> <http://www.unityline.pl/>, stan na 30.04.2016 r.

Wskaźnik Giniego<sup>29</sup> stosowany jest przede wszystkim do pomiaru nierównomiernego rozkładu dóbr, w szczególności nierównomiernego rozkładu dochodu np. gospodarstw domowych. Wskaźnik ten określany jest również wskaźnikiem nierówności społecznej, a im bliższy jedności tym większe rozbieżności.

Skala nierówności dochodów w Norwegii w 2012 r. i 2011 r. wynosiła 0,25. Stopa ubóstwa odnotowana w Norwegii jest na bardzo niskim poziomie i wynosi 0,08, natomiast wskaźnik ubóstwa w 2012 r. i 2011 r. wynosi 0.

---

## System ubezpieczeń społecznych w Australii

---

Australia jest krajem wysoko rozwiniętym, ze społeczeństwem wielokulturowym. W porównaniu z innymi państwami, wskaźnik rozwoju społecznego, uwzględniający jakość życia, opiekę zdrowotną, przeciętną długość życia, poziom wykształcenia, swobodę działalności ekonomicznej, wolność osobistą i prawa polityczne Australii, jest bardzo wysoki i według danych na rok 2014 znajduje się ona na 2. miejscu po Norwegii. Miasta australijskie są w światowej czołówce w dziedzinie życia kulturalnego.

Australia należy do krajów rozwiniętych, a jej gospodarkę cechuje daleko posunięta koncentracja produkcji oraz centralizacja kapitału. Dzięki ogromnym bogactwom naturalnym Australia jest jednym z największych producentów boksytu, a także należy do najpoważniejszych dostawców węgla, rudy żelaza i złota oraz diamentów.

Grunty orne stanowią jedynie 4% terytorium Australii, z czego grunty uprawne wynoszą 80%. Pastwiska zajmują 60% kraju, a 25% powierzchni Australii zajmują gospodarstwa hodowlane, których jest około 16 tys., o powierzchni średnio 30 tys. ha. Liczba owiec w Australii stanowi 12% światowego pogłowia tych zwierząt. Około 4/5 pogłowia stanowią merynosy. Na Australię przypada 1/3 światowej produkcji wełny nieoczyszczonej, czyli około 1,1 mln ton. Rolnictwo odznacza się wysoką towarowością. Wykorzystanie ziemi ma charakter ekstensywny, ale wydajność na 1.

---

<sup>29</sup> Wskaźnik ten dotyczy koncentracji dochodów. Przyjmuje wartość pomiędzy 0 a 1 lub pomnożony przez 100 między 0 a 100. Wskaźnik ten osiągnąłby zero (rozkład jednorodny), gdyby wszystkie osoby miały ten sam dochód, natomiast wartość 1, gdyby wszystkie osoby poza jedną miały dochód zerowy. Różnorodność dostępnych danych statystycznych oraz wielość instytucji badających ten wskaźnik mogą spowodować rozbieżności pomiędzy jego wielkością, dlatego w celach porównawczych warto stosować te same instytucje oceniające i ten sam zakres danych.



zatrudnionego dzięki mechanizacji pracy jest wysoka<sup>30</sup>. W prywatnym posiadaniu jest około 12% ziemi, z czego 8,2% przywrócono ludności rdzennej, a pozostała część stanowi własność Korony Brytyjskiej, z której 57% jest oddane w dzierżawę<sup>31</sup>. Areal gruntów ornych wynosi około 49 mln ha, z tego ponad 1/2 w Nowej Południowej Walii i Australii Zachodniej. W latach 1987-88 w Australii było 127 tys. gospodarstw o łącznej pow. 472 mln ha. Ponad 2,4 mln ha gruntów ornych i pastwisk jest sztucznie nawadnianych, a 80% wody pochodzi ze studni artezyjskich i subartezyjskich. Brak wody jest głównym czynnikiem ograniczającym produkcję rolną.

Dynamika produkcji rolnej na przestrzeni lat 1995-2013 waha się powyżej i poniżej dynamiki produkcji rolnej świata. Długotrwałe susze oraz plaga szarańczy w stanach południowych powodują duże straty w hodowli i sezonowe wahania w produkcji rolnej. Około 60% wartości produkcji rolnej dostarcza hodowla i zajmuje ona miejsce 1 na świecie. Australia należy do najważniejszych obszarów pszenicznych świata. Dzięki sztucznej nawadnianiu, powstały rozległe plantacje drzew owocowych i cytrusowych oraz wielkie winnice, np. sady jabłoniowe znajdują się głównie na Tasmanii. Lasy zajmują 156 mln ha, ponad 3/4 ich powierzchni to lasy eukaliptusowe. Wprowadza się zalesianie terenów pozrębowych importowanymi gatunkami drzew iglastych sosną oraz araukarią. Rybołówstwo w Australii ma znaczenie drugorzędne. Roczne połowy wynoszą około 200 tys. ton, w tym także: ostrygi, kraby, homary, krewetki, tuńczyki, makrele, łososie, a w wodach akwenów międzyzwozniczych poławia się i hoduje perłopławy.

Procent osób utrzymujących się z pracy w rolnictwie w 2010 r. spadł – z 3,3% do 2,8% i do roku 2014 utrzymuje się na podobnym poziomie.

Australijski system ubezpieczeń społecznych różni się od systemów większości innych krajów rozwiniętych. Bazą tego systemu jest okres pobytu stałego i potrzeba potencjalnego emeryta. System jest powszechny dla wszystkich obywateli, bez rozróżniania na pracujących w przemyśle i rolnictwie. Emerytura każdej osoby jest wypłacana przez rząd australijski z ogólnych funduszy, nie zaś ze składek wpłacanych przez pracowników i pracodawców na fundusz ubezpieczeń społecznych.

Z tego powodu przyznanie emerytury poprzedza sprawdzanie dochodów i majątku starającego się o to świadczenie. Przyszły emeryt jest zobligowany do ujawnienia wszystkich szczegółów, dotyczących swoich oraz swojego partnera dochodów i majątku. Od wyników tego badania zależy, czy kandydat na emeryta otrzyma świadczenie, a także w jakiej wysokości.

---

<sup>30</sup> <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Australia-Gospodarka;4573683.html>, dostęp 15.04.2016 r.

<sup>31</sup> Struktura użytkowania ziemi w 2000 r.: grunty orne i sady stanowiły 6,5%, łąki i pastwiska stanowiły 55% (najwyższy spośród kontynentów odsetek użytków zielonych), lasy i zadrzewienia stanowiły 20%, nieużytki stanowiły poniżej 20%.

**Tabela 8. Pracujący ogółem i pracujący w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w Australii w latach 2004-2014**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ludność Australii ogółem, w tys.	20 141	20 345	20 680	20 857	21 338	21 829	22 403	22 651	21 816	23 028	23 622
Pracujący ogółem, w tys.	9 623	9 969	10 218	10 512	10 741	10 921	11 215	11 178	11 315	11 425	11 535
% pracujących w stosunku do ludności ogółem	47,8%	49,0%	49,4%	50,4%	50,3%	50,0%	50,1%	49%	52%	50%	49%
Pracujący w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie, w tys.	357	355	350	351	355	364	373	315	317	299	324
% pracujących w rolnictwie, leśnictwie i rybactwie w stosunku do pracujących ogółem	3,7%	3,6%	3,4%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	2,8%	2,8%	2,6%	2,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/](http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/), stan na 22.08.2016 r.

System emerytalny w Australii jest dosyć skomplikowany. Aby otrzymać emeryturę ze względu na osiągnięcie wieku *age pension*, trzeba osiągnąć wiek emerytalny i spełnić wymagania rezydencji, czyli zamieszkania w Australii. Trzeba być obywatelem Australii lub być rezydentem ponad 10 lat, albo być posiadaczem wizy stałej bądź obywatelem Nowej Zelandii. To jednak nie wszystkie warunki. Od czerwca 2017 r. wiek przechodzenia na emeryturę wzrośnie z 65 do 65,5 lat i będzie wzrastał o 6 miesięcy co dwa lata, osiągając 67 lat w roku 2023, i to zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.

W Australii wysokość państwowej emerytury *age pension* jest inna dla osoby mieszkającej samotnie i dla pary mieszkającej razem. W tym ostatnim przypadku nie jest to suma dwóch pojedynczych emerytur. Emerytura ta jest uzależniona od dochodów, np. od uzyskiwanych dywidend, procentów z lokat bankowych itd., jak i od wartości posiadanego majątku, tzn. od wielkości depozytów bankowych, wartości nieruchomości i akcji giełdowych itp.

Po osiągnięciu wieku emerytalnego, czyli obecnie 65 lat dla mężczyzn i 62 lat dla kobiet, można wystąpić o emeryturę. Jej przyznanie i wysokość zależy od tego, jakim majątkiem dysponuje starający się o to świadczenie. Na przykład, jeżeli samotna osoba ma dochód wynoszący do 150 AUD na dwa tygodnie, to otrzyma od państwa pełną emeryturę. Może otrzymać część pełnej emerytury, jeżeli jej dwutygodniowy dochód, czyli procenty z kont bankowych, dywidendy akcji, czynsz za wynajmowanie domu innej

osobie, jest mniejszy od 1 661 AUD na dwa tygodnie. A gdy dochody tej osoby przekraczają 1 661 AUD, emerytura *age pension* jej nie przysługuje. Dla tej decyzji nie ma znaczenia, jak długo przyszedł emeryt pracował i ile zarabiał. Dla pary stawki są inne, tj. może zarobić do 226 AUD na dwa tygodnie. Wtedy otrzyma pełną emeryturę. Jej maksymalny zarobek nie może przekroczyć 2 542 AUD, gdyż powyżej tej sumy emerytura zostaje zatrzymana. Graniczne wartości zmieniają się w zależności od sytuacji gospodarczej kraju i wynikają z inflacji.

W tym dość skomplikowanym systemie każda osoba oceniana jest indywidualnie. Obecnie pełna emerytura *age pension* dla samotnej osoby wynosi 695,3 AUD na dwa tygodnie oraz 524,1 AUD na dwa tygodnie dla każdej osoby mieszkającej w parze. Dochodzą do tego dodatki i zniżki, np. na lekarstwa, bilety autobusowe, za opłaty za prąd czy telefony itp. Maksymalnie mogą one wynosić 59,8 AUD dla pojedynczej osoby i 90,2 AUD dla pary na dwa tygodnie.

Istnieje ponadto fundusz emerytalny *superannuation*, który skierowany jest do oszczędzających. Każdy pracodawca w Australii jest zobligowany do odprowadzenia co najmniej 9% wartości rocznego zarobku poszczególnego pracownika na fundusz emerytalny. Są firmy odprowadzające większe sumy od tej obowiązującej. Pracownik sam wybiera sobie fundusz emerytalny, a także ma możliwość dopłacania bez ograniczeń sobie do tego funduszu kwot z zarobionych pieniędzy, i to przed opodatkowaniem wynagrodzenia. Po przejściu na emeryturę można z tego funduszu wypłacić pieniądze w jednej racie lub w ratach tygodniowych.

Służby mundurowe w Australii mają odrębny system emerytalny, a przejście na emeryturę możliwe jest po przepracowaniu minimum 20 lat<sup>32</sup>. Inne grupy zawodowe, takie jak górnicy nie mają szczególnych przywilejów emerytalnych, które obowiązują w Polsce i innych krajach europejskich.

Zamożni pracownicy, mający spore sumy w bankach, czy na koncie funduszu emerytalnego *superannuation*, mogą przechodzić na wcześniejsze emerytury w wieku 55 lat, przy czym od 55 do 60 roku życia muszą płacić podatki od sum otrzymywanych z *superannuation*. Po ukończeniu 60 lat osoby te mogą przejść na emeryturę, korzystając z pieniędzy z *superannuation* i nie płacąc podatków. Emerytury z funduszu emerytalnego, czyli z procentu od zarobków odkładanych podczas pracy, po wyczerpaniu się środków finansowych z funduszu *superannuation* przestają być wypłacane. Wtedy przechodzi się na emeryturę państwową ze względu na wiek i otrzymuje pieniądze od państwa. Każdy dostaje tyle samo, niezależnie od tego, ile lat pracował i gdzie, pod warunkiem, że nie ma dodatkowych dochodów: dywidendy, oprocentowanego konta bankowego, czynszu z najmu domów itp.

---

<sup>32</sup> Na przykład weterani wojny wietnamskiej mają swoje przywileje emerytalne.

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

**Tabela 9. Wydatki socjalne i wydatki na emerytury w Australii  
w latach 2009-2014**

	Australia	rok
Wydatki socjalne % PKB	19,0	2014
	19,0	2013
	18,3	2012
	17,8	2011
	17,2	2010
Wydatki na emerytury % PKB	3,5	2014
	3,6	2013
	3,6	2012
	3,6	2011
	3,4	2010
	3,6	2009

*Źródło: opracowanie własne na podstawie [www.data.oecd.org](http://www.data.oecd.org), stan na 25.10.2016 r.*

**Tabela nr 10. Wskaźniki nierówności, biedy i ubóstwa w Australii  
w latach 2009-2014**

	Australia	rok
Nierówności (wskaźnik Giniego)	0,3	2014
	0,3	2013
	0,3	2012
	0,3	2011
	0,3	2010
	0,3	2009
Wskaźnik biedy	0,1	2014
	0,1	2013
	0,1	2012
	0,1	2011
	0,1	2010
	0,1	2009
Szczelina ubóstwa	bd	2014
	0,3	2013
	0,3	2012
	0,3	2011
	0,3	2010
	0,3	2009

*Źródło. opracowanie własne na podstawie [www.data.oecd.org](http://www.data.oecd.org), stan na 25.10.2016 r.*

Reasumując, państwowy system emerytalny w Australii nie jest dla bogaczy, a emerytura ze względu na wiek są dla biednych. W tym kraju już od pierwszego dnia pracy należy myśleć o emeryturze i – jeżeli to jest możliwe, w nią inwestować.

Australia na wydatki socjalne i wypłatę emerytur przeznaczają najmniej spośród prezentowanych państw. Kształtują się one na wyrównanym poziomie. Wydatki na emerytury w Australii w 2014 r. stanowiły 3,5% PKB, a na wydatki socjalne 19%.

Australia jest państwem o wyrównanym poziomie rozłożenia dochodów w badanym okresie. Nierówność dochodów i wskaźnik ubóstwa kształtowała się na stabilnym poziomie.

---

## Podsumowanie

---

Zaprezentowane systemy ubezpieczeń społecznych w Danii, Norwegii i Australii wykazują pewne podobieństwa. Składają się z 3 filarów. Pierwszy filar systemów emerytalnych w owych państwach jest powszechnym dla wszystkich obywateli.

W Danii powszechny system jest nieskładkowy i oparty na miejscu zamieszkania. Ubezpieczeniem emerytalnym objęci są wszyscy mieszkańcy Danii. Warunkiem ubiegania się o świadczenie jest przynajmniej 3 lata zamieszkiwania w Danii. Cudzoziemcy, aby uzyskać świadczenie, powinni zamieszkiwać w Danii przynajmniej 10 lat, w tym ostatnie 5 lat przed emeryturą. Wypłacana jest podstawowa emerytura.

W Norwegii system zabezpieczenia społecznego jest powszechny dla wszystkich obywateli. Emerytura obowiązkowa składa się z emerytury podstawowej. Emerytura podstawowa jest przyznawana niezależnie od wysokości wcześniejszych dochodów lub odprowadzanych składek, uzależniona jest od miejsca zamieszkania, emerytury uzupełniającej uzależnionej od wynagrodzenia oraz emerytury minimalnej, uzależnionej od wynagrodzenia i emerytury gwarantowanej. Emerytura minimalna jest to emerytura, która należy się wszystkim mieszkającym w Norwegii przez co najmniej 40 lat. Jeśli składki opłacane przez mieszkańca Norwegii nie wystarczyły na uzyskanie ustalonej minimalnej emerytury, to brakującą kwotę dokłada w takim przypadku państwo. Emerytura podstawowa jest należna osobom, które były ubezpieczone łącznie przez 3 lata w okresie między ukończeniem 16 lat a rokiem, w którym kończą 66 lat.

W Australii emerytura każdej osoby jest wypłacana przez rząd australijski z ogólnych funduszy, nie zaś ze składek wpłacanych przez pracowników i pracodawców na fundusz ubezpieczeń społecznych. Przyszły emeryt jest zobligowany do ujawnienia wszystkich szczegółów dotyczących dochodów i majątku, bo od tego zależy, czy kandydat na emeryta otrzyma świadczenie, a także w jakiej wysokości.

Pozostałe filary, tj. drugi i trzeci, w obowiązujących systemach ubezpieczeń społecznych w Australii, Danii oraz Norwegii zapewniają emerytom dodatkowe dochody. Dochód jest zdefiniowany jako dochód do dyspozycji gospodarstw domowych w danym roku. Składa się z zarobków, samozatrudnienia i dochodów kapitałowych oraz transferów pieniężnych publicznych. Jeżeli średni dochód ubogich spadnie poniżej granicy ubóstwa, to mierzy się go wskaźnikiem ubóstwa. Wskaźnik ten mierzy się dla całej populacji, jak i dla osób w wieku 18-65 lat oraz osób powyżej 65 roku życia. W prezentowanych państwach poziom nierówności w dochodach jest podobny, a także zagrożenie biedą i ubóstwem jest niewysokie<sup>33</sup>.

*Dr Barbara Andruczyk, adiunkt, Szkoła Wyższa im. B. Jańskiego w Warszawie, Wydział Zarządzania.*

---

<sup>33</sup> Jako granicę deprivacji materialnej (ubóstwa) przyjmuje się brak możliwości zaspokojenia z powodów finansowych co najmniej 4 z 9 wytypowanych potrzeb, uznanych w warunkach europejskich za:

1. Deklaracja braku środków finansowych na opłacenie tygodniowego wyjazdu wszystkich członków gospodarstwa domowego na wypoczynek raz w roku.
2. Deklaracja braku możliwości, ze względów finansowych, jedzenia mięsa, ryb (lub wegetariańskiego odpowiednika) co drugi dzień.
3. Deklaracja braku możliwości, ze względu na trudności finansowe, ogrzewania mieszkania odpowiednio do potrzeb.
4. Brak możliwości pokrycia niespodziewanego wydatku (w wysokości odpowiadającej miesięcznej wartości przyjętej w danym kraju granicy ubóstwa relatywnego).
5. Zaległości w terminowych opłatach związanych z mieszkaniem, spłatami rat i kredytów.
6. Brak w gospodarstwie domowym, ze względów finansowych, telewizora kolorowego.
7. Brak w gospodarstwie domowym, ze względów finansowych, samochodu.
8. Brak w gospodarstwie domowym, ze względów finansowych, pralki.
9. Brak w gospodarstwie domowym, ze względów finansowych, telefonu (stacjonarnego lub komórkowego).

1. *Systemy ubezpieczeń społecznych jako gwarancja bezpieczeństwa ekonomicznego rolników*, Barbara Andruczyk, *Ubezpieczenia w rolnictwie, Materiały i studia nr 53/2015*, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Warszawa 2015.
2. *Bezpieczeństwo ekonomiczne rolników w Wielkiej Brytanii*, Barbara Andruczyk, *Ubezpieczenia w rolnictwie, Materiały i studia nr 54/2015*, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Warszawa 2015.
3. *Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Norwegii, Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne 2015*, <http://ec.europa.eu/social/>.
4. Joanna Strzelecka, *Ubezpieczenia emerytalne rolników w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Biuro Studiów i Ekspertyz, Kancelaria Sejmu 2004.
5. *Can pension systems keep delivering?* Australian Center for Financial Studies, Melbourne Mercer Global Pension Index, October 2015.
6. *Warunki życia i pracy w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Rynku Pracy, [https://eures.praca.gov.pl/zal/warunki\\_zycia/dania/Dania.pdf](https://eures.praca.gov.pl/zal/warunki_zycia/dania/Dania.pdf)
7. *Rocznik Statystyki Międzynarodowej*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015.
8. *Polska na tle innych krajów*, OECD360 Polska 2015.
9. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/011525pe.pdf>, stan 25.04.2015.
10. *How's Life in Norway?*, October 2015, OECD, Better Life Initiative [www.oecd.org/statistics/Hows-Life-2015-country-notes-data.xlsx](http://www.oecd.org/statistics/Hows-Life-2015-country-notes-data.xlsx)
11. *How's Life in Denmark?* October 2015, OECD, Better Life Initiative [www.oecd.org/statistics/Hows-Life-2015-country-notes-data.xlsx](http://www.oecd.org/statistics/Hows-Life-2015-country-notes-data.xlsx)
12. *How's Life in Australia?* October 2015, OECD, Better Life Initiative [www.oecd.org/statistics/Hows-Life-2015-country-notes-data.xlsx](http://www.oecd.org/statistics/Hows-Life-2015-country-notes-data.xlsx).
13. <http://encyklopedia.pwn.pl/>
14. <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Australia-Gospodarka;4573683.html>
15. <http://www.globalpensionindex.com/wp-content/uploads/Melbourne-Mercer-Global-Pension-Index-2015-Report-Web.pdf>.
16. [www.ipe.com](http://www.ipe.com) (Investment and pension Europe).
17. <https://data.oecd.org>
18. <https://www.swfinstitute.org/.../norway-government-pension-fund-global>.
19. <https://www.skatteetaten.no/no/Person/>
20. <http://www.nyinorge.no/pl/Ny-i-Norge-velg-sprak>
21. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl](http://ec.europa.eu/employment_social/empl)
22. <https://www.nav.no/en/Home>
23. <http://www.unityline.pl/http://www.unityline.pl/>
24. <http://encyklopedia.pwn.pl/>
25. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/da.html>

## **The farmers retirements in Denmark, Norway and Australia and economic social security Summary**

---

Social security, and especially the amount of retirement and economic security of farmers in different countries is at a different level.

The publication presents the social security systems of Denmark, Norway and Australia. These are countries with a high level of economic and social development. They are characterized by the fact that the social security system is a system common to all citizens, including farmers.

The number of people working in agriculture is shaped in these countries at different levels and represents a small percentage of the total population. For citizens, economic security means conditions harmonious development, allowing to build prosperity and a predictable growth prospects macroeconomic perspective. In terms of microeconomic a solvency household, giving the ability to meet liabilities in relation to needs. A particularly important element of consideration is the analysis system, to indicate the directions to create the conditions to ensure the highest pension. Also, it is important to specify the role of each country in the creation of mechanisms, including the regulation and supervision, to ensure the security of the system during the accumulation means and receiving future pension.

**Keywords:** insurance schemes, retirement, economic security.



*Irena Jędrzejczyk\**

# **Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw w Polsce<sup>1</sup>**

---

## **Recenzja**

---

Dotowanie ubezpieczeń upraw ma swoją dość długą tradycję nie tylko w Polsce. Państwo angażuje środki publiczne w zarządzanie przez gospodarstwa rolne ryzykiem, którego faktorem są żywioły. Szkody spowodowane przy realizowaniu się tego rodzaju ryzyka mają dotkliwe finansowe następstwa nie tylko dla rolników, ale również dla ubezpieczycieli.

Ze względu na masowość szkód (dużą ich liczebność), albo ze względu na katastroficzne ich rozmiary (wielkie szkody, choć nieliczne), wypłata odszkodowań i innych świadczeń ubezpieczeniowych może zagrażać ubezpieczycielowi utratą płynności finansowej, a nawet bankructwem. To w obawie o własną kondycję finansową, a przede wszystkim w obawie o poziom rentowności prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczeniowe spółki akcyjne niechętnie podejmują się ochrony ubezpieczeniowej upraw przed skutkami ryzyk kłęskowych.

Aby więc złagodzić problemy z finansowaniem strat w uprawach spowodowanych żywiołami, państwo korzysta z instrumentu finansowego, ja-

---

\* Prof. zw. dr hab. Irena Jędrzejczyk, Kierownik Zakładu Rynków Finansowych KEiPG, Wydział Nauk Ekonomicznych SGGW w Warszawie.

<sup>1</sup> Jerzy Handschke, Monika Kaczała, Krzysztof Łyskawa, Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw w Polsce. Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa 2015, s. 200.

kim są dopłaty z budżetu do składki ubezpieczeniowej, należnej w ubezpieczeniu upraw za zgodą i przy akceptacji Unii Europejskiej, w ramach dopuszczalnej pomocy publicznej dla podmiotów prywatnych.

Autorzy recenzowanej książki wybrali do analizy jeden z ważniejszych czynników ryzyka, jakim jest susza. Susza jako czynnik ryzyka w uprawach rolnych jest szczególnie groźna dla tych obszarów, które zlokalizowane są poza ciekami wodnymi, a ściślej mówiąc, poza granicami terenów zalewowych.

Polemicznym wydaje się natomiast arbitralne wskazanie na suszę jako najważniejsze i największe, co do rozmiarów, ryzyko w rolnictwie. Wyniki badań prowadzonych nad problemem percepcji ryzyka suszy przez rolników w województwie wielkopolskim (w niektórych gminach) nie dają uprawnień do ich uogólniania na cały kraj, a w szczególności nie na tereny, które nie są dotknięte deficytem zasobów wodnych i które są pokryte wystarczająco gęstą siecią wodną, jak również nie te tereny, które dzięki zabiegom melioracyjnym mają uregulowane stosunki wodne<sup>2</sup>. Badania prowadzono metodą warstwowo-losową, we współpracy w identyfikacji „terenów suszy” z Państwowym Instytutem Upraw i Nawożenia Gleb w Puławach. Wykorzystano metodę bezpośredniego wywiadu osobistego wspieranego komputerowo (CAPI). Wykonano je w miejscu zamieszkania lub w miejscu wskazanym przez respondenta jako dogodny. Badanie główne poprzedzone było badaniami, zarówno metodą wywiadu, jak i metodą kwestionariusza ankietowego na poziomie pilotażowym.

Pomijając wyżej sformułowane zastrzeżenie docenić należy, że Autorzy, dzięki swojej wiedzy o dostępnych instrumentach ochrony ubezpieczeniowej, proponują adaptację dość szczególnego instrumentu ubezpieczeniowego, którymi są ubezpieczenia indeksowe (w literaturze spotyka się też termin ubezpieczenia indeksowane). W celu oszacowania atrakcyjności poszczególnych składowych oferty ubezpieczeniowej zastosowana została technika Conjoint.

Recenzowana książka pt. *„Koncepcja polis indeksowych i możliwość ich zastosowania w systemie obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw w Polsce”* swoją strukturą odpowiada założeniom metodologicznym.

---

<sup>2</sup> W prezentacji wyników badań własnych wymienia się kilka czynników ryzyka w rolnictwie, takich jak susza, powódź, gradobicie, przymrozki wiosenne, przezimowanie, huragan. Z podziałem terenów rolnych na „tereny suszowe” i „tereny niesuszowe” wiąże się celowy dobór respondentów do badania ich opinii na temat znaczenia ww. czynników ryzyka. Wynik tych badań potwierdza, że tylko nieco: „...ponad 50% rolników z terenów suszowych określa suszę jako bardzo groźną. Zagrożenie to jest szczególnie istotnie dla średnich i dużych gospodarstw (7-20 ha i powyżej 20 ha).” Dalej Autorzy piszą: „Na terenie niesuszowym tylko 30% rolników twierdzi, że susza nie jest groźna”. Jawi się tutaj wyraźna sprzeczność wyników, można bowiem je interpretować, że na terenie niesuszowym susza jawi się groźniej (100%-30%=70%) niż na terenie suszowym (ponad 50%).

Treść książki podzielono na siedem rozdziałów poprzedzonych wstępem. Praca Zespołu Autorskiego jest bardzo dobrze udokumentowana licznymi rysunkami i tabelami, w ogólnej liczbie ponad 100 przedstawień graficznych, w większości we własnym, autorskim opracowaniu, co zdecydowanie podnosi cechy pracy twórczej i cechy oryginalności tej pracy. Trafnie dobrano i właściwie wykorzystano bardzo bogatą literaturę przedmiotu, krajową i zagraniczną.

Rozdział pierwszy pracy ma charakter metodyczny, narzędziowy i prezentuje także przebieg procesu badawczego. W rozdziale drugim podjęto problem zarządzania ryzykiem w gospodarstwie rolnym, dokonując identyfikacji ryzyka, jego klasyfikacji, a także wskazując na podstawy prawne i inne zarządzania ryzykiem, w tym zarządzania ryzykiem w rolnictwie.

Rozdział trzeci poświęcony jest w całości analizie porównawczej standardowych produktów ubezpieczeniowych dla rolnictwa i stosowanych rozwiązań systemowych bądź ubezpieczeń indeksowych. Rozdział kończy się bardzo interesującym przeglądem zastosowań ubezpieczeń indeksowych w różnych krajach.

Wynikiem rozważań zawartych w czwartym rozdziale książki jest wypracowany przez Autorów „koncept ubezpieczenia indeksowego suszy”, do którego Autorzy dochodzą poprzez analizę skutków suszy jako ryzyka różnej działalności gospodarczej, ale przede wszystkim rolniczej, wykonując przy tym czynności takie jak ocena ryzyka oraz symulacyjna próba kalkulacji składki oparta na zasadach aktuariatu.

Całościowym uwarunkowaniem implementacji do prawa polskiego rozwiązań ubezpieczeniowych indeksowych, a także odniesieniem do prawa wspólnotowego, poświęcony jest rozdział piąty, zatytułowany: *Regulacje prawne a proponowany kształt ubezpieczenia indeksowego*.

Wyniki badań rynku ubezpieczeniowego w zakresie oferty dla rolnictwa tak po stronie podaży, jak i po stronie popytu, znajdzie Czytelnik w rozdziale szóstym. Przy użyciu wielu metod analizy ilościowej i jakościowo-opisowej Autorzy potwierdzają, że ubezpieczenia indeksowe nie będą cieszyć się powszechną akceptacją. Autorzy dostrzegają, że przychyłność wobec tego rodzaju ubezpieczeń zależy od czynników lokalizacji upraw, ich rodzaju, a także od zasięgu przestrzennego, w tym lokalnego. Zdając sobie sprawę z obciążenia wyniku pewnymi wadami, Autorzy nawołują do indywidualizowania skali wdrożeń i ścieżki tych wdrożeń.

Ostatni, siódmy rozdział można uznać za gotową wersję aplikacyjną ubezpieczeń indeksowych do warunków polskich na zasadach pilotażu (wg kryterium charakteru terenu, rodzaju upraw, wielkości gospodarstw etc.) od zawarcia umowy ubezpieczeniowej, aż do pełnego jej wykonania, tj. po etap wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych i podstaw kodeksowych w tym względzie. Książka kończy się powrotem do zaleceń monitoringu suszy i jej skutków, a także rekomendowaniem ciągłej obserwacji zjawisk atmosferycznych.

W komentarzu do recenzowanej książki należy podkreślić, że ubezpieczenia indeksowe wywodzą się z krajów południa Europy, w szczególności znalazły jak dotychczas szerokie zastosowanie na Półwyspie Iberyjskim, mocno dotkniętym deficytem zasobów wodnych.

Hiszpania, jako prekursor w prowadzeniu eksperymentalnego zastosowania ubezpieczeń indeksowych, poddając je w pierwszym okresie intensywnej modyfikacji, w późniejszym czasie odchodzi od przymusu ubezpieczeniowego w odniesieniu do tego instrumentu. Warto poznać, z jakich powodów tak się dzieje.

Jeśli wziąć pod uwagę różnice w stosunkach wodnych, jakie cechują Półwysep Iberyjski i na przykład polskie Pomorze, to odpowiedź na pytanie o użyteczność instrumentu pod nazwą „ubezpieczenia indeksowe” nie jest wcale jednoznaczna.

Autorzy poszukują w pracy odpowiedzi na pytanie: *„Czy ubezpieczenia indeksowe mogą być narzędziem wykorzystywanym przez producentów rolnych (i przez struktury państwa) do zarządzania ryzykiem gospodarstwa rolnego w Polsce i dlaczego, oraz w jakim zakresie, wpisują się one w funkcjonujący system obowiązkowych dotowanych ubezpieczeń upraw?”*

Autorzy znajdują odpowiedź, która – jak sami przyznają, nie jest w pełni zadowalająca i konkludują, że istnieje w Polsce możliwość wprowadzenia nowego ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia upraw od suszy, pozwalająca na przetrwanie jej skutków przez rolników. Na większości obszarów rolnych w Polsce występują czasowe niedobory wody, które mogą znacznie obniżyć plonowanie. Na rynku dostępne jest ubezpieczenie upraw od suszy, ale jest ono dla **rolników za drogie, a likwidacja szkód kłopotliwa**. Nowy pomysł to ubezpieczenie indeksowe suszy. W celu oszacowania wielkości ubytku w plonie nie jest konieczna wizyta towarzystwa ubezpieczeniowego na polu rolnika. Ubytek jest szacowany ogólnie przez niezależny Instytut Upraw i Nawożenia Gleb w Puławach, który monitoruje suszę w Polsce na podstawie KBW (czyli Klimatycznego Bilansu Wodnego). Jeśli ten Instytut stwierdzi, że plonowanie danej uprawy, na danej klasie gleby, w danej gminie jest mniejsze o 30%, 20% lub 15% od średniego plonu z ostatnich lat (Ankieter 10 z ostatnich lat na terenie danej gminy), to każdemu rolnikowi, który zdecyduje się na ubezpieczenie, będzie wypłacona określona kwota. Wypłata ryczałtowa wypłacana przez towarzystwo ubezpieczeniowe będzie taka sama dla wszystkich rolników i będzie dostosowana do rodzaju uprawy i klasy gleby. Składka byłaby pobierana przez ubezpieczyciela jednorazowo, raz w roku. Wypłacona kwota raczej nie pokryje zaistniałej straty, ale pozwoli rolnikowi na rozpoczęcie produkcji w kolejnym okresie wegetacji. Ubezpieczenie indeksowe pozwala na przetrwanie w przypadku suszy.

Przedstawione wyżej uzasadnienie dla wdrożenia ubezpieczeń indeksowych nie jest przekonujące oraz rodzi szereg poważnych wątpliwości i zastrzeżeń, wśród których za najważniejsze należy uznać:

- 1) koncepcja narusza główne funkcje ubezpieczeń, a mianowicie:
  - rezygnuje z pełnej kompensacji strat losowych, co powoduje, że proponowane ubezpieczenie nie zachowuje cechy realności; w dotychczasowej praktyce świadoma wypłata odszkodowania mniejszego niż rzeczywista strata możliwa jest tylko w przypadku tzw. niedoubezpieczenia; praktyki niedoubezpieczenia w kodeksie etycznym ubezpieczycieli (zasady dobrych praktyk), kodeksach środowisk brokerskich i innych spotykają się z wyraźną dezaprobatą, a nawet z potępieniem. Praktyki niedoubezpieczenia mogą być powodem skarg do Rzecznika Finansowego (a wcześniej – do Rzecznika Ubezpieczonych);
  - uniemożliwia podjęcie aktywności w ramach prewencji szkodowej;
  - nie zapewnia poczucia bezpieczeństwa, lecz przeciwnie – niesie poczucie niepewności i krzywdy;
  - nie zapewnia ciągłości procesów gospodarczych, wypłacona bowiem kwota w tych przypadkach, które znajdują się poniżej średniej, nie umożliwi wznowienia produkcji;
  - nie pozwoli na wypełnienie roli wychowawczej, jaką przypisujemy ubezpieczeniom, które w założeniu są przejawem indywidualnej zapobiegliwości;
  - nie daje gwarancji poprawności rachunku ekonomicznego, skoro wypłacona kwota odszkodowania z założenia nie pokryje w pełni straty; powstaje pytanie, jak w tej sytuacji ma być kalkulowana składka, aby była składką sprawiedliwą i poprawną metodycznie wg reguł matematyki aktuarialnej;
- 2) koncepcja narusza zasady pomocy publicznej dla podmiotów prywatnych w tym znaczeniu, że jej uzasadniona wysokość nie byłaby liczona precyzyjnie, lecz opierałaby się na wstępnym szacunku w stosunku do ustaleń Instytutu Upraw i Nawożenia Gleb w Puławach, który przecież nie ma żadnych kompetencji aktuarialnych ani też kompetencji, które pozwalałyby mu pełnić rolę arbitra w sporze o wysokość indeksów;
- 3) koncepcja ubezpieczeń indeksowych może sprawiać wrażenie, że jest bardziej użyteczna (wygodna) dla spółek ubezpieczeniowych niż dla rolników, ponieważ tym pierwszym oszczędza „kłopotu” identyfikacji szkód i szacowania strat w terenie (wszystko odbywa się zza biurka), a tym drugim pozwala zaledwie przetrwać;
- 4) produkt ubezpieczeniowy indeksowy obciążony jest poważnymi wadami, a jego koszty w znaczeniu zaangażowania środków publicznych (dopłat do składki z budżetu państwa) byłyby nie mniejsze niż w dotychczas obowiązującym w Polsce systemie.

W żaden sposób nie zmniejszają się wątpliwości, nawet jeśli zważyć na argumentację użytą przez Autorów, powołujących się na unijną politykę rolną, ani na organizacje międzynarodowe, takie jak WTO.

Argumentacja użyta przez Autorów jest następująca:

- 1) wzrasta skala zagrożeń suszą (zagrożeń katastroficznych),
- 2) nie wszystkie skutki realizacji zagrożeń są ubezpieczalne,
- 3) funkcjonowanie produktów indeksowych ma na celu m.in. „nieprzerwaną produkcję dóbr publicznych”,
- 4) zgodność ubezpieczeń indeksowych suszy z wytycznymi WTO w zakresie instrumentów dla rolnictwa, tzw. green box,
- 5) możliwości wprowadzenia ubezpieczeń indeksowych do WPR na lata 2014-2020,
- 6) innowacyjność ubezpieczeń indeksowych.

Lektura recenzowanej książki, wydanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń w 2015 r., jest bardzo interesująca zarówno z poznawczego, jak i aplikacyjnego punktu widzenia. Zespołowi Autorskiemu należą się ze wszech miar pochwały za ogromny trud badawczy, dzięki któremu Czytelnik ma przegląd rozwiązań ubezpieczeniowych zarówno w Polsce, jak i zagranicą. Wyniki tej kompleksowej analizy porównawczej pozwalają Czytelnikowi odkryć zarówno wady, jak i zalety tych rozwiązań. Autorzy wykazali się nie tylko bardzo dobrymi umiejętnościami warsztatu naukowego, lecz także mają odwagę formułowania propozycji wdrożeniowych, które mogą stać się bardzo niepopularne. Wymieniony jednak tutaj jako ostatni walor aplikacyjny recenzowanej pracy należy przyjmować z rozwagą i dużą dozą ostrożności.

Pamiętać bowiem należy, że ochrona ubezpieczeniowa upraw od ryzyka suszy jest realizowana w interesie i dla dobra rolników, a nie dla „wygody” spółek ubezpieczeniowych. Naturalnie optymalną sytuacją byłoby znalezienie takiego kompromisu, który uwzględniałby interes wszystkich partnerów, a mianowicie rolników, ubezpieczycieli i państwa. Przedstawiony instrument w postaci ubezpieczeń indeksowych od ryzyka suszy nie jest pożądanym kompromisem godzącym sprawiedliwie wymienionych wyżej interesariuszy.

Pomimo to bardzo polecam Czytelnikowi tę książkę zespołu autorskiego w osobach: prof. dr hab. Jerzy Handschke – wybitnego, niestety nieżyjącego już, teoretyka i praktyka ubezpieczeń oraz dwojga Jego Wychowanków: dr Moniki Kaczały i dr Krzysztofa Łyskawy.

*Prof. zw. dr hab. Irena Jędrzejczyk, Kierownik Zakładu Rynków Finansowych KEiPG, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Wydział Nauk Ekonomicznych.*

## Informacje dla autorów

- 1) Redakcja zaprasza do publikowania artykułów dotyczących ubezpieczeń w rolnictwie, przyjmując do druku wyłącznie wcześniej nie opublikowane nowe opracowania.
- 2) Autorów prosimy o nadsyłanie materiałów o objętości maksimum do 40 tysięcy znaków, za pośrednictwem poczty elektronicznej. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, kierując się wartością opracowania, dopuszczone będzie opracowanie zawierające większą liczbę znaków. Elementy graficzne opracowania (tabele, wykresy, rysunki) prosimy załączyć w odrębnych plikach, w celu możliwości dokonania korekt edytorskich.
- 3) Artykuł powinien zawierać streszczenie w języku polskim i angielskim (do 1,3 tys. znaków) zawierające cele i tezy opracowania, oraz notę o Autorze.
- 4) Anonimowość Autora jest zachowana poprzez zawarcie jego danych osobowych: nazwiska, adresu, wymaganych do zawarcia umowy o dzieło, oraz krótkiej informacji zawodowej – w oddzielnie dołączonym pliku.
- 5) Artykuł podlega recenzji i opracowaniu redakcyjnemu. Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów, zmiany tytułów i śródtytułów.
- 6) Honoraria autorskie są wypłacane za materiały, które uzyskały pozytywną ocenę recenzentów.

Dodatkowych informacji udzielimy telefonicznie  
pod nr 22 592-64-07; 22 592-64-15  
lub odpowiemy na e-mail wysłany pod adresem:  
monika.król@krus.gov.pl