



UBEZPIECZENIA W ROLNICTWIE

materiały i studia

59

KWARTALNIK 59/2016 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 59 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**.

Wersja online dostępna jest na www.krus.gov.pl.

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. 22 592-66-88, 22 592-66-86

e-mail: kwartalnik@krus.gov.pl

W numerze

Od Redakcji

Wstęp do wydania

5

Organizacja, ekonomika i problemy społeczne

Fundusze rezerwowe w tworzeniu bezpieczeństwa ekonomicznego państwa. Perspektywa krajowa i zagraniczna
Wojciech Nagel

7

Ochrona zdrowia i rehabilitacja

Ocena negatywnych czynników mających wpływ na występowanie zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych u osób pracujących w rolnictwie
Tomasz Saran, Magdalena Zawadka

25

Rehabilitacja kardiologiczna – istotny czynnik ułatwiający powrót do zdrowia po przebytych zawale mięśnia sercowego
Robert Irzmański, Eliaz Mosiński, Joanna Kapusta

36

Wpływ ćwiczeń fizycznych w wodzie na wybrane wskaźniki zdrowia u osób z nadwagą i otyłością
Grzegorz Gałuszka, Renata Gałuszka, Wojciech Legawiec

51

Ustawodawstwo i orzecznictwo

Swoista kategoria rolnika-przedsiębiorcy jako podmiotu ubezpieczonego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Damian Puślecki

69

Postulaty de lege ferenda w stosunku do zasad, na jakich dokonywany jest wybór przedstawicieli ubezpieczonych i świadczeniobiorców do Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników

Ernest Nasternak

94

Dokumentacja i statystyka

Absencja chorobowa w ubezpieczeniu społecznym rolników w 2015 r.

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

104

Recenzje i noty

Recenzja pracy zbiorowej pod redakcją naukową Ireny Jędrzejczyk pt. „Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów”

Walenty Poczta

129

Od Redakcji

Drodzy Czytelnicy,

Prezentujemy Państwu kolejny, 59. numer kwartalnika naukowego, wydawanego przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W 2016 r. 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. Ponadto w 2016 r., zgodnie z komunikatem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, kwartalnik jest wpisany w części B wykazu czasopism naukowych z liczbą 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 wysłać w formie elektronicznej pod adres:

kwartalnik@krus.gov.pl

Numer 59. poświęcony jest kilku tematom. Pierwszym zagadnieniem jest analiza funkcjonowania jednego z instrumentów zapewnienia bezpieczeństwa ekonomicznego państwa – Funduszu Rezerwy Demograficznej. Fundusz ten powstał w 1999 r., w następstwie wprowadzenia reformy ubezpieczeń społecznych, jako fundusz rezerwowy Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Autor dokonuje analizy i oceny polskich rozwiązań prawnych poczynionych na tle wybranych zagranicznych funduszy rezerwowych.

Następny artykuł przedstawia ocenę konstrukcji podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników poprzez swoistą kategorię podmiotów dwuzawodowców: rolników-przedsiębiorców. Rolnik-przedsiębiorca to podmiot spełniający ustawowo określone przesłanki definicji rolnika, dodatkowo wspomagający dochody drobną działalnością gospodarczą. Osoby te na warunkach preferencyjnych podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu w KRUS i od prawie 20 lat nie posiadają ochrony od zdarzeń wypadkowych, występujących w związku z prowadzoną pozarolniczą działalnością gospodarczą.

Kolejne opracowanie zawiera postulaty de lege ferenda w stosunku do zasad, na jakich dokonywany jest wybór przedstawicieli ubezpieczonych i świadczeniobiorców do Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników. Do zasadniczych kompetencji Rady Rolników należy w szczególności: kontrola i ocena działalności KRUS oraz sprawowanie nadzoru nad Funduszem Składkowym Ubezpieczenia Społecznego Rolników (FSUSR) poprzez swoich przedstawicieli w radzie nadzorczej tego funduszu. Autor przeprowadza analizę prawnych regulacji w Polsce, przeciwstawiając je rozwiązaniom normatywnym przyjętym w systemie francuskim.

W dziale *Ochrona zdrowia i rehabilitacja* przedstawiamy Państwu trzy opracowania dotyczące problematyki medycznej. Pierwsza praca pt. „Ocena negatywnych czynników mających wpływ na występowanie zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych u osób pracujących w rolnictwie” powstała na podstawie badań naukowych prowadzonych w Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie. Drugi artykuł pt. „Rehabilitacja kardiologiczna – istotny czynnik ułatwiający powrót do zdrowia po przebytych zawałach mięśnia sercowego”, jest wynikiem prac badawczych prowadzonych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi. Trzecie opracowanie pt. „Wpływ ćwiczeń fizycznych w wodzie na wybrane wskaźniki zdrowia u osób z nadwagą i otyłością” powstało jako wynik badań naukowych zespołu pracującego w Uzdrowisku Busko-Zdrój.

Niezmierzalnie ważną kwestią z punktu widzenia systemu ubezpieczenia społecznego jest problematyka absencji chorobowej. Absencja chorobowa jest zjawiskiem złożonym, a jej poziom zależy od wielu czynników tak zewnętrznych, jak i wewnętrznych, m.in. powodowanych warunkami pracy. W prezentowanym Państwu numerze Kwartalnika przedstawiamy artykuł pt. „Absencja chorobowa w ubezpieczeniu społecznym rolników w 2015 r.”

W dziale Recenzje i noty publikujemy uwagi do monografii pod redakcją naukową Ireny Jędrzejczyk pt. „Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów”.

Życzymy miłej lektury!

Monika A. Król – Redaktor naczelna
Wojciech Nagel – Sekretarz naukowy
Maria Lewandowska – Sekretarz redakcji

*Wojciech Nagel**

Fundusze rezerwowe w tworzeniu bezpieczeństwa ekonomicznego państwa Perspektywa krajowa i zagraniczna

Streszczenie

Współcześnie publiczne fundusze rezerwowe w zabezpieczeniu społecznym mają za zadanie asekurację niedoborów finansowych i zapewnienie bezpieczeństwa ekonomicznego podstawowych systemów emerytalnych, utworzonych przez państwo. Należy wspomnieć, iż w dojrzałych, rozwiniętych gospodarkach mechanizm asekuracji odnoszony jest do przyszłości, a regulacje prawne z reguły sytuują możliwość skorzystania ze zgromadzonych aktywów około 2020 r. Fundusze rezerwowe z założenia mają stanowić zaplecze finansowe, zwłaszcza ze względu na pogarszające się otoczenie demograficzne Polski oraz tych krajów rozwiniętych, które znajdują się w okresie tzw. drugiego przejścia demograficznego. Powołanie Funduszu Rezerwy Demograficznej (FRD), jako funduszu rezerwowego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), nastąpiło w następstwie wprowadzenia reformy ubezpieczeń społecznych z 1999 r. Działalność Funduszu rozpoczęła się jednak dopiero w 2002 r.¹, a wysokość składki, którą odprowadzano na jego rzecz, wyniosła zaledwie 0,1% podstawy wymiaru na ubezpieczenie emerytalne². Zakładano, iż podstawowym źródłem zasilania FRD staną się aktywa z prywatyzacji mienia Skarbu Państwa. Stało się to z wieloletnim opóźnie-

* **Wojciech Nagel**, dr n. ek., Collegium Civitas.

¹ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. 1998 nr 137 poz. 887 ze zm., Art. 58.

² Projekt ustawy wprowadzającej FRD zakładał, iż wysokość odpisu składkowego wyniesie 1% p.w., jednakże został on dziesięciokrotnie obniżony. W kolejnych latach wysokość części składki emerytalnej przekazywanej do Funduszu podwyższano o 0,05% (od 2004 r.), do wielkości maksymalnej, która wyniosła 0,35% w 2009 r.

niem i możliwość taką stworzyły zmiany prawne obowiązujące od 2009 r. Do końca 2015 r. na rachunku FRD zgromadzono łącznie kwotę 19,4 mld zł, z czego z prywatyzacji otrzymano 17,4 mld zł³. Polityka lokacyjna FRD obejmuje inwestowanie w różne klasy instrumentów finansowych, w tym na rynku kapitałowym w spółki notowane na Giełdzie Papierów Wartościowych (GPW). Celem artykułu jest próba analizy funkcjonowania Funduszu Rezerwy Demograficznej z punktu widzenia bezpieczeństwa ekonomicznego państwa. Autor naszkicuje na tym tle wizerunek wybranych zagranicznych funduszy rezerwowych.

Słowa kluczowe: fundusz rezerwowy, bezpieczeństwo ekonomiczne, Fundusz Rezerwy Demograficznej, demografia, polityka lokacyjna, aktywa.

Wprowadzenie

Geneza tworzenia funduszy rezerwowych w systemach emerytalnych na świecie ma stosunkowo krótką historię z uwagi na fakt, iż system ubezpieczeń społecznych został zainicjowany w latach 80-tych XIX w., w Niemczech. Rezerwy finansowe na rzecz bezpieczeństwa ekonomicznego systemów emerytalnych pełnią funkcję asekuracji finansowej i stanowią element zarządzania ryzykiem demograficznym. Pierwszy fundusz rezerwowy został zawiązany w 1940 r., niedługo przed formalnym przystąpieniem USA do II wojny światowej. Zasady prawne jego działania zostały zawarte w ustawie o ubezpieczeniu społecznym (Social Security Act). W okresie tworzenia załączka obecnej Unii Europejskiej w okresie powojennym ustawa ta stała się ważnym odniesieniem dla nowoczesnego systemu zabezpieczenia społecznego. Była też jednym z istotnych elementów budowy państwa opiekuńczego oraz tworzenia ładu w zakresie zabezpieczenia społecznego w powojennej Europie. Powstające fundusze rezerwowe zaczęły powoływać w celu łagodzenia napięć w bazowych systemach emerytalnych do przyszłego wykorzystania zasadniczo nie wcześniej aniżeli w 2020 r. Wpłynęły na to również niepokojące prognozy rozwoju ludnościowego, powiązane z projekcjami przepływów finansowych w systemie emerytalnym. Fundusze rezerwowe posiadają różny poziom kapitalizacji, odmienne polityki lokacyjne, a także zróżnicowany mechanizm gromadzenia aktywów. Funkcjonują one w wielu krajach świata, które podjęły decyzję o zabezpieczeniu przyszłości swoich podstawowych systemów emerytalnych.

³ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Roczny raport funkcjonowania Funduszu Rezerwy Demograficznej, Warszawa 2015, s. 1.

Problematyka demograficzna w odniesieniu do funkcjonowania systemu emerytalnego w Polsce

Polska, podobnie jak wiele bardziej rozwiniętych gospodarczo krajów w Europie (Holandia, Belgia, Czechy) oraz na świecie (Kanada, Australia), znajduje się w okresie stagnacji demograficznej, która ma charakter trwały i długookresowy⁴. Także te kraje, w których polityka demograficzna uchodzi za modelowy przykład dla innych (Francja, Szwecja), posiadają współczynniki dzietności na poziomie 2,0, który określany jest jako niezapewniający reprodukcji prostej pokoleń⁵. Badania statystyczne prowadzone w 1988 r., 2002 r. i 2011 r., które były związane z Narodowymi Spisami Ludnościowymi, wykazały tendencję zmniejszania się liczebności gospodarstw domowych. Przed zmianą systemu społeczno-politycznego dominowały gospodarstwa 4–5-osobowe; w okresie tuż przed akcesją do UE wyniki spisu powszechnego ujawniły dominację gospodarstw domowych 1–2-osobowych⁶. Poprawa warunków życia i opieki zdrowotnej, która stopniowo obejmowała społeczeństwo polskie po 1989 r., wpłynęła na wydłużenie życia kobiet i mężczyzn. Przeciętnie wiek dożycia w 2005 r. wyniósł 79,4 lat dla kobiet i 70,8 lat w przypadku mężczyzn, co oznacza, iż Polacy żyją dłużej o około 6 lat⁷. Proces starzenia się społeczeństwa postępuje, a udział ludności w wieku 60+/65+ w populacji rośnie, zbliżając się powoli do 20% – z 15,4% w 2005 r. do 17,8% w 2012 r., podczas gdy w 2000 r. wynosił 12,4%, a w 1990 r., po przełomie ustrojowym, zaledwie 10,2%⁸.

W okresie po 2007 r. czynnikiem, który obiektywnie zmienił sytuację na rynku pracy i poziom aktywizacji zawodowej, stała się migracja zagraniczna. Polska została objęta ruchem bezwizowym, a jej obywatele mogą od tej pory bez przeszkód poruszać się w przestrzeni europejskiej⁹. Powo-

⁴ M. Okólski, *Demografia zmiany społecznej*, Warszawa 2004, s. 153.

⁵ J. Czapiński, M. Góra., *Świadomość „emerytalna” Polaków, Raport z badania ilościowego*, Publikacja Europejskiego Kongresu Finansowego, Warszawa 2016, s. 4.

⁶ GUS, *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna, Część II. Gospodarstwa domowe*, Warszawa 2014.

⁷ Dane za GUS, także: uzasadnienie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie wykorzystania w 2013 r. środków Funduszu Rezerwy Demograficznej na uzupełnienie niedoboru funduszu emerytalnego wynikającego z przyczyn demograficznych (Dz. U. 2013 poz. 742).

⁸ Ibidem.

⁹ Zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o udziale Rzeczypospolitej Polskiej w Systemie Informacyjnym Schengen oraz Systemie Informacji Wizowej (Dz. U. 2007 nr 165 poz. 1170) i decyzją Rady Rzeczpospolita Polska weszła do układu z Schengen 21 grudnia 2007.

dami migracji, jak wynika z badania przeprowadzonego w 2015 r.¹⁰ były przede wszystkim wyższe zarobki (78% respondentów). Warto jednak wspomnieć, iż blisko połowa osób (44%), które brały udział w badaniu, jako istotny powód rozważania wyjazdu za granicę w poszukiwaniu pracy wskazała chęć podniesienia standardu życia. Jako kolejne, istotne czynniki, które zostały wymienione przez respondentów, znalazły się: brak odpowiedniej pracy w Polsce (37%), chęć podróżowania i zwiedzania świata (35%), lepsza służba zdrowia (29%) oraz lepsze warunki socjalne (19%). Wyniki badania¹¹ wskazują na to, iż zdecydowanych na wyjazd było 6,4% Polaków, czyli ok. 1,275 mln osób, wobec 1,025 mln w 2014 r. Wzrost o 250 tys. osób zdecydowanych na emigrację zarobkową wydaje się uzasadniać sformułowanie tezy, iż poszukiwanie lepszych warunków życia i pracy pozostaje nierozwiązanym problemem okresu transformacji ustrojowej.

Wymienione czynniki wpływają na ocenę wydolności systemów emerytalnych. Jest ona szczególnie obniżona w krajach, w których występują negatywne zjawiska demograficzne, nasilona migracja i niska produktywność. W Polsce, w okresie programowania reformy ubezpieczeń społecznych ustalono, iż instytucją opracowującą prognozy demograficzne będzie Zakład Ubezpieczeń Społecznych¹². Wykonywane są one co trzy lata, w perspektywie długoterminowej w zakresie wpływów i wydatków funduszu emerytalnego w FUS, oraz co roku odnośnie średnioterminowej prognozy wpływów i wydatków FUS. Przy prognozowaniu stosowany jest model aktuarialny; od 2001 roku stworzono jego 12 wersji¹³. Prognoza średnioterminowa dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a w szczególności dla funduszu emerytalnego, zawiera niekorzystne wyniki finansowe. Ujawniają one możliwość ukształtowania się w niedalekiej przyszłości poważnego, corocznego deficytu funduszu emerytalnego, który może osiągnąć w latach 2015-2019 wysokość zbliżoną do 3,3% PKB¹⁴. Z uwagi na projektowane zmiany w systemie emerytalnym warto ocenić znaczenie Funduszu Rezerwy Demograficznej w łagodzeniu niekorzystnej sytuacji finansowej

¹⁰ Work Service, CEED Institute, *Migracje zarobkowe Polaków*, 2015, s. 10.

¹¹ Badanie zostało zrealizowane na zlecenie Work Service S.A. przez instytut Millward Brown, w okresie 6-9.03.2015 r., na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie Polaków N=633 osób, aktywnych lub potencjalnych uczestników rynku pracy. Z próby wyłączono emerytów, rencistów oraz osoby zajmujące się domem. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą wspomaganych komputerowo wywiadów telefonicznych w ramach projektu.

¹² Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. 1998 nr 137 poz. 887 ze zm.

¹³ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Prognoza wpływów i wydatków FUS na lata 2015-2019*, Warszawa 2013, s. 3.

¹⁴ Ibidem, s. 26.

systemu emerytalnego w Polsce. Półtora dekady funkcjonowania Funduszu daje możliwość próby bilansu jego funkcjonowania z punktu widzenia wartości dla bezpieczeństwa państwa. Wydaje się, iż niezbędne są nie tylko modyfikacje głównych zasad funkcjonowania FRD, w tym mechanizmu finansowania oraz polityki lokacyjnej. Należy, uwzględniając doświadczenia zagraniczne, dokonać istotnego przełomu, jeśli chodzi o misję Funduszu oraz podniesienie jego znaczenia jako rzeczywistego asekuratora bazowego systemu emerytalnego.

Fundusz Rezerwy Demograficznej jako element bezpieczeństwa ekonomicznego państwa

W okresie projektowania organizacji FRD, w latach 1997-99, wydawało się, że będzie miał dobrą perspektywę na rynku kapitałowym jako poważna instytucja finansowa o długoletnim horyzoncie funkcjonowania. Wynikało to z faktu, iż na jego rzecz miano przekazywać środki z wciąż silnego nurtu prywatyzacji majątku Skarbu Państwa. Tymczasem środki te zaczęły napływać dopiero od 2009 r., w następstwie zmian prawnych, które umożliwiły kierowanie na rzecz Funduszu nie mniej niż 40% wpływów prywatyzacyjnych. Do końca 2015 r. FRD pozyskał z tego źródła ok. 19 mld zł, jednakże w ostatnich latach wpływy z prywatyzacji wyraźnie spadały. O ile plan działalności Funduszu zakładał w 2014 r. otrzymanie wpływów z tego źródła na poziomie ok. 1,5 mld zł, o tyle w planie na 2016 r. założono już niespełna 84 mln zł. Na koniec 2016 r. planowano, że na rachunku Funduszu znajdzie się ok. 22 mld zł i w tym okresie nie będzie zapotrzebowania na uzupełnienie wysokiego deficytu w funduszu emerytalnym¹⁵. Głównym źródłem przychodów Funduszu stał się stopniowo przypis podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne, w wysokości 0,35%. W 2016 r. wyniesie on blisko 1,75 mld zł, wobec łącznych przychodów szacowanych w planie na 2,1 mld zł.

Odnosząc się do problematyki bezpieczeństwa ekonomicznego, definiowane jest ono na ogół poprzez kontekst stabilnej gospodarki, która według K. Książepolskiego potrafi funkcjonować w „komparatywnej rów-

¹⁵ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Roczny raport funkcjonowania Funduszu Rezerwy Demograficznej*, Warszawa 2016, s. 1.

nowadze z gospodarkami innych państw”¹⁶. Uwypukla się kontekst otoczenia oraz rynku wewnętrznego, na który składają się różne komponenty zarówno gospodarcze, jak i społeczne. Przyjmuje się, iż do najbardziej istotnych czynników, które warunkują poziom bezpieczeństwa ekonomicznego, zalicza się demografię, bezrobocie i stan ubóstwa narodu¹⁷. Należy stąd wywieść, iż opisywany mechanizm obejmuje zarządzanie ryzykiem demograficznym w postaci funkcjonowania wydzielonego funduszu, który gromadzi zasoby na rzecz łagodzenia napięć społecznych. Wynikają one ze starzenia się społeczeństw, mniejszej liczby osób aktywnych zawodowo, a także innych czynników, związanych z samą naturą konstrukcji systemu emerytalnego (uprzywilejowania, niejednorodności rozwiązań, niepełnej aktuarialności). Można zatem wywieść tezę, iż kształtowanie się wymienionych czynników, jako wspierających lub ograniczających bezpieczeństwo ekonomiczne państwa, wpływa zarówno na równowagę gospodarczą, jak i na zdolność do kształtowania jego stosunków z otoczeniem. Państwo, które posiada zdolność do wpływania na określone powyżej czynniki w sposób, który czyni je wspierającymi rozwój gospodarki poprzez niski poziom bezrobocia, a wysoki – diety oraz dobrobytu społecznego, jest bezpieczne. Zachowuje zdolność utrzymania równowagi wewnętrznej w gospodarce, układzie społecznym oraz w relacjach z otoczeniem. Warto rozważyć, czy w tak zdefiniowanej przestrzeni Fundusz Rezerwy Demograficznej jest narzędziem skutecznym i czy metoda jego organizacji pozwala na harmonizowanie wymienionych uprzednio czynników warunkujących poziom bezpieczeństwa ekonomicznego Polski.

Instytucje finansowe zawdzięczają swoje skuteczne funkcjonowanie w szczególności metodzie tworzenia źródeł przychodów oraz stabilności funkcjonowania w otoczeniu prawnym.

FRD jest instytucją publiczną, która rozpoczęła działalność w 2002 r., w następstwie wdrożenia reformy ubezpieczeń społecznych w 1999 r. Znaczne opóźnienie w uruchomieniu funduszu wpłynęło na niski poziom aktywów gromadzonych w pierwszych latach jego działalności. Ponieważ nie otrzymywał on wówczas środków z prywatyzacji, a projektowany przypis składkowy obniżono z 1% do 0,1%, w latach 2002-2004 rezerwę demograficzną zasililo zaledwie 903 mln zł, a w końcu 2008 r. jej aktywa wynosiły niespełna 4,5 mld zł¹⁸. Brakowało wyraźnego impulsu, który zmieniłby

¹⁶ *Bezpieczeństwo ekonomiczne obrotu gospodarczego. Ekonomia. Prawo. Zarządzanie*, red. K. Raczkowski, Warszawa 2014, s. 86.

¹⁷ *Ibidem*, s. 92-93.

¹⁸ W. Nagel, *Publiczne fundusze rezerwy demograficznej – wybrane doświadczenia i rekomendacje zagraniczne* [w:] „Studia i prace UE w Krakowie” 2009, Nr 7; *Szanse i zagrożenia dla rynków ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*, red. W. Sułkowska, Kraków 2009, s. 253.

formułę działania funduszu, a podniesienie przypisu składkowego do 0,25% w 2006 r. (obecnie 0,35%), okazało się niewystarczające. Wprowadzenie w 2009 r. zasilania poprywatyzacyjnego zmieniło sytuację finansową Funduszu, stał się on bardziej zasobny i w większym stopniu przygotowany na możliwość reagowania w sytuacji wystąpienia napięć w finansach publicznych. Zgodnie z założeniami planu finansowego na 2016 r., na jego rachunku powinno znaleźć się po upływie roku 22 mld zł, co stanowiłoby blisko połowę rocznej dotacji do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zaplanowanego w tym okresie na kwotę 44,8 mld zł¹⁹.

W lipcu 2016 r. został opublikowany dokument Ministerstwa Rozwoju, który w części dotyczącej reformy Otwartych Funduszy Emerytalnych odnosił się także do Funduszu Rezerwy Demograficznej. W ramach zmian mających na celu obniżenie kosztów działalności OFE, 75% aktywów w postaci akcji spółek notowanych na GPW, w wysokości 103 mld zł, ma być przekazana do Otwartych Funduszy Inwestycyjnych Polskich Akcji w ramach Indywidualnych Kont Emerytalnych (IKE)²⁰. Fundusz Rezerwy Demograficznej ma zostać zasilony pozostałą częścią aktywów nieaktywnych, w wysokości 35 mld zł. Powodzenie tej operacji oznaczałoby, iż Fundusz w bliskiej perspektywie posiadałby zróżnicowany portfel instrumentów finansowych w kwocie około 60 mld zł. Stworzyłoby to perspektywę jakościowego przełomu, jeśli chodzi o jego zasobność i zdolność zabezpieczania płynności polskiego systemu emerytalnego. Ponieważ program w pełni ma być wdrożony od 2018 r., należałoby oczekiwać w okresie poprzedzającym zmian ustawowych, które będą dotyczyć w szczególności nowej polityki lokacyjnej FRD oraz określenia sposobu wykorzystania jego środków w zmienionej misji funduszu. Wstępne założenia zmian zakładają, iż celem przekazania części nieaktywnej OFE jest realne wzmocnienie bufora finansowego systemu emerytalnego, w tym „zabezpieczenie współfinansowania emerytur obecnych uczestników OFE”²¹. W materiale programowym zasygnalizowano zmianę zarządzającego aktywami FRD z ZUS na rzecz Polskiego Funduszu Rozwoju. Polityka lokacyjna ma posiadać zdywersyfikowany charakter, „z korzyścią dla polskiej gospodarki, a część środków (...) wykorzystana na finansowanie kosztów zachęt fiskalnych dla budowy III filaru – Pracownicze i Indywidualne Plany Kapitałowe”²². Trudno obecnie przesądzić, czy zapowiedź korzyści dla gospodarki

¹⁹ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Informacja dotycząca funkcjonowania FRD*, 2016, s. 1.

²⁰ Ministerstwo Rozwoju, *Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*, 2016, s. 82.

²¹ Ministerstwo Rozwoju, *Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*, 2016, s. 27.

²² *Ibidem*, s. 27.

oznaczać będzie inwestycje bezpośrednie, czy też czynione za pośrednictwem giełdy. Do chwili obecnej polityka lokacyjna FRD posiadała rys konserwatywny, łącząc inwestowanie środków w papiery dłużne oraz akcje. Bezpośrednie angażowanie środków Funduszu w gospodarkę wymagałoby głębokiej zmiany jego misji i założenia dłuższego horyzontu wychodzenia z inwestycji. Zmianie uległby poziom płynności funduszu oraz struktura jego aktywów. Poziom zaangażowania w finansowanie zachęt podatkowych dotyczących trzeciego filara emerytalnego będzie zależny od stopnia popularności nowych planów kapitałowych. Z uwagi na ich dobrowolny charakter i niestabilność prawa obejmującego zabezpieczenie społeczne należy zachować ostrożność odnośnie liczby osób, które zdecydują się na założenie kont emerytalnych. Doubezpieczenie emerytalne w Polsce pozostaje na niskim poziomie, a jego zwiększenie jest niezbędne z punktu widzenia wysokości przyszłych emerytur.

W ostatnich latach w Europie silnie promowana jest koncepcja domyślnego wprowadzania pracowników do programów emerytalnych tworzonych przez pracodawców²³. W USA plany domyślne, określane także automatycznymi, mają charakter dobrowolny i są obecne w pracowniczych programach emerytalnych typu 401 (k). W Wielkiej Brytanii tzw. opcja domyślna została wprowadzona w 2012 r. i ma charakter obowiązkowy wobec istniejących planów emerytalnych, powiększając dwukrotnie liczbę osób posiadających uzupełniającą asekurację ubezpieczeniową²⁴. Formuła przystępowania pracowników w wieku od 19 lat do 55 lat, polegająca na ich automatycznym zapisie, pojawiła się w prezentacji Programu Budowy Kapitału²⁵. Jest ona zbliżona do koncepcji amerykańskiej; ma być dobrowolna, z możliwością wypisania się pracownika w okresie 3. miesięcy od utworzenia Pracowniczego Planu Kapitałowego. Można założyć, iż tworzenie dodatkowych możliwości zabezpieczenia emerytalnego umacnia integralność ubezpieczeń społecznych. Powiązanie pomiędzy poszczególnymi elementami składowymi (filarami) systemu emerytalnego przejawia się w zaprezentowanej w programie ewentualności finansowania przez Fundusz Rezerwy Demograficznej zachęt fiskalnych w jego zmienionej konstrukcji.

²³ Komisja Europejska, *Biała Księga. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*, Bruksela 2012, s. 119.

²⁴ S. Kamieniecka-Pieńkowska, *Automatyczne plany emerytalne w systemie dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego – przesłanki tworzenia i funkcjonowania [w:] Doubezpieczenie społeczne – idea i kontynuacja*, red. M. Kawiński, Warszawa 2015, s. 110.

²⁵ Ministerstwo Rozwoju, *Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*, 2016, s. 11.

Polityka lokacyjna FRD na tle zmian w systemie emerytalnym w 2014 r.

Zarządzanie aktywami funduszu wykonywane jest na podstawie kilku aktów prawnych²⁶, a także rekomendacji wydawanych przez Komitet ds. Aktywów Finansowych, którym od 30 marca 2015 r. przewodzi członek Zarządu ZUS ds. finansów. Podstawę szczegółowych decyzji lokacyjnych stanowią wnioski z analizy sytuacji makroekonomicznej w Polsce i w otoczeniu międzynarodowym. Analizą objęta jest problematyka rentowności instrumentów typu fixed-income oraz głównych indeksów giełdowych²⁷. Instytucja ubezpieczeń społecznych posiada duże doświadczenie w prognozowaniu z wykorzystaniem metody aktuarialnej. Także w lokowaniu aktywów wykorzystuje się różne warianty możliwych zdarzeń na rynkach finansowych. Pewne znaczenie, aczkolwiek mniejsze aniżeli w latach poprzednich, posiada prognozowanie poziomu wysokości głównych stóp procentowych. Zadania Komitetu w zarządzaniu aktywami funduszu obejmują wyznaczanie odpowiedniej struktury portfela instrumentów finansowych, z uwzględnieniem ryzyka oraz konieczności zachowania zarówno bezpieczeństwa inwestycji, jak i rentowności lokat.

Na podstawie analizy polityki lokacyjnej FRD prowadzonej w ostatnich latach można stwierdzić, iż w akcyjnej części portfela wykonywana jest ona pasywnie, a punkt odniesienia stanowią zmiany w indeksie WIG spółek notowanych na GPW. W 2015 r. w ramach polityki zarządzania aktywami funduszu podejmowano operacje tzw. doważania portfela akcji. Obejmowały one wprowadzenie do portfela pakietu akcji największych spółek wchodzących w skład indeksu WIG oraz wyprowadzaniu tych spółek, których udział w indeksie WIG spadał poniżej wartości 0,1%²⁸.

Struktura aktywów w latach 2014-2015 wskazuje na ograniczenie w portfelu lokacyjnym w analizowanym okresie wolumenu akcji o 3,27% i istotne, o ponad 5%, zwiększenie depozytów bankowych. Ważnym tego powodem oraz decyzji o wstrzymaniu transakcji kupna i sprzedaży akcji notowanych na GPW w Warszawie od sierpnia 2015 r. były utrzymujące

²⁶ W szczególności ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. 1998 nr 137 poz. 887 ze zm. oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2014 r. w sprawie lokowania środków Funduszu Rezerwy Demograficznej Dz. U. 2014 poz. 152.

²⁷ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Roczny raport...*, 2016, s. 2-3.

²⁸ *Ibidem*, s. 4.

się: niepewność oraz zmienność na krajowym i zagranicznych rynkach kapitałowych. Odnosząc się do struktury aktywów FRD w omawianym okresie należy stwierdzić, że posiadała ona rys bardzo konserwatywny, który jest charakterystyczny dla inwestycji typu bezpiecznej alokacji. W 2015 r. udział akcji w portfelu nie przekraczał 1/8 aktywów; dominowały płynne papiery skarbowe oraz depozyty bankowe. Taka struktura portfela determinuje, przy niskim poziomie inflacji, stosunkowo niewielką rentowność.

Tabela 1. Struktura aktywów FRD w latach 2014-2015

Wyszczególnienie klasy aktywów	Stan na 31 grudnia 2014 (udział w %)	Stan na 31 grudnia 2015 (udział w %)
akcje	16,47	13,20
bony, obligacje, inne papiery SP	82,31	80,09
obligacje spółek publicznych	0,28	0,52
depozyty bankowe	0,94	6,19
Suma	100,00	100,00

* Struktura aktywów posiadanych przez FRD wg stanu na 31.12.2014 r. i 31.12.2015 r., zgodnie z katalogiem lokat wymienionym w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie lokowania środków Funduszu Rezerwy Demograficznej²⁹.

Źródło: opracowanie własne na podstawie ZUS, Raport roczny z zarządzania środkami FRD za 2015 r., 2016.

W ostatnim okresie wskaźnik inflacji odnotowany w latach 2013-2015 kształtował się odpowiednio, wedle danych GUS, na poziomie od +0,9% do -0,9%, w związku z tym osiągnięcie wysokiego poziomu rentowności w części dłużnej portfela funduszu było ograniczone. Stopa zwrotu, którą osiągnięto w 2015 r., wyniosła 2,06%, co pozwoliło na ochronę wartości aktywów dłużnych. W zarządzaniu całym portfelem, obejmującym zarówno papiery dłużne, jak i akcje, stopa zwrotu wyniosła (-)0,12%. Było to spowodowane, utrzymującą się na rynku akcji, dużą zmiennością i przeceną walorów większości spółek i indeksu WIG spółek, notowanego na GPW. Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, osiągnięty wynik za-

²⁹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2014 r. w sprawie lokowania środków Funduszu Rezerwy Demograficznej, Dz. U. 2014 poz. 152.

rzządzania aktywami, uwzględniając strukturę portfela instrumentów finansowych, należy uznać za pozytywny.

W wyniku rządowego przeglądu systemu emerytalnego, który został przeprowadzony w 2013 r., dokonano szeregu zmian prawnych dotyczących poziomu aktywów, polityki lokacyjnej i skali uczestnictwa w OFE. Zostały one wprowadzone przepisami ustawy z 6 grudnia 2013 r.³⁰ i w efekcie do FRD przekazano część aktywów funduszy, które jednakże są wyodrębnione i nie wchodzi w skład bilansu FRD. Fundusz był w 2015 r. posiadaczem dwóch serii obligacji Krajowego Funduszu Drogowego, o terminach zapadalności przypadających w 2018 r. i w 2022 r. Ich łączna wartość wynosi 11,72 mld zł. Fundusz emerytalny otrzymał z tytułu odsetek od wymienionych obligacji blisko 718 mln zł, które zostały spożytkowane na jego potrzeby³¹.

Wybrane fundusze rezerwowe na świecie

Charakterystyka funkcjonowania, mechanizmy finansowania, znaczenie dla tworzenia bezpieczeństwa ekonomicznego

Podobnie jak w Polsce, również w innych krajach tworzone są fundusze rezerwowe asekurujące systemy emerytalne. Źródła ich finansowania są zróżnicowane, podobnie jak okres powołania i czas zapadalności gromadzonych aktywów. Metoda finansowania danego funduszu jest powiązana z podatkiem lub – jak w przypadku polskiego funduszu – z odpisem (składką) oraz udziałem w prywatyzacji państwowych zasobów bogactw naturalnych. Bardziej złożona metoda pozyskiwania kapitału, poza wymienionymi, obejmuje korzystanie z dochodów uzyskiwanych z zasobów naturalnych (ropy) lub udziale w osiąganey przez dane państwo nadwyżce handlowej. Ponieważ fundusze rezerwowe funkcjonują zasadniczo poza głównym nurtem zainteresowania rynkami finansowymi, dostęp do aktualnych danych finansowych wymaga analizy wielu rozproszonych źródeł. Przedstawiona poniżej tabela 2 opisuje wybrane fundusze rezerwowe z celem emerytalnym³², które osiągnęły w minionych latach istotne wiel-

³⁰ Ustawa z dnia 6 grudnia 2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych, Dz. U. 2013 poz. 1717.

³¹ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Roczny raport...*, 2016, s. 10.

³² PPRF – Public Pension Reserve Fund.

kości zgromadzonych aktywów. Trzy największe fundusze z wymienionych w tabeli zgromadziły ponad 4,6 mld USD, a ich udział w PKB wynosi odpowiednio: 26,5%, 26,9% i 29%, mierzony wartością aktywów. Oznacza to, iż można zaliczyć je do realnych elementów bezpieczeństwa ekonomicznego państwa.

Poza funduszem amerykańskim – najbardziej zasobnym i najstarszym, pozostałe z prezentowanych instytucji powstały w okresie przed kryzysem finansowym (1997-2006). Cechuje je zróżnicowana polityka lokacyjna oraz źródła finansowania, w zależności od dostępnych instrumentów finansowych oferują one zróżnicowane stopy zwrotu z aktywów.

Tabela 2. Wybrane fundusze rezerwowe asekurujące systemy emerytalne na świecie

Państwo	Nazwa funduszu	Data utworzenia	Wartość aktywów (mld USD)	Stopa zwrotu z aktywów (%)	Źródła finansowania
USA	SSTF	1940	2 764,0	4,3	inwestycje
Japonia	GIPF	2006	1 224,0	6,2	inwestycje
Norwegia	GPF/GP F-N	2006	656,0	13,9	1% PKB (ropa naft.)
ChRL	NSSF	2001	203,0	b.d.	nadwyżka handlowa
Szwecja	NP Funds	2000	165,0	10,4	podatek/inwestycje
Kanada	PSP Inv.*	1999	116,8	11,0	inwestycje
Australia	Future Fund	2006	86,0	4,3	podatek
Hiszpania	SSRF	1997	74,0	4,2	podatek/inwestycje
Francja	AGRICA PRO	2001	72,0	6,0	podatek socjalny
Polska	FRD	2002	7,0	6,1	odpis od składki

*Dane za 2015 r. Stopa zwrotu za lata 2009-2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Monitor, Monitor Company Group LP, 2011*³³.

³³ Por. także J. Adamska-Mieruszewska, *Funkcjonowanie Funduszu Rezerwy Demograficznej w Polsce na tle rozwiązań światowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, Nr 74, T. 2, s. 429.

Na podstawie dynamiki przyrostu aktywów można założyć, iż publiczne fundusze rezerwy, które posiadają cel emerytalny zgromadziły ponad 6 bln USD. W końcu 2013 r. kwota ta wyniosła 5,6 mld USD. Bardzo dynamiczny przyrost aktywów zanotował fundusz kanadyjski PSP Investments, którego suma aktywów w latach 2009-2016 uległa potrojeniu z odpowiednio: z 34 mld USD na 116,8 mld USD. Było to możliwe dzięki zdwersyfikowanej strategii inwestycyjnej i uzyskanym dzięki temu wysokim stopom zwrotu. Osiągnęły one odpowiednio 11% w 2013 r. i 14,5% w 2015 r. Strategia bezpiecznego lokowania aktywów przyniosła FRD w okresie po kryzysie finansowym (2009-2013) stopę zwrotu na poziomie 6,1%, bardzo zbliżoną do wyników funduszy francuskiego i japońskiego.

W minionej dekadzie dokonywano zmian w funkcjonowaniu niektórych funduszy rezerwowych posiadających cel emerytalny. Np. zmiany w funkcjonowaniu norweskiej rezerwy emerytalnej polegały na powołaniu w 2006 r. Państwowego Funduszu Emerytalnego Global (GPIFG), którego głównym źródłem finansowania pozostały przychody z ropy naftowej. Fundusz jest następcą prawnym powołanego w 1990 r. Państwowego Funduszu Paliwowego Global. Generalnie inwestuje on w instrumenty dłużne i udziałowe, przy czym znaczenie tych drugich rośnie począwszy od 2008 r., w którym dopuszczono możliwość inwestowania w nieruchomości do 5% zarządzanych aktywów. W kolejnych latach poszerzano możliwości inwestycyjne funduszu, w tym umożliwienie lokowania w akcje do 60% (2009) i nieruchomości (2010), także zagraniczne (Londyn, Paryż, 2010)³⁴. Cechą charakterystyczną polityki lokacyjnej funduszu jest częsta ewaluacja wytycznych inwestowania oraz indeksów referencyjnych, obejmujących także problematykę etyczną. O ile w minionych latach aktywa były kierowane głównie na kontynent europejski (40%), od 2012 r. przyjęto, iż udział w inwestycjach w Ameryce i Afryce będzie zbliżony (41%), a w Azji i Oceanii podwyższony do 19%³⁵. Zmianom towarzyszy debata dotycząca niewykorzystanych możliwości inwestowania w krajową gospodarkę oraz hipotetycznych przeobrażeń struktury organizacyjnej, które mogłyby prowadzić do podzielenia GPIFG na mniejsze fundusze. Wydaje się, że fundusz norweski, który został zbudowany w oparciu o zasoby naturalne kraju, jest dobrym przykładem możliwości finansowania rezerwy w przypadku stabilności koncepcji jej tworzenia i trwałego rozwoju gospodarczego. Kraje o permanentnych deficytach budżetowych, takie jak Polska, finansują po-

³⁴ Rutecka J., *Państwowe fundusze majątkowe o celu emerytalnym – charakterystyka i zasady funkcjonowania*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2012, Nr 13, s. 132.

³⁵ Norwegian Ministry of Finance, *The Management of the Government Pension Fund in 2011*, Oslo 2011, s. 46.

dobne instytucje w oparciu o metodę podatkową lub składkową, a czynnik prywatyzacji majątku państwowego stracił obecnie na znaczeniu. Wydaje się zatem, iż jedynie nieliczne państwa będą w stanie, w warunkach powtarzających się szoków finansowych, prowadzić stabilnie konsekwentną politykę tworzenia rezerw na cele emerytalne.

FRD w obliczu zmian Rekomendacje Programu Budowy Kapitału

Fundusz Rezerwy Demograficznej znajduje się w obliczu poważnych zmian strukturalnych, obejmujących jego misję oraz politykę lokacyjną. Zapowiedzi zawarte w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) pozwoliłyby na zbudowanie kapitalizacji funduszu już w 2018 r. na poziomie wyższym od corocznego deficytu funduszu emerytalnego w FUS, sięgającego blisko 60 mld zł. Analiza funkcjonowania zagranicznych funduszy rezerwowych o celu emerytalnym wskazuje, iż o ich wkładzie w tworzenie bezpieczeństwa ekonomicznego państwa decyduje wielkość aktywów i zdyswersyfikowana polityka lokacyjna. FRD ma szansę stać się poważnym wehikułem finansowym przy zmianie mechanizmu jego inwestowania, z uwagi na faktyczne wyczerpanie się potencjału prywatyzacji majątku Skarbu Państwa. Strategia i, będący jej kluczowym elementem, Program Budowy Kapitału obejmuje projekt działań, które nawiązują do sprawdzonych rozwiązań zagranicznych. W zmienionej formule organizacji FRD i wprowadzenia go stopniowo w inny układ inwestycyjny, z innym zarządzającym aktywami, należy utrzymać finansowanie składkowe, obecnie 0,35% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne. Jest to związane z faktem, iż dysponentem aktywów rezerwy demograficznej pozostanie ZUS.

W Programie Budowy Kapitału przewidziano przekazanie płynnej części aktywów (gotówka, obligacje, akcje zagraniczne) OFE na rzecz FRD, w kwocie ok. 35 mld zł. Pozostała część ma zostać przekazana z OFE na PPK i IKZE uczestników z 1 stycznia 2018 r. W IV kw. 2017 r. ma nastąpić operacja obniżenia wieku emerytalnego, w którą silnie zaangażowany jest ZUS (system informatyczny). Warto zatem zadbać, aby przejście zarządzania aktywami FRD z ZUS do nowego „asset managera” przeprowadzić niekolizyjnie, być może jeszcze w 2017 r. Technicznie przeprowadzenie operacji wymaga zmian prawnych w dwóch głównych aktach prawnych, w:

- ustawie z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (rozdział 6),
- ustawie z 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (m.in. rozdział 15 i 17).

Należy równoległe wprowadzać zmiany w przepisach prawnych, wprowadzających nowe instrumenty lokacyjne. Wówczas ukształtuje się polityka lokacyjna oraz zespół zarządzający zmieniającym się FRD, który zostanie utworzony w wybranym TFI. Wybrany katalog zmian i zbiór odnośnych postulatów został przekazany przez instytucje rynku finansowego do Rady Rozwoju Rynku Finansowego (kwiecień 2016 r.).

Podsumowanie

Aby przeprowadzić zmiany w zarządzaniu FRD w 2017 r., należy skorzystać z dyspozycji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, iż „zarządzanie środkami Funduszu może być powierzone przez Zakład uprawnionemu podmiotowi zewnętrznemu”. Dotychczasowa polityka lokacyjna funduszy emerytalnych OFE, które ulegną transformacji w FI, wymaga pilnych zmian w kontekście tworzenia nowej formuły „emerytalnych” TFI. Przykładowo, w kontekście kierunków inwestowania zarysowanych w SOR, należałoby przeprowadzić zmiany w obszarze instrumentów MŚP, PE/VC, crowdfunding, w tym:

1. Umożliwić inwestowanie w małe i średnie przedsiębiorstwa, a także firmy na wczesnym etapie ich rozwoju. Nie tylko pozwalałoby to przyszłym emerytom osiągać zyski z inwestycji, lecz także realnie przyczyniałoby się do rozwoju polskiej gospodarki, tam gdzie jest ona najbardziej efektywna.
2. Umożliwić inwestowanie w spółki z portfeli Private Equity i Venture Capital.
3. Umożliwić inwestowanie w przedsięwzięcia typu startup, jako współzałożyciel spółki. Przekształcane OFE mogłyby tu działać jako inwestor typu private equity/venture capital. W dalszym etapie należałoby upubliczniać te spółki na rynku alternatywnym lub regulowanym.
4. Umożliwić inwestowanie w spółki dostępne na platformach typu crowdfunding/private market.

Zmiany prawne w polityce lokacyjnej funduszy emerytalnych, jeśli byłyby przeprowadzone w 2017 r., zostałyby płynnie „odziedziczone” przez specjalistyczne otwarte fundusze inwestycyjne i dlatego proces ich uchwal-

nia oraz wdrożenia można byłoby zrealizować przed 1 stycznia 2018 r. Z kolei środki FRD mogą w przyszłości (także po części) służyć finansowaniu zachęt fiskalnych związanych z prowadzeniem PPK i IKZE. Rozstrzygnięcia wymaga zakres współpłacenia i pokrycia kosztu. Przed podjęciem decyzji należałoby przeprowadzić analizę aktuarną oraz sporządzić zaktualizowaną prognozę długoterminową przepływów FRD.

Wojciech Nagel, dr n. ek. Collegium Civitas.

Literatura

1. Adamska-Mieruszewska J., *Funkcjonowanie Funduszu Rezerwy Demograficznej w Polsce na tle rozwiązań światowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, Nr 74, T. 2.
2. Czapiński J., Góra M., *Świadomość „emerytalna” Polaków*, Raport z badania ilościowego, Publikacja Europejskiego Kongresu Finansowego, Warszawa 2016.
3. Gdański J., *Fundusze rezerwowe w wybranych systemach zabezpieczenia społecznego*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2012.
4. GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004-2012*, Warszawa 2013.
5. GUS, *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część II. Gospodarstwa domowe*, Warszawa 2014.
6. ISSA, *Scheme Reserve Funds: Helping sustain PAYG Pensions*, Survey Report, 2007.
7. Kamieniecka-Pieńkowska S., *Automatyczne plany emerytalne w systemie dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego – przesłanki tworzenia i funkcjonowania* [w:] *Doubezpieczenie społeczne – idea i kontynuacja*, red. M. Kawiński, Warszawa 2015.
8. Komisja Europejska, *Biała Księga. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*, Bruksela 2012.
9. Ministerstwo Rozwoju, *Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*, 2016.
10. Monitor, Monitor Company Group LP, 2011.
11. Nagel W., *Publiczne fundusze rezerwy demograficznej – wybrane doświadczenia i rekomendacje zagraniczne* [w:] „Studia i prace UE w Krakowie” 2009, Nr 7; *Szanse i zagrożenia dla rynków ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*, red. W. Sułkowska, Kraków 2009.
12. Nagel W., *Fundusz Rezerwy Demograficznej – dziesięć lat funkcjonowania. Próba bilansu i rekomendacje*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, Nr 2.
13. Nagel W., *Polityka lokacyjna Funduszu Rezerwy Demograficznej: zmiany prawne, model zarządzania*, Poznań, Politechnika Poznańska, 2014.

14. National Pension Reserve Fund, *Annual Report and Financial Statements 2008*, Dublin 2009.
15. Newlands Ch., *The French state pension reserve continues to thrive, and potentially disruptive stock market correction of last year*, „EPN European Pensions and Investment News”, 12.07.2007.
16. Norwegian Ministry of Finance, *The Management of the Government Pension Fund in 2011*, Oslo 2011.
17. Okólski M., *Demografia zmiany społecznej*, Warszawa, WN Scholar, 2004.
18. Raczkowski K. (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne obrotu gospodarczego. Ekonomia. Prawo. Zarządzanie*, Warszawa 2014.
19. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2014 r. w sprawie lokowania środków Funduszu Rezerwy Demograficznej, Dz. U. 2014 poz. 152.
20. Rutecka J., *Państwowe fundusze majątkowe o celu emerytalnym – charakterystyka i zasady funkcjonowania*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2012, Nr 13.
21. Szumlicz T., *Oszczędzaj na emeryturę*, Warszawa, PIU, 2009.
22. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. 1998 nr 137 poz. 887 ze zm.
23. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o udziale Rzeczypospolitej Polskiej w Systemie Informacyjnym Schengen oraz Systemie Informacji Wizowej, Dz. U. 2007 nr 165 poz. 1170.
24. Ustawa z dnia 6 grudnia 2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych, Dz. U. 2013 poz. 1717.
25. Uzasadnienie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie wykorzystania w 2013 r. środków Funduszu Rezerwy Demograficznej na uzupełnienie niedoboru funduszu emerytalnego wynikającego z przyczyn demograficznych, Dz. U. 2013 poz. 742.
26. Wheelan H., *France's FRR ups vigilance, on tax haven risk for investments, highlights green real estate*, „Responsible Investor”, 17.06 2009.
27. Work Service, CEED Institute, *Migracje zarobkowe Polaków*, 2015.
28. Yermo J., *Governance and Investment of Public Pension Reserve Funds in Selected OECD Countries*, „OECD Working Papers on Insurance and Private Pensions” 2008, No 15.
29. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Sprawozdanie z wykonania planu finansowego FRD*, Warszawa 2008.
30. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Prognoza wpływów i wydatków FUS na lata 2015-2019*, Warszawa 2013.
31. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Informacja dotycząca wyników zarządzania środkami Funduszu Rezerwy Demograficznej w 2012 r.*, Warszawa 2015.
32. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Roczny raport funkcjonowania Funduszu Rezerwy Demograficznej*, Warszawa 2015.
33. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Roczny raport funkcjonowania Funduszu Rezerwy Demograficznej*, Warszawa 2016.
34. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Informacja dotycząca funkcjonowania FRD*, Warszawa 2016.

**Reserve funds in the creation
of the economic security of state
Poland from the foreign perspective
Abstract**

Currently the public reserve funds in social security are to assure financial deficits and ensure the economic safety of the basic pension systems created by the state. It needs to be mentioned that in mature, developed economies the mechanism of assurance is related to future, and legal regulations usually situate the possibility of using the accumulated assets around 2020. The reserve funds are designed to be a financial resource mainly due to deteriorating demographic environment of Poland and those developed countries, which are in the period of the so-called second demographic transition. Establishing the Demographic Reserve Fund (DRF) as a reserve fund of Social Insurance Fund (SIF) occurred following the introduction of the social security reform in 1999. The operation of the Fund, however, started only in 2002, and the contribution rate, which was collected for its benefit eventually amounted to 0.1% of the calculation basis for pension insurance. It was assumed, that the basic source of supplying the DRF will be the assets from the privatisation of the State Treasury property. It happened with many years of delay and such possibility was created by legal changes in force since 2009. By the end of 2015 on the DRF account a total sum of 19.4 billion PLN was accumulated, where 17.4 billion PLN came from privatisation. DRF investment policy includes investing in various classes of financial instruments, including investing in the capital market in companies listed on the Warsaw Stock Exchange. The aim of this article is the attempt to analyse the functioning of Demographic Reserve Fund from the perspective of the state economic security. On this background the author will present the selected foreign reserve funds.

Keywords: Reserve Fund, economic security, Demographic Reserve Fund, demography, investment policy, assets.

*Tomasz Saran, Magdalena Zawadka**

Ocena negatywnych czynników mających wpływ na występowanie zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych u osób pracujących w rolnictwie

Streszczenie

Uważa się, że niekorzystne czynniki środowiskowe mogą przyspieszać rozwój i nasilać ciężkość objawów choroby zwyrodnieniowej stawów. Celem badania była próba określenia, czy niektóre potencjalnie szkodliwe dla stawów czynniki, obecne podczas pracy zawodowej w rolnictwie, wpływają na nasilenie objawów choroby zwyrodnieniowej kolan w grupie 110 rolników średnia wieku 59,5 lat (35-82). Badanie przeprowadzono wśród pacjentów Ośrodka i Oddziału Rehabilitacji Instytutu Medycyny Wsi, na podstawie kwestionariusza indeksu bólowo-czynnościowego Lequesne'a oraz za pomocą własnego kwestionariusza czynności wykonywanych podczas pracy w rolnictwie. Średnia wartość wskaźnika bólowo-czynnościowego w badanej grupie wynosiła 11,59 pkt., wskazując na ciężkie i bardzo ciężkie upośledzenie sprawności z powodu artrozy kolan. W badanej grupie nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy takimi czynnikami jak: częsta praca w deszczu, pielenie, grabienie, gracowanie, uprawa ogórków lub pomidorów, noszenie gumowców a ciężkością upośledzenia sprawności stawów kolanowych, ocenianej za pomocą wskaźnika bólowo-czynnościowego Lequesne'a.

Słowa kluczowe: choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, indeks Lequesne'a, rolnictwo.

Artykuł polemiczny

* **Tomasz Saran**, dr n. med., Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Ośrodek Rehabilitacji; **Magdalena Zawadka**, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra i Klinika Rehabilitacji i Ortopedii.

Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych jest ważnym problemem zdrowotnym wśród osób pracujących fizycznie, takich jak: górnicy, pracownicy budowlani, rolnicy. Powszechnie uważa się, że występowanie niekorzystnych czynników środowiskowych obecnych podczas pracy na roli, a zwłaszcza indywidualnych gospodarstwach rolnych, może przyczyniać się do wcześniejszego rozwoju zmian zwyrodnieniowych. Dotychczas podejmowano liczne próby znalezienia przyczyn tego stanu rzeczy.

Typowym objawem w tej jednostce chorobowej jest ból w czasie wysiłku, ustępujący podczas odpoczynku. Proces zwyrodnieniowy może być przyczyną ograniczenia funkcji, a nawet niezdolności do pracy. Ponadto leczenie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową generuje duże koszty finansowe¹. Stąd zainteresowanie przyczynami zmian degeneracyjnych stawów oraz czynnikami mogącymi predysponować do wystąpienia dolegliwości. Jak wcześniej wykazano, czynności takie jak wykonywanie ciężkiej pracy fizycznej, przysiadów czy podnoszenie ciężkich przedmiotów są związane z występowaniem i nasileniem zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych². Praca w rolnictwie wykazuje również związek z częstszym występowaniem zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych³. Analiza głównych czynników powstawania zwyrodnień stawów kolanowych pozwoli na przygotowanie zaleceń dla pracowników rolnych, dzięki czemu istnieje szansa na zmniejszenie częstotliwości występowania tego problemu zdrowotnego. Za czynniki negatywne pojawiające się w pracy rolnika uznaliśmy znaczny wysiłek fizyczny związany z wykonywaniem prac w pozycji przysiadu, klęczenia, długie chodzenie oraz pracę w trudnych warunkach atmosferycznych.

¹ D.J. Hunter, J.J. McDougall, F.J. Keefe, *The Symptoms of OA and the Genesis of Pain*, „Rheumatic Diseases Clinics of North America” 2008, Vol. 34, s. 623-643.

² L. Kirkeskov Jensen, *Knee Osteoarthritis Influence of Work with Heavy Lifting, Kneeling, Climbing Stairs or Ladders, or Combining Kneeling/Squatting with Heavy Lifting*, „Occupational and Environmental Medicine” 2008, Vol. 65, s. 72-89; D. Coggon, P. Croft, S. Kellingray et al., *Occupational Physical Activities and Osteoarthritis of the Knee*, „Arthritis and Rheumatism” 2000, Vol. 43, s. 1443-1449; C. Cooper, S. Snow, T.E. McAlindon et al., *Risk Factors for the Incidence and Progression of Radiographic Knee Osteoarthritis*, „Arthritis & Rheumatism” 2000, Vol. 43, s. 995-1000.

³ H. Sandmark, C. Hogstedt, E. Vingård, *Primary Osteoarthritis of the Knee in Men and Women as a Result of Lifelong Physical Load from Work*, „Scandinavian Journal of Work, Environment & Health” 2000, Vol. 26, s. 20-25.

Cel pracy

Celem badania była próba określenia wpływu potencjalnie szkodliwych czynników, obecnych podczas pracy zawodowej w rolnictwie, na nasilenie objawów choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych.

Materiał badawczy

Do badania wytypowano łącznie 110 osób, w tym 76 kobiet (co stanowi 69,1% badanych) oraz 34 mężczyzn (co stanowi 30,9% badanych) ze stwierdzoną chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych, leczonych w Ośrodku i Oddziale Rehabilitacji Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie. Wiek badanych wahał się od 35 lat do 82 lat. Średni wiek badanego to 59,5 lat. Średni wskaźnik BMI (Body Mass Index) badanego wynosił 27,8. Poziom wykształcenia w badanej grupie kształtował się następująco: wykształcenie podstawowe – 37,3% (41 osób), zawodowe – 7,3% (41 osób), średnie – 23,6% (26 osób), wyższe – 1,8% (2 osoby). Stan cywilny badanych: 63,6% (70 osób) pozostawało w związku małżeńskim, 28,2% (31 osób) to wdowy/wdowcy, 5,5% (6 osób) stanowiły osoby wolne oraz 2,7% (3 osoby) to osoby rozwiedzione. Średnia powierzchnia uprawianego arealu na jednego badanego to 8,16 ha. Przeciętny staż pracy na roli badanego wynosił niewiele ponad 34 lata.

Metoda badań

W przeprowadzonym badaniu zastosowano metodę M. Mery C. Lequesne. Oparta jest ona na badaniu z wykorzystaniem kwestionariusza. Celem ankiety jest wyznaczenie indeksu bólowo-czynnościowego choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych wg trzech kryteriów:

1) ból lub dyskomfort,

- 2) maksymalny dystans (chód),
- 3) czynności życia codziennego⁴.

Każdemu z wyżej wymienionych kryteriów przypisane zostały wartości ocen, opracowane przez Lequesne'a.

Interpretacja:

- minimum punktów za każdy podpunkt: 0,
- maksimum punktów za każdy podpunkt: 8,
- minimalny wynik indeksu: 0,
- maksymalny wynik indeksu: 24.

Na podstawie uzyskanego wyniku punktowego określono stopień upośledzenia sprawności według poniższej skali:

Tabela 1. Punktacja w kwestionariuszu Lequesne'a

Uzyskana liczba punktów	Stopień upośledzenia sprawności
0	brak upośledzenia sprawności
1-4	nieznaczne
5-7	umiarkowane
8-10	ciężkie
11-13	bardzo ciężkie
> =14	niezwykle ciężkie

Źródło: opracowanie na podstawie M.G. Lequesne, *The Algofunctional Indices for Hip and Knee Osteoarthritis*, „The Journal of Rheumatology” 1997, Vol. 24, s. 779-781; M. Lequesne, *Indices of Severity and Disease Activity for Osteoarthritis*, „Seminars in Arthritis and Rheumatism” 1991, Vol. 20, Suppl. 2, s. 48-54; M.G. Lequesne et al., *Indexes of Severity for Osteoarthritis of the Hip and Knee: Validation – Value in Comparison with Other Assessment Tests*, „Scandinavian Journal of Rheumatology” 1987, Vol. 16, s. 85-89.

W kwestionariuszu ocenie podlegają dolegliwości bólowe pojawiające się w nocy, w czasie stania, chodzenia czy wstawania z pozycji siedzącej, oraz stabilność stawu, a także odległość maksymalna, jaką chory może pokonać idąc. W celu określenia utrudnień w codziennych aktywnościach oceniane jest chodzenie po schodach, po nierównej powierzchni czy wykonywanie przysiadów. Następnie badani zostali zbadani autorskim kwestionariuszem ankiety, w którym zawarto pytania o częstość podejmowania prac

⁴ M.G. Lequesne, *The Algofunctional Indices for Hip and Knee Osteoarthritis*, „The Journal of Rheumatology” 1997, Vol. 24, s. 779-781; M. Lequesne, *Indices of Severity and Disease Activity for Osteoarthritis*, „Seminars in Arthritis and Rheumatism” 1991, Vol. 20, Suppl. 2, s. 48-54; M.G. Lequesne, C. Mery, M. Samson et al., *Indexes of Severity for Osteoarthritis of the Hip and Knee: Validation – Value in Comparison with Other Assessment Tests*, „Scandinavian Journal of Rheumatology” 1987, Vol. 16, 85-89.

w deszczu, pielenia, grabienia i gracowania oraz o uprawę pomidorów i ogórków, a także noszenie odzieży ochronnej w postaci gumowców.

Do oceny statystycznej wykorzystano pakiet IBM SPSS Statistics.

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonej ankiety wśród badanych określono następujące wskaźniki ciężkości choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych wg Lequesne'a. Średnia uzyskana wynosiła ponad 11 punktów, co daje wynik kwalifikujący do bardzo ciężkiego stopnia upośledzenia sprawności (tabela 2).

Tabela 2. Ocena wskaźnika Lequesne'a

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Wynik w skali Lequesne'a	110	2,00	21,00	11,59	3,49

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3 przedstawia liczbę badanych, którzy uzyskali wynik kwalifikujący ich do danego stopnia upośledzenia sprawności. Tylko jedna osoba uzyskała stopień nieznaczny, a 10 – umiarkowany, co daje 10% badanej grupy. Ponad 36% badanych miało bardzo ciężki stopień upośledzenia sprawności (40 osób). Trzydzieści procent osób zakwalifikowało się do stopnia ciężkiego, a 26 osób na 110 przebadanych osiągnęło wynik odpowiadający stopniowi niezwykle ciężkiemu, co daje ponad 23%.

Tabela 3. Stopień ciężkości choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych

Stopień upośledzenia sprawności	Liczba osób	%
nieznaczny	1	0,9
umiarkowany	10	9,1
ciężki	33	30,0
bardzo ciężki	40	36,4
nierzwykle ciężki	26	23,6

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4 przedstawia jak osoby z różnym stopniem upośledzenia sprawności określały częstość wykonywania poszczególnych prac, tj. ile procent udzielonych odpowiedzi: nigdy, czasami i często, pochodziło z poszczególnych grup. Nie odnotowano istotnej statystycznie zależności między częstością podejmowania takich czynności jak praca w deszczu, pielenie, gracowanie czy grabienie, a stopniem upośledzenia sprawności mierzonym za pomocą kwestionariusza Lequesne'a.

Tabela 4. Rodzaj wykonywanej pracy a wynik wskaźnika Lequesne'a

Rodzaj wykonywanej pracy	Częstość wykonywania pracy	Stopień upośledzenia sprawności wg Lequesne'a (% osób, które udzieliły danej odpowiedzi)					
		nieznaczny	umiarkowany	ciężki	bardzo ciężki	niezwykle ciężki	istotność 2-stronna p*
praca w deszczu	nigdy	–	–	25	–	75	>0,05
	czasami	2,6	17,9	46,2	25,6	7,7	
	często	–	4,5	21	43,9	30,3	
pielenie	nigdy	–	50,0	50	–	–	>0,05
	czasami	5,3	26,3	21,1	31,1	26,3	
	często	–	4,5	31,5	40,4	23,6	
grabienie	nigdy	–	–	–	–	–	>0,05
	czasami	3,1	21,9	40,6	15,6	18,8	
	często	–	3,8	25,6	44,9	25,6	
gracowanie	nigdy	–	100,0	–	–	–	>0,05
	czasami	2,4	9,8	41,5	26,8	19,5	
	często	–	6,0	23,9	43,3	26,9	

*ANOVA Kruskala-Wallis
Źródło: opracowanie własne.

Ponieważ prace związane z uprawą ogórków i pomidorów wymagają takich aktywności, jak kłęknięcie czy praca w półprzysiadzie, co może predysponować do nasilenia choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych, zostały one uwzględnione w arkuszu. Również noszenie gumowców jako odzieży ochronnej w czasie prac rolniczych uznano za czynnik mogący wpływać na nasilenie objawów. Jednak uzyskane wyniki wskazują, że praca przy uprawie ogórków i pomidorów oraz noszenie gumowców nie mają wpływu na nasilenie dolegliwości choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych (tabela 5).

Tabela 5. Wskaźnik stopnia ciężkości dla choroby zwyrodnieniowej a praca przy uprawie ogórków i/lub pomidorów oraz noszenie gumowców

		Uzyskana liczba punktów w skali Lequesne'a	N	%	Istotność 2-stronna p*
praca przy uprawie pomidorów/ogórków	tak	10,8868	53	48,2%	>0,05
	nie	12,2544	57	51,8%	
noszenie gumowców	tak	11,26	95	86,4%	>0,05
	nie	13,66	15	13,6%	

* Test U Manna-Whitneya.

Źródło: opracowanie własne.

Omówienie wyników

Choroba zwyrodnieniowa jest najczęstszą chorobą stawów⁵. Prowadzi do trwałego ograniczenia sprawności, zwłaszcza z powodu zajęcia stawów kolanowych i biodrowych. Według badań przeprowadzonych przez GUS (tabela 6) jest to piąta wśród mężczyzn, a czwarta wśród kobiet, najczęściej występująca dolegliwość. Z tego powodu wymaga szczególnie dużej uwagi w celu zmniejszenia narażenia na czynniki szkodliwe i ograniczenia częstości występowania choroby.

Tabela 6. Sześć najczęściej występujących dolegliwości zdrowotnych/chorób przewlekłych

Mężczyźni	%	Kobiety	%
bóle dolnej partii pleców	21,2	bóle dolnej partii pleców	28,4
wysokie ciśnienie krwi	20,7	wysokie ciśnienie krwi	25,2
bóle szyi	13,0	bóle szyi	21,0
bóle środkowej partii pleców	12,9	choroba zwyrodnieniowa stawów	19,6
choroba zwyrodnieniowa stawów	10,3	bóle środkowej partii pleców	19,0
choroba wieńcowa	8,0	silne bóle głowy (migrena)	13,2

Źródło: GUS, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietyowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014*, Warszawa 2015.

⁵ A. Litwic, M. Edwards, E. Dennison et al., *Epidemiology and Burden of Osteoarthritis*, „British Medical Bulletin” 2013, Vol. 105, s. 185-99; T. Neogi, Y. Zhang, *Epidemiology of OA*, „Rheumatic Diseases Clinics of North America” 2013, Vol. 39, s. 1-19.

Choroba zwyrodnieniowa stawów polega na procesie degeneracyjnym chrząstki stawowej oraz procesie zapalnym błony maziowej. Dochodzi do utraty grubości warstwy chrząstki, sklerotyzacji warstwy podchrzęstnej kości. Proces zapalny prowadzi do rozrostu błony maziowej, obrzęku i zniekształcenia obrysów stawu. Wraz z postępem zmian zwyrodnieniowych dochodzi do deformacji stawu. Dolegliwości bólowe nasilają się w czasie zgięcia i obciążania kończyny. Powstają ograniczenia ruchomości oraz zaniki mięśni. Wśród czynników niepodlegających modyfikacji najważniejszymi są wiek i płeć⁶. Kobiety są bardziej narażone na pojawienie się zwyrodnień, a częstość ich występowania wzrasta z wiekiem. Wśród czynników modyfikowalnych najczęściej wskazuje się otyłość oraz pracę wymagającą podnoszenia ciężkich przedmiotów, długiego stania, powtarzającego się wykonywania przysiadów i klęczenia oraz pokonywania schodów⁷. Wśród czynników ryzyka znajduje się również długie chodzenie czy jazda na rowerze⁸. Zaobserwowano także związek między warunkami pogodowymi a nasileniem objawów choroby zwyrodnieniowej. Zarówno większa wilgotność, jak i niższa temperatura otoczenia, powodują nasilenie objawów⁹.

Występowanie choroby zwyrodnieniowej jest częstsze wśród rolników, czyniąc ją chorobą zawodową. Za główną przyczynę częstszego występowania zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego uznaje się konieczność podnoszenia ciężkich przedmiotów¹⁰. Stopień zaawansowania choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych jest większy wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast, leczonych za pomocą całkowitej artroplastyki stawu¹¹.

⁶ M.N. Iqbal, F.R. Haidri, B. Motiani et al., *Frequency of Factors Associated with Knee Osteoarthritis*, „The Journal of the Pakistan Medical Association” 2011, Vol. 61, 786-789.

⁷ L.K. Jensen, *Knee Osteoarthritis: Influence of Work Involving Heavy Lifting, Kneeling, Climbing Stairs or Ladders, or Kneeling/squatting Combined with Heavy Lifting*, „Occupational and Environmental Medicine” 2008, Vol. 65, s. 72-89; R. Plotnikoff, N. Karunamuni, E. Lytyyak et al., *Osteoarthritis Prevalence and Modifiable Factors: A Population Study*, „BMC Public Health” 2015, Vol. 15; D. Coggon, P. Croft, S. Kellingray et al., *Occupational Physical Activities and Osteoarthritis of the Knee*, „Arthritis and Rheumatism” 2000, Vol. 43, 1443-1449.

⁸ Y. Liu, H. Zhang, N. Liang et al., *Prevalence and Associated Factors of Knee Osteoarthritis in a Rural Chinese Adult Population: An Epidemiological Survey*, „BMC Public Health” 2016, Vol. 16; S. Dahaghin, S.A. Tehrani-Banihashemi, S.T. Faezi et al., *Squatting, Sitting on the Floor, or Cycling: Are Life-Long Daily Activities Risk Factors for Clinical Knee Osteoarthritis? Stage III Results of a Community-Based Study*, „Arthritis and Rheumatism” 2009, Vol. 61, s. 1337-1342.

⁹ H. Aikman, *The Association between Arthritis and the Weather*, „International Journal of Biometeorology” 1997, Vol. 40, s. 192-199.

¹⁰ P. Croft, D. Coggon, M. Cruddas et al., *Osteoarthritis of the Hip: An Occupational Disease in Farmers*, „British Medical Journal” 1992, Vol. 304, s. 1269-1272.

¹¹ K. Rapała, A. Truszczyńska, A. Tarnowski, *Total Hip Arthroplasty in the Treatment of Degenerative Disorders in Rural and Urban Patients A Retrospective, Randomised and Controlled Study*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2015, Vol. 22, s. 102-105.

Celem badania była próba określenia wpływu potencjalnie szkodliwych czynników, obecnych podczas pracy zawodowej w rolnictwie na nasilenie objawów choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych, wyrażonych poprzez stopień upośledzenia sprawności indeksu Lequesne'a. Wcześniejsze badania wykazały, że praca w rolnictwie może prowadzić do rozwoju choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych i stać się przyczyną konieczności wykonywania zabiegu protezoplastyki¹². Niniejsze badanie stopnia nasilenia choroby zwyrodnieniowej za pomocą wskaźnika Lequesne'a wykazało, że ponad 60% badanych ma ciężkie lub bardzo ciężkie upośledzenie sprawności. Nie znaleziono związku między charakterem pracy a stopniem niesprawności. Jak wynika z kwestionariusza Lequesne'a, ograniczenie bólowo-czynnościowe jest znaczne u większości badanych, więc prawdopodobnym jest, że badane osoby świadomie unikają wykonywania pewnych czynności. Tym samym można przypuszczać, że ich nakład pracy w momencie badania jest zależny od możliwości oraz ograniczony przez objawy choroby zwyrodnieniowej. Konieczne są badania nad szkodliwymi czynnikami działającymi przed wystąpieniem objawów choroby. Prezentowane badania mają charakter pilotażowy i obarczone są pewnymi wadami. Są nimi: brak grupy kontrolnej składającej się z osób niepracujących w rolnictwie oraz duże zróżnicowanie wieku badanych, w tym udział osób nieaktywnych od dawna zawodowo.

Mimo że przeprowadzone badania nie wykazują istotnej statystycznie zależności między wynikiem indeksu Lequesne'a a rodzajem wykonywanej pracy, a co za tym idzie – zależności od wymuszonej pozycji ciała, noszenia gumowców czy warunków atmosferycznych, to podjęty temat jest godny uwagi w świetle dalszych badań nad czynnikami mającymi wpływ na wystąpienie i nasilenie choroby zwyrodnieniowej stawów u rolników.

Wnioski

Na podstawie badań, przeprowadzonych na grupie 110 rolników (średnia wieku 59 lat), nie stwierdzono, aby nasilenie zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych, oceniane za pomocą indeksu bólowo-czynnościowego Lequesne'a, następowało pod wpływem następujących czynników:

- częsta praca w niekorzystnych warunkach atmosferycznych,

¹² H. Sandmark, C. Hogstedt, E. Vingård, *Primary Osteoarthritis of the Knee in Men and Women as a Result of Lifelong Physical Load from Work*, „Scandinavian Journal of Work, Environment & Health” 2000, Vol. 26, s. 20-25.

- charakter pracy na roli (pielenie, grabienie, zbieranie owoców/warzyw),
- pozycja w czasie wykonywania pracy (stojąca, na kolanach, w skłonie),
- rodzaj owoców/warzyw, przy których pracowali badani,
- noszenie gumowców.

Tomasz Saran, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Ośrodek Rehabilitacji.

*Magdalena Zawadka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
Katedra i Klinika Rehabilitacji i Ortopedii.*

Literatura

1. Aikman H., *The Association between Arthritis and the Weather*, „International Journal of Biometeorology” 1997, Vol. 40.
2. Coggon D., Croft P., Kellingray S. et al., *Occupational Physical Activities and Osteoarthritis of the Knee*, „Arthritis and Rheumatism” 2000, Vol. 43.
3. Cooper C., Snow S., McAlindon T.E. et al., *Risk Factors for the Incidence and Progression of Radiographic Knee Osteoarthritis*, „Arthritis & Rheumatism” 2000, Vol., 43.
4. Croft P., Coggon D., Cruddas M. et al., *Osteoarthritis of the Hip: An Occupational Disease in Farmers*, „British Medical Journal” 1992, Vol. 304.
5. Dahaghin S., Tehrani-Banihashemi S.A., Faezi S.T. et al., *Squatting, Sitting on the Floor, or Cycling: Are Life-Long Daily Activities Risk Factors for Clinical Knee Osteoarthritis? Stage III Results of a Community-Based Study*, „Arthritis and Rheumatism” 2009, Vol. 61.
6. Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie>.
7. Hunter D.J., McDougall J.J., Keefe F.J., *The Symptoms of OA and the Genesis of Pain*, „Rheumatic Diseases Clinics of North America” 2008, Vol. 34.
8. Iqbal M.N., Haidri F.R., Motiani B. et al., *Frequency of Factors Associated with Knee Osteoarthritis*, „The Journal of the Pakistan Medical Association” 2011, Vol. 61.
9. Jensen L.K., *Knee Osteoarthritis: Influence of Work Involving Heavy Lifting, Kneeling, Climbing Stairs or Ladders, or Kneeling/squatting Combined with Heavy Lifting*, „Occupational and Environmental Medicine” 2008, Vol. 65.
10. Lequesne M.G., *The Algofunctional Indices for Hip and Knee Osteoarthritis*, „The Journal of Rheumatology” 1997, Vol. 24.
11. Lequesne M.G., Mery C., Samson M. et al., *Indexes of Severity for Osteoarthritis of the Hip and Knee: Validation Value in Comparison with Other Assessment Tests*, „Scandinavian Journal of Rheumatology” 1987, Vol. 16.
12. Lequesne M.G., *Indices of Severity and Disease Activity for Osteoarthritis*, „Seminars in Arthritis and Rheumatism” 1991, Vol. 20.
13. Litwic A., Edwards M., Dennison E. et al., *Epidemiology and Burden of Osteoarthritis*, „British Medical Bulletin” 2013, Vol. 105.

14. Liu Y., Zhang H., Liang N. et al., *Prevalence and Associated Factors of Knee Osteoarthritis in a Rural Chinese Adult Population: An Epidemiological Survey*, „BMC Public Health” 2016.
15. Lizis P., *Effect of Spa Physiotherapy on the Range of Motion and Muscle Strength in Women with Gonarthrosis*, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013, Vol. 20.
16. Neogi T., Zhang Y., *Epidemiology of OA*, „Rheumatic Diseases Clinics of North America” 2013, Vol. 39.
17. Plotnikoff R., Karunamuni N., Lytvyak E. et al., *Osteoarthritis Prevalence and Modifiable Factors: A Population Study*, „BMC Public Health” 2015, Vol. 15.
18. Rapała K., Truszczyńska A., Tarnowski A., *Total Hip Arthroplasty in the Treatment of Degenerative Disorders in Rural and Urban Patients – A Retrospective, Randomised and Controlled Study*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2015, Vol. 22.
19. Sandmark H., Hogstedt C., Vingård E., *Primary Osteoarthritis of the Knee in Men and Women as a Result of Lifelong Physical Load from Work*, „Scandinavian Journal of Work, Environment & Health” 2000, Vol. 26.

Evaluation of negative factors affecting the incidence of degenerative changes in the knee joints of agricultural workers

It is considered that adverse environmental factors may accelerate development and increase the severity of osteoarthritis' symptoms. The aim of the study was to determine whether some of the potentially harmful to the joints factors present at agricultural work, affect the severity of knee osteoarthritis' symptoms in a group of 110 farmers – the average age 59.5 years (35–82). The study was conducted among patients of the Center and Rehabilitation Unit of the Institute of Rural Medicine, based on the Lequesne algofunctional index questionnaire and using its own questionnaire for agricultural work activities. The average value of Lequesne index in the study group was 11.59 indicating severe and very severe impairment due to osteoarthritis of the knee. There was no statistically significant relationship between factors such as frequent work in the rain, weeding, raking, hoeing, cultivation of cucumbers or tomatoes, wearing wellingtons and severity of impairment of knee arthritis in the study group evaluated by Lequesne index.

Keywords: knee osteoarthritis, Lequesne index, agriculture.

*Robert Irzmański, Eliaż Mosiński, Joanna Kapusta**

Rehabilitacja kardiologiczna – istotny czynnik ułatwiający powrót do zdrowia po przebytych zawale mięśnia sercowego

Streszczenie

Cel pracy: Wpływ dwutygodniowej rehabilitacji kardiologicznej na poprawę tolerancji wysiłku u chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Zawał mięśnia serca jest ważnym problemem leczniczym i społecznym. W badanej populacji chorych 88% było aktywnych zawodowo, 12% pobierało świadczenie emerytalne/rentę. Większość osób pracujących fizycznie czy też umysłowo było aktywnych zawodowo przez 101-170 godzin w miesiącu. Osoby zatrudnione w rolnictwie stanowiły 36% badanej grupy.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w 50-osobowej grupie chorych po zawale mięśnia serca. Każdemu badanemu, w dniu przyjęcia i wypisu z oddziału, wykonano test wysiłkowy oparty na protokole Bruce'a. W badanej grupie było 12 kobiet i 38 mężczyzn. Każdy badany został poddany indywidualnemu treningowi fizycznemu, m.in. w formie gimnastycznych zajęć grupowych oraz treningów na ergocyklometrze. Trening interwałowy zaprojektowano zgodnie z rezultatem testu wysiłkowego. Ćwiczenia prowadzono pod kontrolą wybranych parametrów hemodynamicznych (ciśnienie, tętno).

Artykuł polemiczny

* **Robert Irzmański**, dr hab. n. med., Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Wojskowo-Lekarski, Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej; **Eliaż Mosiński**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Wojskowo-Lekarski, Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej; **Joanna Kapusta**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Wojskowo-Lekarski, Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej.

Wyniki: W dniu przyjęcia poziom wydolności chorych, oceniony próbą wysiłkową, wahał się pomiędzy 2-10,2 MET. Średni wzrost tolerancji wysiłku fizycznego po dwutygodniowej rehabilitacji kardiologicznej u mężczyzn wyniósł 2,41 MET, a u kobiet 3,08 MET.

Wnioski:

1. Rehabilitacja kardiologiczna po przebytych zawałach mięśnia sercowego stanowi ważny element w kompleksowym leczeniu chorych po zawałach serca.
2. Trening interwałowy wpłynął korzystnie na poprawę wydolności fizycznej u 98%, jedynie u 2% wydolność fizyczna nie uległa poprawie.

Słowa kluczowe: rehabilitacja kardiologiczna, tolerancja wysiłku, zawał mięśnia sercowego.

Wstęp

W Polsce jedną z głównych przyczyn zgonów, bez względu na płeć, są choroby układu krążenia. Na zawał serca rocznie choruje około 100 000 osób, z tego blisko połowa to osoby młode i aktywne zawodowo. Mimo coraz lepszych metod diagnostycznych, roczna śmiertelność przekracza 25%, przy czym najczęściej osób umiera w pierwszej godzinie od wystąpienia objawów. Rozległość zawału zależy od unaczynionego obszaru przez zamkniętą tętnicę wieńcową.

„Ruch to życie, a bezruch to śmierć” – w ten niezwykle trafny sposób Pascal w XVII wieku podsumował zależność ruchu i kondycji życiowej tzw. witalności.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna ma na celu aktywizację fizyczną, społeczną i zawodową chorych. Aktywność fizyczna jest stopniowana i dobierana indywidualnie do wydolności chorego, zaś obciążenie wysiłkowe stanowi podstawowy element tego procesu. Równie ważnym składnikiem jest rehabilitacja psychospołeczna, ucząca pacjenta radzenia sobie w sytuacjach stresowych, wspomagająca akceptację ograniczeń wynikających z choroby oraz wszelkich lęków z nią związanych.

Rolnicy należą do kategorii osób, które podejmują aktywność fizyczną każdego dnia. Nie zawsze jest to jednak odpowiednia ilość wysiłku, tempo czy poziom obciążenia (czasem bywa zbyt duży). Niezdrowy styl życia, używki np. palenie tytoniu, często występujące w tej grupie społecznej, sprzyjają wzrostowi ryzyka chorób układu krążenia, w tym zawału serca.

Jednym z rodzajów treningu, który wykorzystuje się w rehabilitacji, jest trening interwałowy prowadzony na cykloergometrze lub bieżni rucho-

mej, pod kontrolą parametrów hemodynamicznych. Ważnymi czynnikami w procesie powrotu do zdrowia są zachowania zdrowotne pacjenta, charakter i typ pracy oraz stan psychiczny¹.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena efektywności treningu interwałowego w procesie rehabilitacji kardiologicznej u chorych po przebytym zawale mięśnia sercowego.

Podjmując niniejsze badania, postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy rehabilitacja kardiologiczna wpływa korzystnie na stan zdrowia chorego po zawale mięśnia sercowego?
 2. Czy trening interwałowy, jako integralny składnik kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, wpływa na wydolność wysiłkową chorych po zawale mięśnia sercowego?
-

Współczesna rehabilitacja kardiologiczna

Rehabilitację kardiologiczną należy wdrożyć bezzwłocznie, prowadzić ją wieloetapowo i w sposób ciągły. Przerwanie podjętej rehabilitacji, rozumianej jako ciągły proces, może spowodować pogorszenie stanu zdrowia lub nawrotu choroby. Wieloetapowość jest kluczem do sukcesu w tej dziedzinie. Jeszcze w połowie ubiegłego stulecia chorzy po zawale mięśnia serca mieli zakaz podejmowania jakiegokolwiek aktywności przez okres ok. 6 tygodni, co skutkowało dużym odsetkiem powikłań.

¹ T. Jaxa-Chamiec, *Rehabilitacja kardiologiczna, historia, cele, znaczenie i korzyści*, „Postępy Nauk Medycznych” 2008, Nr 21, s. 634-642; M. Janion, A. Duszyński, J. Kuch, *Zawał serca. Jakie są efekty kliniczne postępu terapii w latach 1977-1995*, „Kardiologia Polska” 1997, Nr 47, s. 18-25; J. Mróz, W. Kuliński, *Fizjologiczne aspekty rehabilitacji kardiologicznej*, „Balneologia Polska” 1996, Nr 38, s. 32-40; R. Matysiak, E. Rapacka, P. Fijałkowski et al., *Rehabilitacja kardiologiczna w czasach nowoczesnej medycyny*, „Żywnie Człowieka i Metabolizm” 2007, T. 34, s. 1086-1090; R. Matysiak, E. Rapacka, P. Fijałkowski et al., *Rehabilitacja kardiologiczna w czasach nowoczesnej medycyny*, „Żywnie Człowieka i Metabolizm” 2007, Nr 3-4.

Rehabilitacja kardiologiczna obejmuje trzy etapy:

Pierwszy etap zaczyna się na oddziale szpitalnym, w trakcie intensywnej opieki medycznej, dalej na oddziale pooperacyjnym, kardiologicznym, czy wreszcie w oddziale rehabilitacji kardiologicznej. Pierwszym celem jest osiągnięcie przez chorego samodzielności w czynnościach dnia codziennego oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia. W momencie, kiedy pacjent uzyskuje stan kliniczny umożliwiający wypisanie go do domu, pierwszy etap się kończy.

Drugi etap można prowadzić w warunkach szpitalnych na oddziale rehabilitacji – najlepiej kardiologicznej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. Do oddziału trafiają chorzy z powikłaniami lub wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, pochodzących z niewielkich miejscowości, często z obszarów wiejskich, żyjący w trudnych warunkach oraz z poważnymi chorobami współistniejącymi. Do rehabilitacji ambulatoryjnej zostają przydzieleni pacjenci z niepowikłanym przebiegiem pierwszego etapu rehabilitacji. Rehabilitacja domowa prowadzona jest pod nadzorem poradni kardiologicznej i/lub rehabilitacyjnej bądź lekarza rodzinnego, który został przeszkolony z rehabilitacji kardiologicznej.

Drugi etap powinno się wdrażać najpóźniej 2-3 tygodnie od zakończenia pierwszego etapu. Czas trwania dobierany jest indywidualnie w zależności od stanu chorego i trwa od 4 do 12 tygodni. Preferowaną współcześnie formą usprawniania jest rehabilitacja kardiologiczna na oddziale szpitalnym, z uwagi na poziom większego bezpieczeństwa prowadzonego treningu, zwłaszcza w pierwszym okresie po zawale. Opiekę nad chorym sprawuje nie tylko lekarz, lecz także fizjoterapeuta, zespół pielęgniarski i psycholog kliniczny.

Trzeci etap to późna rehabilitacja ambulatoryjna. Jej celem jest zwiększenie tolerancji wysiłku oraz utrzymanie efektów wcześniejszej rehabilitacji i leczenia. Ten etap powinien trwać do końca życia. Należy zwrócić uwagę na eliminację złych nawyków dietetycznych i używek. Ponadto, jeśli istnieje taka konieczność, potrzebna jest także aktywna walka z depresją.

Metody stosowane w rehabilitacji kardiologicznej:

Kinezyterapia to ważny element usprawniania chorych. Rozpoczyna się ją, już od pierwszego etapu, ćwiczeniami oddechowymi razem z ćwiczeniami dynamicznymi małych grup mięśniowych, kończąc na dużych partiach mięśni. Chorego uruchamia się jak najwcześniej po przebytym incydencie: od siadania z nogami na łóżku, po stanie, spacer, chodzenie po schodach.

Kinezyterapia to obszerny dział, jednak w rehabilitacji kardiologicznej stosuje się różnego rodzaju treningi: trening wytrzymałościowy – to wykonywanie ćwiczeń dynamicznych oraz indywidualnie dobranej ich intensywności w odpowiednim czasie. Powinien przebiegać w sposób ciągły lub w formie interwałowej. Do tego typu treningu należy dobrać indywidualnie sprzęt, taki jak: bieżnia, cykloergometr, a także miejsce, np. sala gimnastyczna, pokój relaksacji lub dom.

Jeżeli chory toleruje ćwiczenia wytrzymałościowe, to w drugim etapie włącza się trening oporowy. Jego celem jest zwiększenie siły mięśniowej, która ulega stopniowemu ograniczeniu wraz z wiekiem. Dodatkowo, czynnikiem sprzyjającym jest siedzący tryb życia lub długotrwałe unieruchomienia. Wymienione elementy są częścią kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej w zakresie usprawniania ruchowego chorych.

Aktywność fizyczna po zawale mięśnia sercowego

Zwiększenie aktywności fizycznej i zwiększenie wydolności chorego to główne cele pierwotnej i wtórnej prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego. Korzystny wpływ stosowania aktywności fizycznej przejawia się:

- zwiększeniem wydolności fizycznej organizmu,
- działaniem przeciwzakrzepowym,
- wzrostem ilości cholesterolu HDL i obniżeniem triglicerydów,
- poprawą tolerancji glukozy oraz wysoką wrażliwością na insulinę,
- zmniejszeniem masy ciała i tkanki tłuszczowej,
- poprawą jakości życia².

Reasumując należy stwierdzić, iż kontrolowany trening fizyczny można postrzegać jako metodę zapobiegawczą i leczniczą pozwalającą ograniczyć koszty profilaktyki i leczenia. Promocja aktywności ruchowej należy do obowiązków każdego lekarza. Udowodniono, że najbardziej korzystne dla organizmu jest podejmowanie aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy. Efekty są lepsze w przypadku odpowiedniego doboru i stosowa-

² R. Matysiak et al., *Rehabilitacja kardiologiczna w czasach nowoczesnej medycyny*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2007, Nr 3-4; P. Dylewicz, *Rehabilitacja po zawale serca*, „Kardiologia Polska” 1997, Nr 47, s. 504-509; B. Olszewska, *Rehabilitacja kardiologiczna*, „Essentia Medica” 2005, Nr 4, s. 63-66; K. Smarż, *Cardiac rehabilitation in various clinical situation – phases, indications, contraindication, risks and safety issues*, „Postępy Nauk Medycznych” 2008, Nr 10, s. 643-652; „Folia Cardiologica” 2004, T. 11, Supl. A; S. Michalski, *Model wczesnej szpitalnej rehabilitacji kardiologicznej u chorych po przebytych zawale serca opracowany w III Klinice Chorób Wewnętrznych AMG*, „Forum Kardiologiczne” 1999, Z. 4 (1), s. 31-33.

nia programowanych ćwiczeń, czyli określenie dokładnej liczby ćwiczeń oraz czasu ich trwania. Zbyt niska aktywność fizyczna nie przynosi oczekiwanych efektów, natomiast zbyt wysoka może przeciążyć układ krążenia oraz układ narządu ruchu. Preferowane dyscypliny sportu indywidualnego to głównie dyscypliny dynamiczne: marsz, trucht, nordic walking, bieg, narciarstwo biegowe, pływanie, jazda na rowerze lub wybrane sporty zespołowe (np. piłka siatkowa, piłka koszykowa). Wprowadzenie nawyków treningowych w życie przez chorych z chorobami układu krążenia winno przebiegać wg modelu renesansowego, tzn. polegać na uprawianiu różnego rodzaju dyscyplin w kolejnych dniach tygodnia.

Podstawą treningu jest konsekwencja w jego stosowaniu. Ćwiczenia rozpoczynają się zawsze 5–10-minutową rozgrzewką obejmującą ćwiczenia ogólnorozwojowe, rozciągające, dynamiczne, a następnie zakończoną ćwiczeniami wyciszającymi przez 10–15 minut. Umiarkowana intensywność ćwiczeń jest zalecana jako ta najbardziej korzystna. Obciążenia oscylują w granicach 40–60% tętna maksymalnego. Zalecany wydatek energetyczny w trakcie ćwiczeń to 200–300 kcal/dzień lub minimum 1000 kcal/tydzień³, optymalnie – około 2000 kcal/tydzień³.

Przeliczenie maksymalnego tętna treningowego, jest bardzo proste można je wykonać na dwa sposoby:

$$220 - \text{wiek} = \dots$$

lub według najnowszego

$$208 - 0,7 \times \text{wiek} = \dots$$

³ T. Chamiec, *Testy wysiłkowe, trening po zawale serca (Wybór doniesień zjazdowych, Amsterdam, 8-22.08.1991)*, „Kardiologia Polska” 1992, Nr 36 (4), s. 258-259; M. Wilk, P. Kocur, W. Kuczma et al., *Wartości próby marszowej w porównaniu do badania cykloergometrycznego w ocenie krótkoterminowej rehabilitacji po zawale serca u kobiet w wieku pomenopauzalnym*, „Rehabilitacja Medyczna” 2004, Nr 8 (2), s. 15-18; E. Bolach, B. Bolach, *Zastosowanie testu korytarzowego 6-minutowego w ocenie wydolności wysiłkowej pacjentów po wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych we wczesnej rehabilitacji szpitalnej*, „Fizjoterapia Polska” 2009, Nr 9 (1), s. 75-83; P. Kocur, W. Kuczma, M. Wilk et al., *Effectiveness of a short-term rehabilitation in patients after myocardial infarction complicated with heart failure-assessment with six-minute walk test*, „Postępy Rehabilitacji” 2005, Nr 19 (1), s. 39-43; J. Mróz, W. Kuliński, *Wczesna rehabilitacja wewnątrszpitalna. Kryteria doboru chorych po zawale serca do treningu nadzorowanego*, „Balneologia Polska” 1996, Nr 3-4, s. 41-47; J. Bromboszcz, P. Dylewicz, *Rehabilitacja kardiologiczna – stosowanie ćwiczeń fizycznych*, Kraków 2006, s. 64-88; K. Sitnik, A. Michalak, A. Trzcińska-Green et al., *The role of early psychological intervention in improving the psychophysical health of patients in early post-heart attack stages – a preliminary report*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2006, Vol. 60, s. 416-421.

Tabela 1. Główne zalecenia treningowe dla osób po przebytym zawale mięśnia sercowego

Częstotliwość treningu	minimum trzy razy w tygodniu
Intensywność	średnio do 60% maksymalnego tętna
Czas trwania jednego treningu	optymalnie około 40 minut (30-60 minut)
Typ treningu	wytrzymałościowy
Ćwiczenia oporowe	około 10-15% w całym treningu
Wydatek energetyczny	200-300 kcal/dzień oraz 1 000 kcal/tydzień

Źródło: „Folia Cardiologica” 2004, T. 11, Supl. A.

Tabela 2. Szacunkowy wydatek energetyczny

Marsz 5 km/h, tenis stołowy, piłka siatkowa	5 kcal/min
Tenis ziemny, badminton, taniec	7 kcal/min
Piłka koszykowa	9 kcal/min
Piłka nożna, pływanie (40 m/min), jazda na rowerze (20 km/h), biegi narciarskie	10 kcal/min
Bieganie 10 km/h	11 kcal/min

Źródło: „Folia Cardiologica” 2004, T. 11, Supl. A.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w grupie chorych po zawale mięśnia sercowego, na oddziale stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej. Badaniem objęto 50 pacjentów. Test wysiłkowy, zgodnie z protokołem Bruce'a, przeprowadzono w dniu przyjęcia i w dniu wypisu z oddziału. Grupę stanowiło 12 kobiet (K) – 24%, oraz 38 mężczyzn (M) – 76%.

Pacjenci zostali poinformowani o celu i specyfice badań, poufności wyników oraz dobrowolnym udziale w nich. Po przeprowadzeniu testu wysiłkowego chorzy zostali zakwalifikowani do odpowiedniego modelu rehabilitacji. Codziennie rano pacjenci rozpoczynali ćwiczenia grupowe, których celem była integracja grupy oraz wstępne przygotowanie ich do kolejnych ćwiczeń, przewidzianych zgodnie z modelem rehabilitacji.

W ramach badań sondażowych zastosowano technikę badań ankietowych. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz

składał się z 15 pytań oraz części, zawierającej informacje dotyczące wyniku testu wysiłkowego, uzupełnianej przez prowadzącego badania. W części zasadniczej pytania dotyczyły (1) samooceny sprawności fizycznej, (2) informacji o nałogach, aktywności fizycznej, chorobach współistniejących oraz o charakterze i liczbie godzin pracy. Kwestionariusz zawierał również pytania dotyczące cech społeczno-demograficznych respondentów.

Wiek w grupie kobiet wynosił 57,5 lat \pm 7,5 lat, w grupie mężczyzn wynosił 53,5 lat \pm 8,5 lat. Klasyfikacja kobiet według grup wiekowych: w grupie od 45 lat do 55 lat znalazło się 8 kobiet, zaś w grupie 56 lat i więcej – 4 kobiety. W grupie mężczyzn od 45 lat do 51 lat – 4 mężczyzn, od 52 lat do 60 lat – 30 mężczyzn, natomiast w grupie 61 lat i więcej – 4 mężczyzn. Wzrost kobiet zawierał się w przedziale 156-165 cm, u mężczyzn mieścił się w granicach 166-184 cm. Masa ciała u mężczyzn wahała się od 65 kg do 110 kg, u kobiet od 57 kg do 70 kg.

Wyniki badań

W wywiadzie, aż 50% badanych zadeklarowało, że wśród członków najbliższej rodziny (ojciec, matka) zdiagnozowano zawał mięśnia sercowego. Wśród ankietowanych – u 42 osób był to pierwszy zawał.

Aż 37 osób ze wszystkich chorych paliło tytoń, 10 osób z tej grupy spożywało alkohol, tylko 13 osób zadeklarowało, że nie zażywa żadnych używek.

Czynności wykonywane przez pacjentów to: oglądanie telewizji/komputer (42 osoby), czytanie książek/rozwiązywanie krzyżówek (26 osób). Aktywność ruchowa minimum 2 godziny w tygodniu to: spacerowanie (44 osoby) i jazda na rowerze (36 osób).

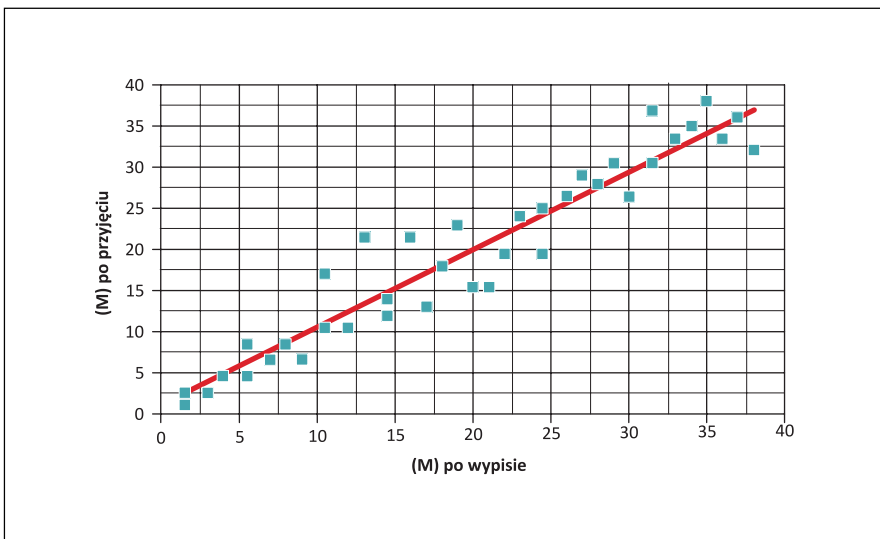
Aktywność zawodową wykazało 88% (38 osób), w tym 25 osób wykonywało pracę fizyczną, pracę umysłową – stanowiska administracyjne zajmowało 19 osób, pozostałe 12% (6 osób) to emeryci lub renciści. Rolnicy stanowili 36% grupy objętej badaniami.

Tabela 3. Wyniki przeprowadzonych badań

Ilość godzin/miesiąc	Praca fizyczna (liczba osób)	Praca umysłowa (liczba osób)
0-100	0	0
101-170	14	17
powyżej 170	11	2

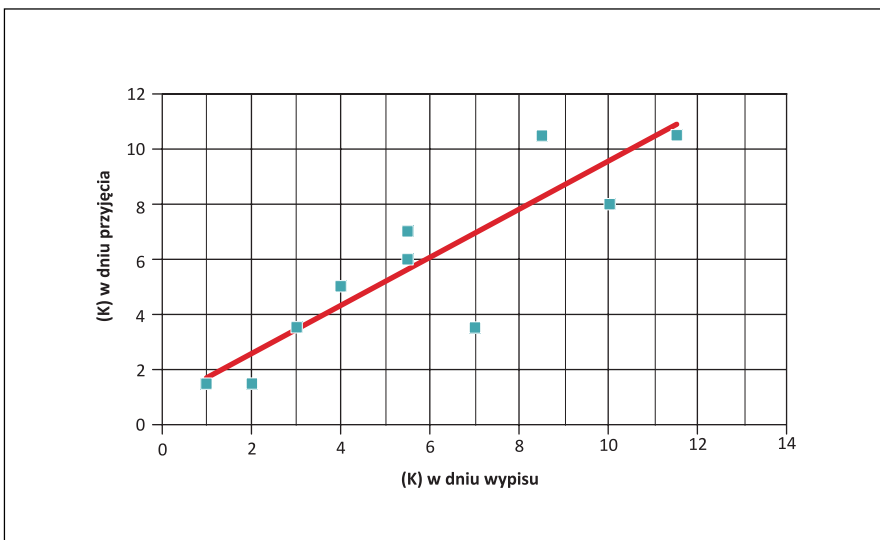
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 1. Korelacja efektów próby wysiłkowej (MET) w dniu przyjęcia oraz w dniu wypisu mężczyzn wg rang Spearmana



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 2. Korelacja efektów próby wysiłkowej (MET) w dniu przyjęcia oraz w dniu wypisu kobiet wg rang Spearmana



Źródło: opracowanie własne.

W dniu przyjęcia równoważnik metaboliczny (MET) wyniósł u mężczyzn średnio 6,72 MET, najwyższa wartość w dniu przyjęcia to 10,2 MET, zaś najniższa w dniu przyjęcia – 2 MET. W dniu wypisu równoważnik metaboliczny (MET) wyniósł u mężczyzn średnio 9,13 MET, najwyższa wartość w dniu wypisu to 13,5 MET, a najniższa w dniu wypisu to 4,6 MET.

W dniu przyjęcia równoważnik metaboliczny (MET) wyniósł u kobiet średnio 6,25 MET, najwyższa wartość w dniu przyjęcia to 10,2 MET, zaś najniższa to 4,6 MET. W dniu wypisu równoważnik metaboliczny (MET) wyniósł u kobiet średnio 9,33 MET, najwyższa wartość w dniu wypisu to 10,2 MET, a najniższa – 7 MET.

Dyskusja

Rehabilitacja kardiologiczna jest istotnym czynnikiem usprawniania pacjentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego. Jej zadaniem jest doprowadzenie chorego do odzyskania sprawności i normalnego funkcjonowania w życiu zawodowym i społecznym w możliwie najszybszym czasie. Pozytywny wpływ ćwiczeń fizycznych potwierdzono w latach 80 XX wieku⁴. Aspektami treningu interwałowego zajmowali się w 1960 r. Astrand i współautorzy⁵. Poglębiali znajomość fizjologicznych aspektów treningu przerywanego oraz możliwości zastosowania go w praktyce⁶.

Wyniki uzyskane na podstawie przeprowadzonych badań, świadczą o korzystnym wpływie stosowania rehabilitacji kardiologicznej po przebytych zawałach mięśnia sercowego. Na końcowy efekt niewątpliwie wpłynęła aktywizacja ruchowa chorych. Kluczową rolę odegrał trening interwałowy. U 98% osób poddanych temu treningowi odnotowano zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego. Wzrost zaobserwowano w grupie mężczyzn i kobiet, jedynie u jednej kobiety wynik obu testów wysiłkowych był taki sam.

⁴ N.B. Oldridge, G.H. Guyatt et al., *Cardiac rehabilitation after myocardial Infarction. Combined experience of randomized clinical trials*, „Journal of the American Medical Association” 1988, Vol. 260, s. 945-950; G.T. O'Connor, J.E. Bering et al., *An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction*, „Circulation” 1989, Vol. 80, s. 234-244.

⁵ I. Astrand, P.O. Astrand, E.H. Christensen et al., *Intermittent Muscular Work*, „Acta Physiologica” 1960, Vol. 4, Issue 3-4, s. 448-453.

⁶ Z. Siudak, *Czy zawał może być dziedziczny?*, <http://portal.abczdrowie.pl/pytania/czy-zawal-moze-byc-dziedziczny>, dostęp 23.05.2013.

Zwiększenie wydolności fizycznej poprzez zastosowanie treningu interwałowego zaobserwowali R. Piotrowicz i I. Korzeniewska-Kubacka⁷. Autorzy ci wykazali wzrost wydolności fizycznej zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

Pozytywny wpływ treningu interwałowego, ale również ćwiczeń ogólno-usprawniających w procesie rehabilitacji kardiologicznej po zawale serca opisali Kielnar i inni. Grupę badawczą stanowiło 83. chorych obserwowanych w przebiegu 3-miesięcznej rehabilitacji⁸.

D. Kałka i inni⁹ oraz R. Kielnar i inni¹⁰ w przeprowadzonych badaniach udowadniają wpływ treningu fizycznego, którego podstawowym elementem jest trening na cykloergometrze rowerowym. Autorzy porównywali rozwój tolerancji wysiłku w różnych grupach wiekowych i wykazali brak różnic w poprawie wydolności fizycznej u obu płci w zależności od wieku. W każdej badanej grupie wykazano pozytywny wpływ ćwiczeń, za wyłączeniem osób po 70 roku życia¹¹.

Z kolei Z. Nowak i inni¹², na podstawie testów wysiłkowych ocenianych protokołem Bruce'a, również potwierdzają wzrost tolerancji wysiłkowej w grupie chorych objętych kontrolowanym treningiem fizycznym.

Udział treningu interwałowego w procesie rehabilitacji kardiologicznej analizowali Kubacka i inni. W przeprowadzonych badaniach wykazują istotny statystycznie przyrost obciążeń w trakcie stosowania treningu względem czasu.

Niniejsza praca potwierdza istotny udział rehabilitacji kardiologicznej w procesie powrotu do zdrowia pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego. Trening interwałowy to jeden z kilku rodzajów treningów stosowanych u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Zo-

⁷ I. Korzeniewska-Kubacka, R. Piotrowicz, *Wpływ treningu fizycznego na wydolność czynnościową, profil lipidowy oraz częstość powrotu do pracy zawodowej kobiet po przebytych zawale serca*, „Folia Cardiologica” 2004, T. 11 (10), s. 719-725.

⁸ R. Kielnar, M. Janas, E. Domka-Jopek, *Wpływ usprawniania ambulatoryjnego na wydolność fizyczną pacjentów po zawale mięśnia sercowego*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2008, Nr 3, s. 220-225.

⁹ D. Kałka, M. Sobieszkańska, W. Marciniak et al., *Wiek a efekty długoterminowego treningu kardiologicznego u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2007, T. XXII, s. 90-94.

¹⁰ R. Kielnar, M. Janas, E. Domka-Jopek, *Wpływ usprawniania ...*, op. cit., s. 220-225.

¹¹ Ibidem, oraz D. Kałka, M. Sobieszkańska, W. Marciniak et al., *Wiek a efekty...*, op. cit., s. 90-94.

¹² Z. Nowak, T. Petelenz, S. Woś et al., *Ocena wydolności fizycznej mężczyzn rehabilitowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca*, „Wiadomości Lekarskie” 2001, T. 54 (11/12), s. 642-649.

stał doceniony i usystematyzowany w obowiązujących Standardach Rehabilitacji Kardiologicznej PTK¹³.

Wnioski

1. Rehabilitacja kardiologiczna wpływa korzystnie na poprawę wydolności fizycznej chorego, a jej systematyczne stosowanie zwiększa wydolność fizyczną.
2. Trening interwałowy na ergocyklometrze taśmowym poprawia wydolność fizyczną chorych po zawale serca. W grupie objętej tym rodzajem treningu u 98% tolerancja wysiłku zwiększyła się, a u 2% (1 osoby) pozostała bez zmian.

Robert Irzmański, dr hab. n. med., Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Wojskowo-Lekarski, Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej.

Eliasz Mosiński, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Wojskowo-Lekarski, Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej.

Joanna Kapusta, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Wojskowo-Lekarski, Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej.

¹³ N.B. Oldridge, G.H. Guyatt et al., *Cardiac rehabilitation...*, op. cit., s. 945-950; G.T. O'Connor, J.E. Bering et al., *An overview of randomized...*, op. cit., s. 234-244; I. Korzeniowska-Kubacka, R. Piotrowicz, *Wpływ treningu...*, op. cit., s. 719-725; R. Kielnar, M. Janas, E. Domka-Jopek, *Wpływ usprawniania...*, op. cit., s. 220-225; D. Kałka, M. Sobieszcańska, W. Marciniak et. al., *Wiek a efekty...*, op. cit., s. 90-94.

Literatura

1. Astrand I., Astrand P.O., Christensen E.H. et al., *Intermittent Muscular Work*, „Acta Physiologica” 1960, Vol. 4, Issue 3-4.
2. Bolach E., Bolach B., *Zastosowanie testu korytarzowego 6-minutowego w ocenie wydolności wysiłkowej pacjentów po wszczępieniu pomostów aortalno-wieńcowych we wczesnej rehabilitacji szpitalnej*, „Fizjoterapia Polska” 2009, Nr 9 (1).
3. Bromboszcz J., Dylewicz P., *Rehabilitacja kardiologiczna – stosowanie ćwiczeń fizycznych*, Kraków 2006.
4. Caine N., *Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting*, „British Medical Journal” 1991, Vol. 302.
5. Chamiec T., *Testy wysiłkowe, trening po zawale serca (Wybór doniesień zjazdowych, Amsterdam, 8-22.08.1991)*, „Kardiologia Polska” 1992, Nr 36 (4).
6. Dylewicz P., *Rehabilitacja po zawale serca*, „Kardiologia Polska” 1997, Nr 47.
7. „Folia Cardiologica” 2004, T. 11, Supl. A.
8. Janion M., Duszyński A., Kuch J., *Zawał serca. Jakie są efekty kliniczne postępu terapii w latach 1977-1995*, „Kardiologia Polska” 1997, Nr 47.
9. Jaxa-Chamiec T., *Rehabilitacja kardiologiczna, historia, cele, znaczenie i korzyści*, „Postępy Nauk Medycznych” 2008, Nr 21.
10. Jurkiewicz M., *Rehabilitacja chorych po zawale serca, a jakość życia i jego optymalizacja, Praca na stopień Doktora*, Lublin, Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego, 2012.
11. Kałka D., Sobieszcańska M., Marciniak W. et al., *Wiek a efekty długoterminowego treningu kardiologicznego u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2007, T. XXII.
12. Kielnar R., Janas M., Domka-Jopek E., *Wpływ usprawniania ambulatoryjnego na wydolność fizyczną pacjentów po zawale mięśnia sercowego*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2008, Nr 3.
13. Kocur P., Kuczma W., Wilk M. et al., *Effectiveness of a short-term rehabilitation in patients after myocardial infarction complicated with heart failure-assessment with six-minute walk test*, „Postępy Rehabilitacji” 2005, Nr 19 (1).
14. Korzeniowska-Kubacka I., Piotrowicz R., *Wpływ treningu fizycznego na wydolność czynnościową, profil lipidowy oraz częstość powrotu do pracy zawodowej kobiet po przebytych zawale serca*, „Folia Cardiologica” 2004, T. 11 (10).
15. Kubacka I., Rudnicki S., Rydzewska E. et al., *Trening interwałowy jako metoda ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w operacyjnym i zachowawczym leczeniu choroby wieńcowej*, „Postępy Rehabilitacji” 1996, Nr 10 (2).
16. Matysiak R., Rapacka E., Fijałkowski P. et al., *Rehabilitacja kardiologiczna w czasach nowoczesnej medycyny*, „Żywnie Człowieka i Metabolizm” 2007, T. 34.
17. Matysiak R., Rapacka E., Fijałkowski P. et al., *Rehabilitacja kardiologiczna w czasach nowoczesnej medycyny*, „Żywnie Człowieka i Metabolizm” 2007, Nr 3-4.
18. Michalski S., *Model wczesnej poszpitalnej rehabilitacji kardiologicznej u chorych po przebytych zawale serca opracowany w III Klinice Chorób Wewnętrznych AMG*, „Forum Kardiologiczne” 1999, Z. 4 (1).

19. Michalski P., Kosobucka A., M. Nowik et al., *Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego*, „Folia Cardiologica” 2016, T. 11, Nr 6.
20. Mróz J., Kuliński W., *Fizjologiczne aspekty rehabilitacji kardiologicznej*, „Balneologia Polska” 1996, Nr 38.
21. Mróz J., Kuliński W., *Wczesna rehabilitacja wewnątrzszpitalna. Kryteria doboru chorych po zawale serca do treningu nadzorowanego*, „Balneologia Polska” 1996, Nr 3-4.
22. Nowak Z., Petelenz T., S. Woś et al., *Ocena wydolności fizycznej mężczyzn rehabilitowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca*, „Wiadomości Lekarskie” 2001, T. 54 (11/12).
23. O'Connor G.T., Bering J.E. et al., *An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction*, „Circulation” 1989, Vol. 80.
24. Oldridge N.B., Guyatt G.H. et al., *Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials*, „Journal of the American Medical Association” 1988, Vol. 260.
25. Olszewska B., *Rehabilitacja kardiologiczna*, „Essentia Medica” 2005, Nr 4.
26. Salabura B., Klimek-Piskorz E., Sokół B., *Wpływ szpitalnej rehabilitacji kardiologicznej na zmiany postawy wobec własnej*, „Postępy Rehabilitacji” 2006, Nr 2.
27. Sapuła R., Wdowiak L., Smoleń A. et al., *Aktywność fizyczna pacjentów po zawale serca*, „Medycyna Ogólna” 2008, Nr 14.
28. Sitnik K., Michalak A., Trzciecka-Green A. et al., *The role of early psychological intervention in improving the psychophysical health of patients in early post-heart attack stages – a preliminary report*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2006, Vol. 60.
29. Siudak Z., *Czy zawał może być dziedziczny?*, <http://portal.abczdrowie.pl/pytania/czy-zawal-moze-byc-dziedziczny>, dostęp 23.05.2013.
30. Smarż K., *Cardiac rehabilitation in various clinical situation – phases, indications, contraindication, risks and safety issues*, „Postępy Nauk Medycznych” 2008, Nr 10.
31. Wilk M., Kocur P., Kuczma W. et al., *Wartości próby marszowej w porównaniu do badania cykloergometrycznego w ocenie krótkoterminowej rehabilitacji po zawale serca u kobiet w wieku pomenopauzalnym*, „Rehabilitacja Medyczna” 2004, Nr 8 (2).

Cardiac rehabilitation – an important factor to facilitate recovery after myocardial infarction

Aim of the study: Influence of two-week cardiac rehabilitation on the improvement of exercise tolerance in patients after myocardial infarction. Myocardial infarction is an important therapeutic and social problem.

In the study population, 88% were professionally active, 12% were receiving a pension. Most people working physically or mentally were professionally active for 101-170 hours a month. People employed in agriculture accounted for 36% of the examined group.

Material and methods: The study was conducted in a 50-patient group after myocardial infarction. Exercise testing based on the Bruce protocol was performed on the day of admission and discharge. There were 12 females and 38 males in the study group. The all patients were subjected to individual physical training, consisting of gymnastic groups and cycle ergometer training. Interval training was designed according to the results of the treadmill stress test. Exercise training was performed under the control of selected hemodynamic parameters (blood pressure, heart rate).

Results: On the day of admission, physical efficiency of the patients, evaluated by treadmill stress test, ranged between 2.0-10.2 MET. The mean increase in exercise tolerance after two weeks of cardiac rehabilitation in men was 2.41 MET and in women – 3.08 MET.

Conclusions:

1. Cardiac rehabilitation following myocardial infarction is an important element in the comprehensive treatment of patients after myocardial infarction.
2. Interval training had a positive effect on improving physical efficiency in 98% of subjects, physical efficiency did not improve only in 2% of them.

Keywords: cardiac rehabilitation, exercise tolerance, myocardial infarction.

*Grzegorz Gałuszka, Renata Gałuszka, Wojciech Legawiec**

Wpływ ćwiczeń fizycznych w wodzie na wybrane wskaźniki zdrowia u osób z nadwagą i otyłością

Streszczenie

Wprowadzenie: otyłość określana jest przez wielu badaczy jako nadmierne, nie fizjologiczne nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w organizmie. Powstaje w następstwie zaburzenia bilansu energetycznego, czyli długotrwałego dostarczania do organizmu nadmiaru produktów energetycznych, przekraczającego ilość energii wydatkowanej przez organizm. Może być niebezpieczna dla zdrowia lub życia. Czynniki sprzyjającymi otyłości są: siedzący tryb życia, automatyzacja i coraz niższa aktywność fizyczna. Celem badań było stwierdzenie, jak regularny wysiłek fizyczny wpływa na wybrane parametry organizmu i czy osoby zdyscyplinowane, przestrzegające diety i aktywne fizycznie, zdecydowanie szybciej tracą masę ciała. Materiał badawczy stanowiła grupa 100 osób, w tym 50 kobiet i 50 mężczyzn.

Wyniki i wnioski: ćwiczenia fizyczne na pływalni wpłynęły korzystnie na wzrost pojemności oddechowej u badanych osób, a przy tym na obniżenie masy ciała, lepsze samopoczucie, wydolność fizyczną i potrzebę aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, ćwiczenia w wodzie, wydolność.

* **Grzegorz Gałuszka**, Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu; **Renata Gałuszka**, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu; **Wojciech Legawiec**, Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A.

Definityjnie, otyłość przez wielu badaczy określana jest jako nadmierne, nie fizjologiczne nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w organizmie. Powstaje w następstwie zaburzenia bilansu energetycznego, czyli długotrwałej podaży dla organizmu nadmiaru produktów wysokoenergetycznych, co przekracza ilość energii wydatkowanej przez ten organizm. Może być niebezpieczna dla zdrowia lub życia. Czynniki sprzyjającymi otyłości są m.in.: siedzący tryb życia, automatyzacja i coraz niższa aktywność fizyczna, co w dużej mierze dotyczy krajów wysoko rozwiniętych oraz zamorskich¹. Aktualnie poziom aktywności fizycznej jest znacznie niższy od tego, jaki posiadali nasi przodkowie². Innymi czynnikami są: niektóre, rzadkie choroby genetyczne, schorzenia przebiegające z zaburzeniem metabolizmu, zaburzenia hormonalne. Coraz więcej osób dotkniętych jest problemem otyłości. W badaniu Pol-MONICA Bis³ (dotyczącym badania zachorowalności na zawał serca oraz czynników je powodujących, wśród których podaje się otyłość) stwierdzono otyłość na poziomie 26% u mężczyzn i 24% u kobiet⁴.

Niezadowolające są też wyniki badań nad otyłością i nadwagą występującą u dzieci i młodzieży⁵. Podstawową metodą rozpoznawania otyłości i nadwagi u dorosłych jest obliczenie tzw. wskaźnika masy ciała – Body

¹ N. Abate, A. Garg, R.M. Peshock et al., *Relationship of generalized and regional adiposity to insulin sensitivity in men*, „Journal of Clinical Investigation” 1995, Vol. 96, s. 88-98; WHO, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*, WHO Technical Report Series, No 894, Genewa 2000, s. 1-253; W.H.M. Saris, S.N. Blair, M.A. van Baak et al., *How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement*, „Obesity Reviews” 2003, Vol. 4, s. 101-114.

² L. Cordian, R.W. Gotshall, S.B. Eaton, *Physical activity, energy expenditure and fitness, an evolutionary perspective*, „International Journal of Sports Medicine” 1998, Vol. 19, s. 328-335; M. Hayes, M. Chustek, S. Heshka et al., *Low physical activity level of modern Homosapiens among free-ranging animals*, „International journal of obesity and related metabolic disorders” 2005, Vol. 29, s. 151-156.

³ Badanie przeprowadzone przez Instytut Kardiologii i CM UJ w Krakowie na grupie ok. 3 000 osób, na kanwie przeprowadzonego przez WHO w latach 1983-1993 badania Pol-MONICA, w którym uczestniczyło 38 ośrodków naukowych z 21 państw, w tym 2 z Polski.

⁴ S. Rywik, A. Pająk, G. Broda et al., *Częstość występowania nadwagi i otyłości w wybranych populacjach Polski. Pol-MONICA Bis Project*, „Medycyna Metaboliczna” 2003, Nr 7, s. 8-15.

⁵ G. Gałuszka, R. Gałuszka, *Obesity and flauty posture In school-aged children. Educacion vs. Welles*, Lublin 2009, s. 165-173.

Mass Index (BMI). Wzór do obliczenia BMI oraz normy dotyczące nadwagi i otyłości podane są przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)⁶. BMI oblicza się, dzieląc wartość określającą masę ciała i wyrażoną w kilogramach, przez wartość określającą wzrost wyrażony w metrach i podniesiony do kwadratu (kg/m^2)⁷.

Zgodnie z WHO istnieją trzy stopnie otyłości: (1) BMI 30,0-34,9; (2) BMI 35,0-39,9; (3) BMI >40,0. Stopień trzeci określa się niekiedy jako otyłość olbrzymią lub otyłość śmiertelną. Wartość BMI, przy której mówi się o nadwadze, waha się pomiędzy 25,0 a 29,9, zaś prawidłowa wartość BMI powinna mieścić się w przedziale 18,5-24,9⁸. Liczne badania epidemiologiczne udowodniły, że otyłość, zwłaszcza brzuszna, wiąże się wieloma niekorzystnymi dla funkcjonowania organizmu zmianami, tj. ze zwiększoną predyspozycją do rozwoju nadciśnienia, chorobą niedokrwienną serca oraz udarem mózgu⁹. Jest to niebezpieczna choroba, jej skutki są niekorzystne dla wielu układów wewnętrznych człowieka, zwiększa także ryzyko zgonu¹⁰. Modyfikacje zachowań w każdym przypadku stanowią podstawę i niezbędny element leczenia otyłości. Modyfikacja zachowań powinna wiązać się ze zbilansowaniem diety (adekwatnie do wydatkowania energetycznego), zastosowania aktywności fizycznej, ograniczenia siedzącego trybu życia (biernego wypoczynku) oraz, w miarę możliwości, wyeliminowania innych czynników, które bezpośrednio lub pośrednio wpły-

⁶ K.D. Brownell, T.A. Wadden, *The LEARN Program for Weight Control*, Dallas, American Health Publishing Company, 1999; WHO, *Obesity: Preventing and managing The Global Epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity*, WHO/NUT/NCD/98.1, Genewa 1998; W.B. Szostak, M. Białkowska, B. Cybulska et al., *Leczenie otyłości u ludzi dorosłych. Rekomendacje Narodowego Programu Profilaktyki Cholesterolowej*, „Medycyna po Dyplomie” 2000, s. 163-180.

⁷ F.X. Pi-Sunyer, *Obesity: criteria and classification*, „Proceedings of the Nutrition Society” 2000, Vol. 59, s. 505-509.

⁸ WHO, *Obesity: Preventing and managing The Global Epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity*, WHO/NUT/NCD/98.1, Genewa 1998; WHO, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*, WHO Technical Report Series, No 894, Genewa 2000, s. 1-253; F.X. Pi-Sunyer, *Obesity: criteria and classification*, „Proceedings of the Nutrition Society” 2000, Vol. 59, s. 505-509.

⁹ N. Abate, A. Garg, R.M. Peshock et al., *Relationship of generalized and regional adiposity to insulin sensitivity in men*, „Journal of Clinical Investigation” 1995, Vol. 96, s. 88-98; L. Lapidus, B. Bengtsson, B. Larsson et al., *Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 12 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg*, „British Medical Journal” 1984, Vol. 289, s. 1257-1261.

¹⁰ D.B. Allison, K.R. Fontaine, J.E. Manson et al., *Annual deaths attributable to obesity in the United States*, „Journal of the American Medical Association” 1999, Vol. 282, 1530-1538; A. Must, J. Spadano, E.H. Coakley et al., *The disease burden associated with overweight and obesity*, „Journal of the American Medical Association” 1999, Vol. 282, s. 1523-1529.

wają na rozwój otyłości, np. stres czy picie alkoholu i/lub palenie tytoniu. Specjaliści zajmujący się tym schorzeniem proponują leczenie farmakologiczne oraz chirurgię bariatryczną, ale dopiero tym pacjentom, u których modyfikacja trybu życia (włączenie aktywności fizycznej) oraz modyfikacja diety (eliminacja produktów o wysokim indeksie glikemicznym oraz wysokokalorycznych) nie przynoszą zakładanych efektów. Do takiej formy terapii kieruje się też osoby z otyłością patologiczną¹¹. Dla prawidłowego funkcjonowania człowieka niezbędna jest aktywność fizyczna. Wśród wielu badań można znaleźć informację o tym, iż osoby, które posiadają prawidłową masę ciała oraz są aktywne fizycznie, w porównaniu z otyłymi i nieaktywnymi fizycznie, znacznie rzadziej umierają z powodu chorób sercowo-naczyniowych¹². Zalecana ilość wysiłku dla osoby dorosłej to co najmniej 5 lub więcej 30-minutowych sesji umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo. Aktywność fizyczna pozwala na zwiększenie wydatku energetycznego, co daje możliwość zmniejszania masy ciała. Korzyści wynikające ze zwiększonej aktywności fizycznej, oprócz redukcji masy tkanki tłuszczowej, to: (1) wzrost masy mięśni oraz ich elastyczności, (2) wzrost elastyczności więzadeł, ścięgien i torebek stawowych, (3) lepsze uwapnienie kości, (4) zmniejszenie wywołanego dietą niepożądanego obniżenia spoczynkowego wydatku energetycznego, (5) obniżenie podwyższonego stężenia insuliny, (6) poprawa tolerancji glukozy, (7) poprawa parametrów biochemicznych, (8) obniżenie ciśnienia krwi spoczynkowego i wysiłkowego, (9) obniżenie tętna spoczynkowego i wysiłkowego, (10) wzrost sprawności i wydolności fizycznej oraz (11) dobre samopoczucie psychiczne (wysiłek powoduje wzrost poziomu serotoniny, hormonu „szczęścia”)¹³. W celu zapobiegania otyłości, szczególnie w sytuacjach braku kontrolowania kaloryczności posiłków, wskazana jest codzienna 45–60-minutowa aktywność fizyczna (chodzenie, trucht, jazda na rowerze itp.). Osoby oty-

¹¹ D. Lau, J. Douketis, K.M. Morrison et al., *Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. Summary*, „Canadian Medical Association Journal” 2007, Vol. 176, s. 1-13; The National Institute for Health and Care Excellence, *Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*, www.nice.org.uk, 2006.

¹² C.D. Lee, S.N. Blair, A.S. Jackson, *Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men*, „American Journal of Clinical Nutrition” 1999, Vol. 69, s. 373-380.

¹³ L. Cordian, R.W. Gotshall, S.B. Eaton, *Physical activity, energy expenditure and fitness, an evolutionary perspective*, „International Journal of Sports Medicine” 1998, Vol. 19, s. 328-335; M. Hayes, M. Chustek, S. Heshka et al., *Low physical activity level of modern Homosapiens among free-ranging animals*, „International journal of obesity and related metabolic disorders” 2005, Vol. 29, s. 151-156; *Management of Obesity in Adults: Project for European Medical Care*, „International journal of obesity and related metabolic disorders” 2004, Vol. 28, s. 226-231.

łe, które obniżyły swoją masę ciała, aby zapobiegać efektowi jo-jo, potrzebują codziennie 60-90 minut aktywności fizycznej¹⁴.

W badaniach nad skutecznością wysiłku fizycznego w kontroli masy ciała stwierdzono, iż osoby regularnie aktywne fizycznie osiągały znacznie lepsze wyniki w kontroli masy ciała oraz czynników ryzyka niż osoby nieaktywne¹⁵. Mimo istniejących zaleceń odnośnie ilości aktywności fizycznej korzystnej dla redukcji masy ciała, istnieją doniesienia o braku związku ilości czasu poświęcanego na aktywność dziennie (30-60 minut) z uzyskiwanymi efektami¹⁶. Czas wysiłku fizycznego przekraczający 30 minut w jednej sesji uruchamia mechanizmy wykorzystujące kwasy tłuszczowe jako źródło energii. Całkowity czas trwania wysiłku fizycznego jest niezwykle istotnym elementem modyfikacji stylu życia, ważniejszym nawet niż jego intensywność. Powinien w sumie trwać powyżej 150 minut na tydzień¹⁷. Do aktywności fizycznej należy dołączyć dobrze zbilansowaną dietę. Systematyczna aktywność w połączeniu z dietą pozwala osiągnąć zadawalające efekty w postaci obniżenia masy ciała i utrzymania jej prawidłowej wartości¹⁸.

Cel

Celem badań była ocena, jak regularne ćwiczenia w wodzie wpływają na wybrane wskaźniki funkcjonowania ludzi z otyłością i czy w powiązaniu ze zdyscyplinowaniem w utrzymywaniu właściwej diety oraz aktywności fizycznej wpływają na zmniejszenie masy ciała.

¹⁴ R.R. Wing, S. Phelan, *Long-term weight loss maintenance*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2005, Vol. 82, s. 222-225.

¹⁵ P.L. Schneider, D.R. Bassett, D.L. Thompson et al., *Effects of a 10,000 steps per day goal in overweight adults*, „American Journal of Health Promotion” 2006, Vol. 21, s. 85-89.

¹⁶ M.A. Baak, W.H.M. Saris, *Exercise and Obesity [w:] Clinical Obesity*, ed. P.G. Kopelman, M.J. Stock, Oxford, Blackwell Science, 1999, s. 429-469; J. Bond Brill, A.C. Perry, L. Parker et al., *Dose-response effect of walking exercise on weight loss. How much is enough?*, „International journal of obesity and related metabolic disorders” 2002, Vol. 26, s. 1484-1493; B. Zahorska-Markiewicz, *Nauka i Praktyka w Leczeniu Otyłości*, Kraków 2005.

¹⁷ H.O. Chambliss, *Exercise duration and intensity in a weight-loss program*, „Clinical Journal of Sport Medicine” 2005, Vol. 15, s. 113-115; C.A. Slentz, B.D. Duscha, J.L. Johnson et al., *Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRRIDE – a randomized controlled study*, „Journal of the American Medical Association” 2004, Vol. 164, s. 31-39.

¹⁸ R. Dachs, *Exercise is an effective intervention in overweight and obese patients*, „American Family Physician” 2007, Vol. 75, s. 1333-1335; R.R. Wing, S. Phelan, *Long-term weight loss maintenance*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2005, Vol. 82, s. 222-225.

Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiła grupa 100 osób, w tym 50 kobiet i 50 mężczyzn, wiek ankietowanych wynosił od 25 do 60 lat. Badaniami objęto pacjentów kieleckich Poradni Chorób Metabolicznych oraz POZ-ów, uczestniczących w zajęciach ruchowych na jednej z kieleckich pływalni i zamieszkujących tereny wiejskie. Charakter miejsca zamieszkiwania związany był z organizacją przez środowiska wiejskie ww. formy aktywności ruchowej. Badani zmagali się z nadwagą lub otyłością od 5 lat do 30 lat (średnio 15 lat). Badania prowadzono od czerwca do września 2012 roku.

Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Pytania obejmowały: (1) schorzenia towarzyszące otyłości, (2) czas, po którym rejestrowano obniżanie masy ciała, (3) dolegliwości bólowe kręgosłupa i stawów obwodowych, (4) samopoczucie po ćwiczeniach, (5) motywację do kontynuowania wysiłku fizycznego oraz (6) realizację zaleceń dietetycznych. Zastosowano kafeterię zamkniętą. Każda z badanych osób wyraziła ustną zgodę na badanie i przyjęła ankietę do wypełnienia. Ankieter wręczał badanym kwestionariusze tuż przed rozpoczęciem ćwiczeń na pływalni. Badani wypełniali kwestionariusze w domu, a następnie zwracali je przed kolejnymi zajęciami. Taki schemat przeprowadzenia badania ankietowego wynikał z braku odpowiednich warunków w miejscu ćwiczeń. Zwracalność kwestionariuszy wynosiła na poziomie 100%.

W przypadku, gdy zaobserwowano obniżanie masy ciała, kierowano się zaleceniami dotyczącymi utrzymania właściwego tempa utraty masy ciała, tj. w granicach od 0,5 kg do 1 kg na tydzień. Dlatego instruktorzy prowadzący zajęcia na pływalni informowali badanych, aby nie dążyć do większej utraty masy poprzez wprowadzenie drastycznych ograniczeń w diecie, ponieważ wskazany wyżej czas pozwala na pozbycie się tkanki tłuszczowej, a nie na utratę wody czy masy mięśniowej. Badani otrzymali opracowany plan żywieniowy z produktami, których powinni unikać (m.in. słodczy, białego pieczywa) i produktami, o które należy oprzeć menu w celu obniżenia masy ciała.

Dla oceny parametrów oddechowych zastosowano wyniki badań spirometrycznych (respondenci dostarczali gotowe wyniki badań). Porównywano oceny spirometryczne po jednym, dwóch i trzech miesiącach od czasu zmiany trybu życia na aktywny (wiążący się z modyfikacją diety i udziałem w zajęciach na pływalni).

Ćwiczenia ruchowe prowadzono przez 45 minut. Zajęcia odbywały się 2 razy w tygodniu. Każdorazowo monitorowano zgłaszalność badanych na

zajęcia, co spowodowało, iż przez 3 miesiące cała grupa uczestniczyła we wszystkich zaplanowanych zajęciach. Z uwagi na to, iż nie każda osoba w badanej grupie posiadała umiejętność pływania, dla wszystkich zaplanowano program ćwiczeń, w oparciu o poniżej przedstawione.

Rodzaje stosowanych w programie ćwiczeń:

- ćwiczenia oddechowe z wydechem pod wodą;
- bieg w miejscu;
- podskoki w miejscu;
- podskoki w miejscu – tzw. „pajacyk”;
- wykonanie półprzysiada, a następnie możliwie najwyższy wyskok;
- z pozycji stojącej, naprzemienne łączenie przeciwstawnie łokcia i kolana na wysokości pasa;
- stanie prawym bokiem do ścianki niecki basenowej, oparcie prawej kończyny górnej o ściankę i odwodzenie lewej kończyny dolnej, następnie zmiana strony;
- stanie prawym bokiem do ścianki niecki basenowej, oparcie prawej kończyny górnej o ściankę, lewa kończyna dolna kreśli „ósemki” (8 i ∞), następnie zmiana strony;
- kończyny górne oparte o brzeg niecki basenowej, kończyny dolne wykonują ruchy do stylu pływania „żabką”;
- kończyny górne oparte o brzeg niecki basenowej, kończyny dolne wykonują ruchy do stylu pływania „kraulem”.

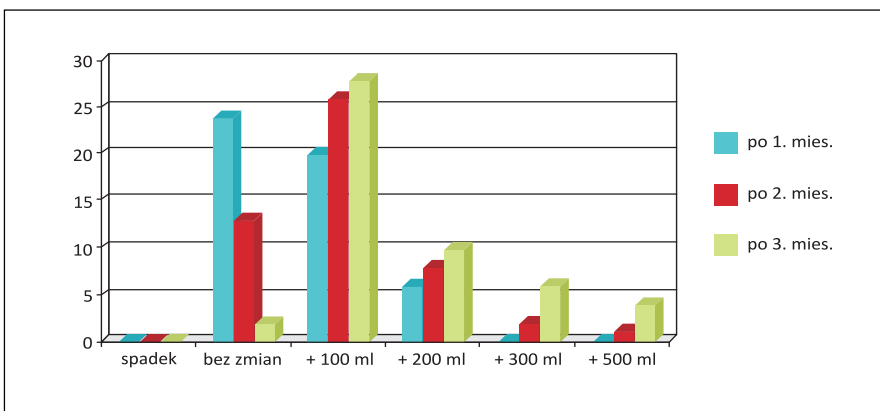
Badani ćwiczyli w wodzie o głębokości ok. 120 m (sięgającej do pasa), ze względu na to, że płytsza woda powoduje zbyt małe zaangażowanie mięśni, zaś głębsza utrudnia utrzymanie równowagi.

Ułożony program żywieniowo-treningowy zakładał powolną utratę masy ciała od otyłości do normy (trwającą nawet rok dla niektórych uczestników), aby uzyskać trwały efekt bez tzw. zjawiska jo-jo.

Wyniki

Po pierwszym miesiącu uczestniczenia w zajęciach ruchowych w grupie mężczyzn i kobiet nie stwierdzono spadku pojemności oddechowej płuc.

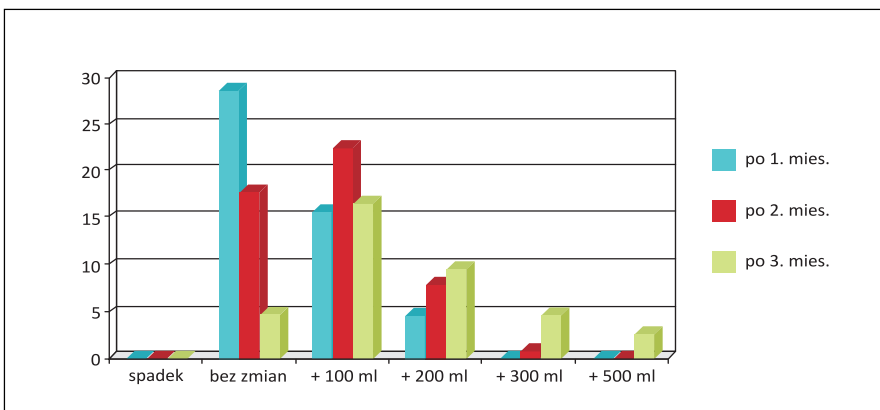
Wykres 1. Ocena pojemności oddechowej w trakcie programu ćwiczeń w wodzie u mężczyzn



Źródło: opracowanie własne.

Pojemność bez zmian stwierdzono u 24 badanych (48%), wzrost o 100 ml u 20 (40%), wzrost o 200 ml u 6 (12%), wzrost o 300 ml i o 500 ml u żadnego z badanych. Po drugim miesiącu realizowania aktywności pojemność bez zmian stwierdzono u 13 badanych (26%), wzrost o 100 ml u 26 (52%), wzrost o 200 ml u 8 (16%), wzrost o 300 ml u 2 (4%) i o 500 ml u 1 (2%). Po trzech miesiącach ćwiczeń pojemność bez zmian stwierdzono u 2 badanych, wzrost o 100 ml u 28 (56%), wzrost o 200 ml u 10 (20%), wzrost o 300 ml u 6 (12%) i o 500 ml u 4 (8%).

Wykres 2. Ocena pojemności oddechowej w trakcie programu ćwiczeń w wodzie u kobiet



Źródło: opracowanie własne.

Pojemność bez zmian stwierdzono u 29 (58%) badanych, wzrost o 100 ml u 16 (32%), wzrost o 200 ml u 5 (10%), wzrost o 300 ml i o 500 ml u żadnej z badanych osób. Po drugim miesiącu realizowania aktywności pojemność bez zmian stwierdzono u 18 badanych (36%), wzrost o 100 ml u 23 (46%), wzrost o 200 ml u 8 (16%), wzrost o 300 ml u 1 (2%) i o 500 ml u żadnej z badanych osób. Po trzech miesiącach ćwiczeń pojemność bez zmian stwierdzono u 5 badanych, wzrost o 100 ml u 27 (54%), wzrost o 200 ml u 10 (20%), wzrost o 300 ml u 5 (10%) i o 500 ml u 3 (6%).

W ocenie korzyści zdrowotnych, w związku ze zmianą trybu życia i włączeniem aktywności ruchowej, uwzględniono również inne schorzenia, na które wpływają otyłość i nadwaga. (lub: które mają swój udział w schorzeniach otyłości i nadwagi).

Tabela 1. Występowanie schorzeń oprócz otyłości u kobiet i mężczyzn

Grupa chorób	Kobiety (n=50)		Mężczyźni (n=50)	
	Liczba odpowiedzi twierdzących	%	Liczba odpowiedzi twierdzących	%
reumatologiczne	22	44	10	20
neurologiczne	26	52	12	24
cukrzyca	3	6	7	14
kardiologiczne i pulmonologiczne	7	14	12	24
brak chorób	14	28	22	44

Źródło: opracowanie własne.

W badanej grupie u kobiet oprócz nadwagi i otyłości najczęściej występują schorzenia neurologiczne (52%) głównie były to dolegliwości bólowe o charakterze rwy kulszowej lub rwy barkowej oraz reumatologiczne (44%). W dalszej kolejności występowały choroby kardiologiczne (14%) i cukrzyca (6%). Bark jakichkolwiek innych schorzeń poza otyłością stwierdziło 28 badanych kobiet. U mężczyzn schorzenia neurologiczne oraz kardiologiczne wraz z pulmonologicznymi stanowiły największą liczbę (po 24%), następnie reumatologiczne (20%) oraz cukrzyca (14%). Żadnych chorób, poza otyłością, nie stwierdziło u siebie 44% badanych mężczyzn.

Zdecydowanie większa grupa mężczyzn, w odniesieniu do grupy kobiet, wskazała na brak dodatkowych chorób oprócz otyłości, ale jednocze-

śnie stwierdza się, że prawie dwukrotnie więcej mężczyzn, w stosunku do kobiet, posiada schorzenia kardiologiczne oraz cukrzycę.

Ocenie poddano obniżenie masy ciała w przedziale od 3 kg do 5 kg, określonym jako znaczny.

Tabela 2. Czas, po którym stwierdzono obniżenie masy ciała

Czas	Kobiety (n=50)		Mężczyźni (n=50)	
	Liczba odpowiedzi	%	Liczba odpowiedzi	%
po 3 tygodniach	7	14	5	10
po 8 tygodniach	24	48	6	12
po 3 miesiącach	16	32	25	50

Źródło: opracowanie własne.

Po trzech tygodniach u 14% kobiet i 10% mężczyzn stwierdzono znaczny spadek masy ciała. Największą utratę masy ciała po ośmiu tygodniach odnotowano u kobiet (48%), natomiast u mężczyzn (12%), co świadczy, iż u mężczyzn znacznie wolniej niż u kobiet następuje obniżenie masy ciała w okresie pierwszych 8 tygodni. Po upływie 3 miesięcy spadek masy ciała stwierdzono u 32% kobiet i 50% mężczyzn. U pozostałych osób (3 kobiet i 14 mężczyzn) nie stwierdzono stałej i znaczącej różnicy w masie ciała mierzonej przed rozpoczęciem ćwiczeń oraz w okresach kontrolnych.

Tabela 3. Korzyści zdrowotne wynikające z systematycznej aktywności fizycznej na pływalni

Zarejestrowana zmiana	Kobiety (n=50)		Mężczyźni (n=50)	
	Liczba odpowiedzi	%	Liczba odpowiedzi	%
ustąpienie bólu kręgosłupa	34	68	20	40
ustąpienie bólu stawów obwodowych	17	34	12	24
odczuwalna poprawa wydolności organizmu	38	76	35	70
poprawa samopoczucia psychicznego	44	88	35	70

Źródło: opracowanie własne.

Poprawa samopoczucia psychicznego badanych wystąpiła u 88% kobiet i 70% mężczyzn. Odczuwalną poprawę wydolności organizmu stwierdzono u 76% badanych kobiet i 70% mężczyzn. Ustąpienie bólu kręgosłupa, który towarzyszył badanym przed przystąpieniem do ćwiczeń na pływalni, stwierdzono u 68% kobiet i 40% mężczyzn. Ustąpienie bólu stawów obwodowych (stawy kolanowe, ramienno-barkowe, łokciowe) stwierdzono u 34% kobiet i 24% mężczyzn. Żadna z ćwiczących osób nie stwierdziła braku korzystnych zmian, jak również zmian na gorsze (tj. nasilenia objawów chorobowych, nasilenia bólu i innych) pod wpływem rozpoczęcia i kontynuowania aktywności fizycznej na pływalni. Zmiany te posiadały charakter subiektywny oraz wynikały z indywidualnych ocen badanych.

Tabela 4. Samopoczucie ogólne badanych pod wpływem aktywności ruchowej

Samopoczucie po ćwiczeniach	Kobiety (n=50)		Mężczyźni (n=50)	
	Liczba odpowiedzi	%	Liczba odpowiedzi	%
bardzo dobre	38	76	45	90
dobrze	11	22	5	10
bez zmian	1	2	0	0
po ćwiczeniach gorzej	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Ogólne samopoczucie badanych pod wpływem aktywności ruchowej na poziomie bardzo dobrym stwierdzono u 76% kobiet i 90% mężczyzn, dobre u 22% kobiet i 10% mężczyzn, bez zmian tylko u 1 kobiety (2%). Pogorszenia samopoczucia, bądź nasilenia objawów chorobowych nie stwierdzono u żadnego badanego.

Tabela 5. Subiektywne odczuwanie potrzeby aktywności fizycznej, w związku z uczestnictwem w grupie osób ćwiczących na pływalni

Odpowiedzi badanych	Kobiety (n=50)		Mężczyźni (n=50)	
	Liczba odpowiedzi	%	Liczba odpowiedzi	%
tak	39	78	35	70
raczej tak	10	20	14	28
raczej nie	1	2	1	2
nie	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Potrzebę aktywności ruchowej, z deklaracją jej dalszego kontynuowania stwierdziło 74 ankietowanych (w tym 78% kobiet i 70% mężczyzn). Subiektywne odczuwanie potrzeby aktywności fizycznej w związku z uczestnictwem w grupie osób ćwiczących na pływalni określone jako „raczej tak” stwierdziło 20% kobiet i 28% mężczyzn, „raczej nie” 2% kobiet i 2% mężczyzn. Spośród badanej grupy nikt nie zadeklarował zdecydowanego sprzeciwu dla aktywności fizycznej.

Tabela 6. Zdyscyplinowanie w utrzymywaniu właściwej diety

Realizacja zaplanowanej diety	Kobiety (n=50)		Mężczyźni (n=50)	
	Liczba odpowiedzi	%	Liczba odpowiedzi	%
rozpoczęto i dokładnie przestrzegano	31	62	21	42
rozpoczęto, ale okazjonalnie stosowano odstępstwa	16	32	15	30
rozpoczęto, ale nie utrzymano	2	4	9	18
nie rozpoczęto	1	2	5	10

Źródło: opracowanie własne.

W zakresie zdyscyplinowania w utrzymywaniu właściwej diety stwierdzono, iż 62% kobiet i 42% mężczyzn rozpoczęło i dokładnie przestrzegało zaleconej diety. Stosowanie okazjonalnych odstępstw w tzw. wyjątkowych sytuacjach (udział w ważnych imprezach, uroczystościach) od diety potwierdziło 32% kobiet i 30% mężczyzn. Dietę rozpoczęło, ale porzuciło 4% kobiet i 18% mężczyzn. Diety nie podjęło natomiast 2% kobiet i 10% mężczyzn.

Dyskusja

Otyłość jest złożonym problemem, wynikającym z wielu przyczyn. Jedną z nich jest niewystarczająca aktywność fizyczna, która w związku z rozwojem cywilizacyjnym stale się zmniejsza¹⁹. Ćwiczenia w wodzie są zalecane dla osób otyłych, ze względu na zalety środowiska wodnego, do których należą: odciążenie ćwiczącego, wykorzystanie wody jako oporu do ćwiczeń, aktywacja wielu grup mięśniowych jednocześnie, obniżenie odczucia bólu lub dyskomfortu związanego z wykonywaniem ćwiczeń²⁰. Wśród wielu autorów prac można znaleźć stwierdzenie, iż aktywność fizyczna w warunkach wodnych – pod postacią ćwiczeń lub pływania wpływa korzystnie na redukcję masy ciała, ze względu na fakt, iż następuje wówczas aktywizacja układu mięśniowego w stopniu zdecydowanie przewyższającym inne dyscypliny sportowe i rekreacyjne²¹.

Ćwiczenia w środowisku wodnym są szczególnie zalecane osobom otyłym. Wykonywanie aktywności w wodzie, która jest zimna, pobudza pracę żołądka i jelit. Woda ciepła natomiast powoduje zmniejszenie czynności jelit i żołądka, co w konsekwencji daje zmniejszenie łaknienia²². Ćwiczenia w formie klasycznej w wodzie lub pływanie wzmagają przemianę materii, co wpłynie na działanie odchudzające²³. Podczas tego typu aktywności organizm wytwarza również endorfinę, która wpływa korzystnie na samopoczucie, dając poczucie zadowolenia i szczęścia, oraz zmniejszając na-

¹⁹ W. Drygas, *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*, „Medycyna Metaboliczna” 2003, Nr 7, s. 47-51; A.E. Field, E.H. Coakley, A. Must et al., *Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period*, „Journal of the American Medical Association” 2001, Vol. 161, s. 1581-1586; D. Pupek-Musiałik, M. Kujawska-Luczak, P. Bogdański, *Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku*, „Przewodnik Lekarza” 2008, Nr 1, s. 117-123.

²⁰ M. Plewa, A. Markiewicz, *Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2006, T. 2, Nr 1, s. 30-37. „Przewodnik Lekarza” 2008, Nr 1, s. 117-123.

²¹ G. Bosco, V. Zanon, E.M. Camporesi, *Resistive respiratory muscle training*, „The Undersea and Hyperbaric Medicine” 2007, Vol. 34, No. 3, s. 145-146; K.D. Brownell, T.A. Wadden, *The LEARN Program for Weight Control*, Dallas, American Health Publishing Company, 1999; I. Malarecki, *Zarys fizjologii wysiłku i treningu sportowego*. Sport i Turystyka, Warszawa 1981; J. Pasek, A. Wołyńska-Słiżyńska, J. Słiżyński et al., *Znaczenie pływania korekcyjnego i ćwiczeń w wodzie w fizjoterapii*, „Fizjoterapia” 2009, Nr 17.

²² J. Pasek, A. Wołyńska-Słiżyńska, J. Słiżyński et al., *Znaczenie pływania korekcyjnego i ćwiczeń w wodzie w fizjoterapii*, „Fizjoterapia” 2009, Nr 17; M. Plewa, A. Markiewicz, *Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2006, T. 2, Nr 1, s. 30-37.

²³ M. Plewa, A. Markiewicz, *Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2006, T. 2, Nr 1, s. 30-37.

pięcie emocjonalne i stres²⁴, które z kolei są czynnikami, powodującymi podjęcie decyzji o sięganiu po przekąski zawierające tzw. „puste kalorie”.

Z powyższych rozważań wynika, że ćwiczenia w wodzie oddziałują na organizm: (1) od strony fizjologicznej poprzez zwiększenie wydatku energetycznego przy aktywizacji narządu ruchu, (2) od strony hormonalnej wpływając na samopoczucie emocjonalne w taki sposób, że osoba nie poszukuje zamienników w postaci „pustych kalorii”, (3) oddziałują również poprzez wpływ na pracę żołądka i jelit. Wszystkie te czynniki decydują o tym, że ćwiczenia w wodzie są bardzo dobrym elementem programu mającego zredukować masę ciała.

Niniejsze badania posiadają charakter pilotażowy.

Wnioski

1. Ćwiczenia fizyczne prowadzone na pływalni wpłynęły na wzrost pojemności oddechowej u badanych osób, przy czym korzystniejsze efekty stwierdza się u mężczyzn.
2. Ćwiczenia fizyczne w wodzie wpłynęły na ubytek masy ciała u ćwiczących, w większym stopniu u mężczyzn niż u kobiet.
3. Ćwiczenia fizyczne znacząco wpływają na poprawę samopoczucia psychicznego.
4. Ćwiczenia fizyczne w wodzie pozwalają zmniejszyć lub zniwelować całkowicie dolegliwości bólowe kręgosłupa u osób z nadwagą lub otyłością.
5. Ćwiczenia fizyczne w wodzie zwiększają wydolność w sposób subiektywny i obiektywny.
6. Rozpoczęcie ćwiczeń w zorganizowanej grupie powoduje budowanie prozdrowotnych postaw – większość badanych chce kontynuować wysiłek fizyczny i czuje jego potrzebę.
7. Zdecydowana większość osób jest zdyscyplinowana w zakresie przestrzegania zalecanej diety, ale kobiety są bardziej zdyscyplinowane od mężczyzn w zakresie jej podejmowania i utrzymywania.

²⁴ J. Pasek, A. Wołyńska-Słizyńska, J. Słizyński et al., *Znaczenie pływania korekcyjnego i ćwiczeń w wodzie w fizjoterapii*, „Fizjoterapia” 2009, Nr 17; D. Pupek-Musiałik, M. Kujawska-Luczak, P. Bogdański, *Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku*, „Przewodnik Lekarza” 2008, Nr 1, s. 117-123; B. Zahorska-Markiewicz, *Nauka i Praktyka w Leczeniu Otyłości*, Kraków 2005.

Podsumowanie

Dimidium facti, qui coepit, habet – połowy dokonał, kto zaczął, słowa Horacego zdają się potwierdzać fakt, że osoby, które posiadają nadwagę lub otyłość i rozpoczną aktywność fizyczną w jakiegokolwiek formie, zmieniają nie tylko swoje ciało, ale i umysł. Z każdym dniem tworzy się przemiana ciała poprzez spadek masy, co ma walor nie tylko estetyczny, lecz także zdrowotny. Aktywność fizyczna, jak wskazują wyniki wielu badań, powinna stanowić nieodłączny element codziennego trybu życia. Jest ona niezbędna do zmniejszenia zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie. Poprzez takie działanie, w oparciu o wyniki licznych badań, człowiek może zyskać znaczące korzyści zdrowotne, np. zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, miażdżycy, cukrzycy, raka jelita grubego i raka piersi. WHO zaleca stosowanie co najmniej 30-minutowego wysiłku o umiarkowanej intensywności, stosowanego przez kilka dni w tygodniu. Obserwując zmiany w funkcjonowaniu (zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz stawów obwodowych), a także wzrost poczucia zadowolenia i energii życiowej powodują, że tworzy się w człowieku nowy, korzystny model zachowania związany z szeroko pojętą kulturą fizyczną.

Grzegorz Gałuszka, Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Renata Gałuszka, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

Wojciech Legawiec, Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A.

Literatura

1. Abate N., Garg A., Peshock R.M. et al., *Relationship of generalized and regional adiposity to insulin sensitivity in men*, „Journal of Clinical Investigation” 1995, Vol. 96.
2. Allison D.B., Fontaine K.R., Manson J.E. et al., *Annual deaths attributable to obesity in the United States*, „Journal of the American Medical Association” 1999, Vol. 282.
3. Baak M.A., Saris W.H.M., *Exercise and Obesity* [w:] *Clinical Obesity*, ed. P.G. Kopelman, M.J. Stock, Oxford, Blackwell Science, 1999.

4. Bond Brill J., Perry A.C., Parker L. et al, *Dose-response effect of walking exercise on weight loss. How much is enough?*, „International journal of obesity and related metabolic disorders” 2002, Vol. 26.
5. Bosco G., Zanon V., Camporesi E. M., *Resistive respiratory muscle training*, „The Undersea and Hyperbaric Medicine” 2007, Vol. 34, No. 3.
6. Brownell K.D., Wadden T.A., *The LEARN Program for Weight Control*, Dallas, American Health Publishing Company, 1999.
7. Chambliss H.O., *Exercise duration and intensity in a weight-loss program*, „Clinical Journal of Sport Medicine” 2005, Vol. 15.
8. Cordian L., Gotshall R.W., Eaton S.B., *Physical activity, energy expenditure and fitness, an evolutionary perspective*, „International Journal of Sports Medicine” 1998, Vol. 19.
9. Dachs R., *Exercise is an effective intervention in overweight and obese patients*, „American Family Physician” 2007, Vol. 75.
10. Drygas W., *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*, „Medycyna Metaboliczna” 2003, Nr 7, s. 47-51; Field A.E., Coakley E.H., Must A. et al., *Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period*, „Journal of the American Medical Association” 2001, Vol. 161.
11. Gałuszka G., Gałuszka R., *Obesity and flauty posture In school-aged children. Educacion vs. Welles*, Lublin 2009.
12. Hayes M., Chustek M., Heshka S. et al., *Low physical activity level of modern Homosapiens among free-ranging ammals*, „International journal of obesity and related metabolic disorders” 2005, Vol. 29.
13. Lapidus L., Bengtsson B., Larsson B. et al., *Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 12 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg*, „British Medical Journal” 1984, Vol. 289.
14. Lau D., Douketis J., Morrison K.M. et al., *Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. Summary*, „Canadian Medical Association Journal” 2007, Vol. 176.
15. Lee C.D., Blair S.N., Jackson A.S., *Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men*, „American Journal of Clinical Nutrition” 1999, Vol. 69.
16. Malarecki I., *Zarys fizjologii wysiłku i treningu sportowego*. Sport i Turystyka, Warszawa 1981.
17. *Management of Obesity in Adults: Project for European Medical Care*, „International journal of obesity and related metabolic disorders” 2004, Vol. 28.
18. Must A., Spadano J., Coakley E.H. et al., *The disease burden associated with overweight and obesity*, „Journal of the American Medical Association” 1999, Vol. 282.
19. The National Institute for Health and Care Excellence, *Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*, www.nice.org.uk, 2006.
20. WHO, *Obesity: Preventing and managing The Global Epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity*, WHO/NUT/NCD/98.1, Genewa 1998.

21. WHO, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*, WHO Technical Report Series, No 894, Genewa 2000.
22. Pasek J., Wołyńska-Śliżyńska A., Śliżyński J. et al., *Znaczenie pływania korekcyjnego i ćwiczeń w wodzie w fizjoterapii*, „Fizjoterapia” 2009, Nr 17.
23. Pi-Sunyer F.X. *Obesity: criteria and classification*, „Proceedings of the Nutrition Society” 2000, Vol. 59.
23. Plewa M., Markiewicz A., *Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2006, T. 2, Nr 1.
24. Pupek-Musialik D., Kujawska-Łuczak M., Bogdański P., *Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku*, „Przewodnik Lekarza” 2008, Nr 1.
25. Rywik S., Pająk A., Broda G. et al., *Częstość występowania nadwagi i otyłości w wybranych populacjach Polski. Pol-MONICA Bis Project*, „Medycyna Metaboliczna” 2003, Nr 7.
26. Saris W.H.M., Blair S.N., van Baak M.A. et al., *How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement*, „Obesity Reviews” 2003, Vol. 4.
27. Schneider P.L., Bassett D.R. Jr., Thompson D.L. et al., *Effects of a 10,000 steps per day goal in overweight adults*, „American Journal of Health Promotion” 2006, Vol. 21.
28. Slentz C.A., Duscha B.D., Johnson J.L. et al., *Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRRIDE – a randomized controlled study*, „Journal of the American Medical Association” 2004, Vol. 164.
29. Szostak W.B., Białkowska M., Cybulska B. et al., *Leczenie otyłości u ludzi dorosłych. Rekomendacje Narodowego Programu Profilaktyki Cholesterolowej*, „Medycyna po Dyplomie” 2000.
30. Wing R.R., Phelan S., *Long-term weight loss maintenance*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2005, Vol. 82.
31. Zahorska-Markiewicz B., *Nauka i Praktyka w Leczeniu Otyłości*, Kraków 2005.

Influence of physical exercises in water on selected health indicators in overweight and obese individuals Summary

Obesity is defined by many researchers as excessive, no-physiological accumulation of adipose tissue in the body. This is followed by a disturbance in the energy balance, that is, long-term providing the organism with the excess of energy products, exceeding the amount of energy consumed by the body. It can be dangerous to health or life. The factors that

support obesity are sedentary lifestyle, automation and lower physical activity. The purpose of the study was to determine how regular physical exercise affects selected body parameters and whether disciplined, followed a diet and physically active people lose weight faster. Research material was a group of 100 people, including 50 women and 50 men. Results and conclusions: physical exercises in the swimming pool had a positive effect on the increase of respiratory capacity in the subjects studied, but also on weight loss, well-being, physical fitness and the need of physical activity.

Keywords: physical activity, respiratory capacity, exercises in the water.

*Damian Puślecki**

Swoista kategoria rolnika-przedsiębiorcy jako podmiotu ubezpieczonego w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Streszczenie

Celem niniejszego opracowania jest ocena konstrukcji podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników swoistej kategorii podmiotów dwuzawodowców: rolników-przedsiębiorców. Do realizacji wskazanego powyżej celu konieczne było określenie zakresu podmiotowego tej kategorii ubezpieczonych, zakresu przedmiotowego ubezpieczenia oraz katalogu świadczeń mogących przysługiwać tym osobom przez pryzmat przedmiotu ochrony ubezpieczeń społecznych.

W konkluzji autor stwierdza, że rolnik-przedsiębiorca to podmiot spełniający ustawowo określone przesłanki definicji rolnika, dodatkowo wspomagający dochody drobną działalnością gospodarczą. Osoby te na warunkach preferencyjnych podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu w KRUS i od prawie 20 lat nie posiadają ochrony od zdarzeń wypadkowych, występujących w związku z prowadzoną pozarolniczą działalnością gospodarczą. Zdarzenia te mogą zagrozić ich zdolności do zdobywania własną pracą środków utrzymania nie tylko z działalności gospodarczej, ale także z rolnictwa. Powstaje pytanie o zgodność takiej konstrukcji z istotą, funkcją gwarancyjną i kompensacyjną ubezpieczeń społecznych. Istnieje potrzeba rozwiązania

* **Damian Puślecki**, dr nauk prawnych, Katedra Zarządzania i Prawa, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu.

przedstawionego problemu, nie na gruncie powszechnego ubezpieczenia w ZUS, lecz w ramach ubezpieczenia społecznego rolników. Analizowana instytucja stanowi bowiem swoisty instrument wsparcia rolników, w szczególności rodzinnych oraz samozaopatrzeniowych gospodarstw rolnych.

Słowa kluczowe: działalność gospodarcza, rolnik przedsiębiorca, ubezpieczenie społeczne rolników.

Wprowadzenie

Kwestia podlegania rolnika-przedsiębiorcy od 1996 r.¹ w subsystemie rolniczego ubezpieczenia społecznego wywołuje wiele kontrowersji. Choć oczywistym jest fakt, iż zatrudnienie na podstawie stosunku pracy, świadczenie usług w ramach umowy zlecenia, działalność rolnicza albo pozarolnicza rodzą w Polsce obowiązek ubezpieczenia społecznego, to problemy pojawiają się w razie równoległego wykonywania przez jeden podmiot więcej niż jednego rodzaju aktywności zawodowej. Dochodzi wtedy do zbiegu tytułów do podlegania ubezpieczeniu społecznemu. Podleganie ubezpieczeniu w KRUS rolników-przedsiębiorców, jako swoistej kategorii podmiotów, ma charakter szczególny i nierzadko można się spotkać z krytyką tego rozwiązania. Istnieje zatem potrzeba ukazania zasad, na podstawie których ustawodawca określił preferencyjne warunki podlegania dwuzawodowców ubezpieczeniu w Kasie.

Przedmiotem rozważań w niniejszym opracowaniu jest ubezpieczenie rolnika-przedsiębiorcy w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Jest to swoista kategoria podmiotu prowadzącego podwójną działalność zawodową. Kategorię tę niejako stworzył sam ustawodawca, konstruując art. 5a ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników². Nie wprowadził on jednak definicji legalnej takiego podmiotu. Należy podkreślić, że działalnością podstawową dla rolnika-przedsiębiorcy jest działalność rolnicza, a działalnością dodatkową, wspomagającą dochody, pozarolnicza działalność gospodarcza.

Rolnicy, niejednokrotnie z uwagi na duże ryzyko związane z wykonywaniem działalności rolniczej, podejmują się prowadzenia dodatkowej pozarol-

¹ Art. 5a dodany ustawą z dnia 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, która weszła w życie 1.01.1997 r., Dz. U. nr 124 poz. 585.

² Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, t.j. Dz. U. 2016 poz. 277 ze zm., powoływana dalej jako ustawa o u.s.r.

niczniej działalności gospodarczej. Działalność ta wcale nie musi być powiązana z prowadzoną pierwotnie działalnością rolniczą. Obecnie 84 tys. rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu w KRUS prowadzi jednocześnie, wspomagając dochody, działalność gospodarczą³. Istotnym powodem podjęcia tematyki opracowania jest fakt, iż mija 20 lat od wprowadzenia wskazanej konstrukcji do ustawy ubezpieczeniowej. Jest to wystarczający okres do dokonania szczegółowej analizy i oceny tego rozwiązania.

Do oceny konstrukcji podlegania rolniczemu ubezpieczeniu społecznemu swoistej kategorii podmiotów dwuzawodowców, tj. rolników-przedsiębiorców, konieczne jest przeanalizowanie uregulowań przywołanej ustawy z 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, a także sięgnięcie do ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych⁴ oraz przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej⁵. W pierwszej kolejności należy określić, dlaczego i na jakich zasadach rolnicy-przedsiębiorcy podlegają dziś ubezpieczeniu społecznemu w KRUS. Konieczne jest przeanalizowanie zakresu podmiotowego tej kategorii ubezpieczonych, przedmiotu ochrony ubezpieczenia oraz katalogu świadczeń przewidzianych dla przyszłych beneficjentów. Powyższe kwestie będą stanowić podstawę do oceny wskazanej powyżej instytucji i sformułowania postulatów *de lege ferenda*.

Ewolucja ubezpieczenia rolników-przedsiębiorców w KRUS

Możliwość wyboru ubezpieczenia społecznego dla rolnika-przedsiębiorcy wprowadziła ustawa o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników z 12 września 1996 r. Rolnik lub domownik, który co najmniej rok podlegał obowiązkowemu ubezpieczeniu i podjął pozarolniczą działalność gospodarczą, nadal objęty był z mocy prawa ubezpieczeniem w KRUS, nie ponosząc z tego tytułu dodatkowych ciężarów⁶. Osoby te mogły jednak podlegać innemu ubezpieczeniu społecznemu wówczas, gdy złożyły w Kasie odpowiednie oświadczenie.

³ Dane uzyskane z Centrali KRUS w Warszawie.

⁴ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, t.j. Dz. U. 2016 poz. 963.

⁵ Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, t.j. Dz. U. 2015 poz. 584 ze zm.

⁶ Ustawa z dnia 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. nr 124 poz. 585.

Nowelizacja ustawy ubezpieczeniowej z 2004 r. wprowadziła suplementarny obowiązek ubezpieczenia społecznego dla rolników-przedsiębiorców, tj. tzw. podwójną składkę na rolnicze ubezpieczenie społeczne (wypadkowe, chorobowe, macierzyńskie i emerytalno-rentowe). Celem regulacji było zniwelowanie uprzywilejowania rolników-przedsiębiorców w stosunku do rolników ubezpieczonych w ramach KRUS oraz przedsiębiorców ubezpieczonych w systemie powszechnym. Ustawa spowodowała wykluczenie z ubezpieczenia społecznego rolników osoby prowadzące dodatkowo działalność gospodarczą, opodatkowaną na zasadach ogólnych, oraz osoby, których kwota podatku dochodowego za poprzedni rok przekroczyła kwotę 2 528 zł⁷.

Skutkiem wprowadzonych zmian było wyłączenie około 60 tys. osób (w tym ponad 27 tys. z powodu opodatkowania podatkiem dochodowym na zasadach ogólnych) z liczby ok. 125 tys. ubezpieczonych w Kasie, którzy prowadzili działalność rolniczą w związku z pozarolniczą działalnością gospodarczą. W praktyce okazało się jednak, że opodatkowanie działalności na zasadach ogólnych nie zawsze wynika z jej rozmiarów, lecz często decyduje o tym jej charakter lub wymagania nałożone odrębnymi przepisami. Wprowadzona regulacja nie tylko dyskryminowała podmioty gospodarcze ze względu na formę opodatkowania, lecz także prowadziła do naruszenia swobody działalności gospodarczej i podważała zaufanie do stanowionego prawa. Wywołała również ogromne niezadowolenie w środowisku rolniczym.

Ustawa z 1 lipca 2005 r. na nowo określiła zasady podlegania ubezpieczeniu rolników-przedsiębiorców. Forma opodatkowania dodatkowej działalności przestała już mieć znaczenie. Ustawa dała też możliwość przywrócenia na wniosek, do ubezpieczenia społecznego rolników i domowników, którzy zostali z niego wyłączeni, lub którzy po 1 maja 2004 r. nie przekroczyli kwoty granicznej podatku należnego od przychodów z pozarolniczej działalności w roku poprzednim.

Nie można zapomnieć, że w kwestii wspomnianych powyżej regulacji dwukrotnie wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny (TK). W wyrokach z 13 marca 2006 r.⁸ oraz z 18 lipca 2006 r.⁹ Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że wyłączenie rolników z KRUS ze względu na formę opodatkowania pozarolniczej działalności było niezgodne z art. 2. i 32. Konstytucji. Choć znowelizowane w 2005 r. przepisy pozwalały rolnikom-przedsiębiorcom na przywrócenie (na ich wniosek) do ubezpieczenia rolniczego, to

⁷ Zgodnie z corocznym obwieszczeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie rocznej kwoty granicznej za poprzedni rok podatkowy.

⁸ Dz. U. nr 46 poz. 335.

⁹ Dz. U. nr 134 poz. 947.

w sądach nadal toczyły się sprawy wywołane przepisami z kwietnia 2004 r. Rozwiązania z art. 5a ust. 6 ustawy o u.s.r., które wyłączały z ubezpieczenia społecznego w KRUS ze względu na formę opodatkowania pozarolniczej działalności oraz wysokość należnego podatku za 2003 rok, były niezgodne z art. 2, z powodu braku precyzyjnych przepisów przejściowych w ustawie nowelizującej z 2 kwietnia 2004 r., a także z uwagi na zbyt krótki okres dostosowawczy (jednodniowe *vacatio legis*).

Ostatnia zmiana w kwestii podlegania rolników-przedsiębiorców w KRUS została wprowadzona ustawą z kwietnia 2009 r.¹⁰ Znowelizowano wówczas art. 8 ustawy, zmiana polegała na skreśleniu wymogu dotyczącego opłacania dwukrotnej składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie. Obecnie podwójną składkę rolnik-przedsiębiorca opłaca na ubezpieczenie emerytalno-rentowe.

Problemy omawiane w niniejszym opracowaniu zostały zauważone także przez Rzecznika Praw Obywatelskich, który w grudniu 2010 r. zwrócił się do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w kwestii zakresu ochrony ubezpieczeniowej w systemie ubezpieczenia społecznego rolników osób wykonujących jednocześnie pozarolniczą działalność gospodarczą¹¹. Departament Ubezpieczeń Społecznych MPiPS w odpowiedzi z 25 stycznia 2011 r. stwierdził, że: „...obowiązujące regulacje prawne dotyczące obowiązku ubezpieczenia społecznego rolników, którzy poza prowadzeniem gospodarstwa rolnego prowadzą inną działalność gospodarczą, nie stanowią o pełnej ochronie ubezpieczeniowej tych osób”. MPiPS podkreśliło także, że: „...ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i choroby zawodowej przewidziane w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych nie jest ubezpieczeniem samoistnym. Powiązane jest ono z obowiązkiem ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, i nie przewiduje dobrowolności przystąpienia do tego ubezpieczenia”¹².

Postawione powyżej pytanie o zgodność obowiązujących rozwiązań z Konstytucją jest nadal aktualne¹³, pomimo wniesienia przez rolnika przedsiębiorcę w czerwcu 2011 r. skargi konstytucyjnej do Trybunału Konstytucyjnego¹⁴. Skarżący wniósł o stwierdzenie, że art. 10 ust. 1 ustawy

¹⁰ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. 2009 nr 79 poz. 667.

¹¹ Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, www.rpo.gov.pl, RPO-661085-III/10 IM.

¹² Ibidem, nr pisma DUS-051/64/TG.

¹³ Podobnie W. Jaskuła, *W sprawie świadczeń z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej dla rolnika-przedsiębiorcy*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2014, Nr 1, s. 79.

¹⁴ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 29 października 2013 r., SK 64/12, OTK-A 2013/7/115.

ubezpieczeniowej, w zakresie, w jakim nie przyznaje prawo do jednorazowego odszkodowania osobom podlegającym ubezpieczeniu rolniczemu, które doznały stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w związku z prowadzoną działalnością pozarolniczą, jest niezgodny z art. 32 w związku z art. 67 ust. 1 Konstytucji. Motywem skargi był zarzut, że przepisy o ubezpieczeniu społecznym rolników nie zapewniają właściwej ochrony ubezpieczeniowej osobom wykonującym dwa rodzaje działalności: rolniczej oraz dodatkowej pozarolniczej działalności gospodarczej.

Trybunał Konstytucyjny nie rozważał jednak zgodności z Konstytucją obowiązujących przepisów prawnych, a postępowanie umorzył. W uzasadnieniu postanowienia nie wskazał jednak wprost, czy przyczyną umorzenia była zbędność, czy też niedopuszczalność merytorycznego orzekania w tej materii. Zdaniem Trybunału, nie można osób ubezpieczonych w systemie rolniczym i w systemie ubezpieczeń społecznych, traktować jako podmiotów posiadających tę samą cechę relewantną. Skarżący kwestionował niekonstytucyjne zróżnicowanie grup podmiotów niepodobnych. Nie mogły być one przedmiotem oceny pod kątem zgodności z art. 32 w związku z art. 67 ust. 1 Konstytucji. Domaganie się określonego ukształtowania sytuacji prawnej osób korzystających z ubezpieczenia na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, nie może być przedmiotem skargi konstytucyjnej¹⁵.

Stanowisko Trybunału Konstytucyjnego nie do końca zasługuje na aprobatę. Choć postawienie znaku równości pomiędzy rolnikiem i przedsiębiorcą nie jest w rozumieniu przepisów konstruujących ubezpieczenie społeczne możliwe, to należy zauważyć, że w rozważanej kwestii mamy niejako do czynienia z podmiotem mieszanym o podwójnych, niejednokrotnie rozdzielnie zakreślonych cechach. Jak już to zostało na wstępie zaznaczone, chodzi tu o kategorię rolnika-przedsiębiorcy, którą niejako sam ustawodawca stworzył, konstruując art. 5a ustawy ubezpieczeniowej. Warto jednak zauważyć, że kategoria ta nie posiada swojej definicji legalnej w żadnym akcie prawnym.

¹⁵ Zob. uzasadnienie do postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 października 2013 r., SK 64/12, OTK-A 2013/7/115. Szerzej orzeczenie omówione przez W. Jaskułę, *W sprawie świadczeń z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej dla rolnika-przedsiębiorcy*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2014, Nr. 1, s. 79 i nast.

Zakres podmiotowy rozważań i pojęcie rolnika-przedsiębiorcy

Wyznaczenie granicy pomiędzy rolnikiem a przedsiębiorcą rodziło w przeszłości wiele problemów, które próbowano rozwiązać w drodze normatywnej. Rozstrzygnięcia wymagała przede wszystkim kwestia oceny, czy są to nadal rolnicy, którzy obowiązkowo podlegają ubezpieczeniu społecznemu w KRUS, czy może już przedsiębiorcy, których należy objąć powszechnym ubezpieczeniem społecznym. Problem starały się rozwiązać kolejne nowelizacje ustawy ubezpieczeniowej. Nie dało się przy tym uniknąć ogromnych kontrowersji i niekonstytucyjności wprowadzanych rozwiązań. Podstawowymi problemami w określeniu statusu rolnika-przedsiębiorcy są przede wszystkim: definicja rolnika określona w art. 6 pkt 1 ustawy o u.s.r, nietrafnie określone pojęcie działalności rolniczej, zawężone w ustawie ubezpieczeniowej pojęcie pozarolniczej działalności gospodarczej oraz brak jednoznacznych kryteriów determinujących tzw. dodatkową działalność zawodową dla rolnika.

Aktualna definicja rolnika określona w art. 6 pkt 1 ustawy o u.s.r. wskazuje, że rolnikiem jest pełnoletnia osoba fizyczna zamieszkująca i prowadząca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek działalność rolniczą w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym, w tym również w ramach grupy producentów rolnych, a także osoba, która przeznaczyła grunty prowadzonego przez siebie gospodarstwa rolnego do zalesienia. Warto podkreślić, że nie jest istotny tytuł własności nieruchomości, lecz fakt, że prowadzona działalność ma związek z gospodarstwem¹⁶.

Pojęcie działalności rolniczej określa art. 6 pkt 3 ustawy o u.s.r., w myśl którego jest to działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z poglądem R. Budzinowskiego, w prawie polskim pojęcie działalności rolniczej jest ujmowane zbyt wąsko, gdyż nie obejmuje czynności mieszczących się w fazie poprodukcyjnej. Funkcjonowanie rolnictwa w ramach gospodarki rynkowej wymusza szersze ujmowanie tego pojęcia, przez objęcie jego zakresem także działalności zmierzającej do obróbki i sprzedaży wytworzonych produktów¹⁷. Pojęcie to nie obejmuje także

¹⁶ R. Budzinowski, *Koncepcja gospodarstwa rolnego w prawie rolnym*, Poznań 1992, s. 125 i nast.

¹⁷ R. Budzinowski, *Prawne pojęcie działalności rolniczej* [w:] *Prawo i Administracja*, red. R. Budzinowski, Piła 2003, t. II, s. 167.

czynności przygotowawczych do produkcji. Nie można bowiem zapominać, że każda działalność jest procesem od czynności przygotowawczych, czynności składających się na jej wykonywanie do następczych włącznie.

Aktualnie ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu podlega z mocy ustawy rolnik, którego gospodarstwo obejmuje obszar użytków rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego lub dział specjalny. Przyjęte rozwiązanie pozwala objąć ubezpieczeniem osoby prowadzące działy specjalne produkcji rolnej enumeratywnie wymienione w załączniku do ustawy i o określonym ilościowo rozmiarze produkcji¹⁸.

Podstawowym wyznacznikiem, który decyduje o zakresie ochrony osób pracujących w rolnictwie przed utratą zdolności do zarabkowania, jest przewidziany przez prawo katalog podmiotów obowiązkowo podlegających przede wszystkim ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu, macierzyńskiemu i emerytalno-rentowemu. Mając na uwadze istotę i funkcje ubezpieczeń społecznych, pożądane jest, by ubezpieczenie to obejmowało swoim zakresem podmioty faktycznie pracujące w rolnictwie i przyznało prawo do świadczeń we wszystkich sytuacjach grożących utratą zdolności do pracy. Prowadzona działalność rolnicza lub pomoc przy jej wykonywaniu stanowi tu bowiem podstawę podlegania ubezpieczeniu. Rolnicze ubezpieczenia społeczne są wyrazem solidaryzmu społecznego¹⁹. Solidaryzm leżał u podstaw ubezpieczeń społecznych indywidualnych producentów rolnych w czasach, kiedy aż do 1977 r.²⁰ pozbawieni byli oni w ogóle ochrony w tej materii.

Za pozarolniczą działalność gospodarczą rolnika uważa się pozarolniczą działalność gospodarczą prowadzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez osoby fizyczne na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, z wyłączeniem wspólników spółek prawa handlowego oraz osób prowadzących działalność w zakresie wolnego zawodu: (1) w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, (2) oraz z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych²¹.

Mając powyższe na względzie, ustalenie swoistej kategorii podmiotu dwuzawodowca: rolnika-przedsiębiorcy musi rodzić problemy. Wynikają

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 9 października 2015 r. w sprawie norm szacunkowych dochodu z działów specjalnych produkcji rolnej, Dz. U. 2015 poz. 1717.

¹⁹ Zob. B. Wierzbowski, *Zabezpieczenie społeczne rolników wyrazem solidaryzmu społecznego*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2000, Nr 4, s. 105 i nast.

²⁰ Ustawa z dnia 27 października 1977 r. o zaopatrzeniu emerytalnym oraz innych świadczeniach dla rolników i ich rodzin, Dz. U. nr 32 poz. 140.

²¹ Zob. art. 10 ustawy o u.s.r.

one nie tylko z nieprecyzyjnej definicji rolnika w art. 6 pkt 1 ustawy o u.s.r., ale także ze zbyt wąskiego pojęcia działalności rolniczej, które utrudnia określanie, jakie czynności należy zaliczyć do rolniczej, a które do pozarolniczej działalności gospodarczej. Nowo wprowadzona instytucja sprzedaży bezpośredniej²² w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej nie tylko nie ułatwia zadania, lecz także powoduje jeszcze większe utrudnienia w tej materii.

Wskazane powyżej kwestie nie pozwalają także na wskazanie, jakie kryteria przesądzają o tym, że działalność gospodarcza ma charakter dodatkowy. Ustawodawca wskazuje jedynie na kwotę wyliczonego podatku, co nie wydaje się być do końca miarodajne. Kolejnym problemem praktycznym jest zjawisko nierejestrowania działalności gospodarczej przez rolników – chodzi tu o działanie w tzw. szarej strefie²³.

Zakres podmiotowy niniejszego opracowania dotyczy statusu w ubezpieczeniu społecznym, w ramach KRUS, rolników oraz domowników, którzy rozpoczną prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej bez względu na formę jej opodatkowania:

- a którzy, prowadząc działalność rolniczą w gospodarstwie o powierzchni ponad 1 ha przeliczeniowego lub dział specjalny produkcji rolnej, podlegają z tego tytułu ustawowo ubezpieczeniu społecznemu rolników przez co najmniej 3 lata;
- jednocześnie nadal prowadzą działalność rolniczą lub stale pracują w gospodarstwie rolnym, obejmującym obszar użytków rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego lub pracują w dziale specjalnym;
- nie są pracownikami i nie pozostają w stosunku służbowym;
- nie mają ustalonego prawa do emerytury lub renty, albo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych;
- w terminie 14 dni od rozpoczęcia działalności gospodarczej złożyły w KRUS oświadczenia o chęci kontynuowania ubezpieczenia społecznego rolników;
- każdy ubezpieczony w Kasie prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą zobowiązany jest, w terminie do 31 maja każdego roku, składać w KRUS zaświadczenie urzędu skarbowego o kwocie należnego

²² Art. 3 pkt 4 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w związku z działalnością rolników w zakresie sprzedaży, o której mowa w art. 20 ust. 1c ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz. U. 2012 poz. 361 ze zm.

²³ J. Fundowicz, K. Łapiński, M. Peterlik et al., *Szara strefa w polskiej gospodarce*, Warszawa, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, 2016, s. 23, 26, pobrane z www.ibngr.pl/content/download/2173/20176/file/Szara%20strefa%202016.pdf, dostęp 12.12.2017, czy J. Kraciuk, *Szara strefa w Europie*, Zeszyty Naukowe SGGW „Problemy Rolnictwa Światowego” 2013, T. 13, s. 89.

podatku dochodowego od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej za poprzedni rok podatkowy²⁴.

Powyższe zasady mają również zastosowanie w zakresie podlegania ubezpieczeniu osób współpracujących przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej, zmieniających rodzaj lub przedmiot działalności lub wznawiających zawieszoną działalność.

Tak jak wyżej wspomniano, ustawodawca nie skonstruował legalnego pojęcia rolnika-przedsiębiorcy. Dla potrzeb niniejszych rozważań warto pokusić się o skonstruowanie następującej definicji.

Pod pojęciem rolnik-przedsiębiorca należy rozumieć rolnika, domownika, prowadzącego działalność rolniczą i podlegającego rolniczemu ubezpieczeniu społecznemu, który po spełnieniu przesłanek ustawy ubezpieczeniowej rozpocznie prowadzenie wspomagającej, dodatkowej pozarolniczej działalności gospodarczej, z której należności z tytułu podatku dochodowego nie przekroczą corocznie określonej kwoty granicznej.

Niewątpliwie o tytule podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników decydować powinna przynależność do określonego zawodu (tu rolniczego) i prowadzenie charakterystycznej dla niego działalności – w tym przypadku rolniczej. Pozostawanie, pod pewnymi warunkami, podleganiu ubezpieczeniu w KRUS rolników, którzy prowadzą dodatkową i wspomagającą działalność gospodarczą nie powinno zatem budzić wątpliwości.

Zasada jednego ubezpieczenia i wyjątek od tej zasady

Poddając szczegółowej analizie artykuł 5a ustawy o u.s.r., można zauważyć, że ustawodawca nie skonstruował tu możliwości wyboru ubezpieczenia społecznego w KRUS czy ZUS dla rolnika dwuzawodowca. Użyte w rozważanym artykule sformułowanie podlega nadal temu ubezpieczeniu wskazuje na obowiązkowe podleganie rolniczemu ubezpieczeniu społecznemu pewnej grupy rolników-przedsiębiorców²⁵. Nie można jednak zapomnieć, że jest to rozwiązanie o charakterze preferencyjnym – obowiązek suplementarny.

²⁴ Zob. art. 5a ustawy o u.s.r. Obecnie kwota za 2016 rok wynosi 3 258 zł, Obwieszczenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 23 maja 2016 r., M.P. 2016 poz. 483.

²⁵ Podobnie W. Jaskuła, *W sprawie świadczeń z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej dla rolnika-przedsiębiorcy*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2014, Nr 50, s. 94.

Pozostawanie pod pewnymi warunkami w ubezpieczeniu w ramach KRUS rolników, którzy prowadzą niejednokrotnie dodatkową i wspomagającą działalność gospodarczą, nie powinno zatem budzić wątpliwości. Wszak to nadal podmioty posiadające status rolnika i produkcja rolna stanowią tu będzie główny przedmiot działalności.

Do 1 stycznia 2015 r. obowiązywała w systemie ubezpieczeń społecznych zasada jednego ubezpieczenia. Oznacza to, że mając na uwadze rolników oraz przedsiębiorców, każdy z tych podmiotów mógł podlegać jednemu z dwóch subsystemów ubezpieczenia społecznego, tj. albo rolniczemu, albo powszechnemu. Problemy w określeniu właściwego systemu występowały w przypadku każdego dwuzawodowca, również w odniesieniu do przypadku rolnika, który wykonywał umowy cywilnoprawne.

Od wielu lat powszechny w systemie ubezpieczeń społecznych był problem rolników, którzy tracili prawo ubezpieczenia w KRUS w związku z wykonywaniem nisko wynagradzanych umów zlecenia. Nierzadko chodziło o wykonywanie czynności w charakterze konserwatorów i kierowców wozów bojowych OSP lub sołtysów dokonujących poboru podatku rolnego. Od niskopłatnych umów zleceń odprowadzono, odpowiednio do wysokości ustalonego wynagrodzenia, składki ubezpieczeniowe do ZUS. Z uwagi na to oraz na fakt, że umowy te często były zawierane czasowo, ubezpieczony rolnik, który podlegał z tytułu takich umów ubezpieczeniom w systemie powszechnym, nie mógł zgromadzić na indywidualnym koncie emerytalnym w ZUS kapitału składkowego, gwarantującego w przyszłości minimalne świadczenie emerytalne.

Z 1 stycznia 2013 r. weszły w życie przepisy art. 87 ust. 9a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶, zobowiązujące Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) do elektronicznego kontrolowania i raportowania do KRUS każdego przypadku podwójnego ubezpieczenia zdrowotnego rolników. Wprowadzenie obowiązku przekazywania informacji przez NFZ doprowadziło do ujawnienia przypadków niezgłaszania przez rolników do KRUS faktu wykonywania pracy na umowach zlecenia i w związku z tym, niezgodnego z obowiązującym wówczas prawem, pozostawiania w podwójnym ubezpieczeniu w ZUS i KRUS.

Od 6 marca 2014 r. rozpoczęto w Sejmie prace nad rządowym projektem nowelizacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz innych ustaw, w tym ustawy o u.s.r. Dotyczyły one rozszerzenia kręgu podmiotów podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu oraz kwestii kumulacji tytułów podlegania ubezpieczeniu społecznemu. W szczególności chodziło o przypadki wykonywania przez rolników pracy na pod-

²⁶ Dz. U. 2012 poz. 1548.

stawie umowy zlecenia, które skutkowały wyłączeniem takiego podmiotu z KRUS²⁷. W efekcie prowadzonych prac Sejm uchwalił ustawę z 23 października 2014 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw. Weszła ona w życie 1 stycznia 2015 r.²⁸

Od początku 2015 r., jako wyjątek od zasady jednego ubezpieczenia, rolnik lub domownik może być podwójnie ubezpieczony po podjęciu pracy na podstawie umów cywilnoprawnych lub powołania do rady nadzorczej – obowiązkowo w ZUS oraz – na dotychczasowych zasadach – w KRUS. Fakt podjęcia dodatkowej aktywności zawodowej należy zgłosić w KRUS, w przeciwnym razie może to skutkować ustaniem ubezpieczenia społecznego.

Wskazana powyżej nowelizacja ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wprowadziła zmiany do ustawy o u.s.r. oraz ustanowiła konstrukcję podwójnego ubezpieczenia: społecznego, obowiązkowego w ZUS jako zleceniobiorcy (lub odpowiednio – członka rady nadzorczej) i dobrowolnego w KRUS jako rolnika. Celem zmian było rozszerzenie zakresu podmiotowego ubezpieczenia o osoby (rolników i domowników), które równolegle z prowadzeniem działalności rolniczej podejmą dodatkową pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Rolnicy i domownicy, jeżeli działalność rolnicza stanowi dla nich stałe źródło utrzymania i z racji tego podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy prawa, mogą nadal dobrowolnie kontynuować podleganie temu ubezpieczeniu (w KRUS), mimo że z tytułu wykonywania umowy podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu w ZUS. Warunkiem koniecznym jest uzyskiwanie z tytułu wykonywania wskazanych umów miesięcznego przychodu w wysokości nie wyższej niż połowa minimalnego wynagrodzenia²⁹. Przekroczenie wskazanej kwoty skutkuje wyłączeniem z ubezpieczenia społecznego rolników z mocy prawa. Warto zauważyć, że rolnicy, którzy przed 1 stycznia 2015 r. z powodu wykonywania umów cywilnoprawnych utracili prawo do podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników, mogli złożyć wniosek o objęcie ich takim ubezpieczeniem w KRUS pod warunkiem, że spełniali przesłankę dodatkowego zatrudnienia oraz wysokości osiąganego z tego tytułu przychodu.

Wspomniana nowelizacja określa analogiczne zasady podlegania ubezpieczeniu rolniczemu w przypadku pełnienia przez rolnika funkcji w radzie nadzorczej. Dotyczy to na przykład rolników, którzy powoływani są

²⁷ Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw, Druk sejmowy nr 2242, www.sejm.gov.pl.

²⁸ Dz. U. z 2014 r. poz. 1831.

²⁹ Rozwiązanie takie obowiązywało do 31 grudnia 2016 r. Obecnie limit ten obejmuje kwotę minimalnego wynagrodzenia.

do reprezentowania branżowych interesów producentów rolnych w radach nadzorczych spółdzielni rolniczych, rolniczych rynków hurtowych, przedsiębiorstw rolno-spożywczych i zbożowo-młynarskich, spółek inseminacyjnych, banków spółdzielczych czy też Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników.

Przedmiot ochrony ubezpieczenia społecznego rolników

Przedmiotem ochrony rolniczego ubezpieczenia społecznego jest zdolność do zdobywania własną pracą środków utrzymania. Konstrukcja pozwalająca nadal obejmować ustawowo ubezpieczeniem rolników prowadzących dodatkową działalność gospodarczą powinna również uwzględniać przedmiot ochrony ubezpieczeń społecznych. Wyrazem tego, wydawać by się mogło, była wprowadzona w 2004 r. zasada konieczności opłacania podwójnej składki dla dwuzawodowców ubezpieczonych w KRUS. Nic bardziej mylnego. Pomimo uiszczania podwójnej składki, podmioty te nigdy nie były objęte ochroną od wypadków przy pracy z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, z tytułu chorób zawodowych i nie otrzymywały również wyższej renty czy emerytury. Podwójna konstrukcja wymiaru składki powodowała, że rolnik-przedsiębiorca niejednokrotnie był przekonany o przysługującej mu ochronie ubezpieczeniowej. Wskazany powyżej problem kilkakrotnie był poruszany w publikacjach autora³⁰. Kwestia ta została również zauważona w artykułach wydawanych przez KRUS³¹.

Ustawodawca, mimo przewidzianej, pod określonymi warunkami, możliwości pozostawiania ww. podmiotów w KRUS, w definicji wypadku przy pracy nie wprowadził odpowiednich zmian, które pozwalały objąć te podmioty ochroną ubezpieczeniową od zdarzeń wypadkowych w działalności

³⁰ Po raz pierwszy w 2007 r. D. Puślecki, *Podleganie ubezpieczeniu rolników prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą*, „Zeszyty Naukowe SERiA” 2007, Nr 2, s. 316; D. Puślecki, *Społeczne rolnicze ubezpieczenie wypadkowe – próba oceny*, „Przegląd Prawa Rolnego” 2010, Nr 1, s. 35-51.

³¹ Zob. np. W. Jaskuła, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 marca 2006 r.*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2007, Nr 31; W. Jaskuła, *Kuriozalne orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego. Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 18 lipca 2006 r.*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2009, Nr 34; W. Jaskuła, *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników – postulaty de lege ferenda*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2008, Nr 33, s. 77 i nast.

gospodarczej. Omawiane rozwiązania miały głównie na celu nieodprowadzanie składek przez rolników do ZUS oraz wspieranie drobnej przedsiębiorczości. Przy uwzględnieniu tylko i wyłącznie powyżej przedstawionych założeń, nie wydaje się jednak słuszne wprowadzenie takiej konstrukcji do ubezpieczeń społecznych. Zabiegu takiego należałoby dokonać w odrębnym akcie prawnym oraz przy zastosowaniu odmiennych rozwiązań. W świetle wspomnianych uregulowań rolnik-przedsiębiorca uiszczal opłatę za uprzywilejowanie – podwójną składkę ubezpieczeniową z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej. Chociaż pomiędzy KRUS i rolnikiem-przedsiębiorcą istniał stosunek podlegania ubezpieczeniu, to ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową tylko z tytułu prowadzonej działalności rolniczej. Była to konstrukcja niezgodna z istotą, funkcją gwarancyjną i kompensacyjną ubezpieczeń społecznych³².

Przez blisko 5 lat, bo do czasu nowelizacji ustawy ubezpieczeniowej w 2009 r.³³, w polskim ustawodawstwie istniał swoisty paradoks. Rolnik prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą i ubezpieczony w Kasie, pomimo opłacania podwójnej składki na ubezpieczenie społeczne, nie miał z tego tytułu prawa do świadczeń – nie podlegał ochronie z tytułu wypadków, ochronie przed chorobami zawodowymi, nie otrzymał również wyższej renty czy emerytury. Warto zaznaczyć, że zarówno ustawa ubezpieczeniowa, jak i sam wniosek o objęcie ubezpieczeniem, nie zawierał informacji o braku ochrony ubezpieczeniowej.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej

Określając zakres przysługującej ochrony ubezpieczeniowej, należy stwierdzić, że osobom preferencyjnie podlegającym ubezpieczeniu społecznemu rolników, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą, przysługują z KRUS tylko i wyłącznie świadczenia związane z ryzykiem prowadzenia działalności rolniczej. Sytuacji tej nie zmieniła nowelizacja ustawy z 2009 r. Ubolewać jednak należy, że reforma polegała na usunięciu unormowania o opłacaniu podwójnej składki na jeden z dwóch rodzajów ubezpieczenia, tj. na ubezpieczenie wypadkowe chorobowe i macie-

³² Wątpliwości rodziła także konstytucyjność takiego rozwiązania.

³³ Znowelizowany art. 8 ustawy, tj. skreślenie wymogu opłacania dwukrotności składki, ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. 2009 nr 79 poz. 667.

rzyńskie, zaś nie przewidywała rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Co ciekawe, na uwagę zasługuje uzasadnienie wprowadzonych zmian wyeliminowanie postaw roszczeniowych ze strony rolników prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą z tytułu świadczenia odszkodowawczego za wypadek przy pracy związanej z pozarolniczą działalnością gospodarczą.

Podjmując się próby oceny analizowanego aktu prawnego należy stwierdzić, że zadaniem ubezpieczenia społecznego rolników jest zapewnienie należytej ochrony ubezpieczeniowej. Składka na to ubezpieczenie, opłacana w podwójnej wysokości do 2009 r., wobec braku przyznania ochrony ubezpieczeniowej była konstrukcją niedopuszczalną w ubezpieczeniach społecznych. Należy zauważyć, że w przypadku gdy rolnik-przedsiębiorca uległby wypadkowi przy wykonywaniu działalności pozarolniczej, ewentualne skutki tego wypadku mogą podlegać ochronie jako zdarzenia z tzw. ogólnego stanu zdrowia. Świadczenie wówczas zostanie wypłacone z ubezpieczenia emerytalno-rentowego. Podstawą jego przysługiwania nie będzie jednak wypadek przy pracy, a z tytułu opłacania podwójnej składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, poszkodowany nie otrzyma wyższej renty.

Koncepcja solidarystyczna ubezpieczeń, idea samopomocy społecznej oraz samofinansowanie świadczeń z rolniczego ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego i dotychczas macierzyńskiego dodatkowo podkreślają kuriozalność tego rozwiązania. Przez wiele lat konstrukcja wprowadzała i nadal wprowadza w błąd ubezpieczonych. Przyjęta przez ustawodawcę reguła podlegania ubezpieczeniu rolników-przedsiębiorców w KRUS opiera się na obowiązku podlegania. Rolnik-przedsiębiorca z mocy prawa podlega pełnemu ubezpieczeniu społecznemu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu, ale otrzymuje niepełny pakiet świadczeń³⁴. Przyznana ochrona ubezpieczeniowa dotyczy jedynie zdarzeń, które związane są z ryzykiem prowadzenia działalności rolniczej. Podwójna składka emerytalno-rentowa pełni dziś jedynie rolę opłaty za uprzywilejowanie. Choć w przypadku rolników wykonujących umowy cywilno-prawne wprowadzono do systemu ubezpieczeń wyjątek od zasady podwójnego ubezpieczenia, to nie objęto na analogicznych zasadach ochroną rolników-przedsiębiorców. Obowiązująca regulacja prawna nie przewiduje żadnych świadczeń dla rolników-przedsiębiorców doznających uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy powstałego podczas wykonywania czynności związanych z pozarolniczą

³⁴ Zob. W. Jaskuła, *W sprawie świadczeń z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej dla rolnika-przedsiębiorcy*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2014, Nr 1, s. 94.

działalnością gospodarczą lub choroby zawodowej powstałej w związku z prowadzeniem tej działalności. Nie mogą mieć oni także przyznanej ochrony w tej materii na gruncie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych³⁵.

Warto zauważyć, że w przypadku powstania uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, także przy prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej w stopniu uniemożliwiającym pracę, brak aktywności zawodowej często dotyczy zarówno prowadzonej przez rolnika pozarolniczej, jak i rolniczej działalności gospodarczej. Istnieje w systemie grupa ubezpieczonych niemających zapewnionej właściwej ochrony przed utratą zdolności do pracy. Paradoksem jest dziś również to, że rolnicy-przedsiębiorcy są jednocześnie w systemie ubezpieczeń społecznych uprzywilejowani i dyskryminowani. Niezrozumiałym jest brak przyznania tym podmiotom ochrony od następstw wypadku lub choroby zawodowej powstałej w związku z wykonywaniem dodatkowej działalności dla rolników, podczas gdy przyznana ona została przedsiębiorcom w przypadkach wykonywania podobnej działalności zarobkowej w systemie powszechnym. Jedynym rozwiązaniem jest dziś wybór innego ubezpieczenia, tj. przejście rolnika-przedsiębiorcy do ZUS. W takim jednak przypadku, gdy działalność gospodarcza ma uboczny charakter względem prowadzonej działalności rolniczej, wydaje się to niecelowe.

Analizowana konstrukcja jest zatem niezgodna z istotą i funkcjami ubezpieczeń społecznych. Nie można wszakże z góry założyć, że kosztem, który ponoszą obecnie rolnicy-przedsiębiorcy podlegający nadal ubezpieczeniu w KRUS, jest podwójna składka emerytalno-rentowa i brak ochrony ubezpieczeniowej.

Należałoby w związku z tym zastanowić się nad konstytucyjnością obowiązujących od blisko 20 lat rozwiązań w ustawie ubezpieczeniowej (art. 67 konstytucji). Ustawa ubezpieczeniowa ani nie wskazuje, ani nie zawęża wprost zakresu ochrony przyznanej ubezpieczonym rolnikom-przedsiębiorcom. Nadal nie mają oni pełnej świadomości co do zakresu przyznanej ochrony. Dowodem tego twierdzenia są najnowsze badania przeprowadzone w 2016 r.³⁶, z których wynika, że blisko 75% rolników wie o możliwości podlegania ubezpieczeniu społecznemu w KRUS, aczkolwiek tylko 28% zna warunki podlegania temu ubezpieczeniu. Ponad połowa (blisko 60%) rolników nie wie, że nie podlega ochronie od wypadków przy pracy w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.

³⁵ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, t.j. Dz. U. 2016 poz. 963.

³⁶ Badania przeprowadzone przez mgr Rafała Króla na terenie województwa lubelskiego w 2016 r., niepubl.

Przeoczenie, czy celowy zabieg ustawodawcy

Mając powyższe na względzie powstaje pytanie, czy analizowana konstrukcja była przeoczeniem, czy celowym zabiegiem ustawodawcy? Założyć można, że przyznanie niepełnego katalogu świadczeń początkowo wynikało z przeoczenia, albo bardziej stanowczo, było celowym zabiegiem ustawodawcy. O przeoczeniu nietrudno było mówić w sytuacji podwójnie pobieranych składek od ubezpieczonych. Wspomniana nowelizacja ustawy rozwiązała w pełni wszelkie wątpliwości o opłatomym, czysto fiskalnym charakterze wprowadzonych rozwiązań.

W gospodarstwach rodzinnych należyta ochrona ubezpieczonych jest szczególnie istotna, gdyż chodzi tu o zabezpieczenie egzystencji nie tylko samego producenta rolnego i jednocześnie drobnego przedsiębiorcy, lecz także wszystkich członków jego rodziny.

Korzyści i koszty podlegania rolników-przedsiębiorców w KRUS

Możliwość podlegania ubezpieczeniu społecznemu w KRUS jest uwarunkowana pewnymi kryteriami, które zainteresowany musi spełnić. Najistotniejszym z nich jest roczna kwota graniczna, czyli wysokość podatku dochodowego, który w 2016 r. nie mogła przekroczyć 3 258 zł oraz opłata podwójnej składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe. Choć rolnicy-przedsiębiorcy zauważają przede wszystkim korzyści związane z podleganiem ubezpieczeniu w KRUS, warto zwrócić uwagę także na zagrożenia.

Do podstawowych korzyści należy zaliczyć to, że rolnik-przedsiębiorca:

- 1) jest nadal rolnikiem na pozycji uprzywilejowanej, z niższymi składkami na ubezpieczenie społeczne;
- 2) rolnik-przedsiębiorca może opłacać dużo niższe składki na ubezpieczenie społeczne w porównaniu z innymi przedsiębiorcami, nawet o blisko 900 zł miesięcznie;
- 3) rolnik-przedsiębiorca nie musi dodatkowo, tj. na wniosek, przystąpić do ubezpieczenia chorobowego, jak w systemie powszechnym, płaci również niższe składki na ubezpieczenie zdrowotne;

- 4) korzyścią z opłacania niższych składek jest wyższy uzyskiwany dochód;
- 5) dochód z działalności gospodarczej może wspomóc gospodarstwo rolne o blisko 19 tys. zł rocznie, bo działalność rolnicza cechuje się wysokim ryzykiem w uzyskiwaniu dochodów;
- 6) środki zaoszczędzone z tytułu obciążeń składkowych rolnik może zainwestować w rozwój działalności rolniczej, gdyż na rozwój działalności gospodarczej przepisy ubezpieczeniowe mu nie pozwalają.

Do najważniejszych kosztów ubezpieczenia w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego należy zaliczyć:

- 1) zwiększone obciążenia składkowe w KRUS;
- 2) wyższa, podwójna składka emerytalno-rentowa nie wpływa na wysokość uzyskiwanych świadczeń;
- 3) najistotniejszym kosztem jest tu brak ochrony z tytułu wypadku przy pracy podczas prowadzonej działalności gospodarczej; to poważna bolączka systemu rolniczego; warto wspomnieć jednak, że przed zmianą przepisów rolnik płacił podwójną składkę wypadkową i także nie miał ochrony od zdarzeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej;
- 4) brak możliwości otrzymania realnej ochrony prewencyjnej przed utratą zdolności do pracy w działalności gospodarczej;
- 5) rolnik-przedsiębiorca nie może ubezpieczyć się od wypadków przy pracy w ZUS, gdyż prawo nie przewiduje takiej możliwości;
- 6) istotnym zagrożeniem jest także coroczna możliwość wyłączenia rolnika z KRUS po przekroczeniu kwoty granicznej;
- 7) wyłączenie z KRUS spowoduje osłabienie solidarności zawodowej rolników, związanej z rolniczymi ubezpieczeniami społecznymi.

Możliwość ubezpieczenia społecznego w KRUS rolnika-przedsiębiorcy może zachęcać innych ubezpieczonych w Kasie do przedsiębiorczości i paradoksalnie zaszkodzić ich działalności rolniczej, ze względu chociażby na potrzebę zorganizowania kapitału na rozpoczęcie działalności gospodarczej. Może to również wiązać się z ograniczeniem inwestycji w działalność rolniczej. Prowadzona przez rolnika działalność gospodarcza jest limitowana i rolnik cały czas jest zobligowany do liczenia dochodu w związku z corocznie zmienianą kwotą graniczną. To istotny czynnik, niepozwalający na rozwój działalności gospodarczej. Warto także podkreślić, że prowadzenie działalności gospodarczej może zagrozić głównej działalności – rolniczej, ponieważ dodatkowa działalność gospodarcza może stać się z czasem dominującą.

Wnioski

Przeprowadzone rozważania uzasadniają sformułowanie następujących wniosków.

Po pierwsze, zarówno rolnicy, jak i przedsiębiorcy w polskim systemie prawnym podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu. Takie same zasady dotyczą rolników-przedsiębiorców, zaś najważniejszą funkcją ubezpieczeń społecznych jest realizacja funkcji ochronnej.

Po drugie, jeżeli chodzi o praktyczne aspekty analizowanego rozwiązania, to należy zauważyć, że aktualnie 84 tys. rolników-przedsiębiorców podlega ubezpieczeniu w KRUS na preferencyjnych warunkach. Przed istotnymi zmianami legislacyjnymi grupa ta liczyła 125 tys. osób. Powstaje zatem pytanie, dlaczego niewiele takich podmiotów korzysta dziś z tego uprzywilejowania. Najistotniejszym argumentem *contra* jest poważna, uzasadniona obawa przed wyłączeniem z ubezpieczenia w KRUS. Nie ulega także wątpliwości, że część rolników w ogóle nie rejestruje pozarolniczej działalności gospodarczej i działa w szarej strefie.

Po trzecie, rolnik-przedsiębiorca to nadal podmiot spełniający określone ustawowo przesłanki z definicji rolnika, wspomagający dochody dodatkową, drobną działalnością zawodową. Jedynie taka konstrukcja jest dopuszczalna w ubezpieczeniu społecznym rolników. Dziś instytucja ta jest swoistym uprzywilejowaniem, instrumentem wsparcia dla tych podmiotów.

Po czwarte, rolnicy-przedsiębiorcy w pełnym zakresie podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu z mocy prawa na warunkach wskazanych w ustawie ubezpieczeniowej. Podjęcie działalności gospodarczej daje rolnikowi sporo korzyści, nie można jednak zapominać o związanych z tym kosztach. Najistotniejszym kosztem jest podwójnie opłacana składka emerytalno-rentowa, mająca charakter opłaty za uprzywilejowanie, przy braku należytej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, przejawiającej się w przyznaniu ubezpieczonemu niepełnego katalogu świadczeń. Rolnicy świadczący umowy cywilnoprawne i zasiadający w radach nadzorczych podlegają natomiast dziś obowiązkowo ubezpieczeniu w ZUS oraz mogą kontynuować dobrowolne ubezpieczenie w KRUS po spełnieniu określonych warunków (konstrukcja podwójnego ubezpieczenia).

Po piąte, zakres ochrony przyznany rolnikom-przedsiębiorcom w ustawie ubezpieczeniowej sprowadza się tylko i wyłącznie do przyznania świadczeń związanych z ryzykiem prowadzenia działalności rolniczej. Definicja wypadku przy pracy rolniczej z ustawy ubezpieczeniowej nie pozwala na kwalifikację zdarzeń wypadkowych występujących w działalności gospo-

darczej za wypadki przy pracy w KRUS. Istnieje zatem, w całym systemie ubezpieczeń społecznych, grupa blisko 85 tys. ubezpieczonych niemających zapewnionej właściwej ochrony przed utratą zdolności do pracy. Rozwiązania przyjęte w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników dla rolników-przedsiębiorców w obecnej formie mogą, moim zdaniem, rodzić pytanie nie tylko o zgodność z istotą, funkcjami i przedmiotem ochrony ubezpieczeń społecznych, lecz także i z podstawowymi celami zawartymi w przepisie art. 67 Konstytucji RP³⁷.

Po szóste, rolnicy-przedsiębiorcy nadal nie mają pełnej świadomości na temat braku ochrony od zdarzeń wypadkowych, które mogą wystąpić podczas prowadzonej działalności gospodarczej. W efekcie, niezdolność ta skutkuje niejednokrotnie niemożnością prowadzenia w przyszłości żadnej działalności, zarówno rolniczej, jak i pozarolniczej – gospodarczej.

Po siódme, rozważane podmioty ustawowo pozbawione prawa do świadczeń, nie mają obecnie możliwości uzyskania ochrony z tego tytułu nawet na wniosek w ZUS. To poważna luka w prawie. Pogląd ten nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do stworzonej po 1 stycznia 2015 r. swoistej konstrukcji podwójnego ubezpieczenia społecznego rolników dla świadczących umowy cywilnoprawne, zapewniającej im ochronę od zdarzeń mogących wystąpić w każdej z wykonywanych działalności. Sytuacja rolników-przedsiębiorców w zakresie ochrony ubezpieczeniowej nie zmieniła się od 1996 r.

Po ósme, podstawą ustroju rolnego w Polsce są gospodarstwa rodzinne. W większości są to nadal gospodarstwa małe i o przestarzałym wyposażeniu. Niejednokrotnie są to także gospodarstwa samozaopatrzeniowe, które nie istnieją praktycznie na rynku, bo dochód ma tu jedynie wymiar naturalny. Podjęcie dodatkowej działalności staje się dla takich gospodarstw dodatkową szansą na polepszenie warunków egzystencji członków rodziny. Te kategorie podmiotów zasługują zatem na szczególną uwagę. Poruszana przez autora i innych przedstawicieli doktryny kwestia reformy ubezpieczeń społecznych, mająca zapewnić szczelność systemu ubezpieczeń w KRUS, wykracza w tym miejscu poza ramy tego opracowania. Większym przedsiębiorcom niejednokrotnie, mówiąc kolokwialnie, nie opłaca się ubezpieczenie w KRUS. Nie można tu zapomnieć o fakcie, że działalność gospodarcza ma mieć dodatkowy, a nie wiodący charakter. Świadczy o tym przede wszystkim roczna kwota graniczna pozwalająca na pozostawanie dwuzawodowców w KRUS.

Po dziewiąte, w systemie rolniczym nie występuje zasada, że im wyższa składka, tym wyższe świadczenie. Rolnik pragnie zaoszczędzić, płacąc ni-

³⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483.

skie składki na ubezpieczenie, lecz pozorna oszczędność mści się w przyszłości, w efekcie bowiem uzyskuje niskie świadczenie z KRUS. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku oszczędnego przedsiębiorcy. ZUS jednak w przypadku bardziej przeczornego przedsiębiorcy pozwala na opłatę wyższych składek na ubezpieczenie. W KRUS nie ma takiej możliwości. To istotna wada systemu, ponieważ gdyby rolnik był zainteresowany uzyskaniem lepszej ochrony ubezpieczeniowej, to nie pozostaje mu nic innego, jak przejście do ZUS. Dlatego też system wymaga reformy, nie natomiast z powodu, jak często można przeczytać w różnych artykułach prasowych, że przedsiębiorcy płacą wyższe składki na ZUS.

Po dziesiąte, pełniejszą ochronę ubezpieczeniową może rolnik uzyskać przechodząc do ZUS. Wiąże się to jednak z poważnym, w porównaniu do ubezpieczenia rolniczego, ciężarem składkowym. Ubezpieczenie przedsiębiorców pozwala ubezpieczonym na obniżenie wymiaru składek. Dzieje się tak dlatego, że przedsiębiorca może nie opłacać składek od realnych dochodów, tylko od zadeklarowanych. Opłacanie składek od najniższej podstawy jest pozorną oszczędnością dla przedsiębiorcy. Dzieje się tak dlatego, że na wypadek wystąpienia przeszkody w możliwości zarobkowania, ubezpieczony może otrzymać takie świadczenie, które nie pozwoli mu ani na utrzymanie, ani na zatrudnienie pomocy do pracy w działalności gospodarczej. Dla zapewnienia sobie właściwej ochrony, przedsiębiorca w ZUS powinien opłacać składki od faktycznych dochodów i taką podstawę winien zadeklarować. Otrzyma on wówczas o wiele wyższe świadczenia. Tak też powinien uczynić rolnik-przedsiębiorca, który zostanie wyłączony z KRUS i zobowiązany jest przejść do ZUS. Przykładem może być tu przeszło dwukrotnie wyższe świadczenie z powodu choroby i blisko dwukrotnie wyższa emerytura.

Po jedenaste, przedstawione kwestie prowadzą do wniosku, że zmiany wprowadzone do ustawy o u.s.r. w kwestii podlegania w KRUS ubezpieczeniu rolników-przedsiębiorców przeprowadzono zbyt pośpiesznie. Powyższy przykład nieroztropności ustawodawcy spowodował w praktyce wiele perturbacji, nie rozstrzygając przy tym najistotniejszych problemów związanych z ochroną rolników prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą w rolniczym ubezpieczeniu społecznym. Dodatkowo stanowisko Trybunału Konstytucyjnego z 2013 r. zablokowało poniekąd możliwość dochodzenia roszczeń dla rolników z tytułu odmowy wypłaty świadczeń w związku z zaistniałym w przeszłości wypadkiem w prowadzonej działalności gospodarczej³⁸.

³⁸ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 października 2013 r., SK 64/12, OTK-A 2013/7/115.

Po dwunaste, istnieje konieczność rozwiązania, traktowanego od wielu lat po macoszemu, problemu ochrony rolników-przedsiębiorców. Należy pamiętać, że nowo wprowadzone rozwiązania nie mogą stanowić podstawy do nadużyć w tej materii. Kwestie te warto wziąć pod rozwagę podczas prowadzonych prac nad kolejną nowelizacją ustawy ubezpieczeniowej. Choć potrzeba ochrony wskazanych podmiotów jest pilna, to doświadczenia z przeszłości w zakresie regulacji ubezpieczenia rolników dwuzawodowców w KRUS sugerują rozwagę, staranność oraz multidyscyplinarną i społeczną konsultację podczas opracowywania nowych rozwiązań normatywnych.

Postulaty *de lege ferenda*

Mając na względzie powyższe wywody, warto zastanowić się nad możliwościami rozwiązania problemu ochrony rolników-przedsiębiorców w ubezpieczeniu społecznym, przy uwzględnieniu następujących zależności. Konieczność przyznania ochrony rolnikom-przedsiębiorcom przed utratą zdolności do pracy nie może budzić żadnych wątpliwości. Uzasadnia to nie tylko zasada sprawiedliwości społecznej, solidaryzmu społecznego, lecz przede wszystkim funkcja ochronna ubezpieczeń społecznych. Zabiegu normatywnego należałoby dokonać w ramach ubezpieczenia rolniczego z uwagi na fakt, iż jest to rozwiązanie preferencyjne, pozwalające rolnikom na wsparcie dochodów z najbardziej ryzykownej działalności zawodowej, w której nierzadko dochód może mieć charakter jedynie naturalny.

Najbardziej pożądanym rozwiązaniem zdaje się być możliwość przyznania analizowanej kategorii podmiotu ochrony ubezpieczeniowej. Kosztem uprzywilejowania byłaby, jak uprzednio, wyższa składka na ubezpieczenie społeczne. Wydaje się, że nawet trzykrotność opłacanej dziś, przede wszystkim składki wypadkowej i chorobowej, nie stanowiłaby dla rolników problemu, a byłaby wyrazem solidaryzmu wewnątrzgrupowego tych podmiotów. Pozwoliłaby także na samofinansowanie się świadczeń dla przyszłych beneficjentów. Warto jednak wskazać, że kwestia ta wymaga pogłębienia badań i przeprowadzenia symulacji finansowo-ekonomicznych dla proponowanego rozwiązania.

Kolejną możliwością byłoby ustanowienie kolejnego wyjątku od zasady jednego ubezpieczenia społecznego, analogicznie do podlegania ubezpieczeniu w ZUS i KRUS rolników wykonujących umowy cywilnoprawne. Plusem tego rozwiązania byłoby z pewnością przyznanie ochrony w tym

zakresie, w jakim rolnik nie prowadzi działalności rolniczej. Istotnym minusem takiego rozwiązania byłby odpływ środków ze składek do ZUS i co za tym idzie, pogorszenie sytuacji finansowej KRUS.

Ostatnim rozwiązaniem mogłoby być wyłączenie analizowanych podmiotów ze społecznego ubezpieczenia rolniczego i przejście do systemu powszechnego. Zabieg ten byłby swoistym powrotem do przeszłości, do rozwiązań sprzed 20 lat. Wydaje się, że byłoby to najmniej korzystne dla rolników i systemu. Wiązałoby się z odpływem blisko 85 tys. ubezpieczonych rolników, bądź likwidacją prowadzonej przez nich działalności gospodarczej. Już dziś warto jednak zauważyć, że bogatsi przedsiębiorcy, którzy z czasem zdecydują się przesunąć ciężar działalności głównie na działalność gospodarczą, podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu w ZUS pomimo tego, że nadal prowadzą dodatkową działalność rolniczą.

Damian Puslecki, doktor nauk prawnych, adiunkt w Katedrze Zarządzania i Prawa Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu.

Literatura

1. Budzinowski R., *Koncepcja gospodarstwa rolnego w prawie rolnym*, Poznań 1992.
2. Budzinowski R., *Prawne pojęcie działalności rolniczej* [w:] *Prawo i Administracja*, red. R. Budzinowski, t. II, Piła 2003.
3. Dz. U. nr 46 poz. 335.
4. Dz. U. nr 134 poz. 947.
5. Dz. U. 2012 poz. 1548.
6. Fundowicz J., Łapiński K., Peterlik M. et al., *Szara strefa w polskiej gospodarce*, Warszawa, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, 2016, s. 23, 26, www.ibngr.pl/content/download/2173/20176/file/Szara%20strefa%202016.pdf.
7. Jaskuła W., *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 marca 2006 r.*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2007, Nr 31.
8. Jaskuła W., *Kuriozalne orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego. Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 lipca 2006 r.*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia.” 2009, Nr 34.
9. Jaskuła W., *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników – postulaty de lege ferenda*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2008, Nr 33.
10. Jaskuła W., *W sprawie świadczeń z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej dla rolnika-przedsiębiorcy*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2014, Nr 1.

11. Jędrasik-Jankowska I., *Ekspertyza w uzasadnieniu do postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 października 2013 r.*, SK 64/12, OTK-A 2013/7/115.
12. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483.
13. Kraciuk J., *Szara strefa w Europie*, Zeszyty Naukowe SGGW „Problemy Rolnictwa Światowego” 2013, T. 13.
14. Obwieszczenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 23 maja 2016 r., M.P. 2016 poz. 483.
15. Puślecki D., *Funkcje społecznego ubezpieczenia wypadkowego rolników a zakres ochrony osób pracujących w rolnictwie*, „Przegląd Prawa Rolnego” 2011, Nr 8.
16. Puślecki D., *Podleganie ubezpieczeniu rolników prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą*, „Zeszyty Naukowe SERiA” 2007, Nr 2.
17. Puślecki D., *Prawne problemy podlegania ubezpieczeniu wypadkowemu w rolnictwie*, „Studia Iuridica Agraria” 2007, T. VI.
18. Puślecki D., *Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczenia wypadkowego rolników*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2010, Nr 37.
19. Puślecki D., *Spoleczne rolnicze ubezpieczenie wypadkowe – próba oceny*, „Przegląd Prawa Rolnego” 2010, Nr 1.
20. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 9 października 2015 r. w sprawie norm szacunkowych dochodu z działów specjalnych produkcji rolnej, Dz. U. 2015 poz. 1717.
21. Rzecznik Praw Obywatelskich, www.rpo.gov.pl, RPO-661085-III/10 IM.
22. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw, Druk sejmowy nr 2242, www.sejm.gov.pl.
23. Trybunał Konstytucyjny, Postanowienie z dnia 29 października 2013 r., SK 64/12, OTK-A 2013/7/115.
24. Ustawa z dnia 27 października 1977 r. o zaopatrzeniu emerytalnym oraz innych świadczeniach dla rolników i ich rodzin, Dz. U. nr 32 poz. 140.
25. Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej w związku z działalnością rolników w zakresie sprzedaży, o której mowa w art. 20 ust. 1c ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz. U. 2012 poz. 361 ze zm.
26. Ustawa z dnia 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. nr 124 poz. 585.
27. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, t.j. Dz. U. 2016 poz. 963.
28. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, t.j. Dz. U. 2015 poz. 584 ze zm.
29. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. 2009 nr 79 poz. 667.
30. Wierzbowski B., *Zabezpieczenie społeczne rolników wyrazem solidaryzmu społecznego*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2000, Nr 4.

Specific category of a farmer-entrepreneur as a subject insured in The Agriculture Social Insurance Fund (KRUS) Summary

The aim of this study is to evaluate the structure of the agriculture social insurance of a specific category of subjects: farmers-entrepreneurs. For the implementation of the above aim it was necessary to define the scope of the insured category, the scope of the insurance in question and the catalog of benefits that farmers-entrepreneurs may entitle to from the perspective of protection of the social insurance system.

In conclusion, the author states that a farmer-entrepreneur is a subject that meets the statutory requirements of a farmer's definition, additionally supporting the income by running a small business activity. These people are subject to compulsory insurance under KRUS on preferential terms, and for almost 20 years they have not had any protection against accidents occurring in connection with non-agricultural economic activity. These events may threaten their ability to earn their own livelihood not only in business, but also in agriculture. The question arises about the compatibility of such structure with the essence, guarantee and compensation function of social insurance. There is a need to solve the problem presented, not on the basis of general insurance in ZUS, but within the framework of the agriculture social insurance. The analyzed institution is a specific instrument for supporting farmers – especially family and self-supplying farms.

Keywords: economic activity, social insurance for farmers, the farmer entrepreneur.

*Ernest Nasternak**

Postulaty *de lege ferenda* w stosunku do zasad, na jakich dokonywany jest wybór przedstawicieli ubezpieczonych i świadczeniobiorców do Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników

Streszczenie

W niniejszym artykule została podjęta próba wskazania właściwej reprezentacji ubezpieczonych i świadczeniobiorców w ubezpieczeniu społecznym rolników. W związku z tym została przedstawiona propozycja zmian w wymienionej ustawie, w oparciu o którą byłyby przeprowadzane bezpośrednie wybory członków Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników przez ubezpieczonych i świadczeniobiorców. Ze względu na formę tego opracowania nie dokonano pełnej analizy w kwestii funkcjonowania Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników, a autor artykułu odnosi się jedynie do sposobu wyłaniania jej członków. Co za tym idzie, przedmiotowa propozycja powinna być potraktowana jako początek potrzebnej dyskusji i wstęp do głębokiej analizy dalszego funkcjonowania instytucji, jaką jest Rada Ubezpieczenia Społecznego Rolników, jej samorządności i kompetencji.

Słowa kluczowe: Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Rada Ubezpieczenia Społecznego Rolników, związek zawodowy rolników, społeczno-zawodowa organizacja rolników.

* **Ernest Nasternak**, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, doktorant w Katedrze Prawa Pracy, Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.

Działalność Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników (dalej: Rady Rolników) ma swoje oparcie w przepisach ustawy z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników¹ oraz w akcie wykonawczym do tej ustawy, tzn. rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 6 października 2006 r. w sprawie zgłaszania kandydatów na członków Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników oraz regulaminu i zasad wynagradzania jej członków². Strukturę organizacyjną i tryb pracy Rady Rolników określa uchwalany przez nią regulamin.

Zgodnie z art. 2 ust. 3 ww. ustawy, Rada Rolników ma za zadanie reprezentowanie interesów ogółu ubezpieczonych i świadczeniobiorców, dotyczących ubezpieczenia i działalności Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). W ustawie brak jest jednak usystematyzowanego katalogu wyznaczającego zakres działania Rady Rolników. Mimo tego, zgodnie z rozproszonymi przepisami w powyższej ustawie, do zasadniczych kompetencji Rady Rolników należy w szczególności: kontrola i ocena działalności KRUS oraz sprawowanie nadzoru nad Funduszem Składkowym Ubezpieczenia Społecznego Rolników (FSUSR) poprzez udział przedstawicieli Rady w radzie nadzorczej tego funduszu.

Na wstępie należy wyjaśnić, że w strukturze KRUS działa wyodrębniony organizacyjnie i prawnie Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników (dalej: Fundusz Składkowy), posiadający osobowość prawną. Jest on funduszem samofinansującym się, niekorzystającym z dotacji budżetu państwa. Z mocy ustawy funkcje zarządu funduszu pełni Prezes KRUS pod nadzorem Rady Rolników (art. 76 ust. 1 ww. ustawy). Do Funduszu Składkowego odprowadzane są składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie, z których finansowane są m.in. wydatki na świadczenia z tego ubezpieczenia. Do ustawowych wydatków funduszu należy także finansowanie bezpośrednich kosztów funkcjonowania Rady Rolników³.

W celu realizacji swoich kompetencji Rada Rolników może żądać od Prezesa KRUS informacji i wyjaśnień oraz udostępnienia dokumentów. Prezes KRUS jest obowiązany ustosunkować się do wniosków pokontrolnych oraz innych postulatów Rady Rolników dotyczących działalności

¹ Dz. U. 2016 poz. 277, tj. ze zm.

² Dz. U. 2006 nr 189 poz. 1394 oraz Dz. U. 2007 nr 128 poz. 901.

³ Rada Rolników reprezentuje podmioty tworzące kapitał FSUSR i – co istotne – nie należy do struktur administracji publicznej ani samorządowej. Rada Rolników została powołana jako samodzielny organ, niewłączony strukturalnie do KRUS ani FSUSR, na co zwrócił uwagę P. Czechowski, *Pozycja prawna Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników w świetle nowelizacji ustawy o finansach publicznych*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2001, Nr 4/12, s. 45 i nast.

KRUS, w terminie 14 dni (art. 69 ust. 2 ww. ustawy). Na Radzie Rolników spoczywa również odpowiedzialność za ustalanie wysokości składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie (art. 8 ww. ustawy) oraz wnioskowanie do ministra właściwego do spraw rozwoju wsi o zmianę wysokości świadczeń z tego ubezpieczenia, co ma zasadniczy wpływ na płynność finansową FSUSR. Rada Rolników w szeregu sprawach określonych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników posiada kompetencje do opiniowania programów działania KRUS oraz przedstawiania swoich wniosków i stanowisk. Ponadto opiniuje projekty aktów prawnych regulujących ubezpieczenie, w szczególności aktów wykonawczych do ustawy oraz aktów prawnych mających bezpośredni wpływ na funkcjonowanie ubezpieczenia. Rada Rolników może występować do organów administracji państwowej, instytucji państwowych i organów jednostek samorządu terytorialnego, o podjęcie określonych inicjatyw lub działań w sprawach związanych z ubezpieczeniem. Adresat wystąpienia jest obowiązany udzielić Radzie Rolników odpowiedzi w terminie jednego miesiąca (art. 73 ww. ustawy).

Prezes KRUS, w terminie do 31 marca każdego roku, przedstawia Radzie Rolników sprawozdanie z działalności KRUS i FSUSR w poprzednim roku. Rada Rolników rozpatruje to sprawozdanie i uchwała opinię wraz z ewentualnymi wnioskami, w terminie do 30 kwietnia (art. 74 ww. ustawy).

Na wniosek Rady Rolników, minister właściwy do spraw rozwoju wsi, w drodze rozporządzenia, może ustanawiać ulgi w wysokości składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie (art. 8 ust. 5 ww. ustawy). Podobnie, na wniosek Rady Rolników, minister właściwy do spraw rozwoju wsi może w drodze rozporządzenia określić, jakie czynności niewymienione w ustawie traktuje się, w zakresie uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia z tytułu wypadku przy pracy rolniczej, na równi z czynnościami związanymi z prowadzeniem działalności rolniczej (art. 11 ust. 2 ww. ustawy). Prezes KRUS, w porozumieniu z Radą Rolników lub na jej wniosek, może ustanawiać premie dla rolników płacących składki oraz dla osób pobierających świadczenia, z tytułu wyrażenia zgody na pobór składki lub wypłatę świadczenia w sposób prowadzący do obniżenia kosztów poboru albo wypłaty (art. 82 ust. 2 ww. ustawy). Jednak z tych fakultatywnych uprawnień dotychczas Rada Rolników nie korzystała.

Z treści przepisów odnoszących się do zadań Rady Rolników można wyprowadzić wniosek, że Rada Rolników jest organem sprawującym funkcje o charakterze opiniodawczo-doradczym i postulatycznym w interesie ubezpieczonych i świadczeniobiorców. Zatem Rada Rolników posiada kompetencje ustawowe gwarantujące jej możliwość wywierania znaczącego wpływu na funkcjonowanie ubezpieczenia społecznego rolników. Można by więc oczekiwać szeregu znaczących inicjatyw i samodzielności

w podejmowaniu tego typu działań (mających chociażby pośredni charakter) oraz występowania z poparciem w stosunku do postulowanych przez rolników zmian nie tylko w zakresie ubezpieczenia społecznego rolników.

Rada Rolników składa się z 25 członków, powołanych na 3-letnią kadencję przez Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi spośród kandydatów zgłoszonych przez społeczno-zawodowe organizacje rolników i związki zawodowe rolników indywidualnych o ogólnokrajowym zasięgu, po przeprowadzeniu konsultacji ze zgłaszającymi organizacjami.

Ustawodawca, w ustawie z 7 kwietnia 1989 r. o związkach zawodowych rolników indywidualnych⁴, podzielił związki zawodowe na związki mające większe możliwości działania ze względu na ich ogólnokrajowy zasięg oraz na pozostałe nieposiadające takiego prymatu. Z tego wynika, że związki posiadające ogólnokrajowy zasięg działają również na rzecz i w interesie rolników, którzy są zorganizowani w organizacjach związkowych nieposiadających waloru ogólnokrajowego. Ustawodawca, szanując samorządność i niezależność związków zawodowych, nie ingeruje zbyt w kształt tworzonych przez nie struktur. Ustawa o związkach zawodowych rolników indywidualnych w art. 2 ust. 2 i 3 stanowi, że związki zawodowe rolników indywidualnych są samorządne, co oznacza, że mogą samodzielnie, w sposób zgodny z prawem, kształtować cele i programy swojego działania, uchylać statuty i inne akty wewnętrzne dotyczące działalności związkowej oraz określać swoje struktury organizacyjne. Wynika to z tego, że związki zawodowe rolników indywidualnych są niezależne i nie podlegają nadzorowi lub kontroli ze strony organów administracji państwowej. W art. 1 ust. 2 tej ustawy określone zostało, że związki zawodowe rolników indywidualnych działają w zakresie ochrony własności gospodarstw, interesów ekonomicznych i socjalnych swoich członków i ich rodzin oraz uczestniczą w działaniach na rzecz rozwoju gospodarczego oraz społecznego wsi i rolnictwa. Zatem tylko w zakresie działań na rzecz rozwoju gospodarczego oraz społecznego wsi i rolnictwa związki zawodowe rolników indywidualnych, w założeniu reprezentują wszystkich rolników, niezależnie od ich przynależności związkowej. Z kolei w sprawach ochrony własności gospodarstw, interesów ekonomicznych i socjalnych, związki zawodowe z zasady reprezentują prawa i interesy swoich członków. Rolnicy, jak i przedstawiciele pozostałych grup zawodowych, mogą zatem zrzeszać się w związek zawodowy głównie w tym celu, aby powstały tym sposobem podmiot reprezentował ich interesy na danym terenie, w zawodzie albo branży. Jednak w tym momencie powstaje wątpliwość co do możliwości reprezentowania interesów socjalnych osób niezrzeszonych w tych organizacjach.

⁴ Dz. U. 1989 nr 20 poz. 106 ze zm.

Wyraźniej reprezentatywność w stosunku do rolników została uwidoczni-
niona w art. 1 ustawy z 8 października 1982 r. o społeczno-zawodowych
organizacjach rolników⁵, gdzie zagwarantowano, że rolnicy indywidualni
i członkowie ich rodzin oraz inne osoby związane bezpośrednio charakte-
rem swej pracy z rolnictwem mogą zrzeszać się dobrowolnie na zasadach
ustalonych w niniejszej ustawie, w społeczno-zawodowych organizacjach,
pełniących funkcje obrony interesów zawodowych rolników indywidu-
alnych. Zgodnie z tą ustawą, przedmiotowe organizacje, reprezentując po-
trzeby oraz broniąc zawodowych i społecznych interesów rolników indywi-
dualnych, działają na rzecz rozwoju indywidualnych gospodarstw rolnych
oraz wzrostu ich produkcji, zapewnienia opłacalności produkcji rolniczej
i należytego wyposażenia rolnictwa w środki produkcji, troszczą się o wy-
soką rangę zawodu rolnika, a także o poprawę warunków życia i pracy
ludności wiejskiej, uczestniczą w kształtowaniu i realizacji polityki Pań-
stwa na rzecz postępu gospodarczego, społecznego, socjalnego oraz kul-
turalnego i oświatowego wsi.

Z powyższego można wywnioskować, że związki zawodowe o ogólnokrajowym zasięgu oraz społeczno-zawodowe organizacje rolników posiadają ustawowe kompetencje do reprezentacji rolników, niezależnie od ich przynależności związkowej – w zakresie zawodowych i społecznych interesów rolników indywidualnych. Z tym wyjątkiem, że związek zawodowy rolników indywidualnych uczestniczy w działaniach na rzecz rozwoju gospodarczego oraz społecznego wsi i rolnictwa, natomiast reprezentuje prawa i interesy wyłącznie swoich członków.

Z tych względów uznano, podczas tworzenia obecnie obowiązujących regulacji o ubezpieczeniu społecznym rolników, że spośród kandydatów zgłoszonych przez społeczno-zawodowe organizacje rolników i związki zawodowe rolników indywidualnych o ogólnokrajowym zasięgu, po przeprowadzeniu konsultacji ze zgłaszającymi organizacjami, minister właściwy do spraw rozwoju wsi powołuje członków Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników. Jednak, co bardzo istotne, brak jest badań na temat liczby rolników zrzeszonych w tych organizacjach i tym samym trudno jest w rzeczywistości określić reprezentatywność tych organizacji w stosunku do osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników, bądź uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników. Zatem mimo zapisów ustawowych o posiadaniu ustawowych kompetencji do reprezentacji rolników przez związki zawodowe o ogólnokrajowym zasięgu oraz społeczno-zawodowe organizacje rolników, można stawiać znak zapytania, oceniając reprezentatywność tych organizacji w zakresie ubezpieczenia społecznego rolników.

⁵ Dz. U. 1982 nr 32 poz. 217 ze zm.

W chwili rozpoczęcia kadencji Rady Rolników co najmniej piętnastu jej członków powinno podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników w pełnym zakresie, a co najmniej pięciu członków powinno pobierać emeryturę lub rentę rolniczą. Ma to zapewnić ochronę interesów zarówno ubezpieczonych, jak i świadczeniobiorców. Jednocześnie z tego wynika, że w skład Rady Rolników mogą wchodzić wyłącznie osoby podlegające ubezpieczeniu społecznemu rolników w pełnym zakresie albo uprawnione do emerytury lub renty rolniczej w powyżej określonej proporcji. W posiedzeniach Rady Rolników uczestniczą z głosem doradczym: minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, minister właściwy do spraw rozwoju wsi, minister właściwy do spraw finansów publicznych lub ich przedstawiciele oraz Prezes KRUS (art. 67 ust. 2 ww. ustawy).

W myśl ww. rozporządzenia w sprawie zgłaszania kandydatów na członków Rady Rolników oraz regulaminu i zasad wynagradzania jej członków, zgłaszanie kandydatów na członków Rady Rolników wraz z uzasadnieniem składa się na piśmie ministrowi właściwemu do spraw rozwoju wsi co najmniej na 30 dni przed rozpoczęciem kadencji Rady Rolników. O terminie zgłaszania kandydatów na członków Rady Rolników informuje Prezes KRUS w Biuletynie Informacji Publicznej Kasy oraz w siedzibie Centrali Kasy, i siedzibach oddziałów regionalnych Kasy.

Zgłoszenie kandydatów na członków Rady Rolników powinno zawierać:

- imię, nazwisko, adres zamieszkania i numer telefonu,
- informację o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników lub posiadaniu prawa do emerytury, lub renty rolniczej,
- informację o wykształceniu i kwalifikacjach zawodowych.

Jeżeli kandydat na członka Rady Rolników podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników, w zgłoszeniu należy podać jednostkę organizacyjną Kasy, w której jest ubezpieczony. Jeżeli zaś kandydat na członka Rady Rolników posiada ustalone prawo do emerytury lub renty rolniczej, w zgłoszeniu należy podać jednostkę organizacyjną Kasy, która wypłaca świadczenie. Pozostała część rozporządzenia poświęcona jest określeniu wysokości ryczałtowego wynagrodzenia dla członków Rady Rolników w zależności od pełnionej funkcji i wykonywanych zadań, oraz refundacji wydatków ponoszonych w związku z udziałem w pracach Rady Rolników, takich jak np. dojazd bądź nocleg.

Co jednak istotne, zarówno w ww. ustawie, jak i rozporządzeniu brakuje jakichkolwiek kryteriów, na podstawie których dochodzi do wyboru członków Rady Rolników spośród zgłoszonych kandydatów, którzy spełniają powyższe wymogi. Jednocześnie określone wymogi co do osób mogących kandydować na członków Rady Rolników mają bardzo ograniczony zakres. Z tego wynika, że wybór zależy wyłącznie od decyzji Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi i nie jest on niczym ograniczony, a przepisy nie wskazują jakichkolwiek preferencji w wyborze, jak choćby zachowanie

parytetów między kobietami lub mężczyznami, bądź kompetencje i dotychczasowa działalność kandydata. Wskazane jest jedynie, że członkami Rady Rolników na początku kadencji w większości powinny być osoby podlegające ubezpieczeniu społecznemu rolników.

To z kolei może stanowić zasadniczą barierę w samodzielności i niezależności członków Rady Rolników. Wprawdzie Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi formalnie dokonuje wyboru po przeprowadzeniu konsultacji ze zgłaszającymi organizacjami i jest ograniczony tylko do osób zgłoszonych przez te organizacje. To jednak może budzić wątpliwość, czy członkowie Rady Rolników są przedstawicielami ubezpieczonych i świadczeniobiorców KRUS, czy może są to w rzeczywistości przedstawiciele społeczno-zawodowych organizacji rolników i związków zawodowych rolników indywidualnych o ogólnokrajowym zasięgu⁶. Poza tym wybierani w ten sposób członkowie Rady Rolników mogą być podatni na wpływy nie tylko delegujących ich organizacji. W przeciwnym bowiem razie mogą nie zostać wybrani na następną kadencję, jeżeli zechcą się o to ubiegać i jeżeli zostaną wydelegowani.

W związku z powyższym, aby zapewnić właściwą reprezentację ubezpieczonym i świadczeniobiorcom oraz większą niezależność członkom Rady Rolników w podejmowanych działaniach, uzasadnione jest wprowadzenie zmian w obecnym funkcjonowaniu tego przedstawicielstwa w ramach ubezpieczenia społecznego rolników. Postulowane rozwiązanie mogłoby zostać osiągnięte poprzez zmianę zasad, na jakich dochodzi do wyboru członków Rady Rolników.

Z właściwym przedstawicielstwem ubezpieczonych i świadczeniobiorców w zarządzaniu ubezpieczeniem społecznym rolników mamy do czynienia we Francji, gdzie przedstawiciele ubezpieczonych i świadczeniobiorców są wybierani wprawdzie nie bezpośrednio, ale przy dużym udziale samych ubezpieczonych. W odróżnieniu od polskich rozwiązań, zarządzanie ubezpieczeniem społecznym rolników we Francji jest w gestii 35. spółdzielczych kas lokalnych wzajemnej pomocy rolniczej (MSA) i jednej kasy centralnej, która ma funkcje koordynacyjne (art. L721-1⁷ i L723-1⁸ ko-

⁶ Podobne wątpliwości zgłosił W. Jagła, *Wybrane zagadnienia z działalności Funduszu Składkowego*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2003, Nr 3/19, s. 44. To zaś pozostaje w sprzeczności z postulatami stawianymi przed Radą Rolników, a mianowicie rzeczywistą i pełną reprezentacją interesów ogółu ubezpieczonych i świadczeniobiorców, o czym pisał B. Wierzbowski, *Rola Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników w systemie ubezpieczeń rolniczych*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 1999, Nr 1, s. 77 i nast.

⁷ Légifrance, <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000019950449&cidTexte=LEGITEXT000006071367>.

⁸ Légifrance, <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006585240&cidTexte=LEGITEXT000006071367>.

deksu rolnego i rybołówstwa morskiego). Podobnie natomiast jak w naszym kraju, organizacja odrębnego ubezpieczenia społecznego dla rolników we Francji należy do kompetencji ministerstwa rolnictwa. Kasa centralna nie jest nadrzędnym zakładem publicznym, lecz wspólnym organem 35. kas lokalnych.

Co pięć lat trzy miliony rolników i pracowników rolnych, którzy we Francji są również objęci ubezpieczeniem społecznym przeznaczonym dla rolników, wybiera 25 000 delegatów lokalnych, którzy następnie wybierają ze swojego grona administratorów (27. administratorów centralnych oraz po 27. w każdej kasie lokalnej)⁹. Ten szeroki współdział społeczeństwa rolnego pozwala dzięki temu na dobre odzwierciedlenie oczekiwań społeczności wiejskiej, które są wyrażane bezpośrednio przez ich przedstawicieli. Pozwala to również na prowadzenie szeregu działań na rzecz tej społeczności i w zgodzie z jej oczekiwaniami. Poza tym delegaci lokalni stanowią organ dialogu ze społecznością ubezpieczonych i świadczeniobiorców.

Zbliżony model wyboru członków Rady Rolników mógłby zostać stworzony w naszym ustawodawstwie. Do udziału w wyborach byłiby uprawnieni wszyscy ubezpieczeni i świadczeniobiorcy KRUS, którzy w okręgach wyborczych w ramach powiatów, gdzie mają swoją siedzibę placówki terenowe KRUS, wybieraliby swojego przedstawiciela. Placówka terenowa KRUS stanowi podstawowe ogniwo w strukturze organizacyjnej KRUS i jest jednostką podległą oddziałowi regionalnemu KRUS, którego właściwość terytorialna obejmuje obszar poszczególnych województw. Centrala KRUS jest jednostką służącą do koordynacji i merytorycznego nadzoru nad pracą pozostałych jednostek KRUS.

Wybory mogłyby trwać nie jeden dzień, ale na przykład tydzień bądź miesiąc. Należałoby również umożliwić głosowanie listownie, aby zapewnić jak największą frekwencję uprawnionych. Wybrani przedstawiciele powiatowi byłiby uprawnieni z kolei w ramach poszczególnych oddziałów regionalnych KRUS do wyboru spośród siebie jednego bądź więcej przedstawicieli do Rady Rolników. Liczba przedstawicieli do Rady Rolników z poszczególnych oddziałów regionalnych KRUS mogłaby być uzależniona od liczby ubezpieczonych i świadczeniobiorców w danym oddziale regionalnym. Przedstawiciel danego oddziału regionalnego KRUS do Rady Rolników z kolei byłby zobowiązany do informowania przedstawicieli powiatowych o pracach w Radzie Rolników, dzięki czemu informacje mogłyby być bezpośrednio przekazywane rolnikom w danym powiecie, a nawet w poszczególnych gminach. To samo obowiązywałoby w drugą stronę

⁹ Informacje uzyskane w ramach współpracy z Ministerstwem Rolnictwa Francji.

przedstawiciele powiatowi przekazywaliby członkom Rady Rolników postulaty rolników z danego regionu. Dzięki temu poszczególni ubezpieczeni i świadczeniobiorcy mieliby większą wiedzę na temat chociażby planowanych zmian w ubezpieczeniu społecznym i być może podchodziliby do nich z większym zrozumieniem, a dodatkowo mieliby znacznie większe poczucie, iż posiadają wpływ na to, jak są zagospodarowywane opłacane przez nich składki i jak zmienia się ubezpieczenie, któremu podlegają albo mają z niego ustalone świadczenie. Możliwe byłoby zatem nałożenie na przedstawicieli w powiecie i województwie dodatkowych zadań w kierunku polubownego rozstrzygnięcia sporów z ubezpieczycielem oraz inicjowania i organizowania działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ochrony ubezpieczonych oraz uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia. W ten sposób zapewnione byłyby odpowiednie podstawy do utrzymywania dialogu społecznego pomiędzy ubezpieczonymi i świadczeniobiorcami, a ubezpieczycielem. W związku z tym przedstawiciele ubezpieczonych i świadczeniobiorców do Rady Rolników pełniliby funkcje *quasi* Rzeczników Ubezpieczonych w odniesieniu do osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników. Dodatkowo, można by rozważyć nałożenie jeszcze innych zadań na członków Rady Rolników i przedstawicieli w powiatach, mając na względzie posiadany przez nich przymiot reprezentatywności, szczególnie w kwestiach związanych z dialogiem pomiędzy ubezpieczonymi i świadczeniobiorcami, a ubezpieczycielem oraz ministrem nadzorującym ten dział administracji rządowej.

Ernest Nasternak, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, doktorant w Katedrze Prawa Pracy, Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.

Literatura

1. Czechowski P., *Pozycja prawna Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników w świetle nowelizacji ustawy o finansach publicznych*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2001, Nr 4/12.
2. Jagła W., *Wybrane zagadnienia z działalności Funduszu Składkowego*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2003, Nr 3/19.
3. Légifrance, <http://legifrance.gouv.fr>.
4. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 6 października 2006 r. w sprawie zgłaszania kandydatów na członków Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników oraz regulaminu i zasad wynagradzania jej członków, Dz. U. 2006 nr 189 poz. 1394 oraz Dz. U. 2007 nr 128 poz. 901.

5. Ustawa z 8 października 1982 r. o społeczno-zawodowych organizacjach rolników Dz. U. 1982 nr 32 poz. 217 ze zm.
6. Ustawa z 7 kwietnia 1989 r. o związkach zawodowych rolników indywidualnych, Dz. U. 1989 nr 20 poz. 106 ze zm.
7. Ustawa z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, t.j. Dz. U. 2016 poz. 277 ze zm.
8. Wierzbowski B., *Rola Funduszu Składowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników w systemie ubezpieczeń rolniczych*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 1999, Nr 1.

**Postulates de lege ferenda in relation to
the principles on which the representatives of all
the insured people and beneficiaries are appointed
to the Council of Farmers' Social Insurance
Summary**

This article raises a question about representation of all the insured people and beneficiaries in the area of social insurance for farmers. Namely, the change has been proposed involving the direct election of members of the Council of Farmers' Social Insurance by the insured and beneficiaries.

Keywords: Agricultural Social Insurance Fund, the Council of Farmers' Social Insurance, trade union of farmers, farmers' social and professional organization.

*Anna Wilmowska-Pietruszyńska**

Absencja chorobowa w ubezpieczeniu społecznym rolników w 2015 r.

Streszczenie

Zasiłek chorobowy przysługuje osobie ubezpieczonej w KRUS, która na skutek choroby jest niezdolna do pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 30 dni, jednak nie dłużej niż 180 dni. Jeżeli po wyczerpaniu okresu zasiłkowego osoba ubezpieczona jest nadal niezdolna do pracy, lecz w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokuje odzyskanie zdolności do pracy, zasiłek chorobowy przedłuża się na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż o dalsze 360 dni.

Zasiłek chorobowy jest przyznawany i wypłacany na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy. W artykule przedstawiono analizę absencji chorobowej w KRUS w 2015 r. według płci, wieku i przyczyn chorobowych.

Słowa kluczowe: czasowa niezdolność do pracy, zasiłek chorobowy, ubezpieczenie społeczne

Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym rolników¹ zasiłek chorobowy z tytułu czasowej niezdolności do pracy (absencji chorobowej) spowodowanej chorobą lub urazem przysługuje rolnikom opłacającym skład-

* **Anna Wilmowska-Pietruszyńska**, dr hab. n. med. (prof. nadzw.), Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny. Artykuł powstał we współpracy z **Martą Klimecką**.

¹ Ustawa z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 277 ze zm.

ki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie. Świadczenie to jest finansowane z Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników².

Absencja chorobowa jest dokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy (ZUS ZLA). Zaświadczenie lekarskie wydane na druku ZUS ZLA uzasadnia nieobecność w pracy, a także stanowi podstawę do wypłaty zasiłku chorobowego osobom ubezpieczonym.

Analiza absencji chorobowej na podstawie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy pozwala na dokonanie oceny poziomu zdrowia rolników, kondycji systemu ochrony zdrowia, sytuacji na rynku pracy. Na poziom absencji chorobowej wpływają warunki pracy, jej rodzaj, czynniki psychospołeczne, a także satysfakcja z wykonywanej pracy.

Zagadnienie absencji chorobowej w pracy regulują:

- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych³,
- ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa⁴,
- ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników⁵.

Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy wystawiają upoważnieni przez ZUS lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy. Wystawia się je z dwiema kopiami:

- oryginał zaświadczenia lekarskiego osoba wystawiająca przesyła w ciągu 7 dni od daty jego wystawienia bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej ZUS,

² M. Pęciłło, *Koszty absencji chorobowej i działania je ograniczające*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka” 2012, Z. 9, s. 12-15, czy M. Pęciłło, M. Antoniak, *Absencja chorobowa związana z pracą – co o niej wiemy?*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka” 2013, Z. 4, s. 16-18, a także Z. Szubert, *Absencja chorobowa w Polsce po transformacji społeczno-gospodarczej*, „Medycyna Pracy” 2014, Z. 65 (1), s. 73-84, jak również M. Kowalówka, *Absencja chorobowa w Polsce*, <http://rynekpracy.pl/artykuly/absencja-chorobowa-w-polsce>, dostęp 16.02.2017.

³ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 2016 poz. 229.

⁴ Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz. U. 2016 poz. 372.

⁵ Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, t.j. Dz. U. 2016 poz. 277 ze zm.

- pierwszą kopię zaświadczenia lekarskiego otrzymuje osoba ubezpieczona,
- drugą kopię osoba wystawiająca zaświadczenie ma obowiązek przechowywania przez okres 3 lat.

Upoważniony przez ZUS lekarz leczący pacjenta wystawia zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego rolnika (domownika) na okres, w którym osoba badana powinna powstrzymać się od pracy, ale nie dłużej niż do dnia przeprowadzenia ponownego badania stanu zdrowia osoby ubezpieczonej, z uwzględnieniem rodzaju i warunków wykonywanej pracy.

Zaświadczenie lekarskie zawiera:

- 1) informacje identyfikujące ubezpieczonego i płatnika jego składek;
- 2) informacje dotyczące lekarza, który zaświadczenie wystawił, i miejsca wykonywania przez niego zawodu;
- 3) okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy (w tym okres pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej), numer statystyczny choroby ustalony wg X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (załącznik nr 2), odpowiednie kody literowe oraz wskazania lekarskie.

Informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokości zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, podawane są z zastosowaniem następujących kodów literowych:

- kod A oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nie przekraczającej 60 dni, spowodowanej tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą (kod ten niezbędny jest dla prawidłowego zliczenia okresu wypłaty zasiłku chorobowego),
- kod B oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży,
- kod C oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu,
- kod D oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą,
- kod E stosuje się w przypadku niezdolności do pracy, która powstała po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, gdy niezdolność do pracy trwa bez przerwy 30 dni i powstała nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego – i dotyczy on choroby zakaźnej o długim okresie wylegania.

Od 1 stycznia 2016 r. dokonano zmiany przepisów dotyczących trybu i formy wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, wprowadzających formę elektroniczną zaświadczenia z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego e-PUAP, z okresem przejściowym do 31 grudnia 2017 r.

Tabela 1. Liczba dni zasiłkowych (ogółem i na osobę ubezpieczoną w KRUS) według województw w 2015 r.

Województwo	Liczba dni zasiłkowych	Liczba dni zasiłkowych na ubezpieczonego
dolnośląskie	1 086 367	21
kujawsko-pomorskie	2 324 865	30
lubelskie	6 247 711	36
lubuskie	330 327	19
łódzkie	3 968 622	35
małopolskie	4 018 256	26
mazowieckie	4 850 150	25
opolskie	497 309	15
podkarpackie	3 834 934	39
podlaskie	1 478 094	16
pomorskie	1 254 861	27
śląskie	886 125	22
świętokrzyskie	3 330 231	43
warmińsko-mazurskie	1 089 144	23
wielkopolskie	3 541 628	26
zachodniopomorskie	522 043	18
KRUS	39 260 667	29

Źródło: Biuro Świadczeń Centrali KRUS.

Ubezpieczeni rolnicy w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2017 r. nadal będą mogli otrzymywać od lekarza leczącego zaświadczenie lekarskie w formie papierowej i dostarczać je do KRUS (osobiście lub drogą pocztową) w celu wypłaty zasiłku chorobowego.

Natomiast od 1 stycznia 2018 r. zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy rolników ubezpieczonych w KRUS będzie przekazywane przez wystawiającego je lekarza drogą elektroniczną do ZUS, który to z kolei prześle ww. zaświadczenie do KRUS celem wypłaty zasiłku chorobowego.

Aktualnie oryginał zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy jest przesyłany przez lekarzy leczących do terenowej jednostki organizacyjnej ZUS i wprowadzany do Rejestru Zaświadczeń Lekarskich KSJ ZUS.

Uzyskane dane z modułu do analiz zaświadczeń lekarskich, wystawionych ubezpieczonym w KRUS rolnikom, pozwoliły na dokonanie oceny absencji chorobowej w 2015 r. wg przyczyn chorobowych, płci i wieku tych osób.

W 2015 r. w Rejestrze Zaświadczeń Lekarskich KSJ ZUS liczba zaświadczeń lekarskich dla osób ubezpieczonych w KRUS wyniosła 1 533 700 na łączną liczbę 35 686 500 dni absencji chorobowej. Oznacza to, że na każde zaświadczenie lekarskie przypadało średnio po 23,27 dni absencji chorobowej.

wej. Z danych KRUS wynika natomiast, że w 2015 r. liczba dni absencji chorobowej w KRUS wyniosła 39 260 667 dni, zaś liczba dni absencji chorobowej na ubezpieczonego rolnika wyniosła 29 dni (tabela 1)⁶. Rozbieżność ta dowodzi, iż lekarze nie nadesłali do ZUS wszystkich druków ZUS ZLA dokumentujących czasową niezdolność do pracy.

Wysokość zasiłku chorobowego w KRUS to 10 zł dziennie. W 2015 r. wydatki KRUS na zasiłki chorobowe wyniosły 392 640,5 tys. zł⁷.

Tabela 2 przedstawia liczbę dni absencji chorobowej w 2015 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w KRUS, według dziesięciu najczęściej występujących jednostek chorobowych, w podziale na wiek i płeć ubezpieczonych.

Tabele 1-12 przedstawiają najczęstsze przyczyny absencji chorobowej w grupach chorobowych według płci i wieku osób ubezpieczonych w KRUS w 2015 r., według X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

⁶ KRUS, *Informacja o Świadczeniach Pieniężnych z Ubezpieczenia Społecznego Rolników. Dane ostateczne 2015*, tabela 6, s. 7, http://www.krus.gov.pl/fileadmin/moje_dokumenty/dokumenty/statystyki-BE/Informacja_o_Swiad_Pienieznych/MIS_2015/BE_MIS_dane_ostateczne_2015.pdf.

⁷ Ibidem, s. 7.

Tabela 2. Absencja chorobowa⁸ w 2015 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w KRUS wg wieku i płci oraz jednostek chorobowych

Lp.	Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
				19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	suma	11 209 070	1 473	243 580	1 352 600	3 396 158	5 447 647	721 513	45 992	107
		mężczyźni	4 622 784	1 104	115 978	498 761	1 161 588	2 289 133	514 739	41 418	63
		kobiety	6 585 406	369	127 602	853 784	2 234 339	3 157 981	206 744	4 543	44
		nieustalona płeć	880	0	0	55	231	533	30	31	0
2	Choroby układu nerwowego (G00-G99)	suma	6 578 303	314	199 251	1 003 386	2 150 322	2 834 707	370 786	19 452	85
		mężczyźni	2 775 399	167	90 311	362 291	740 062	1 280 957	282 902	18 654	55
		kobiety	3 802 590	147	108 940	641 076	1 410 127	1 553 640	87 832	798	30
		nieustalona płeć	314	0	0	19	133	110	52	0	0
3	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	suma	4 241 139	4 857	358 802	821 830	1 252 103	1 546 361	234 685	22 408	93
		mężczyźni	2 805 172	3 944	287 730	546 214	767 039	985 968	193 970	20 270	37
		kobiety	1 435 366	913	71 036	275 401	484 903	560 260	40 715	2 138	0
		nieustalona płeć	601	0	36	215	161	133	0	0	56
4	Choroby układu krążenia (I00-I99)	suma	3 403 774	185	43 053	260 313	852 887	1 853 356	359 240	34 680	60
		mężczyźni	1 719 289	160	22 760	97 454	337 130	944 849	284 223	32 653	60
		kobiety	1 684 277	25	20 293	162 851	515 693	908 386	75 017	2 012	0
		nieustalona płeć	208	0	0	8	64	121	0	15	0
		suma	1 803 536	7 779	817 025	880 556	94 731	3 417	0	0	28
5	Ciąża, poród i połóg (O00-O99)	mężczyźni	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		kobiety	1 803 536	7 779	817 025	880 556	94 731	3 417	0	0	28
		nieustalona płeć	0	0	0	0	0	0	0	0	0

⁸ Na podstawie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wydanych na druku ZUS ZLA.

* Cd. tabeli na następnej stronie.

Tabela 2. Absencja chorobowa⁸ w 2015 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w KRUS wg wieku i płci oraz jednostek chorobowych (cd.)

Lp.	Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
				19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
6	Choroby układu oddechowego (J00-J99)	suma	1 559 321	1 319	71 881	235 692	432 551	684 549	122 243	11 048	38
		mężczyźni	753 661	697	35 382	98 991	171 155	342 909	94 360	10 136	31
		kobiety	805 573	622	36 499	136 701	261 346	341 640	27 853	912	0
		nieustalona płeć	87	0	0	0	50	0	30	0	7
7	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	suma	1 538 967	917	65 830	279 059	538 917	591 905	59 485	2 854	0
		mężczyźni	587 585	521	33 767	103 403	178 821	231 028	37 488	2 557	0
		kobiety	951 382	396	32 063	175 656	360 096	360 877	21 997	297	0
		nieustalona płeć	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Choroby układu trawiennego (K00-K93)	suma	1 458 697	940	74 508	251 716	445 910	583 935	95 009	6 619	60
		mężczyźni	788 492	296	40 547	115 023	215 394	334 025	76 761	6 446	0
		kobiety	670 152	644	33 961	136 672	230 516	249 878	18 248	173	60
		nieustalona płeć	53	0	0	21	0	32	0	0	0
9	Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	suma	1 001 302	308	57 185	207 654	352 565	346 662	34 718	2 198	12
		mężczyźni	172 362	56	8 112	20 520	38 441	80 300	22 782	2 151	0
		kobiety	828 880	252	49 073	187 134	314 124	266 302	11 936	47	12
		nieustalona płeć	60	0	0	0	0	60	0	0	0
10	Nowotwory (C00-D48)	suma	836 263	101	20 393	84 459	269 587	376 528	75 862	9 329	4
		mężczyźni	297 474	16	8 273	18 231	51 859	150 997	59 565	8 533	0
		kobiety	538 722	85	12 120	66 228	217 693	225 499	16 297	796	4
		nieustalona płeć	67	0	0	0	35	32	0	0	0

⁸ Na podstawie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wydanych na druku ZUS ZLA.

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego na podstawie danych z ZUS.

Tabela 3. Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47)	suma	2 632 805	35	30 317	245 438	759 692	1 389 337	195 538	12 404	44
	kobiety	1 520 483	0	16 994	158 348	504 424	785 235	54 754	684	44
	mężczyźni	1 112 109	35	13 323	87 065	255 217	603 995	140 754	11 720	0
	nieustalona płeć	213	0	0	25	51	107	30	0	0
Inne choroby krążka międzykręgowego (M51)	suma	1 775 721	46	35 878	244 763	575 031	818 170	96 768	5 065	0
	kobiety	968 575	0	17 597	145 369	358 786	423 776	22 416	631	0
	mężczyźni	807 015	46	18 281	99 394	216 202	394 306	74 352	4 434	0
	nieustalona płeć	131	0	0	0	43	88	0	0	0
Bóle grzbietu (M54)	suma	1 572 835	244	54 998	283 518	526 649	625 608	77 195	4 592	31
	kobiety	905 174	31	32 025	182 687	335 635	334 264	20 312	220	0
	mężczyźni	667 617	213	22 973	100 831	190 984	291 330	56 883	4 372	31
	nieustalona płeć	44	0	0	0	30	14	0	0	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 4. Choroby układu nerwowego (G00-G99)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54)	suma	5 419 307	262	159 969	827 114	1 776 026	2 335 952	304 499	15 400	85
	kobiety	3 105 918	120	88 557	529 666	1 157 297	1 258 266	71 429	553	30
	mężczyźni	2 313 075	142	71 412	297 429	618 596	1 077 576	233 018	14 847	55
	nieustalona płeć	314	0	0	19	133	110	52	0	0
Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej (G55)	suma	287 145	7	6 691	38 970	91 815	130 691	18 332	611	28
	kobiety	163 145	7	3 847	22 723	60 393	72 365	3 791	19	0
	mężczyźni	123 911	0	2 844	16 247	31 390	58 297	14 541	592	0
	nieustalona płeć	89	0	0	0	32	29	0	0	28
Mononeuropatie kończyny górnej (G56)	suma	260 671	0	4 706	29 256	88 883	125 532	11 479	815	0
	kobiety	197 392	0	2 951	22 847	71 460	95 407	4 606	121	0
	mężczyźni	63 279	0	1 755	6 409	17 423	30 125	6 873	694	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 5. Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana (S83)	suma	338 827	221	33 086	77 184	109 952	107 042	10 604	738	0
	kobiety	146 469	130	8 090	29 798	54 523	51 002	2 848	78	0
	mężczyźni	192 319	91	24 996	47 386	55 390	56 040	7 756	660	0
	nieustalona płeć	39	0	0	0	39	0	0	0	0
Złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym (S82)	suma	333 872	255	20 537	59 862	99 054	131 557	21 043	1 531	33
	kobiety	104 844	0	3 340	12 754	33 315	50 148	5 129	158	0
	mężczyźni	228 909	255	17 161	47 058	65 739	81 409	15 914	1 373	0
	nieustalona płeć	119	0	36	50	0	0	0	0	33
Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy (S93)	suma	295 446	714	35 718	73 477	94 602	81 175	8 806	954	0
	kobiety	142 635	225	9 664	35 104	53 020	42 380	2 236	6	0
	mężczyźni	152 811	489	26 054	38 373	41 582	38 795	6 570	948	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 6. Choroby układu krążenia (I00-I99)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie (I10)	suma	1 362 499	0	10 372	88 115	356 002	767 482	128 408	12 086	34
	kobiety	726 131	0	3 398	48 698	212 586	425 800	34 745	904	0
	mężczyźni	636 321	0	6 974	39 409	143 416	341 643	93 663	11 182	34
	nieustalona płeć	47	0	0	8	0	39	0	0	0
Żyłaki kończyn dolnych (I83)	suma	358 620	9	6 484	54 640	126 674	154 163	16 230	420	0
	kobiety	275 400	0	4 736	46 855	103 654	113 879	6 276	0	0
	mężczyźni	83 220	9	1 748	7 785	23 020	40 284	9 954	420	0
Przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25)	suma	348 935	0	111	4 222	52 076	226 816	58 893	6 791	26
	kobiety	96 533	0	71	1 305	17 186	70 734	7 087	150	0
	mężczyźni	252 387	0	40	2 917	34 890	156 082	51 806	6 626	26
	nieustalona płeć	15	0	0	0	0	0	0	15	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 7. CiąŜa, poród i połów (O00-O99)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26)	suma	1 274 567	5 875	589 666	615 624	62 893	481	0	0	28
	kobiety	1 274 567	5 875	589 666	615 624	62 893	481	0	0	28
Krwawienie we wczesnym okresie ciąży (O20)	suma	203 539	482	90 156	103 106	9 502	293	0	0	0
	kobiety	203 539	482	90 156	103 106	9 502	293	0	0	0
Poród przedwczesny (O60)	suma	80 434	190	36 966	39 491	3 766	21	0	0	0
	kobiety	80 434	190	36 966	39 491	3 766	21	0	0	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 8. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Zaburzenia depresyjne nawracające (F33)	suma	372 029	100	7 259	51 963	136 768	159 234	16 277	428	0
	kobiety	275 970	52	4 372	42 533	107 372	113 655	7 986	0	0
	mężczyźni	96 059	48	2 887	9 430	29 396	45 579	8 291	428	0
Epizod depresyjny (F32)	suma	252 121	250	9 759	40 544	90 368	101 391	9 199	610	0
	kobiety	180 283	250	6 388	31 121	69 330	69 689	3 463	42	0
	mężczyźni	71 838	0	3 371	9 423	21 038	31 702	5 736	568	0
Inne zaburzenia lękowe (F41)	suma	233 725	0	9 867	45 974	89 081	82 697	5 953	153	0
	kobiety	176 024	0	7 234	36 817	67 836	60 901	3 236	0	0
	mężczyźni	57 701	0	2 633	9 157	21 245	21 796	2 717	153	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 9. Choroby układu oddechowego (J00-J99)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dychawica oskrzelowa (J45)	suma	316 394	54	7 900	46 575	101 281	138 088	20 459	2 037	0
	kobiety	184 218	47	4 371	27 661	67 681	78 496	5 640	322	0
	mężczyźni	132 176	7	3 529	18 914	33 600	59 592	14 819	1 715	0
Grypa wywołana zidentyfikowanym wirusem (J10)	suma	186 989	0	2 096	13 323	48 868	102 702	18 722	1 278	0
	kobiety	98 270	0	1 237	6 557	27 965	57 206	5 078	227	0
	mężczyźni	88 689	0	859	6 766	20 873	45 496	13 644	1 051	0
	nieustalona płeć	30	0	0	0	30	0	0	0	0
Ostre zapalenie oskrzeli (J20)	suma	175 242	65	8 781	29 238	52 414	73 078	10 931	735	0
	kobiety	97 637	41	4 868	17 413	32 486	39 303	3 441	85	0
	mężczyźni	77 589	24	3 913	11 825	19 912	33 775	7 490	650	0
	nieustalona płeć	16	0	0	0	16	0	0	0	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 10. Choroby układu trawiennego (K00-K93)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kamica żółciowa (K80)	suma	225 038	234	10 032	41 198	69 690	91 921	11 364	599	0
	kobiety	178 514	234	8 711	35 133	60 106	68 708	5 603	19	0
	mężczyźni	46 524	0	1 321	6 065	9 584	23 213	5 761	580	0
Zapalenie żołądka i dwunastnicy (K29)	suma	219 895	49	10 947	42 918	72 381	80 977	12 341	282	0
	kobiety	123 201	43	5 548	27 427	44 929	42 207	2 999	48	0
	mężczyźni	96 694	6	5 399	15 491	27 452	38 770	9 342	234	0
Przepuklina pachwinowa (K40)	suma	219 493	80	10 339	26 254	50 310	102 753	26 661	3 096	0
	kobiety	20 502	0	848	3 034	8 196	8 105	319	0	0
	mężczyźni	198 959	80	9 491	23 220	42 114	94 616	26 342	3 096	0
	nieustalona płeć	32	0	0	0	0	32	0	0	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 11. Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)

Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kamica nerki i moczowodu (N20)	suma	116 937	48	5 244	21 196	36 252	48 246	5 563	388	0
	kobiety	60 061	48	2 788	11 991	22 465	21 615	1 137	17	0
	mężczyźni	56 876	0	2 456	9 205	13 787	26 631	4 426	371	0
Zapalenie jajowodów i zapalenie jajników (N70)	suma	94 492	86	9 726	35 911	35 987	12 419	363	0	0
	kobiety	94 492	86	9 726	35 911	35 987	12 419	363	0	0
Przebiegowe schorzenia układu moczowo-płciowego, niesklasyfikowane gdzie indziej (N99)	suma	85 095	0	2 781	14 079	36 909	30 104	1 222	0	0
	kobiety	85 095	0	2 781	14 079	36 909	30 104	1 222	0	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Tabela 12. Nowotwory (C00-D48)

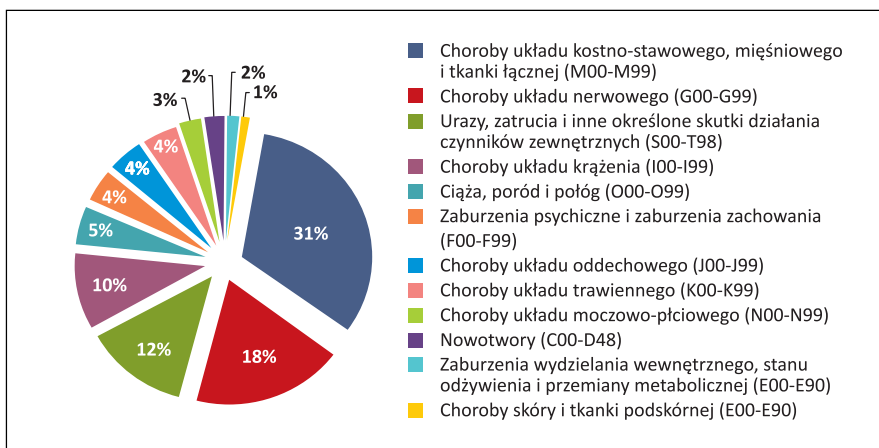
Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:							
			19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	nieustalony wiek
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Mięśniak gładkokomórkowy macicy (D25)	suma	147 297	0	458	10 930	86 238	48 801	842	28	0
	kobiety	147 297	0	458	10 930	86 238	48 801	842	28	0
Nowotwór złośliwy sutka (C50)	suma	85 240	0	829	8 734	31 145	41 100	3 201	231	0
	kobiety	84 768	0	829	8 734	31 101	40 925	2 948	231	0
	mężczyźni	429	0	0	0	33	143	253	0	0
	nieustalona płeć	43	0	0	0	11	32	0	0	0
Niezłośliwy nowotwór jajnika (D27)	suma	51 442	45	3 330	13 329	21 485	12 808	445	0	0
	kobiety	51 442	45	3 330	13 329	21 485	12 808	445	0	0

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z ZUS.

Poniższe wykresy (1-3) przedstawiają:

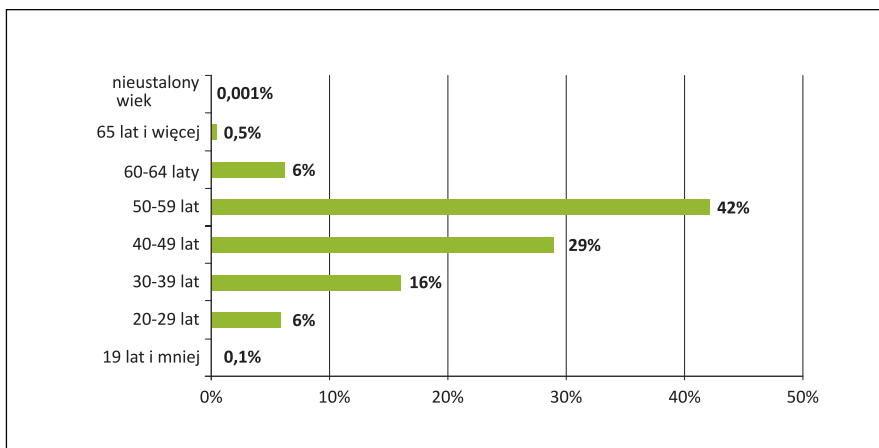
- najczęstsze przyczyny absencji chorobowej osób ubezpieczonych w KRUS w 2015 r. (wykres 1),
- liczbę dni absencji chorobowej w KRUS według wieku (wykres 2),
- liczbę dni absencji chorobowej w KRUS w 2015 r. według płci (wykres 3).

Wykres 1. Najczęstsze przyczyny absencji chorobowej osób ubezpieczonych w KRUS w 2015 r.

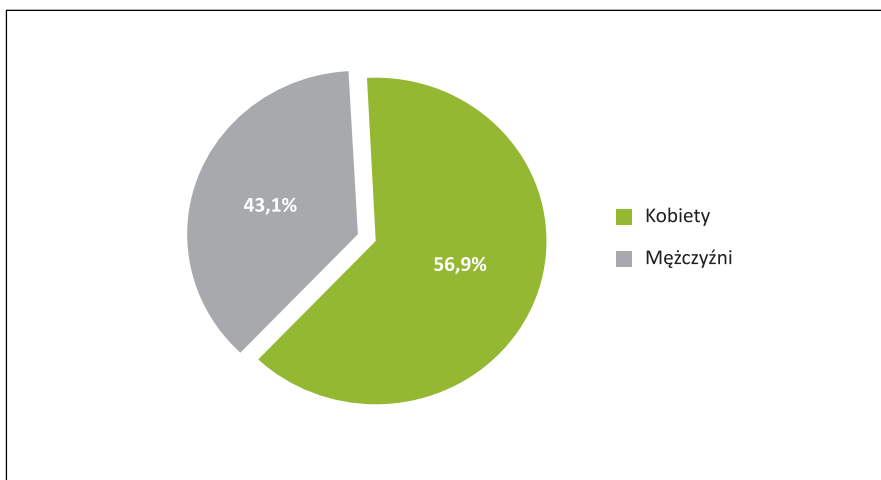


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biura Orzecznictwa Lekarskiego KRUS.

Wykres 2. Absencja chorobowa w 2015 r. w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biura Orzecznictwa Lekarskiego KRUS.

**Wykres 3. Absencja chorobowa w 2015 r.
według płci ubezpieczonych**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biura Orzecznictwa Lekarskiego KRUS.

Następnym świadczeniem z tytułu czasowej niezdolności do pracy, w związku z chorobą trwającą ponad 180 dni, jest przedłużony zasiłek chorobowy. Podstawę jego wypłaty stanowi orzeczenie lekarza rzeczoznawcy lub komisji lekarskiej KRUS o przedłużonym zasiłku chorobowym na okres dodatkowy do 360 dni.

Tabela 13 przedstawia rozkład przedłużonego zasiłku chorobowego według dziesięciu najczęściej występujących jednostek chorobowych, płci i wieku osób ubezpieczonych w 2015 r.

Tabela 13. Przedłużone prawo do zasiłku chorobowego ponad 180 dni osób ubezpieczonych w KRUS wg wieku, płci oraz jednostek chorobowych w 2015 r.

Lp.	Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:						
				19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej
1	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	suma	1 615 699	0	16 183	126 192	415 975	924 645	124 945	7 759
		mężczyźni	739 799	0	8 155	50 304	142 080	434 448	97 989	6 823
		kobiety	875 900	0	8 028	75 888	273 895	490 197	26 956	936
2	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	suma	690 556	0	39 772	97 456	200 712	297 828	50 583	4 205
		mężczyźni	462 853	0	31 892	65 585	124 685	195 717	40 988	3 986
		kobiety	227 703	0	7 880	31 871	76 027	102 111	9 595	219
3	Choroby układu krążenia (I00-I99)	suma	429 157	0	3 356	14 353	91 035	249 822	64 449	6 142
		mężczyźni	289 392	0	1 354	6 522	53 190	167 450	54 934	5 942
		kobiety	139 765	0	2 002	7 831	37 845	82 372	9 515	200
4	Choroby układu nerwowego (G00-G99)	suma	370 776	0	5 604	40 117	115 694	186 460	21 654	1 247
		mężczyźni	161 211	0	2 641	15 417	41 157	83 006	17 743	1 247
		kobiety	209 565	0	2 963	24 700	74 537	103 454	3 911	0
5	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	suma	217 763	0	10 945	36 214	68 919	93 244	8 307	134
		mężczyźni	84 424	0	8 008	12 938	20 712	36 685	5 947	134
		kobiety	133 339	0	2 937	23 276	48 207	56 559	2 360	0

* Cd. tabeli na następnej stronie.

Tabela 13. Przedłużone prawo do zasiłku chorobowego ponad 180 dni osób ubezpieczonych w KRUS wg wieku, płci oraz jednostek chorobowych w 2015 r. (cd.)

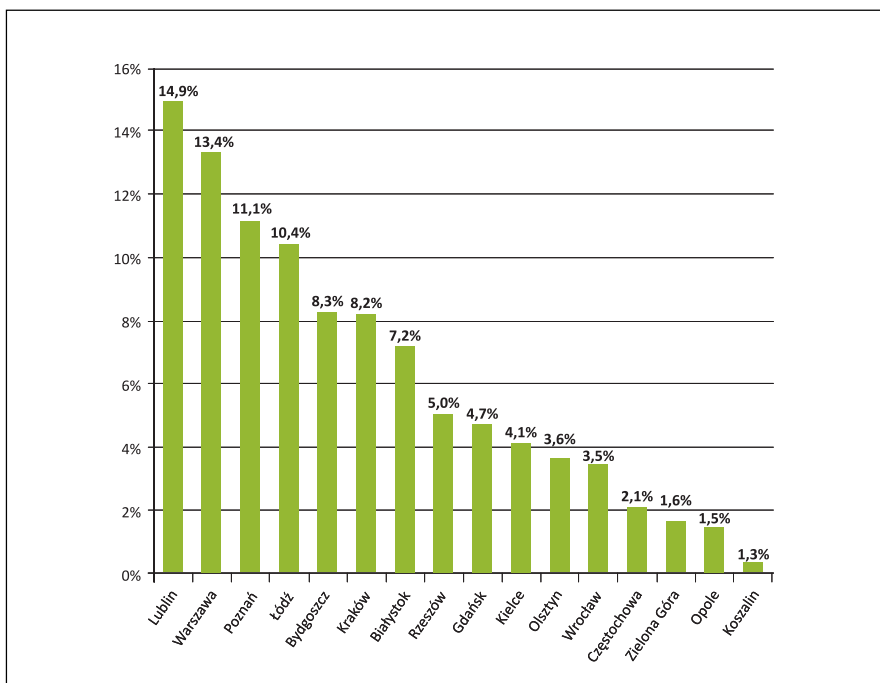
Lp.	Jednostki chorobowe	Podział na płeć	Ogółem liczba dni absencji chorobowej	dla ubezpieczonych w wieku:						
				19 lat i mniej	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej
6	Nowotwory (C00-D48)	suma	178 435	0	6 433	14 404	56 361	82 356	15 939	2 942
		mężczyźni	61 989	0	2 519	2 523	11 960	31 578	10 467	2 942
		kobiety	116 446	0	3 914	11 881	44 401	50 778	5 472	0
7	Cięża, poród i połóg (O00-O99)	suma	154 627	217	67 285	78 578	8 455	92	0	0
		mężczyźni	0	0	0	0	0	0	0	0
		kobiety	154 627	217	67 285	78 578	8 455	92	0	0
8	Choroby układu trawiennego (K00-K93)	suma	81 969	0	1 699	13 051	22 907	37 974	5 149	1 189
		mężczyźni	52 183	0	1 455	7 196	13 166	25 108	4 429	829
		kobiety	29 786	0	244	5 855	9 741	12 866	720	360
9	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (E00-E90)	suma	72 208	0	1 178	5 966	24 286	35 281	5 407	90
		mężczyźni	32 826	0	793	1 997	8 074	17 745	4 217	0
		kobiety	39 382	0	385	3 969	16 212	17 536	1 190	90
10	Choroby układu oddechowego (J00-J99)	suma	68 828	0	991	4 736	12 648	41 926	8 046	481
		mężczyźni	40 550	0	331	2 130	5 201	25 350	7 245	293
		kobiety	28 278	0	660	2 606	7 447	16 576	801	188

Źródło: Biuro Orzecznictwa Lekarskiego KRUS na podstawie danych z Oddziałów Regionalnych.

Poniższe wykresy (4-7) przedstawiają:

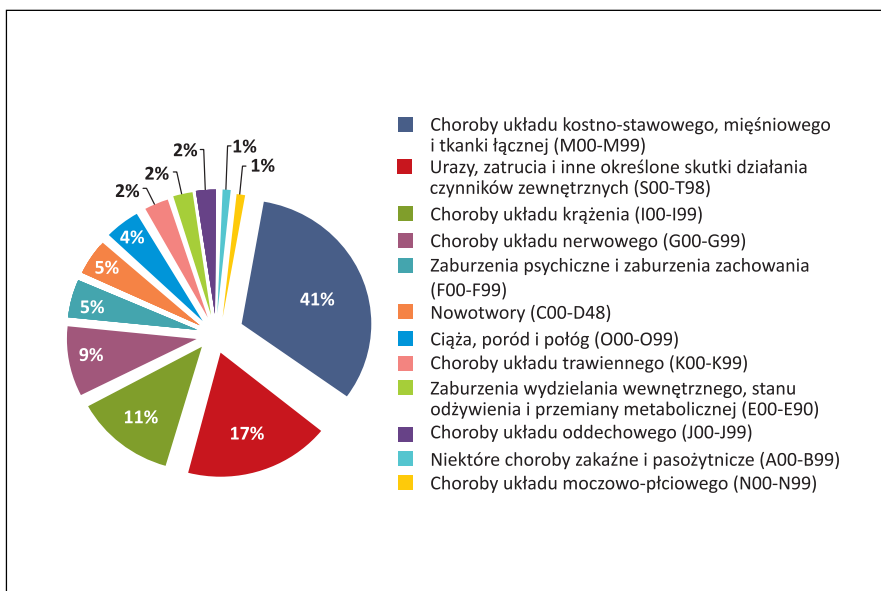
- procentowy rozkład liczby dni przedłużonego zasiłku chorobowego ponad 180 dni w poszczególnych oddziałach regionalnych KRUS (wykres 4),
- najczęstsze przyczyny chorobowe przedłużonego zasiłku chorobowego (wykres 5),
- liczbę dni przedłużonego zasiłku chorobowego ponad 180 dni wg wieku (wykres 6),
- liczbę dni przedłużonego zasiłku chorobowego ponad 180 dni według płci (wykres 7).

Wykres 4. Procentowy rozkład liczby dni przedłużonego zasiłku chorobowego ponad 180 dni w poszczególnych oddziałach regionalnych KRUS do ogólnej liczby tych dni w 2015 r.



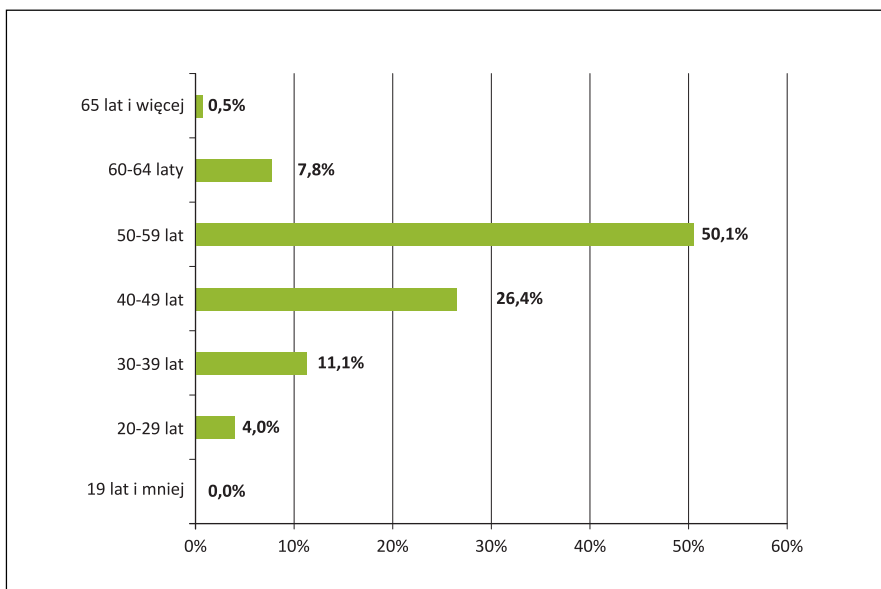
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biura Orzecznictwa Lekarskiego KRUS.

Wykres 5. Najczęstsze przyczyny chorobowe przedłużonego zasiłku chorobowego ponad 180 dni



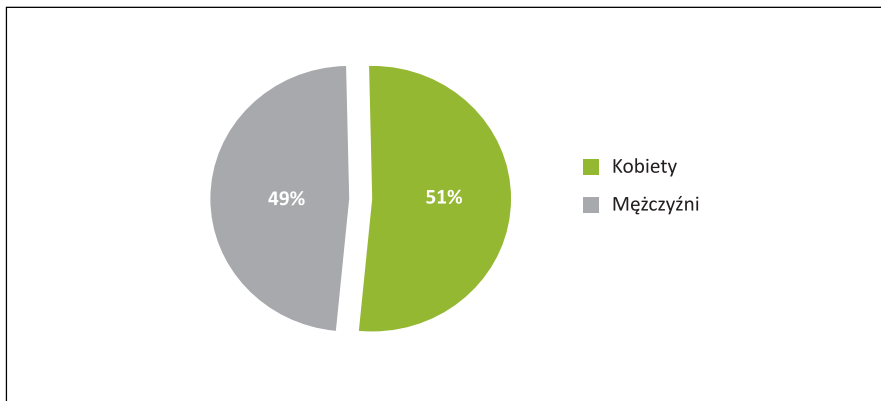
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biura Orzecznictwa Lekarskiego KRUS.

Wykres 6. Przedłużony zasiłek chorobowy ponad 180 dni według wieku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biura Orzecznictwa Lekarskiego KRUS.

Wykres 7. Przedłużony zasiłek chorobowy ponad 180 dni według płci ubezpieczonych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biura Orzecznictwa Lekarskiego KRUS.

Z przedstawionych danych wynika, że najczęstszą przyczyną czasowej niezdolności do pracy rolników ubezpieczonych w KRUS w 2015 r. były:

- 1) choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (31%),
- 2) choroby układu nerwowego (18%),
- 3) urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (12%),
- 4) choroby układu krążenia (10%),
- 5) ciąża, poród i połóg (5%),
- 6) choroby układu oddechowego (4%).

Natomiast przyczynami przedłużonego zasiłku chorobowego były:

- 1) choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (40%),
- 2) urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (17%),
- 3) choroby układu krążenia (11%),
- 4) choroby układu nerwowego (9%),
- 5) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (5%),
- 6) nowotwory (4%).

Największa absencja chorobowa dotyczy przedziałów wiekowych 50-59 lat (42%) oraz 40-49 lat (29%). Podobnie przedłużony zasiłek chorobowy dotyczy przedziału wiekowego 50-59 lat (50%), a następnie 40-49 (26%).

Przeprowadzona analiza absencji chorobowej w KRUS daje podstawę do planowania działań prewencyjnych i rehabilitacyjnych.

*Anna Wilmowska-Pietruszyńska, dr hab. n. med. prof.,
Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Naczelny Lekarz KRUS.*

Literatura

1. Kowalówka M., *Absencja chorobowa w Polsce*, <http://rynekpracy.pl/artykuly/absencja-chorobowa-w-polsce>, dostęp 16.02.2017.
2. KRUS, Biuro Orzecznictwa Lekarskiego.
3. KRUS, Biuro Świadczeń.
4. KRUS, *Informacja o Świadczeniach Pieniężnych z Ubezpieczenia Społecznego Rolników. Dane ostateczne 2015*, tabela 6, <http://www.krus.gov.pl>.
5. Pęciłło M., *Koszty absencji chorobowej i działania je ograniczające*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka” 2012, Z. 9.
6. Pęciłło M., Antoniak M., *Absencja chorobowa związana z pracą – co o niej wiemy?*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka” 2013, Z. 4.
7. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 2016 poz. 229.
8. Szubert Z., *Absencja chorobowa w Polsce po transformacji społeczno-gospodarczej*, „Medycyna Pracy” 2014, Z. 65 (1).
9. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, tj. Dz. U. 2016 poz. 277 ze zm.
10. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz. U. 2016 poz. 372.
11. ZUS, Rejestr zaświadczeń lekarskich.

Sickness absence in agricultural social insurance in 2015

Sickness benefit is eligible to an insured person in KRUS who, through sickness, is unable to work for at least 30 consecutive days but not longer than 180 days. If, after the benefit period has expired, the insured person is still unable to work but a return to work is envisaged after further treatment and rehabilitation, the sickness benefit is extended for the time necessary to restore the work capacity but no longer than for a further 360 day period. The sickness benefit is granted and paid on the basis of a medical certificate confirming the temporary incapacity for work. The article presents an analysis of sickness absence in the Agricultural Social Insurance Fund in 2015 by sex, age and disease causes.

Keywords: temporary incapacity for work, sickness benefit, social security.

Recenzja pracy zbiorowej pod redakcją naukową Ireny Jędrzejczyk pt. „Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów”

Omawiane opracowanie książkowe liczy 370 stron. Składa się ze wstępu, pięciu rozdziałów, zakończenia, streszczenia oraz wykazu rysunków, tabel i wykresów. Bibliografia liczy kilkaset pozycji literaturowych polsko- i obcojęzycznych. Wykorzystano zarówno pozycje zwarte, jak i artykułowe, a także akty prawne oraz zasoby Internetu. Zebrany materiał badawczy i jego analizę zaprezentowano w pracy za pomocą 2 rysunków, 10 schematów, 66 tabel i 67 wykresów. Monografia została zainicjowana i wydana nakładem Wydziału Nauk Ekonomicznych SGGW w Warszawie przy współpracy z Izbą Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka w Warszawie. Autorami poszczególnych podrozdziałów są pracownicy krajowych ośrodków naukowych, jak i przedstawiciele praktyki gospodarczej związani z działalnością ubezpieczeniową.

Celem głównym monografii jest „wstępna diagnoza kondycji wybranych sektorów i regionów w Polsce jako przyszłych obiektów penetracji inwestycyjnej, a także zidentyfikowanie najważniejszych problemów sektora ubezpieczeń w Polsce, które mogą ograniczać lub budować potencjał inwestycyjny ubezpieczycieli, zwiększając ich wkład w gospodarkę globalną”¹. Za podstawowy problem badawczy uznano „konflikt pomiędzy rolą ubezpieczyciela jako dawcy ochrony ubezpieczeniowej a rolą ubez-

* **Walenty Pocza**, prof. dr hab. Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu.

¹ I. Jędrzejczyk [w:] *Ubezpieczenia na rzecz gospodarki globalnej, sektorów i regionów*, red. I. Jędrzejczyk, Warszawa 2015, s. 8.

pieczyciela jako dawcy kapitału”². W opracowaniu przyjęto następujące założenia:

1. „Zmieniają się uwarunkowania międzynarodowe funkcji ubezpieczeń i roli ubezpieczycieli jako dawców kapitału, wspierających wzrost gospodarczy w skali globalnej w świetle dialogu transatlantyckiego o handlu i inwestycjach.
2. Bilans 25-lecia funkcjonowania ubezpieczeń po zmianach ustrojowych w Polsce wskazuje nie tylko na szybki rozwój rynku ubezpieczeniowego, lecz także na problemy, które naruszają jego równowagę.
3. Niektóre sektory polskiej gospodarki i polskie regiony poprawiają swoją pozycję jako obiekt penetracji ubezpieczeniowej i inwestycyjnej w świetle nowej unijnej perspektywy finansowej na lata 2014-2020”.

Z uwagi na szeroki zakres badawczy, treść monografii podzielono na pięć rozdziałów dotyczących: (1) roli ubezpieczeń w gospodarce globalnej i europejskiej, (2) potencjału rozwojowego i inwestycyjnego krajowego rynku ubezpieczeń, (3) atrakcyjności ubezpieczeniowej i inwestycyjnej rolnictwa, (4) kierunków rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych i sektora medycznego oraz (5) potrzeb ubezpieczeniowych i inwestycyjnych polskich regionów i przedsiębiorstw.

Pierwszą część rozpoczyna artykuł Ireny Jędrzejczyk na temat inwestycji sektora ubezpieczeniowego w świetle transatlantyckiego dialogu inwestycyjnego i handlowego. Autorka dowodzi, że zakłady ubezpieczeń, jako jedne z najważniejszych inwestorów instytucjonalnych, mogą osiągnąć liczne korzyści z wprowadzenia TTIP (Transatlantyckie Partnerstwo w dziedzinie Handlu i Inwestycji). Nie rozstrzyga jednak kwestii, która z ról ubezpieczycieli jest obiektywnie ważniejsza, dawców ochrony ubezpieczeniowej czy dawców kapitału. Zwraca jednak uwagę, że pierwsza z tych ról jest pierwotna i bez niej podmiot nie mógłby posługiwać się statusem ubezpieczyciela i nie dysponowałby funduszem ubezpieczeniowym³.

Z kolei Andrzej Sopoćko w artykule pt. „Nowe rynkowe instrumenty reasekuracji” zwraca uwagę na rosnące zagrożenie katastrofalnymi stratami i ich niską przewidywalność. Ich wystąpienie wiąże się z ponoszeniem ogromnych strat, których reasekurowanie w tradycyjny sposób jest trudne i kosztowne. W związku z tym alternatywnym rozwiązaniem jest sekurytyzacja ryzyka, obecnie realizowana w obrocie giełdowym przez następujące typy instrumentów: obligacje, opcje, futures katastroficzne, swapy katastrofalne.

² Ibidem.

³ I. Jędrzejczyk, *Inwestycje sektora ubezpieczeniowego w świetle transatlantyckiego dialogu inwestycyjnego i handlowego*, op. cit., s. 32.

W następnej części omawianego rozdziału Tomasz Michalski i Adam Śliwiński zaprezentowali wyniki analizy porównawczej rozwoju sektora ubezpieczeń w okresie zmieniających się warunków otoczenia oraz podjęli się oceny roli spełnianej przez ubezpieczenia w świetle postulatów „Strategii na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Dokonali oni podziału sektora ubezpieczeń na cztery podsektory (ubezpieczenia: katastroficzne, życiowe, zdrowotne i finansowe), a ich badanie wykonali w oparciu o statystyczną analizę wielowymiarową. Dowiedli oni, że „rynek ubezpieczeń w Polsce jest mało innowacyjny oraz nie tworzy usług wspierających innowacje (...). Ubezpieczenia jednocześnie nie pobudzają do inwestycji w badania i rozwój”⁴. Podkreśli oni także ważną rolę ubezpieczeń w procesie realizacji Strategii Europa 2020.

Agata Jurkowska-Gomułka i Tadeusz Skoczny podjęli natomiast rozważania na temat wyłączeń spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję, rozpoczynając od wyjaśnienia istoty i uzasadnienia wyłączeń w sektorze ubezpieczeń. Następnie omówili regulacje w tym sektorze, dylematy utrzymywania wyłączenia grupowego oraz zakres i warunki wyłączenia porozumień kooperacyjnych. W końcowej części sformułowali prognozy co do wyłączenia dla porozumień kooperacji horyzontalnej.

Zagadnienie europejskich tendencji ustawodawczych dotyczących pośrednictwa ubezpieczeniowego przedstawiła z kolei Katarzyna Malinowska. Autorka skupiła się przede wszystkim na Dyrektywie o pośrednictwie ubezpieczeniowym 2002/92/EC (IMD), której celem wdrożenia było „zapewnienie wysokiego poziomu ochrony konsumenta, a to między innymi poprzez stworzenie ram prawnych zapewniających wysoki poziom profesjonalizmu i kompetencji zawodowych wśród pośredników ubezpieczeniowych”⁵. Szczególną uwagę zwrócono na trzy kwestie, tj. transparentności wynagrodzenia brokerskiego, sposobu zarządzania konfliktem interesów oraz objęcia dyrektywą także innych kanałów dystrybucji produktów ubezpieczeniowych. Autorka pozytywnie ocenia tekst dyrektywy, która kompleksowo obejmuje zarówno dystrybucję bezpośrednią, jak i pośrednią ubezpieczeń.

Rozdział pierwszy kończy opracowanie Haliny Wasilewskiej-Trenkler dotyczące sytuacji gospodarczej w Polsce i na świecie. Jest to wprowadzenie do tematyki polskiego rynku ubezpieczeń, która podjęta została w kolejnym rozdziale omawianej książki.

⁴ T. Michalski, A. Śliwiński, „Europa 2020” – wyzwania dla sektora ubezpieczeń, op. cit., s. 60.

⁵ K. Malinowska, *Europejskie tendencje ustawodawcze w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego*, op. cit., s. 73.

W pierwszej części Stanisław Nowak porusza problem rozwoju rynku ubezpieczeń w Polsce w ostatnich 25 latach, ze szczególnym uwzględnieniem przymusu ubezpieczeń w rolnictwie. Autor zauważa, że „zapowiadane ograniczenia stopniowo likwidowano, doprowadzając do wprowadzenia do systemu prawnego ubezpieczeń zdecydowanie ponad stu rozlicznych rodzajów ubezpieczeń (...), w których bezpośrednio czy pośrednio stosuje się przymus zawarcia umowy”⁶. Dodaje on także, że przymus posiadania ochrony ubezpieczeniowej wynika z różnorodnych przyczyn, np. organizacyjno-ekonomicznych. Zjawisko to występuje również w sektorze rolnym, w przypadku którego obserwuje się regres rozwoju ochrony ubezpieczeniowej.

Celem opracowania Ireny Jędrzejczyk i Anety Kalisiak jest ocena zaangażowania inwestycyjnego ubezpieczycieli w procesy konsolidacji rynków i rozbudowy grup kapitałowych przy pomocy kapitału typu *private equity*. Rozważania oparto na przykładzie polityki inwestycyjnej PZU SA. Na podstawie przeprowadzonej analizy autorki stwierdziły, że polski rynek ubezpieczeniowy cechuje się zaangażowaniem nie tylko kapitału zagranicznego, ale również ekspansywną polityką inwestycyjną z udziałem kapitału krajowego, w tym Skarbu Państwa. Świadczy to o realizacji modelu „udomowienia sektora finansowego w Polsce i repolonizacji instytucji finansowych”⁷.

W następnej publikacji pt. „Samorząd ubezpieczeniowy w kontekście zasad samorządności” Anna Kaczmarek identyfikuje kryteria samorządności w instytucjach samorządu ubezpieczeniowego oraz podejmuje próbę odpowiedzi na pytanie, czy uzasadnione jest zróżnicowanie statusu tych organizacji. Dla realizacji tak postawionego celu dokonuje analizy porównawczej wybranych (ustawowych oraz prywatnych) instytucji samorządu ubezpieczeniowego w Polsce: Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Stowarzyszenia „ProMotor” oraz Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka.

W kolejnej części omawianego rozdziału Anna Dąbrowska prezentuje zmiany w zakresie funkcjonowania instytucji ochrony konsumenta usług ubezpieczeniowych. Przyczynkiem do dyskusji są zmiany przepisów, w myśl których Rzecznik Ubezpieczonych został przekształcony w Rzecznika Finansowego. Stosowna ustawa weszła w życie 1 stycznia 2016 r., za wyjątkiem czwartego rozdziału. Autorka zauważa, że kompetencje Rzecznika

⁶ S. Nowak, *Problemy 25-lecia polskiego rynku ubezpieczeń (przymus ubezpieczenia w rolnictwie)*, op. cit., s. 111.

⁷ I. Jędrzejczyk, A. Kalisiak, *Zaangażowanie ubezpieczycieli w procesy konsolidacji, outsourcingu i dezinvestycji dla budowy nowoczesnych struktur biznesowych w Polsce na przykładzie PZU SA*, op. cit., s. 126.

Finansowego zawierają katalog zadań Rzecznika Ubezpieczonych. Ponadto wskazuje również na dodatkowe zadania nałożone na Rzecznika. Nowe przepisy służą poprawie ochrony interesów klientów rynku ubezpieczeniowego.

Rozdział drugi kończą rozważania na temat nieuczciwości na rynku ubezpieczeniowym oraz, związanej z tym, możliwości pozyskania przez ubezpieczycieli informacji o swoich klientach. Aleksandra Luterek analizuje zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce, przedstawiając liczbę wykrytych zdarzeń, ich wartość oraz rodzaj. W badanym okresie notuje się wzrost liczby i wartości wyłudzeń. Zjawisko to zaobserwować można zarówno w I, jak i w II Dziale ubezpieczeń. Autorka na podstawie zebranych danych wysuwa także wniosek o wzmocnienie świadomości zakładów ubezpieczeniowych w zakresie tego typu przestępczości.

Omówione powyżej zagadnienie znajduje kontynuację w kolejnym z opracowań, w którym zespół autorski w składzie: Irena Jędrzejczyk i Monika Krajewska, porusza problematykę znaczenia wywiadowni gospodarczych dla ubezpieczycieli. W pierwszej kolejności autorki przedstawiają metody pozyskiwania informacji przez wywiadownie gospodarcze, następnie porównują ceny raportów oferowanych przez podmioty zagraniczne oraz ukazują funkcjonowanie wywiadowni na polskim rynku, zwracając szczególną uwagę na bariery ich rozwoju.

Wstępem do trzeciej części omawianej monografii, dotyczącej atrakcyjności ubezpieczeniowej i inwestycyjnej sektora rolnego, jest artykuł Teresy Kurowskiej na temat wsparcia rolnictwa w Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020. Na podstawie przeglądu działań realizowanych w ramach PROW autorka formułuje pogląd o konieczności zmian w ustawodawstwie krajowym, wynikających z przepisów unijnych regulujących zrównoważony rozwój obszarów wiejskich. Podkreśla ona także, że PROW 2014-2020 jest ukierunkowany na wsparcie małych gospodarstw, co nie znajduje odzwierciedlenia w polskim porządku prawnym. Zauważa ponadto, że działalność poprodukcyjna w oparciu o produkty rolne wytworzone we własnym gospodarstwie jest objęta obecnie wsparciem PROW.

Celem opracowania autorstwa Mariana Podstawki jest natomiast identyfikacja problemów dotyczących ustalenia poziomu dochodów w gospodarstwach rolnych w aspekcie ewentualnej reformy systemu ubezpieczeń społecznych rolników. Autor skupia się na trudnościach związanych z ustaleniem kosztów gospodarstw rolnych, w szczególności amortyzacji (zagadnienie kwalifikacji środków jako trwałe).

W następnej części omawianego rozdziału Magdalena Szczepańska zwraca uwagę na możliwość uzupełnienia systemu społecznych ubezpieczeń rolników dodatkowymi ubezpieczeniami na życie w celu zapewnienia

pełności i realności ochrony ubezpieczeniowej. Według autorki „upowszechnienie się w środowisku rolników uzupełniającego korzystania z oferty komercyjnej uczyni ją bardziej dostępną ze względu na większy zakres wspólnoty ryzyka, skutkujący spadkiem ceny”⁸.

Z kolei Małgorzata Serwach porusza tematykę ubezpieczeń obowiązkowych na przykładzie OC rolników. Po przedstawieniu obowiązującego stanu prawnego, skupia się na problemie „niedoszacowania” sumy gwarancyjnej, a następnie omawia jego skutki dla ubezpieczonego oraz zakładu ubezpieczeń. Szczególna uwaga zwrócona została na tryb likwidacji szkody w przypadku, gdy suma gwarancyjna nie pokrywa roszczeń wszystkich poszkodowanych zgodnie z dwoma obowiązującymi w polskim prawie zasadami (*prior tempore potior iure* oraz proporcjonalnego zaspokojenia wszystkich wierzycieli).

Rozważania Elżbiety Wojciechowskiej-Lipki koncentrują się wokół ochrony ubezpieczeniowej firm przetwórstwa rolno-spożywczego. Autorka wylicza ryzyka w przedsiębiorstwach rolno-spożywczych w powiązaniu z bazą surowcową. Następnie prezentuje proponowany schemat ubezpieczenia majątkowego produkcji rolnej i przetwórczej w systemie wiązanim. Zauważa, że wzrost zagrożenia klęskami żywiołowymi wymusza budowę kompleksowego systemu przeciwdziałania ich skutkom.

Wyniki badań prowadzonych w ramach projektu NCN „Zarządzanie ryzykiem w działalności jednostek samorządu terytorialnego ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka katastroficznego” przedstawia autorski zespół w składzie: Marietta Janowicz-Lomott, Krzysztof Łyskawa i Marcin Wojtkowiak. W publikacji na temat roli brokera w kształtowaniu polityki ubezpieczeniowej jednostek samorządu terytorialnego, zaprezentowano przyczyny realizacji umów ubezpieczenia w odniesieniu do mienia komunalnego, rodzaje działań (w ramach realizowanych umów) powierzone brokerowi ubezpieczeniowemu oraz podstawowe klauzule ogólne w ubezpieczeniu mienia gmin. Autorzy uważają, że obecnie usługi brokerskie koncentrują się na odpowiednim zastosowaniu „specjalnych klauzul zwiększających zakres standardowego ubezpieczenia”⁹ oraz na zabezpieczeniu interesów JST. Ponadto umożliwiają uzyskanie pomocy „w zakresie postępowań likwidacyjnych, organizacyjnych czy szkoleniowych”¹⁰.

Tematyka czwartego rozdziału skupia się wokół kierunków rozwoju ubezpieczeń oraz inwestowania w zdrowie i sektor medyczny. Rozważania

⁸ M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie jako uzupełnienie systemu społecznych ubezpieczeń rolników*, op. cit., s. 200.

⁹ M. Janowicz-Lomott, K. Łyskawa, M. Wojtkowiak, *Rola brokera w aranżowaniu programów ubezpieczeniowych dla JST*, op. cit., s. 229.

¹⁰ Ibidem.

na ten temat rozpoczyna opracowanie Ireny Jędrzejczyk i Anety Pogonowskiej, dotyczące sektora medycznego jako celu inwestycyjnego funduszy *private equity*. Za główny cel swoich badań autorki przyjęły „poznanie mechanizmu konsolidacji rynku prywatnej opieki medycznej i zakresu zaangażowania funduszy typu *private equity* w sektor medyczny w Polsce”¹¹. Przeprowadzone badania pozwoliły na potwierdzenie postawionej tezy, że „wśród alternatywnych zastosowań kapitału wysokiego ryzyka stopa zwrotu uzyskana z inwestycji w sektor medyczny jest nie mniejsza niż z inwestycji w inne sektory”¹². Na podstawie wykonanej analizy stwierdzono, że badany sektor cechuje się wysokim potencjałem rozwojowym, co istotnie oddziałuje na powodzenie inwestycji podwyższonego ryzyka. Przyczynia się do tego fakt, że rynek prywatnej opieki medycznej w Polsce charakteryzuje się stale rosnącą wartością.

W kolejnym podrozdziale Marcin Banaszek i Artur Podgórski analizują rozwój sektora ubezpieczeń zdrowotnych na przykładzie województwa świętokrzyskiego. Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że wzrasta zainteresowanie prywatną opieką medyczną, jednak większość respondentów korzysta z usług oferowanych w ramach systemu powszechnego. Ponad połowa badanych nie zakupiłaby dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyby jakość usług świadczonych przez publicznego operatora była wyższa.

Problemem podjętym z kolei przez Edytę Skibińską jest „wykorzystanie narzędzi marketingu relacji takich jak: segmentacja klienta, personalizacja czy Customer Relationship Management (CRM) do zwiększania efektywności sprzedaży”¹³. Zagadnienie to autorka omawia na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego. Zakłada ona, że „uzyskanie efektu zwiększenia sprzedaży możliwe jest dzięki sprzężeniu instrumentów marketingu relacji z technikami manipulowania produktem (...) oraz modułami tworzącymi strukturę produktu ubezpieczeń zdrowotnych, który już w samej konstrukcji uwzględniać powinien potrzeby”¹⁴.

Kontynuując tematykę ubezpieczeń zdrowotnych, Thorsten Hendriks koncentruje się na prywatnych dodatkowych ubezpieczeniach pielęgnacyjnych. Omawia je na przykładzie polityki marketingowej Volksbank Bitburg. W swoim artykule skupia się na czynnikach decydujących o zakupie tego typu produktów oraz na możliwościach rozwoju ich sprzedaży. Zwięk-

¹¹ I. Jędrzejczyk, A. Pogonowska, *Sektor medyczny jako cel inwestycyjny funduszy private equity*, op. cit., s. 232.

¹² Ibidem.

¹³ E. Skibińska, *Marketing relacji w zarządzaniu produktem ubezpieczenia zdrowotnego*, op. cit., s. 259.

¹⁴ Ibidem.

szeniu zainteresowania badanymi produktami sprzyjają: niższy wiek, pozostawanie w związku małżeńskim, posiadanie dzieci, wyższe dochody. Popyt na te produkty jest także wyższy wśród kobiet oraz osób, które mają doświadczenia z przypadkami opieki pielęgnacyjnej.

W ostatnim podrozdziale tej części monografii Dominika Cichońska porusza problem ryzyka utraty zdrowia w kontekście zabezpieczenia zdrowotnego w przedsiębiorstwach sektora MŚP. Na podstawie wyników badania ankietowego stwierdzono, że w małych i średnich przedsiębiorstwach rzadko zakupuje się dodatkową polisę ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród osób korzystających z dodatkowego ubezpieczenia dominuje forma ubezpieczenia grupowego. Największą popularnością ubezpieczenia te cieszą się w branży transportowej. Respondenci zwrócili uwagę na problem niedostosowania oferty ubezpieczeniowej do specyfiki ich działalności.

W ostatnim rozdziale przedstawiono analizę sektorowo-regionalną potrzeb ubezpieczeniowych i inwestycyjnych. Rozdział ten składa się z dwóch części, z których pierwsza poświęcona jest problemom ubezpieczeniowo-inwestycyjnym województwa świętokrzyskiego. Dyskusję rozpoczyna Jarosław W. Przybytniowski opracowaniem na temat uwarunkowań gospodarczych i ekonomicznych polityki energetycznej Polski Wschodniej. Na podstawie przeprowadzonych analiz autor stwierdza, że badany region dysponuje potencjałem do produkcji energii ze źródeł odnawialnych, jednak barierą rozwoju tego typu przedsięwzięć jest przede wszystkim brak kapitału. Dostrzega on także potrzebę szerszej promocji odnawialnych źródeł energii przez władze regionalne. Dyskusję na temat kierunków rozwoju województwa świętokrzyskiego podejmuje również Janusz Majewski, według którego badany region ma potencjał do rozwoju turystyki geologicznej i przemysłowej. Problematykę funkcji turystycznych kontynuuje Ewa Ferens, zwracając uwagę na ważną rolę gminy w tym zakresie.

W ostatniej części omawianej monografii przedstawiono problem dostosowania oferty ubezpieczeniowej do ryzyka sektora MŚP. Zagadnienie to prezentuje Romuald Holly, koncentrując się na kwestii pokrycia ryzyka w działalności MŚP przez rynkową ofertę produktową zakładów ubezpieczeń, banków i firm abonamentowych. Autor potwierdza istnienie luki pomiędzy potrzebami ubezpieczających się przedsiębiorstw a ofertą produktową. Zauważa, że wynika ona „nie tyle z nietrafności, nadmiernie wysokiej oceny i nieznamomości tej oferty, co z rozmijania się sposobów rozumienia szacowania i pojmowania właściwych metod neutralizacji ryzyk faktycznie zagrażających działalności MŚP przez przedsiębiorców i ubezpieczycieli”¹⁵.

¹⁵ R. Holly, *O pokryciu ryzyka w działalności przedsiębiorstw średnich, małych i mikro przez rynkową ofertę produktową zakładów ubezpieczeń, banków i firm abonamentowych*, op. cit., s. 322.

Z kolei Maria Błoszczyńska koncentruje swoją uwagę na ubezpieczeniach majątkowych i finansowych w polskim sektorze MŚP. Opiera ona swoją analizę na badaniu czterech wybranych branż (usług, handlu, budownictwa i transportu). Autorka wysnuwa wniosek, że „aktualne, klasyczne produkty ubezpieczeniowe, pomimo swojej daleko idącej elastyczności i modułowej konstrukcji, nie są postrzegane przez przedsiębiorców jako produkty dostosowane do specyfiki ich branży”¹⁶. Ostatnie opracowanie, autorstwa Romualda Holly, Dominiki Cichońskiej i Katarzyny Kędzior, nawiązuje do wcześniej omawianego problemu pokrycia ryzyka związanego z działalnością przedsiębiorstw MŚP przez ubezpieczeniową ofertę produktową. Zagadnienie to przedstawione jest w formie analizy porównawczej przeprowadzonej dla: Polski, Francji, Włoch, Wielkiej Brytanii, Niemiec i USA.

Monografię zamyka zakończenie, zawierające wnioski z rozważań teoretycznych i przeprowadzonych badań analitycznych.

Recenzowana monografia jest cenną pozycją na rynku publikacji poświęconych problematyce ubezpieczeniowej. Posiada ona istotne walory naukowe, jest godna polecenia dla celów dydaktycznych (szczególnie dla uczestników seminariów dyplomowych z zakresu problematyki ubezpieczeń). Warte podkreślenia są również jej walory dla praktyki z obszaru rynku ubezpieczeń.

Walenty Poczta, prof. dr hab., Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu.

¹⁶ M. Błoszczyńska, *Ubezpieczenia majątkowe i finansowe w polskich przedsiębiorstwach średnich, małych i mikro*, op. cit., s. 338.

Informacje dla autorów

- 1) Redakcja zaprasza do publikowania artykułów dotyczących ubezpieczeń w rolnictwie, przyjmując do druku wyłącznie wcześniej nieopublikowane nowe opracowania.
- 2) Autorów prosimy o nadsyłanie materiałów o objętości maksimum do 40 tys. 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 numerami: 22 592-66-88, 22 592-66-86
lub odpowiemy na e-mail wysłany pod adresem:
kwartalnik@krus.gov.pl