

*prof. dr hab. Jerzy Zagórski,
mgr Maksymilian Delekta – Prezes KRUS*

Nowe rozwiązania bezpieczeństwa i higieny pracy oraz opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi w Polsce*

...rolnicy mogą korzystać z usług służb medycyny pracy jedynie na zasadzie dobrowolności i na koszt własny, co w praktyce oznacza odcięcie ich od profilaktycznej opieki medycznej...

W okresie powojennym polityka państwa polskiego zakładała przejściowy charakter własności indywidualnej w rolnictwie, preferując działania zmierzające do stopniowego uspołecznienia rolnictwa. Dopiero w latach 70. uznano zasadność funkcjonowania indywidualnych gospodarstw rolnych. Od tego czasu zmienia się polityka rolna państwa i stosunek do rolników indywidualnych jako znaczącej grupy społeczno-zawodowej, która nie była postrzegana przez ośrodki ustawodawcze i decyzyjne, kształtujące system bezpieczeństwa i ochrony zdrowia człowieka w środowisku pracy.

W 1977 r. została uchwalona *Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym i innych świadczeniach dla rolników i ich rodzin*, do czego w niemałym stopniu przyczyniły się prace Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie. Ustawa przyznała rolnikom prawo do emerytury i renty, bezpłatnej opieki medycznej oraz do korzystania ze świadczeń z tym związanych, przyznawanych na zasadach podobnych jak w odniesieniu do innych grup społecznych. Jednak świadczenia przyznane wówczas rolnikom, w porównaniu ze świadczeniami innych grup zawodowych, były najniższe.

* Referat wygłoszony na XIII Światowym Kongresie Medycyny Wiejskiej w Iowa City (USA), 7-9 września 1997 r.

Ich zakres i wysokość poszerzyła dopiero *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników indywidualnych i ich rodzin* z roku 1982. Były one jednak ograniczone możliwościami finansowymi państwa, ponieważ wydatki na świadczenia miały być pokrywane w 2/3 przez budżet centralny, a tylko w 1/3 ze składek opłacanych przez rolników.

Niemniej jednak aż do 1990 r. nie wprowadzono żadnych rozwiązań organizacyjno-prawnych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, bądź takich, które pozwalałyby na objęcie rolników indywidualnych profilaktyczną opieką zdrowotną z racji wykonywanej pracy.

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

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

Nie budzący wątpliwości jest natomiast fakt, że w ochronie zdrowia, w każdym przypadku, najskuteczniejszą działalnością – a zatem i w związku z wykonywaną pracą – jest profilaktyka. Jest to też najbardziej korzystna forma działalności z ekonomicznego punktu widzenia, jeśliby to zagadnienie rozpatrywać z pewnej perspektywy czasowej.

Zatem, rolnicy indywidualni w Polsce znaleźli się poza zasięgiem przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy i nie zostali również objęci profilaktyczną opieką zdrowotną w związku z wykonywaną pracą, na poziomie gwarantowanym innym grupom zawodowym.

Ustanowiona w 1997 r. *Ustawa o służbie medycyny pracy*, która systemowo zapewniła nadzór nad warunkami pracy oraz zdrowotne świadczenia profilaktyczne całej populacji pracujących na podstawie umowy o pracę, nie objęła obligatoryjnie rolników jako grupy zawodowej pracującej na własny rachunek.

Ustawa ta przewiduje jedynie, że rolnicy mogą korzystać z usług służb medycyny pracy na zasadzie dobrowolności i na koszt własny, co w praktyce oznacza odcięcie ich od profilaktycznej opieki medycznej. W mentalności polskiego rolnika nie mieści się bowiem potrzeba opłacania usług medycznych w chwili, gdy nie są wymuszone chorobą, a dodatkowym ograniczeniem jest trudna sytuacja ekonomiczna drobnych gospodarstw rolnych.

W Polsce nie znaleziono dotąd formuły prawnej, według której sprawdzone i potwierdzone reguły bezpiecznej pracy mogłyby mieć zastosowanie w odniesieniu do rolnika, gdyż nie ma społecznej zgody co do źródeł finansowania.

Opieka zdrowotna świadczona przez gminne i wiejskie ośrodki zdrowia również nie jest ukierunkowana na analizę występujących w indywidualnym gospodarstwie zagrożeń dla zdrowia, ani na podejmowanie odpowiednich działań zapobiegawczych.

Natomiast podkreślić należy, że stan zdrowia ludności rolniczej w wieku produkcyjnym i starszym jest gorszy niż innych grup zawodowych. A chodzi o niemałą grupę, bowiem populacja rolników indywidualnych liczy w Polsce aż 3,5 miliona osób, tj. około 24% ogółu pracujących w całej gospodarce narodowej.

Przeprowadzone przez Instytut Medycyny Wsi w latach 1986-1990 ogólnopolskie, reprezentatywne badania stanu zdrowia mieszkańców wsi wykazały, że młodzi ludzie podejmujący pracę w rolnictwie są przeciętnie w lepszym stanie zdrowia od swych rówieśników znajdujących zatrudnienie poza rolnictwem. Jednakże z wiekiem różnice w stanie zdrowia tych populacji zmieniają się na niekorzyść rolników, co można wiązać z uciążliwymi warunkami pracy.

Wśród mężczyzn pracujących wyłącznie w rolnictwie częściej niż u pracujących poza nim występowały choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, układu oddechowego oraz choroby skóry. Rolniczki z kolei częściej niż kobiety pracujące poza rolnictwem zapadały na choroby krążenia.

Cechą charakterystyczną polskiego rolnictwa jest znaczne rozdrobnienie gospodarstw rolnych. W Polsce funkcjonuje ponad 2 mln gospodarstw o przeciętnym areale 7,6 ha, przy czym około 80% gospodarstw nie przekracza 10 ha. W małych gospodarstwach przeważa wielokierunkowa produkcja o profilu uprawowo-hodowlanym, z czym wiąże się wielofunkcyjność w pracy polskiego rolnika. Produkcję rolną cechuje ponadto sezonowość prac i – związana z tym – zmienność warunków klimatycznych, jak również stały i bezpośredni kontakt ze światem roślinnym i zwierzęcym wraz z jego patogenami, narażenie na środki chemiczne celowo wprowadzane do środowiska pracy, zgodnie z wymogami technologicznymi produkcji rolnej, zagrożenia związane z mechanizacją rolnictwa, ale też – duże obciążenie psychofizyczne przy pewnym rodzaju prac.

Warunki bezpieczeństwa i higieny pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych w Polsce są złe. Rolnictwo jest jednym z najbardziej wypadkogennych działów gospodarki narodowej. Od lat utrzymuje się stan wysokiej wypadkowości:

1992 r. – 49 300 wypadków – w tym 304 śmiertelne,
1993 r. – 42 075 wypadków – w tym 286 śmiertelnych,
1994 r. – 41 340 wypadków – w tym 316 śmiertelnych,
1995 r. – 39 864 wypadki – w tym 318 śmiertelnych,
1996 r. – 39 408 wypadków – w tym 250 śmiertelnych,
1997 r. – 41 560 wypadków – w tym 334 śmiertelne,
1998 r. – 29 777 wypadków – w tym 288 śmiertelnych.

Wskaźnik wypadkowości w rolnictwie wynosi rocznie około 30 wypadków na 1 000 ubezpieczonych, podczas gdy w przemyśle polskim jest on trzykrotnie niższy.

Wyżej cytowane dane liczbowe dotyczące wypadków w rolnictwie indywidualnym (wg KRUS) odnoszą się jedynie do około 1,5 mln rolników ubezpieczonych, co przy ponad 3,5 mln pracujących w gospodarstwach indywidualnych oznacza, że rzeczywista liczba wypadków może być znacznie większa.

W przeciwieństwie do wysokiej wypadkowości, liczba rejestrowanych w rolnictwie indywidualnym chorób zawodowych jest niska. Z danych KRUS wynika, że w ponad 3,5-milionowej populacji rolników indywidualnych, w latach 1992-1998 zarejestrowano rocznie odpowiednio: 8, 20, 64, 80, 82, 139 i 141 przypadków chorób zawodowych, podczas gdy w dziesięciokrotnie mniejszej grupie pracowników zakładów rolnych sektora publicznego, objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, rejestruje się ich rocznie 2-3-krotnie więcej. Wynika to m.in. stąd, że kryteria przyznawania i orzekania w sprawie chorób zawodowych, regulowane obowiązującymi w Polsce ustawami, nie są przystosowane do pracujących w rolnictwie indywidualnym. Do roku 1991, kiedy podjęła działalność KRUS, w ogóle nie orzekano chorób zawodowych w rolnictwie indywidualnym.

W strukturze chorób zawodowych u rolników zdecydowanie na pierwszym miejscu występuje zapalenie pęcherzyków płucnych (płuco rolnika) – ponad 50% stwierdzanych przypadków, następnie astma oskrzelowa – 20%, dalej uczuleniowe zapalenie skóry – 10% i ex equo alergiczny nieżyt górnych dróg oddechowych i kleszczowe zapalenie mózgu i opon mózgowych – 7,5%. Pojedyncze przypadki to toksoplazmoza i drożdżyca dłoni.

Jak z tego zestawienia wynika, w stwierdzanych obecnie chorobach zawodowych u rolników zdecydowanie dominują choroby układu oddechowego, na które przypadało łącznie około 80% przypadków. Oznaczałoby to, że jednym z najbardziej patogennych czynników w środowisku pracy rolnika jest pył, zawierający szczątki organiczne pochodzenia zwierzęcego, roślinnego, bakterie, pleśnie i roztocza.

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

W rankingu potrzeb należałoby:

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

W 1996 r. Instytut Medycyny Pracy opracował wstępną koncepcję nowych rozwiązań systemowych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi w związku z warunkami pracy oraz innych form działalności prewencyjnej, w celu poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy. Dalsze prace nad tym programem prowadzone są wspólnie z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi, w porozumieniu z Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Przy opracowaniu koncepcji systemu profilaktycznej opieki nad rolnikami przyjęto następujące, główne założenia:

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

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

Wydaje się, że w polskich warunkach jedyną możliwością stopniowego objęcia powszechną profilaktyczną opieką zdrowotną rolników indywidualnych w związku z pracą jest powiązanie jej z systemem ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych. System ubezpieczeń wymuszałby koniecz-

ność poddawania się badaniom profilaktycznym, gdyż byłoby to warunkiem korzystania z pewnych świadczeń z tytułu ubezpieczenia. Ponadto objęcie rolników nowym rodzajem usług medycznych nie obciąży ich bezpośrednio kosztami – znajdują się one w składce ubezpieczeniowej.

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

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

- rozwiniętą sieć wiejskich i gminnych ośrodków zdrowia (3 297), które zatrudniają 3 539 lekarzy i 4 470 pielęgniarek środowiskowych,
- wiedzę lekarzy i pielęgniarek o środowisku, w którym pracują, warunkach życia rolników i ich rodzin,
- fakt, że służby medyczne wiejskich placówek zdrowia są ośrodkami pierwszego kontaktu rolników z opieką zdrowotną.

Zakłada się, że zadania związane ze służbą medycyny pracy na wsi byłyby przypisane pielęgniarce środowiskowej i lekarzowi wiejskiego ośrodka zdrowia.

Podstawowym zadaniem pielęgniarki środowiskowej byłoby założenie i wprowadzenie *Karty środowiska pracy* dla każdego gospodarstwa rolnego położonego na terenie działania ośrodka zdrowia. *Karta* zawierałaby uproszczoną charakterystykę gospodarstwa, rodzaj produkcji, podstawowe dane o warunkach pracy i ekspozycji na czynniki szkodliwe, stanowiąc pewną formę nadzoru nad warunkami pracy.

Wskazana byłaby współpraca w tym zakresie z tzw. gminnym liderem bhp, tj. urzędnikiem gminy odpowiedzialnym za sprawy bezpieczeństwa i higieny pracy w gospodarstwach rolnych. W niektórych rejonach Polski tacy liderzy już zostali powołani.

Karta środowiska pracy umożliwi lekarzowi prowadzącemu badania profilaktyczne poznanie warunków pracy rolnika. Podstawowym zadaniem lekarza będzie z kolei prowadzenie badań profilaktycznych, udokumentowane założeniem *Karty zdrowia rolnika*. Badania służyłyby:

- do oceny aktualnego stanu zdrowia i dynamiki zmian zachodzących pomiędzy kolejnymi badaniami,
- do określenia prac przeciwwskazanych dla badanego oraz
- do informowania rolnika o objawach, jakimi mogą manifestować się skutki zawodowego narażenia się na czynniki szkodliwe i uciążliwe w związku z pracą w gospodarstwie.

Do zadań lekarza powinno również należeć:

- wydawanie opinii o stanie zdrowia rolnika dla potrzeb instytucji ubezpieczeniowych,
- wydawanie zaleceń dla rolnika, dotyczących np. używania środków ochrony osobistej, zmiany niewłaściwych nawyków w sposobie wykonywania pracy itp.,
- organizowanie kursów pierwszej pomocy i krzewienie oświaty sanitarnej.

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

Sprawność systemu ochrony zdrowia rolników w istotnym stopniu będzie zależała nie tylko od stanu regulacji organizacyjno-prawnych, lecz także od mechanizmów motywacyjnych, z których najsilniejsze są ekonomiczne.

Wdrożenie proponowanego systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami ułatwi również orzecznictwo w sprawie chorób zawodowych rolników. Dotychczas bowiem nikt nie prowadził ani stałego monitoringu stanu zdrowia tej grupy pracujących (badania profilaktyczne), ani nie rejestrował zagrożeń zdrowotnych w środowisku pracy indywidualnego gospodarstwa rolnego pod względem jakościowym i ilościowym, co utrudnia powiązanie zmian w stanie zdrowia z wpływem czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy.

Częścią ochrony zdrowia rolników w związku z pracą jest poprawa warunków bezpieczeństwa i higieny pracy w gospodarstwie rolnym. W Polsce, z wielu względów, popularyzacja wiedzy wydaje się być najlepszą drogą do poprawy tych warunków.

W Instytucie Medycyny Wsi został opracowany integracyjny system popularyzacji wiedzy z zakresu bezpieczeństwa i ergonomii pracy w rolnictwie, który zakłada współdziałanie wielu instytucji i organizacji, reprezentujących zarówno administrację państwową, jak i instytucje związane z ochroną zdrowia, nauką, edukacją, systemem ubezpieczeń, doradztwem rolniczym, inspekcją pracy, oraz organizacje społeczne i zawodowe rolników. System ma objąć wszystkich pracujących w rolnictwie: dorosłych, dzieci i młodzież szkół rolniczych.

W zakresie usprawnienia rehabilitacji leczniczej i zawodowej przewiduje się:

- rozszerzanie opieki dyspenseryjnej w ośrodkach zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej z powodu dysfunkcji układu ruchu, chorób układu krążenia, chorób układu nerwowego,

- szkolenie lekarzy i fachowego personelu pomocniczego ośrodków zdrowia na wsi w zakresie podstawowych zasad rehabilitacji możliwej do realizacji w miejscu zamieszkania pacjenta,
- stworzenie rolnikom możliwości rehabilitacji zawodowej poprzez powołanie struktur doradztwa zawodowego w gminach,
- powołanie modelowych ośrodków rehabilitacji zawodowej i leczniczej rolników.

W roku 1993 Europejska Federacja Związków Zawodowych Sektora Rolnego wydała proklamację *Lepsza ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pracowników sektora rolnego*. Postuluje w niej, aby przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy obejmowały nie tylko pracowników, lecz także osoby samodzielnie prowadzące gospodarstwa rolne, zaś ryzyko, na jakie narażone są kobiety, dzieci i osoby starsze żyjące w gospodarstwach rodzinnych, znalazło odbicie w ustawodawstwie pracy.

Postulatom tym wychodzą naprzeciw koncepcje nowych rozwiązań z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa rolników, aktualnie przygotowywane do wdrożenia w Polsce.

Prof. dr hab. Jerzy Zagórski jest dyrektorem Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.