

# Ubezpieczenia w rolnictwie

Materiały i Studia



---

KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO  
WARSZAWA 2001

**UBEZPIECZENIA W ROLNICTWIE  
MATERIAŁY I STUDIA**

**Kwartalnik  
Nr 2(10) 2001 r.  
ISSN 1507-4757**

**Wydawca**

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

**Rada Programowa**

Przewodniczący – prof. dr hab. Błażej Wierzbowski, zastępcy przewodniczącego – mgr Marek Jarosław Hołubicki (Prezes KRUS), mgr Maksymilian Delekta, członkowie: mgr Ryszard Gocłowski, prof. dr hab. Wojciech Józwiak, prof. dr hab. med. Danuta Koradecka, dr n. med. Andrzej Kosiniak-Kamysz (Przewodniczący Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników), adw. Zbigniew Kotowski, prof. dr hab. Henryk Rafalski, prof. dr hab. Jerzy Zagórski, prof. dr hab. Andrzej Zieliński, mgr Maria Zwolińska.

**Zespół redakcyjny**

Marek Ciepliński (zastępca red. naczelnego),  
Barbara Jaworska (członek zespołu redakcyjnego),  
Maria Lewandowska (sekretarz redakcji),  
Marek Piątkowski (zastępca red. naczelnego),  
Klemens Romanowski (redaktor naczelny),  
Jolanta Socha (redaktor techniczny).

**DTP**

Magdalena Maksymowicz

**Skład i druk**

KRUS  
Warszawa, ul. Mińska 25  
Tel. 810-30-00, 810-27-13  
Zam. nr 296/01

**Adres redakcji**

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego  
00-608 Warszawa, Al. Niepodległości 190  
tel. (0-22) 825-80-64, 825-35-91, 825-69-01  
fax 825-95-97

## W numerze

### **Organizacja, ekonomika i problemy społeczne**

Ubezpieczenie wiekowej spuścizny materialnej  
Kościoła katolickiego  
a Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych TUW  
z jego Kościelnym Związkiem Wzajemności Członkowskiej  
św. Floriana  
*ks. mgr Bronisław Magdziarz*

5

### **Ochrona zdrowia i rehabilitacja w rolnictwie**

System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami  
w badaniach pilotażowych  
*prof. dr hab. Jerzy Zagórski*  
*dr Jadwiga Jastrzębska*

16

### **Ustawodawstwo i orzecznictwo**

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej  
w służbie zdrowia  
*mgr Magdalena Jura*

36

Przegląd zmian w ustawodawstwie  
*mgr Beata Nowak*

58

## **Ubezpieczenia na świecie**

Zabezpieczenia ludności rolniczej w kompleksie  
bezpieczeństwa społecznego obywateli Japonii.  
Część II.

*prof. dr hab. med. Henryk Rafalski*

**65**

## **Kronika**

*mgr Leszek Kwiatkowski*

**91**

## **Recenzje i noty**

Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników

*prof. dr hab. Błażej Wierzbowski*

**95**

Socjologia wsi w Ameryce Północnej

*Robert Korsak*

**100**

Noty wydawnicze

*Od Redakcji*

**109**

## **Dokumentacja i statystyka**

*pod redakcją mgr Kazimierza Daszewskiego*

**113**

Niektóre informacje z działalności Rady  
Ubezpieczenia Społecznego Rolników

*Elżbieta Bochińska*

**123**

*ks. mgr Bronisław Magdziarz*

# **Ubezpieczenie wiekowej spuścizny materialnej Kościoła katolickiego a Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych T UW z jego Kościelnym Związkiem Wzajemności Członkowskiej *św. Floriana***

---

## **Wstępne uwagi**

---

Pragnę w tym miejscu wyrazić swą wdzięczność Redakcji kwartalnika *Ubezpieczenia w Rolnictwie – Materiały i Studia* za możliwość przedstawienia Szanownym Czytelnikom, w kolejnym numerze tego pisma, moich doświadczeń i refleksji na temat szeroko rozumianych ubezpieczeń majątku kościelnego. Majątek ten stanowi przecież wiekową spuściznę kultury i sztuki religijnej naszego Narodu. Żeby ten wiekowy skarb przekazać, w miarę możliwości w jak najlepszym stanie technicznym następnym pokoleniom ludzi już dwudziestego pierwszego wieku, potrzeba dziś nie tylko fachowych prac konserwacyjnych, ale i, a może nade wszystko, **odpowiedniego ubezpieczenia tego majątku od wszelkich nieszczęśliwych zdarzeń**, tak aby dzięki pozyskanym odszkodowaniom móc w razie potrzeby zniszczony obiekt sakralny lub dzieło odpowiednio odbudować, czy zrekonstruować.

Na stronach tego artykułu pragnę przekonać Czytelnika na przykładzie Archidiecezji Warmińskiej i innych Diecezji, stowarzyszonych w Kościelnym Związku Wzajemności Członkowskiej *św. Floriana*, że **najbardziej zasadnym i korzystnym** z punktu widzenia wspólnego interesu są **ubez-**

**pieczenia w związkach wzajemności.** I tu na wstępie, w tym miejscu, chciałbym odnieść się do dwóch artykułów, spośród wielu, jakie się już ukazały na łamach kwartalnika *Ubezpieczenia w rolnictwie*: pierwszy z numeru 9 „*O praktyce ubezpieczeń wzajemnych*” – dra Andrzeja Bratkowskiego, gdzie na stronie 29 czytamy: „... *Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych (...) stanowi też oryginalne zrzeszenie członków, których interesy połączone są ekonomiczną zasadą wzajemności*” – właśnie na tej zasadzie utworzony został Kościelny Związek Wzajemności *św. Floriana* – i drugi – z numeru 8 (str. 68-75) „*Ubezpieczenia a społeczna nauka Kościoła*” – Ks. prałata dra Eugeniusza Marciniaka. Na podstawie cytowanych w artykule różnych encyklik papieskich, poczynając od Leona XIII i wywodów Autora, należy jednoznacznie stwierdzić, że w społecznej nauce Kościoła sprawy: sprawiedliwego wynagradzania, zabezpieczenia na starość, czy w razie choroby, w tym i odpowiednich systemów ubezpieczeniowych, które mają na celu tak dobro człowieka, jak i jego dziedzictwa (także kulturowego), nigdy nie były Kościołowi obce.

Zajmijmy się zatem w tym artykule:

- wskazaniem na troskę o należyte ubezpieczenie majątku kościelnego, sposobem wyceny tego majątku i systemem podziału składek, a także ukierunkowaniem naszych działań na ubezpieczenie majątku kościelnego innych diecezji w TUV-ie,
- Kościelnym Związkiem Wzajemności Członkowskiej *św. Floriana*
- oraz perspektywą różnych Związków Wzajemności i Kościelnego Związku Wzajemności *św. Floriana*.

---

## Troska o należyte ubezpieczenie majątku kościelnego

---

Ubezpieczenie jest znaną i stosowaną od bardzo dawna metodą istotnego ograniczenia strat finansowych mogących powstać w wyniku różnego zdarzenia losowego, czyli takiego, które jest nadzwyczajne i niezależne od woli osoby dotkniętej. Wzajemnościowa forma ubezpieczeń rozwinęła się na ziemiach polskich w okresie zaborów, kiedy towarzystwa wzajemnościowe stanowiły zarazem obronę polskości. Po odzyskaniu Niepodległości, w latach 20-tych, wzajemność stanowiła już większość na polskim rynku ubezpieczeniowym. **Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych** ubezpieczał osoby fizyczne, w tym rolników, oraz mienie komunalne i kościelne. Wielkimi sprzymierzeńcami i – być może – także protektorami tych idei, byli ówcześni

księża. O wielu z nich wspomina historia. Tak przetrwała czas okupacji hitlerowskiej. Dopiero w **socjalistycznych realiach**, z powodów politycznych – podczas niszczenia różnych form samoorganizacji społecznych – **wzajemność ubezpieczeniową zlikwidowano**. Powojenne władze komunistyczne, które w ubezpieczeniach dostrzegły rychło źródło pomnożenia państwowych zasobów, zdecydowały się na zamianę Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych w **Państwowy Zakład Ubezpieczeń**. Ten, na zasadzie ubezpieczeń obowiązkowych, przejął między innymi ubezpieczenie kościołów, ściągając z parafii **obowiązkowe**, niebagatelne **składki**.

Dopiero przed kilkunastu laty, bodaj w roku 1990, po zmianie struktur politycznych w Polsce, zaniechano tego przymusu. Odtąd **ubezpieczenie majątku kościelnego stało się dobrowolne**. I jeżeli Kościół generalnie może odetchnąć, że zdjęto z niego pewien haracz, to jednak życie pokazało rychło, że Księża Proboszczowie, nie mając w wielu przypadkach odpowiednich przychodów, zaniżali przy ubezpieczaniu wartość budynków kościelnych, by nie płacić nader wysokich składek. W kilku przynajmniej przypadkach w naszej archidiecezji, co trzeba ze smutkiem stwierdzić, ta „oszczędność” się jednak nie opłaciła: Kościół doznał niepowetowanych strat. Ze smutkiem dodam też, że świadomość odpowiedzialności niektórych administratorów parafii za powierzony ich pieczy majątek kościelny, nie zawsze się sprawdzała. Pośród niektórych Księży zda się do dziś pokutować zasada, że na pierwszym miejscu stoją sprawy duszpasterskie, pięknie prowadzone we wspólnocie parafialnej, a dopiero potem na którymś tam miejscu sprawy administracyjne, wśród których ubezpieczenie zrzucało się przynajmniej w części na Opatrzność Bożą. I to były powody dla których, na początku swej pracy na stanowisku ekonomy archidiecezji, postanowiłem uregulować temat **odpowiedniego ubezpieczenia całego majątku kościelnego Archidiecezji Warmińskiej**, najlepiej w jednej Firmie ubezpieczeniowej.

Rozpocząłem poszukiwania nowych rozwiązań ubezpieczeniowych. Przyjąłem do rozważenia kilka ofert różnych Przedsiębiorstw Ubezpieczeniowych:

**a) wycena globalna majątku kościelnego (jego wartość) i system podziału składek.**

Za pośrednictwem Księży Dziekanów, w połowie roku 1993 rozesłaliśmy do wszystkich parafii odpowiednie ankiety, które miały określić **materialny stan posiadania poszczególnych parafii ze wszystkimi ich obiektami sakralnymi i budynkami kościelnymi**. Księża Proboszczowie dokonywali małej „inventaryzacji”, często z pomocą fachowców z grona swoich parafian, podając dane o budynkach (styl, wymiary, rodzaj materiałów budowlanych, wiek budowy, stan techniczny tak poszczególnych budynków, jak i ich instalacji elektrycznych, odgromowych i in.) oraz ich szacunkową wartość,

po zasięgnięciu opinii znawców. W ten sposób można było z dużym prawdopodobieństwem ustalić **wartość całego majątku kościelnego**.

Szacowaliśmy go wtedy na jeden bilion starych złotych, tj. **sto milionów nowych polskich złotych**. Jest prawdą, że podwojenie, lub nawet potrojenie tak przyjętej sumy, zważywszy na bezcenną wartość wielu dzieł sztuki, mogłoby też być zasadne zwłaszcza, gdy się patrzy na takie zabytki, jak Frombork, czy Święta Lipka, ale i wiele innych. Wysokość rocznych składek od tej wymienionej sumy (bo takie były realne możliwości archidiecezji) stanowiła przedmiot negocjacji z Przedsiębiorstwami Ubezpieczeniowymi. Wśród kilku oferentów znalazły się: **Powszechny Zakład Ubezpieczeń, Warta, Hestia Wielkopolska**, która nęciła bardzo niskimi stawkami (i pewnie dlatego już nie istnieje), **Gryf**, który też już nie istnieje, **Hestia Sopocka** i kilka innych jeszcze.

Intratne warunki przedstawiło nam **Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych T UW** poprzez Dyrektora Biura Regionalnego w Olsztynie. Po wspólnych spotkaniach i konsultacjach, Rada Ekonomiczna Archidiecezji Warmińskiej, Kongregacja Księży Dziekanów, a nade wszystko Rządca Archidiecezji – Ksiądz Arcybiskup Metropolita Warmiński, opowiedziały się za podjęciem umowy ubezpieczeniowej właśnie z Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych T UW z siedzibą w Warszawie (tu, gwoli przypomnienia: Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych T UW uzyskało zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w dniu 10 października 1991 roku, zaś 27 lutego 1992 roku Sąd dokonał pierwszego wpisu do Rejestru towarzystw ubezpieczeń wzajemnych).

Wyszliśmy z założenia, że **wzajemność**, a nie komercja, **stanowiąc będzie o właściwym kierunku naszych ubezpieczeń**. Po wynegocjowaniu odpowiednio niskich, acz realnych stawek, podjęliśmy uchwałę, że **jedynym ubezpieczycielem całego majątku**, który stanowi własność **Archidiecezji Warmińskiej**, stanie się z dniem 1 stycznia 1994 roku **Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych T UW**, zaś **jedynym kompetentnym do zawierania umów ubezpieczeniowych** będzie odtąd, w imieniu Księdza Arcybiskupa Metropolity Warmińskiego, **Wydział Ekonomiczny** reprezentowany przez Wikariusza Biskupiego do spraw ekonomicznych, w porozumieniu z Radą Ekonomiczną Archidiecezji i Kongregacją Księży Dziekanów. Ta uchwała wyeliminowała dotychczasową dowolność Księży Proboszczów w szacowaniu wartości majątku kościelnego w parafiach w zależności od zasobności kasy, czy niewłaściwego rozumienia ważności podejmowanych w tym względzie decyzji. Odtąd Wydział Ekonomiczny Kurii z odpowiednią Radą, w skład której weszli także przedstawiciele T UW-u, przejął na siebie decyzje o wycenie poszczególnych obiektów sakralnych i budynków kościelnych. **Na pokrycie rocznych składek uzgodnionych z T UW-em** przyjęto



zasadę **opodatkowania wszystkich parafii** sumą 17 groszy rocznie **od każdego jej mieszkańca**, podzieloną na cztery kwartalne raty. Do regularnych wpłat tych świadczeń zobligowano wszystkich Księża Proboszczów. Z powodu inflacji i pewnych korekt związanych z oddaniem do użytku nowych budowli, składka ta w następnych latach nieco wzrosła.

Generalnie mogę tu stwierdzić, że na ogół Księża Proboszczowie przyjęli tę innowację z dużym zadowoleniem. Z serca bowiem Księża Proboszczów, zwłaszcza małych parafii, którzy nierzadko administrują pięknymi zabytkowymi kościołami, spadła troska o znalezienie odpowiednio wielkich pieniędzy na realne, czy prawie realne ubezpieczenie tego majątku. Było początkowo trochę niezadowolenia ze strony niektórych Księża Proboszczów dużych parafii którym, z racji liczby wiernych, wyliczono odpowiednio wyższe składki na to ubezpieczenie. Dyskusje na ten temat przerwał Ksiądz Arcybiskup, proponując oponentom zamianę na mniejsze parafie z mniejszymi świadczeniami. Do takich zmian jednak nie doszło, a właściwe rozumienie słów Pana Jezusa: *jedni drugich brzemiona noście*, znalazło tu swój wyraz. Dziś, zdaniem wiernych Kościoła katolickiego w Polsce, który nie utrzymuje się, przynajmniej jak dotąd, z podatków jak Kościół w Niemczech czy Austrii, takie rozstrzygnięcie wydaje się być najwłaściwsze.

Kompleksową umową ubezpieczeniową w TUV-ie objęto:

- **budowle sakralne, plebanie i domy parafialne, oraz budynki inne niż mieszkalne** – od ognia, zalania, huraganu i innych zdarzeń losowych,
- **wnętrza kościołów i kaplic** (jak: ołtarze, organy, chór, ambona, balustrady, ławki, paramenty liturgiczne i in.) – od ryzyk podstawowych, ale także od zamachów terrorystycznych,
- **odpowiedzialność cywilną** z tytułu administrowania parafią,
- **następstwa nieszczęśliwych wypadków osób pracujących w parafii**, w tym także osób pracujących społecznie na budowach parafialnych,
- a ostatnio także **następstwa nieszczęśliwych wypadków księży diecezjalnych** (przez poprzednie pięć lat dokonywaliśmy tego ubezpieczenia NW w „Herosie”).

Byliśmy **pierwszą diecezją w Polsce, która w całości odeszła od Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń**, przechodząc do TUV-u i **pierwszą diecezją w kraju, która** poprzez Wydział Ekonomiczny Kurii Metropolitalnej **przejęła na siebie globalne ubezpieczenia majątku kościelnego** i pochodnych, wyręczając w tym Księża Proboszczów. Sądzę więc, że wszystko, co wyżej, można zamknąć następującą konkluzją: **dziś jesteśmy na pewno jedną z nielicznych diecezji w Polsce, która ma pełne lub najbardziej przybliżone dane o wartości całego swego kościelnego mienia.**

Pozwolę sobie dodać w tym miejscu jeszcze i to: właśnie ten temat kompleksowego ubezpieczenia majątku kościelnego naszej Archidiecezji Warmińskiej stał się przyczynkiem do wielkiego opracowania dwutomowego albumu pt. *Kościół i kaplice Archidiecezji Warmińskiej*, który prezentuje, na ponad 800 artystycznie wykonanych kolorowych fotografiach, wszystkie świątynie naszej archidiecezji z zewnątrz i wewnątrz, z dwujęzycznym tekstem (polskim i niemieckim), ich historię i architekturę (wydany nakładem Kurii Metropolitalnej w Olsztynie w roku 1999). Proszę mi darować, że będąc przy tym albumie, jako dygresję, przytoczę tu kilka zdań ze słowa *Od redakcji* w I tomie, w którym cytowane są słowa Ojca Świętego Jana Pawła II, jakie wypowiedział podczas swej pamiętnej wizyty w Olsztynie w dniach 5 i 6 czerwca 1991 roku: „... Mam dług wdzięczności wobec tej ziemi, która tyle razy, przez tyle lat udzielała mi schronienia, odpoczynku... więc w imieniu tego, co było i tego co jest, **dziękuję Warmii za papieża... niech Bóg zachowa ten wielki skarb**”. Ten skarb, zilustrowany w tym albumie, na życzenie Ojca Świętego i przy Bożej pomocy staramy się zachować, zabezpieczyć i możliwie najlepiej ubezpieczyć, jak o tym mowa w tym artykule.

b) **Działania w kierunku decyzji o ubezpieczeniu majątku kościelnego innych diecezji w T UW-ie** (poprzez Konferencję Księża Ekonomów Diecezjalnych przy Sekretariacie Episkopatu Polski i inne).

Po rocznym, dobrym doświadczeniu, o właściwej współpracy z Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych T UW bez trudu przekonałem swojego Rządcę Archidiecezji, **żeby ten sposób ubezpieczenia majątku kościelnego** w Towarzystwie Wzajemności, a nie w komercyjnym, **rozpropagować na inne diecezje**. Przekonałem też ówczesnego Sekretarza Episkopatu, aby zechciał zwołać do Warszawy wszystkich Ekonomów Diecezjalnych. W tym spotkaniu wzięli także udział przedstawiciele Zarządu T UW-u, którzy starali się przybliżyć nam idee przedwojennego Stowarzyszenia Wzajemności, a które po ostatniej wojnie, jak wiemy, musiało zaprzestać swej działalności. Jeśli teraz, po przeszło pięćdziesięciu latach T UW odżyło i mogłoby się spełniać w ubezpieczeniach kościelnych, to bardzo dobrze. Księża Ekonomowie nie podjęli na tym spotkaniu jednoznacznych decyzji, bo od tego są Biskupi Diecezjalni, nie mniej to rzucone tam w Warszawie „ziarno” zaczęło tu i tam kiełkować. Wspomniane spotkanie Księża Ekonomów „obudziło” niestety i inne firmy ubezpieczeniowe, które przeczuwając pewne zagrożenie, zaczęły się teraz prześcigać w różnych propozycjach konkurencyjnych względem T UW-u. I to rozbiło na jakiś czas nasze działania wspólnotowe.

W kwietniu 1996 roku opracowałem krótkie zestawienie korzyści płynących z ubezpieczeń wzajemnościowych, które przekazałem poprzez mojego

Arcybiskupa Metropolite wszystkim Biskupom na majowej Konferencji Episkopatu. Potem, na zaproszenie niektórych Księża Biskupów, odbyłem też (wraz z osobami towarzyszącymi) szereg spotkań w diecezjach, by przekonywać do tego rodzaju wzajemnościowych ubezpieczeń. Kilka diecezji na różny sposób (np. Księża Proboszczowie, których przekonały argumenty, sami udawali się do T UW-ów w danych regionach, by tam ubezpieczyć majątek swoich parafii) zaczęło się skłaniać w kierunku takiego właśnie sposobu ubezpieczeń.

Tak prywatnie powiem, że gdybym nie był z Olsztyna, czyli z prowincji, ale z centrum Polski, a najlepiej z Warszawy, moja skuteczność przekonywania byłaby daleko większa. Tym też, co utrudnia do dziś decyzję przejścia do T UW-u na podobieństwo naszej archidiecezji, w której uczyniliśmy to kompleksowo, jest pewna obawa przed trudem, jakiego musiałby się podjąć Ksiądz Ekonom i jego Wydział w pierwszej fazie przygotowawczej (mam tu na myśli zebranie i zestawienie odpowiednich danych ze wszystkich parafii, o czym wyżej wspomniałem i inne). Ten trud na przyszłość jednak naprawdę się opłaci, o czym niżej. Jeszcze kilka razy w późniejszym czasie spotykaliśmy się z Księżmi Ekonomami, omawiając różne sprawy, jednak temat ubezpieczeń majątku kościelnego w Związku Wzajemności pozostaje ciągle otwarty, dotąd nie rozwiązany. W międzyczasie Konwent Ekonomów Zakonnych, biorąc zapewne z doświadczenia naszej archidiecezji, bo rozmawiałem na ten temat z przedstawicielami kilku zakonów, zawiązał wzajemność ubezpieczeniową przy T UW-ie Wielkopolska, pod nazwą „Provisio”. To był bodziec, by dalej przekonywać Księża Ekonomów do sprawy naszej wzajemności między diecezjami.

Tak na marginesie: w roku 1997, na Walnym Zgromadzeniu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych T UW, powołano mnie w poczet członków Rady Nadzorczej T UW-u; stanowisko to, zapewne, jeszcze bardziej zobowiązuje mnie do jeszcze szerszego działania na niwie Towarzystwa.

---

## **Kościelny Związek Wzajemności Członkowskiej św. Floriana**

---

Na trzydzieści dziewięć diecezji Kościoła katolickiego w Polsce około dziesięć diecezji wyraziło z końcem 1996 roku swój zamiar skorzystania z usług takich ubezpieczeniowych towarzystw, które mają w swych założeniach zasadę *non profit* i dzielą się ze swymi członkami uzyskaną nadwyżką. Taką opinię wyraziłem w lutym 1997 roku na konferencji zorganizowanej

w Warszawie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych T UW i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i poświęconej tematowi: *Ubezpieczenia wzajemne szansą dla polskiego rolnictwa*. Zabierając głos, pragnąłem przybliżyć Rolnikowi prawdę, że Kościół, który zawsze stał i stoi blisko człowieka, a zwłaszcza tego, z którego pracy rąk otrzymujemy chleb powszedni, i teraz pragnie pokazać na swoim przykładzie, że **tylko wzajemność**, również na polu ubezpieczeń, **może być właściwą formą na poprawę bytu człowieka i na spokojną przyszłość o nasze mienie**.

Pod patronatem Prezesa Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych T UW odbyliśmy w Warszawie z zaproszonymi Gośćmi – Księżmi Ekonomami różnych diecezji, kilka kolejnych spotkań, by przybyłym, na przykładzie kilkuletniej już współpracy Archidiecezji Warmińskiej z T UW-em, pokazać istotę ubezpieczeń wzajemnych. Na kilku takich spotkaniach wypracowaliśmy wspólną koncepcję utworzenia przy T UW-ie **Związku Wzajemności Członkowskiej**. Zdecydowano, że diecezje będą mogły wpłacać swoje składki do wspólnej kasy wyodrębnionej w T UW-ie dla związku i z niej też wypłacać odszkodowania. Gdyby te ostatnie (odszkodowania) okazały się niższe od zebranej kwoty, część nadwyżki mogłaby powrócić w różnej formie do poszczególnych diecezji, z podziałem według proporcji wpłaconych składek.

20 maja 1998 roku w Warszawie, wobec przedstawicieli sympatyzujących ze Związkiem Wzajemności, podpisana została **umowa o utworzeniu Kościelnego Związku Wzajemności Członkowskiej św. Floriana** pomiędzy T UW-em a pięcioma diecezjami Kościoła Katolickiego, to jest: archidiecezją Białostocką, diecezją Płocką, diecezją Toruńską, archidiecezją Warmińską i diecezją Włocławską. Wśród sympatyzujących diecezji, w naszych spotkaniach udział brali także przedstawiciele innych diecezji, jak: elbląskiej, ełckiej i kieleckiej. Pięciu wymienionych ustaliło, że celem tego Związku będzie wzajemna ochrona ubezpieczeniowa jego Członków poprzez:

- gromadzenie przez Członków Związku środków na wypłaty odszkodowań i obsługę ubezpieczenia,
- dbanie o wzajemne interesy ubezpieczeniowe Członków Związku,
- upowszechnianie wiedzy o ubezpieczeniach wzajemnych i rozwijanie świadomości ubezpieczeniowej, a także promowanie ubezpieczeń Towarzystwa zarówno wśród członków Związku, jak i poza Związkiem.

Umowa pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych T UW a Związkiem Wzajemności zapewnia:

- tworzenie warunków ubezpieczenia dostosowanych do potrzeb Członków Związku przy udziale reprezentacji Związku,

- obsługę administracyjną i księgową Związku,
- tworzenie odpowiednich rezerw techniczno-ubezpieczeniowych,
- zapewnienie reasekuracji,
- likwidację szkód poniesionych przez Członków Związku lub angażujących ich odpowiedzialność cywilną.

Za rok rozliczeniowy przyjęliśmy w tym Związku okres od 1 lipca jednego roku do 30 czerwca roku następnego. Już po pierwszym roku działalności Związku uzyskaliśmy nadwyżkę około 120 000 zł, które postanowiliśmy pomnożyć na wysoko oprocentowanych lokatach.

Tak więc obok dotychczasowych Związków Wzajemności w TUV-ie TUV, jak: *Galicja, Ropczyce, Podkarpacie*, a ostatnio *Florencja i Zagroda*, możemy mówić o kolejnym Związku Wzajemności *św. Floriana*. Zdaniem Prezesa TUV-u, generalnie o przyszłości Towarzystwa stanowić będą właśnie federacje Związków Wzajemności Członkowskiej, jak wspomniane wyżej.

Dla ścisłości moich wywodów na temat ubezpieczeń, o jakich wyżej, dodać należy, że wśród Księży wielu diecezji istnieje pokusa założenia wewnątrz kościelnego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Póki co jednak, taki zamysł nie może być realny, bowiem na przeszkodzie takim inicjatywom stoją wysokie wymogi finansowe w zakresie kapitału, wynikające z obowiązujących przepisów Ministerstwa Finansów. W tej dziedzinie potrzeba nam się jeszcze wiele uczyć więc, póki co, korzystajmy z dobrych wzorców tak, aby chociaż część zebranych w diecezjach składek na ubezpieczenia pozostawała w dyspozycji Wzajemności Członkowskich, a nie firm komercyjnych.

---

## **Perspektywy różnych Związków Wzajemności i Kościelnego Związku Wzajemności Członkowskiej św. *Floriana***

---

Biorąc pod uwagę wielorakie korzyści, jakie przynosi ubezpieczanie się w Towarzystwie Ubezpieczeń Wzajemnych, **przyszłość takich towarzystw zda się być niezaprzeczalna**, bo:

- cele ubezpieczyciela i posiadacza polisy są tu zbieżne. Przez współodpowiedzialność posiadacz polisy może się czuć niejako współwłaścicielem tej firmy;

- niska szkodowość pozwala po pewnym czasie żywić nadzieję na stopniowe obniżenie wysokości składek, lub przeznaczenie tej różnicy na pewne inne ważne cele, np. zabezpieczenia mienia przed kradzieżą, czy inne jeszcze;
- wzajemność ubezpieczeniowa daje też możliwość pewnego dobierania się grup ubezpieczeniowych, które wiąże podobny przedmiot ubezpieczenia czy działania.

Niestety, pomimo tych – zda się tak wielkich i bezsprzecznych – korzyści, o których tu wyżej mowa, **wzajemność ubezpieczeniowa w Polsce stanowi, jak dotąd, jedynie margines procentowy całego wielkiego sektora ubezpieczeniowego**. Na ile istnieją do dziś pewne przepisy hamujące rozwój wzajemnych ubezpieczeń, nie umiem jednoznacznie odpowiedzieć. Uczynią to zapewne ludzie bardziej kompetentni w tym zagadnieniu. Ze swej strony mogę jedynie potwierdzić, że i na naszym *podwórku* – kościelnym, przekonywanie Księża Biskupów Diecezjalnych czy Ekonomów do tych ubezpieczeń wzajemnych jest również niełatwe, o czym już wspominałem. Tak prozaiczny powód, jak pewna zażyłość z dotychczasowymi ubezpieczycielami, czy krótkowzroczne profity płynące (zwłaszcza w przeszłości) z pewnych koneksji, że przypomnę w tym miejscu ewangelicznego przewrotnego włodarza, (tyle, że tu właśnie na odwrotnej zasadzie!), który na pytanie: *ile jesteś winien panu mojemu*, kazał dłużnikowi napisać, zamiast stu beczek oliwy: *napisz: pięćdziesiąt*. Państwowy, czyli zawsze „bogaty” zakład ubezpieczeń wypłacał z nawiązką, a obydwie strony dzieliły między siebie umówioną różnicę.

---

## Zakończenie

---

Nie mniej jednak, by swoje wywody zakończyć nutą optymizmu, pragnę zapewnić, że my, członkowie Kościelnego Związku Wzajemności, których *zaraził* ten bakcyl wspólnego decydowania zarówno o wartości majątku kościelnego, jak również o wysokości składek, czy podziału ewentualnych nadwyżek w przypadku niewielkich szkód, uczynimy wszystko, aby nasz **Kościelny Związek Wzajemności Członkowskiej św. Floriana** przy Towarzystwie Ubezpieczeń Wzajemnych TUV pozyskiwał coraz to nowe diecezje, co przyniosłoby jego członkom samorządnym spodziewane korzyści. Pozytywnym przykładem takiego działania jest przyjęcie do naszego Kościelnego Związku Wzajemności Członkowskiej św. Floriana, z dniem

1 grudnia 2000 roku **Diecezji Radomskiej**. 19 lutego br. odbyło się w tej sprawie spotkanie z Radą Konsultorów w Gliwicach (diecezja Gliwicka), a zupełnie niedawno, bo 7 maja br., spotkanie w Koszalinie, gdzie na forum Konferencji Rejonowej diecezji Koszalińskiej dyskutowano nad potrzebą takiego właśnie sposobu ubezpieczenia majątku diecezji. I niechby takich właśnie decyzji, idących w kierunku wzajemności w ubezpieczeniach, było jak najwięcej. Wtedy będzie się mogło spełnić Chrystusowe życzenie: *jedni drugich brzemiona noście*.

*Ks. prałat mgr Bronisław Magdziarz jest od 1992 roku wikariuszem biskupim ds. ekonomicznych w Archidiecezji Warmińskiej i wieloletnim proboszczem parafii Matki Kościoła w Olsztynie, budowniczym świątyni.*



*prof. dr hab. Jerzy Zagórski*  
*dr Jadwiga Jastrzębska*

## **System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami w badaniach pilotażowych**

Rolnicy indywidualni, stanowiący ponad 20% ogółu pracujących w gospodarce narodowej, są największą grupą społeczno-zawodową w Polsce, która nie jest objęta profilaktyczną opieką zdrowotną w związku z wykonywaną pracą. *Kodeks Pracy* stworzył prawne preferencje w ochronie zdrowia pracowników, co wyraźnie kontrastuje z brakiem analogicznych rozwiązań dotyczących ochrony zdrowia rolników. A to właśnie rolnicy, częściej niż pracownicy innych działów gospodarki narodowej, są narażeni na niebezpieczeństwo wypadku przy pracy i na utratę zdrowia w związku z wykonywaną pracą.

Pewne elementy z zakresu ochrony zdrowia w związku z pracą, w stosunku do rolników indywidualnych, wprowadza *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników* z dnia 20 grudnia 1990 roku, która nakłada na KRUS obowiązek prowadzenia działalności na rzecz zapobiegania wypadkom przy pracy i rolniczym chorobom zawodowym, ale głównie w aspekcie promocji bezpiecznej pracy, natomiast nie obejmuje to profilaktyki medycznej. Rolnicy indywidualni nie zostali również włączeni obligatoryjnie w system profilaktycznej opieki zdrowotnej w związku z pracą przez *Ustawę o służbie medycyny pracy*. Ustawa ta przewiduje jedynie, że mogą oni korzystać z usług służb medycyny pracy na zasadzie dobrowolności i na własny koszt, co oznacza w praktyce odcięcie ich od profilaktycznej opieki medycznej. Bowiernie w mentalności polskiego rolnika nie mieści się uznanie potrzeby opłacania usług medycznych – w chwili, kiedy nie są one wymuszone chorobą.

Zasadnicza trudność z włączeniem rolników indywidualnych w system organizacyjno-prawny w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną



pracy oraz objęciem ich profilaktyczną opieką zdrowotną w związku z wykonywaną pracą wynika z faktu, że każde gospodarstwo rolne jest odrębnym prywatnym zakładem pracy i taki system organizacyjno-prawny powinien w pełni respektować podstawowe prawa obywatelskie, między innymi – prawo do poszanowania prywatności i swobodnego dysponowania własnością. Dotyczy to zarówno obligatoryjnego objęcia rolników profilaktycznymi badaniami lekarskimi, jak i nadzoru nad warunkami bezpieczeństwa i higieny pracy w gospodarstwach rolnych, które w świetle dziś obowiązujących przepisów nie mogą być objęte działalnością inspekcyjną ze strony PIP i San.-Epid. na zasadach analogicznych do stosowanych wobec zakładów pracy.

Mimo całej złożoności problemów związanych z higieną i medycyną pracy na wsi, biorąc też pod uwagę sytuację zdrowotną rolników, w opinii Instytutu Medycyny Wsi, konieczne jest obligatoryjne wdrożenie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi w związku z pracą, tak aby przyjęte rozwiązania były zbliżone do rozwiązań gwarantowanych innym grupom zawodowym.

Uzasadnieniem dla tego stanowiska jest m.in. fakt, że badania profilaktyczne, których celem jest wychwycenie wczesnych zmian chorobowych oraz zmian w stanie zdrowia, będących przeciwwskazaniem do wykonywania pewnych prac, mogłyby umożliwić wcześniejszą interwencję (zapobiegawczą, leczniczą, rehabilitacyjną), a to z kolei mogłoby ewidentnie przedłużyć okres zdolności do pracy i odsunąć w czasie przejście na rolnicze renty zdrowotne, które w rolnictwie są zdecydowanie bardziej powszechne niż w innych działach gospodarki narodowej i stanowią duże obciążenie dla budżetu państwa. Z drugiej jednak strony renty te zapewniają wielu gospodarstwom rolnym osłonę socjalną w okresie wysokiego dysparytetu dochodów w rolnictwie. Obecnie w rolnictwie indywidualnym na jednego ubezpieczonego przypada około 1,35 osoby utrzymującej się z renty czy emerytury.

Brak profilaktycznej opieki zdrowotnej utrudnia też orzekanie o rolniczych chorobach zawodowych. Zasady orzekania o chorobach zawodowych, regulowane ustawami wynikającymi z *Kodeksu Pracy*, są nieprzystosowane do pracujących w rolnictwie indywidualnym, gdzie nie prowadzi się ani monitoringu stanu zdrowia, jakim są badania profilaktyczne, ani oceny warunków pracy.

Koncepcję systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami opracowano w Instytucie Medycyny Wsi, z inicjatywy Głównego Inspektora Pracy, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, jeszcze w roku 1996.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> J. Zagórski, J. Jastrzębska: *Koncepcja systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi w rolnictwie indywidualnym*. *Medycyna Ogólna*, 1997, 3, 1-8.

Funkcjonowanie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami sprawdzono w badaniach pilotażowych prowadzonych w ramach *Paktu dla wsi*, pod merytorycznym nadzorem Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie, na terenie 11. gmin województwa lubelskiego.

Badania prowadzili lekarze terenowi ze specjalizacją medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych z uprawnieniami do badań profilaktycznych z zakresu medycyny pracy – wszyscy po dodatkowym przeszkoleniu w Instytucie Medycyny Wsi. Ponadto, lekarze otrzymali pisemne instrukcje co do sposobu wypełniania dokumentacji.

Zakres badań lekarskich określała *Karta Zdrowia Rolnika*, opracowana w Instytucie Medycyny Wsi w oparciu o wzór *Karty badań okresowych* stosowanej w badaniach profilaktycznych pracowników. Badania obejmowały wywiad lekarski, fizykalne badania lekarskie i podstawowe badania laboratoryjne. Uzupełnione były o elementy badań związane z programem profilaktyki nowotworowej (badanie piersi u kobiet i prostaty u mężczyzn) oraz oznaczenie poziomu cukru we krwi z uwagi na wzrastający trend zachorowań na cukrzycę. Wywiad lekarski obejmował między innymi: zgłaszane dolegliwości, przebyte choroby, leczenie szpitalne, przebyte wypadki, stwierdzone choroby zawodowe oraz narażenie na czynniki szkodliwe występujące w środowisku pracy rolnika.

Karta ta została opracowana w formie umożliwiającej łatwe przenoszenie danych do systemów komputerowych.

---

## Wyniki badań

---

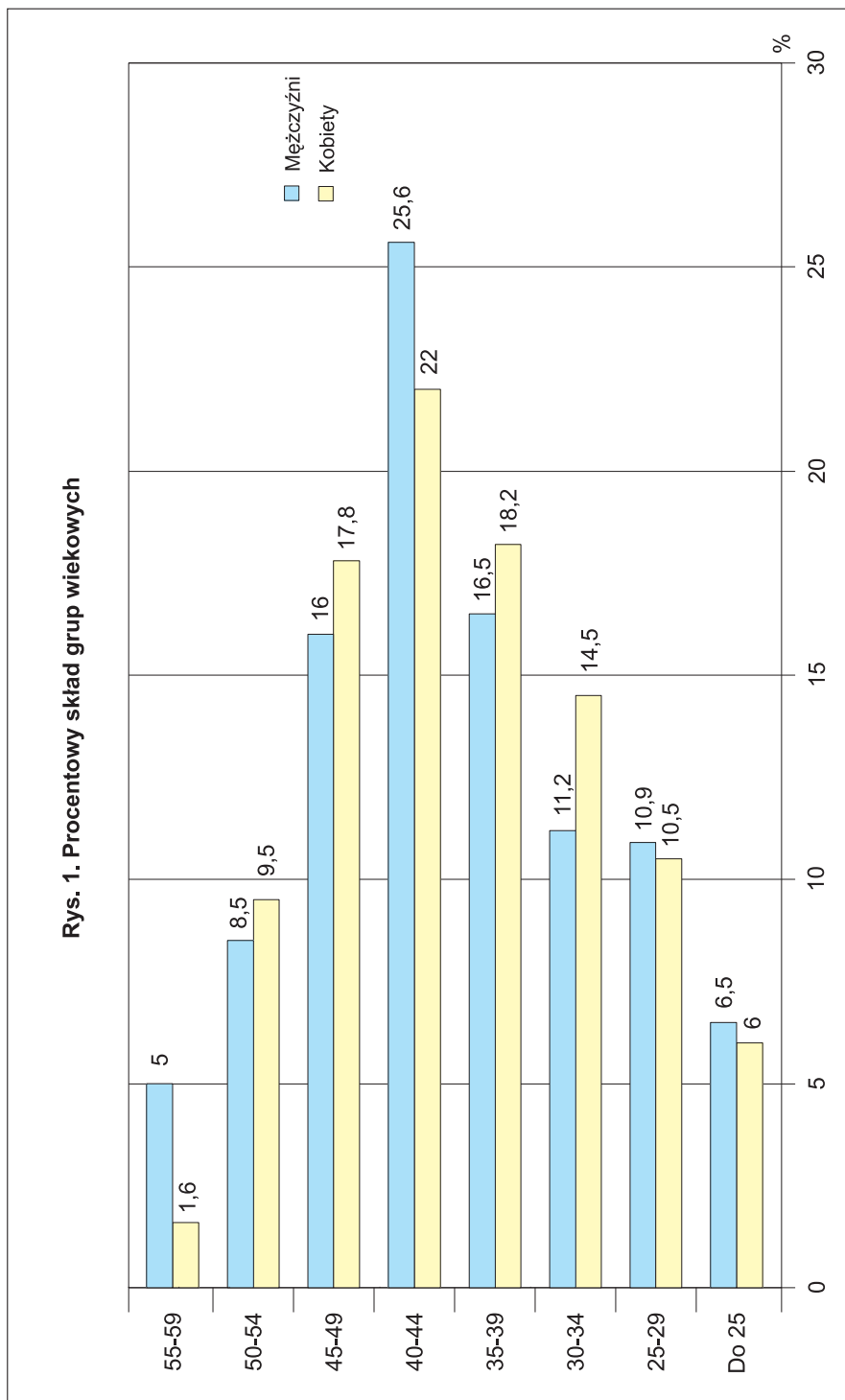
### 1. Charakterystyka badanej grupy

Zgodnie z założeniami programowymi badaniami byli objęci wyłącznie czynni zawodowo rolnicy oraz ci członkowie rodzin, którzy pracują w gospodarstwie, a nie są emerytami i rencistami i nie podlegają innym ubezpieczeniom zapewniającym profilaktyczne badania lekarskie, np. z racji nauki w szkołach, bądź zatrudnienia w innych zakładach pracy poza gospodarstwem rodzinnym.

Badaniami objęto 1 397 czynnych zawodowo rolników w wieku 18-60 lat, ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Grupa badanych była zrównana pod względem udziału kobiet i mężczyzn – 55,2% badanych stanowiły kobiety, a 44,8% mężczyźni.

Skład wieku badanych miał charakter składu normalnego, a średni wiek wynosił 39,6 lat (rys. 1).

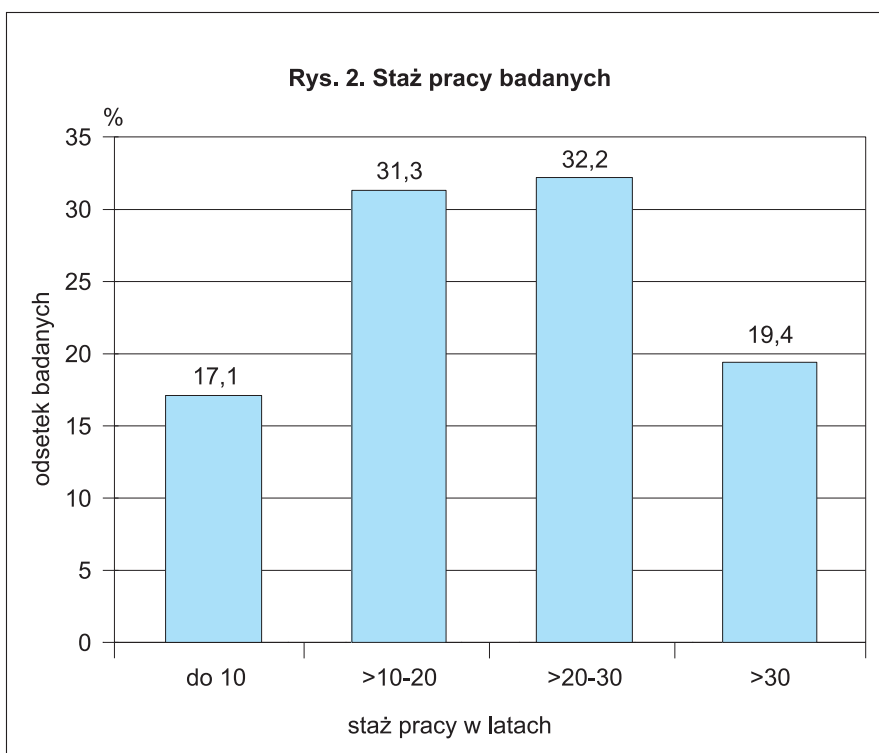


Pod względem wykształcenia (Tabela 1) najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (41,1%) i podstawowym (31,4%). Jedynie 1,3% badanych miało wykształcenie wyższe. Niski poziom wykształcenia ludności rolniczej oznacza, że świadomość zagrożeń związanych z warunkami pracy jest również dość niska.

**Tabela 1**  
**Wykształcenie badanej grupy (odsetki)**

Wykształcenie	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	Ogółem (%)
Podstawowe	28,8	34,7	31,4
Zawodowe	39,6	42,8	41,1
Średnie	30,1	21,6	26,3
Wyższe	1,6	1,0	1,3
<b>Razem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Powyżej 80% badanych charakteryzowało się ponad 10-letnim stażem pracy (rys. 2).



W wywiadzie pytano o nałogi, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia: palenie papierosów, alkoholizm, narkotyki. Oceniając wartość tej informacji należy mieć świadomość, że odpowiedzi dotyczące nałogu palenia można oceniać jako wiarygodne. Natomiast w przypadku dwóch pozostałych, odpowiedzi nie muszą być miarodajne z uwagi na to, że przyznanie się do nich wymaga odwagi cywilnej ze względu na brak akceptacji społecznej. Z uzyskanych danych wynika, że papierosy pali około 1/4 badanych rolników. Jednak nałóg palenia zdecydowanie częściej dotyczy mężczyzn (41,5% badanych) w porównaniu z kobietami (13,2% badanych). Do nałogowego picia alkoholu przyznało się 76 osób – 70 mężczyzn i 6 kobiet, co stanowi odpowiednio 11,2% i 0,8% badanych.

W profilaktycznych badaniach rolników przewidziano wpis do *Karty Zdrowia Rolnika* danych dotyczących grupy krwi i czynnika Rh na podstawie wiarygodnych dokumentów (wpis do dowodu osobistego, karta leczenia szpitalnego). Znajomość grupy krwi i czynnika Rh ma istotne znaczenie wobec stale jeszcze wysokiej wypadkowości w rolnictwie. Okazało się, że dane te można było uzyskać tylko od 520 osób, co stanowi 37,2% badanych. Częściej dysponowały tymi danymi kobiety – 49,8% badanych, gdyż parametry te są oznaczane przy okazji ciąży i porodu. Wśród mężczyzn tylko 21,7% badanych mogło podać wiarygodne dane dotyczące grupy krwi i Rh.

## 2. Stan zdrowia badanej grupy

W badaniach przedmiotowych oceniano wysokość i masę ciała, na podstawie których obliczono wskaźnik masy ciała (**B**ody **M**ass **I**ndex – BMI), celem określenia odchyleń od należytnej masy ciała (Tabele 2 i 3).

Za normę przyjmuje się wartość wskaźnika w granicach 20-24,99. Wartość wskaźnika w granicach 25-29,99 wskazuje na nadwagę, a powyżej 30 – na otyłość. Wartość wskaźnika poniżej 20 świadczy o niedowadze.

**Tabela 2**  
Wzrost, masa ciała i wskaźnik BMI\* – kobiety (wartości średnie)

Wiek	Wzrost (cm)	Masa ciała (kg)	BMI
Do 29 lat (N = 126)	164,9	64,0	23,5
30-39 lat (N = 251)	163,4	67,3	25,2
40-49 lat (N = 307)	162,3	70,2	26,7
50-60 lat (N = 85)	161,4	73,4	28,1
<b>Razem</b> (N = 769)	163,0	68,5	25,8

\*BMI = masa ciała (kg) / wzrost w metrach kwadratowych

**Tabela 3**  
**Wzrost, masa ciała i wskaźnik BMI – mężczyźni (wartości średnie)**

Wiek	Wzrost (cm)	Masa ciała (kg)	BMI
Do 29 lat (N = 109)	176,3	75,4	24,2
30-39 lat (N = 171)	174,9	78,8	25,7
40-49 lat (N = 260)	173,9	80,0	26,4
50-60 lat (N = 84)	171,7	80,3	27,2
<b>Razem</b> (N = 624)	174,3	78,8	25,9

Średni wzrost badanych kobiet (163,0 cm) i mężczyzn (174,3 cm) był wyższy od średniego wzrostu mieszkańców wsi badanych w ogólnopolskich reprezentatywnych badaniach prowadzonych w latach 1989-1990 przez Instytut Medycyny Wsi<sup>2</sup> odpowiednio o 2,5 cm (kobiety) i 1,9 cm (mężczyźni). Ponadto średni wzrost, tak kobiet, jak i mężczyzn, wyraźnie zmniejszał się wraz z wiekiem. Różnica w wartościach średnich wysokości ciała między najmłodszą grupą kobiet i najstarszą wynosiła 3,5 cm, a w przypadku mężczyzn 4,6 cm. Oznacza to, że tendencja sekularna w kierunku większej wysokorostłości mieszkańców polskiej wsi trwa nadal.

Średnie masy ciała, zarówno w przypadku badanych kobiet (68,5 kg), jak i mężczyzn (78,8 kg) były wyższe w stosunku do wartości średnich mas ciała uzyskanych dla populacji wiejskiej badanej w latach 1989-1990, odpowiednio o 1,2 kg (kobiety) i 3,2 kg (mężczyźni). Koreluje to dodatnio z przyrostem liczby osób z nadwagą i jest zjawiskiem niekorzystnym w aspekcie następstw zdrowotnych dla badanej populacji.

Średnia masa ciała wzrasta wraz z wiekiem zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Różnica w wartościach średnich mas ciała między najmłodszą grupą kobiet i najstarszą wynosiła 9,4 kg, a w przypadku mężczyzn 4,9 kg.

Średnie wartości wskaźnika BMI, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, przekraczały wartość 25 przyjętą jako górną granicę normy (Tabele 2 i 3).

Tylko dla 42,2% badanych osób (Tabela 4) wskaźnik BMI zawierał się w granicach normy, co oznacza, że charakteryzowały się one odpowiednią do wysokości masą ciała. Aż u 52,8% badanych stwierdzono zbyt wysoką masę ciała, z czego 37,6% badanych wykazywało nadwagę, a 15,2% wysokiego stopnia nadwagę, czyli otyłość. Nadwagę stwierdzano częściej w grupie mężczyzn (42,7% badanych) w porównaniu z kobietami (33,4% badanych), ale za to otyłość częściej występowała w grupie kobiet (17,3% badanych) w porównaniu z mężczyznami (12,7% badanych).

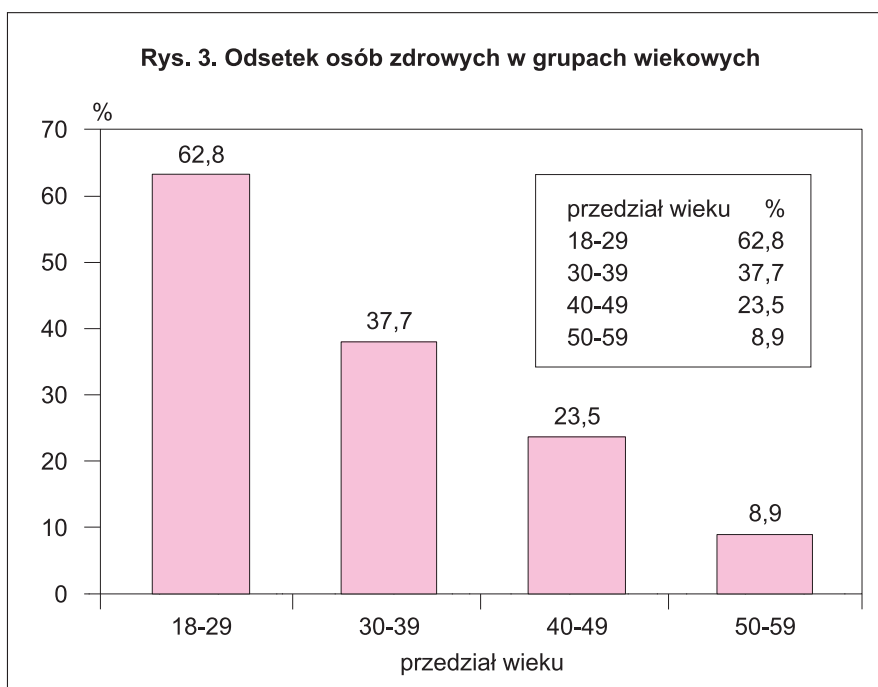
<sup>2</sup> B. Skrętowicz (red.): *Zdrowie mieszkańców polskiej wsi*. Wyd. IMW, Lublin 1994.

**Tabela 4**  
**Rozkład częstości wskaźnika masy ciała (BMI) badanych osób (odsetki)**

Klasyfikacja wg BMI	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	Ogółem (%)
Niedowaga (do 20)	6,0	3,9	5,0
Norma (20-24,99)	43,4	40,8	42,2
Nadwaga (25-29,99)	33,4	42,7	37,6
Otyłość (ponad 30)	17,3	12,7	15,2
<b>Razem</b>	100,0	100,0	100,0

Interesujące są wyniki epikryzy lekarskiej na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich. W epikryzie posługiwano się Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja dziesiąta ICD-10).

Na 1 397 przebadanych tylko u 445 osób nie postawiono żadnego rozpoznania, uznając je za osoby zdrowe – stanowi to 32,6% badanych. Zgodnie z oczekiwaniem, odsetek osób zdrowych był najwyższy w najmłodszej grupie wiekowej (62,8%) i gwałtownie spadał wraz z wiekiem (rys. 3). W grupie wiekowej 50-59 już tylko niecałe 9% uznano za osoby zdrowe.



U pozostałych 954 osób (67,4% badanych) w epikryzie lekarskiej rozpoznano 1 808 różnych chorób, co oznacza, że na ogół u poszczególnych badanych stwierdzano więcej niż jedną chorobę. Strukturę i częstość stwierdzanych rozpoznań, sklasyfikowanych zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób, ilustruje rys. 4.

W strukturze chorób zdecydowanie dominowały choroby układu kostno-stawowego i tkanki łącznej (26,3%), zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych (19,1%), gdzie sklasyfikowana została otyłość, którą stwierdzono u 15,2% badanych. Na wysokim miejscu w strukturze chorób znalazły się też choroby układu krążenia (14,8%), choroby oka (11,7%) – głównie upośledzenie widzenia, choroby układu oddechowego (7,3%) oraz choroby układu trawiennego (5,2%). Na dalszych miejscach – choroby skóry i nerwice.

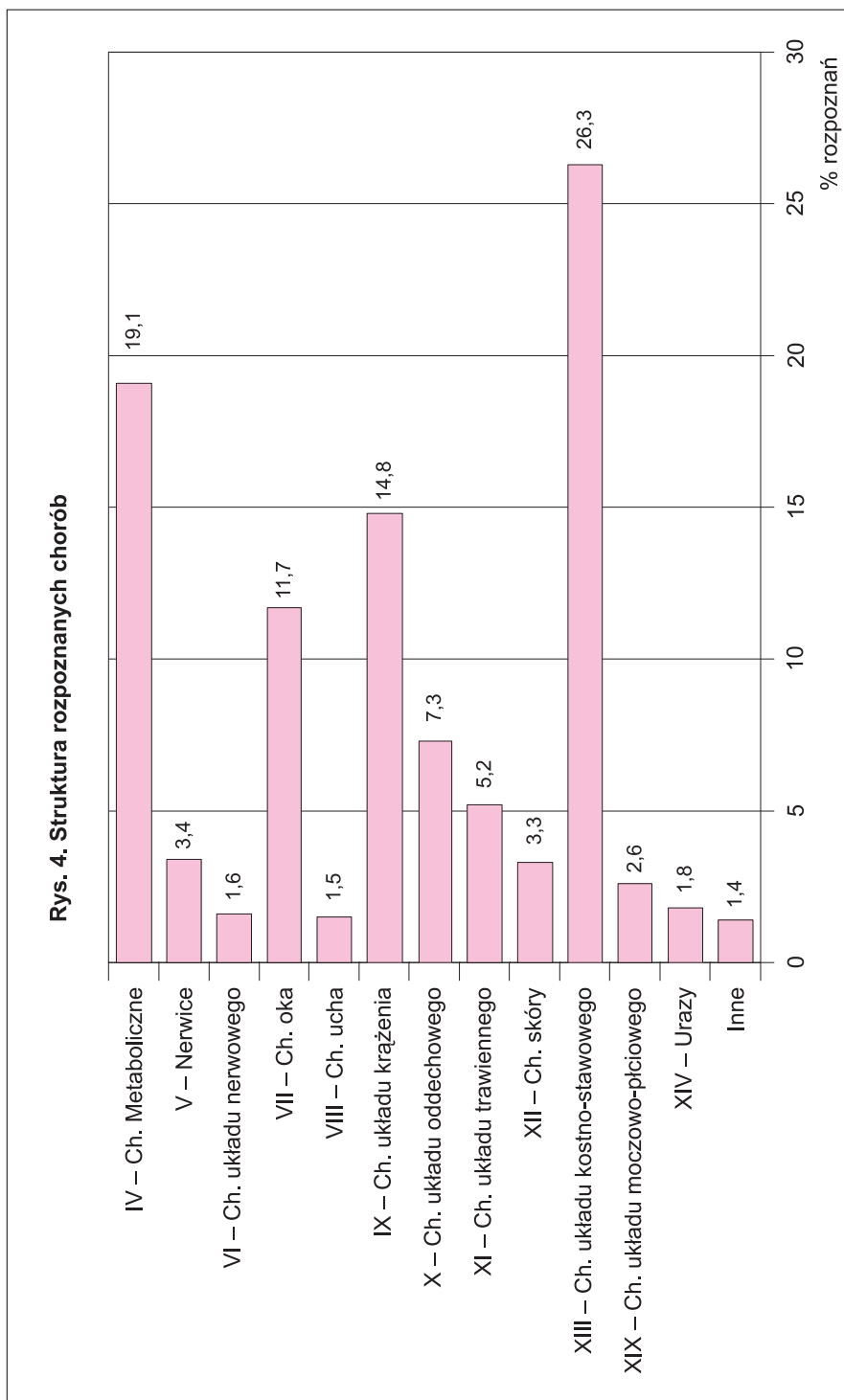
**W grupie chorób układu kostno-stawowego zdecydowanie dominowały choroby kręgosłupa i grzbietu**, które rozpoznano u 24,6% ogółu badanych, a na drugim miejscu choroby stawów, rozpoznane u 7,5% badanych. Częstość tych chorób dynamicznie wzrastała z wiekiem badanych i w grupie wiekowej 50-60 lat choroby kręgosłupa i grzbietu rozpoznano u 45,6% badanych, a choroby stawów u 19,5% badanych.

Wyniki te potwierdzają tezę, że choroby układu kostno-stawowego można zaliczyć do parazawodowych chorób w rolnictwie, z uwagi na warunki pracy sprzyjające zapadalności na te choroby. Składa się na to przede wszystkim konieczność pracy w niesprzyjających i zmiennych warunkach klimatycznych (wilgotność, ruch powietrza, temperatura) oraz przeciążenie układu kostno-stawowego i mięśni pracą fizyczną. Dotyczy to zwłaszcza prac wykonywanych przez kobiety, które często wykonują też prace w wymuszonej pozycji (plewienie). Znalazło to też wyraz w tym, że choroby stawów dwukrotnie częściej rozpoznawano u kobiet w porównaniu z mężczyznami.

**W grupie chorób układu krążenia najwięcej rozpoznań dotyczyło chorób żył**, które stwierdzono u 7,8% badanych. Choroby żył prawie 2,5-krotnie częściej rozpoznawano u kobiet (10,7% badanych) niż u mężczyzn (4,4% badanych). Chorobę nadciśnieniową rozpoznano u 7,5% badanych, a chorobę niedokrwinną serca u 3,2% badanych, przy czym występowanie tych chorób praktycznie nie dotyczyło najmłodszej grupy wiekowej (do 30 roku życia), a częstość ich skokowo wzrastała po przekroczeniu 50 roku życia.

Kolejne miejsce w strukturze stwierdzonych chorób zajęły **choroby oczu, wśród których dominuje upośledzenie widzenia**, dotyczące 14,5% badanych – z oczywistych przyczyn, ze względu na utratę z wiekiem zdolności





akomodacji oka. W najstarszej grupie wiekowej częstość występowania upośledzenia widzenia wzrastała skokowo i dotyczyła 34,4% badanych w wieku 50-60 lat.

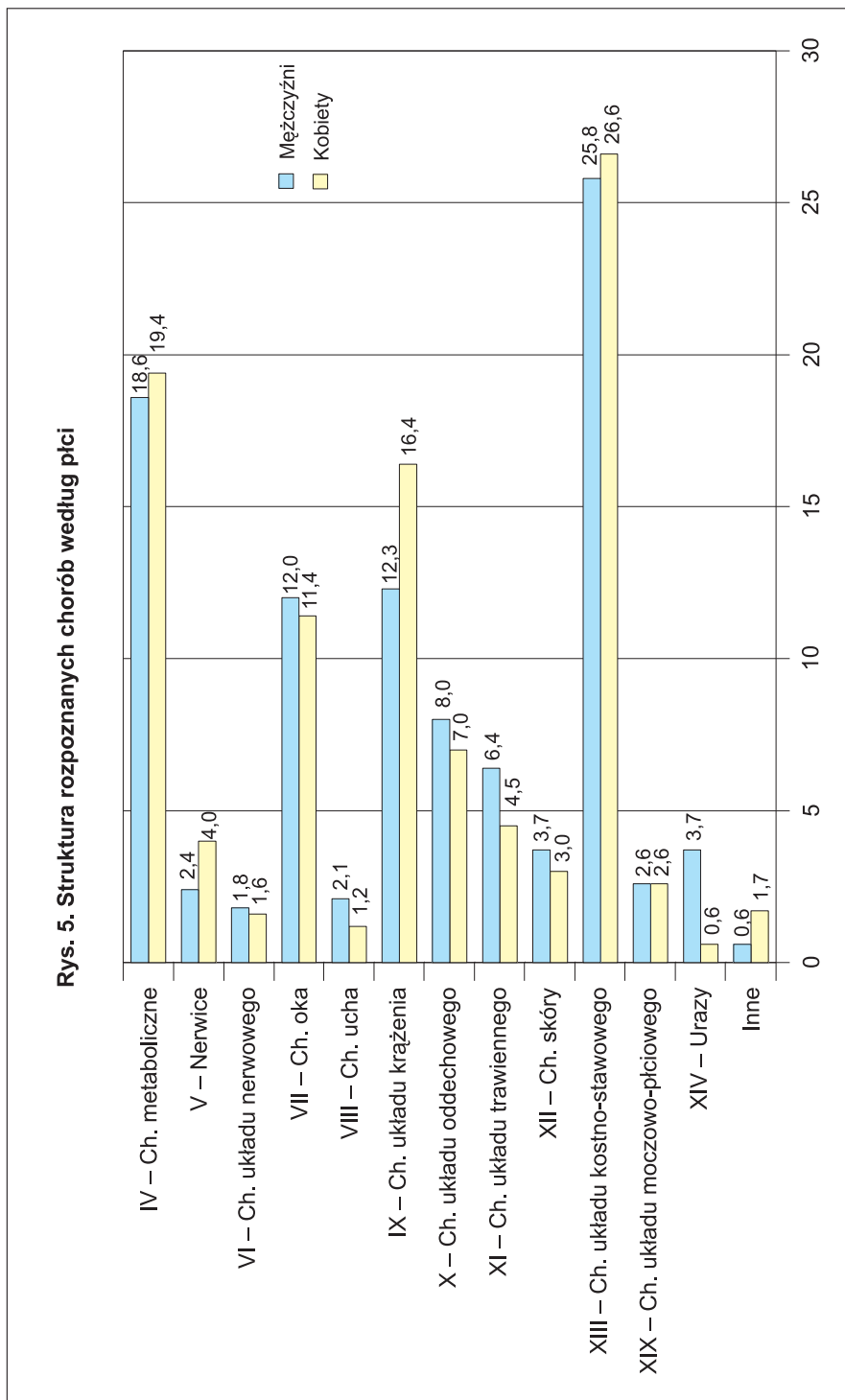
**Choroby układu oddechowego** występowały ze zbliżoną częstotliwością u kobiet i mężczyzn. Przewlekłe choroby układu oddechowego stwierdzono u 5,1% badanych, a ostre choroby układu oddechowego u 4,7% badanych. W przypadku przewlekłych chorób układu oddechowego nie stwierdzono wyraźnej korelacji z wiekiem badanych – powyżej 30 roku życia częstość ich występowania wzrastała i utrzymywała się już na zbliżonym poziomie.

Kolejną co do częstotliwości występowania grupą chorób w strukturze chorobowości były **choroby układu trawiennego, wśród których dominowały choroby żołądka i dwunastnicy** – dotyczyły 4,5% badanych i nieco częściej występowały u mężczyzn. W przypadku chorób trzustki i pęcherzyka żółciowego stwierdzano je kilkakrotnie częściej u kobiet w porównaniu z mężczyznami.

**Choroby skóry**, na które przypada 3,3% rozpoznanych chorób, stwierdzono u 4,3% badanych. Występowały z podobną częstotliwością u kobiet i mężczyzn. Wraz z wiekiem częstotliwość występowania chorób skóry stopniowo rosła. Niektóre choroby skóry mogą być kwalifikowane do chorób zawodowych rolników.

Interesującym jest, że występowanie **nerwic** obserwowano najczęściej w grupie wiekowej 40-49 lat i dotyczyły one 6% badanych w tej grupie wiekowej. Jest to wiek pewnego przełomu życiowego – usamodzielnianie się dzieci, na wsi często brak perspektyw co do następcy przejmującego gospodarstwo. W przypadku kobiet, u których nerwice stwierdzano dwukrotnie częściej, może się to wiązać ze zmianami hormonalnymi (okres przed- i menopauzalny). Strukturę rozpoznawanych chorób wg płci badanych ilustruje rys. 5.

Poza wymienionymi chorobami stawów, u kobiet istotnie częściej stwierdzano **choroby tarczycy**, które dotyczyły prawie wyłącznie kobiet – 63 przypadki (8,2% badanych), podczas gdy u mężczyzn stwierdzono je tylko w dwóch przypadkach (na rys. 5 nie są one wyodrębnione, a sklasyfikowane są w IV grupie chorób związanych z metabolizmem, wydzielaniem wewnętrznym i stanem odżywienia). Ponadto u kobiet częściej stwierdzano nerwice i choroby układu krążenia. W grupie chorób układu krążenia sklasyfikowane są choroby żył, które u badanych kobiet stwierdzano 2,5-krotnie częściej w porównaniu z mężczyznami.



U mężczyzn prawie dwukrotnie częściej stwierdzano **upośledzenie słuchu**, co może mieć etiologię zawodową, ponieważ mężczyźni-rolnicy częściej pracują w hałasie (obsługa maszyn). Ponadto u mężczyzn 6-krotnie częściej stwierdzano choroby układu oddechowego, trawiennego i urazy.

Częstość występowania większości chorób, zgodnie z oczekiwaniem, wyraźnie wzrastała z wiekiem badanych. Dotyczyło to zwłaszcza chorób układu kostno-stawowego, chorób układu krążenia oraz otyłości i upośledzenia widzenia (rys. 6).

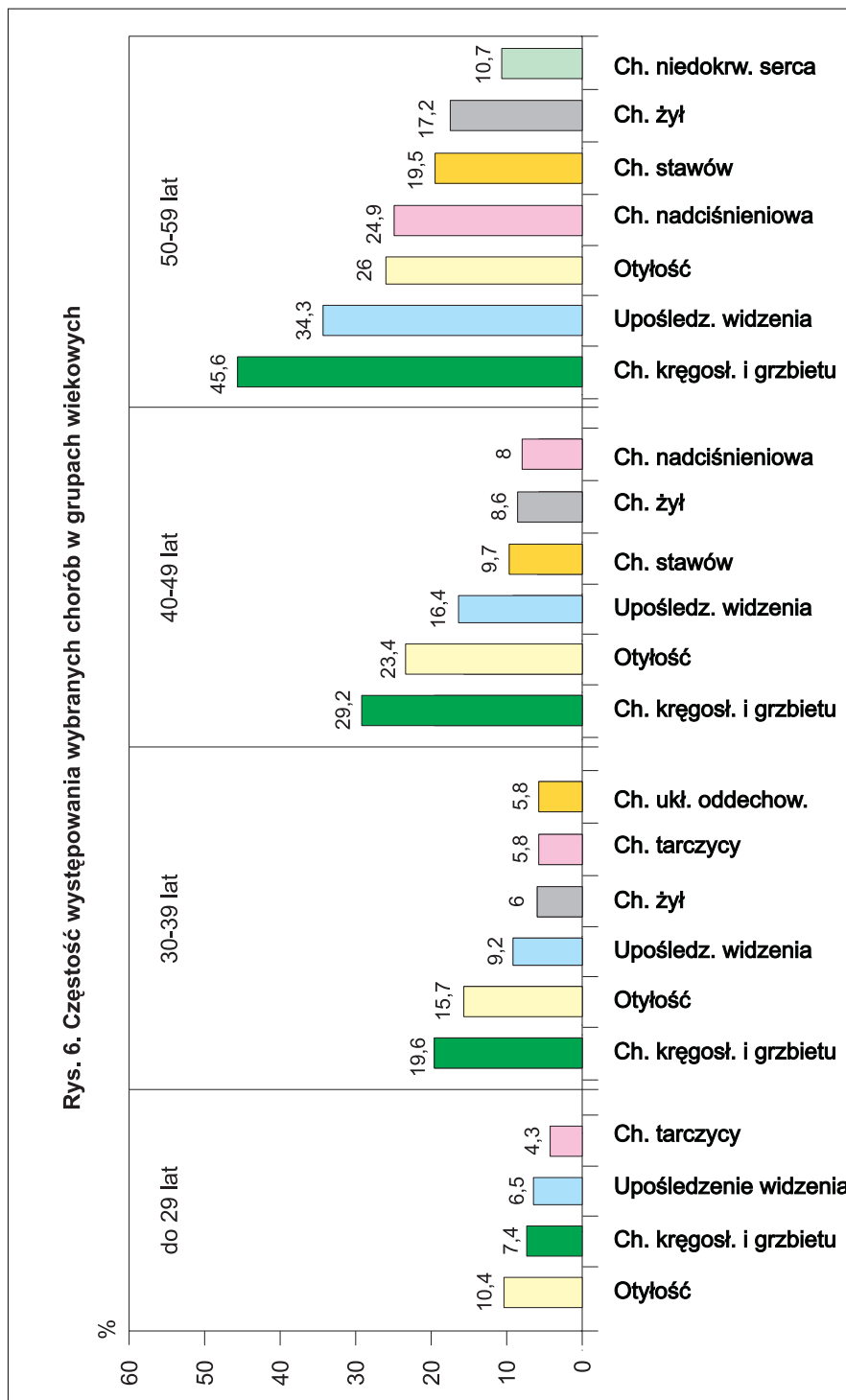
Na rys. 6 zestawiono najczęściej stwierdzane choroby w czterech kategoriach wiekowych. Jest rzeczą charakterystyczną, że w każdej grupie wiekowej na trzech pierwszych miejscach plasują się choroby kręgosłupa i grzbietu, otyłość i upośledzenie widzenia. Z tym, że w najmłodszej grupie wiekowej na pierwszym miejscu pod względem częstości występowania plasuje się otyłość, a we wszystkich pozostałych grupach wiekowych choroby kręgosłupa i grzbietu. W dwóch młodszych grupach wiekowych pojawiły się jeszcze choroby tarczycy jako zasługujące na wyróżnienie ze względu na częstość występowania, ale w starszych grupach wiekowych ustąpiły już miejsca takim chorobom jak choroby żył, choroby stawów, nadciśnienie i wreszcie choroba niedokrwienna serca. Na podkreślenie zasługuje gwałtowny wzrost częstości występowania nadciśnienia między piątą a szóstą dekadą życia – z 8% do 25% badanych.

Dynamicznie wzrasta z wiekiem liczba osób z chorobami kręgosłupa i grzbietu oraz chorobami stawów. O ile w najmłodszej grupie wiekowej (do 29 roku życia) choroby kręgosłupa i grzbietu stwierdzono u 7,4% badanych, to w kolejnych grupach wiekowych stwierdzono je odpowiednio u: 19,6%, 29,2% i aż u 45,6% osób w wieku 50-60 lat. Choroby stawów stwierdzono tylko u 0,9% badanych w najmłodszej grupie wiekowej i aż u 19,5% badanych w najstarszej grupie wiekowej.

Ta dynamika zmian oraz wysoka częstotliwość występowania tych chorób wskazuje, że profilaktyka chorób układu kostno-stawowego powinna być traktowana priorytetowo w grupie zawodowej rolników.

Potrzeby w zakresie rehabilitacji badanych rolników można szacować na podstawie liczby skierowań na zabiegi rehabilitacyjne. Ogółem zlecono rehabilitację w miejscu zamieszkania lub sanatoryjną 112 osobom (8% badanych).

Kolejną grupą chorób, których częstość dynamicznie wzrasta z wiekiem, są choroby układu krążenia. Poza chorobą nadciśnieniową dotyczy to zwłaszcza chorób żył i choroby niedokrwiennej serca. W najmłodszej grupie wiekowej stwierdzono jedynie 6 przypadków chorób żył (2,6% badanych) i żadnego przypadku choroby nadciśnieniowej czy choroby niedokrwiennej serca. Częstość rozpoznań wzrastała wraz z wiekiem badanych, osiągając najwyższe



wartości w grupie najstarszej, gdzie chorobę nadciśnieniową stwierdzono w 24,9% badanych, choroby żył u 17,2% badanych i chorobę niedokrwienną serca u 10,7% badanych.

W badaniach potwierdzono znany fakt, że w grupie badanych z otyłością i nadwagą znacznie częściej stwierdzano nadciśnienie tętnicze oraz podwyższone stężenie glukozy we krwi. Stwierdzono wysoce istotną zależność statystyczną między otyłością mierzoną wskaźnikiem masy ciała (BMI) a nadciśnieniem tętniczym ( $\text{Chi}^2 = 146,036$ ;  $p < 0,001$  dla ciśnienia skurczowego i  $\text{Chi}^2 = 149,397$ ;  $p < 0,001$  dla ciśnienia rozkurczowego), a także między otyłością a podwyższonym stężeniem glukozy we krwi ( $\text{Chi}^2 = 26,159$ ;  $p < 0,002$ ).

### 3. Badania dodatkowe

W zakres badań profilaktycznych wprowadzono jako element profilaktyki przeciwcukrzycowej oznaczanie poziomu glukozy we krwi. Badanie to wykonano u 97% badanych osób, co oznacza, że było to możliwe do wykonania w warunkach wiejskich. W przypadku 53 osób (3,9% badanych) poziom cukru we krwi przekraczał 120 mg/100ml – co wskazuje na cukrzycę. U kolejnych 229 osób (16,9%) stwierdzono poziom cukru we krwi w górnych granicach normy 100 – 120 mg/100ml, co jest wskazaniem do skierowania tych osób na badania diagnostyczne w kierunku cukrzycy. Z tymi danymi kontrastuje liczba osób, które w wywiadzie lekarskim podały cukrzycę, jako chorobę ich dotyczącą. Były to tylko 4 osoby. Natomiast w rozpoznaniu lekarskim cukrzycę stwierdzono u 16 osób (10 kobiet i 6 mężczyzn). Może to wynikać stąd, że osoby u których stwierdzono wysoki poziom cukru nie wiedziały, że są chore bądź zagrożone cukrzycą, a lekarz, aby wpisać w rozpoznaniu cukrzycę, musiał zlecić dodatkowe badania diagnostyczne, które by potwierdziły podejrzenie.

Dodatnie wywiady rodzinne dotyczące występowania cukrzycy zanotowano w przypadku 103 osób (7,4% badanych). Uzyskane wyniki wskazują, że w środowisku wiejskim zagrożenie cukrzycą nie idzie w parze z wczesnym rozpoznawaniem tej choroby, co jest niezwykle ważne ze względu na to, że wczesne podjęcie leczenia obniża ryzyko powikłań i kosztów leczenia. Aby uzyskać lepsze wyniki w prewencji cukrzycy, należy w szerszym zakresie podjąć edukację zarówno lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i społeczeństwa.

Zgodnie z koncepcją systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami, do zakresu badań profilaktycznych włączono pewne elementy programu prewencji chorób nowotworowych. Mianowicie badanie gruczołu piersiowego u kobiet i gruczołu krokowego u mężczyzn powyżej 45 roku życia.

Ogółem podejrzane zmiany w obrębie gruczołu piersiowego w palpacyjnym badaniu lekarskim stwierdzono u 40 kobiet (5,2% badanych), co powinno być wskazaniem do skierowania na dalsze badania diagnostyczne. Były to zmiany z podejrzeniem w kierunku zmian nowotworowych (guzki, wciągnięte brodawki, wysięk z brodawki). Z tych 40 kobiet, u których wykryto niepokojące zmiany w gruczole piersiowym, tylko jedna była pod opieką poradni onkologicznej z rozpoznaniem włókniaka piersi. 30 kobiet otrzymało skierowania na dalsze badania diagnostyczne do onkologa, ginekologa, na mammografię, usg lub do poradni chorób sutka, pozostałe – zalecenie samoobserwacji lub zwrócenia się do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z prośbą o skierowanie na badania specjalistyczne.

W badaniach uczestniczyło 184 mężczyzn po 45 roku życia, u których zalecano badanie gruczołu krokowego, jeśli wskazania wynikały z przeprowadzonego wywiadu lekarskiego, gdzie pytano o trudności w oddawaniu moczu i częstość oddawania moczu w porze nocnej. W *Kartach Stanu Zdrowia* odnotowano 17 przypadków tego badania, z czego w 14 przypadkach stwierdzono powiększenie gruczołu krokowego. Na dodatkowe badania usg skierowano 7 mężczyzn.

W świetle omówionych wyników badań dodatkowych, o które poszerzono zakres badań profilaktycznych w ramach programu prewencji cukrzycy i chorób nowotworowych sutka u kobiet, a prostaty u mężczyzn, stwierdzamy, że badania te powinny być obligatoryjnie włączone w zakres badań profilaktycznych rolników.

---

## Wnioski

---

1. Kadra i wyposażenie wiejskich i gminnych ośrodków zdrowia stwarzają możliwości organizacyjne do objęcia rolników powszechną profilaktyczną opieką zdrowotną na poziomie zbliżonym do tego, jaki innym grupom zawodowym gwarantuje *Ustawa o służbie medycyny pracy*.
2. Przygotowanie merytoryczne personelu medycznego nie zapewnia świadczenia tych usług na zadawalającym poziomie z uwagi na to, że tylko lekarze specjaliści z medycyny ogólnej i rodzinnej mają w programie nauczania elementy z zakresu medycyny i higieny pracy. Lekarze innych specjalności, jeśli nie mają uprawnień z zakresu medycyny pracy, powinni być przeszkoleni.
3. W grupie zawodowej rolników istnieje ogromne zapotrzebowanie na badania profilaktyczne, czego dowodem była duża frekwencja w omawianych badaniach.

4. W przypadku czynnych zawodowo rolników wdrożenie programu profilaktyki chorób układu kostno-stawowego z rozwinięciem możliwości leczenia rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania powinno być traktowane priorytetowo ze względu na wysoką częstotliwość występowania tych chorób.
5. Potwierdzono słuszność przyjętej koncepcji poszerzenia badań profilaktycznych rolników o elementy programów profilaktyki cukrzycowej i wybranych chorób nowotworowych (sutek, prostata).
6. Wdrożenie powszechnych badań profilaktycznych czynnych zawodowo rolników wymaga regulacji prawnych dotyczących choćby: sposobu powiązania ich z systemem ubezpieczeń społecznych, określenia kompetencji służb medycznych wykonujących te badania i sposobu ich finansowania, przyjęcia ujednoczonych wzorów dokumentacji itp.

*Prof. dr hab. n. med. Jerzy Zagórski jest dyrektorem  
Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.  
Dr n. przyrodniczych Jadwiga Jastrzębska  
jest sekretarzem naukowym Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.*

---

## **Streszczenie**

---

*Jerzy Zagórski  
Jadwiga Jastrzębska*

# **System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami w badaniach pilotażowych**

Rolnicy indywidualni są największą grupą społeczno-zawodową w Polsce, która nie jest objęta profilaktyczną opieką zdrowotną w związku z wykonywaną pracą.

W roku 1999, w ramach *Paktu dla wsi*, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie przeprowadził pilotażowe badania według własnego modelu opracowanego dla badań profilaktycznych aktywnych zawodowo rolników indywidualnych.



Jednym z celów tych badań było określenie na szczeblu podstawowym potrzeb w zakresie ochrony zdrowia rolników w związku z warunkami pracy oraz możliwości zaspokojenia tych potrzeb przez okresowe badania profilaktyczne.

Zakres badań lekarskich określała opracowana w Instytucie Medycyny Wsi *Karta Zdrowia Rolnika*, która obejmowała wywiad lekarski, fizykalne badania lekarskie i podstawowe badania laboratoryjne.

Badaniami objęto 1 397 czynnych zawodowo rolników w wieku 18-60 lat, z terenu 11 gmin województwa lubelskiego. Wśród badanych 55,2% stanowiły kobiety, a 44,8% mężczyźni. Z ogółu przebadanych, tylko u 445 osób (31,8%) nie stwierdzono odchyień w stanie zdrowia, przy czym w najstarszej grupie wiekowej 50-60 lat odsetek ten wynosił już tylko 8,9%.

W strukturze chorób zdecydowanie dominowały choroby układu kostno-stawowego i tkanki łącznej (474 przypadki), choroby układu krążenia (268 przypadków), choroby oka i przydatków oka (211 przypadków) oraz układu oddechowego (133 przypadki). Aż 52,8% badanych charakteryzowało się zbyt wysoką masą ciała, z czego 37,6% badanych wykazywało nadwagę (BMI = 25-29,9), a 15,2% badanych wysokiego stopnia nadwagę, czyli otyłość (BMI ponad 30).

Zgodnie z koncepcją systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami, do zakresu badań profilaktycznych włączono pewne elementy programu prewencji chorób nowotworowych – badanie gruczołu piersiowego u kobiet i gruczołu krokowego u mężczyzn powyżej 45 roku życia oraz profilaktyki cukrzycowej – poziom cukru we krwi. Ogółem podejrzane zmiany w obrębie gruczołu piersiowego w palpacyjnym badaniu lekarskim stwierdzono u 40 kobiet (5,2% badanych), z czego tylko jedna była pod opieką poradni onkologicznej. Na 184 mężczyzn po 45 roku życia, u których zalecano badanie gruczołu krokowego – w 14 przypadkach odnotowano powiększenie tego gruczołu. Stwierdzono też znaczną rozbieżność między liczbą osób, które podały w wywiadzie cukrzycę (4 osoby) a liczbą osób, u których stwierdzono poziom cukru we krwi przekraczający 120 mg/100 ml (53 osoby).

Przeprowadzone badania pilotażowe wskazują na duże zainteresowanie ze strony rolników badaniami profilaktycznymi, a wyniki epikryzy lekarskiej potwierdzają celowość objęcia rolników obowiązkowymi badaniami profilaktycznymi.

Uzyskane wyniki wskazują, że profilaktyka chorób układu kostno-stawowego powinna być traktowana priorytetowo w tej grupie zawodowej.

Wyniki badań pilotażowych potwierdzają też słuszność przyjętej koncepcji poszerzenia rutynowych badań profilaktycznych o elementy programów profilaktyki cukrzycowej i wybranych chorób nowotworowych (sutek, prostata).

---

## Summary

---

*Jerzy Zagórski  
Jadwiga Jastrzębska*

### **Pilot study of prophylactic health care system for farmers**

#### **Abstract**

In Poland, private farmers constitute the largest social and occupational group and are not covered by prophylactic health care with respect to the occupation performed.

In 1999, the Institute of Agricultural Medicine in Lublin conducted a pilot study within the 'Pact for Rural Areas', based on own model of prophylactic examinations developed for occupationally active private farmers.

One of the goals of this study was the determination of primary health care needs of farmers in association with their working conditions, as well as the possibilities to fulfil these needs through prophylactic health check-ups. The scope of medical examinations was defined in *Farmer's Health Charter* developed at the Institute of Agricultural Medicine, and included anamnesis, physical examinations and basic laboratory tests.

The study covered 1,397 occupationally active farmers aged 18-60, from the area of 11 communes in the Lublin Region – 55,2% of females, and 44,8% of males. Among the total number of respondents in the study, only in 445 people (31,8%) no deviations were observed from the normal state of health, while in the oldest age group 50-60 this percentage was as low as 8,9%.

Osteoarticular system and connective tissue diseases clearly occupied the first position in the structure of diseases – 474 cases, followed by the diseases of cardiovascular system - 268; eyes and ocular appendages – 211 and respiratory system – 133 cases. As many as 52,8% of people in the study had an excessive body weight – 37,6% of them were overweight (BMI = 25-29,9), and 15,2% – obese (BMI of over 30).

According to the concept of the system of prophylactic care for farmers, some elements of cancer control programme were included into the scope of prophylactic examinations, such as examinations of the breast in females and

prostate in males aged over 45, as well as the prevention of diabetes – the level of glucose in blood. Suspicious changes in the area of the breast in palpation examinations were observed in 40 females (5,2% of the females in the study), with only one woman remaining under the control of an oncologic outpatient department. Among 184 males aged over 45, in whom the examination of prostate was recommended, the enlargement of the prostate gland was noted in 14 males. A considerable discrepancy was also observed between the number of people who mentioned diabetes (4 people), and the number of respondents with the level of glucose in blood exceeding 120 mg/100ml (53 people).

The results of the pilot study indicated farmers' great interest in prophylactic examinations, and the results of medical epicrisis confirmed the need for obligatory prophylactic examinations which would cover this occupational group.

The results obtained showed that prevention of osteoarticular system diseases should be considered as a priority with respect to farmers.

In addition, pilot studies confirmed the adopted concept of increasing the scope of routine prophylactic examinations by the selected elements of diabetes and cancer control.

*mgr Magdalena Jura*

## **Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia**

*W ostatnich latach w medycynie zachodzi olbrzymi postęp, dający większe szanse leczenia, lecz jednocześnie nowe środki i techniki medyczne niosą za sobą niekiedy zagrożenia i niebezpieczeństwo. Powstają szkody, za które nikt nie chce odpowiadać.*

Wśród ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej z racji istoty, charakteru i funkcji im przypisywanych, szczególną rolę pełni ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) w służbie zdrowia. Ubezpieczenie OC lekarzy oraz innych zawodów związanych z opieką medyczną (farmaceutów, personelu pomocniczego służby zdrowia), a także zakładów opieki zdrowotnej, było oferowane przez niektóre firmy ubezpieczeniowe od dawna. Świadomość społeczna dotycząca zarówno możliwości dochodzenia przez poszkodowanego przysługujących mu praw i roszczeń z tytułu poniesienia szkody, jak i ubezpieczenia się sprawcy szkody od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanego zawodu, była jednak niewielka. Jej rozwojowi nie sprzyjał poprzedni ustrój polityczny i ekonomiczny. Dopiero rozwój wolnego rynku przyczynił się do zwiększenia możliwości wykonywania swobodnego zawodu lekarza i innych zawodów pokrewnych, a także do otwierania prywatnych gabinetów i klinik.

Każda działalność, a szczególnie działalność gospodarcza, jest obciążona ryzykiem powstania szkody i w konsekwencji niejednokrotnie powstania odpowiedzialności cywilnej. Szczególne ryzyko spoczywa jednak na osobach prowadzących działalność w ramach udzielanych świadczeń medycznych, gdyż jej skutki mogą obejmować szkody osobowe w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, a nawet śmierci osoby poszkodowanej. Zdrowie, które stanowi najwyższą wartość każdego człowieka i jest warunkiem prawidłowego i efektywnego funkcjonowania organizmu, w głównej mierze decyduje o egzystencji jednostki ludzkiej oraz o jej zdolnościach przystosowania się do zmieniających się warunków otaczającego środowiska. Niezwykle więc waż-

ny i odpowiedzialny zawód lekarza wymagał utworzenia instytucji prawa, jaką jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia.

Ubezpieczenie to pełni ważną rolę czynnika stabilizowania warunków bytu obywateli, stanowiąc równocześnie istotny komponent bezpieczeństwa socjalnego. Należy tu pamiętać, iż obowiązek wynagrodzenia szkód oparty jest na nieograniczonej odpowiedzialności majątkowej dłużnika, a często zdarza się, że konieczność ponoszenia materialnych konsekwencji przez sprawcę szkody, w tym przypadku lekarza, farmaceuty itp., ze względu na bardzo wysokie kwoty przekraczające jego możliwości finansowe i majątkowe, może doprowadzić dłużnika do utraty podstaw egzystencji. W szczególności dotyczy to prowadzenia działalności gospodarczej na własną rękę (prywatna praktyka lekarska). Zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej chroni więc przede wszystkim interes majątkowy sprawcy, a przy okazji stanowi także gwarancję rekompensaty strat poniesionych przez osobę pokrzywdzoną.

Polisa ubezpieczenia OC daje w zamian za określoną opłatę poczucie pewności na co dzień, gdyż po pierwsze zwalnia ubezpieczonego z finansowego ciężaru w zakresie objętym ochroną ubezpieczeniową, a po drugie stawia do dyspozycji ubezpieczonego wiedzę prawników zakładu ubezpieczeń, zwalniając go z konieczności prowadzenia obrony przed nieuzasadnionymi roszczeniami i ponoszenia z tego tytułu nieuzasadnionych kosztów.

Celem poniższego opracowania jest zatem bliższe przedstawienie tego rodzaju ubezpieczeń, a także chęć przyczynienia się do wzrostu świadomości ubezpieczeniowej w zakresie uprawnień i obowiązków ubezpieczających się pracowników służby zdrowia, jak i praw i roszczeń przysługujących pacjentom jako potencjalnym poszkodowanym.

---

## **Odpowiedzialność cywilna w służbie zdrowia**

---

Niezwykle dynamiczny postęp nauk medycznych, rozwiązujący coraz to bardziej złożone dylematy prawne i etyczne, wpływa na postawy i oczekiwania społeczeństwa. Pojawiają się coraz to nowe perspektywy walki z chorobą i śmiercią, które tworzą złudzenie, że wszystko staje się możliwe, a wynik postępowania medycznego zależy wyłącznie od wiedzy, umiejętności i doświadczenia personelu, stosowanych technik i jakości wyposażenia w instrumenty medyczne. Usługa lekarska staje się w tym kontekście zwykłym towarem, którego jakość może być nieustannie podwyższana i dowolnie kształtowana, natomiast zakres odpowiedzialności medycznej systematycznie poszerza się. Istnieje wiele przyczyn, dla których coraz częściej adresatem

roszczeń w procesach medycznych jest już nie tylko lekarz lub inny przedstawiciel personelu medycznego, ale także zakład medyczny (szpital). Jedną z przyczyn tego zjawiska jest fakt, iż to właśnie szpital staje się głównym organizatorem procesu leczenia. Od jakości jego funkcjonowania – na którą składają się nie tylko kompetencje personelu, ale w coraz większym stopniu odpowiednie wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne oraz wysoka sprawność organizacyjna – będzie w głównej mierze zależał ostateczny wynik leczenia.<sup>1</sup>

Z natury rzeczy, zespołowemu charakterowi pracy (we współczesnej instytucji medycznej) towarzyszy całkowita podzielność odpowiedzialności, w ramach której coraz trudniejsza staje się identyfikacja rzeczywistego sprawcy zaniedbania. Odpowiedzialność odszkodowawcza pozostająca w związku z czynnościami medycznymi nie może być więc wyłącznie utożsamiana z odpowiedzialnością samego lekarza. Jest ona zróżnicowana m.in. w zależności od usytuowania lekarza w strukturze placówek medycznych. Lekarz będzie adresatem roszczeń odszkodowawczych, jeśli szkoda powstała w ramach jego działalności wykonywanej na własny rachunek, w ramach tzw. praktyki prywatnej. Jednakże w wypadku lekarza zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej (publicznym lub prywatnym) lub przez osobę prowadzącą gabinet prywatny, odpowiedzialność wobec poszkodowanego będzie spoczywać wyłącznie na zakładzie bądź podmiocie prowadzącym zakład lub gabinet.

---

### **Odpowiedzialność cywilna lekarza**

---

Zawód lekarza, a także inne zawody pokrewne, związane z opieką medyczną (farmaceuty, personelu pomocniczego służby zdrowia), należą do grupy zawodów o tzw. podwyższonym poziomie ryzyka odpowiedzialności cywilnej, gdyż uchybienia w tych dziedzinach mogą spowodować uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, a nawet utratę życia pacjenta.

Przy odpowiedzialności lekarzy (oraz innych osób uprawnionych do wykonywania czynności medycznych) niemal zawsze wchodzi w grę wina nieumyślna, polegająca na lekkomyślności, gdy lekarz przewiduje możliwość popełnienia czynu zabronionego, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że tego uniknie – np. podejmuje się przeprowadzenia poważnej operacji, nie posiadając do tego wystarczających kwalifikacji. Lekkomyślność graniczy z ewentualnym zamiarem, a niedbalstwo z przypadkiem.

---

<sup>1</sup> M. Safian, *Prawo i medycyna*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.

Ocena niedbalstwa lekarza zależy od stwierdzenia kategorii obiektywnej, a więc, czego można od niego wymagać w związku z wymaganym zawodem, i kategorii subiektywnej określającej jego możliwości. Nie każde zachowanie się lekarza to efekt błędu, stanowiący wyłączną przyczynę pogorszenia stanu zdrowia, co często wykazują procesy przeciwko winnym zaniedbań lekarzom i instytucjom opieki medycznej. Wysoki poziom współczesnej medycyny sprawia, iż lekarze coraz częściej stykają się z roszczeniami o odszkodowanie za następstwa niewłaściwego leczenia. Odpowiedzialnością cywilną obciążona jest zarówno placówka jako wyodrębniona osoba prawna, w której odbywało się leczenie, jak i konkretnie wskazany lekarz. Lecz aby powstała odpowiedzialność cywilna, konieczne jest łączne zaistnienie następujących przesłanek:<sup>2</sup>

- zdarzenia wyrządzającego szkodę, za które prawo czyni lekarza odpowiedzialnym czynu niedozwolonego albo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania,
- szkody,
- związku przyczynowego pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą.

W świetle polskiego prawa cywilnego źródłem odpowiedzialności cywilnej lekarza może być istniejące pomiędzy stronami zobowiązanie (najczęściej umowa zawarta pomiędzy prywatnie praktykującym lekarzem lub prywatnym szpitalem a pacjentem) lub czyn niedozwolony (tzn. postępowanie przeważnie sprzeczne z prawem, zasadami etyki lekarskiej lub zasadami współżycia społecznego, prowadzące do wyrządzenia pacjentowi szkody).<sup>3</sup> Niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez lekarza czy zakład leczniczy zobowiązania powoduje *odpowiedzialność kontraktową*, podczas gdy wyrządzenie szkody w braku stosunku zobowiązaniowego czynem niedozwolonym – *odpowiedzialność deliktową*. Przy rozważaniu odpowiedzialności lekarza w związku z wykonywaniem zawodu obie te podstawy prawne mają zastosowanie niezależnie od siebie, a niekiedy mogą zaistnieć równocześnie.

W związku ze szkodami, jakie mogą zaistnieć przy wykonywaniu zawodu lekarskiego, zbieg podstaw obydwu odpowiedzialności jest możliwy w przypadku niepublicznych jednostek służby zdrowia oraz lekarzy wykonujących praktykę prywatną, np. gdy lekarz wolnopraktykujący wyrządzi szkodę na zdrowiu pacjenta z własnej winy lub winy osoby, za którą odpowiada.<sup>4</sup>

Odpowiedzialność lekarza w tym przypadku wynika zarówno z nienależytego wykonania umowy zawartej pomiędzy pacjentem a lekarzem (tzw.

---

<sup>2</sup> Z. Brodecki, *Dobrowolne ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej*.

<sup>3</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2000.

<sup>4</sup> Z. Brodecki op. cit.



umowa o leczenie), jak i z czynu niedozwolonego, jakim jest wyrządzenie szkody na zdrowiu.

Odpowiedzialność lekarza jest więc uzależniona od charakteru jego stosunków prawnych z pacjentem. Inne są podstawy prawne, gdy lekarz pracuje na własny rachunek, a inne, gdy działa w interesie zakładu opieki zdrowotnej.

*Odpowiedzialność kontraktowa*, czyli umowna występuje wówczas, gdy działanie lub zaniechanie osoby odpowiedzialnej narusza zasady umowy zawartej przez poszkodowanego i lekarza. Odpowiedzialność ta może być oparta na zasadzie winy.

Lekarz ponosi odpowiedzialność za szkodę, jaką poniósł pacjent w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Taka sytuacja może zaistnieć na przykład wówczas, gdy wykonana przez stomatologa proteza nie zaspokoi oczekiwań klienta. Rozmiar szkody w przypadku niewykonania zobowiązania wyznacza wartość uszczerbku, który na skutek tego powstał. W przypadku zaś nienależytego wykonania zobowiązania – wartość dodatkowego uszczerbku, który dotyka pacjenta z powodu źle wykonanego zabiegu lekarskiego.

Pomiędzy niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania a szkodą musi istnieć związek przyczynowy, a szkoda musi być następstwem okoliczności, za które odpowiada lekarz. W przypadku lekarza zakres okoliczności, za które on odpowiada, ogranicza się do działań i zaniechań własnych noszących znamiona winy, a także działań i zaniechań osób, z pomocą których lekarz zobowiązanie wykonuje, jak również, którym wykonanie poleca.

Przy odpowiedzialności kontraktowej lekarz odpowiada za niezachowanie należytej staranności, a także za co najmniej zwykle niedbalstwo lub winę umyślną. Uwolnienie się lekarza od takiej odpowiedzialności jest możliwe w sytuacji, gdy niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem takich okoliczności, za które lekarz odpowiedzialności nie ponosi.<sup>5</sup> W procesach lekarskich sądy badając, czy lekarz dołożył należytej staranności, jakiej można wymagać od lekarza w danych warunkach, stawiają sobie pewien abstrakcyjny wzorzec postępowania, porównując z nim postępowanie danego lekarza. Wzorzec „dobrego lekarza” jest elastyczny w zależności od tego, czy chodzi o lekarza ogólnego, czy o specjalistę, czy o lekarza dobrze wyposażonej kliniki, czy też małego prowincjonalnego szpitala.<sup>6</sup>

Pojawia się pytanie: jak ocenić działanie lekarza, który ze względu na warunki, w jakich funkcjonuje dana placówka, stosuje wobec pacjenta metody mniej nowoczesne i mniej skuteczne, niż byłoby to możliwe w ramach

---

<sup>5</sup> Materiały szkoleniowe TUiR WARTA.

<sup>6</sup> M. Safian, *Prawo i medycyna*, op. cit.



dobrze wyposażonego zakładu służby zdrowia? Pewne minimum wiedzy i staranności lekarza istnieje jednak bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Jeżeli zakład nie jest odpowiednio wyposażony, brak mu urządzeń i specjalistów, lekarz powinien zastosować zabiegi medyczne, które są niezbędne ze względu na stan zdrowia pacjenta, a następnie pacjenta skierować do innego zakładu.

W zakresie odpowiedzialności kontraktowej szczególnie istotne jest ustalenie, jakiego rodzaju umowa wiąże lekarza z pacjentem. Ma to poważne znaczenie ze względu na termin przedawnienia roszczeń poszkodowanego, a przede wszystkim ze względu na zakres odpowiedzialności lekarza. W doktrynie prawniczej przyjmuje się bowiem, że umowy nazwane, tzn. określone z nazwy w prawie pisanim, głównie w kodeksie cywilnym, dzielą się na dwie podstawowe kategorie: *umów starannego działania* (tj. zobowiązanie dołożenia należytej staranności) i *umów rezultatu* (tj. zobowiązanie osiągnięcia efektu). Zgodnie z utrwalonym w orzecznictwie poglądem, w większości przypadków lekarz odpowiada za niewywiązanie się z umowy starannego działania.

W przysiędze Hipokratesa lekarz zobowiązuje się wobec pacjenta przeciwdziałać jego cierpieniu i zapobiegać chorobom, zgodnie z zasadami wiedzy. W szczególnym rozumieniu lekarz jest zobowiązany uczynić wszystko, aby zamierzony rezultat osiągnąć. Nie może on jednak odpowiadać za brak pomyślnego wyniku leczenia, który ze względu na stopień zaawansowania choroby, nie zawsze jednakową i możliwą do przewidzenia reakcją organizmu, nie jest absolutnie pewny.<sup>7</sup> Zobowiązaniem lekarza nigdy nie może być „wyleczenie”. Już przed wieloma laty wysunięto tezę, że źródła konfliktów i niezadowolenie chorych tkwią immanentnie w samym procesie leczenia. Pacjent z reguły zawsze oczekuje więcej niż może uzyskać. Rzecz w tym, aby pacjent dopuścił myśl o niepowodzeniu, do którego doszło mimo poprawnego postępowania lekarskiego.

Odpowiedzialność lekarza z tytułu czynu niedozwolonego – *odpowiedzialność deliktowa* – oparta jest na zasadzie winy, którą występujący z roszczeniem musi wykazać. Sytuacje, w których odpowiedzialność lekarza ma charakter deliktowy występują najczęściej:<sup>8</sup>

- gdy pomiędzy poszkodowanym a lekarzem zaistniał jakikolwiek stosunek prawny, np. lekarz przyszedł z pomocą nieznanemu ofierze wypadku i dopuścił się przy tym niewątpliwego zaniedbania, albo też – odmówił udzielenia pomocy,

<sup>7</sup> M. Nesterowicz, *Od odpowiedzialności medycznej za szkody wyrządzone przy leczeniu do odpowiedzialności ubezpieczeniowej i gwarancyjnej za wypadki medyczne*, Konferencja – Ubezpieczenie OC pracowników medycznych i zakładów opieki zdrowotnej, ABACUS Biuro Promocji Medycznej. Warszawa, 16 września 1999.

<sup>8</sup> Materiały szkoleniowe, TUiR Warta.

- w przypadku naruszenia dóbr osobistych pacjenta, nie związanego bezpośrednio z samym zabiegiem, jakkolwiek umożliwionego przez zabieg, oraz przez kontakt z pacjentem uzasadniony podjętym leczeniem, np. naruszenie tajemnicy lekarskiej, naruszenie nietykalności pacjenta bez zamiaru leczenia go (np. gwałt),
- w przypadku roszczeń osób bliskich pacjenta, poszkodowanych na skutek jego śmierci, unormowanych przepisami art. 466 kodeksu cywilnego, które zapewniają zwrot kosztów leczenia i pogrzebu, temu kto je poniósł. Istnieje także możliwość dochodzenia od sprawcy szkody renty przez osobę alimentowaną przez zmarłego, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie jego sytuacji życiowej,
- gdy lekarz wydał świadectwo fałszywej czy błędnej treści, na skutek której każdy stykający się z tym świadectwem znajdującym się przy chorym i działającym na jego podstawie, może ponieść szkodę,
- gdy lekarz zaniedbał obowiązek nadzoru nad osobą, której nie można przypisać winy za jej czyny z powodu wieku albo stanu psychicznego (art. 427 k.c.). Przepis ten nakazuje naprawienie szkody wyrządzonej przez tę osobę, chyba że lekarz zadośćuczynił obowiązkowi nadzoru albo szkoda powstałaby także przy starannym wykonywaniu nadzoru.

Stwierdzenie, że dane działanie lekarza stanowi błąd w sztuce, jest możliwe tylko w sytuacji konfrontowania stanu faktycznego z aktualnym (wciąż zmiennym) stanem wiedzy lekarskiej. Dlatego tak istotne znaczenie ma w praktyce lekarskiej kwestia stałego śledzenia zmian w stanie wiedzy i dostosowywanie działań praktycznych lekarza do aktualnego jej poziomu. Art. 55 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, iż powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych. Odpowiedzialność przed prawem może zostać uruchomiona zawsze wtedy, gdy lekarz narusza podstawową etyczną zasadę swego zawodu, jaką jest konieczność stałego korygowania poziomu umiejętności fachowych, zasadę pełnego profesjonalizmu.<sup>9</sup>

Niezależnie od tego, czy lekarz popełnił błąd diagnozy, błąd prognozy, czy też błąd terapii, każdy z tych błędów z osobna, a zwłaszcza wszystkie razem mogą spowodować u chorego katastrofalne skutki. Skutki takie coraz częściej będą sprzyjać roszczeniowej postawie pacjentów. Można się zatem liczyć ze zwiększeniem liczby procesów odszkodowawczych, w których element błędu lekarskiego mieć będzie poważne znaczenie dla ustalenia istnienia lub nieistnienia winy lekarskiej. Udowodnienie w procesie cywilnym popełnienia przez lekarza błędu w sztuce samo w sobie nie przesądza o wyniku sprawy sądowej. Może bowiem zabraknąć subiektywnego ele-

---

<sup>9</sup> M. Safian, *Prawo i medycyna*, op. cit.

mentu winy, koniecznego i dostatecznego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lekarza a szkodą, może wreszcie okazać się, że istnieją okoliczności wyłączające odpowiedzialność, a nawet że szkoda istnieje jedynie w wyobraźni pacjenta.

Należy jednak podkreślić, że bez udowodnienia błędu w sztuce, tylko w nielicznych przypadkach mieć będziemy do czynienia z odpowiedzialnością cywilną lekarza. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub zasądzić przekazanie określonej sumy pieniężnej na konkretny cel społeczny. Co do zasady, lekarza lub zakład leczniczy i pacjenta wiąże najczęściej, nie mająca formy pisemnej, umowa lub kontrakt cywilny.

### **Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej**

---

30 sierpnia 1991 roku została uchwalona ustawa o zakładach opieki zdrowotnej,<sup>10</sup> która wprowadziła kontrolę i nadzór Ministra Zdrowia i wojewody oraz ochronę praw pacjenta. Poprzednią nazwę „zakład leczniczy” zmieniono na „zakład opieki zdrowotnej”, którym określa się: „wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych”.

Zgodnie z ustawą rozróżnia się zakłady opieki zdrowotnej: publiczne oraz niepubliczne i stosownie do tego podziału zróżnicowana jest ich odpowiedzialność cywilna.

**Publiczne zakłady opieki zdrowotnej** mogą być tworzone i utrzymywane przez osoby fizyczne i prawne – ministra lub centralny organ administracji rządowej, jednostkę samorządu terytorialnego lub przedsiębiorstwo państwowe PKP.

Z dniem 01.01.1999 r., na skutek reformy systemu ochrony zdrowia, zakłady publiczne podzieliły się na dwie formy: jednostki budżetowe lub zakłady budżetowe stanowiące *stationes fisci* Skarbu Państwa oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mające osobowość prawną i działające na własny rachunek (tzw. państwowe osoby prawne). Odpowiedzialność publicznych zakładów opieki zdrowotnej (obu form) ma reżim szczególny, gdyż zgodnie z ustawą zakład odpowiada nie tylko za czyny lekarzy i personelu medycznego (odpowiedzialność na zasadzie ryzyka), lecz także za „winę organizacyjną”.

---

<sup>10</sup> Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm., istotne zmiany wprowadziła nowela z 20. VI. 1997 r. (Dz. U. Nr 104, poz. 661).

W przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej pierwszego rodzaju, odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez lekarza lub innego pracownika ZOZ-u przejmuje Skarb Państwa. Podstawę odpowiedzialności stanowi przede wszystkim art. 417 k.c., który normuje odpowiedzialność Skarbu Państwa za wszelkich funkcjonariuszy; w tym przypadku są to lekarz (zatrudniony na umowę o pracę lub na umowę zlecenia), pielęgniarka, położna, technik medyczny, laborant czy salowa.

Jeżeli zaś szkoda zostanie wyrządzona pacjentowi przez lekarza (personel medyczny) samodzielnego ZOZ-u, nie będącego *statio fisci* Skarbu Państwa, lecz mającego osobowość prawną, to odpowiedzialność za szkodę zamiast Skarbu Państwa ponosi ta osoba prawna na jednakowych zasadach prawnych.<sup>11</sup>

Skarb Państwa lub samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej ponoszą odpowiedzialność wówczas, gdy szkoda została wyrządzona przez lekarza lub osobę z personelu medycznego w wyniku jego zawinionego działania lub zaniechania tego działania podczas wykonywania powierzonych mu czynności oraz gdy istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą. Warto jest zwrócić uwagę, iż niemożność ustalenia sprawcy szkody nie zwalnia Skarbu Państwa lub publicznego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej od odpowiedzialności. W sytuacji, gdy trudno jest ustalić, który z lekarzy lub pracowników zakładu jest bezpośrednim sprawcą szkody wyrządzonej pacjentowi, zachodzi wówczas tzw. „wina bezimienna”, za którą odpowiada zakład opieki zdrowotnej.

Jak zostało to już wcześniej powiedziane, publiczne zakłady opieki zdrowotnej ponoszą też winę za szkody wyrządzone (z winy własnej) na skutek niewłaściwej organizacji, braku odpowiedniego personelu, niedostatecznych kwalifikacji pracowników, nieodpowiednich warunków leczenia, jak też w innych przypadkach związanych z wadliwą organizacją procesu leczenia. Jest to tzw. „wina organizacyjna”, którą zwykle należy przypisać nie tylko konkretnemu lekarzowi, lecz zakładowi leczniczemu. Jest to bowiem wina własna osoby prawnej. Do najczęstszych przypadków odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej zalicza się:<sup>12</sup>

- skutki niezbadania chorego przez lekarza przy przyjęciu do szpitala, w wyniku zaniedbania lub braku odpowiedniej liczby wymaganych dla jego działania specjalistów,
- zaniedbania w zakresie organizacji bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym,

<sup>11</sup> M. Safian, *Prawo i medycyna*, op. cit.

<sup>12</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne* op. cit.

- zwłokę w udzielaniu żądanej pomocy lekarskiej w wypadku, gdy pomoc lekarska tylko wówczas mogła być skuteczna, gdyby natychmiast została udzielona,
- szkody wynikłe z posługiwania się wadliwymi przyrządami lub urządzeniami,
- zatrudnienie niefachowych albo znanych z niestaranności lekarzy, bądź powierzenie dokonania zabiegu mało doświadczonemu lekarzowi bez odpowiedniego nadzoru albo niespecjaliście,
- ograniczenie lekarzy w wyborze środków lekarskich lub technicznych,
- przydzielenie lekarzowi niefachowego, bądź w zbyt małej liczbie personelu medycznego,
- złe warunki lecznicze i sanitarne szpitala, wadliwe rozmieszczenie chorych, uchybienia w zakresie organizacji leczenia,
- nieutrzymanie w należytych stanie pomieszczeń i urządzeń szpitalnych,
- wadliwą organizację przechowywania leków i środków toksycznych silnie trujących, jeżeli stało się to przyczyną wyrządzenia pacjentowi szkody.

Oprócz powyżej wymienionych przypadków, publiczne zakłady opieki zdrowotnej ponoszą również odpowiedzialność wówczas, gdy wymagają tego zasady współżycia społecznego (odpowiedzialność na zasadach słuszności). W tym przypadku publiczny zakład opieki zdrowotnej nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez lekarza lub inną osobę zatrudnioną w zakładzie leczniczym na skutek braku ich winy, ale poszkodowany może żądać całkowitego lub częściowego naprawienia szkody, jeżeli doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo utracił żywiciela, zwłaszcza ze względu na jego ciężkie położenie materialne. Jest to przepis wyjątkowy, dlatego można go stosować tylko przy spełnieniu wszelkich wymienionych w nim przesłanek.

**Niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej** jest zakład utworzony przez kościół lub związek wyznaniowy, stowarzyszenie, fundację, związek zawodowy i inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, a także spółkę nie mającą osobowości prawnej. Mogą to być np. klinika prywatna, spółdzielnia lekarska, centrum usług medycznych, ośrodek zdrowia organizacji społecznych itd. Zakłady te mogą udzielać świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, lecz nie mogą odmówić udzielić świadczenia zdrowotnego, jeżeli zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej osoba potrzebuje natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Za szkodę wyrządzoną z „winy organizacyjnej” niepubliczny zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność na podstawie art. 471 k.c. lub art.

415 k.c., w zależności od rodzaju odpowiedzialności. Jeżeli natomiast szkoda powstała na skutek działania lub zaniechania lekarza albo personelu medycznego, zakład leczniczy odpowiada za nią na zasadzie ryzyka z tytułu odpowiedzialności za osoby, którymi się posługuje przy wykonywaniu swoich zobowiązań (art. 474 k.c.) lub jak za podwładnego z art. 430 k.c. W odróżnieniu od publicznych zakładów opieki zdrowotnej i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, niepubliczne ZOZ-y nie odpowiadają na zasadach słuszności, gdyż jest to wyjątkowa podstawa stosowana przy odpowiedzialności wymienionych podmiotów.

### **Odpowiedzialność cywilna kas chorych**

---

Na podstawie ustawy z dn. 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powołano do życia nową kategorię osób prawnych – Kasy Chorych (kasy powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych: regionalne oraz branżowe) będące swoistym pośrednikiem w relacjach między pacjentem a lekarzem (zakładem) świadczącym usługi zdrowotne. Główną przesłanką reformy było zapewnienie równego dostępu do świadczeń oraz prawo wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych.

Tak więc, w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych, Kasy Chorych gromadzą środki finansowe pochodzące ze składek ubezpieczonych, którymi następnie zarządzają oraz zawierają umowy z tzw. świadczeniodawcami – publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, prywatnie praktykującymi lekarzami, pielęgniarkami i innymi pracownikami służby zdrowia.<sup>13</sup> Umowy między Kasą Chorych a świadczeniodawcami są rodzajem świadczenia Kas Chorych na rzecz osób trzecich (ubezpieczonych) – Kasy zobowiązują się w nim do zapewnienia określonych świadczeń zdrowotnych. Zobowiązanie to ma więc charakter organizacyjny.

Na podstawie tej umowy ubezpieczony ma do wyboru:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego oraz lekarza-specjalisty spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego współpracujących z Kasą Chorych, do której należy ubezpieczony,
- szpitala spośród szpitali tego samego poziomu referencyjnego, które zawarły umowy z Kasą Chorych, pielęgniarki i innych świadczeniodawców, związanych umową z Kasą Chorych.

---

<sup>13</sup> P. Sawostianik, *Jednostki służby zdrowia powstałe w wyniku reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce* [w] *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 1999.



Poprzez zgłoszenie lub na podstawie pisemnego wniosku, ubezpieczony uzyskuje prawo do takich świadczeń zdrowotnych, jak zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie oraz ma roszczenie zarówno do Kasy Chorych, jak i do świadczeniodawcy, którego wybrał.

Ponieważ Kasa Chorych nie udziela sama świadczeń zdrowotnych, lecz je organizuje i nie jest dłużnikiem zobowiązanym do spełnienia na rzecz ubezpieczonego świadczenia zdrowotnego, nie odpowiada więc za szkody wyrządzone pacjentom przez świadczeniodawców. Wyjątkowo tylko Kasa Chorych mogłaby ponieść odpowiedzialność wobec pacjentów za winę w wyborze podmiotów udzielających świadczeń leczniczych (np. gdy nie mają wymaganych kwalifikacji i uprawnień, bądź znanych z niedbalstwa, nieprzestrzegania norm etycznych, złych warunków sanitarnych, czy braku wiedzy medycznej, bądź nienależycie ubezpieczonych), albo winę w nadzorze i kontroli stosowania przez te przedmioty procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami, albo też gdy świadczeniodawca bezpodstawnie odmówił leczenia ubezpieczonego, przez co ten doznał szkody.<sup>14</sup> Odpowiedzialność Kas Chorych może mieć więc charakter kontraktowy (art. 471 k.c.) z tytułu niewykonania swoich zobowiązań wobec ubezpieczonych przy zbiegu z odpowiedzialnością deliktową (art. 415, 443 k.c.), gdy ubezpieczony doznał szkody na osobie w okolicznościach, za które Kasa Chorych odpowiada.<sup>15</sup>

---

## Istota i funkcje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej

---

Przedmiotem omawianego ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczającego (OC), jaka może powstać dla niego wskutek zajścia określonych zdarzeń, w wyniku których obowiązany on będzie, stosownie do przepisów prawa, do wynagrodzenia szkód wyrządzonych osobom trzecim.

Obowiązek naprawienia szkody, wiąże się przede wszystkim z koniecznością wydatków materialnych, które mogą przekraczać posiadane środki

---

<sup>14</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne* op. cit.

<sup>15</sup> Kasy Chorych coraz częściej w praktyce występują w charakterze przedstawicieli poszkodowanych, gdy muszą finansować leczenie swoich członków – ubezpieczonych, np. w sytuacji rozstroju zdrowia będącego następstwem zatrucia pokarmowego uznanego jako konsekwencje wadliwego produktu spożywczego, albo też uszkodzenia ciała będącego następstwem pobicia.

i prowadzić do znacznych strat, szczególnie w sytuacji, gdy spowodowane szkody będą dużego wymiaru. Świadomość ta rodzi potrzebę ochrony własnego interesu materialnego przed możliwością powstania nieprzewidzianych strat. Potrzebę taką można zaspokoić przez zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zawierając ubezpieczenie OC, ubezpieczający zapewnia sobie obowiązek zakładu ubezpieczeń zapłacenia za niego określonego w umowie odszkodowania w granicach odpowiedzialności cywilnej ubezpieczającego, czyli pokrycia wszelkich kosztów, jakie winien ubezpieczający świadczyć osobie, której wyrządził szkodę. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej chroni więc nie tylko odpowiedzialnego cywilnie sprawcę szkody, ale staje się również dla poszkodowanego gwarancją zaspokojenia jego roszczeń odszkodowawczych i to nawet w sytuacji, kiedy sprawca szkody jest niewypłacalny.

Warto jest podkreślić, że poszkodowany – choć nie jest ani stroną umowy ubezpieczenia, ani nie opłaca składki – staje się bezpośrednim beneficjentem umowy ubezpieczenia OC. Co więcej, w procesie rozwoju tego ubezpieczenia można zauważyć, że ochrona poszkodowanego staje się ideą przewodnią ubezpieczenia OC, co widać w szczególności na przykładzie ubezpieczeń obowiązkowych, gdzie ochrona poszkodowanego idzie nawet dalej niż do samego ubezpieczającego (np. w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych umyślnie wyrządzenie szkody nie pozbawia ochrony ubezpieczeniowej, pomimo że ubezpieczony sprawca z ochrony takiej nie korzysta). W związku z tym procesem, w literaturze ubezpieczeniowej pojawiła się teza o „altruistycznych”, czy wręcz społecznych funkcjach ubezpieczenia OC, które zabezpiecza finansowe interesy rzeszy anonimowych poszkodowanych.<sup>16</sup>

Niezależnie od funkcji, którą można określić kompensacyjną, ubezpieczenie OC pełni także istotne funkcje psychologiczne, określane w literaturze mianem „psychologicznego efektu ubezpieczenia OC”. Zjawisko to zaobserwowano w sądowym wymiarze sprawiedliwości w szeregu krajach. Uwidacznia się tym, że sądy cywilne, orzekające o obowiązku naprawienia szkody przez danego sprawcę, z reguły uwzględniają okoliczność, że sprawca zawarł umowę ubezpieczenia OC. Tak więc zarówno „skłonność” sądów do przypisania sprawcy obowiązku wyrównania szkody, jak i sam rozmiar zasądzonych odszkodowań w uchwytny sposób są warunkowane faktem posiadania przez pozwanego ubezpieczenia OC.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest w takim zakresie, w jakim ubezpieczający może przewidzieć negatywny skutek swojego działania lub za-

---

<sup>16</sup> E. Kowalewski, *Ubezpieczenie OC jako instrument ochrony sprawcy szkody i poszkodowanego w zakresie świadczenia usług medycznych*, Konferencja – *Ubezpieczenie OC pracowników medycznych i zakładów opieki zdrowotnej*, ABACUS Biuro Promocji Medycznej, Warszawa 16 września 1999.



niechania, lub w takim zakresie, w jakim zobowiązuje go do tego ustawa o działalności ubezpieczeniowej. Spełnienie obowiązku odszkodowawczego może nastąpić w formie uznania poprzez wypłacenie odszkodowania lub ugody – poprzez wspólne uzgodnienie kwoty odszkodowania przez strony biorące udział w postępowaniu.

---

## Ubezpieczenia w służbie zdrowia

---

W Polsce do lat dziewięćdziesiątych obserwowano niewielkie zainteresowanie ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia. Wynikało to z kilku przyczyn. Przede wszystkim wobec skali ryzyka wynikającego z ilości udzielanych świadczeń i dużej liczby pacjentów korzystających z usług publicznych ZOZ-ów oraz znacznego niedoinwestowania państwowej służby zdrowia, zakłady ubezpieczeń nie były zainteresowane tym rodzajem ubezpieczenia. Brak zainteresowania pogłębiał także fakt, iż odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone pacjentom wskutek błędów w sztuce lekarskiej lub w wyniku innych przyczyn ponosił w przypadku jednostek budżetowych Skarb Państwa, który zobowiązany był do pokrycia szkody w pełnej wysokości. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej, natomiast, obawiały się wysokich składek ubezpieczeniowych, na które brakowało im środków finansowych. Utrata statusu jednostki budżetowej i przekształcenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakłady samodzielne stworzyła nową sytuację prawną, w której za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zakład odpowiada samodzielnie,<sup>17</sup> co zmusiło go do szukania ubezpieczyciela.

Dopiero w latach 90. pojawiły się nowe istotne uwarunkowania sprzyjające rozwojowi ubezpieczeń OC. Przede wszystkim znacznie zwiększyła się liczba lekarzy i innych pracowników służby zdrowia zatrudnionych poza publicznymi ZOZ-ami w ramach praktyki indywidualnej lub na podstawie umowy cywilno-prawnej. Ponadto wydatnie wzrosła liczba tzw. ZOZ-ów niepublicznych, które muszą liczyć się z ryzykiem ponoszenia odpowiedzialności zarówno za skutki własnych niedociągnięć i błędów organizacyjnych (np. przeniesienie na pacjenta choroby zakaźnej), jak i za błędy personelu medycznego.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> M. Iżycka-Rączka, *Ubezpieczenie OC w działalności medycznej*, Ubezpieczenia Społeczne, nr 2/1999.

<sup>18</sup> M. Gasińska, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej* op. cit.

Znaczącym impulsem dla upowszechnienia ubezpieczeń OC w służbie zdrowia było Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 5 sierpnia 1993 r. w sprawie warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, prywatnie praktykujących lekarzy oraz inne osoby wykonujące zawody medyczne,<sup>19</sup> w którym to zastrzeżono „zobowiązanie zleceniobiorcy do ubezpieczenia się od OC”.<sup>20</sup> W ten sposób ubezpieczenia te zaczęły funkcjonować jako jedna z form przymusu ubezpieczeniowego, tj. jako powinność kontraktowa.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na wzrost znaczenia ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia i równocześnie sprzyjającym poszerzaniu ich zasięgu było wprowadzenie 1 stycznia 1999 r. nowych zasad organizacyjnych w ochronie zdrowia. Mocą ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z lutego 1997 r.,<sup>21</sup> powstały Kasy Chorych, gromadzące środki na ochronę zdrowia i zawierające kontrakty na świadczenie usług medycznych z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz lekarzami prywatnie praktykującymi. Równocześnie z podstawowymi przepisami prawnymi dotyczącymi reformy systemu ochrony zdrowia zostało wydane Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń.<sup>22</sup> Wydanie tego rozporządzenia podniosło rangę przymusu ubezpieczenia w tych ubezpieczeniach z dotychczasowej powinności kontraktowej do najwyższej formy przymusu – ubezpieczenia obowiązkowego. Dzięki nim na polskim rynku ubezpieczeniowym występują od niedawna dwa rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, skierowane do usługodawców w dziedzinie ochrony zdrowia: *ubezpieczenia obowiązkowe i ubezpieczenia dobrowolne*.

Wydawałoby się, że w ten sposób pacjenci nie powinni się obawiać niewypłacalności ewentualnych sprawców szkody (lekarze, personel medyczny, ZOZ-y), gdyż dzięki zawarciu przez ubezpieczającego którejś z ww. form ubezpieczenia, OC mają oni gwarancję zaspokojenia swoich roszczeń odszkodowawczych.

Tymczasem okazuje się, iż problematyka ubezpieczeń OC w ramach działalności medycznej nie znajduje właściwego odzwierciedlenia w przepisach związanych z ochroną zdrowia. Jak można zauważyć, obowiązkowe ubez-

<sup>19</sup> Dz. U. Nr 91, poz. 408 (z późn. zm).

<sup>20</sup> W. W. Mogilski, *Ubezpieczenia obowiązkowe w polskim systemie prawnym*, Prawo Asekuracyjne, styczeń 1997.

<sup>21</sup> Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.

<sup>22</sup> Dz. U. Nr 143, z dnia 26 listopada 1998 r., poz. 5144.

pieczenia OC dotyczą z reguły całych grup zawodowych, np. rolników czy doradców podatkowych, gdyż wtedy tylko spełniają swój walor powszechności. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne, w porównaniu do innych obowiązkowych ubezpieczeń OC, nie jest powszechnym ubezpieczeniem pracowników medycznych. Innymi słowy, zakres podmiotowy tego ubezpieczenia, a także przesłanki jego wprowadzenia są ograniczone do sfery podmiotów niepublicznych, wykonujących funkcje publicznej służby zdrowia i korzystających w tym celu ze środków publicznych.

Mającą podstawowe znaczenie dla funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o *zakładach opieki zdrowotnej*<sup>23</sup> ze zmianami nie zawiera zapisu, który dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej wprowadziłby generalny obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.<sup>24</sup>

Znowelizowanie ustawy w 1997 r. (weszła w życie z początkiem 1998 r.)<sup>25</sup> wprowadziło obowiązkowe ubezpieczenie OC *sensu stricte* podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne, lecz nadal nie uwzględniło wszystkich podmiotów służby zdrowia. Podstawą prawną tych ubezpieczeń jest art. 35 ust. 6 ustawy, a ogólne warunki ubezpieczeń zostały określone w rozporządzeniu, wydanym przez Ministra Finansów w dniu 17 listopada 1998 r. dotyczącym „przyjmowania zamówień na świadczenia”. Znowelizowana ustawa ustaliła zasady *udzielania zamówień* na świadczenia zdrowotne mówiące, iż zamówienia mogą być udzielane jedynie przez naczelne organy administracji, wojewodów i organy gmin. Z kolei przyjmującymi zamówienia mogły być: niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie medycyny.<sup>26</sup>

Omawiane ubezpieczenie OC już z założenia nie miało obejmować wszystkich podmiotów udzielających świadczeń medycznych, a tylko podmioty niepubliczne przyjmujące „zamówienia na świadczenia zdrowotne”. Przy tak ograniczonym zasięgu nie można więc mówić o ubezpieczeniu całej grupy zawodowej.

W związku ze zmianą systemu organizacji i finansowania służby zdrowia i opieki zdrowotnej, opartego dotychczas na środkach budżetowych, powyższe rozporządzenie straciło w praktyce na znaczeniu, gdyż od 1 stycznia 1999 r. prawie w całości finansowanie świadczeń zdrowotnych przejęły Kasy Cho-

<sup>23</sup> Dz. U. z 1991 r. Nr 63, poz. 408 z późn. zm.

<sup>24</sup> M. Iżycka-Rączka, *Ubezpieczenie OC w działalności medycznej*, op. cit.

<sup>25</sup> Ustawa z dn. 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz. U. Nr 104, poz. 661.

<sup>26</sup> Wł.W. Mogiński, *Obowiązkowe ubezpieczenia OC podmiotów*, op. cit.

rych, będące samorządnymi podmiotami reprezentującymi ubezpieczonych. Obecnie więc kasy chorych (a nie wojewodowie i inne organy administracji) są prawnym podmiotem zlecającym wykonywanie świadczeń zdrowotnych wszelkiego rodzaju zakładom opieki zdrowotnej, osobom działającym w ramach praktyk indywidualnych lub na podstawie ustawy o działalności gospodarczej oraz zawierającymi umowy o „udzielanie świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego”.<sup>27</sup> Tak więc wykonywanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na podstawie zamówienia udzielonego przez centralny organ administracji rządowej lub jednostkę samorządu terytorialnego, może występować wyjątkowo i w niewielkim zakresie, jeśli w ogóle takie sytuacje będą miały miejsce. W związku z powyższym można więc stwierdzić, że głównym mankamentem nowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest to, iż nie przewidziano **obowiązkowego** ubezpieczenia OC podmiotów zawierających z kasami chorych umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.<sup>28</sup> W szczególności zawarcie umowy nie jest zależne od posiadania ubezpieczenia OC.

Reformująca zasady funkcjonowania ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym również nie nawiązuje do kwestii ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktów zawartych z Kasą Chorych. Także w rozporządzeniu Rady Ministrów *w sprawie zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności*<sup>29</sup> nie ma żadnej wzmianki na ten temat. Skoro więc z dniem 1 stycznia 1999 r. przestały być zawierane umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, powstała luka w bardzo ważnej dziedzinie życia.<sup>30</sup> Taka sytuacja wynika zapewne z faktu, iż zakłady ubezpieczeń nie były jeszcze przygotowane do zawierania umów o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na tak szeroką skalę, natomiast umowy ze świadczeniodawcami, zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powinny być zawarte już na pierwsze dni stycznia. Pomimo braku stosownych unormowań, obligujących podmioty udzielające świadczenia zdrowotne do zawierania umów w zakresie ubezpieczeń OC, umowy te jednak są zawierane. Kasy Chorych stawiają świadczeniobiorcom wymóg ubezpieczenia OC jako warunek zawarcia umowy. Nie jest to jednak w żadnym wypadku przejaw przymusu ubezpieczenia, co najwyżej dodatkowa klauzula umowna, jak np. w umowie leasingu. W przypadku opracowania przez zakładu ubezpieczeń

<sup>27</sup> M. Iżycka-Rączka, *Ubezpieczenie OC w działalności medycznej*, op. cit.

<sup>28</sup> W.W. Mogilski, *Obowiązkowe ubezpieczenia OC podmiotów*, op. cit.

<sup>29</sup> Dz. U. z 1998 r. Nr 134, poz. 873.

<sup>30</sup> W.W. Mogilski, *Obowiązkowe ubezpieczenia OC podmiotów*, op. cit.

korzystnych dla obu stron ogólnych warunków ubezpieczenia, do ubiegania się o polisę zachęcają również ubezpieczyciele.

Przedmiotem ubezpieczenia OC jest odpowiedzialność cywilna, jaka może powstać dla lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone pacjentowi lub osobom bliskim pośrednio poszkodowanym na skutek jego śmierci.<sup>31</sup> Ubezpieczyciel przejmuje na siebie odpowiedzialność w momencie, gdy ubezpieczający (ubezpieczony) będzie ponosił odpowiedzialność cywilną (lub tzw. odpowiedzialność pracowniczą regresową) zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego. W przypadku braku podstaw do odpowiedzialności lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej wyłączona jest również odpowiedzialność ubezpieczyciela. Umowa ubezpieczenia (umowa adhezyjna) z reguły zostaje zawarta na warunkach proponowanych przez zakład ubezpieczeń, chociaż niektóre ogólne warunki ubezpieczenia nie wyłączają możliwości negocjowania odmiennych postanowień.

Ogólne warunki ubezpieczenia, stanowiące integralną część umowy, których celem jest ułatwienie zawierania umów ubezpieczenia, określają:

- przedmiot i zakres ubezpieczenia,
- sposób zawarcia umowy ubezpieczenia,
- zakres i czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- prawa i obowiązki stron umowy,
- sposób ustalania wysokości szkód oraz wypłaty odszkodowań lub świadczeń.

Istnieje zasada, która mówi, iż w razie niejasności w sformułowaniach ogólnych, warunki ubezpieczenia zawsze interpretuje się na korzyść ubezpieczającego. Ogólne warunki ubezpieczeń obowiązkowych są ustalane przez Ministra Finansów, podczas gdy dobrowolne warunki ubezpieczeń określają same zakłady ubezpieczeń. Umowa ubezpieczenia stwarza obowiązki po obu stronach. Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

W ramach ubezpieczenia OC ubezpieczyciel jest zobowiązany:<sup>32</sup>

- 1) do zapłacenia należnego od lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej odszkodowania za szkodę majątkową i zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na rzecz poszkodowanego, najwyżej jednak za każdy wypadek do ustalonych w umowie ubezpieczenia sum gwarancyjnych; kilka szkód powstałych z tego samego zdarzenia uważa się za jeden wypadek,
- 2) do pokrycia niezbędnych kosztów sądowej i pozasądowej obrony przeciw roszczeniom osoby trzeciej w sporze prowadzonym na polecenie ubezpieczyciela lub za jego zgodą,

---

<sup>31</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit.

<sup>32</sup> *ibidem*.

- 3) do pokrycia kosztów wynagrodzenia biegłych powołanych za zgodą ubezpieczyciela przez ubezpieczającego – dla ustalenia okoliczności i rozmiaru szkody.

Suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, a odszkodowanie nie może być wyższe od poniesionej szkody, chyba że umowa stanowi inaczej.

Umowę ubezpieczenia może zawrzeć lekarz lub inna osoba na jego rzecz, np. zakład leczniczy. Wtedy to zakład leczniczy opłaca składki ubezpieczeniowe, a lekarz występuje jako uprawniony do świadczeń ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia jest polisa, legitymacja ubezpieczeniowa, tymczasowe zaświadczenie albo inny dokument ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest doręczyć ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy ubezpieczenia tekst ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których umowa została zawarta (812§1k.c.). Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki (art. 814 §1 k.c.).

Do podstawowych wyłączeń stosowanych przez ubezpieczycieli zalicza się szkody powstałe wskutek:<sup>33</sup>

- 1) winy umyślnej lekarza lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność (np. winy pielęgniarki w gabinecie prywatnym),
- 2) wykonywania czynności przez lekarza, który w dniu wyrządzenia szkody nie miał prawa wykonywania zawodu albo prawo to zostało zawieszane,
- 3) działania lekarza pod wpływem alkoholu, innych napojów odurzających, narkotyków, środków psychotropowych lub podobnych środków,
- 4) zabiegów kosmetycznych, chyba że chodzi o zabieg leczniczy,
- 5) uszkodzenia kodu genetycznego,
- 6) używania urządzeń rentgenowskich, laserowych lub materiałów izotopowych lub radioaktywnych, chyba że zawarto dodatkową umowę,
- 7) działania wymagającego specjalizacji, której ubezpieczony nie posiada, chyba że zachodzi stan wyższej konieczności,
- 8) dokonywania zabiegów eksperymentalnych, chyba że zawarto dodatkową umowę,
- 9) zaginięcia lub kradzieży rzeczy wniesionych przez pacjentów i towarzyszące im osoby, chyba że zawarto dodatkową umowę,
- 10) wykonywania czynności o charakterze administracyjno-organizacyjnym w związku z zajmowaniem stanowisk w administracji lub w samorządzie lekarskim.

---

<sup>33</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit.



Często, na podstawie dodatkowej umowy zawartej przez zakład leczniczy lub lekarza, ubezpieczyciel obejmuje ochroną:

- 1) odpowiedzialność za szkodę wynikłą z przeniesienia chorób zakaźnych oraz zakażenia pacjenta wirusem HIV,
- 2) odpowiedzialność osoby wykonującej przy ubezpieczającym czynności asystenta,
- 3) odpowiedzialność za zaginięcie i kradzież rzeczy pacjentów, towarzyszących im osób lub innych rzeczy oddanych ubezpieczającemu do przechowania.

Ubezpieczenie OC lekarzy obejmuje ich odpowiedzialność cywilną, jaka może wynikać w związku z wykonywaniem zawodu i posiadaniem służących do tego celu lokali.

Ubezpieczenie OC szpitali, klinik, gabinetów lekarskich i innych zakładów opieki zdrowotnej może obejmować również odpowiedzialność z tytułu posiadania aparatury i sprzętu medycznego, chyba że włączenie ich do ubezpieczenia wymaga dodatkowej umowy.

W momencie zgłoszenia przez poszkodowanego roszczenia do lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczający zobowiązany jest natychmiast zawiadomić o tym ubezpieczyciela oraz gdy zdarzenie wywołujące obowiązek odszkodowawczy spowoduje wszczęcie przeciw ubezpieczonemu postępowania karnego. Ubezpieczyciel natomiast zobowiązany jest pokryć również koszty obrony, ale tylko wówczas, gdy żądał powołania obrony lub wyraził na to zgodę. Roszczenia z umowy ubezpieczenia jako roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem. W przypadku ubezpieczenia OC roszczenie poszkodowanego do zakładu ubezpieczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym (art. 422 k.c.) lub wynikłą z niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązań. Gdy szkoda wynika z czynu niedozwolonego, to roszczenie o jej naprawienie ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie (np. szkoda wyrządzona przez lekarza ujawniła się dopiero po pewnym czasie) i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Jednakże bez względu na rodzaj wypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Oznacza to, że bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia, roszczenie odszkodowawcze ulega przedawnieniu z upływem lat dziesięciu od dnia popełnienia przestępstwa. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń może przerwać: wniesienie pozwu do sądu, uznanie roszczenia przez

ubezpieczyciela, a także zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub zgłoszenia zdarzenia objętego ubezpieczeniem (art. 123 §1, art. 819 §4 k.c.).

Odszkodowanie zostaje wypłacone przez ubezpieczyciela tylko wtedy, gdy:

- ubezpieczyciel uzna roszczenie,
- na podstawie ugody sądowej lub pozasądowej albo
- na podstawie prawomocnego wyroku sądowego.

W związku z powyższym ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, chyba że umowa ubezpieczenia OC przewiduje inaczej. W przypadku, gdy wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia było niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

---

## Podsumowanie

---

Upowszechnienie usług lekarskich i coraz większe zróżnicowanie ich form powoduje, że lekarz nie zawsze wie, jakie są podstawy i granice jego działania. Konieczna jest więc ingerencja prawna, która pozwoli na określenie jego praw i obowiązków. Normy prawne oraz ich wykładnia doktrynalna i sądowa określają nie tylko prawa i obowiązki lekarza, ale również i pacjenta. Są to liczne akty międzynarodowe, a w szczególności Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przedstawiona przez WHO w 1948 r., która głosi, iż rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów lekarskich, rozwój wiedzy i technologii medycznych, częsta depersonalizacja i dehumanizacja leczenia wymagają rozpoznania i podkreślenia ważności samodecydowania każdego człowieka w sprawach własnego zdrowia, poszanowania nienaruszalności jego osoby, prywatności i przekonań religijnych.

W ostatnich latach w medycynie zachodzi olbrzymi postęp, dający większe szanse leczenia, lecz jednocześnie nowe środki i techniki medyczne niosą ze sobą niekiedy zagrożenia i niebezpieczeństwo. Powstają szkody, za które nikt nie chce odpowiadać z braku winy. Wypadki medyczne są wypadkami nieprzewidywalnymi i nie mieszczącymi się w pojęciu ryzyka, które pacjent, poddający się różnym badaniom i zabiegom lekarskim, zaakceptował, bądź takimi, których przyczyna jest nieznaną i pozostaje bez związku ze stanem zdrowia pacjenta i postępowaniem leczniczym. Wywołują one niezadowole-



nie pacjentów, którzy muszą dochodzić swoich roszczeń w długotrwałych i kosztownych procesach, często przegranych, jak i również lekarzy, twierdzących, iż sądy najczęściej dążą do obiektywizacji winy albo przyjmują odpowiedzialność na zasadzie ryzyka.

Twierdzi się coraz częściej, że należy odejść od odpowiedzialności opartej na winie w razie wyrządzenia szkody pacjentom oraz nałożyć na zakłady lecznicze obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przez czynności medyczne, konieczne dla diagnostyki lub leczenia, lub inne szkody nie przewidywalne, jeśli nie pozostają one w związku z początkowym stanem zdrowia pacjenta i nie są następstwem tego stanu.

*Mgr Magdalena Jura była specjalistką  
w Oddziale Okręgowym PZU S.A. w Warszawie.  
Obecnie pracuje w firmie zagranicznej.*

## Przegląd zmian w ustawodawstwie

Do 15 maja 2001 r. weszły w życie m.in. następujące akty prawne:

---

### Dzienniki Ustaw

---

#### Nr 8/2001

---

**poz. 64** ustawa z 11 stycznia 2001 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw.

W ustawie z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych wprowadzono m.in. następujące zmiany:

Płatnicy składek zobowiązani do wykazywania w dokumentach ubezpieczeniowych zasiłków oraz finansowanych z budżetu państwa zasiłków i innych świadczeń podlegających rozliczeniu w ciężar składek lub wynagrodzeń z tytułu niezdolności do pracy, przekazują do ZUS:

- w terminie do 28 lutego 2001 r. informację zawierającą dane identyfikacyjne oraz dane o tych zasiłkach, świadczeniach lub wynagrodzeniach wypłaconych w okresie od 1 grudnia 1999 r. do 30 listopada 2000 r.,
- w terminie do 31 stycznia 2002 r. informację zawierającą dane identyfikacyjne oraz dane o tych zasiłkach, świadczeniach lub wynagrodzeniach wypłaconych w okresie od 1 grudnia 2000 r. do 30 listopada 2001 r.

W ustawie z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzono m.in. następujące zmiany:

- 1) osoby korzystające z urlopu wychowawczego zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego, w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do ZUS, pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna;
- 2) ZUS zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego osoby korzystające z urlopu wychowawczego, którym wypłaca zasiłek wychowawczy.

Ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, tj. od 2 lutego 2001 r.

---

**Nr 14/2001**

**poz. 136** rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 15 lutego 2001 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie utworzenia sądów pracy, sądów ubezpieczeń społecznych oraz sądów pracy i ubezpieczeń społecznych w sądach okręgowych i sądów pracy w sądach rejonowych.**

Rozporządzenie zmienia obszar właściwości Sądu Okręgowego w Łodzi oraz Sądu Rejonowego w Rawie Mazowieckiej.

Weszło w życie z dniem 1 marca 2001 r.

---

**Nr 20/2001**

**poz. 244** rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z 6 marca 2001 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia szczególnych zasad ustalania wysokości jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy rolniczej i chorób zawodowych oraz zasiłku chorobowego.**

Rada Ubezpieczenia Społecznego Rolników uchwałą nr 22 z 30 listopada 2000 r. uznała za konieczne podniesienie wysokości jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy rolniczej z 330 do 360 zł za 1% uszczerbku na zdrowiu. Zobowiązała jednocześnie Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do wystąpienia z odpowiednim wnioskiem do Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Z dniem wejścia w życie rozporządzenia jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy rolniczej i chorób zawodowych wynosi 360 zł za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Rozporządzenie weszło w życie po upływie 14. dnia od daty ogłoszenia, tj. od 21 marca 2001 r.

---

**Nr 21/2001**

**poz. 246 ustawa budżetowa na rok 2001** z dnia 1 marca 2001 r.

Ustawa podaje m.in. wskaźniki:

- wzrostu emerytur i rent – 7,4 %,
- realnej przeciętnej emerytury i renty brutto w odniesieniu do średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem – 100,4 %,
- waloryzacji emerytur i rent od dnia 1 czerwca. – 109,6 %,
- średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów – 107,0 %,
- średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem – 107,0 %,
- średniorocznego wskaźnika przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej – 109,1 %.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego została zamieszczona w części 72 ustawy budżetowej.

Ustawa weszła w życie z dniem ogłoszenia, tj. z dniem 22 marca 2001 r., z mocą od 1 stycznia 2001 r.

---

**Nr 37/2001**

**poz. 424 ustawa z 15 marca 2001 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.**

Agentem ubezpieczeniowym jest przedsiębiorca w rozumieniu art. 2 ust. 2 ustawy z 19 listopada 1999 r. – Prawo działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 101, poz. 1178 z późn. zm.), upoważniony przez zakład ubezpieczeń do stałego zawierania umów ubezpieczenia w imieniu i na rzecz tego zakładu lub pośredniczenia przy zawieraniu umów.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2001 r., z tym że:

- 1) art. 1 pkt 3 w zakresie dotyczącym art. 37 i ust. 3 pkt. 2 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.,
- 2) art. 1 pkt 4 wszedł w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, tj. od 27 kwietnia 2001 r.

**Monitory Polskie**

---

**Nr 6/2001**

---

**poz. 102** obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 lutego 2001 r. w sprawie podwyższonego wskaźnika waloryzacji emerytur i rent w 2001 r.

Podwyższony wskaźnik waloryzacji emerytur i rent wynosi w 2001 r. 112,7%.

**poz. 103** obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 8 lutego 2001 r. w sprawie wysokości zasiłku dla bezrobotnych.

W okresie od 1 marca 2001 r. do 31 sierpnia 2001 r. wysokość zasiłku dla bezrobotnych wynosi 461,90 zł.

**poz. 104** komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 6 lutego 2001 r. w sprawie wskaźnika wzrostu nominalnego przeciętnej emerytury i renty brutto w 2000 r.

Wskaźnik wzrostu nominalnego przeciętnej emerytury i renty brutto w 2000 r. w stosunku do 1999 r. wyniósł 107,5%.

**poz. 105** komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 6 lutego 2001 r. w sprawie wskaźnika realnej przeciętnej emerytury i renty brutto w 2000 r.

Wskaźnik realnej przeciętnej emerytury i renty brutto w 2000 r. w stosunku do 1999 r. wyniósł 97,6%.

**Nr 7/2001**

---

**poz. 119** obwieszczenie Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z 19 lutego 2001 r. w sprawie wysokości składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie w II kwartale 2001 r.

Składka na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie od jednej osoby w II kwartale 2001 r. wynosi 54,00 zł.

**poz. 121** obwieszczenie Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 14 lutego 2001 r. w sprawie wskaźnika waloryzacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w II kwartale 2001 r.

Wskaźnik waloryzacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, którego wypłata po upływie 6-miesięcznego okresu zasiłkowego będzie przedłużana w II kwartale 2001 r., wynosi 109,7%.

**poz. 122** komunikat Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 14 lutego 2001 r. w sprawie kwoty zasiłku porodowego.

Od 1 marca 2001 r. kwota zasiłku porodowego wynosi 410,35 zł.

**poz. 123** komunikat Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 14 lutego 2001 r. w sprawie kwoty zasiłku pogrzebowego.

Od 1 marca 2001 r. kwota zasiłku pogrzebowego wynosi 4 103,48 zł.

---

**Nr 10/2001**

---

**poz. 162** obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 12 marca 2001 r. w sprawie podwyższenia kwot jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Od 30 marca 2001 r. kwoty jednorazowych odszkodowań wynoszą:

- 1) 407,60 zł za każdy procent uszczerbku na zdrowiu, nie mniej jednak niż 1 524,30 zł z tytułu doznania stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- 2) 7 544,50 zł z tytułu orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,
- 3) 407,60 zł za każdy procent uszczerbku na zdrowiu z tytułu zwiększenia uszczerbku na zdrowiu,
- 4) 37 700,50 zł, gdy do odszkodowania uprawniony jest małżonek lub dziecko zmarłego, oraz 7 544,50 zł z tytułu zwiększenia odszkodowania przysługującego na drugiego i każdego następnego uprawnionego,
- 5) 18 881,60 zł, gdy do odszkodowania uprawnieni są tylko inni członkowie rodziny niż małżonek i dzieci zmarłego, oraz 7 544,50 zł z tytułu zwiększenia odszkodowania na drugiego i każdego następnego uprawnionego,
- 6) 7 544,50 zł, gdy do odszkodowania równocześnie z małżonkiem lub dziećmi zmarłego uprawnieni są inni członkowie rodziny; każdemu z nich przysługuje ta kwota niezależnie od odszkodowania przysługującego małżonkowi lub dzieciom.

**Nr 11/2001**

---

**poz. 186** obwieszczenie Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 30 marca 2001 r. w sprawie wskaźnika waloryzacji oraz stawki zasiłku rodzinnego.

Wskaźnik waloryzacji zasiłku rodzinnego od 1 czerwca 2001 r. wynosi 111,5%. Zasiłek rodzinny w okresie od 1 czerwca 2001 r. do 31 maja 2002 r. wynosi miesięcznie:

- 41,20 zł na małżonka oraz na pierwsze i drugie dziecko,
- 51,00 zł na trzecie dziecko,
- 63,70 zł na każde kolejne dziecko.

**poz. 187** obwieszczenie Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 30 marca 2001 r. w sprawie wskaźnika waloryzacji oraz kwot zasiłku wychowawczego.

Wskaźnik waloryzacji zasiłku wychowawczego od 1 czerwca 2001 r. wynosi 111,5%.

Zasiłek wychowawczy w okresie od 1 czerwca 2001 r. do 31 maja 2002 r. wynosi miesięcznie 308,80 zł, a dla osoby samotnie wychowującej dziecko i osoby wychowującej trzecie i każde następne dziecko – 491,00 zł.

**Nr 15/2001**

---

**poz. 243** obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 9 maja 2001 r. w sprawie wskaźnika waloryzacji i kwot po waloryzacji oraz wysokości świadczeń z pomocy społecznej od dnia 1 czerwca 2001 r.

Wskaźnik waloryzacji kwot wymienionych w ustawie z 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej wynosi od 1 czerwca 2001 r. 111,45%.

Od 1 czerwca 2001 r.:

- 1) wartość dochodu odpowiadająca dochodowi miesięcznemu z 1 ha przeliczeniowego wynosi 204 zł,
- 2) wysokość dochodu uprawniająca do świadczeń z pomocy społecznej nie przekracza:
  - na osobę samotnie gospodarującą – 447 zł,
  - na pierwszą osobę w rodzinie – 406 zł,
  - na drugą i dalsze osoby w rodzinie powyżej 15 lat – 285 zł,
  - na każdą osobę w rodzinie poniżej 15 lat – 204 zł,
- 3) zasiłek stały wynosi 406 zł,
- 4) renta socjalna wynosi 406 zł,
- 5) dodatek do zasiłku stałego wynosi 106 zł,

- 6) dodatek do renty socjalnej wynosi 106 zł,
- 7) minimalna wysokość zasiłku okresowego wynosi 18 zł,
- 8) minimalna wysokość zasiłku stałego wyrównawczego wynosi 18 zł,
- 9) kwota stanowiąca podstawę ustalenia pomocy pieniężnej dla rodziny zastępczej wynosi 1 546 zł,
- 10) kwota stanowiąca podstawę ustalenia pomocy pieniężnej na usamodzielnienie lub kontynuowanie nauki dla osób opuszczających rodziny zastępcze, niektóre typy placówek opiekuńczo-wychowawczych i domów pomocy społecznej, zakład poprawczy, schronisko dla nieletnich, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze wynosi 1 546 zł,
- 11) kwoty świadczeń pieniężnych na utrzymanie przysługujące uchodźcom wynoszą od 408 zł do 1 165 zł,
- 12) kwota dochodu uprawniającego kobietę w ciąży lub wychowującą dziecko do świadczeń pieniężnych i świadczeń w naturze wynosi nie więcej niż 447 zł,
- 13) miesięczny zasiłek pielęgnacyjny dla kobiety w ciąży lub wychowującej dziecko wynosi nie więcej niż 406 zł,
- 14) jednorazowy zasiłek pieniężny dla kobiety w ciąży lub wychowującej dziecko, na każde dziecko urodzone podczas ostatniego porodu wynosi 195 zł,
- 15) kwoty dochodu na osobę, w zależności od którego ustala się wysokość odpłatności za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wynoszą w złotych:
  - do 447,
  - 448-730,
  - 731-973,
  - 974-1136,
  - 1 137-1 216,
  - 1 217-1 298,
  - 1 299-1 460,
  - powyżej 1 460.

*Mgr Beata Nowak jest inspektorem  
w Biurze Organizacyjno-Prawnym Centrali KRUS.*



*prof. dr hab. med. Henryk Rafalski*

## **Zabezpieczenia ludności rolniczej w kompleksie bezpieczeństwa społecznego obywateli Japonii Część II**

*Japoński kompleks bezpieczeństwa społecznego składa się z 11 zbiorczych programów i systemów stosowanego zabezpieczenia społecznego i zaopatrzenia publicznego, które budowano według najlepszych wzorów i zdobyczy kultury i tradycji japońskiej oraz w oparciu o reguły konwencji ONZ i MOP, wreszcie – w nawiązaniu do osiągnięć i doświadczeń przodujących i opiekuńczych krajów świata*

---

### **Korzenie współczesnego zabezpieczenia i zaopatrzenia społecznego Japonii**

---

Japoński, współczesny kompleks bezpieczeństwa społecznego (Social Security), tworzony w latach 1946-2000 w państwie demokracji parlamentarnej, społecznej gospodarki rynkowej i egalitarnego społeczeństwa obywatelskiego, wywodzi się z litery prawa 25 artykułu Konstytucji Japonii, która jest urzeczywistniana od 3 maja 1947 roku na pożytek i pomyślność narodu japońskiego. Uprawnienia konstytucyjne 25 artykułu, traktowane jako szczególne postanowienia umowy społecznej spisanej między obywatelami i władzą przewidują, że: „wszyscy obywatele mają prawo do uzyskania godziwych (*minimum standards*) środków egzystencji oraz warunków do zdrowego i kulturalnego życia. Państwo we wszystkich podległych mu dziedzi-

*nach powinno użyć dostępnych sposobów, starań i środków do promowania i powiększania zasięgu i ram pomocy i opieki społecznej, ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia publicznego i opieki medycznej. Zagwarantowanie w ten sposób praw obywatelskich do godziwych warunków życia jednocześnie zapewnia i zabezpiecza podstawy prawne i materialne do wykonywania zleconych zadań stosownym systemem bezpieczeństwa społecznego”.*<sup>1</sup> Systemy te były stworzone po to, aby zapewniały ciągłą, kompleksową, fachową ochronę ludności i przeciwdziały narażeniom i zagrożeniom powstałym z różnych powodów i przyczyn oraz zabezpieczały na wypadek nieuchronnych zdarzeń losowych, które trapią każdego człowieka od urodzenia do śmierci. [2, 6, 27]

Japoński kompleks bezpieczeństwa społecznego składa się z 11 zbiorczych programów i systemów stosowanego zabezpieczenia społecznego i zaopatrzenia publicznego, które wcielają w życie szczegółowe cele i zadania, aby osiągać pożądane i spodziewane wyniki, odpowiadające potrzebom wszystkim podopiecznym. Programy te i systemy budowano według najlepszych wzorów i zdobyczy kultury i tradycji japońskiej oraz w oparciu o reguły konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych i Międzynarodowej Organizacji Pracy, wreszcie – w nawiązaniu do osiągnięć i doświadczeń przodujących i opiekuńczych krajów świata. [2, 6, 10, 34]

Systemy zabezpieczenia społecznego składają się m.in. z programów, struktur instytucjonalnych, funduszy i organizacji obsługi podopiecznych w zakresie:

- 1) powszechnych ubezpieczeń społecznych (z powodu ryzyka choroby, macierzyństwa, starości, niezdolności do zarobkowania, wypadków w pracy, straty zatrudnienia i utraty żywiciela);
- 2) organizacji opieki medycznej podstawowej, szpitalnej, pielęgnacyjnej, ochrony zdrowia publicznego i środowiska naturalnego;
- 3) działalności służb promocji i prewencji zdrowia społeczeństwa; służb zabezpieczających gwarantowane świadczenia rzeczowe i finansowe ubezpieczonym; służb wcielających programy długoterminowej opieki nad osobami w podeszłym wieku, niepełnosprawnymi fizycznie i umysłowo, matkami z dziećmi oraz dziećmi szkolnymi, wreszcie – służb zapewniających dostępność leków, artykułów farmaceutycznych, higienicznych i pielęgnacyjnych. [2, 6, 10, 13, 25]

Systemy zaopatrzenia publicznego są powołane między innymi do:

- zapewnienia osobom pozbawionym źródeł utrzymania środków egzystencji na poziomie minimum socjalnego;

---

<sup>1</sup> Autorskie tłumaczenie z zapisu z języka angielskiego artykułu 25 Konstytucji Japonii.

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

---

- dostarczania niezbędnych funduszy uzupełniających najniższe zarobki, emerytury, renty i zasiłki do wyznaczonych standardów życiowych;
- zaopatrywania w środki rodziny, które utrzymują dwójkę i więcej dzieci, aby promować reprodukcję prostą ludności kraju;
- finansowania aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu, zwłaszcza subsydiowania różnego rodzaju robót publicznych;
- zagwarantowania stosownych rent ofiarom wojny i kombatantom oraz odpowiednich rekompensat osobom, które doznały krzywd duchowych i materialnych wyrządzonych przez działanie wojenne i klęski żywiołowe;
- utrzymania fachowych i dobrowolnych służb oraz instytucji opieki społecznej dla osób potrzebujących pomocy pielęgnacyjnej i opiekuńczej;
- wreszcie – dostarczania środków okresowego wsparcia osobom oczekującym różnej doraźnej pomocy w trudnych sytuacjach życiowych. [2, 6, 10, 13, 25]

Systemy zabezpieczenia i zaopatrzenia były wprowadzane i udostępniane planowo, w zależności od zasobów państwa i potrzeb podopiecznych w poszczególnych regionach wyspiarskiego kraju. Z punktu widzenia potrzeb ludności, zestawiono je w trzy grupy, powstałe ze stosownych służb oraz instytucji.

Grupa podstawowa obejmuje systemy ubezpieczeń społecznych, opieki i pomocy społecznej, opieki medycznej, ochrony zdrowia publicznego i środowiska naturalnego, służby ciągłej troski nad matką i dzieckiem, osobami w podeszłym wieku i niepełnosprawnymi.

Druga grupa o rozszerzonym zasięgu uwzględnia oprócz systemów – zaliczonych do podstawowych, także systemy zapewniające renty, zasiłki, dodatki dla ofiar wojny i kombatantów.

Trzecia grupa, oprócz poprzednich, zawiera systemy uzupełniające, które zapewniają potrzebującym środki na utrzymanie mieszkania, na wyrównanie standardów życia do minimum socjalnego, wreszcie służby finansujące roboty publiczne i przystosowanie bezrobotnych do nowych miejsc pracy.

Poszczególne grupy i zestawy systemowe są wcielone w życie, tak aby racjonalnie i trafnie zaspokajały zapotrzebowanie społeczeństwa i aktywnie wpływały na realną poprawę standardów egzystencji, na utrzymanie dobrego zdrowia i wydłużenie życia w sprawności oraz na jakości życia ludności.

Japoński kompleks bezpieczeństwa społecznego został uznany za przodujący i jeden z najlepszych oraz najbardziej uczynnych i przyjaznych społeczeństw spośród 191 krajów ocenianych przez Międzynarodową Organiza-

cję Zdrowia (WHO) w 2000 roku. Japońskie systemy zajęły w rankingu porównywalnych krajów miejsca od pierwszego do piątego według 10 kryteriów, które m.in. zawierały zagregowane empiryczne mierniki zdrowia publicznego, ocenę sprawności i skuteczności zaspokajania potrzeb zdrowotnych, szacunek wpływu na poprawę zdrowia społeczeństwa i spodziewaną długość życia oraz leczenie chorób wyleczalnych, wreszcie wartościowanie nakładów i kosztów utrzymania służb zdrowia w stosunku do osiągniętych wyników poprawy zdrowia i satysfakcji podopiecznych oraz stopień zrealizowanych żądań spośród zaplanowanych do wykonania przez odpowiednie systemy. [14, 33, 34]

Przykładowe osiągnięcia japońskich systemów bezpieczeństwa społecznego, przedstawione w obiektywnych ocenach WHO-2000, mogą jednocześnie dowodzić, że wolny rynek świadczeń zdrowotnych oraz liberalna filantropia, jałmużna i miłosierdzie nawet w najbogatszych krajach nie mogą zastąpić umowy społecznej i państwa opiekuńczego w kształtowaniu godnej egzystencji, dobrego zdrowia i jakości życia narodu. Po 50-letnim okresie działania systemów zabezpieczenia i zaopatrzenia społecznego obywateli, Japonia udowodniła równocześnie, że państwo opiekuńcze i egalitarne wraz z oświeconym społeczeństwem, które dba o swoje zdrowie i środowisko naturalne, może realnie urzeczywistniać postanowienia narodowej konstytucji oraz dotrzymywać warunków umowy społecznej między władzą i narodem. [14, 33, 34]

Osiągnięcia współczesnego kompleksu bezpieczeństwa społecznego Japonii nieodparcie nasuwają pytania, czy mają one związek i czy można je łączyć z wielowiekowym kształtowaniem się oryginalnej ludowej kultury wzajemnej pomocy oraz świadomości społecznej, która wspomagała tworzenie więzi i współdziałania wspólnot lokalnych, wreszcie – z wykształceniem się postaw i zachowań opiekuńczych Japończyków? Zdaniem socjologów i etnografów, mogło temu sprzyjać izolowane wyspiarskie położenie, periodyczne zagrożenie i skutki niszczycielskich trzęsień ziemi, agresywne ataki sąsiadów na suwerenność państwa. [3, 11, 16]

W ludowych i narodowych wierzeniach japońskich, w poglądach na temat porządku świata pochodzenia człowieka oraz natury ludzkiej Japończycy przyjęli świadomie, że w otaczającej przyrodzie istnieją opiekuńcze i patronackie bóstwa Kami. Byt Kami stał się nierozdzielnie połączony z istnieniem i losem Japończyków, którzy przyjęli świadomie, że Kami przyczyniły się do stworzenia i ukształtowania ziemi ojczystej i wszystkich warstw narodu japońskiego i Japonii. Kami były zawsze dobroczynnymi patriotycznymi i solidarnymi bóstwami, które jednoczyły ludzi i troszczyły się wyłącznie o losy Japończyków i Japonii. Ukazywały one im symboliczną drogę ziemskiej doskonałości duchowych i materialnych (Shinto), którą należy kroczyć,

aby praktycznie osiągać osobiste szczęście i sukcesy oraz harmonijne współdziałanie jednostki i wspólnoty oraz poświęcanie się dla dobra ogółu. Pomagało to Japończykom tworzyć zasady ładu moralnego, porządku społecznego, postępu gospodarczego, pomyślności i dostatku w rodzinie oraz harmonii życia w środowisku przyrodniczym i ludzkim.

Lud japoński tworzył i utrwał przez wieki w narodowej kulturze, w obyczajach i zachowaniach społecznych, oryginalną symbolikę kultu Kami i czci dla przyrody ojczyzny oraz wytworów pracy ludzkiej. Były to rozmaite formy osobistego i zespołowego okazywania tak szacunku, podziękowania i wdzięczności, jak i kierowania próśb do Kami. Japończycy byli przekonani, że tak Kami, jak i ludzie mogą być wspaniałomyślni z natury oraz czynić dobro, a unikać zła w życiu i działaniu społecznym. Wytworzono i utrwalono symbole nierozzerwalnego łączenia bytu przodków i potomków oraz powiązania ich losów, wreszcie swoistego wyrażania czci dla przodków. Wartości zespołowego współżycia, współdziałania i zabezpieczenia zajmowały od wieków poczesne miejsce w procesach wychowania i oświecenia społecznego oraz w tradycyjnym kształtowaniu obywatelskich postaw i zachowań oraz godzenia interesu osobistego i zespołowego w życiu, w pracy i działalności publicznej. Nie jest więc przesadne stwierdzenie, że przesłanki i korzenie współczesnych systemów zabezpieczenia i zaopatrzenia społecznego miały swoje początki w wielowiekowej ludowej kulturze duchowej i materialnej oraz cywilizacji japońskiej, przetrwały do czasów współczesnych prawie w nienaruszonej formie w unikalnych wierzeniach i w filozofii oraz w stylu życia i pracy Japończyków i państwa Japonii. [3, 9, 11, 16, 19, 28]

Warto przypomnieć, że Japonia znajduje się na tych obszarach świata, na których ludzkość wytworzyła najwcześniej najstarszą kulturę i cywilizację rolnictwa, ceramiki, brązu i żelaza, wreszcie wynalazła pismo i papier. Chłopi japońscy od wieków uczyli się intensywnej produkcji rolniczej i wytwarzania na niewielkich obszarach ziemi uprawnej dostatecznej ilości żywności dla współobywateli. Wypracowali oni, w znany im sposób, oryginalną kulturę i ekonomię małoobszarowego, rolnego gospodarstwa towarowego oraz małego towarowego przedsiębiorstwa produkcyjnego. Ekonomię produkcji oparli na optymalnym wykorzystaniu zasobów przyrody oraz spożytkowaniu zdolności i sił człowieka oraz na organizacji zespołowego działania po to, aby uzyskiwać wysoką wydajność pracy na pracującego i na jednostkę użytków rolnych. Dzięki patronatowi państwa mogli upowszechnić te doświadczenia i osiągnięcia podczas procesów intensywnego rozwoju gospodarczego kraju oraz przyczynić się do tworzenia ogólnonarodowej kultury i ekonomii pracy zespołowej, tak że ich udział mógł odgrywać czołową rolę w budowaniu światowej potęgi gospodarczej i wiodącego kompleksu bezpieczeństwa społecznego Japonii. [1, 9, 11, 16, 19, 22, 28, 34]

**Ewolucja systemów  
kompleksu bezpieczeństwa społecznego ludności  
w latach 1946-1975  
w zależności od przeobrażeń  
społeczno-gospodarczych**

---

Śledzenie ewolucji tworzenia systemów bezpieczeństwa społecznego we współczesnej Japonii umożliwia zapoznanie się z aktualnym stanem zabezpieczenia i zaopatrzenia publicznego japońskich rolników, pracowników rolnych, leśnych i rybaków, wreszcie całej ludności wiejskiej w latach 1946-2000. Chociaż należy wspomnieć, że początki tworzenia niektórych form ubezpieczeń społecznych miały miejsce jeszcze na początku XX wieku. W latach 1922-1927 uchwalono i wdrożono ustawy o ubezpieczeniach z powodu ryzyka choroby i macierzyństwa oraz o organizacji opieki medycznej dla pracowników najemnych w przedsiębiorstwach i dla służb państwowych. W 1938 r. zapoczątkowano formowanie ubezpieczeń na wypadek choroby oraz opiekę medyczną dla pracowników rolnictwa, leśnictwa oraz pracowników morza. W latach 1923-1938 tworzone zręby prawne i organizacyjne na temat pomocy społecznej i służb socjalnych dla ludzi ubogich i niepełnosprawnych, wreszcie od 1941 r. postanowiono wdrażać ubezpieczenia emerytalno-rentowe dla pracowników najemnych, którzy mieli już uprawnienia do opieki medycznej.

W 1938 roku powołano Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, które zajęło się koordynacją i scalaniem uprzednio wprowadzonych różnych form ubezpieczeń społecznych. Jednakże dopiero od 1955 roku ludność rolnicza oraz pozostali pracujący na własny rachunek byli stopniowo obejmowani takimi uregulowaniami, jakie posiadali już wszyscy pracownicy najemni, służb państwowych i samorządowych oraz mundurowych. Etapy włączania pozostałych rolników pracujących na własny rachunek zakończyły się w 1961 roku, w którym utworzono państwowy kompleks bezpieczeństwa społecznego, obejmujący całą ludność Japonii. Stąd jest niezbędnym zapoznanie się z ewolucją i chronologią całego kompleksu bezpieczeństwa społecznego Japonii, aby możliwe było zaznajomienie się ze wszystkimi szczegółami i tajnikami państwowej ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych ludności rolniczej i wiejskiej. [2, 6, 9, 30, 34]

Przygotowywanie programów powszechnych ubezpieczeń emerytalno-rentowych, ubezpieczeń z powodu choroby i macierzyństwa (zwanych zdrowotnymi) oraz odpowiedniej opieki medycznej oraz opieki i pomocy społecznej stworzyło fundamenty pod kompletowanie systemów bezpieczeństwa społecznego w latach 1954-1961. Społeczeństwo japońskie domagało się stwo-



rzenia takich regulacji prawno-organizacyjnych i finansowych, jakie obejmowały i zabezpieczały wszystkich bez wyjątku obywateli oczekujących poprawy losu i opieki po klęsce i zniszczeniach drugiej wojny światowej. Żądania te mogły być spełnione m.in. poprzez regulacje i zabezpieczenia finansowe, umożliwiające wszystkim korzystanie z prawa do ochrony zdrowia, godnej starości oraz opieki społecznej. Około 1/3 ludności (30 mln mieszkańców) nie była objęta powszechną opieką medyczną i ubezpieczeniami zdrowotnymi oraz emerytalno-rentowymi. Byli to m.in. rolnicy i rybacy oraz pracujący na własny rachunek w zakładach rodzinnych, pracownicy małych przedsiębiorstw, chociaż proces ich włączania do ubezpieczeń społecznych toczył się od 1938 roku. Domagali się oni równouprawnienia z pozostałą większością 2/3 mieszkańców, m.in. z pracownikami najemnymi oraz zatrudnionymi w służbach cywilnych i mundurowych, korzystającymi już z systemów ubezpieczeń społecznych. Podstawy prawne, organizacyjne i finansowe, obejmujące wszystkich obywateli, sformułowano w następujących zasadniczych aktach ustawowych: O narodowych (państwowych) ubezpieczeniach zdrowotnych (National Health Insurance Law) z 1958 r., o narodowych ubezpieczeniach emerytalno-rentowych (National Pension Law) z 1959 r. oraz wprowadzenie je w życie (aktem z 1961 r.). (Programs of Implementation of universal medical insurance and pension insurance) aktem z 1961 r. [2, 6, 25, 34]

Na wprowadzenie najważniejszych regulacji prawno-organizacyjnych i finansowych skarb państwa wyasygnował środki niezbędne do założenia funduszy dla obydwu głównych systemów ubezpieczeniowych. Rozpoczęło to realne wdrożenie obu systemów bezpieczeństwa społecznego w Japonii. Z tytułu uzyskanych uprawnień każdy obywatel nabył prawo do podstawowej (bazowej) emerytury, która zabezpieczała minimum socjalne i ubezpieczenia zdrowotne. Obydwa fundamentalne akty prawne korespondowały z wcześniejszymi lub na bieżąco wprowadzanymi w życie ustawami, które zabezpieczały rozwój systemów opieki medycznej, opieki społecznej i pomocy publicznej opieki i pomocy dla dzieci, dla osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie oraz ludzi w wieku emerytalnym, wreszcie pomoc dla kombatanów i ofiar wojny, a także odpowiednie akty zapewniające prawo do płacy minimalnej i minimum socjalnego. (Public Assistance Law, 1946, Daily Life Security Law 1947, Child Welfare Law, Minimum Wage Law, The Workmen's Accident Compensation Insurance Law, 1947, The Medical Practitioners Law, Law for Public Health Nurses, Midwives, Medical Service Law, 1948, Law for Welfare of People with Physical Disabilities, 1949, New Public Assistance Law, 1950, Recommendations made on Social Security Systems, 1950, The Social Welfare Service Law, 1951, Law for the Relief of War Victims and Survivors, 1952, Mutual Aid Association Law 1948, 1953, 1958, Minimum Wage and Life maintenance, 1959, Law for the Welfare of

People with Mental Retardation 1960, Pharmaceutical Affairs Law, 1960, Welfare Law for the Elderly, 1961). [2, 6, 13, 27, 34]

Wprowadzenie powyższych zamierzeń stanowiło istotną część planów społeczno-gospodarczych Japonii w latach 1946-55 i 1956-60. Miały one na celu odbudowę kraju ze zniszczeń wojennych, poprawę warunków życia ludności oraz mobilizację społeczeństwa do twórczego czynu narodowego, wreszcie budowania nowoczesnej infrastruktury cywilizacyjnej i społecznej. Towarzyszyło tym działaniom wdrożenia reformy rolnej i uwłaszczenia chłopów, skompletowanie ok. 6 milionów rodzinnych gospodarstw rolnych oraz spółdzielni rolniczych organizowanych na ziemiach wspólnot wiejskich. Państwo zapewniało im patronat i protekcjonizm gospodarczy oraz parytet dochodów do poziomu, jaki osiągnęli pracownicy zatrudnieni w przemyśle. Zaprowadzono także nowoczesną gospodarkę rolną, leśną i rybołówstwa morskiego oraz wód lądowych po to, aby zapewnić strategiczną samowystarczalność żywnościowo-wyżywieniową mieszkańcom kraju. Równoległe unormowano prawne i organizacyjne podstawy ochrony pracy. Wprowadzono zasady pełnego zatrudnienia pracowników najemnych w zakładach, przedsiębiorstwach i usługach z możliwością przedłużenia go w okresie wieku emerytalnego.

Warunki pracy, zatrudnienia i wynagrodzenia oparto o senioralny system m.in. kwalifikacji i stażu pracy w zakładzie. Rozbudowano zakładowe związki zawodowe i organizacje pracownicze, które zajmowały się sprawami ubezpieczeń społecznych, kasami pomocy wzajemnej i towarzystwami ubezpieczeń wzajemnych. Postanowienia te wspierały działania dobrej roboty, takie jak efektywność, wydajność i jakość produktów pracy, wreszcie odpowiedzialność i lojalność jednostek i zespołów pracowniczych w stosunku własnego zakładu pracy. We wszystkich trzech sektorach: podstawowym (rolnictwo), wytwórczym (przemysł, budownictwo, inwestycje) i usługowym (handel, komunikacja, łączność, szkolnictwo, służba zdrowia) osiągnęto wysoki, wprost unikalny rozwój i wzrost gospodarczy kraju. Dochód narodowy wyrażony wskaźnikiem PKB osiągał przeciętnie przyrost: 8,5%, 8,2%, 9,3% w kolejnych pięciolatkach 1946-50, 1951-55, 1956-60. W wyniku tego nagromadzono zasoby finansowe i rzeczowe, które umożliwiły wprowadzenie podstawowych systemów bezpieczeństwa wybiegające daleko w przyszłość państwa opiekuńczego i egalitarnego. [7, 12, 25, 34]

Władze Japonii zaleciły w 1962 skompletowanie narodowych służb 11 systemów bezpieczeństwa społecznego, które miały objąć wszystkie możliwe dziedziny zabezpieczenia i zaopatrzenia publicznego. Systemy zabezpieczenia oparto na finansowaniu ze środków zgromadzonych na odpowiednich funduszach ze składek czerpanych z ubezpieczenia zdrowotnego i emerytalno-rentowego. Środki te były uzupełniane z podatków ogólnych, z budżetu krajowego i budżetów terenowych oraz z odsetek kapitałów ubezpieczenio-



wych inwestowanych w przedsięwzięcia dochodowe. A zatem od początku założono mieszany, bezpieczny i gwarantowany przez państwo sposób finansowania kompleksu bezpieczeństwa społecznego Japonii.

Zgromadzone fundusze na BS umożliwiały w praktyce odpowiednie skompletowanie struktur organizacyjnych i finansowych zabezpieczenia społecznego, w tym powołanie:

- systemu ubezpieczeń emerytalno-rentowych,
- systemu ubezpieczeń zdrowotnych, w tym stosowanych świadczeń pieniężnych i świadczeń rzeczowych,
- systemu powszechnej opieki medycznej, służb zaopatrzenia w leki i środki lecznicze oraz rehabilitacyjne,
- systemu troski długoterminowej opieki medycznej i opiekuńczo-pielęgnacyjnej dla osób powyżej 65 roku życia, dla osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, dla dzieci oraz matek z dziećmi.

Siedem systemów było finansowanych wyłącznie z podatków ogólnych za pośrednictwem budżetu krajowego i budżetów lokalnych, które można nazwać zaopatrzeniowymi. Należały do nich:

- 1) system ochrony zdrowia publicznego i środowiska naturalnego człowieka, promocji i prewencji zdrowia ludności,
- 2) system opieki społecznej zajmujący się świadczeniami dla osób, które z różnych powodów nie korzystają z systemów ubezpieczeniowych i należy im zapewnić rentę socjalną oraz pomoc opiekuńczo-pielęgnacyjną,
- 3) system pomocy społecznej stałej lub doraźnej dla osób wymagających pomocy pieniężnej lub rzeczowej,
- 4) system opieki rzeczowej i finansowej dla kombatantów,
- 5) system opieki rzeczowej i finansowej nad ofiarami wojny i klęsk żywiołowych,
- 6) system przeciwdziałania bezrobociu, m.in. poprzez planowe roboty publiczne oraz środki rzeczowe i finansowe dla bezrobotnych,
- 7) system pomocy dla osób, które wymagają poprawy warunków mieszkaniowych do uzyskania przyjętych standardów rządowych.

W latach 1961-1965 roku struktura wydatków na utrzymanie 11 systemów BS przedstawiała się następująco: na opiekę medyczną przeznaczano około 48-50%, na zabezpieczenie emerytur i rent około 30-33% oraz około 18-20% na inne; m.in. opiekę i pomoc społeczną. Chociaż można było przewidywać, że proporcje te będą się zmieniać z naturalnym biegiem starzenia się społeczeństwa i odwrotnie, wydatki na zabezpieczenie systemu emerytalno-rentowego będą coraz wyższe. Można także przyjąć, że powyższa struktura mogła zaspakajać zgłaszane potrzeby na odpowiednie formy opieki, wynikające m.in. ze stanu grup wieku ludności. Niski odsetek (5-6%) osób

w wieku emerytalnym (ponad 65 roku życia), natomiast bardzo wysoki (67-68%) w wieku dojrzałym (15-64 r.ż.) oraz wysoki roczników dziecięcych do 15. roku życia (24-30%) wymaga z pewnością częściej opieki medycznej i rehabilitacyjnej niż rentowej. Miała też z tym związek spodziewana długość życia, która wahała się dla kobiet 70-73 i dla mężczyzn 65-68 lat życia, a więc była zbliżona do wieku emerytalnego. Wprowadzenie w życie systemów pełnego kompleksu bezpieczeństwa społecznego, które objęły całą ludność kraju, rozpoczęło nowy rozdział zabezpieczenia i zaopatrzenia w Japonii. Struktura wydatków na poszczególne formy opieki wskazała jednocześnie, że najwyższe były sumy ubezpieczenia na systemy ubezpieczeń zdrowotnych i emerytalno-rentowych, z tego też powodu należy obu poświęcić najwięcej uwagi. [2, 6, 9, 13, 27, 34]

---

### **Zapewnienie każdemu obywatelowi bezpieczeństwa społecznego w państwie opiekuńczym w latach 1961-1975**

---

W celach i planach rozwoju społeczno-gospodarczego Japonii na lata 1961-1975 założono rozbudowę zasobów rzeczowych oraz osobowych kompleksu bezpieczeństwa społecznego na poziomie takich standardów państwa opiekuńczego, jakie by przewyższały poziom osiągany w Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech. Można dzisiaj stwierdzić, że udało się te plany wcielić w życie i w roku 1973 ogłoszono formalnie datę osiągnięcia celów państwa opiekuńczego (first year of welfare). Przyczyniły się do tego: intensywny rozwój i wzrost gospodarczy całej gospodarki kraju oraz unikatowe przyrosty dochodu narodowego, wyrażone w poszczególnych latach 1961-1973 średnio od 8 do 12% PKB. [2, 7, 10, 14, 25, 34]

Odpowiedni wkład w rozwój gospodarczy wносиły modernizowany i unowocześniony kompleks rolno-spożywczy oparty o wysokowydajną produkcję rodzinnych gospodarstw rolniczych i spółdzielczych oraz zespołowe formy rybołówstwa i połowy jadalnych produktów morza wreszcie przemysł spożywczy. Nagromadzone zasoby umożliwiły tak sfinansowanie, jak i zmaturalizowanie planów skompletowania systemów BS oraz podwojenia dochodów i poprawy warunków życia ludności. We wszystkich gałęziach gospodarki i dziedzinach nadbudowy zapewniano zatrudnionym wzrost płac, a emerytom i rencistom wyższą emeryturę i rent, równoległe do przyrostów dochodu narodowego oraz do takiego stanu średniej płacy godzinowej, jaki osiągnano w Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech w 1975 roku. Tempo

i skala wzrostu płac przewyższała o 1-0,5% przyrost roczny cen dóbr konsumpcyjnych.

Równocześnie wprowadzono w 1973 model indeksacji płac do cen oraz emerytur i rent do płac i do cen oraz kosztów utrzymania (The price indexation system (system to adjust pension amount in proportion to cost) and evaluation of standard remunerations others were introduced, Lav, 1973).

Wprowadzeniu uprawnień do powszechnej bazowej emerytury narodowej towarzyszyło ustalenie renty socjalnej oraz zasiłku finansowego, przyznanego osobom, które nie osiągały dochodów równych minimum socjalnemu. Wprowadzono to dlatego, aby nie tylko państwo było bogate, ale także społeczeństwo mogło być zasobniejsze. Państwo od lat sprawowało strategiczny patronat i protekcję nad gospodarką rolną, leśną i morską oraz dbało o odpowiedni transfer środków finansowych i wytwórczych dla producentów żywności i surowców rolnych. Dbało szczególnie o parytet równych dochodów ludności rolniczej z dochodami pracowników w przemyśle. Celem tego protekcjonizmu było zabezpieczenie samowystarczalności i bezpieczeństwa żywnościowego oraz zapewnienie zadawalającego poziomu wyżywienia narodu, ochrony rolniczego rynku rolno-żywnościowego i przemysłu spożywczego.

Przesądzono, że kompleks bezpieczeństwa społecznego będzie finansowany z funduszy tworzonych ze składek ubezpieczonych i ubezpieczycieli, z dochodów osobistych gospodarstw domowych oraz dotacji z budżetu krajowego i prefekturalnego, wreszcie z odsetek od kapitału ubezpieczeniowego. Wielkość dotacji służyła m.in. wyrównaniu deficytów oraz niedoborów finansowych dla poszczególnych funduszy ubezpieczeniowych, m.in. emerytalno-rentowych i zdrowotnych, aby zrównoważyć ich roczne budżety. A zatem oba z najważniejszych ubezpieczeń miały gwarancje państwowe.

W ubezpieczeniach zdrowotnych zagwarantowano przede wszystkim koszyk obowiązujących świadczeń rzeczowych i finansowych w połączeniu z regulacją norm jakości i standaryzacji obowiązujących zabiegów, procedur i postępowań medycznych oraz dopuszczalności leków i środków leczniczych i pielęgnacyjnych. Dopasowano do nich realny cennik dostępnych i racjonalnych świadczeń i usług medycznych i farmaceutycznych. Oparto go na tak zwanym modelu punktowej wyceny pojedynczych, kompleksowych i zregulowanych postępowań leczniczych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych, prewencyjnych i promocyjnych. Wyregulowano także zasady i standardy dopłat pacjentów w leczeniu ambulatoryjnym i szpitalnym oraz w domach opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Wyszczególnione regulacje, to znaczy koszt gwarantowanych świadczeń, ich normy jakości i standaryzacji oraz ich cennik, stanowiły najlepsze zapewnienie zaspokojenia potrzeb i praw ubezpieczonego obywatela.

Regulacje prawne, organizacyjne i finansowe dotyczyły m.in. następujących ustaleń:

- skompletowania odpowiednich służb oraz instytucji opieki i pomocy społecznej, opartych na uprzednio wydanych aktach ustawowych,
- określania i nowelizowania zasad dotyczących wysokości tak bazowych, jak i realnych kwot emerytur i rent pracowniczych oraz innych świadczeń, odpowiednio indeksowanych proporcjonalnie do płac i cen oraz kosztów utrzymania gospodarstw domowych w latach 1965, 1969, 1973,
- określenia zasad i wysokości dopłat do pacjenta, do gwarantowanej opieki ambulatoryjnej, szpitalnej i leków oraz zniesienia ograniczeń w osiągalności gwarantowanych świadczeń medycznych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz zniesienia wszelkich dopłat za opiekę nad osobami powyżej 70 roku życia,
- określenia systemu organizacyjnego i funkcjonalnego służb i zakładów opieki medycznej na użytek powszechnej osiągalności świadczeń zdrowotnych.

---

### **Programy i fundusze powszechnych i publicznych ubezpieczeń emerytalnych w latach 1961-1998**

---

Każdy obywatel Japonii powyżej 20 roku życia podlega obowiązkowemu publicznemu ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na mocy ustaw o podstawowej, narodowej (państwowej) emeryturze i rencie z 1959 r oraz wprowadzonych w 1961 r. powszechnych programów i funduszy emerytalno-rentownych (National Pension Law, 1959, Universal pension insurance programs, 1961). Zgodnie z literą prawa obu ustaw, obywatele dokonywali wyboru odpowiedniego programu i funduszu, zależnie od charakteru i miejsca zatrudnienia, z wyjątkiem nielicznych osób, które podlegały uprawnieniom do renty socjalnej i opieki społecznej.

Struktura porządku publicznych programów i funduszy emerytalno-rentowych, udostępniona ubezpieczonym, składała się z trzech kompleksowych sektorów:

- 1. Narodowego Programu Ubezpieczeń Emerytalnych** (National Pension),
- 2. Pracowniczego Programu Ubezpieczeń Emerytalnych** (Employees Pension) oraz
- 3. Programu Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych** (Mutual Aid Association Pension).

Narodowy Program rejestrował wszystkich obywateli w wieku 20-59 roku życia i zapewniał bazową emeryturę. Programy – Pracowniczy i Ubezpieczeń Wzajemnych stanowią nadbudowę i uzupełnienie bazowej emerytury świadczeniami Programu Narodowego. Środki tworzone są ze składek dodatkowych, gromadzonych w dodatkowej proporcji do osobistych wynagrodzeń i lat składkowych.

Pracownicy najemni w sektorze prywatnych dużych i średnich przedsiębiorstw wybierali różne zakładowe towarzystwa ubezpieczeniowe, działające w obszarze Programu Emerytur Pracowniczych w miejscu pracy. Pracownicy o statusie państwowych i prefekturalnych służb publicznych oraz marynarze, pracownicy rolni, leśni i rybacy wstępowali do swoich Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych w miejscu pracy. Narodowy Program natomiast, ustanowił lokalne organizacje prefekturalne i miejskie. Obejmowały one funduszem ubezpieczeniowym w miejscu zamieszkania osoby pracującej na własny rachunek, m.in. rolników, gospodynie domowe i wszystkich pozostałych, którzy nie mieścili się w statusie Programów Pracowniczych i Ubezpieczeń Wzajemnych. [2, 6, 7, 13, 25, 27, 34]

W roku 1998, w biurach prefekturalnych i miejskich oraz branżowych Programu Narodowych Ubezpieczeń zarejestrowało się w miejscu zamieszkania około 71 mln osób (żywcicieli i domowników). Z tego około 13 mln osób należało do ludności rolniczej, w tym było: około 5 mln rolników – właścicieli rodzinnych gospodarstw rolnych, około 12 mln gospodyń domowych, a pozostałe 46 mln zarejestrowanych wywodziło się m.in. z osób pracujących na własny rachunek w małych zakładach oraz w rodzinnych zakładach usługowych, wreszcie emeryci.

W zakładowych biurach towarzystw ubezpieczeniowych w programie pracowniczym zarejestrowało się około 39 mln pracowników z domownikami, natomiast w Towarzystwach Ubezpieczeń Wzajemnych w miejscu pracy zarejestrowało się około 7 mln zatrudnionych w służbach publicznych, w tym byli pracownicy rolni, leśni i rybacy.

Łącznie we wszystkich trzech sektorach programowych zarejestrowało się około 117 mln osób, w tym większość w miejscu zamieszkania (około 61% na ogólną liczbę ok. 125 mln mieszkańców kraju). W tymże 1998 roku w Programie Narodowych ubezpieczeń emerytury pobierało około 18 mln emerytów, natomiast w obu programach pracowniczych około 10 mln emerytów. Łącznie było około 28 mln emerytów, którzy stanowili około 24% ogółu osób zarejestrowanych we wszystkich programach ubezpieczeniowych. Możliwy wiek do nabycia uprawnień emerytalnych zaczynał się po ukończeniu 60 roku życia, ale przyznanie bazowej emerytury narodowej mogło nastąpić dopiero po ukończeniu 65 roku życia, stąd większość zainteresowanych odchodziła na emeryturę po 65 roku życia.

Wszyscy ubezpieczeni płacili miesięczną składkę ubezpieczeniową, która była skalkulowana w różny sposób, ale przeciętnie wahała się na poziomie około 10-20% sumy miesięcznego wynagrodzenia mężczyzny pracującego w przemyśle. W Programie Pracowniczego Ubezpieczenia składki płacili na ogół, po połowie pracodawca i pracownik, i wnosili je do zakładowych funduszy towarzystw ubezpieczeniowych; podobnie postępowano w Programie Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych. Równocześnie gromadzono składki na konto dodatkowych odpowiednich funduszy (Employed Pension Fund, Mutual Aid Fund), które miały za zadanie zgromadzenie środków na dodatkowe emerytury uzupełniające narodową emeryturę bazową.

W programie pracowniczych ubezpieczeń istniało około 2 000 różnorodnych towarzystw ubezpieczeniowych. Z reguły były one prowadzone przez różne zakładowe związki zawodowe lub grupy pracownicze. Nad wszystkimi zakładowymi towarzystwami ubezpieczeniowymi pieczę sprawowało odpowiednie Biuro Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej.

W Programie Narodowych ubezpieczeń stworzono oprócz ogólnego funduszu (Welfare Annuity Fund) uzupełniającego emeryturę bazową, fundusz dla rolników (Farmer Pension Fund). Pierwszy był gromadzony z dodatkowych składek ubezpieczonych i jego środki stanowiły uzupełnienie sumy emerytury bazowej. Fundusz rolników powstawał natomiast z dotacji budżetu krajowego i w ten sposób ich emerytura bazowa była uzupełniana do wartości przeciętnej krajowej emerytury pracowniczej (172 000 jeny, tj. 1 445 USD miesięcznie).

Składki wykorzystywano zatem na opłacenie narodowej emerytury bazowej dla każdego ubezpieczonego, którą można by nazwać **pierwszym filarem systemowym**. Stanowiła ona średnio około 38-43% wielkości przeciętnej krajowej wynagrodzenia miesięcznego i zapewniała co najmniej poziom minimum socjalnego. Dodatkowe i uzupełniające emerytury systemowe, które można by określić jako **drugi filar**, były tworzone na kontaktach specjalnych funduszy we wszystkich trzech sektorach programowych.

W Narodowym Programie istniały trzy główne dodatkowe fundusze, w tym jeden dla robotników, drugi dla pracujących na własny rachunek i innych osób, trzeci dla gospodyń domowych. Były one zlokalizowane w 47 biurach prefekturalnych i 25 biurach branż produkcyjnych. W Pracowniczym Programie istniało kilkanaście dodatkowych funduszy zależnie od branży przedsiębiorstw i ustalono je pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. W Programie Towarzystw Wzajemnych istniały cztery dodatkowe fundusze, a więc tyle, ile było towarzystw.

Narodowa emerytura bazowa bez dodatkowego funduszu drugiego filaru podlegała regułom indeksacji w stosunku do płac i cen. Jej wielkość bazowa



(47 000 jenów) wzrastała regularnie i była powiększana o sumę indeksowaną (21 000 y). Łącznie jej miesięczna wielkość w 1998 roku wynosiła około 40% wartości średniej pracowniczej emerytury dwufilarowej (od 68 000 jenów, tj. 571 USD do 172 000 jenów, tj. 1 445 USD miesięcznie).

Stan prawno-organizacyjny i finansowy emerytury jednofilarowej oraz dodatkowych emerytur drugiego filaru powstawał ewolucyjnie od 1961 roku i w okresie około 38 lat istnienia podlegał pięciu nowelizacjom: w 1973, 1985, 1989, 1994 i 1997 roku. Średnie wielkości miesięcznych emerytur dwufilarowych pracowniczych wynosiły około 172 000 jenów (1 445 USD), natomiast średnie miesięczne emerytury w czterech towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych wahały się od 177 000 jenów (emerytura dla pracowników rolnictwa, leśnictwa i rybołówstwa) do 232 000 jenów (lokalne służby publiczne), wreszcie średnia miesięczna krajowa emerytura dwufilarowa równała się 183 000 jenów (1 538 USD). Średnie emerytury dwufilarowe stanowiły około 60-70% przeciętnych wynagrodzeń, natomiast narodowa emerytura bazowa zindeksowana wynosiła średnio 40-43% przeciętnych wynagrodzeń w kraju.

Ze środków budżetowych dotowano z reguły drugi filar emerytur wojskowych, mundurowych służb lokalnych oraz emerytur rolniczych. Z budżetu krajowego były także utrzymywane renty socjalne dla osób pozostających z różnych powodów bez środków, które mogłyby zaspokoić minimum socjalne, stanowiły one jednak margines całego systemu emerytalnego.

Wszystkie trzy sektory programów ubezpieczeniowych zapewniały następujący ustawowy **zestaw świadczeń pieniężnych, rzeczowych, emerytalnych i rentownych oraz odprawy:**

- **emerytury**, w tym:
  - narodową emeryturę bazową jednofilarową,
  - narodową emeryturę dwufilarową, która składała się z części bazowej i dodatkowych funduszy narodowych,
  - pracowniczą emeryturę dwufilarową zestawioną z emerytury bazowej i dodatkowych funduszy zakładowych,
  - emeryturę dwufilarową ubezpieczeń wzajemnych, która zawierała część bazową i uzupełniającą czerpaną z dodatkowych funduszy towarzystw.

Wielkość emerytur i rent była wyliczana na podstawie wysokości miesięcznego wynagrodzenia lub dochodów, liczby przepracowanych miesięcy składkowych oraz liczby osób na utrzymanie we wspólnym gospodarstwie domowym;

- **renty:**
  - podstawowe renty inwalidzkie, rodzinne, jednofilarowe,

---

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

---

- podstawowa jednofilarowa renta inwalidzka pierwszego i drugiego stopnia z powodu choroby i urazu, przyznawana z tytułu niezdolności do zarobkowania,
- renta inwalidzka dwufilarowa, która składała się z podstawowej i dodatkowej części, przyznawanej zależnie od rozmiaru inwalidztwa,
- renty rodzinne dwufilarowe przyznawane dla domowników osieroconych przez zmarłego żywiciela, składające się z części podstawowej i uzupełniającej w wysokości zależnej od liczby i wieku osieroconych domowników;
- **odprawy:**
  - jednorazowe odprawy emerytalne i rentowe, których wysokości były ustalane w regulaminach warunków pracy i płacy,
  - jednorazowe dodatki emerytalne i rentowe, których wymiary były określone podobnie jak przy emeryturach;
- **ubezpieczenia rentowe z powodu wypadków w pracy i utraty zatrudnienia.**

**Świadczenia rzeczowe i medyczne** były przyznawane na zasadach ustawowych, ustalonych w ubezpieczeniach z powodu choroby i macierzyństwa w akcie z 1958 roku (National Health Insurance Law).

---

## Dwa systemy ubezpieczenia rentowego

---

Oba systemy zabezpieczały pracownika z powodu ryzyka wypadku i nabycia choroby zawodowej w miejscu pracy (Workmen's Compensation Insurance) oraz na wypadek utraty zatrudnienia (Employment Insurance and Poor Relief).

**System zabezpieczeń pracownika od wypadku i choroby zawodowej** był całkowicie utrzymany i organizowany przez służby pracodawców. Pracodawcy tworzyli fundusz odszkodowań powypadkowych i rent z tytułu nabycia choroby zawodowej, dla zapewnienia rent inwalidzkich z powodu narażenia na różne ryzykowne warunki pracy. Fundusz był gromadzony ze składek, które wpłacali pracodawcy i wahał się od 0,5% do 13% zakładowych wynagrodzeń pracowniczych, zależnie od stopnia zagrożenia warunków i ochrony bhp. Wyплаты z funduszu rekompensowały całkowicie lub częściowo utracone dochody pracownicze inwalidy I lub II stopnia. Mogły być wypłacone w formie renty dożywotniej (Injury Annuity Payment) lub zry-



człotowanych zasiłków inwalidzkich. Obydwie formy miały za zadanie rekompensować utracone zarobki wg stopnia inwalidztwa. Po śmierci inwalidy -żywiciela dzieci wdowa otrzymywała inwalidzką rentę rodzinną.

**System zabezpieczenia z powodu utraty zatrudnienia i dochodów** ma na celu zapewnić zasiłki pieniężne i świadczenia rzeczowe dla tych, którzy byli ubezpieczeni przynajmniej przez sześć miesięcy, zanim w ciągu roku nabyli uprawnień bezrobotnego. Zasiłki pieniężne wynosiły około 60% dziennego wynagrodzenia i były wypłacane bezrobotnemu przez okres 90 do 300 dni, zależnie od jego wieku i czasu ubezpieczenia w określonym programie ubezpieczeniowym. Bezrobotni w wieku 65 lat i powyżej, wtedy, gdy utracili pracę z powodów nie związanych z nabyciem praw emerytalnych, otrzymywali przedemerytalne zasiłki lub renty z tytułu uprawnień do specjalnej pomocy udzielanej ludziom w starszym wieku do czasu uzyskania emerytury w stosownym programie ubezpieczeniowym. Dodatkowo bezrobotni byli objęci różnymi formami poradnictwa i możliwościami przekwalifikowania zawodowego. Z tego powodu otrzymywali specjalne wsparcie finansowe pokrywające koszty uczestnictwa i zajęć przystosowawczych do nowego zawodu, łącznie z zapewnieniem diet rozłąki z rodziną oraz pobytu poza miejscem zamieszkania. Mogli być zatrudniani do różnych prac szerokiego frontu robót publicznych, na które corocznie budżet krajowy przeznaczał 10-12% z ogółu wydatków państwa.

Bezrobotni, którzy z powodu chorób lub urazów nie byli w stanie znaleźć odpowiedniej pracy, otrzymywali odpowiednią rentę inwalidzką. Bezrobotni oraz inne osoby, które czasowo utraciły źródła dochodu, mogli korzystać z odpowiednich form Systemu Funduszu Zapomogowego nie związanego z ubezpieczeniami, a należącego do kompleksu pomocy i opieki społecznej i utrzymywanego ze środków budżetu krajowego lub lokalnego.

W obszarze państwowych świadczeń opieki i pomocy społecznej istniał oddzielny dział zapomóg okresowych lub stałych, które zapewniały środki w następujących siedmiu potrzebach życiowych:

- żywienia,
- środków do życia na poziomie standardu minimum socjalnego,
- dodatku mieszkaniowego,
- stypendium szkoleniowego,
- wsparcia i troski okołoporodowej,
- opłaty za leki i świadczenia lecznicze oraz
- pokrycia kosztów pogrzebu.

Zapomogi i minimum socjalne były tak skalkulowane, aby zaspokajały konkretne potrzeby, odpowiednie do cen i kosztów utrzymania w określonym regionie kraju. Były one szczególnie pomocne dla rodzin utrzymujących się

z niskich emerytur lub rent z jednym żywicielem, który utrzymywał dwoje i więcej dzieci, zwłaszcza matek z dziećmi i małżeństw rozwiedzionych, tak aby zapewnić im godziwe warunki życia. [2, 6, 7, 13, 25, 27, 34]

---

## **Wpływ systemów bezpieczeństwa społecznego na redystrybucję dochodów w gospodarstwach domowych w latach 1961-1996**

---

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Pracy Japonii prowadzi z urzędu od 1962 roku, tj. od wprowadzenia w życie systemów bezpieczeństwa społecznego, badania budżetów gospodarstw domowych, pracowniczych, rolniczych i emeryckich. Ich dane służą do bieżącej oceny stanu, struktury i redystrybucji dochodów oraz wielkości obciążeń i wydatków różnorodnych gospodarstw domowych. Są wykorzystywane także do monitorowania różnic między obciążeniami podatkowymi i składkowymi a korzyściami socjalnymi i zdrowotnymi, tak pieniężnymi, jak i rzeczowymi z tytułu bezpieczeństwa społecznego (BS). Analizy i syntezy wyników są wykorzystywane z reguły do formowania planów bieżącej i wieloletniej polityki społecznej oraz właściwego przystosowania systemów BS do potrzeb poszczególnych grup ludności oraz zapotrzebowania instytucji zabezpieczenia i zaopatrzenia społecznego.

Wyniki badań z lat 1962-1996 wykazały m.in. ścisły związek między: stanem budżetów gospodarstw domowych i zasobami systemów BS; wydatkami na utrzymanie systemów BS a korzyściami socjalnymi i zdrowotnymi, uzyskiwanymi przez gospodarstwa domowe zależnie od wysokości ich dochodów i wieku żywiciela. Ujawniły wreszcie także stopień wpływu korzyści socjalnych i zdrowotnych systemów BS na redystrybucję dochodów pomiędzy zróżnicowanymi gospodarstwami domowymi. Z wieloletnich porównań wynika, że od lat 80-tych zarysowała się w uśrednionych gospodarstwach pracowniczych, rolniczych, emeryckich trwała tendencja ogólnej przewagi korzyści socjalnych i zdrowotnych, uzyskiwanych za pośrednictwem systemów BS (emerytury, renty, zasiłki, opieka medyczna, pomoc opiekuńczo-pielęgniacyjna, leki itp.), nad wydatkami ponoszonymi na utrzymanie BS z tytułu podatków (od dochodu, majątku, darowizn, mieszkań) oraz składek ubezpieczeniowych (emerytalno-rentowych, chorobowych i macierzyńskich).

Uśrednione roczne różnice, wyrażone w jenach na przeciętne gospodarstwo w 1996 roku, między korzyściami socjalnymi i zdrowotnymi z tytułu BS (1 272 000 y, 10 689 USD) z wydatkami na utrzymanie systemów BS (1 103 000 y, 9 269 USD) wykazywały około 15% (169 000 y, 1 420 USD)

przewagi korzyści nad wydatkami i o tę sumę gospodarstwa uzupełniały swoje dochody. Zgoła odmienne tendencje różnic między socjalnymi i zdrowotnymi wydatkami na systemy BS zanotowano wśród gospodarstw utrzymywanych przez młodszych żywicieli (w wieku od 20 do 59 roku życia) a gospodarstwami osób starszych – w wieku 60 lat i powyżej. Gospodarstwa osób starszych osiągały dwu-, pięciokrotną przewagę korzyści nad wydatkami. Gospodarstwa żywicieli młodszych – odwrotnie: wydatkowały więcej i na podatki, i składki, aniżeli otrzymywały w postaci świadczeń pieniężnych i rzeczowych z funduszy systemów BS. Działo się to m.in. dlatego, że obciążenia podatkowo-składkowe malały systematycznie z wiekiem osób starszych, a korzyści socjalne i zdrowotne, przeciwnie, parokrotnie wzrastały. Wśród gospodarstw żywicieli młodszych działo się odwrotnie. Wydatki podatkowo-składkowe zwiększały się z ich wiekiem między 20 a 59 rokiem życia, natomiast korzyści socjalne i zdrowotne systemów BS nie wzrastały i ograniczały się głównie do zapewnienia pomocy dla dzieci i opieki medycznej dla domowników.

Kolejna analiza danych wykazała, że korzyści socjalne i zdrowotne uzyskiwane z systemów BS wpływają realnie na redystrybucję dochodów wśród zróżnicowanych gospodarstw domowych. Zróżnicowanie gospodarstw wynikało z rozwarstwienia dochodów i stawek podatkowo-składkowych oraz stopnia wykorzystania przez ich domowników świadczeń socjalnych i zdrowotnych z BS. Od lat 80-tych uwidoczniły się wyraźne działania obu, tak wydatków na BS, jak i korzyści czerpanych z BS na spłaszczenie zróżnicowania dochodów wśród gospodarstw domowych. Może to świadczyć także o redystrybucji dochodów, do których większy udział wnosili korzyści czerpane z systemów BS. Wśród gospodarstw żywicieli zarabiających powyżej lub poniżej 5 mln jenów rocznie (42 000 USD) oraz młodszych i starszych wiekiem następuje przemieszczanie dochodów z gospodarstw zamożniejszych do biedniejszych oraz ich redystrybucja z gospodarstw osób młodszych do domowników starszych i emerytowanych. Wyraźny wkład korzyści materialnych systemów BS był zauważalny szczególnie w budżetach gospodarstw domowych pozbawionych ojca lub matki, z osobami niepełnosprawnymi i specjalnej troski oraz z osobami powyżej 70 roku życia.

Struktura źródeł finansowania systemów bezpieczeństwa społecznego Japonii w skali makro z roku 1990 kształtowała się w odsetkach następująco:

– udział składek ubezpieczeniowych wynosił	29,0%,
– wkład składek pracodawców stanowił	31,5%,
– podatki bezpośrednie za pośrednictwem budżetu dostarczały	24,5%,
– dochody ubezpieczeń z inwestycji oraz inne wynosiły	15,0%.

Wynika z tego, że finansowanie świadczeń i usług systemów bezpieczeństwa społecznego w Japonii pochodzi głównie ze składek ubezpieczonych i pracodawców oraz publicznych podatków ogólnych.

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

Dalsze i czytelniejsze dane dla zrozumienia skomplikowanych związków i wpływów wydatków i korzyści systemów bezpieczeństwa społecznego na ekonomikę gospodarstw domowych w Japonii, wnoszą kolejne zestawienia i opisy.

Przemiany struktury zatrudnienia i społeczno-zawodowej w Japonii w latach 1950-1995 przedstawia poniższe zestawienie.

### Struktura zatrudnienia społeczno-zawodowego w Japonii w latach 1950-1995

Dane	Lata				
	1950	1960	1970	1980	1995
Zatrudnienie ogółem (w %)	100	100	100	100	100
Klasa kapitalistyczna	1,9	2,7	5,5	6,3	5,9
Zatrudnieni na własny rachunek	61,9	47,5	36,8	31,1	13,2
w tym rolnicy, leśnicy, rybacy	44,6	30,6	18,1	9,6	5,3
Pracownicy najemni	36,2	44,8	57,7	62,6	80,9
w tym:					
urzednicy („białe kołnierzyki”)	11,9	14,2	18,3	22,7	29,3
robotnicy (niebieskie)	20,0	27,8	29,3	28,1	27,3
usługowcy (żółte)	4,3	7,8	10,1	11,8	24,3

Zestawienie to wskazuje, że notuje się:

- znaczny wzrost grupy nazwanej kapitalistyczną,
- systematyczny i głęboki spadek pracujących na własny rachunek, zwłaszcza w rolnictwie, leśnictwie i rybołówstwie,
- ciągle zwiększanie się liczby pracowników najemnych, najwyższe w grupie urzędników i usług, natomiast wśród robotników notuje się stabilizację odsetek zatrudnienia,
- całkowite odwrócenie struktury zatrudnienia i grup społeczno-zawodowych z pierwszych 20 lat (1960-1980), w stosunku do kolejnych 15 lat (1980-1995) zmniejszyła się m.in. drastycznie grupa pracujących na własny rachunek, głównie w rolnictwie, a zwiększył się 2-3-krotnie sektor pracowników najemnych w rozwiniętym przemyśle, przetwórstwie i usługach szeroko pojętych, w tym w systemach BS, edukacji narodowej, administracji i obsłudze obywateli rozwiniętego państwa,
- faktyczne przejście, mówiąc skrótowo, z kraju rolniczo-przemysłowego do kraju wysoko rozwiniętego przemysłowego o rozmaitych gałęziach przetwórstwa oraz różnorodnych nowoczesnych usługach.

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

Zmiany strukturalne w budżetach gospodarstw domowych pracowników najemnych w latach 1961-1998 przedstawia poniższe zestawienie.

### Zmiany strukturalne w budżetach gospodarstw domowych pracowników najemnych w latach 1961-1998

Dane	Lata				
	1961	1970	1980	1990	1998
Dochody z 1961/100%	100	173	536	800	904
Nadwyżka dochodów nad wydatkami (w %)	15,7	18,6	19,3	20,8	24,2
Razem podatki i składki ubezpieczeniowe (w %)	8,5	8,3	12,6	15,6	15,8
Koszt utrzymania (w %)	75,8	73,1	68,1	63,6	60,0

Wynika z niego, że:

- realne dochody gospodarstw w okresie prawie 40 lat zwiększyły się dwięciokrotnie w pierwszym dwudziestoleciu wzrosły pięciokrotnie i w drugim prawie pięciokrotnie, podstawowe jednak przyspieszenie wzrostu dochodów przypadło na okres 1980-1998, miały w tym także swój udział korzyści pieniężne i rzeczowe pochodzące z rozwiniętych systemów BS,
- nadwyżka nad wydatkami w budżecie gospodarstw systematycznie się zwiększała i bieżąco (1998) osiągnęła ok. 1/4 dochodów i była z reguły przeznaczona na oszczędności odkładane m.in. na zabezpieczenia starości,
- obciążenia gospodarstw z tytułu finansowania systemów BS podwoiły się prawie w badanym okresie i aktualnie stanowiły ok. 16% ogółu wydatków, ale i tak były znacznie niższe od wielkości pozyskanych i korzyści socjalno-zdrowotnych z systemów BS, które mieściły się także w nadwyżkach budżetowych,
- koszty utrzymania gospodarstw systematycznie zmniejszały się z roku na rok od 76% do ok. 60%, obejmowały one wszystkie bytowe i społeczne wydatki poza obciążeniami z tytułu podatków i składek na ubezpieczenia społeczne, obniżka kosztów umożliwiła w czasie tworzenia zwiększonej nadwyżki budżetowej.

Analiza obydwu zestawień dopuszcza rozumowanie, że w pierwszym okresie przyspieszonego uprzemysłowienia kraju nastąpiło nagromadzenie odpowiednich zasobów materialnych, które umożliwiły realizację zaplano-

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

wanych celów, tj. osiągnięcia warunków i standardów państwa opiekuńczego i egalitarnego. Stało się to dzięki temu, że w latach 1956-1973 Japonia wytwarzała unikalny, intensywny, szybki wzrost gospodarczy i wypracowywała przyrosty PKB od 8 do 12% rocznie. Zapewniały one stworzenie od podstaw m.in. 11 rozmaitych systemów bezpieczeństwa społecznego od 1961 roku i zatroszczenie się jednocześnie o wzrost zamożności wszystkich grup gospodarstw domowych. W kolejnych latach 1980-1998, aczkolwiek tempo rozwoju gospodarczego było spowolnione i stopa roczna wzrostu PKB była o połowę niższa około 4-5% między 1980 i 1990 rokiem oraz jeszcze niższa około 1,5 do 2,2% od 1991 do 1999 roku, to nagromadzone, pomnożone i skumulowane środki i zasoby sprawiły, że utrzymano wysoki standard systemów BS we wszystkich gospodarstwach domowych z lat 1960-1980. Jednocześnie umożliwiło to kolejnym rządów skłonić podatników wszystkich gospodarstw domowych do wyższego niż dotąd współfinansowania i uczestniczenia w kosztach utrzymania rozbudowanych 11 systemów bezpieczeństwa społecznego. Daje się to odczytać w zestawieniu prezentującym strukturę wysokości podatków i składek ubezpieczeniowych oraz nakładów z dochodu narodowego na utrzymanie systemów BS. Struktura wielkości podatków i składek ubezpieczeniowych w budżetach gospodarstw domowych pracowników najemnych w stosunku do wydatków przyjętych za 100% oraz nakłady na systemy bezpieczeństwa społecznego (BS) wyrażone jako odsetek dochodu narodowego w latach 1963-1998 znajduje się w poniższym zestawieniu.

Dane	Lata				
	1963	1970	1980	1990	1998
Podatek dochodowy	2,8	2,6	3,1	4,6	5,3
Inne podatki bezpośrednie	1,8	1,9	3,2	4,1	4,1
Składka ubezpieczeniowa	3,1	3,6	5,6	6,9	8,0
Razem obciążenia podatkowe i składowe	7,7	8,1	11,9	15,6	17,4
Nakłady na BS w % od dochodu narodowego	5,3	5,7	12,4	13,7	19,7 *

\* w roku 1999

- Z prezentowanego zestawienia wynika, że:
- wzrost podatków bezpośrednich i składek ubezpieczeniowych w obydwu 20 latach był podobny i wzrastał łagodnie, ale systematycznie. Przyrosty

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

- te między rokiem 1980 i 1998 osiągały wyższe wartości w kolejności: 1,9; 2,8 i 2,6, współpłacenie na utrzymanie systemów BS było wyższe z podatków niż ze składek;
- istnieje zbieżność względnych wysokości wydatków ponoszonych na system BS między gospodarstwami domowymi i układami przeznaczonymi z dochodu narodowego; państwo uzupełniało z budżetu krajowego około 25-30% ogółu nakładów na coroczne utrzymanie i działalność 11 systemów bezpieczeństwa społecznego.

Zestawienie wydatków na utrzymanie systemów bezpieczeństwa społecznego oraz zmian strukturalnych w budżetach gospodarstw domowych pracowniczych w 1998 roku, według grup wiekowych żywicieli, pracowników najemnych, przedstawia poniższe zestawienie.

Dane	Grupy wieku żywicieli				
	mniej niż 30 lat	od 30 do 39 lat	od 40 do 49 lat	od 50 do 59 lat	60 lat i powyżej
Wszystkie dodatki przyjęte za 100					
Nadwyżka dochodowa	25,8	28,1	23,6	23,5	19,5
Podatki bezpośrednie	4,4	5,5	7,1	9,7	7,8
Składki ubezpieczeniowe	8,4	8,6	8,6	8,3	6,0
Razem podatki i składki	12,8	14,1	15,7	17,0	13,8
Koszty utrzymania	61,4	57,8	60,7	58,5	66,7
Dochody gospodarstwa w grupie wieku mniej niż 30 lat /100	100	123	147	161	118

- Z danych powyższego zestawienia można odczytać, że:
- dochody gospodarstw w 5 grupach wiekowych żywicieli były zróżnicowane, ale różnice nie osiągały nawet dwukrotności; dochody wzrastały łagodnie z wiekiem aż do osiągnięcia przez żywiciela 50-59 roku życia; wskazuje to jednocześnie, iż w tej grupie wieku uzyskiwano najwyższe tak wynagrodzenia, jak i obciążenia podatkowo-składkowe na rzecz systemów BS oraz niższe nadwyżki dochodowe niż uzyskiwane przez żywicieli poniżej 39 roku życia; żywciele wspomnianej grupy wiekowej ponieśli nieco niższe wydatki na koszty utrzymania gospodarstw domowych;



## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

- ujawniła się tendencja, im młodszy był żywiciel, tym ich gospodarstwa miały niższe obciążenia podatkowo-składkowe na system BS, gospodarstwa młodszych żywicieli miały zbliżone koszty utrzymania, ale gromadziły wyższe nadwyżki dochodowe, świadczy to także o tym, iż oszczędzanie rozpoczęło się już w pierwszych latach pracy;
- gospodarstwa żywicieli w grupie 60 lat i więcej prezentowały najwyższe koszty utrzymania oraz niższe obciążenia podatkowo-składkowe wydatkowane na systemy BS, a jednocześnie – najniższe nadwyżki dochodów nad wydatkami, ale za to dysponowały wyższym odsetkiem oszczędności gromadzonych z upływem lat życia oraz czerpały one 2-5-krotnie wyższe korzyści ze świadczeń różnych systemów BS;

Wnikliwszy wgląd w zróżnicowanie budżetów gospodarstw domowych, zależnie od wieku żywicieli, dostarcza poniższe zestawienie uwzględniające różnice w gromadzonych dochodach oraz obciążeniach podatkowo-składkowych przeznaczonych na systemy bezpieczeństwa społecznego.

### Struktura budżetów gospodarstw domowych pracowników najemnych w 1998 roku, według 5 grup dochodów rocznych od najniższych do najwyższych

Dane	Grupy dochodowe				
	1	2	3	4	5
Wszystkie dodatki przyjęte za 100					
Nadwyżka dochodowa	18,5	23,2	24,3	24,3	26,5
Podatki bezpośrednie	3,5	4,3	5,7	7,8	11,3
Składki ubezpieczeniowe	8,0	8,3	8,7	8,6	8,0
Razem podatki i składki	11,5	12,6	14,4	16,4	19,3
Koszty utrzymania	70,0	64,2	61,3	59,3	54,3
Dochody w grupie 1/100	100	138	170	208	288

Dane powyższego zestawienia można streścić następująco:

- różnice między pierwszymi dwiema grupami gospodarstw (1 i 2) o najniższych dochodach a dwiema ostatnimi (4 i 5) – o najwyższych dochodach – nie przekraczała 2-3-krotnych wielkości, świadczyło to o ich spłaszczeniu oraz niewielkiej rozpiętości między średnimi miesięcznymi dochodami wg kolejności: 326 tysięcy jenów (2 739 USD), 450 tys. y. (3 782 USD), 556 tys. y. (4 672 USD), 674 tys. y. (5 664 USD) oraz 939 tys. y. (7 891 USD), przelicznik jenów na dolary wg 1 USD = 119 jenów;



---

## UBEZPIECZENIA NA ŚWIECIE

---

- 5 grupa gospodarstw domowych, która posiadała najwyższe dochody, ponosiła równocześnie najwyższe wydatki podatkowo-składkowe na system BS, chociaż nie czerpała z nich najwyższych korzyści;
- wydatki na systemy BS 5-tej grupy gospodarstw były prawie dwukrotnie wyższe niż grup 1 i 2; fakt ten może pośrednio świadczyć o redystrybucji dochodów między grupami gospodarstw domowych za pośrednictwem wydatków przeznaczonych na utrzymanie systemów BS,
- każda z pięciu grup gospodarstw domowych była w stanie gromadzić nadwyżki dochodów nad wydatkami oraz odkładać oszczędności tym wyższe im dochody był większe,
- nadwyżki dochodowe wszystkich grup gospodarstw domowych przewyższały wielkościami wydatki podatkowo-składkowe ponoszone na utrzymanie systemów bezpieczeństwa społecznego.

Pogłębiona analiza gospodarstw domowych utrzymywanych przez żywcicieli powyżej 60. roku życia oraz typowych gospodarstw emerytów i rencistów o najniższych świadczeniach ubezpieczeniowych wykazała, że istniały gospodarstwa, które nie były w stanie zbilansować dochodów z wydatkami w skali 1998 roku. Średnie wydatki miesięczne tych gospodarstw wynosiły 270 000 y (2 269 USD), natomiast wszystkie zgromadzone dochody (emerytura, odsetki z oszczędności, lokat, akcji i dewidendy) wynosiły 240 000 y (2017 USD). Wydatki przewyższały dochody w skali miesiąca o 30 000 y (252 USD). Stąd rozważano, czy ich dochody powinny być uzupełniane z funduszy zaopatrzenia społecznego BS, bądź domownicy tych gospodarstw mogliby dorabiać godzinowo i być zatrudniani przy różnych robotach publicznych, bez naruszania osobistego kapitału oszczędnościowego. [2, 6, 7, 10, 12, 25, 27, 34]

*Prof. dr hab. med. Henryk Rafalski jest b. nauczycielem akademickim w Akademii Medycznej w Łodzi, Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi oraz w Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie.*

---

## Piśmiennictwo

---

1. Abrams H.K.: *Together with Farmers: Social and Rural Medicine in Japan*, IAAMRH, 1979, 4, 35-41.
2. *Annual Reports one Health and Welfare 1998-1999*, Social Security and National Life, Japan, Tokyo, Ministry of Health and Welfare, 2000.

3. Arutjunow S. Swietłow G.: *Starzy i nowi bogowie Japonii*, PWN, Warszawa, 1973.
4. Cavalli - Sforza L.L.: *Geny, ludy i języki, Świat Nauki*, styczeń 1992 r.
5. Chiba University Catalogue 1986-1987, Chiba, Japan.
6. *Definition of Social Security, in Annual Reports on Health and Welfare 1998-1999*, ib.
7. *Facts and Figures of Japan*, Foreign Press Center, Tokyo, 1999.
8. Fry J.: *Medycyna w Związku Radzieckim, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii*, PZWL, Warszawa, 1972.
9. *For the Sake of the People*, Saku Central Hospital JOICFP, Series 9, Tokyo, 1983.
10. *The Grand Design for Society of Longevity*, Planning Agency of Japanese Government, Tokyo, 1986.
11. Hall I.W.: *Japonia*, PWN, Warszawa, 1979.
12. *Health and Welfare Statistics in Japan*, Tokyo, 1988.
13. *Japan Statistical Yearbook*, 1999, Tokyo, 1999
14. *Japan 1999 An International Comparison*, Keizai Koho Center, Tokyo, 1999.
15. *Japan Health Handbook* by M.E. Maruyama, L.P. Shimizu, N.S. Tsurumaki, Kodausha International, Tokyo, 1998.
16. Jofan N.: *Dawna kultura Japonii*, PWN, Warszawa, 1977.
17. *Kodansha Encyclopedia of Japan*, Kodansha Ltd, Tokyo, 1983.
18. Mombusho-Ministry of Education, *Science and Culture*, Tokyo, 1981.
19. Mydel R.: *Japonia*, PWN, Warszawa, 1983.
20. *The New Encycyklopedia Britannica*, Japan, Encycyklopedia Britannica, Inc. London, 1991.
21. *Passport to Japan*, Business Intercommunications, Inc. Tokyo, 1989.
22. Rafalski H.: Dlaczego Polska nie może być drugą Japonią, *Odgłosy* 3, 09, 1989 r. Nr 36.
23. Rafalski H.: *To nie był sen, Nowe kontrasty* nr 12/36, grudzień 1996.
24. Saku Central Hospital, Nagano Prefectural Welfare Federation of Agricultural Cooperatives Nagano, Tokyo, Japan, 1983.
25. Shoji Kokichi, Japanese Society, International Society Educational Information INc. Tokyo, 1990.
26. Social Security and Household Economy in Annual Reports on Health and Welfare 1998-1999, ib.
27. Tomczak F.: *Japonia*, Wydawnictwo Key Text, Warszawa, 1997.
28. Thorne A. G, Wolpff H. H.: *Policentryczna ewolucja człowieka*, Świat Nauki, czerwiec 1992.
29. Wakatsuki T.: *Practice of Health Services to Rural Population*, Farming Japan, 1988, 22, 15-25.
30. *Wielka Encyklopedia Powszechna PWN*, Japonia, PWN Warszawa, 1967.
31. Wiewiora D.: *Forum Reformy Służby Zdrowia*, Zeszyt 10, Warszawa, 1993.
32. *The World Health Report 2000*, Health Systems Improving Performance, WHO, Geneva, 2000.
33. *Współczesna Japonia*, The International Society for Educational Information, Inc, Tokyo, 1996.

*mgr Leszek Kwiatkowski*

## KRONIKA

**20-24 marca 2001 r.**

---

W organizowanych corocznie w Hanowerze **Światowych Targach Techniki Biurowej, Informatycznej i Telekomunikacyjnej** uczestniczyli przedstawiciele Biura Administracji i Inwestycji Centrali Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego: Wicedyrektor Biura Michał Lisowski oraz Główni Specjaliści – Joanna Makiedońska i Renata Sankiewicz.

Głównym celem wyjazdu naszej delegacji było zapoznanie się z bieżącymi trendami rozwoju techniki biurowej, sprzętu komputerowego i teletransmisyjnego. Targi, które od początku swego istnienia miały na celu prezentowanie najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie, w roku bieżącym zostały zdominowane przez firmy:

- prezentujące technologie związane z telekomunikacją,
- przedstawiające rozwiązania połączeń komputerowych z internetem,
- e-businessu, czyli handlu poprzez sieć internetu.

Wielu wystawców zaprezentowało własne propozycje organizacji stanowisk oraz sieci internetowych w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych opartych na łączach cyfrowych i mobilnych, czyli – telefonii komórkowej. Poważne firmy tworzą własne, ogromne centra obsługi globalnej sieci internetowej, chronionej i strzeżonej przed niepowołanym dostępem, szczególnie do danych finansowych, kart kredytowych, którymi płacone są rachunki w sieciach internetowych. Za „nowość” na rynku telekomunikacyjnym uznano GPRS (General Packet Radio Service) – technologię umożliwiającą szybszą i wygodniejszą transmisję danych w sieciach komórkowych trzeciej generacji. Wiele firm biorących udział w targach hanowerskich zaprezentowało szereg unikalnych rozwiązań technologicznych. I tak:

- amerykańska firma *We Media* pokazała oprogramowanie pozwalające na korzystanie z internetu osobom niewidomym i niedowidzącym oraz oprogramowanie rozszerzające możliwości konwencjonalnej przeglądarki internetowej;

- firma *Böwe* przedstawiła szeroką gamę urządzeń do obróbki wydruków komputerowych, m.in. system kopertujący z serii Turbo Plus w konfiguracji dwukanałowej, z wieloma podajnikami załączników oraz systemem RSJ podającym papier z roli, system kopertujący z serii Quattro z sześcioma różnymi stacjami podającymi załączniki, wyposażonymi w kamerę porównującą adres na kopercie z danymi na załącznikach, system do kopertowania personalizowanych kart magnetycznych dołączonych do personalizowanych dokumentów, podawanych przez urządzenie Böwe 310 S z możliwością czytania, falcowania oraz kopertowania na urządzeniach Vario. Wszystkie systemy prezentowane przez firmę Böwe posiadają oprogramowanie zapewniające pełną kontrolę i nadzór nad personalizowanym procesem technologicznym;
- firma *Compaq*, jako największy producent na świecie komputerów osobistych, pokazała nową serię produktów dedykowanych indywidualnym użytkownikom – Compaq Armad, w tym: notebooki i najnowszej generacji stacje robocze oraz serwery z serii Pro Liant.

---

**29-30 marca 2001 r.**

---

W konferencji ISSA nt. „Wymierne osiągnięcia w instytucjach ubezpieczenia społecznego”, która odbyła się w **Taorminie we Włoszech**, uczestniczyła delegacja Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w składzie: Włodzimierz Sumara – Zastępca Prezesa, Krzysztof Opara – dyrektor Biura Administracji i Inwestycji, Katarzyna Maleska – inspektor w Biurze Organizacyjno-Prawnym.

Uczestniczący w konferencji przedstawiciele kadry kierowniczej instytucji ubezpieczenia społecznego dokonali wymiany doświadczeń w zakresie zarządzania tymi jednostkami. W szeregu wystąpień zwracano uwagę na dokonujące się zmiany w strategiach działania tych instytucji w obliczu nowych trendów ogólnoswiatowych. Podkreślano, że dokonujące się zmiany w zarządzaniu instytucjami ubezpieczenia społecznego na świecie ukierunkowane są na:

- redukcję kosztów działania,
- dążenie do jak największej satysfakcji klientów poprzez dopasowanie oferowanych produktów ubezpieczeniowych do oczekiwań społecznych oraz do zapewnienia łatwego dostępu do usług ubezpieczeniowych.

Według wielu referujących, osiągnięcie pożądaných zmian może nastąpić jedynie poprzez:

- ograniczenie i uproszczenie administracji,
- motywowanie pracowników do efektywnej i wydajnej pracy,

- dążenie do skrócenia procedur ubiegania się o świadczenia oraz ich przyznawania,
- systematyczne badanie potrzeb rynku.

Menadżerowie instytucji ubezpieczenia społecznego uznali, iż podstawą wszelkich zmian w zarządzaniu instytucjami, którymi kierują, jest konieczność zidentyfikowania punktów strategicznych, wyznaczników, do których należy dążyć. Najczęściej odbywa się to w ramach programu, który wyznaczać powinien punkty odniesienia w zakresie pożądaných efektów działań w ramach założonych i opracowanych strategii. Programem tym jest: planowanie, programowanie i kontrola (PPC). Natomiast rolą kierownictwa najwyższego szczebla winno być ograniczenie się do identyfikacji celów oraz do kontroli wdrażania opracowanych wcześniej strategii.

Monitoring dążeń do wyznaczonych celów przez menadżerów powinien odbywać się w ramach wewnętrznych rozwiązań, np. poprzez wprowadzenie metody raportów, która miałaby na celu nie tylko kontrolę realizacji założonych celów strategicznych instytucji, lecz także pozwalałaby na bieżące modyfikowanie podjętych działań, jeżeli dotychczasowe wyniki nie byłyby zadowalające.

---

#### 4-7 kwietnia 2001 r.

---

W zorganizowanym w **Bratysławie na Słowacji spotkaniu Grupy Roboczej Europejskiej Konfederacji Rolnictwa CEA**, obok przedstawicieli m.in. Francji, Niemiec, Austrii, Hiszpanii, Włoch, Czech i Słowacji, uczestniczyła również delegacja KRUS na czele z Krystyną Roguską – Wicedyrektor Biura Ubezpieczeń w Centrali i Teresą Bartosiewicz – Dyrektor Oddziału Regionalnego w Radomiu.

Tematyka spotkania dotyczyła problematyki z zakresu: „Ubezpieczeń i spraw socjalnych w rolnictwie”. Celem zorganizowanego spotkania było przedstawienie funkcjonujących w niektórych państwach europejskich systemów ubezpieczeń poszczególnych ryzyk występujących w rolnictwie oraz wymiana doświadczeń w tym zakresie. Tematyką szczególnie szeroko omawianą przez poszczególnych uczestników spotkania były sprawy związane z ubezpieczeniem plonów oraz dotyczące chorób epizootycznych. I tak:

- w Niemczech system ubezpieczeń w rolnictwie oparty jest głównie na prywatnych instytucjach ubezpieczeniowych, które są wspomagane funduszami publicznymi, ale tylko w przypadku wystąpienia klęsk żywiołowych;

## KRONIKA

---

- we Francji system ubezpieczeń rzeczowych oparty jest na ubezpieczeniach prywatnych, częściowo dotowanych oraz na systemie publiczno-prywatnym w przypadku klęsk żywiołowych.

Na zakończenie spotkania nastąpił wybór nowego przewodniczącego Grupy Roboczej – został nim Michel Habig u Groupama z Francji – oraz ustalono termin kolejnego spotkania Grupy Roboczej, które odbędzie się w dniach 15-19 kwietnia 2002 roku w Stratford. Uczestnicy spotkania zostali zapoznani z tematyką, jaka jest proponowana na kolejny Kongres Rolnictwa Europejskiego w Belfaście w Północnej Irlandii w dniach 24-25 września 2001 r. Będzie on poświęcony zagadnieniom związanym z „Gospodarowaniem na konkurencyjnym rynku żywności”.

*Mgr Leszek Kwiatkowski jest dyrektorem  
Biura Kadr, Szkolenia i Informacji Centrali KRUS.*

*prof. dr hab. Błażej Wierzbowski*

## **Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników<sup>1</sup>**

Recenzowana książka zawiera zbiór artykułów, które są poszerzoną wersją referatów prezentowanych na konferencji, zorganizowanej przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową w lipcu 2000 r. Artykuły te – jak zauważono we wprowadzeniu do książki – służą identyfikacji problemów, które powinny znaleźć rozwiązanie. Recenzowana praca składa się z sześciu części:

- w części I J.S. Zegar przedstawia dochody gospodarstw chłopskich ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczeń emerytalno-rentowych w latach 1990-1998 (s. 3-20),
- część II stanowi opracowanie A. Chłoń – *Rynek pracy na wsi a system ubezpieczeń społecznych* (s. 21-37),
- w części III I. Topińska przedstawia świadczenia społeczne dla rolników w świetle badań budżetów gospodarstw domowych GUS (s. 39-75),
- w części IV I. Wóycicka formułuje diagnozę systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego rolników (s. 77-93),
- w części V E. Malinowska i W. Misiąg przedstawiają system finansowy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, jego stan obecny i propozycje zmian (s. 95-112),
- część VI stanowi podsumowanie I. Wóycickiej (s. 113-118).

Opracowanie stanowi niewątpliwie cenny wkład do dyskusji o przyszłości ubezpieczenia społecznego rolników. Autorzy poszczególnych artykułów prezentują zewnętrzny punkt widzenia na system ubezpieczenia społecznego rolników, eksponując przede wszystkim trudności, które powstają w związku z przystosowaniem tego systemu i jego użytkowników do zasad i instytucji właściwych gospodarce rynkowej. Autorzy nie tracą przecież z pola widzenia przyczyn, które spowodowały, że zarówno system ubezpieczenia spo-

---

<sup>1</sup> *Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników*. Praca zbiorowa pod redakcją Ireny Wóycickiej, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2000, Transformacja Gospodarki, Nr 109.



łecznego rolników, jak i jego użytkownicy znaleźli się w sytuacji, którą trudno uznać za dobrą, ale z której niezmiernie trudno znaleźć satysfakcjonujące wszystkich wyjście. Takie ujęcie sprawia, że dyskusja o przyszłości systemu ubezpieczenia społecznego rolników ma szansę wejść na nowe tory i uwolnić się od rozważań tylko o przeszłości, a skierować się przede wszystkim ku przyszłości.

Niewątpliwie z trzech pierwszych części nie wyłania się nastrajający optymistycznie obraz rzeczywistości wiejskiej. Ogólnie rzecz ujmując, w okresie transformacji ustrojowej spadły dochody w gospodarstwach rolnych, wystąpiło zjawisko bezrobocia agrarnego, nastąpiło zubożenie gospodarstw domowych świadczeniobiorców KRUS. Są jednak w tym obrazie elementy jaśniejsze, wskazujące na to, że w części gospodarstw i w odniesieniu do części ubezpieczonych nastąpiły pozytywne zmiany. Nie da się jednak powiedzieć, że ich czynnikiem sprawczym był system ubezpieczenia społecznego rolników. System ten pełnił przede wszystkim funkcję osłonową, nie stymulował zmian. Stąd też próby – najsmielej przedstawione w części IV – poszukiwania nowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w odniesieniu do tego systemu.

Bardzo konkretne, choć charakteryzujące się niewątpliwie schematyzmem i apriorycznym podejściem, są propozycje zawarte w części V. Między tym, co wynika z trzech pierwszych części, a postulatami wynikającymi z części IV i V występuje wyraźna nierównowaga. Postulaty wydają się zbyt śmiałe, niedostosowane do systemu obecnego. Dlatego dobrze się stało, że w podsumowaniu próbuje się znaleźć takie rozwiązania, które są wyrazem doceniania wagi obecnych realiów polskiego rolnictwa, stanu finansów publicznych, sytuacji dochodowej rolników. Takie ujęcie oszczędza recenzentowi trudu polemiki z wcześniejszymi ocenami szczegółowymi, a skłania do włączenia się do dyskusji, którą owo bardzo udane, bogate w treść podsumowanie otwiera.

Trafna jest konstatacja (s. 114), że problematyka mobilności zawodowej nie znajduje należytego odzwierciedlenia w dotychczasowym ustawodawstwie socjalnym. Ustawodawstwo ogranicza bowiem dostęp ludności rolniczej do różnorodnych instrumentów finansowanych przez fundusz pracy i PFRON. Sformułowany na tym tle postulat, aby zrewidować podejście ustawodawstwa socjalnego do kwestii otwarcia rynku pracy na potrzeby rolników, zasługuje na akceptację, a analityczne części recenzowanego opracowania dostarczają wystarczająco wiele argumentów uzasadniających ten postulat. Ten ogólny postulat przekłada się przecież na postulaty szczegółowe, które też są co do zasady trafne. Pojawia się przecież wątpliwość co do czasu i kolejności ewentualnej realizacji tych postulatów. Trafnie zauważa się, że obecne przepisy o ubezpieczeniu społecznym tworzą bariery finansowe dla osób pragnących zrezygnować z działalności rolniczej na rzecz pozarolniczej.



czej działalności gospodarczej, a tym samym mogą hamować proces restrukturyzacji rolnictwa. Czyż jednak jedynym sposobem na usunięcie tych barier ma być stworzenie jednolitego systemu ubezpieczenia społecznego dla osób prowadzących działalność gospodarczą, uwzględniającego specyfikę małych przedsięwzięć gospodarczych (s. 115)? Skoro widzi się związek tego zagadnienia z restrukturyzacją rolnictwa, a samej restrukturyzacji nie pojmuje się tylko jako dążenia do powiększania – za wszelką cenę – obszaru gospodarstw rolnych, to raczej należałoby zmierzać do pozostawienia w systemie ubezpieczenia społecznego rolników tych wszystkich, którzy nie zaprzestając działalności rolniczej, podejmują również inną działalność gospodarczą, przynajmniej do momentu, w którym ta działalność zacznie przynosić przedsiębiorcy dochód porównywalny chociażby ze średnią płacą. Pewnie, że będzie to kosztowało, lecz czy wprowadzane właśnie renty strukturalne, nie wywołujące pozytywnych efektów w zakresie mobilności zawodowej, nie będą kosztować?

Niewątpliwie zasługuje na gruntowne rozważenie opinia, że istotną barierą tworzenia na wsi nowych miejsc pracy poza rolnictwem są obecne relacje pomiędzy wysokością minimalnego wynagrodzenia i wysokością rolniczych rent inwalidzkich. Zagadnienia relacji nie można wszakże odrywać od zagadnienia siły nabywczej porównywanych świadczeń. Nie jest zaś ona imponująca. Stąd też – przynajmniej obecnie – wszelkie rozważania na temat relacji tych świadczeń i jej negatywnej roli w tworzeniu na wsi nowych miejsc pracy są oderwane od rzeczywistości. Zdecydowanie przedwcześnie są też postulaty zachęcające do rewizji dotychczasowego podejścia do problemów inwalidztwa w systemie ubezpieczenia społecznego rolników (s. 115). Ustawodawca, odnosząc niezdolność do pracy ubezpieczonego rolnika do pracy w konkretnym gospodarstwie rolnym, dał dowód realizmu w ocenie szans rolniczych „inwalidów” na rynku pracy. W słabo wyposażonym technicznie, wymagającym dużego nakładu pracy fizycznej gospodarstwie rolnym łatwo pewnie uznać kogoś za niezdolnego do pracy. Ta sama definicja przyniesie przecież w praktyce zupełnie inny rezultat w wielkotowarowym gospodarstwie rolnym, w którym praca prowadzącego to przede wszystkim wysiłek intelektualny.

W obliczu wzrastającego bezrobocia, dotykającego także ludzi młodych, zdrowych i wykształconych, próba kierowania na rynek pracy – choćby i lokalny – niepełnosprawnego, niemłodego i na ogół niezbyt wykształconego rolnika, niezdolnego do pracy w swym, dającym mu nadal jakieś wsparcie, gospodarstwie rolnym, przestaje być zrozumiała.

Głębokiego rozważenia wymagają postulaty zmiany szacunkowego systemu określania dochodów z działalności rolniczej, objęcia rolników podatkiem dochodowym i powiązania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne rolników z wysokością dochodów z działalności rolniczej (s. 116). Na

razie stwierdzić trzeba, że system rolniczy jest obszarem wolnym od bezsensownej biurokracji. Realizacja przedstawionych wyżej postulatów jest prostą drogą do zbiurokratyzowania również tego systemu, bez wyraźnych ku temu powodów i bez widoków na jakiegokolwiek korzyści. Ubogim trzeba będzie płacić tyle samo co obecnie (lub może więcej), a ściągać tyle samo składek co teraz (lub może jeszcze mniej), tyle że w oparciu o „papierowe podkładki”. Trzeba po prostu uczynić szacunkowe dochody bardziej zbliżonymi do rzeczywistych, ryzykując, że aktywny będzie miał pewną premię w sferze socjalnej.

Warto uwzględnić doświadczenia niemieckie. W Niemczech w systemie ubezpieczenia rolników na starość nikt nie kwestionuje zasady: równa składka – równe świadczenie, a do poprawy efektywności środków publicznych przeznaczanych na dofinansowanie systemu dąży się, przeznaczając część tych środków na pokrycie części składek wnoszonych przez uboższych, co pozwala *de facto* na podnoszenie składki obciążającej pozostałych rolników.

Autorka podsumowania krytycznie ocenia obecny stosunek ubezpieczonych do świadczeniobiorców w KRUS. Tymczasem świadczy to o dobrym wypełnieniu przez system swej pozaubezpieczeniowej funkcji. W procesie przemian strukturalnych liczba ubezpieczonych winna maleć, a świadczeniobiorcy pozostają w systemie tak długo, jak i nam na to pozwoli natura. Stąd „odwrócona piramida wieku”, „obciążenie ciężarem wieku przejściowego” to zjawiska w systemie rolniczym prawidłowe. Ich brak musiałby budzić zaniepokojenie.

Postulat uproszczenia systemu finansowego ubezpieczenia społecznego rolników jest niewątpliwie słuszny (s. 118). Należy jednak przyjrzeć się uważnie szczegółom. Propozycje zawarte w części V opracowania zdają się nie różnić przejrzystości od uproszczenia. Nie wszystko co skomplikowane jest nieprzejrzyste, a nie wszystko co proste odpowiada postulatowi przejrzystości. Krytyczne uwagi Autorów tej części opracowania pod adresem systemu finansowego KRUS nie przeszkodziły wszakże przedstawieniu tego systemu w postaci przejrzystego wykresu (s. 104). Jest to zasługa Autorów, lecz przecież i ustawodawca, precyzując relacje między poszczególnymi funduszami, nie utrudniał im zadania. Jeśli wzorcem do naśladowania miałby być system finansowy ZUS, to reforma systemu rolniczego byłaby zbyt ryzykowna. W dziesięcioletniej praktyce KRUS system finansowy tej instytucji okazał się wydolny i przewidywalny. Lepiej więc nie ryzykować przenoszenia do KRUS systemu finansowego z ZUS.

Równie ostrożnie należałoby odnieść się do końcowego postulatu (s. 118), aby podporządkować KRUS ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego. Trafność tego postulatu trudno zweryfikować. Minister do spraw zabezpieczenia społecznego może uwzględnić problematykę ubezpieczeń społecznych rolników w kontekście polityki rynku pracy. Minister wła-

ściwy do spraw rolnictwa i rozwoju wsi musi mieć również na uwadze ten kontekst, a dodatkowo także – problemy restrukturyzacji rolnictwa. Decyzja o podporządkowaniu instytucji obsługującej ubezpieczenie społeczne rolników ma zawsze wymiar polityczny. W początkowym okresie przemian strukturalnych w rolnictwie przeważają zwykle względy pozwalające umieścić tę instytucję w resorcie rolnictwa. Pod tym względem rozwiązanie polskie nie jest osobliwością i nie widać też, aby przyniosło ujemne skutki.

Recenzowane opracowanie stanowi niewątpliwie cenny wkład w dyskusję o przyszłości ubezpieczenia społecznego rolników. Autorom i Redaktorowi Nauce należą się słowa uznania za wnikliwe podejście do przedstawionych w opracowaniu zagadnień. „Rynkowe” podejście do omawianej problematyki nie usunęło w cień społecznych i politycznych dylematów, przed którymi stanie w przyszłości ustawodawca. Okazuje się, że zwolennicy „rynkowego” podejścia do problematyki ubezpieczeń społecznych to nie dogmatycy i nie „ludożercy”. Widzą omawiany problem w całej jego złożoności. Akcentowany przez nich pragmatyzm bardzo się przyda w dyskusji o zagadnieniu, które obrosło już swoistą mitologią i stereotypami, co powoduje, że nie zawsze dyskusja dotyczy konkretów. Na tle dotychczasowej dyskusji o ubezpieczeniu społecznym rolników recenzowana książka wyróżnia się dodatkowo pragmatyzmem i rzeczowością.

*Błażej Wierzbowski jest dr hab. prof. nadzw.  
Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.*

Robert Korsak

## Socjologia wsi w Ameryce Północnej

Przedmiotem omawianej pracy [1] są wybrane problemy socjologii wsi w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Obejmuje ona dwanaście tekstów reprezentatywnych dla socjologii, która „za swój przedmiot obrała szeroko pojęte rolnictwo oraz związane z nim segmenty społeczeństwa.” Prace te reprezentują nurt „nowej socjologii wsi”, powstałej w USA jako reakcja na ruchy społeczne lat siedemdziesiątych, m.in. na falę protestów wśród rolników. Wydarzenia te podważyły wizję społeczeństwa „jako systemu zgodności, równowagi i ładu. W miejsce to wprowadzona została wizja wszechobecnego konfliktu i niezgody”. Nowa socjologia wsi, stwierdzają J. Gilbert i P.H. Mooney, to „zupełnie odmienna niż dotąd perspektywa, charakteryzująca się podejściem historycznym, jakościowym i porównawczym.” Przedmiotem jej badań i zainteresowań są takie problemy, jak struktura agrarna, polityka rolna państwa, siła robocza w rolnictwie, nierówności społeczne i problemy ekologiczne. Inne ważne tematy to łączenie pracy w rolnictwie z zatrudnieniem poza gospodarstwem, rola kobiet i w ogóle podział pracy w sektorze rolnym według płci, zmiany technologiczne, badania i nauki rolnicze oraz kryzys rolny w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych.

Cechą charakterystyczną nowej socjologii wsi jest „jej nastawienie krytyczne zarówno w sensie teoretycznym, jak i ideowo-politycznym” wobec tradycyjnie ujmowanej problematyki wsi, utrzymujących się nierówności społecznych, ubóstwa na obszarach wiejskich i innych. Centralnym problemem dyskusji była kwestia rodzinnych gospodarstw rolnych i zagrożenie ich przyszłości w rozwiniętym społeczeństwie kapitalistycznym. Nowym kierunkiem badawczym socjologii wsi w USA jest międzynarodowy kontekst problematyki wsi i rolnictwa. Większość tekstów książki dotyczy procesów racjonalizacji związanych z rozwojem kapitalistycznych stosunków produkcji w rolnictwie.

Opracowanie W.H. Friedlanda, otwierające pracę, traktuje o przyszłości socjologii wsi w dobie zmierzchu społeczności wiejskiej w USA „... Społeczność wiejska stanowi obecnie niewielki odsetek społeczeństwa ame-

*rykańskiego i w związku z tym nie stanowi już znaczącego przedmiotu badań socjologii wsi.*” Omawiając „*zmierzch społeczności wiejskich*”, autor przypomina, że tendencja występująca w USA od 1916 roku polegała na tym, że spadała liczba ludności rolniczej przy utrzymywaniu się niezmięnionej liczby mieszkańców, ale już wykonujących zawody nierolnicze (przemysł, handel i inne) i przy zwiększającej się liczbie emerytów, przez co ta populacja mieszkańców nie ma już charakteru „wiejskiego”, ani tym bardziej „rolniczego”. Ciągłemu spadkowi ludzi zatrudnionych w rolnictwie towarzyszy stały proces koncentracji produkcji rolniczej. Zacierają się różnice między „wiejskością” a „miejskością”.

*„Biorąc pod uwagę te wszystkie trendy, a więc koncentrację produkcji, marginalizację gospodarstw rodzinnych, ciągły nacisk na monokulturową specjalizację gospodarstw, wzrastające uprzemysłowienie produkcji – rolnictwo jako takie przestało pełnić rolę swoistego mitu czy tradycji. USA podążają w kierunku całkowitej transformacji rolnictwa, które przestając być sposobem życia, poszukuje obecnie nowej tożsamości. Idea jest jasna (...) podstawowym wyznacznikiem produkcji rolnej staje się pieniądz (...) Rolnictwo nie jest już zjawiskiem charakteryzującym społeczeństwo wiejskie. Jest takim samym procesem, jak wszelkie inne typy produkcji i podlega tym samym prawom co one. Można wprawdzie obserwować pewne specyficzne właściwości rolnictwa jako procesu produkcyjnego, wypływające z jego swoistości i tradycji, ale tym, co dominuje, jest podobieństwo do innych rodzajów działalności gospodarczej.”*

Wiążą się z powyższym teoretyczne trudności zdefiniowania „wiejskości” i przedmiotu badań socjologii wsi, co omawia J. Gilbert. Inny autor (W.H. Friedland), zastanawiając się nad perspektywą socjologii rolnictwa, omawia nowe koncepcje analityczne dotyczące rolnictwa amerykańskiego z połowy lat siedemdziesiątych, które przybrały formę socjologii i ekonomii rolnictwa. Badane były takie zagadnienia, jak przebieg procesu produkcyjnego, organizacje reprezentujące interesy rolników-producentów, siła robocza jako czynnik w procesie produkcji, system marketingu i dystrybucji towarów rolnych i inne. Stwierdzono np., że każdy typ produkcji, a czasem kilka pokrewnych, rozwinął specyficzny typ organizacji. Niektóre z nich są dobrowolne i prywatne, część to organizacje publiczne. Wiele z takich organizacji zajmuje się marketingiem i reprezentuje producentów, np. w stosunkach z rządem, organizacjami konsumenckimi, firmami transportowymi itp.

Z kolei J. Kloppenburg jr i F.H. Buttel piszą o badaniach w rolnictwie jako formie interwencji państwa, przedstawiają badania naukowe prowadzone dla potrzeb rolnictwa finansowane ze środków publicznych. Zwracają uwagę, że wyniki badań wdrożonych do praktyki rolnej cechuje wysoka ren-

towność (stopa zysku od 30 do 60%), mimo to utrzymuje się stałe niedofinansowanie sektora publicznego w badaniach rolniczych. Autorzy zwracają uwagę, że w warunkach amerykańskich nawet niewielka nadwyżka podaży produktów rolnych powoduje istotny spadek ceny i spadek absolutny dochodów rolników, dlatego „*rozwój rolnictwa bazujący na gwałtownym i szeroko rozpowszechnionym postępie technicznym staje się złym snem.*” Stąd niewielu farmerów udzielało poparcia badaniom finansowanym ze środków publicznych, co nie znaczy, że są „*totalnie im przeciwni*”. Za istniejące „*niedoinwestowanie tego sektora badań*” odpowiedzialne są, najogólniej biorąc, sprzeczności interesów dużych grup społecznych, w tym w zasadniczej części „*efekty walki rolników o swoje interesy*”.

Kilka opracowań dotyczy rodzinnych gospodarstw rolnych. H. Friedman w artykule pt. „*Rodzinne gospodarstwo rolne w rozwiniętym społeczeństwie kapitalistycznym*” pisze, że: „*większość gospodarstw rolnych w rozwiniętych krajach kapitalistycznych nie ma, jeśli przyjrzeć się panującym w ich obrębie stosunkom społecznym, charakteru kapitalistycznego. Większa część pracy wykonywana jest bowiem przez samych rolników i ich rodziny. Praca najemna zarówno w sensie jakościowym, jak i ilościowym jest mniej znacząca*”. Dlatego, zdaniem autorki, teoria rodzinnego gospodarstwa rodzinnego wymaga opracowania koncepcji prostej produkcji towarowej (produkcji drobnotowarowej) i ujęcia jej dynamicznych relacji ze społeczeństwem kapitalistycznym.

P.H. Mooney w opracowaniu pt. „*Rodzinne gospodarstwo rolne w układzie stosunków klasowych*” (praca z 1983 r.) podejmuje próbę ujęcia stosunków w rolnictwie Środkowego Zachodu USA (m.in. stany – Północna i Południowa Dakota, Iowa, Ohio), przy użyciu kategorii klasowych. Jest to region specyficzny pod względem form organizacji rolnictwa i odmienny od innych obszarów USA. Autor omawia wybrane elementy modelu analitycznego, ze szczególnym uwzględnieniem teorii struktury Erika Wrighta, w których dominują gospodarstwa rodzinne (family farms) oraz niektóre pojęcia weberowskie. Formułuje tezę, że swoista „niecałkowita” transformacja stosunków społeczno-ekonomicznych w rolnictwie, od formy drobnotowarowej do kapitalistycznej, może być rezultatem wymogów kapitalizmu jako formacji społeczno-ustrojowej.

Autor analizuje stosunki dzierżawne (dzierżawę ziemi), zadłużenie, produkcję kontraktową, pracę poza gospodarstwem, wynajmowanie osób do pracy w gospodarstwie i inne. Jego zdaniem, społeczeństwo kapitalistyczne: „*przystosowało się do swoistej formy produkcji, jaką jest rodzinne gospodarstwo rolne, w rezultacie powstał system produkcji rolnej, który nie jest w pełni ani kapitalistyczną, ani też drobnotowarową formą pro-*



*dukcji. Drobni producenci natomiast mogą przemieszczać się zarówno w kierunku pozycji typowych kapitalistów, jak i pracowników”.*

S. Salamon w opracowaniu pt. *„Społeczności etniczne a typy rolnictwa”* analizuje dwie społeczności rolnicze ze stanu Illinois, dysponujące identycznymi warunkami naturalnymi. Jedną tworzą potomkowie niemieckich katolików, drugą potomkowie angielskich osadników protestanckich (Jankesi). Zdaniem autorki: *„cele rodzin ukształtowane przez tradycje etniczne wyjaśniają różnice w sposobach użytkowania ziemi i prowadzenia gospodarstw”*. Omówiono typologię wzorów gospodarowania obu grup, obejmującą takie cechy, jak cele, strategia gospodarstwa, charakterystyki rodziny, struktura społeczności (Niemców cechowała ciągłość rodzinnego gospodarstwa, Jankesów przedsiębiorczość zorientowana na zysk i inwencja).

P.F. Bartett w opracowaniu pt. *„Rolnicy dwuzawodowi: zachowanie gospodarstwa czy wiejskiego stylu życia?”* stwierdza, że: *„praca rolników poza gospodarstwem postrzegana kiedyś jako tymczasowa odpowiedź na ciężką sytuację (...) uznawana jest obecnie za naturalny element rolnictwa w każdym społeczeństwie”*. Zjawisko dwuzawodowości występuje w wielu krajach, np. w Wielkiej Brytanii dwuzawodowcy stanowią 30% rolników, w Niemczech 55%, w Norwegii ponad 66%, a w Japonii aż 87%, przy czym rolnicy ci są liczącymi się producentami.

W USA gospodarstwa prowadzone przez osoby utrzymujące się tylko z rolnictwa stają się coraz mniej liczne, lecz zarazem coraz większe. Gospodarstwa dwuzawodowe stanowią w tej sytuacji przeciwny biegun w coraz bardziej rozwarstwiającej się zbiorowości rolników. Występują dwa podejścia w ocenach tego zjawiska. Jedno – uznaje pracę poza gospodarstwem jako walkę o utrzymanie gospodarstwa, drugie – jako formę konsumpcji (korzystanie z *„najlepszych wartości dwóch światów”*). Czasami utrzymanie gospodarstwa interpretuje się jako hobby lub uzasadnienie potrzeby zamieszkania na wsi (cele ekonomiczne są tu drugorzędne), przy czym ocenia się, że rolnicy dwuzawodowi *„psują rynek”*.

Badania wykazały, że decyzje o pracy poza gospodarstwem są z reguły bardzo złożone, związane zwłaszcza z poziomem dochodów i stylem życia. Przyszłość dwuzawodowego rolnictwa w USA zależy od wielu czynników, takich jak: tworzenie nowych miejsc pracy na terenach wiejskich, krótszy dzień pracy, pojawienie się płatnych urlopów, poprawa wiejskich i lokalnych dróg itd. Dwuzawodowość w rolnictwie ma długą tradycję (rzemieślnicy i inni), a zjawisko to w miarę rozwoju rolnictwa zaczęło nabierać znaczenia

np. w USA w latach siedemdziesiątych dwie trzecie rodzin rolniczych uzyskiwało więcej niż połowę dochodów z pracy poza gospodarstwem, a tylko 8% rodzin utrzymywało się wyłącznie z pracy na roli.

Wśród badanych rolników autorka wyróżnia trzy grupy:

- pierwsza to „przejściowi” dwuzawodowcy (średnia wielkość ich gospodarstw wynosi około 80 ha), podejmujący się dodatkowego zajęcia, aby „przetrwać w rolnictwie”;
- druga grupa, którą tworzyło większość dwuzawodowców, stanowią typowi rolnicy dwuzawodowi pracujący poza gospodarstwem w pełnym wymiarze godzin w zawodzie (prowadzili gospodarstwa o powierzchni od około 9 ha do około 200 ha), część tych rolników pracowała w kooperacji z innymi gospodarstwami (wspólna własność sprzętu i inne).
- trzecia grupa to inwestorzy, większość z nich odziedziczyła swoje gospodarstwa, z reguły wcześniej pracowali oni w zawodach pozarolniczych.

W drugiej i trzeciej grupie praca poza gospodarstwem traktowana jest jako stały element rodzinny strategii działania, niemniej w przyszłości za tym może kryć się tendencja do odchodzenia z rolnictwa.

Rolnicy dwuzawodowi objęci badaniem mieli wyższe od przeciętnych dochody i poziom wykształcenia, stabilne zatrudnienie i inne, a pracę w gospodarstwie traktowali jako dodatek do kariery zawodowej poza rolnictwem (pracowali oni w przemyśle, handlu, policji, urzędach państwowych i szkołach). Badania przeczyły poglądom, że rolnicy dwuzawodowi to tania rezerwa siły roboczej w przemyśle. Wykazały również istotne zróżnicowanie obszarów (przeciętny obszar wynosił około 95 ha) i typów gospodarstw prowadzonych przez dwuzawodowców (wartość sprzedaży od 10 tys. do 20 tys. dolarów rocznie).

Omawiając przyczyny pojawienia się rolnictwa dwuzawodowego, autorka stwierdza, że dochody z pracy poza gospodarstwem są traktowane przez badanych rolników jako podstawowe, a wśród podawanych przyczyn zajęcia się rolnictwem przeważały racje ekonomiczne (ale nie jako sposób ratowania rodzinnych gospodarstw rolnych), a nie chęć zachowania specyficznego stylu życia. Jednym z ważniejszych powodów podejmowania pracy w rolnictwie jest chęć bycia „swoim własnym szefem”. Do przyczyn podejmowania takiej pracy należą także korzyści dla dzieci i poprawa odżywiania się.

Rola kobiet w rolnictwie, którą omawia Cornelia Flora („*Kobiety w rolnictwie. Analiza historyczno-porównawcza*”), jest ogromnie zróżnicowana w zależności od miejsca i czasu analizowanego zjawiska. Autorka formułuje hipotezę, że polityka ekonomiczna oddziałuje na sytuację kobiet pośrednio



przez kształtowanie określonej struktury rolnej. Na sytuację kobiet w rolnictwie największy wpływ ma ogólna polityka makroekonomiczna, a nie polityka rolna.

Praca kobiet w gospodarstwie lub poza gospodarstwem służy z reguły wspieraniu produkcji podstawowej i dostarczaniu kapitałów (środków pieniężnych) pomiędzy siewami a zbiorami. Praca kobiet redukuje poziom ryzyka i dostarcza środków kapitałowych w różnych systemach rolnych, od tradycyjnych gospodarstw chłopskich poczynając, a na nowoczesnym rolnictwie towarowym kończąc.

W rolnictwie chłopskim w krajach rozwijających się i w USA, stwierdza autorka, potrzeby i tradycja nadały gospodarstwom rolnym rodzinny charakter: *„Rodzinna siła robocza jest elastyczna jak żadna inna, zwłaszcza w kontekście minimalizacji ponoszonego ryzyka i maksymalizacji zysku, aczkolwiek rodzina nie jest zbiorowością zgodnych interesów i mogą tu zachodzić sprzeczności interesów niektórych jej członków.”*

Autorka analizuje procesy gospodarcze, w tym politykę gospodarczą i rolną w długim okresie i ich wpływ na sytuację kobiet w rolnictwie: *„Polityka faworyzująca wielką własność, agresywny marketing, ostre wymogi sanitarne i odpisy podatkowe ze środków przeznaczanych na inwestycje eliminuje kobiety z tych dziedzin produkcji, gdzie dotychczas utrzymywały swoje pozycje, bazując na ich niskich kosztach i stałym wkładzie pracy.(...) W krajach wysoko rozwiniętych kobiety ciągle stanowią rezerwową armię rąk do pracy w okresach spiętrzenia robót (...) W krajach rozwijających się (...) kobiety są zatrudniane sezonowo w okresach siewu, żniw i pakowania wyprodukowanych artykułów.(...) W rodzinnych gospodarstwach rolnych na całym świecie praca kobiet poza gospodarstwem coraz bardziej służy dostarczaniu kapitału niezbędnego do podtrzymania funkcjonowania gospodarstwa. (...) Kobiety mają mniejsze szanse na określanie warunków swojej pracy, czy kontrolę korzyści uzyskanych z tytułu jej wykonywania. Dzieje się tak w wyniku polityki gospodarczej, która doprowadziła zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się do odseparowania od siebie głównych składników procesu produkcyjnego, tj. kapitału, ziemi, siły roboczej i zarządzania.”*

Omawiany wybór tekstów kończy opracowanie P. Mc Michaela pt. *„Globalizacja: mity i realia”*. Globalizacja, pisze autor: *„stanowi jakościową zmianą w sposobie społecznej organizacji, co oznacza historyczną przemianę w światowym systemie kapitalistycznym. (...) Globalizacja oznacza przede wszystkim szczególną postać zarządzania finansami w skali światowej. Koncepcje globalizacji stanowią swoisty plan rozwojowy, zarządzany przez wpływową światową elitę finansistów, grupę urzędni-*

*ków międzynarodowych instytucji, przywódców wpływowych państw oraz prezesów wielkich korporacji”.*

*„... Globalizację propagują urzędnicy państwowi (zwolennicy liberalizacji gospodarki), nowe elity finansowe oraz czołówka ponadnarodowych korporacji w powiązaniu z urzędnikami instytucji międzynarodowych, takich jak Międzynarodowy Fundusz Walutowy, Bank Światowy i Światowa Organizacja Handlu. (...) Elity te tworzą współczesną światową klasę panującą.”*

Idea globalizacji jest alternatywną koncepcją do projektów rozwojowych, które były formułowane i realizowane „... z chęci stabilizacji światowego systemu kapitalistycznego po II wojnie światowej w obliczu zimnej wojny” (te projekty rozwojowe obejmowały m.in. plan Marshalla, powołanie MFW, Banku Światowego i inne; zakładały one rozwój przemysłowy krajów i regionów oraz tzw. zieloną rewolucję w rolnictwie). O ile wcześniejsze koncepcje rozwojowe były próbą uporządkowania świata za pomocą zarządzania gospodarkami narodowymi, to koncepcja globalizacji: „poszukuje stabilizacji kapitalizmu przez zarządzanie gospodarką w skali globalnej – głównie dzięki procesom specjalizacji gospodarek poszczególnych państw a nie ich upodabnianiu” (specjalizacja w niektórych przypadkach może powodować zjawisko marginalizacji). Już w ramach poprzedniego „projektu rozwojowego” przykładano dużą wagę do powiązań międzynarodowych, a szczególną rolę odgrywały USA.

W końcu lat siedemdziesiątych zadłużenie stało się hamulcem rozwoju. Towarzyszyło temu myślenie elit gospodarczych i politycznych zdominowane przez monetaryzm (kładący nacisk na utrzymanie przede wszystkim równowagi finansowej jako podstawy dobrego stanu gospodarki) jako podstawę neoliberalnej polityki gospodarczej. Kryzys zadłużeniowy oznaczał koniec projektu rozwojowego. Warunki rozwiązywania problemu zadłużenia (w skali światowej) określał MFW wspólnie z Bankiem Światowym: „Warunki te zostały ustanowione jako pewne uniwersalne zasady. Należą do nich m.in.: prywatyzacja majątku publicznego, obniżka wydatków na cele socjalne, obniżka płac realnych, dewaluacja walut narodowych oraz promowanie eksportu. Krótko mówiąc, cele projektu rozwojowego podporządkowanego wizji wzrostu gospodarczego i osiągnięcia bogactwa narodowego zostały zarzucone na rzecz nowej zasady, polegającej na zarządzaniu w skali światowej wzrostem ekonomicznym ze skupieniem uwagi na integralności systemu finansowego oraz warunków sprzyjających dla kapitału międzynarodowego. Wiele krajów reprezentujących różny poziom rozwoju przyjęło w efekcie politykę przystosowania strukturalnego, obejmującą m.in. przeformowanie roli państwa”. Dla zapewnienia wiarygodności kredytobiorców wymuszano zmianę dotychczasowych priorytetów gospodarczych oraz redukcję opiekuńczej roli państwa. Rozwi-

janie produkcji eksportowej i oferowanie atrakcyjnych warunków dla zagranicznych inwestycji stało się nowymi priorytetami w skali międzynarodowej. Spowodowało to spadek inwestycji państwowych w krajach Trzeciego Świata oraz dziesięciokrotny wzrost tempa prywatyzacji w latach osiemdziesiątych.

Zawężenie funkcji państwa ograniczyło także jego zdolność do działania jako instytucji narodowej, wzmocniło natomiast pozycję ministerstw finansów i handlu w strukturze organów rządowych, które przeprowadzały programy oszczędnościowe w zakresie edukacji, rolnictwa, zdrowia i spraw społecznych. Ekonomiczne kryteria, jakimi operuje koncepcja globalizacji, usunęły w cień kryteria społeczne, jakimi operowały narodowe projekty rozwoju po II wojnie światowej.

W krajach poddanych przystosowaniu strukturalnemu wykształcił się nowy typ postępowania dotyczący rozwoju. Po pierwsze, wierzyciele (zagraniczni) uzyskali możliwość przeformułowania projektów rozwoju poszczególnych państw narodowych. Podstawowym celem narodowych polityk gospodarczych stała się całościowa restrukturyzacja gospodarki, dyktowana koniecznością spłacenia uprzednio zaciągniętych długów, a Bank Światowy politykę udzielanych kredytów powiązał z koniecznością liberalizacji gospodarki.

Po drugie, programy przystosowawcze, takie jak prywatyzacja i rozwój eksportu, sprzyjają raczej funkcjonowaniu gospodarki światowej (zapewniają stały dopływ produktów do bogatych krajów) i międzynarodowych instytucji finansowych aniżeli gospodarek poszczególnych krajów: *„Każde z tych przedsięwzięć podważa spójność i suwerenność poszczególnych gospodarek narodowych. Obniżone płace (żeby zachęcić kapitał zagraniczny do inwestycji) zmniejszają siłę nabywczą ludności i zmniejszają chłonność rynku na lokalne produkty. Prywatyzacja przedsiębiorstw publicznych obniża możliwości działania państwa w sferze ekonomicznej i socjalnej. Na dłuższą metę państwo nie ma możliwości realizowania polityki priorytetów produkcyjnych. Redukcja wydatków publicznych generalnie zmniejsza zdolność państw do koordynacji narodowych polityk gospodarczych i społecznych. Wzrastająca integracja pewnych sektorów gospodarek narodowych ze światowym systemem gospodarczym prowadzi generalnie do osłabienia możliwości koordynacji polityki ekonomicznej na poziomie instytucji państwa”*.

Globalne zarządzanie gospodarką, pisze autor, nie eliminuje całkowicie państwa przez instytucje międzynarodowe, które współpracując z krajowymi elitami politycznymi dokonują przemian struktury organów państwowych, przy czym: *„...reorganizacja ta odbywa się w sposób niedemokratyczny. Urzędnicy instytucji międzynarodowych zdobywają coraz silniejszą pozycję jako strażnicy tych nowych zasad”*. Jest to szczególnie widoczne przy liberalizacji gospodarek państw zadłużonych, kiedy nie zwraca się uwagi na interesy obywateli (praktyka ta jest szeroko stosowana przez Światową

Organizację Handlu). „Centralizacja władzy w instytucjach globalnych oznacza ich faktyczną zdolność do zmiany priorytetów działania rządu danego państwa, np. Bank Światowy ma możliwość kształtowania nie tylko polityki poszczególnych państw, ale też wpływania na charakter ich rządów... Globalizacja, stwierdza autor, jest złożonym i wewnętrznie sprzecznym procesem (...) jej jedynym uniformizującym czynnikiem jest (...) polityczny projekt restrukturyzacji, polegający w istocie na zabezpieczeniu warunków ekspansji wielkich ponadnarodowych korporacji (...) Przyniosła ona drakońskie skutki dla krajów Europy Wschodniej po upadku muru berlińskiego”. Autor zwraca uwagę, że w miarę intensyfikacji procesów integracyjnych nasila się coraz bardziej zjawisko wielokulturowości (tożsamość etniczna i kulturowa), która zaczyna zastępować tożsamość typu obywatelskiego związaną z państwem narodowym. Ponadto lokalizm (regionalizm) jawi się jako kwestia ochrony praw człowieka oraz zasad demokracji w nowym kontekście.

Pomimo bardzo istotnych różnic między gospodarką, w tym rolnictwem i wsią w USA [2] i w Polsce, szereg problemów poruszanych w omawianej pracy może interesować czytelnika polskiego, a niektóre z nich dotyczą też Polski, jak np. zjawisko dwuzawodowości rolników, roli kobiet w rolnictwie oraz procesy związane z globalizacją.

*Robert Korsak jest Radcą Prezesa KRUS.*

---

## •ródła

---

1. *Socjologia wsi w Ameryce Północnej*, Krzysztof Gorland (redaktor), Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 1998, s. 320.
2. Augustyn Woś pisał: „*Rolnictwo amerykańskie (USA) zaskakuje Europejczyka pod wieloma względami i jest dla niego nie mniej egzotyczne niż rolnictwo afrykańskie, czy południowo-azjatyckie – na swój sposób oczywiście*”. *Rolnictwo i polityka rolna Stanów Zjednoczonych*, PWE, Warszawa 1971, s. 9.

## Noty wydawnicze

### Od Redakcji

---

Począwszy od bieżącego wydania naszego czasopisma zamierzamy rekomendować bezpłatnie naszym Czytelnikom wydawnictwa ukazujące się nakładem różnych instytucji i placówek naukowych i stanowiące cenną, aczkolwiek szerzej nie popularyzowaną, literaturę fachową z dziedziny szeroko rozumianych nauk społecznych, ekonomicznych i in. Prezentację inicjują wydawnictwa **Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie**, z którym wiąże Kasę wieloletnia, bardzo ważna współpraca, ukierunkowana na ochronę zdrowia ludności wiejskiej.

Wszystkich Wydawców zainteresowanych promocją w „*Ubezpieczeniach w Rolnictwie...*” własnej działalności wydawniczej zapraszamy do nadsyłania pod adresem naszej redakcji not bibliograficznych.

---

**Instytut Medycyny Wsi** oferuje w ciągłej sprzedaży kwartalnik „*Medycyna Ogólna*”, przeznaczony przede wszystkim dla lekarzy pierwszego kontaktu (ogólnych, rodzinnych), zatrudnionych w przychodniach i ośrodkach zdrowia w mieście i na wsi. Kwartalnik jest także cennym źródłem informacji dla lekarzy medycyny pracy, służb sanitarno-epidemiologicznych, służb BHP, inżynierów itp. Zawiera artykuły oryginalne i pogładowe, poświęcone:

- ocenie stanu zdrowia różnych grup ludności (w tym ludności wiejskiej),
- diagnostyce i leczeniu różnych jednostek chorobowych,
- szeroko pojętym problemom medycznym środowiska życia i pracy (szkodliwości biologiczne, chemiczne, fizyczne),
- sprawom organizacyjnym służby zdrowia oraz
- sprawozdania ze zjazdów i konferencji poświęconych problemom medycznym wsi.

Przedmiotem ok. 1/3 prac są problemy zdrowotne mieszkańców wsi.

**Medycyna Ogólna** – kwartalnik (objętość numeru ok. 100 stron).  
Red. Naczelny: prof. dr hab. n. med. Jerzy Zagórski.  
Wydawca i dystrybutor: Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki  
w Lublinie.

Cena numeru – 6 zł

---

### Publikacje tematyczne IMW

---

---

#### **Zagrożenia biologiczne w rolnictwie**

praca zbiorowa pod red. prof. dra n. med. J. Dutkiewicza

---

Zagadnienia: znaczenie chorobotwórcze pyłów organicznych, choroby odzwierzęce u rolników, szkodliwe czynniki pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, prewencja: działania organizacyjne, medyczne, technologiczne, środki ochrony indywidualnej, oświata zdrowotna.

Cena – 25 zł

---

#### **Zagrożenia chemiczne w rolnictwie**

praca zbiorowa pod red. doc. dr hab. K. Pomorskiej

---

Zagadnienia: ochrona roślin – pestycydy – toksykologia, zagrożenia związane ze stosowaniem pestycydów i nawozów sztucznych, działania prewencyjne, ochrona człowieka przed pestycydami w środowisku pracy.

Cena – 20 zł

---

#### **Zagrożenia fizyczne w rolnictwie**

praca zbiorowa pod red. dra L. Soleckiego

---

Zagadnienia: przegląd czynników fizycznych występujących w rolnictwie, oddziaływanie czynników fizycznych na organizm ludzki, skutki zdrowotne związane z oddziaływaniem czynników fizycznych, prewencja: zapobieganie techniczne, profilaktyka medyczna, rozwiązania prawne, środki ochrony indywidualnej, działania organizacyjne.

Cena – 25 zł

***Choroby zawodowe i parazawodowe w rolnictwie***

praca zbiorowa pod red. prof. dra n. med. J. Zagórskiego

---

Zagadnienia: czynniki środowiska pracy powodujące powstawanie chorób zawodowych i parazawodowych, medyczno-prawne aspekty chorób zawodowych – problemy orzecznictwa, choroby zawodowe w rolnictwie, chorobowość parazawodowa w rolnictwie.

Cena – 25 zł

---

***Uwarunkowania zdrowia ludności wiejskiej  
w okresie transformacji ustrojowej w Polsce  
(na przykładzie Regionu Środkowo-Wschodniego)***

Stanisław Tokarski

---

Zagadnienia: struktura społeczno-ekonomiczna ludności wiejskiej (charakterystyka demograficzna, kondycja ekonomiczna ludności wiejskiej, warunki życia i pracy na wsi), poziom zdrowia ludności wiejskiej (warunki sanitarno-higieniczne, style życia mieszkańców wsi, zagrożenia zdrowotne, zachowania zdrowotne), stopień zaspokajania wyrażonych potrzeb zdrowotnych (infrastruktura opieki zdrowotnej, ekonomiczne uwarunkowania funkcjonowania instytucji medycznych, dostępność do świadczeń medycznych dla pacjentów wiejskich).

Cena – 15 zł

---

***Zagrożenia zdrowia dzieci angażowanych do prac  
w rodzinnym gospodarstwie rolnym***

pod red. S. Lachowskiego i J. Zagórskiego

---

Unikalne kompendium wiedzy w tej dziedzinie. Monografię wyróżnia interdyscyplinarne podejście do problematyki i wszechstronne zastosowanie praktyczne.

Cena – 20 zł



**Program edukacji dzieci w wiejskich szkołach podstawowych  
– „Zasady udziału dzieci w pracach  
rodzinnego gospodarstwa rolnego”;  
Scenariusze zajęć w wiejskiej szkole podstawowej  
– „Zasady udziału dzieci w pracach  
rodzinnego gospodarstwa rolnego”**  
Stanisław Lachowski, Franciszek Bujak

---

*Program i Scenariusze* – pod red. S. Lachowskiego, stanowią nieodzowną pomoc dla nauczycieli, katechetów, wychowawców itp., przekazujących wiedzę na temat bezpiecznego zachowania dzieci w zagrodzie rolniczej (w tym wykonywania pracy w rodzinnym gospodarstwie rolnym) tak dzieciom (w nauczaniu zintegrowanym – klasa I-III i nauczaniu przedmiotowym – klasa IV-VI), jak i... rodzicom. Wykorzystując treści *Programu* oraz materiały dydaktyczne *Scenariuszy*, wychowawca może tworzyć, dostosowane do potrzeb i możliwości dziecka, ścieżki edukacyjne o wyraźnie zaznaczonym charakterze ekologicznym i prozdrowotnym.

Cena kompletu – 25 zł

*pod redakcją mgr Kazimierza Daszewskiego*

## Dokumentacja i statystyka

W numerach 2 i 6 „Ubezpieczeń w Rolnictwie...” zamieściliśmy informacje o ubezpieczeniach zdrowotnych dotyczących rolników i ich rodzin. Kontynuujemy ten temat w obecnym numerze. Zamierzamy też w przyszłości publikować kolejne dane z tego zakresu.

W obecnym wydaniu prezentujemy dane statystyczne na dzień 31 grudnia 2000 r.:

- **w tabelach: 1 i 2** ujęte zostały one według oddziałów regionalnych KRUS,
- **w tabeli 3** dane o rolnikach i domownikach podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu zawarto według województw.

W 2000 r. zwiększyła się liczba rolników czynnych zawodowo o 20 160 osób, tj. o 1,4%, oraz liczba ubezpieczonych członków rodzin osób prowadzących działalność rolniczą o 12 261 osób, tj. o 1,2%, razem o 32 421 osób, tj. o 1,3%;

**Tabela 4** zawiera liczbę rolników czynnych zawodowo, emerytów i rencistów oraz członków ich rodzin objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Dane ze stycznia 2001 r. zaprezentowano według kas chorych.

## DOKUMENTACJA I STATYSTYKA

**Tabela 1**  
**Liczba rolników czynnych zawodowo objętych ubezpieczeniem zdrowotnym**  
**wg oddziałów regionalnych KRUS**  
**(stan na 31.12.2000 r.)\***

Lp.	Oddziały	OGÓLEM	Rolnicy prowadzący działalność w gospodarstwach rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego		małżonkowie rolników z kol. 4	domownicy rolników z kol. 4
			ogółem <sup>1</sup>	w tym: dział specjalny		
1	2	3	4	5	6	7
1	Augustów	<b>28 539</b>	16 178	175	8 914	1 931
2	Białystok	<b>45 990</b>	25 774	349	13 031	3 938
3	Bielsko-Biała	<b>17 648</b>	9 394	213	1 035	1 854
4	Biłgoraj	<b>51 887</b>	32 003	297	16 296	2 171
5	Bydgoszcz	<b>37 048</b>	21 883	394	11 106	2 396
6	Chełm	<b>15 436</b>	10 384	24	3 966	457
7	Ciechanów	<b>36 234</b>	21 180	196	12 772	1 355
8	Częstochowa	<b>30 634</b>	18 156	845	7 541	1 944
9	Gdańsk	<b>27 265</b>	13 904	425	7 147	2 382
10	Grudziądz	<b>30 742</b>	18 519	316	9 233	1 686
11	Jasło	<b>15 383</b>	10 125	76	2 576	1 111
12	Jelenia Góra	<b>9 600</b>	5 468	77	2 457	752
13	Katowice	<b>19 136</b>	11 925	589	3 144	1 678
14	Kielce	<b>59 453</b>	33 817	187	18 203	3 406
15	Konin	<b>35 243</b>	25 594	199	5 397	1 570
16	Koszalin	<b>10 226</b>	5 953	58	3 018	574
17	Kraków	<b>28 106</b>	16 255	394	4 471	2 716
18	Legnica	<b>12 487</b>	7 169	203	3 996	662
19	Lublin	<b>53 322</b>	34 060	245	15 498	2 221
20	Łódź	<b>10 398</b>	5 825	434	2 779	645
21	Nowy Sącz	<b>48 399</b>	11 571	140	3 100	4 977
22	Olsztyn	<b>22 651</b>	13 346	517	7 332	1 098
23	Opatów	<b>40 516</b>	24 564	27	11 717	1 851
24	Opole	<b>35 589</b>	18 689	372	8 725	4 715
25	Ostrołęka	<b>33 230</b>	17 687	40	10 107	1 859
26	Ostrów Wlkp.	<b>42 656</b>	23 617	1 289	11 412	3 722

\* Dane nie obejmują emerytów i rencistów z ubezpieczenia społecznego rolników i członków ich rodzin.

<sup>1</sup> Kolumna 4 obejmuje rolników prowadzących:

- a) wyłącznie gospodarstwo rolne o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego oraz
- b) gospodarstwo rolne powyżej 1 ha przeliczeniowego i dział specjalny.

DOKUMENTACJA I STATYSTYKA

c.d. tabeli 1

rolnicy prowadzący działalność w gospodarstwach rolnych do 1 ha p. małżonkowie rolników z kol. 8	domownicy rolników z kol. 8	rolnicy prowadzący wyłącznie dział specjalny	małżonkowie rolników z kol. 11	domownicy rolników z kol. 11	rolnicy prowadzący działalność w gospodarstwach rolnych do 1 ha przelicz. i dział specjalny	małżonkowie rolników z kol. 14	domownicy rolników z kol. 14	osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym na swój wniosek <sup>2</sup>	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 015	299	121	42	14	6	15	4	0	0
2 166	591	278	93	44	12	41	22	0	0
3 287	280	1 391	224	49	22	88	24	0	0
927	297	125	31	12	6	13	6	0	0
944	197	68	217	68	31	94	44	0	0
508	86	19	10	3	0	3	0	0	0
572	133	24	77	38	8	54	21	0	0
1 644	351	227	284	145	46	189	107	0	0
2 144	609	368	286	113	57	160	95	0	0
868	132	52	126	44	15	46	21	0	0
1 210	142	143	28	9	4	30	5	0	0
603	167	67	32	11	8	22	13	0	0
835	110	151	813	170	76	186	48	0	0
2 538	842	395	93	35	5	78	41	0	0
2 238	225	137	32	8	5	33	4	0	0
419	96	31	83	14	9	21	8	0	0
3 082	293	1 024	119	23	15	84	24	0	0
313	135	36	46	18	13	62	37	0	0
1 104	260	97	32	12	2	23	13	0	0
415	92	76	252	94	45	122	53	0	0
15 125	3 324	10 141	85	17	9	40	10	0	0
420	131	25	138	49	21	60	31	0	0
1 729	346	277	16	8	4	3	1	0	0
1 826	486	765	184	87	34	55	23	0	0
2 398	733	328	55	28	4	21	10	0	0
2 315	344	322	396	168	47	207	106	0	0

<sup>2</sup> Kolumna 17 dotyczy osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym na swój wniosek na podstawie art. 9 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami).

DOKUMENTACJA I STATYSTYKA

**c.d. tabeli 1**  
**Liczba rolników czynnych zawodowo objętych ubezpieczeniem zdrowotnym**  
**wg oddziałów regionalnych KRUS**  
**(stan na 31.12.2000 r.)\***

Lp.	Oddziały	OGÓLEM	Rolnicy prowadzący działalność w gospodarstwach rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego		małżonkowie rolników z kol. 4	domownicy rolników z kol. 4
			ogółem <sup>1</sup>	w tym: dział specjalny		
1	2	3	4	5	6	7
27	Piła	<b>16 076</b>	9 195	176	4 784	1 249
28	Płock	<b>40 569</b>	22 957	239	14 567	1 991
29	Poznań	<b>30 022</b>	15 331	972	8 737	3 457
30	Przeworsk	<b>20 105</b>	12 072	90	5 412	1 422
31	Radom	<b>51 267</b>	29 827	289	15 413	3 696
32	Radzyń Podl.	<b>28 812</b>	17 523	67	8 718	1 603
33	Rawicz	<b>23 187</b>	12 305	827	6 543	2 254
34	Rzeszów	<b>27 657</b>	17 081	173	4 771	1 911
35	Siedlce	<b>55 447</b>	33 295	407	16 680	2 676
36	Słupsk	<b>10 569</b>	5 861	153	3 141	692
37	Sulęcín	<b>11 616</b>	6 778	177	3 077	959
38	Szczecin	<b>15 479</b>	8 783	232	4 522	1 155
39	Sztum	<b>14 442</b>	8 675	104	4 676	805
40	Tarnów	<b>39 937</b>	21 265	361	7 597	5 469
41	Tomaszów Maz.	<b>34 430</b>	24 236	318	6 041	1 516
42	Wałbrzych	<b>11 011</b>	6 475	123	3 136	826
43	Warszawa	<b>18 244</b>	8 695	1 113	4 947	1 436
44	Włocławek	<b>30 982</b>	17 849	75	10 668	1 566
45	Wrocław	<b>24 140</b>	13 757	431	7 395	2 070
46	Zambrów	<b>44 213</b>	23 638	43	14 875	3 381
47	Zduńska Wola	<b>38 446</b>	24 084	203	9 757	2 380
48	Zielona Góra	<b>11 286</b>	6 660	415	2 514	710
49	Żyrardów	<b>29 272</b>	18 083	243	8 041	1 605
	<b>Ogółem:</b>	<b>1 425 027</b>	817 465	15 312	380 985	98 500

\* Dane nie obejmują emerytów i rencistów z ubezpieczenia społecznego rolników.

<sup>1</sup> Kolumna 4 obejmuje rolników prowadzących:

- a) wyłącznie gospodarstwo rolne o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego oraz
- b) gospodarstwo rolne powyżej 1 ha przeliczeniowego i dział specjalny.

DOKUMENTACJA I STATYSTYKA

c.d. tabeli 1

rolnicy prowadzący działalność w gospodarstwach rolnych do 1 ha p.	małżonkowie rolników z kol. 8	domownicy rolników z kol. 8	rolnicy prowadzący wyłącznie dział specjalny	małżonkowie rolników z kol. 11	domownicy rolników z kol. 11	rolnicy prowadzący działalność w gospodarstwach rolnych do 1 ha przelicz. i dział specjalny	małżonkowie rolników z kol. 14	domownicy rolników z kol. 14	osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym na swój wniosek <sup>2</sup>
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
475	75	43	140	53	17	29	16	0	0
649	231	47	43	16	3	44	21	0	0
837	203	144	779	263	67	142	62	0	0
859	210	89	21	9	3	6	2	0	0
1 574	347	188	72	23	13	75	39	0	0
661	194	47	24	10	5	20	7	0	0
739	96	76	756	251	56	74	37	0	0
2 895	453	399	63	17	5	45	17	0	0
1 845	513	170	105	50	12	71	30	0	0
520	135	64	89	28	4	25	10	0	0
475	84	66	50	18	17	66	26	0	0
431	137	61	153	62	41	84	50	0	0
142	31	22	55	17	7	11	1	0	0
3 778	669	894	65	17	12	122	49	0	0
1 984	199	115	132	23	14	142	28	0	0
294	66	52	97	33	17	10	5	0	0
1 073	338	161	747	367	65	253	162	0	0
603	180	50	29	12	3	16	6	0	0
400	126	62	145	69	24	60	32	0	0
1 522	584	176	14	4	1	13	5	0	0
1 718	196	158	50	17	12	48	26	0	0
665	87	85	291	69	25	133	47	0	0
1 137	183	85	65	21	3	30	19	0	0
75 921	16 038	19 942	7 779	2 730	930	3 269	1 468	0	0

<sup>2</sup> Kolumna 17 dotyczy osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym na swój wniosek na podstawie art. 9 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami).

**Tabela 2**  
**Liczba ubezpieczonych członków rodzin osób prowadzących działalność rolniczą**  
**według oddziałów regionalnych KRUS (stan na 31.12.2000 r.)\***

Członkowie rodzin:			rolników prowadzących działalność w gospodarstwach rolnych powyżej 1 ha przelicz.		domowników rolników z kol. 4	rolników prowadzących działalność w gospodarstwach rolnych do 1 ha przeliczeniowego	domowników rolników z kol. 7	rolników prowadzących wyłącznie dział specjalny	domowników rolników z kol. 9	rolników prowadzących działalność w gosp. rolnych do 1 ha przelicz. i dział specjalny	osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym na swój wniosek
Lp.	Oddziały	OGÓLEM	ogółem	w tym: dział specjalny							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Augustów	<b>23 579</b>	22 234	160	565	713	31	21	0	15	0
2	Białystok	<b>34 009</b>	31 061	391	1 233	1 466	90	98	5	56	0
3	Bielsko-Biała	<b>9 200</b>	6 045	165	655	1 780	484	162	5	69	0
4	Biłgoraj	<b>42 383</b>	40 567	290	908	803	64	21	0	20	0
5	Bydgoszcz	<b>31 316</b>	29 731	324	618	674	13	185	4	91	0
6	Chełm	<b>12 467</b>	11 906	20	174	364	7	13	0	3	0
7	Ciechanów	<b>29 509</b>	28 582	201	356	426	6	85	3	51	0
8	Częstochowa	<b>19 750</b>	17 682	780	525	934	65	308	20	216	0
9	Gdańsk	<b>24 434</b>	20 738	410	937	2 162	132	241	24	200	0
10	Grudziądz	<b>26 203</b>	25 025	267	438	582	15	96	1	46	0
11	Jasło	<b>7 167</b>	6 323	62	292	481	30	18	0	23	0
12	Jelenia Góra	<b>6 212</b>	5 476	49	253	422	13	19	4	25	0



13	Katowice	<b>10 117</b>	8 586	399	501	291	43	543	20	133	0
14	Kielce	<b>41 202</b>	38 069	184	955	1 890	120	76	3	89	0
15	Konin	<b>26 291</b>	24 466	208	377	1 381	21	23	0	23	0
16	Koszalin	<b>7 368</b>	6 823	37	157	298	10	58	1	21	0
17	Kraków	<b>18 620</b>	15 316	349	745	2 065	306	105	3	80	0
18	Legnica	<b>8 883</b>	8 297	172	240	249	8	33	2	54	0
19	Lublin	<b>41 537</b>	39 961	226	685	806	33	31	0	21	0
20	Łódź	<b>5 456</b>	4 824	309	124	196	22	168	9	113	0
21	Nowy Sącz	<b>34 533</b>	12 778	140	2 118	14 704	4 772	94	8	59	0
22	Olsztyn	<b>18 924</b>	18 059	448	339	346	5	103	2	70	0
23	Opatów	<b>28 263</b>	26 495	14	573	1 100	82	13	0	0	0
24	Opole	<b>23 803</b>	20 446	279	1 473	1 464	218	147	8	47	0
25	Ostrołęka	<b>27 226</b>	24 249	24	624	2 154	126	51	0	22	0
26	Ostrów Wlkp.	<b>32 405</b>	28 952	1 295	1 226	1 463	114	377	18	255	0
27	Piła	<b>13 577</b>	12 768	183	379	239	13	135	1	42	0
28	Płock	<b>30 288</b>	29 174	193	646	398	10	26	0	34	0
29	Poznań	<b>24 706</b>	21 973	838	1 164	675	53	671	21	149	0
30	Przeworsk	<b>12 875</b>	11 949	92	373	497	25	24	2	5	0
31	Radom	<b>37 988</b>	35 608	232	1 181	993	53	72	5	76	0
32	Radzyń Podl.	<b>23 449</b>	22 329	70	572	491	17	17	1	22	0
33	Rawicz	<b>18 708</b>	16 720	762	782	492	19	610	10	75	0
34	Rzeszów	<b>18 163</b>	15 620	160	492	1 870	104	36	0	41	0
35	Siedlce	<b>41 005</b>	38 711	364	749	1 316	50	91	2	86	0
36	Słupsk	<b>9 043</b>	8 191	144	282	442	12	87	0	29	0
37	Sulęcın	<b>8 297</b>	7 518	132	364	290	25	45	5	50	0

\* Uwaga: Tabela zawiera liczbę ubezpieczonych członków rodziny pozostających na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego.

**Liczba ubezpieczonych członków rodzin osób prowadzących działalność rolniczą  
według oddziałów regionalnych KRUS (stan na 31.12.2000 r.)\***

Członkowie rodzin:			rolników prowadzących działalność w gospodarstwach rolnych powyżej 1 ha przelicz.		domowników rolników z kol. 4	rolników prowadzących działalność w gospodarstwach rolnych do 1 ha przeliczeniowego	domowników rolników z kol. 7	rolników prowadzących wyłącznie dział specjalny	domowników rolników z kol. 9	rolników prowadzących działalność w gosp. rolnych do 1 ha przelicz. i dział specjalny	osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym na swój wniosek
Lp.	Oddziały	OGÓLEM	ogółem	w tym: dział specjalny							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
38	Szczecin	<b>9 843</b>	9 072	155	310	240	30	106	6	79	0
39	Sztum	<b>12 309</b>	11 899	79	239	100	3	57	0	11	0
40	Tarnów	<b>27 154</b>	21 884	359	2 042	2 821	224	55	3	125	0
41	Tomaszów Maz.	<b>18 366</b>	17 026	197	277	880	11	62	9	101	0
42	Wałbrzych	<b>8 042</b>	7 491	99	273	165	12	92	2	7	0
43	Warszawa	<b>11 950</b>	9 649	885	506	710	52	726	14	293	0
44	Włocławek	<b>24 159</b>	23 066	69	454	580	18	24	0	17	0
45	Wrocław	<b>16 508</b>	15 422	283	616	304	15	102	6	43	0
46	Zambrów	<b>40 032</b>	37 358	43	1 214	1 371	71	8	0	10	0
47	Zduńska Wola	<b>29 088</b>	27 080	196	713	1 152	42	32	0	69	0
48	Zielona Góra	<b>8 097</b>	7 246	357	196	332	20	176	8	119	0
49	Żyrardów	<b>22 441</b>	21 000	208	519	793	41	50	0	38	0
	<b>Ogółem:</b>	1 056 945	951 445	13 303	31 434	56 365	7 750	6 393	235	3 323	0

\* Uwaga: Tabela zawiera liczbę ubezpieczonych członków rodziny pozostających na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego.

Tabela 3

## Rolnicy i domownicy podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu według województw (stan na 31.12.2000 r.)

Województwo	Ogółem	W tym:			
		Rolnicy w gospodarstwach rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego	Domownicy rolników w gospodarstwach rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego	Rolnicy na działkach rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego	Domownicy rolników na działkach rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego
1	2	3	4	5	6
<b>Ogółem<sup>1</sup></b>	<b>2 481 972</b>	<b>1 768 910</b>	<b>129 934</b>	<b>138 878</b>	<b>27 692</b>
dolnośląskie	102 960	74 004	5 945	3 374	287
kujawsko-pomorskie	166 524	125 634	6 636	3 989	201
lubelskie	294 720	227 784	9 596	6 515	436
lubuskie	28 402	20 675	1 483	1 585	141
łódzkie	208 018	157 399	8 793	8 273	548
małopolskie	216 714	112 735	19 660	43 970	18 253
mazowieckie	386 653	280 321	16 082	15 197	1 237
opolskie	68 950	45 734	7 027	3 850	1 045
podkarpackie	125 952	89 346	7 605	10 304	1 195
podlaskie	186 309	133 955	10 979	7 553	727
pomorskie	90 781	63 443	5 080	6 221	597
śląskie	73 718	49 763	4 166	6 579	1 266
świętokrzyskie	127 980	93 548	4 609	5 338	536
warmińsko-mazurskie	87 958	66 572	3 093	1 822	74
wielkopolskie	253 958	183 076	16 105	11 747	944
zachodnio-pomorskie	52 493	37 754	2 702	1 885	155

<sup>1</sup> w kwocie ogółem uwzględniono 9 882 osoby podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu w Branzowej Kasie Chorych dla Służb Mundurowych, które nie są ujęte w województwach.

## DOKUMENTACJA I STATYSTYKA

**Tabela 4**  
**Liczba osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym**  
**wg kas chorych w styczniu 2001 r.**

Lp.	Kasa Chorych	Ogółem ubezpieczeni	w tym		
			świadczeniobiorcy	rolnicy czynni zawodowo	członkowie rodzin świadczeniobiorców i rolników czynnych zawodowo
1	2	3	4	5	6
1	Dolnośląska	189 739	82 313	61 157	46 269
2	Kujawsko-Pomorska	280 830	106 246	91 799	82 785
3	Lubelska	548 848	239 895	162 759	146 194
4	Lubuska	65 130	34 750	16 672	13 708
5	Łódzka	368 160	153 918	124 865	89 377
6	Małopolska	367 352	138 155	131 297	97 900
7	Mazowiecka	669 884	267 904	220 531	181 449
8	Opolska	111 577	40 902	41 703	28 972
9	Podkarpacka	261 988	126 855	78 927	56 206
10	Podlaska	320 509	123 604	102 404	94 501
11	Pomorska	151 750	54 148	48 343	49 259
12	Śląska	149 566	73 007	47 425	29 134
13	Świętokrzyska	235 329	102 707	75 624	56 998
14	Warmińsko-Mazurska	157 817	65 043	48 198	44 576
15	Wielkopolska	423 865	158 354	142 680	122 831
16	Zachodniopomorska	99 347	44 677	31 394	23 276
17	Branżowa	32 210	21 761	6 915	3 534
<b>Razem</b>		<b>4 433 901</b>	<b>1 834 239</b>	<b>1 432 693</b>	<b>1 166 969</b>

## **Niektóre informacje z działalności Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników w I kwartale 2001 r.**

Realizując przyjęty plan pracy w 2001 r., Rada Ubezpieczenia Społecznego Rolników w lutym br. odbyła w Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Szklarskiej Porębie integracyjne posiedzenie z udziałem Dyrektorów Centrali Kasy oraz Centrów i Ośrodków Rehabilitacji Rolników. Wiodącym tematem wspólnego posiedzenia była rehabilitacja lecznicza w systemie ubezpieczenia społecznego rolników oraz działalność Kasy w zakresie tej rehabilitacji, przedstawiona przez Wojciecha Kobielskiego – Dyrektora Biura Prewencji i Rehabilitacji oraz Jacka Kossakowskiego – Naczelnego Lekarza KRUS.

Zabierając głos, Przewodniczący Rady Rolników dr n. med. Andrzej Kosiniak-Kamysz podkreślił, że głównym celem prowadzonej rehabilitacji jest zapobieganie inwalidztwu lub ograniczenie go do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym bądź podjęcie innej pracy po przekwalifikowaniu.

Tak więc działalność rehabilitacyjna Kasy jest ukierunkowana na zmniejszenie ubezpieczeniowego ryzyka związanego z utratą zdolności do pracy przez osoby objęte ubezpieczeniem społecznym rolników. Pacjentami są zatem osoby zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym lub te, które tę zdolność utraciły, ale w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji mają szansę ją odzyskać.

Należy przy tym podkreślić, że poddanie się rehabilitacji leczniczej przez rolników może mieć w obecnym stanie prawnym jedynie charakter dobrowolny. Dlatego też do zadań Kasy należy również prowadzenie szerokiej działalności informacyjnej, uświadamiającej potrzebę poddania się rehabilitacji, jednocześnie stwarzającej szansę powrotu do czynnego życia zawodowego. Na uwagę zasługuje fakt, iż każdego roku z rehabilitacji leczniczej

organizowanej i finansowanej przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego korzysta ok. 14 tys. osób, zaś od chwili rozpoczęcia kierowania na rehabilitację leczniczą za pośrednictwem Kasy skorzystało z niej 81 tys. rolników i członków ich rodzin.

Kasa określiła więc ramowy program zadań własnych i stopniowego budowania oraz wdrażania systemu rehabilitacji, uwzględniający specyfikę i potrzeby środowiska wiejskiego. We wrześniu 1999 r. Rada Rolników zaakceptowała owe założenia programowe. Wspieranie przez KRUS działalności profilaktyczno-rehabilitacyjnej jest ukierunkowane na rozwiązywanie części podstawowych problemów związanych z ochroną zdrowia ludności wiejskiej i oparte jest o wyniki badań i analiz stanu zdrowia, przyczyn powstawania inwalidztwa oraz potrzeb rehabilitacji w środowisku wiejskim, prowadzonych we własnym zakresie oraz we współpracy z innymi instytucjami, zajmującymi się tymi problemami. Po przedstawieniu problematyki dotyczącej rehabilitacji leczniczej, Przewodniczący Rady Andrzej Kosiniak-Kamysz wyraził uznanie dla Kasy za działalność prewencyjno-rehabilitacyjną.

Rada Ubezpieczenia Społecznego Rolników omówiła następujące zagadnienia będące przedmiotem posiedzenia:

- ustalenie wysokości składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie na II kwartał 2001 r., którą pozostawiono na dotychczasowym poziomie, tj. w wysokości 54 zł;
  - sprawozdanie z działalności Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w 2000 r.;
  - sprawozdanie z działalności Rady Nadzorczej Funduszu Składowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników w 2000 r.;
  - plan pracy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na 2001 r.;
  - sprawozdanie z działalności Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników w 2000 r.;
  - zatwierdzenie planu pracy Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników i Komisji na 2001 r.;
- podejmując stosowne uchwały.

**Komisja Oslony Socjalnej Rolników** w marcu br. uczestniczyła w otwarciu poradni przy Regionalnym Centrum Onkologicznym w Bydgoszczy, która będzie prowadzić badania profilaktyczne. Zespół Promocji Zdrowia, bo taką nazwę przyjęto dla poradni, to kilka gabinetów wyposażonych w specjalistyczny sprzęt do RTG, USG oraz mammografii. Zespół dysponuje również pierwszym w województwie kujawsko-pomorskim mammobusem.

W otwarciu poradni uczestniczyli m.in. Prezes KRUS, władze miasta, przedstawiciele samorządów, kółek rolniczych i duchowieństwa.

**Komisja Organizacji i Gospodarki Finansowej Kasy** analizowała wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie, kładąc szczególny nacisk na utrzymanie jej na poziomie optymalnym zarówno dla rolników, jak i z punktu widzenia gospodarki finansowej Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w ramach Funduszu Składkowego. Komisja zapoznała się również z opracowanymi przez Biuro Administracji i Inwestycji materiałami na temat przygotowania i realizacji inwestycji, w których szczegółowo omówiono zagadnienia dotyczące:

- przygotowania inwestycji;
- zakupu działek, budynków i lokali;
- wyboru sposobu realizacji inwestycji;
- wyboru wykonawcy;
- odbioru inwestycji.

**Komisja Ubezpieczeń Wzajemnych i Dobrowolnych** na bieżąco interesowała się współpracą KRUS z T.U.W. „T UW” oraz perspektywami rozwoju tej współpracy poprzez spotkania z kierownictwem „T UW”. Komisja, we współpracy z francuską instytucją ubezpieczeniową MACIF, podjęła również inicjatywę zorganizowania wyjazdu studyjnego do Francji.

**Komisja Ubezpieczenia Wypadkowego, Chorobowego i Macierzyńskiego** zapoznała się z informacją o zadłużeniach wynikających z nieopłacania przez rolników należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne rolników oraz analizowała kwestię podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz opłacania składek z tego tytułu. Komisja zapoznała się również z informacją dotyczącą odsetek z tytułu nieterminowej wypłaty świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników w 2000 r.

**Komisja Prewencji, Rehabilitacji i Inwalidztwa** interesowała się szczególnie funkcjonowaniem i stopniem wykorzystania Centrów Rehabilitacji Rolników. Analizowała również stan przygotowania do organizacji turnusów rehabilitacyjnych dla dzieci rolników. Ponadto wykazała szczególne zainteresowanie zasadami ochrony zdrowia i życia w gospodarstwie rolnym.

**Komisja Ubezpieczeń Zdrowotnych**, jako wnioskodawca utworzenia w ramach KRUS Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych, na bieżąco śledzi sposób wdrażania zadań z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Specyfika pracy w gospodarstwach rolnych oraz sytuacja dochodowa ludności wiejskiej przesądzają o odrębności tej grupy społeczno-zawodowej, m.in. w zakresie ubezpieczeń społecznych, których częścią są ubezpieczenia zdrowotne.



Komisja skoncentrowała swoją działalność na ocenie przyczyn wzrostu zachorowań wśród rolników. Wiele uwagi poświęciła realizacji zadań z zakresu orzecznictwa lekarskiego KRUS.

Na podkreślenie zasługuje udział przedstawicieli Rady Rolników, niezależnie od ich pracy w Komisjach, w posiedzeniach rad społecznych Centrów i Ośrodków Rehabilitacji Kasy.

*Elżbieta Bochińska pracuje w Biurze Organizacyjno-Prawnym Centrali KRUS, prowadząc obsługę prac Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników.*

## Warunki prenumeraty

Kwartalnik „**Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia**” na 2001 rok można zaprenumerować, składając zamówienie pod adresem redakcji: Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – Centrala, 00-608 Warszawa, Al. Niepodległości 190.

W zamówieniu należy podać liczbę egzemplarzy, pełną nazwę i adres prenumeratora, jego numer NIP, sposób płatności (przelewem lub gotówką); na życzenie Zamawiającego przesyłamy fakturę.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – Centrala w Warszawie, Biuro Administracji i Inwestycji, w NBP O/O Warszawa, nr rachunku 10101010-3245-139-2**, z dopiskiem: *prenumerata czasopisma naukowego*.

**Koszt rocznej prenumeraty wynosi 100 zł.**

Informujemy, że pojedyncze egzemplarze czasopisma można zamówić w redakcji za cenę 30 zł.

Dodatkowych informacji udzielamy pod nr tel. (0-22) 825-35-91, 829-69-01.

## Informacje dla autorów

Zespół redakcyjny zaprasza do publikowania artykułów dotyczących ubezpieczeń w rolnictwie. Obowiązują przy tym następujące zasady:

- 1) zamiar opracowania artykułu należy uzgodnić z redakcją,
- 2) proponowany artykuł nie może być wcześniej w żadnej formie opublikowany,
- 3) objętość tekstu nie powinna przekraczać 20 str. znormalizowanego maszynopisu (30 wierszy i 1800 znaków na stronie),
- 4) artykuł należy przesłać na dyskietce, z załączonym wydrukiem i krótką notą biograficzną o autorze,
- 5) artykuł podlega recenzji i opracowaniu redakcyjnemu.