

DAMIAN PUŚLECKI

## Ubezpieczenie zdrowotne rolników

**1.** Problematyka ubezpieczenia zdrowotnego jest istotną kwestią społeczną. Swoistego znaczenia nabiera ona dla mieszkańców wsi, gdzie niejednokrotnie dostęp do opieki zdrowotnej jest utrudniony, a z powodu ograniczonych dochodów korzystanie z prywatnej pomocy lekarskiej należy do rzadkości. Nie bez znaczenia jest tu również ryzyko chorobowe i wypadkowe występujące w związku z prowadzoną działalnością rolniczą. Skutki chorób, wypadków oraz niezdolności do pracy odczuwane są szczególnie w małych, wielopokoleniowych i samozaopatrzeniowych gospodarstwach rolnych. Pomimo formalnego wyodrębnienia ubezpieczenie zdrowotne stanowi ważny element uzupełniający system rolniczych ubezpieczeń społecznych, które jedynie wspierają ochronę zdrowia i życia w środowisku wiejskim.

Celem niniejszego opracowania jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim stopniu ubezpieczenie zdrowotne rolników powinno zachować swój zabezpieczeniowy charakter. Kwestia ta w świetle obowiązującej od niedawna regulacji prawnej<sup>1</sup> nabiera szczególnego znaczenia. Aby zrealizować wskazany powyżej cel, należy ukazać istotę ubezpieczenia zdrowotnego rolników oraz jego podstawowe funkcje. Konieczne jest także przeanalizowanie zasad finansowania tego ubezpieczenia oraz sposobu określania i poboru składek. Powyższych zagadnień nie można rozpatrywać bez uwzględnienia idei solidaryzmu społecznego.

**2.** Konstytucja RP w art. 68 zapewnia każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia. Niezależnie od sytuacji materialnej obywateli władze publiczne zapewniają wszystkim równy dostęp do świadczeń opieki zdro-

---

<sup>1</sup> Ustawa z 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników, Dz. U. 2012, poz. 123 oraz ustawa z 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników, Dz. U. 2012, poz. 1523.

wotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczególną opieką zdrowotną objęte są dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne i w podeszłym wieku<sup>2</sup>. Warunki i zakres udzielania świadczeń określają szczegółowo ustawy konstruujące polski system opieki zdrowotnej<sup>3</sup>. System ochrony zdrowia oparty jest obecnie na modelu ubezpieczeniowym<sup>4</sup>, a głównym źródłem jego finansowania jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Powszechnie ubezpieczenie zdrowotne normuje dziś przede wszystkim ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Regulacja ta w art. 66 obejmuje obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym rolników prowadzących działalność rolniczą, a ponadto określa zasady podlegania temu ubezpieczeniu i wraz z ustawą z 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników<sup>5</sup> konkretyzuje źródła jego finansowania.

Ubezpieczenie zdrowotne charakteryzuje swoista konstrukcja wymiaru i poboru składek. Od momentu wprowadzenia nowego modelu tego ubezpieczenia<sup>6</sup> przeszła ona pewną ewolucję. Pierwotnie składka na ubezpieczenie pobierana była wraz z podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Z kolei zgodnie z przepisami nieobowiązującej już dziś ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ<sup>7</sup> składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosiły 7,75%<sup>8</sup> podstawy jej wymiaru – wynagrodzenia brutto

<sup>2</sup> Art. 68 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483.

<sup>3</sup> Do najważniejszych aktów prawnych należy zaliczyć: ustawę z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. Nr 210, poz. 2135; ustawę z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. Nr 112, poz. 654, oraz ustawę z 31 marca 2009 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. Nr 52, poz. 417.

<sup>4</sup> W odróżnieniu od pracowników rolnicy i członkowie ich rodzin objęci zostali bezpłatną opieką zdrowotną dopiero w 1972 r., zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 14 grudnia 1971 r. w sprawie udzielania świadczeń leczniczych przez zakłady społeczne służby zdrowia osobom prowadzącym gospodarstwa rolne, Dz. U. Nr 37 poz. 345. Gruntowną reformę systemu opieki zdrowotnej zapoczątkowała ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm., która weszła w życie 1 stycznia 1999 r.

<sup>5</sup> Ustawa z 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników, Dz. U. 2012, poz. 123 oraz ustawa z 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników Dz. U. 2012, poz. 1523.

<sup>6</sup> Ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.

<sup>7</sup> Art. 19 ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. Nr 45, poz. 391 – uznana za niezgodną z Konstytucją i uchylona.

<sup>8</sup> Od 1 stycznia 2007 r. – 9%.

poniejszego o koszty ubezpieczenia społecznego. Inaczej składka ustalana była dla rolników. Tutaj o wysokości składki miesięcznej decydowała równowartość 0,5 q żyta z każdego ha przeliczeniowego użytków rolnych<sup>9</sup>. Składka dla domowników ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz rolników niepodlegających ubezpieczeniu z mocy ustawy i ich domowników obliczana była na podstawie kwoty odpowiadającej zasiłkowi stałemu z opieki społecznej.

Aby nie powodować obniżenia dochodów wszystkich ubezpieczonych z tytułu opłacania przez nich składek, przyjęto, że będą one potrącane z zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych. Obecnie składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru, przy czym w wysokości 7,75% może być potrącana z zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych. Tylko składka w wysokości 1,25% podstawy jej wymiaru pokrywana jest z dochodów netto osób ubezpieczonych, zobowiązanych do płacenia podatku dochodowego od osób fizycznych<sup>10</sup>.

Rolnicy nie płacili i nie płacą podatku dochodowego. Jedyny wyjątek stanowią tu osoby osiągające dochody z działów specjalnych. W momencie wprowadzenia ubezpieczenia zdrowotnego producenci rolni, jako podmioty zwolnione z opłacania podatku od dochodów, nie mieli możliwości potrącenia składki na to ubezpieczenie. Od poboru składek rolników nie można było jednak odstąpić, gdyż są one podstawowym źródłem pokrycia wydatków tego ubezpieczenia. Ostatecznie przyjęto, że składki zdrowotne za rolników i członków ich rodzin pokrywane będą poprzez KRUS z dotacji ze środków z budżetu państwa<sup>11</sup>.

Producenci rolni nie odprowadzali więc w przeszłości składek na ubezpieczenie zdrowotne. Ciężar ten był w całości pokrywany z budżetu państwa za pośrednictwem KRUS. Zatem można stwierdzić, że opieka zdrowotna rolników w ramach systemu powszechnego poprzez określone zasady jej finansowania miała charakter zabezpieczeniowy przy współudziale ogólnonarodowego solidaryzmu społecznego. Taki model ubezpieczenia zakładał bowiem rozłożenie ciężaru ubezpieczeniowego na całe społeczeństwo.

Zdaniem A. Pędzierskiego wspomnianym zabiegiem ujednolicono zasady finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników ze

<sup>9</sup> Art. 22 ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ.

<sup>10</sup> Art. 79 w związku z art. 95 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

<sup>11</sup> A. Pędzierski, *Wybrane problemy z ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego rolników*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2010, nr 36, s. 73-74.

składkami na ubezpieczenie zdrowotne osób zobowiązanych do opłacania podatku dochodowego od osób fizycznych. Podatek ten przed wprowadzeniem ubezpieczenia zdrowotnego był bowiem w całości źródłem dochodów budżetu państwa. Wprowadzenie uregulowania, w którym składka na ubezpieczenie zdrowotne rolników była opłacana ze środków budżetu państwa, zrównało rolników w zakresie sposobu pokrywania tych składek z osobami zobowiązanymi do płacenia podatku dochodowego od osób fizycznych, a nie – jak się powszechnie uważa – potraktowano na zasadzie wyjątku, zwalniając z obowiązku płacenia składki zdrowotnej<sup>12</sup>.

Trudno zgodzić się z takim stanowiskiem. Wprawdzie swoista konstrukcja poboru składki może być podstawą wskazanej powyżej argumentacji, ale trzeba zauważyć, że pokrycie rolniczej składki zdrowotnej w pełni ze środków budżetowych powodowało *de facto* całkowite zwolnienie rolników z jakichkolwiek obciążeń składkowych na to ubezpieczenie. Środki te uzyskiwane były ze zobowiązań podatników nieprowadzących działalności rolniczej. Trudno nie nazwać takiej konstrukcji szczególnym uprzywilejowaniem, a tę kategorię ubezpieczenia – rolniczym zabezpieczeniem zdrowotnym. Aby bliżej uzasadnić powyższe stwierdzenie, należy odwołać się do istoty i funkcji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Podstawowymi cechami ubezpieczenia zdrowotnego są cel społeczny i przymus<sup>13</sup>. Ubezpieczenie to wynika z potrzeby bezpieczeństwa, która istnieje, zanim wystąpią niekorzystne zrządzenia losu i ich skutki. Kwestia świadczeń jest rozpatrywana w drugiej kolejności w przypadkach, gdy zdarzenia losowe już wystąpią i tylko w sensie łagodzenia ich skutków. Ubezpieczenie zdrowotne nie jest nastawione na zysk, lecz na realizację celu społecznego, jakim jest zapewnienie niezbędnych świadczeń w przypadku, gdy człowiek znajdzie się w potrzebie. Podstawowym zadaniem ubezpieczenia zdrowotnego jest szeroko rozumiana ochrona zdrowia. Przedmiotem ochrony tego ubezpieczenia jest zatem zdrowie człowieka. Ubezpieczenie to chroni określone podmioty przed ryzykiem jego utraty. W doktrynie niejednokrotnie mówi się tu wprost o ryzyku niezdrovia<sup>14</sup>. Ubezpieczenie zdrowotne powinno pełnić przede wszystkim funkcję ochron-

<sup>12</sup> Ibidem, s. 74.

<sup>13</sup> Ubezpieczenie to jest w zasadzie obowiązkowe. Wyjątek stanowi tu możliwość wnoskowego ubezpieczenia w NFZ.

<sup>14</sup> J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Zakamycze, Kraków 2006, s. 96.

ną, z którą łączą się ściśle inne funkcje: kompensacyjna, gwarancyjna i prewencyjna tego ubezpieczenia.

Funkcja ochronna ubezpieczenia zdrowotnego ma na celu zabezpieczenie każdego podmiotu objętego ubezpieczeniem<sup>15</sup> przed ryzykiem utraty zdrowia. Szczególnego znaczenia w tym ubezpieczeniu nabiera więc funkcja prewencyjna. Ochrona zdrowia powinna być realizowana przede wszystkim, zanim zdrowie ubezpieczonego zostanie zagrożone, w myśl zasady: lepiej zapobiegać, niż leczyć. Istotną rolę w ubezpieczeniu zdrowotnym odgrywa także funkcja gwarancyjna. Sprowadza się ona do realności ochrony ubezpieczeniowej, na którą składają się przede wszystkim gwarancje prawne i ekonomiczne uzyskania w potrzebie świadczeń zdrowotnych.

Funkcja kompensacyjna ubezpieczenia zdrowotnego wiąże się z funkcją ochronną. Wywodzi się ona z istoty ubezpieczeń opartych na zasadzie solidaryzmu społecznego i polega na podziale ryzyka między wiele podmiotów narażonych na dane ryzyko. Oznacza to, że „straty” z ubezpieczenia są pokrywane ze składek ubezpieczeniowych podmiotów narażonych na podobne ryzyko. Realizując tę funkcję, ubezpieczenie pomaga osobom, które ze względu na różne zrządzienia losu znalazły się w potrzebie.

W ubezpieczeniu zdrowotnym nie można jednak mówić ani o pełnym pokrywaniu składek przez ubezpieczonych, ani o pełnej kompensacie poniesionych „szkód”. Trudno także jednoznacznie oszacować poniesioną szkodę na osobie. Zjawisko o „podłożu chorobowym” powoduje niejednokrotnie poważną utratę zdrowia, nierzadko także zdolności do pracy i jest jednocześnie pewnego rodzaju szkodę na osobie – uszczerbek na zdrowiu lub śmierć<sup>16</sup>. Często jednak zastosowanie specjalistycznego leczenia i fachowa rehabilitacja mogą skutecznie złagodzić omawianą „szkodę”.

Stosunek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje z mocy prawa na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w instytucji ubezpieczeniowej – NFZ<sup>17</sup>. Narodowy Fundusz Zdrowia i ubezpieczone-

---

<sup>15</sup> Trzeba zauważyć, że nie wszystkie podmioty objęte ubezpieczeniem opłacają składki. Należy mieć tu na uwadze przede wszystkim dzieci ubezpieczonego. Opłacenie składki nie jest zatem warunkiem uzyskania świadczeń. Wystarczy tu jedynie zgłoszenie osoby podlegającej ubezpieczeniu.

<sup>16</sup> Szerzej: J. Broł, *Odpowiedzialność odszkodowawcza za wypadki przy pracy i choroby zawodowe*, Warszawa 1981, s. 26.

<sup>17</sup> Art. 96 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

go rolnika łączy stosunek podlegania ubezpieczeniu. Jest on oparty na ryzyku socjalnym i dlatego też wymaga swoistych form jego ochrony. Różni się on zasadniczo od stosunków cywilnoprawnych opartych na umowie ubezpieczenia, nie tylko ze względu na cel i przedmiot ochrony oraz obowiązek ubezpieczenia, lecz przede wszystkim ze względu na sposób finansowania, cel społeczny i sposób pokrywania świadczeń. Trudno jednak *de facto* mówić o ubezpieczeniu w przypadku zwolnienia z obowiązku opłacania jakichkolwiek składek całej rolniczej grupy „zawodowej”.

Należy podkreślić, że świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z chronionym ryzykiem, nie są tanie. Ubezpieczony o przeciętnych dochodach nie byłby w stanie pokrywać należności za drogie świadczenia zdrowotne. W konstrukcji poboru i wymiaru składek ubezpieczenie powinno się opierać na zasadzie solidaryzmu społecznego, a ściślej: ogólnonarodowego. Sprowadza się to do tego, że w efekcie płacą wszyscy, a korzysta ten, kogo zdrowie zostało zagrożone. Rozłożenie ciężaru na całą populację powoduje, że ubezpieczenia te mogą być tańsze, a z drugiej strony daje to większą gwarancję zadowalającej jakości uzyskanych świadczeń.

Zagadnienie solidarności odnosi się do obowiązku, ciężaru, indywidualnego wkładu i wspólnego wysiłku. Solidarność wspólnoty ryzyka wyraża się w finansowaniu (przez indywidualny wkład) ubezpieczenia<sup>18</sup>. Do czasu wydania wyroku Trybunału Konstytucyjnego<sup>19</sup> trudno jednak było mówić o bezpośrednim, indywidualnym wkładzie rolnika w finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do podziału świadczeń należy mówić raczej o sprawiedliwości, a nie o solidarności. Oczywiście członkowie wspólnoty mają nierówną zdolność ponoszenia ciężaru ubezpieczenia, o czym trzeba pamiętać. Nie są też jednakowo podatni na ryzyko utraty zdrowia. We wspólnocie socjalnego ryzyka występuje zatem różnica pomiędzy wkładem a możliwą do uzyskania korzyścią. Jest to jednak cecha wyrażająca sens solidarności; przyczyniają się do niej wszyscy, dłużej lub krócej, a korzystają nieliczni<sup>20</sup>.

Warto zauważyć, że zasada solidaryzmu społecznego może być realizowana dwojako. Po pierwsze, poprzez pokrywanie części wydatków na

<sup>18</sup> Szerzej: J. Jończyk, op. cit., s. 39-40.

<sup>19</sup> Wyrok TK z 26 października 2010 r., K 58/07, OTK 2010, nr 8, poz. 80.

<sup>20</sup> J. Jończyk, op. cit., s. 40.

świadczenia i po drugie, o czym rzadziej się pamięta, przez pokrycie części, a nawet całości składek na ubezpieczenie z budżetu państwa. Można zatem zasadę solidaryzmu społecznego rozpatrywać z punktu widzenia solidaryzmu wewnątrzgrupowego oraz solidaryzmu ogólnonarodowego<sup>21</sup>. Mając na względzie konkretną grupę ubezpieczonych, warto rozważyć, czy realizacja poboru składek na to ubezpieczenie mogłaby opierać się także na zasadzie solidaryzmu wewnątrzgrupowego. Z wielu przyczyn, a szczególnie w obliczu trudnej sytuacji polskiego rolnictwa, realizacja choć w części tej zasady nie była wówczas w praktyce możliwa.

Przekonstruowanie zasad poboru składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne sprawiło *de facto*, że ciężar składkowy rolniczego ubezpieczenia zdrowotnego rozłożony został na całe społeczeństwo w ramach solidaryzmu ogólnonarodowego. Można stwierdzić, że w ten oto sposób rolnicze ubezpieczenie zdrowotne z ubezpieczeniowego przyjęło charakter zabezpieczeniowy, typowo socjalny ze szczególnym uprzywilejowaniem tej grupy zawodowej.

Na podstawie powyższych rozważań można wskazać kilka swoistych cech zabezpieczenia zdrowotnego rolników:

- wywodzi się ono z potrzeby ochrony zdrowia jednostki w ramach wspólnoty osób narażonych na podobne ryzyko<sup>22</sup>,
- utworzone zostało w celu wzajemnej ochrony opartej na zasadzie solidaryzmu ogólnonarodowego,
- choć opłata (składka) została ustanowiona, to koszty ubezpieczenia w całości finansowane były z budżetu państwa,
- o przynależności do wspólnoty ze względu na uprzywilejowanie decyduje tu prowadzenie działalności rolniczej,
- prawo do świadczeń jest zagwarantowane ustawowo i przysługuje w razie wystąpienia zdarzenia zagrażającego zdrowiu,
- instytucja ubezpieczeniowa KRUS pośredniczy w realizacji budżetowego „wsparcia składkowego”.

Przed nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej rozwiązania odnoszące się do rolniczego ubezpieczenia zdrowotnego daleko odbiegały od idei ubezpieczenia i sprawiedliwości społecznej. Polski budżet w równym stopniu finansował bowiem ubezpieczenie zarówno w przypadku biednych, jak i zamożniejszych rolników, łamał w ten sposób podsta-

<sup>21</sup> B. Wierzbowski, *Zabezpieczenie społeczne rolników wyrazem solidaryzmu społecznego*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2000, z. 4, s. 112.

<sup>22</sup> Rolnicy bowiem, jak już wspomniano, dopiero w 1972 r. objęci zostali świadczeniami opieki zdrowotnej.

wową zasadę ubezpieczeń, to jest zasadę solidaryzmu<sup>23</sup>. Zgodnie z tą zasadą rolnik silniejszy ekonomicznie, z wyższymi dochodami, powinien ponosić większy ciężar składkowy, chociaż w takim samym stopniu zazwyczaj korzysta z podobnych świadczeń.

4. Impulsem do zmian finansowania rolniczego ubezpieczenia zdrowotnego był wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego o nieuzasadnionym finansowaniu z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne osób niejednokrotnie bardzo zamożnych tylko dlatego, że są one rolnikami prowadzącymi działalność gospodarczą na gruntach rolnych. W wyroku z 26 października 2010 r.<sup>24</sup> Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 86 ust. 2 w związku z art. 86 ust. 1 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, w jakim określa zobowiązanie budżetu państwa do finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne wszystkich wskazanych w nim rolników i ich domowników, podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy, prowadzących działalność rolniczą bez względu na wysokość osiąganych przez nich przychodów, jest niezgodny z art. 32 ust. 1 w związku z art. 84 i art. 2 Konstytucji.

Trybunał, który wziął pod uwagę zasady równości i sprawiedliwości społecznej, stwierdził, że rolnicy nie są grupą jednorodną, choć mającą wspólną cechę istotną w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników. Nie pozwala to na jednolite traktowanie przy prawnym uregulowaniu obowiązku opłatowego w zakresie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Istotnej cechy różnicującej, biorąc pod uwagę zasady powszechności opodatkowania (art. 84 Konstytucji) i równości opodatkowania, należy upatrywać w sytuacji ekonomicznej poszczególnych rolników, decydującej o ich zdolności podatkowej (opłatowej) lub braku takiej zdolności. Rozumieć ją należy jako ekonomiczną i prawną zdolność do uczestniczenia, poprzez płaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne, w ponoszeniu ciężarów publicznych związanych z finansowaniem ochrony zdrowia<sup>25</sup>.

Populacja rolników prowadzących działalność rolniczą (art. 86 ust. 1 pkt 1 ustawy zdrowotnej) jest dzisiaj bardzo zróżnicowana, w przeciwień-

<sup>23</sup> Zob. B. Wierzbowski, op. cit., s. 113.

<sup>24</sup> Wyrok TK z 26 października 2010 r., K 58/07, OTK 2010, nr 8, poz. 80.

<sup>25</sup> Szerzej: uzasadnienie omawianego wyroku TK z 26 października 2010 r.

stwie do sytuacji w latach 90., kiedy system powszechnej, publicznej służby zdrowia powstawał. Obejmuje ona dużą liczbę osób o dochodach nieodbiegających od poziomu dochodów osób prowadzących działalność gospodarczą, będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych. Drugą grupę stanowią zamożni rolnicy. Trzecią natomiast – osoby prowadzące gospodarstwa rolne o bardzo niskiej wydajności i dochodowości, żyjące na poziomie minimum egzystencji.

Zdolność składkowa tych trzech grup rolników objętych jednolitym finansowaniem ubezpieczenia zdrowotnego w całości przez budżet państwa była w rzeczywistości zasadniczo różna, co czyniło zaskarżoną regulację (art. 86 ust. 2 w związku z art. 86 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) niezgodną z art. 32 w związku z art. 84 i art. 2 Konstytucji RP. Obowiązek wyboru uzasadnionych społecznie i ekonomicznie rozstrzygnięć w zakresie sprawiedliwego rozłożenia ciężaru składowego w systemie ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych spoczywa na ustawodawcy, który ponosi za nie odpowiedzialność polityczną<sup>26</sup>.

Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że badane przepisy art. 86 ust. 2 w związku z art. 86 ust. 1 pkt 1 ustawy zdrowotnej stanowią element regulacji w zakresie przekazywania środków publicznych na określone w ustawie cele. Służą realizacji obowiązku państwa w zakresie zapewnienia powszechnej ochrony zdrowia obywateli. Usunięcie fragmentarycznej normy prawnej uznanej przez Trybunał za niekonstytucyjną, bez uwzględnienia koniecznych zmian w wielu dalszych przepisach nieobjętych zakresem wniosku Rzecznika, ale ściśle z nim związanych, prowadziłyby do sprzecznej z wartościami konstytucyjnymi luki w systemie prawa w odniesieniu do finansowania publicznej ochrony zdrowia, paraliżując działania tego systemu<sup>27</sup>. Doprowadzenie do stanu zgodnego z Konstytucją wymagało podjęcia przez ustawodawcę intensywnych prac, wykraczających poza ustawę, której przepisy zostały uznane za niekonstytucyjne.

Aby zapobiec powstaniu luki w prawie i pozostawić ustawodawcy czas na przygotowanie koniecznych nowelizacji, Trybunał postanowił odroczyć utratę mocy obowiązującej wskazanych w sentencji przepisów na 15 miesięcy. Wyrok TK powoduje daleko idące konsekwencje prawne. Dokonanie formalnej dywersyfikacji producentów rolnych na podstawie kryterium dochodowego będzie poważnym zabiegiem legislacyjnym,

<sup>26</sup> Uzasadnienie powołanego wyroku TK z 26 października 2010 r.

<sup>27</sup> Ibidem.

obejmującym szereg instytucji określonych w wielu aktach prawnych. Należy przykładowo wymienić tu chociażby kwestie związane z właściwym określeniem pojęcia działalności rolniczej, uregulowania sytuacji dwuzawodowców, rolniczego bezrobocia i przede wszystkim zmiany reguł opodatkowania dochodów producentów rolnych<sup>28</sup>.

Następstwem wyroku TK jest powołana już na wstępie ustawa z 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników. Jej przepisy miały mieć charakter przejściowy i obowiązywać od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r. Ostatecznie jednak okres ich obowiązywania został przedłużony na rok 2013<sup>29</sup>. Określają one sposób ustalania wysokości składek na ubezpieczenia zdrowotne rolników oraz wskazują podmioty zobowiązane do opłacenia tej składki i terminy jej uiszczenia.

Ustawa wprowadziła zasadę, że wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne oblicza się inaczej rolnikom i ich domownikom, którzy wykonują działalność rolniczą jedynie w gospodarstwie rolnym, inaczej domownikom rolników, którzy prowadzą tak zwaną pracę łączoną – w dziale specjalnym produkcji rolnej i gospodarstwie rolnym, a inaczej w przypadku domowników rolników wykonujących działalność rolniczą wyłącznie w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej.

Regulacja wprowadziła również istotne zmiany w zakresie sposobu finansowania składek zdrowotnych rolników. Przykładowo rolnicy, którzy prowadzą wyłącznie gospodarstwo rolne o powierzchni 6 i więcej ha przeliczeniowych użytków rolnych opłacają składki zdrowotne za siebie oraz za każdą osobę ubezpieczoną w ich gospodarstwie rolnym z własnych środków<sup>30</sup>.

Wysokość składki została ustalona na kwotę 1 zł od hektara przeliczeniowego za rolnika i każdego domownika ubezpieczonego w KRUS. Przykładowo, w gospodarstwie o powierzchni 20 ha przeliczeniowych użytków rolnych składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 20 zł za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu społecznemu rolników z tytułu pracy w tym gospodarstwie rolnym. Za trzyosobową rodzinę<sup>31</sup> rolnik zapłaci

---

<sup>28</sup> Szerzej B. Jeżyńska, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 października 2010 r., Sygn. akt K 58/07*, „Przegląd Prawa Rolnego” 2011, nr 1, s. 219-223.

<sup>29</sup> Zmiany objęły wysokość składek dla prowadzących działy specjalne produkcji rolnej. Ustawa z 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników, Dz. U. 2012, poz. 1523.

<sup>30</sup> J. Nitkowska, *Ubezpieczenie zdrowotne rolników – po wyroku Trybunału Konstytucyjnego*, „Służba Pracownicza” 2012, nr 7, wyd. elektroniczne.

<sup>31</sup> Przy uwzględnieniu obowiązku ubezpieczenia domownika w KRUS.

więc 60 zł miesięcznie. Warto podkreślić, że w efekcie tego zabiegu ciężar ubezpieczeniowy dla rolników, w przeciwieństwie do ogółu zatrudnionych, z opłatowego nabrał typowo składkowy charakter.

Określona powyżej wysokość składki wymaga pewnego komentarza. Hektar przeliczeniowy jest to jednostka przyjęta do celów podatku rolnego. Za 1 hektar przeliczeniowy przyjęto 1 ha gruntów klasy IV, a za podstawę – plon zbóż z 1 ha gleby IV klasy. Oznacza to, że rolnicy posiadający nawet najlepsze grunty orne zapłacą co najwyżej 1,95 zł od 1 ha. Biorąc pod uwagę klasy gleb występujące w Polsce, większość rolników płaci składkę niższą niż 1 zł z ha.

Inaczej ustalana jest składka dla rolników i domowników prowadzących działalność rolniczą wyłącznie w dziale specjalnym bądź też dziale specjalnym w połączeniu z gospodarstwem rolnym. W tym pierwszym wypadku płacą oni nową składkę od dochodu z działu specjalnego, nie mniej niż 9% kwoty minimalnego wynagrodzenia. W 2012 r. minimalna składka wynosiła około 135 zł miesięcznie. Za domowników pracujących w działach specjalnych taki rolnik opłacał składkę w wysokości około 109 zł miesięcznie. Natomiast jeżeli w gospodarstwie odbywa się praca łączona w dziale specjalnym i zwykłym gospodarstwie, składka jest liczona na zasadach ogólnych, czyli 1 zł od hektara przeliczeniowego.

Już w chwili wejścia w życie ustawy w 2012 r. regulacja była negatywnie oceniana przez rolników. Prezes Krajowego Związku Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych W. Serafin stwierdził, że na tej złotówce od hektara, którą trzeba będzie teraz zapłacić za ubezpieczenie zdrowotne, ani rząd nie zarobi, ani rolnicy nie zbiednieją<sup>32</sup>. Prezes KZR uznał te rozwiązania za szykanowanie rolników i stwierdził, że w ubezpieczeniach społecznych istnieje wiele grup uprzywilejowanych, za które państwo opłaca w całości składkę na ubezpieczenie społeczne: sędziów, prokuratorów, a także funkcjonariuszy służb mundurowych. Niejednokrotnie można się było spotkać z opinią, że wprowadzone rozwiązania kosmetycznie zmieniały sposób finansowania ubezpieczenia zdrowotnego rolników. Dziennikarze nazywali je nawet kpiną z wyroku Trybunału Konstytucyjnego<sup>33</sup>.

Podstawowe dane pozwalają łatwo obliczyć, jakie skutki ekonomiczne dla budżetu ma ustalenie składki na poziomie średnio około 1,3 zł za ha<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> M. Rzemek, *Nowe zasady ubezpieczenia rolników od kwietnia*, „Rzeczpospolita” z 4 lutego 2012 r.

<sup>33</sup> Ł. Piechowiak, *Czy rząd kpi z wyroku Trybunału Konstytucyjnego?*, Bankier.pl.

<sup>34</sup> Biorąc pod uwagę klasy gleb występujące w Polsce.

Zaliczka miesięczna na ubezpieczenie zdrowotne rolników uiszczana przez KRUS wynosi około 155 mln zł miesięcznie. Powierzchnia użytków rolnych w Polsce obejmuje około 18 mln ha. Przyjmując, że ok. 40% rolników posiada gospodarstwa rolne o powierzchni powyżej 6 ha, należy wziąć pod uwagę powierzchnię użytków rolnych, to jest 7,2 mln ha. Dochód ze składek odprowadzanych przez rolników wyniesie niecałe 9,4 mln zł. Nie przekroczy to zatem nawet 10% zaliczki opłacanej przez KRUS.

Należy zatem zastanowić się, czy ubezpieczenie zdrowotne mogłyby opierać się na zasadzie samofinansowania. Kwota zaliczki odprowadzanej przez KRUS do NFZ (155 mln zł miesięcznie) i liczbę ubezpieczonych (1,15 mln), pozwala łatwo obliczyć, że na pokrycie wymienionej kwoty każdy ubezpieczony musiałby odprowadzać miesięczną składkę w wysokości około 135 zł miesięcznie, co daje kwotę 1620 zł rocznie. Porównując jednak sytuację przedsiębiorców i pracowników, trzeba zauważyć, że przedsiębiorcy opłacają składkę miesięczną zdrowotną w wysokości 245,55<sup>35</sup>, a osoby otrzymujące najniższe wynagrodzenie 1500 zł brutto – 116 zł. Jeżeli jednak weźmie się pod uwagę sytuację polskiego rolnictwa (w 2011 r. przeciętny dochód z hektara przeliczeniowego – 2713 zł<sup>36</sup>, czyli 226 zł miesięcznie), to wymieniona powyżej kwota stanowić może duże obciążenie dla najmniejszych gospodarstw rolnych. Konieczne jest zatem, zgodnie z zasadą solidaryzmu społecznego, rozłożenie tego ciężaru na gospodarstwa większe, osiągające wyższy miesięczny dochód z prowadzonej działalności rolniczej.

Warto przedstawić w tym miejscu sytuację przedsiębiorców. Zgodnie z art. 66 ust.1 c oraz art. 81 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dla osób prowadzących działalność pozarolniczą lub z nimi współpracujących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia zdrowotne stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego wynagrodzenia. Jest to zatem forma zryczałtowanej składki na ubezpieczenie zdrowotne. O ile dochody z tej działalności pozwalają, przedsiębiorcy mogą wymierzoną składkę w wysokości 7,75% odliczyć od podatku.

<sup>35</sup> Odliczeniu od podatku podlega 219,19, Składka zdrowotna przedsiębiorcy w 2012 r., „Ubezpieczenia i Prawo Pracy” nr 3 (309) z 1 lutego 2012 r.

<sup>36</sup> Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 21 września 2012 r. w sprawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2011 r., M.P. 2012, poz. 671.

Ocenia się, że w skali kraju jest około 600 tys. osób, które prowadzą działalność gospodarczą. Są wśród nich zarówno rzeczywisci przedsiębiorcy, jak i osoby samozatrudnione, które ubezpieczone są w ramach systemu powszechnego, czyli w ZUS. Tam też płacą oni zryczałtowane składki na ubezpieczenie społeczne, emerytalne i rentowe, podczas gdy ogół ubezpieczonych płaci je w zależności od osiąganego dochodu (wynagrodzenia). Liczone są one od ich 60% przeciętnego wynagrodzenia lub od zadeklarowanego dochodu.

System powszechny nie gwarantuje zatem sprawiedliwości i równości w wymierzaniu obciążeń na rzecz ubezpieczeń zdrowotnych. Rozmija się z zasadą solidarności ubezpieczonych. Z obecnych przepisów ewidentnie korzystają zamożni przedsiębiorcy. Z przedstawionych zasad ustalania składek na ubezpieczenie zdrowotne wynika, że system zdrowotny finansowany jest wprost przez samych ubezpieczonych zaledwie w 14% (1,25% podstawy wymiaru składki liczonej od wynagrodzenia). Reszta, czyli 86% (7,75% podstawy wymiaru składki zdrowotnej) ma charakter quasi-budżetowy, gdyż odliczane są one z wymierzonego podatku<sup>37</sup>.

Nie można tu jednak zapomnieć, że w rzeczywistości do czasu wprowadzenia nowych uregulowań składki za rolników całkowicie pokrywane były z budżetu państwa. Inaczej sytuacja wyglądała w przypadku emerytów i rencistów w KRUS. Podmioty te opłacały już wówczas składkę zdrowotną jak ogół ubezpieczonych – w wysokości 1,25% wymiaru składki z otrzymywanego przez nich świadczenia.

Z całą pewnością należy stwierdzić, że równe uprzywilejowanie wszystkich rolników w kwestii finansowania ubezpieczenia zdrowotnego wymagało reformy. Z drugiej jednak strony trudno, uwzględniając głównie quasi-budżetowy charakter finansowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wymagać, aby rolnicy w całości z własnych dochodów finansowali ubezpieczenie zdrowotne. Samofinansowanie ma także jedną wielką wadę – w zasadzie nie pozwala na podnoszenie jakości finansowanych świadczeń i w dłuższym okresie wiąże się z systematyczną potrzebą podnoszenia wysokości opłacanych składek.

5. Należy zatem zastanowić się nad modelem finansowania rolniczego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzone rozwiązania finansowania składek przez rolników są konsekwencją wyroku TK. W projekcie nowe-

---

<sup>37</sup> W. Jagła, *Problemy ubezpieczenia zdrowotnego rolników*, „Ubezpieczenia w Rolnictwie. Materiały i Studia” 2011, nr 39, s. 11.

lizacji zastanawiano się, w jaki sposób sprostać wymogom orzeczenia. Czy uczynić to na zasadach ogólnych, czy wymierzyć składkę w wysokości 1,25% uzyskiwanego dochodu?

Uzyskanie kompromisu w tej kwestii nastęczało poważnych trudności. Rolnicy nie obliczają bowiem kosztów i dochodu, więc wymierzenie składki w oparciu o te kryteria nie było proste. Ponadto określony obecnie podatek rolny ma charakter archaiczny. Nie obejmuje on *stricte* dochodów z prowadzonej działalności rolniczej, subwencji czy dopłat związanych z instrumentami Wspólnej Polityki Rolnej oraz dochodów uzyskiwanych z pozarolniczej działalności gospodarczej. Podatek rolny uniemożliwia rolnikom odliczanie kosztów uzyskania przychodu oraz nie rozwiązuje kwestii obliczania dochodu w przypadku formalnego bądź nieformalnego oddania gruntów do korzystania i pobierania pożytków innym osobom<sup>38</sup>.

Z drugiej strony dochody gospodarstw rolnych mimo wsparcia unijnego nadal w większości przypadków nie kształtują się wysoko i nie bez znaczenia są tu trudności w określaniu dochodu rolniczego – szczególnie w gospodarstwach socjalnych. Trzeba tu podkreślić problemy mogące wynikać z konieczności prowadzenia przez rolników ksiąg rachunkowych oraz sposobność do dość łatwego ukrywania tego dochodu. Choć coraz częściej podnosi się kwestię konieczności opodatkowania rolników, wydaje się, że bez pewnego uogólnienia nie będzie można uniknąć nadmiernych komplikacji, które nie tylko utrudniłyby pobór składek, lecz w efekcie także nadmiernie obciążąłyby administrację i jednocześnie spowodowały nieuzasadniony wzrost wydatków.

Model finansowania rolniczego ubezpieczenia zdrowotnego wymaga uwzględnienia zasady solidaryzmu społecznego z całościowym albo znacznie szerszym niż do tej pory udziałem solidaryzmu wewnątrzgrupowego producentów rolnych. Potrzeba zwiększenia udziału składkowego ubezpieczonych podyktowana jest nie tylko zasadą solidaryzmu grupowego, sprawiedliwości społecznej, lecz także ubezpieczeniowym charakterem ochrony. Nie wydaje się bowiem słuszne, że dotychczas wszyscy podatnicy ponosili w całości ciężar ochrony zdrowotnej rolniczej grupy zawodowej. Trudno także pogodzić się z równym wsparciem podmiotów silniejszych i słabszych w tej grupie. W pełni jest jednak uzasadnione, by podmioty silniejsze wśród producentów rolnych wspierały podmioty słabsze i w ten sposób właściwiej realizowały nie tylko zasadę solidaryzmu społecznego, lecz także sprawiedliwości społecznej.

---

<sup>38</sup> B. Jeżyńska, op. cit., s. 221.

Pierwszym, najprostszym sposobem ustalania wysokości składek byłoby ich obliczanie w odniesieniu od dochodu rolnika. Zatem wiąże się to z opracowaniem oraz przyjęciem obiektywnej i sprawiedliwej koncepcji ustalania tego dochodu<sup>39</sup>. Należy zauważyć, że wielkość gospodarstwa nie zawsze świadczy o rzeczywiście uzyskiwanych dochodach. Nie można tu także zapomnieć o sposobie obliczania dochodów z gospodarstw samozatrzeniowych, które właściwie nie produkują na rynek, a w których dochód ma charakter jedynie naturalny. Gospodarstwa te nie będą zapewne w stanie udźwignąć dodatkowego ciężaru składowego. Szacuje się bowiem, że około 50% rolników posiadających powyżej 1 ha przeliczeniowego nie osiąga dochodów albo osiąga je w zbyt niskiej wysokości.

Mając na względzie sytuację przedsiębiorców, uwzględniając zasadę sprawiedliwości oraz stosując zasadę analogii, rolnicy powinni opłacać część składki zdrowotnej w wysokości 1,25% z szacowanych dochodów, a pozostałą część powinni odpisać z wymierzanego im podatku rolnego. Obecnie w 2012 r. średnio z 1 ha przeliczeniowego należy odprowadzić około 185,45 zł, co stanowi równowartość pieniężną 2,5 q żyta<sup>40</sup> i jest to wartość dwukrotnie wyższa niż w 2011 r.<sup>41</sup> Pomijając kwestię obliczania podatku rolnego, warto jednak zaznaczyć, że niewielu rolników będzie w stanie wykazać się takimi dochodami, żeby odpisać całość 7,75% składki zdrowotnej z podatku. Już dziś przecież mają z tym problem osoby pracujące na własny rachunek. Trzeba także zauważyć, że nie na wszystkich gruntach prowadzona jest produkcja rolna, a wysokość uzyskiwanych dochodów gospodarstw rolnych jest często różnicowana. Zdaje się więc, że zgodnie z zasadą sprawiedliwości społecznej pozostała część rolniczej składki zdrowotnej powinna być pokrywana z budżetu.

Warto wspomnieć, iż TK uznał, że na ubezpieczenie zdrowotne składkę powinni opłacać wszyscy rolnicy ubezpieczeni z mocy prawa w KRUS, czyli posiadacze gospodarstw powyżej 1 ha przeliczeniowego użytków rolnych. Należy tu jednak zauważyć, że polskie gospodarstwa rolne są często rodzinne, wielopokoleniowe. Nie można także zapominać, że dochód z najmniejszego gospodarstwa może mieć jedynie charakter

<sup>39</sup> Warto rozważyć przyjęcie kryterium ustalania wielkości ekonomicznej gospodarstwa rolnego przy uwzględnieniu europejskiego systemu FADN oraz tworzonych na jego podstawie typologii gospodarstw rolnych. Tak B. Jeżyńska, op. cit., s. 224.

<sup>40</sup> Zob. <http://podatki.wieszjak.pl/podatki-i-oplaty-lokalne/298954,Podatek-rolny-i-podatek-lesny-2012-stawki.html>.

<sup>41</sup> 94,10 zł – od 1 ha przeliczeniowego gruntów gospodarstw rolnych – równowartość pieniężna 2,5 q żyta.

naturalny. Zupełnie odrębną kwestią jest ukryte bezrobocie na wsi oraz fakt, że nie wszyscy rolnicy prowadzący działalność rolniczą są ubezpieczeni w KRUS. Mam tu na uwadze przede wszystkim osoby jednocześnie prowadzące działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegające ubezpieczeniu w ZUS.

Sytuację komplikuje konieczność wyłączenia około 450 tys. rolników z opłacania składki zdrowotnej, gdyż ich status majątkowy, a zwłaszcza dochodowy, odpowiada warunkom, jakie winien spełniać bezrobotny, aby uzyskać świadczenia z Funduszu Pracy. Bezrobotny z mocy ustawy jest ubezpieczony w NFZ bez konieczności opłacania składek zdrowotnych. Zgodnie z konstytucyjną zasadą równości uregulowanie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powinno być związane z usunięciem z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy przepisów dyskryminujących dwuzawodowych rolników<sup>42</sup>.

Powyższe argumenty przemawiają zatem za wprowadzeniem zryczałtowanej składki zdrowotnej na odrębne ubezpieczenie zdrowotne dla rolników. Konieczne jest także uwzględnienie kwestii udziału środków budżetowych w finansowaniu składek zdrowotnych. Problemem może być tu jednak fakt, że nie wszyscy rolnicy są w stanie opłacać składki w takiej samej wysokości. Niektórzy ze względu na samozaopatrzeniowy charakter gospodarstw, podobnie jak bezrobotni, w ogóle nie będą w stanie sprostać ciężarom składkowym. Zgodnie z zasadą wewnątrzgrupowego solidaryzmu społecznego wydaje się, że silniejsi producenci rolni powinni w większym stopniu wspomagać słabszych ekonomicznie.

Istnieje zatem potrzeba zróżnicowania składek zdrowotnych. Trzeba tu jednak zauważyć, że obecnie w przypadku przedsiębiorców zasada ta nie jest realizowana. Płacą oni bowiem zryczałtowane składki, a ogółowi społeczeństwa ustala się wymiar składek w zależności od uzyskiwanego wynagrodzenia. Obecnie uprzywilejowanie zamożnych przedsiębiorców jest niezgodne z zasadą solidaryzmu społecznego i także wymaga reformy.

Pozostaje jednak problem kryteriów, na podstawie których ustalana będzie podstawa wymiaru składki oraz jej zróżnicowanie. Z pewnością najprostszym sposobem byłoby obliczanie składki od dochodu rolnika osiągniętego w poprzednim roku podatkowym. Jak to jednak wyżej zostało wskazane, nie jest to zadanie proste i bez wprowadzenia mechanizmów upraszczających szacowanie dochodu wydaje się wręcz niemożliwe do

---

<sup>42</sup> Tak W. Jagła, op. cit., s. 20.

zrealizowania. Nie można bowiem zapomnieć, że to dochód czysto hipotetyczny. Pomijając kwestię zmian cen skupu produktów rolnych, trzeba mieć na względzie fakt, że produkcja rolna charakteryzuje się dużym ryzykiem, uzależnionym niejednokrotnie od czynników zewnętrznych, na które sam rolnik często nie ma żadnego wpływu. Nie ulega wątpliwości, że zdecydowanie wyższe dochody z 1 ha przeliczeniowego osiągają właściciele gospodarstw największych. Z drugiej jednak strony składka liczona od dochodów z pewnością obiektywniej odzwierciedliłaby udział rolników w finansowaniu ubezpieczenia zdrowotnego.

Dlatego też, mimo często podnoszonej krytyki, warto bliżej przyjrzeć się obecnym, przejściowym rozwiązaniom poboru rolniczych składek zdrowotnych. Roczna średnia składka zdrowotna z 1 ha przeliczeniowego, wymierzona rolnikom – płatnikom składek w KRUS na podstawie szacowanych dochodów rolników nie jest do końca złym rozwiązaniem, a przy zastosowaniu pewnych zabiegów moderujących mogłaby stanowić proste i efektywne narzędzie finansowania ubezpieczenia zdrowotnego. Należałoby tego jednak dokonać przy uwzględnieniu kilku założeń.

Po pierwsze, nie wydaje się dziś słuszne ustanowienie najniższego progu poboru składek na 6 ha przeliczeniowych użytków rolnych. Próg ten obejmuje gospodarstwa wielkościowo poniżej średniej krajowej, które stanowią około 60% wszystkich gospodarstw. Zgodzić się należy, że gospodarstwa do 1 ha, zwolnione z obowiązku opłacania składek do KRUS, powinny być zwolnione z uiszczania składek zdrowotnych, które w całości powinny być pokrywane z budżetu państwa.

Po drugie, ustanowienie swoistych zasad poboru składek na opiekę zdrowotną prowadzi do konieczności wyodrębnienia rolniczego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach KRUS ze specjalnym funduszem, z którego przekazywane będą środki do NFZ. Taka konstrukcja finansowania ubezpieczenia sprzyjać będzie ochronie ubezpieczeniowej oraz zapobiegać wykorzystywaniu zgromadzonych środków na inne cele niż ochrona zdrowia.

Uwzględniając zasadę zróżnicowanej zryczałtowanej składki zdrowotnej, można by zaproponować następujący system progów składkowych. Pracujący w gospodarstwach małych, o powierzchni powyżej 1 ha do 5 ha<sup>43</sup> powinni znaleźć się w pierwszym podstawowym progu skład-

---

<sup>43</sup> Trzeba zauważyć, że najwięcej ubezpieczonych pracuje w gospodarstwach małych, tzn. do 5 ha – 917 067, co stanowi ok. 60% ubezpieczonych KRUS. Opracowanie własne na podstawie danych KRUS, [www.krus.gov.pl](http://www.krus.gov.pl).

kowym – 50% podstawy wymiaru<sup>44</sup>. Powstały niedobór 50% wraz ze składkami domowników powinien być pokryty z budżetu państwa. Drugi próg składkowy – wynoszący 100% progu podstawowego winien objąć gospodarstwa o powierzchni od 5 do 10 ha dla rolnika i każdego domownika. Kolejny próg stanowiłby 120% składki podstawowej i dotyczyłby gospodarstw o powierzchni od 10-20 ha. Następny próg to 140% podstawowej składki zdrowotnej przewidzianej dla gospodarstw o powierzchni 20-50 ha. Ostatni próg obejmowałby gospodarstwa powyżej 50 ha i stanowiłby 160% składki podstawowej. Zaproponowane progi różnicujące składkę zdrowotną pozwoliłyby uzyskać średnio<sup>45</sup> 110,5 mln zł miesięcznie, co stanowiłoby około 71% obecnej, miesięcznej zaliczki budżetowej wpłacanej do KRUS.

Przyjęcie uproszczonego modelu finansowania ubezpieczenia zdrowotnego rolników pozwoliłoby uwzględnić zasadę równości i sprawiedliwości społecznej w ponoszeniu ciężaru utrzymania publicznej opieki zdrowotnej. Miałoby także jeszcze jedno zadanie. Uwzględniając poważne trudności w skonstruowaniu sprawiedliwego i obiektywnego systemu szacowania uzyskiwanych dochodów z działalności rolniczej, dałoby możliwość opracowania bez „presji” rolniczego systemu podatkowego. Jak to już zostało powyżej podkreślone, wiąże się to z koniecznością nowelizacji szeregu aktów prawnych, przy uwzględnieniu dochodów gospodarstw socjalnych i typowo wielkotowarowych. Nie można tu także zapomnieć o konieczności wprowadzenia, obowiązującego w każdym państwie prawa, odpowiednio długiego okresu *vacatio legis* w tej materii.

**6.** Przeprowadzone powyżej rozważania uzasadniają sformułowanie następujących wniosków. Po pierwsze, wyrok Trybunału Konstytucyjnego w kwestii ubezpieczenia zdrowotnego rolników należy ocenić pozytywnie. Sytuacja polskiego rolnictwa zmieniła się znacznie od połowy lat 90. Nieobjęcie rolników powszechnymi zasadami poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne było konsekwencją trudnej sytuacji rolnictwa w okresie transformacji ustrojowej i miało charakter zabezpieczeniowy. Dziś rolnicze ubezpieczenie zdrowotne powinno mieć bardziej ubezpieczeniowy charakter, a pełne wsparcie udzielane przez państwo w tej materii należy kierować w szczególności do niezamożnych rolników.

<sup>44</sup> Np. przyjęty obecnie próg średnio 1 zł z ha przeliczeniowego.

<sup>45</sup> Przy uwzględnieniu średniej powierzchni gospodarstw w poszczególnych grupach.

Po drugie, istnieje potrzeba skonstruowania nowego modelu finansowania i wydzielenia odrębnego ubezpieczenia zdrowotnego dla rolników. Zasada solidaryzmu wewnątrzgrupowego, zasada samopomocy społecznej, zasada sprawiedliwości społecznej i ochrona ubezpieczonego winny stanowić priorytet w konstruowaniu tego modelu ubezpieczenia. Dziś bowiem stawia się tu przede wszystkim jeden cel – zmniejszenie obciążenia budżetowego przy większym udziale rolników w finansowaniu potrzeb państwa. Zasady te przesądzają także o konieczności różnicowania składki zdrowotnej w zależności od wielkości gospodarstwa rolnego i określonych progów składkowych. Istnieje potrzeba szerszego udziału ubezpieczonych w finansowaniu ochrony zdrowia, gdyż obecnie powinność ta dotyczy zaledwie 40% rolników. Trzeba jednak podkreślić, że zasada różnicowania obciążeń składkowych powinna objąć także przedsiębiorców opłacających dziś zryczałtowane składki zdrowotne w ZUS.

Po trzecie, niewątpliwie najbardziej obiektywnym kryterium określania podstawy wymiaru składek zdrowotnych byłoby kryterium dochodowe. Bez wprowadzenia pewnych uproszczeń nie da się jednak osiągnąć celu, jakim jest skuteczne oraz społecznie sprawiedliwe określenie obciążenia składkowego. System poboru składek powinien być możliwie nieskomplikowany, przy uwzględnieniu większego udziału zamożnych rolników w finansowaniu ubezpieczenia zdrowotnego<sup>46</sup>.

Po czwarte, obecny, przejściowy system poboru składek jest małym krokiem w kierunku objęcia rolników powszechnym ciężarem składkowym ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczenie to przy określeniu jego funkcji i celów nie jest jednak w stanie zapewnić właściwej ochrony ubezpieczonemu bez wsparcia budżetowego. Samofinansowanie jest tu zatem wykluczone, a konieczność wprowadzenia reformy systemu poboru składek uzasadnia obecnie nie tylko powinność prawna czy zaledwie kosmetyczne odciążenie budżetu w tej materii, lecz przede wszystkim potrzeba ochrony ubezpieczonych i stałe podnoszenie jakości uzyskiwanych świadczeń zdrowotnych oraz środków na szeroko rozumianą ochronę zdrowia. Większy udział ubezpieczonych w finansowaniu ubezpieczenia podyktowany jest zasadą solidaryzmu społecznego. Przy uwzględnieniu obecnego stanu polskiego rolnictwa, bez udziału środków budżetowych, właściwa realizacja wskazanych powyżej celów nie wydaje się w praktyce możliwa.

---

<sup>46</sup> Zob. odmienne propozycje poboru składek przedstawione przez W. Jagłę, op. cit., s. 21-22.

## FARMERS' HEALTH INSURANCE

### Summary

The paper aims to determine whether the protective character of the existing system of farmers' health insurance in Poland should be preserved, and if, to what extent.

It is shown that the condition of Polish agriculture today does not justify the maintenance of a fully protective system of health insurance, and that there is a need to create a system based on a new financing model, which would involve a higher degree of contributions on the part of the insured farmers. At the same time, however, it seems obvious that adequate health protection of the insured will not be guaranteed without financial assistance from the state budget. Taking into account social justice, social self-assistance and the ideas of inter-group solidarity, state support should be directed predominantly to farmers of lesser means.

## L'ASSICURAZIONE SANITARIA DEGLI AGRICOLTORI

### Riassunto

L'articolo si propone di rispondere alla domanda se e in quale misura l'assicurazione degli agricoltori deve mantenere il suo carattere protettivo.

Concludendo, l'autore afferma che la situazione attuale dell'agricoltura polacca non giustifica il mantenimento di un carattere del tutto protettivo dell'assicurazione sanitaria degli agricoltori. Tenendo conto del principio della solidarietà di gruppo, dell'aiuto reciproco, della giustizia sociale e della necessità di una protezione adeguata degli assicurati, il sostegno fornito dallo Stato in questa materia deve essere offerto in particolare ai contadini poveri. Vi è la necessità di distinguere l'assicurazione sanitaria degli agricoltori e di creare un modello nuovo di finanziamento, tenendo conto di un maggiore contributo dell'assicurato e di un sostegno finanziario pubblico. In pratica, senza aiuto dello Stato, la protezione adeguata dell'assicurato sembra impossibile.