



**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PRZEZ RZECZPOSPOLITĄ POLSKĄ
W CELU REALIZACJI POSTANOWIEŃ EUROPEJSKIEJ KARTY SPOŁECZNEJ
ARTYKUŁY: 3, 11, 12, 13, 14, ZA LATA 2012-2015**

W raporcie Komitetu Niezależnych Ekspertów dotyczącym XIV sprawozdania Polski z wykonywania artykułów: 7, 8, 16, 17, 19 Karty sformułowane zostały konkluzje negatywne dotyczące wykonywania art. 16 i art. 19 ust. 2, które mają źródło w braku odpowiednich informacji w XIV sprawozdaniu. W związku z tym w niniejszym sprawozdaniu zostały zamieszczone informacje odnoszące się do tych konkluzji negatywnych.

Jeżeli w sprawozdaniu brak danych za 2015 rok, oznacza to, że w momencie sporządzania sprawozdania dane takie nie były dostępne.

W związku z przedstawionymi w styczniu 2014 r. przez Komitet Niezależnych Ekspertów uwagami dotyczącymi zakresu stosowania Europejskiej Karty Społecznej w odniesieniu do bezpaństwowców (Conclusions XX-2 (2013)) Rząd polski zwraca uwagę, że:

1. Europejska Karta Społeczna nie obejmuje zakresem stosowania bezpaństwowców. Załącznik do Europejskiej Karty Społecznej (punkty 1-2) wskazuje, że zakresem jej stosowania objęci są:
 - obcokrajowcy, o ile są obywatelami innych Umawiających się Stron legalnie mieszkającymi lub pracującymi na terytorium zainteresowanej Strony,
 - uchodźcy określani zgodnie z Konwencją dotyczącą statusu uchodźców, sporządzoną w Genewie 28 lipca 1951 r., legalnie zamieszkali na jej terytorium.
2. Zakresem stosowania Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej (Załącznik do Zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej (punkty 1-3) objęci są:
 - obcokrajowcy, o ile są obywatelami innych Stron legalnie mieszkającymi lub pracującymi na terytorium zainteresowanej Strony,
 - uchodźcy określani zgodnie z Konwencją dotyczącą statusu uchodźców, sporządzoną w Genewie 28 lipca 1951 r., legalnie zamieszkali na jej terytorium,
 - bezpaństwowcy określani zgodnie z Konwencją dotyczącą statusu bezpaństwowców, sporządzoną w Nowym Jorku 28 września 1954 roku, legalnie zamieszkali na jej terytorium.
3. Polska jest związana postanowieniami Europejskiej Karty Społecznej.

Zgodnie z postanowieniami art. 23 Europejskiej Karty Społecznej sprawozdanie zostało przekazane następującym organizacjom partnerów społecznych:

- Niezależny Samorządny Związek Zawodowy “Solidarność”,
- Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- Forum Związków Zawodowych,
- Konfederacja Pracodawców Polskich,
- Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych,
- Business Centre Club – Związek Pracodawców,
- Związek Rzemiosła Polskiego.

SKRÓTY

FUS – Fundusz Ubezpieczeń Społecznych

FRD – Fundusz Rezerwy Demograficznej

GUS – Główny Urząd Statystyczny

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

OFE – otwarte fundusze emerytalne

PIP – Państwowa Inspekcja Pracy

PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna

RP – Rzeczpospolita Polska

UE – Unia Europejska

ARTYKUŁ 3 – PRAWO DO BEZPIECZNYCH I HIGIENICZNYCH WARUNKÓW PRACY

Artykuł 3 ustęp 1

1) Ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

Potrzeba wydania nowych aktów prawnych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy bądź ich nowelizacji związana była z wdrażaniem dyrektyw UE oraz dostosowywaniem przepisów do postępu technicznego.

Nowelizacje działu dziesiątego „Bezpieczeństwo i higiena pracy” Kodeksu pracy:

- ustawa z 9 listopada 2012 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw zniósła obowiązek pracodawców rozpoczynających działalność zgłoszenia PIP i PIS, w ciągu 30 dni od rozpoczęcia działalności, informacji dotyczących miejsca, rodzaju i zakresu prowadzonej działalności,
- ustawa z 7 listopada 2014 r. o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej zwolniła ze wstępnych badań lekarskich osoby przyjmowane do pracy u innego pracodawcy w ciągu 30 dni od rozwiązania lub wygaśnięcia poprzedniego stosunku pracy, jeżeli przedstawią one pracodawcy aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach opisanych w skierowaniu na badania lekarskie, a pracodawca stwierdzi, że warunki te odpowiadają warunkom występującym na nowym stanowisku pracy; zwolnienie nie dotyczy osób przyjmowanych do wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych.

Wydane zostały:

- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej:
 - z 25 czerwca 2012 r. zmieniające rozporządzenie z 27 maja 2010 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z ekspozycją na promieniowanie optyczne,
 - z 6 czerwca 2014 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
 - rozporządzenia Rady Ministrów:
 - z 5 czerwca 2015 r. zmieniające rozporządzenie z 24 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac.
 - z 13 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie z 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet,
- oraz rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 10 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie z 13 października 2003 r. w sprawie powołania Międzyresortowej Komisji do spraw Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń i Natężeń Czynników Szkodliwych dla Zdrowia w Środowisku Pracy.

Wydane zostały rozporządzenia Ministra Zdrowia:

- z 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy,
- z 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- z 24 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie z 30 grudnia 2004 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych,

- z 24 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie z 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy,
- z 25 sierpnia 2015 r. w sprawie sposobu oznakowania miejsc, rurociągów oraz pojemników i zbiorników służących do przechowywania lub zawierających substancje stwarzające zagrożenie lub mieszaniny stwarzające zagrożenie.

Ustawa z 20 marca 2015 r. zmieniła ustawę z 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach, w celu dostosowania przepisów krajowych do przepisów UE.

Wydane zostało rozporządzenie Ministra Gospodarki z 28 marca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy urządzeniach energetycznych,

Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego wydał 9 listopada 2015 r. rozporządzenie zmieniające rozporządzenie z 15 września 2010 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy organizacji i realizacji widowisk.

28 stycznia 2014 r. Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie zmieniające rozporządzenie z 5 sierpnia 2010 r. w sprawie stosowania do funkcjonariuszy Służby Więziennej przepisów Kodeksu pracy w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Nowelizacja umożliwiła kierownikom jednostek organizacyjnych Służby Więziennej wyznaczanie pracowników cywilnych do wykonywania zadań służby bezpieczeństwa i higieny służby. Do tej pory sprawować tę funkcję mogli tylko funkcjonariusze Służby Więziennej.

Zadaniem organu prowadzącego szkołę i placówkę, zgodnie z ustawą z 7 września 1991 r. o systemie oświaty, jest, między innymi, zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki oraz wyposażenie szkoły w pomoce dydaktyczne i sprzęt niezbędny do realizacji programów nauczania.

W rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 11 stycznia 2012 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych wskazano, że podmioty prowadzące kształcenie ustawiczne w formach pozaszkolnych obowiązane są zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy i nauki.

Organ prowadzący szkołę lub placówkę sprawuje nadzór nad jej działalnością w zakresie, między innymi:

- przestrzegania przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników i uczniów,
- przestrzegania przepisów dotyczących organizacji pracy szkoły i placówki.

Nowa podstawa programowa kształcenia, ustalona rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach przewiduje, że efektem kształcenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy ma być umiejętność, między innymi:

- rozróżniania pojęć związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy, ochroną przeciwpożarową, ochroną środowiska i ergonomią,
- rozróżniania zadań i uprawnień instytucji oraz służb działających w zakresie ochrony pracy i ochrony środowiska,
- określania praw i obowiązków pracownika oraz pracodawcy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- identyfikowania zagrożeń dla zdrowia i życia człowieka oraz mienia i środowiska związanych z wykonywaniem zadań zawodowych,
- identyfikowania zagrożeń związanych z występowaniem szkodliwych czynników w środowisku pracy,
- stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej podczas wykonywania zadań zawodowych,

- stosowania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska,
- zorganizowania stanowiska pracy zgodnie z obowiązującymi wymaganiami ergonomii, przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska,
- udzielania pierwszej pomocy poszkodowanym w wypadkach przy pracy oraz w stanach zagrożenia zdrowia i życia.

Wytyczne w zakresie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu określono w ustawie z 4 kwietnia 2014 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadku lub choroby pozostających w związku ze służbą.

Wydane zostały rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych:

- z 24 czerwca 2014 r. w sprawie sposobu i trybu ustalania okoliczności i przyczyn wypadków w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu,
- z 26 czerwca 2014 r. w sprawie ustalania uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biura Ochrony Rządu, które zastąpiło rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 18 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu chorób pozostających w związku ze służbą w Policji, z tytułu których przysługują odszkodowania określone w ustawie.

Komendant Główny Straży Granicznej wydał zarządzenia:

- z 30 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpieczeństwa i higieny służby funkcjonariuszy Straży Granicznej, zmienione następnie zarządzeniem Komendanta Głównego Straży Granicznej z 17 października 2014 r.,
 - z 17 czerwca 2015 r. zmieniające zarządzenie z 10 września 2010 r. w sprawie zakresu oraz szczegółowych zasad szkolenia funkcjonariuszy i pracowników Straży Granicznej,
- oraz decyzje:

- z 29 października 2014 r. w sprawie sprawowania nadzoru nad stanem bezpieczeństwa i higieny służby w Straży Granicznej,
- z 2 września 2014 r. w sprawie badań profilaktycznych i szczepień ochronnych dla funkcjonariuszy i pracowników Straży Granicznej.

Szef Biura Ochrony Rządu wydał zarządzenia:

- z 16 października 2013 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji o zasadach zaopatrywania pracowników Biura Ochrony Rządu w środki ochrony indywidualnej, odzież roboczą i obuwie robocze oraz niezbędne środki higieny osobistej,
- z 8 kwietnia 2014 r. w sprawie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz realizacji zadań medycyny pracy w Biurze Ochrony Rządu.

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji polityki krajowej w porozumieniu z organizacjami pracodawców i związkami zawodowymi.

Krajowa polityka w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy realizowana jest w ramach wieloletniego programu „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”. Jego celem jest opracowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych i technicznych oraz nowych wyrobów, technologii, metod i systemów zarządzania, które przyczynić się mają do znacznego ograniczenia liczby osób zatrudnionych w warunkach narażenia na czynniki niebezpieczne, szkodliwe i uciążliwe oraz związanych z nimi wypadków przy pracy, chorób zawodowych i wynikających z tego strat ekonomicznych i społecznych.

W okresie objętym sprawozdaniem realizowany był II etap programu, na lata 2011-2013 oraz III etap programu, na lata 2014-2016. Projekty uchwał Rady Ministrów ustanawiających II i III etap programu wieloletniego były opiniowane przez partnerów społecznych.

Nadzór nad realizacją programu sprawuje minister właściwy do spraw pracy. Koordynatorem Programu jest Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Celem III etapu programu jest, między innymi, wydłużenie aktywności zawodowej. Aby zapewnić bezpieczne i sprzyjające zachowaniu zdrowia warunki pracy w wydłużonym okresie aktywności zawodowej przewidziano działania na rzecz pogłębienia wiedzy na temat zdolności do pracy osób w starszym wieku.

Część A programu - program realizacji zadań w zakresie służb państwowych - obejmuje zadania z zakresu:

- ustalania normatywów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- rozwoju metod i narzędzi zapobiegania i ograniczania ryzyka zawodowego w środowisku pracy,
- rozwoju systemu badań maszyn i innych urządzeń technicznych, narzędzi oraz środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
- rozwoju systemu edukacji, informacji i promocji w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia.

Część B programu - program realizacji badań naukowych i prac rozwojowych - przewiduje realizację projektów z zakresu:

- rozwoju i zachowania zdolności do pracy,
- nowych i narastających czynników ryzyka związanych z nowymi technologiami i procesami pracy,
- inżynierii materiałowej i zaawansowanych technologii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy,
- kształtowania kultury bezpieczeństwa.

Realizacja III etapu programu „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” pozwoli na:

- zwiększenie skuteczności prewencji zagrożeń zawodowych w przedsiębiorstwach, z uwzględnieniem potrzeby zachowania zdolności do pracy w wydłużonym okresie aktywności zawodowej,
- podniesienie jakości zarządzania bezpieczeństwem pracy i ochroną zdrowia w przedsiębiorstwach, z uwzględnieniem zarządzania wiekiem,
- zapewnienie nowoczesnego ujęcia problematyki bezpieczeństwa pracy i ergonomii w programach nauczania na wszystkich poziomach oraz doskonalenia kompetencji służb specjalistycznych,
- poszerzenie oferty producentów środków ochrony indywidualnej,
- kontynuację prac legislacyjnych i normalizacyjnych w celu zapewnienia zgodności prawa polskiego z prawem UE oraz wdrożenia do zbioru polskich norm odpowiednich norm europejskich,
- rozwój krajowego systemu oceny zgodności wyrobów i usług, odpowiednio do wymagań dyrektyw nowego podejścia UE,
- zwiększanie skuteczności działań informacyjno-promocyjnych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój działalności polskiego Krajowego punktu centralnego EU-OSHA.

Pytania dodatkowe

1. Czy w okresie objętym sprawozdaniem wydane zostały nowe regulacje prawne dotyczące ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

Wydano rozporządzenia:

- Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych,
- Rady Ministrów z 10 sierpnia 2012 r. w sprawie stanowisk mających istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz inspektorów ochrony radiologicznej

oraz zmieniono:

- ustawę z 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (nowelizacje w latach 2012, 2014, 2015),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (nowelizacje w latach 2012 i 2015),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 kwietnia 2006 r. w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej (nowelizacja w 2012 r.).

2. Czy przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy stosują się do pracowników domowych, wykonujących pracę na własny rachunek

Powszechnie obowiązujące przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy (Kodeks pracy, akty wykonawcze do niego) stosują się do pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy, czyli do osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.

Osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych w zasadzie nie dotyczą przepisy Kodeksu pracy, wyjątkiem jest art. 304 Kodeksu pracy:

„Art. 304. §1. Pracodawca jest obowiązany zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy, o których mowa w art. 207 §2, osobom fizycznym wykonującym pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę, a także osobom prowadzącym w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę na własny rachunek działalność gospodarczą.

§2. Pracodawca jest obowiązany zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki zajęć odbywanych na terenie zakładu pracy przez studentów i uczniów niebędących jego pracownikami.

§3. Obowiązki określone w art. 207 §2 stosuje się odpowiednio do przedsiębiorców niebędących pracodawcami, organizujących pracę wykonywaną przez osoby fizyczne:

1) na innej podstawie niż stosunek pracy;

2) prowadzące na własny rachunek działalność gospodarczą.

§4. W razie prowadzenia prac w miejscu, do którego mają dostęp osoby niebiorące udziału w procesie pracy, pracodawca jest obowiązany zastosować środki niezbędne do zapewnienia ochrony życia i zdrowia tym osobom.

§5. Minister Obrony Narodowej – w stosunku do żołnierzy w czynnej służbie wojskowej, a Minister Sprawiedliwości – w stosunku do osób przebywających w zakładach karnych lub w zakładach poprawczych, w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej, określają, w drodze rozporządzeń, zakres stosowania do tych osób przepisów działu dziesiątego w razie wykonywania określonych zadań lub prac na terenie zakładu pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę.

Sposób realizacji obowiązku zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy ustala pracodawca (zlecający wykonanie pracy), biorąc pod uwagę charakter pracy i związane z jej wykonywaniem zagrożenia.

Pracodawca ma obowiązek zapewnienia ochrony życia i zdrowia osób wykonujących pracę na innej podstawie niż stosunek pracy na jego rzecz w zakładzie pracy lub w miejscu przez niego wyznaczonym poprzez, między innymi, organizowanie pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy oraz zapewnienie przestrzegania w zakładzie pracy przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także reagowanie na potrzeby w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dostosowywanie środków podejmowanych w celu doskonalenia istniejącego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników, biorąc pod uwagę zmieniające się warunki wykonywania pracy.

Pracodawca może uznać, że aby wypełnić ten obowiązek, konieczne jest posiadanie przez osoby wykonujące prace odpowiednich badań lekarskich oraz, ze względu na zagrożenia występujące w miejscu pracy, przeszkolenie ich w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. W takiej sytuacji osoby te obowiązane są wykonać polecenie pracodawcy i poddać się badaniom lekarskim, ukończyć szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Obowiązki pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, wymienione w art. 211 Kodeksu pracy¹, wskazane przez pracodawcę w umowie cywilnoprawnej, mogą być wymagane od osoby fizycznej wykonującej pracę na rzecz pracodawcy na podstawie tej umowy, w przypadku, gdy praca wykonywana jest w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę lub inny podmiot organizujący pracę.

Pracownicy domowi (zatrudnieni w gospodarstwach domowych) wykonują pracę zwykle na podstawie umów cywilnoprawnych. Strony umowy cywilnoprawnej mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się naturze stosunku cywilnoprawnego, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Zasada swobody umów zapewnia możliwość dobrowolnego związania się przez strony umowy przepisami prawa pracy, w tym w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Artykuł 3 ustęp 2

1) Jak wykonywane są przepisy dotyczące ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy. Proszę określić rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

Kluczowym kierunkiem działania PIS jest nadzór sanitarny w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy. Kontrole obejmują ocenę warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w różnych gałęziach przemysłu.

¹ Obowiązki pracownika:

- 1) znać przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, brać udział w szkoleniu i instruktażu z tego zakresu oraz poddawać się wymaganym egzaminom sprawdzającym,
- 2) wykonywać pracę w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek przełożonych,
- 3) dbać o należyty stan maszyn, urządzeń, narzędzi i sprzętu oraz o porządek i ład w miejscu pracy,
- 4) stosować środki ochrony zbiorowej, a także używać przydzielonych środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego, zgodnie z ich przeznaczeniem,
- 5) poddawać się wstępnym, okresowym i kontrolnym oraz innym zaleconym badaniom lekarskim i stosować się do wskazań lekarskich,
- 6) niezwłocznie zawiadomić przełożonego o zauważonym w zakładzie pracy wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec współpracowników, a także inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie,
- 7) współdziałać z pracodawcą i przełożonymi w wypełnianiu obowiązków dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.

Kontrolom towarzyszą działania edukacyjne dotyczące skutków zdrowotnych wynikających z narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy.

PIS uczestniczy od 2008 r. w kampaniach na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia w pracy koordynowanych przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy („Partnerstwo dla prewencji”, 2012–2013, „Stres w pracy? Nie, dziękuję!”, 2014–2015).

PIS wykonuje postanowienia ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Kodeksu pracy (dział X), jak również ustawy:

- substancjach chemicznych i ich mieszaninach,
- produktach biobójczych,
- przeciwdziałania narkomanii,
- zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest.

Zatrudnienie w pionie higieny pracy PIS

	stacja	nadzór	laboratorium
2012	WSSE	122	165
	P(G)SSE	948	259
	razem	1.070	424
2013	WSSE	124	153
	P(G)SSE	961	222
	razem	1.085	375
2014	WSSE	111	154
	P(G)SSE	974	201
	razem	1.085	355
2015	WSSE	120	155
	P(G)SSE	947	185
	razem	1.067	340

WSSE – placówki wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych

P(G)SSE – placówki szczebla podstawowego: powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Zadaniem PIP jest egzekwowanie przestrzegania prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów dotyczących legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej. Działania PIP koncentrują się w działach gospodarki i zakładach charakteryzujących się największym nasileniem zagrożeń zawodowych. Działania edukacyjne kierowane są zwłaszcza do mikro- i małych przedsiębiorstw, w których poziom znajomości prawa jest niższy niż w dużych firmach.

Działania te realizowane są w ramach:

- zadań długofalowych,
- zadań bieżących - kompleksowa ocena wybranych problemów ochrony pracy,
- zadań stałych – egzekwowanie prawa w poszczególnych obszarach ochrony pracy i wspieranie kontroli programami prewencyjnymi i informacyjnymi,
- zadań wynikających ze specyfiki lokalnej.

Na podstawie ustawy z 15 stycznia 2015 r. o zmianie ustawy o organizmach genetycznie zmodyfikowanych oraz niektórych innych ustaw zakres kontroli inspektorów pracy poszerzony został o spełnianie wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy określonych w zezwoleniach na prowadzenie zakładów inżynierii genetycznej i w zgodach na zamknięte użycie mikroorganizmów genetycznie zmodyfikowanych oraz w zgodach na zamknięte użycie organizmów genetycznie modyfikowanych.

2) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz inne istotne informacje dotyczące wypadków przy pracy, w tym wypadków śmiertelnych (wielkość bezwzględna i wskaźnik wypadków na 1.000 pracujących), liczby kontroli zdrowia i bezpieczeństwa pracy przeprowadzonych przez służby inspekcji pracy oraz stosunku liczby pracowników i przedsiębiorstw objętych tymi kontrolami do liczby pracowników i przedsiębiorstw

ogółem, odpowiednio, liczby przypadków naruszenia przepisów dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, a także rodzaju wymierzonych kar.

Liczba wypadków przy pracy:

- 2012 r. – 90.464,
- 2013 r. – 87.596,
- 2014 r. – 88.138,
- 2015 r. – 87.187.

Poszkodowani w wypadkach przy pracy

	Poszkodowani ogółem		Poszkodowani w wypadkach					
	Liczba	Wskaźnik na 1.000 pracujących	śmiertelnych		ciężkich		lekkich	
			Liczba	Wskaźnik na 1.000 pracujących	Liczba	Wskaźnik na 1.000 pracujących	Liczba	Wskaźnik na 1.000 pracujących
2012	91.000	7,78	350	0,030	627	0,05	90.023	7,70
2013	88.267	7,54	277	0,024	538	0,05	87.452	7,47
2014	88.641	7,45	263	0,022	530	0,04	87.848	7,39
2015 ¹	87.622	7,24	303	0,025	495	0,04	86.824	7,17

¹Dane wstępne

Choroby zawodowe

Liczba				na 100.000 zatrudnionych			
2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
2.402	2.214	2.351	2.094	23	21,4	22,6	19,6

Choroby zawodowe, przypadki

	2012	2013	2014	2015
Pylice płuc	570	577	610	422
- krzemowa	89	86	96	b.d.
- górników kopalń węgla	404	402	449	b.d.
- azbestowa	60	61	48	b.d.
Astma	52	50	53	47
Przewlekłe choroby narządu głosu	202	234	268	232
Nowotwory	61	80	80	68
- rak płuca	29	33	32	b.d.
- międzybłoniak opłucnej	19	30	28	b.d.
Choroby zakaźne lub pasożytnicze	705	590	660	652
- wzw typu B	11	17	17	b.d.
- wzw typu C	59	44	35	b.d.
- borelioza	532	457	543	b.d.

Zapadalność na choroby zawodowe, na 100.000 pracujących, w wybranych sekcjach gospodarki narodowej

	2012	2013	2014	2015
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	23,9	21,0	24,2	23,8
Górnictwo i wydobywanie	285,9	271,1	296,0	203,5
Przetwórstwo przemysłowe	25,9	24,3	24,9	22,6
Budownictwo	10,4	10,1	12,1	9,9
Edukacja	19,2	22,4	24,6	5,6

Kontrole przeprowadzone przez inspektorów pracy

	Ogółem	w zakładach zatrudniających							
		1-9 osób		10-49 osób		50-249 osób		250 osób i powyżej	
		liczba kontroli	%	liczba kontroli	%	liczba kontroli	%	liczba kontroli	%
2012	89.949	49.722	55,3	24.682	27,4	10.814	12	4.731	5,3
2013	89.760	50.646	56,4	23.825	26,5	10.374	11,6	4.915	5,5
2014	90.108	51.343	57	24.272	28,7	9.894	10,5	4.599	3,8
2015	88.299	50.459	57,1	23.017	26,1	9.868	11,2	4.955	5,6

	Decyzje dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy	Wykroczenia, art. 283 Kodeksu pracy, w związku z którymi			Sankcje w związku z wykroczeniami z art. 283 Kodeksu pracy*		
		nałożono grzywnę w formie mandatu karnego	skierowano wnioski do sądu o ukaranie	zastosowano środki wychowawcze	grzywna w formie mandatu karnego	wnioski do sądu o ukaranie	środki wychowawcze
2012	310.069	31.952	3.619	16.538	13.951	1.693	9.445
2013	314.464	31.689	3.227	17.397	14.023	1.572	10.055
2014	318.323	34.147	3.069	18.392	14.757	1.497	10.464
2015	302.651	32.327	2.762	17.139	13.743	1.340	9.939

* Liczba sankcji różni się od liczby wykroczeń: inspektorzy mogą skierować do sądu wnioski o ukaranie obejmujący kilka wykroczeń, nałożyć grzywnę w drodze mandatu karnego za kilka wykroczeń oraz zastosować środki wychowawcze w przypadku stwierdzenia więcej niż jednego wykroczenia przeciwko prawom pracownika

Decyzje dotyczące:

	wstrzymania eksploatacji maszyn i urządzeń	zakazu wykonywania pracy lub prowadzenia działalności	ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków
2012	7.983	282	345
2013	9.039	330	397
2014	9.837	576	430
2015	9.297	779	402

Rodzaj i liczba sankcji* zastosowanych w związku z wydaniem decyzji o:

	wstrzymaniu eksploatacji maszyn i urządzeń		zakazie wykonywania pracy lub prowadzenia działalności		ustaleniu okoliczności i przyczyn wypadków	
	wnioski do sądu o ukaranie	grzywny nałożone w formie mandatu karnego	wnioski do sądu o ukaranie	grzywny nałożone w formie mandatu karnego	wnioski do sądu o ukaranie	grzywny nałożone w formie mandatu karnego
2012	167	2.728	11	140	20	124
2013	173	3.168	19	178	21	152
2014	163	3.544	12	342	24	146
2015	153	3.198	21	448	19	128

Liczba pracowników PIP

Stan 31.12.2012 r., zatrudnionych – 2.758 osób, w tym:

- 2.503 osoby w okręgowych inspektoratach pracy,
- 196 osób w Głównym Inspektoracie Pracy.

W Ośrodku Szkolenia PIP we Wrocławiu pracowało 59 osób.

Wśród zatrudnionych:

- 1.544 osoby zajmowały stanowiska inspektorskie,
- 42 osoby zajmowały stanowisko nadinspektora pracy – kierownika oddziału,
- 48 osób zajmowało kierownicze stanowiska inspektorskie w okręgach (okręgowi inspektorzy pracy i zastępcy okręgowych inspektorów pracy),
- 57 osób – pracownicy na stanowiskach podinspektorskich, uczestnicy aplikacji inspektorskich.

Stan 31.12.2015 r. - zatrudnionych – 2.768 osób, w tym:

- 2.514 osoby w okręgowych inspektoratach pracy,
- 197 osób w Głównym Inspektoracie Pracy.

W Ośrodku Szkolenia PIP we Wrocławiu pracowało 59 osób.

Wśród zatrudnionych:

- 1.557 osób zajmowało stanowiska inspektorskie,
- 43 osoby zajmowały stanowisko nadinspektora pracy – kierownika oddziału,
- 48 osób zajmowało kierownicze stanowiska inspektorskie w okręgach (okręgowi inspektorzy pracy i zastępcy okręgowych inspektorów pracy),

- 63 osoby – pracownicy na stanowiskach podinspektorskich, uczestnicy aplikacji inspektorskich.

Wypadki przy pracy rolniczej

	2012	2013	2014	2015
Zdarzenia zgłoszone	24.008	23.374	21.939	20.154
Zdarzenia uznane za wypadki przy pracy rolniczej	22.370	21.093	20.609	18.814
Wypadki zakończone wypłatą jednorazowych odszkodowań	16.537	15.806	15.649	14.380
Wypadki śmiertelne	92	77	77	63
Poszkodowani z ustaloną niezdolnością do samodzielnej egzystencji	36	41	34	34
Liczba wypadków na 1.000 ubezpieczonych, za które przyznano jednorazowe odszkodowanie	11,0	10,7	10,8	10,3
Wypadki śmiertelne na 100.000 ubezpieczonych	6,1	5,2	5,3	4,5
Ubezpieczeni na koniec roku	1.492.257	1.468.178	1.432.725	1.375.462

Choroby zawodowe w rolnictwie

Liczba				na 100.000 zatrudnionych			
2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
198	234	250	245	13,3	15,9	17,7	17,6

Choroby zawodowe w rolnictwie, liczba przypadków

	2012	2013	2014	2015
Pylice płuc	0	0	0	0
- krzemowa	0	0	0	0
- górników kopalń węgla	0	0	0	0
- azbestowa	0	0	0	0
Astma	3	14	19	10
Przewlekłe choroby narządu głosu	0	0	0	0
Nowotwory	0	0	0	0
- rak płuca	0	0	0	0
- międzybłoniak opłucnej	0	0	0	0
Choroby zakaźne lub pasożytnicze	166	189	194	204
- wzw typu B	0	0	0	0
- wzw typu C	0	0	0	0
- borelioza	155	178	179	197

Działania KRUS w celu zmniejszenia liczby wypadków przy pracy rolniczej

	2012	2013	2014	2015
Szkolenia dla rolników	2.410	2.407	2.487	2.423
Uczestnicy	49.527	47.912	52.138	49.704
Szkolenia uczniów szkół rolniczych	199	228	221	212
Uczestnicy	5.423	6.804	6.042	5.771
Szkolenia dla uczniów gimnazjów i szkół podstawowych	1.696	1.546	1.521	1.436
Uczestnicy	101.546	90.672	90.111	85.268
Konkursy dla rolników	1.388	1.518	1.662	1.629
Konkursy, olimpiady dla dzieci wiejskich	1.046	837	784	760
Punkty informacyjne KRUS na imprezach rolniczych	792	814	838	884
Pokazy praktyczne	1.474	1.390	1.866	1.750

KRUS udziela pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń, całkowicie niezdolnym do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokującym jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonym całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym. Rolnicy skierowani na rehabilitację leczniczą:

- 2012 r. – 14.157,
- 2013 r. – 13.212,
- 2014 r. – 12.675,
- 2015 r. – 13.405.

Artykuł 3 ustęp 3

1) W jaki sposób przeprowadzane są konsultacje z organizacjami pracodawców i pracowników w sprawach środków zmierzających do poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy. Rodzaj, przesłanki i zakres zmian.

oraz

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu przeprowadzania konsultacji z organizacjami pracodawców i pracowników.

oraz

3) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje, o ile to możliwe.

W okresie objętym sprawozdaniem Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia, Minister Gospodarki i inni ministrowie, w zakresie ich kompetencji, przeprowadzali konsultacje projektów aktów prawnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy z organizacjami pracodawców i pracowników, na każdym z etapów prac nad tymi projektami. Postępowanie było zgodne z trybem opiniowania projektów aktów prawnych przewidzianym w ustawie z 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych i w ustawie z 23 maja 1991 r. o organizacjach pracodawców.

Uchwalona została ustawa z 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego. Powołana na jej mocy Rada Dialogu Społecznego zastąpiła Trójstronną Komisję do spraw Społeczno-Gospodarczych. W skład Rady wchodzi przedstawiciele strony rządowej, strony pracowników oraz strony pracodawców. Stronę pracowników w Radzie reprezentują przedstawiciele reprezentatywnych organizacji związkowych. Stronę pracodawców w Radzie reprezentują przedstawiciele reprezentatywnych organizacji pracodawców.

Rada:

- jest forum trójstronnej współpracy pracowników, pracodawców oraz rządu,
- prowadzi dialog w celu zapewnienia warunków rozwoju społeczno-gospodarczego oraz zwiększenia konkurencyjności polskiej gospodarki i spójności społecznej,
- działa na rzecz realizacji zasady partycypacji i solidarności społecznej w zakresie zatrudnienia,
- działa na rzecz poprawy jakości formułowania i wdrażania polityki oraz strategii społeczno-gospodarczych, a także budowania wokół nich społecznego porozumienia,
- wspiera prowadzenie dialogu społecznego na wszystkich szczeblach jednostek samorządu terytorialnego.

W tym celu Rada:

- wyraża opinie i zajmuje stanowiska,
- opiniuje projekty założeń projektów ustaw oraz projekty aktów prawnych,
- inicjuje, na zasadach określonych ustawą, proces legislacyjny,
- wykonuje inne zadania wynikające z innych ustaw.

Przygotowywane przez Radę Ministrów oraz ministrów projekty założeń projektów ustaw i innych aktów prawnych kierowane są do opinii strony pracowników i strony pracodawców Rady Dialogu Społecznego. Termin wyrażenia opinii nie może być krótszy niż 30 dni, ale może zostać skrócony do 21 dni ze względu na ważny interes publiczny. Jeżeli Rada Ministrów nie uwzględni opinii lub dokona istotnych zmian w projekcie, w stosunku do opiniowanego projektu, ma obowiązek przedstawienia stanowiska w uzasadnieniu projektu przedkładanego Sejmowi.

Strona pracowników i strona pracodawców Rady mają prawo przygotowywania wspólnych projektów założeń projektów ustaw i innych aktów prawnych w sprawach leżących we właściwości Rady i przekazywania ich właściwemu ministrowi, w celu przedłożenia Radzie

Ministrów. Nieprzyjęcie projektu przez Radę Ministrów wymaga przedstawienia przez właściwego ministra stronie pracowników i stronie pracodawców Rady pisemnego uzasadnienia, w ciągu 2 miesięcy od podjęcia decyzji o nieprzyjęciu projektu, nie później niż w ciągu 4 miesięcy od otrzymania projektu przez właściwego ministra. W przypadku wniesienia projektu ustawy do Sejmu z istotnymi zmianami, informacja zawierająca uzasadnienie zmian jest zamieszczana w uzasadnieniu projektu.

Rada przedstawia stanowiska w sprawach wniesionych pod jej obrady przez Radę Ministrów, jej członków i inne organy państwowe. Strona pracowników i strona pracodawców Rady ma prawo występowania ze wspólnymi wnioskami o wydanie lub zmianę ustawy albo innego aktu prawnego, w zakresie spraw leżących w kompetencji Rady.

ARTYKUŁ 11 – PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA

Artykuł 11 ustęp 1

1) Polityka w zakresie zdrowia publicznego i ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym jest odpowiedzią na potrzebę wprowadzenia mechanizmów umożliwiających poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Zadania z zakresu zdrowia publicznego, zgodnie z ustawą, polegają na monitorowaniu sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowań, prowadzeniu działalności badawczej, realizowaniu interwencji dotyczących profilaktyki i promowania zdrowia, biorąc pod uwagę potrzebę ograniczania społecznych nierówności w dostępie do ochrony zdrowia.

Ustawa ustanowiła zasadę współpracy przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego: każdy z podmiotów publicznych podejmujących zadania mające wpływ na zdrowie publiczne powinien współpracować na rzecz poprawy zdrowia, w tym z organizacjami pozarządowymi. Ustawa podkreśla znaczenie koordynacji działań gminy i powiatu z działaniami samorządu województwa w zakresie monitorowania stanu zdrowia, w celu uniknięcia powielania takich samych zadań przez różne podmioty.

Ustawa określa rolę NFZ w systemie zdrowia publicznego, która obejmuje udzielanie profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej i promujących zdrowie oraz dofinansowywanie samorządowych programów polityki zdrowotnej.

Zgodnie z ustawą wsparcia w prowadzeniu międzysektorowej polityki zdrowia publicznego udziela Rada do spraw Zdrowia Publicznego. W jej skład wchodzi przedstawiciele administracji publicznej, a także przedstawiciele jednostek naukowych, pracodawców i organizacji pozarządowych.

W okresie objętym sprawozdaniem trwały prace nad projektem rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (rozporządzenie zostało wydane 4 sierpnia 2016 r.). Celem programu jest wydłużenie życia, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Program określa cele operacyjne, dotyczące:

- poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa,
- profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi,
- poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa,
- ograniczenia ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń w środowisku zewnętrznym i w pomieszczeniach oraz wynikających z zakażeń biologicznych,
- promocji zdrowego i aktywnego starzenia się,
- poprawy zdrowia prokreacyjnego.

Za monitorowanie i ewaluację realizacji programu odpowiadać będzie minister właściwy do spraw zdrowia.

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji polityki w zakresie zdrowia publicznego i realizacji przepisów prawa.

W okresie objętym sprawozdaniem realizowana była piąta edycja Krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS, na lata 2012-2016. Cele:

- ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV,
- zapewnienie dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS,
- aktualizacja stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS,
- rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe bezpłatne testy w kierunku HIV, połączone z poradnictwem około testowym,

- poprawa jakości życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich,
- poprawa jakości i dostępności diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz narażonych na zakażenie HIV,
- zapobieganie zakażeniom wertykalnym,
- usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz realizowanych działań.

W każdym województwie działa zespół do spraw realizacji programu. Zespoły odpowiedzialne są za kreowanie polityki w zakresie HIV/AIDS, wyznaczanie działań priorytetowych do realizacji w danym roku kalendarzowym, poprawę współpracy między podmiotami realizującymi program na poziomie województwa oraz podnoszenie efektywności prowadzonych działań. W skład zespołów wchodzi przedstawiciele urzędów wojewódzkich, urzędów marszałkowskich, urzędów miast, PIS, NFZ, kuratoriów oświaty, organizacji pozarządowych, okręgowych izb lekarskich, okręgowych izb pielęgniarek i położnych, konsultanci wojewódzcy i inne osoby.

Programem „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012-2016” objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS, spełniające kryteria medyczne, w tym kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV. W ramach programu dokonywany był zakup leków antyretrowirusowych dla dorosłych i dzieci, a także szczepionek dla dzieci urodzonych przez matki zakażone wirusem HIV.

Na 31 grudnia 2015 r. leczeniem ARV objętych było 8.606 pacjentów (wzrost w stosunku do roku 2013 o 9%), w tym 113 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS. W 2015 r. leczeniem antyretrowirusowym objęto 55 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odbyło się 38 porodów kobiet zakażonych HIV, doszło do 4 poronień, leki antyretrowirusowe otrzymało 38 noworodków.

Wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych u 232 pacjentów.

Program był realizowany przez 22 szpitale/jednostki medyczne, w ramach których działają ośrodki referencyjne prowadzące leczenie antyretrowirusowe osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Leczenie antyretrowirusowe prowadzono również w zakładach penitencjarnych.

Dzięki ogólnopolskiemu systemowi dystrybucji i redystrybucji leków antyretrowirusowych nie doszło do przeterminowania żadnych leków zakupionych w ramach programu, wszyscy pacjenci objęci programem leczenia antyretrowirusowego mieli stały dostęp (ciągłość dostaw leków) do wszystkich leków ARV.

Celem Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2011-2020 jest wzrost liczby wykonywanych transplantacji komórek, tkanek i narządów, poprawa warunków wykonywania przeszczepień, a także wzrost świadomości społecznej w kwestii transplantologii. Główne działania:

- rozwój rejestrów dawców szpiku, w tym: centralnego rejestru niespokrewnionych potencjalnych dawców szpiku (finansowanie większej liczby badań potencjalnych dawców, co przełoży się na zwiększenie zasobu dawców szpiku),
- wspieranie rozwoju rejestrów transplantacyjnych: rejestr żywych dawców, krajowy rejestr przeszczepień, krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie, system koordynacji transplantacji,
- przygotowanie przeszczepów biostatycznych i hodowla komórkowa,
- szkolenia osób wykonujących czynności związane z pobieraniem, testowaniem, przetwarzaniem, przechowywaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek lub narządów w jednostkach systemu ochrony zdrowia związanych z transplantologią oraz szkolenia koordynatorów transplantacyjnych,
- finansowanie innowacyjnych metod przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (jelita, kończyny górnej, twarzy, krtani),

- finansowanie działalności koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz szkolenie nowych koordynatorów,
- finansowanie przechowywania pozyskanej ramach programu krwi pępowinowej,
- realizacja programu przeszczepiania w grupach biorców o podwyższonym ryzyku immunologicznym,
- akcje promocyjne i edukacyjne, w celu zwiększenia akceptacji społecznej transplantacji, jako metody leczenia, co przełoży się na zwiększenie pobrań narządów od osób zmarłych i przeszczepów tych narządów, a także zwiększenie liczby przeszczepów rodzinnych,
- prace remontowo-budowlane w bankach tkanek i komórek, ośrodkach transplantacyjnych oraz medycznych laboratoriach diagnostycznych testujących komórki, tkanki lub narządy,
- wyposażenie w wysokospecjalistyczny sprzęt dla ośrodków transplantacyjnych narządów i szpiku, banków tkanek i komórek, medycznych laboratoriów diagnostycznych wykonujących badania antygenów zgodności tkankowej oraz ośrodków pobierających narządy do przeszczepienia.

Wydatki na realizację programu, zł

	Łącznie	prace remontowo- budowlane	zakup sprzętu wysokospecjalistycznego
2012	26.817.412,54	17.920.817,82	8.896.594,72
2013	23.012.165,59	14.075.975,79	8.936.189,80
2014	16.986.381,00	9.430.424,95	7.555.956,05
2015	25.610.587,58	17.152.288,12	8.458.299,46

Liczba przeszczepień narządów

	2012	2013	2014	2015
od dawców zmarłych				
nerek	1.131	1.076	1.064	958
nerki + trzustki	34	29	37	41
wątroby	313	318	336	310
serca	79	87	76	99
płuca	16	17	19	24
od dawców żywych				
nerki	51	57	55	60
wątroby	14	18	30	22

Finansowanie rekrutacji i badań dawców szpiku jest jednym z działań podejmowanych w celu poprawy dostępności do leczenia dla biorcy, jak również zwiększenia zasobów Centralnego rejestru niespokrewnionych potencjalnych dawców szpiku i krwi pępowinowej.

Pozyskani dawcy szpiku

2012	2013	2014	2015
20.548	24.007	23.864	24.810

Liczba aktywnych potencjalnych dawców w rejestrze w końcu 2015 r. wynosiła 927.702 (w końcu 2011 r. – 68.557).

W ramach programu realizowany jest program identyfikacji pacjentów podwyższonego ryzyka immunologicznego, w celu dobrania dawcy nerki o cechach antygenowych minimalizujących odrzucenie przeszczepu i ograniczenia ryzyka odrzucenia przeszczepu.

Realizowane było zadanie przeszczepienia rogówki u chorych z ryzykiem utraty przeszczepu z przyczyn immunologicznych, nie wykonywane w ramach standardowego świadczenia zdrowotnego.

	2012	2013	2014	2015
Przeszczepienia rogówki	901	982	938	884
Przeszczepienia rogówki u chorych z ryzykiem utraty przeszczepu z przyczyn immunologicznych	86	50	27	45

W ramach innowacyjnych metod w zakresie przeszczepiania dokonano:

- 2013 – dwóch przeszczepień twarzy,
- 2014 – przeszczepienia kończyny górnej,

– 2015 – przeszczepienia krtani.

Duży nacisk kładziony jest na upowszechnianie idei transplantologii w społeczeństwie. Akcje promocyjne i edukacyjne miały zasięg ogólnopolski, ogólnokrajowy i lokalny, realizowany był także program edukacyjno-promocyjno-informacyjny skierowany do pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, ich rodzin i personelu stacji dializ. Analiza efektywności realizowanych zadań doprowadziła do podjęcia decyzji o skupieniu wysiłków w ramach jednej kampanii społecznej oraz realizacji działań promocyjnych i edukacyjnych w województwach o najniższym wskaźniku przeszczepień. Kampania „Zgoda na życie”, wykorzystująca takie kanały komunikacji jak: telewizja, radio, internet, bezpośredni kontakt, została pozytywnie odebrana przez społeczeństwo.

W ramach Programu kontynuowane jest (zainicjowany w 2010 r.) finansowanie działalności koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w szpitalach spełniających warunki pobierania i przeszczepiania narządów. Obecnie działa 208 koordynatorów. Prowadzone są szkolenia podstawowe i specjalistyczne koordynatorów oraz osób związanych z transplantologią.

Szczególnym sukcesem transplantologii było dokonane po raz pierwszy w 2015 r. krzyżowe przeszczepienie nerek oraz łańcuchowe przeszczepienie nerek. Ponadto, wykonany w 2013 r. przeszczep twarzy przez zespół z Centrum Onkologii w Gliwicach był pierwszym na świecie przeszczepem twarzy przeprowadzonym dla ratowania życia.

Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2012-2018 stanowi kontynuację części zadań realizowanych w latach 2005-2011 w ramach Narodowego programu leczenia hemofilii. Celem programu jest podniesienie standardów leczenia poprzez dostęp do koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny oraz poprawa jakości życia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne.

Miernikiem zabezpieczenia chorych na hemofilię jest wskaźnik zużycia koncentratu czynnika VIII w przeliczeniu na 1 mieszkańca rocznie. Zgodnie z zaleceniami WHO minimum niezbędne dla ratowania życia to 2 j.m./mieszkańca. W Polsce wskaźnik ten wyniósł w 2010 roku 4,7 j.m., w 2015 r. 5,21 j.m., w 2018 r. ma być osiągnięty wskaźnik 6.j. m.

W latach 2012- 2015 realizacja programu obejmowała:

- zakup koncentratów czynników krzepnięcia dla chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne,
- warsztaty naukowo-szkoleniowe dla osób zaangażowanych w leczenie hemofilii i pokrewne skazy krwotoczne.

Głównym efektem realizacji programu w latach 2012-2015 było zapewnienie odpowiedniej ilości koncentratów czynników krzepnięcia krwi niezbędnych osobom chorym na hemofilię i inne skazy krwotoczne oraz podniesienie poziomu wiedzy z zakresu hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych u lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych i diagnostów laboratoryjnych. Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie opracował dokument „Zasady leczenia koncentratami czynników krzepnięcia w warunkach domowych, wyspecyfikowanie kosztów tego leczenia oraz zaproponowanie sposobu zorganizowania leczenia domowego”.

Celem programu „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polski w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych na lata 2009-2014” oraz programu „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polski w zakresie krwi i jej składników na lata 2015-2020” jest zapewnienie pełnego zaopatrzenia w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne, poprzez optymalne wykorzystanie potencjału jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi i honorowych dawców krwi.

Pobierana obecnie krew pokrywa w 100% zapotrzebowanie na krew i jej preparaty zapewnia, jednakże w niektórych regionach kraju zdarzają się niedobory składników krwi, zazwyczaj w

okresie wakacyjnym. Niedobory te są monitorowane i uzupełniane krwią i jej składnikami z regionów mających nadwyżki.

Główne zrealizowane działania:

- przeprowadzenie akcji propagujących honorowe krwiodawstwo, efektem jest zwiększenie liczb nowych potencjalnych dawców krwi,
- rozwój systemu pobierania krwi i jej składników, w oparciu o mobilne punkty poboru (autokary) oraz specjalistyczne pojazdy dostosowane do transportu krwi,
- szkolenia personelu medycznego dotyczące optymalizacji wykorzystania krwi i jej składników w lecznictwie, publikacja dotycząca gospodarowania krwią i jej składnikami w szpitalu.

Ponadto, w 2015 r.:

- przeprowadzono szkolenia dla pracowników regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, z zakresu pozyskiwania i obsługi kandydatów na dawców krwi,
- przeprowadzono konkurs na udział w projekcie „Kandydat na dawcę”,
- w ramach propagowania honorowego krwiodawstwa spoty informujące o honorowym krwiodawstwie wyemitowane zostały w środkach komunikacji miejskiej, spoty promujące krwiodawstwo wyemitowane zostały w telewizji i w radio,
- przeprowadzono szkolenia z zakresu propagowania honorowego krwiodawstwa,
- zakupiono materiały promujące honorowe krwiodawstwo.

Celem Programu badań przesiewowych noworodków w Polsce, edycje na lata 2009-2014 oraz 2015-2018, jest obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu wad metabolizmu oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu kalectwu wynikającemu z tych wad, wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia chorób wrodzonych objętych badaniem przesiewowym, jak również obniżenie kosztów leczenia i opieki nad dziećmi z chorobami wrodzonymi. Główne działania w latach 2012-2015:

- badania przesiewowe noworodków w kierunku hipotyreozy (cała populacja), fenyloketonurii (cała populacja), mukowiscydozy (cała populacja), rzadkich wad metabolicznych, (cała populacja), badania w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy (pilotaż),
- zakup materiałów diagnostycznych (testów i odczynników),
- monitorowanie i koordynacja programu.

W 2015 r. wykonano badania w kierunku:

- hipotyreozy – 370.000,
- fenyloketonurii – 388.286,
- mukowiscydozy – 370.000,
- rzadkich wad metabolicznych – 359.929,
- wrodzonego przerostu nadnerczy – 46.523.

Prowadzone były:

- centralny rejestr noworodków oraz bazy danych leczonych objętych badaniami przesiewowymi,
- dystrybucja kodów paskowych i bibuł do pobrań do ośrodków wykonujących badania oraz wysyłka bibuł do pobrań krwi, listów do rodziców i wyników badań kontrolnych i molekularnych do lekarzy prowadzących pacjentów,
- druk ulotek dla matek, materiałów informacyjnych, plakatów, instrukcji, etykiet z kodem,
- 2 strony internetowe: ogólnodostępna, zawierająca informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy <http://przesiew.imid.med.pl> oraz kodowana, dostępna dla uprawnionych osób (w tym dla kierowników laboratoriów przesiewowych), która umożliwia uzyskanie informacji o badanych noworodkach w Polsce, informacji statystycznych,

- szkolenia i konferencje, w tym coroczna konferencja poświęcona badaniom przesiewowym noworodków.

Celem Programu kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków, edycje na lata 2009-2013 oraz 2014-2017, jest:

- diagnostyka i wewnątrzmaciczna terapia płodu, zwiększenie dostępności leczenia wewnątrzmacicznego, poprzez wykorzystanie wyspecjalizowanych grup terapii płodu w dużych ośrodkach położniczych,
- wprowadzenie nowych metod terapii wewnątrzmacicznej płodu z wykorzystaniem najnowocześniejszej aparatury badawczej pozwalającej na przyjmowanie kobiet ciężarnych z całego kraju.

W ramach programu:

- w 2012 r. wykonano 99 zabiegów wewnątrzmacicznych na płodzie, 99 badań USG kwalifikujących do zabiegu oraz 79 badań Echo płodu,
- w 2013 r. wykonano 240 zabiegów wewnątrzmacicznych na płodzie w dwunastu rozpoznawalnych patologiach, 240 badań USG kwalifikujących do zabiegu oraz 122 badania Echo płodu,
- w 2014 r. wykonano 207 zabiegów ukierunkowanych na rozpoznawanie patologii płodu oraz zakup materiałów medycznych,
- w 2015 r. wykonano 286 zabiegów ukierunkowanych na rozpoznawanie patologii płodu oraz zakup materiałów medycznych.

Celem Narodowego programu ochrony antybiotyków w Polsce na lata 2011-2015 jest wdrożenie systemu powstrzymującego utratę skuteczności antybiotyków w leczeniu zakażeń i chorób zakaźnych na skutek powstawania i rozprzestrzeniania się lekooporności drobnoustrojów: poprawa bezpieczeństwa pacjentów narażonych w coraz większym stopniu na zakażenia wieloantybiotykoopornymi bakteriami, a także na trudne w leczeniu pozaszpitalne inwazyjne zakażenia bakteryjne, poprzez wypracowywanie aktualnych zasad antybiotykoterapii i kontroli zakażeń dostosowanych do pojawiających się nowych zagrożeń ze strony drobnoustrojów. W ramach programu realizowany jest tzw. mechanizm międzysektorowy, zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej, służący koordynacji wdrażania krajowej strategii zapobiegania antybiotykooporności, wymianie informacji i koordynacji z Komisją Europejską, Europejskim centrum kontroli i zapobiegania chorobom oraz państwami członkowskimi.

Główne zadania zrealizowane w latach 2012-2015:

- edukacja lekarzy oddziałów intensywnej terapii medycznej w zakresie zasad racjonalnej antybiotykoterapii, oraz innych specjalistów na temat zakażeń szpitalnych,
- aktualizacja w szpitalnych pracowniach mikrobiologicznych nowych europejskich zasad określania antybiotykooporności,
- charakterystyka gronkowców złocistych odpowiedzialnych za szpitalne zakażenia łożyska krwi,
- charakterystyka molekularna izolatów odpowiedzialnych za pozaszpitalne zakażenia inwazyjne,
- diagnostyka niehodowlana zakażeń krwi (sepsy) i ośrodkowego układu nerwowego,
- tworzenie i podtrzymywanie Narodowej kolekcji inwazyjnych patogenów bakteryjnych,
- przeprowadzenie badania pilotażowego na terenie woj. małopolskiego i wielkopolskiego w ramach warsztatów dla lekarzy rodzinnych i innych na temat zasad racjonalnej antybiotykoterapii, metod leczenia i diagnozowania najczęściej występujących zakażeń szpitalnych,

- przygotowanie propozycji wdrażania kontroli zakażeń szpitalnych i racjonalnej antybiotykoterapii dla sieci szpitali klinicznych,
- monitorowanie zużycia antybiotyków w leczeniu otwartym i zamkniętym,
- monitorowanie wybranych patogenów alarmowych w ramach sieci ECDC/EARS-Net,
- monitorowanie występowania wielolekoopornych szczepów bakteryjnych,
- aktualizacja i rozpowszechnianie wybranych zaleceń dotyczących nowych mechanizmów oporności,
- opracowanie zaleceń dotyczących postępowania w przypadku zachorowań sporadycznych i ognisk epidemicznych wywoływanych przez patogeny alarmowe.

W ramach programu realizowany był również program „Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych i profilaktycznych”, w latach 2009-2013 oraz w roku 2015. Działania:

- opracowano mapę wybranych wieloopornych patogenów alarmowych,
- uzyskano dane na temat zużycia antybiotyków w leczeniu otwartym w latach 2008-2014, oraz leczeniu zamkniętym w 2014 r.,
- uzyskano dane dotyczące bakteryjnych pozaszpitalnych zakażeń inwazyjnych (głównie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i sepsa) oraz charakteryzowano czynniki etiologiczne je wywołujące,
- prowadzono szeroką działalność edukacyjną w zakresie zasad racjonalnej antybiotykoterapii, skierowaną do lekarzy rodzinnych i innych, pielęgniarek anestezjologicznych, pielęgniarek epidemiologicznych, lekarzy oddziałów intensywnej terapii medycznej, mikrobiologów, epidemiologów,
- przeprowadzono ogólnopolską kampanię informacyjną „Europejski dzień wiedzy o antybiotykach”.

Planowana jest kontynuacja programu Narodowego programu ochrony antybiotyków w latach 2016-2020.

Główne cele Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006-2015:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów,
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia,
- stworzenie warunków do wykorzystania onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych,
- utworzenie systemu monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju.

W ramach programu podejmowano działania w zakresie:

- rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia,
- wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci,
- zwiększania dostępności metod wczesnego rozpoznawania,
- wdrożenia procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów,
- standaryzacji procedur leczenia napromienianiem,
- uzupełniania oraz wymiany urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów,
- upowszechnienia metod leczenia skojarzonego,
- rozwoju i upowszechniania współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczania odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej w onkologii,

- rozwoju i upowszechnienia nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych,
- poprawy systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów,
- upowszechniania wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

W latach 2012-2015 realizowane były następujące programy edukacyjne:

- szkolenie lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej z zakresu diagnostyki nowotworów, postępowania terapeutycznego oraz opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym,
- szkolenie lekarzy patomorfologów w zakresie histopatologii onkologicznej,
- szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii,

W ramach programów profilaktycznych i wczesnego wykrywania nowotworów realizowane były:

- program prewencji pierwotnej nowotworów, którego celem była edukacja społeczeństwa - upowszechnienie Europejskiego kodeksu walki z rakiem, organizacja kampanii medialnych, edukacyjnych i interwencyjnych),
- programy skryningowe, których celem było zmniejszenie zachorowalności oraz poprawa wykrywalności raka szyjki macicy i wczesnego wykrywania raka piersi, a także poprawa zgłaszalności kobiet do programu.

Celem programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy było objęcie badaniami cytologicznymi kobiet z grupy 25-59 lat, wykonywanymi co 3 lata. W latach 2012–2015 objęto badaniami, odpowiednio 35,71%, 34,49%, 43,5%, 42,11% kobiet (w 2006 r. - 12,7%).

Celem programu wczesnego wykrywania raka piersi było objęcie badaniami mammograficznymi kobiet z grup wiekowych najwyższego ryzyka zachorowania na raka piersi (50-69 lat), wykonywanych co 2 lata. W latach 2012–2015 objęto badaniami, odpowiednio, 46,96% 46,47%, 48,05%, 45,52% kobiet (w 2006 r. - 23,31%).

Dzięki realizacji programu badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego odsetek 5-letnich przeżyć w raku jelita grubego w Polsce wzrósł do 46,68% w 2014 r.

Celem programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi, raka jajnika, raka jelita grubego, raka błony śluzowej trzonu macicy, siatkówczaka, choroby von Hippel-Lindau i objęcie ich opieką ukierunkowaną na możliwie najwcześniejsze rozpoznanie, a w szczególnych przypadkach także na aktywną prewencję zachorowań na te nowotwory.

W ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych realizowane były programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci, co poprawiło efektywność leczenia nowotworów (białaczek, guzów litych, ośrodkowego układu nerwowego, chłoniaków u dzieci, a także doprowadziło do obniżenia toksyczności i kosztów leczenia dzieci z rozpoznaniem białaczki limfatycznej guzów litych, chłoniaków, OUN). Zmniejszono liczby błędów diagnostycznych i zwiększono precyzję klasyfikacji pacjentów do leczenia. Zwiększyła się liczba przypadków całkowitych wyleczeń dzieci. Wzrasta liczba finansowanych zakupów endoprotez dla dzieci z nowotworami kości (w 2006 r. liczba sfinansowanych endoprotez wynosiła 22, w 2014 r. 47 endoprotez, w 2015 r. 37 endoprotez),

W ramach zadań inwestycyjnych realizowano programy:

- poprawy działania systemu radioterapii onkologicznej (zakup, między innymi, 27 akceleratorów, 6 symulatorów do planowania leczenia, 18 tomografów komputerowych, 4 stacje planowania leczenia, 9 aparatów do brachyterapii HDR),

- zakupu aparatury diagnostycznej do wczesnego wykrywania nowotworów (16 rezonansów magnetycznych, 48 tomografów komputerowych, 26 gamma kamer SPECT-CT, 14 gamma kamer o małym polu widzenia),
- poprawy standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca (zakup, między innymi, 16 bronchofiberoskopów, 10 bronchoskopów, 13 torów wizyjnych do videotorakoskopii, 12 respiratorów, 2 torakoskopów, 14 videobronchoskopów, 4 aparatów EBUS, 2 mediastinoskopów, 2 laserów operacyjnych, 3 videobronchofiberoskopów, 3 videogastroskopów, 4 diatermii chirurgicznych, 13 zestawów do zabiegów chirurgicznych, 6 stołów chirurgicznych, 23 aparatów do cyfrowego monitorowania drenażu),
- doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych (zakup, między innymi, 4 kardiomonitorów, 8 komór laminarnych, 4 mikroskopów optycznych, 9 separatorów komórkowych, 10 zamrażarek, 6 pomp infuzyjnych, 8 wirówek laboratoryjnych, 3 kardiomonitor, 16 mikroskopów optycznych, 3 zamrażarek, 3 zgrzewarek, 3 respiratorów, 19 kardiomonitorów, 30 łóżek szpitalnych, 1 aparatu EKG, aparatu RTG, aparatu USG, inkubatora CO₂, spektrofotometra, systemu analizy obrazu przeznaczonego do badań cytogenetycznych),
- poprawy wyposażenia pracowni i zakładów patomorfologii (zakupiono sprzęt obejmujący procesor tkankowy, mikrotom półautomatyczny, zatapiarkę parafinową, mikroskop optyczny).

W ramach poprawy wyposażenia ośrodków leczenia i diagnostyki raka płuca zakupiona została aparatura diagnostyczna oraz wyposażenie sal operacyjnych i sal intensywnego nadzoru pooperacyjnego.

Podstawę działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii w latach 2012-2015 stanowił Krajowy program przeciwdziałania narkomanii na lata 2011-2016. Cel programu to ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych.

Monitoring narkotyków i narkomanii opiera się na gromadzeniu i analizowaniu danych w ramach pięciu kluczowych wskaźników określonych przez Europejskie centrum monitorowania narkotyków i narkomanii:

- rozpowszechnienie używania narkotyków w całej populacji,
- zgłaszalność do leczenia,
- choroby zakaźne związane z narkotykami,
- zgony związane z narkotykami,
- problemowe używanie narkotyków.

Działania profilaktyczne – odpowiedź na pytanie dodatkowe 4 do art. 11 ust. 3.

Jeżeli chodzi o leczenie, rehabilitację, ograniczenie szkód zdrowotnych i reintegrację społeczną, to jednym z priorytetów działań jest zapewnienie dostępu do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach dla co najmniej 25% osób uzależnionych od opiatów. Z roku na rok zwiększają się środki finansowe przeznaczane na leczenie substytucyjne:

2012 r. – 18.346.953 zł,

2013 r. – 19.418.294 zł,

2014 r. – 19.822.194,51 zł

Wzrasta liczba pacjentów objętych leczeniem:

2012 r. – 2.057,

2013 r. – 2.447

2014 r. – 2.601,

Działania w zakresie ograniczenia podaży działania realizuje głównie Policja. Polegają one na zwalczaniu produkcji amfetaminy, uprawy konopi innych niż włókniste oraz roślinnych

substancji psychotropowych, obrotu i dostępności narkotyków, nielegalnego wykorzystania prekursorów, wykorzystywania internetu jako środka przestępczości narkotykowej. W 2012 r. Policja zlikwidowała 15 miejsc nielegalnej produkcji amfetaminy, w 2013 r. – 16, w 2014 r. 19.

W 2012 r. zlikwidowano 31 grup zajmujących się przestępczością związaną z narkotykami, w 2013 r. - 50 grup, w 2014 r. 14 grup.

Zadania z zakresu badań i monitoringu obejmują zbieranie i analizę danych o narkotykach i narkomanii. Monitorowanie postaw społecznych dotyczących problemu narkotyków i narkomanii prowadzą samorządy lokalne.

Udział w realizacji międzynarodowej polityki antynarkotykowej polega na:

- udziale w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki antynarkotykowej UE,
- zaangażowaniu w prace instytucji i organizacji międzynarodowych, innych niż UE,
- współpracy z krajami trzecimi w zakresie walki z nielegalnym obrotem narkotykami i realizacji programów z dziedziny ochrony zdrowia.

Pytania dodatkowe

1. Działania podjęte w celu obniżenia śmiertelności spowodowanej chorobami układu krążenia

Głównym celem Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD, edycje na lata 2010-2012 oraz 2013-2016 jest ograniczenie umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowych, poprzez stosowanie nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, z wykorzystaniem sprzętu i aparatury medycznej. Efektem jest poprawa dostępu pacjentów do nowoczesnej terapii kardiologicznej (pierwotna angioplastyka wieńcowa w świeżym zawale serca, elektroterapia zaburzeń rytmu, rehabilitacja kardiologiczna), kardiochirurgicznej (w tym małoinwazyjne zabiegi na naczyniach wieńcowych) i neurologicznej (tromboliza w udarze niedokrwiennym, rehabilitacja neurologiczna oraz stentowanie tętnic szyjnych).

W 2012 r. sfinansowano:

- doposażenie 3 sal hybrydowych składające się z kardiografu cyfrowego z wyposażeniem, aparatu do znieczulenia, wymiennika ciepła, diatermii chirurgicznej oraz lampy operacyjnej,
- zakup 32 aparatów do echokardiografii średniej klasy,
- zakup aparatury dla oddziałów i klinik kardiochirurgii, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów intensywnej terapii pooperacyjnej i oddziałów intensywnej opieki medycznej – 15 sztuk,
- zakup 23 średniej klasy aparatów ultrasonograficznych z opcją dopplerowską przeznaczonych do badań naczyń obwodowych,
- zakup aparatury medycznej dla 11 oddziałów udarowych: 3 respiratory przenośne, 3 respiratory stacjonarne, 6 aparatów EEG, 3 aparaty USG Doppler,
- zakup aparatury medycznej dla 20 oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze: 10 rotorów elektrycznych, 2 stoły pionizacyjne, 13 dynamicznych systemów odcciążających do nauki chodu, 4 bieżnie do nauki chodu,
- zakup aparatury medycznej dla oddziałów prowadzących rehabilitację kardiologiczną: 10 zestawów do treningu cykloergometrycznego,
- zakup sprzętu dla 5 pracowni elektrofizjologii: 3 systemy do ablacji, 3 aparaty RTG, 2 ablatory.

W ramach zadań „Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia: wielośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności WOBASZ II” oraz „Stałe, coroczne monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w Polsce oraz analiza sytuacji w porównaniu

do przeciętnej dla krajów Unii Europejskiej”, sfinansowano przeprowadzenie w 2013 r. badania oraz przygotowanie raportu zawierającego wnioski z analiz epidemiologicznych.

W latach 2013-2015 r. sfinansowano zakup sprzętu, w ramach zadań:

- „Wyposażenie hybrydowych sal zabiegowych przeznaczonych dla zabiegów kardiologicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii interwencyjnej”, zakupiono: angiograf cyfrowy do badania serca i naczyń – 7 szt., stół operacyjny przystosowany do pracy z angiografem – 5 szt., monitor hemodynamiczny sprzężony z angiografem - 1 szt., każdego roku doposażano 2-3 sale hybrydowe,
- „Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych” – respirator stacjonarny – 20 szt., USG z funkcją Duplex – 15 szt., USG z funkcją Doppler – 2 szt., kardiograf impedancyjny – 3 szt.,
- „Zakup średniej klasy aparatów ultrasonograficznych z opcją dopplerowską” - USG Doppler – 17 szt.,
- „Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu”: urządzenie wspomagające naukę chodzenia z możliwością odciążania masy ciała – 25 szt., oprogramowanie do interaktywnej terapii ruchowej chorych z dysfunkcją kończyny dolnej i/lub górnej za pomocą wizyjnej rzeczywistości wirtualnej i czujników ruchu – 19 szt., interaktywne urządzenie wspomagające mechaniczne odtwarzanie funkcji ruchowych kończyny w warunkach rzeczywistości wirtualnej i sprzężenia zwrotnego – 16 szt., bieżnia – 5 szt., zestaw dynamicznych ortez wspomagających ruch dłoni niedowładnej - 3 szt. urządzenie do ćwiczeń kończyny górnej z różnymi stopniami jej mechanicznego odciążania – 5 szt., rotor elektryczny szt. 10, stół pionizacyjny 2 szt.,
- „Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej”: system do prób wysiłkowych z bieżnią – 5 szt., system do 24 godzinnego monitorowania zapisu EKG (Holter) – 14 szt., system do 24 godzinnego monitorowania zapisu EKG (Holter) z respiratorem stacjonarnym – szt., echokardiograf – 12 szt.,
- „Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów wewnętrznych”: elektrokardiograf - 174 szt., pulsoksymetr – 203 szt. zestaw do 24-godzinnego monitorowania ciśnienia tętniczego – 137 szt., kardiomonitor - 6 szt.,
- „Zakup zestawów elektroanatomicznych dla zabezpieczenia referencyjnych ośrodków w zakresie nowoczesnej elektrofizjologii” - 1 szt. zestawów elektroanatomicznych,
- „Zakup zestawów laserowych do usuwania elektrod” – 1 szt.,
- „Zakup aparatów RTG z ramieniem C” – 1 szt..

W latach 2013-2015, w ramach programów:

- „Nieoperacyjna naprawa funkcjonalnej (pozawałowej oraz w kardiomiopatii rozrzeniowej) istotnej niedomykalności zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiochirurgicznego” – zakupiono 95 zestawów MitraClip,
- „Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia: Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności - Projekt WOBASZ II oraz Monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia” – przebadano 3.022 osoby w 8 województwach (lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, podlaskie, pomorskie, śląskie i świętokrzyskie), opracowano raport dotyczący umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia,
- „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych” – sfinansowano, między innymi:
 - opracowanie i rejestrację karty badania profilaktycznego,

- przeprowadzenie seminariów poświęconych tematyce miażdżycy tętnic kończyn dolnych, oraz konferencji,
- stworzenie strony internetowej (www.miazdzycatkd.info), zawierającej informacje dla pacjentów i pracowników służby zdrowia,
- przygotowanie plakatów, ulotek i materiałów edukacyjnych dla lekarzy, dotyczących miażdżycy tętnic kończyn dolnych oraz filmu edukacyjnego dotyczącego miażdżycy tętnic kończyn dolnych,
- zakup 89 aparatów do badania wskaźnika kostka – ramię,
- badania profilaktyczne - w latach 2013-2014 przebadano 7.318 osób.

2. Kryteria określania, że dana osoba dotknięta jest problemami w zakresie zdrowia psychicznego

Określanie zaburzeń psychicznych jest przeprowadzane w oparciu o kryteria diagnostyczne Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10), klasyfikacje i symbole zaburzeń psychicznych wskazane są w rozdziale V - F00-F99 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

3. Działania i wyniki działań podejmowanych w ramach Krajowego programu ochrony zdrowia psychicznego (2011-2015)

Cele główne Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2011-2015:

- promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- rozwój badań naukowych i systemu informacji.

Wydatki na realizację programu systematycznie wzrastają (2011 r. – 2.023.817 tys. zł, 2014 r. 2.318.665 tys. zł.), nakłady na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień o 18,62%, na środowiskową opiekę psychiatryczną o 126,6%. Liczba zespołów leczenia środowiskowego wzrosła z 60 w 2011 r. do 124 w 2014 r.

Wzmocnione zostały działania informacyjne i edukacyjne, profilaktyczne, szkoleniowe.

4. Zgodnie z badaniem OECD z 2012 r. (“Improving the health-care system”, w ramach OECD Economic Surveys: Poland 2012”) opłaty ponoszone przez pacjentów należą do jednych z najwyższych w państwach członkowskich OECD, w porównaniu z całością wydatków na opiekę zdrowotną (głównie zakup leków, specjalistyczna opieka medyczna). Działania podjęte aby zmienić ten stan rzeczy.

Na mocy ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przekształcony został system refundacji tak by, w ramach dostępnych środków finansowych, odpowiadał on w możliwie najwyższym stopniu zapotrzebowaniu na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne.

Ustawa kompleksowo reguluje kwestie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Określone zostały standardy finansowania produktów refundowanych, to jest negocjowania cen, tworzenia grup limitowych, kwalifikowania asortymentu refundowanego do określonych poziomów odpłatności, kryteria ustalania urzędowych cen zbytu, wysokość urzędowych marż hurtowych i detalicznych oraz promowania idei substytucji generycznej.

Aby zmniejszyć obciążenie pacjentów, wprowadzono kategorie odpłatności:

- leki bezpłatne – leki i wyroby medyczne mające udowodnioną skuteczność w leczeniu nowotworu złośliwego, zaburzenia psychiatrycznego, upośledzenia umysłowego lub zaburzenia rozwojowego albo choroby zakaźnej o szczególnym zagrożeniu epidemicznym dla populacji, leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowane w ramach programu lekowego,

- odpłatność ryczałtowa – leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne:
 - wymagające stosowania dłużej niż 30 dni, oraz których miesięczny koszt stosowania przez świadczeniobiorcę, przy odpłatności 30% limitu finansowania, przekraczałby 5% minimalnego wynagrodzenia za pracę, ogłaszanego przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie ustawy z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, albo
 - leki, które znajdowały się w wykazie leków podstawowych obowiązującym przed wejściem w życie ustawy, wydawane za opłatą ryczałtową,
 - wymagające stosowania nie dłużej niż 30 dni i których koszt stosowania przez świadczeniobiorcę, przy odpłatności 50% limitu finansowania, przekraczałby 30% minimalnego wynagrodzenia za pracę,
- odpłatność 50% – leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, które wymagają stosowania nie dłużej niż 30 dni,
- odpłatność 30% – leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, które nie zostały zakwalifikowane do poziomów odpłatności określonych powyżej.

W efekcie, pacjenci przeciętnie dopłacają do leków refundowanych około 1/3 ich ceny.

150 leków stosowanych w najpoważniejszych schorzeniach wydawanych jest pacjentom bezpłatnie, ponad 1.300 leków jest dostępnych z dopłatą nie przekraczającą 5 zł (w tym około 500 w kwocie ryczałtu - 3,20 zł), a 2.300 leków wydawanych jest za dopłatą nie przekraczającą 10 zł.

Leki, których potrzeba stosowania przekracza 30 dni, dostępne są bądź z dopłatą ryczałtową, bądź za dopłatą 30% ceny.

Uwzględniając cały asortyment leków refundowanych, w 2014 r.:

- 69% leków było dostępnych za dopłatą nie wyższą niż 10 zł,
- 89% leków było dostępnych za dopłatą nie wyższą niż 20 zł,
- 11% leków było dostępnych za dopłatą powyżej 20 zł.

Wysokie koszty ponoszone przez pacjentów wynikają głównie z powodu ordynacji leków za odpłatnością 100%, leków na receptę nie podlegających refundacji, leków wydawanych bez przepisu lekarza oraz suplementów diety.

Koszty leczenia są także uzależnione są od tego, jakie leki zostaną pacjentowi przepisane (leki oryginalne, czy odtwórcze - „generyki”). Osoba wydająca lek z apteki ma obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości wydania tańszego odpowiednika.

Kwestia wysokości opłat za leki najbardziej dotyka osoby starsze, ze względu na współwystępowanie kilku chorób jednocześnie. Z tego względu kładziony jest nacisk na działania mające na celu podnoszenie efektywności leczenia i bezpieczeństwa farmakoterapii, poprzez identyfikację osób z wielochorobowością i indywidualnie realizowaną, pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, racjonalizacją stosowanego leczenia tak, by maksymalizować osiągnięty efekt terapeutyczny i minimalizować ryzyko zdrowotne związane z zagrożeniami wynikającymi ze zjawiska polipragmazji (rozwój opieki geriatrycznej i wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej).

Cztery lata funkcjonowania ustawy refundacyjnej wskazują, że nastąpiło obniżenie poziomu współpłacenia pacjenta - z 34,5% (31 grudnia 2011 r.) do 31% (koniec I kwartału 2014 r.).

Poza okresem objętym sprawozdaniem - ustawa z 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapewniła bezpłatny dostęp do wybranych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych osobom, które ukończyły 75 rok życia.

W celu poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności poprzez zmniejszenie udziału pacjenta w finansowaniu kosztów świadczeń zdrowotnych:

- zwiększono wydatki NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej ogółem, w tym na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną,
- na mocy ustawy z 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 zmieniono sposób rozliczania dotacji przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych, przekazywanej z budżetu państwa NFZ – wprowadzony został system ryczałtowy, z ustawowo określoną kwotą dotacji w wysokości 320.232 tysięcy zł rocznie,

Do zmniejszenia wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej przyczyni się wdrożenie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dyrektywa ma na celu zapewnienie swobody przepływu usług w sferze opieki zdrowotnej na terytorium państw UE, poprzez stworzenie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE oraz możliwości uzyskania przez pacjenta zwrotu kosztów świadczeń od publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, któremu pacjent podlega.

Patrz również odpowiedź na konkluzję negatywną.

5. Czy przeprowadzenie prawnej procedury zmiany płci wymaga przeprowadzenia sterylizacji lub innego inwazyjnego postępowania medycznego, które mogłoby negatywnie wpłynąć na stan zdrowia lub integralność psychiczną

Płeć ustalana jest przy urodzeniu na podstawie oględzin zewnętrznych cech płciowych. Tak ustalona płeć wpisywana jest do aktu urodzenia.

Stosowany przez sądy tryb usunięcia rozbieżności między płcią metrykalną a tożsamością płciową polega na ustaleniu płci na gruncie ustawy z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego. Oznacza to konieczność pozwania rodziców jako tych, którzy nadali płeć po urodzeniu.

W celu ustalenia płci zgodnie z postanowieniami Kodeksu postępowania cywilnego ustawodawstwo polskie nie reguluje procesu terapeutycznego, nie wprowadza przymusu przeprowadzenia sterylizacji lub innego inwazyjnego postępowania medycznego, które mogłoby negatywnie wpłynąć na stan zdrowia lub integralność psychiczną.

Wolność człowieka w zakresie decydowania o poddaniu się leczeniu jest chroniona postanowieniami Kodeksu karnego, który przewiduje odpowiedzialność karną za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Pozbawienie zdolności płodzenia jest traktowane przez Kodeks karny jako spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i również podlega karze.

3) Dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje dotyczące głównych wskaźników stanu zdrowia, służb i personelu opieki zdrowotnej.

Stan zdrowia Polaków w 2014 r.

		Płeć			Wiek				
		ogółem	mężczyźni	kobiety	16-29 lat	30-44	45-59	60-74	75 lat i więcej
		w odsetkach							
Samoocena stanu zdrowia	bardzo dobre	17,3	19,7	15,3	46,8	23,1	5,8	1,6	0,7
	dobre	40,9	41,9	40,0	44,8	59,1	43,5	22,2	9,2
	ani dobre ani złe	28,1	26,0	29,9	6,7	14,1	37,4	51,7	41,4
	złe	11,3	10,2	12,3	1,6	3,1	11,6	20,4	37,7
	bardzo złe	2,3	2,2	2,5	0,2	0,5	1,6	4,1	11,0
Występowanie	tak	33,9	30,9	36,6	9,6	16,0	37,5	59,5	78,3

długotrwałych problemów zdrowotnych lub choroby przewlekłej	nie	66,1	69,1	63,4	90,4	84,0	62,5	40,5	21,7
---	-----	------	------	------	------	------	------	------	------

Zgony według wybranych przyczyn

	Kody listy kategorii trzysnakowych według X Rewizji	2012	2013	2014
Ogółem		384.788	387.312	376.467
Choroby zakaźne i pasożytnicze	A00-B99	2.567	1.963	1.923
Nowotwory złośliwe	C00-C97	94.740	94.117	95.565
w tym:				
nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca	C33-C34	22.650	22.655	23.210
nowotwór złośliwy sutka u kobiet	C50	5.574	5.816	5.975
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	1.669	1.669	1.628
Cukrzyca	E10-E14	7.129	7.441	6.786
Choroby układu krążenia	I00-I99	177.578	177.433	169.735
w tym:				
choroba nadciśnieniowa	I10-I13	4.513	4.273	3.938
choroba niedokrwienna serca	I20-I25	44.677	40.869	38.538
w tym ostry zawał serca	I21-I22	16.032	15.156	13.507
choroby naczyń mózgowych	I60-I69	34.541	32.762	31.009
miażdżycy	I70	31.206	36.228	35.553
Choroby układu oddechowego	J00-J98	20.148	22.947	20.371
Choroby układu trawiennego	K00-K92	16.563	16.543	15.397
w tym zwłóknienie i marskość wątroby	K74	2.980	2.703	2.002
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00-P96	941	834	805
Wady rozwojowe wrodzone	Q00-Q99	955	918	878
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych	R00-R99	22.755	24.758	27.878
Zewnętrzne przyczyny zgonu	V01-Y89	23.569	22.438	21.395
w tym:				
wypadki komunikacyjne	V01-V99	4.170	4.010	3.837
samobójstwa	X60-X84	6.365	6.215	5.933
Mężczyźni		202.094	201.696	195.791
w tym:				
Choroby zakaźne i pasożytnicze	A00-B99	1.423	1.150	1.102
Nowotwory złośliwe	C00-C97	52.699	52.198	52.690
w tym:				
nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca	C33-C34	16.206	16.002	15.847
Cukrzyca	E10-E14	3.039	3.217	2.965
Choroby układu krążenia	I00-I99	83.181	82.523	78.818
w tym:				
choroba nadciśnieniowa	I10-I13	1.921	1.838	1.669
choroba niedokrwienna serca	I20-I25	24.234	22.299	21.044
w tym ostry zawał serca	I21-I22	9.870	9.157	8.210
choroby naczyń mózgowych	I60-I69	14.960	14.073	13.365
miażdżycy	I70	11.149	12.913	12.538
Marskość wątroby	K74	1.922	1.613	1.185
Zewnętrzne przyczyny zgonu	V01-Y89	17.993	17.004	16.194
w tym:				
wypadki komunikacyjne	V01-V99	3.220	3.124	2.965
samobójstwa	X60-X84	5.555	5.375	5.122
Kobiety		182.694	185.616	180.676
w tym:				
Choroby zakaźne i pasożytnicze	A00-B99	1.144	813	821

Nowotwory złośliwe	C00-C97	42.041	41.919	42.875
w tym:				
nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca	C33-C34	6.444	6.653	7.363
nowotwór złośliwy sutka u kobiet	C50	5.574	5.816	5.975
nowotwór złośliwy szyjki macicy	C53	1.669	1.669	1.628
Cukrzyca	E10-E14	4.090	4.224	3.821
Choroby układu krążenia	I00-I99	94.397	94.910	90.917
w tym:				
choroba nadciśnieniowa	I10-I13	2.592	2.435	2.269
choroba niedokrwienna serca	I20-I25	20.443	18.570	17.494
w tym ostry zawał serca	I21-I22	6.162	5.999	5.297
choroby naczyń mózgowych	I60-I69	19.581	18.689	17.644
miażdżycy	I70	20.057	23.315	23.015
Marskość wątroby	K74	1.058	1.090	817
Zewnętrzne przyczyny zgonu	V01-Y89	5.576	5.434	5.201
w tym:				
wypadki komunikacyjne	V01-V99	950	886	872
samobójstwa	X60-X84	810	840	811

Zgony niemowląt i matek

	Zgony niemowląt		Zgony matek (O00-O99)
	Ogółem	na 1000 urodzeń żywych	Ogółem
2012	1.791	4,6	4
2013	1.684	4,6	7
2014	1.583	4,2	8

Szpitala ogółem*

	2012	2013	2014
Szpitala	913	966	979
Łóżka	188.820	187.763	188.116
Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	49,0	48,8	48,9
Wskaźnik wykorzystania łóżka (w%)	246	245	246
Przeciętny pobyt chorego (w dniach)	5,5	5,4	5,5
Leczeni w ciągu roku	7.897.872	7.867.664	7.897.119

*W tym zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej i Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji

Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia, na 10 tysięcy mieszkańców

	2012	2013	2014
Lekarze	22,1	22,2	22,8
Lekarze dentyści	3,2	3,2	3,4
Farmaceuci	7,0	7,1	7,2
Pielęgniarki	54,9	52,1	51,8
Położne ^a	12,3	11,5	11,3

^a na 10 tysięcy kobiet

Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia

	2012	2013	2014
Lekarze	85.025	85.246	87.687
Lekarze dentyści	12.491	12.322	13.088
Farmaceuci	26.843	27.446	27.747
Pielęgniarki	21.1628	200.587	199.188
Położne	24.378	22.833	22.381

Konkluzja negatywna

Nie jest zapewniony równy dostęp do opieki medycznej, zwłaszcza w związku z długim oczekiwaniem na świadczenia medyczne (zgodne z przedstawionym danymi statystycznymi dotyczącymi czasu oczekiwania na świadczenia)

W okresie objętym sprawozdaniem podjęto wiele działań w celu poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej.

Zwiększono wydatki NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej ogółem, w tym na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Patrz odpowiedź na pytanie 3 do art. 12 ust. 1.

22 lipca 2014 r. znowelizowano ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wprowadzono zmiany mające na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podwyższenie standardu opieki nad pacjentem onkologicznym, poprzez wyodrębnienie odrębnej kategorii pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii. Rozwiązania mają na celu zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej.

„Szybka diagnostyka onkologiczna” przewiduje, że pacjent zgłasza się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest określenie, czy wizyta u specjalisty jest konieczna. W tym celu lekarz przeprowadza wywiad i ocenia dolegliwości pacjenta, zlecając także wykonanie badań. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej kieruje pacjenta do onkologa lub do specjalisty właściwego dla danego nowotworu. Pacjentowi wydaje się kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, która uprawnia do wejścia na "szybką diagnostykę onkologiczną". Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego daje możliwość zapisu na odrębną listę oczekujących na diagnostykę onkologiczną.

Do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wpisuje podstawowe informacje o stanie zdrowia pacjenta, w tym dolegliwości, z jakimi się zgłosił, wykonane badania i podejrzenie umiejscowienia nowotworu. Wskazuje w niej także, do jakich lekarzy specjalistów pacjent powinien się zgłosić.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadziła również zmiany mające na celu rozwiązanie problemów wynikających z nieprawidłowego prowadzenia list oczekujących, które mają wpływ na wydłużanie czasu oczekiwania na leczenie, w szczególności:

- wyeliminowanie przypadków wpisywania się przez pacjentów na więcej niż jedną listę oczekujących na to samo świadczenie poprzez rozszerzenie zakresu stosowania zakazu wpisywania się na więcej niż jedną listę, oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie skierowania, także na świadczenia udzielane bez skierowania oraz wprowadzenie obowiązku dostarczenia oryginału skierowania,
- zapewnienie pacjentom informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez daną placówkę medyczną,
- wprowadzenie zasady, że zawinione przez pacjenta nie zgłoszenie się w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia skutkuje skreśleniem z listy,
- wprowadzenie obowiązku prowadzenia list oczekujących w formie elektronicznej.

Wprowadzono narzędzia umożliwiające skuteczny monitoring list, co zapewnia, że są one prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego, przejrzystego oraz zgodnego z kryteriami medycznymi dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a informacje o czasach oczekiwania udostępniane świadczeniobiorcom są wiarygodne i rzetelne. Zakres zbieranych danych pozwala NFZ i Ministrowi Zdrowia na prowadzenie pogłębionych analiz czasu oczekiwania i zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, a w perspektywie długoterminowej na

podejmowanie działań mających na celu przeciwdziałanie ograniczeniom w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej w różnych regionach kraju.

Wprowadzono obowiązek uzyskiwania skierowań do lekarza okulisty i lekarza dermatologa, co ma prowadzić do skrócenia kolejek osób oczekujących na świadczenia w poradniach dermatologicznych i okulistycznych.

Kolejna zmiana wprowadzona na mocy nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzi do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej – służy temu wprowadzona porada recepturowa. Zgodnie z nowymi przepisami lekarz, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej, może wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Lekarz nie musi przeprowadzać każdorazowo badania pacjenta.

Na mocy ustawy z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa uzyskały prawo do samodzielnego ordynowania leków oraz do wystawiania na nie recept oraz do ordynowania określonych badań i wyrobów medycznych i do wystawiania na nie recept lub zleceń – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Ustawą nowelizującą ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 22 lipca 2014 r. wprowadzono mapy potrzeb zdrowotnych. Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych zostały wprowadzone w celu wyrównania stanu zdrowia obywateli oraz w celu ułatwienia identyfikacji różnic w potrzebach zdrowotnych występujących w regionach (na poziomie województw i powiatów). Celem mapy potrzeb zdrowotnych na poziomie regionalnym jest określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia działań jeżeli chodzi o infrastrukturę i usługi. Mapa pozwoli na:

- zapewnienie na danym terenie bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia,
- ograniczenie możliwości podejmowania arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- zwiększenie transparentności systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami.

Ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych dostarczy analogicznych informacji, ale w dziedzinach opieki specjalistycznej (np. transplantologii), zapewnianych na poziomie całego kraju. Ponadto ma ona dostarczać całościowy obraz sytuacji demograficznej i zdrowotnej oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia działań jeżeli chodzi o infrastrukturę i usługi przez kilku wojewodów lub właściwe organy państwa.

Za opracowanie regionalnych map odpowiedzialni są wojewodowie, w oparciu o wytyczne Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

Regionalne mapy sporządzane są raz na 5 lat, ale co roku aktualizowane, co pozwoli na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań.

Nowym instrumentem działań na rzecz podniesienia jakości opieki zdrowotnej są wydawane przez wojewodów opinie o celowości podejmowania nowych inwestycji oraz tworzenia na danym obszarze nowych podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Opinia jest narzędziem planowania podaży świadczeń, aby odpowiadała ona realnym potrzebom.

Mapy i opinie umożliwić mają rozwój infrastruktury zapewniającej zrównoważony i odpowiedni do potrzeb dostęp do świadczeń gwarantowanych.

Artykuł 11 ustęp 2

1) Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

oraz

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji polityki w zakresie zdrowia publicznego i realizacji przepisów prawa.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem).

Standardy postępowania medycznego uwzględniają wytyczne WHO, osiągnięcia medycyny, doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz dostosowane są do organizacji systemu ochrony zdrowia i prawa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta, o których mowa w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Standardy określają elementy opieki medycznej mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego. Standardy uwzględniają zasady bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

Standardy określają również zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. Ponadto, w standardach szczegółowo określone zostały:

- identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych,
- plan opieki przedporodowej i plan porodu,
- postępowanie w trakcie porodu,
- strategie uśmierzania bólu podczas porodu,
- rozpoczęcie porodu,
- postępowanie w I okresie porodu,
- postępowanie w II okresie porodu,
- postępowanie w III okresie porodu,
- postępowanie w IV okresie porodu,
- opieka nad noworodkiem,
- podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków,
- połów.

W celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad kobietą w ciąży i noworodkiem, standardy przewidują, że ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego zapewniającego opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu. Poziomy opieki perinatalnej:

- I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i porodem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
- II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,

– III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży.

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem ma obowiązek poinformowania powiatowego centrum pomocy rodzinie w razie podejrzenia występowania problemów opiekuńczo-wychowawczych i braku współpracy matki lub opiekunów prawnych noworodka z położną lub podmiotem leczniczym sprawujących opiekę nad noworodkiem.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego nałożyło na pracowników medycznych obowiązek podjęcia działań ukierunkowanych na łagodzenie tego bólu i zapewniło rodzącej możliwość wyboru metody jego łagodzenia. Prawidłowe przygotowanie kobiety do porodu obejmuje dostarczenie kompletnej i zrozumiałej dla niej informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego, ich skuteczności i działań niepożądanych.

Wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, położu w przypadkach występowania powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych. Standardy określają elementy opieki medycznej mające na celu uzyskanie jak najlepszego stanu zdrowia matki i mającego się urodzić się dziecka w sytuacjach stwierdzenia: ciąży bliźniaczej lub wystąpienia w czasie trwania ciąży, porodu lub położu następujących powikłań: nadciśnienia tętniczego u ciężarnej, porodu przedwczesnego, zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, krwotoku położniczego, jak też standardy opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych. Standardy określają zakres badań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych i leczniczych, miejsce udzielania świadczeń.

Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opracowania kierunków działań dla zmniejszenia liczby cesarskich cięć. Wskaźnik cesarskich cięć wynosi około 42% (średnia w UE - 26%). Celem zespołu jest przedyskutowanie kierunków zmian oraz działań, aby zmniejszyć liczbę cesarskich cięć oraz wypracowanie zaleceń w tym zakresie.

Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej. Celem zespołu jest doprowadzenie do poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem poprzez analizę obowiązujących przepisów prawnych w zakresie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii.

Pytania dodatkowe

1. Działania podjęte w celu upowszechnienia wiedzy o postanowieniach rozporządzenia z 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką, tak aby zachęcać kobiety do najwcześniejszego kontaktu z lekarzem

Ministerstwo Zdrowia przygotowało komunikat w sprawie zasad wypłaty dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. „becikowe”), zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz rozpowszechniony w środkach masowego przekazu, periodykach medycznych, a także poprzez samorządy: lekarski i pielęgniarek i

położnych. Informacje w tym zakresie przekazano też konsultantowi krajowemu w dziedzinie położnictwa i ginekologii i, za jego pośrednictwem, konsultantom wojewódzkim. Ponadto, przeprowadzono akcję informacyjną w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej, skierowaną do pacjentów i świadczeniodawców, w formie plakatu. Lokalne media otrzymały informację przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia.

2. Informacje na temat działań zmierzających do zaradzenia niedostatkom usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych

Ministerstwo Zdrowia ogłosiło w lipcu 2015 r. konkurs na projekty mające na celu pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu dziennego domu opieki medycznej. O dofinansowanie mogły ubiegać się podmioty lecznicze, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z oddziałem wojewódzkim NFZ. W wyniku realizacji projektów, w ciągu dwóch lata utworzonych zostanie 58 dziennych domów opieki medycznej.

Standard dziennego domu opieki medycznej ma zostać pilotażowo przetestowany na poziomie centralnym, a następnie upowszechniony z wykorzystaniem środków regionalnych programów operacyjnych na lata 2014-2020.

W dziennym domu opieki medycznej wsparcie zapewniane ma być osobom niesamodzielnym, w szczególności w wieku ponad 65 lat, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale nie wymagającym całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego. Zadaniem dziennego domu opieki medycznej będzie zapewnienie opieki medycznej, połączonej z terapią i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych będą należeć:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- usprawnianie ruchowe,
- stymulacja procesów poznawczych,
- terapia zajęciowa,
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki.

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej zapewnione ma być, odpowiednio do stanu zdrowia, wyżywienie, zajęcia dodatkowe, bezpłatny transport do i z miejsca zamieszkania.

3) Dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje, w tym informacje dotyczące usług w zakresie poradnictwa i badań przesiewowych w szkołach i pozostałej części społeczeństwa.

Liczba porad profilaktycznych udzielonych kobietom w ciąży, tysiące

2012	2013	2014	2015
36,2	29,5	29,4	25,4

Liczba przyjętych porodów, z podziałem na miejsce porodu

	Szpitala*	Inne miejsca, z poradą fachowca	Inne miejsca, bez porady fachowca	Razem
2012	382.443	402	395	383.240
2013	365.782	353	345	366.480
2014	371.428	334	322	372.084
2015	b.d.	b.d.	b.d.	364.598

*Szpitale ogólne i kliniczne

Stale spada umieralność niemowląt. W 2014 r. zarejestrowano 1.583 zgony dzieci w wieku poniżej 1 roku życia (o ponad 100 mniej niż w 2013 r.). Współczynnik zgonów niemowląt na 1.000 urodzeń żywych wyniósł 4,2‰ (4,6‰ w 2013 r.), był on mniejszy o 4 punkty procentowe niż na początku XXI w. oraz mniejszy o 15 punktów procentowych niż na początku lat 90. XX wieku.

Okolo 70% niemowląt umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia, w tym ponad połowa w ciągu pierwszego tygodnia życia. Przyczyną prawie połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, kolejne 37% zgonów jest wynikiem wrodzonych wad rozwojowych, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Podobnie jak współczynnik zgonów niemowląt, także współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1.000 urodzeń żywych i martwych) wykazuje tendencję spadkową. W 2014 r. wynosił 6,0‰, na początku XXI w. wynosił 10‰, a na początku lat 90. XX wieku – prawie 20‰.

Artykuł 11 ustęp 3

1) Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

W 28 stycznia 2015 r. zmienione zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. Wprowadzono obowiązek szczepienia ochronnego przeciw ospie wietrznej dzieci do lat 12 przebywających w:

- zakładach opiekuńczo–pielęgniacyjnych,
- zakładach opiekuńczo–lecniczych,
- rodzinnych domach dziecka,
- domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- domach pomocy społecznej,
- placówkach opiekuńczo–wychowawczych,
- regionalnych placówkach opiekuńczo–terapeutycznych,
- interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
- żłobkach lub klubach dziecięcych.

Zmieniono katalog osób uprawnionych do przeprowadzania szczepień. Obecnie szczepienia mogą przeprowadzać także osoby które odbyły, w ramach doskonalenia zawodowego, kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych, lub posiadają co najmniej 6–o miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji polityki w zakresie zdrowia publicznego i realizacji przepisów prawa.

W latach 2012-2015 PIS kontynuowała działania zmierzające do poszerzenia grup dzieci objętych obowiązkowymi i zalecanymi szczepieniami przeciwko chorobom zakaźnym. Inspekcja prowadziła również nadzór nad organizacją szczepień, w tym przeprowadzaniem szczepień, dystrybucją szczepionek oraz sprawozdawczość w tym zakresie, analizy i symulacje, a także działania na rzecz promocji szczepień ochronnych.

Najważniejsze zmiany w programie szczepień ochronnych:

- w 2012 r. wprowadzono szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi szczepionkami ze zmniejszoną zawartością komponentów błoniczego i krztuścowego (dTap) u dzieci, które nie zostały zaszczepione szczepionką błoniczno, tężcowo, krztuścową (DTaP) w 6 roku życia,
- poszerzono wskazania do szczepień przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi szczepionką aceluralną (DTaP) o dzieci urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzeniową poniżej 2.500 g.

- z programu usunięte zostały szczepienia przeciwko WZW typu B w 14 roku życia, pozostawiono szczepienia przeciw WZW typu B jedynie u tych osób, które nie były uprzednio szczepione podstawowo w ramach szczepień obowiązkowych lub zalecanych (realizowane u młodzieży do ukończenia 19 roku życia),
- w 2013 r. i 2014 r. w katalogu szczepień zalecanych zostały dookreślone, zgodnie z zaleceniami WHO oraz ekspertów krajowych, grupy osób wskazane do wykonywania szczepień ochronnych przeciw grypie ze wskazań klinicznych, indywidualnych i epidemiologicznych oraz wskazania do szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce, pneumokokom, meningokokom, WZW typu B, cholercze, durowi brzuszemu i żółtej gorączce,
- w 2015 r. poszerzono zakres szczepień obowiązkowych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B o osoby z zaawansowaną i schyłkową niewydolnością nerek oraz poddawane dializoterapii, doprecyzowano grupy dzieci zobowiązane do poddawania się szczepieniom przeciw ospie wietrznej.

W 2012 r. wdrożony został elektroniczny system nadzoru nad dystrybucją szczepionek i stanami magazynów. System zapewnia jednolity obieg dokumentacji towarzyszącej procesowi obrotu szczepionkami, w tym wycofania/wstrzymania obrotu decyzją Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Od IV kwartału 2013 r. Główny Inspektorat Sanitarny prowadzi akcję informacyjną pod hasłem „Zaszczep w sobie chęć szczepienia!”. Celem jest zwiększenie zaufania społeczeństwa do działań w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, podniesienie wiedzy w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym, którym można przeciwdziałać na drodze szczepień ochronnych oraz wzrost świadomości dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień. Adresatami są rodzice i opiekunowie dzieci oraz pracownicy ochrony zdrowia. W ramach kampanii został przygotowany spot, który wyemitowano w 293 pojazdach (330 ekranach LCD) w 20 miastach.

Ponadto przeprowadzono następujące działania:

- uruchomienie strony internetowej www.szczepienia.gis.gov.pl (2013 r.), na portalu zamieszczone są informacje na temat szczepień ochronnych, wsparte opiniami ekspertów w dziedzinie wakcynologii,
- kampania medialna (2013/2014 r.),
- przygotowanie materiałów informacyjnych (ulotki, broszura informacyjna, poradnik „ABC Szczepienia ochronne. Praktyczny poradnik dla rodziców dzieci do 2. roku życia” (2014-2015 r.),
- przygotowywanie cyklu wywiadów i artykułów na temat szczepień ochronnych (2013-2015 r.)
- w 2014 r. i 2015 r. Europejski tydzień szczepień (inicjatywa kierowana i koordynowana przez WHO).

Sytuacja epidemiologiczna i działania – patrz odpowiedź na pytanie dodatkowe 5.

3) Dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje dotyczące odsetka palaczy w społeczeństwie, zmian w spożyciu alkoholu i wskaźników szczepień przeciwko chorobom zakaźnym i epidemicznym.

Poziom zaszczepialności dzieci wynosi 96 - 99,9%.

Palenie tytoniu – patrz odpowiedź na pytanie dodatkowe 1.

Spożycie alkoholu – patrz odpowiedź na pytanie dodatkowe 2.

Narkotyki – patrz odpowiedź na pytanie dodatkowe 4.

Pytania dodatkowe

1. Dane statystyczne dotyczące konsumpcji tytoniu i zapadalności na choroby będące skutkiem palenia papierosów

Od 2011 r. spada odsetek regularnych palaczy (palących codziennie) – z 31% w 2011 roku, 27% w 2013 r., do 24% w 2015 r. W populacji mężczyzn odsetek nigdy niepalących (50%) zrównał się z odsetkiem kiedykolwiek palących (50%), Wśród kobiet odsetek nigdy niepalących jest znacznie wyższy od odsetka kiedykolwiek palących (66% wobec 34%).

Najwyższe odsetek palących jest wśród bezrobotnych (55%) oraz wśród osób źle oceniających swój status materialny (42%), a najmniej wśród osób z wyższym wykształceniem (12%) oraz dobrze oceniających swoją sytuację ekonomiczną (19%).

76% palaczy tytoniu pali fabrycznie produkowane papierosy. Relatywnie często wybierany jest tytoń do samodzielnego skręcania (28%). Papierosy typu slim (6%) oraz papierosy mentolowe (6%) palą nieliczni, częściej kobiety niż mężczyźni. Pozostałe wyroby tytoniowe, w tym e-papierosy palone są w marginalnej skali ($\leq 3\%$). Część palących e-papierosy pali także papierosy tradycyjne. E-papierosy są najczęściej palone w celu rzucenia palenia papierosów tradycyjnych.

W 2013 r. 45% badanych mówiło, że w ich domu pali się tytoń, w 2015 r. – 39%. Całkowity zakaz palenia w domu (61%) występuje zdecydowanie częściej niż nieograniczona swoboda palenia (13%).

Bierne narażenie na dym tytoniowy w pracy i niektórych miejscach publicznych wciąż się zdarza, jednak na ogół ogranicza się do palarni lub przestrzeni na zewnątrz budynków. W miejscach publicznych Polacy najczęściej narażeni są na bierne palenie na przystankach i w obiektach komunikacji (25%), w barach i pubach (19%) oraz dyskotekach i klubach muzycznych (11%), a także w zakładach pracy (11%).

Zgodnie Raportem z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu przeprowadzonego w 2013 r.:

- liczba zgonów bezpośrednio wynikających z palenia tytoniu wynosi rocznie 90 tysięcy,
- 38% zgonów mężczyzn w wieku 38-69 lat ma związek z paleniem tytoniu, w tym 55% zgonów jest skutkiem nowotworu powstałego na skutek palenia tytoniu. 94% przypadków raka płuca u mężczyzn i 68% u kobiet jest wynikiem palenia tytoniu,
- zmniejsza się częstość palenia tytoniu przez mężczyzn (z 39% w 2011 r. do 31% w 2013 r.), wśród kobiet częstość palenia tytoniu utrzymuje się na niezmiennym poziomie (23% w 2011 r. i 2013 r.),
- wzrasta odsetek kobiet i mężczyzn rzucających palenie (mężczyźni – 14% byłych palaczy w 2011 r., 21% w 2013 r., kobiety – 9% byłych palaczy w 2009 r., 15% w 2013 r.),
- 50,2% palaczy, niezależnie od płci, wieku, miejsca zamieszkania rozważa rzucenie palenia, głównymi czynnikami zerwania z nałogiem są: uświadomienie sobie szkodliwości palenia (57,5%) oraz wzrost ceny papierosów (12,9%),
- większość palaczy używa wyrobów tytoniowych regularnie (82%), 18% pali papierosy okazjonalnie.

Poważnym problemem związanym z paleniem tytoniu jest narażenie osób niepalących, w tym zwłaszcza dzieci, na dym tytoniowy. Z tego względu, na mocy przeprowadzonej w 2010 r. nowelizacji ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, palenie papierosów w lokalach gastronomicznych i rozrywkowych jest możliwe tylko w wyznaczonych palarniach, a jeżeli lokal składa się z co najmniej dwóch pomieszczeń przeznaczonych do konsumpcji, w wyposażonym w wentylację zamkniętym pomieszczeniu. Zakazane jest palenie w podmiotach leczniczych i w innych obiektach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, instytucjach oświatowych oraz pomocy społecznej, na uczelniach, w zakładach pracy, obiektach kultury i wypoczynku, w środkach transportu publicznego oraz w obiektach służących obsłudze podróżnych, na

przystankach komunikacji publicznej, w obiektach sportowych, w miejscach zabaw dzieci i w innych pomieszczeniach użytku publicznego.

2. Dane statystyczne dotyczące konsumpcji alkoholu

W 2014 r. spożycie 100% alkoholu wyniosło 9,4 l per capita, co oznacza spadek w porównaniu z 2013 r. o 0,27 l. Najbardziej spadło spożycie napojów spirytusowych – było o 11% niższe w stosunku do 2013 r. i wyniosło 3,2 l w przeliczeniu na 100% alkoholu. Spożycie piwa wyniosło 98,9 l, co oznacza wzrost o 1,2 l. Spożycie wina i miodów pitnych wzrosło z 5,8 l do 6,3 l.

Ponad 80% dorosłych mieszkańców Polski spożywa alkohol. Postawy abstynenckie są częstsze wśród kobiet (25,5%), niż wśród mężczyzn (10,9%).

Większość konsumentów alkoholu spożywa go na poziomie niskiego ryzyka szkód, ale 11,9% dorosłych Polaków nadużywa alkoholu (pije go w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne). Problemy alkoholowe dotyczą zdecydowanie częściej mężczyzn niż kobiety.

Grupa osób najczęściej pijących (powyżej 12 l 100% alkoholu rocznie), stanowiąca 7,3% konsumentów napojów alkoholowych, spożywa 46,1% całego wypijanego alkoholu. Grupa osób mało pijących (do 1,2 l 100% alkoholu rocznie), stanowiąca 46,9% konsumentów alkoholu, wypija tylko 4,9% całości spożywanego alkoholu.

Co roku z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z używaniem alkoholu umiera około dziesięć tysięcy osób.

3. Wyniki działań podejmowanych w celu ograniczenia konsumpcji alkoholu

Po gwałtownym wzroście spożycia, który nastąpił w 2003 r. w związku z obniżeniem podatku akcyzowego na alkohol etylowy, od 2009 r., kiedy podniesiono podatek akcyzowy na wszystkie rodzaje alkoholu, wzrost spożycia napojów alkoholowych jest spowolniony.

Ważnym czynnikiem wpływającym na wielkość spożycia alkoholu jest możliwość jego nabycia, czyli liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych. W 2014 r. zmniejszyła się ich liczba, w porównaniu z 2013 r. (w 2013 r. na punkt sprzedaży alkoholu przypadało 266 osób, w 2014 r. - 273 osób).

W 2013 r., w porównaniu z 2012 r.:

- zmniejszyła się o 14% liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu (1.362 zgony w 2013 r. wobec 1.583 zgonów w 2012 r.), przy czym spadek zgonów w grupie mężczyzn był proporcjonalnie nieco wyższy (-15%) niż w grupie kobiet (-11%),
- o 5% zmniejszyła się liczba zgonów z powodu chorób wątroby (z 7.218 w 2012 r. do 6.857 w 2013 r.), spadek liczby zgonów z powodu chorób wątroby dotyczy wyłącznie mężczyzn,
- o 8% zmniejszyła się liczba zgonów z powodu zatrucia alkoholem (z 1.571 w 2012 r. do 1.448 w 2013 r.), przy czym spadek ten jest proporcjonalnie dużo większy w przypadku zgonów kobiet niż mężczyzn (-21% wobec -6%).

4. Programy i działania podejmowane w celu zwalczania użycia substancji psychotropowych, dane statystyczne dotyczące użycia substancji psychotropowych

W 2015 r. zostały wprowadzone przepisy dotyczące „dopalaczy”:

- ustawa z 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu podmiotów uprawnionych do przeprowadzania badań mających na celu ustalenie, czy dany produkt jest środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną,

- zarządzenie Ministra Zdrowia z 13 października 2015 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.

W efekcie zmian nastąpiło, między innymi, usprawnienie procedury wycofywania z obrotu niebezpiecznych dla życia i zdrowia substancji, objęcie kontrolą 114 nowych substancji, które oferowane były w sklepach z „dopalaczami”.

Służba celna uzyskała możliwość egzekwowania zakazu ich przywozu na terytorium Polski.

Powołany został Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Zespół ma za zadane przygotowywać dla Ministra Zdrowia podstawy do podjęcia decyzji o wszczęciu prac legislacyjnych dotyczących nowych substancji wykazujących działanie na ośrodkowy układ nerwowy. Wykaz substancji jest określany w drodze rozporządzenia, co pozwala na znacznie szybsze wycofywanie z obrotu niebezpiecznych substancji.

PIS prowadziła intensywny nadzór, działalność zapobiegawczą i przeciwepidemiczną. Działania polegały na monitorowaniu, informacji i profilaktyce oraz zamykaniu punktów sprzedaży „dopalaczy” i prowadzeniu postępowań administracyjnych.

W latach 2012-2015 przeprowadzonych zostało 3.299 kontroli, ujawniono 665 punktów sprzedaży „dopalaczy” zakwestionowano 167.473 produktów, nałożono kary pieniężne w wysokości 49.139.470 zł, skierowano 350 spraw do organów ścigania. PIS zlecała także badania produktów w kierunku substancji psychoaktywnych, prowadziła infolinię „dopalaczową” oraz monitorowała przypadki zatruc i podejrzeń zatruc środkami zastępczymi. Działania przewidziane w Krajowym programie przeciwdziałania narkomanii na lata 2011-2016 w obszarze „Profilaktyka”:

- wzmacnianie postaw sprzyjających ograniczeniu używania narkotyków,
- zmniejszanie rozpowszechnienia inicjacji używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych wśród osób młodych,
- zmniejszanie rozpowszechnienia używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych wśród dzieci i młodzieży,
- podnoszenie jakości systemu oddziaływań profilaktycznych.

Wzmacnianie postaw sprzyjających ograniczeniu używania narkotyków: w latach 2012-2014 przeprowadzono kampanie:

- „Narkotyki? Na co mi to”: korygowanie błędnych przekonań młodzieży na temat narkotyków, promowanie zdrowego stylu życia i pokazanie, jak można bawić się, uczyć, pracować bez narkotyków lub „dopalaczy”. W kampanii uczestniczyły media ogólnopolskie, powstała strona internetowa www.nacomito.com.pl i profil nacomito na portalu Facebook. Na portalu umieszczono wiele multimedialnych materiałów, w tym grę edukacyjną na temat konsekwencji zdrowotnych, społecznych i prawnych używania narkotyków,
- „Dopalacze mogą cię wypalić. Poznaj fakty”: upowszechnianie informacji na temat ryzyka używania dopalaczy,
- strona www.rozumwysiada.pl poświęcona problemowi ryzyka związanego z używaniem narkotyków w ruchu drogowym (w ramach kampanii „Brałeś? Nie jedź! Po narkotykach rozum wysiada”),
- „Przyjmuje leki czy bierze? Leki bez recepty do leczenia, nie do brania”: podniesienie świadomości zagrożeń związanych z pozamedycznym używaniem przez młodzież leków nasennych i uspokajających z grupy benzodiazepin oraz leków dostępnych bez recepty zawierających dekskstrometorfan, pseudoefedrynę/efedrynę i kodeinę. Kampania została poprzedzona badaniem „Zjawisko używania przez młodzież w celach pozamedycznych leków nasennych i uspokajających z grupy benzodiazepin oraz leków dostępnych bez recepty zawierających dekskstrometorfan, pseudoefedrynę/efedrynę oraz kodeinę”.

Wydawane są publikacje, dla dorosłych i młodzieży, na temat środków odurzających, skutków ich używania i mechanizmów powstawania uzależnienia, a także upowszechniane są informacje dotyczące oferty placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym:

- poradnik „Szukaj porozumienia ze swoim dzieckiem. Bliżej siebie – dalej od narkotyków”,
- informator „Narkomania. Gdzie szukać pomocy?”,
- poradnik dla rodziców „O lekach, marihuanie, dopalaczach - bez hysterii”,
- poradnik dla nauczycieli „Szkoła i rodzice wobec zagrożeń substancjami psychoaktywnymi”,
- ulotka „FreD goes net”,
- ulotka „Narkotyki”,
- plakat „Zatrucie narkotykami. Pierwsza pomoc”,
- broszura „Dopalacze. Informator dla rodziców, nauczycieli i pedagogów”.

Ogólnopolski telefon zaufania „Narkotyki–Narkomania”, czynny codziennie w godzinach 16.00-21.00, służy osobom nadużywającym substancji psychoaktywnych, uzależnionym oraz ich bliskim. Pracownicy telefonu udzielają porad i wsparcia psychologicznego, informacji na temat systemu leczenia i adresów placówek leczenia, informują o przepisach prawnych związanych z narkomanią.

Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii prowadzi internetowe portale edukacyjne:

- www.rozumwysiada.pl, uruchomiony w 2009 r., poświęcony narkotynom w ruchu drogowym,
- www.candisprogram.pl, adresowany do użytkowników przetworów konopii, promujący program terapii (informacje o celach, treści i założeniach programu, informacje prawne, dane adresowe placówek realizujących program „Candis”),
- www.przyjmujelekiczbyberze.pl zawiera treści dotyczące używania leków dostępnych bez recepty, które mogą być używane niezgodnie z przeznaczeniem w celu odurzania się; materiały powstały w 2013 r. w ramach kampanii pn. „Przyjmuje leki czy bierze? Leki bez recepty - do leczenia, nie do brania”.

Poradnia internetowa (www.narkomania.org.pl) prowadzi działania informacyjno-edukacyjne na temat problemu narkomanii oraz udziela konsultacji psychologicznych, lekarskich i prawnych.

W celu zapobieżenia inicjacji używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych realizowane są programy skierowane do młodych osób zagrożonych uzależnieniem. Działania w celu ograniczenia ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków podejmowane są w miejscach o zwiększonym narażeniu na kontakt ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i środkami zastępczymi (kluby, dyskoteki, imprezy masowe). Programy profilaktyki selektywnej, ukierunkowane na zmianę postaw dotyczących używania narkotyków oraz ograniczanie ryzyka związanego z okazjonalnym przyjmowaniem narkotyków obejmują: edukację na temat ryzyka związanego z używaniem narkotyków, motywowanie do zmiany postaw i zachowań, interwencje, informowanie o miejscach pomocy dla używających narkotyków oraz rozdawanie materiałów informacyjnych. Realizatorami programów są specjalnie przeszkoleni pracownicy środowiskowi.

Program uniwersalnej profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki) „Unplugged”, adresowany do uczniów szkół gimnazjalnych, realizowany jest w formie 12 lekcji dla uczniów oraz 3 spotkań dla rodziców. Wykorzystywane są podręczniki i gotowe scenariusze zajęć: przewodnik do wdrażania programu, podręcznik dla nauczyciela, zeszyt ćwiczeń dla ucznia, scenariusz spotkań z rodzicami.

W celu zmniejszenia rozpowszechniania używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych wśród dzieci i młodzieży realizowany jest program profilaktyczny „FreD goes net” adresowany do młodych osób używających narkotyków w sposób okazjonalny lub szkodliwy. Program oparty jest o metodę krótkiej interwencji, prowadzonej techniką terapii motywującej. Celem jest pobudzenie uczestników do refleksji, podniesienie poziomu wiedzy na temat używania narkotyków, zachęcenie do oceny ryzyka i odpowiedzialności, zmiana nastawienia i zachowania związanego z używaniem narkotyków oraz poznanie oferty lokalnego systemu pomocowego.

Realizowane są zadania z zakresu profilaktyki selektywnej oraz adresowane do dzieci i młodzieży narażonych na kontakt z czynnikami ryzyka (indywidualnymi, rodzinnymi, środowiskowymi): „dzieci ulicy”, niepełnoletnie osoby zagrożone przestępczością i demoralizacją, popełniające czyny karalne, dzieci i młodzież zagrożone wykluczeniem społecznym, zagrożone uzależnieniem, eksperymentujące z narkotykami, okazjonalnie używające narkotyków. Celem jest ograniczanie czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym, poprawa funkcjonowania emocjonalnego i społecznego, rozwiązywanie sytuacji kryzysowych związanych z narkotykami oraz kształtowanie odpowiedzialnych zachowań związanych z narkotykami, a także postaw prozdrowotnych. Podejmowane są działania edukacyjne, interwencyjne i psychokorekcyjne. Programy realizują placówki działające w środowisku lokalnym – świetlice socjoterapeutyczne, ogniska wychowawcze, kluby młodzieżowe, ośrodki profilaktyki społecznej, punkty konsultacyjne, poradnie profilaktyki środowiskowej oraz poradnie profilaktyki i leczenia uzależnień.

W celu podniesienia jakości systemu oddziaływań programów profilaktycznych działa zespół do spraw rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, jego zadaniem jest także upowszechnianie skutecznych strategii profilaktyki oraz metod konstruowania programów.

W 2006 r., 2010 r. oraz w 2015 r. przeprowadzone zostały badania obejmujące reprezentatywną grupę mieszkańców Polski w wieku 15–64 lata, dotyczące używania narkotyków. Wyniki wskazują, że najpopularniejszym narkotykiem w Rzeczypospolitej Polskiej były przetwory konopi. W badaniu przeprowadzonym w 2015 r. do ich używania kiedykolwiek w życiu przyznało się 16,3% ankietowanych (w 2006 r. - 9,1%, w 2010 r. - 17,6%). Znacznie niższe odsetki badanych potwierdzały używanie w tym ecstasy, amfetaminy, halucynogenów i LSD, od 2010 r. spada ich konsumpcja.

Rozpowszechnienie używania narkotyków ma stabilny poziom, z wyjątkiem marihuany. Wyniki badań przeprowadzonych w 2011 r. na reprezentatywnej próbie uczniów klas III szkół gimnazjalnych oraz klas II szkół ponadgimnazjalnych wskazują, że najpopularniejsze substancje nielegalne to marihuana i haszysz. Do używania przetworów konopi w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 20,1% młodszych uczniów i 28,5% uczniów starszych. W obu przypadkach stanowiło to zdecydowany wzrost w porównaniu z 2007 r. W przypadku pozostałych rodzajów narkotyków nie odnotowano istotniejszych różnic pomiędzy badaniami w 2007 r. i 2011 r.

Badanie konsumpcji substancji psychoaktywnych przez uczniów, przeprowadzone w 2013 r., objęło losową próbę 1.360 uczniów w wieku 18–19 lat. W 2013 r. do używania kiedykolwiek w życiu leków przeciwkaszlowych lub na przeziębienie w celu odurzenia się przyznało się 4,2% respondentów (w 2010 r. - 4,7%). Podobnie sytuacja wyglądała jeśli chodzi o deklaracje używania tego typu produktów w ciągu ostatnich 12 miesięcy (2,1% w 2013 r. i 2,2% w 2010 r.) oraz ostatnich 30 dni (1% w 2013 r. i 1,1% w 2010 r.).

Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w 2014 r., wskaźnik używania „dopalaczy” (nowe substancje psychoaktywne – NPS) w populacji generalnej wynosił 1,3% (w 2012 r. -

1,4%). Do używania nowych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz ostatniego miesiąca przyznało się, odpowiednio, 0,3% oraz 0,2% badanych osób.

5. Działania podejmowane w celu kontroli chorób zakaźnych

W związku z międzynarodową sytuacją epidemiologiczną i Światowym programem eradykacji poliomyelitis zintensyfikowano nadzór epidemiologiczny nad ostrymi porażeniami wiotkimi, utrzymywano wysoki odsetek osób zaszczepionych oraz prowadzono prawidłową diagnostykę kliniczną i wirusologiczną. Podejmowane były rutynowe działania przeciwepidemiczne (w tym dochodzenia epidemiologiczne w przypadku ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową), a także podjęto działania w związku z narastającymi problemami związanymi z występowaniem poza granicami Polski gorączki Ebola i zakażeń koronawirusem MERS-CoV.

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi sprawowany był również w oparciu o przeprowadzane kontrole doraźne w wybranych podmiotach leczniczych, z wykorzystaniem zunifikowanych formularzy kontroli.

W Głównym Inspektoracie Sanitarnym funkcjonuje punkt kontaktowy Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania. Jego działalność obejmuje zbieranie i wymianę między państwami członkowskimi UE informacji istotnych dla zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Poziom udopornienia populacji dzieci i młodzieży do 19 roku życia wynosił, w latach 2012-2015, 95 - 99% (jeden z najlepszych wyników w Europie).

Zmiany Programu szczepień obowiązkowych poprzedzane są każdorazowo analizą sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych, przeciwko którym prowadzone są obowiązkowe szczepienia. Ponadto, wyznacznikiem zmian są trendy we współczesnej wakcynologii dotyczące, między innymi, stosowania w obowiązkowych szczepieniach ochronnych szczepionek poliwalentnych o wysokim stopniu skojarzenia, w tym zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące typów sugerowanych do stosowania szczepionek i kompatybilności schematów obowiązkowych szczepień ochronnych z realizowanymi przez tę organizację programami wykorzeniania chorób zakaźnych na świecie.

PIS, we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, realizuje działanie „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV), w ramach projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”, finansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Działanie, o charakterze edukacyjno-szkoleniowym, skierowane jest do pracowników sektora ochrony zdrowia oraz pracowników sektora usług pozamedycznych (salonów tatuażu, studiów kosmetycznych i fryzjerskich), wykonujących zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek. W tych ramach, w latach 2014-2015 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, wraz z Głównym Inspektoratem Sanitarnym i we współpracy z państwowymi wojewódzkimi inspektorami sanitarnymi, przeprowadził w 11 województwach szkolenia dotyczące zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym (HCV, HBV, HIV), które miały na celu:

- zwiększenie skuteczności zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń krwiopochodnych (HCV, HBV, HIV), poprzez pogłębienie wiedzy pracowników wykonujących zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych w zakresie czynników ryzyka i dróg szerzenia tych zakażeń,
- doskonalenie umiejętności w zakresie prewencji zakażeń krwiopochodnych w trakcie wykonywanych procedur przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek,
- zwiększenie świadomości problemu wirusowego zapalenia wątroby typu C i zakażeń wirusem HCV wśród pracowników wykonujących zawody o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji osób zakażonych wirusem HCV.

Jednym ze środków reagowania na zagrożenie zdrowia publicznego związane z wystąpieniem chorób zakaźnych u ludzi jest współpraca urzędów i instytucji – Ministerstwa Zdrowia, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, PIS, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Inspekcji Weterynaryjnej, Państwowej Inspekcji Ochrony Środowiska, specjalistycznych placówek zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób zakaźnych, krajowych ośrodków referencyjnych w zakresie diagnostyki chorób zakaźnych, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, Narodowego Instytutu Leków, Kliniki Chorób Wenerycznych Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus–Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii, Straży Granicznej, Rządowego Centrum Bezpieczeństwa oraz ekspertów w dziedzinie zwalczania i zapobiegania chorobom zakaźnym. Prowadzona jest także współpraca z międzynarodowymi sieciami nadzoru epidemiologicznego - Europejskim Centrum Kontroli nad Chorobami Zakaźnymi (ECDC), Światową Organizacją Zdrowia, krajowymi i zagranicznymi instytutami naukowymi działającymi w obszarze zdrowia publicznego, epidemiologii chorób zakaźnych oraz referencyjnymi laboratoriami mikrobiologicznymi.

W 2015 r. skierowano pisma do wojewodów z prośbą o przypomnienie kierownikom podmiotów leczniczych, w strukturach których znajdują się oddziały neurologii, o obowiązku wynikającym z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, monitorowania i zgłaszania państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu dla miejsca rozpoznania, zakażenia lub choroby zakaźnej, podejrzeń ostrego nagminnego porażenia dziecięcego oraz ostrego porażenia wiotkiego, w tym zespołu Guillaina–Barrego, u dzieci do 15 roku życia (w tym przekazywania raportów zerowych w przypadku niewystąpienia w danym roku tych zakażeń i chorób zakaźnych).

ARTYKUŁ 12 – PRAWO DO ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Artykuł 12 ustęp 1

1) Ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

oraz

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji przepisów prawa.

Jeżeli chodzi o zasady organizacji i finansowanie systemu ubezpieczeń społecznych i opieki zdrowotnej, w okresie objętym sprawozdaniem nie nastąpiły zmiany w stosunku do stanu przedstawionego w poprzednich sprawozdaniach.

3) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje, o ile to możliwe, w szczególności dotyczące ludności (w%) objętej ustawodawstwem dotyczącym świadczeń leczniczych, zasiłków chorobowych, emerytur i rent oraz zasiłków rodzinnych, dochodów i wydatków FUS, KRUS, Funduszu Pracy.

oraz

Pytanie dodatkowe

Liczba osób podlegających ubezpieczeniu/objętych każdą gałęzią zabezpieczenia społecznego, w latach 2012-2015:

- emerytury i renty,
- renty wypadkowe,
- bezrobocie,
- ubezpieczenie chorobowe,
- ubezpieczenie lecznicze,

Ubezpieczeni w ZUS^{*)}, stan na 31.12 danego roku, tysiące

	ubezpieczenie		
	emerytalne i rentowe	wypadkowe	chorobowe
2012	14.603,9	14.106,1	13.225,7
2013	14.519,8	14.003,0	13.050,7
2014	14.525,0	13.961,0	13.039,9
2015	14.821,5	14.250,8	13.285,5

^{*)} bez członków rodzin.

Osoby objęte obowiązkowym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym^{*)}
31.12 danego roku, tysiące

2012	2013	2014	2015
15.921,0	15.847,1	15.844,0	15.978,9

^{*)} bez emerytów i rencistów, osób pobierających zasiłki i świadczenia przedemerytalne oraz osób pobierających renty socjalne, bez członków rodzin.

Ubezpieczeni w KRUS, 31 grudnia danego roku

2012	1.492.257
2013	1.468.178
2014	1.432.725
2015	1.375.462

Wszyscy bezrobotni podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu. Bezrobotny pobierający zasiłek dla bezrobotnych i bezrobotni pobierający stypendium podlegają obowiązkowi ubezpieczenia społecznego: emerytalnemu, rentowemu (i wypadkowemu w przypadku bezrobotnych pobierających stypendium) od dnia nabycia prawa do świadczeń do dnia jego utraty.

	Bezrobotni	w tym bezrobotni z prawem do zasiłku
2012	2.136.815	358.250
2013	2.157.883	297.778
2014	1.825.180	242.378
2015	1.563.339	217.315

Wybrane przychody i koszty NFZ, zł

	2012	2013	2014	2015
Przychody ogółem	62.957.781.018,05	65.157.836.809,24	67.185.136.284,44	70.366.452.457,76
w tym				
przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (bieżące i z lat ubiegłych)	60.402.256.051,94	62.515.534.071,09	64.679.059.646,19	67.264.074.659,52
dotacje z budżetu państwa	2.077.070.029,63	1.985.982.780,18	2.004.343.506,95	2.571.088.831,60
pozostałe	478.454.936,48	656.319.957,97	501.733.131,30	531.288.966,64
Koszty ogółem	62.672.399.379,02	64.775.011.330,45	66.124.110.102,66	70.560.197.432,43
w tym				
świadczeń opieki zdrowotnej	61.699.238.186,22	63.912.480.197,23	65.176.368.825,95	69.595.551.025,68
administracyjne	609.375.955,97	606.659.871,50	628.339.775,14	634.247.354,01
pozostałe	363.785.236,83	255.871.261,72	319.401.501,57	330.399.052,74

Wpływy FUS (mln zł)

	2012	2013	2014	2015
Wpływy ze składek*	121.108,5	122.942,0	131.102,7	143.298,4
Dotacja z budżetu państwa	39.520,8	37.113,9	30.362,8	42.065,7
Refundacja z tytułu przekazania składek do OFE	8.180,9	10.728,5	8.269,1	3.098,4
Środki z FRD	2.887,0	2.500,0	2.500,0	718,0
Wpłaty z OFE	x	x	x	4.055,8
Pozostałe dochody	295,7	244,8	11.324,7**	242,2

* łącznie z kwotą należności pochodnych

** łącznie z kwotą przekazanych środków zgromadzonych na rachunku członka OFE w związku z reformą OFE (ustawa z 6.12.2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłat emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych) – 4 076,7 mln zł oraz kwotą środków z FRD, pochodzących z przeniesienia aktywów z OFE (łącznie z odsetkami od tych aktywów) – 6 969,9 mln zł

Wydatki FUS na świadczenia (mln zł)

	2012	2013	2014	2015
Emerytury i renty	156.209,0	163.892,8	168.811,7	174.565,8
Zasiłki z ubezpieczeń społecznych	14.368,0	15.948,6	18.681,4	20.751,2
w tym:				
zasiłki macierzyńskie	3.650,0	4.308,5	6.735,9	7.555,7
zasiłki opiekuńcze	558,9	635,3	611,3	701,3
zasiłki chorobowe	7.823,8	8.499,2	8.820,6	9.826,9
zasiłki pogrzebowe	1.230,8	1.267,9	1.231,8	1.294,2
zasiłki wyrównawcze	0,4	0,4	0,7	0,6
świadczenia rehabilitacyjne	1.112,2	1.234,3	1.279,4	1.370,4
jednorazowe odszkodowania	328,4	313,1	313,1	305,9
Pozostałe świadczenia	8,0	17,1	283,9	228,7

Świadczenia wypłacone z Funduszu Emerytalno-Rentowego KRUS

	2012	2013	2014	2015
Ogółem				
Liczba świadczeniobiorców ^{a)}	1.285.725	1.245.708	1.211.632	1.203.157
Wypłaty, w tys. zł ^{b) c)}	14.263.975,2	14.839.609,5	14.836.786,5	15.341.898,4
Emerytury ^{d)}				
Liczba świadczeniobiorców ^{a)}	1.021.927	985.507	951.542	943.019
Wypłaty, w tys. zł ^{b) c)}	11.548.200,8	11.819.653,4	11.730.348,7	12.111.480,2
Renty z tytułu niezdolności do pracy				
Liczba świadczeniobiorców ^{a)}	220.253	216.373	215.850	215.604
Wypłaty, w tys. zł ^{b) c)}	2.202.206,2	2.477.254,0	2.547.726,5	2.648.037,6
Renty rodzinne				
Liczba świadczeniobiorców ^{a)}	43.293	43.600	44.036	44.351
Wypłaty, w tys. zł ^{b) c)}	512.198,6	541.409,3	557.542,8	581.279,5
GBRZ ^{e)}				
Liczba świadczeniobiorców ^{a)}	252	228	204	183
Wypłaty, w tys. zł ^{b) c)}	1.369,6	1.292,8	1.168,5	1.101,1

a) Przeciętna miesięczna.

b) Bez wypłat z innych systemów ubezpieczeniowych w przypadku zbiegu uprawnień do świadczeń z tych systemów z uprawnieniami do świadczeń z funduszu emerytalno-rentowego.

c) Łącznie z wypłatami dokonywanymi na podstawie art. 25 ust. 4 w związku z art. 25 ust. 2a ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, lecz bez potrąceń nieprzekazywanych.

d) Łącznie z emeryturami finansowanymi z FER, a wypłaconymi przez MON, MSW, MS.

e) Świadczenia rolne w wysokości 50% ze względu na uprawnienia do świadczeń pracowniczych zbiegających się ze świadczeniami zagranicznymi.

Emerytury i renty z KRUS ^{a)}

	Ogółem	Emerytury ^{b)}	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty rodzinne
2012	1.285.725	1.021.927	220.253	43.293
2013	1.245.708	985.507	216.373	43.600
2014	1.211.632	951.542	215.850	44.036
2015	1.203.157	943.019	215.604	44.351

^{a)} Przeciętna miesięczna.

^{b)} Łącznie z emeryturami finansowanymi z FER, a wypłaconymi przez MON, MSW, MS.

Świadczenia z Funduszu Składowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników

	2012	2013	2014	2015
Zasiłki chorobowe				
Liczba dni	40.077.472	40.983.234	40.347.275	39.260.667
Wypłaty w tys. zł	400.866,4	409.951,5	403.487,0	392.640,5
Zasiłki macierzyńskie				
Liczba świadczeń	32.341	29.960	28.620	29.255
Wypłaty w tys. zł	100.236,8	97.754,9	95.599,0	101.424,0
Jednorazowe odszkodowania powypadkowe				
Liczba świadczeń	16.800	16.080	15.885	14.712
Wypłaty w tys. zł	69.830,6	74.453,4	76.290,7	71.813,4

Przychody i wydatki Funduszu Pracy, mln zł

	2012	2013	2014	2015
Przychody – ogółem	11.224,6	10.087,5	10.939,4	10.843,23
w tym:				
składka na Fundusz Pracy	9.190,2	8.919,1	9.604,3	9.938,2
dotacje z budżetu państwa	-	-	-	-
pływy z UE (EFS)	645,6	831,8	1.048,9	639,0
Wydatki – ogółem	9.641,3	11.325,2	11.099,8	10.931,3
z tego:				
zasiłki i świadczenia	5.316,7	5.958,0	5.531,4	5.110,1
aktywne formy ogółem	3.889,7	4.633,0	5.052,1	5.294,3
aktywne formy (bez refundacji wynagrodzeń młodocianych)	3.651,5	4.407,7	4.838,6	5.063,7
szkolenia	189,6	213,6	189,6	187,3
prace interwencyjne	138,9	170,5	184,5	226,6
roboty publiczne	167,6	223,5	211,5	280,7
środki na podjęcie działalności gospodarczej i wyposażenie stanowisk pracy	1.075,8	1.335,4	1.578,4	1.526,5
aktywizacja absolwentów, staże stypendia	858,0	1.249,2	1.350,8	1.316,0
przygotowanie zawodowe	-	4,6	4,9	3,9
pozostałe *	1.221,6	1.210,9	1.318,9	1.522,7
refundacja wynagrodzeń młodocianych	238,2	225,3	213,5	230,6
pozostałe wydatki**	434,9	734,2	516,3	526,9

*Pozostałe aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu obejmują, między innymi, staże podyplomowe oraz szkolenia specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentyistów oraz staże podyplomowe oraz specjalizacje pielęgniarek i położnych.

** Pozostałe wydatki obejmują, między innymi, wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne pracowników urzędów pracy oraz na wydatki inwestycyjne.

Świadczenia rodzinne - przeciętna miesięczna liczba świadczeń, tysiące

	2012	2013	2014	2015
Zasiłek rodzinny	2.251,8	2.337,7	2.159,43	2.035,44
Dodatki do zasiłków rodzinnych, z tego z tytułu				
- urodzenia dziecka	11,1	11,1	9,6	9,8
- opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego	81,6	68,5	46,0	42,2
- samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych	-	-	-	-
- samotnego wychowywania dziecka	120,5	111,6	102,81	96,5
- kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego	151,2	145,0	137,57	132,1
do 5 roku życia	25,8	25,2	23,49	22,0
powyżej 5 roku życia	125,4	119,8	114,08	110,1
- rozpoczęcia roku szkolnego (świadczenie jednorazowe, przeciętna miesięczna wartość)	153,6	143,7	134,9	127,1
- podjęcia nauki poza miejscem zamieszkania	267,5	239,9	218,9	204,3
na pokrycie wydatków związanych z zamieszkaniem w miejscowości, w której znajduje się szkoła	22,9	21,5	20,52	19,5
na pokrycie wydatków związanych z dojazdem do miejscowości, w której znajduje się szkoła	244,6	218,4	198,38	184,8
- wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej	418,6	382,8	353,96	334,5
Zasiłek pielęgnacyjny	917,6	927,4	926,89	920,8
Świadczenie pielęgnacyjne	223,5	163,9	105,87	111,7
Dodatek do świadczenia pielęgnacyjnego	-	-	0,14	-
Specjalny zasiłek opiekuńczy	-	-	12,79	26,8
Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (przeciętna miesięczna wartość)	31,1	22,7	23,24	23,3

Konkluzja negatywna

Wysokość najniższego świadczenia na wypadek bezrobocia jest niewystarczająca ponieważ nie osiąga 50% mediany dochodu ekwiwalentnego.

Polska wyraża wątpliwości co do zasadności obecnie stosowanej przez Komitet Niezależnych Ekspertów interpretacji art. 12 ust. 1.

Polska konsekwentnie od 2004 r. przedstawia stanowisko, że ust. 1 art. 12 nakłada ogólny obowiązek utrzymywania systemu zabezpieczenia społecznego, przewidującego świadczenia na wypadek zaistnienia różnych ryzyk. W konsekwencji, w ramach ust. 1 art. 12 należy dokonywać oceny, czy w danym państwie istnieje system zabezpieczenia społecznego obejmujący zasadnicze ryzyka. Ustęp 2 art. 12 Karty nakłada obowiązek osiągnięcia określonego poziomu świadczeń, przewidzianego w konwencji numer 102 MOP. Wobec zawarcia w ust. 2 szczegółowych wymagań dotyczących wysokości świadczeń, nieuzasadnione jest dokonywanie w ramach ust. 1 art. 12 oceny wysokości przyznawanych świadczeń, tym bardziej, że ustęp ten nie daje żadnych podstaw do określenia kryteriów oceny wysokości świadczeń.

Dokonywanie takiej oceny w ramach ust. 1 prowadzić może, w konsekwencji, do dwukrotnego oceniania poziomu świadczeń – raz w ramach ust. 1, na podstawie kryteriów, które ustalają samodzielnie niezależni eksperci i, drugi raz, w ramach ust. 2, na podstawie kryteriów określonych w konwencji numer 102 MOP.

Polska, wiążąc się konwencją numer 102 MOP, wyłączyła z zakresu ratyfikacji, między innymi, zasiłki dla bezrobotnych, z powodu niespełniania określonego w konwencji standardu ich wysokości. W konsekwencji, nie ma podstaw, by dokonywać oceny wysokości zasiłków dla bezrobotnych na podstawie Europejskiej Karty Społecznej.

Artykuł 12 ustęp 2

1) Ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

oraz

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji przepisów prawa.

oraz

3) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje, w szczególności określić, w jakim stopniu gałęzie zabezpieczenia społecznego są zgodne z postanowieniami konwencji MOP (nr 102) dotyczącej minimalnych norm zabezpieczenia społecznego (wychodzą ponad te postanowienia czy pozostają poniżej nich) – w odniesieniu do części konwencji nie ratyfikowanych przez Polskę

Ostatnie sprawozdanie ze stosowania przez Polskę Konwencji MOP numer 102 dotyczącej minimalnych norm zabezpieczenia społecznego zostało sporządzone w sierpniu 2011 r. i dotyczyło okresu od 1 lipca 2006 r. do 30 czerwca 2011 r.. Kolejne sprawozdanie zostanie złożone w 2016 r.

Oznaczenia:

- PWb – przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej,
- PWn – przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej, pomniejszone o obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez ubezpieczonego,
- UZn - uprzednie wynagrodzenie brutto świadczeniobiorcy lub jego żywiciela, pomniejszone o obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez ubezpieczonego,
- KB – kwota bazowa,
- A - suma świadczenia typowego świadczeniobiorcy i wysokości przysługujących mu zasiłków rodzinnych w czasie trwania przypadków objętych ochroną,
- B - suma wysokości uprzedniego wynagrodzenia świadczeniobiorcy lub jego żywiciela i wysokości zasiłków rodzinnych, wypłacanych osobie chronionej o takich obowiązkach rodzinnych jak świadczeniobiorca (bądź też, w przypadku stosowania art. 66 konwencji – suma wynagrodzenia robotnika niewykwalifikowanego płci męskiej i zasiłków wypłacanych osobie chronionej, mającej takie same obowiązki rodzinne jak typowy świadczeniobiorca),
- ZCHW – zasiłek chorobowy wypadkowy,
- ZR – zasiłek rodzinny,
- Os – okresy składkowe,
- Oh – okresy stażu hipotetycznego,
- PW_{no2014} – przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej, pomniejszone o obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez ubezpieczonego i bez podatku dochodowego od osób fizycznych
- RIc – renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,
- RIcz – renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy,
- RWc – renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wypadkowa,
- RWcz – renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy wypadkowa,
- RRW – renta rodzinna wypadkowa.

Założenia:

W IV kwartale 2014 r.:

- $PW_n = 3.464,63 \text{ zł}^2$ (art. 65 konwencji).
- $PW_b = 3.942,67 \text{ zł}$,
- $PW_{no2013} = 2610,16 \text{ zł}$ (na potrzeby ustalania prawa do zasiłku rodzinnego przyjmuje się wynagrodzenie osiągnięte w poprzednim roku kalendarzowym)
- $KB = 3.191,93 \text{ zł}$,
- $UZ_n: 1,25 * 3464,63 \text{ zł} = 4330,79 \text{ zł}$
- zasiłek rodzinny na pierwsze i drugie dziecko – 183 zł (77 zł + 106 zł). W obliczeniach przyjęto, że jedno z dzieci jest w wieku do 5 lat a drugie w wieku powyżej 5 lat i nie ukończyło 18 lat.
- granica dochodu na 1 osobę w rodzinie uprawniająca do otrzymania zasiłku rodzinnego – 574 zł.

Świadczenia w razie bezrobocia (część IV konwencji)

Zgodnie z art. 65, ustęp 1, punkt c konwencji (typowy świadczeniobiorca zarabiający 125% PW_n) – mężczyzna mający żonę i dwoje dzieci, w okresie wykonywania pracy

Ustalenie prawa do zasiłku rodzinnego:

Liczba osób w rodzinie – 4

Dochód na osobę: $UZ_n/4 = (1,25 * PW_{no2013})/4 = 1,25 * 2610,6 \text{ zł} / 4 = 815,67 \text{ zł}$

Nie jest spełniony jest wymóg do pobierania zasiłku.

W okresie pobierania zasiłku dla bezrobotnych:

Zasiłek podstawowy dla bezrobotnych: 831,10 zł (pierwsze 3 miesiące pobierania zasiłku, 652,60 zł – kolejne miesiące pobierania zasiłku), od 1 czerwca 2014 r.

Według konwencji: $A: B \geq 45\%$

A: zasiłek dla bezrobotnych - 831 zł, zasiłek rodzinny na dwoje dzieci 183 zł = 1014,10 zł

B: UZ_n

$A: B = 1014,10 \text{ zł} : 4330,79 \text{ zł} = 0,2342$ (23%)

Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (część VI konwencji)

Zawieszanie rent (art. 38 konwencji)

Renty wypadkowe objęte są powszechnymi zasadami zawieszalności. Konwencja nie dopuszcza takiej możliwości.

Zgodnie z art. 65, ustęp 1, punkt c konwencji (typowy świadczeniobiorca zarabiający 125% PW_n) – mężczyzna mający żonę i dwoje dzieci, w okresie wykonywania pracy $UZ_n: 1,25 * 3464,63 \text{ zł} = 4330,79 \text{ zł}$

Ustalenie prawa do zasiłku rodzinnego:

Liczba osób w rodzinie – 4

Dochód na osobę: $UZ_n/4 = (1,25 * PW_{no2013})/4 = 1,25 * 2610,6 \text{ zł} / 4 = 815,67 \text{ zł}$

Nie jest spełniony jest wymóg do pobierania zasiłku.

Na zasiłku chorobowym:

Liczba osób – 4

$ZCHW = UZ_n$

$A = ZCHW = 4330,79 \text{ zł}$

$B = UZ_n = 4330,79 \text{ zł}$

Świadczeniobiorca pobierający zasiłek chorobowy otrzymuje go w wymiarze 100% podstawy wymiaru.

Renta z tytułu niezdolności do pracy z tytułu ubezpieczenia wypadkowego

Sprawdzenie w odniesieniu do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wskutek wypadku lub choroby zawodowej w oparciu o art. 65:

² Dane GUS za rok 2014 po odjęciu składki na ubezpieczenia społeczne płacone przez pracownika

Wysokość renty:

$$RWc = 0,8 * (1,25 * PWb / PWb) * KB = 3191,93 \text{ zł}$$

Ustalenie prawa do zasiłku rodzinnego:

W okresie wykonywania pracy:

Liczba osób – 4

$$\text{Dochód na osobę: } UZn/4 = (1,25 * PW_{no2013})/4 = 1,25 * 2610,6 \text{ zł} / 4 = 815,67 \text{ zł}$$

- nie jest spełniony warunek dochodowy do pobierania zasiłku rodzinnego.

Na rencie dochód na osobę również nie uprawnia do zasiłku rodzinnego na dzieci.

Według konwencji A: $B \geq 50\%$

$$A = RWc$$

$$B = UZn$$

$$A: B = 3191,93 \text{ zł} : 4330,79 \text{ zł} = 0,737 \text{ (73\%)}$$

Sprawdzenie w odniesieniu do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy wskutek wypadku lub choroby zawodowej w oparciu o art. 65.

Według konwencji A: $B \geq 50\%$

$$A = RWcz = 0,6 * (1,25 * PWb / PWb) * KB = 2398,95 \text{ zł}$$

$$B = UZn$$

$$A: B = 2398,95 \text{ zł} : 4330,79 \text{ zł} = 0,5528 \text{ (55\%)}$$

Renta rodzinna wypadkowa (świadczenie z powodu śmierci żywiciela rodziny)

Sprawdzenia wysokości renty rodzinnej wypadkowej w oparciu o art. 65:

$$RRW = 0,95 * \{0,8 * (1,25 * PWb / PWb) * KB\} = 0,95 * 3.191,93 \text{ zł} = 3.032,33 \text{ zł}$$

Ustalenie prawa do zasiłku rodzinnego:

W okresie wykonywania pracy:

Liczba osób – 4

$$\text{Dochód na osobę: } UZn/4 = (1,25 * PW_{no2013})/4 = 1,25 * 2610,6 \text{ zł} / 4 = 815,67 \text{ zł}$$

- nie jest spełniony warunek dochodowy do pobierania zasiłku rodzinnego.

Na rencie:

Liczba osób – 3, jednak prawo do zasiłku rodzinnego było ustalone w momencie, gdy osoba, po której przyznano rentę rodzinną wypadkową jeszcze żyła, stąd dochód na osobę:

$$\text{Dochód na osobę: } UZn/4 = (1,25 * PW_{no2013})/4 = 1,25 * 2610,6 \text{ zł} / 4 = 815,67 \text{ zł}$$

- nie są spełnione wymogi do pobierania zasiłku rodzinnego.

Według konwencji A: $B \geq 40\%$

$$A = RRW$$

$$B = UZn$$

$$A: B = 3032,33 \text{ zł} : 4330,79 \text{ zł} = 0,7 \text{ (70\%)}$$

Renty z tytułu niezdolności do pracy (część IX konwencji)

Renty z tytułu niezdolności do pracy objęte są powszechnymi zasadami zawieszalności.

Konwencja nie dopuszcza takiej możliwości.

Obliczenie w odniesieniu do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy zgodnie z art. 65

$$RIc = 0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh^3 * 0,007) * (1,25 * PWb / PWb) * KB$$

$$RIc = 0,24 * 3191,93 \text{ zł} + (15 * 0,013 + 6,6 * 0,007) * 1,25 * 3191,93 \text{ zł} = 1728,42 \text{ zł}$$

Ustalenie prawa do zasiłku rodzinnego:

W okresie wykonywania pracy:

Liczba osób – 4

$$\text{Dochód na osobę: } UZn/4 = (1,25 * PW_{no2013})/4 = 1,25 * 2610,6 \text{ zł} / 4 = 815,67 \text{ zł}$$

- nie jest spełniony warunek dochodowy do pobierania zasiłku rodzinnego.

Na rencie:

³ Średni staż hipotetyczny dla osoby z 15 letnim, stażem składkowym, której przyznano rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w 2014 r. wyniósł 6,6 lat

Liczba osób – 4

Według konwencji A: $B \geq 40\%$

A = RIc

B = UZn

A: B = 1728,42 zł: 4330,79 zł = 0,399 (39%)

W przypadku ustalenia prawa do zasiłku rodzinnego (dochód z renty na osobę jest niższy niż

574 zł) wówczas A: B = (1728,43 zł + 183 zł): 4330,79 zł = 0,4414 (44%)

Obliczenie w odniesieniu do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy zgodnie z art. 65

$RIcz = 0,75 * \{0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh^4 * 0,007) * (1,25 * PWb / PWb) * KB\}$

$RIcz = 0,75 * \{0,24 * 3191,93 \text{ zł} + (15 * 0,013 + 6,4 * 0,007) * 1,25 * 3191,93 \text{ zł}\} = 1292,13 \text{ zł}$

Według konwencji A: $B \geq 40\%$

A = RIcz

B = UZn

A: B = 1.292,13 zł: 4.330,79 zł = 0,2984 (29%)

W przypadku ustalenia prawa do zasiłku rodzinnego (dochód z renty na osobę jest niższy niż 574 zł) wówczas A: B = (1292,13 zł + 183 zł): 4.330,79 zł = 0,3406 (34%)

Zastosowano możliwość obniżenia progu do 30% (art. 57, ustęp 3 konwencji) - przy stażu 5 lat osoba chroniona ma prawo otrzymać rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

$RIcz = 0,75 * \{0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh^5 * 0,007) * (1,25 * PWb / PWb) * KB\}$

$RIcz = 0,75 * \{0,24 * 3.191,93 \text{ zł} + (5 * 0,013 + 18,4 * 0,007) * 1,25 * 3.191,93 \text{ zł}\} = 1.148,20 \text{ zł}$

Według konwencji A: $B \geq 30\%$

A = RIcz + 2ZR = 1.148,20 zł + 183 zł = 1.331,20 zł

B = UZn

A: B = 1.331,209 zł: 4.330,79 zł = 0,3074 (31%)

Pytanie dodatkowe

Odpowiedzi udzielone na pytania bezpośrednie, sformułowane przez Komitet Ekspertów MOP w 2013 r. (obciążenie podatkami, skala zastąpienia uprzedniego dochodu netto przez emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy, rentę rodzinną, skala zastąpienia uprzedniego dochodu brutto pomniejszonego o obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne przez emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy, rentę rodzinną)

Sprawozdanie z konwencji MOP nr 102 zostanie przedłożone w sierpniu 2016 r. – częścią sprawozdania będzie odpowiedź na pytanie bezpośrednie.

Artykuł 12 ustęp 3

1) Ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

oraz

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji przepisów prawa.

Informacja obejmuje tylko najważniejsze zmiany.

Nowelizacje ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- ustawa z 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012-2016 wprowadziła, na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r.,

⁴ Średni staż hipotetyczny dla osoby z 15 letnim, stażem składkowym, której przyznano rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy w 2014 r. wyniósł 6,4 roku

⁵ Średni staż hipotetyczny dla osoby z 5 letnim stażem składkowym, której przyznano rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy) wyniósł 18,1 lat

finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne przez rolników indywidualnych (z wyjątkiem właścicieli gospodarstw rolnych o powierzchni do 6 ha przeliczeniowych),

- ustawa zmieniająca z 27 lipca 2012 r.:
 - wprowadziła elektroniczne potwierdzanie przez świadczeniodawcę uprawnień pacjenta na podstawie numeru PESEL,
 - podniosła jakość i wiarygodność danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym przez NFZ,
 - ułatwiła zgłaszanie dzieci do ubezpieczenia zdrowotnego (możliwość zgłaszania dzieci przez każdego z rodziców, o ile jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym),
 - zniósła sankcję polegającą na ponoszeniu przez płatnika składki zdrowotnej kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonemu w sytuacji, gdy płatnik opóźni się w opłaceniu składki, nawet w przypadku opóźnienia za 1 miesiąc (stosowanej jako dodatkowa kara, obok konieczności opłacenia zaległej składki z odsetkami),
- ustawa z 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw: osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy objęte zostały obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, jeżeli nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
- ustawa zmieniająca z 13 czerwca 2013 r.: szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne studentów i uczestników studiów doktoranckich studiujących w Polsce oraz absolwentów, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż, nie posiadających obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA oraz osób odbywających kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nie posiadających obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadają ważną Kartę Polaka,
- ustawa z 26 lipca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw: obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęto:
 - osoby, które prowadziły pozarolniczą działalność gospodarczą przez okres co najmniej 6 miesięcy,
 - zleceniobiorców, którzy wykonywali pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, przez okres co najmniej 6 miesięcy,
 - osoby współpracujące, przez co najmniej 6 miesięcy z wyżej wymienionymi osobami, i które zaprzestały prowadzenia działalności lub wykonywania pracy lub współpracy albo zawiesiły wykonywanie działalności na 3 lata w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 5 roku życia, a w przypadku dziecka, które z uwagi na niepełnosprawność wymaga osobistej opieki – do 6 lat, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia,
 - duchownych podlegających z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym przez co najmniej 6 miesięcy,
- ustawa zmieniająca z 11 października 2013 r.:
 - zwiększono gwarancje jakości świadczeń opieki zdrowotnej poprzez określenie pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, służących jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

- wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; przedłużenie nie może przekraczać 6 miesięcy,
 - dookreślono sposób realizacji zasady jawności umów i postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - ustawa zmieniająca z 21 marca 2014 r.: świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej może udzielać lekarz, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:
 - posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
 - odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
 - posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
 - posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
 - posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub
 - posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii w zakresie swoich kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami.
 - ustawą z 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów: obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęto osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, nie podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby pobierające zasiłek dla opiekuna,
 - ustawa z 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw:
 - osoby, którym nadany został w RP status uchodźcy lub udzielona została ochrona uzupełniająca mają prawo do świadczeń po dopełnieniu warunku zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i spełnieniu kryterium dochodowego,
 - członkowie rodziny beneficjenta ochrony międzynarodowej, którzy sami nie kwalifikują się do uzyskania statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej, są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - prawo do świadczeń uzyskały dzieci, które nie ukończyły 18. roku życia, posiadające w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP,
 - prawo do świadczeń mają kobiety, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu,
 - ustawa zmieniająca z 22 lipca 2014 r.:
 - poprawa standardu opieki nad pacjentem onkologicznym,
 - poprawa zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz zarządzania procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz
 - poprawa funkcjonowania NFZ.
- omówienie – odpowiedź na konkluzję negatywną dotyczącą art. 11 ust. 1,
- ustawa zmieniająca z 22 lipca 2014 r.: wprowadzono zmiany w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie uporządkowania kryteriów wyboru ofert, do których obecnie zalicza się:
 - jakość,
 - kompleksowość,
 - dostępność,
 - ciągłość, oraz

- cenę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- ustawa z 25 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pracy zastępczej oraz niektórych innych ustaw:
 - w przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd - opłata za pobyt wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury, opłatę ponosi powiat właściwy ze względu na miejsce urodzenia dziecka, rodzice dziecka umieszczonego w zakładzie obowiązani są do zwrotu powiatowi poniesionej opłaty,
 - kontrola jakości opieki sprawowanej przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze lub zakłady rehabilitacji leczniczej nad dziećmi pozbawionymi opieki i wychowania rodziców, umieszczonymi w tych zakładach przez sąd, sprawuje starosta,
- ustawa z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: wprowadzenie do polskiego porządku prawnego dyrektywy 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej – zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych za granicą na zasadach określonych w ustawie implementującej dyrektywę, o ile świadczenia są gwarantowane w Polsce w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego,
- ustawa z 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw: składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, prowadzącą działalność gospodarczą lub osobę z nią współpracującą, której zasiłek macierzyński nie przekracza miesięcznie kwoty świadczenia rodzicielskiego, które będzie przyznawane od 1 stycznia 2016 r. 1.000 zł miesięcznie.

Nowelizacje ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:

- ustawa zmieniająca z 11 maja 2012 r.:
 - wprowadzono mechanizm stopniowego podnoszenia i wyrównywania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn do poziomu 67 lat, tak by poziom ten został osiągnięty dla mężczyzn do końca 2020 r. a dla kobiet do końca 2040 r.,
 - ograniczono stosowanie przepisów umożliwiających wcześniejsze zakończenie aktywności zawodowej przez rolników oraz sędziów i prokuratorów (stopniowe wygaszanie tych możliwości do 2017 r.),
 - wszczęto stopniowe ujednolicanie stażu ubezpieczeniowego kobiet i mężczyzn uprawniającego do najniższej emerytury oraz dostosowanie do podwyższonego wieku emerytalnego zasady uwzględniania stażu hipotetycznego w wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy,
 - wprowadzono stały mechanizm monitorowania funkcjonowania systemu emerytalnego: Rada Ministrów ma obowiązek przedkładania Sejmowi informacji o funkcjonowaniu systemu emerytalnego co najmniej raz na 4 lata (pierwszy przegląd do 31 grudnia 2016 r.),
 - wprowadzono możliwość przejścia na emeryturę częściową przed osiągnięciem odpowiednio podwyższonego wieku emerytalnego. Emerytura częściowa przysługuje kobiecie, która osiągnęła wiek wynoszący co najmniej 62 lata i udowodniła co najmniej 35-letni okres składkowy i nieskładkowy oraz mężczyźnie, który osiągnął wiek wynoszący co najmniej 65 lat i udowodnił co najmniej 40-letni okres składkowy i nieskładkowy. Wysokość emerytury częściowej wynosi 50% pełnej kwoty emerytury

- z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i nie podlega podwyższeniu do kwoty najniższej emerytury,
- wydłużono okres pobierania okresowych emerytur kapitałowych przez kobiety będące członkami otwartych funduszy emerytalnych - do osiągnięcia podwyższonego wieku emerytalnego przewidzianego dla mężczyzny urodzonego w tym samym roku i kwartale co kobieta uprawniona do tej emerytury,
 - zniesiono warunek rozwiązania stosunku pracy przy ustalaniu uprawnień do emerytury z tytułu pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze na podstawie artykułu 184 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.
- ustawa zmieniająca z 22 listopada 2013 r. wprowadziła do ustawy emerytalnej nową kategorię okresów składkowych - „okresy niewykonywania pracy przed dniem 4 czerwca 1989 r., na skutek represji politycznych”. Nowelizacja zniósła pojęcie okresu nieskładkowego niewykonywania pracy w okresie przed 1 czerwca 1989 r., nie więcej niż 5 lat.
- 1 lutego 2014 r. weszła w życie zasadnicza część ustawy z 6 grudnia 2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych, na mocy której:
- do elementów składających się na podstawę obliczenia emerytury z ZUS w systemie zdefiniowanej składki dodano nowy składnik, w postaci środków zewidencjonowanych na subkoncie prowadzonym przez ZUS. Kwot zewidencjonowanych na subkoncie nie uwzględnia się przy ustalaniu wysokości wcześniejszej emerytury oraz emerytury mieszanej, w przypadku, gdy ubezpieczony złożył wniosek o okresową emeryturę kapitałową i spełnia warunki ustalenia prawa do tej emerytury, a także przy ustalaniu wysokości emerytury po osiągnięciu wieku emerytalnego osobom, którym wcześniej ustalono prawo do wcześniejszej emerytury,
 - w odniesieniu do środków zgromadzonych na subkoncie wprowadzono możliwość wskazania osoby lub osób uposażonych, na rzecz których ma nastąpić po śmierci emeryta wypłata jednorazowego świadczenia pieniężnego (wypłata gwarantowana). Osoba uposażona nabywa prawo do całości albo części wypłaty gwarantowanej, jeżeli śmierć emeryta nastąpiła w ciągu trzech lat od miesiąca, w którym po raz pierwszy wypłacono emeryturę,
 - po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego, przewidzianego dla mężczyzny urodzonego w tym samym roku i kwartale co kobieta, która pobierała okresową emeryturę kapitałową do dnia poprzedzającego osiągnięcie tego wieku, emeryturę z ZUS oblicza się ponownie z urzędu, z uwzględnieniem środków przewidzianych na subkoncie - z tym, że do obliczenia emerytury przyjmuje się średnie dalsze trwanie życia ustalone dla tego wieku, obowiązujące w dacie osiągnięcia tego wieku,
- ustawa zmieniająca z 23 października 2014 r.: świadczenia emerytalno-rentowe zostały podwyższone zgodnie ze wskaźnikiem waloryzacji wynoszącym 100,68%, jednak nie mniej niż o 36 zł,
- ustawa zmieniająca z 5 marca 2015 r.: zmiany w obliczaniu emerytury i kapitału początkowego:
- przy wyliczeniu wysokości emerytury przewidziano możliwość zastosowania tablic dalszego trwania życia obowiązujących w dniu, w którym ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny, nawet jeśli wystąpił z wnioskiem o przyznanie emerytury kiedy obowiązywała już nowa tablica średniego dalszego trwania życia (mniej korzystna z uwagi na wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia),
 - zaliczanie przy ustalaniu kapitału początkowego okresu ukończonych studiów wyższych przebytego przed 1 stycznia 1999 r., w wymiarze do 1/3 wszystkich udowodnionych okresów składkowych, przebytych do zgłoszenia wniosku o

emeryturę (uprzednio okres studiów ograniczono do 1/3 okresów składkowych przebytych przed 1999 r.),

- zaliczanie, przy ustalaniu kapitału początkowego, okresu urlopu wychowawczego oraz zrównanych z nim okresów opieki nad dzieckiem jako okresów składkowych (uprzednio traktowane jako nieskładkowe),
- możliwość obliczenia emerytury z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego z zastosowaniem nowych zasad wymiaru dla uprawnionych osób urodzonych przed 1949 r., również jeżeli pobierały wcześniejszą emeryturę – podstawa obliczenia emerytury ustalonej według nowych zasad jest pomniejszana o sumę kwot pobranych wcześniej emerytur,
- możliwość ponownego przeliczenia emerytury osobom, wobec których zastosowanie miało ograniczenie wysokości podstawy emerytury do 250% przeciętnego wynagrodzenia a które, do przeliczenia podstawy wymiaru emerytury, mogą wykazać wynagrodzenia przypadające w całości lub części po przyznaniu emerytury i na podstawie tych wynagrodzeń mogą udowodnić, że nowo ustalony wskaźnik wysokości podstawy wymiaru jest wyższy niż 250%.

8 marca 2012 r. utracił moc obowiązującą art. 114 ust. 1a ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Przepis ten stanowił podstawę do ponownego ustalania przez organ rentowy ZUS - na wniosek osoby zainteresowanej lub z urzędu - prawa do świadczenia lub jego wysokości w przypadku, gdy po uprawomocnieniu się decyzji w sprawie świadczeń organ rentowy ZUS stwierdził, że przedłożone dowody nie dawały podstaw do ustalenia prawa do emerytury lub renty albo ich wysokości.

Na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 13 listopada 2012 r. utracił moc obowiązującą art. 103a ustawy o emeryturach i rentach z FUS, w zakresie, w jakim przewidywał zawieszenie prawa do emerytury osobom, które przeszły na emeryturę przed 1 stycznia 2011 r., bez konieczności rozwiązania stosunku pracy. Przepis ten nadal ma zastosowanie do osób, które nabyły prawo do emerytury po 31.12.2010 r.

Nowelizacje ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych:

- ustawa zmieniająca z 26 lipca 2013 r.: wprowadzono możliwość objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi osób, które rezygnują z prowadzenia działalności pozarolniczej, wykonywania umowy zlecenia lub współpracy przy nich w celu sprawowania opieki nad dzieckiem – budżet państwa opłaca za te osoby składki do 3 lat (nie dłużej niż do osiągnięcia przez dziecko 5 roku życia) lub do 6 lat (nie dłużej niż do osiągnięcia przez dziecko 18 roku życia w przypadku dziecka niepełnosprawnego), pod warunkiem aktywności zawodowej przez 6 miesięcy bezpośrednio przed okresem sprawowania opieki. Równocześnie przewidziano możliwość objęcia ubezpieczeniem emerytalnym osób, które sprawują opiekę nad dzieckiem, a nie były dotąd ubezpieczone lub których staż ubezpieczeniowy bezpośrednio przed okresem sprawowania opieki był krótszy niż 6 miesięcy - budżet państwa opłaci za te osoby składki do 3 lat (nie dłużej niż do osiągnięcia przez dziecko 5 roku życia) lub do 6 lat (nie dłużej niż do osiągnięcia przez dziecko 18 roku życia w przypadku dziecka niepełnosprawnego),
- ustawa zmieniająca z 23 października 2014 r.:
 - objęto obowiązkiem ubezpieczeń emerytalnego i rentowych osoby będące członkami rad nadzorczych, wykonujące tę funkcję odpłatnie,
 - uporządkowano sytuację osób prowadzących działalność, które jednocześnie wykonują umowę zlecenie lub pracę nakładczą,
 - zmieniono zasady podlegania ubezpieczeniom osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia, w taki sposób, że składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe będą pobierane od więcej niż jednej umowy zlecenia zawartej przez tego samego zleceniobiorcę, w sytuacji gdy pierwsza umowa została zawarta na kwotę niższą niż

wynagrodzenie minimalne. Upřednio przy zawarciu dwóch umów - jednej na niską kwotę, od której odprowadzana była niska składka i drugiej, z wyższą kwotą, która nie była oskładkowana, możliwe było opłacanie składek w obniżonej wysokości (to rozwiązanie weszło w życie 1 stycznia 2016 r.).

Nowelizacja Kodeksu pracy

- ustawa zmieniająca z 28 maja 2013 r.:
 - zmieniono wymiar zasiłku macierzyńskiego za okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego i dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz zasiłku macierzyńskiego dla osób, które urodziły dziecko w czasie urlopu wychowawczego
 - rozszerzono uprawnienia pracownika ojca dziecka do korzystania z zasiłku macierzyńskiego za okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego w ten sposób, że ojciec dziecka nabył prawo do korzystania z urlopu i zasiłku na równi z pracownicą matką dziecka, w każdym przypadku, gdy z uprawnień do dodatkowego urlopu macierzyńskiego i zasiłku macierzyńskiego za okres tego urlopu nie korzystała pracownica matka dziecka,
 - wprowadzono nowy rodzaj urlopu, za okres którego przysługuje zasiłek macierzyński - urlop rodzicielski,
 - doprecyzowano zasady rezygnacji z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego oraz dzielenia się tymi urloпами oraz okresami pobierania zasiłku macierzyńskiego między rodzicami dziecka,
 - wprowadzono nowe zasady ustalania wysokości zasiłku macierzyńskiego w zależności od rodzaju urlopu, za który zasiłek przysługuje oraz terminu złożenia wniosku o ten zasiłek,
 - zmieniono wymiar urlopu i zasiłku macierzyńskiego za okres przed porodem,
- Ustawa zmieniająca z 24 lipca 2015 r., wprowadzono:
 - wydłużony okres pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego w razie wykonywania pracy w czasie urlopu rodzicielskiego u pracodawcy udzielającego tego urlopu,
 - możliwość przerwania pobierania zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego i skorzystania z niego w maksymalnym wymiarze do 16 tygodni po przerwie w terminie nie dłuższym niż do końca roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6 rok życia,
 - możliwość korzystania z zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczonego ojca dziecka w razie podjęcia pracy w wymiarze co najmniej połowy etatu przez nieubezpieczoną matkę dziecka,
 - możliwość korzystania z zasiłku opiekuńczego w dodatkowym wymiarze przez ubezpieczonego ojca dziecka lub innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny w razie porzucenia dziecka przez ubezpieczoną matkę dziecka w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez 8 tygodni po porodzie.

Ustawą z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw wprowadzono, między innymi:

- możliwość wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy w formie dokumentu elektronicznego,
- zmiany w ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku dla osób, dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi kwota zadeklarowana (osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą),
- prawo do zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonego ojca dziecka, lub innego

ubezpieczonego członka najbliższej rodziny, jeśli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki na dzieckiem, w przypadku śmierci matki lub porzucenia dziecka przez matkę, która nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu, oraz gdy matka dziecka ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym i stan zdrowia uniemożliwia jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem,

- prawo do zasiłku opiekuńczego w dodatkowym wymiarze dla ubezpieczonego ojca dziecka lub innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny gdy ubezpieczona matka dziecka jest niezdolna do samodzielnej egzystencji i pobiera zasiłek macierzyński przez 8 tygodni po porodzie.

Ustawą z 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw wprowadzono zasadę podwyższania zasiłku macierzyńskiego pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych do kwoty świadczenia rodzicielskiego, jeśli zasiłek macierzyński, pomniejszony o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, jest niższy od świadczenia rodzicielskiego.

W celu zwiększenia dostępności świadczeń pieniężnych:

- ustawa z 24 kwietnia 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych podniosła wysokość świadczenia pielęgnacyjnego - od 1 maja 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosiło 800 zł miesięcznie, co w połączeniu z realizowanym w 2014 r. rządowym programem wypłaty dodatku do świadczenia pielęgnacyjnego w wysokości 200 zł miesięcznie, dało świadczenia w wysokości 1.000 zł miesięcznie; od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosiło 1200 zł miesięcznie, od 1 stycznia 2016 r. świadczenie wynosi 1300 zł miesięcznie, od 1 stycznia 2017 r. wysokość świadczenia będzie waloryzowana co roku, o procentowy wskaźnik, o jaki będzie zwiększać się minimalne wynagrodzenie za pracę,
- ustawa z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych wprowadziła mechanizm złotówka za złotówkę - rozwiązanie to oznacza, że przekroczenie przez rodzinę progu dochodowego uprawniającego do świadczeń rodzinnych, nie będzie oznaczać wykluczenia jej z systemu świadczeń rodzinnych. Rodzina będzie mogła otrzymać świadczenia, o które się ubiega, pomniejszone o kwotę przekroczenia kryterium dochodowego. Szacuje się, że z rozwiązania tego w 2016 r. skorzysta 160,7 tys. rodzin z dziećmi.
- ustawa z 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw wprowadziła nowe świadczenie rodzinne – świadczenie rodzicielskie. Świadczenie przysługuje:
 - matce albo ojcu dziecka,
 - opiekunowi faktycznemu dziecka, który wystąpił z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka, w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego - do ukończenia 10. roku życia,
 - rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, w przypadku objęcia opieką dziecka w wieku do ukończenia 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego - do ukończenia 10. roku życia,
 - osobie, która przysposobiła dziecko, w przypadku objęcia opieką dziecka do ukończenia przez nie 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego - do ukończenia 10. roku życia.

Świadczenie rodzicielskie przysługuje osobom, które urodziły dziecko, ale nie otrzymują zasiłku macierzyńskiego. Uprawnieni do świadczenia są, między innymi, bezrobotni

(niezależnie od rejestracji w urzędzie pracy), studenci, wykonujący pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, a także osoby zatrudnione lub prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, jeżeli nie pobierają zasiłku macierzyńskiego.

Świadczenie rodzicielskie przysługuje przez:

- 52 tygodnie – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie, przysposobienia jednego dziecka lub objęcia opieką jednego dziecka,
- 65 tygodni – w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia dwojga dzieci lub objęcia opieką dwojga dzieci,
- 67 tygodni – w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia trojga dzieci lub objęcia opieką trojga dzieci,
- 69 tygodni – w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia czworga dzieci lub objęcia opieką czworga dzieci,
- 71 tygodni – w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie, przysposobienia pięciorga i więcej dzieci lub objęcia opieką pięciorga i więcej dzieci.

Wysokość świadczenia wynosi 1000 zł.

W ramach przeprowadzonej w 2015 r. weryfikacji kryterium dochodowego uprawniającego do świadczeń rodzinnych jego kwota została podniesiona w dwóch etapach, zaś wysokość świadczeń rodzinnych wzrasta w trzech etapach.

Kryterium dochodowe:

- od 1 listopada 2015 r.:
 - kryterium ogólne – 674 zł (wzrost o 100 zł),
 - kryterium dla rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym – 764 zł (wzrost o 100 zł),
- od 1 listopada 2017 r.:
 - kryterium ogólne – 754 zł (wzrost o 80 zł),
 - kryterium dla rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym – 844 zł (wzrost o 80 zł).

Świadczenia rodzinne

Wysokość zasiłku rodzinnego:

- od 1 listopada 2015 r.:
 - 89 zł na dziecko w wieku 0-5 lat (wzrost o 12 zł),
 - 118 zł na dziecko w wieku 6-18 lat (wzrost o 12 zł),
 - 129 zł na dziecko w wieku 19-23 lata (wzrost o 14 zł),
- od 1 listopada 2016 r.:
 - 95 zł na dziecko w wieku 0-5 lat (wzrost o 6 zł),
 - 124 zł na dziecko w wieku 6-18 lat (wzrost o 6 zł),
 - 135 zł na dziecko w wieku 19-23 lata (wzrost o 6 zł),
- od 1 listopada 2017 r.:
 - 100 zł na dziecko w wieku 0-5 lat (wzrost o 5 zł),
 - 130 zł na dziecko w wieku 6-18 lat (wzrost o 6 zł),
 - 140 zł na dziecko w wieku 19-23 lata (wzrost o 5 zł).

Inne świadczenia rodzinne:

- od 1 listopada 2015 r.:
 - dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego:
 - do 5. roku życia – 80 zł (wzrost o 20 zł),
 - powyżej 5. roku życia – 100 zł (wzrost o 20 zł),
 - dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania:
 - na pokrycie wydatków związanych z zamieszkaniem w miejscowości, w której znajduje się szkoła – 105 zł (wzrost o 15 zł),
 - na pokrycie wydatków związanych z dojazdem do miejscowości, w której znajduje się szkoła – 63 zł (wzrost o 13 zł),

- dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej – 90 zł (wzrost o 10 zł),
- dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka – 185 zł, nie więcej niż 370 zł na wszystkie dzieci, 265 zł w przypadku dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, nie więcej niż 530 zł na wszystkie dzieci (wzrost o 15 zł),
- od 1 listopada 2016 r.:
 - dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego:
 - do 5. roku życia – 90 zł (wzrost o 10 zł),
 - powyżej 5. roku życia – 110 zł (wzrost o 10 zł),
 - dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania:]
 - na pokrycie wydatków związanych z zamieszkaniem w miejscowości, której znajduje się szkoła – 113 zł (wzrost o 8 zł),
 - na pokrycie wydatków związanych z dojazdem do miejscowości, w której znajduje się szkoła – 69 zł (wzrost o 6 zł),
 - dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej – 95 zł (wzrost o 5 zł),
 - dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka – 193 zł nie więcej niż 386 zł na wszystkie dzieci, 273 zł w przypadku dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, nie więcej niż 546 zł na wszystkie dzieci (wzrost o 8 zł),
- od 1 listopada 2017 r.:
 - dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego:
 - do 5. roku życia – 100 zł, (wzrost o 10 zł),
 - powyżej 5. roku życia – 120 zł (wzrost o 10 zł),
 - dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania:
 - na pokrycie wydatków związanych z zamieszkaniem w miejscowości, w której znajduje się szkoła – 120 zł (wzrost o 7 zł),
 - na pokrycie wydatków związanych z dojazdem do miejscowości, w której znajduje się szkoła – 75 zł (wzrost o 6 zł),
 - dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej – 100 zł (wzrost o 5 zł),
 - dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka – 200 zł, nie więcej niż 400 zł na wszystkie dzieci, 280 zł w przypadku dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, nie więcej niż 560 zł na wszystkie dzieci (wzrost o 7 zł).

Na podstawie ustawy z 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, w ustawie z 12 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników dokonane zostały zmiany związane z podwyższeniem wieku emerytalnego.

Na mocy ustawy z 16 listopada 2012 r. o redukcji niektórych obciążeń administracyjnych w gospodarce wprowadzona została zmiana do ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, nakładająca obowiązek zamieszczania w Biuletynie Informacji Publicznej interpretacji indywidualnych wydawanych przez Prezesa KRUS.

W myśl ustawy z 26 lipca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw budżet państwa finansuje składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe za rolnika lub domownika sprawującego osobistą opiekę nad dzieckiem przez 3 lata, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki tej osoby, przez 6 lat.

Nowelizacje ustawy z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników:

- ustawa z 23 października 2014 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw: zmiany w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników, dzięki którym umożliwiono rolnikom i ich domownikom dobrowolne kontynuowanie ubezpieczenia w KRUS, podczas wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia lub podczas pełnienia funkcji w radzie nadzorczej, z tytułu wykonywania których obowiązkowe jest podleganie ubezpieczeniu społecznemu w systemie powszechnym,
- ustawa zmieniająca z 24 lipca 2015 r.: zasiłki macierzyńskie dla rolników przyznawane są na takich samych zasadach jak innym grupom społecznym i zawodowym jako świadczenie okresowe przez okres od 56 do 71 tygodni – w zależności od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie, przysposobionych lub przyjętych na wychowanie.
- ustawa zmieniająca z 5 sierpnia 2015 r.: zmiany w zakresie przekazywania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe z budżetu państwa w związku z pobieraniem świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego na podstawie ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

Na podstawie ustawy z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw ujednoczone zostały zasady wydawania zaświadczeń lekarskich związanych z przyznawaniem zasiłku chorobowego z ubezpieczenia społecznego rolników.

Na mocy ustawy z 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw:

- zrezygnowano z oczekiwania na nabycie prawa do zasiłku przez 7 dni od rejestracji i wprowadzono zasadę, że zasiłek dla bezrobotnych przysługuje od dnia rejestracji w urzędzie pracy,
- zaliczono do okresu uprawniającego do nabycia prawa do zasiłku okres prowadzenia pozarolniczej działalności przez osoby w wieku powyżej 55 lat – kobiety i 60 lat – mężczyźni, za który to okres osoby te nie miały obowiązku odprowadzać składek na Fundusz Pracy,
- dodano do okresu uprawniającego do zasiłku:
 - okres świadczenia usług na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi do lat 3,
 - okres pobierania renty rodzinnej, w sytuacji, gdy osoba uprawniona do renty z tytułu niezdolności do pracy i jednocześnie spełniająca warunki do uzyskania renty rodzinnej, dokona wyboru renty rodzinnej (np. gdy jest wyższa),
 - okres sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem,
- rozszerzono możliwość nabywania prawa do dłuższego zasiłku (12 miesięcy) przez osoby samotnie wychowujące dzieci.
- dostosowano wysokości zasiłku dla bezrobotnych do wysokości wynikającej z aktualnie obowiązującego obwieszczenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej, w związku z licznymi odwołaniami do wysokości zasiłku w instrumentach rynku pracy finansowanych ze środków Funduszu Pracy.

Zasiłki dla bezrobotnych podlegają co roku 1 czerwca waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku. W okresie objętym sprawozdaniem zasiłek dla bezrobotnych wynosił:

- od 1 czerwca 2011 r. - 761,40 zł - przez pierwsze trzy miesiące posiadania prawa do zasiłku, 597,90 zł - przez kolejne miesiące posiadania prawa do zasiłku,
- od 1 czerwca 2012 r. - 794,20 zł - przez pierwsze trzy miesiące posiadania prawa do zasiłku, 623,60 zł - przez kolejne miesiące posiadania prawa do zasiłku,

- od 1 czerwca 2013 r. - 823,60 zł - przez pierwsze trzy miesiące posiadania prawa do zasiłku, 646,70 zł - przez kolejne miesiące posiadania prawa do zasiłku,
- od 1 czerwca 2014 r. - 831,10 zł - przez pierwsze trzy miesiące posiadania prawa do zasiłku, 652,60 zł - przez kolejne miesiące posiadania prawa do zasiłku.

3) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje dotyczące podniesienia poziomu systemu zabezpieczenia społecznego, ewentualnie środki zmierzające do obniżenia jego poziomu.

Przeciętna miesięczna wypłata świadczenia emerytalno-rentowego realizowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych^{*)}, zł

	2012	2013	2014	2015
Emerytury	1.872,32	1.970,39	2.043,11	2.096,55
Renty z tytułu niezdolności do pracy	1.408,26	1.487,65	1.536,32	1.590,33
Renty rodzinne	1.631,04	1.717,68	1.768,86	1.825,03

^{*)} Bez emerytur i rent realizowanych na mocy umów międzynarodowych, bez emerytur i rent osób posiadających prawo także do świadczenia rolniczego, bez emerytur pomostowych oraz nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych.

Patrz również odpowiedzi na pytanie 1 do art. 12 ustęp 1, pytania dodatkowe numer 2 i 4 do art. 12 ustęp 3.

Konkluzja negatywna

Skrócenie okresu pobierania zasiłku dla bezrobotnych z 18 do 6 miesięcy (w niektórych przypadkach do 12 miesięcy) stanowi ograniczenie zakresu gałęzi zabezpieczenia społecznego.

Nie przewiduje się wydłużenia okresu pobierania zasiłku, ani podniesienia jego wysokości. Zwiększenie wydatków Funduszu Pracy na zasiłki dla bezrobotnych wiązałoby się z ograniczeniem środków na aktywną politykę rynku pracy, co doprowadziłoby do pogłębienia trudnej sytuacji osób bezrobotnych, albowiem po wyczerpaniu zasiłku dla bezrobotnych nie mogliby liczyć na sfinansowanie działań aktywizacyjnych.

Artykuł 12 ustęp 4

1) Ogólne ramy prawne, w tym pełen wykaz umów dwustronnych i wielostronnych lub wszelkich innych środków, jak i rozwiązania przyjęte jednostronnie, projekty lub przyjęte ustawy, lub środki administracyjne, w jaki sposób umożliwiają one, odnośnie do poszczególnych świadczeń społecznych, realizację zasad określonych w akapitach a) i b).

W okresie objętym sprawozdaniem zawarte zostały:

- umowa z 18 maja 2012 r. między Rzeczpospolitą Polską a Ukrainą o zabezpieczeniu społecznym (wejście w życie 1 stycznia 2014 r.),
- umowa z 9 września 2013 r. między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Mołdawii o ubezpieczeniu społecznym (wejście w życie 1 grudnia 2014 r.).

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji przepisów prawa.

W okresie objętym sprawozdaniem zawarte zostały:

- porozumienie administracyjne z 18 maja 2012 r. w sprawie stosowania Umowy między Rzeczpospolitą Polską a Ukrainą o zabezpieczeniu społecznym (wejście w życie 1 stycznia 2014 r.),

- porozumienie administracyjne z 9 września 2013 r. w sprawie stosowania Umowy między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Mołdawii o ubezpieczeniu społecznym (wejście w życie 1 grudnia 2014 r.).

Porozumienia administracyjne doprecyzowują zasady postępowania przy realizacji zobowiązań wynikających z postanowień umów i regulują pewne kwestie, które z uwagi na charakter techniczny nie są zamieszczane w umowach.

3) Dane liczbowe oraz wszelkie inne istotne informacje. Ewentualne warunki dotyczące okresu zamieszkania, jeśli takie obowiązują.

Świadczenia z ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz ubezpieczenia wypadkowego transferowane przez ZUS za granicę na podstawie rozporządzeń wspólnotowych i umów dwustronnych, zł

2012	
Emerytury i renty ogółem, z tego:	312.768.753,63
Emerytury	215.671.692,70
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	17.171.698,96
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	68.711.034,69
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	8.046.694,12
Renty rodzinne wypadkowe	3.167.633,16
2013	
Emerytury i renty ogółem, z tego:	347.479.255,43
Emerytury	242.639.414,01
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	19.250.047,34
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	74.717.294,72
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	7.875.614,98
Renty rodzinne wypadkowe	2.996.884,38
2014	
Emerytury i renty ogółem, z tego:	333.518.300,93
Emerytury	225.799.829,11
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	20.754.908,16
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	76.440.802,02
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	7.804.000,10
Renty rodzinne wypadkowe	2.718.761,54
Zasiłki i świadczenia przedemerytalne	45.520,56
2015	
Emerytury i renty ogółem, z tego:	340.066.618,03
Emerytury	237.334.120,97
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	21.032.496,79
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	71.983.045,64
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	7.226.673,38
Renty rodzinne wypadkowe	2.490.281,25
Zasiłki i świadczenia przedemerytalne	27.166,26

Świadczenia z ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz ubezpieczenia wypadkowego transferowane przez KRUS za granicę na podstawie rozporządzeń wspólnotowych i umów dwustronnych, zł

Emerytury i renty ogółem, z tego:	1.408.270
Emerytury	1.181.038
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	101.694
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	brak danych (125.538 renty rodzinne z wypadkowymi)
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	0
Renty rodzinne wypadkowe	brak danych

2013	
Emerytury i renty ogółem, z tego:	1.611.650
Emerytury	1.346.345
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	121.720
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	brak danych (141.925 renty rodzinne z wypadkowymi)
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	1.660
Renty rodzinne wypadkowe	brak danych
2014	
Emerytury i renty ogółem, z tego:	1.782.087
Emerytury	1.460.978
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	150.361
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	brak danych (168.263 renty rodzinne z wypadkowymi)
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	2.485
Renty rodzinne wypadkowe	brak danych
2015	
Emerytury i renty ogółem, z tego:	1.983.293
Emerytury	1.619.628
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	168.613
Renty rodzinne (bez wypadkowych)	brak danych (192.646 renty rodzinne z wypadkowymi)
Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe	2.407
Renty rodzinne wypadkowe	brak danych

Przeciętna miesięczna liczba rolniczych świadczeń emerytalno-rentowych transferowanych na podstawie przepisów UE

2012	2.259
2013	2.433
2014	2.604
2015	2.797

Konkluzje negatywne

1. Nie jest zagwarantowane równe traktowanie obywateli innych państw w zakresie dostępu do świadczeń rodzinnych (nie ze wszystkimi państwami-stronami Karty zawarte zostały umowy dwu- lub wielostronne)

Ustawa z 13 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (wejście w życie: 1 maja 2014 r.) wprowadziła pewne zmiany do ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych jeżeli chodzi o uprawionych do tych zasiłków – rozszerzyła grupy cudzoziemców uprawionych do świadczeń.

Nowa grupa uprawionych do świadczeń rodzinnych to cudzoziemcy posiadający kartę pobytu z adnotacją „dostęp do rynku pracy”. Karta pobytu wydawana jest z adnotacją „dostęp do rynku pracy” gdy cudzoziemcowi udzielono zezwolenia na:

- pobyt czasowy (od 3 miesięcy do 3 lat),
- pobyt stały,
- pobyt rezydenta długoterminowego UE,
- pobyt ze względów humanitarnych.

Świadczenia nie przysługują obywatelom państw trzecich, którzy:

- uzyskali zezwolenie na pracę na terytorium państwa członkowskiego na okres nieprzekraczający sześciu miesięcy,
- zostali przyjęci w celu podjęcia studiów,
- mają prawo wykonywania pracy na podstawie wize (6 miesięcy w ciągu 12 miesięcy).

Zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych, w brzmieniu nadanym nową ustawą o cudzoziemcach, świadczenia rodzinne przysługują cudzoziemcom przebywającym na terytorium RP na podstawie:

- zezwolenia na pobyt stały,
- zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego UE,
- zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z:
 - okolicznościami, o których mowa w art. 127 (wykonywanie pracy wymagającej wysokich kwalifikacji – nowe) lub 186 ust. 1 pkt 3 ustawy o cudzoziemcach (pozwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE wydane przez inne państwo i zamiar wykonywania pracy w Polsce),
 - lub w związku z uzyskaniem w RP statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej, jeżeli zamieszkują z członkami rodzin na terytorium RP.

Umowa z:

- Ukrainą weszła w życie 1 stycznia 2014 r., Polska proponowała objęcie zakresem umowy zasiłków rodzinnych, ale na życzenie strony ukraińskiej zasiłki rodzinne wyłączono z zakresu stosowania umowy,
- Mołdawią weszła w życie 1 grudnia 2014 r., Polska proponowała objęcie zakresem umowy zasiłków rodzinnych, ale na życzenie strony mołdawskiej zasiłki rodzinne wyłączono z zakresu stosowania umowy.

Umowa z Turcją – negocjacje zakończyły się, w 2016 r. nastąpi podpisanie i ratyfikacja umowy.

Z propozycją podjęcia negocjacji umowy wystąpiły władze Azerbejdżanu. Obecnie (I połowa 2016 r.) prowadzone są prace przygotowawcze, polegające na opracowaniu i skierowania do Prezesa Rady Ministrów wniosku o wyrażenie zgody na podjęcie negocjacji umowy.

Potrzeba zawarcia umów z Albanią, Andorą, Armenią i Gruzją nigdy nie była sygnalizowana przez władze tych państw, ani przez osoby zainteresowane, zamieszkałe w Polsce lub w wymienionych państwach, dlatego podjęcie negocjacji umów nie jest uznawane za priorytetowe. W razie zgłoszenia takiej potrzeby podjęte zostaną odpowiednie analizy, stanowiące podstawę do ewentualnego otwarcia negocjacji.

W odniesieniu do Federacji Rosyjskiej - w 2013 r. Polska zaproponowała Federacji Rosyjskiej zawarcie umowy w zakresie zabezpieczenia społecznego. Inicjatywa Polski pozostała bez odpowiedzi.

Polska związana jest umową w zakresie zabezpieczenia społecznego z Bośnią i Hercegowiną, Czarnogórą i Serbią – zastosowanie ma umowa zawarta z Jugosławią z 1958 r. W 2006 r. zawarta została umowa z Macedonią. Umowy te obejmują swym zakresem zasiłki rodzinne.

2. Nie jest zagwarantowane zliczanie okresów ubezpieczenia lub zatrudnienia obywateli innych państw-stron Karty nie objętych regulacjami wspólnotowymi.

Przyznawanie świadczeń takich jak emerytura, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinne, świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, świadczenia pieniężne z tytułu choroby i macierzyństwa oraz zasiłki pogrzebowe nie jest uzależnione ani od obywatelstwa danej osoby, ani od zamieszkania w Polsce, ani od spełnienia warunku posiadania odpowiedniego okresu zamieszkania w Polsce. Świadczenia te uzyskują wszystkie osoby objęte polskim systemem ubezpieczenia społecznego, nawet jeśli są to osoby nie pochodzące z państw członkowskich UE i EFTA lub państw, z którymi łączą Polskę dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym, bądź państw nie będących stronami Europejskiej Karty Społecznej.

Dla właściwej oceny sytuacji niezbędne jest uwzględnienie faktu, że pracownicy migrujący, podejmujący obecnie pracę w Polsce, obejmowani są nowym systemem ubezpieczenia społecznego. Rozwiązania w ramach tego systemu nie uzależniają przyznania świadczenia od

posiadania okresu ubezpieczenia określonej długości. Zliczanie okresów ubezpieczenia nie jest zatem konieczne, aby uzyskać świadczenia.

Problem zliczania okresów ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia emerytalnego dotyczyć może:

- pracowników migrujących, którzy objęci byli poprzednim systemem (obowiązującym do 1999 r.): biorąc pod uwagę niezwykle ograniczoną liczbę cudzoziemców, którzy pracowali w Polsce przed 1999 r. oraz że z państwami, z których pracownicy ci pochodzili, Polska ma zawarte umowy dwu- lub wielostronne, problem można uznać za faktycznie nieistniejący,
- rent z tytułu niezdolności do pracy i rent rodzinnych: należy mieć jednak na uwadze, że do nabycia praw do świadczeń z tytułu niezdolności do pracy i rent rodzinnych wymagane jest wypełnienie stosunkowo krótkich okresów ubezpieczenia, dlatego zliczanie okresów wypełnionych w różnych państwach nie ma większego znaczenia przy uzyskiwaniu świadczeń,
- osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników: do nabycia prawa do emerytury rolniczej wymagane jest wypełnienie 25-letniego okresu ubezpieczenia, a w przypadku emerytury w wieku o 5 lat niższym od wieku emerytalnego – 30-letniego okresu ubezpieczenia, ale biorąc pod uwagę niezwykle ograniczoną liczbę cudzoziemców obejmowanych ubezpieczeniem społecznym rolników w Polsce oraz kierunki emigracji z Polski, podejmowanie wysiłku, by rozwiązać problem braku zliczania okresów ubezpieczenia w drodze umów dwustronnych byłoby nieracjonalne. W odniesieniu do Rosji, których większa liczba obywateli objętych jest ubezpieczeniem rolniczym, należy mieć na względzie, że inicjatywa Polski zawarcia z Rosją umowy dwustronnej o ubezpieczeniu społecznych pozostała bez odpowiedzi.

	Cudzoziemcy ubezpieczeni w KRUS	Cudzoziemcy, którzy nabyli prawo do świadczeń emerytalno-rentowych w latach 2008-2013
Albania	2	-
Armenia	9	-
Gruzja	1	-
Rosja	19	4

Po drugie, praktyczne stosowanie zasady zliczania okresów ubezpieczenia możliwe jest tylko, jeżeli w stosunkach między państwami obowiązuje umowa w tym zakresie. Jednostronne, w drodze ustawodawstwa wewnętrznego, wprowadzenie zasady sumowania okresów ubezpieczenia nie ma podstaw, ponieważ rodziłoby zobowiązania finansowe tylko po jednej stronie. W efekcie, na przykład, Polska byłaby odpowiedzialna za wszystkie przebyte okresy ubezpieczenia, bez gwarancji takiej odpowiedzialności ze strony innych państw.

Zasada sumowania okresów wiąże się zawsze z proporcjonalnym ponoszeniem kosztów przez instytucje ubezpieczeniowe państwa, na terytorium którego zostały przebyte okresy ubezpieczenia. Wobec braku umowy zapis w ustawodawstwie wewnętrznym, nakazujący stosowanie zasady sumowania skutkowałby tym, że polskie instytucje byłyby zawsze zobowiązane do ponoszenia kosztów wynikających ze stosowania tej zasady – bez wzajemności po stronie innych państw. Dlatego też w celu stosowania zasady sumowania okresów zawierane są umowy dwu- lub wielostronne.

ARTYKUŁ 13 - PRAWO DO POMOCY SPOŁECZNEJ I MEDYCZNEJ

Artykuł 13 ustęp 2

1) Ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

oraz

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji przepisów prawa.

oraz

3) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje, o ile to możliwe.

W okresie objętym sprawozdaniem nie zostały przeprowadzone zmiany prawa.

Artykuł 13 ustęp 3

1) Ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

Na zwiększenie bezpieczeństwa socjalnego (objęcie wsparciem większej grupy osób i rodzin o najniższych dochodach, transfer wyższych świadczeń także do osób dotychczas korzystających z pomocy) wpłynęła weryfikacja kryteriów dochodowych uprawniających do świadczeń pomocy społecznej, przeprowadzona 1 października 2015 r.. Kryteria dochodowe ustanowione zostały na poziomie powyżej minimum egzystencji, to jest:

- 634 zł w przypadku osoby samotnie gospodarującej (wzrost o 92 zł),
- 514 zł w przypadku kryterium dochodowego dla osoby w rodzinie (wzrost o 58 zł).

O 75 zł podwyższono wysokość zasiłku stałego (z 529 zł do 604 zł).

Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego zobowiązany został do przedkładania co roku Radzie Dialogu Społecznego informacji o wysokości minimum egzystencji. Jeśli w danym roku kalendarzowym kwota kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą i kwota kryterium dochodowego na osobę w rodzinie będzie równa lub niższa niż minimum egzystencji, Rada może wystąpić do Rady Ministrów z wnioskiem o zweryfikowanie kwot kryteriów dochodowych.

Na mocy ustawy z 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej gminom umożliwiono prowadzenie pracy socjalnej poprzez projekt socjalny. Projekt socjalny to zespół działań mający na celu poprawę sytuacji życiowej osób, rodzin, grup zagrożonych ubóstwem, marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Opracowanie i realizacja projektów socjalnych należą do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym. Projekt socjalny umożliwi wykorzystanie szerszego zakresu metod i form działania w procesie integracji społecznej osób zagrożonych wykluczeniem. Podobnie jak w przypadku kontraktu socjalnego, rodzaje działań podejmowane w ramach projektu socjalnego, jak również formy i zakres stosowanych metod pracy ustalane są indywidualnie, w zależności od zidentyfikowanych potrzeb i celów integracyjnych.

Jeżeli chodzi o zwalczanie bezdomności, to nowe przepisy uregulowały formy schronienia (schronisko dla osób bezdomnych, noclegownia i ogrzewalnia). Określony został rodzaj i zakres świadczonych w nich usług, co umożliwi poprawę jakości i efektywności podejmowanych działań nakierowanych na rozwiązywanie problemu bezdomności.

Wprowadzono zmiany dotyczące odpłatności za niektóre usługi świadczone przez pomoc społeczną oraz kryteria i warunki udzielania niektórych usług pomocy społecznej. Uproszczono procedurę przyznawania podstawowych świadczeń w sytuacjach kryzysowych (klęski żywiołowe, zdarzenia losowe, ewakuacje z obszarów zagrożonych). Określono, jakie podmioty mogą pełnić funkcję ośrodka wsparcia (ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami

psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko dla bezdomnych oraz klub samopomocy).

W związku z wdrożeniem przepisów unijnych w zakresie udzielania pomocy osobom, które mają zezwolenie na pobyt czasowy dla członków osób objętych w RP statusem uchodźcy lub ochroną uzupełniającą (łączenie rodzin) odpowiednio znowelizowana została ustawa o pomocy społecznej. Wskazane zostało, że prawo do świadczeń z pomocy społecznej, jeżeli umowy międzynarodowe nie stanowią inaczej, przysługuje również cudzoziemcom mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium RP na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy, udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 kwietnia 2015 r. w sprawie udzielania pomocy cudzoziemcom określa wysokość świadczeń oraz procedury związane z realizacją poszczególnych świadczeń.

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji przepisów prawa.

31 grudnia 2013 r. zakończyła się realizacja programu wieloletniego „Pomoc państwa w zakresie dożywiania”. 10 grudnia 2013 r. Rada Ministrów ustanowiła nowy wieloletni program wspierania finansowego gmin w zakresie dożywiania „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” na lata 2014 – 2020. Celem programu jest ograniczenie zjawiska niedożywiania dzieci z rodzin o niskich dochodach lub znajdujących się w trudnej sytuacji, ze szczególnym uwzględnieniem uczniów z terenów objętych wysokim poziomem bezrobocia i ze środowisk wiejskich oraz dorosłych, w szczególności osób samotnych, w podeszłym wieku, chorych lub osób niepełnosprawnych. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie wsparcia finansowego gmin w wypełnianiu zadań własnych o charakterze obowiązkowym, poprawy poziomu życia rodzin o niskich dochodach, poprawy stanu zdrowia dzieci, kształtowania właściwych nawyków żywieniowych.

Pomocy udziela się dzieciom do czasu podjęcia nauki w szkole podstawowej, uczniom do czasu ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej, osobom i rodzinom znajdującym się w sytuacjach wymienionych w ustawie o pomocy społecznej, w szczególności osobom samotnym, w podeszłym wieku, chorym lub niepełnosprawnym.

Program przewiduje udzielanie pomocy w formie posiłku, świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku celowego na zakup posiłku lub żywności, świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych.

Rada Ministrów przyjęła 12 sierpnia 2014 r. „Krajowy program przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji”. Celem programu jest trwale zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym o 1,5 miliona oraz wzrost spójności społecznej. W ramach programu realizowane są działania zmierzające do zwiększenia aktywności społecznej oraz zwiększenia gotowości do podejmowania pracy, a tym samym poprawy poziomu zatrudnienia. Program wskazuje działania do realizacji oraz środki, które można wykorzystać na ten cel.

Program przewiduje pięć celów operacyjnych:

- usługi dla aktywności i profilaktyki – ograniczenie wykluczenia dzieci: zapewnienie rodzinom z dziećmi dostępu do wysokiej jakości usług społecznych, co zwiększy szanse aktywizacji rodziców oraz zapewni profilaktykę zapobiegania ubóstwu,
- gwarancje dla przyszłości młodzieży – stworzenie szansy wejścia na rynek pracy: stworzenie spójnego systemu działań edukacyjnych, społecznych i zawodowych, który przygotowuje młodzież do wejścia na rynek pracy, umożliwi zdobycie niezbędnych kompetencji i umiejętności ułatwiających włączenie społeczne, aktywność zawodową, a także rozwój rodziny,

- aktywna osoba, zintegrowana rodzina, odpowiedzialne lokalne środowisko: rozwój systemu aktywnej integracji, działającego na rzecz aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym osób, rodzin i środowisk zagrożonych wykluczeniem,
- zapobieganie niepewności mieszkaniowej: zapewnienie dostępu do niedrogich mieszkań na wynajem, co zwiększy bezpieczeństwo rodzin i umożliwi ich aktywizację zawodową, zapobieganie utracie mieszkania i bezdomności, które powodują wykluczenie społeczne,
- seniorzy – bezpieczni, aktywni i potrzebni: zapewnienie osobom starszym niepełnosprawnym przyjaznych form opieki i aktywnego spędzania czasu oraz możliwości włączenia się do życia społecznego.

Działania finansowane są z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, środków prywatnych oraz środków funduszy europejskich, zwłaszcza Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach krajowego programu operacyjnego oraz regionalnych programów operacyjnych.

3) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje, o ile to możliwe.

Wydatki na pomoc społeczną, tysiące zł

2012	2013	2014	2015
4.012.790	4.591.564	4.723.762	4.703.117

Liczba osób objętych programem "Pomoc państwa w zakresie dożywiania"

Województwo	2012	2013	2014	2015
dolnośląskie	96.558	95.853	90.352	80.813
kujawsko-pomorskie	167.378	176.622	157.760	145.751
lubelskie	121.107	119.956	119.328	103.520
lubuskie	68.128	68.273	65.813	58.071
łódzkie	133.806	136.418	130.049	121.887
małopolskie	116.822	118.080	111.387	99.783
mazowieckie	176.155	170.274	171.629	164.645
opolskie	39.390	40.051	38.800	36.587
podkarpackie	140.573	142.361	136.670	125.458
podlaskie	76.133	77.152	74.882	68.411
pomorskie	131.250	130.107	127.894	111.197
śląskie	166.914	172.618	162.881	148.795
świętokrzyskie	92.733	95.208	93.292	84.906
warmińsko-mazurskie	134.207	134.706	129.701	113.833
wielkopolskie	146.712	147.274	141.153	122.282
zachodniopomorskie	114.831	111.264	101.622	91.655
Razem	1.922.697	1.936.217	1.853.213	1.677.594

Wydatki na program "Pomoc państwa w zakresie dożywiania", zł

Województwo	2012	2013	2014	2015
dolnośląskie	45.110.097	45.208.405	39.373.864	38.348.127
kujawsko-pomorskie	57.948.302	61.897.599	55.803.257	56.024.306
lubelskie	46.715.821	47.011.050	46.001.308	43.585.921
lubuskie	30.661.688	31.981.352	32.031.507	31.592.540
łódzkie	55.457.478	56.905.311	56.004.783	54.049.471
małopolskie	57.203.899	61.263.837	58.932.581	61.161.728
mazowieckie	77.076.583	75.997.632	72.864.783	74.444.008
opolskie	24.277.848	24.452.895	23.827.798	20.710.078
podkarpackie	59.696.603	61.668.155	56.714.602	55.625.254
podlaskie	33.394.242	34.004.209	32.179.413	32.034.719
pomorskie	51.171.463	51.717.640	48.706.882	48.453.323
śląskie	76.516.443	81.485.016	74.104.386	72.317.959
świętokrzyskie	56.220.589	56.730.682	59.641.554	44.476.293
warmińsko-mazurskie	53.377.454	53.581.081	50.374.535	48.957.953
wielkopolskie	71.505.006	75.931.341	67.159.314	65.084.290

zachodniopomorskie	51.187.482	50.674.698	48.891.753	47.319.438
RAZEM	847.520.998	870.510 903	822.612.320	794.185.408

Konkluzja negatywna

Nie jest zagwarantowane równe traktowanie obywateli innych państw-stron Karty, którzy legalnie zamieszkują lub pracują w Polsce jeżeli chodzi o dostęp do pomocy społecznej (nadmiernie długi okres zamieszkania wymagany do uzyskania karty pobytu⁶, warunkującej dostęp do systemu pomocy społecznej).

Taka sama konkluzja negatywna dotyczy art. 14 ustęp 1. Wyjaśnienia – patrz odpowiedź na konkluzję negatywną dotyczącą art. 14 ustęp 1.

⁶ Zgodnie z obowiązującymi przepisami: zezwolenie na pobyt stały, zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej

ARTYKUŁ 14 - PRAWO DO KORZYSTANIA ZE SŁUŻB OPIEKI SPOŁECZNEJ

Artykuł 14 ustęp 1

1) Ogólne ramy prawne. Rodzaj, przesłanki i zakres wszelkich zmian.

oraz

2) Środki (zarządzenia administracyjne, programy, plany działań, projekty itp.) podjęte w celu realizacji przepisów prawa.

Na mocy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny wprowadzono nowe minimum programowe szkoleń specjalizacyjnych. Określono zasady powoływania Centralnej komisji egzaminacyjnej i regionalnych komisji egzaminacyjnych, tryb uzyskiwania zgody na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych, zasady uzyskiwania stopni specjalizacji zawodowej, zasady przeprowadzania wizytacji podmiotów prowadzących szkolenia i regionalnych komisji egzaminacyjnych.

W drodze rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 26 września 2012 r. w sprawie specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej wprowadzono nowe minimum programowe szkoleń specjalizacyjnych. Określono tryb uzyskiwania zgody na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych oraz zasady uzyskiwania specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej.

Nowelizacje ustawy o pomocy społecznej z 18 marca 2011 r. oraz z 5 sierpnia 2015 r. określiły podstawy prawne superwizji pracy socjalnej oraz warunki uzyskania certyfikatu superwizora i typy podmiotów mogących prowadzić szkolenia.

W latach 2011–2015 w projektach finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, mających na celu podwyższenie kwalifikacji zawodowych, uczestniczyło ponad 10.000 pracowników pomocy społecznej. Pracownicy socjalni, w tym ci, którzy mają bezpośredni kontakt z osobą zgłaszającą się do pomocy społecznej, uczestniczyli w szkoleniach specjalizacyjnych, w studiach oraz studiach podyplomowych, jak również w specjalistycznych szkoleniach z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Szkolenia specjalizacyjne dla pracowników socjalnych oraz studia dla aspirantów pracy socjalnej organizowane są również w ramach Programu operacyjnego Wiedza-Edukacja-Rozwój 2014-2020.

W grudniu 2015 r. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej rozpoczęło realizację projektu „Wdrożenie usprawnień organizacyjnych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej przez nakierowanie działań na poprawę obsługi klienta”. W ramach konkursu wsparciem zostanie objętych dwieście ośrodków pomocy społecznej. Zakłada się, że w efekcie nastąpi zmiana organizacji jednostki, która polegać ma na rozdzieleniu zadań administracyjnych ośrodków pomocy społecznej od pracy socjalnej i usług socjalnych, co przyczyni się do poprawy obsługi osób zgłaszających się do ośrodka (w zakresie umożliwienia im przezwyciężania trudnej sytuacji, w której się znalazły). Wprowadzone rozwiązania powinny zoptymalizować wykorzystanie kwalifikacji i kompetencji pracowników socjalnych i wpłynąć na zwiększenie udziału w działaniach ośrodków pomocy społecznej pracy socjalnej oraz na zwiększenie poziomu realizacji różnych usług socjalnych, niezbędnych dla osób zgłaszających się do pomocy społecznej, zgodnie z wstępnym rozpoznaniem tych potrzeb

Pytania dodatkowe

1. Jeżeli w okresie objętym sprawozdaniem przeprowadzone zostały istotniejsze zmiany organizacji systemu pomocy społecznej – proszę o przedstawienie całego systemu, ze wskazaniem tych zmian

Nie wprowadzono istotnych zmian systemowych w organizacji pomocy społecznej – obowiązują dotychczasowe rozwiązania przewidziane w ustawie o pomocy społecznej.

2. Czy osoby ubiegające się o pomoc społeczną mogą dochodzić przez niezależnym organem ich praw w razie dyskryminacji lub naruszenia ich godności.

Osoby ubiegające się o pomoc społeczną mogą dochodzić przez niezależnym organem ich praw w razie dyskryminacji lub naruszenia ich godności, na zasadach ogólnych, tak jak wszyscy obywatele RP – przed instytucjami do tego powołanymi (sądy powszechne, Rzecznik Praw Obywatelskich).

3. Działania podjęte w celu podniesienia jakości działania służb pomocy społecznej

W ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”, realizowanego w ramach Programu operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, wypracowane zostały modele, między innymi „Model realizacji usług o określonym standardzie w mieście na prawach powiatu”, „Model realizacji usług o określonym standardzie w gminie” oraz standardy niektórych usług realizowanych przez instytucje pomocy, na przykład standard usług opiekuńczych dla osób starszych w miejscu zamieszkania, standard pracy socjalnej dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin, z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi, standard interwencji kryzysowej, standard pracy socjalnej z rodziną doświadczającą przemocy w rodzinie czy standard pracy socjalnej z osobą starszą. Modele i standardy wypracowane w ramach projektu przekazane zostały instytucjom pomocy społecznej oraz jednostkom samorządu terytorialnego w formie wskazówek, rekomendacji lub wytycznych oraz wykorzystywane będą przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przy planowaniu dalszych zmian w pomocy społecznej. Patrz również odpowiedź na pytanie 1 i 2 – projekty w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013.

4. Wielkość wydatków na utrzymanie systemu pomocy społecznej (z wyłączeniem wydatków na świadczenia)

Nie jest możliwe określenie łącznej kwoty wydatków na utrzymanie systemu pomocy społecznej ponieważ system jest finansowany z budżetu państwa i budżetu samorządów. Dane, które umożliwiłyby ustalenie pełnej wysokości wydatków, nie są zbierane.

3) Dane liczbowe, dane statystyczne oraz wszelkie inne istotne informacje dotyczące rzeczywistego dostępu do służb socjalnych (łączna liczba świadczeniobiorców, liczba świadczeniobiorców z podziałem na kategorię służb socjalnych, liczba i rozmieszczenie geograficzne służb, liczba i kwalifikacje pracowników).

Osoby, którym przyznano świadczenia

Województwo	2012	2013	2014	2015
dolnośląskie	118.366	121.534	113.448	103.902
kujawsko-pomorskie	149.843	156.507	144.712	135.570
lubelskie	116.988	119.998	114.961	109.340
lubuskie	61.786	65.064	61.334	57.934
łódzkie	132.345	131.354	122.386	115.249
małopolskie	133.794	138.425	134.920	130.279
mazowieckie	218.298	223.522	214.530	205.504
opolskie	38.782	41.084	39.834	37.239
podkarpackie	131.425	136.472	127.041	120.942
podlaskie	73.566	76.255	72.475	69.021
pomorskie	120.965	123.436	115.320	109.617

śląskie	172.637	179.882	168.395	159.016
świętokrzyskie	81.219	84.297	80.059	76.228
warmińsko- mazurskie	122.152	127.154	121.027	112.840
wielkopolskie	153.290	159.581	150.224	140.720
zachodniopomorskie	100.872	103.032	93.235	86.001
Razem	1.926.328	1 987 597	1 873.901	1.769.402

Rodziny, którym udzielono pomocy w postaci pracy socjalnej

Województwo	2012	2013	2014	2015
dolnośląskie	48.034	46.533	42.871	46.517
kujawsko-pomorskie	64.497	73.761	73.568	70.276
lubelskie	47.920	54.252	55.201	52.068
lubuskie	32.329	33.506	32.656	32.281
łódzkie	81.678	85.078	80.035	76.374
małopolskie	78.804	84.027	77.895	84.182
mazowieckie	117.069	117.029	119.846	122.800
opolskie	17.413	19.126	19.040	20.214
podkarpackie	49.066	51.637	49.064	43.284
podlaskie	40.279	40.796	41.891	40.613
pomorskie	42.644	41.918	37.455	44.360
śląskie	87.887	97.157	98.109	94.022
świętokrzyskie	42.714	44.976	46.052	42.671
warmińsko- mazurskie	70.780	72.947	69.012	65.093
wielkopolskie	87.300	87.001	79.179	78.133
zachodniopomorskie	41.491	44.965	40.817	37.658
Razem	949.905	994.709	962.691	950.546

Pracownicy socjalni zatrudnieni

w ośrodkach pomocy społecznej i powiatowych centrach pomocy rodzinie

2012	2013	2014	2015
20.974	21.116	20.968	20.793

Konkluzja negatywna

Nie jest zagwarantowane równe traktowanie obywateli innych państw-stron Karty, którzy legalnie zamieszkują lub pracują w Polsce jeżeli chodzi o dostęp do pomocy społecznej (nadmiernie długi okres zamieszkania wymagany do uzyskania karty pobytu⁷, warunkującej dostęp do systemu pomocy społecznej).

Nie jest planowana zmiana ustawy o pomocy społecznej w celu rozszerzenia podmiotowego zakresu stosowania jej postanowień.

⁷ Zgodnie z obowiązującymi przepisami: zezwolenie na pobyt stały, zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej

KONKLUZJE NEGATYWNE ZE WZGLĘDU NA BRAK INFORMACJI W POPRZEDNIM SPRAWOZDANIU

Artykuł 16 - brak możliwości dochodzenia przed sądem prawa do odpowiedniego mieszkania

Gmina udziela pomocy w zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych osoby mieszkającej na terenie tej gminy i spełniającej warunki zaliczenia do grupy osób, z którymi może być zawarta umowa najmu lokalu z mieszkaniowego zasobu gminy.

O zawarciu umowy najmu lokalu na czas nieoznaczony lub lokalu socjalnego z mieszkaniowego zasobu gminy może ubiegać się osoba, która spełnia warunki określone przez radę gminy w uchwale w sprawie zasad wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy. Warunki te odnoszą się do, w szczególności:

- wysokości dochodu gospodarstwa domowego uzasadniającej oddanie w najem lub w podnajem lokalu na czas nieoznaczony i lokalu socjalnego,
- warunków zamieszkiwania,
- kryteriów wyboru osób, którym przysługuje pierwszeństwo zawarcia umowy najmu lokalu na czas nieoznaczony i lokalu socjalnego.

Uchwała w sprawie zasad wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy jest aktem prawa miejscowego stanowionego przez gminę. Prawo miejscowe podlega kontroli na zasadach i w trybie przewidzianym w ustawie z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. W ramach nadzoru nad działalnością gminy wojewoda (organ nadzoru) orzeka o nieważności uchwały lub zarządzenia w całości lub w części.

Każdy, czyj interes prawny lub uprawnienie zostały naruszone uchwałą lub zarządzeniem podjętym przez organ gminy w sprawie z zakresu administracji publicznej może, po bezskutecznym wezwaniu do usunięcia naruszenia, zaskarżyć uchwałę lub zarządzenie do sądu administracyjnego.

Czynności gminy podjęte w związku ze złożeniem wniosku o przydzielenie lokalu, to jest zakwalifikowanie wnioskodawcy jako uprawnionego do zawarcia umowy bądź odmowa nawiązania stosunku najmu po stwierdzeniu niespełniania przez ubiegającego się przesłanek określonych w ustawie i uchwale rady gminy, mają charakter administracyjno-prawny. Oznacza to, że decyzja może być zaskarżona do sądu administracyjnego. Na przykład Naczelny Sąd Administracyjny w składzie 7 sędziów w uchwale z 21 lipca 2008 r. sygn. akt I OPS 4/08 orzekł, że uchwała zarządu dzielnicy m. st. Warszawy odmawiająca zakwalifikowania i umieszczenia na liście osób oczekujących na najem lokalu z mieszkaniowego zasobu gminy, jest aktem z zakresu administracji publicznej, o którym mowa w art. 3 § 2 pkt 6 ustawy z 30 sierpnia 2002 r. - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. W postanowieniu z 13 października 2010 r. sygn. akt I OSK 1645/10 Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że decyzja o odmowie zakwalifikowania do zawarcia umowy najmu lokalu mieszkalnego z mieszkaniowego zasobu gminy stanowi zaskarżalny do sądu administracyjnego akt organu jednostki samorządu terytorialnego.

W konsekwencji, nie można podzielić oceny Komitetu Niezależnych Ekspertów, że osoba, która starająca się o uzyskanie mieszkania z mieszkaniowego zasobu gminy, pozbawiona ochrony prawnej w postaci braku drogi sądowej.

Artykuł 19 ustęp 2 - brak ułatwień w wyjeździe, podróży, przyjmowaniu pracowników migrujących

Co do zasady, cudzoziemiec ma możliwość wjazdu i pobytu w Polsce w celu wykonywania pracy, po spełnieniu warunków wjazdu i pobytu określonych w ustawie z 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Powinien on, między innymi, posiadać dokumenty potwierdzające powierzenie mu wykonywania pracy na terytorium RP (np. zezwolenie na pracę, o ile,

zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, nie jest zwolniony z obowiązku posiadania takiego zezwolenia).

Wizę w celu wykonywania pracy wydaje się cudzoziemcowi, który przedstawi, między innymi, zezwolenie na pracę, albo pisemne oświadczenie pracodawcy o zamiarze powierzenia cudzoziemcowi wykonywania pracy, jeżeli zezwolenie na pracę jest wymagane.

Zezwolenie na pracę dla cudzoziemca, który będzie wykonywał pracę na podstawie umowy z podmiotem, którego siedziba lub miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium Polski jest wydawane, jeżeli wysokość wynagrodzenia, która będzie określona w umowie z cudzoziemcem nie będzie niższe od wynagrodzenia pracowników wykonujących pracę porównywalnego rodzaju lub na porównywalnym stanowisku. Nie ma wymogu posiadania przez cudzoziemca odpowiedniego miejsca zamieszkania.

Warunkiem udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu wykonywania pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji jest, między innymi, wynagrodzenie nie niższe niż 150% przeciętnego wynagrodzenia w Polsce.

Warunkiem wydania wizy lub zezwolenia pobytowego dla pracownika migrującego jest, między innymi, otrzymywanie wynagrodzenia nie niższego niż 150% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym.

Polska (administracja państwowa) nie prowadzi aktywnej rekrutacji cudzoziemców do pracy w Polsce. W konsekwencji, kwestie kosztów podróży i ewentualnych ryzyk w podróży mogą być jedynie przedmiotem uzgodnień między cudzoziemcem a jego przyszłym pracodawcą (albo pracodawcą delegującym), ewentualnie agencją pośrednictwa pracy.

Warunkiem wydania wizy lub zezwolenia pobytowego jest również posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz podróżnego ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli cudzoziemiec nie podlega jeszcze ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Cudzoziemiec przebywający legalnie na terytorium Polski ma możliwość poszukiwania pracy. Jeżeli podstawą jego pobytu w Polsce jest wiza w celu wykonywania pracy albo zezwolenie na pobyt czasowy i pracę, to w razie utraty dotychczasowej pracy może zostać zarejestrowany jako bezrobotny. Warunkiem jest, by bezpośrednio przed rejestracją był zatrudniony nieprzerwanie w Polsce przynajmniej przez 6 miesięcy. W razie rejestracji jako bezrobotny jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

Ustawa o cudzoziemcach przewiduje, że zezwolenie na pobyt czasowy i pracę nie podlega przez 30 dni cofnięciu ze względu na utratę pracy, pod pewnymi warunkami (pisemne powiadomienie wojewody właściwego ze względu na miejsce pobytu, w ciągu 15 dni roboczych, o utracie pracy u któregośkolwiek z podmiotów powierzających wykonywanie pracy, wymienionych w zezwoleniu). W tym czasie możliwe jest poszukiwanie nowej pracy przez pracownika migrującego.

Do cudzoziemców podejmujących pracę w Polsce skierowany jest, realizowany przez Międzynarodową Organizację ds. Migracji, w partnerstwie z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i PIP, projekt „Prawa migrantów w praktyce” (edycja 1 i 2). Celem projektu jest ułatwienie integracji obywateli państw spoza Unii Europejskiej, poprzez zwiększanie ich świadomości na temat praw i obowiązków w Polsce oraz przeciwdziałanie przejawom dyskryminacji i wyzyskowi migrantów, zwłaszcza na rynku pracy. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego funduszu na rzecz integracji obywateli państw trzecich.

W ramach projektu „Prawa migrantów w praktyce 2” (realizowanego od lipca 2014 r.), działa infolinia, udzielająca konsultacji telefonicznych i mailowych. Ponadto, działają infolinie w głównych krajach pochodzenia migrantów – na Białorusi, Ukrainie i w Wietnamie. Oprócz infolinii prowadzony jest portal informacyjny dla migrantów www.migrant.info.pl. Na stronie znajdują się informacje dotyczące, między innymi, wjazdu i pobytu w Polsce, zatrudnienia i

pracy na własny rachunek, przyjazdu małżonka, systemu podatkowego, mieszkalnictwa. Portal zawiera także wiele wskazówek dotyczących życia codziennego w Polsce, takich jak koszty życia, system edukacyjny, opieka zdrowotna. Strona dostępna jest w języku polskim, angielskim, chińskim, francuskim, rosyjskim, ukraińskim, ormiańskim oraz wietnamskim.