

Sekretariat Prezydium KK

Od: Cezary Gawel <Cezary.Gawel@mpips.gov.pl>
Wysłano: 19 czerwca 2015 14:31
Do: sekprez@solidarnosc.org.pl; golab@opzz.org.pl; guz@opzz.org.pl; ue@fzz.org.pl; mzakrzewska@pkpplweiatan.pl; mrusewicz@prywatni.pl; sekretariat@pracodawcyrp.pl; i.siewiera@pracodawcyrp.pl; biuro@pracodawcyrp.pl; europa@zrp.pl; biuro@bcc.org.pl; eapn@wrzos.org.pl
DW: sekretariat@irpoznan.com.pl; januszgolab@wp.pl; golab@opzz.org.pl; sekprez@solidarnosc.org.pl; waldek61@wp.pl; zzprckwb@pro.onet.pl; samorzad1@zrp.pl; dpsgda@solidarnosc.org.pl; tkdssg@solidarnosc.org.pl; dialog@fzz.org.pl; biuro@fzz.org.pl; a.paczka@pracodawcyrp.pl; zbigniew.zurek@bcc.org.pl; biuro@bcc.org.pl; jmordasewicz@prywatni.pl; Małgorzata Sarzalska; Jerzy Ciechanski
Temat: Strategiczny Raport Społeczny 2015 - konsultacje społeczne
Załączniki: SSR_2015_v1_fin.pdf; DAE_6100_7_2015_CG_pismo_przewodnie.pdf

Szanowni Państwo,

wzorem lat ubiegłych, z upoważnienia dyrektora Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz, Pani Małgorzaty Sarzalskiej, przekazuję Państwu do konsultacji Strategiczny Raport Społeczny 2015 (SRS), stanowiący kontynuację Krajowego Raportu Społecznego, który opiniowali Państwo w zeszłym roku.

Celem SRS jest uzupełnienie Krajowego Programu Reform (KPR), o główne działania jakie Rząd podejmował w okresie lipiec 2014 r - czerwiec 2015 r. w zakresie 4 obszarów tematycznych: integracji społecznej, emerytur, zdrowia i opieki długoterminowej. Raport ma stanowić krótki przegląd podjętych działań.

Państwa uwagi, podobnie jak w poprzednich latach, zostaną przekazane Komitetowi Ochrony Socjalnej.

Uprzejmie proszę o przesłanie stanowisk do Raportu w terminie **do 3 lipca 2015 r.(piątek)** drogą elektroniczną na adres: cezary.gawel@mpips.gov.pl oraz jerzy.ciechanski@mpips.gov.pl.

z wyrazami szacunku,

Cezary Gawel

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz
Nowogrodzka 1/3/5
00-513 Warszawa
tel.: +48 22 380 51 59
fax: +48 22 380 51 03

Ministry of Labour and Social Policy
Department of Economic Analyses and Forecasts
Nowogrodzka 1/3/5
00-513 Warszawa
phone: +48 22 380 51 59
fax: +48 22 380 51 03(See attached file: SSR_2015_v1_fin.pdf)(See attached file: DAE_6100_7_2015_CG_pismo_przewodnie.pdf)

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT ANALIZ EKONOMICZNYCH I PROGNOZ

ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, tel. +48 22 380-5159, faks +48 22 380-5103
www.mpips.gov.pl; E-Mail: cezary.gawel@mpips.gov.pl

Warszawa, 19 czerwca 2015 r.

DAE• 6100. f.2015.CG

Wg rozdzielnika

Stanowi Państwo!

Uprzejmie przekazuję do konsultacji Strategiczny Raport Społeczny 2015 (*Strategic Social Report*), będący kontynuacją Krajowego Raportu Społecznego 2014 oraz Strategicznego Raportu Społecznego 2013. Od 2012 r. państwa członkowskie UE przedstawiają Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Integracji Społecznej Komisji Europejskiej (DG EMLP) oraz Komitetowi Ochrony Socjalnej Rady (SPC) sprawozdania uzupełniające Krajowe Programy Reform w tych obszarach „społecznej Otwartej Metody Koordynacji”, które nie zostały objęte obowiązkiem raportowania w KPR, tj. emerytur, integracji społecznej oraz opieki zdrowotnej i długoterminowej.

Proszę o przesłanie stanowisk odnośnie Strategicznego Raportu Społecznego **w terminie do 3 lipca 2015 r.** wyłącznie drogą elektroniczną, na adres: cezary.gawel@mpips.gov.pl oraz jerzy.ciechanski@mpips.gov.pl. Państwa opinie zostaną przekazane Komitetowi Ochrony Socjalnej oraz Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Integracji Społecznej Komisji Europejskiej.

2 powzieliem

DYREKTOR
Departamentu Analiz
Ekonomicznych i Prognoz

Malgorzata Sarzalska

Załącznik:
Strategiczny Raport Społeczny 2015

Otrzymują:

1. NSZZ Solidarność - adres: sekrez@solidarnosc.org.pl
2. OPZZ - adres: golab@opzz.org.pl, guz@opzz.org.pl
3. Forum Związków Zawodowych - adres: ue@fzz.org.pl
4. PKPP Lewiatan - adres: mzakrzewska@pkpplewiatan.pl, mrusewicz@prywatni.pl
5. Pracodawcy RP - adres: sekretariat@pracodawcyrp.pl
6. Związek Rzemiosła Polskiego - adres: europa@zrp.pl
7. BCC - adres: biuro@bcc.org.pl
8. EAPN – adres: eapn@wrzos.org.pl

Strategiczny Raport Społeczny 2015

Warszawa 2015

Spis treści

Wprowadzenie.....	3
Sytuacja społeczno-ekonomiczna Polski w 2014 r.	4
Europa 2020: Cel redukcji ubóstwa lub wykluczenia społecznego – stan na 2014 r.....	6
Działania podjęte w okresie 2014-2015	8
Obszar integracji społecznej i inwestycji społecznych	8
Dostęp do zasobów, praw i usług, zapobiegających oraz eliminujących wykluczenie społeczne oraz przeciwdziałających wszelkim formom dyskryminacji	8
Inwestowanie w dzieci	9
Wspieranie osób wchodzących na rynek pracy.....	10
Bezdomność i zapewnienie dostępu do mieszkań.....	10
Obszar emerytur	11
Obszar zdrowia.....	13
Świadczenie usług zdrowotnych	13
Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej	14
Inwestowanie w kadry systemu ochrony zdrowia.....	14
Zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.....	15
Obszar opieki długoterminowej	16
Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi	16

Wprowadzenie

Rada ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO) w dniu 17 czerwca 2011 r. poparła opinię Komitetu Ochrony Socjalnej (SPC) o „Odnowieniu społecznej Otwartej Metody Koordynacji (OMK)” [10405/11]¹, na mocy której państwa członkowskie przedkładają od 2012 r. informacje nt. działań w obszarze zabezpieczenia społecznego. Postanowiono, że raz na dwa lata kraje przedstawią bardziej obszerne informacje – w ramach Krajowych Raportów Społecznych (KRS), a w latach, gdy nie będą powstały te raporty, sprawozdanie przyjmie formę syntetycznych Strategicznych Raportów Społecznych (SRS). KRS i SRS mają uzupełniać Krajowy Program Reform (KPR) oraz odnosić się do Zaleceń Rady, przedstawiając działania Polski w obszarach: 1) integracji społecznej; 2) emerytur; 3) zdrowia 4) opieki długoterminowej.

W ten sposób, KPR w połączeniu z KRS/SRS dają pełen obraz działań krajowych we wszystkich obszarach „społecznej OMK”, na które składają się: walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, adekwatne i stabilne systemy emerytalne oraz dostępne i stabilne systemy ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

W 2015 r. Polska przedstawia Strategiczny Raport Społeczny, który obejmuje działania realizowane od lipca 2014 do czerwca 2015 r. Dokument przesyłany jest także partnerom społecznym. Raport po zatwierdzeniu przez Komitet do Spraw Europejskich zostanie przekazany dyrektorowi generalnemu Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL) oraz przewodniczącemu Komitetowi Ochrony Socjalnej (SPC). Ewentualne uwagi partnerów społecznych zostaną dołączone.

Wyniki konsultacji społecznych projektu Krajowego Programu Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”. Aktualizacja 2015/2016 (KPR 2015/2016), w tym opinii na temat realizacji przez Polskę celu krajowego strategii „Europa 2020” w zakresie przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu zostały zaprezentowane w załączniku do KPR 2015/2016.

SRS zostanie wykorzystany do przygotowania przez SPC informacji o sytuacji społecznej w Europie, przedstawianej Radzie EPSCO czy też przeglądu postępów w osiągnięciu celów społecznej OMK.

¹ EPSCO 3099th meeting, 17 June 2011 [11574/11]

Sytuacja społeczno-ekonomiczna Polski w 2014 r.

Sytuacja społeczno-ekonomiczna Polski w 2014 r. była lepsza niż w roku poprzednim. Produkt krajowy brutto wzrósł realnie o 3,4% w 2014 r., tj. dwa razy więcej niż w roku poprzednim (1,6%). W tym samym czasie PKB UE zwiększył się o 1,3% po stagnacji (0,1%) rok wcześniej.

Stopniowo poprawiała się też sytuacja na polskim rynku pracy. Wskaźnik zatrudnienia w 2014 r. wzrósł w porównaniu do roku poprzedniego o 1,7 pkt. proc. i wyniósł 61,7%². Dane Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności za I kwartał 2015 r. potwierdzają utrzymanie się tego wzrostowego trendu. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 15-64 ukształtował się na poziomie o 1,3 pkt. proc. wyższym w porównaniu z I kwartałem 2014 r. Zwiększyła się także liczba osób pracujących. Przyrost ten niemal w całości wynikał z największego od 5 lat wzrostu liczby pracowników najemnych. Zwiększyła się także, po dwóch latach spadków, liczba pracodawców i pracujących na własny rachunek. W 2014 r. utrzymał się trend spadkowy liczby osób pracujących w rolnictwie (2,1 mln osób w 2008 r., 1,8 mln osób w 2013 r., 1,7 mln w 2014 r.). Zmniejszył się również udział tej grupy w strukturze zatrudnienia (w 2008 r.: 13,3%, w 2013 r.: 11,7%, w 2014 r.: 11,2%) . Wzrost popytu na pracę przyczynił się do wyraźnego spadku bezrobocia, do 9,0% (z 10,3% w 2013) wobec 10,2% przeciętnie w UE³.

Poprawa sytuacji na rynku pracy przy stabilizacji cen towarów i usług konsumpcyjnych (wskaźnik HICP⁴ 0,8% w 2013 r., 0,1% w 2014 r.), wpłynęła na poprawę dynamiki realnych dochodów do dyspozycji gospodarstw domowych i w efekcie przyspieszenie tempa wzrostu konsumpcji gospodarstw domowych (do 3,1% z 1,2% rok wcześniej)⁵. Jednocześnie wzrostowi konsumpcji sprzyjały również poprawa indeksu nastrojów konsumentów oraz wyższa dynamika kredytów konsumpcyjnych.

Nierówności dochodowe w Polsce zmniejszyły się. Współczynnik Giniego⁶ obniżył się z 32,2 w 2007 r. do 30,7 w 2013 r. (dla porównania, wartość współczynnika Giniego dla Unii Europejskiej wyniosła w 2013 roku 30,5).⁷ Podobnie sytuację opisuje Diagnoza Społeczna⁸ – ogólnopolskie badanie społeczne dotyczące warunków i jakości życia Polaków. Stwierdza się w niej, że „maleje rozwarstwienie ekonomiczne polskiego społeczeństwa”. Współczynnik Giniego na przestrzeni ostatnich 3 edycji badania spadał - wartość współczynnika w marcu 2009 r. wyniosła 31,3, w marcu 2011 r. – 30,1, a w marcu 2013 r. – 29,9.⁹

Najnowsza Europejska Prognoza Gospodarcza (wiosna 2015)¹⁰ przewiduje, że PKB Polski w 2016 r. wzrośnie o 3,3% rok do roku. Bezrobocie spadnie do 8,4% w 2015 r. oraz 7,9% w 2016 r., przy jednoczesnym wzroście zatrudnienia – odpowiednio o 0,7% i 0,6% rok do roku. W 2015 r. inflacja będzie stabilna, bliska 0%, aby w 2016 wzrosnąć do ok. 1%. Czynniki te powinny doprowadzić do dalszego wzrostu realnego dochodu rozporządzalnego gospodarstw domowych.

Najważniejsze długoterminowe wyzwania w obszarze integracji społecznej, emerytur, zdrowia i opieki długoterminowej związane są z sytuacją demograficzną Polski tj.

² Wskaźnik zatrudnienia wśród osób w wieku 15-64, Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, Eurostat, [lfsi_emp_a]

³ Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, Eurostat, [une_rt_a]

⁴ Eurostat, [tec00118]

⁵ Roczne wskaźniki makroekonomiczne, Główny Urząd Statystyczny

⁶ Miara rozpiętości dochodów gospodarstw domowych w danym kraju

⁷ Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2013), Główny Urząd Statystyczny

⁸ Próba ok. 12 tys. gospodarstw domowych, ok. 36 tys. indywidualnych respondentów

⁹ S. 23, Diagnoza społeczna 2013 – Warunki i jakość życia Polaków, red. J. Czapiński, T. Panek

¹⁰ http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2015_spring/pl_en.pdf

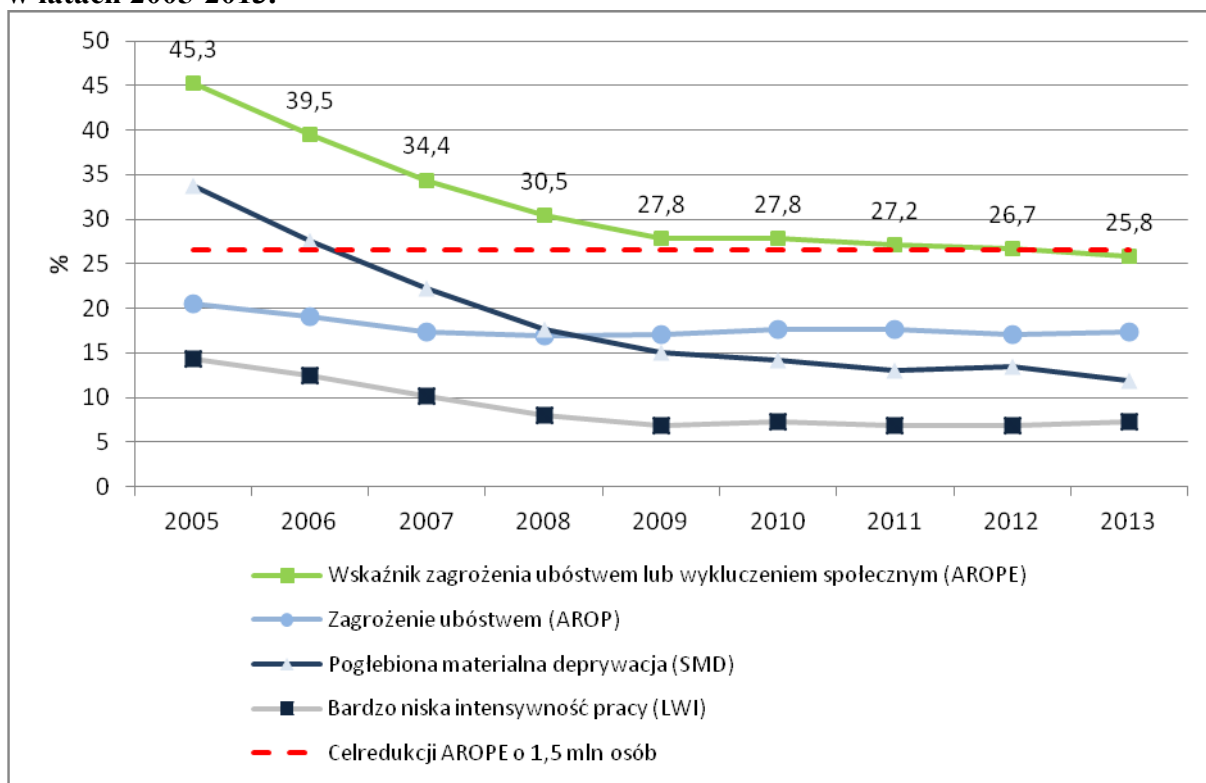
wydłużeniem się przeciętnej oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności (1,26 w 2013 r.) oraz wciąż ujemnego salda migracji (szacuje się, że poza granicami Polski na czasowej emigracji przebywa ok. 2,1 mln osób). Ludność Polski, choć obecnie stosunkowo młoda (mediana wieku w 2014 r.: 39,2 lata, UE28: 42,2 lata) będzie się szybko starzeć. Według Głównego Urzędu Statystycznego (październik 2014) liczba ludności Polski spadnie z 38,5 mln w 2014 r. do 33,9 mln osób w 2050 r. Wzrosnie presja na systemy emerytalny i ochrony zdrowia. W 2013 r. odsetek osób w wieku produkcyjnym (w wieku 18-59/64) wyniósł 64%. Grupa ta liczyła ok. 24,7 mln osób. GUS szacuje, że odsetek osób w wieku produkcyjnym w 2050 r. (po uwzględnieniu nowego wieku emerytalnego, tj. 18-67 dla kobiet i mężczyzn) wyniesie ok. 56%, a osoby w wieku poprodukcyjnym stanowiąc będą 29% populacji ogółem, wobec 19% obecnie.

Od 1999 r. system emerytalny w Polsce opiera się na zasadzie zdefiniowanej składki z wyłączeniem systemu ubezpieczenia społecznego rolników, który oparty jest na zasadzie zdefiniowanego świadczenia. Kontynuowane są działania w kierunku wydłużenia efektywnego wieku przechodzenia na emeryturę oraz poprawy możliwości zatrudnienia osób w wieku 50+. Systematycznie ułatwia się godzenie obowiązków rodzinnych i zawodowych, lepiej dostosowując systemy wsparcia do zmian na rynku pracy i zmian modelu życia osób w wieku rozrodczym. Perspektywę tych działań wytyczają przyjęte przez Polskę strategie rozwoju kraju: *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030* oraz *średniookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2020*.

Europa 2020: Cel redukcji ubóstwa lub wykluczenia społecznego – stan na 2014 r.

Ogólna liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Polsce w 2013 roku wyniosła 9,75 mln osób (25,8%), tj. o ok. 1,7 mln osób mniej niż w 2008 r. (EU-SILC)¹¹. Oznacza to, że Polska osiągnęła cel krajowy Strategii Europa 2020 tj. zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym o 1,5 mln osób w porównaniu do roku 2008. Kontynuowane są działania mające na celu dalszą redukcję poziomu ubóstwa.

Wykres 1. Odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Polsce w latach 2005-2013.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Od 2008 r. do 2011 r. oraz w 2013 r. czynnikiem najsilniej wpływającym na spadek syntetycznego wskaźnika ubóstwa¹² w Polsce był spadający odsetek osób dotkniętych pogłębioną deprivacją materialną (SMD). W 2012 r. na spadek wskaźnika syntetycznego miało też wpływ ograniczenie liczby osób zagrożonych ubóstwem relatywnym (AROP). Pomimo systematycznego spadku, zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Polsce wciąż jest nieco wyższe od przeciętnego w UE28 (24,5% w 2013 r.).

Krajowe badania budżetów gospodarstw domowych z 2013 r. potwierdzają powyższe trendy obserwowane w badaniu EU-SILC. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem relatywnym¹³ w 2013 r.

¹¹ Rok referencyjny dla Strategii Europa 2020 w przypadku celu redukcji zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

¹² Wskaźnik syntetyczny ubóstwa obejmuje osoby zagrożone ubóstwem relatywnym, osoby dotknięte pogłębioną deprivacją materialną oraz osoby żyjące w gospodarstwach domowych charakteryzujących się bardzo niską intensywnością pracy.

¹³ Liczony na podstawie 50% średnich wydatków ekwiwalentnych ogółu gospodarstw domowych.

wyniósł 16,2% i od 2010 r.¹⁴ wykazuje tendencję spadkową (w 2010 r. – 17,4%, w 2011 r. – 16,9%). Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że odsetek osób zagrożonych ubóstwem skrajnym¹⁵ wzrósł z poziomu 5,8% w 2010 roku do 7,4% w 2013 roku.

W Polsce następuje systematyczna poprawa sytuacji dochodowej gospodarstw domowych. W 2003 r. deklarowany przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny¹⁶ na osobę w rodzinie wynosił 712 PLN, a wydatki 678 PLN na osobę w rodzinie (stanowiły one 95,2% dochodu rozporządzalnego); w 2013 dochód rozporządzalny wzrósł do poziomu 1299 PLN, a wydatki do 1061 PLN (stanowiły one 82% dochodu rozporządzalnego).

W 2013 r., podobnie jak rok wcześniej, ponad połowa gospodarstw domowych na pytanie o subiektywną ocenę sytuacji materialnej wskazała że jest ona przeciętna, a co czwarte postrzega ją jako dobrą lub bardzo dobrą. Jako złą bądź bardzo złą, swą sytuację materialną oceniło 20% gospodarstw domowych. Jednakże pytania o ogólną ocenę życia, postawione zarówno w badaniu dotyczącym jakości życia i spójności społecznej przeprowadzonym w 2011 r. przez Główny Urząd Statystyczny, jak i w badaniu Diagnoza Społeczna 2013 wskazują, że jedynie 5-6% populacji osób w wieku 16 lat i więcej (lub 18 lat i więcej w przypadku Diagnozy Społecznej) deklaruje, że ich życie jest złe/bardzo złe.

Jakość życia była również przedmiotem badania modułowego przeprowadzonego w ramach Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia (EU-SILC) 2013.¹⁷ Wskazuje ono, że—podobnie jak we wcześniej przywoływanych badaniach—najniższe oceny zadowolenia odnotowano w odniesieniu do sytuacji finansowej własnego gospodarstwa domowego. Z aspektu tego zadowolonych było ok. 43% osób w wieku 16 lat i więcej, niezadowolenie natomiast wyrażała co piąta osoba. Pomimo tego, zdecydowana większość mieszkańców Polski w wieku 16 lat i więcej (ok. 71%) była zadowolona ze swojego życia ogólnie rzecz biorąc, podczas gdy do grupy niezadowolonych zaliczała się jedynie co dwudziesta piąta osoba (ok. 4%). Warto również dodać, że wstępne analizy wskazały, iż jedną z cech najbardziej różnicujących wartości poszczególnych wskaźników jest wiek. Osoby młode są zasadniczo bardziej zadowolone zarówno z życia ogólnie rzecz biorąc, jak i z większości jego poszczególnych aspektów. Ocena sytuacji materialnej nie przekłada się więc wprost na ocenę jakości życia.

Wraz ze wzrostem dochodów ludności, udział wydatków na zaspokojenie podstawowych potrzeb gospodarstw domowych, do których należą m.in. żywność i utrzymanie mieszkania, spada. W ciągu ostatniego dziesięciolecia udział wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe w ogóle wydatków gospodarstw domowych systematycznie spadał do roku 2009 (27,8% w 2003 r., 25,1% w 2009 r.), a w następnych latach utrzymał się na zbliżonym poziomie ok. 25%. Natomiast udział wydatków na utrzymanie mieszkania i nośniki energii nieznacznie spadał w latach 2003-2007 (z 21,0% w 2003 r. do 18,4% w 2007 r.), a w latach 2008-2011 wzrósł do ok. 21%. Różnica pomiędzy udziałami tych grup wydatkowych wyniosła w 2013 r. ok. 4 p. proc. i była ponad dwukrotnie mniejsza niż w roku 2005.

¹⁴ Graniczny rok weryfikacji wag umożliwiający pełną porównywalność wyników.

¹⁵ Inaczej minimum egzystencji – miara określająca wydatki na poziomie wystarczających na skromne wyżywienie oraz utrzymanie bardzo małego mieszkania. W koszyku tym nie uwzględnia się natomiast żadnych potrzeb związanych z wykonywaniem pracy zawodowej, komunikacją, kulturą i wypoczynkiem. Zawiera wyłącznie wydatki związane z zaspokojeniem najniezbędniejszych potrzeb egzystencjalnych. Szacowana jest przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS)

¹⁶ Dochody brutto pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne oraz podatek dochodowy.

¹⁷ Mieszkańcy Polski o swojej jakości życia, GUS 2014

Działania podjęte w okresie 2014-2015

W obszarach integracji społecznej i inwestycji społecznych, zdrowia oraz opieki długoterminowej, w latach 2014-15, Polska, oprócz kontynuacji wcześniejszych, podejmowała także nowe działania. Poniżej, w każdym z tych obszarów, najpierw opisano nowe działania, następnie te, które mają charakter cykliczny, a na koniec wspomniano o tych, które zostały już opisane w KPR 2015/2016.

Obszar integracji społecznej i inwestycji społecznych

Dostęp do zasobów, praw i usług, zapobiegających oraz eliminujących wykluczenie społeczne oraz przeciwdziałających wszelkim formom dyskryminacji

Większe wsparcie dla osób niepełnosprawnych

Od 1 stycznia 2015 r. zwiększono dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oraz maksymalną wysokość dofinansowania ze środków Funduszu kosztów zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych. Trwają prace legislacyjne, mające na celu zapewnienie wsparcia w zakresie osobistych usług asystenckich dla osób niepełnosprawnych oraz pomoc w zakupie, szkoleniu i utrzymaniu psa asystującego w trakcie szkolenia oraz po jego zakończeniu.

Wyższe świadczenia rodzinne oraz z pomocy społecznej

W 2015 r. planowane jest podniesienie kryteriów dochodowych uprawniających do pomocy społecznej¹⁸ oraz świadczeń rodzinnych. W przypadku tych drugich planowane jest także podniesienie kwot zasiłków rodzinnych oraz wybranych dodatków do zasiłku rodzinnego.

W związku z tym, że zasiłek stały i okresowy z pomocy społecznej przyznawane są do wysokości różnicy między kryterium dochodowym, a dochodem gospodarstwa domowego (mają charakter wyrównawczy), zwiększenie progu dochodowego uprawniającego do pomocy społecznej wpłynie na wysokość otrzymywanych zasiłków. Wyższe progi i kwoty zasiłków będą obowiązywać od 1 października 2015 r.

Trwają również prace nad ustaleniem nowego kryterium dochodowego uprawniającego do otrzymania świadczeń rodzinnych oraz podniesieniem zasiłków i niektórych dodatków do zasiłku rodzinnego. W przeciwieństwie do świadczeń z pomocy społecznej, wzrost kryterium dochodowego nie wpływa bezpośrednio na kwotę przyznawanego świadczenia. Planowany termin wejścia w życie zmian to 1 listopada 2015 r. Połączenie zmian kryteriów dochodowych i wysokości świadczeń w połączeniu z planowanym mechanizmem „złotówka za złotówkę” (przewidywane wejście w życie od 1 stycznia 2016 r.)¹⁹ wpłynie na poprawę sytuacji rodzin z dziećmi oraz zwiększy zasięg wsparcia.

Kontynuuje się *Program Świetlica – Dzieci – Praca – na rzecz wsparcia dziecka i rodziny w gminie* (od 2011 r.), *Program „Oparcie Społeczne dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi”* (od 2006 r.), *Program Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu – edycja*

¹⁸ Spowoduje to równoczesny wzrost zasiłków. Świadczenia z pomocy społecznej oparte na kryterium dochodowym mają charakter wyrównawczy, a więc przyznawane są do wysokości różnicy między kryterium dochodowym a aktualnym dochodem gospodarstwa domowego.

¹⁹ „Złotówka za złotówkę” to nowy mechanizm przyznawania świadczeń rodzinnych, który powoduje, że jeżeli rodzina, przekroczy kryterium dochodowe o 1 zł, to świadczenie to nie będzie jej odbierane w całości, a jedynie pomniejszone o 1 zł.

2012-2015, *Program integracji społeczności romskiej w Polsce na lata 2014-2020* (od 2001 r.).

W programie *Świetlica – Dzieci – Praca* organizowane jest przede wszystkim wsparcie o charakterze socjoterapeutycznym (na bazie placówek wsparcia dziennego – świetlic, klubów młodzieżowych, ognisk wychowawczych) dla dzieci i młodzieży. Realizowane jest w nim również wsparcie dla osób bezrobotnych, w tym rodziców lub opiekunów dzieci, a także podopiecznych pomocy społecznej. Na realizację Programu przeznaczane są co roku środki finansowe w wysokości 0,8 mln złotych. W latach 2011-2013 Minister Pracy i Polityki Społecznej dofinansował w ten sposób 60 inicjatyw.

Program „Oparcie Społeczne dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi” kierowany jest zwłaszcza do osób przewlekle chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie. Jego celem jest nie tylko pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb i zapewnieniu godnych warunków życia, ale również wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi w samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku czy w próbach znalezienia pracy. W 2014 r. dofinansowano 56 projektów na łączną kwotę 3 mln zł. W 2015 r. budżet Programu również wyniósł 3 mln zł.

Program Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu polega na organizowaniu konkursów dla samorządów gmin i organizacji pozarządowych na projekty partnerstw na rzecz organizowania centrów i klubów integracji społecznej oraz sprawniejszego wykorzystywania lokalnych programów rynku pracy, takich jak np.: prace społecznie użyteczne czy roboty publiczne; wzmocnienia roli podmiotów zatrudnienia socjalnego w procesie przywracania osób do ponownego pełnienia ról społecznych i zawodowych; promowania dobrych praktyk, szczególnie w zakresie zawiązywania lokalnej współpracy pomiędzy jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej a publicznymi służbami zatrudnienia z wykorzystaniem potencjału organizacji pozarządowych. Na realizację Programu przeznaczane są co roku środki finansowe w wysokości 3,5 mln złotych.

Program integracji społeczności romskiej w Polsce na lata 2014-2020, polega na wsparciu finansowym w obszarach edukacji i edukacji kulturalnej obejmującej ochronę i zachowanie tożsamości kulturowej Romów, mieszkalnictwa, zdrowia, rynku pracy. Na Program w latach 2014-2020 zaplanowano środki w wysokości 65 mln (w tym w 2014 r. – 5 mln, w kolejnych latach po 10 mln zł).

Realizowany jest również *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych* (od 2012 r.), szerzej opisany w KPR 2015/2016.

W KPR 2015/2016 opisano także kolejne, planowane od 1 stycznia 2016 r. działania na rzecz rodzin z dziećmi tj. wprowadzenie korzystniejszej metody stopniowego redukcji świadczeń rodzinnych, popularnie zwanej systemem „złotówka za złotówkę” (wcześniej, zaprzestawano wypłacania całego świadczenia natychmiast po przekroczeniu progu dochodowego), oraz nowe świadczenie zwane *świadczeniem rodzicielskim*. Zostanie ono przyznane kobietom²⁰, które urodziły dziecko i nie podlegały ubezpieczeniu społecznemu, a tym samym nie były uprawnione do zasiłku macierzyńskiego.

Inwestowanie w dzieci

Wsparcie materialne rodzin z 3 i więcej dzieci poprzez wprowadzoną w 2014 r. Kartę Dużej Rodziny. Rodziny takie otrzymują od publicznych oraz prywatnych uczestników programu zniżki m.in. na usługi kulturalne, oświatowe, rekreacyjne oraz transportowe na terenie całego kraju. Szczegółowo, Karta opisana została w KPR 2015/2016.

²⁰ Rozwiązanie obejmuje osoby bezrobotne, studentów, rolników oraz pracujących na umowach o dzieło

W KPR 2015/2016 w zakresie działań zrealizowanych w 2014 r., a także planowanych do realizacji w 2015 r. wskazano *Resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „Maluch”*.

Wspieranie osób wchodzących na rynek pracy

Podjęmowane działania szczegółowo opisuje KPR 2015/2016. Należą do nich: wdrażanie nowych instrumentów aktywizujących/wspierających osoby wchodzące lub powracające na rynek pracy, przewidziane w znowelizowanej *ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*, kontynuacja wdrażania *Gwarancji dla młodzieży* oraz realizacja Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) w zakresie działania *Wspieranie wyrównywania szans kobiet i mężczyzn na rynku pracy – Poddziałanie 1.3.2 Projekty na rzecz promocji równych szans kobiet i mężczyzn oraz godzenia życia zawodowego i rodzinnego*.

Bezdomność i zapewnienie dostępu do mieszkań

Reaktywacja społecznego budownictwa czynszowego

Komitet Stały Rady Ministrów przyjął 21 kwietnia 2015, przygotowany przez ministra infrastruktury i rozwoju projekt nowelizacji *ustawy o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego*. Jej celem jest reaktywacja społecznego budownictwa czynszowego, realizowanego dotychczas przez towarzystwa budownictwa społecznego oraz przez spółdzielnie mieszkaniowe. Beneficjentami będą osoby, które osiągają dochód zbyt wysoki aby ubiegać się o lokal komunalny, a jednocześnie zbyt niski aby zaspokoić swoje potrzeby mieszkaniowe na rynku. Instrumentem wsparcia społecznego budownictwa czynszowego ma być finansowanie zwrotne przez Bank Gospodarstwa Krajowego, w postaci preferencyjnych kredytów i gwarancji nabycia obligacji. W ciągu 5 lat trwania programu, zakłada się sfinansowanie budowy 10 tys. nowych społecznych mieszkań czynszowych. Dofinansowanie programu przez budżet państwa wyniesie około 212 mln zł, zaś wolumen spodziewanej akcji kredytowej szacuje się na 1,6 mld zł przez 5-letni okres realizacji programu. Planowany termin wejścia w życie nowelizacji to III-IV kwartał 2015 r.

Kontynuuje się *Program wspierający powrót osób bezdomnych do społeczności* (od kwietnia 2010 r) oraz *Program wspierania samorządów oraz organizacji pożytku publicznego w tworzeniu lokali socjalnych, mieszkań komunalnych, mieszkań chronionych oraz noclegowni i domów dla bezdomnych* (od 2007 r.), którego beneficjentami są osoby znajdujące się w trudnej sytuacji ekonomicznej, w tym bezdomne.

Pierwszy z ww. programów skierowany jest do organizacji pozarządowych. Wspiera on działania prewencyjno-osłonowe, integrację i aktywizację społeczno-zawodową osób bezdomnych w środowisku lokalnym, poprawę standardów pobytu i noclegu, zaś od 2011 r. także zmniejszenie skali bezdomności na dworcach kolejowych i autobusowych oraz w ich otoczeniu. Na realizację Programu przeznaczane są co roku środki finansowe w wysokości 5 mln złotych.

Drugi z ww. programów, umożliwi współfinansowanie inwestycji z Funduszu Dopłat w wysokości 30-50% kosztów. W II półroczu 2014 r. dotacja budżetowa dla Funduszu Dopłat wyniosła 40 mln zł. Została ona powiększona o środki niewykorzystane w poprzednich edycjach w kwocie ok. 21,4 mln zł. W I połowie 2015 r. dotacja budżetowa dla Funduszu Dopłat wyniosła 40 mln zł. Dodatkowo kwota ta może zostać zwiększona o środki niewykorzystane w poprzednich edycjach w kwocie ok. 23,4 mln zł.

Obszar emerytur

Ze względu na horyzontalny charakter obszaru emerytur, główne działania zostały przedstawione w KPR 2015/2016, a Krajowy Raport Społeczny uszczegóławia wybrane aspekty. Z tego względu sekcja ta ma inny niż pozostałe części dokumentu układ.

Od 1 stycznia 2013 r. rozpoczęto stopniowe wydłużanie i zrównywanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn. Obserwowane w tym zakresie zmiany w okresie lipiec 2014 - czerwiec 2015 wynikają z wprowadzonej w 2012 roku ustawy z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw.

Szczegółowe informacje o systemie emerytalnym:

Powszechny system emerytalny (w ramach ZUS) - Stan obecny:	
Przechodzenie na wcześniejszą emeryturę:	W okresie 2014-2015 nie wprowadzano zmian w zakresie prawa do wcześniejszych emerytur. Obowiązują przepisy o emeryturach częściowych. ²¹
Wiek emerytalny:	Począwszy od stycznia 2013 r. ustawowy wiek emerytalny rośnie w tempie 4 miesięcy rocznie. Proces ten zakończy się w przypadku mężczyzn w 2020 r. a w przypadku kobiet w 2040 r. Docelowy poziom ustawowego wieku emerytalnego dla obu płci wynosi 67 lat.
Okres składkowy:	W zreformowanym systemie emerytalnym warunek odpowiednio długiego stażu emerytalnego nie obowiązuje.
Wysokość świadczenia emerytalnego:	Na mocy ustawy przyjętej przez Sejm w październiku 2014 r. od dnia 1 stycznia 2016 r. do umów zlecenia zastosowanie będzie miał mechanizm dotyczący kumulowania tytułów do ubezpieczeń w przypadku uzyskiwania z nich w danym miesiącu podstawy wymiaru składek niższej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę, co przy długoletnim opłacaniu składek zabezpieczy tym osobom prawo do najniższej emerytury..
Waloryzowanie emerytur:	Przeciętna wysokość nowo przyznanego świadczenia emerytalnego ustalanego wg nowych zasad w 2014 r. wyniosła 1 975,53 PLN i w porównaniu z 2013 r. wzrosła o 125,53 PLN.

System emerytalny rolników (w ramach KRUS) - Stan obecny:	
Przechodzenie na wcześniejszą emeryturę:	Wcześniejsza emerytura rolnicza w systemie ubezpieczenia społecznego rolników jest świadczeniem wygasającym. Przysługuje ubezpieczonym rolnikom, którzy spełniają warunki do jej przyznania do końca 2017 r. Ograniczenie obowiązuje od 1 stycznia 2013 r. W okresie 2014-2015 nie wprowadzano zmian w zakresie prawa do wcześniejszych emerytur.
Wiek emerytalny:	Począwszy od stycznia 2013 r. ustawowy wiek emerytalny rośnie w tempie 4 miesięcy rocznie. Proces ten zakończy się w przypadku mężczyzn w 2020 r. a w przypadku kobiet w 2040 r. Docelowy poziom ustawowego wieku emerytalnego dla obu płci wynosi 67 lat. W systemie ubezpieczenia społecznego rolników nie występuje luka w poziomie

²¹ Od 2013 emerytura częściowa przysługuje kobietom w wieku co najmniej 62 lata, z minimum 35-letnim stażem ubezpieczeniowym, zaś mężczyznom w wieku co najmniej 65 lat, przy minimum 40-letnim stażu ubezpieczeniowym. Wysokość emerytury częściowej wynosi 50% kwoty emerytury z FUS obliczonej na dzień ustalenia prawa do tej emerytury częściowej, tj. dla wieku co najmniej 62 lata w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn i nie będzie podwyższana do kwoty najniższej emerytury. Po osiągnięciu wieku uprawniającego do pełnej emerytury, podstawa obliczenia jej wysokości będzie pomniejszona o kwoty wypłaconej emerytury częściowej. Im dłuższy okres pobierania emerytury częściowej, tym bardziej obniżone będzie świadczenie w wieku uprawniającym do emerytury pełnej. Wypłata nie będzie uzależniona od rozwiązania stosunku pracy ani od wysokości przychodów z pracy zarobkowej.

	<p>świadczeń dla kobiet i mężczyzn. Okres wychowywania dzieci w trakcie prowadzenia gospodarstwa domowego jest okresem podlegania ubezpieczeniu (oskładkowym).</p> <p>Od 1 września 2013 r. weszła w życie zmiana ustawy, zgodnie z którą za 3 letni okres sprawowana osobistej opieki nad dzieckiem w wieku do lat 5 (lub 6 letni okres w przypadku niepełnosprawnego dziecka w wieku do 18 roku życia) przez rolnika, jego małżonka lub domownika, składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe finansowana jest z budżetu państwa.</p>
Okres składkowy:	<p>Ustawowy okres konieczności podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu, który uprawnia do otrzymania emerytury wynosi 25 lat. Do wcześniejszej emerytury rolniczej wymagany jest okres 30 lat. Rzeczywisty okres podlegania ubezpieczeniu wynosił wg szacunków z 2014 r. 25-28 lat dla kobiet i 30-31 lat dla mężczyzn.</p>
Wysokość świadczenia emerytalnego:	<p>Przeciętna wysokość świadczenia emerytalnego wzrosła w porównaniu do 2013 r. z 999,46 PLN do 1027,31 PLN w 2014 r.²²</p>
Waloryzowanie emerytur:	<p>W 2015 r. (od 1 marca 2015 r.) przeprowadzona została waloryzacja na odmiennych zasadach niż określona w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników. Była to waloryzacja kwotowo-procentowa przeprowadzona w oparciu o ustawę z dnia 23 października 2014 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1682). Gwarantowała ona podwyżkę świadczenia procentowo jednak nie mniej niż o 36 zł. W przypadku emerytur rolniczych, wszystkie świadczenia podwyższone zostały o tę kwotę.</p>

²² Dane KRUS

Obszar zdrowia

Główne działania mające zasadnicze znaczenie z punktu widzenia poprawy zabezpieczenia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zostały opisane dokładniej w KPR 2015/2016. Należą do nich poprawa standardu opieki nad pacjentem onkologicznym, poprawa zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz zarządzanie procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i poprawa funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenie usług zdrowotnych

Kontynuowano realizację *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych 2006-2015*, *Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej w latach 2011-2020*, *Zapewnienia samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych na lata 2009-2014*, *Programu PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego*.

Zadania z zakresu prewencji zdrowotnej realizowane w ramach ww. programów miały na celu między innymi podniesienie wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, przeciwdziałania chorobom onkologicznym, propagowanie honorowego dawstwa komórek tkanek i narządów, zachęcanie do udziału w skryningach raka piersi i raka szyjki macicy.

W ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych 2006-2015* realizowano między innymi działania na rzecz popularyzacji zapisów Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Prowadzono ogólnopolskie kampanie interwencyjne mające na celu promowanie zdrowego stylu życia m.in.: obchody Światowego Dnia Rzucania Palenia czy Światowego Dnia Walki z Otyłością. w 2014 r. organizowano też liczne szkolenia i warsztaty w formie konferencji naukowych. Prowadzono działalność informacyjno-edukacyjną oraz akcje medialne popularyzujące profilaktykę nowotworów. Środki przeznaczone na ww. zadania w 2014 r. wyniosły 9,8 mln zł.

W *Narodowym programie rozwoju medycyny transplantacyjnej w latach 2011-2020* realizowane były akcje promocyjne i edukacyjne z zakresu transplantologii przede wszystkim z zakresu świadomego dawstwa komórek, tkanek i narządów. Przeznaczono na to 1,7 mln zł.

Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych na lata 2009-2014 był programem w ramach którego przeprowadzono ogólnopolskie akcje propagujące honorowe krwiodawstwo. Efektem było zwiększenie ilości nowych dawców krwi. Kwota wydatkowana na program wyniosła 2,7 mln zł.

Program PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego realizowany jest w partnerstwie z norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia. Składa się z projektu predefiniowanego, którego jednym z celów jest stworzenie narzędzi ograniczania nierówności w zdrowiu oraz z co najmniej 23 projektów pilotażowych w zakresie zdrowia publicznego w społecznościach lokalnych. Planowane środki na lata 2014-2016 wynoszą 79,1 mln zł.

Natomiast w obszarze e—usług zdrowotnych znajdują się takie działania jak *Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych – Projekt PI* oraz projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, szerzej opisane w KPR 2015/2016.

Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej

Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia

Od marca 2014 roku do 30 września 2015 r. realizowany jest projekt, którego celem jest poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia w zakresie praw i obowiązków wynikających z Transgranicznej Opieki Zdrowotnej. Podejmowane działania skupiają się przede wszystkim na poprawie polityki informacyjnej prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stosunku do pacjentów i podmiotów udzielających świadczeń medycznych. Projekt przewiduje szereg aktywności o charakterze edukacyjnym i informacyjnym, m.in. szkolenia, konferencje oraz wydanie dwóch publikacji informacyjnych. Odbiorcami szkoleń są pracownicy płatnika oraz świadczeniodawców, którzy dzięki zdobytej wiedzy przygotowani będą do udzielania pacjentom kompleksowej informacji na temat zasad i warunków korzystania z opieki transgranicznej. Dotychczas przeszkolono 360 osób, a środki przeznaczone na projekt wyniosły 1,4 mln zł.

Innym projektem, którego realizacja trwa od czerwca 2013 r., a przewidywany koniec to listopad 2015, jest *Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent*. Jego celem jest podwyższenie poziomu zarządzania jakością w szpitalach oraz zwiększenie liczby szpitali akredytowanych. W ramach projektu świadczone jest m.in. wsparcie szkoleniowo-konsultacyjne dla szpitali w zakresie standardów akredytacyjnych, szkolenia w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, identyfikacji i analizy zdarzeń niepożądanych, aspektów prawnych i komunikacji z pacjentem, przygotowanie opracowania na temat bezpieczeństwa opieki. Dotychczas przeszkolono 2905 osób w ramach projektu, udzielono wsparcia szkoleniowego 78 szpitalom w przygotowaniach do procedury akredytacyjnej, przeprowadzono 28 przeglądów akredytacyjnych, 12 szpitali uzyskało certyfikat w ramach projektu. Przeznaczone środki finansowe wyniosły 8 mln zł.

Inwestowanie w kadry systemu ochrony zdrowia

Kontynuowane są działania przewidziane w *Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych 2006-2015*, *Narodowym programie rozwoju medycyny transplantacyjnej w latach 2011-2020*, *Narodowym programie leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych*, *Zapewnieniu samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych na lata 2009-2014*.

Obejmują one m.in. podniesienie poziomu wiedzy kadry medycznej uczestniczącej w realizacji świadczeń z zakresu onkologii, transplantologii oraz leczenia hemofilii, optymalizacji wykorzystania krwi i jej składników w leczeniu. Łączne nakłady na szkolenia dla personelu medycznego z ww. programów wyniosły 1 mln zł w 2014 r. W roku 2015 na realizację szkoleń specjalistycznych dla kadry medycznej w ramach ww. programów zaplanowano kwotę w wysokości blisko 5 mln zł, tj. pięciokrotnie wyższą od wydatkowanej na powyższe w 2014 r.

Od 2012 r. do końca czerwca 2015 r. realizowany jest projekt pn. *„Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”*.

Szkolenia skierowane są do lekarzy poniżej 35 roku życia. W ramach projektu przeszkolono 2312 osób. Środki na jego realizację wynoszą 8,1 mln zł.

Zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Zwiększenie dostępnej liczby miejsc na specjalizację dla personelu medycznego

Minister Zdrowia co roku przyznaje ok. 3000 miejsc rezydentckich. W 2015 r. liczba ta zostanie zwiększona o ok. 3500 dodatkowych miejsc. Tym samym liczba lekarzy – rezydentów wzrośnie z 12 tys. do 18,5 tys. w 2015 r. Przewidywane jest, że środki finansowe na realizację rezydentur w 2015 r. wyniosą około 703 mln zł.

W obszar ten wpisują się także programy polityki zdrowotnej podejmowane w poprzednich latach. Należą do nich: *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych 2006-2015*, *Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej w latach 2011-2020*, *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce - zakup leków antyretrowirusowych dla chorych na AIDS w Polsce*, *Narodowy program leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych - zakup czynnika krzepnięcia do leczenia chorych na hemofilię*, *Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego*, *Program badań przesiewowych noworodków w Polsce*, *Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów*.

W ramach ww. programów na rzecz poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych realizowano m.in. zakup produktów leczniczych i wyrobów medycznych, świadczeń zdrowotnych profilaktycznych i specjalistycznych, sprzętu specjalistycznego dla potrzeb onkologii, kardiologii i transplantologii oraz prace remontowo budowlane na rzecz ośrodków transplantacyjnych, banków tkanek i komórek oraz laboratoriów diagnostycznych funkcjonujących w systemie medycyny transplantacyjnej. Wydatki na realizację ww. działań w zakresie poprawy dostępności do świadczeń wynosiły 783,6 mln zł. i były porównywalne do roku 2013. Na rok 2015 zaplanowano środki porównywalne do roku 2014.

Obszar opieki długoterminowej

Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi

W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) realizowane będą projekty dot. wsparcia deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi od opieki innych, w tym osobami starszymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (oś V, Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych). Są one zgodne z *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*.

PO WER został przyjęty przez Komisję Europejską 17 grudnia 2014 r., zaś 30 marca 2015 r. Komitet Monitorujący PO WER zatwierdził Plan Działania dla osi V Wsparcie dla obszaru zdrowia PO WER. Tym samym zatwierdzone zostały kryteria dostępu, kryteria premiujące oraz wysokość alokacji przeznaczonych na działania związane z deinstytucjonalizacją opieki zdrowotnej. Ogłoszenie konkursu mającego na celu pilotażowe wdrożenie rozwiązań planowane jest w II kwartale 2015 r, a środki finansowe przeznaczone na ten cel wynoszą 40 mln zł.

Pilotaż zakłada realizację projektów dotyczących tworzenia dziennych domów opieki medycznej (DDOM) dla osób niesamodzielnymi, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.

W latach 2016-2018 planowane jest objęcie narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi 40 podmiotów leczniczych, w ramach których zdeinstytucjonalizowanych zostanie 400 miejsc opieki.