

**KRAJOWY PROGRAM
„ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE
I INTEGRACJA SPOŁECZNA NA LATA
2008-2010”**

**Dokument przyjęty przez Radę Ministrów
w dniu 16 grudnia 2008 roku**

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
Warszawa, grudzień 2008

Spis treści

<i>Wstęp</i>	4
Rozdział 1 – Ogólny Zarys	5
1.1. Ocena sytuacji społecznej.....	5
1.2. Strategiczne ramy działania.....	10
Rozdział 2 - Krajowy Plan Działań na rzecz Integracji Społecznej	14
2.1. Podsumowanie wdrażania Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej na lata 2006-2008.....	14
2.2. Kluczowe wyzwania i cele przewodnie.....	18
2.3. Priorytet 1. Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży.....	23
Działanie 2.3.1. Poprawa sytuacji dochodowej rodzin.....	23
Działanie 2.3.2. Rozwój usług opiekuńczych nad dzieckiem.....	25
Działanie 2.3.3. Wyrównywanie szans edukacyjnych oraz wsparcie dla uczących się dzieci i młodzieży z ubogich rodzin.....	27
2.4. Priorytet 2. Integracja przez aktywizację.....	29
Działanie 2.4.1. Rozwój ekonomii społecznej.....	29
Działanie 2.4.2. Rozwój narzędzi i instrumentów na rzecz aktywnej integracji.....	31
Działanie 2.4.3. Realizacja programów integracyjnych na rzecz osób niepełnosprawnych.....	33
2.5. Priorytet 3. Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych.....	34
Działanie 2.5.1. Poprawa jakości usług edukacyjnych.....	34
Działanie 2.5.2. Rozwój budownictwa socjalnego.....	35
Działanie 2.5.3. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych.....	35
Działanie 2.5.4. Profilaktyka w zakresie przeciwdziałania narkomanii.....	36
Działanie 2.5.5. Rozwój usług dla ludzi starszych.....	37
Działanie 2.5.6. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie.....	39
Działanie 2.5.7. Rozwój nieodpłatnej pomocy prawnej.....	40
2.6. Lepsze rządzenie.....	41
2.6.1. Proces przygotowywania Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej.....	41
2.6.2. Koordynacja polityki integracji społecznej.....	42
2.6.3. Mobilizacja i zaangażowanie partnerów społecznych.....	45
2.6.4. Włączanie idei integracji społecznej w główny nurt polityki krajowej.....	46
2.6.5. Monitorowanie procesu.....	47
Aneks 2.1. – Dobre Praktyki w dziedzinie integracji społecznej	49
2.1.1. Program Integracji Społecznej (Poakcesyjny Program Wspierania Obszarów Wiejskich).....	49
2.1.2. Budowa wielofunkcyjnych boisk sportowych ogólnie dostępnych dla dzieci i młodzieży.....	52
2.1.3. Organizacja programów prac społecznie użytecznych w gminach.....	54
Aneks 2.2. Wybrane wartości docelowe KPD/Integracja	56
Aneks 2.3. - Wsparcie działań KPD/Integracja przez Program Operacyjny Kapitał Ludzki	58
Aneks 2.4. - Monitoring Krajowego Planu Działania na rzecz Integracji Społecznej na lata 2006-2008	61
Aneks 2.5. - Aneks statystyczny do rozdziału 1 i 2	92
Rozdział 3 – Krajowa Strategia Emerytalna	103
3.1. Realizacja celów wytyczonych w Strategii Emerytalnej 2005 a aktualne wyzwania.....	103

3.2. Przegląd wspólnych celów emerytalnych w kontekście polityki krajowej.....	105
3.2.1. Adekwatność systemów emerytalnych.....	105
3.2.2. Stabilność finansowa systemów emerytalnych.....	110
3.2.3. Modernizacja systemów emerytalnych i dostosowanie do zmian	116
3.3. Wnioski	121
<i>Aneks 3.1. - Aneks statystyczny do rozdziału 3.....</i>	<i>122</i>
Rozdział 4. Krajowy Plan na rzecz Opieki Zdrowotnej i Opieki Długoterminowej.....	126
4.1. Opieka Zdrowotna	127
4.1.1. Podstawy prawne.....	127
4.1.2. Zasoby	130
4.1.3. Finansowanie.....	131
4.1.4. Strategiczne i operacyjne cele rozwoju ochrony zdrowia zawarte w Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007 –2013	133
4.2. Ustanowione Priorytety w zakresie opieki zdrowotnej na lata 2006-2008 i stopień ich realizacji.....	134
4.3. Plan działań na lata 2008 -2010	136
4.4. Opieka Długoterminowa i Opieka Paliatywno – Hospicyjna.....	138
4.4.1. Opieka długoterminowa	139
4.4.2. Opieka paliatywno-hospicyjna	145
4.4.3. Źródła finansowania świadczeń w opiece długoterminowej oraz świadczeń w opiece paliatywno hospicyjnej.....	148
4.4.4. Pomoc społeczna	149
4.5. Priorytetowe kierunki działań w zakresie opieki długoterminowej i opieki paliatywno – hospicyjnej.....	151

Wstęp

Komisja Europejska zobowiązała wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej do przedstawienia swoich Krajowych Programów „Zabezpieczenie Społeczne i Integracja Społeczna na lata 2008-2010” (*National Strategy Reports on Social Protection and Social Inclusion*).

Zobowiązanie to dotyczy również Polski w związku z jej uczestnictwem w uproszczonej i usprawnionej otwartej metodzie koordynacji. Krajowe Programy obejmują trzy obszary działań: integrację społeczną, system emerytalny oraz opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową.

W celu ujednoczenia struktury dokumentu Komisja Europejska przedstawiła państwom członkowskim wytyczne do przygotowania Krajowych Programów „Zabezpieczenie Społeczne i Integracja Społeczna na lata 2008-2010”. Państwa członkowskie powinny przestrzegać wspomnianych wytycznych w celu poprawy efektywności otwartej metody koordynacji, która jest metodą wzajemnej pomocy, wzajemnego uczenia się i wymiany informacji. Celem dokumentu jest również wzmocnienie interakcji pomiędzy otwartą metodą a Strategią Lizbońską na rzecz wzrostu gospodarczego i zatrudnienia.

Zgodnie z wytycznymi Komisji Europejskiej, Krajowy Program składa się z czterech części. Część 1 to Ogólny Zarys (*Common Overview*) zawierający ocenę sytuacji społeczno-gospodarczej. Części od 2 do 4 zawierają plany tematyczne w odniesieniu do trzech elementów składowych: Krajowy Plan Działań na rzecz Integracji Społecznej, Krajowa Strategia Emerytalna, Krajowy Plan na rzecz Opieki Zdrowotnej i Opieki Długoterminowej.

Ponadto, państwa członkowskie mogą dołączyć do Programu aneksy, które zawierają bardziej szczegółowy opis sytuacji społecznej w Części 1 i specyficznych aspektów przedstawianych planów w Części od 2 do 4. W zakresie integracji społecznej wszystkie państwa Unii Europejskiej zobligowane są do przedstawienia części opisującej wdrażanie swoich Krajowych Planów Działań na rzecz Integracji Społecznej na lata 2006-2008.

Rozdział 1 – Ogólny Zarys¹

1.1. Ocena sytuacji społecznej

Wskaźniki makroekonomiczne. W latach 2006-2008 Polska znajdowała się w fazie wysokiego wzrostu gospodarczego. W 2006 r. wzrost gospodarczy wyniósł 6,2%, w roku następnym 6,7%, a według prognoz dynamika PKB w 2008 r. powinna osiągnąć poziom 5,5%. Utrzymywanie się szybkiego wzrostu gospodarczego jest spowodowane ożywieniem popytu inwestycyjnego, stabilnym i wysokim wzrostem konsumpcji oraz rosnącym eksportem. Polska utrzymuje jednocześnie stabilną inflację, jednak wyższą niż przed rokiem (w okresie styczeń-marzec 2008 r., w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku, inflacja mierzona wskaźnikiem CPI wyniosła 4,1%). Utrzymywanie się wysokiej dynamiki PKB, charakterystyczne dla nowych krajów członkowskich, powoduje zmniejszanie luki w rozwoju gospodarczym pomiędzy krajami UE. Wskaźnik PKB na głowę jednego mieszkańca w Polsce obliczany według parytetu siły nabywczej rośnie w relacji do średniej Unii Europejskiej nieprzerwanie od 2002 r. Nadal jednak jest relatywnie niski i wynosi ok. 55% średniej 27 krajów Unii Europejskiej. Niższe wartości zanotowano tylko dla Bułgarii (39% średniej UE) oraz Rumunii (41,5%). W Polsce występuje duże zróżnicowanie regionalne mierzone wskaźnikiem PKB na jednego mieszkańca. W 2005 r. najbogatszym regionem było województwo mazowieckie (81,2% średniej UE), a do najslabiej rozwiniętych regionów w kraju należały województwa lubelskie i świętokrzyskie (odpowiednio: 36 i 38,3% średniej UE 27).

Demografia. W latach 2006-2007 Polska odnotowała dodatni przyrost naturalny, jednak ze względu na ujemne saldo migracji zagranicznych liczba ludności kraju uległa dalszemu zmniejszeniu (ujemne tempo przyrostu ludności utrzymuje się nieprzerwanie od 11 lat). Rezultatem przemian w procesach demograficznych jest gwałtowne zmniejszanie się liczby dzieci i młodzieży (w wieku lat 0-17), ich udział w ogólnej liczbie ludności obniżył się do ok. 20% w 2007 r. z 24,4% w 2000 r.² Duże zmiany można zaobserwować także w grupie osób w wieku produkcyjnym (kobiety w wieku 18-59 lat, mężczyźni 18-64 lata), których udział w ogóle populacji zwiększył się z 61% w 2000 r. do 64% w 2007 r. W ostatnich latach obserwowany jest dalszy wzrost liczby osób w wieku emerytalnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej). Udział tej grupy ludności w ogólnej populacji wynosi 15,9% (w 2000 r. – prawie 15%). W końcu 2007 r. ludność w wieku poprodukcyjnym liczyła ponad 6 mln osób wobec nieco ponad 5,6 mln w 2000 r. Wchodzenie pokolenia wyżu demograficznego na rynek pracy, prognozowana dezaktywizacja obecnej populacji w wieku niemobilnym (osoby w wieku 45-65 lat, które osiągną niedługo wiek emerytalny) oraz niekorzystne zmiany proporcji ludności w wieku produkcyjnym w stosunku do ludności w wieku nieprodukcyjnym, stanowią główne wyzwania w obszarze szeroko rozumianej polityki społecznej.

Według dostępnych danych szacuje się, iż skala legalnej emigracji zatrudnieniowej wyniosła w 2007 r. ok. 900 – 1 100 tys. osób (tytu obywateli Polski było średniorocznie zatrudnionych w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego), jednak w drugiej połowie roku

¹ Większość prezentowanych w *Ogólnym Zarysie* danych została zamieszczona w ujęciu tabelarycznym w Aneksie 2.5. Dane opierają się na materiałach dostarczonych przez Komisję Europejską.

² *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2007 r. Notatka informacyjna*, Główny Urząd Statystyczny, 30 stycznia 2008 r.

odnotowano pewne zmniejszenie liczby wyjazdów³. Głównym kierunkiem migracji nadal była Wielka Brytania, gdzie w latach 2004 – 2007 zarejestrowało się łącznie 430 tys. pracowników z Polski. W Niemczech w 2007 r. zezwolenia na pracę sezonową otrzymało ponad 180 tys. pracowników z Polski, a w Irlandii zarejestrowało się około 60 tys. Polaków (w 2006 r. – 90 tys.). Zjawisko emigracji zarobkowej wpłynęło na obniżenie bezrobocia, a także wzrost presji płacowej w Polsce, gdyż pracodawcy podnosili wynagrodzenia obawiając się utraty najlepiej wykwalifikowanych kadr. W kontekście skutków społecznych istotnym problemem wydaje się być migracja specjalistów (szczególnie personelu medycznego) oraz podejmowanie przez znaczną część polskich emigrantów pracy poniżej posiadanych kwalifikacji. Osobną kwestią w ostatnim czasie stało się również zjawisko reemigracji związane z coraz bardziej widoczną falą powrotów Polaków do kraju.

Rynek pracy. W ostatnim okresie doszło do ugruntowania pozytywnych trendów na polskim rynku pracy zapoczątkowanych w 2003 r. Szybko poprawiająca się koniunktura, której towarzyszył rosnący popyt na pracę, sprawiała, że wskaźnik zatrudnienia w grupie 15-64 lata wzrósł na przestrzeni lat 2003-2007 o 5,6 pkt proc. do 57 proc., jednak cały czas był niższy od przeciętnej w UE-25⁴. Wśród krajów unijnych jedynie na Malcie notowano niższy wskaźnik zatrudnienia. Dynamicznie spadło także bezrobocie – liczba bezrobotnych zmalała o 50 proc. w ostatnich 4 latach, a stopa bezrobocia ukształtowała się na najniższym poziomie od początku transformacji – 9,6 proc. (mężczyźni: 9 proc., kobiety: 10,3 proc.). Tak znaczący spadek bezrobocia pozwolił na zmniejszenie dystansu dzielącego Polskę od innych krajów unijnych. Jeszcze w 2005 r. bezrobocie było najwyższe w krajach UE-25, sięgając niemal dwukrotnie średniej dla Unii, podczas gdy różnica ta zmalała do niecałych 2,5 pkt proc. w 2007 r. Najsilniej stopa bezrobocia spadła w grupie osób młodych (15-24 lata), gdzie obniżyła się z 41,4 proc. w 2003 do 21,7 proc. w 2007 r.

Pomimo pozytywnych przemian na polskim rynku pracy – rosnącego popytu na pracę, zatrudnienia i rosnących wynagrodzeń, w ostatnich latach współczynnik aktywności zawodowej, po okresie stabilizacji w 2005 roku, ponownie spadał. W 2007 wynosił 63,2 proc. dla ogółu ludności w wieku 15-64 lat i był niższy od średniej w Unii. Dla kobiet był niższy niż dla mężczyzn i wynosił ok. 56,5 proc. wobec 70 proc. dla mężczyzn. Powyższe tendencje wskazują, że decydujące znaczenie dla ewolucji podaży pracy w ostatnich latach miały czynniki instytucjonalne, w tym przede wszystkim rozwiązania umożliwiające wczesną dezaktywizację jak np. szeroki dostęp do wcześniejszych emerytur. Do spadku współczynnika aktywności (przede wszystkim wśród osób w tzw. *prime-age*)⁵ przyczyniło się też prawdopodobnie nasilenie migracji zarobkowych po przystąpieniu Polski do UE. Pewną rolę mogło odegrać także wydłużenie okresu uczestnictwa w edukacji.

W grupie osób w wieku 55-64 lata w Polsce współczynnik aktywności w 2007 r. ukształtował się na poziomie 31,8 proc. wobec 47,5 proc. dla UE-15. Co prawda, wartość współczynnika zwiększyła się o 1,1 pkt proc. na przestrzeni 2006-2007, jednak w poprzednich latach praktycznie nie ulegała zmianie, co uniemożliwiło nadgonienie dystansu dzielącego nas od innych krajów UE. Oznacza to potrzebę wprowadzania programów aktywizacji zawodowej osób starszych.

Po okresie wzrostu pomiędzy latami 1999 i 2002, od 2003 r. zróżnicowanie wskaźnika zatrudnienia pomiędzy województwami zmalało (współczynnik zmienności spadł z 7,2 w 2003 r. do 5,1 w 2006 r.). W dalszym ciągu malała także dyspersja stóp bezrobocia. Należy

³ Cztery lata członkostwa Polski w UE. Bilans kosztów i korzyści społeczno-gospodarczych, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2008.

⁴ Źródło: *Labour Force Survey*.

⁵ Tj. ludność w wieku 25-44 lat.

jednak podkreślić, że często zróżnicowanie wewnątrz regionów jest dużo wyższe niż pomiędzy nimi. I tak np. w końcu maja 2008 stopa bezrobocia rejestrowanego w Warszawie wyniosła 2,4 proc., a w znajdującym się w tym samym województwie powiecie szydlowieckim – 30,8 proc. Świadczy to o istnieniu istotnych barier dla mobilności zawodowej pomiędzy poszczególnymi regionami i powiatami.

Ubóstwo dochodowe⁶. W 2005 r. w Polsce wskaźnik zagrożenia ubóstwem dla społeczeństwa ogółem, liczony w oparciu o granicę stanowiącą 60% mediany dochodu ekwiwalentnego, był nieznacznie wyższy od średniej krajów Unii Europejskiej i wyniósł 19% (dla UE-25: 16%). Jednak wartość granicy ubóstwa wyrażona za pomocą parytetu siły nabywczej wyliczona zarówno dla jednoosobowego gospodarstwa domowego, jak również dla gospodarstwa składającego się z dwóch osób dorosłych i dwójki dzieci, była wyraźnie niższa niż w grupie krajów UE-25, z wyjątkiem Litwy i Łotwy. Tak więc w Polsce osoby ubogie osiągały zdecydowanie niższy standard życia niż średnio w Unii Europejskiej. W ostatnich kilku latach, ze względu na poprawę sytuacji na rynku pracy, niewielkiemu zmniejszeniu uległo zróżnicowanie dochodowe wśród ludności. W 2005 r. dochód 20% najbogatszych Polaków był ponad 5 razy wyższy od dochodu uzyskiwanego przez 20% najuboższych. Wartość wskaźnika spadła z 6,6 w 2004 r. do 5,6 w 2005 r., jednak w dalszym ciągu zróżnicowanie dochodowe w Polsce było wyższe od średniej przypadającej dla państw Unii Europejskiej, która w 2005 r. wyniosła 4,8. Podobnie jak w poprzednich latach, w Polsce, w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE, odmiennie rozłożyły się różnice w zasięgu ubóstwa pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-ekonomicznymi. W 2005 r. najbardziej zagrożone ubóstwem były dzieci i młodzież w wieku 0-17 lat, spośród których aż 26% znajdowało się poniżej 60% mediany dochodu ekwiwalentnego, podczas gdy średnia dla UE 25 wyniosła 19%. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wśród osób pomiędzy 18 a 64 rokiem życia był taki sam jak w przypadku ogółu ludności, przy czym był on nieznacznie wyższy dla mężczyzn (20%) niż dla kobiet (18%). Stosunkowo bardziej korzystna była sytuacja dochodowa osób w wieku 65 lat i więcej, wśród których wskaźnik zagrożenia ubóstwem wynosił 8%. W najstarszej grupie wiekowej kobiety były bardziej narażone na ryzyko ubóstwa (9% poniżej 60% mediany dochodu ekwiwalentnego) niż mężczyźni, wśród których wskaźnik ten wynosił 6%. Osoby starsze w Polsce były w zdecydowanie mniejszym stopniu zagrożone ubóstwem relatywnym od osób w tej samej grupie wiekowej w innych państwach Unii Europejskiej (UE 25: 19%)⁷.

W Polsce, podobnie jak ma to miejsce w krajach Europy Zachodniej, jednym z najważniejszych czynników decydujących o statusie społecznym, w tym sytuacji materialnej jednostki i jej rodziny, jest miejsce zajmowane na rynku pracy. W grupie osób w wieku 18 lat i więcej ubóstwem zagrożone są przede wszystkim osoby wykluczone z rynku pracy na skutek bezrobocia, wśród których 46% znalazło się poniżej granicy ubóstwa. W 2007 r. 11,7% dorosłych Polaków żyło w gospodarstwach domowych, w których żaden z członków nie pracował (w 2006 r. wskaźnik ten wynosił 13%). Niepokojące jest stosunkowo wysokie zagrożenie ubóstwem wśród ludności pracującej. Odsetek osób ubogich wśród ogółu zatrudnionych w wieku powyżej 18 roku życia wynosił w 2005 r. w Polsce 13%, podczas gdy średnia w Unii Europejskiej to 8%. Przytoczone dane oznaczają, iż zjawisko tzw. *working poor* jest w Polsce znacznie bardziej rozpowszechnione niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej (jedynie w Grecji wskaźnik ten był wyższy i wynosił 14%). W znacznie lepszej

⁶ Wskaźniki dotyczące zagrożenia ubóstwem liczone w oparciu o granicę wyznaczoną na poziomie 60% mediany dochodu ekwiwalentnego pochodzą z badania EU SILC 2006 i odnoszą się do sytuacji dochodowej w 2005 r. *European Commission, Social Inclusion Indicators July 2008.*

⁷ Nie należy jednak zapominać o istnieniu szeregu barier prawnych, instytucjonalnych i społecznych, które w istotny sposób przyczyniają się do występowania zjawiska wykluczenia społecznego seniorów.

sytuacji dochodowej znaleźli się emeryci, spośród których 7% znajdowało się poniżej 60% mediany dochodu ekwiwalentnego (UE 25: 16%).

W Polsce występują znaczące różnice w poziomie życia ludności - zarówno w podziale na miasto-wieś jak i w ujęciu regionalnym. W najtrudniejszej sytuacji znajdowały się osoby żyjące w regionach kraju o szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy. Dotyczy to m.in. regionów północnej części Polski dotkniętych upadkiem państwowego rolnictwa, o słabo rozwiniętych działach pozarolniczych. Do grupy regionów charakteryzujących się relatywnie niskim poziomem życia ludności zaliczyć należy również tzw. ścianę wschodnią, czyli obszar wzdłuż wschodniej granicy Polski odznaczającej się generalnie niskim poziomem urbanizacji, uprzemysłowienia i wyposażenia w infrastrukturę. Relatywnie najczęściej w ubóstwie żyją rodziny w małych miasteczkach oraz na wsi, najrzadziej - ubóstwem dotknięci są mieszkańcy dużych aglomeracji miejskich.

Wydatki socjalne państwa. W 2007 r. przeznaczono na wydatki socjalne 14,7% PKB⁸. W 2007 r. wydatki na emerytury i renty z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych stanowiły 9,2% PKB, wydatki KRUS wyniosły 1,4% PKB, a wydatki systemów zaopatrzeniowych w sumie 0,9% PKB. Łączne wydatki publiczne na emerytury i renty stanowiły więc niemal 11,5% PKB. Przyczynami wysokich wydatków emerytalno-rentowych w Polsce był niski efektywny wiek wycofywania się z rynku pracy, związany przede wszystkim ze zmianami strukturalnymi na rynku pracy i deprecjacją kwalifikacji posiadanych przez pracowników oraz - demotywujący charakter świadczeń socjalnych. Kolejną kategorią są zasiłki rodzinne i pielęgnacyjne (5% ogółu wydatków socjalnych lub 0,76% PKB) oraz zasiłki chorobowe (4% ogółu wydatków lub 0,63% PKB). Udział wydatków z Funduszu Pracy był taki sam jak wydatków przeznaczonych na zasiłki rodzinne i pielęgnacyjne. Najmniejszy udział miały wydatki na pomoc społeczną, które stanowiły 2% wydatków socjalnych państwa.

Polska należy do krajów, które przeznaczają relatywnie najwięcej środków na transfery dla osób starszych, a najmniej – na transfery ukierunkowane na dzieci i młodzież. Efektem tego jest znacznie większe ryzyko ubóstwa wśród dzieci i młodzieży w stosunku do ogółu ludności oraz relatywnie małe ryzyko ubóstwa wśród osób starszych.

System emerytalny. W 2007 r. emerytury i renty otrzymywało ponad 7,3 mln osób z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, kolejne 1,5 mln osób korzystało z świadczeń wypłacanych z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a liczba osób otrzymujących świadczenia w ramach tzw. służb mundurowych wyniosła 358 tys. Ze względu na proces starzenia się ludności będzie rosła liczba osób w wieku poprodukcyjnym, wzrosną wydatki na zdrowie i opiekę długoterminową.

Wprowadzona w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. reforma systemu emerytalnego zmieniła zasadniczo kształt systemu i ograniczyła ryzyko niewypłacalności systemu emerytalnego w długim okresie poprzez dostosowanie go do zmian demograficznych i społeczno-ekonomicznych. Dla zagwarantowania wystarczającego poziomu dochodów emerytalnych oraz zapewnienia stabilności finansowej niezbędna jest konsekwentna realizacja założeń reformy ubezpieczeń społecznych. Oznacza to konieczność uchwalenia i wejścia w życie aktów prawnych finalizujących reformę emerytalną, a mianowicie rozwiązań dotyczących emerytur pomostowych, wypłat emerytur z nowego systemu oraz korelacji emerytur i rent. Prognozy wydatków socjalnych w przypadku Polski wskazują jednak, że w konsekwencji przeprowadzonej reformy emerytalnej, zaczną one stopniowo spadać (wyrażone w % PKB), pod warunkiem, że nie zostaną wprowadzone nowe rozwiązania znacząco obciążające wydatki systemu ubezpieczeń społecznych.

⁸ Opracowanie własne MPiPS na podstawie danych GUS.

Transfery socjalne w istotny sposób przyczyniają się do poprawy sytuacji dochodowej ludności, jednak ich efektywność jest niska w przypadku dzieci i młodzieży. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem przed transferami społecznymi (z wyłączeniem rent i emerytur) obliczany dla całej ludności w 2005 r. wynosi 29%, a po transferach – 19%, co oznacza ponad 30 procentową skuteczność transferów socjalnych. W 2004 r. w przypadku dzieci i młodzieży wskaźnik zagrożenia ubóstwem przed transferami socjalnymi wynosi 39%, a po transferach 29 %, co dało niską na tle innych państw UE, 25- procentową skuteczność (jedynie w Grecji, Hiszpanii i na Litwie transfery w mniejszym stopniu przyczyniały się do poprawy sytuacji dochodowej dzieci niż miało to miejsce w Polsce)⁹.

Opieka zdrowotna i opieka długoterminowa. W 2006 r. całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce wyniosły 6,2% PKB, co było drugą najniższą wartością wśród państw OECD¹⁰. Wysokość wydatków związanych z opieką zdrowotną na jednego mieszkańca (obliczana wg. parytetu siły nabywczej) wyniosła w Polsce 910 dolarów, co było wartością wyraźnie niższą od średniej przypadającej dla państw OECD (2824 dolarów). W tym samym roku udział sektora publicznego w finansowaniu opieki zdrowotnej w Polsce wyniósł 70%.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest najważniejszym źródłem dochodów systemu opieki zdrowotnej. Wysokość składki była co roku zwiększana o 0,25%, począwszy od 7,5% wymiaru podstawy w roku 2000 aż do wysokości 9% wymiaru podstawy w roku 2007. Zarówno wzrost składki jak i obserwowany wzrost gospodarczy powodujący zwiększanie się wysokości wynagrodzeń oraz spadek bezrobocia powoduje, że do systemu ochrony zdrowia wpływa stopniowo coraz więcej środków finansowych. Pozostałe źródła dochodów, których podstawowym celem jest przeciwdziałanie nierówności w dostępie do świadczeń i wykluczenia społecznego to budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, środki zakładów pracy oraz środki płacone przez pacjentów, którzy finansują świadczenia ponadstandardowe, wykazane w załączniku do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W związku z wysokim poziomem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej od 2005 roku zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684) podjęto działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej jednostek publicznych ochrony zdrowia. Łączna wartość wszystkich zobowiązań w skali kraju wyniosła wg stanu na 31 grudnia 2007 r. 9 527,8 mln zł i uległa obniżeniu w porównaniu do 2006 roku o 7,9% oraz o 7,3% w porównaniu do roku 2005.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna są finansowane ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Płatnik, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym, finansuje świadczenia zdrowotne, jednak koszty wyżywienia i zakwaterowania są ponoszone przez osoby przebywające w zakładach. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym. Szczególna zasada dotyczy pacjentów korzystających z opieki paliatywno- hospicyjnej zgodnie, z którą pacjent nie ponosi żadnych kosztów związanych z zakresem udzielanych świadczeń. Finansowanie ośrodków opieki paliatywno - hospicyjnej dokonywane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w ramach zawartej umowy.

⁹ *Child Poverty and Well-Being In the EU. Current Status and Way Forward. European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg 2008.*

¹⁰ Średnia wartość dla państw OECD w 2006 r. wyniosła 8,9 % PKB. Źródło danych: *OECD Health Data 2008.*

Ponadgminne domy pomocy społecznej spełniają istotną rolę w sprawowaniu opieki długoterminowej w Polsce. W 2007 r. funkcjonowało ogółem ponad 790 ponadgminnych domów pomocy społecznej, spośród których 590 było prowadzonych przez samorządy powiatowe, a 204 przez podmioty niepubliczne. W sumie w jednostkach tych mieszkało ponad 77 tys. osób, w tym 64,5 tys. w domach prowadzonych przez samorządy, a 13 tys. – w domach prowadzonych przez podmioty niepubliczne. Osoby przewlekle somatycznie chore oraz osoby przewlekle chore psychicznie stanowiły blisko połowę populacji osób zamieszkujących domy pomocy społecznej. Istotną grupą były również dorosłe osoby niepełnosprawne intelektualnie (ponad 13 tys. mieszkańców domów pomocy społecznej) oraz osoby w podeszłym wieku (ponad 11 tys.).

Podsumowanie. Trwająca od 2004 r. dobra koniunktura gospodarcza wpłynęła pobudzająco na rynek pracy i przyczyniła się do zmniejszenia bezrobocia oraz zwiększenia zatrudnienia, jednak w dalszym ciągu wskaźnik zatrudnienia w Polsce jest wyraźnie niższy od przeciętnej w UE-27. Przyspieszenie wzrostu gospodarczego spowodowało niewielkie zmniejszenie skali ubóstwa i wykluczenia społecznego w kraju. Podobnie jak w poprzednich latach, w najtrudniejszej sytuacji znalazły się dzieci, głównie z rodzin wielodzietnych i mieszkających na wsi oraz osoby bezrobotne, a przede wszystkim długotrwale bezrobotne z niskimi kwalifikacjami.

Rosnące w ostatnich latach dochody ludności prowadzą do zmniejszania się zasięgu ubóstwa w Polsce. W zależności od przyjętej miary, sfera ubóstwa kurczy się od 2004 r. (ubóstwo relatywne), 2005 r. (ustawowa granica ubóstwa) lub od 2006 r. (minimum egzystencji). Oznacza to zahamowanie rozszerzania się sfery ubóstwa odnotowywanej od początku lat 90-tych. W porównaniu do najwyższych poziomów odnotowywanych w latach 2003-2005, wskaźnik ubóstwa relatywnego obniżył się w 2007 r. o ponad 3 punkty procentowe i wynosi 17,3%, ustawowa granica ubóstwa o 3,5 punktu procentowego do poziomu 14,6%, a minimum egzystencji o 5,4 punktu procentowego do 6,6%. W 2007 r. w sferze ubóstwa skrajnego żyje ok. 2,5 mln osób, o 2,1 mln mniej niż w 2005 r.

Polityka społeczna, na którą przeznaczona jest znaczna część ogółu wydatków publicznych, nie zapobiega w pełni ubożeniu i wykluczeniu pewnych grup społecznych. Niezbędne jest zintensyfikowanie wsparcia dochodowego rodzin z dziećmi. Ponadto, powinny zostać podjęte kompleksowe działania mające na celu aktywizację zawodową osób bezrobotnych i biernych zawodowo. Ważnym elementem podejmowanych działań powinna być reforma edukacji mająca na celu wprowadzenie rozwiązań gwarantujących łatwiejsze przechodzenie ze sfery edukacji do zatrudnienia oraz rozwój kształcenia ustawicznego. W zakresie systemu emerytalno-rentowego, istnieje konieczność przeprowadzenia zmian mających na celu ograniczenie możliwości przechodzenia na wcześniejsze emerytury, co jest przyczyną przedwczesnej dezaktywacji zawodowej szerokich grup społecznych. Prognozowane starzenie się ludności wymaga rozwoju usług opiekuńczych dla seniorów.

1.2. Strategiczne ramy działania

W najbliższym okresie Polska staje przed olbrzymim wyzwaniem związanym z utrzymaniem wysokiego tempa rozwoju gospodarczo-społecznego, w tym z mobilizacją szeroko rozumianego kapitału intelektualnego dla sprostania wyzwaniom rozwojowym kraju. Wykorzystanie istniejących atutów społecznych i gospodarczych, w połączeniu z absorpcją znacznych środków płynących z funduszy strukturalnych UE stawia Polskę przed szansą szybkiego rozwoju.

Niemniej jednak, mając na uwadze przewidywane spowolnienie tempa rozwoju gospodarczego kraju należy przyjąć, że działania zaproponowane w ww. Programie będą realizowane w ramach możliwości finansowych sektora finansów publicznych, a także w ramach wydatków zaplanowanych w ustawie budżetowej na rok 2009 i na lata następne.

Poprawiająca się sytuacja na rynku pracy cieszy. W ciągu ostatnich trzech lat w Polsce przybyło niemal 1,5 mln miejsc pracy. Jednakże niepokoi wolne tempo wzrostu zatrudnienia i szczególnie niski udział osób młodych i po 50-tym roku życia w zatrudnieniu. Rosną również deficyty zasobów pracy w różnych sektorach i regionach, co związane jest z niską podażą pracy między innymi na skutek wczesnego wychodzenia z rynku pracy i wysokiej fali migracyjnej. Istotną barierą w podaży pracy jest niski poziom kwalifikacji znacznej części osób w wieku 15-64 lata, w czym swój udział ma niski poziom edukacji dorosłych.

Zgodnie ze strategicznym planem rządzenia przygotowanym przez rząd, **cztery filary spełnienia obietnicy – by żyło się lepiej, wszystkim to:**

- Budowanie dobrobytu, czyli osiągnięcie coraz wyższego PKB na osobę głównie przez większą aktywność zawodową i pracę, szczególnie pokolenia 50+, stabilność makroekonomiczną, ścieżkę dojścia do strefy euro i niski poziom deficytu finansów publicznych oraz wzrost produktywności, gdzie mieści się obok siebie zarówno wysiłek na rzecz szybkiej rozbudowy infrastruktury drogowej, dostępu do Internetu, rozwoju inwestycji oraz wzrostu kapitału intelektualnego dzięki unowocześnieniu polskiej edukacji i nauki.
- Dynamiczny rozwój, którego warunkiem jest uwolnienie energii przedsiębiorców, obniżanie podatków, wykorzystywanie potencjału regionów – każdego na własną miarę, co powinno być wspomagane krajową polityką regionalną, ale – co bardzo ważne – polityką równych szans.
- Warunki dla bezpieczeństwa człowieka, rodziny, kraju. Oznacza to poprawę startu zawodowego i życiowego młodej generacji, równoległe dokończenie reformy emerytalnej i docenienie generacji seniorów, poprawę systemu ochrony zdrowia oraz krajowe gwarancje bezpieczeństwa energetycznego, harmonijne wdrażanie rozwiązań proekologicznych, sprawne zabezpieczenia przed zagrożeniami i kryzysami.
- Wzrost zaufania i dumy, mierzony efektami edukacji obywatelskiej, uczestnictwem w wyborach i działalności organizacji obywatelskich, rosnącą wiarygodnością instytucji publicznych, sprawnością państwa w wypełnianiu służby wobec obywateli oraz budowaniem dobrego wizerunku Polski, czy właśnie lepszymi wskaźnikami zaufania nas samych do siebie i swoich sąsiadów.

Zarówno Krajowy Raport „Zabezpieczenie i Integracja Społeczna” na lata 2008-2010, jak i Krajowy Program Reform na lata 2008-2011 stanowią element realizacji strategicznego planu rządzenia. Równoległe prace i planowanie działań na rzecz wzrostu gospodarczego i wzrostu zatrudnienia oraz lepszej ochrony socjalnej i integracji społecznej pozwalają na wykorzystanie efektu synergii planowanych procesów dla osiągnięcia w przyszłości większej spójności społecznej.

Działania strategiczne, które będą podejmowane do 2010 r. **dla propagowania spójności społecznej, równości mężczyzn i kobiet oraz równych szans dla wszystkich poprzez odpowiednie, dostępne, zrównoważone finansowo, możliwe do przystosowania i skuteczne systemy ochrony socjalnej i polityki dotyczące integracji społecznej**, ukierunkowane są przede wszystkim na wyzwolenie aktywności społecznej Polaków i zapewnienie odpowiednich warunków dla realizacji tej aktywności.

Procesy integracji społecznej będą nadal skupione na działaniach na rzecz zwiększania aktywności społecznej, a w efekcie także zawodowej osób, które są narażone na ryzyko wykluczenia społecznego, a są potencjalnie zdolne do podjęcia zatrudnienia. Zaproponowane i planowane zmiany ukierunkowane są także na ułatwienie godzenia pracy i życia rodzinnego, co pozwoli na powrót do aktywności zawodowej młodych rodziców, szczególnie matek. Podstawowym założeniem jest to, że **praca jest źródłem dobrobytu** przede wszystkim dla poszczególnych osób i rodzin, a zatrudnienie w sposób istotny zmniejsza ryzyko ubóstwa i wykluczenia.

Już wprowadzone i planowane zmiany w systemie wsparcia dochodowego mają na celu uzupełnienie powyższych działań przez odpowiednio ukierunkowany system transferów socjalnych. Poprzez weryfikację progów dostępu do systemów pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych wzmocniona zostanie rola tych systemów w ochronie przed ubóstwem osób, które nie osiągają odpowiednich dochodów.

W 2008 r. zostaną zakończone prace nad **dokończeniem budowy nowego systemu emerytalnego**. Zmiany prawne wdrażane od 2009 r. pozwolą na wypłatę emerytur w ramach nowego systemu. Zaproponowane rozwiązania prawne mają na celu zapewnienie jak najwyższego poziomu przyszłych świadczeń, przy utrzymaniu obecnego poziomu obciążeń składką osób pracujących. Wydłużenie aktywności zawodowej i zwiększenie ochrony emerytalno-rentowej dla osób, które z racji wychowywania dzieci rezygnują okresowo z kariery zawodowej prowadzić będzie do wzrostu przyszłych emerytur. Zapewni to adekwatne świadczenia w przyszłości, jak również zmniejszy lukę w wysokości przyszłych emerytur mężczyzn i kobiet.

Planowane reformy systemu ochrony zdrowia mają na celu **uzdrowienie służby zdrowia**, ułatwienie dostępu do usług medycznych, poprawę sytuacji finansowej szpitali i pracowników służby zdrowia. Proponowane zmiany strukturalne ukierunkowane są przede wszystkim na poprawę efektywności i lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów.

Szczególnie istotne w latach 2008-2010 będzie wdrażanie polityki mającej na celu **skuteczne współdziałanie z celami lizbońskimi (dotyczącymi osiągnięcia większej spójności społecznej, wyższego wzrostu gospodarczego i większej liczby lepszej jakości miejsc pracy jak również większej integracji społecznej) oraz ze Strategią Zrównoważonego Rozwoju UE**. Sprzyja temu równoległe planowanie działań w ramach Raportu oraz Krajowego Programu Reform (KPR).

Zmiany w ramach systemu polityki społecznej w dużym stopniu ukierunkowane są na wspieranie potencjału wzrostu gospodarczego. Wyzwaniem jest stworzenie jak najlepszych warunków dla wykorzystania kapitału wiedzy, energii i przedsiębiorczości Polaków. Spośród wielu wyzwań, przed jakimi stoi Polska, priorytetowe jest dalsze inwestowanie w kluczowy dla rozwoju kraju kapitał ludzki.¹¹ W tym kontekście, w ramach polityki społecznej, istotne są działania z obszaru polityki rodzinnej, zachęcającej do posiadania dzieci i zapewniania im dostępu do różnych form wczesnej edukacji, by podniesiona została jakość nauczania. Starzenie się ludności stwarza wyzwania i szanse związane z wykorzystaniem kapitału intelektualnego seniorów. Społecznym wyzwaniem dla działań związanych z aktywizacją i rozwojem potencjału Polaków powinien być kapitał społeczny.

¹¹ Por. Raport o Kapitale Intelektualnym Polski, 10 lipca 2008 r.



Państwo może stymulować rozwój kapitału społecznego także przez instrumenty polityki społecznej. Do działań temu służących należy zaliczyć przede wszystkim ukierunkowanie polityki integracji społecznej na aktywizację. Rozwój i priorytetowe traktowanie ekonomii społecznej pozwoli na podniesienie kwalifikacji i umiejętności osób objętych działaniami tego sektora, co w konsekwencji pozwala na ich powrót do zatrudnienia i zwiększenie podaży pracy.

Pełne wdrożenie nowego systemu emerytalnego od 2009 r. wpływa istotnie na zwiększenie zachęt do wydłużania aktywności zawodowej, zarówno przez ograniczenie możliwości przejścia na wcześniejsze emerytury, jak i zmianę sposobu liczenia świadczeń. Nowy sposób obliczania świadczeń w większym niż do tej pory stopniu promuje dłuższą pracę. System zachęca swoich uczestników do dłuższej pracy, premiując ją wyższą emeryturą. Dłuższa praca sprzyja lepszemu wykorzystaniu istniejącego kapitału ludzkiego i doświadczenia na rzecz większego wzrostu gospodarczego i zatrudnienia.

Reformy systemu ochrony zdrowia, podobnie, ukierunkowane są na zwiększenie efektywności tego sektora, co stanowi element polityki prorozwojowej.

Polityka na rzecz wzrostu i zatrudnienia stwarza ramy do zwiększania dobrobytu, a to przekłada się na poprawę polityki integracji społecznej. Celem działań w ramach KPR jest stworzenie podstaw do trwałego rozwoju społeczno-gospodarczego, wpływającego na poprawę standardu życia obywateli. Dlatego jednym z priorytetów KPR jest **aktywne społeczeństwo**, w ramach którego planowane są działania na rzecz rozwoju efektywnego systemu edukacji zapewniającego dostęp do kluczowych kompetencji, modernizacja systemów zabezpieczenia społecznego poprzez ograniczanie dostępu do świadczeń prowadzących do wczesnej dezaktywacji, rozwój aktywnych polityk rynku pracy i doskonalenie instytucji rynku pracy, poprawa zdolności adaptacyjnych pracowników z uwzględnieniem zasady *flexicurity* a także tworzenie warunków dla rozwoju ekonomii społecznej, budowanie społeczeństwa informacyjnego czy poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia. Działania te są komplementarne do priorytetów i działań określonych w niniejszym raporcie.

Aby osiągnąć oczekiwane rezultaty, podejmowane są działania dla poprawy **dobrego zarządzania, przejrzystości i zaangażowania zainteresowanych stron w projektowanie, wdrażanie i monitorowanie polityki**. W tym celu podejmuje się kroki zmierzające do:

- większego wykorzystania mechanizmów pracy zespołowej w ramach ponadresortowych zespołów;
- szerszego prowadzenia działań konsultacyjnych z udziałem przedstawicieli mediów, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli ugrupowań parlamentarnych;
- większej koordynacji działań na rzecz integracji społecznej na poziomie samorządowym i rządowym z wykorzystaniem dobrych praktyk w tym zakresie.

Rozdział 2 - Krajowy Plan Działań na rzecz Integracji Społecznej

2.1. Podsumowanie wdrażania Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej na lata 2006-2008

W latach 2006-2008 rząd, władze samorządów terytorialnych oraz organizacje pozarządowe i kościelne podjęły szereg działań zmierzających do osiągnięcia priorytetów wyznaczonych w ostatniej edycji Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej (KPD/Integracja). W ramach wsparcia rodzin z dziećmi (priorytet pierwszy) kontynuowano rozwój systemu świadczeń skierowanych do rodzin (zarówno świadczeń pieniężnych, jak i usług), który przyczyniał się do wyrównywania szans dzieci i rodzin oraz eliminowania deficytów edukacyjnych. Integracja przez aktywizację (priorytet drugi) był rozwijany przede wszystkim przez działania mające na celu tworzenie warunków dla rozwoju sektora ekonomii społecznej. Szczególnie istotne były działania partnerskie organizacji pozarządowych i instytucji publicznych. Zmiany regulacyjne, a także przekazanie dodatkowych środków przeznaczonych na wzmocnienie instytucji integracji i pomocy społecznej oraz publicznych służb zatrudnienia (w tym głównie środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Społecznego) wskazują, iż postęp został osiągnięty także w ramach mobilizacji i partnerstwa (priorytet trzeci). Krótka perspektywa czasowa przyjęta dla KPD/Integracja uniemożliwia jednak całościową ocenę Planu, ponieważ część zainicjowanych działań dopiero niedawno weszła w fazę realizacji. Niektóre środki długoterminowe pozostały na etapie planowania (wdrożenie większości z nich ma nastąpić do końca 2008 r.)

Wsparcie finansowe rodzin realizowane od 1 maja 2004 r. za pomocą systemu świadczeń rodzinnych miało istotny charakter dla budżetów rodzin. W 2007 r. liczba dzieci na które wypłacany został zasiłek rodzinny wyniosła ponad 4 266 tys., a w tym samym roku wysokość wydatków na system świadczeń osiągnęła poziom 8 161 mln zł. Wsparcie udzielane w ramach systemu świadczeń rodzinnych miało największe znaczenie dla rodzin niepełnych, w których wychowywane są dzieci (przede wszystkim przez samotne matki). Wpływ na poprawę sytuacji dochodowej rodzin miały również zmiany wprowadzone w systemie podatkowym. W roku podatkowym 2007 wprowadzono ulgę prorodziną, która zgodnie z szacunkami¹² w istotny sposób przyczynia się do ograniczenia ryzyka ubóstwa (przyjęte uregulowanie systemu podatkowego jest szczególnie korzystne dla małżeństw w wieku produkcyjnym wychowujących dzieci).

W latach 2006-2008 rząd, we współpracy z samorządami terytorialnymi, realizował szereg programów mających na celu wsparcie dzieci z ubogich rodzin. Do końca 2007 r. powstało 117 nowych świetlic socjoterapeutycznych, w których prowadzono zajęcia dla blisko 2 000 dzieci z dysfunkcyjnych rodzin. W 2007 r. wydano z budżetu 12,3 mln zł na wspieranie jednostek samorządu terytorialnego w budowie lokalnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną, w tym na zapobieganie niedostosowaniu społecznemu i przestępczości wśród dzieci i młodzieży. W ramach programu zrealizowano 338 lokalnych i regionalnych projektów (dla porównania: w 2006 r. kwota dofinansowania wyniosła 7,7 mln zł, co pozwoliło zrealizować 223 projekty). W 2007 r. programem dożywiania objęto ponad 1,7 mln dzieci i młodzieży uczęszczającej do szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (w tym na wsi ponad 600 tys.) Ponad 9 tys. dzieci zostało objętych pilotażowym „Programem wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie”. Programy te

¹² Szacunki w oparciu o podatkowo-zasiłkowy model mikrosymulacyjny SIMPL

to tylko niektóre przykłady inicjatyw podejmowanych w latach 2006-2008 w zakresie wspierania rodzin z dziećmi.

Można przyjąć, że poprawa sytuacji osób dotkniętych ryzykami socjalnymi wynika w znacznym stopniu z coraz bardziej aktywnej i odpowiedzialnej polityki społecznej w zakresie pomocy społecznej prowadzonej przez władze samorządowe. Samorzady gmin coraz częściej zwiększają środki finansowe na finansowanie realizacji zadań własnych z zakresu pomocy społecznej. W 2005 roku wydatkowały na ten cel 1 760 mln zł, w tym 554 mln zł na inne zasiłki i pomoc w naturze i 148 mln zł na zapewnienie posiłku, zaś w 2006 roku 2 056 mln zł, w tym 701 mln zł na inne zasiłki i pomoc w naturze i ponad 265,5 mln zł na zapewnienie posiłku. Zwraca jednak uwagę, iż poziom wydatków gmin na finansowanie zasiłków okresowych, które mogą znacząco zmniejszyć wskaźniki ubóstwa w Polsce uległ w tym okresie zmniejszeniu (2005 r. - 83 mln zł, 2006 r. 78 mln zł, tj. o 5,3% mniej niż w 2005 r.). Natomiast poziom finansowania realizacji tego zadania przez administrację rządową w formie dotacji dla gmin zwiększył się. W 2005 r. dotacja wynosiła 459,0 mln zł, podczas gdy w 2006 r. 533 mln zł, tj. o 15,9% więcej niż w 2005 r.).

W okresie przypadającym na realizację ostatniej edycji Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej wprowadzono istotne zmiany regulacyjne mające na celu usprawnienie działań podejmowanych na rzecz integracji społecznej. Kontynuowano działania wspierające rozwój podmiotów sektora ekonomii społecznej. W lipcu 2007 r. wprowadzono nowelizację ustawy o zatrudnieniu socjalnym¹³. Nowa regulacja wprowadziła kilka istotnych zmian w realizacji programów reintegracji społecznej i zawodowej podejmowanych przez centra i kluby integracji społecznej. Wzbogacony został pakiet instrumentów oddziaływania – np. stworzono integracyjną premię motywacyjną, a także wprowadzono zmiany zwiększające dyscyplinę wśród osób biorących udział w zajęciach (limit dni zwolnienia lekarskiego). Wspomniana nowelizacja ustawy poszerzyła również katalog osób, mogących uczestniczyć w zajęciach centrum integracji społecznej (CIS) o osoby niepełnosprawne, a także wprowadziła nowe przepisy, umożliwiające organizowanie przez kluby integracji społecznej lokalnych programów prac społecznie użytecznych.

Na koniec 2007 r. w kraju funkcjonowało 55 centrów integracji społecznej, spośród których 60% zostało utworzonych przez organizacje pozarządowe, a 40% było prowadzonych przez samorzady. W 2007 r. liczba uczestników zajęć reintegracji społecznej i zawodowej w CIS wyniosła około 2,5 tys. osób. Ponadto, w okresie 2006-2007 powstało ponad 300 klubów integracji społecznej. Natomiast wolniej niż zakładano przebiegał rozwój spółdzielni socjalnych, co było spowodowane głównie trudnościami w procesach reintegracji osób długotrwale bezrobotnych (brak wykwalifikowanej kadry reedukacyjnej i doradczej) jak i nieprzygotowanego otoczenia instytucjonalnego i prawnego, w tym lokalnych partnerstw publiczno - prywatnych (z udziałem biznesu oraz Gminnych i Regionalnych Centrów Ekonomii Społecznej). Sektor ekonomii społecznej był wspierany ze środków krajowych w ramach programów Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Funduszu Inicjatyw Obywatelskich, a także w coraz większym stopniu – z Europejskiego Funduszu Społecznego. Problemem pozostaje jednak zbyt mała skala prowadzonych działań. Projektowane zmiany regulacyjne (w szczególności przyjęcie nowelizacji ustaw: o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, o spółdzielniach socjalnych i ustawy o zatrudnieniu socjalnym) oraz zintensyfikowanie wsparcia finansowego sektora ze środków krajowych i strukturalnych, powinny przyczynić się do upowszechnienia form integracji społecznej,

¹³ Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o zatrudnieniu socjalnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 115, poz. 793).

zawodowej oraz edukacji ustawicznej, wypracowanych w centrach, klubach oraz spółdzielniach socjalnych.

Wprowadzono istotne zmiany w zakresie integracji zawodowej osób niepełnosprawnych. Dnia 30 lipca 2007 r. weszła w życie regulacja zwiększająca skalę refundacji udzielanej pracodawcom na pokrycie kosztów szkolenia osób niepełnosprawnych z 75 do 90%. Zmieniła się również forma pomocy na samozatrudnianie osób niepełnosprawnych, tj. pożyczkę na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej przez osobę niepełnosprawną zastąpiono jednorazową pomocą przeznaczoną na ten cel. Wprowadzane rozwiązania powinny przyczynić się do podniesienia wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych, który w latach 2006-2008 utrzymywał się na bardzo niskim poziomie.

Kontynuowano działania na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. W latach 2006-2007 usługami w ramach rządowego programu „Powrót osób bezdomnych do społeczności” objęto ponad 80 tys. osób, z czego 2,5 tys. osób - indywidualnymi programami wychodzenia z bezdomności. Rezultaty niektórych partnerstw w Equalu w latach 2006-2008 wskazują na konieczność włączenia tej grupy w działania instytucji ekonomii społecznej z większym uwzględnieniem standardów grupowej integracji społecznej, standardów rehabilitacji i standardów głębokiej reintegracji społecznej stosowanej u osób długotrwale izolowanych, długotrwale bezrobotnych, uzależnionych i głęboko zdegradowanych.

Usprawnienia funkcjonowania instytucji integracji i pomocy społecznej oraz publicznych służb zatrudnienia, a także wzmocnienie koordynacji pomiędzy tymi dwoma sektorami były jednymi z podstawowych postulatów sformułowanych pod adresem Polski we Wspólnym Raporcie na rzecz Zabezpieczenia Społecznego i Integracji Społecznej z 2007 r. W marcu 2007 r. wydano dwa rozporządzenia na podstawie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z 2004 r., które miały wpływ na wzbogacenie oferty i podwyższenie jakości usług świadczonych przez powiatowe i wojewódzkie urzędy pracy¹⁴. Wprowadzone rozwiązania umożliwiają podejmowanie wobec zarejestrowanych osób bezrobotnych bardziej zindywidualizowanych działań aktywizujących, dostosowanych do potrzeb klienta. Planowane zwiększenie liczby pracowników urzędów pracy skróci ponadto czas oczekiwania osób bezrobotnych na poszczególne usługi. Działania w zakresie usprawnienia funkcjonowania służb zatrudnienia wspierane były także przez programy szkoleniowe Europejskiego Funduszu Społecznego skierowane do pracowników urzędów pracy, niepublicznych instytucji pracy oraz innych podmiotów. Ważną rolę odgrywały również projekty informatyczne rozwijane w ostatnim czasie, takie jak: hurtownia danych rynku pracy, portal publicznych służb zatrudnienia oraz centralna baza ofert pracy.

We Wspólnym Raporcie z 2007 r. podkreślono, iż Polska w niedostatecznym stopniu podejmowała działania mające na celu zapobieganie i przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Rozwijane w tej mierze inicjatywy rządowe i samorządowe wskazują, iż przemoc domowa staje się zjawiskiem coraz lepiej rozpoznany, co umożliwia stosowanie środków zaradczych adekwatnych do charakterystyki, jak i skali tego zjawiska. Od końca 2005 r. realizowana jest ustawa z dnia 25 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Ponadto, zgodnie z upoważnieniem zawartym w ww. ustawie, w 2006 r. został uchwalony Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Program skierowany jest do ofiar (dzieci, współmałżonków lub partnerów w związkach nieformalnych, osób starszych oraz osób niepełnosprawnych), sprawców oraz świadków przemocy w rodzinie. W ramach programu w

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 marca 2007 r. w sprawie standardów usług rynku pracy oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 marca 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia przez publiczne służby zatrudnienia usług rynku pracy.

2006 r. utworzono 33 specjalistyczne ośrodki wsparcia oraz realizowano programy korekcyjno- edukacyjne dla osób stosujących przemoc. Na realizację powyższych zadań przeznaczono blisko 9 mln zł. Działania te były kontynuowane w 2007 r. (w roku tym kwota wsparcia finansowego wyniosła ponad 12,2 mln zł). Zorganizowana została kampania społeczna oraz zainicjowano badania, które pozwolą na stworzenie pogłębionej diagnozy zjawiska przemocy w rodzinie.

W latach 2006-2008 kontynuowane były działania w ramach „Programu Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przystępczości Wśród Dzieci i Młodzieży”. W 2007 r. samorzady otrzymały 2,1 mln zł na realizację inicjatyw lokalnych skierowanych do dzieci i młodzieży. Z rezerwy celowej przekazano 0,8 mln zł, co pozwoliło na sfinansowanie projektów w 39 gminach oraz kolejne 1,3 mln zł, co umożliwiło realizację projektów w 71 powiatach. W gminach realizowano głównie projekty wspierające rodziny zagrożone patologiami społecznymi oraz dzienne formy opieki nad dzieckiem. W powiatach realizowano programy skierowane do usamodzielniającej się młodzieży oraz wychowanków placówek opiekuńczo – wychowawczych.

Zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie realizowane są także w oparciu o ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zadania te realizowane są przez samorzady lokalne, wojewódzkie oraz urzędy centralne, w tym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która w 2007 roku na działania służące przeciwdziałaniu przemocy w rodzinach w szczególności z problemem alkoholowym przeznaczyła kwotę ponad 700 tys. złotych. Kwota ta została wydatkowana m.in. na prowadzenie Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, realizację działań szkoleniowych i edukacyjnych m.in. szkolenia przygotowujące do pracy ze sprawcami przemocy oraz szkolenia dla gminnych zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Gminy na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie w roku 2007 wydały blisko 24,5 mln złotych, co stanowi 7 % środków jakie gminy przeznaczają na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych. Środki te gminy pozyskują z opłat za zezwolenia na detaliczną sprzedaż alkoholu.

W latach 2006-2008 kontynuowane były programy mające na celu wsparcie finansowe uczących się dzieci i młodzieży. W 2007 r. z rezerwy celowej budżetu państwa nr 34 „Dofinansowanie Narodowego Programu Stypendialnego” wydano na stypendia kwotę 329 mln zł oraz dodatkowo - ponad 15 mln zł na stypendia dla uczniów z rodzin byłych pracowników Państwowych Przedsiębiorstw Gospodarki Rolnej. W ostatnich latach średniorocznie z zasiłków i stypendiów socjalnych korzystało około 1,3 miliona uczniów. Przykładowo, w 2006 r. stypendia socjalne otrzymywało 25% ogółu uczniów szkół podstawowych, przy czym odsetek ten w przypadku uczniów uczęszczających do szkół położonych na terenie gmin wiejskich wyniósł aż 42,5 %.

W 2006 r. rozpoczęto rządowy program wyrównywania warunków startu szkolnego uczniów „Wyprawka szkolna”, w ramach którego sfinansowano zakup podręczników dla dzieci rozpoczynających naukę w klasie pierwszej szkoły podstawowej oraz w klasie pierwszej ogólnokształcącej szkoły muzycznej I stopnia. Adresatami programu byli uczniowie pochodzący z rodzin, w których dochód na osobę w rodzinie nie przekraczał kryterium określonego w ustawie o pomocy społecznej. Dzięki programowi w roku szkolnym 2006/2007 w bezpłatny komplet podręczników zostało wyposażonych, 120,5 tys. (32,1% populacji) uczniów. W 2006 r. na realizację programu przeznaczono ponad 11 mln zł. W 2007 r. formuła programu została rozszerzona: z dofinansowania zakupu podręczników mogły korzystać dzieci rozpoczynające roczne przygotowanie przedszkolne lub naukę w klasach I-III szkoły podstawowej i w klasach I-III ogólnokształcącej szkoły muzycznej I stopnia. W ramach programu istniała również możliwość dofinansowania zakupu jednolitego stroju dla

uczniów szkół podstawowych i gimnazjów. Na realizację programu w zakresie dofinansowania zakupu podręczników szkolnych przeznaczono w 2007 r. kwotę 71 mln zł., z czego 11,3 mln zł z rezerwy celowej budżetu państwa nr 11 „Wyprawka Szkolna”, zaś pozostała kwota pochodziła z rezerwy celowej budżetu państwa nr 34 „Dofinansowanie Narodowego Programu Stypendialnego.

W latach 2006-2008 Krajowy Plan Działań na rzecz Integracji Społecznej był ważnym dokumentem operacyjnym, w ramach którego rząd we współpracy z samorządami terytorialnymi i organizacjami pozarządowymi realizował szereg programów i inicjatyw. Część zaplanowanych na lata 2006-2008 działań będzie wdrożona w najbliższym czasie, w tym przede wszystkim - zostanie uchwalona ustawa o zmianie Kodeksu Pracy i niektórych innych ustaw – tzw. ustawa rodzinna¹⁵. Nowe rozwiązanie prawne zakładające wydłużenie urlopów macierzyńskich jest zgodne z oczekiwaniami społecznymi. Badania przeprowadzone w 2006 r. na celowej próbie 1000 matek wykazały, iż zdaniem trzech czwartych ankietowanych kobiet urlop macierzyński w obojętnym wówczas wymiarze 16-18-26 tygodni był zbyt krótki¹⁶. Projekt ustawy zakłada stopniowe wydłużenie urlopu macierzyńskiego (obligatoryjnego) z 18 do 20 tygodni oraz z 28 do 31 tygodni w przypadku ciąży bliźniaczej¹⁷. W projekcie wprowadzono dodatkowy urlop o charakterze fakultatywnym, który wynosi 6 tygodni oraz 8 tygodni (w przypadku ciąży mnogiej) i stanowi wydłużenie obligatoryjnego czasu urlopu macierzyńskiego. Docelowa długość urlopu macierzyńskiego zostanie osiągnięta do 2014 r. (urlop ten będzie systematycznie wydłużany o 2 tygodnie i odpowiednio 3 tygodnie w przypadku ciąży mnogiej).

Istotną nowością wprowadzona w projekcie ustawy jest stworzenie możliwości finansowania ze środków zakładowego funduszu socjalnego opieki nad dziećmi lub dofinansowywania kosztów żłobków lub przedszkoli. Zostanie również wprowadzona możliwość zawieszenia składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, która będzie przysługiwać pracodawcom zatrudniającym osoby powracające z urlopu macierzyńskiego lub wychowawczego. Szacuje się, iż dzięki wprowadzeniu ustawy rodzinnej w najbliższych dwóch latach pracę rozpocznie dodatkowe 40 tys. kobiet, które skorzystają na wprowadzonych zmianach prawnych.

2.2. Kluczowe wyzwania i cele przewodnie

Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu jest podstawowym celem polityki społecznej prowadzonej przez rząd we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i organizacjami pozarządowymi. Strategicznym dokumentem wyznaczającym cele do osiągnięcia w perspektywie średniookresowej jest Narodowa Strategia Integracji Społecznej (NSIS) przyjęta na lata 2005-2010. W Strategii sformułowano dwadzieścia priorytetów ujętych wskaźnikowo, których osiągnięcie powinno przyczynić się do ograniczenia występowania wykluczenia społecznego w kraju. Horyzontalne cele otwartej metody koordynacji (OMK) UE w dziedzinie ochrony socjalnej i integracji społecznej, tj. zwalczanie ubóstwa dzieci oraz integracja przez aktywizację, zostały uwzględnione w Krajowym Planie Działań na rzecz Integracji Społecznej na lata 2006-2008.

¹⁵ Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw, Druk Sejmowy nr 885.

¹⁶ I.E. Kotowska, E. Słotwińska-Roslanowska, M. Styrc, A. Zadrozna, *Sytuacja kobiet powracających na rynek pracy po przerwie spowodowanej macierzyństwem i opieką nad dzieckiem, Raport z badań zrealizowanych w ramach projektu „Wieloaspektowa diagnoza sytuacji kobiet na rynku pracy”, SPO RZL 1.6 (b), Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Warszawa 2007.*

¹⁷ Szczegóły w Aneksie 2.4. w Działaniu 2.2.3.

Cele przewodnie KPD/Integracja na lata 2008-2010 zostały uzgodnione w konsultacjach z przedstawicielami władz samorządowych, partnerami społecznymi, środowiskiem naukowym oraz organizacjami pozarządowymi. Wzięto również pod uwagę rekomendacje Komisji Europejskiej sformułowane pod adresem Polski we Wspólnym Raporcie na rzecz Zabezpieczenia Społecznego i Integracji Społecznej z 2007 r.

Priorytety i działania KPD/Integracja na lata 2008-2010 uwzględniają także spójność z założeniami Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym (2010). Celem ustanowienia roku 2010 Europejskim Rokiem Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym jest potwierdzenie i umocnienie pierwotnego zaangażowania politycznego Unii Europejskiej w działania, które w zdecydowany sposób przyczyniłyby się do wyeliminowania problemu ubóstwa. W projekcie decyzji ustanawiającej Europejski Rok wskazano szacunek, odpowiedzialność, spójność oraz zaangażowanie jako specyficzne cele inicjatywy. Działania krajowe w roku 2010 będą realizowane w ramach określonych ogólnie priorytetów tematycznych, wśród których wymienia się m.in. przeciwdziałanie ubóstwu dzieci i międzypokoleniowemu przekazywaniu ubóstwa, dostęp do podstawowych usług, do kształcenia i szkolenia, promowanie rynku pracy sprzyjającemu integracji oraz wspieranie osób niepełnosprawnych i innych grup słabszych społecznie.

Pierwszym priorytetem jest przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci.

W Polsce wskaźnik zagrożenia ubóstwem wśród dzieci¹⁸ osiągnął w 2004 r. poziom 29% i była to najwyższa wartość w Unii Europejskiej. W 2005 roku poprawiła się sytuacja społeczno-gospodarcza w Polsce, a wraz z tym nastąpiła poprawa poziomu życia Polaków, co było spowodowane przystąpieniem Polski do UE. Fakt ten przełożył się na zmniejszenie stopy ubóstwa wśród dzieci do 26% (spadek o ok. 3 pkt proc). Zmniejszenie skali ubóstwa w ostatnich latach jest potwierdzane wynikami badań EU-SILC¹⁹ oraz Budżetów Gospodarstw Domowych. W obu przypadkach wyniki wskazują na spadek stopy ubóstwa w Polsce²⁰.

Niewątpliwie na poprawę sytuacji rodzin miał wpływ spadek stopy bezrobocia, wzrost wynagrodzeń oraz polityka zasiłkowo-dochodowa państwa. Pomimo tej korzystnej tendencji, ubóstwo dzieci w Polsce nadal jest bardzo wysokie. W szczególnie trudnej sytuacji są gospodarstwa samotnych rodziców, w których żyje 5% dzieci oraz rodziny wielodzietne. W tym pierwszym przypadku odsetek ubogich dzieci wynosił w 2005 r. 46%, a w drugim – 47%²¹. Na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych szacuje się, że w 2007 r. 6,9% samotnych rodziców znalazło się poniżej minimum egzystencji, tj. żyło w skrajnym ubóstwie. W 2007 r. wskaźnik ubóstwa skrajnego dla rodzin z 3 dzieci wynosił 10,5%, a dla rodzin z 4 dzieci i więcej na utrzymaniu – 25,4%, co wskazuje, iż w dalszym ciągu liczba posiadanych dzieci w istotny sposób zwiększa ryzyko ubóstwa.

Najważniejszym czynnikiem determinującym ubóstwo dzieci są niskie dochody z pracy rodziców. W tej sytuacji należy podjąć działania mające na celu upowszechnienie dostępu do dobrze płatnej pracy oraz kontynuować wsparcie dochodowe rodzin w ramach systemu zasiłkowego. Kolejną przyczyną ubóstwa jest trudność, z jaką borykają się rodzice w łączeniu pracy zawodowej z życiem rodzinnym. W Polsce problem ten jest bardzo istotny, z uwagi na

¹⁸ W tekście – jeśli nie zaznaczono inaczej – do wskaźnika zagrożeniem ubóstwem wykorzystano granicę ubóstwa obliczoną w oparciu o 60% mediany dochodu ekwiwalentnego.

¹⁹ Badanie EU-SILC jest dokonywane metodą ankietową (bezpośredni wywiad z respondentem). Badania te przeprowadzane są corocznie od 2005 r., a odnoszą się do sytuacji dochodowej z roku poprzedzającego badanie.

²⁰ Treść kwestionariusza w polskim badaniu EU-SILC z 2006 r. w porównaniu do roku 2005 została zmieniona pod względem metodologicznym (zwłaszcza w części dochody gospodarstwa domowego), jednak ta zmiana nie skutkuje brakiem wzajemnej porównywalności wyników badań EU-SILC z 2006 i 2005 roku. Zmiana metodologii EU-SILC w 2006 wpłynęła na poprawę jakości danych.

²¹ Wyniki badań EU-SILC z 2006 r.

niewystarczającą ilość żłobków, przedszkoli (szczególnie na wsiach i w małych miastach) oraz małą różnorodność form opieki nad dzieckiem i jej wysokie koszty. Innym kluczowym czynnikiem decydującym o poziomie ubóstwa wśród dzieci jest sytuacja rodziców na rynku pracy. Szczególnie trudna sytuacja materialna dotyczy dzieci wychowujących się w gospodarstwach domowych, w których oboje rodzice pozostają bez zatrudnienia (w 2007 r. w takiej sytuacji znalazło się 11% dzieci). Obok trudności dochodowych, istotnym czynnikiem wpływającym na szanse życiowe dzieci i młodzieży jest nierówny dostęp do kształcenia. Dzieci z ubogich rodzin mają gorsze wyniki w nauce i rzadziej decydują się na kontynuowanie edukacji na poziomie średnim i wyższym. Słabsze wyniki dzieci i młodzieży pochodzącej z terenów wiejskich wynikają z faktu, iż uczęszczają one do placówek gorzej wyposażonych i mają ograniczoną możliwość dokończania się poza systemem szkolnym. Zła sytuacja dochodowa rodzin jest kolejną barierą utrudniającą uczniom z terenów wiejskich przechodzenie na wyższe poziomy edukacji.

W ramach pierwszego priorytetu zostaną podjęte działania mające na celu poprawę bezpieczeństwa ekonomicznego rodzin, co ma być osiągnięte poprzez aktywizację zawodową niepracujących rodziców oraz wsparcie dochodowe rodzin w ramach systemu zasiłkowego. Zakłada się ponadto rozwój usług opiekuńczych nad dzieckiem oraz wsparcie uczących się dzieci z ubogich rodzin.

Drugim priorytetem jest integracja przez aktywizację społeczną i zawodową osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Pomimo widocznego w ostatnich latach zmniejszenia stopy bezrobocia, w dalszym ciągu utrzymuje się wysoki udział osób długotrwale bezrobotnych, które stanowią ponad połowę ogółu klientów urzędów pracy. Są to z reguły osoby, które nie mogą znaleźć zatrudnienia nie tylko ze względu na brak odpowiednich kompetencji zawodowych, ale także ogólnych (brak motywacji do pracy, nieumiejętność komunikowania się i pracy w grupie, niska etyka pracy). Istotną kwestią pozostaje niska aktywność zawodowa ludności w Polsce, która jest spowodowana demotywującym charakterem świadczeń socjalnych, wysokim opodatkowaniem pracy oraz niskimi kwalifikacjami zawodowymi części zasobów siły roboczej. Problemy w znalezieniu pracy wynikające ze złego stanu zdrowia, braku odpowiednich kwalifikacji zawodowych, czy też wiary w swoje możliwości bardzo często są przyczynami bierności zawodowej osób znajdujących się w wieku produkcyjnym. Osoby, które chcą podjąć zatrudnienie mają utrudniony dostęp do rynku pracy z powodu występowania barier transportowych i mieszkaniowych²².

Pozostawanie poza rynkiem pracy przekłada się w negatywny sposób na wysokość dochodów gospodarstw domowych, a tym samym na ich poziom życia. Osoby pozostające bez zatrudnienia, w tym osoby bierne zawodowo, nie mogą skorzystać z efektów przyspieszonego wzrostu gospodarczego, co prowadzi do wykluczenia tych grup z głównego nurtu życia społecznego. W tej sytuacji istnieje konieczność rozwijania kompleksowych programów z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej, które będą łączyć aktywizację zawodową z działaniami skierowanymi na podniesienie kompetencji społecznych objętych nimi osób.

Grupą w szczególności zagrożoną wykluczeniem społecznym jest populacja osób niepełnosprawnych. Obserwowana w ostatnim okresie poprawa kondycji gospodarki, idący za nią spadek bezrobocia oraz odczuwalny obecnie deficyt rąk do pracy, stwarzają szanse na integrację zawodową osób niepełnosprawnych. Dalszy wzrost zatrudnienia osób niepełnosprawnych może zostać osiągnięty dzięki zastosowaniu podejścia kompleksowego i włączaniu problematyki niepełnosprawności do wszystkich działań podejmowanych w

²² Rutkowski J., *Priorytety Reformy Rynku Pracy. Synteza*, MPiPS, Warszawa 2008.

ramach integracji zawodowej i społecznej. Jak wskazuje praktyka ostatnich lat wzrost ten może być zagwarantowany jedynie w oparciu o jak najbardziej zindywidualizowane formy pomocy dla tych osób, dający możliwości samorozwoju uzależnione od ich zdiagnozowanych potrzeb.

Inną grupą narażoną na wykluczenie społeczne są imigranci, a w szczególności cudzoziemcy objęci ochroną międzynarodową na terytorium RP. Obserwowane są trudności z usamodzielnieniem się takich osób po opuszczeniu ośrodka dla uchodźców. Doświadczenia wielu państw Europy Zachodniej pokazują, że brak kompleksowych działań integracyjnych przeznaczonych dla tej grupy może skutkować jej wykluczeniem społecznym i konfliktami ze społeczeństwem. Ponieważ liczba cudzoziemców przybywających do Polski w celu osiedlenia się ma tendencje wzrostowe, wskazane byłoby włączenie ich problematyki do wszystkich działań na rzecz integracji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

W ramach priorytetu zakłada się dalszy rozwój narzędzi i instrumentów na rzecz aktywnej integracji (w tym również integracji osób niepełnosprawnych). Ważnym elementem podejmowanych działań będzie również wspieranie rozwoju sektora ekonomii społecznej, który tworzą m.in. fundacje, stowarzyszenia, centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej oraz spółdzielnie socjalne, które działają w obszarze integracji i aktywizacji społecznej.

Trzecim priorytetem jest rozwój wysokiej jakości usług społecznych.

W Krajowym Planie Działań na rzecz Integracji Społecznej zakłada się poprawę jakości usług edukacyjnych, rozwój budownictwa socjalnego, realizację programów z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi i łagodzenia jego skutków oraz rozwój usług dla ludzi starszych.

Wyniki międzynarodowego badania umiejętności uczniów²³ przeprowadzone w 2000 r. wypadły zdecydowanie poniżej przeciętnego wyniku dla krajów wysokorozwiniętych, zrzeszonych w OECD. Sześć lat później polscy uczniowie osiągnęli przeciętny wynik w umiejętnościach matematycznych i w naukach przyrodniczych, natomiast znacznie lepszy w pogłębionej umiejętności czytania. Struktura uzyskanego wyniku wskazuje jednak na istotne słabości polskiego szkolnictwa. W tej sytuacji jednym z podstawowych celów działań rządu jest przeprowadzenie kompleksowej reformy systemu edukacji na wszystkich szczeblach nauczania. Nacisk zostanie położony na wdrożenie elastycznego, lepiej dopasowanego do indywidualnych potrzeb i zdolności uczniów modelu kształcenia, podniesienie rangi nauczania języków obcych oraz poprawę efektów kształcenia na dwóch ostatnich etapach edukacji. Za jedno z najważniejszych wyzwań stojących przed polską oświatą należy ponadto uznać potrzebę przeprowadzenia modernizacji systemu kształcenia zawodowego i ustawicznego. Długofalowym celem przeprowadzonych zmian jest ponadto stworzenie programów nauczania odpowiadających wymogom współczesnego rynku pracy.

Problemem doświadczanym przez znaczną część polskich rodzin jest zła sytuacja mieszkaniowa, która wynika m.in. z niedorozwoju rynku mieszkań na wynajem. Brak środków na pokrycie kosztów utrzymania mieszkań jest kwestią coraz częściej doświadczaną przez osoby ubogie, które dotkliwie odczuły wzrost cen energii. Z kolei szybki wzrost cen mieszkań spowodowany akcesją Polski do UE jest w istotnym stopniu czynnikiem ograniczającym możliwość zakupu nowego mieszkania. Deficyt mieszkań w Polsce wynosi około 1,5 mln. Problemem jest również zły stan części zasobów mieszkaniowych. Szacuje się, iż na skutek braku remontów, w okresie 10 lat może ulec dewaluacji kilkaset tysięcy

²³ Badanie zostało przeprowadzone w ramach Programu Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów OECD (*Programme for International Student Assessment PISA*).

mieszkań. Do najpoważniejszych barier utrudniających wzrost rynku mieszkaniowego w naszym kraju należy zaliczyć ograniczenia prawno-administracyjne w procesie inwestycji budowlanych oraz bariery dla prawidłowego procesu planowania i zagospodarowania przestrzennego (niska podaż i niewystarczający standard terenów przeznaczonych pod inwestycje mieszkaniowe). Osobnym problemem pozostają ograniczenia finansowe potencjalnych nabywców, bez pokonania których nie będzie możliwy znaczny wzrost liczby mieszkań oddanych do użytku. W tej sytuacji istnieje konieczność usprawnienia form wsparcia budownictwa dla najuboższych. Coraz poważniejszą kwestią społeczną jest ponadto zjawisko bezdomności. Wsparcie osób bezdomnych będzie podejmowane poprzez realizację kompleksowych programów, przygotowujących te osoby do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Kolejną, nagłą kwestią wymagającą podjęcia stosownych działań są problemy alkoholowe, których doświadcza znaczna część mieszkańców kraju. Według szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych liczbę osób uzależnionych od alkoholu należy oszacować na około 800 tys. osób (tj. 2% populacji), przy czym w stacjonarnych i ambulatoryjnych placówkach leczenia odwykowego w ostatnich latach zarejestrowanych było średniorocznie około 150 tys. osób. Negatywne konsekwencje uzależnienia są boleśnie odczuwane przez osoby żyjące w otoczeniu alkoholika (współmałżonków, rodziców), których liczbę należy oszacować na około 1,5 mln. Bardzo poważną kwestią pozostają problemy doświadczane przez dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików których jest około 1,5 mln. Zdaniem ekspertów poważne szkody związane z piciem alkoholu przez dzieci i młodzież występują u około 10–15% populacji w wieku między 15 a 18 rokiem życia, ale rozmiary realnych zagrożeń są znacznie wyższe. Szkody występujące u członków rodzin z problemem alkoholowym obejmują przede wszystkim schorzenia psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne spowodowane chronicznym stresem i przemocą oraz demoralizację, ubóstwo i zmniejszenie szans życiowych. W 2007 r. objęto wsparciem w ramach pomocy społecznej 100 tys. rodzin, które jako pierwszy powód przyznania pomocy wymieniły problemy alkoholowe.

Biorąc pod uwagę powyższe kwestie zakłada się podjęcie działań na rzecz zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin. Udzielana będzie pomoc młodzieży pijącej alkohol oraz ich rodzicom. Zwiększanie zostanie dostępność pomocy psychologicznej dla dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych i dzieci z zespołem FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy – *Fetal Alcohol Syndrome*). Kontynuowane będą programy skierowane na przeciwdziałanie przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym.

Problematyka narkomanii w Polsce, zgodnie z wynikami badań zleconych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, stanowi nadal istotny problem, który dotyka różne grupy społeczne, jak i wiekowe. Na podstawie przeprowadzonych badań liczbę problemowych użytkowników narkotyków szacuje się na poziomie pomiędzy 100 tys. a 125 tys. osób, przy czym liczbę osób pozostających w systemie leczenia (stacjonarne i ambulatoryjne) szacuje się na około 45 tys. osób. W badaniu populacji generalnej przeprowadzonych w 2006 r. oszacowano, że liczba osób przebywających poza leczeniem jest ponad sześć i pół razy większa grupa osób leczonych. Wysoce niepokojącym zjawiskiem jest używanie substancji odurzających wśród młodzieży. Choć ostatnie badanie ESPAD wskazuje na pojawienie się pozytywnych tendencji, to nadal poziom zagrożenia w odniesieniu do substancji legalnych jest nadal wysoki. Większość wskaźników dotyczących substancji nielegalnych także jest dość wysoka, chociaż niższa niż w przypadku substancji legalnych i wykazuje oznaki spadku. Prowadzenie działań profilaktycznych powinno zatem stanowić bezwzględny priorytet.

Biorąc pod uwagę powyższe kwestie dążyć należy do rozpropagowania działań z zakresu profilaktyki kierowanej do młodzieży oraz zagwarantowania systemu leczenia, rehabilitacji i reintegracji dla osób z problemem narkotykowym. Zakłada się podjęcie działań na rzecz zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej dla rodzin osób uzależnionych, jak również kontynuowanie szkoleń z zakresu przeciwdziałania narkomanii dla grup zawodowych mających kontakt z tym problemem.

Obecnie, polityka państwa wobec osób starszych nastawiona jest przede wszystkim na wsparcie tych osób w ich środowisku naturalnym. Najważniejszym elementem systemu wsparcia osób starszych jest samorząd gminny, którego jednym z zadań jest jak najefektywniejsze wsparcie osób starszych w środowisku. Gmina w tym celu świadczy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, tworzy dzienne domy pobytu, w których organizowane są zajęcia dla tych osób. Placówki takie prowadzone są również przez organizacje pozarządowe, często otrzymujące wsparcie finansowe na ten cel ze środków publicznych.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, iż istnieje konieczność wypracowania rozwiązań systemowych na poziomie krajowym i samorządowym, które zagwarantują osobom starszym pełną realizację ich praw, a tym samym umożliwią im godny udział w życiu społecznym. Przedstawiciele środowisk naukowych skupieni w Komitecie Prognoz „Polska 2000 Plus” Polskiej Akademii Nauk, postulują wprowadzenie rozwiązań systemowych w różnych sferach życia społecznego (usługach opiekuńczych, edukacji, kulturze, aktywności społecznej, aktywności zawodowej, mieszkalnictwie, produkcji wyrobów i usług oraz nauce), co jest warunkiem kluczowym dla poprawy warunków życia ludzi starszych²⁴.

Celem podejmowanych działań powinno być również wykorzystanie potencjału ludzkiego seniorów. Nowe podejście do kwestii osób starszych jest konieczne ze względu na uwarunkowania demograficzne (wzrost odsetka tej populacji) oraz przekształcenia społeczne, których wynikiem jest osłabienie tradycyjnych więzi rodzinnych, a w efekcie – poczucie izolacji u coraz większej rzeszy seniorów. W tej sytuacji należy wspierać środowiska towarzyskie i organizacje seniorskie, które stanowią szansę na integrację społeczną osób starszych.

2.3. Priorytet 1. Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży

Działanie 2.3.1. Poprawa sytuacji dochodowej rodzin

Podstawowym celem realizowanych inicjatyw jest zmniejszenie skali ubóstwa wśród dzieci. Projektowane działania zakładają kontynuację programów mających na celu aktywizację zawodową niepracujących członków rodzin wychowujących dzieci oraz rozwój wsparcia w ramach systemu świadczeń społecznych.

Aktywizacja zawodowa niepracujących rodziców

Podniesienie poziomu aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób będących w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy jest jednym z celów działań podejmowanych przez Publiczne Służby Zatrudnienia. Do grup znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy zaliczono m.in.: kobiety, które nie podjęły zatrudnienia po urodzeniu dziecka

²⁴ Memoriał Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN dla najwyższych władz Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie programu działań na rzecz poprawy sytuacji ludzi w starszym wieku, Warszawa, 29 stycznia 2008 r.

oraz bezrobotnych samotnie wychowujących co najmniej jedno dziecko do 18 roku życia. Grupy te zostały objęte kompleksowymi programami aktywizacji zawodowej, które są wdrażane w regionach przez Powiatowe Urzędy Pracy we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej, powiatowymi centrami pomocy rodzinie oraz podmiotami prywatnymi (w tym m.in. organizacjami pozarządowymi). Programy aktywizacji zawodowej są współfinansowane przez Europejski Fundusz Społeczny. Podejmowane działania zakładają realizację zindywidualizowanych i kompleksowych form aktywizacji zawodowej poprzez m.in.: szersze zastosowanie Indywidualnych Planów Działania i kontraktów socjalnych oraz rozwinięcie wsparcia towarzyszącego (opieka nad dziećmi i osobami zależnymi) kierowanego do osób pragnących powrócić na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dzieci. Istotnym elementem programów są także działania mające na celu upowszechnienie i promocję alternatywnych i elastycznych form zatrudnienia oraz metod organizacji pracy (telepraca, praca w niepełnym wymiarze czasu pracy). Planuje się, iż w 2008 r. w ramach programów prowadzonych przez urzędy pracy, wsparciem zostanie objętych ogółem 56 tys. osób bezrobotnych i biernych zawodowo, w tym zwłaszcza osób będących w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy. Prognozuje się, iż ok. 33% osób, które zakończyły udział w programach podejmie pracę w okresie do 6 miesięcy po ich zakończeniu²⁵.

Zapewnienie równego dostępu kobiet i mężczyzn do zatrudnienia jest celem projektu „Godzenie ról zawodowych i rodzinnych kobiet i mężczyzn” realizowanego przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej ze środków Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. W ramach projektu podejmowane będą działania badawczo-diagnostyczne i informacyjno-promocyjne, w wyniku których powstanie krajowa mapa drogowa budowy skutecznego monitorowania i prognozowania sytuacji na rynku pracy osób zagrożonych dezaktywacją zawodową i dyskryminacją na rynku pracy, spowodowaną koniecznością opieki nad dzieckiem. Badania przeprowadzone w trakcie trwania projektu zaowocują analizami, które będą mogły posłużyć przy zmianach ustaw dotyczących problematyki godzenia ról zawodowych i społecznych kobiet i mężczyzn oraz uregulowań prawnych sytuacji żłobków i alternatywnych form opieki przedszkolnej. Docelowo zakłada się osiągnięcie wskaźnika aktywności zawodowej kobiet do 60% oraz zmniejszenie różnic w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn do 12%.

Ważnym uzupełnieniem działań będą również planowane do realizacji przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej projekty wyłaniane w drodze konkursów, w ramach Poddziałania 1.3.2. „Projekty na rzecz promocji równych szans kobiet i mężczyzn oraz godzenie życia zawodowego” PO KL. Celem konkursów będzie pilotażowa realizacja kompleksowych programów powrotu do pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowywaniem dzieci, tworzenie ośrodków opieki nad dziećmi w miejscu pracy oraz rozwijanie alternatywnych form opieki nad dziećmi. Będą również realizowane projekty mające na celu upowszechnianie alternatywnych form zatrudnienia i metod organizacji pracy oraz uelastycznienie czasu pracy pracownika. Na konkurs przewidziano alokacje w kwocie 4 mln zł., a na całe Poddziałanie - ponad 9 mln euro.

Ulga prorodzinna

W 2007 r. została wprowadzona ulga prorodzinna, która polega na odliczeniu stosownej kwoty na każde dziecko od podatku dochodowego po dokonaniu odliczeń z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. W ramach ulgi podatnik ma prawo odliczyć ww. kwotę na każde dziecko, własne lub przysposobione (adopcja pełna i niepełna), które wychowywał w ciągu

²⁵ *Krajowy Plan Działania na rzecz Zatrudnienia na rok 2008*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, , Warszawa 2008.

roku podatkowego. Ulga dotyczy dzieci małoletnich, dzieci które otrzymały zasiłek pielęgnacyjny oraz dzieci do 25 r. życia, które pobierały naukę w szkołach i nie uzyskały dochodów (z wyjątkiem dochodów wolnych od podatku dochodowego, renty rodzinnej oraz dochodów w wysokości nie powodującej obowiązku zapłaty podatku). Wysokość odliczenia od podatku na każde wychowywane dziecko wyniosła 1145,08 zł. Zgodnie z prognozami, wprowadzone rozwiązanie podatkowe w istotny sposób przyczynia się do redukcji stopy ubóstwa (zmiana o 1,18 %).

Z ulgi prorodzinnej od 2009 r. będą korzystać: rodzice, którym przysługuje władza rodzicielska, opiekunowie prawni dziecka, o ile dziecko z nimi zamieszkiwało oraz osoby sprawujące opiekę poprzez pełnienie funkcji rodziny zastępczej.

Ulga przysługiwać będzie na dzieci: małoletnie, niepełnosprawne (bez względu na wiek i wysokość dochodów), jeżeli otrzymują zasiłek lub dodatek pielęgnacyjny, rentę socjalną oraz pełnoletnie (do ukończenia 25 roku życia) uczące się w szkołach (również poza granicami kraju), jeżeli w roku podatkowym dzieci te nie uzyskały dochodów podlegających opodatkowaniu według skali podatkowej lub na zasadach określonych w art. 30b (19% podatek od dochodów uzyskanych z tytułu odpłatnego zbycia m.in. papierów wartościowych) w łącznej wysokości przekraczającej kwotę stanowiącą iloraz kwoty zmniejszającej podatek oraz stawki podatku, określonych w pierwszym przedziale skali podatkowej, z wyjątkiem renty rodzinnej.

Ulga przysługiwać będzie za miesiące kalendarzowe, w których dziecko pozostawało pod władzą rodzicielską, opieką prawną lub w rodzinie zastępczej. Odliczenie dotyczyć będzie łącznie obojga rodziców, opiekunów lub rodziców zastępczych dziecka pozostających w związku małżeńskim. Kwotę ulgi będą mogli odliczyć od podatku w częściach równych lub w dowolnych proporcjach przez nich ustalonych.

Nowe zasady przewidują, iż z ulgi będą mogli korzystać także rodzice, których dzieci uczą się lub studiują za granicą. Zmiana ta będzie miała już zastosowanie do rozliczenia za 2008 r., podobnie jak zmiana, z której wynika, że ulga przysługuje także na dzieci niepełnosprawne, otrzymujące zasiłek lub dodatek pielęgnacyjny, rentę socjalną.

Wysokość ulgi na każde dziecko za 2008 r. wynosi 1.173,70 zł, zaś za 2009 r. będzie to kwota 1.112,04 zł.

Wsparcie dzieci w ramach systemu świadczeń społecznych

Do działań, jakie podejmie w najbliższym czasie Rząd w celu ograniczenia poziomu ubóstwa wśród dzieci poprzez system świadczeń rodzinnych, należeć będzie przede wszystkim weryfikacja z dniem 1 listopada 2009 r. kwot kryteriów dochodowych i wysokości świadczeń. Ponadto, z dniem 1 października 2008 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. Nr 192, poz.1378, z późn. zm.). Świadczenia z funduszu alimentacyjnego będą przysługiwać zarówno w niepełnych (jak przy zaliczce alimentacyjnej) jak i w pełnych rodzinach, w sytuacji braku egzekucji zasądzonych alimentów na dziecko w wieku do ukończenia 18. roku życia (do ukończenia 25. roku życia – jeżeli się uczy lub studiuje) oraz dla osób niepełnosprawnych – bezterminowo. Przewiduje się, że w 2009 r. liczba osób korzystających ze świadczeń z funduszu alimentacyjnego wyniesie ok. 700 tys.

Działanie 2.3.2. Rozwój usług opiekuńczych nad dzieckiem

Rozwój form opieki nad dzieckiem (w tym również opieki zastępczej)

Liczba dzieci w żłobkach na 1 000 dzieci w wieku do trzech lat uległa zwiększeniu z 19,7 w 2004 r. do 23,0 w 2006 r. Oczekuje się, iż w kolejnych latach liczba nowych miejsc w

żłobkach będzie wzrastać, w szczególności na terenach wiejskich, gdzie dostępność do tej formy usług opiekuńczych nad dzieckiem jest najmniej rozwinięta.

W ramach Programu Program „Solidarność pokoleń. Działania na rzecz wzrostu liczby dzieci w Polsce i ograniczenia ich ubóstwa i wykluczenia społecznego” zaproponowane zostaną rozwiązania z zakresu organizacji opieki nad dziećmi pozwalające rodzicom małych dzieci (0-3), którzy chcą kontynuować pracę zawodową, na pozostanie na rynku pracy. Planowany jest rozwój zintegrowanego systemu opieki nad małymi dziećmi, którego elementem będzie zmiana przyporządkowania i zasad tworzenia i funkcjonowania żłobków, stworzenie alternatywnych form opieki takich jak „dzienny rodzic”, wspieranie rozwoju wiejskich przedszkoli. Pod uwagę brany jest również rozwój nowych form wsparcia rodzin, zachęcających do aktywności zawodowej – w oparciu o doświadczenia europejskie takie jak implementacja *Working Tax Credit* w Wielkiej Brytanii.

Kontynuowane są działania mające na celu zwiększenia odsetka dzieci uczęszczających do przedszkoli. W roku szkolnym 2007/2008 odsetek dzieci w wieku 3-5 lat uczęszczających do placówek wychowania przedszkolnego wyniósł 47,5%. Zgodnie z zamierzeniami wskaźnik ten powinien osiągnąć w 2012 r. poziom zbliżony do 70%.

Ponadto jednym z celów wsparcia Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w obszarze edukacji jest wzrost odsetka dzieci w wieku 3–5 lat na obszarach wiejskich uczestniczących w różnych formach edukacji przedszkolnej z 19% (w 2006 r.) do 30% (w 2013 r.). Wsparcie na rzecz działań służących upowszechnianiu edukacji przedszkolnej zostało przewidziane w ramach Priorytetu IX PO Kapitał Ludzki Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach w Poddziałaniu 9.1.1 Zmniejszanie nierówności w stopniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej. W ramach Poddziałania 9.1.1 wsparciem mogą być objęte następujące typy projektów:

- tworzenie przedszkoli (w tym również uruchamianie innych form wychowania przedszkolnego) na obszarach i w środowiskach o niskim stopniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej (w szczególności na obszarach wiejskich),
- wsparcie istniejących przedszkoli (w tym również funkcjonujących innych form wychowania przedszkolnego) przyczyniające się do zwiększonego uczestnictwa dzieci w wychowaniu przedszkolnym np. wsparcie dla przedszkoli i innych form wychowania przedszkolnego zagrożonych likwidacją, wydłużenie godzin pracy, uruchomienie dodatkowego naboru dzieci, zatrudnienie dodatkowego personelu itp.,
- opracowanie i realizacja kampanii informacyjnych promujących edukację przedszkolną.

Alokacja finansowa w ramach PO Kapitał Ludzki przeznaczona na finansowanie działań służących zmniejszeniu nierówności w stopniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej zgodnie z zapisami Szczegółowego Opisu Priorytetów PO KL stanowi ponad 243 mln euro.”

W 2010 r. planuje się wprowadzenie nowych regulacji prawnych, które przyczynią się do rozwoju i zróżnicowania form pieczy zastępczej nad dzieckiem. Nowe rozwiązania zakładają upowszechnienie rodzinnych form pieczy zastępczej, w tym zwłaszcza zawodowej pieczy zastępczej. Ponadto, planuje się zmianę standardów w istniejących placówkach opiekuńczo-wychowawczych, a w szczególności – zmniejszenie wielkości placówek, które docelowo powinny przyjmować do 14 dzieci. Wprowadzony zostanie także zakaz umieszczania w placówkach opiekuńczo-wychowawczych dzieci do 10 roku życia. Wspomnianym działaniom będzie towarzyszyć profilaktyka i intensywna praca z rodziną biologiczną dzieci zagrożonych umieszczeniem lub już objętych pieczą zastępczą.

Wsparcie rodzin zastępczych jest zadaniem własnym jednostek samorządu terytorialnego (powiatów). Budowa lokalnych systemów opieki nad dzieckiem i rodziną jest ponadto wspierana finansowo przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w drodze konkursowej. W 2008 r. przeznaczono kwotę 7,8 mln zł na dofinansowanie najlepszych programów zgłaszanych przez samorządy w zakresie: profilaktyki i tworzenia środowiskowej pomocy dla rodzin z dziećmi oraz zespołów interdyscyplinarnych; promocji zawodowych niespokrewnionych z dzieckiem rodzin zastępczych; szkoleń oraz pomocy w usamodzielnieniu pełnoletnich wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych i rodzin zastępczych. W drodze konkursu wyłoniono 322 programy (139 gminne i 183 powiatowe), w tym 94 programy mające na celu zapobieganie niedostosowaniu społecznemu i przestępczości wśród dzieci i młodzieży.

Rozwój działań profilaktycznych w zakresie wsparcia rodzin doświadczających trudności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych

Od 2010 r. planuje się powoływanie asystentów rodzinnych, których zadaniem będzie realizacja działań profilaktycznych w gminie, praca ze znajdującymi się w kryzysie rodzinami wychowującymi dzieci oraz udzielanie wsparcia rodzinom zagrożonym dysfunkcją opiekuńczo-wychowawczą. Zadanie to będzie odbywać się w oparciu o odrębny rządowy program wieloletni, koordynowany na poziomie samorządu województwa. Pracę asystenta rodziny wspomagać będą tworzone w gminach zespoły interdyscyplinarne, a wsparciem profilaktyki mają być działające w środowisku lokalnym tzw. rodziny wspierające.

W planach znajduje się dalsza organizacja placówek opiekuńczo – wychowawczych wsparcia dziennego, w tym świetlic środowiskowych oraz socjoterapeutycznych, klubów młodzieżowych, a także ognisk wychowawczych oferujących profesjonalną pomoc psychologiczną, pedagogiczną dzieciom i ich rodzicom. Przewiduje się, że do 2010 roku powstanie 200 nowych świetlic i klubów młodzieżowych. Działania te będą corocznie wspierane kwotą 800 tys. zł w ramach programu resortowego „*Świetlica, Praca i Staż – socjoterapia w środowisku gminnym*”, który jest adresowany do samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych.

Działanie 2.3.3. Wyrównywanie szans edukacyjnych oraz wsparcie dla uczących się dzieci i młodzieży z ubogich rodzin

Obniżenie wieku obowiązku szkolnego oraz upowszechnienie wychowania przedszkolnego

Od roku szkolnego 2009/2010 planuje się obniżenie wieku spełniania obowiązku szkolnego do 6 lat (w okresie przejściowym, w latach 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012 decyzję dotyczącą podjęcia nauki szkolnej przez dzieci 6-letnie będą podejmować ich rodzice). W roku 2009/2010 dzieci 5-letnie będą miały prawo do rocznego przygotowania przedszkolnego. Od roku 2010/2011 roczne przygotowanie przedszkolne dla dzieci 5-letnich będzie obowiązkowe. Wprowadzone rozwiązania w istotny sposób przyczynią się do wyrównywania szans edukacyjnych, podniesienia jakości edukacji oraz spowodują dostosowanie wieku obowiązku szkolnego do standardu obowiązującego w większości krajów europejskich. Ponadto, osoby prywatne oraz podmioty instytucjonalne otrzymały możliwość tworzenia nowych formy wychowania przedszkolnego – zespołów wychowania przedszkolnego oraz punktów przedszkolnych, które są wspierane finansowo przez samorządy (40 procentowa dotacja na każdego wychowanka). Celem wprowadzanych rozwiązań jest upowszechnianie edukacji przedszkolnej. Dzieci, w których przypadku nie jest konieczne uczęszczanie do przedszkola w pełnym wymiarze godzin, będą mogły realizować program edukacyjny i przebywać z rówieśnikami. Nowe formy wychowania przedszkolnego są propozycją zarówno dla środowisk wiejskich, gdzie dostęp do edukacji jest utrudniony, jak

i dla środowisk wielkomiejskich, w których dzieci zagrożone są dziedziczeniem różnego rodzaju problemów społecznych. W dalszym ciągu ponadto będzie kontynuowany rozwój alternatywnych form wychowania przedszkolnego organizowanych przez organizacje pozarządowe przy współfinansowaniu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wyrównywanie szans edukacyjnych w dostępie do kształcenia dzieci z rodzin ubogich

Wypłacane stypendia i zasiłki szkolne o charakterze socjalnym (w roku szkolnym 2007/2008 wypłacono łącznie 1 350 tys. stypendiów) stanowią niezwykle ważne wsparcie dla dzieci z ubogich rodzin. W kolejnych latach planowana jest dalsza realizacja dotychczasowych form pomocy stypendialnej przeznaczonych dla uczniów znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej. Ponadto w dalszym ciągu prowadzone będzie dofinansowanie zakupu podręczników szkolnych dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej. W kolejnych trzech latach, rozpoczynając od 2009 r. rezygnuje się z dofinansowania zakupu podręczników dzieciom rozpoczynającym obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne na rzecz uczniów z klas gimnazjów wymienionych w programie „Wyprawka szkolna”. Zmiany podyktowane są wprowadzeniem nowej podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Planowana jest ponadto dalsze dofinansowywanie programów edukacyjnych (m.in. „Wyprawka szkolna” oraz „Bezpieczna i przyjazna szkoła”), realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe

Zadania dotyczące wyrównywania szans edukacyjnych w dostępie do kształcenia dzieci z rodzin ubogich finansowane są z rezerwy celowej budżetu państwa nr 35 „Dofinansowanie Narodowego Programu Stypendialnego” (wysokość finansowania w 2008 r. wyniosła 613 mln zł.). W dalszym ciągu realizowany będzie Program „Pomoc państwa w zakresie żywienia”. W okresie styczeń-wrzesień 2007 r. z posiłków skorzystało ok. 1,2 mln dzieci i młodzieży do czasu ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej (w tym 673 tys. na wsi). Źródłem finansowania Programu w latach 2006 – 2009 są środki własne gmin oraz środki planowane w budżecie państwa, przy czym budżet państwa gwarantuje corocznie kwotę nie niższą niż 500 mln zł. W latach 2006-2009 łączna kwota wydatkowana z budżetu państwa (bez środków własnych gmin) na realizację Programu wyniesie nie mniej niż 2 mld zł. W następnych latach planuje się dalsze zwiększanie liczby wydawanych posiłków gorących, a w szczególności zwiększenie liczby posiłków dwudaniowych. W dalszym ciągu kontynuowana jest ponadto realizacja programu „Szklanka mleka”, w ramach którego udzielane są dopłaty do spożycia mleka i przetworów mlecznych w placówkach oświatowych. Koordynacją programu zajmuje się Agencja Rynku Rolnego.

Rodziny wychowujące dzieci w wieku szkolnym mogą ubiegać się w ramach systemu świadczeń rodzinnych o dodatki do zasiłku rodzinnego, związane z edukacją, do których należy dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego, z którego w 2007 r. skorzystało ponad 3 mln dzieci, oraz dodatki z tytułu podjęcia nauki w szkole poza miejscem zamieszkania, których wypłacono w 2007 r. na 454 tys. dzieci. Wydatki budżetu państwa na te świadczenia wyniosły w 2007 r. 590 mln zł. Począwszy od 1 września 2009 r., w związku z weryfikacją kwot świadczeń rodzinnych i kryteriów dochodowych, wysokość dodatków związanych z edukacją dzieci może się zwiększyć.

Pomoc stypendialna dla uczniów najbardziej uzdolnionych przewidziana jest również w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki w ramach Priorytetu IX PO Kapitał Ludzki Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach w Poddziałaniu 9.1.3 Pomoc stypendialna dla uczniów szczególnie uzdolnionych. W ramach Poddziałania 9.1.3 możliwa jest realizacja regionalnych programów pomocy stypendialnej dla szczególnie uzdolnionych uczniów

(zwłaszcza w zakresie nauk matematycznych, przyrodniczych i technicznych) szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, których niekorzystna sytuacja materialna stanowi barierę w rozwoju edukacyjnym.

Alokacja finansowa w ramach PO KL przeznaczona na finansowanie pomocy stypendialnej dla uczniów szczególnie uzdolnionych według Szczegółowego Opisu Priorytetów PO KL stanowi 31,5 mln euro, z czego prawie 27 mln euro pochodzi z Europejskiego Funduszu Społecznego. IZ PO KL szacuje, iż powyższa kwota pozwoli na objęcie regionalnymi programami stypendialnymi ok. 3000 uczniów rocznie.

Wyrównywanie szans edukacyjnych wynikających z różnic pomiędzy miastem a wsią

Rozpoczęto realizację „Programu rozwoju edukacji na obszarach wiejskich na lata 2008-2013”. W ramach kompleksowych działań podejmowanych przez rząd we współpracy z jednostkami samorządowymi wyeliminowane będą bariery utrudniające uczniom przechodzenie na wyższe poziomy edukacji. Realizacja programu ma się przyczynić do wzmocnienia istniejącego potencjału szkoły i środowiska lokalnego oraz do poprawy dostępności do infrastruktury edukacyjnej, społecznej i kulturalnej na terenach wiejskich. Działania mają ponadto umożliwić mieszkańcom obszarów wiejskich dostęp do nowoczesnych technologii teleinformatycznych. W ramach programu przewiduje się dofinansowanie wypoczynku letniego ubogich dzieci z terenów wiejskich, w tym dzieci byłych pracowników państwowych przedsiębiorstw gospodarki rolnej. Program będzie finansowany ze środków budżetu państwa, środków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej. W 2008 r. planowana wysokość finansowania Programu ma wynieść 650 mln zł.

2.4. Priorytet 2. Integracja przez aktywizację

Działanie 2.4.1. Rozwój ekonomii społecznej

Rozwój sektora ekonomii społecznej wspierany jest z uwagi na połączenie działań o charakterze zatrudnieniowym z działaniami na rzecz integracji społecznej oraz budową sektora usług społecznych. Wsparcie ekonomii społecznej stanowi jeden z elementów budowania pluralistycznej polityki społecznej (*welfare pluralism*), która umożliwi rozwój dopasowanych do zindywidualizowanych potrzeb, usług lokalnych tworzących nowe obszary aktywności społecznej a jednocześnie stanowiących element polityk publicznych. Głównym realizatorem działań aktywizacyjnych prowadzonych w ramach sektora ekonomii społecznej są jednostki samorządu terytorialnego działające w ramach partnerstwa publiczno - społecznego z sektorem obywatelskim.

Budowa infrastruktury wsparcia dla ekonomii społecznej

W ramach komponentu regionalnego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (Priorytet VII) przewidziano stworzenie instytucji realizujących usługi i doradztwo na rzecz podmiotów ekonomii społecznej. Przewiduje się stworzenie i funkcjonowanie docelowo czterdziestu instytucji wsparcia sektora ekonomii społecznej (co najmniej dwie w każdym województwie), świadczących następujące usługi:

- usługi prawne, księgowo, marketingowe, doradztwo finansowe;

- doradztwo (indywidualne i grupowe) oraz szkolenia umożliwiające uzyskanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do założenia i prowadzenia działalności w sektorze ekonomii społecznej;
- rozwój partnerstwa lokalnego na rzecz rozwoju ekonomii społecznej;
- promocję ekonomii społecznej i zatrudnienia w sektorze ekonomii społecznej.

Budowa sieci wsparcia jest jednym z celów szczegółowych w realizacji Priorytetu VII PO KL – Promocja integracji społecznej. Działania te, wspierane będą w ramach krajowego projektu systemowego Priorytetu I PO KL (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) poprzez włączenie regionalnych instytucji wsparcia w ogólnokrajową sieć współpracy oraz szeroki program edukacyjno – doradczy obejmujących zarówno pracowników jednostek publicznych i pozarządowych jak również przedstawicieli władz publicznych.

Od 2008 roku planowana jest również programowa instytucjonalizacja ekonomii społecznej w formie, umocowanego w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej decyzją rządu, zespołu zadaniowego (z udziałem przedstawicieli administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego, przedstawicieli ekonomii społecznej oraz ekspertów), którego głównym celem będzie przygotowanie strategii rozwoju ekonomii społecznej oraz tworzenie rozwiązań prawno-instytucjonalnych, i finansowych oraz działań edukacyjnych związanych z funkcjonowaniem podmiotów ekonomii społecznej w Polsce.

Wsparcie Klubów i Centrów Integracji Społecznej

Kontynuowane będzie wsparcie osób wykluczonych poprzez realizację indywidualnych programów zatrudnienia socjalnego oraz zajęć organizowanych przez Centra Integracji Społecznej i Kluby Integracji Społecznej. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na wysoką skuteczność aktywnych form pomocy, która pozwala osiągnąć wskaźnik stopy ponownego zatrudnienia w grupach szczególnego ryzyka wykluczenia społecznego na poziomie 60 – 70%. Wśród uczestników zajęć dominują osoby w wieku 45 – 50 lat. Średniorocznie Centra Integracji Społecznej przyjmują 2,5 tys. uczestników. Przewiduje się, iż w latach 2008-2010 tą formą aktywizacji zostanie objętych 7,5 – 10 tys. osób. W ramach projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (Priorytet I) przewiduje się realizację szeregu projektów wspierających rozwój podmiotów ekonomii społecznej, w tym w szczególności utworzenie Krajowego Ośrodka Edukacyjno-Doradczy oraz czterech ośrodków terenowych dla ekonomii społecznej i zatrudnienia socjalnego dostarczających usługi analityczne, metodyczne i edukacyjne dla pracowników instytucji zatrudnia socjalnego, zaś w ramach Priorytetu VII możliwość finansowania tworzenia nowych i funkcjonowania dotychczasowych Centrów i Klubów.

Wśród innych działań należy wymienić stworzenie jednolitego standardu sieci informatycznej na potrzeby Centrum Integracji Społecznej oraz budowę pilotażowego internetowego systemu informacyjnego na temat dostępnych ofert pracy dla osób kończących zajęcia w Centrach.

Wsparcie rozwoju spółdzielczości socjalnej

Obecnie istnieje 149 spółdzielni socjalnych, zrzeszających blisko 1 tys. osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. W celu zwiększenia dynamiki rozwoju tych podmiotów zakłada się w 2008 r. przyjęcie nowelizacji ustawy o spółdzielniach socjalnych. Wśród nowych rozwiązań planuje się złagodzenie proporcji pomiędzy osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym a pozostałymi członkami spółdzielni do stanu 50 na 50, wprowadzenie możliwości tworzenia spółdzielni socjalnych przez jednostki samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe oraz zwiększenie poziomu dotacji z Funduszu Pracy dla spółdzielni socjalnych. Przewidziano również zwiększenie wsparcia przy refundacji kosztów

ubezpieczenia społecznego jak również nowe rozwiązania dotyczące klauzul społecznych w zamówieniach publicznych preferujące podmioty zatrudniające osoby wykluczone społecznie. Ponadto w ramach Priorytetu VI Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki przewidziano dodatkowy komponent wspierający osoby niezatrudnione w tworzeniu spółdzielni (wsparcie szkoleniowe, dotacje wsparcie pomostowe). Przewiduje się, iż w wyniku wprowadzonych zmian regulacyjnych oraz wsparcia finansowego w 2013 r. w spółdzielniach socjalnych zatrudnionych będzie 7 – 10 tys. osób.

Działanie 2.4.2. Rozwój narzędzi i instrumentów na rzecz aktywnej integracji

Budowa systemu aktywnej integracji stanowi jedno z kluczowych wyzwań polityki społecznej państwa. Nowa polityka integracji wymaga z jednej strony zmianę filozofii dotychczasowego działania instytucji publicznych, na rzecz budowy partnerstwa publiczno – społecznego w programowaniu i realizacji zadań publicznych, z drugiej zaś potrzebę przebudowy i skoordynowania instrumentów aktywizujących zwłaszcza w obszarze pomocy społecznej i rynku pracy.

Wypracowanie modelu integracji społecznej na poziomie lokalnym

W 2009 r. w ramach zmian legislacyjnych ustawy o promocji zatrudnienia zostaną wprowadzone rozwiązania umożliwiające pełną współpracę publicznych służb zatrudnienia oraz pomocy społecznej na rzecz osób bezrobotnych zagrożonych wykluczeniem społecznym tak aby zapewnić najbardziej efektywną aktywizację osób oddalonych od rynku pracy. Elementem uzupełniającym w ramach Priorytetu VII PO KL jest zobowiązanie do tworzenia lokalnych partnerstw z udziałem służb zatrudnienia, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych na rzecz koordynacji lokalnej polityki integracji społecznej.

Dodatkowo w okresie 2008 – 2010 zostanie wdrożony pilotażowy program rewitalizacji społecznej w gminach wiejskich i miejskich. Realizacja programów nastąpi przy wykorzystaniu metod indywidualnej i środowiskowej pracy socjalnej, oraz instrumenty aktywnej integracji, m.in. grupy samopomocy, kluby integracji społecznej oraz świetlice środowiskowe. Programy pilotażowe będą prowadzone w formule partnerstwa obejmującego struktury samorządu lokalnego (w tym ośrodki pomocy społecznej), organizacje pozarządowe i środowiska lokalne. Na podstawie doświadczeń wyniesionych z przeprowadzonego programu pilotażowego zostaną wypracowane rozwiązania modelowe adresowane do poszczególnych typów gmin. Rozwiązania te zostaną wykorzystywane w następnych latach do realizacji projektów integracyjnych w gminach na terenie całego kraju. Działania te będą realizowane w ramach projektu systemowego „Rewitalizacja społeczna” finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Rozwój narzędzi i instrumentów pracy socjalnej

Podstawowym narzędziem pracy socjalnej jest kontrakt socjalny, będący umową partnerską zawieraną przez pracownika socjalnego i klienta pomocy społecznej (lub rodzinę). Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że jest to instrument efektywny, który poprawia skuteczność udzielanej pomocy poprzez mobilizowanie osób i rodzin do podejmowania działań usamodzielniających. Drugim narzędziem są programy aktywności lokalnej stanowiące działania o charakterze środowiskowym (poszczególnych grup wykluczonych, lub osób na danym terytorium). W ramach kontraktów socjalnych oraz programów aktywności lokalnej przewidziano możliwość finansowania instrumentów aktywnej integracji o charakterze zawodowym, edukacyjnym, zdrowotnym i społecznym dopasowanych do indywidualnych potrzeb osób wykluczonych. Zarówno działania w ramach kontraktów jak i programów umożliwiają działanie komplementarne w stosunku do działań publicznych służb zatrudnienia i innych instytucji rynku pracy. Przewiduje się, że w 2008 r. ponad 60% ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie realizować będzie

działania na rzecz aktywnej integracji. Przewiduje się, że do 2010 roku wskaźnik ten wzrośnie do ok. 80%.

W latach 2008-2013 zakłada znaczący zwiększenie wykorzystania kontraktów socjalnych przez ośrodki pomocy społecznej i powiatowe centra pomocy rodzinie w ramach programów systemowych Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Docelowo zakłada się, iż 10% klientów pomocy społecznej w wieku aktywności zawodowej zostanie objętych kontraktami socjalnymi.

Prace społecznie użyteczne

Kontynuowany będzie rozwój prac społecznie użytecznych, które są efektywnym instrumentem aktywnej polityki zatrudnienia skierowanym do klientów pomocy społecznej. Prace społecznie użyteczne są wykonywane w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, organizacjach lub instytucjach statutowo zajmujących się pomocą charytatywną lub na rzecz społeczności lokalnej przez osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku jednocześnie korzystające ze świadczeń pomocy społecznej. W kwietniu 2008 r. tą formą integracji zawodowej zostało objętych 11,8 tys. osób bezrobotnych. Samorządy gminne mogły się ponadto ubiegać o dofinansowanie organizacji prac społecznie użytecznych w ramach programów Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (*Prace społecznie użyteczne na rzecz budownictwa socjalnego* – patrz Aneks 2.1.3.).

Nowatorska formuła aktywizacji zawodowej i przygotowanie zawodowe dorosłych

W wyniku nowelizacji ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w 2009 roku powstanie nowy instrument aktywnej polityki rynku pracy skierowany zarówno do bezrobotnych, jak i do określonych grup osób poszukujących pracy – przygotowanie zawodowe dorosłych. Zastępuje on dotychczas stosowane przygotowanie zawodowe w miejscu pracy, będąc jednocześnie instrumentem znacznie efektywniejszym i atrakcyjniejszym dla osób uprawnionych do korzystania z niego. Nowa formuła umożliwi sfinansowanie praktycznej nauki zawodu dorosłych (12-18 miesięcy), która daje możliwość przystąpienia do egzaminu kwalifikującego na tytuł zawodowy lub egzaminu czeladniczego oraz przyuczenia do pracy dorosłych (3-6 miesięcy) mającego na celu zdobycie wybranych kwalifikacji zawodowych lub umiejętności niezbędnych do wykonywania określonych zadań zawodowych, potwierdzonych zaświadczeniem. W ramach przygotowania zawodowego dorosłych oprócz kosztów szkolenia osoby uczestniczące mają pokrywane koszty badań lekarskich i psychologicznych, koszty przejazdu, zakwaterowania i egzaminów. Przysługuje im będzie ponadto stypendium w wysokości 120% zasiłku dla bezrobotnych.

Rozwój usług integracji społecznej na rzecz osób powracających do kraju (migrantów powrotnych)

W związku z sygnałami o zmieniającej się koniunkturze gospodarczej w niektórych krajach europejskich, zachodzi potrzeba stworzenia nowego modelu prowadzenia działań integracyjnych, które zawierałyby wskazówki dla instytucji pomocy i integracji społecznej ujęte w formie tzw. standardu powrotu emigrantów do społeczeństwa. W celu wsparcia migrantów powracających do kraju, którzy znajdują się w trudnej sytuacji ekonomiczno-społecznej (np. ze względu na utratę pracy w kraju do którego emigrowali lub bezdomność) zakłada się realizację kompleksowych zadań w obszarze usług reintegracji społecznej i zawodowej. Zadania te będą realizowane w oparciu o środki pochodzące z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w ramach projektu „Działania ukierunkowane na osoby migrujące z i do Polski, w zakresie szkoleń, doradztwa, kampanii informacyjno-promocyjnej”.

Działanie 2.4.3. Realizacja programów integracyjnych na rzecz osób niepełnosprawnych

Podejmowane działania będą nastawione na wzrost aktywności osób niepełnosprawnych dotychczasowych biernych zawodowo, których ograniczenia wynikające z niepełnosprawności utrudniają lub uniemożliwiają podjęcie zatrudnienia w tradycyjnym systemie organizacji pracy. Przewiduje się, iż w 2010 r. wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w grupie wiekowej 15-64 lata wyniesie 21%, a współczynnik aktywności zawodowej – 23%.

Jednym z głównych czynników niskiego zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest niedostateczna koordynacja sfery rehabilitacji zawodowej ze sferą świadczeń, w związku z czym zaplanowano istotne działania mające na celu poprawę stanu rzeczy w tym zakresie. Zakłada się m.in. **stworzenia stabilnych ram prawnych sprzyjających zatrudnieniu osób niepełnosprawnych** (w tym: uproszczenie procedur i zasad wsparcia pracodawców, usprawnienie koordynacji działań różnych podmiotów publicznych na rzecz osób niepełnosprawnych, w szczególności rządu i Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, PFRON, władz wojewódzkich i lokalnych, publicznych służb zatrudnienia, służb społecznych służb wspierających osoby niepełnosprawne). Niezwykle ważny będzie **rozwój usług doradztwa zawodowego i wsparcia** zapewniających wszechstronne i indywidualne podejście do osób niepełnosprawnych, w tym w obszarach wykraczających poza zagadnienie rynku pracy, ale mających często istotny wpływ na powodzenie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, jak doradztwo finansowe, doradztwo zdrowotne, doradztwo z zakresu rehabilitacji społecznej. Usługi te będą oferowane przez publiczne służby zatrudnienia oraz organizacje pozarządowe i finansowane ze środków publicznych (PFRON, EFS, Fundusz Pracy),

W planach jest ponadto **stworzenie prawnych możliwości przeciwdziałania dyskryminacji** osób niepełnosprawnych na rynku pracy oraz przeprowadzenie **zmian w systemie świadczeń** dla osób niepełnosprawnych, które będą miały na celu ograniczanie czynników zniechęcających osoby niepełnosprawne do podejmowania pracy (zmniejszanie lub zawieszanie świadczeń). Elementem zmian będzie budowa systemu świadczeń otrzymywanych w pracy, takich jak dotacje lub premie za powrót do pracy, gwarancje świadczeń przez określony okres po rozpoczęciu zatrudnienia i bezpośrednie pośrednictwo pracy dla osób składających wnioski o przyznanie rent z tytułu niezdolności do pracy (tak zwany „one-stop shop”).

Nowym narzędziem służącym integracji osób niepełnosprawnych są indywidualne programy rehabilitacyjne obejmujące wszechstronne wsparcie, w tym m.in. doradztwo, szkolenia, pomoc psychologiczną oraz wyposażenie m.in. w sprzęt umożliwiający przełamywanie indywidualnych barier funkcjonalnych. Nową formą wsparcia zostaną objęte osoby z rzadko występującymi niepełnosprawnościami oraz niektórymi niepełnosprawnościami sprzężonymi, tj. grupy, które w największym stopniu zagrożone są wykluczeniem społecznym. Indywidualne programy rehabilitacyjne będą realizowane w ramach ogólnopolskich programów integracji i aktywizacji zawodowej współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego. Przewiduje się, iż w latach 2008 – 2010 z tej formy wsparcia skorzysta 6 tys. osób niepełnosprawnych. W latach 2008-2010 zostanie przeprowadzone ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych, którego wyniki posłużą do wypracowania nowych instrumentów rehabilitacyjnych i integracyjnych. Koszt realizacji projektu będzie współfinansowany ze środków EFS w ramach PO KL.

Do 2010 r. przewiduje się dostosowanie *ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* do wymogów UE dotyczących pomocy publicznej, w tym m.in. sposobu i zakresu udzielania pomocy na zatrudnianie i szkolenia przedsiębiorcom

zatrudniającym osoby niepełnosprawne. Planowane jest również opracowanie ustawy o języku migowym, której celem będzie wyrównywanie szans funkcjonowania w społeczeństwie osób niesłyszących i niedosłyszących, posługujących się językiem migowym. Regulacja ta ma wpłynąć na poprawę sytuacji osób niesłyszących i niedosłyszących poprzez zapewnienie obsługi w tym języku w kontaktach osób niesłyszących z instytucjami publicznymi, wykorzystywanie nowoczesnych środków komunikacji tam, gdzie do załatwiania spraw obywatele słyszący korzystają z połączeń telefonicznych, ułatwienie dostępu do informacji w przekazie telewizyjnym. Zakłada się określenie zasad używania polskiego języka migowego i innych sposobów komunikacji w stosunkach obywateli z organami administracji publicznej, a także obowiązków innych podmiotów w zakresie ułatwień komunikacyjnych dla osób posługujących się językiem migowym.

Ponadto, planuje się przygotowanie projektu ustawy o wyrównaniu szans osób niepełnosprawnych, mającej na celu stworzenie warunków dla rzeczywistej równości praw osób niepełnosprawnych i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

2.5. Priorytet 3. Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Działanie 2.5.1. Poprawa jakości usług edukacyjnych

Reforma programowa

W ramach programu *Szkoła przyjaźnie wspomagająca*, zostanie wdrożona reforma systemu edukacji, której celem jest podniesienie jakości nauczania na wszystkich poziomach kształcenia. Jako pierwszy etap zmian, w roku szkolnym 2009/2010 oraz 2010/2011 zostanie zreformowane nauczanie w dwóch pierwszych latach edukacji szkoły podstawowej i gimnazjum. Reforma zakłada m.in. prowadzenie nauczania w małych klasach (do 25 uczniów), wyposażenie szkół w niezbędne materiały edukacyjne, w tym doposażenie sal gimnastycznych. Na wniosek rodziców, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w szkole podstawowej przez dłuższy czas, niż obowiązkowe 25 godzin tygodniowo, z możliwością zjedzenia gorącego posiłku. Uczniom szkół podstawowych, których rodzice zadeklarowali taką potrzebę, powinny być zapewnione posiłki i opieka w czasie pracy rodziców, również w okresie ferii szkolnych.

Modernizacja systemu kształcenia zawodowego i upowszechnienie dostępu do kształcenia ustawicznego

W Ministerstwie Edukacji Narodowej rozpoczęły się prace, których celem jest stworzenie do 2012 roku elastycznego i zgodnego z wymaganiami pracodawców systemu kształcenia zawodowego. Działania w tym zakresie rozpoczął już Zespół opiniodawczo – doradczy, powołany przez Ministra Edukacji Narodowej, w skład którego wchodzi przedstawiciele: resortów, samorządów terytorialnych oraz stowarzyszeń zawodowych i organizacji gospodarczych. Głównym zadaniem Zespołu jest przygotowanie projektu założeń zmian organizacyjnych i programowych w szkolnictwie zawodowym. Ponadto, resort oświaty podejmuje liczne działania, zmierzające do poprawy jakości kształcenia zawodowego. Istotnym wsparciem dla rozwoju kształcenia zawodowego są działania podejmowane w Programie Operacyjnym „Kapitał Ludzki” na lata 2007-2013, współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego. Zaprojektowane zostały zadania o charakterze systemowym, obejmujące m.in.: doskonalenie podstaw programowych kształcenia w poszczególnych zawodach i programów nauczania dla tych zawodów, w tym zapewnienie zgodności programów nauczania z wymogami nowoczesnej gospodarki.

W ramach działania 3.2. wymienionego programu, zatytułowanego „Rozwój systemu egzaminów zewnętrznych”, Centralna Komisja Egzaminacyjna realizuje dziewięć projektów, w tym projekt zaplanowany na lata 2007 – 2008, dotyczący pilotażu nowej formuły egzaminu zawodowego. Rezultatem projektu będzie utworzenie banku zadań do obu etapów: pisemnego i praktycznego tego egzaminu oraz podział zawodów szkolnych na kwalifikacje, co łącznie stanowi warunek konieczny do przeprowadzania egzaminu zawodowego w formule on-line, w dowolnej liczbie terminów w ciągu roku.

Kolejnym działaniem jest opracowanie założeń umożliwiających adaptację na gruncie polskim Europejskiego Systemu Transferu Punktów w Kształceniu i Szkoleniu Zawodowym (ECVET), w powiązaniu z tworzeniem warunków dla uznawania i potwierdzania efektów uczenia się (walidacji) nabywanych w drodze uczenia się pozaformalnego i nieformalnego. Działaniem komplementarnym jest opracowanie bilansu kwalifikacji i kompetencji dostępnych na rynku pracy w Polsce oraz modelu Krajowych Ram Kwalifikacji, przy współfinansowaniu ze środków EFS (projekt w ramach Priorytetu III PO KL, koszt 10 mln zł w latach 2008-2009).

Działanie 2.5.2. Rozwój budownictwa socjalnego

W latach 2008 – 2010 kontynuowany będzie program finansowego wsparcia budownictwa dla najuboższych, na realizację którego przeznaczono z budżetu państwa w 2008 r. 75 mln zł. W 2009 r., po wprowadzeniu zmian legislacyjnych, program powinien dać gminom możliwość podejmowania bardziej elastycznych decyzji w ramach strategii mieszkaniowej. Projektowane rozwiązania pozwolą na uzyskanie wsparcia z budżetu, nie tylko bezpośrednio na budownictwo socjalne, ale także na budowę mieszkań komunalnych, pod warunkiem jednak wygospodarowania ze swego zasobu, równoważnej pod względem ilości i powierzchni liczby mieszkań socjalnych. Rozwiązania takie stworzy znacznie lepsze warunki dla prowadzenia przez gminy polityki mieszkaniowej w zakresie odpowiedniej do potrzeb i uwarunkowań dochodowych alokacji zasobów socjalnych. Przewiduje się, że w wyniku zmian regulacyjnych znacząco wzrośnie liczba powstających lokali socjalnych (obecnie na etapie realizacji znajduje się 2 500 lokali socjalnych i mieszkań chronionych).

W 2008 r. realizowany będzie program Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej „Powrót osób bezdomnych do społeczności”, którego celem jest wsparcie działań na rzecz osób bezdomnych. Na realizację programu Ministerstwo przeznaczyło 5 mln zł, jednak faktyczna wysokość dofinansowania może być większa ze względu na możliwość przekazania na program dodatkowych środków pochodzących z rezerwy ogólnej budżetu państwa. Do końca 2008 r. zostanie przyjęta Krajowa Strategia Przeciwdziałania Bezdomności i Rozwoju Budownictwa Socjalnego. Projekt Strategii zakłada m.in. wypracowanie standardów świadczenia usług wobec osób bezdomnych oraz wdrożenie mechanizmów koordynujących działalność różnych instytucji na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Działanie 2.5.3. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych

W latach 2008-2010 będą realizowane działania zapisane w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Programy będą prowadzone przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, samorządy gminne, samorządy województw (w formie regionalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych) oraz inne resorty (np. Ministerstwo Sprawiedliwości).

Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i dla ich rodzin jest podstawowym celem działań podejmowanych przez Agencję. Oczekuje się, iż w wyniku podjętych inicjatyw w istotnym stopniu ulegnie zwiększeniu odsetek osób korzystających z profesjonalnej pomocy terapeutycznej oraz, że zwiększy się odsetek osób uzależnionych od alkoholu korzystających z pomocy i wsparcia środowisk samopomocowych. Ponadto, zakłada się m.in. przeprowadzenie szkoleń dla pracowników lecznictwa odwykowego w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia oraz współuzależnienia. Udzielana będzie pomoc i wsparcie młodzieży pijącej alkohol oraz ich rodzicom w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu oraz zwiększeniu dostępności pomocy psychologicznej dla dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych i dzieci z płodowym zespołem alkoholowym. Wśród podejmowanych w tym zakresie przez Agencję działań należy wymienić prowadzenie telefonu zaufania o zasięgu ogólnokrajowym oraz realizację szkoleń dla lekarzy, położnych, socjoterapeutów i psychologów.

Samorządy mają za zadanie organizację dodatkowych (poza kontraktami NFZ) programów terapeutycznych dla osób uzależnionych, wspieranie placówek lecznictwa odwykowego oraz prowadzenie punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych. Drugim podstawowym celem działań samorządu gminnego jest zwiększenie dostępności pomocy psychospołecznej i prawnej dla rodzin z problemem alkoholowym, a w szczególności - ochrona przed przemocą.

Działanie 2.5.4. Profilaktyka w zakresie przeciwdziałania narkomanii

W latach 2008-2010 będą realizowane działania zapisane w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010. Programy będą prowadzone przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, samorządy gminne oraz inne organizacje i instytucje rządowe i pozarządowe wskazane w powyższych dokumentach jako realizatorzy działań.

Podstawowym działaniem podejmowanym przez Biuro w celu ograniczenia używania narkotyków będzie inicjowanie oraz wdrażanie działań zmierzających do ograniczenia zjawiska narkomanii oraz podejmowanie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych. Realizacja działań planowana jest między innymi w formie udzielania wsparcia merytorycznego instytucjom, placówkom i osobom zajmującym się problematyką narkomanii, szkoleń dla różnych grup zawodowych, prowadzenie telefonu zaufania, poradni internetowej, jak również poprzez dotowanie w imieniu ministra zdrowia programów z zakresu przeciwdziałania narkomanii.

W wyniku podejmowanych przez Biuro aktywności zwiększeniu ulegnie dostępność do różnych form profilaktyki i leczenia dla osób z grup zagrożonych narkomanią, osób eksperymentujących, uzależnionych od narkotyków oraz ich bliskich. Zakłada się, iż w ten sposób zwiększy się świadomość społeczna w zakresie zagrożeń płynących z użytkowania narkotyków oraz na skutek podejmowanych działań zwiększeniu ulegnie liczba osób korzystających z profesjonalnej pomocy.

Planowany jest również dalszy rozwój współpracy z samorządami terytorialnymi poprzez wspieranie ich w opracowywaniu i wdrażaniu wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, a także w prowadzeniu monitoringu sytuacji epidemiologicznej na poziomie lokalnym. Samorządy mają za zadanie wspieranie lokalnych i regionalnych inicjatyw w zakresie pierwszorzędowej i drugorzędowej profilaktyki narkomanii oraz działań interwencyjnych adresowanych w szczególności do dzieci i młodzieży zagrożonych narkomanią. Ważnym aspektem działań władz lokalnych będzie podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku poprzez opracowywanie i

upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii, prowadzenie edukacyjnych kampanii społecznych oraz współpracę z mediami.

Działanie 2.5.5. Rozwój usług dla ludzi starszych

Znaczne różnicowanie populacji osób starszych w Polsce wskazuje na potrzebę przeprowadzenia pogłębionej diagnozy sytuacji seniorów w oparciu o badania naukowe. Jednym z takich badań jest europejski projekt badawczy SHARE, w Polsce realizowany przez Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Zebrana w trakcie badań baza danych tworzy infrastrukturę badawczą, która pozwoli naukowcom z szerokiej gamy dyscyplin (ekonomia, epidemiologia, gerontologia, ochrona zdrowia, nauki społeczne i psychologia), jak również osobom odpowiedzialnym za politykę społeczno-gospodarczą, na analizowanie procesu starzenia się społeczeństwa. Wiedza w tym zakresie pozwoli na lepsze zrozumienie decyzji o przejściu na emeryturę, funkcjonowaniu opieki zdrowotnej i ich powiązań ze starzeniem się społeczeństwa, a co za tym idzie - na prowadzenie odpowiedniej polityki społecznej. Ponadto, zebrane dane pozwalają na wiarygodne międzynarodowe analizy porównawcze istotne przy ustalaniu krajowych jak i ogólnoeuropejskich polityk.

Ważnym elementem działań związanych z poprawą sytuacji seniorów w Polsce jest funkcjonowanie Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych, który został powołany 25 czerwca 2008 r. W skład zespołu weszli posłowie i senatorowie z wszystkich opcji reprezentowanych w parlamencie. Działalność zespołu ma stanowić odpowiedź na wyzwania, jakie niesie za sobą starzenie się społeczeństwa. W ramach swoich prac, zespół będzie monitorował sytuację seniorów w Polsce pod kątem przestrzegania ich praw. W dalszej kolejności, zespół będzie przyczyniać się do pozytywnych i oczekiwanych przez seniorów zmian w prawie i funkcjonowaniu instytucji. Ważnym zadaniem jest również propagowanie w opinii publicznej pozytywnego wizerunku osób starszych.

Działalność zespołu ma ponadto przyczynić się do usprawnienia wymiany informacji oraz procesu konsultacji aktów prawnych dotyczących sytuacji seniorów. Niezwykle ważnym elementem podejmowanych na każdym etapie prac (jak również – wszystkich działań rządu skierowanych do seniorów) jest ścisła współpraca z organizacjami pozarządowymi i organami władzy publicznej, odpowiedzialnymi za sprawy osób starszych. Zespół współpracuje z grupą ds. osób starszych w Parlamencie Europejskim, AGE Platform oraz innymi krajowymi i międzynarodowymi organizacjami działającymi na rzecz osób starszych.

W dłuższej perspektywie czasowej zadaniem zespołu będzie przyczynienie się do opracowania w Polsce długookresowej strategii na rzecz wykorzystania i wzmocnienia kapitału ludzkiego osób starszych oraz wsparcia tych seniorów, którzy są niesprawni lub niesamodzielni. Strategia ta powinna zapewniać partycypację osób starszych w podejmowaniu decyzji ich dotyczących w samorządach i innych organach władzy publicznej. Zespół zamierza ponadto przyczynić się do stworzenia wspólnych reprezentacji seniorskich.

W najbliższym czasie planuje się wdrożenie nowych regulacji, które przyczynią się do poprawy uczestnictwa seniorów w życiu społecznym, w tym m.in. zostanie uchwalona ustawa wdrażająca niektóre przepisy Unii Europejskiej dotyczące równego traktowania²⁶. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przygotowuje ponadto projekt o zmianie ordynacji wyborczej, który umożliwi seniorom i osobom niepełnosprawnym głosowanie korespondencyjne lub za pomocą pośrednika. Planowana jest również zmiana regulacji

²⁶ Projekt ustawy w sprawie wdrożenia niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania został rozpatrzony na posiedzeniu Komitetu Stałego Rady Ministrów.

dotyczących samorządu terytorialnego i wprowadzenie na poziomie gmin rad seniorskich, co zapewni większy udział organizacji seniorskich w kształtowaniu polityk lokalnych.

Rozwijane będą inicjatywy edukacyjne skierowane do środowiska osób starszych. Osobom starszym zostanie zapewniony szerszy dostęp do uczelni na zasadzie wolnego słuchacza. W planach jest również szersze wsparcie finansowe funkcjonowania Uniwersytetów Trzeciego Wieku, traktowanych jako elementu systemu kształcenia ustawicznego, które obecnie zrzeszają ok. 35 tys. słuchaczy. Aktualnie w Polsce jest blisko 100 uniwersytetów, z których część funkcjonuje w strukturze lub pod patronatem wyższej uczelni, a reszta jest prowadzona przez stowarzyszenia lub działa przy domach kultury, bibliotekach, ośrodkach pomocy społecznej oraz domach dziennego pobytu.

Ważnym aspektem działań skierowanych do ludzi starszych jest wspieranie organizacji seniorskich, w tym zwłaszcza organizacji samopomocowych. Obecnie podmioty te mogą ubiegać się o dofinansowanie prowadzonych inicjatyw z Funduszu Inicjatyw Obywatelskich i innych źródeł. W przyszłości planowane jest zintensyfikowanie wsparcia organizacji seniorskich.

Równolegle będą wprowadzone zmiany w systemie emerytalnym, które pozwolą zapobiegać przedwczesnej dezaktywacji zawodowej młodszych seniorów (patrz Krajowa Strategia Emerytalna). Planuje się również działania na rzecz poprawy usług zdrowotnych dla osób starszych. Zadania te zostały zapisane w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 (Cel Operacyjny 9 „Tworzenie warunków dla zdrowego i aktywnego życia osób starszych”).

W zakresie poprawy usług opiekuńczych, w ramach Szwajcarsko – Polskiego Programu Współpracy zgłoszono do realizacji trzy istotne projekty.

Projekt *Poprawa jakości i dostępu do usług pielęgniarstwa z zakresu opieki środowiskowej oraz opieki długoterminowej dla mieszkańców domów pomocy społecznej* ma na celu przeszkolenie w ramach kursów kwalifikacyjnych ok. 1000 pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego i opieki długoterminowej. Program powiązany będzie także z zakupem sprzętu niezbędnego do świadczenia usług pielęgniarstwa z zakresu opieki środowiskowej lub długoterminowej.

Projekt *Poprawa infrastruktury domów pomocy społecznej lub placówek opiekuńczo-wychowawczych* zakłada realizację programów naprawczych w domach pomocy społecznej lub placówkach opiekuńczo-wychowawczych, w tym zadań inwestycyjnych lub remontowych, także związanych z zakupem niezbędnego wyposażenia i sprzętu lub ich renowacji. Jego podstawowym celem jest poprawa jakości usług świadczonych mieszkańcom tych jednostek lub rozszerzenie wachlarza świadczonych usług.

Projekt *Szkolenia pracowników domów pomocy społecznej lub placówek opiekuńczo-wychowawczych pracujących bezpośrednio z mieszkańcami tych jednostek* zakłada realizację szkoleń pracowników domów pomocy społecznej (dps) będących pracownikami pierwszego kontaktu, pracowników wchodzących w skład zespołów opiekuńczo-terapeutycznych oraz pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych pracujących bezpośrednio z dziećmi zarówno w zakresie problematyki merytorycznej instytucji jak również specjalistycznego zakresu umiejętności interpersonalnych niezbędnych w prawidłowych kontaktach pracowników dps i placówek opiekuńczo-wychowawczych z mieszkańcami i wychowankami.

Z uwagi na specyfikę Programu Współpracy projekty będą realizowane w czterech województwach (lubelskie, małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie).

Działanie 2.5.6. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Podstawą działań na rzecz zapobiegania występowania przemocy w rodzinie jest ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493). Ustawa ta została uchwalona w celu zwiększenia skuteczności prowadzonych działań oraz wspierania inicjatyw mających na celu podnoszenie świadomości społecznej w zakresie przyczyn występowania tej kwestii społecznej. Działania na rzecz zmniejszenia skali zjawiska przemocy w rodzinie realizowane są poprzez systematyczne diagnozowanie zjawiska, podnoszenie poziomu świadomości i wrażliwości społecznej wobec przemocy oraz szkolenie specjalistycznych służb społecznych. Ważnym elementem podejmowanych inicjatyw jest pomoc udzielana osobom dotkniętym przemocą w specjalistycznych ośrodkach wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, a także - oddziaływanie na osoby stosujące przemoc poprzez programy korekcyjno – edukacyjne. Działania mają charakter interdyscyplinarny i są realizowane przez administrację centralną, wojewódzką oraz samorządy terytorialne. Bardzo ważnym czynnikiem jest zapewnienie dobrej współpracy na poziomie lokalnym między jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, szkołami, policją, instytucjami służby zdrowia oraz organizacjami pozarządowymi.

Zadania wynikające z przepisów ustawy są realizowane za pośrednictwem Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, który został zatwierdzony przez Radę Ministrów na okres dziesięciu lat 25 września 2006 r. W 2008 r. w ramach Programu finansowane są prowadzone przez Marszałków Województw szkolenia pracowników pierwszego kontaktu (pracowników socjalnych, służby zdrowia, kuratorów, policji, pedagogów szkolnych). Na dofinansowanie szkoleń przeznaczono środki w wysokości 240 000 zł. Na działalność istniejących oraz tworzenie nowych, specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, a także na prowadzenie programów korekcyjno – edukacyjnych dla sprawców przemocy w 2008 r. przekazano do budżetów wojewodów ponad 16 mln zł.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń planuje się wprowadzenie koniecznych zmian w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, a także w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Celem proponowanych korekt jest wzmocnienie samorządów gminnych w pracy z rodzinami z grup ryzyka w oparciu o program osłonowy, którego priorytetami będą: tworzenie grup wsparcia dla rodzin zagrożonych aktami przemocy; tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, które będą pracować na rzecz rodzin zagrożonych oraz dotkniętych przemocą w rodzinie; tworzenie i realizacja programów ochrony ofiar; rozwój ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie.

Ponadto, w celu bardziej skutecznej ochrony dzieci przed krzywdzeniem, projektuje się wprowadzenie zakazu stosowania kar cielesnych, zadawania cierpień psychicznych oraz innych form poniżania dziecka.

Podejmowane będą bardziej restrykcyjne działania w stosunku do sprawców przemocy. Zmianą, która spowoduje lepszą ochronę ofiar przed stosowaniem przemocy, będzie regulacja zawarta w Kodeksie postępowania cywilnego, która pozwoli na izolację sprawcy od ofiary poprzez wydanie zakazu kontaktowania i zbliżania się do ofiary, a także nakazu opuszczenia wspólnie zajmowanego lokalu mieszkalnego.

Wprowadzone zmiany przyczynią się do bardziej skutecznej ochrony ofiar przed przemocą, w tym przede wszystkim dzieci. Zakłada się również realizację programów profilaktycznych w najbliższym środowisku rodziny.

Działanie 2.5.7. Rozwój nieodpłatnej pomocy prawnej

Zgodnie z ustawą z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie są zobowiązane do świadczenia poradnictwa specjalistycznego (w tym poradnictwa prawnego) rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód (art. 46 ww. ustawy). Poradnictwo prawne polega przede wszystkim na udzielaniu informacji w zakresie obowiązującego prawa w dziedzinach takich jak: prawo rodzinne i opiekuńcze, zabezpieczenie społeczne, ochrona praw lokatorów.

Świadczeniem bezpłatnej pomocy prawnej zajmują się również organizacje pozarządowe, w tym Związek Biur Porad Obywatelskich (ZBPO), będący ogólnopolskim stowarzyszeniem niezależnych organizacji społecznych. Misją ZBPO jest zapewnienie obywatelom wiedzy o przysługujących im prawach, tak aby potrafili oni w aktywny i skuteczny sposób rozwiązywać swoje problemy. W 2003 r. w Biurach Porad Obywatelskich udzielono ponad 32 000 porad, które najczęściej dotyczyły spraw relacji obywatela i urzędu, potem spraw rodzinnych i mieszkaniowych oraz zatrudnienia/bezrobocia. Obecnie istnieje 29 Biur Porad Obywatelskich. Świadczeniem bezpłatnej pomocy prawnej, przeznaczonej dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji majątkowej, zajmują się również m.in. kliniki prawa, które działają przy uniwersytetach wydziałach prawa.

Tworzenie programów poradnictwa prawnego jest wspierane w drodze konkursowej ze środków Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (Priorytet V „Dobre rządzenie”, Działanie 5.4 - Rozwój potencjału trzeciego sektora, Poddziałanie 5.4.2 - Rozwój dialogu obywatelskiego - „Tworzenie i wdrażanie programów z zakresu poradnictwa prawnego i obywatelskiego”). Przedmiotem konkursu są projekty mające na celu tworzenie i wdrażanie programów z zakresu wspierania poradnictwa prawnego i obywatelskiego na terenie powiatów, na których ono nie funkcjonuje.

W chwili obecnej w Ministerstwie Sprawiedliwości są prowadzone prace nad projektem założeń do projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej i informacji prawnej. Projektowana ustawa ma na celu kompleksowe uregulowanie problematyki nieodpłatnej pomocy prawnej i informacji prawnej.

Zgodnie z założeniami, nieodpłatną pomocą prawną będzie porada prawna (tzw. podstawowa pomoc prawna) oraz zapewnienie reprezentacji osób fizycznych przed sądami oraz organami administracji państwowej i samorządowej przez profesjonalnych pełnomocników, w sprawach dotyczących praw lub interesów tych osób lub ich przedstawicieli ustawowych (tzw. rozszerzona pomoc prawna). Natomiast pojęcie informacji prawnej zdefiniowane będzie jako udzielenie osobie fizycznej informacji o treści obowiązującego prawa, o prawach i obowiązkach wynikających z obowiązkowych regulacji prawnych, o instytucjach właściwych do załatwienia spraw oraz trybie postępowania. Zgodnie z założeniami udzielanie informacji prawnej nie będzie limitowane za pomocą jakiegokolwiek kryterium. Dostęp do takiej informacji przysługiwać będzie wszystkim osobom fizycznym. Przyznawanie pomocy prawnej na etapie przed-sądowym uzależnione będzie od kryterium dochodowego.

Projektowaną ustawą będą objęci: obywatele polscy, mający miejsce zamieszkania i przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym oraz Konfederacji Szwajcarskiej, mający miejsce zamieszkania i przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którzy posiadają prawo pobytu lub prawo stałego pobytu; cudzoziemcy, którzy uzyskali bądź starają się o status uchodźcy, ochronę uzupełniającą, azyl lub zgodę na pobyt tolerowany; cudzoziemcy, którzy uzyskali zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego

Wspólnot Europejskich lub zezwolenie na osiedlenie się; cudzoziemcy, którym przyznanie pomocy prawnej zapewniono na zasadach przewidywanych w wiążących Rzeczypospolitą Polską dwustronnych umowach międzynarodowych.

Przyznawanie nieodpłatnej pomocy prawnej i udzielanie informacji prawnej, jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej, będą wykonywać powiatowe centra pomocy rodzinie, zaś w miastach na prawach powiatów – ośrodki pomocy społecznej. Postępowanie o przyznanie nieodpłatnej pomocy prawnej będzie wszczynane na wniosek osoby zainteresowanej. Przyznanie podstawowej pomocy prawnej będzie dokonywane w formie pisemnego potwierdzenia, określającego rodzaj i zakres przyznanej pomocy prawnej. Natomiast odmowa przyznania takiej pomocy jak również cofnięcie przyznanej już pomocy prawnej będzie następować w drodze decyzji administracyjnej, na którą będzie przysługiwać skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego. Termin na rozpoznanie wniosku o przyznanie pomocy prawnej będzie wynosić 14 dni, zaś rozpoznanie skargi przez sąd administracyjny nastąpić ma w terminie 30 dni w postępowaniu uproszczonym.

Pomoc prawna udzielana będzie przez adwokatów, radców prawnych, doradców podatkowych i inne osoby, w tym organizacje pozarządowe – w zakresie, który wynika dla każdego z tych podmiotów z obowiązujących przepisów dotyczących świadczenia usług prawniczych. Powiatowe centra pomocy rodzinie (ośrodki pomocy społecznej) będą prowadzić listy wymienionych wyżej podmiotów. Zgodnie z założeniami koszty udzielanej nieodpłatnej pomocy prawnej i informacji prawnej będzie ponosić Skarb Państwa.

2.6. Lepsze rządy

2.6.1. Proces przygotowywania Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej

Prace nad KPD/Integracja prowadzono przy użyciu wypracowanej w poprzednich latach formuły konsultacyjnej, która umożliwiła szeroki udział partnerów zewnętrznych w procesie przygotowywania dokumentu. W tegorocznej edycji Planu zdecydowano się ponadto na przeprowadzenie dodatkowych konsultacji z przedstawicielami samorządów lokalnych oraz organizacjami pozarządowymi. Dokument był realizowany przez grupę roboczą w skład której wchodziła przedstawiciele właściwych resortów oraz reprezentanci środowiska naukowego. Prace rozpoczęły się od zorganizowania spotkania w kwietniu 2008 r., na które zaproszono przedstawicieli resortów, reprezentantów partnerów społecznych, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz ekspertów. W maju zorganizowano dodatkowe spotkanie konsultacyjne z przedstawicielami Regionalnych Ośrodków Pomocy Społecznej oraz reprezentantami Związku Powiatów Polskich. W lipcu odbyło się spotkanie rozpoczynające konsultacje społeczne dokumentu, na które zaproszono przedstawicieli administracji rządowej oraz samorządowej. Obecni też byli reprezentanci partnerów społecznych, organizacji pozarządowych oraz eksperci. Projekt programu został umieszczony na stronie internetowej MPiPS. We wrześniu miało miejsce spotkanie podsumowujące proces konsultacji, w ramach których otrzymano blisko 50 pisemnych stanowisk i opinii w sprawie dokumentu.

Przedstawiciel ministerstwa wziął ponadto udział w spotkaniu konsultacyjnym poświęconym KPD/Integracja, które zostało zorganizowane przez grupę Eurocities we współpracy z Urzędem Miasta w Bydgoszczy oraz Unią Metropolii Polskich. Spotkanie pozwoliło na przedstawienie stanowiska miast w sprawie Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej. Przedstawiciele ministerstwa wzięli ponadto udział w spotkaniu konsultacyjnym zorganizowanym przez organizację Forum 50+ oraz Fundację na rzecz Kobiet „Ja Kobieta”,

które są polskimi członkami europejskiej organizacji pozarządowej AGE Platform. Spotkanie było poświęcone ocenie KPD/Integracja z punktu widzenia potrzeb osób starszych.

Dotychczasowe doświadczenia w zakresie przygotowania KPD/Integracja wskazują, iż dokument, poprzez skupienie uwagi na kilku celach priorytetowych przyczynia się do promowania myślenia strategicznego i współpracy międzyresortowej w ramach rządu. Określone ramy czasowe oraz cykliczność dokumentu pozwala na udoskonalanie polityk publicznych, w szczególności poprzez wprowadzenie w szerszym zakresie monitoringu i ewaluacji. Udział partnerów zewnętrznych daje z kolei szansę na tworzenie bardziej efektywnych programów społecznych i wdrażanie rozwiązań odpowiadających potrzebom grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.

2.6.2. Koordynacja polityki integracji społecznej

Zgodnie z ustawą dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728) poszczególne zadania z zakresu pomocy i integracji społecznej znajdują się w kompetencjach administracji rządowej oraz władz samorządowych szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego. Biorąc pod uwagę znaczną liczbę klientów pomocy społecznej, za podstawowe wyzwania należy uznać zwiększenie potencjału administracyjnego instytucji pomocy społecznej oraz poprawę koordynacji programów wdrażanych na różnych poziomach. W 2007 r. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej rozpoczęło realizację działań, których celem jest podniesienie jakości i efektywności funkcjonowania instytucji działających w obszarze pomocy i integracji społecznej na poziomie samorządowym i centralnym.

Po pierwsze, w 2008 r. rozpoczęło się wdrażanie projektu systemowego *Podnoszenie kwalifikacji pracowników pomocy i integracji społecznej*, w ramach którego do końca roku 1,6 tys. osób uzyska specjalizację I stopnia w zawodzie pracownika socjalnego, a 400 osób – specjalizację II stopnia. W ramach projektu zaplanowano również uruchomienie studiów pierwszego i drugiego stopnia na kierunkach uprawniających do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, dla pracowników socjalnych, którzy chcieliby podnieść swoje kwalifikacje zawodowe. W projekcie przeznaczono środki finansowe na pokrycie studiów, kosztów związanych z dojazdami, zakwaterowaniem i wyżywieniem, jak również zakupem podstawowych materiałów dydaktycznych dla studentów. Przewiduje się, że studia pierwszego stopnia w 2008 roku rozpocznie 800 osób, natomiast studia drugiego stopnia 200 osób. Ponadto, projekt zakłada wprowadzenie szkoleń z zakresu superwizji pracy socjalnej. W roku 2008 planuje się wyłonić podmiot, który przeprowadziłby badanie na temat superwizji pracy socjalnej wśród pracowników socjalnych na terenie całego kraju. W ramach projektu ma również zostać uruchomione pilotażowe szkolenie z zakresu superwizji pracy socjalnej dla 120 osób. Powyższe przedsięwzięcia będą kontynuowane w następnych latach programowania w ramach PO KL. Zakłada się, że w wyniku realizacji projektu do 2013 roku 12 000 pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej podniesie kwalifikacje zawodowe.

Po drugie, w latach 2008–2010 przewiduje się opracowanie i przetestowanie strategii wdrażania standardów jakości usług instytucji pomocy i integracji społecznej w czterech wybranych ośrodkach. Jest to pierwszy etap prac, w ramach którego zamierza się do końca 2013 r. wdrożenie standardów usług w 90% instytucji pomocy społecznej. Ponadto zostanie wypracowana metodologia i zasady wdrażania wybranych standardów usług pomocy i integracji społecznej, które z uwagi na swój ponadregionalny lub innowacyjny charakter zostały uznane są za kluczowe dla rozwoju systemu pomocy i integracji społecznej. Do końca 2010 r. wypracowane zostaną założenia „Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności”. W tym samym okresie opracowany zostanie standard nowej specjalności

pracy socjalnej („streetworker”). Przewiduje się iż do końca 2010 r. nową specjalność uzyska 200 osób.

Po trzecie, zakłada się stworzenie oraz wdrożenie modelu wymiany informacji w zakresie instrumentów oraz metod działania stosowanych w ramach aktywnej polityki społecznej między podmiotami pomocy i integracji społecznej a strukturami na poziomie regionalnym i rządowym. Działania będą realizowane w latach 2008-2013 w ramach programu systemowego współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji”, którego szacunkowy budżet wynosi 57 mln zł. W trakcie projektu stworzona zostanie stała platforma wymiany informacji, doświadczeń oraz praktycznych rozwiązań stosowanych w integracji społecznej (platforma e-learningowa). Ponadto powstanie również 16 regionalnych baz danych podmiotów pomocy i integracji społecznej, które będą zawierać informacje na temat podmiotów działających w tej sferze oraz podejmowanych przez nich działaniach. Zakłada się, iż regionalne bazy danych będą pomocne przy nawiązywaniu nowych kontaktów i realizacji innowacyjnych form współpracy. Ponadto, stworzone zostaną nowe narzędzia badawcze przydatne przy realizacji aktywnej integracji, w tym m.in. bilans potrzeb pomocy społecznej.

Kolejnym działaniem ułatwiającym koordynację polityk i wymianę informacji ma być wzmocnienie systemu instytucji pomocy społecznej w zakresie narzędzi informatycznych. Obecnie funkcjonują dwa systemy informatyczne związane ze sferą zabezpieczenia społecznego: Krajowy System Monitoringu Pomocy Społecznej, w ramach, którego funkcjonuje Statystyczna Aplikacja Centralna (SAC) oraz Krajowy System Monitoringu Świadczeń Rodzinnych (aplikacja statystyczna QUICKSTAT)²⁷.

W ramach Krajowego Systemu Monitoringu Pomocy Społecznej (KSMPS) istniejący zbiór centralny zawiera informacje o zrealizowanych świadczeniach i świadczeniobiorcach pomocy społecznej. Dane z zakresu zbioru centralnego przekazywane są z gmin i powiatów w cyklach kwartalnych, z wykorzystaniem technologii wielowarstwowej, umożliwiającej bezpośrednie wczytanie danych przez gminy i powiaty do centralnej bazy danych w ministerstwie. Taką samą ścieżkę zastosowano dla wszystkich wymaganych sprawozdań. W momencie pełnego wdrożenia danych w gminach do systemów możliwe stanie się przekazywanie sprawozdawczości z wykorzystaniem podpisu elektronicznego.

Zostaną ponadto podjęte działania zmierzające do udostępnienia danych, także w postaci prezentacji na portalu internetowym, jak najszerszej grupie odbiorców. KSMPS stanie się wieloaspektową platformą stanowiącą kanał komunikacyjny pomiędzy jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej i beneficjentami systemu pomocy społecznej, a dostarczycielami usług. Jednym z elementów rozbudowy aplikacji będzie także podjęcie próby pełniejszego włączenia do systemu wojewodów prowadzących rejestry placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz ośrodków adopcyjno-opiekuńczych w celu skonsolidowania tych danych i udostępnienia w postaci jednego rejestru.

Centralny system statystyczny QUICKSTAT umożliwi gromadzenie danych sprawozdań rzeczowo – finansowych ze świadczeń rodzinnych oraz zaliczek alimentacyjnych. Prowadzone są działania mające na celu rezygnację z formy papierowej sprawozdań na rzecz formy elektronicznej, z zastosowaniem podpisu elektronicznego. Przygotowano ponadto aplikację przeglądarkową E-WNIOSKI, która pozwala na rejestrację, przy użyciu przyjaznego kreatora, wniosków o świadczenia rodzinne i zaliczki alimentacyjne/fundusz alimentacyjny w internecie. Aplikacja umożliwi uzyskanie informacji o przysługujących świadczeniach,

²⁷ Systemy te do niedawna funkcjonowały jako SI „POMOST”, jednak obecnie MPiPS odchodzi od posługiwania się tą nazwą.

kryteriach przyznania świadczeń, wymaganych załącznikach, oraz na wypełnienie wniosku swoimi danymi, a następnie wydrukowanie go w celu złożenia w gminie.

Przewiduje się, iż 125 pracowników Wydziałów Polityki Społecznej oraz Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej zostanie objętych specjalistycznym szkoleniem w zakresie obsługi Statystycznej Aplikacji Centralnej. Z kolei 10 tys. pracowników ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie zostanie objętych szkoleniami z obsługi oprogramowania użytkowego związanego z Krajowym System Monitoringu Pomocy Społecznej (szkolenia rozpoczną się w 2009 r.).

Celem działań MPiPS jest stworzenie szeroko rozumianej platformy komunikacyjnej w obszarze zabezpieczenia społecznego, poprzez udostępnianie i świadczenie usług w internecie, zarówno dla beneficjentów pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych oraz małych i średnich przedsiębiorców, będących dostawcami zaplecza technologicznego. Przyczyni się to do:

- wprowadzenia jednolitych standardów świadczenia usług oraz zwiększenia ich dostępności, poprzez uruchomienie centralnej bazy danych i transferu informacji, także do środowisk naukowych;
- ułatwienia kontaktu obywateli z administracją publiczną również przy załatwianiu spraw;
- integracji systemów polityki społecznej.

Pomimo faktu, iż zadania przypisane samorządom terytorialnym różnią się od siebie, władze samorządowe szczebla regionalnego jak i lokalnego są zobowiązane do opracowania i realizacji strategii rozwiązywania problemów społecznych. Wyniki badania wykonanego przez Instytut Rozwoju Służb Społecznych pokazują, że około 40% gmin i ponad 60% powiatów posiada strategię rozwiązywania problemów społecznych²⁸. W tej sytuacji planuje się przeprowadzenie szerokich szkoleń dla środowiska samorządowego z zakresu tworzenia strategii rozwiązywania problemów społecznych.

W ramach finansowanego z pożyczki Banku Światowego Poakcesyjnego Programu Wspierania Obszarów Wiejskich, od roku w 500 najbiedniejszych gminach w Polsce wdrażany jest Program Integracji Społecznej (wysokość pożyczki wynosi 40 mln euro). Celem strategicznym Programu jest zwiększenie potencjału instytucjonalnego i społecznego gmin w zakresie planowania strategicznego i realizowania polityki społecznej na poziomie lokalnym. Każda z biorących udział w Programie gmin jest zobowiązana do opracowania planu działania w celu uruchomienia funduszy umożliwiających kontraktowanie usług społecznych. Program kładzie nacisk na odejście od częstej tendencji tworzenia rozwiązań doraźnych, na rzecz budowania spójnej wizji polityki społecznej, która znajduje swój wyraz w długofalowych i systemowych działaniach. Narzędziem wspomagającym realizowanie tej polityki są gminne strategie rozwiązywania problemów społecznych. W ramach Programu zostały wypracowane narzędzia wspomagające gminy w procesie wypracowywania strategii, takie jak system gromadzenia i upowszechniania dobrych praktyk oraz system monitorowania. Bardzo istotne jest również angażowanie w ten proces przedstawicieli instytucji lokalnych, organizacji społecznych, mieszkańców jak i beneficjentów pomocy społecznej. Partycypacja obywatelska jest jednym z warunków, jakie muszą spełnić gminy chcące skorzystać z zapisanych w Programie środków finansowych. Podobne zobowiązania powstały w ramach projektów systemowych pomocy społecznej w Priorytecie VII Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w ramach których nieprzygotowanie strategii rozwiązywania problemów społecznych oznaczać będzie brak możliwości uczestnictwa w projektach.

²⁸ Źródło: Lipke H., Hryniewiecka A., *Raport. Analiza strategii rozwiązywania problemów społecznych*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2008.

Ponadto wprowadzono możliwości finansowania przygotowania lub zmian w strategiach w ramach projektów konkursowych.

Inną formę wspierania kapitału społecznego na obszarach wiejskich stanowi Program „LEADER”, który jest realizowany w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich (PROW) na lata 2007-2013. Program „LEADER” ma na celu aktywizację społeczności wiejskich poprzez włączenie partnerów społecznych i gospodarczych w proces planowania i wdrażania lokalnych inicjatyw. W ramach programu powstają partnerstwa (tzw. lokalne grupy działania), których zadaniem jest opracowanie lokalnych strategii rozwoju, a następnie - realizacja projektów wymienionych w uchwalonych dokumentach planistycznych. Podstawową zasadą realizacji programu jest ścisła współpraca pomiędzy przedstawicielami sektora publicznego, prywatnego i społecznego. Oczekuje się, iż funkcjonowanie lokalnych grup działania przyczyni się do powstania nowych miejsc pracy na obszarach wiejskich oraz do usprawnienia działań podejmowanych na rzecz rozwoju lokalnego.

2.6.3. Mobilizacja i zaangażowanie partnerów społecznych

Zakłada się kontynuację dotychczasowych działań zmierzających do wzmocnienia partnerskich relacji istniejących pomiędzy administracją publiczną wszystkich szczebli a partnerami społecznymi i organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego, w tym organizacjami kościelnymi. Stosowanie powyższych rozwiązań zostało uznane za konieczny warunek efektywnej realizacji polityk publicznych, w tym również działań na rzecz integracji społecznej. Forum służącym do współpracy pomiędzy sektorem publicznym i pozarządowym jest w szczególności Rada Działalności Pożytku Publicznego, w której zasiadają przedstawiciele administracji rządowej, samorządowej i organizacji pozarządowych. Rada pełni funkcję organu opiniodawczo – doradczego i pomocniczego ministra ds. zabezpieczenia społecznego i jest ważnym forum dialogu obywatelskiego. Rada ma za zadanie kształtować pozytywne wzorce współpracy międzysektorowej podejmowane na rzecz integracji społecznej. Jednocześnie działalność Rady powinna przyczyniać się do budowania strategicznych i programowych podstaw rozwoju społeczeństwa obywatelskiego w Polsce. Przepływ informacji między działaniami rządu i parlamentu a organizacjami jest ponadto ułatwiony poprzez funkcjonowanie *Parlamentarnego Zespołu ds. Dialogu Obywatelskiego* oraz *Sejmowej Podkomisji ds. Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi*.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują na konieczność wprowadzenia nowych rozwiązań wzmacniających strategiczną współpracę sektora publicznego z organizacjami pozarządowymi. Planuje się, iż 1 stycznia 2009 r. wejdzie w życie nowelizacja ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, która obejmie szereg zagadnień zmierzających do ułatwienia i ugruntowania współpracy pomiędzy organizacjami pozarządowymi a organami administracji publicznej. Nowelizacja zakłada uproszczenie formuły współpracy poprzez uelastycznienie zlecenia realizacji zadań publicznych organizacjom pozarządowym (m.in. możliwość zlecenia zadań publicznych w trybie uproszczonym). Wprowadzone zostaną nowe instytucje umożliwiające aktywizację społeczną, takie jak np. inicjatywa lokalna. W nowelizacji ustawy przewiduje się ponadto powoływanie z inicjatywy organizacji pozarządowych wojewódzkich, powiatowych i gminnych rad działalności pożytku publicznego. Utworzenie rad powinno przyczynić się do usprawnienia i rozwoju wzajemnych relacji między instytucjami dialogu obywatelskiego na poziomie regionalnym. Fundamentalne zasady i formy współpracy między administracją publiczną i organizacjami pozarządowymi zostaną wzmocnione poprzez wprowadzenie w nowelizacji przepisu umożliwiającego uchwalanie przez organy stanowiące jednostek samorządu terytorialnego nie tylko rocznych, ale także wieloletnich programów współpracy z organizacjami pozarządowymi, w zależności od potrzeb wspólnot lokalnych. Jednocześnie, w

zakresie tworzenia programów współpracy, stworzona została możliwość fakultatywnego stosowania tej praktyki także przez administrację rządową.

Równie istotnym aspektem działań rządu jest włączenie w proces tworzenia polityki i realizację programów społecznych organizacji pozarządowych reprezentujących środowiska osób wykluczonych społecznie. Inicjatywy podejmowane przez te organizacje są wspierane w 2008 r. ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich (wcześniej Rządowy Program FIO 2005 – 2007). Obecnie trwają prace nad koncepcją Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2009-2013.

Coraz ważniejszą rolę w realizacji inicjatyw lokalnych odgrywają ponadto rady osiedlowe będące rzeczywistymi reprezentantami lokalnych wspólnot.

W dalszym ciągu kontynuowany jest dialog społeczny prowadzony na forum Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych. W kwietniu 2008 r. podpisano uchwałę o prowadzeniu dialogu w najważniejszych sprawach społeczno-gospodarczych. W ramach prac nad porozumieniem rozpoczęły się obrady mające na celu wypracowanie modelu i mechanizmów kształtowania wynagrodzeń w sferze publicznej oraz w sektorze przedsiębiorstw. Realizowany jest ponadto dialog mający na celu przyjęcie programu aktywizacji zawodowej osób po 50 roku życia, wypracowanie uzgodnień co do reformy systemu emerytalnego oraz doprecyzowanie zasad reprezentatywności. Przykładem autonomicznych działań partnerów społecznych z zakresu integracji społecznej jest przygotowany przez Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych i Konfederację Pracodawców Polskich i wniesiony pod obrady Trójstronnej Komisji „Pakt na rzecz równouprawnienia osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu”.

We wszystkich regionach istnieją wojewódzkie komisje dialogu społecznego, w których zasiadają przedstawiciele wojewody (strona rządowa), związków zawodowych, organizacji pracodawców oraz strony samorządowej (reprezentowanej przez marszałka województwa). Wojewódzkie komisje pełnią istotną rolę w rozwiązywaniu regionalnych i lokalnych konfliktów pracowniczych i społecznych oraz są forami umożliwiającym partnerom podejmowanie wspólnych działań na rzecz poprawy sytuacji na rynku pracy. Komisje rozpatrują problematykę służby zdrowia oraz podejmują dyskusje nad perspektywami rozwoju regionalnego, w tym oceniają możliwości uzyskania i wykorzystania środków z funduszy unijnych. W 2007 r. odbyły się ogółem 83 spotkania prezydiów oraz 85 spotkań plenarnych wojewódzkich komisji dialogu społecznego, co oznacza wzrost w stosunku do 2006 r. odpowiednio o 22 i 9 %.

2.6.4. Włączanie idei integracji społecznej w główny nurt polityki krajowej

Integracja społeczna oraz wsparcie rodzin z dziećmi zostały ujęte w „Strategicznym Planie Rządzenia” i są obecnie jednymi z podstawowych celów działań podejmowanych przez rząd. Strategiczny Plan przedstawia długofalowy harmonogram działań, które będą realizowane w oparciu o cztery filary: budowa dobrobytu; dynamiczny rozwój; bezpieczeństwo – człowiek, rodzina, kraj; zaufanie i duma. W ramach filaru „budowa dobrobytu” przeprowadzone zostaną reformy mające na celu wzrostu aktywności zawodowej oraz zintensyfikowanie integracji społecznej. W filarze „bezpieczeństwo-człowiek, rodzina, kraj” planuje się wdrożenie rozwiązań prawno-finansowych mających na celu poprawę sytuacji dochodowej rodzin oraz przygotowanie przepisów pozwalających na łatwe godzenie pracy i życia rodzinnego.

W drugiej połowie 2008 r. planuje się przyjęcie nowelizacji ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, której celem jest zwiększenie dostępu do podstawowych usług rynku pracy, a także - dostosowanie usług do indywidualnych potrzeb klientów urzędów pracy. Wśród projektowanych działań zakłada się m.in. rozwinięcie systemu pomocy dla osób

młodych wchodzących na rynek pracy. Wspomniana reforma instytucji rynku pracy (w tym również wyodrębnienie w Powiatowych Urzędach Pracy wyspecjalizowanych komórek organizacyjnych - Centrów Aktywizacji Zawodowej) przyczyni się do zwiększenia efektywności programów aktywnej polityki rynku pracy, wzmacniając tym samym potencjał działań podejmowanych w ramach integracji społecznej poprzez aktywizację zawodową. Podobny efekt będzie miała realizacja Programu „Solidarność Pokoleń 50+”, którego celem jest aktywizacja osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia.

Równolegle z pracami toczącymi się nad przygotowaniem Krajowego Programu „Zabezpieczenie Społeczne i Integracja Społeczna” został stworzony Krajowy Program Reform, który ma za zadanie wspierać politykę mikro- i makroekonomiczną oraz politykę rynku pracy. W wyniku ustaleń przeprowadzonych z podmiotem koordynującym KPR ustalono, iż dokument ten będzie odnosił się do działań z zakresu integracji zawodowej, a integracja społeczna oraz przeciwdziałanie ubóstwu dochodowemu pozostaną domeną Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej.

Całość środków Europejskiego Funduszu Społecznego w Polsce na lata 2007-2013 zostanie wykorzystana w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Łączna wielkość środków zaangażowanych w realizację programu wynosi 11,4 mld euro. W ramach tej kwoty środki Europejskiego Funduszu Społecznego wynoszą 9,7 mld euro, a wkład krajowy stanowi 1,7 mld euro. Poziom krajowego współfinansowania został oszacowany na poziomie minimalnym, tj. 15%. Program składa się z 10 Priorytetów. 60 proc. środków zostało przeznaczonych na realizację priorytetów regionalnych, a 40 proc. zostanie wykorzystanych do wdrożenia priorytetów centralnych. Dążąc do efektywnego rozwoju zasobów ludzkich, Program będzie koncentrował wsparcie na następujących obszarach: zatrudnienie, edukacja, integracja społeczna, rozwój potencjału adaptacyjnego pracowników i przedsiębiorstw, a także zagadnienia związane z budową sprawnej i skutecznej administracji publicznej wszystkich szczebli i wdrażaniem zasady dobrego rządzenia. Szczególnie ważna z punktu celów, które stawia przed sobą KPD/Integracja jest wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej ze środków EFS. Wsparcie to przyczyni się do wzmocnienia organizacyjnego instytucji oraz podniesienia kwalifikacji i przygotowania zawodowego kadr. Ponadto, w celu efektywnego stosowania metod aktywnej integracji zostanie wdrożony system współpracy instytucji pomocy i integracji społecznej różnego szczebla. Realizacja projektów systemowych pozwoli na wyposażenie instytucji pomocy społecznej w narzędzia i systemy informatyczne, jak również na upowszechnienie procedur i mechanizmów bezpośredniej współpracy pracowników poszczególnych instytucji szczebla centralnego, regionalnego i lokalnego, w tym na upowszechnienie dobrych praktyk. Za realizację projektów systemowych odpowiada Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Ogółem, w latach 2008-2013 na wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej przewidziano kwotę 152 mln euro.

2.6.5. Monitorowanie procesu

W dokumencie, w ramach każdego z priorytetów starano się ustalić wskaźniki nadrzędne (wskaźniki rezultatów bezpośrednich), a także – wskaźniki odnoszące się do sfery działań instytucji polityki społecznej, jak również wskaźniki obrazujące sytuację ludności, która zmienia się pod wpływem zastosowanych działań (tzw. wskaźniki nakładów, oraz wskaźniki rezultatów bezpośrednich). System monitoringu opiera się na grupie wskaźników przyjętych w czerwcu 2006 r. przez Komitet ds. Zabezpieczenia Społecznego UE, a także na dostępnych danych krajowych. W dokumencie przyjęto zweryfikowane cele ilościowe zapisane w Narodowej Strategii Integracji Społecznej do osiągnięcia w 2010 r. W zakresie prognozowania zmian zachodzących na rynku pracy korzystano z tzw. ścieżek dojścia stworzonych na potrzeby Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Do prognozowania

sytuacji dochodowej ludności wykorzystano podatkowo-zasiłkowy model mikrosymulacyjny SIMPL opracowany przez Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. W przyszłości ważnym elementem monitoringu KPD/Integracja staną się również wskaźniki wypracowane na potrzeby pionów analityczno-badawczych regionalnych ośrodków pomocy społecznej tzw. obserwatoriów integracji społecznej (przewiduje się również zintegrowanie analiz regionalnych w zakresie integracji społecznej na poziomie krajowym).

Aneks 2.1. – Dobre Praktyki w dziedzinie integracji społecznej

2.1.1. Program Integracji Społecznej (Poakcesyjny Program Wspierania Obszarów Wiejskich)

Nazwa praktyki/projektu		Państwo członkowskie	
Program Integracji Społecznej (Poakcesyjny Program Wspierania Obszarów Wiejskich)		Polska	
Cel inicjatywy			
Działania podjęte w ramach Programu Integracji Społecznej przyczynić się mają do podniesienia poziomu integracji społecznej mieszkańców gmin.			
Główne rezultaty			
<p>I. Budowa potencjału instytucjonalnego i społecznego w zakresie strategicznego planowania i realizowania polityki społecznej na poziomie lokalnym oraz wzmocnienie współpracy regionalnej</p> <p>II. Poprawa dostępu mieszkańców gmin do usług, nowych form współpracy i zorganizowanej aktywności:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie oferty i standardu usług dla mieszkańców gmin, - budowanie sieci usługodawców, - wzrost liczby inicjatyw podejmowanych przez społeczność lokalną, - zwiększenie udziału mieszkańców w doraźnych i bardziej trwałych formach zorganizowanej aktywności. 			
Docelowi beneficjenci		Obszary polityki	
Cała populacja	<input type="checkbox"/>	Wykluczenie społeczne	<input checked="" type="checkbox"/>
Dzieci	<input checked="" type="checkbox"/>	Opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>
Samotnie wychowujący dzieci	<input type="checkbox"/>	Opieka długoterminowa	<input type="checkbox"/>
Bezrobotni	<input type="checkbox"/>	Dobre rządzenie	<input type="checkbox"/>
Osoby starsze	<input checked="" type="checkbox"/>		
Osoby młode	<input checked="" type="checkbox"/>	Wymiar geograficzny	
Niepełnosprawni	<input type="checkbox"/>	Ogólnokrajowy	<input checked="" type="checkbox"/>
Imigranci	<input type="checkbox"/>	Regionalny	<input type="checkbox"/>
Mniejszości etniczne	<input type="checkbox"/>		
Bezdomni	<input type="checkbox"/>	Podmiot wykonujący zadanie	
Ludzie chorzy	<input type="checkbox"/>	– konsultanci regionalni PIS,	
Inni (Proszę wyszczególnić:)	<input type="checkbox"/>	– oddelegowani pracownicy ROPS,	
Rodziny		– koordynatorzy gminni.	
Przyczyny powołania inicjatywy			
Niski poziom spójności społecznej			
Szczegóły projektu			
1. W jaki sposób projekt przyczynił się do zrealizowania celów?			
Program Integracji Społecznej ma wesprzeć gminy we wdrażaniu strategii rozwiązywania problemów społecznych poprzez finansowanie projektów z nich wynikających. Ponadto, w zależności od potrzeb, ma służyć gminom w tworzeniu strategii lub uaktualnianiu istniejącego dokumentu.			

	<p>Lokalne strategie rozwiązywania problemów społecznych powinny powstawać w wyniku dyskusji środowisk lokalnych, z uwzględnieniem liderów lokalnych społeczności (m. in.: instytucji samorządowych, kościelnych, szkół, ośrodków zdrowia, organizacji pozarządowych) oraz zwykłych mieszkańców.</p> <p>Realizacja projektów finansowanych w ramach Programu Integracji Społecznej powinna stanowić istotny impuls do wzmocnienia i tworzenia lokalnych organizacji pozarządowych aktywnie włączających się w proces integracji społecznej na terenie gmin.</p>
2.	Jakie są/były ramy czasowe na realizację inicjatywy?
	Program jest faktycznie realizowany od maja 2007 r. do końca 2009 r.
Monitoring i ewaluacja	
	Jak monitorowano/ewaluowano projekt?
	<p>Diagnoza stanu wyjściowego w gminach objętych PPWOW opiera się na wynikach samodzielnego badania przeprowadzonego metodą kwestionariuszową w gminach objętych PIS.</p> <p>Podstawowym źródłem informacji o bieżącym przebiegu programu oraz postępach w jego realizacji będą dane gromadzone w MIS. Uzgodniono spójną klasyfikację obejmującą typy usług, typ usługodawców oraz skalę ocen kontraktów.</p> <p>Ewaluacja na bieżąco składać się będzie z indywidualnych wywiadów pogłębionych z przedstawicielami gmin, przedstawicielami organizacji społecznych i innych usługodawców oraz zogniskowanych wywiadów grupowych.</p> <p>Raporty z badań ewaluacji bieżącej opracowywane będą kwartalnie i przedstawiane Zespołowi Zarządzającemu PPWOW. Ponadto wnioski z tych raportów prezentowane będą podczas spotkań Wspólnego Komitetu Monitorującego.</p> <p>W ramach uspołecznienia procesu monitorowania postępów i efektów PIS powołane zostanie ciało doradcze – Wspólny Komitet Monitorujący (WKM), w skład którego wejdą przedstawiciele Zespołu Zarządzającego, przedstawiciele 13 ROPS oraz reprezentanci grupy Konsultantów Regionalnych</p> <p>Wymiernym efektem prac WKM powinno być każdorazowe opracowanie i upowszechnienie protokołu zaleceń wśród interesariuszy zaangażowanych w realizację PIS.</p>
Rezultaty	
1.	W jakim stopniu zrealizowano założone cele?
	<p>Osiągnięte rezultaty:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zapewnienie warunków formalnych i możliwości operacyjnych do realizacji PIS oraz skutecznej koordynacji jego wdrażania, - Stworzenie weryfikowalnego harmonogramu realizacji działań przez gminy, - Stworzenie łatwo dostępnego zasobu wiedzy związanego z partycypacyjnym planowaniem i wdrażaniem GSRPS, - Pozyskanie wiedzy na temat koniecznego zakresu prac nad lokalnymi GSRPS, wypracowanie rekomendacji zmian w GSRPS, zapewnienie gminom merytorycznej pomocy w sprawnym i przejrzystym wypracowywaniu lub aktualizacji GSRPS z zapewnieniem właściwej i kompetentnej reprezentacji samorządu gminnego, pracowników samorządowych i lokalnych liderów, - Podniesienie poziomu wiedzy pracowników ROPS na temat partycypacyjnego planowania i rozwiązywania problemów społecznych, - Poinformowanie społeczności lokalnej o wdrażaniu i celach PIS oraz zapewnienie poparcia społecznego dla wdrażania programu, - Pełniejsza identyfikacja potrzeb społecznych w diagnozach społecznych w gminach,

	<ul style="list-style-type: none"> - Nabycie i usystematyzowanie wiedzy na temat dostawców usług integracji społecznej oraz liderów lokalnych, działających na terenie gmin, W trakcie realizacji: - Wypracowanie / aktualizacja GSRPS przy zapewnieniu wysokiej jakości przyjętych GSRPS i Planów Działania, - Uzyskanie przez pracowników samorządowych wiedzy, umożliwiającej podnoszenie jakości lub zwiększenie zakresu świadczonych usług, - Wzrost wiedzy pracowników samorządowych na temat właściwego sposobu organizacji konkursów, nabycie przez gminy umiejętności zarządzania procesami zlecania zadań własnych podmiotom zewnętrznym, - Zapewnienie partycypacyjnego przebiegu monitoringu PIS, - Rozwój świadomości społecznej i zwiększenie wiedzy na temat integracji społecznej i skutecznych metod jej zwiększania, zwiększenie świadomości interesariuszy na temat efektów programu, - Rozwój współpracy międzygminnej w zakresie zwiększania integracji społecznej, - Zapewnienie stabilnego i stałego udziału przedstawicieli społecznych w planowaniu i realizacji polityki społecznej na terenie gmin - Wzrost liczby usług z zakresu pomocy społecznej oferowanych przez gminy, - Wzrost liczby usługodawców, - Zwiększenie ilości funduszy przeznaczanych na rozwiązywanie problemów społecznych w gminach, - Stworzenie długoterminowego (stałego) mechanizmu oceny realizacji polityki społecznej, - Nabycie przez usługodawców wiedzy pozwalającej na podnoszenie standardów usług społecznych, nabycie przez liderów lokalnych wiedzy na temat możliwości (organizacyjnych i finansowych) podejmowania działań lokalnych, - Zwiększenie udziału społeczności lokalnej w działaniach gminy na rzecz integracji społecznej, - „Rewitalizacja” istniejących, ale niedziałających form aktywności społecznej, wprowadzenie nowych form zorganizowanej aktywności na terenie gmin, wzmocnienie potencjału istniejących form aktywności społecznej
2.	Jakie napotkano przeszkody/trudności podczas wdrażania inicjatywy?
	<ul style="list-style-type: none"> - Incydentalne problemy ze zmobilizowaniem przedstawicieli społeczności lokalnej do udziału w spotkaniach poświęconych realizacji PIS, - Niechęć niektórych gmin do sięgania po fundusze, z których można finansować środki trwałe jedynie w ograniczonym zakresie.
3.	Czy istnieją jakiegokolwiek niespodziewane korzyści lub straty?
	<ul style="list-style-type: none"> - Większe, niż zakładano, możliwości i warunki do opracowywania projektów i programów, częściowo zbieżnych z celami PIS, finansowanych również z innych środków, a służących rozwojowi społecznemu na poziomie lokalnym.

2.1.2. Budowa wielofunkcyjnych boisk sportowych ogólnie dostępnych dla dzieci i młodzieży

Nazwa praktyki/projektu		Państwo członkowskie	
Budowa wielofunkcyjnych boisk sportowych ogólnie dostępnych dla dzieci i młodzieży.		Polska	
Cel inicjatywy			
Upowszechnianie sportu wśród dzieci i młodzieży, co ma znaczący wpływ na rozwiązywanie problemów wychowawczych młodzieży oraz zdrowotnych polskiego społeczeństwa			
Główne rezultaty			
Zwiększenie liczby osób aktywnie spędzających czas wolny oraz zwiększenia aktywności ruchowej społeczeństwa. Podniesienie skuteczności metod wychowawczych w zakresie walki z patologią, chuligaństwem, narkomanią, alkoholizmem. Poprawa bezpieczeństwa w szkołach i innych placówkach oświatowych. Zwiększenie liczby młodych ludzi uprawiających sport.			
Docelowi beneficjenci		Obszary polityki	
Cała populacja	<input type="checkbox"/>	Wykluczenie społeczne	<input checked="" type="checkbox"/>
Dzieci	<input checked="" type="checkbox"/>	Opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>
Samotnie wychowujący dzieci	<input type="checkbox"/>	Opieka długoterminowa	<input type="checkbox"/>
Bezrobotni	<input type="checkbox"/>	Dobre rządzenie	<input type="checkbox"/>
Osoby starsze	<input type="checkbox"/>		
Osoby młode	<input checked="" type="checkbox"/>		
Niepełnosprawni	<input type="checkbox"/>		
Imigranci	<input type="checkbox"/>		
Mniejszości etniczne	<input type="checkbox"/>		
Bezdomni	<input type="checkbox"/>		
Ludzie chorzy	<input type="checkbox"/>		
Inni [Proszę wyszczególnić:]	<input type="checkbox"/>		
		Wymiar geograficzny	
		Ogólnokrajowy	<input checked="" type="checkbox"/>
		Regionalny	<input type="checkbox"/>
		Podmiot wykonujący zadanie	
		Ministerstwo Sportu i Turystyki	
Przyczyny powołania inicjatywy			
Zły stan zdrowia i kondycji fizycznej społeczeństwa. Mała ilość istniejących boisk sportowych ze sztuczną nawierzchnią.			
Szczegóły projektu			
1. Cele projektu			
Propagowanie sportu jako czynnika niezbędnego dla rozwoju i wychowania dzieci i młodzieży. Propagowanie zdrowego stylu życia. Podniesienie poziomu infrastruktury sportowej w gminach.			
2. W jaki sposób projekt przyczynił się do zrealizowania celów?			
Projekt stworzył warunki umożliwiające realizowanie przez samorządy programów wspierających aktywny tryb życia. Znaczące zwiększenie ilości i jakości boisk w kraju. Zastosowanie w budowie boisk nowoczesnych technologii i rozwiązań			

	technicznych zwiększających funkcjonalność, co zdecydowanie zmniejszyło urazowość osób z nich korzystających.
3.	Jakie są/były ramy czasowe na realizację inicjatywy?
	Program rozpoczął się w roku 2006. Będzie kontynuowany do chwili zaspokojenia potrzeb samorządów.
Monitoring i ewaluacja	
	Jak monitorowano/ewaluowano projekt?
	Realizację zadania monitorowano przy współdziałaniu Banku Gospodarstwa Krajowego. W ramach programu zrealizowano 117 boisk w roku 2006 i 136 boisk w roku 2007. W roku 2008 planowanych jest do realizacji 150 boisk i po 100 w kolejnych latach realizacji inicjatywy.
Rezultaty	
1.	W jakim stopniu zrealizowano założone cele?
	Zadawalającym
2.	Jakie napotkano przeszkody/trudności podczas wdrażania inicjatywy?
	Trudności były spowodowane koniecznością udzielania zamówień publicznych. Spowodowało to wydłużenie okresu realizacji zadania i część robót nie została wykonana w roku planowym. Kolejnym utrudnieniem było niedotrzymywanie przez wykonawców terminów zakończenia realizacji zadania.
3.	W jaki sposób rozwiązano zaistniałe problemy/trudności?
	Przyspieszenie terminów naboru wniosków do programu. Wybór do realizacji wniosków gwarantujących realizację zadań w wyznaczonych terminach.

2.1.3. Organizacja programów prac społecznie użytecznych w gminach

Nazwa praktyki/projektu	Państwo członkowskie
Prace społecznie użyteczne na rzecz budownictwa socjalnego	Polska
Cel inicjatywy	
<p>Projekty, które uzyskały pozytywną opinię w konkursie Ministra Pracy i Polityki Społecznej pt: „Prace społecznie użyteczne na rzecz budownictwa socjalnego”, realizowanym w ramach programu „Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu”.</p> <p>Projekty te uzyskały dofinansowanie w 2007r., oraz zostały rozliczone merytorycznie i finansowo. Poprzez realizację programów prac społecznie użytecznych, wykonywanych na obiektach budownictwa socjalnego (aktywizację społeczno-zawodową), w których biorą udział osoby z problemami mieszkaniowymi, osoby bezdomne lub osoby zagrożone eksmisją w poszczególnych gminach, uzyskane zostaną następujące efekty:</p>	
Główne rezultaty	
<p>A. Miasto Kłodzko (Woj. Dolnośląskie) – efekty - 26 socjalnych lokali mieszkalnych, 40 osób zagrożonych wykluczeniem brało udział w programie.</p> <p>B. Miasto i Gmina Dębno (Woj. Zachodniopomorskie) – efekty - remont domu dla bezdomnych – 4 pokoje 4 osobowe, 3 pokoje – 3 osobowe, 2 pokoje 5 osobowe, oraz 1 pokój dla osoby niepełnosprawnej, 85 osób w pracach społecznie użytecznych.</p> <p>C. Miasto i Gmina Połczyn Zdrój (Woj. Zachodniopomorskie) – efekty - 28 lokali socjalnych, w tym 4 lokale dla osób niepełnosprawnych, 20 osób w pracach społecznie użytecznych.</p> <p>D. Organizacja Pożytku Publicznego – Chrześcijańskie Stowarzyszenie Dobroczyńne w Kluczach (Woj. Małopolskie) – efekty - Współpraca lokalna w charakterystyce partnerstwa publiczno-społecznego. 10 lokali socjalnych. 20 osób aktywizowanych w programie prac społecznie użytecznych.</p> <p>E. Miasto i Gmina Kraśnik (Woj. Lubelskie) – efekty - 20 lokali socjalnych, 20 osób w programie prac społecznie użytecznych</p>	
Docelowi beneficjenci	Obszary polityki
<p>Cała populacja <input type="checkbox"/></p> <p>Dzieci <input type="checkbox"/></p> <p>Samotnie wychowujący dzieci <input type="checkbox"/></p> <p>Bezrobotni <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Osoby starsze <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Osoby młode <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Niepełnosprawni <input type="checkbox"/></p> <p>Imigranci <input type="checkbox"/></p> <p>Mniejszości etniczne <input type="checkbox"/></p> <p>Bezdomni <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Ludzie chorzy <input type="checkbox"/></p> <p>Inni (Proszę wyszczególnić:) <input type="checkbox"/></p>	<p>Wykluczenie społeczne <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Opieka zdrowotna <input type="checkbox"/></p> <p>Opieka długoterminowa <input type="checkbox"/></p> <p>Dobre rządzenie <input type="checkbox"/></p>
	Wymiar geograficzny
	<p>Ogólnokrajowy <input type="checkbox"/></p> <p>Regionalny <input checked="" type="checkbox"/></p>
	Podmiot wykonujący zadanie
	Samorządy gminne i organizacje pozarządowe
Przyczyny powołania inicjatywy	
Wskazanie możliwości wykorzystywania programów aktywizacji zawodowej i społecznej osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej przy poprawie własnej sytuacji mieszkaniowej.	

Szczegóły projektu	
1.	W jaki sposób projekt przyczynił się do zrealizowania celów?
	Zawiązały się lokalne partnerstwa pomiędzy instytucjami pomocy społecznej a urzędami pracy oraz lokalnymi pracodawcami.
2.	Jakie są/były ramy czasowe na realizację inicjatywy?
	Projekty realizowane przez okres 2007-2008
Monitoring i ewaluacja	
	Jak monitorowano/ewaluowano projekt?
	Monitorowanie zapewnione poprzez reguły uczestnictwa w resortowym programie „Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu”.
Rezultaty	
1.	W jakim stopniu zrealizowano założone cele?
	Inicjatywa samorządów gminnych w 2008r. wzrosła w zakresie inicjowania lokalnych programów prac społecznie użytecznych i robót publicznych na obiektach budownictwa socjalnego oraz w usługach opiekuńczych.
2.	Jakie napotkano przeszkody/trudności podczas wdrażania inicjatywy?
	Posiadanie większych środków finansowych przez samorzady gminne zwiększyłoby zakres merytoryczny lokalnych projektów.
3.	Czy istnieją jakiegokolwiek niespodziewane korzyści lub straty?
	Zwiększyło się zainteresowanie rozwiązaniami systemowymi w obszarze dofinansowywania przez państwo inicjatyw w zakresie budownictwa lokali socjalnych, noclegowni i domów dla osób bezdomnych.

Aneks 2.2. Wybrane wartości docelowe KPD/Integracja

Priorytety Narodowej Strategii Integracji Społecznej na lata 2005 – 2010 przyjęte w Krajowym Planie Działań na rzecz Integracji Społecznej na lata 2008-2010

Lp.	Priorytety	Wskaźniki	2010
1.	Wzrost uczestnictwa dzieci w wychowaniu przedszkolnym	Dzieci objęte wychowaniem przedszkolnym w wieku 3-5 lat	70%
		na wsi	40%
		dzieci niepełnosprawne	1/3 dzieci niepełnosprawnych
2.	Poprawa jakości kształcenia na poziomie gimnazjalnym i średnim	Poprawa wskaźników testu PISA	o 50% wyniki najgorszego kwintyla
3.	Upowszechnienie kształcenia wyższego i jego lepsze dostosowanie do potrzeb rynku pracy	Udział młodzieży do 24 roku życia w systemie edukacji wyższej Udział młodzieży niepełnosprawnej do 24 roku życia w systemie kształcenia	60%
4.	Ograniczenie tendencji do wzrostu różnic dochodowych	Wskaźnik Giniego – reprezentatywnie oszacowany	Do przeciętnego poziomu europejskiego
5.	Ograniczenie bezrobocia długookresowego	Stopa bezrobocia długookresowego	5%
6.	Zmniejszenie bezrobocia młodzieży	Stopa bezrobocia młodzieży	25%
7.	Zwiększenie poziomu zatrudnienia wśród osób niepełnosprawnych	Stopa pracujących osób niepełnosprawnych w wieku aktywności zawodowej	22%
8.	Zwiększenie liczby uczestników w aktywnej polityce rynku pracy - ALMP	Udział uczestniczących w programach ALMP wśród bezrobotnych Udział osób niepełnosprawnych objętych ALMP wśród objętych aktywnymi formami	20-30%
9.	Upowszechnienie kształcenia ustawicznego	Udział osób objętych kształceniem ustawicznym (24-64)	10%
10.	Wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia w sprawności	HALE (Health Life Expectancy)	Do średniego poziomu europejskiego

Wybrane wartości docelowe zapisane w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki na lata 2007-2013*

Priorytety PO KL	Efekty realizacji
I Zatrudnienie i integracja społeczna	<p>Wdrożenie standardów usług w 90% instytucji pomocy społecznej</p> <p>Objęcie 70% kluczowych** pracowników instytucji pomocy społecznej (bezpośrednio zajmujących się aktywną integracją) szkoleniami i innymi formami podnoszenia kwalifikacji (np. studia I i II stopnia, studia podyplomowe, doktoranckie, kursy zawodowe w tym: I i II stopień specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny).</p> <p>Realizacja w partnerstwie co najmniej 50% projektów kierowanych do osób wykluczonych społecznie.</p>
VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich	<p>Objęcie wszystkich młodych bezrobotnych (15-24 lata) pomocą w ramach Aktywnych Polityk Rynku Pracy w okresie do 100 dni do dnia zarejestrowania do 2010 r.</p> <p>Objęcie 50% bezrobotnych kobiet instrumentami rynku pracy oraz usługą szkoleniową.</p> <p>Objęcie 50% osób długotrwale bezrobotnych instrumentami rynku pracy oraz usługą szkoleniową.</p> <p>Objęcie 40% starszych osób bezrobotnych (50-64 lata) instrumentami rynku pracy oraz usługą szkoleniową.</p>
VII Promocja integracji społecznej	<p>Objęcie 15% klientów instytucji pomocy społecznej (którzy jednocześnie: są w wieku aktywności zawodowej, nie pracują i korzystają z pomocy społecznej) działaniami aktywnej integracji.</p> <p>Objęcie 10% klientów instytucji pomocy społecznej (w wieku aktywności zawodowej) kontraktami socjalnymi.</p> <p>Objęcie 100% pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej (bezpośrednio zajmujących się aktywną integracją) szkoleniami i innymi formami podnoszenia kwalifikacji w systemie pozaszkolnym.</p> <p>Zapewnienie funkcjonowania instytucji wspierających ekonomię społeczną (przynajmniej dwie w każdym województwie)</p> <p>Zapewnienie trwałości funkcjonowania jednostek ekonomii społecznej (minimum 30% przychodów ogółem powinno pochodzić z działalności własnej jednostek ekonomii społecznej).</p>

* Działania realizowane w ramach KPD/Integracja mają sprzyjać osiągnięciu odpowiednich efektów zapisanych w PO KL na 2013 r.

** Kluczowymi pracownikami instytucji pomocy społecznej w ramach PO KL są osoby zatrudnione na stanowisku pracownika socjalnego (w tym również *starszy pracownik socjalny, specjalista czy specjalista pracy socjalnej*)

Aneks 2.3. - Wsparcie działań KPD/Integracja przez Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Krajowy plan działań na rzecz integracji społecznej	Priorytet w PO Kapitał Ludzki	Działanie w PO Kapitał Ludzki	Poddziałanie w PO Kapitał Ludzki
Aktywizacja zawodowa niepracujących rodziców	Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna	1.3 Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej	1.3.1 Projekty na rzecz społeczności romskiej 1.3.2 Projekty na rzecz promocji równych szans kobiet i mężczyzn oraz godzenia życia zawodowego i rodzinnego
	Priorytet VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich	6.1 Poprawa dostępu do zatrudnienia oraz wspieranie aktywności zawodowej w regionie 6.2 Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samo zatrudnienia 6.3 Inicjatywy lokalne na rzecz podnoszenia poziomu aktywności zawodowej na obszarach wiejskich	
	Priorytet VII Promocja integracji społecznej	7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji	7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym
Rozwój form opieki nad dzieckiem (w tym szkolenie i pozyskiwanie zawodowych rodzin zastępczych)	Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna	1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej 1.3 Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej	1.3.2 Projekty na rzecz promocji równych szans kobiet i mężczyzn oraz godzenia życia zawodowego i rodzinnego
	Priorytet VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich	6.1 Poprawa dostępu do zatrudnienia oraz wsparcie aktywności zawodowej w regionie	
	Priorytet IX Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach	9.1 Wyrównywanie szans edukacyjnych i zapewnienie wysokiej jakości usług edukacyjnych świadczonych w systemie oświaty	9.1.1 Zmniejszanie nierówności w stopniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej

Utworzenie zawodu gminnego asystenta rodzinnego	Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna	1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej	
	Priorytet VII Promocja integracji społecznej	7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji	7.1.1. Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez ośrodki pomocy społecznej – projekty systemowe
Utworzenie zawodu powiatowego koordynatora rodzinnego	Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna	1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej	
	Priorytet VII Promocja integracji społecznej	7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji	7.1.2. Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie – projekty systemowe
Rozwój kwalifikacji i kompetencji kadr w zakresie pozyskiwania funduszy służących rozwojowi rodzinnych form pieczy zastępczej	Priorytet V Dobre rządzenie	5.1 Wzmocnienie potencjału administracji rządowej	5.1.1. Modernizacja systemów zarządzania i kompetencji kadr - projekty systemowe
		5.2 Wzmocnienie potencjału administracji samorządowej	5.2.2. Systemowe wsparcie funkcjonowania administracji samorządowej – projekty systemowe
Działania na rzecz integracji usamodzielniających się wychowanków rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo-wychowawczych	Priorytet VII Promocja integracji społecznej	7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji	7.1.2. Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie – projekty systemowe
	Priorytet VII Promocja integracji społecznej	7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej	7.2.1. Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym 7.2.2. Wsparcie ekonomii społecznej
Realizacja programów integracyjnych na rzecz osób niepełnosprawnych	Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna	1.3 Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej	1.3.6. PFRON
	Priorytet VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich	6.1 Poprawa dostępu do zatrudnienia oraz wspieranie aktywności zawodowej w regionie 6.2 Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samo zatrudnienia 6.3 Inicjatywy lokalne na rzecz podnoszenia poziomu aktywności zawodowej na obszarach wiejskich	

	Priorytet VII Promocja integracji społecznej	7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej	7.1.1. Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez ośrodki pomocy społecznej – projekty systemowe 7.1.2 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie 7.2.1. Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym
Modernizacja systemu kształcenia zawodowego i upowszechnienie dostępu do kształcenia ustawicznego	Priorytet III Wysoka jakość systemu oświaty	3.4 Otwartość systemu edukacji w kontekście uczenia się przez całe życie	3.4.2. Upowszechnienie uczenia się przez całe życie – <i>projekty systemowe</i> 3.4.3. Upowszechnienie uczenia się przez całe życie – <i>projekty konkursowe</i>
	Priorytet IX Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach	9.3 Upowszechnienie formalnego kształcenia ustawicznego	
Rozwój usług dla ludzi starszych	Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna	1.1 Wsparcie systemowe instytucji rynku pracy 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej	
	Priorytet VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich	6.1 Poprawa dostępu do zatrudnienia oraz wspieranie aktywności zawodowej w regionie	6.1.1. Wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia na regionalnym rynku pracy
	Priorytet VII Promocja integracji społecznej	Działanie 7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji	7.1.2. Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie

W celu realizacji celów strategicznych i szczegółowych PO KL oraz ukierunkowania wsparcia na wybrane obszary, w ramach PO KL istnieje możliwość realizacji projektów indywidualnych. Są to projekty o znaczeniu strategicznym dla realizacji Programu, wskazywane przez Instytucje Zarządzającą (IZ), zgodnie z kryteriami zatwierdzonymi przez Komitet Monitorujący. Projekty indywidualne mogą być realizowane w każdym Priorytecie PO KL.

W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki istnieje również możliwość realizowania projektów innowacyjnych, których celem jest poszukiwanie nowych, lepszych, efektywniejszych sposobów rozwiązywania problemów uwzględnionych w obszarach wsparcia EFS.

		Wskaźnik zagrożenia ubóstwem obliczany w oparciu o minimum egzystencji dla dzieci (0-19 lat) (2004) 40%
		Wskaźnik zagrożenia ubóstwem obliczany w oparciu o minimum egzystencji dla rodzin wielodzietnych (wychowujących 4 dzieci lub więcej) (2006) 26%
		Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu rent i emerytur, ale przed transferami społecznymi (2005) 29%
Realizacja działań		
DZIAŁANIE 2.2.1. ROZWÓJ ZINTEGROWANEGO SYSTEMU POMOCY RODZINOM		
Program wsparcia rodzin przed i po urodzeniu dziecka		
Program wsparcia rodzin przed i po urodzeniu dziecka		Wydatki na pozaubezpieczeniowe świadczenia rodzinne związane z urodzeniem dziecka (w mln zł) 2006 – 614 2007 – 603 2008 – 651 (plan wydatków)
Narodowy Program Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu	wskaźnik	Liczba dzieci objętych działaniami w ramach „Narodowego Programu Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu” Pilotażowy „Program wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie” był realizowany w latach 2005 – 2007. Wzięło w nim udział ponad 9 000 dzieci.
Rozwój działań w zakresie wsparcia rodzin doświadczających bezradności w sprawach opiekuńczych i wychowawczych		

Organizowanie placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego	wskaźnik	Liczba placówek wsparcia dziennego prowadzonych w oparciu o ustawę o pomocy społecznej [prowadzone przez gminę, prowadzone przez inny podmiot niż gmina] 2006: prowadzone przez gminę – 241, prowadzone przez inne podmioty niż gmina – 227 prowadzone przez powiat – 100, prowadzone przez inne podmioty niż powiat – 346
Udzielanie wsparcia w ramach specjalistycznego poradnictwa rodzinnego	opis realizacji	2005 Rodziny objęte poradnictwem specjalistycznym – 182,8 tys. Osoby korzystające z poradnictwa specjalistycznego w jednostkach specjalistycznych poradnictwa rodzinnego -45,5 tys. osób 2006 Rodziny objęte poradnictwem specjalistycznym – 182 tys. Osoby korzystające z poradnictwa specjalistycznego w jednostkach specjalistycznych poradnictwa rodzinnego -53,8 tys. Osób
Prowadzenie terapii rodzinnej	opis realizacji	2005 Liczba osób korzystających z terapii rodzinnej w ramach specjalistycznych jednostek poradnictwa rodzinnego- 19,5 tys. 2006 Liczba osób korzystających z terapii rodzinnej w ramach specjalistycznych jednostek poradnictwa rodzinnego- 11,7 tys.
Tworzenie różnorodnych form rodzicielstwa zastępczego	opis realizacji	2006 Tworzenie warunków prawnych i instytucjonalnych dla rozwoju niespokrewnionych z dzieckiem zawodowych rodzin zastępczych wielodzietnych i specjalistycznych (w związku ze zmianą ustawy o pomocy społecznej od dnia 1 maja 2004 roku). Kwota wydatkowanych środków w ramach Programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego w budowaniu lokalnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną – 0,8 mln.

		<p>2007 Promowanie tworzenia różnorodnych form rodzicielstwa zastępczego oraz szkolenia kandydatów do pełnienia funkcji rodzin zastępczych. Kwota wydatkowanych na te cele środków w ramach Programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego w budowaniu lokalnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną – 1,3 mln.</p> <p>2008 Kontynuacja promocji rodzinnych form opieki zastępczej jako formy najbardziej zabezpieczającej potrzeby emocjonalne dziecka. Przygotowywanie projektu założeń do ustawy o systemie opieki zastępczej nad dzieckiem (marzec 2008) i projektu ustawy o systemie opieki zastępczej nad dzieckiem(czerwiec 2008).</p>
<p>Program „Świetlica-staż, socjoterapia w środowisku wiejskim” (od 2008r. program zmienił nazwę na „Świetlica, Praca i Staż – socjoterapia w środowisku gminnym”)</p>	<p>wskaźnik</p>	<p>Liczba dzieci i młodzieży objętych programem „Świetlica-staż, socjoterapia w środowisku wiejskim”</p> <p>W 2005r. – pilotaż na obszarze 4 województw (warmińsko-mazurskie, dolnośląskie, wielkopolskie, oraz pomorskie). Liczba świetlic jaka powstała – 12 placówek. Średnia liczba dzieci uczestniczących w zajęciach 15-20 dzieci w jednej świetlicy, tj. ca 240 dzieci, przy czym z zajęć korzystały również dzieci nie wymagające pomocy socjoterapeutycznej (liczba tych dzieci jest trudna do oszacowania).</p> <p>Każdego następnego roku liczba świetlic powstających w wyniku realizacji programu ulegała zwiększeniu.</p> <p>W 2006r. – nowych świetlic w gminach wiejskich powstało 30, tj. 20 dzieci x 30 = 600</p> <p>W 2007r. – powstało kolejne 75 nowych świetlic oraz dodatkowo wybrano 16 wzorcowych w każdym województwie (po 1 w każdym województwie). Liczba dzieci – 20x 75 = 1.500 plus 16 x 20 = 320, łącznie 1.820.</p> <p>Podsumowanie: w okresie 2006-2007 powstało 117 nowych świetlic, w których przeciętnie brało udział w zajęciach po 20 dzieci (łącznie 2.340 dzieci). Dodatkowo w świetlicach uznanych jako „dobra praktyka” w zajęciach brało udział ca 300 dzieci.</p> <p>Można stwierdzić, że w okresie 2006-2007 realizacja Programu przyczyniała się do udzielenia pomocy około 3.000 dzieci.</p>

	wskaźnik	<p>Liczba gmin uczestniczących w programie „Świetlica-staż, socjoterapia w środowisku wiejskim”</p> <p>Od 2005r. liczba gmin przystępujących do Programu systematycznie wzrasta. I tak: (a) 2005r – 12 gmin, (b) 2006r. – kolejne 30 nowych gmin oraz dodatkowo 16 będących wzorcami dobrych praktyk, oraz (c) 2007r. – kolejne 75 nowych gmin oraz nowe 48 wzorcowe (w każdym województw</p>
Program wspierania jednostek samorządu terytorialnego w budowaniu lokalnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną	wskaźnik	<p>Liczba projektów samorządów terytorialnych, które otrzymały dotacje z tego programu:</p> <p>2006 Gmina – 44 projekty Powiat – 179 projektów Samorzady otrzymały dotacje na łączną kwotę 7,7 mln zł</p> <p>2007 Gmina – 82 projekty Powiat – 353 projekty Samorząd wojewódzki – 3 projekty Samorzady otrzymały dotacje na łączną kwotę 12,3 mln zł</p>
Rządowy program zapobiegania niedostosowaniu społecznemu i przestępczości wśród dzieci i młodzieży	opis realizacji	<p>2006</p> <p>W ramach kwoty przeznaczonej na realizację zadań wynikających z Programu Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznego i Przestępczości wśród Dzieci i Młodzieży sfinansowano następujące działania samorządów (w milionach zł):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zapobieganie niedostosowaniu społecznemu - 1,2 2. podwyższenie standardów w placówkach w kierunku profilaktyki niedostosowania - 0,03 3. tworzenie i rozwój placówek opiekuńczo – wychowawczych wsparcia dziennego z programem profilaktyki niedostosowania - 0,03 4. tworzenie zawodowych rodzin zastępczych o charakterze resocjalizacyjnym - 0,1 5. tworzenie mieszkań chronionych - 0,7 6. tworzenie mieszkań usamodzielnienia przy placówkach opiekuńczo – wychowawczych - 0,02 <p>Razem 2,1 mln zł</p>

		<p>2007</p> <p>Na programy związane z niedostosowaniem społecznym w ramach Programu Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przepięczności wśród Dzieci i Młodzieży przekazano samorządom kwotę 2,1 mln zł. Ze środków tych sfinansowano projekty zrealizowane w 39 gminach (0,8mln zł) oraz w 71 powiatach (1,3 mln zł). W gminach realizowano głównie projekty wspierające rodzinę zagrożoną patologiami społecznymi oraz dzienne formy opieki nad dzieckiem. Natomiast w powiatach realizowano programy adresowane do usamodzielniającej się młodzieży, do wychowanków placówek opiekuńczo – wychowawczych, na aktywizację społeczno – zawodową młodzieży, na przeciwdziałanie przemocy wśród dzieci i młodzieży.</p> <p>Zgodnie ze sprawozdaniem za 2006 rok realizacja Programu przyniosła następujące efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nastąpił wzrost liczby podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, • podmioty wdrażające ujęte w Programie działania uprzedzające, powstrzymujące, interwencyjne oraz programy modułowe wzbogacały je własnymi, dostosowanymi do potrzeb rozwiązaniami (np. Komenda Miejska Policji w Słupsku mając na uwadze przeciwdziałanie narkomanii zainicjowała współpracę z miejscowymi ośrodkami kościelnymi. Do duchownych wystosowano list – apel, aby podczas katechez odczytywali wiernym i informowali ich o objawach zażywania narkotyków, zasadach dystrybucji narkotyków i środków psychoaktywnych oraz przede wszystkim skutkach tego nałogu), • opracowano i realizowano wiele ciekawych i nowatorskich programów. Wiele z tych inicjatyw dotyczyło zapobiegania i zwalczania agresji i przemocy wśród dzieci i młodzieży oraz kształtowania właściwych postaw (np. na terenie województwa świętokrzyskiego został wdrożony program pilotażowy „Paragraf”. Program został opracowany w Świętokrzyskim Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Kielcach przy współpracy sędzi Anny Marii Wesołowskiej. Celem tego przedsięwzięcia było zainicjowanie systemowej edukacji prawnej w szkołach województwa świętokrzyskiego, a w konsekwencji poprawienie sytuacji wychowawczej),
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • podmioty wdrażające Program zintensyfikowały działania skierowane młodzieży z zagrożonych środowisk. Szczególnie w tym zakresie wyróżniły się Ochotnicze Hufce Pracy, • w związku z realizacją Programu zwracano większą niż w ubiegłych latach uwagę na aktywizowanie dzieci i młodzieży oraz włączanie ich w podejmowane działania m.in. poprzez szkolenie liderów młodzieżowych, • podmioty wdrażające program modułowy „<i>Procedury postępowania nauczycieli i metody współpracy szkół z Policją w sytuacjach zagrożenia dzieci oraz młodzieży przestępczością i demoralizacją, w szczególności: narkomanią, alkoholizmem i prostytucją</i>” nie tylko rozpowszechniały procedury, ale także tworzyły własne, mające stanowić odpowiedź na pojawiające się problemy i zagrożenia; • podmioty realizujące Program wdrażały szereg przedsięwzięć i programów profilaktycznych, mających na celu promowanie zdrowego stylu życia oraz zapobieganie konkretnym zagrożeniom. Większość z zaproponowanych działań zaplanowana została na dłuższy okres czasu (np. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych promowała postawy abstynenckie i trzeźwościowe wśród młodzieży m.in. dofinansowując VII Ponadregionalną edycję Powiatowej Młodzieżowej Szkoły Liderów Młodzieżowych i Animatorów Programów Profilaktycznych w Mikołowie), • w związku z realizacją Programu kontynuowano tworzenie lokalnych koalicji na rzecz dzieci i młodzieży oraz powoływano zespoły interdyscyplinarne i interwencyjne. Podmioty sygnalizowały dalszą potrzebę powstawania tego typu struktur oraz zawierania umów o współpracy i długofalowych porozumień (np. na terenie województwa podlaskiego w dniu 6 lipca 2006 r. podpisano list intencyjny w sprawie akceptacji założeń i współdziałania w realizacji programu „Wychowawca Podwórkowy”. List podpisali Prezydent Miasta Białegostoku, Podlaski Kurator Oświaty, Zastępca Komendanta Wojewódzkiego Policji w Białymstoku, a także rektorzy wyższych uczelni oraz prezesi spółdzielni mieszkaniowych uczestniczący w programie), • podobnie jak w ubiegłych latach, w 2006 roku coraz więcej podmiotów realizujących Program dokonywało na swoim terenie, samodzielnie lub też we współpracy z innymi podmiotami, oceny
--	--	---

		<p>potrzeb w zakresie niedostosowania społecznego i przestępczości dzieci i młodzieży (np. kuratorium Oświaty z terenu województwa lubuskiego, w oparciu o wnioski zawarte w raporcie Uniwersytetu Warszawskiego dotyczyły urazów, agresji i przemocy wśród dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce, opracowało program działań w zakresie przeciwdziałania agresji i przemocy w lubuskich szkołach i placówkach oświatowych przewidujący m.in. pomoc dla szkół w budowaniu nowych procedur działań interwencyjnych oraz w doskonaleniu procedur dotychczas funkcjonujących).</p>
Rozwój mieszkalnictwa socjalnego		
<p>Realizacja działań na podstawie ustawy z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych oraz noclegowni i domów dla osób bezdomnych</p>	<p>wskaźnik</p>	<p>Liczba oddanych do użytku mieszkań socjalnych (2004 – 2006, plany)</p> <p style="text-align: right;">ok. 5000</p> <p>Program finansowego wsparcia budownictwa dla najuboższych realizowany jest w oparciu o ustawę z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych (Dz. U. Nr 251, poz. 1844). Przeprowadzone w ubiegłym roku dwie pierwsze edycje programu (kwiecień-maj oraz październik 2007 r.) pozwoliły na udzielenie finansowego wsparcia na utworzenie 2.500 lokali socjalnych i mieszkań chronionych. Większość z tych przedsięwzięć znajduje się jeszcze na etapie realizacji - do końca 2007 r. oddano do użytku 26 dofinansowanych w ramach programu lokali.</p>

	<p>wskaźnik</p>	<p>Liczba noclegowni, schronisk i domów dla bezdomnych</p> <p>Prowadzone przez gminę- 123; 2339 miejsc; liczba osób korzystających 6041; Prowadzone przez inny podmiot – 104; liczba miejsc 4576; liczba osób korzystających - 8177; Prowadzone przez powiat: 5 liczba miejsc 274; liczba osób korzystających- 335 (dane MPiPS 03 za 2006 rok)</p> <p>Liczba miejsc w noclegowniach i schroniskach dla osób bezdomnych, rejestrowana w ramach resortowego programu „Powrót osób bezdomnych do społeczności” w skali rocznej wynosi około 47 tys. miejsc noclegowych.</p>
	<p>wskaźnik</p>	<p>Liczba osób korzystających z lokali socjalnych, noclegowni i domów dla bezdomnych [prowadzonych przez powiat, prowadzonych przez inny podmiot]</p> <p>Liczba osób korzystających z usług pomocowych, rejestrowana w ramach resortowego programu „Powrót osób bezdomnych do społeczności” w skali rocznej wynosi około 85 tys. osób.</p>
<p>Program osłony przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób bezdomnych zagrożonych bezdomnością</p>	<p>opis realizacji</p>	<p>Od 2006r. jest realizowany resortowy program „Powrót osób bezdomnych do społeczności”. Kwota finansowa jaka jest zaplanowana rokrocznie w budżecie – część 44. <i>zabezpieczenie społeczne</i>, wynosi 5,0 mln złotych. W latach 2006 – 2007 pod koniec każdego roku Minister Pracy i Polityki Społecznej uzyskiwał dodatkowe środki w przeciętnej wysokości 8-10 mln złotych.</p> <p>Program jest realizowany w dwóch torach:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tor nr 1 – regionalny, co oznacza przekazanie z planowanej, rocznej kwoty programowej 60% do dyspozycji wojewodów celem wykonywania zadań o charakterze osłonowym. b) Tor nr 2 – centralny, co oznacza wybór w drodze konkursu najefektywniejszych projektów podmiotów uprawnionych w myśl art. 25 ustawy o pomocy społecznej do świadczenia usług pomocowych o charakterze osłonowo-aktywizacyjnym. <p>Liczba osób bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością, która jest objęta usługami realizowanymi przy wsparciu Programu wynosi 80 tys. osób, w tym: 2.500 osób objętych jest indywidualnymi programami wychodzenia z bezdomności.</p>

		W realizacji zadań Programu uczestniczą organizacje pozarządowe, organizacje kościelne i inne o zasięgu ogólnokrajowym (PCK, PKPS, Monar, Markot, Caritas Polska) oraz o zasięgu lokalnym.	
Rozwój poradnictwa obywatelskiego i rodzinnego			
Wsparcie rozwoju usług w zakresie poradnictwa obywatelskiego	wskaźnik	Liczba Biur Porad Obywatelskich (2005)	31
		(2008)	34
DZIAŁANIE 2.2.2. ROZWÓJ SYSTEMU WSPIERANIA DOCHODU			
System świadczeń rodzinnych			
Wzrost wysokości świadczeń rodzinnych	wskaźnik	Wydatki na system świadczeń rodzinnych (w mln zł) 2006 – 7 724 2007 – 8 161 2008 – 8 266 (plan wydatków)	
	wskaźnik	Wydatki na świadczenia rodzinne jako udział w ogóle wydatków społecznych w relacji do udziału osób w wieku 0-18 lat w ludności ogółem	Brak danych
	wskaźnik	Wskaźnik zagrożenia ubóstwem dzieci (0-17 lat) po uwzględnieniu rent i emerytur ale przed transferami społecznymi (2005)	36%
System stypendialny			

Rozbudowa systemu stypendialnego	wskaźnik	<p>Kwota środków przeznaczonych na wypłatę stypendiów (w zł)</p> <p style="text-align: right;">Stypendia i zasiłki szkolne Rok 2006 – 440 522 853 zł Rok 2007 – ok. 435 000 000 zł</p> <p style="text-align: right;">Stypendia dla uczniów z rodzin byłych pracowników PPR: Rok 2006 – 28 645 600 zł Rok 2007 - 15 375 209 zł</p>
	wskaźnik	<p>Liczba dzieci objętych stypendiami socjalnymi i naukowymi Wg miejsca zamieszkania Wg kryterium przyznania</p> <p style="text-align: right;">Brak danych skumulowanych</p>
	wskaźnik	<p>Odsetek uczniów otrzymujących stypendia <i>Wg miejsca zamieszkania</i> <i>Wg typu szkoły</i> <i>Wg płci</i></p> <p style="text-align: right;">Brak danych skumulowanych</p>
Wyprawka szkolna	opis realizacji	<p>Opis realizacji Rządowego program wyrównywania warunków startu szkolnego uczniów w 2006 r. „Wyprawka szkolna”.</p> <p>W ramach pomocy materialnej dla uczniów w roku 2006 przyjęto Rządowy program wyrównywania warunków startu szkolnego uczniów w 2006 r. „Wyprawka szkolna”, (Uchwała Nr 74 Rady Ministrów z dnia 23 maja 2006 r., rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 maja 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków udzielania pomocy uczniom objętym obowiązkiem szkolnym w klasach pierwszych szkół podstawowych i ogólnokształcących szkół muzycznych I stopnia w roku szkolnym 2006/2007 - Dz. U. Nr 88, poz. 615), w którego zakresie dzieci rozpoczynające naukę w klasie pierwszej szkoły podstawowej oraz w klasie pierwszej ogólnokształcącej szkoły muzycznej I stopnia otrzymały bezpłatny komplet podręczników. Adresatami programu byli uczniowie pochodzący z rodzin, w których dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Program w znacznym stopniu pomaga przełamywać bariery edukacyjne,</p>

	<p>których podłożem jest trudna sytuacja materialna rodzin. W jego realizację, na pełnych zasadach partnerstwa, zostały włączone wszystkie gminy i szkoły podstawowe. Dzięki programowi w roku szkolnym 2006/2007 w bezpłatny komplet podręczników zostało wyposażonych, ok. 120 519 (32,1% populacji) uczniów klas pierwszych szkół podstawowych i ogólnokształcących szkół muzycznych I stopnia pochodzących z rodzin najuboższych.</p> <p>Na realizację programu w roku 2006 zaplanowano 11 mln zł z rezerwy celowej Nr 43 budżetu państwa. Kwota ta, we wrześniu 2006 r., została zwiększona o 236 728 zł. Z informacji przesłanych do Ministerstwa Edukacji Narodowej przez Kuratorów Oświaty wynika, że konieczność zwiększenia środków na realizację programu spowodowana była zwiększeniem liczby dzieci objętych programem oraz podwyżką cen kompletów podręczników w stosunku do 2005 roku.</p> <p>Realizacja programu w województwach przebiegała sprawnie, napotkane trudności rozwiązywane były na bieżąco, pomiędzy Ministerstwem, Kuratoriami Oświaty oraz jednostkami samorządu terytorialnego. Kuratoria Oświaty pozostawały również w stałym kontakcie z Wydawnictwami. Wpływ na sprawny przebieg programu miały stały monitoring ze strony Kuratoriów Oświaty oraz resortu edukacji, kontakt telefoniczny, wykorzystanie poczty elektronicznej do uzyskiwania danych od samorządów.</p> <p>W 2007 r. program „Wyprawka szkolna” został przekształcony w Rządowy program pomocy uczniom w 2007 r. „Dofinansowanie zakupu podręczników dla dzieci rozpoczynających roczne przygotowanie przedszkolne lub naukę w klasach I-III szkoły podstawowej i w klasach I-III ogólnokształcącej szkoły muzycznej I stopnia oraz dofinansowanie zakupu jednolitego stroju dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów”</p> <p>Niniejszy program oraz rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków udzielania pomocy finansowej dzieciom i uczniom na zakup podręczników i zakup jednolitego stroju zostały podpisane w dniu 2 lipca 2007 roku przez Prezesa Rady Ministrów.</p> <p>Zgodnie z programem uczniowie klas I-III oraz dzieci realizujące roczne przygotowanie przedszkolne pochodzące z rodzin o niskim statusie materialnym otrzymali dofinansowanie zakupu podręczników szkolnych. Natomiast uczniowie ze szkół podstawowych i gimnazjów otrzymali również dofinansowanie zakupu jednolitych strojów obowiązujących na terenie szkoły. Ministerstwo Edukacji Narodowej skierowało program do uczniów</p>
--	---

		<p>pozostających w szczególnie trudnej sytuacji materialnej, której odzwierciedleniem jest dochód nie przekraczający 351 zł na osobę w rodzinie.</p> <p>Wartość pomocy na dofinansowanie podręczników dla ucznia wynosiła do: 70 zł - dla ucznia rozpoczynającego roczne przygotowanie przedszkolne, 130 zł - dla ucznia klasy I szkoły podstawowej oraz ogólnokształcącej szkoły muzycznej I stopnia, 150 zł - dla ucznia klasy II szkoły podstawowej oraz ogólnokształcącej szkoły muzycznej I stopnia, 170 zł - dla ucznia klasy III szkoły podstawowej oraz ogólnokształcącej szkoły muzycznej I stopnia.</p> <p>Celem zapewnienia pełnego zaspokojenia potrzeb Ministerstwo Edukacji Narodowej zwróciło się do Wojewodów o kontynuowanie zbierania danych do dnia 10 września 2007 r., tak by w pierwszym tygodniu trwania roku szkolnego wszystkie uprawnione dzieci zostały wyposażone w podręczniki szkolne i jednolity strój.</p> <p>Zgodnie z informacjami otrzymanymi z Kuratoriów Oświaty wszystkie samorządy gminne uczestniczyły w realizacji programu.</p> <p>Na realizację programu w zakresie dofinansowania zakupu podręczników szkolnych przeznaczono niecałe 70 mln zł, z czego 11,3 mln zł z rezerwy celowej budżetu państwa nr 11 „Wyprawka Szkolna”, zaś pozostała kwota pochodziła z rezerwy celowej budżetu państwa nr 34 „Dofinansowanie Narodowego Programu Stypendialnego”.</p>
System dodatków mieszkaniowych		
Wykonanie analizy efektywności systemu dodatków mieszkaniowych w zakresie kryteriów dochodowych	opis realizacji	<p>Aktualnie obowiązują przepisy <i>ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych (Dz. U. Nr 71, poz. 734, z późn. zm.)</i>. Zgodnie z tymi przepisami uprawnienia do dodatków mieszkaniowych przysługują osobom spełniającym m.in. kryterium dochodowe, tj. których średni miesięczny dochód na jednego członka gospodarstwa domowego w okresie trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku o przyznanie dodatku mieszkaniowego nie przekracza 175 % najniższej emerytury w gospodarstwie jednoosobowym i 125 % w gospodarstwie wieloosobowym (najniższa emerytura od dnia 1 marca 2008 r. wynosi 636,29 zł). W przypadku, gdy dochód na jednego członka gospodarstwa domowego jest wyższy od określonego wyżej, a kwota nadwyżki nie przekracza wysokości dodatku mieszkaniowego, należny dodatek obniża się o tę kwotę.</p> <p>W roku 2006 wg danych GUS przyznano ogółem 8.472.685 dodatków mieszkaniowych o przeciętnej wysokości 137,90 zł na łączną kwotę</p>

		1.168.118.745 zł. Oznacza to, że średnio w roku korzystało z dodatków mieszkaniowych 706 tys. gospodarstw domowych.
Pomoc w zakresie dożywiania		
Pomoc państwa w zakresie dożywiania	wskaźnik	<p>Liczba dzieci objętych pomocą w zakresie dożywiania Wg miejsca zamieszkania</p> <p>W roku 2006 – 1.452.056 dzieci i młodzieży do czasu ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej w tym na wsi – 823.480</p> <p>W roku 2007 (za okres I – IX) – 1.173.367 dzieci i młodzieży do czasu ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej w tym na wsi – 673.748</p>
Zmiany w systemie podatkowym		
Zmiany w systemie podatkowym	wskaźnik	<p>Liczba podatników korzystających ulg podatkowych</p> <p>W 2006 r. ulgi odliczyło 6 282 750 podatników, tj. 26,40% ogółu podatników.</p> <p>W 2007 r. ulgi odliczyło 9 575 112 podatników, tj. 39,59% ogółu podatników.</p>
DZIAŁANIE 2.2.3. UŁATWIANIE PRACOWNIKOM GODZENIA PRACY Z OBOWIĄZKAMI RODZICIELSKIMI		
Zwiększenie bezpieczeństwa socjalnego pracowników po urodzeniu dziecka		
Stopniowe wydłużanie urlopu macierzyńskiego	opis realizacji	<p>Zgodnie z ustawą z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw nastąpi zwiększenie wymiaru urlopu macierzyńskiego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - z 18 tygodni do 20 tygodni w przypadku urodzenia 1 dziecka przy jednym porodzie, - z 28 tygodni do 31 tygodni w przypadku urodzenia 2 dzieci przy jednym porodzie, - 33 tygodni w przypadku urodzenia 3 dzieci przy jednym porodzie, - 35 tygodni w przypadku urodzenia 4 dzieci przy jednym porodzie, - 37 tygodni w przypadku urodzenia 5 i więcej dzieci przy jednym porodzie. <p>Ustawa przewiduje zrównanie praw do urlopu macierzyńskiego rodziców adopcyjnych z biologicznymi. Ustawa wprowadza ponadto, sukcesywnie do roku 2014 - 6 tygodni dodatkowego urlopu macierzyńskiego w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie oraz 8 tygodni w przypadku urodzenia więcej niż 1 dziecka przy jednym porodzie. Dodatkowy urlop macierzyński można łączyć z pracą.</p>

		Wprowadzono również urlop ojcowski, który docelowo w 2014 r. będzie wynosić 2 tygodnie (od 2010 r. przysługuje 1 tydzień).
Stopniowe podwyższenie kryterium dochodowego uprawniającego do dodatku w okresie urlopu wychowawczego	opis realizacji	W latach 2006 – 2008 kryterium nie było podwyższane. Zgodnie z Ustawą o świadczeniach rodzinnych procedura weryfikacyjna dotycząca kryterium dochodowego zostanie rozpoczęta pod koniec 2008 r. Zgodnie z ww. ustawą decyzja w tej sprawie zostanie podjęta 1 września 2009 r.
Rozwój usług opiekuńczych		
Tworzenie rozwiązań prawno-finansowych wspierających tworzenie instytucjonalnych i nieformalnych form opieki nad dzieckiem i innymi osobami zależnymi	opis realizacji	<p>Od końca 2005 r. realizowana jest ustawa z dnia 25 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493). Zadania, realizowane przez administrację rządową oraz jednostki samorządu terytorialnego we współpracy z organizacjami pozarządowymi, wynikające z przepisów ustawy mają na celu zmniejszenie skali zjawiska przemocy w rodzinie.</p> <p>W 2006r. zgodnie z upoważnieniem ustawowym został uchwalony Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (KPPPwR). Program skierowany jest do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ofiar przemocy w rodzinie: <ul style="list-style-type: none"> - dzieci; - współmałżonków lub partnerów w związkach nieformalnych - osób starszych - osób niepełnosprawnych 2. sprawców przemocy w rodzinie 3. świadków przemocy w rodzinie. <p>Działania w 2006 r.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utworzenie i utrzymanie 33 specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie - realizacja programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc <p>Na realizację powyższych zadań przeznaczono kwotę 8 846 501zł.</p> <p>Działania w 2007 r.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uruchomienie środków na utrzymanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie w wys. 9. 600. 000zł - uruchomienie środków na realizację programów korekcyjno – edukacyjnych dla sprawców w wys. 2.315.768 zł

		<ul style="list-style-type: none"> - przeznaczenie środków finansowych w wysokości 240 000 zł na dofinansowanie szkoleń prowadzonych przez marszałków województw - przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii społecznej dotyczącej przeciwdziałania przemocy w rodzinie. - przeprowadzenie diagnozy zjawiska przemocy w rodzinie. <p>Planowane działania w 2008 r.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalsze utrzymywanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie (9 840 000 zł) oraz na prowadzenie programów korekcyjno – edukacyjnych (1 960 000 zł) – podział rezerwy celowej w wys. 4.360.000zł. na realizację KPPPwR - zorganizowanie kampanii społecznej na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie skierowanej na ochronę dzieci przed krzywdzeniem; <ul style="list-style-type: none"> - zlecenie diagnozy zjawiska przemocy w rodzinie w szczególności zbadanie zjawiska przemocy wobec dzieci.
Wzrost zatrudnienia w sferze usług opiekuńczych	wskaźnik	<p>Liczba osób zatrudnionych w przedszkolach (Stan w dniu 15 września 2006 r.)</p> <p>68 612,72 etatów pracowników niepedagogicznych 57 269,66 etatów pracowników pedagogicznych</p>

	wskaźnik	<p>Liczba osób zatrudnionych w usługach opiekuńczych dla osób starszych, niepełnosprawnych i chorych</p> <p>Dane Centrum Systemów Organizacyjnych Ochrony Zdrowia. Personel zatrudniony w Zakładach Opiekuńczo – Leczniczych, Zakładach Pielęgnacyjno – Opiekuńczych i Hospicjach, stan na dzień 21 grudnia 2006 r.:</p> <table> <tr><td>Lekarze</td><td>1125</td></tr> <tr><td>Pielęgniarki</td><td>6832</td></tr> <tr><td>Psycholodzy</td><td>293</td></tr> <tr><td>Pedagodzy</td><td>49</td></tr> <tr><td>Rehabilitanci</td><td>817</td></tr> <tr><td>Opiekunowie</td><td>1108</td></tr> <tr><td>Pracownicy socjalni</td><td>306</td></tr> <tr><td>Salowe</td><td>2625</td></tr> <tr><td>Wolontariusze</td><td>1050</td></tr> </table> <p>Liczba osób zatrudnionych domach pomocy społecznej (dane MPiPS za 2006 r.): 48 998.</p>	Lekarze	1125	Pielęgniarki	6832	Psycholodzy	293	Pedagodzy	49	Rehabilitanci	817	Opiekunowie	1108	Pracownicy socjalni	306	Salowe	2625	Wolontariusze	1050
Lekarze	1125																			
Pielęgniarki	6832																			
Psycholodzy	293																			
Pedagodzy	49																			
Rehabilitanci	817																			
Opiekunowie	1108																			
Pracownicy socjalni	306																			
Salowe	2625																			
Wolontariusze	1050																			
Zwiększanie liczby dzieci do lat 5, objętych opieką instytucjonalną w sytuacji gdy rodzice pracują	wskaźnik	<p>Liczba dzieci w żłobkach na 1000 dzieci w wieku do 3 lat (2004)</p> <p style="text-align: right;">19,7</p> <p>31 grudnia 2006 r (dane GUS)</p> <p style="text-align: right;">23,0</p>																		
	wskaźnik	<p>Liczba miejsc w żłobkach i oddziałach żłobkowych (2004)</p> <p style="text-align: right;">24836</p> <p>31 grudnia 2006 r (dane GUS)</p> <p style="text-align: right;">25835</p>																		
	wskaźnik	<p>Wskaźniki liczby dzieci w wieku 3 – 5 lat uczęszczających do placówek wychowania przedszkolnego do ogólnej liczby dzieci w wieku 3 – 5 (2006/2007)</p> <p style="text-align: right;">44,6%</p>																		

	wskaźnik	Liczba miejsc w przedszkolach Wg miejsca zamieszkania (miasto/wieś) (2004/05) <p style="text-align: right;">Miasta: 545.700 Wieś: 137.500</p> (2006/2007) <p style="text-align: right;">Miasta: 556 504 Wieś: 141 328</p>
Promocja elastycznych form zatrudnienia dla rodziców i opiekunów		
Promocja na rzecz wykorzystywania elastycznych form zatrudnienia	wskaźnik	Odsetek osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy w ogóle pracujących (ogółem, wg płci) <p style="text-align: right;">O: 9,3% M: 6,8% K: 12,4%</p>

	wskaźnik	<p>Wskaźnik zatrudnienia kobiet w wieku 25-49 lat wg liczby i wieku dzieci (4 kwartał 2005)</p> <p style="text-align: right;">0 dzieci: 68,9% 1 dz w wieku 0 – 14: 69,9% 2 dz w wieku 0 – 14: 61,3% 3 dz lub więcej w wieku 0 – 14: 50,8% 1 dz w wieku 0 – 2 lata: 63,5% 2 dz w wieku 0 – 2 lata: 50,8%</p> <p>(2 kwartał 2007)</p> <p style="text-align: right;">0 dzieci: 78,4% 1 dz w wieku 0 – 14: 72,0% 2 dz w wieku 0 – 14: 63,4% 3 dz lub więcej w wieku 0 – 14: 55,0% 1 dz w wieku 0 – 2 lata: 56,8% 2 dz w wieku 0 – 2 lata: 49,3%</p>
Promocja pracodawców przyjaznych rodzicielstwu	opis realizacji	<p>W ramach projektu realizowanego przy udziale środków Europejskiego Funduszu Społecznego przyznanych z Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL "Elastyczny Pracownik - Partnerska Rodzina" zorganizowano w województwie podlaskim dwie edycje Konkursu „Pracodawca Przyjazny Rodzinie”. Ideą przyświecającą konkursowi jest promowanie firm, instytucji i organizacji pozarządowych, które tworzą korzystne warunki środowiska pracy pozbawione wpływu zjawisk dyskryminacji, a w szczególności pomagają swoim pracownikom w godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi.</p>

Monitorowanie priorytetu 2: Integracja poprzez aktywizację

Nazwa programu	Forma monitoringu: wskaźnik/ocena realizacji	Wskaźnik Nazwa
Wskaźniki ogólne dla priorytetu 2		
Wskaźniki dla priorytetu 2		<p>Odsetek osób w wieku 18-64 lata żyjących w gospodarstwach w których osoby w wieku produkcyjnym nie posiadają zatrudnienia</p> <p>(2005)</p> <p style="text-align: right;">O: 15,3% M: 14% K: 16,6%</p> <p>(2007)</p> <p style="text-align: right;">O: 11,7% M: 10,5% K: 12,8%</p>
		<p>Liczba osób długotrwale bezrobotnych</p> <p><i>wg. BAEL – 13 miesięcy i więcej:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">IV kw. 2005 r. – 1516 tys. osób, IV kw. 2006 r. – 1026 tys. osób, IV kw. 2007 r. – 623 tys. osób.</p> <p><i>wg. rejestrów urzędów pracy – ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich dwóch lat:</i></p> <p style="padding-left: 40px;">koniec grudnia 2005 r. – 1828,8 tys. osób, koniec grudnia 2006 r. – 1517,8 tys. osób, koniec grudnia 2007 r. – 1094,1 tys. osób.</p>

		Wskaźnik zatrudnienia wśród osób niepełnosprawnych (2005) (III kwartał 2007)	O: 13,1 % M: 16,5 % K: 9,9 % O: 13,7 % M: 17,2 % K: 10,3 %
Realizacja działań			
DZIAŁANIE 2.3.1. REFORMA NARZĘDZI I INSTRUMENTÓW NA RZECZ AKTYWNEJ INTEGRACJI			
Aktywizacyjna formuła świadczeń z pomocy społecznej			
Wprowadzenie działań łączących ochronę dochodu z działaniami na rzecz aktywnej integracji	wskaźnik	Liczba klientów pomocy społecznej objętych kontraktem socjalnym (2006)	94.852 (2% wszystkich klientów pomocy społecznej)
Nowe wykorzystanie narzędzi pracy socjalnej			
Wprowadzenie programów aktywnej integracji	opis realizacji	W chwili obecnej stosowane są kontrakty socjalne wobec uczestników zajęć w KIS – ustawa z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (nowelizacja), oraz indywidualne programy zatrudnienia socjalnego, a także indywidualne programy wychodzenia z bezdomności. W ramach projektów Equal przeprowadzono przedsięwzięcie wobec mniejszości narodowej – Romów, polegające na tworzeniu spółdzielni socjalnych, które działają między innymi na rzecz integracji społecznej tej mniejszości w lokalnym środowisku. Powstały w Polsce 4 romskie spółdzielnie socjalne – Olsztyn, Sławno, Szczecinek i Kraków	
Instrumenty na rzecz aktywnej integracji			
Wdrożenie nowych działań zmierzających do aktywnej integracji klientów pomocy społecznej	opis realizacji	W okresie 2006-2007 wykorzystywano instrument aktywnej polityki zatrudnieniowej wobec klientów pomocy społecznej – prace społecznie użyteczne. Minister Pracy i Polityki Społecznej w okresie 2006-2007 promował w ramach ogłaszanych konkursów projekty samorządów gminnych, które wykorzystywały prace społecznie użyteczne jako	

		<p>instrument aktywizacji zawodowej i społecznej. Przykład:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. konkurs w 2006r. – <i>Prace społecznie użyteczne – dobra praktyka samorządów gminnych, oraz Organizacja prac społecznie użytecznych- dobre wzorce</i> 2. konkurs w 2007r. – <i>Prace społecznie użyteczne na rzecz budownictwa socjalnego.</i>
Aktywizacja i integracja osób niepełnosprawnych		
Zmiany w polityce aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych [doradztwo, szkolenia]	opis realizacji	Dnia 30 lipca 2007 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o <i>zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw</i> , które zmieniły m. in. brzmienie art. 41 dotyczącego finansowania szkoleń osób niepełnosprawnych organizowanych przez pracodawcę. Obecnie na wniosek pracodawcy poniesione przez niego koszty szkolenia zatrudnionych osób niepełnosprawnych mogą być zrefundowane ze środków Funduszu do wysokości 90% tych kosztów (wcześniej 75%). Zrezygnowano także z warunku zatrudnienia osoby niepełnosprawnej zgodnie z kierunkiem szkolenia przez okres co najmniej 2 lat.
	wskaźnik	<p>Liczba refundacji składek na ubezpieczenia społeczne przyznanych pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne</p> <p>Ze względu na fakt, że nowe przepisy dotyczące refundacji składek na ubezpieczenia społeczne obowiązują od 1 stycznia 2008 r. nie ma jeszcze dostępnych danych o liczbie refundacji przyznanych pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne.</p>
Wspieranie zatrudnienia na własny rachunek	opis realizacji	Przepisem ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw uchylono art. 12 ustawy o rehabilitacji (...) i wprowadzono art. 12a, w związku z czym zmieniła się forma pomocy na samozatrudnianie osób niepełnosprawnych, tj. pożyczkę na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej przez osobę niepełnosprawną zastąpiono jednorazową pomocą przeznaczoną na ten cel.
Wprowadzenie nowej ustawy o wspieraniu zatrudnienia oraz rehabilitacji zdrowotnej i	opis realizacji	Przygotowano <i>założenia do ustawy o wspieraniu zatrudnienia i integracji osób niepełnosprawnych</i> , jednakże w związku z wydłużeniem o 18 miesięcy

społecznej osób niepełnosprawnych		okresu stosowania rozporządzeń KE dotyczących wyłączeń blokowych (rozporządzenie Komisji (WE) Nr 1976/2006 z dnia 20 grudnia 2006 r. zmieniającego rozporządzenia (WE) nr 2204/2002, (WE) nr 70/2001 oraz (WE) nr 68/2001 w odniesieniu do przesłuzenia okresu stosowania), a tym samym przesunięcia w czasie terminu wdrażania nowych rozwiązań w zakresie pomocy publicznej, która obowiązywać będzie przez wiele kolejnych lat przesunięto prace nad projektem <i>ustawy o wspieraniu zatrudnienia i integracji osób niepełnosprawnych</i> .
DZIAŁANIA 2.3.2. ROZWÓJ PARTNAERSTWA PUBLICZNO- SPOŁECZNEGO		
Zdefiniowanie pojęcia usług społecznych użyteczności publicznej		
Wypracowanie jasnego modelu kontraktowania usług społecznych użyteczności publicznej	opis realizacji	Liczba projektów realizowanych w partnerstwie publiczno-społecznym W związku z nieuchwaleniem ustawy nowelizującej ustawę o działalności pożytku publicznego, która wprowadzała tę nową instytucję, obecnie nie jest możliwe wskazanie ilości partnerstw społecznych.
Ujednolicenie trybu kontraktowania zadań usług społecznych użyteczności publicznej		
Prawne ujednolicenie i uproszczenie zasad kontraktowania usług społecznych	opis realizacji	Pierwszym etapem prac stało się prawne uproszczenie i ujednolicenie zasad kontaktowania usług społecznych w obszarze rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, które zostało przeprowadzone w lipcu 2007 r. Wprowadzenie dalszego ujednolicenia i uproszczenia zasad kontraktowania usług społecznych zostało przewidziane w projekcie nowelizacji ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie opracowanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
Usprawnienie współpracy podmiotów publicznych i pozarządowych w realizacji zadań		
Umożliwienie tworzenia partnerstw publiczno-prywatnych przy realizacji projektów lokalnych	wskaźnik	Liczba projektów realizowanych w partnerstwie publiczno-prywatnym Obowiązująca ustawa o PPP nie jest stosowana, ze względu na nadmierne obowiązki przygotowawcze oraz inne obciążenia. Dlatego w międzyresortowej grupie roboczej pod kierownictwem Wiceministra Gospodarki jest opracowywany nowy projekt ustawy.

DZIAŁANIE 2.3.3. ROZWÓJ INSTYTUCJI EKONOMII SPOŁECZNEJ

Aktywne formy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu	wskaźnik	<p>Liczba CIS</p> <p>Na koniec 2007r. funkcjonowało w Polsce 55 centrów integracji społecznej, utworzonych przez samorządy gminne oraz organizacje pozarządowe. Struktura CIS – 60% centrów tworzonych było przez organizacje pozarządowe a 40% przez samorząd. Tendencja ta uległa w stosunku do okresu 2004-2006 zmianie, bowiem w początkowym okresie inicjatorem CIS były przede wszystkim samorządy gminne. Ten układ wynikał między innymi z działania instrumentów finansowych EFS.</p>
	wskaźnik	<p>Liczba osób objętych działaniami CIS</p> <p>W okresie 2006-2007, przyjmując założenie iż przeciętna grupa uczestników zajęć reintegracji społecznej i zawodowej w CIS wynosi około 50 osób, można oszacować, że na koniec 2007r. skorzystało w tej formy pomocy około 2.500 osób. W roku 2006r według danych uzyskanych z monitoringu ustawy o zatrudnieniu socjalnym osób będących uczestnikami zajęć w CIS-ach było niespełna 1.000.</p>
	wskaźnik	<p>Odsetek osób objętych działaniami CIS, które uzyskały zatrudnienie</p> <p>Wskaźniki ponownego zatrudnienia (stopa ponownego zatrudnienia) osób, które ukończyły zajęcia w CIS-ach kształtowały się średnio w Polsce na poziomie 60—70%</p>

	wskaźnik	<p>Liczba KIS</p> <p>W okresie 2006-2007 powstało w Polsce ponad 300 klubów integracji społecznej. Działania samorządów gminnych (ośrodki pomocy społecznej) oraz organizacji pozarządowych były wspierane przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej poprzez realizację Programu „Aktywne Formy Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu”.</p> <p>Program w 2007r., komponent I: <i>Wzmocnienie roli Klubów Integracji Społecznej, jako instytucjonalnych aktywnych form przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu</i>, konkurs: „Klub Integracji Społecznej w gminie wiejskiej”. Powstało 59 klubów integracji społecznej na terenie kraju. Objęto w nich łącznie pomocą w zakresie reintegracji społecznej i zawodowej ponad 1250 osób. Wskaźnik osób, które po zakończeniu zajęć podjęły zatrudnienie – 20%</p>
Wspieranie Rozwoju Spółdzielczości Socjalnej	wskaźnik	<p>Liczba spółdzielni socjalnych</p> <p>Na koniec 2007r w Krajowym Rejestrze Sądowym zarejestrowanych było 134 spółdzielni socjalnych.</p>
Wsparcie rozwoju ekonomii społecznej	opis realizacji	<p>W okresie 2006-2007 realizacja resortowego programu „Wspieranie Rozwoju Spółdzielczości Socjalnej” przyczyniła się do powstania sieci podmiotów wspierających proces tworzenia i rozwijania przez osoby bezrobotne własnej działalności w formule spółdzielni socjalnych.</p> <p>W roku 2006 i 2007 działało w Polsce 10 Ośrodków Wspierania Spółdzielni Socjalnych. Ponadto, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Departament Pomocy i Integracji Społecznej uczestniczyło na zasadach partnerskich w realizacji kilku projektów Equal, np.: projekt „Tu jest praca”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rządowy Program Fundusz Inicjatyw Obywatelskich <p>Program został opracowany jako przedsięwzięcie służące wspieraniu inicjatyw obywatelskich z udziałem organizacji pozarządowych. Realizacja zadań przez beneficjentów, jakimi są organizacje pozarządowe miała służyć rozwojowi ich działalności oraz wspieraniu zasad i form współpracy. Program stał się wsparciem dla organizacji, działających także w obszarze ekonomii społecznej. Ponadto w Obszarze 2 <i>Integracja i aktywizacja społeczna</i> jasno określono, że Program FIO wspiera działania z zakresu ekonomii społecznej:</p>

		<p>Obszar 2. Integracja i aktywizacja społeczna</p> <p><i>a) porozumienia na rzecz aktywizacji zawodowej – inicjatywy proponujące oryginalne formy pobudzania aktywności na rynku pracy, przede wszystkim wobec grup i osób będących w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, rozwój ekonomii społecznej.</i></p> <p>W 2006 r. w ramach obszaru 2.b <i>Integracja i aktywizacja społeczna</i> – porozumienia na rzecz aktywizacji zawodowej (w tym rozwój ekonomii społecznej) dofinansowano 42 projekty, co stanowi 5,7 proc. Wszystkich dofinansowanych projektów.</p> <p>W kierunkach działań określonych na kolejny rok funkcjonowania Rządowego Programu FIO – 2007 rok – nie zmieniono zapisów dotyczących zadań realizowanych na rzecz aktywizacji zawodowej (w tym rozwój ekonomii społecznej) dofinansowano 41 projektów, co stanowi 5,5 proc. Wszystkich dofinansowanych projektów.</p> <p>W 2008 r. w ramach Funduszu Inicjatyw Obywatelskich działania na rzecz rozwoju ekonomii społecznej wspierane będą w Obszarze 2. <i>Integracja i aktywizacja społeczna.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategia Wspierania Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego <p>To długofalowy dokument mający na celu kształtowanie procesu rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Priorytet 4, który obejmuje cztery działania, bezpośrednio dotyczy ekonomii społecznej (Priorytet 4 Ekonomia Społeczna, Działania: III sektor jako pracodawca, Budowanie wzajemnościowych form w gospodarce, Społeczna Odpowiedzialność Biznesu, Innowacyjne formy gospodarki społecznej).</p> <p>W 2007 r. dostosowano SWRSO do wymogów Strategii Rozwoju Kraju 2007 – 2015.</p>
--	--	--

Monitorowanie priorytetu 3: Mobilizacja i partnerstwo

Nazwa programu	Forma monitoringu: wskaźnik/ocena realizacji	Wskaźnik Nazwa
Wskaźniki ogólne dla priorytetu 3		
Wskaźnik dla priorytetu 3	wskaźnik	<p>Odsetek gmin i powiatów, które mają przyjęte lokalne strategie rozwiązywania problemów społecznych</p> <p>(2006)</p> <p style="text-align: right;">gminy – 45,4 % powiaty – 68,0%</p> <p>Dane na podstawie <i>Raportu Analiza Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych</i>, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2008.</p>
Realizacja działań		
DZIAŁANIE 2.4.1. PROGRAMOWANIE POLITYKI INTEGRACJI SPOŁECZNEJ		
Skoordynowanie programowania polityki społecznej z programowaniem polityki rozwoju		
Przyjęcie Ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju	ocena realizacji	<p>Ustawa o zasadach prowadzenia polityki rozwoju została uchwalona przez Sejm 6 grudnia 2006 r. Ustawa określa podmioty prowadzące politykę rozwoju, tryb współpracy między nimi, podstawowe instrumenty służące realizacji tej polityki oraz wskazuje źródła ich finansowania. Regulacja jest niezbędna m.in. do realizacji programów operacyjnych, które będą współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w perspektywie finansowej 2007-2013. Stosowana będzie także do innych programów rozwojowych.</p>
Uspołecznienie procesu programowania integracji społecznej		
Upowszechnienie wdrażania procedur konsultacji i współpracy	ocena realizacji	<p>Przygotowanie Krajowego Planu Działań na rzecz Integracji Społecznej na lata 2008 – 2010 (KPD/Integracja 2008 – 2010) odbyło się z uwzględnieniem szerokich konsultacji społecznych. Zorganizowane zostały spotkania konsultacyjne z przedstawicielami sektora organizacji pozarządowych, partnerów społecznych oraz środowiska akademickiego. Ponadto, przeprowadzono oddzielne spotkanie z przedstawicielami władz</p>

		samorządowych. Przedstawiciel Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wziął udział w konferencjach poświęconych KPD/Integracja 2008 – 2010 zorganizowanych przez europejskie stowarzyszenia organizacji pozarządowych (AGE - Platform oraz EUROCITIES).
Roczne programy współpracy jednostek samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi		
Umożliwienie uchwalania programów współpracy z organizacjami pozarządowymi	ocena realizacji	<p>Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie przewiduje obowiązek uchwalania przez organy jednostek samorządu terytorialnego rocznych programów współpracy z organizacjami pozarządowymi.</p> <p>W 2006 r. program współpracy posiadało 100 proc. Urzędów marszałkowskich, 86,4 proc. Powiatów oraz 71,9 proc. Gmin. W porównaniu z rokiem 2005 nastąpił wzrost uchwalanych programów przez urzędy marszałkowskie (93,8 proc.) i powiaty (81,5 proc.), ale spadek w gminach (73 proc.). Powyższe dane wskazują jednak, iż podejmowane są działania na rzecz wypracowania stałego modelu lokalnej współpracy pomiędzy organizacjami pozarządowymi a jednostkami samorządu terytorialnego. Skutkuje to aktywnym udziałem III sektora w kreowaniu polityk publicznych (w tym polityki społecznej) w gminie, powiecie i województwie.</p>
Działania edukacyjne w zakresie rozwoju procesu programowania		
Działania promocyjne i edukacyjne wspierające samorządy w tworzeniu lokalnych strategii	ocena realizacji	M.in. realizacja Poakcesyjnego Programu Wspierania Obszarów Wiejskich.
Stworzenie spójnego systemu monitorowania i ewaluacji		
Opracowanie i wdrożenie systemu monitorowania i ewaluacji	wskaźnik	<p>Odsetek gmin i powiatów objętych systemem monitorowania i ewaluacji procesów integracji społecznej</p> <p>System monitorowania i ewaluacji procesów integracji społecznej miał być wdrożony na bazie projektu finansowanego przez Komisję Europejską złożonego w ramach Wspólnotowego Programu Walki z Wykluczeniem Społecznym (Community Action Programme to Combat Social Exclusion 2002 – 2—6; Call of proposals VP/2006/012), który ostatecznie nie uzyskał wsparcia finansowego i dlatego nie wszedł w fazę realizacji.</p>

DZIAŁANIE 2.4.2. INTEGRACJA I ROZWÓJ SŁUŻB SPOŁECZNYCH

Zwiększenie potencjału służb społecznych		
Zwiększenie potencjału służb społecznych	wskaźnik	Liczba pracowników socjalnych na 1000 klientów pomocy społecznej Liczba pracowników socjalnych na 1000 klientów pomocy społecznej 3 pracowników socjalnych* (za podstawę przyjęto rzeczywistą liczbę osób w rodzinie)
	wskaźnik	Liczba pośredników pracy zatrudnionych w powiatowych urzędach pracy w 2005 r. – 1653 pośredników pracy w PUP, w 2006 r. – 2041 pośredników pracy w PUP, w 2007 r. – 2281 pośredników pracy w PUP.
	wskaźnik	Liczba doradców zawodowych zatrudnionych w powiatowych urzędach pracy w 2005 r. – 601 doradców zawodowych w PUP, w 2006 r. – 694 doradców zawodowych w PUP, w 2007 r. – 759 doradców zawodowych w PUP.
Podniesienie jakości służb społecznych		
Przygotowanie i wdrożenie spójnego systemu edukacyjnego dla pracowników służb społecznych	wskaźnik	Odsetek pracowników socjalnych objętych programem edukacji dotyczącym wdrażania standardów zawodowych Działania mające na celu wsparcie i modyfikację systemu pomocy i integracji społecznej zostały zawarte w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki 2007 – 2013, zarówno w Priorytecie I w Działaniu 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej - realizowanym centralnie, jak również w Priorytecie VII Promocja integracji społecznej - realizowanym na poziomie regionalnym. Projekt <i>Podnoszenie kwalifikacji pracowników pomocy i integracji społecznej</i> którego realizacja rozpocznie się od 2008 roku kontynuowany będzie w kolejnych latach wdrażania POKL. Celem projektu jest wsparcie pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej w postaci umożliwienia bezpłatnego podwyższania kwalifikacji i umiejętności zawodowych w zakresie:

		<p>1) Specjalizacja I i II stopnia w zawodzie pracownik socjalny; w 2008 roku przewiduje się udział 1600 osób w specjalizacji I stopnia i 400 osób w specjalizacji II stopnia. Pracownicy nie wnoszą wkładu własnego. Projekt będzie kontynuowany przez następne lata – do roku 2013.</p> <p>1) Studia pierwszego stopnia (licencjackie), studia drugiego stopnia (magisterskie), jednolite studia magisterskie – w 2008r ok.1000 osób. Kontynuacja projektu w następnych latach.</p> <p>2) Superwizja pracy socjalnej – w pierwszym okresie przeszkolonych zostanie 100 pracowników socjalnych.</p> <p>3) Projekt <i>Streetworking wobec grup zagrożonych wykluczeniem społecznym</i> - szkolenie pracowników socjalnych oraz wytypowanie „streetworkerów” do etapu pilotażowego.</p> <p>4) Szkolenie pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej z obsługi oprogramowania użytkowego POMOST – przeszkolenie ok. 10 000 osób, realizacja projektu w latach 2008 – 2010.</p> <p>Ponadto w Działaniu 1.2 będą realizowane projekty badawcze oraz mające na celu wsparcie logistyczne, merytoryczne dla instytucji pomocy i integracji społecznej poprzez ulepszenie systemu koordynacji i współpracy oraz przekazywania informacji pomiędzy instytucjami administracji centralnej i samorządowej jak również promocję dobrych praktyk, w tym zagranicznych. Zaplanowane zostały również szkolenia dotyczące problematyki ogólnokrajowej, staże, wizyty studyjne w tym zagraniczne.</p>
Skoordynowanie działań instytucji rynku pracy i pomocy społecznej		
<p>Wdrożenie zmian w regulacjach prawnych wzmacniających współpracę instytucji pomocy społecznej i instytucji rynku pracy</p>	<p>ocena realizacji</p>	<p>W listopadzie 2005 roku zmianami w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wprowadzono nowy instrument aktywnej polityki zatrudnieniowej wobec klientów pomocy społecznej – prace społecznie użyteczne. Uruchomienie działań związanych z jego stosowaniem rozpoczęto od 2006 roku.</p> <p>Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:</p> <p>– Umożliwia przyznanie bezrobotnemu, przez starostę ze środków</p>

		<p>Funduszu Pracy, jednorazowo środków w wysokości określonej w umowie, na podjęcie działalności gospodarczej podejmowanej na zasadach określonych dla spółdzielni socjalnych, w tym na pokrycie kosztów pomocy prawnej, konsultacji i doradztwa związane z podjęciem tej działalności. Wysokość przyznanych bezrobotnemu środków nie może przekraczać 3-krotnego przeciętnego wynagrodzenia na jednego członka założyciela spółdzielni oraz 2-krotnego przeciętnego wynagrodzenia na jednego członka przystępującego do spółdzielni socjalnej po jej założeniu.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zobowiązuje powiatowe urzędy pracy do przedstawienia propozycji zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, odbycia przygotowania zawodowego w miejscu pracy lub zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych lub robót publicznych, w okresie do 6 miesięcy od dnia rejestracji tym osobom, które znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy. Są to: bezrobotni do 25 roku życia; bezrobotni długotrwale lub kobiety, które nie podjęły zatrudnienia po urodzeniu dziecka; bezrobotni powyżej 50 roku życia; bezrobotni bez kwalifikacji zawodowych, bez doświadczenia zawodowego lub wykształcenia średniego; bezrobotni samotnie wychowujący co najmniej jedno dziecko do 18 roku życia; bezrobotni, którzy po odbyciu kary pozbawienia wolności nie podjęli zatrudnienia, bezrobotni niepełnosprawni. Ponadto, bezrobotnym w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, którzy pobierają świadczenia z pomocy społecznej lub realizują indywidualny program usamodzielnienia na podstawie przepisów o pomocy społecznej, powiatowy urząd pracy w okresie 6 miesięcy od dnia utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych z powodu upływu okresu jego pobierania, również powinien przedstawić propozycję zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, odbycia przygotowania zawodowego w miejscu pracy lub zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych lub robót publicznych, – Pozwala na przeznaczanie środków Funduszu Pracy na finansowanie świadczeń integracyjnych przyznawanych na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym oraz składek na ubezpieczenia społeczne od tych świadczeń. Powiatowe urzędy pracy mają obowiązek odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne za uczestników zajęć w centrach integracji społecznej.
--	--	---

Aneks 2.5. - Aneks statystyczny do rozdziału 1 i 2

Tabela 1. Dynamika zmian PKB w stosunku do roku poprzedniego w latach 2004-2007 (w %)

	2004	2005	2006	2007	2008
UE-27	2,5	1,9	3,1	2,9	2,0f
PL	5,3	3,6	6,2	6,6	5,3f

f = prognoza

Źródło: Eurostat, Baza wskaźników

Tabela 2. PKB per capita jako relacja do średniej UE według parytetu siły nabywczej (PPS), (UE-27=100)

	1997	2001	2005	2006	2007	2008
UE-27	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0 f	100,0 f
PL	46,9 e	47,7	51,2	52,4	54,6 f	55,4 f

f = prognoza, *e* = wartości szacunkowe

Źródło: Eurostat, Baza wskaźników

Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia oraz dla osób w wieku 45 i 65 lat w Polsce

	1991	1995	1999	2003	2004	2005	2006
mężczyźni							
w momencie urodzenia	66,1	67,6	68,8	70,5	70,7	70,8	70,9
w wieku 45 lat	25,6	26,7	27,3	28,5	28,6	28,7	28,8
w wieku 65 lat	12,2	12,9	13,3	14,0	14,2	14,4	14,5
Kobiety							
w momencie urodzenia	75,3	76,4	77,5	78,9	79,2	79,4	79,6
w wieku 45 lat	32,7	33,6	34,3	35,4	35,7	35,8	36,0
w wieku 65 lat	15,9	16,6	17,1	18,1	18,4	18,6	18,8

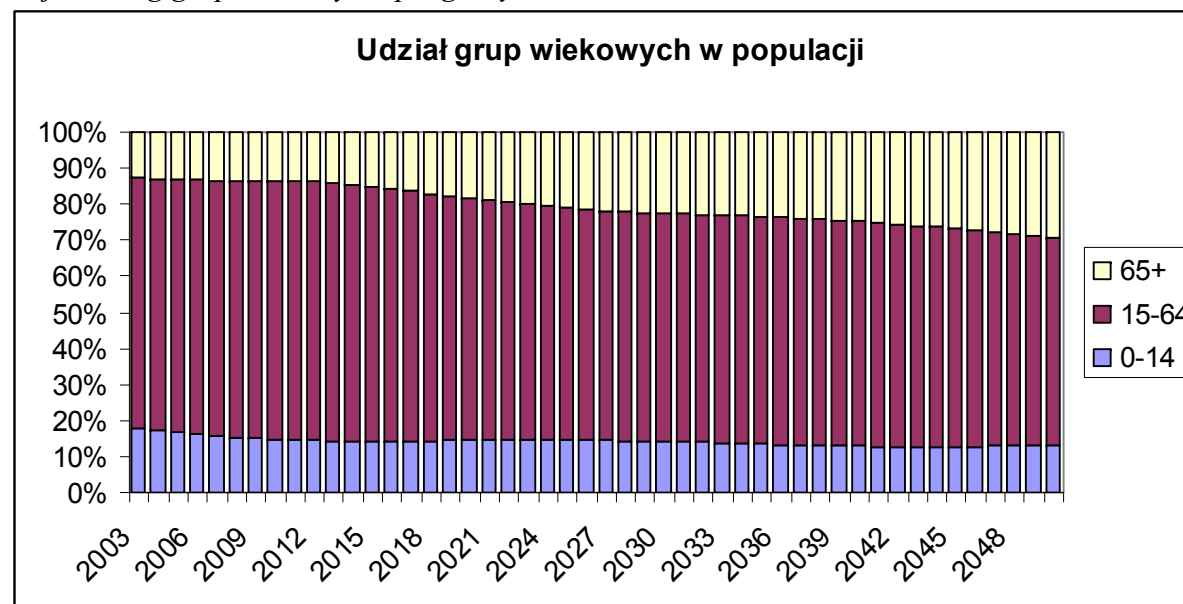
Źródło: GUS.

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia oraz dla osób w wieku 45 i 65 lat w krajach Strefy Euro (EU-12)

	1991	1995	1999	2003	2004
mężczyźni					
w momencie urodzenia	73,0	74,0	75,2	76,1	76,8
w wieku 45 lat	31,0	31,7	32,5	33,1	33,7
w wieku 65 lat	15,0	15,5	16,0	16,5	17,1
kobiety					
w momencie urodzenia	79,9	80,9	81,7	82,0	82,8
w wieku 45 lat	36,6	37,4	38,0	38,2	38,9
w wieku 65 lat	18,8	19,5	20,0	20,2	20,9

Źródło: Eurostat – Demography.

Wykres 1. Struktura populacji według grup wiekowych, prognozy do roku 2050



Źródło: Eurostat

Tabela 5. Współczynnik aktywności zawodowej dla ludności w wieku 15-64 lat w %

	2002			2005			2006			2007		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-27	68,6	76,8	60,4	69,8	77,3	62,4	70,3	77,6	63,0	70,5	77,6	63,3
PL	64,9	70,8	59,1	64,4	70,8	58,1	63,4	70,1	56,8	63,2	70,0	56,5

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat - Labour Force Survey, dane roczne przeciętne, stan na dzień 21 maja 2008 r.

Tabela 6. Wskaźnik zatrudnienia dla ludności w wieku 15-64 lat w %

	1999			2002			2005			2006			2007		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-27	61,8	70,7	53,0	62,4	70,4	54,5	63,5	70,8	56,3	64,5	71,6	57,3	65,4	72,5	58,3
PL	57,5	63,6	51,6	51,7	57,0	46,7	52,8	58,9	46,8	54,5	60,9	48,2	57,0	63,6	50,6

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat, Baza wskaźników

Tabela 7. Wskaźnik zatrudnienia dla ludności w wieku 55-64 lat w %

	1999			2002			2005			2006			2007		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-27	36,5	46,9	26,7	38,2	48,2	28,9	42,4	51,6	33,6	43,5	52,7	34,9	44,7	53,9	36,0
PL	32,5	41,8	24,5	26,6	34,9	19,5	27,2	35,9	19,7	28,1	38,4	19,0	29,7	41,4	19,4

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat Labour Force Survey, Baza wskaźników

Tabela 8. Stopa bezrobocia dla ludności w wieku 15-64 lat w %

	1999			2002			2005			2006			2007		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-27	9,1a	8,0a	10,4a	9,0	8,4	9,9	9,0	8,4	9,8	8,3	7,7	0,0	7,2	6,6	7,9
PL	13,6	11,8	13,4	20,2	19,6	21,0	18,0	16,8	19,4	14,0	13,1	15,1	9,7	9,1	10,4

a – dane dla UE-25

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat, Labour Force Survey, dane roczne przeciętne, Baza wskaźników

Tabela 9. Stopa bezrobocia młodzieży w wieku 15-24 lata w %

	2002			2005			2006			2007		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-27	17,9	17,7	18,2	18,6	18,5	18,7	17,3	17,0	17,7	15,5	15,2	15,8
PL	41,6	41,0	42,4	36,9	35,7	38,3	29,8	28,3	31,6	21,7	20,0	23,8

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat, Labour Force Survey, dane roczne przeciętne, stan na dzień 21 maja 2008 r.

Tabela 10. Odsetek młodzieży w wieku 18-24 lat, która posiada wykształcenie co najmniej na poziomie gimnazjum i nie podjęła dalszego kształcenia ani szkolenia w stosunku do ludności ogółem w wieku 18-24 lat w %

	2004			2005		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-25	15,4	17,9	12,9	15,1	17,2	13,0
PL	5,7	7,7	3,7	5,5	6,9	64,0

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat - Labour Force Survey, wyniki z 2 kwartału

Tabela 11. Stopa bezrobocia długotrwałego(12 miesięcy i więcej) wg płci, wybrane lata (dla ludności w wieku 15+)

	1999			2002			2005			2006			2007		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-27	4,1a	3,5a	4,9a	4,0	3,6	4,5	4,1	3,8	4,4	3,7	3,5	4,0	3,1	2,8	3,3
PL	5,8	4,5	7,4	10,9	9,8	12,3	10,3	9,3	11,4	7,8	7,1	8,6	4,9	4,6	5,4

a – dane dla UE-25

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat, Labour Force Survey, dane roczne przeciętne, Baza wskaźników

Tabela 12. Współczynnik regionalnego zróżnicowania zatrudnienia

	1999	2004	2005	2006
UE-27	12,9	12,1	11,9	11,4
PL	4,8	6,4	5,6	5,1

* Współczynnik wariacji wskaźników zatrudnienia w regionach (na poziomie NUTS2)

Źródło: Eurostat, , Labour Force Survey, dane roczne przeciętne, Baza wskaźników

Tabela 13. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wg wieku i płci w 2006 roku w %

	Ludność ogółem	Dzieci 0-17 lat	Osoby w wieku 18+			Osoby w wieku 18-64			Osoby w wieku 65+		
			Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-25s	16	19	16	15	16	15	14	15	19	16	21
PL	19	26	18	18	17	19	20	19	8	6	9

s = oszacowane przez Eurostat

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat, EU-SILC (rokiem odniesienia dla sytuacji dochodowej jest rok 2005).

Tabela 14. Granice ubóstwa relatywnego (wartości ilustrujące), wg parytetu siły nabywczej (PPP), (2003 rok)

	Gospodarstwo jednoosobowe	Dwie osoby dorosłe z dwójką dzieci na utrzymaniu
UE-25	7716 s	16204 s
PL	2662 i	5590 i

i = wykorzystano krajowe źródła danych, które ex-post zostały ujednolicone w celu osiągnięcia jak najlepszej porównywalności z metodologią EU-SILC;

s = oszacowane przez Eurostat

Źródło: Eurostat.

Tabela 15. Relatywny wskaźnik głębokości ubóstwa wg płci i wybranych grup (2003 rok) w %

	Ludność ogółem	Dzieci 0-15 lat	Osoby w wieku 16+			Osoby w wieku 16-64			Osoby w wieku 65+		
			Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-25	23 s	24 s	23 s	23 s	22 s	25 s	25 s	25 s	16 s	15 s	16 s
PL	23 i	25 i	23 i	24 i	22 i	23 i	24 i	23 i	15 i	16 i	15 i

i = wykorzystano krajowe źródła danych, które ex-post zostały ujednolicone w celu osiągnięcia jak najlepszej porównywalności z metodologią EU-SILC;

s = oszacowane przez Eurostat

Źródło: Eurostat.

Tabela 16. Wskaźnik zróżnicowania kwintylowego (stosunek sumy dochodów uzyskanych przez 20% osób o najwyższym poziomie dochodów do sumy dochodów uzyskanych przez 20% populacji i najniższym poziomie dochodów)

	2005	2006
UE-25s	4,9	4,8
PLs	6,6	5,6

s = oszacowane przez Eurostat

Źródło: Eurostat, EU SILC.

Tabela 17. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem osób w wieku 18 lat i więcej wg typu aktywności zawodowej

	Ludność ogółem			Pracujący			Niepracujący											
	Ogółem	M	K	Pracujący - ogółem			Nie pracujący - ogółem			Bezrobotni			Emeryci			Inni		
				Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-25s	15	14	16	8	8	7	23	23	23	41	46	36	16	15	17	27	27	27
PL	17	18	16	13	14	11	21	23	20	46	53	41	7	5	8	22	23	21

s = oszacowane przez Eurostat

Źródło: Eurostat, EU SILC.

Tabela 18. Odsetek osób w wieku 18-59 lat żyjących w gospodarstwach domowych, którego członkowie nie posiadają zatrudnienia

	2005			2006			2007		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
UE-27e	10,3	9,3	11,2	9,8	8,8	10,8	9,3	8,3	10,3
PL	15,3	14,0	16,6	13,5	12,3	14,6	11,7	10,5	12,8

e = szacunki

M – mężczyźni, K - kobiety

Źródło: Eurostat, Labour Force Survey, wyniki z 2 kwartału, tabele wskaźników

Tabela 19. Świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego wg typu jako % ogółu wydatków na świadczenia w 2005 roku

	Świadczenia związane z wiekiem	Choroba i opieka zdrowotna	Niepelnosprawność	Bezrobocie	Rodzina i dzieci	Mieszkalnictwo	Świadczenia związane ze śmiercią członka rodziny
UE-27	41,4	28,6	7,9	6,1	8,0	2,2	4,4
PL	54,5	19,9	10,5	2,9	4,4	0,7	5,3

Źródło: ESSPROSS

Tabela 20. Świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego wg typu jako % PKB w 2005 roku

	Świadczenia związane z wiekiem	Choroba i opieka zdrowotna	Niepelnosprawność	Bezrobocie	Rodzina i dzieci	Mieszkalnictwo	Świadczenia związane ze śmiercią członka rodziny
UE-27	10,9	7,5	2,1	1,6	2,1	0,6	1,2
PL	10,4	3,8	2,0	0,6	0,8	0,1	1,0

Źródło: ESSPROSS

Tabela 21. Prognoza publicznych wydatków socjalnych ogółem. Wydatki publiczne na związane z wiekiem: emerytury, opieka zdrowotna, opieka długookresowa, edukacja i świadczenia dla bezrobotnych (% PKB) – scenariusz podstawowy

	2004	Zmiany 2004-2010	Zmiany 2004-2020	Zmiany 2004-2030	Zmiany 2004-2040	Zmiany 2004-2050
UE-25	23,4	-0,7	-0,2	1,5	3,0	3,4
PL	23,7	-3,5	-5,8	-6,1	-6,4	-6,7

Uwagi: Powyższe liczby odnoszą się do podstawowych scenariuszy prognoz na wydatki społeczne na emerytury i renty, edukację i świadczenia dla bezrobotnych. Dla opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej prognozy odnoszą się do "podstawowych" scenariuszy AWG

Tabela 22. Zmiany wydatków publicznych w latach 2004 - 2050 w % PKB

	Emerytury i renty ^a		Wydatki zdrowotne		Opieka długookresowa		Zasiłki dla bezrobotnych		Edukacja		Razem
	2004	2050	2004	2050	2004	2050	2004	2050	2004	2050	2050
UE 25	10,6	2,2	6,4	1,6	0,9	0,6	0,9	-0,3	4,6	-0,6	3,4
PL	13,9	-5,9	4,1	1,4	0,1	0,1	0,5	-0,4	5,0	-1,9	-6,7

^a= bez wydatków z części kapitałowej systemu

Źródło: „The impact of ageing ...”, Komisja Europejska, Komitet ds. Gospodarczych, Bruksela 2006

Tabela 23. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem przed i po wybranych transferach wg płci i wybranych grup wieku w roku 2006 w %

	Ludność ogółem	Dzieci w wieku 0-18 lat			Ludność w wieku 18-64			Ludność w wieku 65 +		
		Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
Przed transferami społecznymi (z wyłączeniem emerytur)										
UE-25s	26	33	33	34	24	24	25	23	20	25
PL	29	36	36	37	30	31	28	12	9	13
Po wszystkich transferach społecznych										
UE-25s	16	19	19	19	15	14	15	19	16	21
PL	19	26	25	28	19	20	18	8	6	9

s = oszacowane przez Eurostat

Źródło: Eurostat, EU SILC (rokiem odniesienia dla danych dochodowych jest rok 2005).

Tabela 24. Dochód netto świadczeniobiorców z systemu pomocy społecznej jako % granicy zagrożenia ubóstwem dla trzech wybranych typów gospodarstw domowych

	Jednoosobowe gospodarstwo domowe	Samotny rodzic z dwójką dzieci	Małżeństwo z dwójką dzieci
PL	88,5	100,6	103,5

Źródło: ESSPROSS

Tabela 25. Dług publiczny jako % PKB

	2004	2005	2006	2007
UE-27	62,1	62,6	61,3	58,7
PL	45,7	47,1	47,6	45,2

Źródło: Eurostat, Baza wskaźników

Tabela 26. Prognoza skali zadłużenia do 2050 (jako % PKB)*

	PL
2005	42,5
2010	51,3
2030	6,2
2050	-76,3
Wg scenariusza budżetu za 2005 rok	
2010	53,2
2030	20,0
2050	-42,5

Źródło: Komisja Europejska

* Prognoza długoterminowa, obarczona znacznym poziomem niepewności

Tabela 27. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wg typu gospodarstwa domowego w 2006 roku w %

	Gospodarstwa domowe bez dzieci na utrzymaniu						Gospodarstwa domowe z dziećmi na utrzymaniu				
	Ogółem	Gospodarstwa jednoosobowe					Ogółem	Samotny rodzic	Gosp. domowe prowadzone przez 2 dorosłych		
		Ogółem	M	K	W wieku < 65 lat	W wieku 65+			1 dziecko na utrzymaniu	2 dzieci na utrzymaniu	3+ dzieci na utrzymaniu
UE-25s	15	24	22	25	22	26	17	32	12	14	24
PL	12	16	27	11	24	8	23	32	14	21	38

s = oszacowane przez Eurostat

Źródło: Eurostat., EU SILC (rokiem odniesienia dla danych dochodowych jest rok 2005).

Tabela 28. Zagrożenie ubóstwem wg typu własności mieszkania w%

	2001		2006	
	Właściciele	Najemcy	Właściciele	Najemcy
UE-25	11	24	14s	23s
PL	16i	16i	19	21

i = wykorzystano krajowe źródła danych, które ex-post zostały ujednoczone w celu osiągnięcia jak najlepszej porównywalności z metodologią EU-SILC;

s = oszacowane przez Eurostat

Źródło: Eurostat, EU-SILC

Tabela 29. Odsetek osób posiadających niski poziom wykształcenia wg wieku i płci (wyrażone jako % ogółu ludności w danym wieku) w 2006 r.

	25-34 lat			35-44 lat			45-54 lat			55-64 lat			65+ lat			25-64 lat		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
UE-25	22,0	20,5	23,5	27,5	27,9	27,1	33,4	36,5	30,2	44,2	50,2	38,2	66,1	73,1	56,4	31,1	32,9	29,2
PL	8,3	7,7	8,8	10,5	10,6	10,4	16,5	17,3	15,7	30,3	34,0	26,0	58,3	64,8	47,6	15,4	16,5	14,3

Źródło: Eurostat, Labour Force Survey – wyniki za 2 kwartał

Rozdział 3 – Krajowa Strategia Emerytalna

3.1. Realizacja celów wytyczonych w Strategii Emerytalnej 2005 a aktualne wyzwania

Podstawowym celem przyjętym w Strategii Emerytalnej w 2005 r. było dokończenie reformy emerytalnej i – w długim okresie – osiągnięcie stabilności finansowej systemu ubezpieczeń społecznych. Wymagało to przygotowania wypłat świadczeń emerytalnych z systemu kapitałowego, ograniczenie możliwości przechodzenia na wcześniejszą emeryturę i wprowadzenie „emerytur pomostowych” dla osób urodzonych pomiędzy 1949 a 1968 r. pracujących w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Cele te nie zostały w pełni zrealizowane, głównie ze względu na zmieniającą się sytuację polityczną. Od 2005 r. do 2008 r. w Polsce odbyły się dwa razy wybory parlamentarne, czterokrotnie zmieniał się także rząd. Przed wyborami w 2005 r. decyzją Parlamentu wprowadzono istotne zmiany do systemu emerytalnego poprzez wyłączenie górników z zasad nowego systemu emerytalnego i utrzymanie ich uprawnień emerytalnych (zarówno co do wieku, jak i sposobu liczenia emerytury na poziomie podobnym do starego systemu emerytalnego.. Zmianę tę należy ocenić jako niekorzystną z punktu widzenia stabilności finansowej systemu emerytalnego oraz jako stojącą w sprzeczności z założeniami reformy emerytalnej, która przewidywała stworzenie jednolitego pracowniczego systemu emerytalnego. Zestawienie zmian, które zaszły w systemie emerytalnym w latach 2005-2008 przedstawione jest poniżej.

A. Przesunięcie możliwości uzyskiwania uprawnień do przejścia na wcześniejszą emeryturę osób urodzonych w latach 1949-1968 do końca 2008 r.

Zgodnie z pierwotnymi założeniami, uprawnienie do przechodzenia na wcześniejszą emeryturę w ramach starego systemu emerytalnego dla osób, które spełnią warunki dla uzyskania tych emerytur miało być utrzymane do końca roku 2006, po tym czasie system ten, dla osób pracujących w na nowo zdefiniowanych szczególnych warunkach lub wykonujących prace o szczególnym charakterze. Jednakże, termin ten był dwukrotnie odkładany. W 2005 r., w przededniu wyborów parlamentarnych o rok do końca 2007, a następnie w 2007 r., przed kolejnymi wyborami, o następny rok, do końca 2008 r. Zgodnie z przyjętymi zasadami, możliwość uzyskiwania uprawnień do przejścia na wcześniejszą emeryturę zostanie definitywnie wyeliminowana zgodnie z tym terminem.

W zamian, osoby pracujące przed 1 stycznia 1999 r. wykonujące prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, zgodnie z kryteriami określonymi przez ekspertów medycyny pracy, otrzymają możliwość przechodzenia na tzw. emerytury pomostowe. Szczegóły dotyczące projektowanych rozwiązań prawnych w tym zakresie przedstawione są w Załączniku 1.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym:

- Osoby zatrudnione w szczególnych warunkach i szczególnym charakterze, które pracowały w tych warunkach co najmniej 15 lat oraz mają ogólny staż ubezpieczeniowy wynoszący 25 lat oraz
- Kobiety, których staż ubezpieczeniowy wynosi minimum 30 lat,

mogą przejść na emeryturę na co najmniej pięć lat przed osiągnięciem powszechnego wieku emerytalnego. W 2008 r., na skutek realizacji orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego do grona osób uprawnionych do możliwości skorzystania z wcześniejszej emerytury dołączyli urodzeni przed 1949 rokiem mężczyźni, którzy ukończyli 60 lat i legitymują się 35-letnimi okresami składkowymi i nieskładkowymi. Dotyczy to osób urodzonych przed 1 stycznia 1949 r., a więc objętych starym systemem emerytalnym.

Brak rewizji nieprzystającej do warunków gospodarki XXI wieku sztywnej listy uprawnionych do korzystania z wcześniejszych emerytur i przedłużenie na kolejne lata zasad przyznawania świadczeń emerytalnych powodują wzrost deficytu systemu w porównaniu do prognoz z 2005 r.

B. Wyłączenie górników z nowego systemu emerytalnego

W 2005 r. wprowadzono zmianę przepisów emerytalnych dotyczących górników. W jej efekcie górnicy, aczkolwiek wciąż włączeni do pracowniczego systemu emerytalnego, utrzymali prawo do wcześniejszej emerytury oraz do obliczania wysokości emerytury w oparciu o dotychczasową formułę zdefiniowanego świadczenia, czyli zostali wyłączeni z nowego systemu emerytalnego. W stosunku do dotychczas obowiązujących zasad ograniczony został krąg podmiotowy uprawnionych zaliczonych do osób wykonujących pracę pod ziemią.

C. Zmiany w zakresie waloryzacji świadczeń emerytalnych i rentowych

W roku 2007 nastąpiła kolejna zmiana istotnego parametru określającego działanie systemu, jakim jest wskaźnik waloryzacji. Waloryzacja świadczeń emerytalnych została uzależniona nie tylko od wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w poprzednim roku kalendarzowym, ale również została wzbogacona o element zależny od realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym. Powrócono również do corocznej waloryzacji świadczeń.

Wskaźnik waloryzacji to średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w poprzednim roku kalendarzowym zwiększony o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym. Zwiększenie o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia jest przedmiotem negocjacji w ramach Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych.

Negocjacje wskaźnika waloryzacji, zgodnie z terminem ustawowym, odbywają się w roku, w którym odbywa się waloryzacja, a więc po uchwaleniu ustawy budżetowej. W efekcie, nie ma możliwości ustalenia wskaźnika na wyższym poziomie niż określony w ustawie budżetowej, co uniemożliwia przeprowadzenie założonych negocjacji i dlatego budzi zastrzeżenia strony społecznej w Komisji Trójstronnej. Zgodnie z ustaleniami Komisji, przygotowany został projekt ustawy zmieniającej mechanizm negocjowania wskaźnika, tak by było to możliwe już na etapie konstrukcji założeń planu finansowego państwa na rok przyszły.

Wzrost wskaźnika waloryzacji i zwiększenie częstotliwości jej przeprowadzania powodują wzrost deficytu systemu, w porównaniu do prognoz z 2005 r.

Symulacja całościowego wpływu zmian skutkujących zwiększeniem wydatków na emerytury i renty przedstawiona jest w Aneksie 3.2.

D. Zmiany w zakresie składek na ubezpieczenia społeczne

W 2007 r. wprowadzono zmianę wysokości składek na ubezpieczenia rentowe. Wysokość składek na te ubezpieczenia wynosiła od 1999 r. 13% wynagrodzenia brutto. Składki te były

płacone w równych częściach przez pracownika i pracodawcę. Od lipca 2007 r. stopa procentowa składki została zmniejszona do 10% wynagrodzenia (z których pracodawca płacił 6,5% a pracownik – 3,5%). Od 1 stycznia 2008 r. stopa procentowa tej składki wynosi 6%, z czego pracodawca płaci 4,5%, a pracownik 1,5% wynagrodzenia brutto. Zmiana ta przyczyniła się do zmniejszenia wpływów ze składek na ubezpieczenia rentowe, a co za tym idzie, zwiększenia wysokości deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Nadal aktualnym wyzwaniem pozostaje kontynuowanie procesu wdrażania nowego systemu emerytalnego poprzez stworzenie systemu wypłat, który umożliwi zamianę oszczędności z funduszy emerytalnych na bezpieczne renty dożywotnie. W 2008 r. rząd skierował do Parlamentu dwa projekty ustaw dotyczących przyszłych emerytur kapitałowych oraz organizacji rynku wypłat (zob. Aneks1)

W ramach kapitałowej części systemu emerytalnego, ważną kwestią będzie także zbudowanie systemu tzw. multifunduszy, które umożliwią członkom OFE wybór portfela o preferowanym poziomie ryzyka inwestycyjnego.

Ponadto, zwrócić należy uwagę na zmiany które powinny zachodzić w systemie ubezpieczeń społecznych rolników, w tym uzależnienie wysokości wpłacanych składek od dochodów gospodarstw rolnych. Niezbędna jest też analiza funkcjonowania systemów zaopatrzeniowych dla służb mundurowych.

Istotnym wyzwaniem, przed którym stoi Polska w dłuższej perspektywie jest zapewnienie stabilnego finansowania systemu emerytalnego, przy jednoczesnym monitorowaniu przyszłej adekwatności tych świadczeń. Jednym z kierunków działań dla osiągnięcia tego celu jest zwiększanie wskaźnika zatrudnienia osób po 50-tym roku życia, a także osób niepełnosprawnych.

3.2. Przegląd wspólnych celów emerytalnych w kontekście polityki krajowej

Funkcjonowanie systemu emerytalnego z perspektywy realizacji wspólnych celów pokrywa się z kierunkami działań podejmowanymi przez obecny rząd. Ponadto w ramach Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych podjęta została uchwała o prowadzeniu wspólnych rozmów w najważniejszych sprawach społeczno-gospodarczych, do których zostało również zaliczone budowanie spójnego systemu emerytalnego. Działania podejmowane w najbliższych latach obejmować będą także te inicjatywy, które wynikać będą z porozumienia z partnerami społecznymi.

3.2.1. Adekwatność systemów emerytalnych

Cele polityki emerytalnej

Nowy system emerytalny, oparty o zasadę zdefiniowanej składki, uzależnia wysokość przyszłych świadczeń od wpłacanych przez całe życie zawodowe składek oraz średniej długości trwania życia w wieku przejścia na emeryturę³⁰. Stopy zwrotu na kontach

³⁰ Wynikającej z aktualnych tablic trwania życia typu unisex ogłaszanych corocznie przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

emerytalnych uzależnione są od sytuacji na rynku pracy, przekładającej się na zmiany wpływów ze składek, a także zwrotu z inwestycji kapitałowych.

W efekcie, przysła emerytura będzie od liczby i wysokości składek odprowadzonych³¹ w okresie aktywności zawodowej i promować będzie wydłużanie okresu pracy³². Jednocześnie, dzięki zasadom funkcjonowania kont emerytalnych ubezpieczeni partycypują w korzyściach rozwoju gospodarczego kraju (ryнку pracy i rynku kapitałowego). Formuła naliczania przyszłej emerytury uzależnia jej wysokość od dalszego oczekiwanego trwania życia, co pozwala na równomierne obciążenie obecnych i przyszłych pokoleń ryzykiem demograficznym.

Istotnym elementem solidarności międzypokoleniowej i adekwatności świadczeń jest istniejąca gwarancja emerytury minimalnej³³. W starym systemie emerytalnym (obejmującym osoby urodzone przed 1949 r.), a także w systemie rolniczym, emerytura ta jest finansowana bezpośrednio w ramach ubezpieczenia. W nowym systemie emerytalnym, gwarancja emerytury minimalnej będzie finansowana z budżetu państwa i wypłacana w sytuacji, gdy łączna emerytura z systemu obowiązkowego będzie niższa niż minimum. W ten sposób, rozdzielone są funkcje systemu emerytalnego, rozumianego jako zorganizowany i obowiązkowy system oszczędzania na starość (w ramach dwóch kont) od funkcji państwa w zakresie redystrybucji dochodowej. Finansowanie tej redystrybucji odbywa się za pośrednictwem budżetu, a więc w jej finansowaniu partycypują wszyscy podatnicy.

Elementem uzupełniającym do gwarancji systemu emerytalnego jest minimalny poziom dochodów określony w systemie pomocy społecznej, poniżej którego każdy obywatel ma prawo dostępu do świadczeń z pomocy społecznej.

Reforma emerytalna wprowadziła zasadę, iż wysokość składek, podobnie jak wcześniej wysokość świadczeń, jest naliczana do kwoty odpowiadającej 250% przeciętnego rocznego wynagrodzenia (czyli kwocie odpowiadającej 30-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia). Oznacza to, że osoby o wyższych dochodach mogą oczekiwać relatywnie niższych świadczeń, w stosunku do swoich zarobków. Z drugiej strony, ich dochody netto wzrosły po 1999 r. ze względu na wprowadzenie ograniczenia podstawy wymiaru składek. Środki te mogą stanowić źródło dodatkowych, dobrowolnych oszczędności emerytalnych tak, aby osoby te w przyszłości mogły uzyskać wyższe dochody na emeryturze.

Funkcjonowanie systemu emerytalnego wraz z opisanymi gwarancjami pozwala na osiągnięcie jednego z celów systemów emerytalnych, jakim jest zmniejszanie ryzyka ubóstwa wśród osób starszych.

Obecna sytuacja: narzędzia polityki emerytalnej i osiągnięcie celów

Zasięg ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) w rodzinach emerytów i rencistów

Rodziny emerytów znajdują się w relatywnie lepszej sytuacji niż ogół rodzin w Polsce. Ubóstwo mierzone poziomem minimum egzystencji³⁴ dotykało w 2007 r. 4,0% ogółu rodzin emerytów i wskaźnik ten poprawił się w stosunku do roku poprzedniego (4,6%).

³¹ W przypadku osób ubezpieczonych, za które składki są odprowadzane przez ich pracodawców, przyjęta jest zasada iż na koncie emerytalnym ewidencjonowana jest i podlega waloryzacji składka należna na ubezpieczenie emerytalne, a nie faktycznie odprowadzona.

³² Szacuje się, iż odłożenie momentu przejścia na emeryturę o rok może skutkować wzrostem świadczenia o rzędu 6-10%.

³³ Gwarancją minimalnej emerytury zostaną objęte osoby, które będą miały okres ubezpieczeniowy (20 lat dla kobiet, 25 lat dla mężczyzn).

³⁴ Ubóstwo skrajne (minimum egzystencji) występuje wtedy, gdy dochód danego gospodarstwa domowego jest niższy niż ten, który pozwala na nabycie koszyka najbardziej podstawowych dóbr i usług. Minimum egzystencji jest szacowane przez Instytut Pracy i Polityki Społecznej.

Odpowiednie wskaźniki dla rodzin ogółem wynosiły 6,6% oraz 7,8%. W gorszej sytuacji były rodziny rencistów, dla których wskaźniki ubóstwa kształtowały się na poziomie wyższym niż przeciętnie i wynosiły: 11,3% w roku 2007 oraz 12,2% w roku 2006.

Należy zaznaczyć, że Polska ma jeden z najniższych wskaźników zagrożenia ubóstwem wśród osób w wieku 65 lat i więcej w krajach UE-25, który wynosi 7,8%.

Najniższa emerytura

Podstawowym celem każdego systemu emerytalnego jest zapewnienie źródeł utrzymania osobom, które ze względu na wiek zakończyły aktywność zawodową. W polskim systemie emerytalnym, osoby które legitymują się odpowiednio długim stażem, ale w ciągu swojej kariery zawodowej nie osiągały wysokich przychodów mają zagwarantowaną emeryturę i rentę minimalną. Najniższa emerytura przysługuje osobie, która osiągnęła ustawowy wiek emerytalny (60 lat – kobieta i 65 lat – mężczyzna) oraz posiada odpowiedni staż ubezpieczeniowy (20 lat – kobieta i 25 lat – mężczyzna). Jeżeli ubezpieczony uzyska z pierwszego i drugiego filara emeryturę niższą niż najniższa emerytura, to jego emerytura zostanie podwyższona do wysokości emerytury najniższej. Od marca 2008 r. najniższa emerytura wynosi 636,29 zł (co stanowi 56,5% najniższego miesięcznego wynagrodzenia) i jest waloryzowana w taki sam sposób jak pozostałe emerytury i renty wypłacane z FUS. Najniższa renta (dla osób częściowo niezdolnych do pracy) wynosi 489,44 zł. Podobnie jak inne dochody najniższe emerytury i renty są opodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, a także jest objęta składką na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.

W okresie od 2005 do 2007 r. wysokość najniższej emerytury kształtowała się na poziomie od 23,8% do 22,2% przeciętnego wynagrodzenia. Przyjęty mechanizm waloryzacji tych świadczeń oznacza, że relacja ta w przyszłości będzie w dalszym ciągu malała. Dlatego też w ramach rozmów prowadzonych w ramach Komisji Trójstronnej ustalone zostało, iż rząd wspólnie z partnerami społecznymi wypracuje nowy mechanizm kształtowania najniższych emerytur i rent, aby świadczenia te mogły zapewnić wystarczającą ochronę przed ryzykiem ubóstwa w przyszłości.

Dodatki do emerytur i rent

Osobie uprawnionej do emerytury lub renty, która została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, albo ukończyła 75 lat, przysługuje określony kwotowo dodatek pielęgnacyjny, który w 2008 r. wynosi 163,15 zł miesięcznie. Dodatki podlegają waloryzacji na zasadach określonych dla emerytur i rent.

Poza systemem emerytalnym funkcjonują dodatki i ulgi przeznaczone dla osób starszych i niepełnosprawnych. Wiele z nich finansowanych jest z budżetów regionalnych, np. ulgi na przejazdy komunikacją miejską, ulgi w instytucjach kulturalnych itp.

Najubożsi emeryci i renciści mogą ubiegać się o świadczenia z pomocy społecznej. Te osoby, których dochody nie osiągają poziomu kryterium dochodowego, ze względu na wiek lub niepełnosprawność, mogą otrzymać zasiłek stały podnoszący dochód netto do wysokości 477 zł w przypadku osoby samotnej i do 355 zł na osobę w rodzinie. Przejściowe kłopoty mogą być wspierane zasiłkiem okresowym, którego wysokość wyznacza różnica między poziomem kryterium dochodowego a faktycznym dochodem osoby ubiegającej się o świadczenie. Poza tym oferowane jest jednorazowe wsparcie skierowane do osób dotkniętych skutkami zdarzeń losowych lub klęski żywiołowej.

Pomoc społeczna oferuje również świadczenia i usługi opiekuńcze osobom chorym oraz samotnym. W szczególnych przypadkach oferowana jest też instytucjonalna pomoc opiekuńcza w domach pomocy społecznej.

Emeryci i renciści o niskim poziomie dochodów, którzy nie radzą sobie z opłatami świadczeń mieszkaniowych mogą ubiegać się o dodatki mieszkaniowe. Ich wysokość jest zależna od indywidualnie rozpatrywanej sytuacji świadczeniobiorcy według szczegółowych kryteriów (odnoszących się do dochodów, poziomu wydatków mieszkaniowych standardów powierzchni normatywnej mieszkania), a kwota dodatku wpływa na konto podmiotów administrujących mieszkaniami.

Jednorazowy dodatek do emerytur i rent

Nowym instrumentem, wprowadzonym w związku z zaniechaniem corocznej waloryzacji emerytur i rent w latach 2005-2007 były jednorazowe dodatki dla tych emerytów i rencistów, którzy otrzymują niskie świadczenia. W 2005 r. była to jednorazowa wypłata w kwocie 100 zł albo 75 zł przysługująca osobom pobierającym świadczenia w kwocie nie wyższej niż kwota najniższej emerytury lub renty. Wypłacono również jednorazowy dodatek dla osób o najniższych świadczeniach, którego wysokość stanowiła 10% różnica pomiędzy dochodem netto świadczeniobiorcy w roku poprzednim a kwotą 9 600 zł.

W 2007 r. wypłacono jednorazową zapomogę świadczeniobiorcom otrzymującym najniższe świadczenia w wysokości:

- 1) 420 zł - jeżeli świadczenie przysługujące osobie uprawnionej nie przekraczało kwoty 600 zł;
- 2) 310 zł - jeżeli świadczenie przysługujące osobie uprawnionej wynosiło powyżej 600,0 zł, nie więcej jednak niż 800 zł;
- 3) 180 zł - jeżeli świadczenie przysługujące osobie uprawnionej wynosi powyżej 800,0 zł, nie więcej jednak niż 1 000 zł;
- 4) 140 zł - jeżeli świadczenie przysługujące osobie uprawnionej wynosi powyżej 1.000,0 zł nie więcej jednak niż 1 200 zł.

W związku z powrotem do corocznej waloryzacji emerytur i rent, nie jest planowane wykorzystywanie tego instrumentu w kolejnych latach.

Uczestnictwo w systemie emerytalnym

Oba funkcjonujące w Polsce systemy ubezpieczeń emerytalnych (powszechny – dla pracowników i osób prowadzących działalność pozarolniczą oraz rolniczy) są powszechnie dostępne i obowiązkowe. Obecnie niemal wszyscy aktywni zawodowo uczestniczą w jednej z form powszechnego systemu zabezpieczenia społecznego. Taka sytuacja powinna utrzymywać się w przyszłości.

W przypadku okresów pozostawania poza zatrudnieniem, takich jak urlop wychowawczy, macierzyński, okresy opieki nad niepełnosprawnymi członkami rodziny, w tym dziećmi, bezrobocie (przez okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych) czy zasadnicza służba wojskowa, składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe są finansowane przez budżet państwa. Oznacza to, że osoby które odnotowują przerwy w zatrudnieniu z powodów wymienionych powyżej, nie tracą swoich praw emerytalnych.

Problemem natomiast pozostaje duża liczba osób biernych zawodowo, które nie są objęte ubezpieczeniem społecznym. Aktywizacja zawodowa tych osób jest zatem konieczna nie tylko z perspektywy poprawy stabilności finansowej, ale także dla zabezpieczenia ich adekwatnych dochodów po zakończeniu aktywności zawodowej. W efekcie, działanie to zmierza także do ograniczenia ryzyka ubóstwa osób starszych w przyszłości.

Renty rodzinne

W polskim systemie emerytalnym renty rodzinne odgrywają istotną rolę w zapewnieniu adekwatnych dochodów przede wszystkim wdowom. Wdowy często wolą korzystać z renty rodzinnej po zmarłym mężu, jeśli zapewnia ona im wyższe świadczenie niż ich własna emerytura. Wynika to zarówno z krótszych okresów ubezpieczenia kobiet, jak i ich niższych zarobków. W efekcie, około 83% kobiet korzystających z rent rodzinnych ma więcej niż 50 lat, podczas gdy w tym wieku jest tylko 15% mężczyzn otrzymujących te świadczenia.

Rozwój kapitałowej części obowiązkowego systemu emerytalnego

Dla zapewnienia adekwatnych emerytur w przyszłości ważne jest też osiągnięcie dobrych wyników przez OFE. W przyszłości na maksymalizację wyników OFE wpływ będą miały:

- 1) dalszy proces prywatyzacji przedsiębiorstw będących własnością Skarbu Państwa,
- 2) rozwój regulowanych rynków papierów wartościowych, poprzez upublicznianie nowych, prywatnych spółek, a także przyciąganie zagranicznych emitentów,
- 3) stymulowanie rozwoju rynku korporacyjnych instrumentów dłużnych,
- 4) umożliwianie zwiększenia poziomu geograficznej dywersyfikacji portfeli respektując jednakże potrzebę ochrony interesów przyszłych emerytów,
- 5) wprowadzenie możliwości zróżnicowania portfeli inwestycyjnych OFE w zależności od preferowanego poziomu ryzyka osób ubezpieczonych oraz dostosowanie do tych zmian systemu gwarancji i opłat na rzecz powszechnych towarzystw emerytalnych.

Działania zmierzające do poszerzenia możliwości lokacyjnych funduszy emerytalnych powinny równocześnie sprzyjać wzrostowi efektywności inwestycyjnej dobrowolnych oszczędności emerytalnych (również PPE i IKE).

Drugim elementem związanym z zapewnieniem adekwatnej emerytury w przyszłości jest zbudowanie efektywnego systemu wypłat emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych. W projektach ustaw skierowanych do parlamentu służyć temu mają:

- ograniczenie kosztów funkcjonowania systemu emerytur kapitałowych, poprzez uniemożliwienie aktywnej akwizycji przyszłych funduszy dożywotnich emerytur kapitałowych;
- standaryzacja produktów i wypłata emerytur indywidualnych oraz utrzymanie gwarancji zabezpieczenia na wypadek śmierci żywiciela w ramach systemu rent rodzinnych;
- zapewnienie waloryzacji emerytur dożywotnich, poprzez udział w zysku z inwestycji środków funduszy dożywotnich emerytur kapitałowych na poziomie nie mniejszym niż 90% stopy zwrotu;
- ustawowe zobowiązanie funduszy dożywotnich emerytur kapitałowych do oferowania świadczeń wyliczonych bez względu na płeć emeryta, przy jednoczesnym utworzeniu mechanizmu rozliczeniowego zapewniającego odpowiednie kształtowanie rezerw funduszy dożywotnich emerytur kapitałowych.

Dobrowolne formy oszczędzania

Poprzez tworzenie systemu szczególnych zachęt i preferencji, państwo polskie wspiera dobrowolne formy oszczędzania na cele emerytalne w postaci pracowniczych programów emerytalnych (PPE) oraz Indywidualnych Kont Emerytalnych (IKE). Pierwsze pracownicze programy emerytalne powstały w 1999 r., a IKE w 2004 r.

Pracownicze Programy Emerytalne nadal nie są jeszcze tak popularne jak w krajach o dłuższej tradycji ubezpieczeniowej, pomimo że PPE korzystają z szeregu zachęt systemowych. Dodatkowo trudna sytuacja gospodarcza ostatnich lat i niskie możliwości oszczędzania w społeczeństwie polskim wpłynęły negatywnie na ich rozwój. We wrześniu 2004 roku jedynie 100 tys. osób było uczestnikami programów emerytalnych.

W 2007 r. złożono 82 wnioski o wpis PPE do rejestru. Dla porównania – w 2006 roku o rejestrację programu wystąpiło 50 pracodawców. Obserwowany wzrost zainteresowania zakładaniem programów może mieć związek z dobrą koniunkturą gospodarczą oraz poprawą sytuacji na rynku pracy. Czynniki te powinny wywierać dalszy wpływ na sytuację na rynku pracowniczych planów emerytalnych, gdyż wobec zmniejszającego się bezrobocia i problemów z pozyskiwaniem wykwalifikowanej siły roboczej, pracodawcy będą zmuszeni do poszukiwania instrumentów podnoszących ich konkurencyjności.

Na koniec 2007 r. funkcjonowało 1 019 pracowniczych programów emerytalnych (wzrost o 3%) obejmujących 312 000 pracowników (wzrost o 11%). W PPE zgromadzono aktywa o wartości 3,8 mld złotych (wzrost o 36%).

Indywidualne Konto Emerytalne to konto, które umożliwia dodatkowe oszczędzanie na emeryturę bez konieczności odprowadzania podatku dochodowego od dochodów kapitałowych. Oszczędzanie na IKE pozwala na zgromadzenie środków, dzięki którym będzie można uzupełnić dochody emerytalne z systemu powszechnego. IKE można założyć w: funduszu inwestycyjnym, zakładzie ubezpieczeń na życie, domu maklerskim oraz banku. Wpłaty dokonywane na IKE w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej półtorakrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok (w roku 2007 była to kwota 3 697 zł).

W ciągu czterech pierwszych miesięcy funkcjonowania IKE (IX - XII 2004 r.) konto założyło około 175,5 tys. osób. Szacowana wartość wpłat na IKE w tym okresie wyniosła ok. 200 mln zł. Rok 2006 był najlepszym rokiem pod względem zakładania nowych IKE (liczba prowadzonych kont wzrosła o 96,38% w porównaniu do 2005 r.). Na koniec grudnia 2007 r. prowadzonych było ponad 915,4 tys. kont, a wartość środków zgromadzonych na tych kontach wyniosła ponad 1 864,5 mln zł. (założono o 75% mniej nowych IKE niż w roku 2006).

3.2.2. Stabilność finansowa systemów emerytalnych

Cele prowadzonej polityki

Brak stabilności finansowej systemu ubezpieczeń społecznych oraz istotny udział dotacji do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu Emerytalno-Rentowego KRUS stanowią wyzwanie dla prowadzonej polityki, w szczególności w kontekście narastania długu publicznego i systemowego deficytu sektora finansów publicznych.

Szczególnie istotne dla zwiększenia stabilności finansowej systemu ubezpieczeń pracowniczych jest poszerzenie bazy składkowej, rozumiane jako wzrost zatrudnienia i

produktywności. Obecny wysoki poziom składek na ubezpieczenia społeczne prowadzi do tego, iż w Polsce mamy do czynienia z jednym z najwyższych poziomów obciążeń fiskalnych i quasi-fiskalnych wynagrodzeń, czyli tzw. klinem podatkowym. Wpływa to zarówno na podaż jak i popyt na pracę.

Podejmowane działania zmierzają do ograniczania wysokości składek a także zmiany społecznej percepcji ich charakteru przez społeczeństwo. W 2007 r. obniżone zostały składki na ubezpieczenia rentowe, co wynikało między innymi ze zmniejszenia liczby osób otrzymujących renty z tytułu niezdolności do pracy, a co za tym idzie – zmniejszenia wydatków na ten cel. Skala zmniejszenia składki była jednak większa niż spadek wydatków, co oznacza zwiększenie deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Formuła nowej emerytury wprowadza³⁵ bezpośredni związek pomiędzy kwotą składki wpłaconej do systemu, a wysokością świadczenia. Składka emerytalna nie jest traktowana jak „podatek socjalny”, lecz jako rodzaj inwestycji na starość. Oznacza to, że w przyszłości zobowiązania systemu emerytalnego będą ściśle powiązane z wysokością wpływających składek, co ograniczy konieczność stałego dofinansowywania tego systemu z podatków w ramach budżetu państwa.

Jednocześnie priorytetem polityki rynku pracy jest zwiększenie wskaźnika zatrudnienia wśród wszystkich grup wiekowych a przede wszystkim tych grup, gdzie w ostatniej dekadzie nastąpił najsilniejszy spadek zatrudnienia – najmłodszych i najstarszych pracowników.

Istnieje potrzeba podejmowania działań służących promowaniu dodatkowych, dobrowolnych form zabezpieczenia emerytalnego. Podejmowane inicjatywy zasługują na ich dalszy rozwój i wsparcie poprzez budowę systemu zachęt.

W obszarze ubezpieczeń społecznych rolników istotnym wyzwaniem jest zwiększenie roli składek w finansowaniu świadczeń emerytalno-rentowych, poprzez wdrożenie zasady zróżnicowania składki w zależności od dochodu z gospodarstwa rolnego. Jednocześnie, istniejące dofinansowanie systemu emerytur i rent rolniczych powinno zostać lepiej adresowane, przede wszystkim do uboższych rolników, którzy nie mogą sfinansować składek w wysokości pozwalającej na sfinansowanie wypłacanych w przyszłości świadczeń.

Sytuacja obecna

Wydatki na emerytury i renty w Polsce stanowią istotną część sektora finansów publicznych. W 2007 r. wydatki na świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych stanowiły 10,1% PKB, w tym wydatki na emerytury i renty – 9,2% PKB, wydatki na emerytury i renty w ramach KRUS wyniosły 1,4% PKB, a wydatki systemów zaopatrzeniowych w sumie 0,9% PKB. Łączne wydatki publiczne na emerytury i renty stanowiły więc niemal 11,5% PKB.

Systemy ubezpieczeń społecznych w Polsce nie są w całości finansowane ze składek. Dotacje do funduszy ubezpieczeń społecznych oraz finansowanie systemów zaopatrzeniowych, także stanowi istotny element w strukturze wydatków budżetu państwa. W 2007 r. dotacja do świadczeń wypłacanych z FUS stanowiła 17% wydatków budżetu państwa, a dotacja do KRUS 6,2% tych wydatków. Udział świadczeń z systemu zaopatrzeniowego w wydatkach budżetowych osiągnął 4,1%. W sumie więc ponad jedna czwarta wydatków budżetu państwa to wydatki związane z finansowaniem emerytur i rent. W 2007 r. odwróciła się obserwowana od kilku lat niekorzystna tendencja malejącego udziału składki w finansowaniu wydatków FUS, głównie ze względu na poprawę sytuacji na rynku pracy, co oznaczało wzrost liczby ubezpieczonych oraz wzrost podstawy wymiaru składek. W 2008 r. udział składek w

³⁵ Dotyczy to również przewidywanych zasad wypłaty świadczeń z finansowej części powszechnego systemu.

finansowaniu wydatków ponownie spadnie, ze względu na obniżenie wysokości składki na ubezpieczenia rentowe.

Finansowanie świadczeń w systemie pracowniczym.

Dużym obciążeniem dla finansów systemu ubezpieczenia emerytalnego, a co za tym idzie dla pokrywającego powstały niedobór budżetu państwa, jest uzupełnienie niedoboru w FUS, powstającego w wyniku przekazywania części składek emerytalnych do OFE. Refundacja budżetu państwa z tego tytułu w wynosiła w 2005 r. 12,6 mld zł, w 2006 r. 14,9 mld zł, a w 2007 r. 16,2 mld zł.

Ponadto, utrzymuje się nierównowaga pomiędzy wydatkami na świadczenia i wpływami ze składek, co wymaga dotacji uzupełniającej z budżetu państwa. Dotacja ta wynosiła w 2005 r. 16,5 mld zł, w 2006 r. 21,0 mld zł, a w 2007 r. 23,6 mld zł., a więc znacznie przekraczała ubytek spowodowany przekazaniem składek do OFE. Według prognoz, deficyt w finansowaniu świadczeń emerytalnych będzie się w kolejnych latach utrzymywał, co oznacza konieczność dalszego dotowania systemu z budżetu państwa.

Wprowadzony w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. nowy system emerytalny prowadzi do ograniczenia ryzyka niewypłacalności systemu emerytalnego w długim okresie poprzez dostosowanie go do zmian demograficznych i społeczno-ekonomicznych.

Od 1 stycznia 1999 r. obowiązkowa składka emerytalna została podzielona na dwie części: niefinansową - zarządzaną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i finansową – zarządzaną przez instytucje prywatne – Powszechne Towarzystwa Emerytalne (PTE). Dla każdego ubezpieczonego w nowym systemie emerytalnym prowadzone są zatem dwa konta: pierwsze z nich prowadzone jest przez ZUS, a drugie w kapitałowym otwartym funduszu emerytalnym.

Emerytury z nowego systemu będą wypłacane od 1 stycznia 2009 r. W pierwszych dziesięcioleciach, w kwocie emerytur znaczącą rolę odgrywać będzie zwaloryzowany kapitał początkowy, będący odzwierciedleniem uprawnień emerytalnych nabytych do końca 1998 r. Dopiero za kilkadziesiąt lat, kiedy okres wpłacania składek do nowego systemu, w tym do otwartych funduszy emerytalnych będzie dostatecznie duży, istotną rolę zaczną odgrywać emerytury z nowego systemu, w tym emerytury kapitałowe. Do 31 grudnia 2008 r. przyznawane są tylko emerytury z tzw. starego systemu. Ponieważ emerytura jest świadczeniem wypłacanym przez kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat, zasady ustalania wysokości świadczeń zdeterminują wydatki FUS w najbliższych dziesięcioleciach. Wydatki na emerytury w Polsce nadal stanowić będą istotną część sektora finansów publicznych.

W 2007 r. do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wpłynęło ogółem 89,3 mld zł składek i należności pochodnych. W tym samym roku wydatki na świadczenia pieniężne wyniosły 118,0 mld zł (97,2% wydatków FUS ogółem), z czego wydatki funduszu emerytalnego stanowiły 73,7 mld zł. Spośród 40,3 mld zł pozaskładkowych dochodów FUS 23,7 mld zł stanowiła dotacja uzupełniająca, natomiast 16,4 mld zł były dochodami pozostałymi (16,2 mld zł to refundacja z tytułu przekazania składek do OFE).

Według prognoz, deficyt w finansowaniu świadczeń emerytalnych będzie się w kolejnych latach utrzymywał, co oznacza konieczność dotowania systemu z budżetu państwa. W 2008 r. saldo roczne funduszu emerytalnego (różnica pomiędzy wpływami ze składek a wydatkami funduszu) według prognozy przygotowanej przez ZUS ³⁶wynosi 11,2% sumy rocznych

³⁶ Według wariantu I prognozy przygotowanej przez ZUS: ZUS, Departament Statystyki, *Prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego do 2050 r.* Warszawa, grudzień 2006 r.

podstaw wymiaru składek na fundusz emerytalny, natomiast w 2050 r. różnica ta może wynieść 3,5% tej kwoty.

Zmiany wprowadzone w latach 2005-2007 miały wpływ na zwiększenie wydatków oraz zmniejszenie wpływów do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:

A. Przesunięcie do końca 2008 r. możliwość przejścia na wcześniejszą emeryturę.

Przedłużenie możliwości przejścia na wcześniejszą emeryturę do końca roku 2008 r. zwiększy wydatki na świadczenia emerytalne. Wprowadzone zmiany nie sprzyjały też zwalczaniu ekonomicznych skutków starzenia się ludności. Przepisy wprowadzające emerytury pomostowe dla osób pracujących w szczególnych warunkach lub wykonujących pracę o szczególnym charakterze zostaną wprowadzone, zgodnie z planami rządu, dopiero od 2009 r.. Szacuje się, że przedłużenie o rok uprawnień do wcześniejszych emerytur spowoduje wzrost wydatków na emerytury w ciągu najbliższych kilku lat, przy czym skutki te będą najbardziej odczuwalne w latach 2007-2009, kiedy dodatkowo osoby skorzystają z tych uprawnień (w następnych latach wpływ tych zmian na wydatki na emerytury będzie stopniowo się zmniejszać). Ponadto, w 2007 r. nastąpił ponad dwukrotny wzrost liczby nowo przyznanych emerytur (ze 104 tys. w 2006 r. do 215 tys. w 2007 r.) wynikający z przedłużenia okresu, w którym można jeszcze korzystać z tych uprawnień emerytalnych, z którego wiele osób chciało skorzystać, obawiając się niesłusznie utraty uprawnienia w kolejnych latach.

B. Wyłączenie górników z nowego systemu emerytalnego

Szacunkowy wzrost wydatków na emerytury z tytułu utrzymania przywilejów emerytalnych dla górników szacuje się na 0,25-0,3% PKB rocznie.

C. Zmiany w waloryzacji świadczeń

Zmiany w waloryzacji świadczeń powodują dodatkowe wydatki z budżetu państwa. Wprowadzenie corocznej waloryzacji emerytur i rent powoduje zwiększenie dotacji uzupełniającej. Według szacunków zwiększona dotacja z budżetu państwa do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu nowych zasad waloryzacji wyniesie w przybliżeniu w 2008 r. – 4,4 mld zł, w 2009 r. – 2,6 mld zł, w 2010 r. – 5,3 mld zł.³⁷

Łączny wpływ zmian omówionych w punktach A-C jest przedstawiony w aneksie 3.2. W efekcie wprowadzonych regulacji, roczne wydatki na emerytury i renty zwiększyły się o około 0,5% PKB.

Ponadto w 2007 i w 2008 r. wprowadzone zostały inne zmiany, które mają wpływ na przychody i wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Do najważniejszych zmian należy:

D. Zmiany stopy procentowej składki na ubezpieczenia rentowe.

Zmiana ta, ograniczająca wysokość klina podatkowego, przy utrzymującym się deficycie Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, doprowadziła do powiększenia deficytu FUS. Łączny ubytek z tytułu wpływów ze składek z powodu wprowadzonych zmian w 2007 r. został oszacowany na 3,5 mld zł, w 2008 r. na 20,1 mld zł, a w 2009 r. na 22,6 mld zł.

E. Wprowadzenie możliwości przechodzenia na emeryturę 60-letnich mężczyzn posiadających co najmniej 35 lat stażu pracy.

³⁷ Według szacunków z marca 2007 r., w oparciu o przyjmowane wówczas założenia makroekonomiczne. Skutki finansowe zmian mechanizmu waloryzacji istotnie zależą od wzrostu wynagrodzeń oraz zmian cen, stąd rzeczywisty efekt może się istotnie różnić od przekazanych obliczeń.

W wyniku wyroku Trybunału Konstytucyjnego, niezbędne było wprowadzenie do przepisów starego systemu emerytalnego możliwości przechodzenia na wcześniejszą emeryturę mężczyzn, którzy osiągnęli wiek 60 lat i legitymują się co najmniej 35-letnim stażem ubezpieczeniowym, jako rozwiązania zbieżnego z podobną możliwością, którą posiadały kobiety. Przywilej ten obejmuje mężczyzn urodzonych w latach 1944-1948. Według szacunków, skorzystanie z tego uprawnienia spowoduje zwiększenie wydatków na emerytury o 1,1 mld zł w 2008 r., 1,9 mld zł w 2009 r. i 1,8 mld zł w 2010 r. W kolejnych latach skutki finansowe wprowadzonej zmiany powinny stopniowo maleć.

Finansowanie świadczeń w systemie rolniczym

Fundusz Emerytalno-Rentowy, podobnie jak FUS, jest wydzielonym państwowym funduszem celowym przeznaczonym na finansowanie rolniczych świadczeń emerytalno-rentowych. Dochody FER stanowią składki od ubezpieczonych oraz dotacja uzupełniająca i celowa z budżetu państwa. Dotacja budżetu państwa do Funduszu Emerytalno-Rentowego w ostatnich latach utrzymuje się na zbliżonym poziomie około 15 mld zł, tj. 1,2% PKB (14,7 mld zł w 2007 r.).

System ubezpieczeń społecznych rolników jest systemem demograficznie starym, w którym liczba osób ubezpieczonych jest niższa niż liczba emerytów i rencistów. Wynika to między innymi z malejącego udziału zatrudnienia w rolnictwie w ogólnej liczbie zatrudnionych. W ostatnich latach zahamowana została tendencja pogarszania się systemowego współczynnika obciążenia (relacji pomiędzy liczbą emerytów i rencistów oraz liczbą płacących składki. Liczba ubezpieczonych wzrosła z 1,3 mln w 1996 r. do 1,6 mln w 2007 r., podczas gdy w tym samym okresie liczba świadczeniobiorców zmniejszyła się z 2 mln do 1,53 mln. .

Natomiast ciągłe utrzymywanie tak niekorzystnej dla budżetu państwa struktury dochodów FER jest wynikiem braku wprowadzenia postulowanych od wielu lat zmian legislacyjnych w systemie ubezpieczeń emerytalnych rolników. Aktualne regulacje dotyczące systemu ubezpieczenia emerytalnego rolników obowiązują od 1991 r. Podczas gdy w kraju następowały zmiany gospodarcze i społeczne, system emerytalny rolników nie zmieniał się. Dzisiaj nadal wszyscy ubezpieczeni rolnicy płacą jednakowe składki na ubezpieczenie emerytalne niezależnie od osiąganych dochodów z prowadzonej działalności. Pomimo, że najniższa emerytura w systemie rolniczym jest taka sama jak w systemie powszechnym, to składka na ubezpieczenie emerytalne i rentowe rolników jest kilkakrotnie niższa niż na ubezpieczenie emerytalne pracowników. W 2007 r. przeciętna miesięczna wysokość emerytury rolniczej wynosiła 732,2 zł (a wszystkich wypłacanych przez KRUS emerytur, łącznie ze świadczeniami wypłacanymi w tzw. zbiegu ze świadczeniami z systemu powszechnego 852,2 zł), a przeciętna miesięczna wysokość emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – 1 346,42 zł.

Niezbędne jest zatem podjęcie działań zmierzających do reformy systemu emerytalnego rolników. Przede wszystkim składka finansująca wydatki na emerytury i renty powinna być uzależniona od osiąganego dochodu a jej opłacanie zbliżone do zasad obowiązujących osoby prowadzące działalność gospodarczą. Dotacja powinna być skierowana do tych rolników, którzy potrzebują wsparcia w sfinansowaniu składki. Co więcej, niezbędne jest budowanie zasad sprzyjających mobilności siły roboczej i przechodzenia pracowników z rolnictwa do sektora pozarolniczego - jest to wyzwaniem także dla koordynacji krajowych systemów emerytalnych. Wymaga to takiej modyfikacji systemu ubezpieczeń społecznych rolników, która by nie petryfikowała obecnego stanu na rynku pracy. Ponadto niezbędne są zmiany zmierzające do doprecyzowania statusu prawnego KRUS oraz uproszczenia jej struktury finansowej.

Prognozy na przyszłość i wyzwania

Zgodnie z przygotowaną przez ZUS w 2006 r. wariantową prognozą przychodów i wydatków funduszu emerytalnego³⁸, przez okres prognozy trwający od 2013 r. dla pierwszych dwóch wariantów oraz od 2015 r. dla wariantu 3 aż do roku 2027 można zaobserwować pogłębiający się deficyt roczny funduszu emerytalnego wyrażony w kwotach zdyskontowanych na 2005 r. (jako stopę dyskonta przyjęto założoną stopę inflacji). W każdym z wariantów do końca horyzontu prognozy fundusz emerytalny wykazuje ujemne saldo roczne. Wyniki prognozy wskazują zatem na ryzyko długotrwałego i rosnącego w krótkim i średnim okresie zaangażowania budżetu państwa w finansowanie wypłaty świadczeń emerytalnych. Poprawa przedstawionych wyników zależy od możliwości zwiększenia wskaźnika zatrudnienia, w szczególności wśród osób w wieku 55-64 lata.

W porównaniu z prognozami przygotowanymi w 1998 r. można zauważyć, że obecny deficyt systemu emerytalnego jest wyższy niż wówczas planowany³⁹. Natomiast utrzymany zostaje trend zmierzający do zmniejszenia wysokości deficytu w relacji do PKB w perspektywie do 2050 r.

Środki gromadzone w otwartych funduszach emerytalnych mają służyć finansowaniu świadczeń ustalanych zgodnie z zasadą zdefiniowanej składki. W tej sytuacji, przy zachowaniu reguł aktuarialnej kalkulacji emerytur, nie może być mowy o deficycie tego elementu obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnych.

Strategie zmniejszania deficytu finansowego

Starzenie się ludności jest wyzwaniem dla każdego systemu emerytalnego. Kluczowym warunkiem polepszenia kondycji finansów ubezpieczeń społecznych jest poprawa sytuacji na rynku pracy i zwiększenie zatrudnienia. Jest tak dlatego, iż system ubezpieczeń społecznych i rynek pracy wzajemnie się determinują.

Zwiększenie przychodów FUS można osiągnąć poprzez:

- zwiększenie wysokości składek na ubezpieczenia społeczne i/lub,
- poprawę sytuacji na rynku pracy, tzn. zwiększenie liczby zatrudnionych i ograniczenie szarej strefy.

Biorąc pod uwagę niski wskaźnik zatrudnienia, wysokie bezrobocie i relatywnie wysokie obciążenie płac kosztami składek i podatków w Polsce, dalszy wzrost stopy składek nie wydaje się możliwy. Podejmowane w ostatnim czasie próby dostosowania podstawy wymiaru składek do wysokości dochodów z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, nie miałyby większego wpływu na ogólną sytuację finansów ubezpieczeń społecznych w długim okresie.

Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 15-64 lata w Polsce w 2007 r. wyniósł 57%, co plasowało nas na przedostatnim miejscu w UE-25 (jedynie przed Malcią). Oznacza to, że niewiele więcej niż jeden na dwóch Polaków w wieku produkcyjnym pracuje, a w efekcie opłaca składki na ubezpieczenie społeczne. Szczególnie niekorzystny jest wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata, który wynosi 29,7%. Jest on szczególnie niski dla kobiet, z których mniej niż jedna na pięć w tym wieku pracuje. Tak niesatysfakcjonujący poziom zatrudnienia starszych pracowników jest również efektem możliwości korzystania ze

³⁸ „Prognozy wpływów i wydatków funduszu emerytalnego do 2050 roku”. Dostępne na stronie <http://www.zus.pl>.

³⁹ Przyczyny tego są szerzej opisane w rozdziale 3.2.2.

świadczeń społecznych – wcześniejszych emerytur, świadczeń przedemerytalnych, a w przeszłości także – zasiłków przedemerytalnych i rent z tytułu niezdolności do pracy.

Niski efektywny wiek wycofywania się z rynku pracy związany jest z zachętami do wcześniejszej dezaktywizacji, która miała na celu absorpcję części efektów transformacji gospodarczej i gwałtownych przemian na rynku pracy, przede wszystkim w obszarze popytu na pracę. W efekcie jednak, wysokość składek na ubezpieczenia społeczne istotnie wzrosła i poprzez zwiększenie klina podatkowego, stanowi obecnie barierę dla rozwoju rynku pracy. Rozwiązanie tego dylematu należy do najważniejszych zadań postawionych przed strategią emerytalną w najbliższych latach.

Dlatego też po 2008 r. możliwości wcześniejszej dezaktywizacji zostaną istotnie ograniczone. Stanowić to będzie szansę dla zwiększenia poziomu zatrudnienia i relatywnego systemowego obciążenia rynku pracy kosztami systemu ubezpieczeń społecznych. Aby jednak taki scenariusz się zrealizował, niezbędne będą dodatkowe działania, zarówno po stronie rynku pracy, jak i w ramach systemu rent z tytułu niezdolności do pracy, aby system ten nie przejmował funkcji wcześniejszych emerytur.

Ponadto, elementem systemu prowadzącym do stopniowej poprawy relacji pomiędzy wpływami ze składek i wydatkami jest przyjęcie zasady, że emerytury i renty są waloryzowane wskaźnikiem niższym niż wzrost wynagrodzeń. W latach 2005-2007 waloryzacja ta obejmowała wzrost cen, a od 2008 r., wzrost cen powiększony o 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia. Takie podejście z jednej strony chroni emerytów przed negatywnymi skutkami związanymi ze wzrostem cen, zapewniając pewien udział w korzyściach płynących ze zwiększenia wynagrodzeń, a z drugiej strony pozwala na stopniowe ograniczanie deficytu występującego w systemie, gdyż wpływy ze składek rosną szybciej niż wydatki systemu.

3.2.3. Modernizacja systemów emerytalnych i dostosowanie do zmian

Dostosowanie systemów emerytalnych do wymogów rynku pracy i niestandardowego zatrudnienia

Powszechny system ubezpieczeń społecznych obecnie obejmuje różnorodne formy zatrudnienia. W szczególności, obowiązek ubezpieczeń społecznych wynika z:

- zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, bez względu na to czy jest to umowa w pełnym czy w niepełnym wymiarze czasu pracy;
- zatrudnienia na podstawie umowy zlecenia, a także umowy o dzieło, jeżeli są one zawarte ze swoim pracodawcą;
- prowadzenia działalności gospodarczej na własny rachunek;
- prowadzenia działalności twórczej i artystycznej.

Odrębny system ubezpieczenia społecznego rolników obejmuje swoim ubezpieczeniem rolników (właścicieli gospodarstw rolnych) i domowników, głównie członków ich rodzin. Oznacza to, że wszystkie osoby aktywne zawodowo mają dostęp do systemu ubezpieczenia emerytalnego – powszechnego lub rolniczego.

W przypadku pracowników składki zależne są od wynagrodzenia, podczas gdy osoby prowadzące działalność gospodarczą opłacają składki od deklarowanej kwoty, nie niższej niż 60% przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. W rzeczywistości, niemal wszyscy

przedsiębiorcy deklarują opłacanie składek w najniższej wysokości. Rolnicy opłacają zryczałtowane składki, niezależne od faktycznego dochodu. Jak już wspomniano, składki w systemie rolniczym są istotnie niższe niż w przypadku osób prowadzących działalność pozarolniczą. Rząd podejmował próby zmiany zasad określania składek, aby były one także dla przedsiębiorców i rolników zależne od osiąganego dochodu. Rozwiązania takie wymagają jednak pogodzenia sprzecznych racji różnych stron dialogu społecznego.

Należy zauważyć, iż zróżnicowanie wysokości obciążeń składkami na ubezpieczenia społeczne zachęca do prób zmniejszania kosztów ubezpieczenia. Prowadzi to do takich niekorzystnych zjawisk jak: rozwój szarej strefy lub przekształcanie zatrudnienia w prowadzenie działalności gospodarczej, gdyż obciążenie składkami w przypadku tej ostatniej jest niższe. Wynika to z tego, iż składki na ubezpieczenia społeczne pracujących na własny rachunek są obliczane od deklarowanej kwoty, niezależnej od dochodów.

Doprowadzenie do zwiększenia liczby osób i funduszu wynagrodzeń objętego ubezpieczeniami społecznymi stanowi jedno z większych wyzwań stojących przed polityką emerytalną. Działania w tym obszarze powinny być związane przede wszystkim z poszukiwaniem możliwości obniżania wysokości składek na ubezpieczenia społeczne, jednak przy zapewnieniu stabilności finansowej systemu.

Nowy system emerytalny oparty jest o zasadę zdefiniowanej składki, co oznacza, że przyszłe emerytury zależą od indywidualnych czynników, takich jak suma składek wpłaconych przez cały okres aktywności zawodowej oraz wiek przejścia na emeryturę. W efekcie osoby, które zgromadzą na koncie emerytalnym podobny kapitał i przejdą na emeryturę w tym samym wieku i czasie (bez względu na to, przez ile lat te składki wpłacały i jakie przerwy występowały w ich zatrudnieniu), mogą oczekiwać podobnych emerytur. System emerytalny za taką samą składkę oferuje takie same świadczenia, nie różnicując grup zawodowych.

Istotne jest również to, iż system ten jest powszechny i jednolity dla wszystkich pracujących poza rolnictwem. W efekcie, mobilność geograficzna czy zawodowa (o ile nie dotyczy ona przepływów pomiędzy sektorami rolniczym i pozarolniczymi) nie ma wpływu na nabywanie praw emerytalnych.

Bardziej skomplikowana sytuacja dotyczy osób, których aktywność zawodowa obejmuje zarówno pracę w rolnictwie, jak i poza nim. Obecne przepisy nie określają precyzyjnie w jaki sposób osoby takie będą miały obliczane emerytury. Ze względu na to, iż nowy system emerytalny ma charakter zdefiniowanej składki, a system rolniczy jest systemem o zdefiniowanym świadczeniu, w ramach projektów regulacji zamykających budowanie nowego systemu emerytalnego zaproponowano nową zasadę łączenia okresów opłacania składek w systemie powszechnym i rolniczym oraz wypłaty świadczeń emerytalnych z tego tytułu. Osoby, które przez większość aktywnego życia zawodowego (co najmniej 25 lat) utrzymywały się z gospodarstwa rolnego i opłacały składki otrzymają dwie emerytury – jedną z KRUS, a drugą z systemu powszechnego. Osoby legitymujące się krótszym stażem otrzymają łączone świadczenie emerytalne, zwiększone o część rolną liczoną według zasad systemu ubezpieczenia społecznego rolników. Podobnie działać się powinno także w przypadku systemów zaopatrzeniowych dla służb mundurowych. Odpowiednie przepisy w tym obszarze zostały zaproponowane przez rząd i powinny być uchwalone przed 2009 r., zanim pierwsze osoby otrzymają świadczenia z nowego systemu emerytalnego.

Program 50+

Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+” jest pakietem działań rządowych zmierzających do zwiększenia zatrudnienia osób powyżej 50 roku życia w Polsce. Program ten zakłada z jednej strony działania, które

zwiększają zachęty do zatrudnienia osób w wieku 50+ przez przedsiębiorców, a z drugiej strony działania, które sprzyjają poprawie kwalifikacji, umiejętności i efektywności pracy tych osób. Zwiększenie wskaźnika zatrudnienia wśród osób po 50-tym roku życia jest niezbędne dla utrzymania wysokiego wzrostu gospodarczego w Polsce w perspektywie kolejnych kilkunastu lat.

Zwiększenie aktywności osób starszych na rynku pracy pozwala na utrzymanie solidarności międzypokoleniowej. Często błędnie uważa się, że wcześniejsza dezaktywizacja starszych pracowników tworzy miejsca pracy dla młodych – jest to nieprawda. Zjawisko to prowadzi do zwiększania kosztów pracy związanych z rosnącymi składkami i podatkami, co oznacza, że liczba oferowanych miejsc pracy spada, a w konsekwencji – spada także zatrudnienie w grupie osób do 25 roku życia. W efekcie, osoby pracujące są obciążane w istotny sposób finansowaniem transferów ukierunkowanych na osoby, które zakończyły swoją aktywność zawodową.

Wydłużanie aktywności zawodowej pracowników po 50-tym roku życia należy do priorytetowych działań krajów Unii Europejskiej. Zgodnie z założeniami Strategii Lizbońskiej przyjętej przez kraje UE w 2000 r., jednym z celów Unii Europejskiej jest osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata na poziomie nie niższym niż 50%.

Celem programu „Solidarność pokoleń” jest osiągnięcie w perspektywie do 2020 r. wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata na poziomie 50%, określonym w Strategii Lizbońskiej.

Intensywne działania będą podejmowane w okresie do 2015 r., kiedy Polska będzie największym beneficjentem środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Jednocześnie, zgodnie z prognozami makroekonomicznymi w tym okresie utrzymywać się będzie dobra koniunktura gospodarcza. Oznacza to, że na realizację programu „Solidarność pokoleń” będzie można również wykorzystać środki Funduszu Pracy. Dlatego oczekuje się, że do 2013 r. wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata powinien wzrosnąć do 40%.

Aktualne prace nad reformą systemu emerytalnego

Dla zagwarantowania wystarczającego poziomu dochodów emerytalnych oraz zapewnienia stabilności finansowej niezbędna jest konsekwentna realizacja założeń reformy ubezpieczeń społecznych.

Emerytury pomostowe

Kluczowym działaniem jest wdrożenie systemu emerytur pomostowych. W nowym systemie emerytalnym, zgodnie z deklaracjami zawartymi w przepisach uchwalonych w 1998 r., ulega stopniowej likwidacji możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę. Przygotowywany jest natomiast projekt zabezpieczający prawo do wcześniejszych emerytur dla osób pracujących w szczególnych warunkach lub wykonujących prace o szczególnym charakterze. Założenia tego systemu oraz projekt ustawy były w okresie od marca do września 2008 r. przedmiotem szczegółowych rozmów z partnerami społecznymi w ramach Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych. Zgodnie z przygotowanym projektem, około 200 tys. osób, które rozpoczęły aktywność zawodową przed 1999 r. będzie mogło skorzystać z uprawnienia do emerytury pomostowej. Kryteria kwalifikacji prac do prac wykonywanych w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze były przedmiotem oceny ekspertów medycyny pracy.

Emerytura pomostowa będzie świadczeniem okresowym, przysługującym na 5 lat (a w wyjątkowych przypadkach na 10 lat) przed osiągnięciem ustawowego wieku emerytalnego. Jej wysokość będzie uwzględniać wysokość przyszłej emerytury danej osoby. Emerytury te będą finansowane po części przez pracodawców (z dodatkowej składki), a po części przez budżet państwa. W momencie osiągnięcia powszechnego wieku emerytalnego prawo do emerytury pomostowej ustanie, a w jej miejsce zainteresowany uzyska emeryturę ustaloną zgodnie z zasadami tego systemu.

Korelacja wymiaru emerytur i rent

Dla zapewnienia bezpieczeństwa nowego systemu emerytalnego i jego stabilności finansowej niezbędne jest również zakończenie trwających obecnie prac nad korelacją wymiaru przyszłej emerytury i renty.

Ustawa ma na celu wprowadzenie nowego systemu obliczania wysokości rent z tytułu niezdolności do pracy dla osób urodzonych po 1948 r., skorelowanego z ustalaniem wysokości emerytury w nowym systemie, oraz zmianę przepisów, która pozwoli, aby renta z tytułu niezdolności do pracy nie ulegała zmniejszeniu ani zawieszeniu z tytułu osiągnięcia przychodów z pracy zarobkowej, bez względu na ich wysokość.

Dzięki przyjęciu jednolitej podstawy obliczenia emerytur i rent dla osób urodzonych po 1948 r., zachowana będzie - niezbędna dla koegzystencji obu systemów – relacja wysokości świadczeń emerytalnych do wysokości świadczeń rentowych.

Wyплаты emerytur kapitałowych

Niezbędnym krokiem dla zapewnienia stabilności finansowej systemu emerytalnego będzie zakończenie prac nad ustawami umożliwiającymi wypłaty emerytur z nowego systemu: ustawy o funduszach dożywotnich emerytur kapitałowych i ustawy o emeryturach kapitałowych.

Konieczność pilnego uregulowania kwestii wypłat z OFE wynika z faktu, że 2009 r. pierwsi członkowie OFE przejdą na nowy typ emerytury pochodzącej z dwóch części nowego systemu emerytalnego. Projekty ustaw w tym zakresie zostały w lipcu i wrześniu 2008 r. skierowane przez rząd do Parlamentu. Zakładają one, że:

- emerytura będzie świadczeniem indywidualnym, a jej wysokość nie będzie zależała od płci przyszłego emeryta;
- dla osób pomiędzy 60 a 65 rokiem życia wprowadzone zostaną emerytury okresowe, wypłacone ze środków otwartych funduszy emerytalnych po 65-tym roku życia przyznawane będą dożywotnie emerytury kapitałowe;
- dożywotnie emerytury kapitałowe będą wypłacane przez specjalnie do tego celu utworzone fundusze dożywotnich emerytur kapitałowych, zarządzane przez zakłady emerytalne lub też powszechne towarzystwa emerytalne;
- dla wyrównania ryzyka związanego ze strukturą płci klientów poszczególnych funduszy, wprowadzony zostanie specjalny mechanizm wyrównawczy, który pozwoli na odpowiednie dostosowanie wysokości rezerw.

Inne działania

Jednocześnie trwają obecnie prace nad umożliwieniem Funduszowi Rezerwy Demograficznej (FRD), jako funduszowi rezerwowemu funduszu emerytalnego wyodrębnionego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, dalszego zbierania środków – również po 31 grudnia 2008 r. Dodatkowo FRD ma być zasilane kwotą wynoszącą 40% wpływów brutto z prywatyzacji mienia Skarbu Państwa.

Sprawą istotną jest również umożliwienie PTE poszerzenia ich oferty o możliwość różnicowania strategii inwestycyjnych. Członkowie OFE mieliby prawo do wyboru zróżnicowanych, pod względem poziomu ryzyka inwestycyjnego, portfeli inwestycyjnych, co dałoby im możliwość uzyskiwania wyższych stóp zwrotu (w przypadku osób młodszych, o dłuższym horyzoncie inwestycyjnym) oraz zabezpieczania swoich środków (w przypadku osób starszych, zbliżających się do momentu przejścia na emeryturę).

Kolejną kwestią jest doprowadzenie do lepszego rozwoju dodatkowych form zabezpieczenia emerytalnego. Planowane jest podniesienie limitów wpłat na IKE oraz uelastycznienie dotyczące korzystania z oszczędności zgromadzonych na tych kontach. Rozwój dodatkowych form oszczędzania na emeryturę pozwoli bowiem na łagodzenie dysproporcji w dochodach, którymi będzie można dysponować po przejściu na emeryturę, w stosunku do stanu tych dochodów z okresu aktywności zawodowej.

Przejrzystość, dostosowanie i ekonomia polityczna reformy emerytalnej

Ponieważ systemy emerytalne zaciągają zobowiązania wobec ich uczestników w długim okresie, ich zasady powinny być stabilne i nie podlegać częstym zmianom. Należy też patrzeć na nie z perspektywy równowagi międzypokoleniowej – proces starzenia się ludności prowadzić będzie do istotnego zwiększenia się wskaźnika obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym. Dlatego też, zbudowany konsensus dotyczący nowego systemu emerytalnego powinien być kontynuowany, zapewniając bezpieczny system emerytalny przyszłym pokoleniom.

Nowy system emerytalny automatycznie dostosowuje się do zmian zachodzących na rynku pracy oraz zmian demograficznych. Konta emerytalne w ZUS rosną w tempie wzrostu przypisu składek, a więc zarówno zobowiązania, jak i przychody ZUS mają taką samą dynamikę. Emerytury zależą od długości trwania życia i zmiany w tym zakresie automatycznie wpływają na wyniki systemu emerytalnego.

Każdy ubezpieczony otrzymuje corocznie informację o stanie swoich kont emerytalnych – zarówno w systemie finansowym jak i niefinansowym. W przyszłości informacja ta będzie także uwzględniać wartość emerytury należnej ze zgromadzonego już kapitału. Od 2003 r. wszystkie osoby ubezpieczone otrzymują z ZUS coroczną informację o kwocie składek należnych w poprzednim roku w ramach ubezpieczenia emerytalnego (nie wliczając składek przekazanych do OFE). Rocznią informację o stanie kont otrzymują też wszyscy członkowie otwartych funduszy emerytalnych. W 2005 r. zostało wprowadzone rozporządzenie, które standaryzuje informację przekazywaną do członków OFE, co ułatwiło porównywanie informacji pomiędzy poszczególnymi funduszami. Otrzymywanie indywidualnych informacji o stanie kont zwiększa ‘świadomość emerytalną’ uczestników systemu. Pozwala im także na ocenę, czy i w jakim stopniu powinni oni dodatkowo oszczędzać na swoją emeryturę w ramach pracowniczych programów emerytalnych, indywidualnych kont emerytalnych lub w innej formie dobrowolnych oszczędności.

Dla właściwej oceny stabilności systemu emerytalnego w długim okresie niezbędne jest również stworzenie trwałych mechanizmów publikowania regularnych prognoz wpływów i wydatków systemów ubezpieczeń społecznych, a także oceny proponowanych zmian w zakresie tych systemów z perspektywy wieloletniej. W 2009 r. planowane jest przygotowanie projektu ustawy o Aktuariuszu Krajowym – instytucji, której zadaniem będzie przygotowywanie i publikacja tego typu prognoz. Ponadto, planowane jest powierzenie Aktuariuszowi Krajowemu zadań związanych z aktuarialną obsługą systemu emerytur kapitałowych, w szczególności mechanizmu rozliczeniowego.

3.3. Wnioski

Podstawowe wyzwania stojące przed funkcjonowaniem systemów emerytalnych i rentowych w Polsce można podzielić na dwie grupy.

Pierwsza z nich to konieczność podejmowania działań bieżących niezbędnych dla właściwego, dalszego funkcjonowania tych systemów. Najbardziej istotne z nich to uzupełnienie brakujących regulacji, które związane są z funkcjonowaniem nowego systemu emerytalnego dla pracowników, które zostały opisane powyżej.

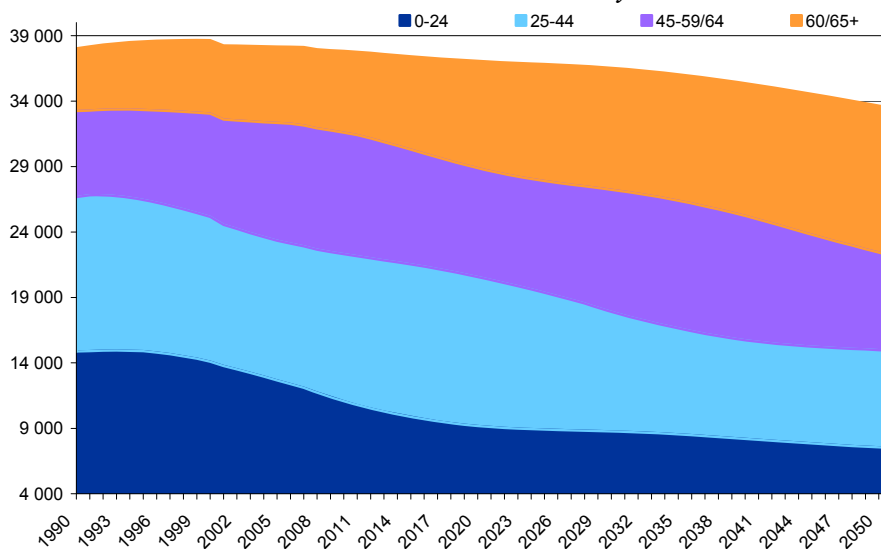
Równie istotnym wyzwaniem jest przygotowanie nowych rozwiązań w zakresie ubezpieczenia społecznego rolników, które z jednej strony pozwoliłyby na lepsze określenie zasad funkcjonowania i zarządzania systemem, a z drugiej strony wprowadziłyby zmiany w obszarze opłacania składek, różnicując je od uzyskiwanego dochodu rolniczego. Co więcej, niezbędne są zmiany w obszarze określania świadczeń w tym systemie, także aby lepiej dopasować całość funkcjonowania systemów i umożliwić restrukturyzację rynku pracy (zwiększenie roli sektorów pozarolniczych i zmniejszenie zatrudnienia w rolnictwie).

Zmiany na rynku pracy to kolejne pilne i bieżące wyzwanie, istotne także z perspektywy funkcjonowania systemów emerytalnych. Osiągnięcie stabilności finansowej Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zależy od dalszych zmian na rynku pracy. W szczególności, niezbędne jest zwiększenie zatrudnienia, by więcej osób wpłacało do systemu składki na ubezpieczenia społeczne. Służyć temu mają rozwiązania określone w Krajowym Planie Działania na rzecz Zatrudnienia, czy też wynikające z realizacji Europejskiej Strategii Zatrudnienia, jak również realizacja „Programu 50+”. W tym zakresie niezbędna jest też ocena na ile istniejące lub planowane rozwiązania utrudniają pożądane zmiany na rynku pracy. Należy bowiem przeciwdziałać zwiększeniu obciążeń pracy kosztami funkcjonowania systemem ubezpieczeń społecznych (jak na przykład przedłużanie i rozszerzanie możliwości korzystania z wcześniejszych emerytur), a promować wzrost zatrudnienia (np. wobec osób niepełnosprawnych, w tym w ramach systemu rentowego, zachęcając osoby niepełnosprawne do aktywności zawodowej).

Druga grupa działań zaproponowanych w ramach Programu to działania perspektywiczne, zmierzające do tworzenia warunków do stabilnego rozwoju systemów emerytalnych w przyszłości. Do najważniejszych zadań w tym zakresie należy, poza wdrożeniem systemu emerytur pomostowych, poprzedzone społecznym konsensusem wypracowanie sposobu uelastycznienia i wyrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn. Obecny system, poprzez wprowadzenie zróżnicowanego wieku emerytalnego, prowadzić może do dyskryminowania kobiet, poprzez istotnie niższą wysokość wcześniejszej o pięć lat emerytury.

Aneks 3.1. - Aneks statystyczny do rozdziału 3

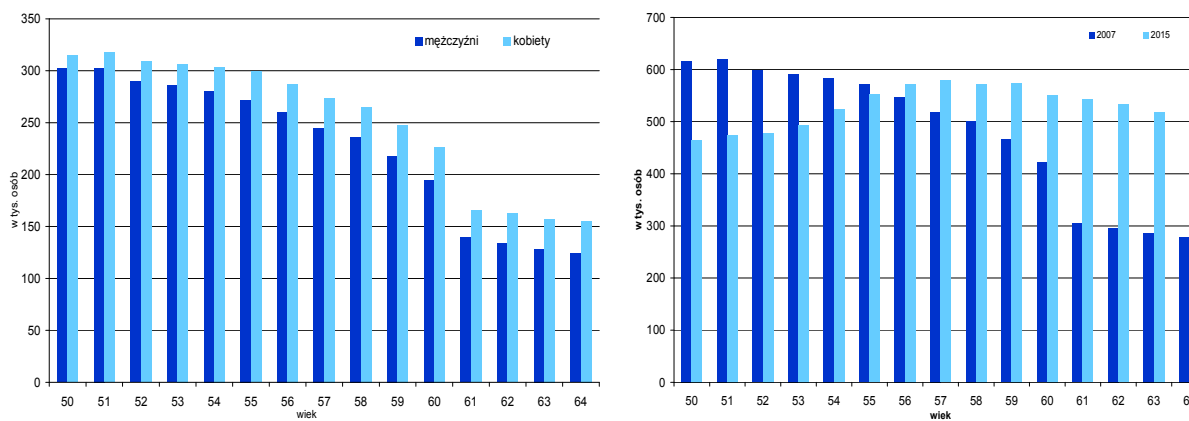
Wykres 1. Struktura ludności Polski w latach 1990-2050 w tys. osób



Uwaga: dane dla lat 1990-2007 dane rzeczywiste, pozostałe wartości prognoza Eurostatu.

Źródło: obliczenia DAE MPiPS na podstawie danych Eurostatu.

Wykres 2. Liczba osób w wieku 50-64 lat w 2007 r. według rocznych grup wieku oraz płci (lewy wykres) i w porównaniu z 2015 r. (prawy wykres)



Źródło: Obliczenia DAE MPiPS na podstawie danych Eurostatu.

Tabela 1. Najniższe miesięczne emerytury i renty

	rok					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Najniższa emerytura w zł	532,91	552,63	562,58	562,58	597,46	597,46
jako % przeciętnej emerytury i renty	51,3%	50,6%	49,3%	48,1%	47,4%	46,0%
jako % przeciętnej wynagrodzenia	25,4%	25,3%	24,7%	23,8%	24,1%	22,2%
Najniższa renta w zł	409,92	425,09	432,74	432,74	459,57	459,57
jako % przeciętnej emerytury i renty	39,4%	38,9%	37,9%	37,0%	36,4%	35,4%
jako % przeciętnej wynagrodzenia	19,5%	19,5%	19,0%	18,3%	18,6%	17,1%

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Tabela 2. Wpływy składek i należności pochodnych na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych w latach 2005-2007

Wpływy do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) w mln zł	2005	2006	2007
Wpływy składek i należności pochodnych na FUS w okresie ogółem	78 181,9	81 328,5	89 362,6
Pozaskładowe dochody FUS, w tym:	32 798,9	39 530,6	40 265,5
Dotacja celowa z budżetu państwa	3 612,4	3 531,2	230,1
Dotacja uzupełniająca z budżetu państwa	16 499,7	20 952,2	23 662,9
Pozostałe dochody	12 686,8	15 047,2	16 372,5
W tym refundacja z tytułu przekazania składek do OFE	12 575,4	14 920,4	16 219,3

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2008 r.

Tabela 3. Wydatki na świadczenia pieniężne według funduszy wyodrębnionych w ramach FUS, 2005-2007 w mln zł

Wyszczególnienie	2005	2006	2007
Ogółem FUS	107 397,6	115 908,5	118 013,2
z tego:			
z funduszu emerytalnego	61 017,1	69 161,7	73 698,2
z funduszu rentowego	37 265,1	37 230,6	34 114,6
z funduszu chorobowego	4 949,8	5 164,5	5 825,8
z funduszu wypadkowego	4 165,6	4 351,7	4 374,6

Źródło: ZUS

Tabela 4. Wydatki na świadczenia pieniężne według funduszy wyodrębnionych w ramach FUS, 2005-2007 w % PKB

Wyszczególnienie	2005	2006	2007
Ogółem FUS	11,0	11,1	10,1
z tego:			
z funduszu emerytalnego	6,2	6,6	6,3
z funduszu rentowego	3,8	3,6	2,9
z funduszu chorobowego	0,5	0,5	0,5
z funduszu wypadkowego	0,4	0,4	0,4

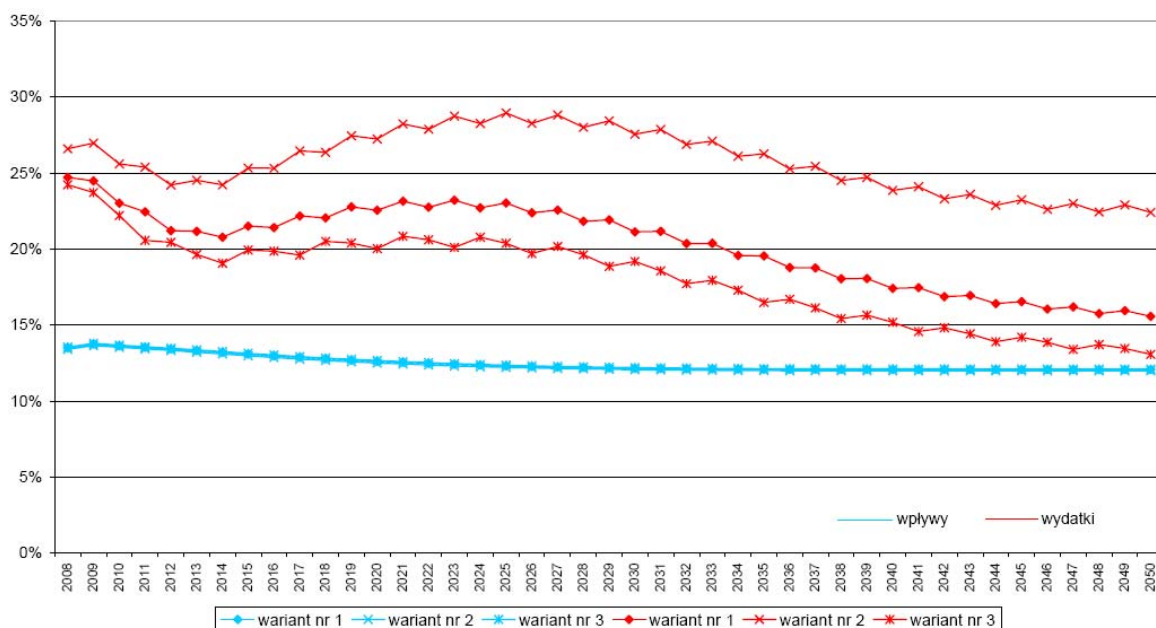
Źródło: ZUS

Tabela 5. Wydatki FUS do pokrycia ze składek a wpływy ze składek, 2001-2007

Lata	Wydatki z FUS do pokrycia ze składek, tj. bez podlegających refundacji z budżetu		Wpływy ze składek i należności pochodnych	Wskaźnik pokrycia wydatków dochodami ze składek
	<i>w mld zł</i>	w % ogółu wydatków FUS		
			<i>w mld zł</i>	w %
2001	92,5	96,2	69,9	75,6
2002	95,4	96,5	68,2	71,5
2003	98,6	96,5	70,3	71,3
2004	104,1	96,8	74,0	71,2
2005	107,5	96,8	78,2	72,8
2006	115,7	97,1	81,3	70,3
2007	121,1	97,3	89,4	73,8

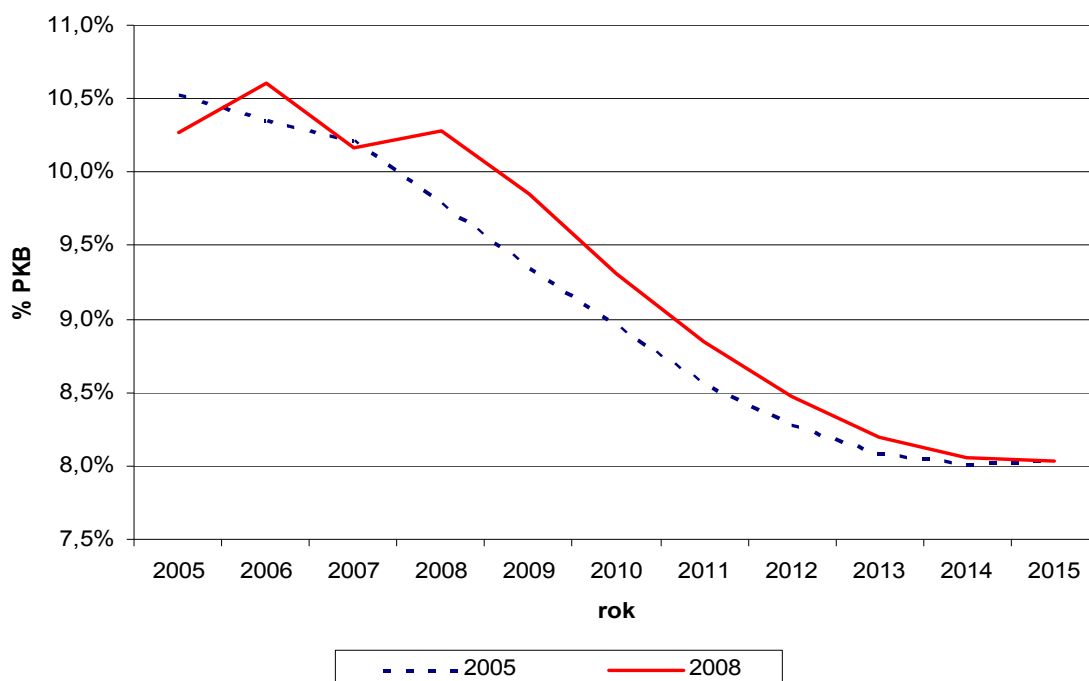
Źródło: ZUS

Wykres 3. Wpływy i wydatki roczne funduszu emerytalnego wyrażone jako procent sumy rocznych podstaw wymiaru składek na fundusz emerytalny.



Uwaga: Poszczególne warianty prognozy różnią się przyjętymi założeniami makroekonomicznymi.
 Źródło: Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Emerytalnego do 2050 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Wykres 4. Zmiany wydatków na emerytury i renty w związku ze zmianami prawnymi wprowadzonymi w latach 2005-2008.



Źródło: Obliczenia ZUS przy wykorzystaniu założeń do prognozy Grupy Roboczej ds. Starzenia się Ludności (EPC) z 2005 r.

Uwaga: różnice w wysokości wydatków w latach 2005-2007 wynikają z przyjętych do prognozy rzeczywistych danych dotyczących wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Rozdział 4. Krajowy Plan na rzecz Opieki Zdrowotnej i Opieki Długoterminowej

Wstęp

Krajowy Plan na rzecz Opieki Zdrowotnej i Opieki Długoterminowej został opracowany zgodnie z zasadami Otwartej Metody Koordynacji i skonsultowany z ekspertami w dziedzinie zdrowia publicznego.

Niniejszy raport nawiązuje do trzech szeroko pojmowanych zasad: dostępności, jakości i stabilności finansowej. Opisuje on obecną sytuację w systemie ochrony zdrowia, jak również prezentuje listę wyzwań i kierunki zmian w opiece zdrowotnej.

Przedstawiono w nim zasady finansowania systemu ochrony zdrowia, podstawy prawne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej oraz opis wskaźników stosowanych przy nadzorze i zarządzaniu systemem ochrony zdrowia.

Ważnym punktem przedmiotowego opracowania są podejmowane działania zmierzające do poprawy jakości świadczonych usług. Raport szczegółowo odnosi się do najważniejszych zadań w trakcie realizacji planowanych reform w opiece zdrowotnej.

W odniesieniu do zagadnień opieki długoterminowej, do których w przedstawionym planie odniesiono się w sposób szczególny, na wstępie należy zwrócić uwagę, że nieodzownym elementem, przy planowaniu działań na rzecz poprawy sytuacji osób starszych, niesamodzielnych jest rozwijanie środowiskowych usług opiekuńczych wspierających podopiecznego i jego opiekuna rodzinnego wraz z rozbudową sektora długoterminowej opieki instytucjonalnej, w tym hospicyjnej.

W przedkładanym raporcie, szczególny nacisk położono na rolę, jaką do spełnienia ma opieka długoterminowa i paliatywno–hospicyjna w zabezpieczaniu usług opiekuńczych nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi, a także osobami będącymi u kresu życia, poprzez zapewnienie tym osobom powszechnego i ciągłego dostępu do świadczeń zdrowotnych w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

Przedstawiając raport należy zwrócić uwagę również na używanie pewnych pojęć w odrębnym znaczeniu przy przedstawianiu działań dotyczących pomocy społecznej i ochrony zdrowia i tak, jeżeli w przedstawionym dokumencie używane będzie pojęcie opieka długoterminowa będzie to oznaczało świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych dla osób przewlekle chorych, ale nie będzie tożsame z zapewnianiem wsparcia w realizacji różnych ról społecznych. Rehabilitacja będzie oznaczała działania o charakterze kompleksowym przywracające zdrowia i sprawność, ale działania przede wszystkim o charakterze leczniczym. Pod tym pojęciem nie będzie ukrywało się całe spektrum działań będących rehabilitacją społeczną. Profilaktyka – działania zapobiegające powstaniu i rozwojowi chorób.

4.1. Opieka Zdrowotna

4.1.1. Podstawy prawne

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia wszystkim obywatelom, bez względu na ich sytuację materialną, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Ustawa ta obowiązuje od 1 października 2004 roku.

Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz są zobowiązane do zwalczania chorób zakaźnych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Konstytucja ustanawia zatem odpowiedzialność władz publicznych za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a więc także za dostępność i jakość świadczeń opieki zdrowotnej.

Powszechność w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej realizowana jest poprzez to, że prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają osoby ubezpieczone oraz osoby inne niż ubezpieczeni posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają niski status społeczno – ekonomiczny oceniany w oparciu o te same kryteria, które uprawniają do świadczeń z pomocy społecznej. Ponadto osoby, które nie ukończyły 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży i porodu mają zapewnioną opiekę zdrowotną na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych, jak również osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków, chore na wybrane choroby psychiczne i zakaźne.

W myśl przepisów ustawy poprzez świadczenie opieki zdrowotnej rozumie się:

- świadczenie zdrowotne, czyli działanie służące profilaktyce chorób, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania,
- świadczenie zdrowotne rzeczowe, czyli związane z procesem leczenia produkty lecznicze, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi,
- świadczenie towarzyszące, czyli zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

Świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub właściwych ministrów na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Strukturę Narodowego Funduszu Zdrowia tworzy centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Oddziały wojewódzkie są tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Oddziały wojewódzkie mogą ponadto tworzyć placówki terenowe.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa szczegółowo zadania władz publicznych mające na celu zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zadania te obejmują między innymi: analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych ludności oraz czynników powodujących ich zmiany, opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów, na podstawie przeprowadzanych analiz, a także promocję zdrowia i profilaktykę chorób w celu tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu. Ponadto do

zadań własnych gmin, powiatów oraz samorządu województwa należy między innymi: opracowywanie i realizacja oraz ocena, na podstawie przeprowadzanych analiz potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia mieszkańców, programów zdrowotnych, które stanowią zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy osób. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych i innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej populacji lub określonej grupy osób, przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania oraz wdrażania nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zapewniają osobom ubezpieczonym równy dostęp do świadczeń oraz prawo wyboru świadczeniodawców spośród tych, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednak w stanach nagłych świadczenia w niezbędnym zakresie, mogą być udzielane przez każdego świadczeniodawcę. Ubezpieczeni mają na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Ustawa zawiera tak zwany „koszyk negatywny”, czyli wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych.

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej udziela się świadczeń z zakresu opieki ambulatoryjnej w tym opiekę świadczoną w domu chorego oraz dostęp do badań diagnostycznych. Na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielone poza określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej godzinami pracy, w dni wolne od pracy i w święta, zawiera się odrębną umowę, o ile jest to niezbędne dla zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki medycznej. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowania nie są wymagane do ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry. Skierowania nie są również wymagane od osób chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych i osób represjonowanych oraz w zakresie leczenia odwykowego od osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych. Leczenie szpitalne jest prowadzone na podstawie skierowania lekarza, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne; w stanach nagłych świadczenia są udzielane bez wymaganego skierowania.

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoriach udzielane są według kolejności zgłoszenia. Świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia na podstawie zgłoszenia pacjenta oraz informuje pisemnie o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu. Wpisanie pacjenta na listę osób oczekujących oraz poinformowanie pisemnie o terminie udzielenia świadczenia zdrowotnego oraz uzasadnienie przyczyn wyboru tego terminu przez świadczeniodawcę jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia świadczenia. W razie zmiany stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania, pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej. Informacje o prowadzonych

listach oczekujących, liczbie osób i średnim czasie oczekiwania publikują na swoich stronach internetowych oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pacjentowi przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych zapewnia się bezpłatnie produkty lecznicze i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Leki w otwartej sprzedaży obejmują zarówno leki na receptę, jak i niewymagające recepty. Leki refundowane w polskim systemie prawnym są ujęte w wykazie leków podstawowych i uzupełniających oraz w wykazie leków dla pacjentów chorujących na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorujących na niektóre choroby przewlekłe. Leki refundowane z listy leków podstawowych są dostępne po wniesieniu opłaty ryczałtowej, leki uzupełniające po wniesieniu opłaty w wysokości 30% lub 50% ceny leku, a leki dla pacjentów chorujących na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorujących na niektóre choroby przewlekłe są dostępne bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub też po wniesieniu opłaty w wysokości 30% lub 50% ceny leku. Dla leków z powyższych wykazów obowiązują limity ceny. Wykazy te są publikowane w formie rozporządzeń do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Środki finansowe przeznaczane na refundację leków są jednymi z największych kosztów w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia, i w związku z tym, umieszczenie każdego nowego leku w jednym z powyższych wykazów wymaga przekazania przez podmiot o to wnioskujący możliwie szerokiego zakresu informacji o tym produkcie leczniczym.

Podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń, w szczególności kontrolę organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń, zasadności wyboru produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych duży nacisk kładzie się na świadczenia zdrowotne na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania. Zadania w tym zakresie obejmują:

- propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
- profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, w szczególności chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- promocję zdrowia i profilaktykę w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia;
- prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40 roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;

- profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- wykonywanie szczepień ochronnych;
- wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski oraz zawodników pomiędzy 21 a 23 rokiem życia.

4.1.2. Zasoby

Świadczenia zdrowotne w Polsce udzielane mogą być przez zakłady opieki zdrowotnej osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupowe praktyki lekarzy oraz grupowe praktyki pielęgniarek i położnych. System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na opiece ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej oraz stacjonarnej. W ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na każdym z tych poziomów mogą działać podmioty publiczne i niepubliczne.

Tabela 1. Zasoby systemu ochrony zdrowia - dane wg stanu na dzień 31 grudnia 2006 r

wyszczególnienie	liczba bezwzględna
Liczba szpitali ogólnych	742
w tym niepublicznych	153
Liczba szpitali psychiatrycznych	50
Liczba łóżek w szpitalach ogólnych	176 673
w tym w niepublicznych	9 318
Liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych	20 155
Leczeni w ciągu roku w szpitalach ogólnych	7 167 958
Ambulatoryjne zakłady opieki zdrowotnej	13 473
w tym publiczne	3 154

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Podstawowe Dane z Zakresu Ochrony Zdrowia w 2006 r.” – Główny Urząd Statystyczny

Wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych ogólnych wynosił w 2006 roku - 70%, a średni czas pobytu w szpitalu wynosił 6,4 dnia.

Obserwowanemu wzrostowi liczby niepublicznych szpitali w Polsce nie towarzyszy istotny wzrost liczby łóżek w tych zakładach. Szpitale te są na ogół małymi podmiotami i nadal opieka zdrowotna w tym zakresie realizowana jest głównie przez podmioty publiczne. W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych w formie ambulatoryjnej świadczeniodawców niepublicznych jest coraz więcej, zarówno tych, który udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (posiadają kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia) jak i poza nim.

Tabela 2. Wybrany personel medyczny stan na dzień 31 grudnia 2006 roku.

wyszczególnienie	liczba bezwzględna	wskaźnik na 10 000 ludności
Liczba lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu	129 391	33,9
Lekarze zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej	81 597	21,4
w tym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej	57 880	15,2
Liczba lekarzy (wszystkich specjalności) zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej	20 937	
Liczba lekarzy dentyków uprawnionych do wykonywania zawodu	34 973	9,2
Lekarze dentyści zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej	12 483	3,3
w tym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej	2 540	0,7
Liczba pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu	275 188	72,2
Pielęgniarki zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej	186 076	48,8
w tym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej	147 684	38,7
Liczba pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej	25 231	
Liczba położnych uprawnionych do wykonywania zawodu	33 069	8,7
Położne zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej	21 300	5,6
w tym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej	16 995	4,5
Liczba położnych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej	5 090	

Zródło: Opracowanie własne na podstawie: „Podstawowe Dane z Zakresu Ochrony Zdrowia w 2006 r.” – Główny Urząd Statystyczny oraz Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia 2007 – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Analiza obserwowanej po wstąpieniu do Unii Europejskiej migracji personelu medycznego wskazuje, że pomimo, że nie jest to zjawisko masowe to stanowi istotną stratę wykwalifikowanego personelu medycznego. Migracja lekarzy dotyczy w większości grupy specjalistów, skutkiem migracji obecnie odczuwalnym jest deficyt specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

4.1.3. Finansowanie⁴⁰

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza zasadę, iż składka na ubezpieczenie zdrowotne, płacona jest przez osoby podlegające ubezpieczeniu (poza sytuacjami, w których ustawodawca rozstrzygnął, że pokrywana jest ona z budżetu państwa). Wysokość składki była co roku zwiększana o 0,25%, począwszy od 7,5% wymiaru podstawy w roku 2000 aż do wysokości 9% wymiaru podstawy w roku 2007. Zarówno wzrost składki jak i obserwowany wzrost gospodarczy powodujący

⁴⁰ Informacje w dziale przygotowane zostały na podstawie danych ankietowych uwzględnionych w projekcie Informacji z przebiegu realizacji ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

zwiększanie się wysokości wynagrodzeń oraz spadek bezrobocia powoduje, że do systemu ochrony zdrowia wpływa stopniowo coraz więcej środków finansowych.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest najważniejszym źródłem dochodów systemu opieki zdrowotnej. Pozostałe źródła dochodów, których podstawowym celem jest przeciwdziałanie nierówności w dostępie do świadczeń i wykluczenia społecznego to: budżet państwa, który finansuje składki na ubezpieczenie zdrowotne, niektórym, grupom osób wymienionych szczegółowo w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych np.: rolnikom i bezrobotnym niepobierającym zasiłku lub stypendium świadczenia udzielone osobom innym niż ubezpieczone oraz świadczenia wysokospecjalistyczne.

Kolejnym źródłem dochodów są budżety jednostek samorządu terytorialnego, zakłady pracy oraz sami pacjenci finansujący świadczenia ponadstandardowe, wykazane w załączniku do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wzrost stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia spowodowało wdrożenie systemu ratownictwa medycznego i finansowanie jego funkcjonowania w zakresie świadczeń przedszpitalnych z budżetu państwa i wyłączenie finansowania zespołów ratownictwa medycznego ze środków finansowych Narodowego Fundusz Zdrowia.

W związku z wysokim poziomem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej od 2005 r. zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684) podjęto działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej jednostek publicznych ochrony Zdrowia.

Łączna wartość wszystkich zobowiązań w skali kraju wyniosła wg stanu na 31 grudnia 2007 r. 9 527,8 mln zł i uległa obniżeniu w porównaniu do 2006 roku o 7,9% oraz o 7,3% w porównaniu do roku 2005. W I kwartale 2008 r. zobowiązania ogółem spadły do poziomu 9 492 mln zł. Natomiast zobowiązania wymagalne na koniec 2007 r. wynosiły 2 665,9 mln zł i nastąpił spadek wartości zobowiązań wymagalnych w porównaniu do III kwartału 2007 r. o 20,9%, kiedy wartość zobowiązań wymagalnych wynosiła 3 370,7 mln zł. W I kwartale 2008 r. zobowiązania wymagalne wzrosły do poziomu 2 683,6 mln zł.

Analiza dynamiki zadłużenia wymagalnego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2007 pokazuje, że największy przyrost zadłużenia miał miejsce w pierwszej połowie 2004 r., zobowiązania wymagalne wzrosły w tym okresie o ponad 1 mld zł. W drugiej połowie 2004 r. oraz w I kw. 2005 r. nastąpiło wyhamowanie tempa wzrostu zadłużenia, natomiast od drugiej połowy 2005 r. rozpoczął się systematyczny spadek wartości zobowiązań, które w okresie od 30.06.2005 r. do 31.12.2007 r. spadły o 3,57 mld zł. Należy również zauważyć, że do końca 2007 r. rosła liczba jednostek niezadłużonych i wg stanu na 31.12.2007 r. jednostki bez zobowiązań wymagalnych stanowiły 55,0 % wszystkich sp zoz, natomiast w I kwartale 2008 r. jednostki bez zobowiązań wymagalnych stanowiły 53,3% wszystkich sp zoz.

Jednym z istotnych problemów, z którym zmagają się system ochrony zdrowia jest kwestia wynagrodzeń pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Problem ten nasilił się po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej, kiedy to zaobserwowano wzrost emigracji zarobkowej personelu medycznego. Jednym z narzędzi rozwiązania tego problemu miała być ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.), która ma na celu zwiększenie wynagrodzeń osób zatrudnionych w ochronie zdrowia. Nastąpiła implementacja Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w sprawie niektórych aspektów czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003), która również pośrednio

spowodowała wzrost wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia. Zbyt wcześnie jest jednak, aby ocenić skalę tego wzrostu.

4.1.4. Strategiczne i operacyjne cele rozwoju ochrony zdrowia zawarte w Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007 – 2013

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013⁴¹ jest dokumentem towarzyszącym realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007 – 2013. Dokument ten wskazuje na sposób rozwoju Polski poprzez dążenie do uzyskania dobrego zdrowia żyjącego dłużej społeczeństwa. Osiągalne to jest poprzez właściwe ustalenie proporcji między promocją zdrowia, profilaktyką chorób i edukacją zdrowotną oraz leczeniem stanów chorobowych i w miarę potrzeby – rehabilitacją, gdyż są to istotne czynniki poprawy zdrowia ludności i związanej z tym jakości życia i pracy. Dobre zdrowie, a co za tym idzie dłuższe lata życia w zdrowiu, mogą być kluczem do wzrostu ekonomicznego kraju i podnoszenia jakości życia osobniczego i społecznego.

W Strategii zawarte są strategiczne i operacyjne cele oraz opis działań zmierzających do ich realizacji. Są to:

1. Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa:
 - rozwój systemu ratownictwa medycznego;
 - zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na szkodliwe czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne środowiska;
 - zapobieganie zagrożeniom bezpieczeństwa żywności poprzez wdrożenie biologicznych wskaźników oceny ryzyka z uwzględnieniem monitorowania zanieczyszczeń chemicznych;
 - zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na szkodliwe czynniki środowiska znajdujące się w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi.
2. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia:
 - maksymalizacja korzyści zdrowotnych przez zwiększenie efektywności i jakości leczenia;
 - redukcja niedoborów informacyjnych w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej;
 - wprowadzenie elementów regulacyjnych – racjonalizujących popyt, do sfery świadczeń zdrowotnych;
 - optymalizacja wykorzystania i kosztów produktów leczniczych;
 - inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia.
3. Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych:
 - poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt;
 - poprawa zdrowia dzieci i młodzieży;
 - zapewnienie właściwej opieki osobom w środowisku pracy;
 - zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej;
 - możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym.
4. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską a średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej:
 - realizacja uaktualnionego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015;
 - wzmocnienie uczestnictwa społeczeństwa w działaniach umożliwiających realizację celów zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006 – 2015,
 - zmniejszenie zapadalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne.

⁴¹ Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013 przyjęta została przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku.

Zawarte w Krajowym Planie na rzecz opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej priorytety działań, zarówno te, które zostały ustanowione na lata 2006-2008 jak i na lata 2008-2011 wynikają z przytoczonych tu celów Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013.

4.2. Ustanowione Priorytety w zakresie opieki zdrowotnej na lata 2006-2008 i stopień ich realizacji

W stosunku do określonych w Krajowym Planie na rzecz opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej przygotowanym na lata 2006-2008 realizacja szeregu zadań wskazywanych jako priorytetowe jest istotnie zaawansowana. Zmiany polityczne spowodowały również, że od niektórych z nich odstąpiono.

1. System ratownictwa medycznego

Budowa nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego stanowi warunek poprawy poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W związku z koniecznością usprawnienia funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w kraju uchwalono ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.), która weszła w życie 1 stycznia 2007 r. System ratownictwa medycznego został uruchomiony z początkiem 2007 r. Doświadczenia z jego wdrożenia spowodowały konieczność przygotowania zmian doprecyzowujących bądź zmieniających pewne przepisy prawne. Trwają obecnie prace w tym zakresie.

2. Sieć szpitali

Wraz z uruchomieniem systemu ratownictwa medycznego miał rozpocząć się proces tworzenia sieci szpitali. Sieć miała stanowić filar publicznego systemu opieki zdrowotnej i być gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Odstąpiono od realizacji tego zadania wskazując, że wprowadzenie innych systemowych zmian w ochronie zdrowia spowoduje dostosowanie struktury szpitali do potrzeb zdrowotnych bez konieczności stosowania działań administracyjnych.

3. Budowa nowego ustroju ochrony zdrowia

Rolę „Konstytucji” ochrony zdrowia będzie pełnił pakiet aktów prawnych (ustawa o zdrowiu publicznym, ustawa definiująca koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, ustawa o ubezpieczeniach dodatkowych, ustawa o zawodach medycznych) opisujących zakres kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych organów władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia, zakres odpowiedzialności i praw pacjentów oraz regulacje dotyczące poszczególnych grup zawodowych w ochronie zdrowia.

W związku z realizacją zadania do Sejmu trafił Pakiet pięciu projektów ustaw z zakresu ochrony zdrowia: o zakładach opieki zdrowotnej, o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej, o akredytacji w ochronie zdrowia oraz o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia. Pakiet ten realizuje zadanie określone w priorytecie, uwzględnia jednak zmiany w polityce zdrowotnej wynikające ze zmian politycznych.

4. Koszyk świadczeń gwarantowanych

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przez państwo w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a wykonywanych w technologiach o potwierdzonej naukowo skuteczności i w warunkach zapewniających standardy bezpieczeństwa, tzw. „koszyk”, będzie zasadniczą częścią nowego ustroju ochrony zdrowia. Przedstawiona zostanie jednocześnie wycena kosztów wykonania poszczególnych procedur. Stworzenie „koszyka” da możliwość realnego określenia, jakie procedury i w jakiej ilości są możliwe do przeprowadzenia ze środków finansowych przeznaczonych na leczenie w ramach istniejącego systemu ochrony zdrowia.

W ramach opracowywania koszyka świadczeń gwarantowanych została przygotowana, przez powołaną w tym celu jednostkę- Agencję Oceny Technologii Medycznych, Centralna Baza świadczeń zdrowotnych oraz projekt katalogu świadczeń, stanowiące podstawę do dalszych prac nad wdrożeniem systemu.

5. Dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe

Wprowadzenie nowych form finansowania świadczeń zdrowotnych stworzy zainteresowanym osobom możliwość zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych o podwyższonym standardzie, nieujętych w „koszyku”, a jednocześnie pozwoli na dopływ dodatkowych środków do systemu. Ten typ ubezpieczeń spowoduje znaczne ograniczenie szarej strefy i wpłynie na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ubezpieczyciele, mając możliwość wyboru świadczeniodawców, pośrednio spowodują działania na rzecz stałej poprawy jakości świadczeń oraz podniesienie standardów postępowania.

Skierowany do parlamentu projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych wprowadza do systemu ubezpieczeń zdrowotnych możliwość zawierania umów ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej, a więc zawarcia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego na zasadzie dobrowolności.

6. Ubezpieczenia pielęgnacyjne

Wprowadzenie tej formy ubezpieczeń związane jest z postępującym procesem „starzenia się” polskiego społeczeństwa. Niezbędne jest podjęcie odpowiednich działań w celu zapewnienia opieki pielęgnacyjnej i leczniczej osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości.

Powołany zespół ekspertów opracował projekt aktu prawnego oraz działań organizacyjnych koniecznych dla wdrożenia zadania.

7. Usprawnienie systemu ubezpieczenia zdrowotnego

Realizacja powyższego będzie miała charakter ciągły. W pierwszej kolejności opracowany zostanie projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzający szereg zmian dotyczących m.in. funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, urealnienia składki na ubezpieczenie zdrowotne płaconej przez niektóre grupy ludności, ograniczenia patologii w obrocie produktami leczniczymi podziału środków finansowych między poszczególne regiony kraju, rozwiązań na wypadek wystąpienia okoliczności zagrażających dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach przygotowania do realizacji priorytetu przeprowadzono pilotowo monitoring ordynacji lekarskiej, który ma stanowić podstawę do oceny możliwości i zasadności planowanych działań w tym zakresie.

8. Utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia

Funkcjonujący obecnie system informacyjny w ochronie zdrowia nie gwarantuje kompletności danych i możliwości porównywania danych w zakresie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa ze stopniem ich zaspokajania. Poziom informacji jest niedostateczny w stosunku do potrzeb instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Dlatego też planowane jest uporządkowanie systemu informacji. Stworzy to możliwość korzystania z pełnego zbioru obiektywnych i porównywalnych danych. Ułatwi to m.in. ocenę zakresu dostępności świadczeń i będzie wsparciem dla racjonalnego planowania kierunkowych działań w ochronie zdrowia. W związku z realizacją tego priorytetu został przygotowany projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który to projekt jest przedmiotem prac legislacyjnych. Jednocześnie trwają działania przygotowujące oprzyrządowanie do zbierania informacji w ochronie zdrowia w oparciu o system elektroniczny „rejestr zoz mail”.

9. Finansowanie kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym, w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC

System ochrony zdrowia ponosi znaczące koszty leczenia ofiar wypadków drogowych. Wprowadzenie tego rozwiązania będzie zgodne z powszechnym poczuciem sprawiedliwości i podstawową regulacją prawa cywilnego, iż sprawca szkody zobowiązany jest do jej naprawienia. Stworzy możliwość pozyskania dodatkowych środków finansowych do systemu ochrony zdrowia i zwalczania patologii, jaką są nietrzeźwi kierowcy, poprzez dodatkowe obciążenia finansowe.

Zadanie to zostało zrealizowane, ale doświadczenia w jego realizacji spowodowały, że przygotowano pewne zmiany w jego funkcjonowaniu. Stosowny projekt regulacji jest przedmiotem prac legislacyjnych.

10. Włączenie funduszu chorobowego do systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Celem powyższego rozwiązania jest ujednoczenie istniejącego systemu ubezpieczeń na wypadek ryzyka choroby. Obecnie świadczenia pieniężne z tytułu czasowej niezdolności do pracy finansowane są przez pracodawców i ZUS, natomiast diagnozowanie, leczenie i rehabilitację finansuje NFZ.

4.3. Plan działań na lata 2008 -2010

Przedstawiona powyżej analiza zaawansowania i realizacji działań w polityce zdrowotnej wskazuje na konieczność utrzymania pewnych priorytetów w działaniach na kolejne lata oraz na wskazanie kolejnych, istotnych dla dalszego rozwoju opieki zdrowotnej działań na lata kolejne i tak polityka zdrowotna będzie skupiała się na następujących działaniach:

1. Zmiana formy organizacyjno- prawnej funkcjonowania świadczeniodawcy

Celem działania w najbliższych dwóch latach będzie przygotowanie i wdrożenie rozwiązań prawnych prowadzących do zbudowania takiej formuły prawnej funkcjonowania świadczeniodawcy w systemie ochrony zdrowia, która pozwoli na jego stabilne ekonomiczne funkcjonowanie. Stabilizacja ekonomiczna świadczeniodawcy przy towarzyszących temu działaniach na rzecz jakości zarządzania i organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych pozwoli na zapewnienie lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz poprawę efektywności wykorzystania środków publicznych.

2. Koszyk świadczeń gwarantowanych

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przez państwo w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a wykonywanych w technologiach o potwierdzonej naukowo skuteczności i w warunkach zapewniających standardy bezpieczeństwa, tzw. „koszyk”, nadal stanowi priorytet działań realizowanych w systemie ochrony zdrowia. Stanowi on również bardzo istotne działanie dla realizacji innych działań priorytetowych jak na przykład system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

3. System ratownictwa medycznego

Budowa nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego stanowi warunek poprawy poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

4. Dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe

Wprowadzenie nowych form finansowania świadczeń zdrowotnych stworzy zainteresowanym osobom możliwość zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych o podwyższonym standardzie, nieujętych w „koszyku”, a jednocześnie pozwoli na dopływ dodatkowych środków do systemu. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne będą stanowiły również bodziec rozwoju i poprawy jakości ochrony zdrowia oraz element kształtowania większego poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie w społeczeństwie.

5. Ubezpieczenia pielęgnacyjne

Wprowadzenie tej formy ubezpieczeń związane jest z postępującym procesem „starzenia się” polskiego społeczeństwa. Niezbędne jest podjęcie odpowiednich działań w celu zapewnienia opieki pielęgnacyjnej i leczniczej osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości.

Powołany w celu opracowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego i wdrożenia go zespół ekspertów opracował projekt aktu prawnego oraz działań organizacyjnych koniecznych dla wdrożenia zadania.

6. Usprawnienie systemu ubezpieczenia zdrowotnego

Realizacja powyższego będzie miała charakter ciągły. W pierwszej kolejności opracowany zostanie projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzający szereg zmian dotyczących m.in. funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, ograniczenia patologii w obrocie produktami leczniczymi, wprowadzenia nowych metod finansowania świadczeń opieki zdrowotnej powodujących lepsze gospodarowanie środkami finansowymi i większy nadzór na ich wykorzystywaniem a w efekcie zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

7. Utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia

Funkcjonujący obecnie system informacyjny w ochronie zdrowia nie gwarantuje kompletności danych i możliwości porównywania danych w zakresie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa ze stopniem ich zaspokajania. Poziom informacji jest niedostateczny w stosunku do potrzeb instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Dlatego też planowane jest uporządkowanie systemu informacji. Stworzy to możliwość korzystania z pełnego zbioru obiektywnych i porównywalnych danych. Ułatwi to m.in. ocenę zakresu dostępności świadczeń i będzie wsparciem dla racjonalnego planowania kierunkowych działań w ochronie zdrowia.

8. Rozwój systemu oceny jakości świadczeń zdrowotnych

Spowodowanie wzrostu znaczenia i rozwoju systemu oceny skuteczności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

9. Rozwój w zakresie diagnostyki i terapii chorób nowotworowych

Zwiększenie zapadalności na choroby nowotworowe w Polsce powoduje celowość koncentracji działań nad wzmocnieniem funkcjonowania diagnostyki i terapii nowotworów w systemie opieki zdrowotnej zarówno w zakresie zwiększenia dostępu do najnowszej aparatury diagnostycznej i terapeutycznej, usprawnienia działań podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów jak również rozpowszechnienia działań profilaktycznych w społeczeństwie.

4.4. Opieka Długoterminowa i Opieka Paliatywno – Hospicyjna

Analizując sytuację demograficzną i zdrowotną społeczeństwa polskiego należy zauważyć powolny, ale systematyczny wzrost populacji osób w podeszłym wieku oraz potrzeby zdrowotne tej populacji. Większość krajów rozwijających się, w tym również i Polskę, problem ten jeszcze nie dotyka w dramatycznej formie, niemniej trzeba przygotowywać się do zadań, jakie w niedalekiej już przyszłości, wynikną z procesu starzenia się społeczeństw oraz wydłużania się trwania życia obywateli.

Wiedza o starzeniu się społeczeństwa, o problemach wieku podeszłego jest niezbędna, by móc racjonalnie zaplanować i efektywnie wykorzystać istniejące zasoby dla zapewnienia właściwej opieki nad osobami w podeszłym wieku. Mimo przyjętego ogólnie twierdzenia, że ochrona zdrowia tylko w 10% odpowiada za stan naszego zdrowia, to w odniesieniu do osób starszych, niepełnosprawnych relacja ta wygląda inaczej. Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia wpłynąć musi z jednej strony na wydłużanie trwania życia, ale z drugiej niewątpliwie pociągnie za sobą „epidemiczne” zagrożenie chorobami przewlekłymi wraz z koniecznością zapewnienia rozszerzonej opieki tej grupie osób.

Wśród czynników społeczno - środowiskowych o decydującym wpływie na jakość zdrowia osób starszych, istotne znaczenie ma charakter polityki zdrowotnej państwa, czyli wybrany system pozyskiwania środków na leczenie wraz z pakietem świadczeń zdrowotno-opiekuńczych i socjalnych dla tych osób oraz mechanizmy gwarantujące dostępność do tych świadczeń.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na jakość życia osób starszych jest: przygotowanie infrastruktury opiekuńczo-społecznej, architektonicznej i użytkowej dla potrzeb starzejącego się społeczeństwa. W podtrzymaniu dobrego stanu zdrowia starszej części społeczeństwa, ogromne znaczenie mają również: stan środowiska naturalnego, polityka żywnościowa państwa, świadomość i wiedza o ograniczeniu zasobów własnego zdrowia, motywowanie do aktywności fizycznej i intelektualnej, ułatwienia w dostępie do obiektów sportowych, dostępność rehabilitacji, ograniczanie marginalizacji społecznej powodowanej wiekiem.

Ludzie starsi to populacja szczególnie narażona na wpływy społecznych czynników traumatyzujących takich jak osamotnienie, wdowieństwo, ubóstwo, niezaradność, brak wsparcia w chorobie i niesprawności. Postępująca z wiekiem i współistniejącymi chorobami niesprawność fizyczna oraz psychiczna wymaga wsparcia i pomocy najbliższych członków

rodziny. Do zadań opieki nad ludźmi starszymi należy współdziałanie z chorym i jego opiekunami w szczególnie trudnych sytuacjach życiowych chorego. Leczenie i diagnozowanie patologii wieku podeszłego, wymaga z jednej strony znajomości konsekwencji procesu starzenia, a z drugiej strony wiedzy na temat patofizjologii i symptomatologii chorób wieku podeszłego, które są mało charakterystyczne i często zupełnie odmienne niż u osób młodszych.

Aktualnie opieka długoterminowa realizowana jest w Polsce w dwóch działach administracji rządowej: zdrowie i zabezpieczenie społeczne.

Opieka nad człowiekiem starszym, przewlekle chorym, niepełnosprawnym jest oparta na wzajemnym współdziałaniu podmiotów świadczących usługi w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, *organizacji pozarządowych, gdzie na szczególną uwagę zasługują ich prace, na rzecz wsparcia i edukacji rodziny i bliskich opiekujących się osobami przewlekle chorymi*. Podstawową zasadą, która wyznacza kierunki takiego współdziałania, jest dążenie do takiej organizacji opieki zdrowotnej i socjalnej, która umożliwi jak najdłuższe funkcjonowanie w warunkach domowych.

Szczególną rolę w opiece nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i w podeszłym wieku odgrywa podstawowa opieka zdrowotna, która jest główną częścią systemu opieki, zapewniającą powszechny i ciągły dostęp do świadczeń zdrowotnych w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Nieodzownym elementem, przy planowaniu działań na rzecz poprawy dostępności do opieki tej grupie osób, winno być zapewnienie w istniejącym systemie ochrony zdrowia, dostępności do opieki geriatrycznej oraz możliwości korzystania ze świadczeń specjalistycznych. Świadczenie specjalistyczne to świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem podstawowej opieki zdrowotnej. Istotnym elementem procesu leczenia jest także możliwość skorzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych. Głównym celem rehabilitacji jest utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania, szczególnie w zakresie podstawowych czynności życia codziennego oraz usprawnianie poszczególnych narządów czy układów, w których występuje dysfunkcja.

W przypadku występujących problemów zdrowotnych, pacjent może skorzystać z opieki długoterminowej. Do opieki długoterminowej kwalifikują się osoby z chorobą przewlekłą, z pogłębiającą się niepełnosprawnością, u których wystąpiły, bądź mogą wystąpić powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem. Są to chorzy z dużymi deficytami w samoopiece i samopielegnacji, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stałej profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki.

U kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby pacjent może być objęty opieką paliatywno-hospicyjną. Opieka paliatywno- hospicyjna jest wszechstronną całościową opieką sprawowaną nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta obejmuje zapobieganie i uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby, jak i po śmierci chorego w okresie osierocenia.

4.4.1. Opieka długoterminowa

W Polsce definicja opieki długoterminowej została określona na potrzeby kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w *rodzaju opieka długoterminowa*. Opieka długoterminowa to długookresowa, ciągła profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia

farmakologicznego i dietetycznego. Opieka ta realizowana jest w zakładach opieki stacjonarnej lub w domu chorego. W zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 61/2007/DSOZ z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa, wskazano, że opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. *Opieka długoterminowa obejmuje również edukację w zakresie sprawowania opieki nad członkiem rodziny i innych bliskich sprawujących tą opiekę.* Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie medyczne odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, po indywidualnej ocenie lekarza zakładu opieki długoterminowej.

Do opieki długoterminowej nie mogą trafiać osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna albo zaawansowana choroba nowotworowa.

Formy organizacyjne opieki długoterminowej: pacjent może być objęty:

- 1) stacjonarną opieką długoterminową realizowaną w:
 - a) oddziałach dla przewlekle chorych,
 - b) zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) (także dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym i/ lub wentylowanych mechanicznie);
- 2) opieką długoterminową realizowaną w warunkach domowych jako:
 - a) pielęgniarstwa opieka długoterminowa realizowana w domu chorego,
 - b) domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie.

Oddział dla przewlekle chorych zapewnia całodobową opiekę i leczenie osób, które przebyły fazę leczenia szpitalnego w oddziałach opieki krótkoterminowej, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, lecz wymagają dalszej hospitalizacji. Ponadto ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym pacjenci wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Zadaniem zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego jest okresowe, a w przypadku zakładu opiekuńczo – leczniczego okresowe lub stałe objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarstwa.

Zakład opiekuńczo – leczniczy dla pacjentów w stanie wegetatywnym udziela całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z niekorzystnym rokowaniem, w stosunku, do których zakończono postępowanie lecznicze, niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, chirurgii, neurochirurgii, neurologii i kardiologii, którzy wymagają kompleksowej opieki lekarsko-pielęgniarstwa i rehabilitacji.

Zakład opiekuńczo-leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie udziela całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej obłożnie chorym z niewydolnością oddechową,

wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia. W przypadku dzieci wymagana jest zgoda opiekunów prawnych.

Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;

Zespół długoterminowej opieki domowej realizuje opiekę nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej (prowadzonej przez rurkę tracheostomijną) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodny ustniki, maski czy kaski) ciągłej lub okresowej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia, a w przypadku dzieci zgodę powinien wyrazić opiekun prawny. Zgoda ta jest odnotowana w dokumentacji medycznej.

Świadczeniami opieki długoterminowej domowej mogą być objęci chorzy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta.

Pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci pielęgniarską opieką długoterminową nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istotne problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej do, którego złożona jest deklaracja wyboru.

Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest:

- a) zapewnienie świadczeń pielęgniarskich w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym,
- b) przygotowanie chorego (i jego rodziny) do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Tryb kierowania świadczeniobiorców do objęcia opieką długoterminową

Do oddziału dla przewlekle chorych pacjent kierowany jest bezpośrednio przez lekarza prowadzącego z oddziału szpitalnego. W oddziale dla przewlekle chorych pacjent może przebywać czasowo do 30 dni. W przypadku przewidywanej konieczności kontynuacji opieki długoterminowej, świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu umieszczenia pacjenta przed upływem 30 dni w zakładzie opiekuńczo – leczniczym bądź pielęgnacyjno – opiekuńczym.

Sposób i tryb kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych i opiekuńczo - leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265).

Zgodnie z wymienionym powyżej rozporządzeniem z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego albo do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego może wystąpić: osoba ubiegająca się o skierowanie, jej przedstawiciel ustawowy, lub za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego - inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej.

Zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy nie jest domem pomocy społecznej, lecz zakładem przeznaczonym dla osób mających określone problemy zdrowotne, istotne deficyty w samoopiece oraz wymagających nadzoru specjalistycznego. Nie mogą więc trafiać tam ubezpieczeni, kwalifikujący się do domów pomocy społecznej lub u których jedynym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna.

Z danych GUS – stan na dzień 31 grudnia 2006 roku wynika, że liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych sukcesywnie wzrasta. Wzrost liczby łóżek i zakładów opieki długoterminowej przedstawia poniższa tabela.

Tabela 3. Liczba łóżek oraz liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych.

ROK	RODZAJ ZAKŁADÓW			
	Zakłady opiekuńczo-lecznicze		Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	
	Liczba łóżek	Liczba zakładów	Liczba łóżek	Liczba zakładów
1999	8 521	95	861	20
2000	9 633	126	1 800	49
2001	10 195	149	3 146	85
2002	11 623	174	3 642	100
2003	13 387	190	3 863	104
2004	13 439	227	4 595	119
2005	14 726	251	5 165	128
2006	16 099	300	4 847	119

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Z powyższych danych wynika, że zarówno liczba zakładów opiekuńczo – leczniczych, zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz liczba łóżek w tych zakładach zwiększa się. W roku **1999** odnotowano **115** zakładów opieki długoterminowej o łącznej liczbie łóżek **9 382** łóżka. W roku **2006** liczba zakładów opieki długoterminowej wzrosła do **419**, a ilość łóżek w tych zakładach osiągnęła liczbę **20 946**.

Z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w roku 2007 odnotowano wzrost jednostek organizacyjnych udzielających świadczeń w opiece długoterminowej. Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) realizujących w roku 2007 umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia wyniosła 418, w tym:

- 1) ZOL-e dla dorosłych – 299,
 - 2) ZOL-e dla dzieci i młodzieży – 13,
 - 3) ZPO dla dorosłych – 104,
 - 4) ZPO dla dzieci i młodzieży – 2.
2. Liczba aktualnie przebywających pacjentów w ZOL i ZPO łącznie – 16 539 osób, w tym:
- 1) ZOL-e dla dorosłych – 12 345,
 - 2) ZOL-e dla dzieci i młodzieży – 419,
 - 3) ZPO dla dorosłych – 3 720,
 - 4) ZPO dla dzieci i młodzieży – 55,
3. Średni czas pobytu w w/w zakładach w okresie styczeń – maj 2007 r.
- 1) ZOL-e dla dorosłych – 95,23 doby,

- 2) ZOL-e dla dzieci i młodzieży – 123,33 doby,
- 3) ZPO dla dorosłych – 85,68 doby,
- 4) ZPO dla dzieci i młodzieży – 92,73 doby.

Wśród danych o średnim czasie pobytu w zakładzie uwzględnia się ponadto odrębnie dane dotyczące pacjentów w stanach wegetatywnych/apalicznych oraz pacjentów wentylowanych mechanicznie (dorosłych i dzieci). Średnie czasy pobytu w tych przypadkach wynoszą odpowiednio: 68,22 doby oraz 60,48 doby i 99,00 dób.

„Z analizy przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach w 2006 roku wynika, że czas oczekiwania na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej wydłuża się. W przypadku większości Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na realizację świadczeń w zakładach lub oddziałach opiekuńczo-leczniczych (łącznie 2 744 osoby). Średni czas oczekiwania na te świadczenia w poszczególnych regionach kraju jest zróżnicowany i zawiera się w przedziale od 22 dni (Oddział Warmińsko-Mazurski) do 259 dni (Oddział Małopolski).

Tabela 4. Średni czas oczekiwania w dniach do wybranych komórek organizacyjnych opieki długoterminowej z najdłuższym czasem oczekiwania (stan na koniec 2006 roku)

Oddział Wojewódzki NFZ	zespoły domowego leczenia tlenem	zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze	zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze	pielęgniarska opieka długoterminowa
Dolnośląski	84	87	134	56
Kujawsko-Pomorski	35	56	116	64
Lubelski	174	123	50	20
Lubuski	0	45	60	0
Łódzki	53	25	48	20
Małopolski	0	259	88	34
Mazowiecki	128	83	73	40
Opolski	183	158	0	0
Podkarpacki	0	49	106	38
Podlaski	146	58	20	35
Pomorski	122	71	60	0
Śląski	89	155	58	0
Świętokrzyski	0	41	37	0
Warmińsko-Mazurski	73	22	52	54
Wielkopolski	249	26	52	23
Zachodniopomorski	0	27	45	0

Źródło: dane Narodowego Funduszu Zdrowia

Do komórek organizacyjnych, do których liczba osób oczekujących jest największa a czas oczekiwania najdłuższy należą także: zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze, zespoły domowego leczenia tlenem oraz pielęgniarska opiekę długoterminową. Czas oczekiwania na wyżej wymienione świadczenia jest nadal długi, mimo iż w roku 2006 znacznie zwiększono w porównaniu z rokiem 2005 liczbę zakupionych świadczeń, zarówno w zakładach opiekuńczo-leczniczych (np. w Oddziale Lubelskim o 22%, w Śląskim o 17%, w Małopolskim o 10%, w Opolskim o 7%) jak i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w pielęgniarskiej opiece długoterminowej (wzrost nastąpił we wszystkich oddziałach wojewódzkich).

W 2007 roku została przeprowadzona analiza obowiązujących uregulowań prawnych związanych z organizacją, funkcjonowaniem i udzielaniem świadczeń w zakresie opieki długoterminowej. Na skutek pojawiających się informacji i sygnałów o nieprawidłowościach w działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w szczególności dotyczących naruszania praw pacjentów, Minister Zdrowia zwrócił się do wojewodów z prośbą, o przeprowadzenie, na podstawie art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, kontroli działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prowadzących działalność na obszarze poszczególnych województw i poinformowanie o wynikach przeprowadzonych kontroli i innych działaniach podjętych w przedmiotowym zakresie. Do analizy wykorzystano także sprawozdanie Głównego Inspektora Sanitarnego z kontroli przeprowadzonej w zakresie kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, na terenie całego kraju w 2006 roku oraz informacje uzyskane z Biura Praw Pacjenta i merytorycznych departamentów Ministerstwa Zdrowia.

W oparciu o informacje uzyskane z przeprowadzonych kontroli oraz przeprowadzoną analizę obowiązujących aktów prawnych, stwierdzono, że w chwili obecnej nie ma potrzeby wprowadzania zmian legislacyjnych związanych z organizacją i funkcjonowaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, poza propozycją związaną ze sposobem i trybem kierowania do zakładów opieki długoterminowej. Natomiast celowym jest wzmocnienie nadzoru nad funkcjonowaniem tych podmiotów.

W celu ujednoczenia sposobu i trybu kierowania pacjentów do publicznych i niepublicznych zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, uznano, że niezbędna jest nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach. W 2007 roku Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad nowelizacją przedmiotowego rozporządzenia.

Należy także zauważyć, że rosnące oczekiwania lepszej jakości życia, a także zmieniająca się struktura rodziny powoduje, że powstała w następstwie chorób, urazów czy starości niesamodzielność staje się problemem społecznym. Współcześnie, gdy przeważają rodziny dwupokoleniowe wiele osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji nie ma zapewnionej odpowiedniej opieki i pielęgnacji.

Poprawy jakości udzielanych świadczeń w zakresie opieki długoterminowej upatruje się w szkoleniu nieprofesjonalistów (rodzina, bezpośredni opiekun), sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych oraz w kształceniu nowych kadr w zawodzie opiekuna medycznego.

Analiza istniejących zawodów w systemie zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia wykazała, że aktualne zabezpieczenie kadrowe, zarówno po stronie resortu pracy i polityki społecznej, jak i zdrowia, jest niewystarczające. Dla zabezpieczenia usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych dla najbardziej potrzebujących osób przewidziano powołanie nowego zawodu medycznego – opiekun medyczny. Zawód opiekuna medycznego został wpisany do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860). We wrześniu 2007 roku rozpoczęto na terenie kraju edukację w tym zawodzie. W grudniu 2007 roku 103 osoby zadeklarowały chęć przystąpienia do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie opiekun medyczny w letniej sesji egzaminacyjnej roku szkolnego 2007/2008.

Do zadań opiekuna medycznego będzie należało wykonywanie czynności higieniczno-opiekuńczych, co w rezultacie zwiększy efektywność i jakość usług pielęgniarskich.

Duża grupa pacjentów w podeszłym wieku to osoby niepełnosprawne i zależne od otoczenia. Wykonywanie nawet prostych czynności dnia codziennego stanowi dla nich poważne wyzwanie, a niejednokrotnie barierę nie do pokonania. Wsparciem dla rodzin opiekujących się osobami starszymi w domu mogą być także wolontariusze. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.) reguluje warunki wykonywania świadczeń przez wolontariuszy oraz korzystania z tych świadczeń.

4.4.2. Opieka paliatywno-hospicyjna

Zgodnie z definicją (WHO) opieka paliatywna jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Otacza jak płaszczem (łac. Pallium = płaszcz) nieuleczalnie chorych oraz ich udręczoną rodzinę. Celem jej jest poprawienie jakości życia chorych i ich rodzin. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaga rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia.

Opieka paliatywna jest postępowaniem mającym na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stających wobec problemów związanych z chorobą ograniczającą życie poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych i duchowych. (Sepúlveda C et al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24(2):91-96).

Opieka sprawowana jest w domu chorego, w specjalistycznych poradniach, oddziałach stacjonarnych opieki paliatywnej i ośrodkach opieki dziennej oraz przez szpitalne zespoły wspierające.

Opieka paliatywna opierając się na pracy zespołu wielodyscyplinarnego:

- ma na celu łagodzenie bólu i innych objawów,
- łagodzi cierpienia psychiczne i duchowe,
- oferuje pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- wspiera rodzinę w czasie choroby i w osieroceniu.

Zespół wielodyscyplinarny składa się z: lekarza specjalisty medycyny paliatywnej, pielęgniarki specjalistki opieki paliatywnej, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, kapelana i wolontariuszy.

Opieka paliatywna nie jest równoważna z opieką długoterminową. Opieka długoterminowa jest opieką pielęgnacyjną, świadczoną przez pielęgniarki, we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej nad pacjentem zdiagnozowanym, o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu. Natomiast opieka paliatywna polega na podejmowaniu działań mających na celu łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych. Dzieje się to w okresie bardzo dynamicznych zmian w stanie zdrowia chorego i wymaga intensywnych działań, na przykład wykonania pilnych badań diagnostycznych i wdrożenia metod terapeutycznych.

Decyzję o objęciu opieką paliatywną podejmuje lekarz specjalista medycyny paliatywnej w oparciu o ocenę medyczną i całościową stanu chorego na chorobę ograniczającą życie.

Jako chorobę ograniczającą życie (w ostatnim stadium), rozumie się nieuleczalne schorzenie, w którym nie ma uzasadnionej nadziei na wyleczenie i z powodu którego dojdzie do przedwczesnej śmierci. Dotyczy to nie tylko chorób nowotworowych, ale także innych schorzeń, takich jak stwardnienie boczne zanikowe (postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego), zaawansowana niewydolność serca, czy też zaawansowana przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Kwalifikacja do objęcia opieką paliatywną powinna być podejmowana na podstawie aktualnych i rzeczywistych potrzeb pacjenta, przede wszystkim medycznych, a nie być zależna wyłącznie od przewidywanego czasu przeżycia. Stąd w nowej definicji podkreśla się konieczność dostępności opieki paliatywnej w okresie od diagnozy schorzenia do śmierci chorego (przede wszystkim w przypadku chorób nowotworowych i stwardnienia bocznego zanikowego). W celu zapewnienia tej dostępności zaleca się tworzenie różnych struktur systemu opieki paliatywnej. Szpitalne zespoły wspierające opiekę paliatywną oraz poradnie medycyny paliatywnej mają świadczyć pomoc pacjentom we wcześniejszych etapach ich chorób. Natomiast zespoły domowej opieki paliatywnej, oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne, a także dzienne ośrodki opieki paliatywnej przede wszystkim służą chorym w zaawansowanej fazie ich schorzenia. Z kolei poradnie wsparcia dla rodzin i osób osieroconych nastawione są na pomoc psychologiczną, socjalną i duchową dla rodzin, szczególnie w przypadkach żałoby patologicznej, *często poradnie te prowadzone są przez organizacje pozarządowe.*

Świadczenia w opiece paliatywno - hospicyjnej realizowane są w następujących zakresach:

- 1) świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej;
- 2) świadczenia w hospicjum stacjonarnym;
- 3) świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych;
- 4) świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci;
- 5) porada w poradni medycyny paliatywnej.

Rozwijający się w Polsce ruch opieki paliatywnej i hospicyjnej, korzystający z doświadczeń brytyjskich i bogatych tradycji, spowodował dynamiczny rozwój domowej opieki paliatywno - hospicyjnej na terenie całego kraju.

Podkreślenia wymaga fakt, że od 1992 roku datuje się dynamiczny rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej – liczba ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej już w 1993 roku wzrosła do 81 a w 1996 roku do 160. W 2001 roku funkcjonowało 260 ośrodków, w tym ponad 90 jako jednostki niepubliczne oraz 5 hospicjów dla dzieci i młodocianych. W 2002 roku ośrodków opieki paliatywno – hospicyjnej było łącznie 270, a w 2003 roku 400.

Według danych z 2004 roku odnotowano łącznie 450 ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej, w tym: 110 oddziałów stacjonarnych o łącznej liczbie łóżek 868 (w tym ośrodków niepublicznych 34 z liczbą łóżek 260). Około 200 zespołów domowej opieki paliatywno-hospicyjnej, 126 poradni medycyny paliatywnej i leczenia bólu, 9 poradni leczenia obrzęku limfatycznego, 12 ośrodków opieki dziennej, 7 domowych hospicjów dziecięcych i kilka szpitalnych zespołów wspierających. Dynamikę zmian ilościowych wybranych komórek opieki paliatywnej w latach 2003-2007 przedstawia poniższa tabela.

Tabela 5. Dynamika zmian ilościowych wybranych komórek opieki paliatywnej w latach 2003-2007, informacje opracowane przez Panią dr med. Małgorzatę Krajnik, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej.

lp	województwo	ilość łóżek					liczba zakładów				
		31.12.2003	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	17.09.2007	31.12.2003	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	17.09.2007
1	DOLNOŚLĄSKIE	33	36	44	52	63	22	24	24	28	33
2	KUJAWSKO-POMORSKIE	36	40	45	52	51	17	19	23	26	25
3	LUBELSKIE	27	33	34	35	38	17	18	19	21	22
4	LUBUSKIE	21	25	30	28	27	14	14	16	15	14
5	ŁÓDZKIE	51	65	78	85	85	33	44	50	55	54
6	MAŁOPOLSKIE	32	32	38	47	47	25	25	29	31	33
7	MAZOWIECKIE	138	143	133	153	152	91	90	90	92	93
8	OPOLSKIE	26	26	39	45	48	7	6	10	13	13
9	PODKARPACKIE	23	25	31	43	47	13	14	20	27	29
10	PODLASKIE	18	21	32	33	32	10	12	15	14	13
11	POMORSKIE	47	57	55	55	55	28	32	30	30	30
12	ŚLĄSKIE	100	102	111	110	110	42	41	45	45	45
13	ŚWIĘTOKRZYSKIE	14	16	23	26	29	7	8	13	14	13
14	WARMIŃSKO - MAZURSKIE	52	43	47	47	50	32	27	27	27	28
15	WIELKOPOLSKIE	54	63	84	90	94	39	42	49	54	55
16	ZACHODNIOPOMORSKIE	19	20	27	40	43	15	15	17	22	24
17	RAZEM:	691	747	851	941	971	412	431	477	514	524

W tabeli udokumentowano stały wzrost ilościowy zarejestrowanych jednostek opieki paliatywnej oraz stały wzrost ilości łóżek w skali kraju i w większości województw. Kolorem szarym oznaczono dane świadczące o zmniejszeniu ilości zakładów i zmniejszeniu ilości łóżek w woj. kujawsko-pomorskim, mazowieckim, podlaskim i świętokrzyskim oraz o trwającym już drugi rok regresie w woj. lubuskim i - częściowo - podlaskim.

Z posiadanych danych wynika, że w niektórych województwach istnieją zakłady, w których:

- występują komórki udzielające świadczeń wyłącznie dzieciom (woj. dolno-śląskie, lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, opolskie) oraz
- występują zakłady udzielające świadczeń zarówno dorosłym jak i dzieciom (woj. kujawsko-pomorskie, lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie).

Wielkim osiągnięciem stało się też utworzenie w Warszawie pierwszego w Polsce Hospicjum dla dzieci. Warszawskie Domowe Hospicjum dla Dzieci stało się nie tylko ogólnopolskim, ale i europejskim ośrodkiem edukacyjnym.

W listopadzie 2007 roku zostało powołane Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, które działa jako Federacja i skupia hospicja dla dzieci działające na terenie Polski.

Działalność ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej zasługuje na wyjątkowo dobrą ocenę. Zwraca uwagę wysokie zaangażowanie i umiejętności personelu łączone z empatią i poszanowaniem godności ciężko chorych, umierających i ich bliskich oraz dążeniem do zapewnienia najwyższego standardu świadczonych usług.

Opieka paliatywno-hospicyjna jest istotną i integralną częścią opieki zdrowotnej, zabezpieczenie jej rozwoju stanowi ważny element działań Ministra Zdrowia oraz winno

uwzględniać zalecenia zawarte w „Rekomendacjach Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie organizacji opieki paliatywnej”, przyjętymi przez Komitet Ministrów w dniu 12 listopada 2003 roku.

W dokumencie tym zapisano, że opieka paliatywna nie sprowadza się jedynie do opieki instytucjonalnej: jest raczej filozofią opieki, która może być zastosowana we wszystkich miejscach pobytu chorego. Zwykle obserwuje się tworzenie zespołów środowiskowych, które oferują opiekę nad chorym w jego własnym domu lub w domu opieki społecznej. Równie często obserwuje się inne modele opieki paliatywnej prowadzonej w szpitalach. Jeżeli to możliwe, chorzy powinni mieć możliwość skorzystania z różnych form opieki, zależnie od ich potrzeb zdrowotnych i osobistych preferencji.

W przywołanym dokumencie zaleca się, aby rządy państw członkowskich:

- 1) podjęły programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej;
- 2) dążyły do zrealizowania, na ile jest to możliwe, ujętych w dokumencie działań;
- 3) promowały rozwój współpracy międzynarodowej pomiędzy organizacjami, instytucjami badawczymi i innymi aktywnymi na polu opieki paliatywnej strukturami.

W odniesieniu do powyższych zaleceń, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania związane z wypracowaniem ram prawnych dla rozwoju opieki paliatywnej, a w szczególności dla podniesienia jakości udzielanych świadczeń w ramach opieki paliatywno – hospicyjnej. Podjęte zostały prace nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno - hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, którego przyjęcie przyczyni się z pewnością do poprawy opieki nad pacjentami wymagającymi świadczeń w zakresie opieki paliatywno – hospicyjnej.

Działania podejmowane na rzecz rozwoju opieki paliatywnej w Polsce zaowocowały:

- 1) utrwaleniem się medycyny i opieki paliatywnej zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i świadomości społecznej;
- 2) poprawą dostępności do opieki paliatywnej, przejawiającej się zmniejszeniem „białych plam” (liczby powiatów bez dostępności domowych zespołów opieki paliatywnej);
- 3) wprowadzeniem specjalizacji szczegółowej z medycyny paliatywnej dla lekarzy oraz z opieki paliatywnej dla pielęgniarek i wykształceniem pierwszych specjalistów;
- 4) wprowadzeniem kształcenia przeddyplomowego z medycyny paliatywnej dla lekarzy w większości uczelni medycznych;
- 5) wprowadzeniem elementów medycyny paliatywnej do programów specjalizacyjnych w niektórych dziedzinach (np. onkologia kliniczna, ginekologia onkologiczna, geriatrya);
- 6) poprawą dostępności do różnych grup produktów leczniczych przeciwbólowych nie tylko w chorobie nowotworowej, ale także w niektórych przewlekłych zespołach bólowych nienowotworowych.

4.4.3. Źródła finansowania świadczeń w opiece długoterminowej oraz świadczeń w opiece paliatywno hospicyjnej

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz akty wykonawcze do tej ustawy.

Zgodnie z przepisem art. 15 ust. 2 pkt 13 i 13a wyżej wymienionej ustawy, świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opiekę paliatywną i hospicyjną. Świadczenia te są finansowane ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczegóły dotyczące kontraktowania i realizacji świadczeń w 2008 r. zostały określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 61/2007/DSOZ z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa, ze zmianami wydanymi na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy.

Płatnik, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno - opiekuńczym finansuje świadczenia zdrowotne, nie ponosi natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania. Zgodnie z art. 34 a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Szczególne zasady dotyczą pacjentów korzystających z opieki paliatywno- hospicyjnej, zgodnie, z którą pacjent nie ponosi żadnych kosztów związanych z zakresem udzielanych świadczeń. Finansowanie ośrodków opieki paliatywno - hospicyjnej dokonywane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w ramach zawartej umowy.

4.4.4. Pomoc społeczna

W ramach polityki społecznej wobec osób w podeszłym wieku działa wiele systemów, takich np. jak system ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia, rehabilitacji, etc. Jednym z tych systemów jest także pomoc społeczna, której celem jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Aby możliwe było osiągnięcie tego celu pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub z innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, ośrodek pomocy społecznej może przyznać usługi opiekuńcze, które obejmują pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem (usługi opiekuńcze mogą zostać również przyznane osobom, którym rodzina nie jest w stanie zapewnić opieki).

Kolejną formą świadczenia, jaką może uzyskać osoba potrzebująca pomocy, są specjalistyczne usługi opiekuńcze, które są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoba wymagająca z powodu wieku, pomocy innych osób, może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy, który stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo.

Osobie w podeszłym wieku, która potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług całodobowych, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym, którego zadaniem jest zapewnienie warunków samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną.

Natomiast, jeżeli osoba wymaga opieki całodobowej z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, a nie można jej zapewnić w formie usług opiekuńczych przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywa dom pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów, jak również pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu pomocy społecznej.

Dom pomocy społecznej świadczy, na poziomie obowiązującego standardu, osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb. Domy, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone dzielą się na domy dla:

- osób w podeszłym wieku;
- osób przewlekle somatycznie chorych;
- osób przewlekle psychicznie chorych;
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu. Decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom lub starosta powiatu prowadzącego dom. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa.

Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą:

- mieszkaniac domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka, nie więcej niż 70% tego dochodu;
- małżonek, zstępni przed wstępnymi:
 - a) w przypadku osoby samotnie gospodarującej, jeżeli dochód jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 250% tego kryterium;
 - b) w przypadku osoby w rodzinie, jeżeli posiadany dochód na osobę jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, z tym że kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 250% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;

- gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej – w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca domu oraz małżonka, zstępnych przed wstępnymi.

Od lat rozwija się nurt działań organizacji i fundacji w ramach tworzenia tzw. Społeczeństwa Obywatelskiego, także tych adresowanych do osób w podeszłym wieku. Wiele samorządów terytorialnych współdziała i wspiera takie organizacje jak; Fundacja „EMERYT”, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Stowarzyszenie Akademia Pełni Życia, Samarytańskie Towarzystwo im. Jana Pawła II, Stowarzyszenie Sądecki Uniwersytet Trzeciego Wieku i inne.

Przykładem współpracy z samorządem organizacjami pozarządowymi w zakresie działań na rzecz osób w podeszłym wieku jest opracowany i przyjęty uchwałą Sejmiku Województwa Małopolskiego Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004-2006. Celem Programu jest zapobieganie zjawisku marginalizacji społecznej osób starszych przejawiającym się utrudnionym korzystaniem z praw obywatelskich jak również słabym dostępem do usług publicznych.

Przyjęty program jest kontynuacją wdrażanego w latach 2001- 2003 Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości, koordynowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

4.5. Priorytetowe kierunki działań w zakresie opieki długoterminowej i opieki paliatywno – hospicyjnej.

Dokumentem wytyczającym kierunki działań na rzecz zapewnienia właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym jest **Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007 –2013**, przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku. Obecnie trwają prace nad uaktualnieniem tego dokumentu.

W celu nr 3 dotyczącym dostosowania opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych cel operacyjny 3.4 poświęcony został w całości działaniom zmierzającym do zapewnienia właściwej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, a poprzez te działania uzyskanie wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym.

Działania te obejmują:

1. Przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo-leczniczych, pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w podeszłym wieku.
2. Organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym.
3. Restrukturyzacja sieci szpitalnej i wydzielenie zakładów przystosowanych do prowadzenia opieki długoterminowej, pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz paliatywno-hospicyjnej.
4. Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną oraz dostosowanie zasad finansowania, w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych.
5. Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym.

6. Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym.
7. Rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych osobom w wieku podeszłym.

Drugim dokumentem wytyczającym kierunki działań na rzecz poprawy zdrowia jednostki i poszczególnych grup społecznych jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 –2015, przyjęty przez Radę Ministrów 15 maja 2007 r. Zarys zadań programowych adresowanych do poszczególnych populacji, w tym i do osób starszych niepełnosprawnych został zamieszczony w celu operacyjnym nr 9, który poświęcony został na „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”.

W uzasadnieniu wyboru celu napisano, że w ostatnich dziesięcioleciach w Europie wyraźnie zaznaczyła się tendencja starzenia się społeczeństw. W krajach europejskich co 7 osoba jest w wieku powyżej 65 roku życia, podczas gdy liczba osób w przedziale 0-19 lat wyraźnie się zmniejsza. Odnotowywany jest również spadek przyrostu naturalnego oraz wydłużanie trwania życia, w związku z czym relatywny ciężar głównych grup zależnych w społeczeństwie, czyli dzieci, młodzieży i osób starszych przesuwa się wyraźnie w kierunku tych ostatnich. Problem starzenia się społeczeństw stał się tak ważny, że WHO w 2002 roku zaprezentowało w Madrycie Ramową Politykę Dotyczącą Aktywnego Starzenia się. Przyjęto również dwa dokumenty: Deklarację Polityczną i Międzynarodowy Plan Działania dotyczący Aktywnego Starzenia się. Oba zawierają przesłanie skierowane do społeczeństw świata, aby wzmacniały zachowania społeczne nakierowane na pełną akceptację i możliwości rozwoju osób starszych. W ramach realizacji celu nr 9 przewidziano zadania zarówno dla administracji rządowej, samorządowej, jak też dla organizacji pozarządowych. Zadania te obejmują:

Administracja rządowa:

1. Promocja zdrowia i zapobiegania chorobom w ciągu trwania całego życia,
2. Budowa i implementacja programów zdrowotnych nakierowanych na tworzenie warunków do aktywnego fizycznie i psychicznie stylu życia osób powyżej 60 roku życia,
3. Tworzenie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekę nad osobą starszą i/lub niepełnosprawną w środowisku zamieszkania z poszanowaniem jej praw i zapewnieniem najwyższej z możliwych jakości usług opiekuńczo-leczniczych,
4. Tworzenie rozwiązań prawno-administracyjnych sprzyjających rozwojowi prozdrowotnego stylu życia przez uruchomienie mechanizmów ekonomicznych, skłaniających do zwiększenia podejmowania działań indywidualnych na rzecz aktywności fizycznej,
5. Podejmowanie działań systemowych w kierunku zapewnienia ochrony, bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej osób starzejących się,
6. Podejmowanie działań na rzecz powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w tym leków dla osób starszych.

Administracja samorządowa:

1. Umacnianie działań na rzecz stworzenia przyjaznego dla wieku i bezpiecznego środowiska bytowego,
2. Zmniejszenie czynników ryzyka związanych z chorobami i wspomaganie czynników pozytywnych dla zdrowia występujących w środowisku zamieszkania,
3. Uaktywnienie szkoleń i edukacji osób, które mają bezpośredni wpływ na tworzenie prozdrowotnych zachowań w populacji osób powyżej 50 roku życia,

4. Aktywizacja środowisk lokalnych w podejmowaniu działań dla kształtowania zdrowego stylu życia populacji osób powyżej 50 roku życia.

Organizacje pozarządowe:

1. Kształtowanie pozytywnego wizerunku osób starszych w społeczeństwie i ich znaczenia dla jego trwania i możliwości rozwojowych młodszych populacji,
2. Wspieranie osób starszych w pełnym udziale w życiu rodzinnym i społecznym,
3. Budowanie w środkach masowego przekazu wizerunku aktywnych fizycznie, psychicznie i społecznie osób powyżej 60 roku życia.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie liczby niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia,
2. Zmniejszenie liczby zgonów w populacji powyżej 60 roku życia,
3. Zmniejszenie liczby chorych na choroby niezakaźne w populacji powyżej 60 roku życia,
4. Wydłużenie liczby lat życia wolnych od wszelkich dolegliwości (współczynnik HALE),
5. Wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Propagowanie idei „aktywnego starzenia się”,
2. Uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym,
3. Zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia,
4. Zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych.

Zakończenie

Obecna sytuacja w systemie ochrony zdrowia powoduje, że w niektórych obszarach można obserwować zaburzenia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Może to dotyczyć w szczególności grup społecznych najsilniej zagrożonych marginalizacją społeczną, czyli osób dotkniętych ubóstwem, osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku. Przyczyn tego zjawiska należy upatrywać głównie w sposobach gromadzenia i alokacji środków finansowych oraz błędach w zarządzaniu procesem wprowadzania zmian. Powodem niekorzystnych zjawisk jest także niski poziom finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia, w szczególności odczuwany wobec wysokiej dynamiki kosztów opartych na cenach zewnętrznych wobec systemu ochrony zdrowia (ceny produktów leczniczych, sprzętu medycznego, eksploatacji infrastruktury, pozapłacowych kosztów pracy) oraz przy wzroście tzw. potrzeb zdrowotnych (generowanych przez wzrost wykształcenia, reklamę, procesy demograficzne). Z chwilą przystąpienia Polski do UE powstała jednak szansa, że nowe etapy zmian będą bardziej precyzyjnie niż w przeszłości, nacelowane na zmiany przynoszące pożytek obywatelom.

Dotychczasowe działania nie w pełni zaspokajają potrzeby osób w podeszłym wieku i osób przewlekle chorych. Zróżnicowane zapotrzebowanie tej populacji wymaga podejmowania zintegrowanych długoterminowych działań na rzecz poprawy sytuacji tych osób. Wzrost wydatków na opiekę zdrowotną w ostatnich latach trwania życia powoduje gwałtowny wzrost obciążeń budżetu chorego, opiekuna chorej osoby oraz państwa, jeśli nie ma przygotowanych, dzięki systemowi ubezpieczeń dodatkowych, wcześniej odłożonych na taką sytuację środków.

Wraz z wiekiem będzie wzrastało zapotrzebowanie na usługi medyczne, w szczególności na leczniczo-pielęgnacyjne oraz leczniczo-rehabilitacyjne, częstsza będzie także potrzeba wizyt domowych lekarzy pierwszego kontaktu oraz potrzeba konsultacji i opieki geriatrycznej, co w konsekwencji przełoży się na wyższe koszty opieki.

Mimo licznych osiągnięć w rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej, należy zauważyć także fakt, że pacjenci kwalifikujący się do opieki paliatywnej, nie zawsze mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach zakontraktowanej opieki paliatywnej. Różnice w rozmieszczeniu placówek opieki paliatywnej powodują nierównomierny dostęp pacjentów do tego rodzaju opieki. Odnotowuje się mniej ośrodków opieki paliatywno - hospicyjnej w rejonach wiejskich, więcej blisko dużych miast.