19/10/2016 RAP/Cha/POL/16(2017)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

16e rapport sur la mise en œuvre de la Charte sociale européenne

soumis par

LE GOVERNMENT DE LA POLOGNE

(Articles 3, 11, 12, 13 et 14 pour la période 01/01/2012 – 31/12/2015)

Rapport enregistré par le Secrétariat le 19 octobre 2016

CYCLE XXI-2 (2017)

RAPPORT SUR LES MESURES PRISES PAR LA RÉPUBLIQUE DE POLOGNE POUR METTRE EN ŒUVRE LES DISPOSITIONS DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE ARTICLES: 3, 11, 12, 13, 14, POUR 2012-2015

Le rapport du Comité d'experts indépendants concernant le XIV[e] rapport de la Pologne sur la mise en œuvre des articles: 7, 8, 16, 17, 19 de la Charte, contient des conclusions négatives concernant la mise en œuvre des articles 16 et 19§2 suite à la manque d'informations pertinentes dans le XIV[e] rapport. Le présent rapport comprend les informations relatives à ces conclusions négatives.

Si le rapport ne présente pas de données pour 2015, cela signifie qu'au moment de la rédaction du rapport, de telles données n'ont pas été disponibles.

Suite aux conclusions présentées en janvier 2014 par le Comité d'experts indépendants concernant l'application de la Charte sociale européenne aux apatrides (Conclusions XX-2 (2013)), le Gouvernement de la Pologne fait remarquer que:

1. Les apatrides sont exclus du champ d'application de la Charte sociale européenne. L'annexe de la Charte sociale européenne (points 1-2) indique que son champ d'application couvre:
   - les étrangers dans la mesure où ils sont des ressortissants des autres Parties contractantes résidant légalement ou travaillant régulièrement sur le territoire de la Partie contractante intéressée,
   - les réfugiés répondant à la définition de la Convention de Genève du 28 juillet 1951, sur le statut des réfugiés, résidant régulièrement sur son territoire.
2. La champ d'application de la Charte sociale européenne révisée (l'annexe de la Charte sociale européenne révisée (points 1-3) couvre:
   - les étrangers dans la mesure où ils sont des ressortissants des autres Parties résidant légalement ou travaillant régulièrement sur le territoire de la Partie contractante intéressée,
   - les réfugiés répondant à la définition de la Convention de Genève du 28 juillet 1951, sur le statut des réfugiés et du Protocile du 31 janvier 1967, résidant régulièrement sur son territoire,
   - les apatrides répondant à la définition de la Convention de New York du 28 septembre 1954, sur le statut des apatrides, résidant régulièrement sur son territoire.
3. La Pologne est liée par les dispositions de la Charte sociale européenne.

Conformément aux dispositions de l'article 23 de la Charte sociale européenne le rapport a été adressé aux organisations des partenaires sociaux suivantes:

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

ABRÉVIATIONS

FUS – Fonds des Assurances Sociales
FRD – Fonds de réserve démographique
GUS – Office central des statistiques
KRUS – Caisse d'assurances sociales des agriculteurs
NFZ – Fonds national de la santé
OFE – Fonds de pension ouverts
PIP – Inspection nationale du travail
PIS – Inspectorat Général Sanitaire
RP – République de Pologne
UE – Union Européenne
ZUS - Institut d'assurances sociales

ARTICLE 3 –DROIT À LA SÉCURITÉ ET L'HYGIÈNE AU TRAVAIL

Article 3§1

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
La nécessité d'adopter la nouvelle législation dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail, ou la modification de celle déjà en vigueur résulte de la mise en œuvre des directives de l'UE, ainsi de l'adaptation de la législation au progrès technique.
Les modifications de la loi du 26 juin 1974 - Code du travail (section X: « Sécurité et hygiène au travail »):

- la loi du 9 novembre 2012 modifiant la loi - Code du travail et certaines autres lois a aboli l'obligation des employeurs commençant à exercer leur activité économique de notifier auprès de la PIP et la PIS, dans les 30 jours suivant le début de l'activité, les informations concernant le lieu, le type et la portée de leur activité,
- la loi du 7 novembre 2014 sur la facilitation de l'exercice de l'activité économique a dispensé de l'obligation de passer un examen médical pré-embauche les personnes embauchées par un autre employeur dans les 30 jours suivant la résiliation ou l'expiration de la relation de travail précédente, à condition qu'elles présentent un certificat médical valide confirmant l'absence de contre-indications pour le travail dans des conditions décrites dans une ordonnance pour examen médical, et que l'employeur constate que ces conditions correspondent à celles du nouveau lieu de travail; cela ne concerne pas les personnes admises à effectuer des travaux particulièrement dangereux.

La législation suivante a été adoptée:

- les règlements du Ministre du travail et de la politique sociale:
  - du 25 juin 2012 modifiant le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 27 mai 2010 sur la sécurité et l'hygiène au travail impliquant l'exposition aux rayonnements optiques,
  - du 6 juin 2014 sur les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé au milieu de travail,
- les règlements du Conseil des Ministres:
  - du 5 juin 2015 modifiant le règlement du 24 août 2004 sur la liste des travaux interdits aux mineurs et aux conditions de leur emploi relatives à certains de ces travaux,
  - du 13 octobre 2015 modifiant le règlement du 10 septembre 1996 sur la liste des travaux particulièrement pénibles ou néfastes pour la santé des femmes,

et le règlement du Président du Conseil des Ministres du 10 septembre 2014 modifiant le règlement du 13 octobre 2003 sur la création de la Commission interministérielle pour les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé au milieu de travail.
Les règlements suivants du Ministre de la santé ont été adoptés:

- du 24 juillet 2012 sur les substances chimiques, leurs mélanges, agents ou procédés technologiques classés comme carcinogènes ou mutagènes au milieu de travail,
- du 6 juin 2013 sur la sécurité et l'hygiène au travail lors des travaux liés à l'exposition à des blessures causées par des objets tranchants utilisés lors de la prestation de soins médicaux,
- du 24 juin 2015 modifiant le règlement du 30 décembre 2004 sur la sécurité et l'hygiène au travail effectué dans le milieu où sont présents des agents chimiques,
- du 24 juillet 2015 modifiant le règlement du 24 juillet 2012 sur les substances chimiques, leurs mélanges, agents ou procédés technologiques classés comme carcinogènes ou mutagènes au milieu de travail,

- du 25 août 2015 sur la méthode de marquage des lieux, des gazoducs, des conteneurs et des réservoirs utilisés pour le stockage ou contenant des substances ou des mélanges qui présentent un danger.

La loi du 20 mars 2015 a modifié la loi du 25 février 2011 sur les substances chimiques et leurs mélanges afin d'adapter la réglementation nationale à la réglementation de l'UE.
Le Ministre de l'économie a issu le règlement du 28 mars 2013 sur la sécurité et l'hygiène au travail sur les équipements énergétiques,
le 9 novembre 2015, le Ministre de la culture et du patrimoine national a issu le règlement modifiant le règlement du 15 septembre 2010 sur la sécurité et l'hygiène au travail dans l'organisation et la réalisation des spectacles.
Le 28 janvier 2014, le Ministre de la justice a issu le règlement modifiant le règlement du 5 août 2010 sur l'application par les agents de l'administration pénitentiaire des dispositions du Code du travail sur la sécurité et l'hygiène au travail. La modification en question a permis aux directeurs des unités organisationnelles de l'administration pénitentiaire la désignation des employés civils pour exercer les fonctions du service de la santé et de l'hygiène des services. Jusqu'à présent, seuls les agents de l'administration pénitentiaire pouvaient remplir cette fonction.
L'une des tâches de l'organe gérant les écoles et les établissements éducatifs, conformément à la loi du 7 septembre 1991 sur le système éducatif, consiste à assurer des conditions de sécurité et d'hygiène de l'enseignement, de l'éducation et de l'assistance et à équiper l'école en outils didactiques et en équipement nécessaire pour mettre en œuvre les programmes d'enseignement.
Le règlement du Ministre de l'éducation nationale du 11 janvier 2012 sur la formation tout au long de la vie dans des formes extra-scolaires a indiqué que les entités chargées de l'apprentissage continu dans des formes extra-scolaires sont obligées d'assurer des conditions du travail et de l'apprentissage sains et sécuritaires.
L'organe gérant les écoles et les établissements éducatifs supervise leurs activités concernant entre autres:

- le respect des dispositions sur la sécurité et l'hygiène au travail des employés et des élèves,
- le respect des dispositions sur l'organisation du fonctionnement d'une école ou d'un établissement éducatif.

Le nouveau programme d'enseignement établi par le règlement du Ministre de l'éducation nationale du 7 février 2012 relatif au programme d'enseignement professionnel prévoit que grâce à la formation en matière de sécurité et d'hygiène au travail les élèves:

- comprendront les différentes notions dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail, la protection contre l'incendie, la protection de l'environnement et l'ergonomie,
- sauront faire la distinction entre les tâches et les pouvoirs des institutions et de services opérant dans le domaine de la protection du travail et de protection de l'environnement,
- seront capables de spécifier les droits et obligations de l'employé et l'employeur concernant la sécurité et l'hygiène au travail,
- seront en mesure d'identifier les risques pour la santé et la vie, les biens et l'environnement associés à l'exécution des tâches professionnelles,
- pourront identifier les risques associés à la présence des facteurs nocifs dans l'environnement de travail,
- appliqueront des moyens de protection individuelle et collective en exécutant des tâches professionnelles,
- appliqueront les principes de la sécurité et l'hygiène au travail et les dispositions légales relatives à la protection contre les incendies et la protection de l'environnement,

- organiseront leur travail en conformité avec les règles de l'ergonomie, les dispositions sur la sécurité et l'hygiène au travail, la protection contre l'incendie et la protection de l'environnement,
- assureront le soins d'urgence aux blessés dans des accidents et dans les cas de péril à la santé et la vie.

Les lignes directrices relatives à l'établissement des circonstances et des causes des accidents dans la Police, le Service de garde de frontière et l'Office de la protection du gouvernement ont été précisées dans la loi du 4 avril 2014 sur les indemnités dues en cas d'accident ou de maladie en relation avec le service.

Les règlements suivants du Ministre de l'intérieur ont été issus:

- du 24 juin 2014 sur l'établissement des circonstances et des causes des accidents dans la Police, le Service de garde de frontière et l'Office de la Protection du gouvernement,
- du 26 juin 2014 sur la détermination du préjudice pour la santé des agents de la Police, du Service de garde de frontière et de l'Office de la protection du gouvernement, qui remplace le règlement du Ministre de l'intérieur et de l'administration du 18 décembre 2002 sur la liste des maladies en relation avec le service de la police au titre desquelles les agents ont droit aux indemnités prévues par la loi.

Le commandant en chef du Service de garde de frontière a publié les ordonnances suivantes:

- du 30 mai 2014 sur les conditions détaillées de la sécurité et l'hygiène des agents du Service de garde de frontière, modifiée par suite par l'ordonnance du commandant en chef du Service de garde de frontière du 17 octobre 2014,
- du 17 juin 2015 modifiant l'ordonnance du 10 septembre 2010 sur les règles détaillées de la formation des agents et des employés du Service de garde de frontière,

et les décisions suivantes:

- du 29 octobre 2014 sur la surveillance de la sécurité et l'hygiène des agents du Service de garde de frontière,
- du 2 septembre 2014 sur les tests de dépistage et à la vaccination préventive pour les agents et les employés du Service de garde de frontière.

Le chef de l'Office de la protection du gouvernement a publié les ordonnances suivantes:

- du 16 octobre 2013 sur l'introduction de l'instruction sur les principes de l'approvisionnement des fonctionnaires de l'Office de la protection du gouvernement en équipements de protection individuelle, en vêtements et chaussures de travail et en produits de soins et d'hygiène corporelle nécessaires,
- du 8 avril 2014 sur les soins de santé de prévention et à la mise en œuvre des tâches de la médecine du travail à l'Office de la protection du gouvernement.

2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique nationale en concertation avec les organisations d'employeurs et les syndicats.

La politique nationale sur la sécurité et l'hygiène au travail est mise en œuvre dans le cadre du programme pluriannuel « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail ». Le but du programme est de développer des solutions innovantes organisationnelles et techniques ainsi que de nouveaux produits, technologies, méthodes et systèmes de gestion qui contribuent à une réduction substantielle du nombre de personnes employées dans des conditions d'exposition à des agents dangereux, nocifs ou pénibles ainsi que des maladies professionnelles et des accidents du travail liés à ces conditions et des pertes économiques et sociales qui en découlent.

Au cours de la période couverte par le rapport, l'étape II du programme pour 2011-2013 et l'étape III pour 2014-2016 ont été mises en œuvre. Les partenaires sociaux ont exprimé

leurs avis sur les projets de résolutions du Conseil des Ministres mettant en place les étapes II et III du programme pluriannuel.

Le ministre compétent en matière de travail surveille la mise en œuvre du programme. l'Institut central de la protection du travail-l'Institut nationale de recherche est le coordonnateur du programme.

L'un des objectif de l'étape III du programme consiste à allonger la vie professionnelle. Pour assurer des conditions de travail sécuritaires et propices à la préservation de la santé dans une période d'activité professionnelle allongée, les mesures visant à améliorer les connaissances relatives à la capacité de travail des personnes âgées ont été prévues.

Partie A du programme - programme de tâches à l'égard des services d'État; elle inclut des tâches telles que:

- la détermination des normes en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail,
- le développement de méthodes et d'instruments de réduction de risques professionnels dans le milieu de travail,
- le développement du système de recherche sur les machines et d'autres outils techniques, ainsi que les moyens de protection individuelle et collective,
- le développement du système d'éducation, d'information et de promotion dans le domaine de la protection de la santé.

Partie B du programme - programme de recherche scientifique et développement - elle prévoit la mise en œuvre de projets concernant:

- le développement et la préservation de la capacité de travail,
- de nouveaux facteurs de risque croissants liés aux nouvelles technologies et aux processus de travail,
- la technologie de matériaux et des technologies avancées pour la sécurité et l'hygiène au travail,
- l'élaboration de la culture de sécurité.

La mise en œuvre de l'étape III du programme « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail » permettra:

- d'augmenter l'efficacité de la prévention des risques professionnels dans les entreprises, en tenant compte de la nécessité de préserver la capacité de travail dans une période d'activité professionnelle allongée,
- d'améliorer la qualité de la gestion de la sécurité au travail et de la protection de la santé dans les entreprises, en tenant compte de la gestion des âges,
- d'assurer une approche moderne en ce qui concerne des questions de sécurité au travail et d'ergonomie dans les programmes d'enseignement à tous les niveaux ainsi que d'améliorer les compétences des services spécialisés,
- d'élargir l'offre de fabricants de moyens de protection individuelle,
- de poursuivre les travaux législatifs et de normalisation afin d'assurer la conformité de la législation polonaise avec le droit de l'UE et la transposition des normes européennes applicables dans la loi polonaise,
- de développer le système d'évaluation de la conformité des produits et des services aux directives «nouvelle approche» de l'UE,
- d'augmenter l'efficacité des activités d'information et de promotion dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail, y compris le développement de l'activité du point central national de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA).

Questions additionnelles

1. Une nouvelle réglementation concernant la protection contre le rayonnement ionisant, a-t-elle été adoptée au cours de la période couverte par le rapport?

Les règlements suivants ont été issus:

- du Ministre de la santé du 21 décembre 2012 sur l'attributions des pouvoirs d'expert en radioprotection dans les ateliers utilisant les appareils radiologiques à des fins médicales,
- du Conseil des Ministres du 10 août 2012 sur les postes essentiels pour assurer la sécurité nucléaire et la protection radiologique et aux experts en radioprotection.

La législation suivante a été modifié:

- la loi du 29 novembre 2000 sur l'énergie nucléaire (modifiée en 2012, 2014 et 2015),
- le règlement du Ministre de la santé du 18 février 2011 sur les modalités d'un emploi inoffensif du rayonnement ionisant pour tous les types d'exposition médicale (modifié en 2012 et 2015),
- le règlement du Ministre de la santé du 7 avril 2006 sur les exigences minimales pour les centres de santé qui demandent l'autorisation d'effectuer les activités impliquant l'exposition au rayonnement ionisant à des fins médicales, consistant en prestation de soins de santé dans le domaine de la radio-oncologie (modifié en 2012).

2. Le champ d'application des dispositions concernant la sécurité et l'hygiène au travail, couvre–t–il les travailleurs domestiques exerçant le travail pour leur propre compte?

Le champ d'application des dispositions concernant la sécurité et l'hygiène au travail (le Code du travail et ses actes d'exécution) est général, il couvre tous les travailleurs au sens du Code du travail, à savoir toute personne employée en vertu d'un contrat de travail, de nomination, d'élection, de désignation ou d'un contrat coopératif de travail et salarié.

Le champ d'application des dispositions du Code du travail ne couvre pas, en principe, les personnes travaillant sous contrat de droit civil, à l'exception de l'article 304 du Code du travail:

> « Art. 304. §1. L'employeur est obligé d'assurer la sécurité et les l'hygiène des conditions de travail visées à l'article 207 §2 aux personnes physiques accomplissant le travail en vertu d'une relation de travail, dans l'établissement ou dans un autre lieu fixé par l'employeur, ainsi qu'aux personnes exerçant une activité économique individuelle pour leur propre compte dans l'établissement ou dans un autre lieu fixé par l'employeur.
>
> §2. L'employeur est obligé d'assurer la sécurité et l'hygiène des conditions des cours suivis dans l'établissement par les étudiants et apprentis non salariés.
>
> §3. Les obligations déterminées à l'article 207 §2 s'appliquent respectivement aux entrepreneurs, organisant le travail accompli par les personnes physiques:
>
> 1) en vertu d'une autre relation que la relation de travail;
>
> 2) exerçant une activité économique individuelle pour leur propre compte.
>
> §4. Si les travaux sont accomplis dans un lieu accessible aux personnes ne participant pas au processus de travail, l'employeur est obligé de prendre les mesures indispensables pour assurer la protection de la vie et de la santé de ces personnes.
>
> §5. Le Ministre de la Défense Nationale – en ce qui concerne les soldats au service militaire actif, et le Ministre de la Justice – en ce qui concerne les personnes demeurant dans les établissements pénitentiaires ou dans les établissements de correction, les deux agissant de concert avec le Ministre de Travail et de la Politique Sociale, déterminera par voie de règlement le champ d'application des dispositions du dixième titre à ces personnes, si elles assument les missions ou accomplissent les tâches déterminées dans l'établissement de travail ou dans un autre lieu fixé par l'employeur. »

La façon d'assurer les conditions de travail sûres et hygiéniques est établi par l'employeur (donneur d'ordre) en tenant compte de la nature d'un travail et les risques liés à l'exercice de celui-ci.

L'employeur est obligé d'assurer la protection de la vie et de la santé des personnes exerçant leur travail sur une base autre que la relation de travail en faveur de cet employeur dans son établissement ou dans un lieu désigné par lui; il remplit cette obligation entre autres en organisant le travail de manière à garantir les conditions de travail sûres et hygiéniques, et en assurant le respect des règles et des principes de la sécurité et l'hygiène au travail dans l'établissement, ainsi qu'en réagissant aux besoins de l'assurance de la santé et sécurité au travail et en ajustant des mesures prises en vue de l'amélioration du niveau de la protection de la vie et de la santé des employés existant, compte tenu de l'évolution des conditions de l'exercice du travail.

L'employeur peut conclure qu'afin de remplir cette obligation il est nécessaire que les personnes exerçant le travail passent des examens médicaux appropriés et, en raison de dangers présents dans le lieu de travail, qu'ils suivent une formation sur la sécurité et l'hygiène au travail. Dans telle situation ces personnes sont obligés de respecter l'ordre de l'employer et de passer les examens médicaux et de suivre une formation sur la sécurité et l'hygiène au travail.

Il peut être demandé que les obligations des employeurs concernant la sécurité et l'hygiène au travail, visées à l'article 211 du Code du travail[1] et indiquées par l'employer dans un contrat de droit civil, soient remplies par une personne physique exerçant le travail sur la base de ce contrat, dans le cas où le travail est exercé dans l'établissement ou dans un lieu désigné par l'employer ou un autre entité organisant le travail.

Les travailleurs domestiques (qui travaillent dans les ménages) exercent leur travail habituellement sur la base des contrats de droit civil. Les parties au contrat de droit civil peuvent déterminer la relation comme ils l'entendent à la seule condition que le contenu ou l'objectif de ce contrat ne soient contraires ni au caractère de la relation de droit civil, ni à la loi, ni aux règles de vie en société. Le principe la liberté contractuelle autorise les parties d'un contrat de se lier par des dispositions du droit du travail, y compris les règles relatives à la sécurité et l'hygiène au travail.

[1] Obligations des employés:

1) connaître les règles et les principes de la sécurité et l'hygiène au travail, participer à la formation et l'instruction de cette matière et se soumettre dans des examens diagnostiques exigés,

2) exercer le travail conformément aux règles et principes de la sécurité et l'hygiène au travail et respecter les ordres et les orientations donnés par leurs supérieurs,

3) prendre soin du bon état des machines, des outils et de l'équipement, ainsi que de l'ordre dans le lieu de travail,

4) appliquer les moyens de protection collective, ainsi que utiliser les moyens de protection individuelle accordées et des vêtements et chaussures de travail aux fins prévues,

5) passer les examens médicaux préliminaires, périodiques de contrôle, ainsi que les autres examens recommandés, et suivre les indications médicaux,

6) informer immédiatement le supérieur d'un accident ou d'un danger pour la vie ou la santé observés dans l'établissement et mettre en garde collaborateurs et les autres personnes situé dans la zone du danger contre le danger les concernant,

7) collaborer avec l'employeur et les supérieurs dans l'exercice des obligations relatives à la sécurité et l'hygiène au travail.

Article 3§2

1) Mise en oeuvre des dispositions concernant la protection de la santé et l'hygiène au travail. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

L'élément clé de l'action de la PIS constitue la veille sanitaire visant à l'amélioration des conditions de travail et de la protection de la santé des employés contre l'impact négatif de facteurs nuisibles et onéreux, qui sont présents dans le lieu de travail. Les contrôles comprennent l'évaluation des conditions de travail et de l'exposition professionnelle des employés des industries différentes. Les contrôles sont accompagnés par les actions d'éducations concernant l'impact en santé produit par une exposition à des facteurs biologiques nuisibles dans l'environnement de travail.

Dès 2008 la PIS participe aux campagnes en faveur de la sécurité et de la santé au travail, coordonnées par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (« Partenariat pour la prévention », 2012–2013, « Stres w pracy? Nie, dziękuję! » (Stress au travail? Non, merci!), 2014–2015).

La PIS met en œuvre les dispositions de la loi sur l'Inspectorat Général Sanitaire, du Code de travail (section X) ainsi que des lois:

- sur les substances chimiques et leurs mélanges,
- sur les produits biocides,
- sur la prévention de la toxicomanie,
- interdisant l'utilisation des produits contenant de l'amiante.

Emploi dans le cadre du service de l'hygiène de travail de la PIS

	station	surveillance	laboratoire
2012	WSSE	122	165
	P(G)SSE	948	259
	Au total	1.070	424
2013	WSSE	124	153
	P(G)SSE	961	222
	Au total	1.085	375
2014	WSSE	111	154
	P(G)SSE	974	201
	Au total	1.085	355
2015	WSSE	120	155
	P(G)SSE	947	185
	Au total	1.067	340

WSSE – stations sanitaires et épidémiologiques de voïvodie

P(G)SSE – stations du niveau de base: stations sanitaires et épidémiologiques de powiat et frontalières

La mission de la PIP consiste au contrôle du respect du droit de travail, en particulier des règles et des principes de la sécurité et l'hygiène au travail, ainsi que des dispositions concernant la légalité de l'emploi et des autres formes du travail lucratif. L'activité de la PIP se concentre sur les secteurs économiques et les établissements, qui se caractérisent par l'intensité des dangers professionnels la plus élevée. Les actions éducatives sont adressées notamment aux petites et moyennes entreprises, où le niveau de la connaissance de la loi est plus basse que dans les grandes entreprises.

Ces actions sont réalisées dans le cadre des:

- tâches à long terme,
- tâches courantes – l'évaluation complète de problèmes de la protection du travail choisis,
- tâches permanent – l'exécution de la loi dans les domaines spécifiques de la protection du travail et le soutien au contrôle avec les programmes préventifs et informatifs,
- tâches découlant de la spécificité locale.

En vertu de la loi du 15 janvier 2015 sur la modification de la loi sur les organismes génétiquement modifiés et en vertu de certaines autres lois, l'étendue du contrôle des

inspecteurs du travail a été élargie par la conformité avec les exigences de la sécurité et l'hygiène au travail définies dans les autorisations de conduire un établissement d'ingénierie génétique et dans les autorisation d'utilisation confinée des micro-organismes génétiquement modifiés, ainsi que dans les autorisation d'utilisation confinée des organismes génétiquement modifiés.

2) Chiffres, statistiques et toutes autres informations pertinentes relatives aux accidents du travail, y compris les accidents mortels (chiffre absolue et taux d'accidents par 1.000 employés), au nombre de contrôles portant sur la santé et l'hygiène au travail effectués par les services d'inspection du travail et au ratio du nombre de travailleurs et d'entreprises soumis à ces contrôles au total, respectivement, au nombre de cas de violation des dispositions concernant la santé et la sécurité au travail et au type de sanctions imposées.

Nombre d'accidents du travail:
– 2012 – 90.464,
– 2013 – 87.596,
– 2014 – 88.138,
– 2015 – 87.187.

Victimes d'accidents du travail

	Nombre total de victimes		Victimes d'accidents					
	Nombre	Par 1 000 travailleurs	Mortels		Graves		Légers	
			Nombre	Par 1 000 travailleurs	Nombre	Par 1 000 travailleurs	Nombre	Par 1 000 travailleurs
2012	91.000	7,78	350	0,030	627	0,05	90.023	7,70
2013	88.267	7,54	277	0,024	538	0,05	87.452	7,47
2014	88.641	7,45	263	0,022	530	0,04	87.848	7,39
2015[1]	87.622	7,24	303	0,025	495	0,04	86.824	7,17

[1] Données préliminaires

Maladies professionnelles

Nombre				par 100.000 employés			
2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
2.402	2.214	2.351	2.094	23	21,4	22,6	19,6

Maladies professionnelles, nombre de cas

	2012	2013	2014	2015
Pneumoconiose	570	577	610	422
– silicose	89	86	96	n.d.
– anthracose	404	402	449	n.d.
– amianstose	60	61	48	n.d.
Asthme	52	50	53	47
Maladies chroniques de la voix	202	234	268	232
Cancer	61	80	80	68
– cancer des poumons	29	33	32	n.d.
– mésothéliome de la plèvre	19	30	28	n.d.
Maladies infectieuses ou parasitaires	705	590	660	652
– hépatite B	11	17	17	n.d.
– hépatite C	59	44	35	n.d.
– maladie de Lyme	532	457	543	n.d.

Incidence des maladies professionnelles, par 100.000 travailleurs, dans certaines sections de l'économie nationale

	2012	2013	2014	2015
Agriculture, sylviculture, chasse et pêche	23,9	21,0	24,2	23,8
Mines et extraction	285,9	271,1	296,0	203,5
Transformation industrielle	25,9	24,3	24,9	22,6
Construction	10,4	10,1	12,1	9,9

Éducation	19,2	22,4	24,6	5,6

Contrôles effectués par les inspecteurs du travail

	Au total	dans les établissements employant							
		1–9 personnes		10–49 personnes		50–249 personnes		250 personnes et plus	
		nombre de contrôles	%	nombre de contrôles	%	nombre de contrôles	%	nombre de contrôles	%
2012	89.949	49.722	55,3	24.682	27,4	10.814	12	4.731	5,3
2013	89.760	50.646	56,4	23.825	26,5	10.374	11,6	4.915	5,5
2014	90.108	51.343	57	24.272	28,7	9.894	10,5	4.599	3,8
2015	88.299	50.459	57,1	23.017	26,1	9.868	11,2	4.955	5,6

	Décisions sur la sécurité et l'hygiène au travail	Infractions à l'article 283 du Code du travail au titre desquels			Pénalités appliquées pour l'infraction à l'article 283 du Code du travail*		
		il a été infligé une amende sous la forme du mandat	des demandes de punition ont été transmises aux cours	les mesures de formation ont été appliquées	amende sous la forme du mandat	demandes de punition transmises aux cours	mesures de formation
2012	310.069	31.952	3.619	16.538	13.951	1.693	9.445
2013	314.464	31.689	3.227	17.397	14.023	1.572	10.055
2014	318.323	34.147	3.069	18.392	14.757	1.497	10.464
2015	302.651	32.327	2.762	17.139	13.743	1.340	9.939

*Le nombre de sanctions diffère du nombre d'infractions, car les inspecteurs peuvent poser les demandes de punition à la cour, couvrant plusieurs infractions et imposent une amende sous la forme du mandat pour plusieurs infractions et appliquent des mesures de formation pédagogique en cas de plus d'une infraction contre les droits de l'employé.

Décisions concernant:

	cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement	interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités	établissement des circonstances et des causes des accidents
2012	7.983	282	345
2013	9.039	330	397
2014	9.837	576	430
2015	9.297	779	402

Type et nombre de pénalités* appliquées dans le cadre de la délivrance des décisions de:

	cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement		interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités		établissement des circonstances et des causes des accidents	
	demandes de punition transmises aux cours	amendes infligées sous la forme du mandat	demandes de punition transmises aux cours	amendes infligées sous la forme du mandat	demandes de punition transmises aux cours	amendes infligées sous la forme du mandat
2012	167	2.728	11	140	20	124
2013	173	3.168	19	178	21	152
2014	163	3.544	12	342	24	146
2015	153	3.198	21	448	19	128

Nombre d'employés de la PIP:

Au 31 décembre 2012, 2.758 employés, y compris:

- 2.503 personnes employées dans les services d'inspection de travail locales,
- 196 personnes employées dans l'Inspection générale de travail.

59 personnes travaillaient au Centre de formation PIP à Wrocław.

Du total des employés:

- 1.544 personnes occupaient un poste d'inspecteur,
- 42 personnes occupaient le poste de l'inspecteur supérieur – chef de la division,
- 48 personnes occupaient le poste de l'inspecteur en chef de la filiale (inspecteurs du travail locaux et les inspecteurs adjoints du travail locaux),
- 57 personnes – employées comme les inspecteurs adjoints et en formation pour devenir inspecteurs.

Au 31 décembre 2015, 2.768 employés, y compris:

- 2.514 personnes employées dans les services d'inspection de travail locales,
- 197 personnes employées dans l'Inspection générale de travail.

59 personnes travaillaient au Centre de formation PIP à Wrocław.

Du total des employés:

- 1.557 personnes occupaient un poste d'inspecteur,
- 43 personnes occupaient le poste de l'inspecteur supérieur – chef de la division,
- 48 personnes occupaient le poste de l'inspecteur en chef de la filiale (inspecteurs du travail locaux et les inspecteurs adjoints du travail locaux),
- 63 personnes – employées comme les inspecteurs adjoints et en formation pour devenir inspecteurs.

Le nombre d'accidents du travail agricole

	2012	2013	2014	2015
Événements notifiés	24.008	23.374	21.939	20.154
Événements considérés comme accidents du travail agricole	22.370	21.093	20.609	18.814
Accidents avec le paiement de l'indemnité unique	16.537	15.806	15.649	14.380
Accidents mortels	92	77	77	63
Nombre de victimes nécessitant les soins constants de la part d'une tierce personne	36	41	34	34
Nombre d'accidents par 1.000 assurés pour lesquels une indemnité unique a été octroyée	11,0	10,7	10,8	10,3
Accidents mortels par 100.000 assurés	6,1	5,2	5,3	4,5
Assurés à la fin de l'année	1.492.257	1.468.178	1.432.725	1.375.462

I. Maladies professionnelles dans l'agriculture

Nombre				par 100 000 employés			
2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
198	234	250	245	13,3	15,9	17,7	17,6

Maladies professionnelles dans l'agriculture, nombre de cas

	2012	2013	2014	2015
Pneumoconiose	0	0	0	0
– silicose	0	0	0	0
– anthracose	0	0	0	0
– amianstose	0	0	0	0
Asthme	3	14	19	10
Maladies chroniques de la voix	0	0	0	0
Cancer	0	0	0	0
– cancer des poumons	0	0	0	0
– mésothéliome de la plèvre	0	0	0	0
Maladies infectieuses ou parasitaires	166	189	194	204
– hépatite B	0	0	0	0
– hépatite C	0	0	0	0
– maladie de Lyme	155	178	179	197

Activités de la KRUS afin de réduire le nombre d'accidents du travail

	2012	2013	2014	2015
Cours de formation pour les agriculteurs	2.410	2.407	2.487	2.423
Participants	49.527	47.912	52.138	49.704
Cours de formation pour les étudiants de l'école d'agriculture	199	228	221	212
Participants	5.423	6.804	6.042	5.771
Cours de formation pour les étudiants des collèges et des écoles primaires	1.696	1.546	1.521	1.436
Participants	101.546	90.672	90.111	85.268
Compétitions pour les agriculteurs	1.388	1.518	1.662	1.629
Compétitions et de concours pour les jeunes et les enfants du milieu rural	1.046	837	784	760
Points d'information de la KRUS pendant les événements agricoles	792	814	838	884
Démonstrations pratiques	1.474	1.390	1.866	1.750

La KRUS fournit une assistance aux assurés et aux personnes ayant droit à des prestations, qui sont en incapacité de travail totale, mais qui, selon les pronostics, peuvent la retrouver en conséquence d'un traitement et d'une réhabilitation, ou qui sont menacées de subir une totale incapacité de travail dans une exploitation agricole. Agriculteurs ordonnés une réhabilitation thérapeutique

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

Article 3§3

1) Façon de mener les consultations avec les organisations d'employeurs et de travailleurs en matière de mesures pour améliorer la sécurité et l'hygiène au travail. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et
2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) afin de mener des consultations avec les organisations d'employeurs et des travailleurs.
et
3) Données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.
Au cours de la période couverte par le rapport le Ministre du travail et de la politique sociale et les autres ministres, dans leurs domaines de compétence respectifs, ont mené des consultations des projets des actes juridiques concernant la sécurité et l'hygiène au travail avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, durant toutes les phases de travaux relatifs à ces projets. La procédure a été conforme à la procédure de consultation de projets des actes juridiques prévue dans la loi de 23 mai 1991 sur les syndicats et dans la loi de 23 mai 1991 sur les organisations d'employeurs.
La loi du 24 juillet 2015 sur le Conseil du dialogue social et les autres institutions du dialogue social a été adoptée. Le Conseil du dialogue social, créé en vertu de cette loi, a remplacé la Commission tripartite pour les affaires socio-économiques. Le Conseil est composé des représentants du gouvernement, de la partie des travailleurs et de la partie des employeurs. La partie des travailleurs est représentée par des membres des organisations syndicales représentatives. La partie des employeurs est représentée par des membres des organisations d'employeurs représentatives.
Le Conseil:

- est un forum pour la coopération tripartite des travailleurs, des employeurs et du gouvernement,
- conduit un dialogue afin d'assurer des conditions du développement socio-économique et de l'augmentation de la compétitivité de l'économie et de la cohésion sociale en Pologne,
- contribue à la réalisation du principe de participation et de solidarité sociale en matière d'emploi,
- contribue à une meilleure qualité de l'élaboration et de la réalisation de la politique et des stratégies socio-économiques, ainsi qu'apporter à la compréhensions sociale autour de ceux-ci,
- soutient le dialogue social à tous les niveaux des institutions de l'administration locale.

Pour arriver à ces fins, le Conseil:

- fait connaître ses avis et prend positions,
- donne des avis sur les projets des objectifs de projets des lois et les projets des actes juridiques,

– engage le processus législatif en vertu de principes définis dans la loi,
– remplit des autres tâches prévues par les autres lois.

Les projets des objectifs de projets des lois et d'autres actes juridiques, préparés par le Conseil des ministres et des ministres, sont soumis à l'avis de la partie des travailleurs et de la partie des employeurs auprès du Conseil du dialogue social. Le délai de la formulation de l'avis ne peut pas être plus court que 30 jours, mais il est possible de l'abréger pour des raisons d'intérêt public supérieur. Si le Conseil des ministres ne tient pas compte de l'avis ou qu'il apporte des modifications importantes dans le projet par rapport au projet sur lequel l'avis a été exprimé, il est tenu de présenter sa position dans l'exposé des motifs du projet soumis à la Diète.

La partie des employés et celle des employeurs du Conseil ont le droit de préparer les projets communs des lignes directrices des projets de lois et d'autres actes juridiques en matière relevant de la compétence du Conseil et de les transmettre au ministre compétent afin qu'il les transmise au Conseil des ministres. Si le Conseil des ministres n'adopte pas le projet, le ministère compétent est obligé de présenter à la partie des employés et à celle des employeurs une motivation écrite dans les 2 mois suivant la décision de ne pas adopter le projet, au plus tard dans les 4 mois à compter de la réception du projet par le ministre compétent. Si le projet de loi déposé auprès de la Diète comporte des changements importants, l'information concernant les motifs desdits changements est indiqué dans l'exposé des motifs du projet.

Le Conseil présente ses positions en matière mise à son débat par le Conseil des ministres, ses membres et d'autres autorités publiques. La partie des travailleius et celle des employeurs du Conseil ont le droit de soumettre des requêtes collectives concernant la publication ou la modification d'une loi ou d'un autre acte juridique en matière relevant de la compétence du Conseil.

ARTICLE 11 – DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Article 11§1

1) Politique sur la santé publique et le cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

La loi du 11 septembre 2015 sur la santé publique est une réponse à la nécessité d'introduire des mécanismes permettant d'améliorer l'état de santé de la société. Conformément à la loi en question, les tâches dans le domaine de la santé publique consistent à surveiller la situation sanitaire de la population de la Pologne et de ses déterminants, à mener des activités de recherche, à mettre en œuvre des interventions de prévention et de promotion de la santé, en tenant compte de la nécessité de réduire les inégalités sociales dans l'accès aux soins de santé.
La loi en question a établi le principe de la coopération dans la mise en œuvre des tâches dans le domaine de la santé publique: chaque entité publique qui met en œuvre les tâches ayant un impact sur la santé publique devrait coopérer, également avec les organisations non gouvernementales, dans le but d'améliorer la santé. La loi met l'accent sur l'importance de la coordination des actions menées par la municipalité et le district avec celles des autorités de la voïvodie dans le domaine de la surveillance de l'état de santé, afin d'éviter la duplication des mêmes tâches par des entités différentes.
La loi détermine le rôle du NFZ dans le système de la santé publique, qui comprend la prestation de soins de santé de prévention et ceux qui visent à promouvoir la santé ainsi que le subventionnement des programmes locaux de la politique de la santé.
Conformément à la loi en question, le Conseil de la santé publique soutient la mise en place de la politique intersectorielle de la santé publique. Il est composé de représentants de l'administration publique, ainsi que de représentants des organisations scientifiques, des employeurs et des organisations non gouvernementales.
Au cours de la période couverte par le rapport les travaux ont été menés sur le projet du règlement du Conseil des ministres relatif au Programme nationale de la santé pour 2016-2020 (règlement adopté le 4 août 2016). Le but du programme consiste à prolonger la vie, améliorer la santé et la qualité de vie de la population et réduire les inégalités en santé. Le programme définit les objectifs opérationnels concernant:

- amélioration du régime alimentaire, de la nutrition et de l'activité physique de la société polonaise,
- prévention et résolution de problèmes liés à la dépendance aux substances psychoactives et aux addictions comportementales,
- amélioration du bien-être mental de la société,
- réduction des risques en matière de santé résultant de dangers présents dans un environnement externe et dans les locaux ainsi que des risques résultant de contaminations biologiques,
- promotion d'un vieillissement actif et en bonne santé,
- amélioration de la santé procréatrice,

Le ministre compétent en matière de santé est responsable de la surveillance et de l'évaluation de la mise en œuvre du programme.

2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Au cours de la période couverte par le rapport, la cinquième édition du Programme nationale de prévention du VIH et de la lutte contre le sida pour 2012-2016 a été mise en œuvre. Ses objectifs visent à:

- endiguer la propagation du VIH,

- garantir l'accès à l'information, l'éducation et les services dans le domaine de la prévention du VIH/sida,
- mettre à jour la situation juridique dans le domaine du VIH/sida,
- développer les points de consultation et de diagnostic qui effectuent des tests gratuits et anonymes de dépistage du VIH combinés avec des consultations concernant le test,
- améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du VIH et souffrant du sida, de leurs familles et proches,
- améliorer la qualité et la disponibilité du diagnostic et de soins pour les personnes atteintes du VIH, souffrant du sida et vulnérables aux infections par le VIH,
- prévenir les infections verticales par le VIH,
- améliorer l'efficacité de la surveillance de la situation épidémiologique et des actions mises en œuvre.

Chaque voïvodie dispose d'une équipe responsable de la mise en œuvre du programme. Les équipes sont responsables de l'élaboration des politiques dans le domaine du VIH/sida, de la détermination des actions prioritaires à mettre en œuvre dans une année civile donnée, de l'amélioration de la coopération entre les entités mettant en œuvre le programme au niveau de la voïvodie et de l'amélioration de l'efficacité des actions menées. Les équipes sont composées de représentants des mairies de voïvodie, des offices des maréchaux, des offices des villes, du PIS, du NFZ, des autorités éducatives, des organisations non gouvernementales, des chambres régionales des médecins, des chambres régionales des infirmières et des sages-femmes, des consultants de voïvodie et d'autres personnes.

Le programme « Traitement aux antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Pologne pour 2012-2016 » couvre toutes les personnes infectées par le VIH et souffrant du sida qui répondent aux critères médicaux, y compris les femmes enceintes infectées par le VIH et les nouveaux nés de mères infectées par le VIH. Dans le cadre du programme, des médicaments antirétroviraux pour les adultes et enfants et des vaccins pour les enfants nés de mères infectées du VIH ont été achetés.

Au 31 décembre 2015, 8.606 patients ont été couverts par le traitement ARV (ce qui constitue une augmentation de 9% par rapport à 2013), y compris 113 enfants infectés par le VIH et souffrant du sida. En 2015, 55 femmes infectées par le VIH ont été couvertes par le traitement aux antirétroviraux. Il y a eu 38 accouchements et 4 fausses couches de femmes infectées par le VIH et les médicaments antirétroviraux ont été reçus par 38 nouveaux-nés.

Le traitement aux antirétroviraux a été mise en œuvre dans la prévention des infections après les expositions non-professionnelles chez 232 patients.

Le programme a été mis en œuvre par 22 hôpitaux/unités médicales, au sein desquels fonctionnent des centres de référence menant le traitement aux antirétroviraux des personnes infectées par le VIH et souffrant du sida. Le traitement aux antirétroviraux a été également effectué dans les établissements pénitentiaires.

Grâce au système national de distribution et de redistribution des médicaments antirétroviraux, aucun médicament acheté dans le cadre du programme n'est périmé. Tous les patients couverts par un programme de traitement antirétroviral avaient l'accès permanent (la continuité de l'approvisionnement en médicaments) à tous les médicaments ARV.

L'objectif du Programme pour le développement de la médecine de transplantation pour 2011-2020 est d'augmenter le nombre de transplantation des cellules, des tissus et des organes, d'améliorer les conditions d'effectuer des greffes, ainsi que de sensibiliser la société aux

problèmes liés à la transplantologie. Activités principales:

- développement des registres de donneurs de moelle osseuse, y compris le registre central de donneurs de la moelle osseuse potentiels, sans lien génétique - financement d'un plus grand nombre de recherche sur les donneurs potentiels,
- aide au développement des registres de transplantation statuaires – le Registre des donneurs vivants, le Registre national des greffes, la Liste nationale des personnes en attente de greffe, le système de coordination de transplantation,
- préparation des greffes biostatiques et culture cellulaire,
- formation des personnes exerçant des activités liées à l'approvisionnement, les essais, le traitement, le stockage et la transplantation de cellules, tissus ou organes en des unités du système de protection de la santé liées à la transplantologie et les formations pour les coordonnateurs de transplantation,
- financement des méthodes novatrices de greffe de cellules, tissus et organes (intestins, membres supérieurs, visages et larynx),
- financement d'activités des coordonnateurs, l'approvisionnement et la greffe de cellules, de tissus et d'organes et les formations pour de nouveaux coordonnateurs,
- financement du stockage du sang de cordon ombilical obtenu dans le cadre du programme,
- mise en œuvre du programme de transplantation dans des groupes de patients présentant un risque immunologique élevé,
- mesures promotionnelles et de sensibilisation mis en œuvre pour parvenir à une plus grande acceptation sociale de la transplantation en tant que méthode de traitement, ce qui augmentera le nombre des transplantations sur les organes de personnes décédées et les greffes de ces organes, ainsi que l'augmentation du nombre de transplantations familiales,
- travaux d'entretien et de construction dans les banques de tissus et de cellules, les centres de transplantation et les laboratoires de diagnostic médicales qui testent des cellules, des tissus ou des organes,
- achats d'équipement hautement spécialisé pour les centres de transplantation, les banques de tissus et de cellules, les laboratoires de diagnostic médicales effectuant les examens concernant les antigènes de la conformité des cellules et pour les centres d'obtention des organes pour les greffes.

Dépenses liées à la mise en œuvre du programme, zł

	Au total	travaux d'entretien et de construction	achat d'équipement hautement spécialisé
2012	26.817.412,54	17.920.817,82	8.896.594,72
2013	23.012.165,59	14.075.975,79	8.936.189,80
2014	16.986.381,00	9.430.424,95	7.555.956,05
2015	25.610.587,58	17.152.288,12	8.458.299,46

Nombre de transplantations d'organes

	2012	2013	2014	2015
de donneurs décédés				
de reins	1.131	1.076	1.064	958
de rein + pancréas	34	29	37	41
de foie	313	318	336	310
de cœur	79	87	76	99
de poumon	16	17	19	24
de donneurs vivants				
de rein	51	57	55	60
de foie	14	18	30	22

Le financement du recrutement et des recherches sur les donneurs potentiels constitue l'une des mesures prises dans le but d'améliorer l'accès au traitement pour le receveur ainsi que

d'augmenter les ressources du registre central de donneurs de la moelle osseuse et du sang de cordon ombilical potentiels, sans lien génétique.

Nouveaux donneurs de la moelle osseuse

2012	2013	2014	2015
20.548	24.007	23.864	24.810

À la fin 2015, le nombre de donneurs potentiels actifs dans le registre s'élevait à 927.702 (contre 68.557 à la fin 2011).

Dans le cadre du programme en question, un programme visant à identifier les patients présentant un risque immunologique élevé est mis en œuvre, afin de choisir un donneur de rein dont les caractéristiques antigéniques minimiseraient le rejet de greffe et de réduire le risque de rejet de greffe.

Des transplantations de cornée, qui ne sont pas effectuées dans le cadre des soins médicaux standards, ont été effectuées chez des patients présentant un risque de rejet de greffe pour des raisons immunologiques.

	2012	2013	2014	2015
Transplantations de conrnée	901	982	938	884
Transplantations de cornée chez des patients présentant un risque de rejet de greffe pour des raisons immunologiques	86	50	27	45

Dans le cadre de méthodes novatrices de transplantation:

- en 2013, deux transplantations de visage ont été effectuées,
- en 2014, une transplantation de membre supérieur a été effectuée,
- en 2015, une transplantation de larynx a été effectuée.

L'accent est mis sur la promotion de l'idée de la transplantologie dans la société. Les actions de promotion et d'éducation ont eu une portée nationale et locale. De plus, un programme d'éducation, de promotion et d'information ciblant les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, leurs familles et le personnel des stations de dialyse, a été mis en œuvre. L'analyse de l'efficacité des tâches effectuées a conduit à la décision de concentrer les efforts dans le cadre d'une campagne sociale et de mettre en œuvre des activités de promotion et d'éducation dans les voïvodies présentant le taux de greffe le plus bas. La campagne « Consentement à la vie » profitant de canaux de communication tels que: la télévision, la radio, l'internet, et le contact direct a été accueillie favorablement par la société.

Dans le cadre du programme en question (initié en 2010), le financement du fonctionnement des coordonnateurs du prélèvement et de la transplantation des cellules, des tissus et des organes dans les hôpitaux qui remplissent les conditions de prélèvement et surgreffage des organes est poursuivi. Aujourd'hui, le nombre de coordinateurs s'élève à 208. Des cours de formation de base ainsi que des cours de formation spécialisés pour les coordinateurs et les personnes liées à la transplantologie sont menés.

La transplantation croisée de reins et la transplantation de reins en chaîne effectuées en 2015 ont été un succès particulier de la transplantologie polonaise. De plus, la greffe de visage effectuée en 2013 par l'équipe du Centre d'oncologie de Gliwice a été la première greffe du visage au monde effectuée pour sauver la vie.

Le programme national pour le traitement des personnes atteintes de l'hémophilie et des hémogénies connexes pour 2012-2018 constitue une continuation d'une partie des tâches mises en œuvre dans les années 2005-2011 dans le cadre du Programme national pour le traitement de l'hémophilie. Le but du programme est d'améliorer les standards de traitement par l'accès aux concentrés de facteurs de coagulation et à la desmopressine ainsi que d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de l'hémophilie et des hémogénies connexes.

Pour estimer le niveau de protection des personnes atteintes de l'hémophilie et des hémogénies connexes, il faut analyser le taux d'exploitation du concentré du facteur VIII par habitant par an. Conformément aux recommandations de l'OMS, le minimum nécessaire à sauver la vie s'élève à 2 unités de mesure par habitant. En Pologne, en 2010, le taux en

question s'élevait à 4,7 unités de mesure, en 2015 - à 5,21 unités de mesure et il est prévu qu'en 2018, un taux de 6 unités de mesure sera atteint.
Dans les années 2012- 2015, la mise en œuvre du programme concernait:

- achat des concentrés de facteurs de coagulation et de la desmopressine pour les patients atteints de l'hémophilie et des hémogénies connexes,
- ateliers scientifiques et de formation pour les personnes impliquées dans le traitement de l'hémophilie et des hémogénies connexes,

La garantie de possession d'une quantité suffisante de concentrés de facteurs de coagulation indispensables aux personnes atteintes de l'hémophilie et des hémogénies connexes ainsi que l'approfondissement des connaissances des médecins, infirmières, physiothérapeutes, ambulanciers paramédicaux et diagnostiqueurs de laboratoire dans le domaine de l'hémophilie et des hémogénies connexes ont été les résultats principaux obtenus suite à la mise en œuvre du programme dans les années 2012-2015. L'Institut d'hématologie et de la médecine de transfusion de Varsovie a élaboré le document « Principes du traitement à domicile à l'aide de concentrés de facteurs de coagulation, indication des coûts dudit traitement et proposition concernant la manière d'organisation du traitement à domicile ».
Le programme « L'autonomie de la République de Pologne, en termes de sang, composantes du sang et les produits sanguins pour 2009-2014 » et du programme « L'autonomie de la République de Pologne, en termes de sang, composantes du sang et les produits sanguins pour 2015-2020 » visent à assurer l'autonomie dans l'approvisionnement en sang sûr, ainsi qu'en ses composants et les produits sanguins grâce à l'utilisation optimale des capacités des unités organisationnelles des services publics de sang et de donneurs de sang volontaires.
Le sang prélevé actuellement couvre dans 100% la demande pour le sang et les produits sanguins. Pourtant, dans certaines régions du pays, d'habitude dans la période de vacances, on peut observer une pénurie de composants du sang. La pénurie en question est surveillée et complétée avec du sang et ses composants provenant de régions excédentaires.
Activités principales mises en œuvre:

- organisation des actions visant à promouvoir le don de sang volontaire; en conséquence, le nombre de nouveaux donneurs potentiels de sang a augmenté,
- développement du système de collecte de sang et de ses composants basé sur les points de collecte de sang mobiles (autocars) et les véhicules spécialisés, adaptés pour transporter le sang,
- formation du personnel médical ayant pour objectif d'optimiser l'utilisation du sang et de ses composants dans le traitement; publication d'un document sur la gestion du sang et de ses composants dans les hôpitaux.

De plus, en 2015:

- des cours de formation pour les employés des établissements régionaux de don du sang et d'hémothérapie ont été organisés pour expliquer comment inciter et s'occuper de nouveaux candidats au don de sang,
- un concours pour l'adhèsion au projet « Candidat au don de sang » a été organisé,
- dans le cadre de la promotion du don de sang volontaire, des spots informant sur le don de sang volontaire ont été émis dans le transport public; de plus, des spots de promotion du don de sang ont été émis à la télévision et à la radio,
- des cours de formation sur la promotion du don de sang volontaire ont été organisés,
- des matériaux de promotion du don de sang volontaire ont été achetés.

Le Programme de dépistage néonatal en Pologne, éditions 2009-2014 et 2015-2018, vise la réduction de la mortalité néonatale, infantile et des enfants en raison d'anomalies du métabolisme et la prévention de l'handicap grave et durable résultant de ces anomalies, le diagnostic précoce et la mise en œuvre précoce du traitement des maladies innées couvertes

par le dépistage néonatal, ainsi que la réduction des coûts du traitement et du soin des enfants souffrant de maladies innées. Activités principales dans la période 2012-2015:

- dépistage néonatal pour l'hypothyroïdie (toute la population), la phénylcétonurie (toute la population), la mucoviscidose (toute la population), les anomalies métaboliques rares (toute la population), dépistage pour l'hypertrophie innée des glandes surrénales (pilotage),
- achat du matériel de diagnostic (des tests et des réactifs pour les tests),
- surveillance et coordination du programme.

En 2015, on a effectué le dépistage pour:

- l'hypothyroïdie – 370.000,
- la phénylcétonurie – 388.286,
- la mucoviscidose – 370.000,
- les anomalies métaboliques rares – 359.929,
- l'hypertrophie innée des glandes surrénales – 46.523.

Les activités suivantes ont été menées:

- un registre central de nouveau–nés et une base de données de patients couverts par le dépistage néonatal,
- des codes à barres et du buvard pour les prélèvements ont été distribués dans les centres effectuant le dépistage, l'envoi du buvard pour les prélèvements de sang et des lettres aux parents ainsi, l'envoi des résultats d'examens de contrôle et d'examens moléculaires aux médecins menant le traitement de patients,
- des tracts pour les mères, des matériaux d'information, des affiches, des instructions et des étiquettes avec le code ont été imprimés,
- 2 sites d'internet: un site à accès libre comportant les informations sur le dépistage néonatal pour les parents et médecins (http://przesiew.imid.med.pl) et un site chiffré, accessible aux personnes autorisées (y compris les directeurs des laboratoires effectuant le dépistage néonatal) qui permet d'obtenir les informations sur les nouveaux–nés en Pologne et les informations statistiques,
- des cours de formation et des conférences, y compris la conférence annuelle sur le dépistage néonatal des nouveaux–nés, ont été organisés.

L'objectif du Programme de diagnostic complet et de thérapie intra-utérine dans la prévention des complications et séquelles des malformations et maladies du fœtus comme un élément de l'amélioration de la santé foetale et néonatale, éditions pour 2009-2013 et 2014-2017, consiste en:

- diagnostic et thérapie intra-utérine du fœtus, augmentation d'accès à la thérapie intra–utérine, en utilisant des groupes spécialisés de la thérapie du fœtus dans de grandes maternités,
- introduction de nouvelles méthodes de thérapie fœtale in utero, en utilisant les derniers équipements de dépistage permettant d'accueillir des femmes enceintes de tout le pays.

Dans le cadre du programme:

- en 2012, 99 traitements intra-utérines pour le fœtus, 99 échographies constituant le critère d'admissibilité pour le traitement et 79 échocardiographies foetales,
- en 2013, 240 traitements intra-utérines pour le fœtus dans 12 pathologies identifiables, 240 échographies constituant le critère d'admissibilité pour le traitement et 122 échocardiographies foetales,
- en 2014, 207 traitements visant le diagnostic des pathologies fœtales et l'achat de matériel médical,
- en 2015, 286 traitements visant le diagnostic des pathologies fœtales et l'achat de matériel médical.

Le Programme national pour la protection des antibiotiques en Pologne pour 2011–2015 vise la mise en œuvre d'un système de prévention de perte de l'efficacité des antibiotiques dans le traitement des infections et des maladies transmissibles à la suite de la génération et la propagation de la résistance aux médicaments de micro-organismes: l'amélioration de la sécurité des patients de plus en plus vulnérables aux infections aux bactéries résistantes à beaucoup d'antibiotiques, ainsi qu'aux infections bactériennes invasives à l'extérieur de l'hôpital difficiles à traiter, par l'élaboration des principes de la thérapie antibiotique actuels et des contrôles des infections adaptés aux menaces nouvelles du côté des micro-organismes. Dans le cadre du programme un mécanisme intersectoriel est mis en œuvre, selon la recommandation de la Commission européenne, afin de coordonner la réalisation de la stratégie nationale de prévention de la résistance aux antibiotiques, d'échanger des informations et de se coordonner avec la Commission européenne, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et les États membres.
Tâches principales mises en œuvre au cours des années 2012–2015:

- formation des médecins des services de la thérapie intensive sur les principes de la thérapie antibiotique rationnelle, et d'autres spécialistes sur les infections en milieu hospitalier,
- mise à jour dans les ateliers microbiologies dans les hôpitaux de nouvelles règles européennes de détermination de la résistance aux antibiotiques,
- caractérisation des staphylocoques dorés responsables des infections du courant sanguin en milieu hospitalier,
- caractérisation moléculaire des souches responsables des infections invasives à l'extérieur de l'hôpital,
- diagnostic non cultivé des infections du sang (septicémie) et du système nerveux central,
- création et entretien de la Collection nationale des pathogènes bactériens invasifs,
- étude pilote dans les voïvodies małopolskie et wielkopolskie dans le cadre des ateliers pour les médecins de famille et d'autres médecins sur les principes de la thérapie antibiotique rationnelle, des méthodes de traitement et de diagnostic des infections survenant plus fréquemment en milieu hospitalier,
- préparation de propositions de la réalisation des contrôles des infections en milieu hospitalier et de la thérapie antibiotique rationnelle pour le réseau des hôpitaux cliniques,
- surveillance de la consommation d'antibiotiques dans les traitements ambulatoires et hospitaliers,
- surveillance de certains agents pathogènes de l'alerte au sein du réseau de l'ECDC/EARS-Net,
- surveillance de la prévalence de souches bactériennes multirésistantes,
- mise à jour et diffusion de recommandations sélectionnées en matière de nouveaux mécanismes de résistance,
- élaboration des recommandations sur la gestion des maladies sporadiques et des foyers épidémiologiques provoqués par des agents pathogènes de l'alerte.

Dans le cadre du programme, le programme « Surveillance des infections en milieu hospitalier et des infections bactériennes invasives aux fins d'études épidémiologiques, thérapeutiques et prophylactiques » était également réalisé dans la période 2009–2013 et en 2015. Activités:

- la carte d'agents pathogènes de l'alerte multirésistants a été élaborée,
- les données sur la consommation d'antibiotiques dans les traitements ambulatoires dans la période 2008–2014 et dans les traitements hospitaliers en 2014 ont été obtenues,

- les données sur infections bactériennes invasives à l'extérieur de l'hôpital (principalement le méningite et la septicémie) ont été obtenues et les facteurs éthologiques à leur origine ont été caractérisés,
- les activités de formation approfondie à l'égard des principes de la thérapie antibiotique rationnelle, adressées aux médecins de famille et d'autres médecins, infirmières anesthésistes, infirmières épidémiologiques, médecins des services de la thérapie intensive, microbiologistes, épidémiologistes ont été menées,
- une campagne d'information nationale « Journée européenne de sensibilisation à l'usage des antibiotiques » a été réalisée.

Au cours de la période 2016–2020 la poursuite du Programme national pour la protection des antibiotiques est prévue.

Les principaux objectifs du Programme national de lutte contre le cancer pour 2006–2015 sont:

- l'inhibition de la croissance de la morbidité du cancer,
- la réalisation des indicateurs européens moyens pour la détection précoce du cancer,
- la réalisation des indicateurs européens moyens pour l'efficacité du traitement,
- la création des conditions propices pour l'utilisation du progrès des connaissances en oncologie sur les causes et les mécanismes de développement des tumeurs malignes,
- la création du système de surveillance de l'efficacité de lutte contre le cancer au niveau national et dans chaque région du pays.

Dans le cadre du programme, les activités suivantes ont été mises en oeuvre:

- le développement de la prévention primaire des tumeurs malignes, y compris notamment celles dépendantes du tabagisme et de la mauvaise nutrition,
- la mise en œuvre des programmes pour la détection précoce du cancer, notamment du col utérin, du sein, du cancer colorectal et certains cancers chez les enfants,
- l'augmentation de l'accès aux méthodes du diagnostic précoce,
- la mise en œuvre de procédures visant à assurer la qualité du diagnostic et du traitement des tumeurs,
- l'harmonisation des procédures de radiothérapie,
- l'augmentation du nombre et remplacement des appareils pour la radiothérapie et le diagnostic de cancer,
- la diffusion des méthodes de traitement associé,
- le développement et la diffusion des méthodes contemporaines de réhabilitation des malades, la limitation de conséquences éloignées de traitement et les soins palliatifs en oncologie,
- le développement et la propagation de l'enseignement d'oncologie en formation prégraduée et postuniversitaire des médecins, dentistes, infirmières, accoucheuses et représentants d'autres professions médicales,
- l'amélioration du fonctionnement du système de collecte de données sur la progression du cancer,
- la diffusion des connaissances dans la société sur la prévention, le diagnostic précoce et le traitement du cancer.

Au cours de la période 2012–2015 les programmes éducatifs suivants ont été mis en œuvre:

- la formation des médecins spécialistes dans le domaine de la chirurgie générale sur le diagnostic des cancers et les procédures thérapeutiques tumeurs et des soins pour les malades après traitement oncologique,
- la formation des médecins anatomopathologistes dans le domaine de l'histopathologie oncologique,
- la formation du personnel médical dans le domaine de la psycho-oncologie.

Dans le cadre des programmes de prévention i de détection précoce du cancer on a réalisé ce qui suit:

- le programme de prévention du cancer primaire, dont le but a été l'éducation de la société – la diffusion du Code européen de la lutte contre le cancer, l'organisation de campagnes médiatiques, éducatives et d'intervention,
- programmes de dépistage, dont le but a été de réduire la morbidité et d'améliorer la détection du cancer du col utérin et la détection précoce du cancer du sein, ainsi que d'améliorer la participation des femmes au programme.

L'objectif du programme de prévention et de détection précoce du cancer du col utérin a été d'assurer des tests cytologiques aux femmes âgées de 25–59 ans, effectués une fois tous les 3 ans. Au cours des années 2012–2015, les tests ont été mis en place pour respectivement, 35,71%, 34,49%, 43,5% et 42,11% de femmes (en 2006 – 12,7%).

L'objectif du programme de la détection précoce du cancer du sein a été de mettre en place le dépistage par mammographie pour les femmes du groupe d'âge à plus grand risque de cancer du sein (50–69 ans), effectués une fois tous les 2 ans. Au cours des années 2012–2015, les tests ont été mis en place pour respectivement, 46,96%, 46,47%, 48,05% et 45,52% de femmes (en 2006 – 23,31%).

Grâce à la mise en œuvre du programme de dépistage pour la détection précoce du cancer colorectal le pourcentage des survies de 5 ans dans le cas du cancer colorectal en Pologne a augmenté jusqu'à 46% en 2014.

Le but du programme de soins pour les familles de haute risque génétique de tumeurs malignes est d'identifier le nombre possible de familles à risque élevé de cancer du sein, du cancer de l'ovaire, du cancer colorectal, du cancer des muqueuses du noyau de l'utérus, du rétinoblastome, de la maladie Hippel-Lindau (VHL) et de les couvrir par les soins visant à l'identification précoce et, dans des cas spéciaux, également à la prévention active de la morbidité de ces tumeurs.

Dans le cadre du Programme national de lutte contre le cancer des programmes ont été mis en œuvre pour améliorer la qualité du diagnostic et du traitement des cancers chez les enfants, ce qui a augmenté l'efficacité du traitement des tumeurs (leucémies, tumeurs solides, lymphomes du système nerveux central chez les enfants, mais aussi a provoqué la réduction de la toxicité et des coûts du traitement des enfants diagnostiqués de leucémie lymphoïde, tumeurs solides, lymphomes du système nerveux central). Le nombre d'erreurs de diagnostic a diminué et la précision de classification des patients au traitement a été améliorée. Le nombre de cas de rétablissements complets chez les enfants a augmenté. Il y a eu une augmentation du nombre de cas de financement d'achats de prothèses pour les enfants atteints du cancer aux os (en 2006, on a financé 22 prothèses, en 2014, 47 et en 2015, 37).

Les programmes d'investissement réalisés:

- l'amélioration du fonctionnement du système de la radiothérapie oncologique (l'achat, entre autres, de 27 accélérateurs, 6 simulateurs de planification du traitement, 18 tomodensitomètres, 4 stations pour la planification du traitement, 9 appareils pour la curiethérapie HDR),
- l'achat d'appareil de diagnostic pour la détection précoce du cancer (16 appareils de résonance magnétique, 48 tomodensitomètres, 26 caméras gamma SPECT-CT, 14 caméras gamma à champ de vision limité),
- l'amélioration des normes du traitement par chirurgie et du traitement associé du cancer du poumon (l'achat, entre autres, de 16 broncho-fiberoscopes, 10 bronchoscopes, 13 systèmes vidéos pour la vidéo-thoracoscopie, 12 respirateurs, 2 thoracoscopes, 14 vidéo-bronchoscopes, 4 appareils EBUS, 2 médiastinoscopes, 2 lasers opérationnels, 3 vidéo-broncho-fiberoscopes, 3 vidéo-gastroscopes, 4 appareils de diathermie à usage chirurgical,

13 trousses chirurgicales, 6 tables chirurgicales, 23 appareils pour la surveillance numérique du drainage),

- l'amélioration du diagnostic des leucémies aiguës chez les adultes (l'achat, entre autres, de 4 moniteurs cardiaques, 8 chambres à flux laminaire, 4 microscopes optiques, 9 séparateurs cellulaires, 10 congélateurs, 6 pompes à perfusion, 8 centrifugeuses, 3 moniteurs cardiaques, 16 microscopes optiques, 3 congélateurs, 3 soudeuses, 3 respirateurs, 19 moniteurs cardiaques, 30 lits d'hôpital, 1 électrocardiographe, appareil de radiographie, échographe, incubateur à CO2, spectrophotomètre, système d'analyse d'image conçu pour les tests cytogénétiques),
- l'amélioration de l'équipement des ateliers et des laboratoires d'anatomopathologie (l'achat d'équipement couvrant un processeur de tissus, un microtome semi-automatique, un système d'enrobage automatisé en paraffine, un microscope optique).

Dans le cadre des achats de l'équipement et du diagnostic du cancer de poumon l'appareil de diagnostic a été acheté, ainsi que l'équipement pour les salles d'opération et les salles de surveillance intensive après opération.

Le Programme national de prévention de la toxicomanie pour la période 2011–2016 a constitué le fondement des actions en matière de prévention de la toxicomanie au cours des années 2012–2015. L'objectif du programme est la réduction de la consommation de drogues et des problèmes sociaux et de santé y liés.

La surveillance des drogues et de la toxicomanie se fonde sur la collecte et l'analyse des données dans le cadre de cinq indicateurs clés définis par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies:

- la généralisation de la consommation de drogues dans toute la population,
- la soumissions au traitement,
- les maladies infectieuses liées à la drogue,
- les décès liés à la drogue,
- la consommation problématique de drogues.

Mesures préventives – la réponse à la question additionnelle 4 à l'article 11, paragraphe 3.

En ce qui concerne le traitement, la réhabilitation, la limitation des dommages sanitaires et la réinsertion sociale, une des priorités est d'assurer l'accès au traitement de substitution dans toutes les voïvodies pour au moins 25% des opiomanes. Les ressources financières consacrées au traitement de substitution sont augmentées d'une année à l'autre:

- 2012 – 18.346.953 zł,
- 2013 – 19.418.294 zł,
- 2014 – 19.822.194,51 zł

Le nombre de patients sous traitement augmente:

- 2012 – 2.057,
- 2013 – 2.447,
- 2014 – 2.601.

Les actions en matière de limitation de demande sont mises en œuvre principalement par la police. Elles consistent à lutter contre la fabrication d'amphétamines, la culture de chanvre autre que le chanvre destiné à la production de fibres et de substances psychotropes végétales, la mise sur le marché et l'accessibilité des drogues, le détournement des précurseurs, l'utilisation d'Internet en tant que moyen de criminalité liée à la drogue. En 2012, la police a détruit 15 sites de production illégale d'amphétamines, en 2013 – 16, en 2014 – 19.

En 2012, 31 groupes criminels liés à la drogue ont été dissous, en 2013 – 50 groupes, en 2014 – 14 groupes.

Les tâches dans le domaine d'études et de surveillance couvrent la collecte et l'analyse des données sur la drogue et la toxicomanie. Les attitudes sociales envers les drogues et la toxicomanie sont surveillées par l'administration locale.
La participation à la mise en œuvre de la polititique internationale en matière de lutte contre la drogue consiste à:

- participer à la planification, la création et la coordination de la politique de l'UE en matière de lutte contre la drogue,
- s'engager dans les travaux des institutions et des organisations internationales, autres que l'UE,
- coopérer avec les pays tiers en matière de lutte contre la mise sur le marché illégale des drogues et de mise en œuvre des programmes dans le domaine de la protection de la santé.

Questions additionnelles

1. Actions prises pour réduire la mortalité causée par les maladies cardiovasculaires

L'objectif principal du Programme national d'égalisation de l'accès à la prévention et au traitement des maladies cardiovasculaires POLKARD, éditions 2010–2012 et 2013–2016 consiste à réduire le taux de mortalité en raison des maladies cardiovasculaires par l'application de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement, en profitant de l'équipement et des appareils médicaux. Il a pour effet d'améliorer l'accès des patients à la thérapie cardiologique moderne (l'angioplastie coronaire primaire dans une crise cardiaque récente, l'électrothérapie des perturbations du rythme cardiaque, la réadaptation cardiologique), cardiochirurgique (y compris des traitements mini-invasifs des vaisseaux coronaires) et neurologique (la thrombolyse dans les accidents vasculaires cérébraux ischémiques, la réadaptation neurologique et la mise en place des stents dans les artères carotides).
En 2012 on a financé:

- les achats de l'équipement pour 3 salles hybrides composé d'un électrocardiographe numérique avec équipement, un appareil anesthésiant, un échangeur de chaleur, un appareil de diathermie à usage chirurgical et une lampe opératoire,
- l'achat de 32 appareils de gamme moyenne pour l'échocardiographie,
- l'achat des appareils pour les services et les cliniques de chirurgie cardiaque, notamment pour les services de thérapie intensive postopérationnelle et les services de soins médicaux intensifs – 15 pièces,
- l'achat de 23 échographes de moyenne gamme avec fonction Doppler destinés aux examens des vaisseaux périphériques,
- l'achat de l'équipement médical pour 11 services pour les accidents vasculaires cérébraux: 3 respirateurs portables, 3 respirateurs fixes, 6 encéphalographes, 3 échographes Doppler,
- l'achat de l'équipement médical pour 20 services de réadaptation pour les patients après les accidents vasculaires cérébraux: 10 pédaliers électriques, 2 tables basculantes, 13 systèmes dynamiques verticalisateurs de rééducation de la marche, 4 tapis roulants de rééducation de la marche,
- l'achat de l'équipement médical pour les services de réadaptation cardiologique: 10 appareils pour l'entraînement cycloergométrique,
- l'achat de l'équipement pour 5 ateliers d'électrophysiologie: 3 systèmes d'ablation, 3 appareils de radiographie, 2 ablateurs.

Dans le cadre des tâches « Surveillance de la situation épidémiologique en Pologne en matière des maladies cardio-vasculaires: l'étude multicentrique nationale de l'état de santé de la population WOBASZ II » et « Surveillance permanente annuelle de la mortalité précoce et générale et des admissions à l'hôpital en raison de maladies cardio-vasculaires en Pologne et

l'analyse de la situation par rapport à la moyenne pour les pays de l'Union européenne », l'étude de 2013 et la préparation du rapport contenant les conclusions des analyses épidémiologiques ont été financées.

Au cours de la période 2013–2015 l'achat de l'équipement a été financé, dans le cadre des programmes:

- « L'équipement pour des salles de traitement hybrides destinées aux traitements cardiologiques, de chirurgie vasculaire et endovasculaire et de cardiologie d'intervention » on a acheté: angiographe numérique pour l'examen du cœur et des vaisseaux – 7 pièces, table d'opération adaptée pour l'angiographie – 5 pièces, moniteur hémodynamique lié à l'angiographe – 1 pièce, chaque année l'équipement de 2–3 salles hybrides a été complété,
- « L'achat de l'équipement médical pour les services pour les accidents vasculaires cérébraux » – respirateur fixe – 20 pièces, échographe avec fonction Duplex – 15 pièces, échographe avec fonction Doppler – 2 pièces, électrocardiographe d'impédance – 3 pièces,
- « L'achat des échographes de moyenne gamme avec fonction Doppler » – échographe Doppler – 17 pièces,
- « L'achat de l'équipement médical pour les services de réadaptation pour les patients après les accidents vasculaires cérébraux »: équipement de rééducation de la marche permettant de délester le poids de corps – 25 pièces, logiciel pour la thérapie motrice interactive des malades handicapés de membre supérieur et/ou inférieur à l'aide de réalité visuelle virtuelle et de capteurs de mouvement – 19 pièces, appareil interactif de soutien à la reconstruction mécanique des fonctions motrices d'un membre dans les conditions de réalité virtuelle et de contrôle en retour – 16 pièces, tapis roulant – 5 pièces, jeu d'orthèses dynamiques de soutien au mouvement de la main paralysée – 3 pièces, appareil pour exercices du membre supérieur délesté mécaniquement à divers dégrés – 5 pièces, pédalier électrique – 10 pièces, table basculante – 2 pièces,
- « L'achat des appareil et de l'équipement médical pour les services de cardiologie pédiatrique »: système pour l'épreuve d'effort sur tapis roulant – 5 pièces, système pour la surveillance de l'électrocardiogramme 24/24 heures (Holter) – 14 pièces, système pour la surveillance de l'électrocardiogramme 24/24 heures (Holter) avec un respirateur fixe – pc, appareil pour l'échocardiographie – 12 pièces,
- « L'achat des appareil et de l'équipement médical pour les services de médecine interne »: électrocardiographe – 174 pièces, oxymètre de pouls – 203 pièces, équipement pour la surveillance de la tension artérielle pendant 24 heures – 137 pièces, moniteur cardiaque – 6 pièces,
- « L'achat de l'équipement électro-anatomique pour approvisionner les centres de référence en matière d'électrophysiologie moderne »: équipement électro-anatomique – 1 pc,
- « L'achat de l'équipement laser pour enlever les électrodes » – 1 pièce,
- « L'achat des appareils de radiographie au bras C » – 1 pièce.

Au cours de la période 2013–2015, dans le cadre des programmes:

- « La réparation non-opératoire d'une substantielle insuffisance mitrale fonctionnelle (après l'infarctus et en cardiomyopathie dilatée) par le biais du système MitraClip chez les malades à risque élevé, disqualifiés du traitement par cardiochirurgie » – 95 systèmes MitraClip ont été achetés,
- « Surveillance de la situation épidémiologique en Pologne en matière des maladies cardio-vasculaires: l'étude multicentrique nationale de l'état de santé de la population – Projet WOBASZ II et la Surveillance de la mortalité précoce et générale et des admissions à l'hôpital en raison de maladies cardio-vasculaires » – 3.022 personnes dans 8 voïvodies (lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, podlaskie, pomorskie, śląskie et

świętokrzyskie) ont été examinées, le rapport sur la mortalité précoce et générale et les admissions à l'hôpital en raison de maladies cardio-vasculaires a été élaboré,

– « Programme de prévention en matière de détection précoce de l'athérosclérose des membres inférieurs » on a financé, entre autres:
  - l'élaboration et l'enregistrement de la carte d'examen médical de prévention,
  - des séminaires portant sur l'athérosclérose des membres inférieurs, et des conférences,
  - la création d'un site web (www.miazdzycatkd.info) qui contient des informations pour les patients et les professionnels de la santé,
  - la préparation des affiches, des prospectus et de matériaux pédagogiques pour les médecins sur l'athérosclérose des membres inférieurs ainsi que d'un film éducatif sur l'athérosclérose des membres inférieurs,
  - l'achat de 89 appareils pour l'examen de indice tibio-brachial,
  - l'examen médical de prévention – dans la période 2013–2014, 7.318 personnes ont été examinées.

2. Critères permettant de déterminer que la personne en question souffre des troubles de santé mentale

Les troubles mentaux sont déterminés sur la base des critères de diagnostic de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-X): la classification et les symboles des troubles sont indiqués dans le chapitre V - F00-F99 « Troubles mentaux et comportementaux ».

3. Les activités et les résultats des activités mises en oeuvre dans le cadre du programme national pour la protection de la santé mentale (2011-2015)

Les objectifs du programme national pour la protection de la santé mentale pour 2011-2015:

– promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux,
– assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux des soins de santé polyvalents et accessibles généralement ainsi que d'autres formes de soins et de soutien nécessaires pour vivre dans un environnement familial et social,
– développer les recherches scientifiques et le système d'information.

Les dépenses liées à la mise en œuvre du programme augmentent d'une manière systématique (en 2011 elles s'élevaient à 2.023.817.000 zł, contre 2.318.665.000 zł en 2014), les moyens financiers consacrés aux soins psychiatriques et au traitement des toxicomanies ont augmenté de 18,62% et ceux consacrés aux soins psychiatriques environnementaux ont augmenté de 126,6%. Le nombre d'équipes de traitement à domicile est passé de 60 en 2011 à 124 en 2014. Des activités d'information, d'éducation, de prévention et de formation ont été renforcées.

4. Conformément à l'étude menée par l'OCDE en 2012 (« Improving the health-care system » dans le cadre de « OECD Economic Surveys: Poland 2012 »), les dépenses supportées par les patients sont parmi les plus élevées au sein des pays membres de l'OCDE en comparaison avec l'ensemble des dépenses pour les soins de santé (notamment l'achat de médicaments, des soins de santé spécialisés). Les actions entreprises pour changer cet état de choses.

En vertu de la loi du 12 mai 2011 sur le remboursement des médicaments et des denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et des dispositifs médicaux, le système de remboursement a été modifié de telle manière qu'il corresponde, autant que possible, dans le cadre de ressources financières disponibles, à la demande pour les médicaments, les denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et les dispositifs médicaux.

La loi réglemente d'une manière complète les questions concernant le remboursement des médicaments, des denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et des dispositifs médicaux. Les standards du financement de produits remboursables, à savoir la négociation de prix, la création de groupes de limite, la qualification de produits

remboursables à des niveaux spécifiques de paiement, les critères de la détermination de prix de vente officiels, le montant de marges de gros et de détail officielles et la promotion de l'idée de la substitution générique, ont été précisés.
Pour réduire les charges qui pèsent sur les patients, les catégories suivantes de paiement ont été introduites:

- médicaments de base – des médicaments et dispositifs médicaux à l'efficacité prouvée dans le traitement du tumeur maligne, des troubles psychotiques, du handicap mental, des troubles du développement ou des maladies infectieuses présentant un risque spécifique d'épidémie pour la population, ainsi que des médicaments et des denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers utilisés dans le cadre du programme de médicaments,
- paiement forfaitaire – des médicaments, des denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et des dispositifs médicaux:
  - qui doivent être utilisés pendant plus de 30 jours et dont le coût mensuel pour le bénéficiaire, avec le paiement s'élevant à 30% de la limite du financement, dépasserait 5% du salaire minimum annoncé par le Premier ministre en vertu de la loi du 10 octobre 2002 sur le salaire minimum, ou
  - médicaments figurant sur la liste de médicaments de base applicable avant l'entrée en vigueur de la loi, délivrés contre une somme forfaitaire,
  - qui doivent être utilisés pendant plus de 30 jours et dont le coût mensuel supporté par le bénéficiaire, avec le paiement s'élevant à 50% de la limite du financement, dépasserait 30% du salaire minimum,
- paiement de 50% – des médicaments, des denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et des dispositifs médicaux qui doivent être utilisés pendant moins de 30 jours,
- paiement de 30% – des médicaments, des denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et des dispositifs médicaux qui ont été qualifiés aux niveaux de paiement précisés au-dessus.

En conséquence, les patients paient en surplus en moyenne environ 1/3 du prix des médicaments remboursables.
150 médicaments utilisés pour les maladies les plus graves sont délivrés gratuitement aux patients, plus de 1.300 médicaments sont disponibles contre paiement additionnel de moins de 5 zł (dont environ 500 sont disponibles contre une somme forfaitaire – 3,20 zł), et 2.300 médicaments sont délivrés contre paiement de moins de 10 zł.
Les médicaments qui doivent être utilisés pendant plus de 30 jours sont délivrés soit contre une somme forfaitaire soit contre paiement additionnel de 30% du prix.
Compte tenu de l'ensemble des médicaments remboursables, en 2014:

- 69% des médicaments étaient disponibles contre paiement de moins de 10 zł,
- 89% des médicaments étaient disponibles contre paiement de moins de 20 zł,
- 11% des médicaments étaient disponibles contre paiement de plus de 20 zł,

Les coûts élevés supportés par les patients sont dus notamment à l'ordonnance de médicaments délivrés contre paiement de 100%, médicaments non remboursables délivrés sur ordonnance, médicaments délivrés sans ordonnance et compléments alimentaires.
Les coûts de traitement dépendent également du type de médicaments prescrits au patient (médicaments princeps ou « génériques »). Le pharmacien qui vend au patient un médicament est tenu de l'informer sur la possibilité d'acheter un équivalent moins cher.
Le problème concernant des coûts élevés de médicaments concerne notamment les personnes âgées, car elles souffrent souvent de plusieurs maladies simultanément. C'est la raison pour laquelle l'accent est mis sur les mesures visant à augmenter l'efficacité du traitement et de la pharmacovigilance par l'identification de personnes atteintes de plusieurs maladies et à la

rationalisation du traitement, mise en œuvre individuellement et sous la surveillance d'un médecin des soins de santé primaires, de manière à maximiser l'effet thérapeutique atteint et de minimiser le risque sanitaire associé aux risques découlant du phénomène de la polypharmacie (le développement de soins gériatriques et le renforcement de soins de santé primaires).
Pendant quatre ans où la loi sur le remboursement des médicaments était en vigueur, on a observé que le niveau du co-paiement par le patient a diminué de 34,5% (le 31 décembre 2011) à 31% (à la fin du premier trimestre de 2014).
En dehors de la période couverte par le rapport, la loi du 18 mars 2016 modifiant la loi sur les soins de santé financés par des fonds publics a garanti la furniture gratuite de certains médicaments, denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et dispositifs médicaux aux personnes âgées de plus de 75 ans.
Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé financés par des fonds publics, notamment en réduisant la participation du patient dans le financement des coûts de soins de santé:

- les dépenses du NFZ pour les soins de santé au total, y compris les soins ambulatoires spécialisés ont été augmentées,
- en vertu de la loi du 25 septembre 2015 sur le financement de certains soins de santé dans les années 2015–2018, le mode du règlement de la subvention destinée au financement des soins de santé pour les non-assurés, transférée au NFZ du budget de l'État, a été changé: un système forfaitaire avec une subvention de 320.232.000 zł par an établie par la loi a été introduit.

La mise en œuvre de la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers contribuera a la réduction des dépenses supportées par les patients pour les soins de santé. La directive vise à assurer la libre circulation des services dans le domaine des soins de santé sur le territoire des États membres en garantissant la possibilité de bénéficier de soins de santé dans un autre État membre et en assurant au patient le remboursement des coûts auprès du système de santé publique auquel il est soumis.
Voir aussi la réponse à la conclusion négative.

5. Mise en œuvre de la procédure juridique de la conversion sexuelle, exige-t-elle la stérilisation ou une autre procédure médicale invasive qui pourrait nuire à l'état de santé ou à l'intégrité mentale ?

Le sexe est déterminé à la naissance, en examinant les caractéristiques sexuelles externes. Le sexe déterminé de cette manière est inscrit à l'acte de naissance.
Le mode utilisé par les tribunaux pour résoudre les divergences entre le sexe figurant dans l'acte de naissance et l'identité de sexe consiste à déterminer le sexe conformément à la loi du 17 novembre 1964 - Code de procédure civile. Cela implique la nécessité de poursuivre les parents car ce sont eux qui ont déterminé le sexe à la naissance.
Afin de déterminer le sexe conformément aux dispositions du Code de procédure civile, la législation polonaise ne réglemente pas le processus thérapeutique, n'exige pas la stérilisation ou une autre procédure médicale invasive qui pourrait nuire à l'état de santé ou à l'intégrité mentale.
La liberté de la personne de décider de se soumettre à un traitement est protégé par les dispositions du Code pénal qui prévoit la responsabilité pénale pour la mise en œuvre d'un traitement médical sans consentement du patient. La privation de la capacité de procréer est traitée par le Code pénal comme une violence ayant entraîné des coups et blessures graves et est également passible d'une peine.

3) Statistiques et toutes autres informations pertinentes sur les principaux indicateurs de l'état de santé, les services et le personnel de soins santé.

L'état de santé, 2014

		Sexe			Age				
		Total	hommes	femmes	16-29 ans	30-44	45-59	60-74	75 ans et plus
		pourcentage							
Auto-évaluation de sa santé	très bonne	17,3	19,7	15,3	46,8	23,1	5,8	1,6	0,7
	bonne	40,9	41,9	40,0	44,8	59,1	43,5	22,2	9,2
	ni bonne ni mauvaise	28,1	26,0	29,9	6,7	14,1	37,4	51,7	41,4
	mauvaise	11,3	10,2	12,3	1,6	3,1	11,6	20,4	37,7
	très mauvaise	2,3	2,2	2,5	0,2	0,5	1,6	4,1	11,0
Présence de problèmes de santé à long terme ou d'une maladie chronique	oui	33,9	30,9	36,6	9,6	16,0	37,5	59,5	78,3
	non	66,1	69,1	63,4	90,4	84,0	62,5	40,5	21,7

Décès ventilés par des causes

	Liste des codes de catégorie selon la Révision X	2012	2013	2014
Total		384.788	387.312	376.467
Maladies contagieuses ou parasitaires	A00-B99	2.567	1.963	1.923
Tumeurs malignes	C00-C97	94.740	94.117	95.565
y compris:				
cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	22.650	22.655	23.210
cancer du sein chez les femmes	C50	5.574	5.816	5.975
cancer du col utérin	C53	1.669	1.669	1.628
Diabète	E10-E14	7.129	7.441	6.786
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99	177.578	177.433	169.735
y compris:				
hypertension	I10-I13	4.513	4.273	3.938
cardiopathie ischémique	I20-I25	44.677	40.869	38.538
y compris crise cardiaque aiguë	I21-I22	16.032	15.156	13.507
maladie des vaisseaux cérébraux	I60-I69	34.541	32.762	31.009
athérosclérose	I70	31.206	36.228	35.553
Maladies respiratoires	J00-J98	20.148	22.947	20.371
Maladies de l'appareil digestif	K00-K92	16.563	16.543	15.397
y compris fibrose et la cirrhose	K74	2.980	2.703	2.002
Maladies qui commencent au cours de la périnatalité	P00-P96	941	834	805
Malformations congénitales	Q00-Q99	955	918	878
Les symptômes, les caractéristiques de la maladie et les résultats d'examens cliniques et de laboratoires	R00-R99	22.755	24758	27.878
Causes externes de la mort	V01-Y89	23.569	22.438	21.395
y compris:				
accidents de transport	V01-V99	4.170	4.010	3.837
suicides	X60-X84	6.365	6.215	5.933
Hommes		202.094	201.696	195.791
y compris:				
Maladies contagieuses ou parasitaires	A00-B99	1.423	1.150	1.102
Tumeurs malignes	C00-C97	52.699	52.198	52.690
y compris:				
cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	16.206	16.002	15.847
Diabète	E10-E14	3.039	3.217	2.965
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99	83.181	82.523	78.818
y compris:				
hypertension	I10-I13	1.921	1.838	1.669
cardiopathie ischémique	I20-I25	24.234	22.299	21.044

y compris crise cardiaque aiguë	I21-I22	9.870	9.157	8.210
maladie des vaisseaux cérébraux	I60-I69	14.960	14.073	13.365
athérosclérose	I70	11.149	12.913	12.538
Cirrhose	K74	1.922	1.613	1.185
Causes externes de la mort	V01-Y89	17.993	17.004	16.194
y compris:				
accidents de transport	V01-V99	3.220	3.124	2.965
suicides	X60-X84	5.555	5.375	5.122
Femmes		182.694	185.616	180.676
y compris:				
Maladies contagieuses ou parasitaires	A00-B99	1.144	813	821
Tumeurs malignes	C00-C97	42.041	41.919	42.875
y compris:				
cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	6.444	6.653	7.363
cancer du sein chez les femmes	C50	5.574	5.816	5.975
cancer du col utérin	C53	1.669	1.669	1.628
Diabète	E10-E14	4.090	4.224	3.821
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99	94.397	94.910	90.917
y compris:				
hypertension	I10-I13	2.592	2.435	2.269
cardiopathie ischémique	I20-I25	20.443	18.570	17.494
y compris crise cardiaque aiguë	I21-I22	6.162	5.999	5.297
maladie des vaisseaux cérébraux	I60-I69	19.581	18.689	17.644
athérosclérose	I70	20.057	23.315	23.015
Cirrhose	K74	1.058	1.090	817
Causes externes de la mort	V01-Y89	5.576	5.434	5.201
y compris:				
accidents de transport	V01-V99	950	886	872
suicides	X60-X84	810	840	811

Décès des nourrissons et des mères

	Décès de nourrissons		Taux de mortalité maternelle (O00-O99)
	Total	pour 1000 naissances vivantes	Total
2012	1.791	4,6	4
2013	1.684	4,6	7
2014	1.583	4,2	8

Hôpitaux généraux*

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	913	966	979
Nombre de lits	188.820	187.763	188.116
Nombre de lits pour 10.000 habitants	49,0	48,8	48,9
Taux d'utilisation de lits (%)	246	245	246
Le séjour de patient moyen (en jours)	5,5	5,4	5,5
Personnes traitées au cours de l'année	7.897.872	7.867.664	7.897.119

*Y compris les hôpitaux pour lesquels l'organe créateur est le Ministre de la Défense Nationale ou le Ministre de l'Intérieur

Personnel travaillant dans les établissements de protection de la santé, taux pour 10.000 habitants

	2012	2013	2014
Médecins	22,1	22,2	22,8
Médecins dentistes	3,2	3,2	3,4
Pharmaciens	7,0	7,1	7,2
Infirmières	54,9	52,1	51,8
Sages-femmes[a]	12,3	11,5	11,3

a pour 10.000 femmes

Personnel travaillant dans les établissements de protection de la santé

	2012	2013	2014
Médecins	85.025	85.246	87.687
Médecins dentistes	12.491	12.322	13.088
Pharmaciens	26.843	27.446	27.747
Infirmières	21.1628	200.587	199.188
Sages-femmes	24.378	22.833	22.381

Conclusion négative

Un accès égal aux soins de santé n'est pas assuré. Ceci est notamment lié à une longue attente aux prestations médicales (conformément aux données statistiques présentées concernant le temps d'attente aux prestations)

Au cours de la période couverte par le rapport, de nombreuses actions ont été entreprises afin d'améliorer l'accès aux soins de santé financés par des fonds publics et de réduire le temps d'attente aux soins de santé.

Les dépenses du NFZ pour les soins de santé au total, y compris les soins externes spécialisés, ont été augmentées. Voir la réponse à la question 3 à l'article 12§1.

Le 22 juillet 2014, la loi sur les soins de santé financés par des fonds publics a été modifiée: des changements visant à améliorer l'accès aux soins de santé et d'améliorer les soins aux patients oncologiques, ont été introduits, en créant une catégorie séparée de patients en attente de la prestation de soins de santé oncologiques. Ces solutions visent à assurer la complexité et la coordination de soins à chaque stade du cancer.

« Un diagnostic oncologique rapide » prévoit que le patient se présente chez un médecin des soins de santé primaires, dont la tâche consiste à déterminer si une visite chez un spécialiste est nécessaire. A cet effet, le médecin examine le patient et évalue ses symptômes, en lui prescrivant également des examens. En cas de suspicion de tumeur maligne, le médecin des soins de santé primaires conseille au patient d'aller voir un cancérologue ou un médecin qui se spécialise dans un type de cancer donné. Le patient obtient une carte de diagnostic et de traitement oncologique qui l'autorise à commencer « un diagnostic oncologique rapide ». La carte de diagnostic et de traitement oncologique lui donne la possibilité de s'inscrire sur une liste séparée de patients en attente du diagnostic oncologique.

Le médecin des soins de santé primaires inscrit à la carte de diagnostic et de traitement oncologique les informations de base sur la santé du patient, y compris les problèmes qu'il lui a signalés et la localisation suspectée de la tumeur. Il y indique également auxquels médecins spécialistes, le patient devrait s'adresser.

La modification de la loi sur les soins de santé financés par des fonds publics a également introduit des changements visant à régler les problèmes liés à la mauvaise gestion des listes d'attente, qui ont un impact sur l'allongement du temps d'attente au traitement, notamment:

- éliminer les cas où les patients s'inscrivent sur plus d'une liste d'attente pour le même soin de santé en étendant le champ d'application de l'interdiction de s'inscrire sur plus d'une liste d'attente pour les soins de santé accordés sur la base d'une ordonnance ainsi que pour les soins de santé accordés sans ordonnance et introduire l'obligation de fournir l'original d'une ordonnance.
- fournir aux patients les informations concernant le premier délai disponible de la prestation de soin de santé par un établissement médical donné,
- introduire la règle selon laquelle si dans le délai fixé le patient ne se présente pas, par sa faute, dans son établissement médical pour bénéficier de soin de santé, il est radié de la liste,
- introduire l'obligation de tenir des listes d'attente sous forme électronique.

Des mesures permettant de surveiller les listes d'une manière efficace ont été mises en place. En conséquence, les listes sont tenues de manière à assurer le respect du principe de l'accès juste, équitable, non discriminatoire et transparent aux prestations de soins de santé et conformément aux critères médicaux et les informations concernant le temps d'attente fournies aux bénéficiaires sont crédibles et sérieuses. L'étendue de la collection des données permet au NFZ et au Ministre de la santé de mener des analyses approfondies concernant le temps d'attente et la demande de services de santé, ainsi que – à long terme – de prendre des mesures visant à la prévention contre les limites d'accès aux services de santé dans les régions du pays différentes.

La nécessité d'obtenir une ordonnance pour consulter un ophtalmologue ou un dermatologue a été introduite, ce qui vise à abréger des files d'attente pour les soins de dermatologie et d'ophtalmologie.
Une autre modification introduite par un amendement de la loi sur les prestations de soins de santé financées par des fonds publics résulte en une réduction du temps d'atteinte pour les services de santé – c'est qui sert à cet objectif, c'est le conseil sur l'ordonnance qui a été introduit. En vertu des nouvelles règles, ayant pris connaissance de l'état de santé du patient, illustré dans sa documentation médicale, le médecin peut donner une ordonnance nécessaire pour poursuivre le traitement, ainsi qu'un ordre pour l'approvisionnement des dispositifs médicaux. Le médecin ne doit pas examiner le patient chaque fois.
En vertu de la loi du 22 juillet 2014 modifiant la loi sur les professions d'infirmière et de sage-femme et certaines autres lois, les infirmières et les sages-femmes titulaires d'un diplôme de deuxième cycle universitaire dans le domaine des soins infirmiers ou de maïeutique, ainsi que les infirmières et les sages-femmes qui détiennent un titre de spécialiste dans le domaine des soins infirmiers ou de maïeutique, ont obtenu le droit d'ordonner des médicaments et de délivrer des ordonnances pour ceux-ci, ainsi que d'ordonner des examens et des dispositifs médicaux spécifiques et de délivrer des ordonnance pour ceux-ci ou des ordres – si elles ont complété une formation dans ce domaine.
La loi modifiant la loi du 22 juillet 2014 sur les prestations de soins de santé financées par des fonds publics a introduit les cartes de besoins médicaux. Les cartes régionales de besoins médicaux et la carte nationale de besoins médicaux ont été introduits pour couvrir les inégalités de l'état de santé des citoyens et pour faciliter l'identification des différences des besoins de santé présents dans les régions (au niveau de voïvodie et de powiat).
Au niveau régional, la carte de besoins médicaux vise à déterminer la situation démographique et sanitaire actuelle et estimée, ainsi qu'à identifier des aires où il est nécessaire de prendre des mesures concernant l'infrastructure et les services. La carte va permettre de:

- garantir le financement plus raisonnable des services de santé et des investissement dans le secteur,
- limiter la possibilité de prendre des décisions arbitrales sur le financement des services de santé,
- augmenter la transparence du système d'investissement et du processus de la conclusion de contrats avec des prestataires.

La carte nationale de besoins médicaux va fournir des informations analogues, mais concernant les domaines des soins spécialistes (par exemple la transplantologie) munis au niveau du pays entier. En plus, elle vise à présenter une vision complète de la situation démographique et sanitaire au niveau national ainsi qu'à identifier des aires où il est nécessaire que plusieurs voïvodes ou les autorités compétents de l'État prennent des mesures concernant l'infrastructure et les services conjointement.
La préparation des cartes régionaux tombe sous la responsabilité des voïvodes et est fondée sur les lignes directrices de l'Institut national de la santé publique – l'Institut national de l'hygiène.
Les cartes régionales sont prépares tous les cinq ans, mais actualisées chaque année, ce qui va permettre un suivi continu des effets de mesures prises.
Un nouveau instrument opérationnel qui sert à améliorer la qualité des services des soins de santé, ce sont les avis des voïvodes sur l'opportunité de nouveaux investissements et de créer dans l'aire concerné des nouvelles entités fournissant des services de santé financés par des fonds publics. L'avis est un outil visant à planifier l'offre des prestations pour la rendre conforme aux besoins réels.

Les cartes et les avis sont destinés à permettre le développement de l'infrastructure assurant un accès aux prestations garanties qui est durable et adapté aux besoins.

Article 11§2

1) Nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et
2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

La prestation des services de santé dans le domaine des soins périnataux est régie par le règlement du Ministre de la santé du 22 septembre 2012 sur les standards du traitement médical lors de la prestation des services de santé relatives aux soins périnataux d'une femme au cours de la grossesse physiologique, de l'accouchement physiologique, du post-partum et des soins aux nouveaux-nés (auparavant – le règlement du Ministre de la santé du 23 septembre 2010 sur les standards relatifs aux soins et sur la procédure médicale à suivre pour les soins pendant la période périnatale administrés aux femmes au cours de la grossesse physiologique, de l'accouchement physiologique, du post-partum et des soins aux nouveaux-nés).

Les standards du traitement médical tiennent compte des lignes directrices de l'OMS, le progrès médical, les expériences polonaises en matière des soins apportés à la mère et de l'enfant; en plus, elles sont adaptées à l'organisation du système de santé et la législation polonaise, notamment en ce qui concerne les droits des patients mentionnés dans la loi du 6 novembre 2008 sur les droits du patient et au Défenseur des droits du patient

Les standards définissent des éléments des soins médicaux visant à garantir un bon état de santé de la mère et de l'enfant, en même temps limitant au strict minimum les interventions médicaux, notamment l'amniotomie, la stimulation des contractions utérines, l'administration des opioïdes, l'épisiotomie, la césarienne, l'administration du lait de croissance à un nouveau-né. Les standards tiennent compte des règles de la sécurité sanitaire, dans la cadre de laquelle les soins se fondent sur des pratiques de l'efficacité prouvée.

Les standards identifient aussi l'étendue recommandée des prestations préventives et des activités de la promotion de la santé, ainsi que des examens diagnostiques et des consultations médicaux effectués pour les femmes enceintes, y compris les périodes de leur exercice. En plus, les standards précisent notamment:

- l'identification des facteurs de risque de complications prénatales et intranatales,
- le plan des soins prénataux et le plan de l'accouchement,
- le traitement lors de l'accouchement,
- les stratégies de l'atténuation de la douleur lors de l'accouchement,
- le début de l'accouchement,
- le traitement lors de la première phase de l'accouchement,
- le traitement lors de la deuxième phase de l'accouchement,
- le traitement lors de la troisième phase de l'accouchement,
- le traitement lors de la quatrième phase de l'accouchement,
- les soins apportés à un nouveau-né,
- les bases de la réanimation néonatale,
- le post-partum.

Afin de garantir des soins appropriés pour la femme enceinte et le nouveau-né, les standards prévoient qu'une femme enceinte ou une parturiente doit être ordonné à un entité médical fournissant des soins périnataux qui correspondent au état de santé de cette femme et au déroulement de la grossesse ou de l'accouchement. Les niveaux des soins périnataux:

- le premier niveau des soins périnataux comprend les soins concernant la grossesse physiologique, l'accouchement et le post-partum, ainsi que les soins apportés à un nouveau-né en bonne santé et les soins à court terme concernant des pathologies imprévues de la grossesse,
- le deuxième niveau des soins périnataux comprend les soins concernant les pathologies moyennes de la grossesse,
- le troisième niveau des soins périnataux comprend les soins concernant les pathologies les plus graves de la grossesse.

Au titre du règlement du Ministre de la santé du 22 septembre 2015 modifiant le règlement sur les standards du traitement médical lors de la prestation des services de santé relatives aux soins périnataux d'une femme au cours de la grossesse physiologique, de l'accouchement physiologique, du post-partum et des soins aux nouveaux-nés, l'entité médicale assurant les soins à un nouveau-né est obligé à informer le centre d'assistance aux familles de powiat, si elle soupçonne l'existence de problèmes de soins et d'éducation et si la mère ou les tuteurs légaux ne coopèrent pas avec la sage-femme ou l'entité médicale assurant les soins au nouveau-né.

Le règlement du Ministre de la santé du 9 novembre 2015 sur les standards du traitement médical de l'atténuation de la douleur natale oblige le personnel médical à prendre des mesures visant à atténuer cette douleur et à permettre à la parturiente de choisir la méthode de l'atténuation. Pour préparer une femme pour l'accouchement de façon appropriée, il faut lui fournir des informations complètes et compréhensibles en ce qui concerne les méthodes de l'atténuation de la douleur natale, leur efficacité et leurs effets indésirables.

Le Ministre de la santé a issu le règlement du 9 novembre 2015 sur les standards du traitement médical lors de la prestation des services de santé dans la domaine de maïeutique et de gynécologie, relatives aux soins périnatales de gynécologie-obstétrique apportés à la patiente pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum en cas des complications et aux soins apportés à la patiente en cas d'échecs obstétriques. En plus des normes des soins apportés à la patiente en cas d'échecs obstétriques, les standards définissent aussi des éléments des soins médicaux visant à parvenir au meilleur état de santé possible de la mère et de l'enfant à naître en cas de constatation de: une grossesse gémellaire ou une existence lors de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum des complications suivantes: hypertension artérielle chez l'enceinte, prématurité, risque accru de l'hypoxie fœtale, hémorragie obstétricale. Les standards identifient l'étendue des tests de diagnostique, des prestations préventives et thérapeutiques ainsi que le lieu de la prestation des services.

Le Ministre de la santé a constitué un groupe de travail pour l'élaboration de lignes des activités visant à réduire le nombre des césariennes. Le taux des césariennes s'élève à environ 42% (moyenne UE – 26%). L'objectif du groupe est de discuter des axes d'évolution et d'activités pour réduire le nombre des césariennes, ainsi que de développer des recommandations dans ce domaine.

Le Ministre de la santé a constitué un groupe de travail pour la surveillance et l'élaboration de solutions pour l'amélioration des soins périnataux. L'objectif du groupe est de parvenir à une meilleure qualité des soins apportés à la mère et à l'enfant en analysant les dispositions légales en vigueur concernant les standards relatifs aux soins et sur la procédure médicale à suivre pour les soins pendant la période périnatale administrés aux femmes au cours de la grossesse physiologique, de l'accouchement physiologique, du post-partum et des soins aux nouveaux-nés dans les entités médicaux fournissant des prestations relatives à l'obstétrique et la gynécologie.

Questions additionnelles

1. Actions entreprises en vue de la diffusion de la connaissance des dispositions du règlement du 14 septembre 2010 sur la forme des soins médicaux pour les femmes enceintes qui donne droit à une prime à la naissance au titre de la naissance de l'enfant et au modèle d'une attestation confirmant que l'enfant reste sous la tutelle de sa mère, pour encourager les femmes à consulter le médecin le plus tôt que possible

Le Ministère de la santé a préparé une communication sur les règles applicables au versement d'un supplément à la prestation familiale au titre de la naissance et d'une allocation de naissance unique, publiée sur les sites web du Ministère de la santé et du Ministère du travail et de la politique sociale, ainsi que diffusée dans les médias, dans les périodiques médicaux et par les associations des médecins et des infirmières et sages-femmes. L'information sur ce sujet a été transmise aussi au consultant national dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie, ainsi que, par l'intermédiaire de lui, aux consultants de voïvodies. En plus, les patients et les prestataires ont été adressés par une action d'information sous la forme d'une affiche, conduite dans les établissements de soins de santé primaires. Les médias locaux ont obtenu une information préparée par le Ministère de la santé.

2. Informations sur les activités visant à remédier à l'insuffisance des services de soins pour les personnes non autonomes

En juillet 2015, le Ministère de la santé a annoncé un concours de mise en oeuvre des projets visant à réaliser un pilotage et tester le standard du centre de soins de jour. Le financement a été adressé à ces entités médicales qui avaient conclu un accord sur la fourniture des services de santé avec une direction générale du NFZ dans la voïvodie. Grâce à la réalisation de projets, 58 centres de soins de jour seront établis dans deux années.

Le standard du centre de soins de jour est destiné à un test pilote au niveau central et puis à une diffusion en utilisant de ressources des programmes opérationnels régionaux 2014–2020.

Les centres de soins de jour fourniront l'assistance aux personnes non autonomes, notamment à ceux âgés de plus de 65 ans, dont l'état de santé ne peut pas être satisfait seulement par des soins de santé primaires et des soins spécialistes ambulatoires, mais en même temps qui ne nécessite pas la surveillance médical et infirmier 24/24 heures. L'objectif des centres de soins de jour sera de fournir des soins de santé accompagnés par la thérapie et le processus de l'amélioration du fonctionnement et de la cognition. Les catégories de base des soins de santé vont comprendre:

- soins infirmiers, y compris l'éducation du patient concernant l'autothérapie et les autosoins,
- conseil sur le choix des dispositifs médicaux,
- amélioration de la mobilité,
- stimulation de la cognition,
- ergothérapie,
- préparation de la famille et des tuteurs du patient pour la continuation des soins.

En plus des services de santé, la nourriture, les activités supplémentaires et le transport gratuit en provenance et à destination du domicile seront assurés, adéquatement à l'état de santé.

3) Données statistiques et toutes les autres informations pertinentes, y compris les informations concernant les prestations dans la matière du conseil et des tests de dépistage dans les écoles et auprès de l'autre partie de la société.

Nombre de consultations de prophylaxie administrés aux femmes enceintes, en mille

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

Nombre d'accouchements, ventillés par le lieu d'accouchement

	Hôpitaux*	Autres lieux, avec assistance du professionnel	Autres lieux, sans assistance du professionnel	Total
2012	382.443	402	395	383.240
2013	365.782	353	345	366.480
2014	371.428	334	322	372.084
2015	n.d.	n.d.	n.d.	364.598

*Hopitaux générals et hôpitaux cliniques.

La mortalité des nourrissons ne cesse de décroître. En 2014, 1.583 décès des enfants âgés de moins d'un an ont été enregistrés (moins de 100 qu'en 2013). Le taux de décès des nourrissons pour 1.000 naissances vivantes s'élevait à 4,2‰ (4,6‰ en 2013), moins de 4 points de pourcentage qu'au début du XXI^{e} siècle et moins de 15 points de pourcentage qu'au début des années 1990.

Environ 70% des décès des nourrissons ont lieu pendant le premier mois de la vie, dont plus de la moitié pendant la première semaine de la vie. Presque la moitié des décès des nourrissons est une conséquence des maladies et des états de la période périnatale, 37% suivants est causé par les malformations congénitales, alors que la reste des décès résulte des maladies acquises pendant la période infantile ou des blessures.

Comme dans le cas du taux de décès des nourrissons, le taux de décès périnataux (les mortinaissances et les décès des nourrissons âgés de 0 à 6 jours pour 1.000 des naissances mortes et vivantes) aussi démontre une tendance à la baisse. En 2014 ce taux s'élevait à 6,0‰, au début du XXI^{e} siècle – 10‰, et au début des années 1990 – presque 20‰.

Article 11§3

1) Nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

Le 28 janvier 2015 le règlement du Ministre de la santé du 18 août 2011 sur la vaccination préventive obligatoire a été modifié. L'obligation de la vaccination préventive contre la varicelle des enfants âgés de moins de 12 ans se trouvant dans:

- établissements de soins et d'assistance,
- établissements de soins et de traitement médical,
- foyers de l'enfance de type familial,
- centres d'accueil pour les mères avec les mineurs et pour les femmes enceintes,
- maisons d'assistance sociale,
- établissements de soins et d'éducation,
- établissements régionaux de soins et de thérapie,
- centres préadoptifs d'intervention,
- crèches ou les clubs d'enfants.

La liste des personnes autorisées à pratiquer la vaccination a été modifié. Actuellement, les vaccinations peuvent être pratiquées aussi par ces personnes qui, dans le cadre du perfectionnement professionnel, ont complété un cours ou une formation dans le domaine des vaccinations préventives et obtenu un document certifiant la complétion de ce cours ou de cette formation, ou qui ont obtenu une spécialisation dans le domaine dans le cas de lequel le régime-cadre de formation post-universitaire prévoit les aspects des vaccinations préventives, ou qui possèdent un expérience d'au moins 6 mois en matière de la pratique des vaccinations préventives.

2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Au cours de la période 2012–2015 la PIS continuait les activités visant à élargir les groupes des enfants soumis aux vaccinations obligatoires et recommandées contre les maladies

infectieuses. L'Inspectorat a aussi surveillé l'organisation des vaccinations, y compris l'exécution des vaccinations, la distribution des vaccins et les rapports sur cette matière, ainsi que des analyses, simulations et des activités pour la promotion des vaccinations préventives.
Parmi les modifications les plus importantes au programme, il y a:

- l'introduction en 2012 de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche avec une teneur réduite des componés diphtériques et coqueluches (dTap) chez les enfants qui n'ont pas reçu de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluhce (DTaP) à l'âge de 5 ans.
- les indications à une vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche par un vaccin acellulaire (DTaP) ont été élargies pour englober les enfants nés avant la fin de la 37^{e} semaine de la grossesse ou né d'un poids inférieur à 2.500 g,
- les vaccinations contre l'hépatite B à l'âge de 13 ans ont été supprimées du programme, en laissant seulement les vaccinations contre l'hépatite B chez les personnes qui n'ont pas déjà reçu de vaccinations de base dans le cadre des vaccinations obligatoires ou recommandées (réalisées chez les jeunes jusqu'à l'âge de 19 ans),
- en 2013 et 2014, conformément aux lignes directrices de l'OMS, la liste des vaccinations recommandées a été modifié en mieux spécifiant les groupes des personnes indiqués aux vaccinations contre la grippe sur la base d'indications cliniques, individuelles et épidémiologiques, ainsi que les vaccinations contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, les pneumocoques, les méningocoques, l'hépatite B, le choléra, la fièvre typhoïde et la fièvre jaune,
- en 2015 l'étendue des vaccinations obligatoires contre l'hépatite B a été élargi pour couvrir les personnes avec une insuffisance rénale avancée ou terminale et soumis aux dialyses; en plus, les groupes des enfants obligés aux vaccinations contre la varicelle ont été spécifiés.

En 2012 un système électronique de surveillance de la distribution des vaccins et du stock a été mis en œuvre. Le système assure un échange uniforme des documents qui accompagnent le processus de la mise sur le marché des vaccins, y compris leur retrait/suspension par la décision de l'Inspecteur Pharmaceutique Général.
Depuis le quatrième trimestre de 2013 l'Inspecteur sanitaire général mène une action d'information sous le slogan « Zaszczep w sobie chęć szczepienia ! » (« Inculquez à vous-même la volonté de vous faire vacciner ! »). Son objectif est d'instaurer la confiance au sein de la société envers les activités en matière de prévention des maladies infectieuses, d'améliorer les connaissances dans le domaine de la prévention des maladies infectieuses qui peuvent être prévenues par des vaccinations préventives et de sensibiliser aux avantages des vaccins. Elle s'adresse aux parents et gardiens d'enfants et aux professionnels de soins de santé. Dans le cadre de la campagne un spot a été préparé et émis dans 293 véhicules (sur 330 écrans LCD) dans 20 villes.
En plus, les activités suivantes ont été organisées:

- le lancement du site web www.szczepienia.gis.gov.pl (2013), où on trouve des informations sur les vaccinations préventives, soutenues par les avis des experts dans le domaine de la vaccinologie,
- une campagne médiatique (2013/2014),
- la préparation des matériaux d'information (dépliants, brochures d'information, guide « ABC Vaccinations préventives. Guide pratique pour les parents des enfants jusqu'à 2 ans » (2014–2015),
- la préparation d'un cycle d'interviews et d'articles sur les vaccinations préventives (2013–2015),
- en 2014 et 2015 la Semaine européenne des vaccinations (l'initiative dirigée et coordonnée par l'OMS).

Situation épidémiologique et activités – voir la réponse à la question additionnelle 5.

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur la proportion de fumeurs des cigarettes par rapport à l'ensemble de la population, sur l'évolution de la consommation d'alcool, ainsi que sur les taux de couvertures vaccinales pour les maladies infectieuses et épidémiques.

Le taux de couverture vaccinale des enfants est de 96 à 99,9%.
La consommation du tabac – voir la réponse à la question additionnelle 1.
La consommation d'alcool – voir la réponse à la question additionnelle 2.
Les drogues – voir la réponse à la question additionnelle 4.

Questions additionnelles

1. Données statistiques sur la consommation du tabac et l'incidence des maladies résultant de la consommation du tabac

Dès 2011 la proportion de fumeurs de cigarettes réguliers (qui fument tous les jours) diminue – de 31% en 2011, 27% en 2013, à 24% en 2015. Dans la population masculine la proportion de personnes qui n'ont jamais fumé (50%) est devenue égale à la proportion de personnes qui ont fumé à un moment quelconque (50%). Chez les femmes la proportion de personnes qui n'ont jamais fumé est nettement supérieur à la proportion de personnes qui ont fumé à un moment quelconque (66% contre 34%).

La proportion la plus élevée de fumeurs est parmi les chômeurs (55%) et parmi les personnes qui évaluent mal leur situation financière (42%) et la moins élevée chez les personnes qui ont un diplôme universitaire (12%) et qui évaluent bien leur situation économique (19%).

76% des consommateurs de tabac fument des cigarettes produites en usines. Le tabac pour rouler ses cigarettes soi-même est choisi relativement souvent (28%). Les cigarettes fines (slim, 6%) et les cigarettes mentholées (6%) sont fumées par peu de personnes, plus souvent les femmes que les hommes. Les autres produits de tabac, y compris les e-cigarettes, sont fumés de manière marginale (≤3%). Une partie des fumeurs des e-cigarettes fume aussi des cigarettes traditionnelles. Les e-cigarettes sont fumées le plus souvent afin d'arrêter de fumer des cigarettes traditionnelles.

En 2013, 45% des répondants ont dit qu'on fume chez eux, en 2015 – 39%. L'interdiction générale de fumer à la maison (61%) est beaucoup plus répandue que la liberté illimitée de fumer (13%).

Le tabagisme passif dans les lieux de travail et dans certains lieux publics arrive encore, pourtant en général il se limite aux espaces fumeurs ou aux aires extérieures. Dans les lieux publics les Polonais sont le plus souvent exposés au tabagisme passif sur les arrêts et dans les installations de transports (25%), dans les bars et pubs (19%) et dans les discothèques et clubs de musique (11%), ainsi que dans les lieux de travail (11%).

Selon l'enquête nationale sur les attitudes envers la consommation de tabac menée en 2013:

- le nombre des décès dus directement à la consommation de tabac est de 90 mille personnes par an,
- 38% des décès des hommes âgés de 38 à 69 ans sont liés à la consommation de tabac, dont 55% des décès résultent du cancer dû à la consommation de tabac. 94% des cas du cancer du poumon chez lez hommes et 68% chez les femmes résultent de la consommation de tabac,
- l'incidence de la consommation de tabac diminue chez les hommes (de 39% en 2011 à 31% en 2013), chez les femmes l'incidence de la consommation de tabac reste stable (23% en 2011 et 2013),
- la proportion des femmes et des hommes qui arrêtent de fumer augmente (chez les hommes – 14% des anciens fumeurs en 2011 et 21% en 2013, chez les femmes – 9% des anciennes fumeuses en 2009 et 15% en 2013),

- 50,2% des fumeurs, indépendamment du sexe, de l'âge, du lieu de résidence, envisagent d'arrêter de fumer, les principaux facteurs afin d'arrêter de fumer étant la prise de conscience des dangers du tabac (57,5%) et l'augmentation du prix des cigarettes (12,9%),
- la plupart des fumeurs consomment des produits du tabac régulièrement (82%), 18% fument des cigarettes occasionnellement.

Un sérieux problème lié à la consommation de tabac est l'exposition des non-fumeurs, notamment des enfants, à la fumée de tabac. C'est pourquoi, en vertu de l'amendement de la loi du 9 novembre 1995 sur la protection de la santé contre les conséquences de la consommation du tabac et de produits du tabac, effectué en 2010, fumer dans les lieux de restauration et lieux récréatifs n'est possible que dans les espaces fumeurs prévues à cet effet et si le local comprend au moins deux salles destinées à la consommation, dans une salle fermée ventilée. Il est interdit de fumer dans les unités de soins médicaux et d'autres entités dispensant des soins de santé, les établissements d'enseignement et d'assistance sociale, les université, sur les lieux de travail, dans les institutions culturelles et de récréation, les moyens de transport public et les établissements de services aux voyageurs, sur les arrêts de transport public, dans les complexes sportifs, sur les terrains de jeux pour enfants et dans d'autres lieux publics.

2. Données statistiques sur la consommation d'alcool

En 2014 la consommation d'alcool 100% a été de 9,4 l par habitant, ce qui signifie une diminution de 0,27 l par rapport à 2013. La consommation de boissons spiritueuses a diminué le plus – elle a été inférieure de 11 % par rapport à 2013 et égale à 3,2 l en valeur d'alcool 100%. La consommation de bière a été de 98,9 l, ce qui signifie une augmentation de 1,2 l. La consommation de vin et d'hydromel a augmenté de 5,8 l à 6,3 l.

Plus de 80% des habitants adultes de Pologne consomment de l'alcool. Les attitudes d'abstinence d'alcool se rencontrent plus souvent chez les femmes (25,5%) que chez les hommes (10,9%).

La plupart des consommateurs d'alcool en consomment à bas niveau de risque des dommages, mais 11,9% des Polonais adultes abusent d'alcool (en consomment d'une manière qui cause les dommages sanitaires et sociaux). Les problèmes liés à l'alcool concernent beaucoup plus souvent les hommes que les femmes.

Le groupe de personnes qui boivent le plus (plus de 12 l d'alcool 100% par an), représentant 7,3% des consommateurs de boissons alcoolisées, consomme 46,1% de l'alcool total consommé. Le groupe de personnes qui boivent peu (moins de 1,2 l d'alcool 100% par an), représentant 46,9% des consommateurs d'alcool, consomme seulement 4,9% de l'alcool total consommé.

Chaque année environ dix mille personnes meurent des suites directes et indirectes de la consommation d'alcool.

3. Résultats des mesures entreprises afin de limiter la consommation d'alcool

Après une forte augmentation de la consommation, qui est survenue en 2003 à la suite de la diminution des droits d'accises sur l'alcool éthylique, depuis 2009 où les droits d'accises sur tous les types d'alcool ont augmenté, l'augmentation de la consommation de boissons alcoolisées est ralentie.

Un facteur significatif qui influence l'importance de la consommation d'alcool est la possibilité de son achat, à savoir le nombre de points de vente de boissons alcoolisées. En 2014 leur nombre a diminué par rapport à 2013 (en 2013 il y avait 266 personnes par un point de vente d'alcool, en 2014 – 273 personnes).

En 2013, par rapport à 2012:

- le nombre de décès dus aux problèmes mentaux liés à la consommation d'alcool a diminué de 14% (1.362 décès en 2013 contre 1.583 décès en 2012), la diminution du

nombre de décès dans le groupe d'hommes étant proportionnellement un peu plus élevé (-15%) que dans le groupe de femmes (-11%),

- le nombre de décès dus aux maladies de foie a diminué de 5% (de 7.218 en 2012 à 6.857 en 2013), la diminution du nombre de décès dus aux maladies de foie ne concerne que les hommes,
- le nombre de décès dus à l'intoxication par alcool a diminué de 8% (de 1.571 en 2012 à 1.448 en 2013), cette diminution étant proportionnellement beaucoup plus élevée dans le cas des décès des femmes que des hommes (-21% contre -6%).

4. Programmes et mesures entrepris afin de lutter contre la consommation de substances psychotropes, données statistiques concernant la consommation de substances psychotropes

En 2015 les dispositions concernant les drogues de confection ont été introduites:

- la loi du 24 avril 2015 modifiant la loi sur la prévention de la toxicomanie et certaines autres lois,
- le règlement du Ministre de la santé du 27 novembre 2015 sur la liste de nouvelles substances psychoactives,
- le règlement du Ministre de la santé du 27 novembre 2015 sur la liste des titulaires autorisés de mener des tests ayant pour but d'établir si le produit expérimental donné est un designer drug ou une nouvelle substance psychoactive,
- l'ordonnance du Ministre de la santé du 13 octobre 2015 sur le règlement d'organisation du Groupe pour l'évaluation des risques pour la santé ou la vie humaine liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives.

Par suite des changements la procédure de retrait du marché des substances dangereuses pour la vie et la santé a été améliorée, entre autres, et 114 nouvelles substances offertes dans les magasins avec des drogues de confection ont été contôlées.

Le service des douanes a obtenu la possibilité d'appliquer l'interdiction de leur importation sur le territoire de la Pologne.

Le groupe pour l'évaluation des risques pour la santé ou la vie humaine liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives a été institué. L'objectif du groupe est de préparer pour le Ministre de la santé la base pour prendre la décision d'entamer les travaux législatifs relatifs aux nouvelles substances qui agissent sur le système nerveux central. La liste des substances est définie par voie de règlement, ce qui permet un retrait des substances dangereuses du marché beaucoup plus rapide.

PIS a procédé à une surveillance intensive et à des activités de prévention et contre les épidémies. Les activités consistaient à surveiller, informer et faire de la prévention ainsi qu'à fermer les points de vente des drogues de confection et à conduire les procédures administratives.

Au cours de la période 2012–2015 3.299 contrôles ont été effectués, 665 points de vente des drogues de confection démntelés, 167.473 produits contestés, des amendes de 49.139.470 zł infligés, 350 dossiers transmis aux services répressifs. PIS a commandé aussi des tests des produits pour des substances psychoactives, a opéré une ligne téléphonique d'urgence sur les drogues de confection et a surveillé les cas d'empoisonnements et suspectés d'empoisonnements par des drogues de confection.

L'action prévue dans le Programme national de prévention de la toxicomanie pour 2011–2016, dans le cadre du volet « Prévention »:

- renforcement des attitudes propices à la réduction de la consommation de drogues,
- réduction de la propagation de l'initiation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de drogues de confection parmi les jeunes,
- réduction de la propagation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de drogues de confection parmi les enfants et les jeunes,

– renforcement de la qualité du système de l'action préventive.

Renforcement des attitudes propices à la réduction de la consommation de drogues: au cours des années 2012–2014 les campagnes suivantes ont été réalisées:

– « Drogues ? Pourquoi ? »: corriger des convictions erronées des jeunes sur les drogues, promouvoir de modes de vie sains et montrer comment on peut s'amuser, apprendre et travailler sans drogues ou drogues de confection. Les médias nationaux ont participé dans cette campagne, le site web www.nacomito.com.pl et le profil nacomito sur le Facebook ont été créés. Plusieurs matériels multimédia, y compris un jeu éducatif sur les conséquences sanitaires, sociales et légales de la consommation de drogues ont été mis sur ce portail,
– « Drogues de confection peuvent te brûler. (le slogan ne se traduit pas en français – « Dopalacze mogą cię wypalić »). Connaissez les faits »: la diffusion de l'information sur les risques de consommer des drogues de confection,
– le site www.rozumwysiada.pl consacré au problème des risques liés à la consommation de drogues en circulation routière (dans le cadre de la campagne « Tu as consommé ? Ne conduit pas ! Après les drogues la raison s'en va »),
– « Il/elle prend des médicaments ou en consomme ? Les médicaments sans ordonnance pour traiter, pas pour consommer »: la sensibilisation aux risques liés à l'emploi des somnifères et des tranquilisants de la classe de benzodiazépines ainsi que des médicaments disponibles sans ordonnance qui contiennent du dextrométhorphane, de la pseudoéphédrine/éphédrine et de la codéine par les jeunes pour des raisons non-médicales. La campagne a été précédée de l'étude « Le phénomène de l'emploi des somnifères et des tranquilisants de la classe de benzodiazépines ainsi que des médicaments disponibles sans ordonnance qui contiennent du dextrométhorphane, de la pseudoéphédrine/éphédrine et de la codéine par les jeunes pour des raisons non-médicales ».

Des publications pour des personnes jeunes et adultes sont lancées, sur les effets des drogues, les conséquences de leur consommation et les mécanismes de la formation de la dépendance, ainsi que les informations concernant l'offre des établissements de soutien aux personnes toxicomanes sont diffusées:

– un guide « À la recherche de la communication avec ton enfant. Plus proche de nous-mêmes – plus loin des drogues »,
– un guide « Toxicomanie. Où chercher de l'aide ? »,
– un guide pour les parents « Sur les médicaments, herbe de cannabis et drogues de confection – sans hystérie »,
– un guide pour les enseignants « L'école et les parents contre les risques des substances psychoactives »,
– un dépliant « FreD goes net »,
– un dépliant « Drogues »,
– une affiche « Intoxication par drogues. Premiers secours »,
– une brochure « Drogues de confection. Guide pour les parents, les enseignants et les pédagogues ».

Le service d'assistance téléphonique national « Drogues – Toxicomanie », qui fonctionne tous les jours entre 16 h 00 et 21 h 00, s'adresse à ceux qui abusent de substances psychoactives, les toxicomanes et leurs proches. Les employés du téléphone fournissent les conseils et le soutien psychologique, les informations sur le système de traitement et les adresses des établissements de traitement et informent sur les dispositions légales relatives à la toxicomanie.

Le Bureau national de prévention de la toxicomanie gère des portails internet éducatifs:

– www.rozumwysiada.pl, lancé en 2009, consacré aux drogues en circulation routière,

- www.candisprogram.pl, adressé aux usagers des produits de cannabis, qui promeut le programme de thérapie (informations sur les objectifs, contenu et hypothèses du programme, les informations juridiques, coordonnées des centres mettant en œuvre le programme « Candis »),
- www.przyjmujelekiczybierze.pl contient des informations sur la consommation des médicaments disponibles sans ordonnance, qui peuvent être utilisés dans des conditions anormales d'emploi afin de s'étourdir; les matériaux ont été créés en 2013 dans le cadre de la campagne « Il/elle prend des médicaments ou en consomme ? Les médicaments sans ordonnance – pour traiter, pas pour consommer ».

La clinique de toxicomanie via internet (www.narkomania.org.pl) mène des activités d'information et d'éducation sur le problème de la toxicomanie et fournit des consultations psychologiques, médicales et juridiques.

Afin de prévenir l'initiation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de drogues de confection les programmes adressés aux jeunes à risque de dépendance sont mis en œuvre. Des mesures pour réduire le risque de dommages parmi les usagers occasionnels de la drogue sont prises dans des lieux avec une exposition accrue aux contacts avec les stupéfiants, psychotropes et drogues de confection (clubs, discothèques, manifestations de masse). Les programmes de prévention sélective, visant à changer les attitudes de consommation de drogues et à réduire les risques liés à la consommation occasionnelle de drogues, comprennent: l'éducation sur les risques liés à la consommation de drogues, l'encouragement à changer les attitudes et les comportements, des interventions, des informations sur les endroits où l'on peut recevoir de l'aide pour les consommateurs de drogues et la distribution du matériel d'information. Les réalisateurs des programmes sont des travailleurs sociaux spécialement formés.

Le programme de prévention universelle sur la consommation des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues) « Unplugged », adressé aux élèves des collèges, est mis en œuvre sous la forme de 12 leçons pour les élèves et 3 réunions pour les parents. Il est réalisé à l'aide des manuels et des scénarios prêts à l'emploi: un guide pour la réalisation de ce programme, un guide pour l'enseignant, un livre d'exercices pour l'élève, et un scénario pour les réunions avec les parents.

Afin de réduire la propagation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de drogues de confection parmi les jeunes et les enfants, le programme de prévention « FreD goes net » est mis en œuvre, et celui-ci est adressé aux jeunes qui utilisent des drogues de façon occasionnelle ou nuisible. Le programme est fondé sur la méthode d'intervention courte sur la base de la technique de thérapie de motivation. Le but est d'encourager les participants à la réflexion et l'amélioration du savoir sur la consommation de drogues, l'encouragement à l'évaluation du risque et à la responsabilité, le changement des attitudes et des comportements liés à la consommation des drogues et la familiarisation avec l'offre du système d'aide au niveau local.

Les tâches liées à la prévention sélective, ainsi que celles adressées aux enfants et jeunes exposés aux facteurs de risque (individuels, familiaux, environnementaux): « les enfants des rues », les mineurs vulnérables au crime et à la démoralisation et qui commettent des infractions, les enfants et les jeunes vulnérables à l'exclusion sociale, la toxicomanie, ceux qui expérimentent avec les drogues et les usagers occasionnels, sont réalisées. Ces objectifs comprennent la réduction des facteurs de risque environnementaux (famille, personnes de même âge) et l'amélioration du fonctionnement émotionnel et social, la résolution des crises associées aux drogues et l'évolution des comportements responsables associés aux drogues et les attitudes pro-santé. Les activités éducatives, d'intervention et psychocorrectives sont entreprises. Les programmes sont mis en œuvre par les établissements opérant au niveau local – centres socio-thérapeutiques, ateliers pédagogiques, clubs de jeunes, centres de prévention

sociale, points de consultation, cliniques de prévention environnementale et cliniques de la prévention et du traitement de la toxicomanie.
Afin d'améliorer la qualité du système de programmes de prévention, il fonctionne un groupe pour la recommandation des programmes de prévention et la promotion de la santé mentale. Le rôle du groupe consiste également à la diffusion de stratégies de prévention efficaces et des méthodes de construction des programmes.
En 2006, 2010 et 2015, des enquêtes ont été menées sur un échantillon représentatif des habitants de la Pologne âgés de 15-64 ans concernant la consommation de drogues. Les résultats démontrent que les produits de cannabis ont été la drogue la plus populaire. Dans l'étude menée en 2015, 16,3% des personnes interrogées ont reconnu les avoir consommés au moins une fois dans leur vie (contre 9,1% en 2006 et 17,6% en 2010). Les pourcentages significativement plus faibles des répondants ont confirmé l'utilisation d'autres substances telles que: ecstasy, amphétamine, hallucinogènes et LSD. Depuis 2010, leur consommation diminue.
La diffusion de l'usage de drogues présente un niveau stable, à l'exception de la marijuana. Les résultats de l'enquête menée en 2011 sur un échantillon représentatif des élèves des classes III des collèges, ainsi que des classes II des écoles secondaires démontrent que la marijuana et le haschisch sont les drogues illégales les plus populaires. 20,1% des élèves plus jeunes et 28,5% des élèves plus âgés ont reconnu avoir consommé des produits de cannabis au cours des 12 derniers mois. Dans les deux cas, cela représente une augmentation significative par rapport à 2007. Pour les autres types de drogues, il n'y avait pas de différences significatives entre les enquêtes menées en 2007 et 2011.
L'enquête sur la consommation de substances psychoactives par les élèves menée en 2013, a couvert un échantillon de 1.360 élèves âgés de 18-19 ans. En 2013, 4,2% des personnes interrogées (contre 4,7% en 2010) ont reconnu avoir utilisé des médicaments antitussifs et des médicaments contre le rhume pour s'étourdir au moins une fois dans leur vie. La situation était similaire en ce qui concerne les déclarations de l'utilisation des produits de ce type au cours des 12 derniers mois (2,1% en 2013, contre 2,2% en 2010) et au cours des 30 derniers jours (1% en 2013 contre 1,1 % en 2010).
Selon l'enquête menée en 2014, le taux d'utilisation des drogues de confection (nouvelles substances psychoactives - NSP) dans la population générale s'élevait à 1,3% (contre 1,4% en 2012). Respectivement 0,3% et 0,2% des répondants ont reconnu avoir utilisé de nouvelles substances psychoactives au cours des 12 derniers mois et au cours du mois dernier.

5. Actions entreprises en vue de contrôler les maladies infectieuses

Vu la situation épidémiologique internationale et le programme mondial de l'éradication de la poliomyélite, la surveillance épidémiologique de la paralysie flasque aiguë a été intensifiée. De plus, un pourcentage élevé de personnes vaccinées a été maintenu et un diagnostic clinique et virologique correct a été effectué. Les actions de routine pour la lutte contre les épidémies (y compris les enquêtes épidémiologiques en cas de foyers de maladies transmises par les aliments) et les actions en relation avec des problèmes croissants liés à l'apparition de la fièvre Ebola et des infections au coronavirus MERS-CoV en dehors de la Pologne ont été entreprises.
La surveillance des infections dans les hôpitaux a été effectuée sur la base des contrôles des unités de soins médicaux, à l'aide des formulaires de contrôle unifiés.
Il fonctionne, au sein de l'Inspectorat Sanitaire Général, un point de Contact du Système Précoce d'Avertissement et de Réaction. Son activité comprend la collecte et l'échange entre les états membres de l'UE des informations pertinentes pour la prévention et la lutte contre les infections et les maladies contagieuses humaines.
Le niveau de la résistance des enfants et des jeunes âgés de moins de 19 s'élevait à 95-99% en 2012-2015, ce qui constitue l'un des meilleurs résultats en Europe.

Les modifications du programme des vaccinations obligatoires sont précédées d'une analyse de la situation épidémiologique des maladies contagieuses choisies contre lesquelles la vaccination préventive obligatoire est menée. Par ailleurs, parmi les facteurs déterminant les modifications il y a les tendances dans le domaine de la vaccinologie moderne qui se focalisaient notamment sur l'application des vaccins polyvalents, à un niveau fort de combinaison, les recommandations de l'OMS concernant aussi bien les types suggérés à l'application des vaccins, que la compatibilité des schémas de la vaccination préventive obligatoire avec les programmes élaborés par cette organisation relatifs à l'extirpation des maladies contagieuses dans le monde.

Le PIS, en collaboration avec l'Institut national de la santé publique – l'Institut national de l'hygiène, met en œuvre une action « Formation des employés exerçant certains métiers présentant un risque élevé de la transmission des infections hématogènes et de toute la société en matière de prévention (HCV, VHB, VIH), dans le cadre du projet « Prévention des infections HCV » financé dans le cadre du Programme de la coopération entre la Suisse et la Pologne. Cette action d'éducation et de formation cible les employés du secteur de la santé et les employés du secteur de services non médicaux (salons de tatouage, instituts de beauté et salons de coiffure) mettant en œuvre des interventions qui rompent la continuité des tissus. Dans ce cadre, l'Institut national de la santé publique et l'Inspecteur Sanitaire Général, en collaboration avec les inspecteurs sanitaires nationaux et de voïvodie, ont organisé des cours de formation concernant la prévention des infections hématogènes (HCV, VHB, VIH) dans 11 voïvodies visant à:

- augmenter l'efficacité de la prévention de la propagation des infections hématogènes (HCV, VHB, VIH) par l'approfondissement des connaissances des travailleurs exerçant des métiers présentant un risque élevé de la transmission des infections hématogènes en matière de facteurs de risque et de voies de transmission de ces infections,
- perfectionner les compétences dans le domaine de la prévention des infections hématogènes pendant la mise en œuvre des interventions qui rompent la continuité des tissus,
- sensibiliser les employés exerçant des métiers présentant un risque élevé de la transmission des infections hématogènesles au problème de l'hépatite C et les infections par le virus HCV,
- lutter contre la stigmatisation des personnes infectées par le virus HCV.

Une des mesures pour réagir au danger à la santé publique résultant des maladies contagieuses à caractère épidemique qui apparaissent chez les hommes est la coopération avec les offices et les institutions: le Ministère de la santé, l'Inspection sanitaire militaire, L'Inspection nationale sanitaire, le Ministère de l'intérieur et de l'administration, l'Inspection vétérinaire, l'Inspection nationale de la protection de l'environnement, les institutions spécialisées de diagnostic et de traitement des maladies contagieuses, des centres nationaux de référence en matière du diagnostic des maladies contagieuses, l'Institut national de la santé publique – l'Institut national de l'hygiène, l'Institut national des médicaments, la Clinique des maladies vénériques de l'hôpital clinique Enfant Jésus – Centre de traitement des lésions à Varsovie, l'Institut de tuberculose et des maladies pulmonaires à Varsovie, l'Institut militaire de l'hygiène et de l'épidémiologie, le Service des douanes, le Centre gouvernemental de sécurité) et les experts dans le domaine de la lutte et de la prévention des maladies infectieuses. Par ailleurs, une collaboration avec les réseaux internationaux de la surveillance épidémiologique est mise en oeuvre – le Centre Européen de Contrôle des Maladies Contagieuses (ECDC), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les instituts scientifiques nationaux et étrangers agissant dans le domaine de la santé publique, de l'épidémiologie des maladies contagieuses et des laboratoires microbiologiques de référence.

En 2015, des lettres ont été envoyées aux voïvodes en leur demandant de rappeler aux directeurs des entités médicales dont les structures comportent des unités de neurologie qu'il existe une obligation découlant du règlement du Ministre de la santé du 10 juillet 2013 sur les notifications de la suspicion ou du diagnostic d'infection, de maladie infectieuse ou de décès dus à une infection ou à une maladie infectieuse, de surveiller et de notifier à l'inspecteur sanitaire du district, compétent pour le lieu de diagnostic, toute infection ou maladie infectieuse, ainsi que les suspicions de paralysie spinale infantile et de paralysie flasque aiguë, y compris le syndrome de Guillain-Barré, chez les enfants de moins de 15 ans (y compris l'obligation de déposer de rapports zéro en cas cas d'absence de ces infections et maladies infectieuses dans une année donnée).

ARTICLE 12 – DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 12§1

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et
2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

En ce qui concerne les principes de l'organisation du régime d'assurances sociales et du système de santé, au cours de la période couverte par le rapport il n'y a pas eu de modifications par rapport à ce qui a été présenté dans les rapports précédents.

3) Données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible, en particulier portant sur la population (en %) couverte par la législation sur les prestations thérapeutiques, les prestations de maladie, les retraites et les pensions d'invalidité, les pensions de survie, les revenus et les dépenses du Fonds des Assurances Sociales (FUS), de la KRUS et du Fonds du travail.
et
Question additionnelle
Nombre de personnes assujetties à l'assurance/concernées par toutes les branches de sécurité sociale dans les années 2012-2015:

- **retraites et pensions d'invalidité,**
- **pensions obtenues suite à un accident,**
- **chômage,**
- **assurance-maladie,**
- **assurance traitement,**

Nombre d'affiliés à ZUS, le 31.12 d'une année donnée (en milliers)

	assurance		
	de retraite et pensions d'invalidité	accidents	maladie
2012	14.603,9	14.106,1	13.225,7
2013	14.519,8	14.003,0	13.050,7
2014	14.525,0	13.961,0	13.039,9
2015	14.821,5	14.250,8	13.285,5

*) sans membres de famille

Personnes visées par l'assurance-maladie obligatoire*)
le 31.12 d'une année donnée, en milliers

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

*) à l'exclusion des personnes qui reçoivent les prestations de retraite ou de pensions d'invalidité, des allocations et des prestations de préretraite et de pension sociale, sans membres de famille.

Nombre d'affiliés à KRUS, le 31.12 d'une année donnée

2012	1.492.257
2013	1.468.178
2014	1.432.725
2015	1.375 462

Tous les chômeurs sont soumis à l'assurance-maladie. Le chômeur percevant une allocation de chômage et les chômeurs percevant une allocation de formation sont soumis à l'obligation d'affiliation à la sécurité sociale: de retraite, d'invalidité (et l'assurance accidents pour les chômeurs percevant une allocation de formation) à partir de la date de l'acquisition du droit aux prestations jusqu'à la date de la perte de ce droit.

	Chômeurs	y compris les chômeurs avec le droit aux prestations
2012	2.136.815	358.250
2013	2.157.883	297.778
2014	1.825.180	242.378
2015	1.563.339	217.315

Recettes et charges du NFZ, en zł, sélection

	2012	2013	2014	2015
Recettes – au total y compris	62.957.781.018,05	65.157.836.809,24	67.185.136.284,44	70.366.452.457,76
recettes provenant des contributions pour l'assurance maladie (actuelles et provenant des années précédentes)	60.402.256.051,94	62.515.534.071,09	64.679.059.646,19	67.264.074.659,52
subvention du budget de l'Etat	2.077.070.029,63	1.985.982.780,18	2.004.343.506,95	2.571.088.831,60
autres	478.454.936,48	656.319.957,97	501.733.131,30	531.288.966,64
Coûts - au total y compris	62.672.399.379,02	64.775.011.330,45	66.124.110.102,66	70.560.197.432,43
soins de santé	61.699.238.186,22	63.912.480.197,23	65.176.368.825,95	69.595.551.025,68
administratifs	609.375.955,97	606.659.871,50	628.339.775,14	634.247.354,01
autres	363.785.236,83	255.871.261,72	319.401.501,57	330.399.052,74

Recettes du FUS, en millions de zł

	2012	2013	2014	2015
Recettes des cotisations*	121.108,5	122.942,0	131.102,7	143.298,4
Subvention du budget de l'Etat	39.520,8	37.113,9	30.362,8	42.065,7
remboursement des contributions versées à l'OFE	8.180,9	10.728,5	8.269,1	3.098,4
Moyens financiers du FRD	2.887,0	2.500,0	2.500,0	718,0
Versements de l'OFE	x	x	x	4.055,8
Autres recettes	295,7	244,8	11.324,7**	242,2

*y compris le montant de redevances dérivées

**y compris le montant des fonds accumulés sur le compte du membre de l'OFE en liaison avec la réforme des Fonds de pension ouverts (la loi du 6.12.2013 sur la modification de certaines lois suite à la détermination des principes du paiement de retraites des fonds accumulés dans les fonds de pension ouverts) s'élevant à 4.076,7 millions de zł et le montant des moyens financiers du FRD provenant du transfert des actifs des Fonds de pension ouverts (y compris les intérêts sur ces actifs) s'élevant à 6.969,9 millions de zł.

Dépenses du FUS aux prestations, en millions de zł

	2012	2013	2014	2015
Retraites et pensions d'invalidité	156.209,0	163.892,8	168.811,7	174.565,8
Prestations de sécurité sociale y compris:	14.368,0	15.948,6	18.681,4	20.751,2
allocations de maternité	3.650,0	4.308,5	6.735,9	7.555,7
allocations de soins	558,9	635,3	611,3	701,3
allocations de maladie	7.823,8	8.499,2	8.820,6	9.826,9
allocations funéraires	1.230,8	1.267,9	1.231,8	1.294,2
allocations compensatoires	0,4	0,4	0,7	0,6
prestations de réadaptation	1.112,2	1.234,3	1.279,4	1.370,4
dédommagements uniques	328,4	313,1	313,1	305,9
Autres prestations	8,0	17,1	283,9	228,7

Prestations versées par le Fonds de retraites et pensions de KRUS

	2012	2013	2014	2015
Au total				
Nombre de bénéficiaires [a)]	1.285.725	1.245.708	1.211.632	1.203.157
Versements, en milliers zł [b) c)]	14.263.975,2	14.839.609,5	14.836.786,5	15.341.898,4
Retraites [d)]				
Nombre de bénéficiaires [a)]	1.021.927	985.507	951.542	943.019
Versements, en milliers zł [b) c)]	11.548.200,8	11.819.653,4	11.730.348,7	12.111.480,2
Retraites à titre d'inaptitude au travail				
Nombre de bénéficiaires [a)]	220.253	216.373	215.850	215.604
Versements, en milliers zł [b) c)]	2.202.206,2	2.477.254,0	2.547.726,5	2.648.037,6
Pensions de survie				

Nombre de bénéficiaires [a)]	43.293	43.600	44.036	44.351
Versements, en milliers zł [b) c)]	512.198,6	541.409,3	557.542,8	581,279,5
GBRZ [e)]				
Nombre de bénéficiaires [a)]	252	228	204	183
Versements, en milliers zł [b) c)]	1.369,6	1.292,8	1.168,5	1.101,1

[a)] moyenne mensuelle

[b)] sans versements d'autres systèmes d'assurance en cas de cumul du droit aux prestations de ces systèmes avec le droit aux prestations du fonds de pension

[c)] y compris les versements effectués au titre de l'article 25§4 en rapport avec l'article 25§2 de la loi sur le régime d'assurance sociale pour les agriculteurs, mais sans déductions non transférées

[d)] y compris les retraites financées par le fonds de pension mais payées par le Ministère de la défense nationale, le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la justice

[e)] prestations agricoles de 50% en raison de l'admissibilité aux prestations des employés qui convergent avec les prestations étrangères

Retraites et pensions d'invalidité de KRUS [a)]

	Au total	Retraites [b)]	Retraites à titre d'inaptitude au travail	Pensions de survie
2012	1.285.725	1.021.927	220.253	43.293
2013	1.245.708	985.507	216.373	43.600
2014	1.211.632	951.542	215.850	44.036
2015	1.203.157	943.019	215.604	44.351

[a)] moyenne mensuelle.

[b)] y compris les retraites financées par le fonds de pension mais payées par le Ministère de la défense nationale, le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la justice.

Prestations versées par le Fonds de contribution à la sécurité sociale pour les agriculteurs

	2012	2013	2014	2015
Allocations de maladie				
Nombre de jours	40.077.472	40.983.234	40.347.275	39.260.667
Versements, en milliers zł	400.866,4	409.951,5	403.487,0	392.640,5
Allocations de maternité				
Nombre de prestations	32.341	29.960	28.620	29.255
Versements, en milliers zł	100.236,8	97.754,9	95.599,0	101.424,0
Dédommagements uniques d'accident				
Nombre de prestations	16.800	16.080	15.885	14.712
Versements, en milliers zł	69.830,6	74.453,4	76.290,7	71.813,4

II. Recettes et dépenses du Fonds du Travail, en millions de zł

	2012	2013	2014	2015
Recettes – au total y compris:	11.224,6	10.087,5	10.939,4	10.843,23
cotisations pour le Fonds du Travail	9.190,2	8.919,1	9.604,3	9.938,2
subvention du budget de l'Etat	-	-	-	-
recettes communautaires (Fonds Social Européen)	645,6	831,8	1.048,9	639,0
Dépenses - au total dont:	9.641,3	11.325,2	11.099,8	10.931,3
allocations et prestations	5.316,7	5.958,0	5.531,4	5.110,1
formes actives, au total	3.889,7	4.633,0	5.052,1	5.294,3
formes actives (sans remboursement des rémunérations des jeunes travailleurs)	3.651,5	4.407,7	4.838,6	5.063,7
formation	189,6	213,6	189,6	187,3
travaux d'intervention	138,9	170,5	184,5	226,6
travaux publics	167,6	223,5	211,5	280,7
ressources pour commencer une activité économique et pour l'équipement de postes de travail	1.075,8	1.335,4	1.578,4	1.526,5
activation des diplômés, stages bourses	858,0	1.249,2	1.350,8	1.316,0
formation professionnelle	-	4,6	4,9	3,9
autres *	1.221,6	1.210,9	1.318,9	1.522,7
remboursement des rémunérations des jeunes travailleurs	238,2	225,3	213,5	230,6

autres dépenses**	434,9	734,2	516,3	526,9

* autres formes actives de lutte contre le chômage comprennent, entre autres, des stages postuniversitaires et des cours de formation de spécialisation pour les médecins et les médecins dentistes ainsi que des stages postuniversitaires et des cours de spécialisation pour les infirmières et sages-femmes.

** autres charges comprennent, entre autres, les salaires et les cotisations sociales des salariés des Offices de l'emploi et les dépenses en investissement.

Prestations familiales – nombre moyen de prestations par mois, en milliers

	2012	2013	2014	2015
Allocation familiale	2.251,8	2.337,7	2.159,43	2.035,44
Suppléments à l'allocation familiale, y compris ceux à titre de:				
- la naissance de l'enfant	11,1	11,1	9,6	9,8
- la garde d'enfant durant la période du congé parental	81,6	68,5	46,0	42,2
- l'éducation de l'enfant par un parent seul et la perte du droit à l'allocation chômage	-	-	-	-
- l'éducation de l'enfant par un parent seul	120,5	111,6	102,81	96,5
- la formation et la réadaptation d'enfant handicapé	151,2	145,0	137,57	132,1
jusqu'à l'âge de 5 ans	25,8	25,2	23,49	22,0
après l'âge de 5 ans	125,4	119,8	114,08	110,1
- la rentrée scolaire (allocation unique, moyenne mensuelle)	153,6	143,7	134,9	127,1
- la formation en dehors de lieu de domicile	267,5	239,9	218,9	204,3
pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité, où se trouve l'établissement scolaire	22,9	21,5	20,52	19,5
pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité, où se trouve l'école	244,6	218,4	198,38	184,8
- l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse	418,6	382,8	353,96	334,5
Allocation de soins	917,6	927,4	926,89	920,8
Indemnité de soins	223,5	163,9	105,87	111,7
Prestation complémentaire à l'indemnité de soins	-	-	0,14	-
Allocation spécifique de soins	-	-	12,79	26,8
Allocation de naissance unique (moyenne mensuelle)	31,1	22,7	23,24	23,3

Conclusion négative

III. Le montant de l'allocation de chômage la moins élevée est insuffisant, car elle n'atteint pas 50% de la médiane du revenu équivalent.

La Pologne met en doute le bien-fondé de l'interprétation actuelle de l'article 12§1 par le Comité d'experts indépendants.

Depuis 2004, la Pologne présente la position selon laquelle l'article 12§1 impose une obligation générale de maintenir un régime de sécurité sociale prévoyant des prestations en cas de survenance de risques divers. En conséquence, en vertu de l'article 12§1 une évaluation doit être effectuée afin de déterminer si un État donné maintient un système de sécurité sociale couvrant les risques fondamentaux. L'article 12§2 de la Charte impose l'obligation de maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la Convention internationale du travail (n° 102) concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Comme le paragraphe 2 définit de façon détaillée des obligations concernant le montant des prestations, il n'est pas justifé d'effectuer, en vertu de l'article 12§1, l'évaluation du montant des prestations, d'autant plus que le paragraphe en question n'offre aucune base pour la détermination des critères de l'évaluation du montant des prestations.

L'évaluation des montants des prestations dans le cadre du paragraphe 1 peut résulter en une double évaluation du niveau des prestations – une fois en vertu du paragraphe 1, sur la base des critères déterminés par les experts indépendants seuls, et une seconde fois – en vertu du paragraphe 2, sur la base des critères précis, énoncés dans la Convention n^{o} 102 de l'OIT.

La Pologne, en ratifiant la Convention n° 102 de l'OIT, a exclu du champ d'application de la ratification, entre autres, les allocations de chômage, en raison du non-respect du standard de leur montant spécifié dans la Convention. En conséquence, il n'y a pas de raison pour évaluer le montant des allocations de chômage sur la base de la Charte sociale européenne.

Article 12§2

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et
2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.
et
3) Données chiffrées et statistiques ou toute autre information pertinente, notamment pour déterminer la mesure dans laquelle les branches de sécurité sociale sont compatibles avec les dispositions de la Convention de l'Organisation internationale du travail (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum) (si les branches de sécurité sociale vont au-delà de ces dispositions ou si elles restent en dessous) – en ce qui concerne les parties de la Conventions non ratifiées par la Pologne

Le dernier rapport sur l'application de la Convention de l'OIT n° 102 en Pologne concernant les normes minimales de la sécurité sociale a été préparé en août 2011, et il se rapportait à la période allant du 1 juillet 2006 au 30 juin 2011. Le rapport suivant devait être soumis en août 2016.

Dénominations:

- PWb – salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale,
- PWn – salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale, minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré,
- UZn – salaire précédent brut du bénéficiaire ou de son soutien de famille minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré,
- KB – montant de base,
- **A – montant des prestations du bénéficiaire type et le montant des allocations familiales auxquelles il a droit lors des évènements couverts par une assurance,**
- **B – somme des montants du salaire précédent du bénéficiaire ou de son soutien de famille et le montant des allocations familiales versées à une personne protégée ayant les mêmes responsabilités familiales que le bénéficiaire (ou, dans le cas de l'application de l'article 66 de la Convention – la somme totale des rémunérations d'un ouvrier de sexe masculin et des prestations versées à une personne assurée ayant les mêmes responsabilités familiales qu'un bénéficiaire type,**
- ZCHW – allocation de maladie d'accident,
- ZR – allocation familiale,
- Os – périodes de cotisation,
- Oh – périodes de stage hypothétique,
- PW_{no2014} – salaire mensuel moyen net dans l'économie nationale minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré et sans l'impôt sur le revenu des particulier,
- RIc – pension d'invalidité à titre d'inaptitude totale au travail,
- RIcz – pension d'invalidité à titre d'inaptitude partielle au travail,
- RWc – pension d'invalidité à titre d'inaptitude totale au travail après l'accident,
- RWcz – pension d'invalidité à titre d'inaptitude partielle au travail après l'accident,
- RRW – pension de survie au titre d'accident.

Hypothèses:

Le quatrième trimestre de 2014:

– PWn = 3.464,63 zł[2] (art. 65 de la Convention).
– PWb = 3.942,67 zł,
– PW_{no2013} = 2.610,16 zł (aux fins de la vérification de droit à l'allocation familiale, on a pris le salaire atteint dans l'année civile précédente)
– KB = 3.191,93 zł,
– UZn: 1,25*3.464,63 zł = 4.330,79 zł
– l'allocation familiale pour le premier et deuxième enfant – 183 zł (77 zł + 106 zł). Aux fins de ce calcul, on a supposé que l'un des enfants est âgé de moins de cinq ans et l'autre est âgé de plus de cinq ans et de moins de dix-huit ans.
– le plafond de revenu pour un membre de la famille autorisant le versement de l'allocation familiale a été fixé à 574 zł.

Allocations de chômage (partie IV de la Convention)

Selon l'article 65, paragraphe 1, point c de la Convention (le bénéficiaire type, gagnant 125% du salaire moyen) – un homme ayant une épouse et deux enfants durant la période de travail
Vérification de droit à l'allocation familiale:
Nombre de personnes dans la famille – 4
Revenu par personne: UZn/4 = (1,25* PW_{no2013})/4 = 1,25*2.610,6 zł /4 = 815,67 zł
La condition pour l'obtention de l'allocation n'est pas satisfaite.
Durant la période de versement de l'allocation de chômage:
Allocation de chômage de base: 831,10 zł (au cours des 3 premiers mois du versement de l'allocation, 652,60 zł – au cours des mois suivants) à partir du 1 juin 2014.
Selon la Convention: A: B ≥ 45%
A: allocation de chômage - 831 zł, allocation familiale pour deux enfants 183 zł = 1.014,10 zł
B: UZn
A: B = 1.014,10 zł: 4.330,79 zł = 0,2342 (23%)

Prestations à titre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (partie IV de la Convention)

La suspension de pensions (l'article 38 de la Convention)
Les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles font l'objet de mesures générales concernant la suspension du versement. La Convention ne prévoit pas une telle possibilité.
Selon l'article 65, paragraphe 1, point c de la Convention (le bénéficiaire type, gagnant 125% du salaire moyen) – un homme ayant une épouse et deux enfants durant la période de travail
UZn: 1,25*3.464,63 zł = 4.330,79 zł
Vérification de droit à l'allocation familiale:
Nombre de personnes dans la famille – 4
Revenu par personne: UZn/4 = (1,25* PW_{no2013})/4 = 1,25*2.610,6 zł /4 = 815,67 zł
La condition pour l'obtention de l'allocation n'est pas satisfaite.
IV. En congé de maladie:
Nombre de personnes – 4
ZCHW = UZn
A = ZCHW = 4.330,79 zł
B = UZn = 4.330,79 zł
Le bénéficiaire touchant les prestations de maladie doit recevoir 100% de la base de calcul.

La pension d'incapacité de travail au titre de l'assurance-accidents

Vérification pour les pensions d'incapacité totale de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle (RWc) sur la base de l'article 65:

Montant de la pension:

[2] Les données du GUS pour 2014, après la déduction des cotisations pour la sécurité sociale versées par l'employé

RWc = 0,8*(1,25*PWb/PWb)*KB = 3.191,93 zł
Vérification de droit à l'allocation familiale:
Au cours de la période de travail:
Nombre de personnes – 4
Revenu par personne: UZn/4 = (1,25* PW_{no2013})/4 = 1,25*2.610,6 zł /4 = 815,67 zł
– le critère du revenu donnant droit à l'allocation familiale n'est pas rempli.
Pour les pensionnés, le revenu par personne ne donne pas non plus droit aux allocations familiales pour les enfants.
Selon la Convention A: B ≥ 50%
A = RWc
B = UZn
A: B = 3.191,93 zł: 4.330,79 zł = 0,737 (73%)
Vérification pour les pensions d'incapacité partielle de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle sur la base de l'article 65.
Selon la Convention A: B ≥ 50%
A = RWcz = 0,6*(1,25*PWb/PWb)*KB = 2.398,95 zł
B = UZn
A: B = 2.398,95 zł: 4.330,79 zł = 0,5528 (55%)
La pension de survie suite à un accident (prestation suite au décès du soutien de famille)
La vérification du montant de la pension de survie suite à un accident (RRW) sur la base de l'article 65:
RRW = 0,95*{0,8*(1,25*PWb/PWb)*KB} = 0,95*3.191,93 zł = 3.032,33 zł
Vérification de droit à l'allocation familiale:
Au cours de la période de travail:
Nombre de personnes – 4
Revenu par personne: UZn/4 = (1,25* PW_{no2013})/4 = 1,25*2.610,6 zł /4 = 815,67 zł
– le critère du revenu donnant droit à l'allocation familiale n'est pas rempli.
Pour les pensionnés:
Nombre de personnes – 3, mais le droit aux allocations familiales a été établi à un moment où la personne, après la mort de laquelle une pension de survie suite à un accident a été accordée, était encore en vie, d'où le revenu par personne:
Revenu par personne: UZn/4 = (1,25* PW_{no2013})/4 = 1,25*2.610,6 zł /4 = 815,67 zł
- les critères donnant droit à l'allocation familiale ne sont pas remplis.
Selon la Convention A: B ≥ 40%
A = RRW
B = UZn
A: B = 3.032,33 zł: 4.330,79 zł = 0,7 (70%)
<u>Pensions pour incapacité de travail (partie IX de la Convention)</u>
Les pensions pour incapacité de travail font l'objet de mesures générales de suspension. La Convention ne prévoit pas une telle possibilité.
Les calculs relatifs aux pensions pour incapacité totale de travail, conformément à l'article 65.
RIc = 0,24 * KB + (Os*0,013+Oh[3] * 0,007) * (1,25*PWb/ PWb)*KB
RIc = 0,24 * 3.191,93 zł + (15 * 0,013 + 6,6*0,007) * 1,25 * 3.191,93 zł = 1.728,42 zł
Vérification de droit à l'allocation familiale:
Au cours de la période de travail:
Nombre de personnes – 4
Revenu par personne: UZn/4 = (1,25* PW_{no2013})/4 = 1,25*2.610,6 zł /4 = 815,67 zł

[3]La durée moyenne d'un stage hypothétique pour une personne ayant la période de cotisation de 15 ans, ayant reçu une pension d'incapacité totale de travail était en 2014 de 6,6 ans

– le critère du revenu donnant droit à l'allocation familiale n'est pas rempli.
Pour les pensionnés:
Nombre de personnes – 4
Selon la Convention A: B ≥ 40%
A = RIc
B = UZn
A: B = 1.728,42 zł: 4.330,79 zł = 0,399 (39%)
Pour la détermination du droit aux allocations familiales (revenu de pension par personne est inférieur à 574 zł), alors A: B= (1.728,43 zł + 183 zł): 4.330,79 zł = 0,4414 (44%)
Les calculs relatifs aux pensions d'incapacité partielle de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle sur la base de l'article 65.
RIcz = 0,75*{0,24*KB + (Os*0,013+Oh[4]*0,007)*(1,25 * PWb/PWb)*KB}
RIcz = 0,75*{0,24*3.191,93 zł + (15*0,013+6,4*0,007) * 1,25*3.191,93 zł} = 1.292,13 zł
Selon la Convention A: B ≥ 40%
A = RIcz
B = UZn
A: B = 1.292,13 zł: 4.330,79 zł = 0,2984 (29%)
Pour la détermination du droit aux allocations familiales (revenu de pension par personne est inférieur à 574 zł), alors A: B = (1.292,13 zł + 183 zł): 4.330,79 zł = 0,3406 (34%)
On a utilisé la possibilité d'abaisser le seuil à 30% (article 57, paragraphe 3, de la Convention) – la personne protégée – ayant cinq ans d'ancienneté – a le droit de recevoir une pension pour incapacité de travail.
RIcz = 0,75*{0,24*KB + (Os*0,013+Oh[5]*0,007)*(1,25*PWb/PWb)*KB}
RIcz = 0,75*{0,24*3.191,93 zł + (5*0,013+18,4*0,007)*1,25*3.191,93 zł} = 1.148,20 zł
Selon la Convention A: B ≥ 30%
A = RIcz + 2ZR = 1.148,20 zł + 183 zł = 1.331,20 zł
B = UZn
A: B = 1.331,209 zł: 4.330,79 zł = 0,3074 (31%)

Question additionnelle
Réponses données aux questions directes, formulées par le Comité d'experts de l'OIT en 2013 (charge fiscal, échelle du remplacement du revenu net précédent par la retraite, la pension d'incapacité de travail ou la pension de survie, échelle du remplacement du revenu brut précédent minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires par la retraite, la pension d'incapacité de travail ou la pension de survie)
Au moment de l'établissement du rapport sur la Charte sociale européenne le rapport sur la Convention de l'OIT n^{o} 102 a été en cours de préparations, ce rapport devait être présenté en août 2016: la réponse aux questions directes devait être inclue dans le rapport.

[4]La durée moyenne d'un stage hypothétique pour une personne ayant la période de cotisation de 15 ans, ayant reçu une pension d'incapacité partielle de travail était en 2014 de 6,4 ans
[5]La durée moyenne d'un stage hypothétique pour une personne ayant la période de cotisation de 5 ans, ayant reçu une pension d'incapacité totale de travail était de 18,1 ans

Article 12§3

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et
2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

L'information concerne seulement les changements les plus importants.

Les modifications de la loi du 27 août 2004 sur les soins de santé financées par des fonds publics:

- la loi du 13 janvier 2012 sur les primes d'assurance-maladie des agriculteurs pour 2012-2016 a introduit, pour la période du 1 janvier 2012 au 31 décembre 2016, le financement des primes d'assurance maladie par les agriculteurs individuels (à l'exception des propriétaires des exploitations agricoles d'une surface de moins de 6 ha de conversion),
- la loi modifiante du 27 juillet 2012:
  - a introduit une confirmation électronique des droits du patient par le prestataire de soins sur la base du numéro PESEL,
  - a augmenté la qualité et la fiabilité des données collectées et traitées dans la liste centrale des assurés menée par le NFZ,
  - a facilité l'inscription des enfants à l'assurance maladie (chaque parent visé par l'assurance-maladie a obtenu la possibilité d'inscrire son enfant),
  - a levé la sanction prévoyant que le cotisant était obliger de supporter les coûts des prestations fournies à l'assuré en cas de retard de paiement, même en cas de retard d'un mois (utilisée comme une pénalité supplémentaire, en plus de l'obligation de payer sa prime arriérée avec des intérêts),
- la loi du 7 décembre 2012 modifiant la loi sur les prestations familiales et certaines autres lois: les personnes percevant une allocation spécifique de soins sont couvertes par une assurance-maladie si elles ne sont pas couvertes par une assurance-maladie à un autre titre,
- la loi modifiant la loi du 13 juin 2013: l'école supérieure, le collège ou l'entité organisationnelle gérant les études de doctorat paie les primes d'assurance-maladie des étudiants et des doctorants qui font leurs études en Pologne et des diplômés qui font des stages obligatoires en Pologne et qui ne possèdent pas la nationalité d'un État membre de l'UE ou de l'AELE ainsi que des personnes participant à des cours de langue polonaise et les cours préparatoires à l'étude en polonais, visées par les dispositions concernant l'enseignement supérieur, qui ne possèdent pas la citoyenneté d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE, si elles ont été reconnues comme des personnes d'origine polonaise au sens des dispositions relatifs au rapatriement ou qu'elles détiennent une Carte du Polonais valide,
- la loi du 26 juillet 2013 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale et certaines autres lois: les personnes suivantes sont soumises à l'obligation d'affiliation à l'assurance-maladie:
  - personnes qui ont exercé une activité économique non agricole pendant une période d'au moins 6 mois,
  - mandataires qui ont effectué un travail dans le cadre d'un contrat d'agence ou d'un contrat de mandat ou d'un autre contrat de service, auquel, conformément au code civil, sont applicables les dispositions relatives à contrat de mandat, pendant une période d'au moins 6 mois,
  - personnes coopérant avec lesdites personnes pendant une période d'au moins 6 mois,

  et qui ont cessé leur activité, travail ou coopération ou ont suspendu leur activité pour une période de 3 ans afin de s'occuper de leur enfant, jusqu'à l'âge de 5 ans ou en cas d'enfant

qui, en raison de son handicap, a besoin de soins personnels - pour une période de 6 ans, jusqu'à l'âge de 18 ans,
  - les ecclésiastiques soumis à une assurance sociale à ce titre pendant une période d'au moins 6 mois,
- la loi modifiante du 11 octobre 2013:
  - la garantie de la qualité de soins de santé a été améliorée grâce à la définition de la notion de la complexité et la continuité de soins de santé fournis qui servent de critères d'évaluation des offres soumises dans la procédure sur la conclusion d'un accord avec le NFZ sur la prestation de soins de santé,
  - la possibilité de prolonger les contrats de prestation de soins de santé en cas de risque d'absence de garantie de la prestation de soins de santé a été introduite; la prolongation ne peut pas dépasser 6 mois,
  - la manière de la mise en œuvre du principe de la publicité des contrats et des procédures relatives à la conclusion d'un accord sur la prestation de soins de santé a été précisée,
- la loi modifiante du 21 mars 2014: des soins de santé primaires peuvent être être fournis par chaque médecin avec lequel le NFZ a conclu un accord sur la prestation de soins de santé ou qui est employé ou exerce son métier chez le prestataire de soins avec lequel le NFZ a conclu un accord sur la prestation de soins de santé primaires:
  - possédant un titre de spécialiste en médecine familiale ou
  - suivant un cours de formation spécialisée en médecine familiale, ou
  - titulaire d'une spécialisation de second degré en médecine générale, ou
  - titulaire d'une spécialisation de premier degré en médecine générale, ou
  - titulaire d'une spécialisation de premier ou second degré ou possédant un titre de spécialiste en médecine interne, ou
  - titulaire d'une spécialisation de premier ou second degré ou possédant un titre de spécialiste en pédiatrie dans limites de leurs qualifications confirmées par les documents pertinents,
- la loi du 4 avril 2014 sur l'établissement et le paiement des prestations aux tuteurs: l'obligation d'affiliation à l'assurance-maladie a été imposée aux personnes percevant une allocation pour tuteurs, accordée en vertu des dispositions relatives à la détermination et au paiement des prestations aux tuteurs, qui ne sont pas soumises à l'assurance-maladie obligatoire à un autre titre; le statut d'un membre de famille d'une personne assurée dispense les personnes percevant une allocation pour tuteurs de l'obligation d'affiliation à l'assurance-maladie,
- la loi du 26 juin 2014 modifiant la loi sur la protection des étrangers sur le territoire de la République de Pologne et de certaines autres lois:
  - les personnes qui ont obtenu le statut de réfugié ou la protection supplémentaire dans la République de Pologne ont droit aux prestations si elles remplissent la condition de la résidence sur le territoire de la République de Pologne et le critère de revenus,
  - les membres de la famille du bénéficiaire de la protection internationale qui ne sont pas éligibles eux-mêmes pour obtenir le statut de réfugié ou la protection supplémentaire ont droit aux services de santé financés par les fonds publics,
  - le droit aux prestations a été obtenu par les enfants de moins de 18 ans, titulaires du statut de réfugié ou la protection supplémentaire dans la République de Pologne ou qui possèdent un permis de séjour pour une durée limitée et qui ont leur lieu de résidence sur le territoire de la République de Pologne,
  - le droit aux prestations a été accordé aux femmes qui ont obtenu le statut de réfugié ou la protection supplémentaire dans la République de Pologne ou un permis de séjour

pour une durée limitée, qui ont leur lieu de résidence sur le territoire de la République de Pologne et qui sont au cours de la grossesse, l'accouchement ou le post-partum,

– la loi modifiante du 22 juillet 2014:
  - l'amélioration du standard de soins apportés aux patients oncologiques,
  - l'amélioration de la gestion des listes d'attente pour les services de santé et de la gestion de la contractualisation de la prestation des services de santé, ainsi que
  - l'amélioration du fonctionnement du NFZ.

  Description – réponse à la conclusion négative concernant l'article 11§1,
– la loi modifiant du 22 juillet 2014: des modifications concernant la contractualisation de la prestation des services de santé, notamment en ce qui concerne la structuration des critères de choix des offres qui comprennent actuellement:
  - qualité,
  - complexité,
  - accessibilité,
  - continuité, et
  - prix

  des services de santé fournis,
– la loi du 25 juin 2014 sur le soutien à la famille et le système de garde d'accueil et de certaines autres lois:
  - pour les enfants privés des soins et de l'éducation de ses parents, que la cour a placés dans l'établissement de soins et traitement, dans l'établissement de soins infirmiers et soins généraux ou dans l'établissement de réadaptation médicale – le frais pour le séjour s'élève au minimum à 200% de la retraite minimale et est acquitté par le powiat compétent selon lieu de naissance de l'enfant, alors que les parents de l'enfant placé dans l'établissement sont obligé à rembourser le frais acquittée au powiat,
  - le staroste contrôle la qualité des soins fournis par les établissements de soins et traitement, de soins infirmiers et soins généraux ou de réadaptation médicale, apportés aux enfants privés des soins et de l'éducation de ses parents, placé dans ces établissements par le court,
– la loi du 10 octobre 2014 modifiant la loi sur les soins de santé financées par des fonds publics: la transposition de la directive 2011/24 sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers dans l'ordre juridique polonais – le remboursement des coûts de services de santé fournis à l'étrangère fondé sur des principes définis par la loi mettant en œuvre la directive, lorsque ces services sont garantis en Pologne dans le cadre du régime général d'assurance-santé,
– la loi du 25 septembre 2015 modifiant la loi sur les soins de santé financées par des fonds publics et certaines autres lois: le cotisations de l'assurance-santé ne sont pas payées par une personne exerçant une activité économique ou une personne coopérant avec lui, dont l'allocation de maternité ne dépasse pas le montant de l'allocation parentale sur une base mensuelle, qui sera alloué depuis le 1 janvier 2016 pour un montant de 1.000 zł.

Les modifications de la loi du 17 décembre 1998 sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales:

– la loi modifiante du 11 mai 2012:
  - elle a introduit un mécanisme de l'augmentation progressive et l'égalisation à 67 ans de l'âge de la retraite pour les femmes et les hommes de manière à attendre cet âge pour les hommes jusqu'à la fin de 2020 et pour les femmes – jusqu'à la fin de 2040,
  - la mise en œuvre de règles permettant aux agriculteurs, juges et procureurs de cesser préalablement leurs activités professionnelles a été limitée (ces possibilités seront retraites progressivement jusqu'à 2017),

- elle a été introduit l'égalisation progressive des périodes d'assurance exigées pour obtenir la retraite minimale pour les femmes et les hommes, ainsi que l'adaptation du principe de tenir compte de la durée hypothétique à l'âge de départ à la retraite élevé en ce qui concerne le montant de pensions d'incapacité de travail,
- le mécanisme permanent de surveillance du fonctionnement du système de retraite a été introduit: le Conseil des ministres est obligé à soumettre à la Diète les informations sur le fonctionnement du système de retraite au minimum tous les quatre ans (la première révision doit avoir lieu jusqu'au 31 décembre 2016),
- la possibilité du départ à la retraite partielle avant l'âge de la retraite qui vient d'être élevé. La retraite partielle peut être accordée à une femme qui a atteint 62 ans et qui a prouvé au minimum 35 années de cotisations contributives et non contributives, ainsi qu'à un homme qui a atteint 65 ans et qui a prouvé au minimum 40 années de cotisations contributives et non contributives. Le montant de la retraite partielle s'élève à 50% du montant total de la retraite du Fonds des assurances sociales et n'est pas soumis à une augmentation au montant de la retraite minimale,
- la période de la perception des épargnes-retraites périodiques par des femmes qui sont membres du Fonds de pension ouvert a été prolongée jusqu'au moment de l'atteinte de l'âge de la retraite élevé pour un homme né la même année et trimestre que la femme ayant droit à cette pension,
- il a été supprimé la condition de dissolution de la rélation de travail pour l'identification des droits à la pension au titre du travail dans des circonstances spéciales ou en qualité spéciale en vue de l'article 184 de la loi sur les retraites et les pensions du FUS.

– la loi modifiante du 22 novembre 2013 a introduit dans la loi sur les retraites une catégorie nouvelle des périodes de cotisation – « périodes de non-exécution du travail avant le 4 juin 1989 à cause de répressions politiques ». La modification a supprimé la notion de la période de cotisations non contributives de non-exécution du travail pendant la période avant le 4 juin 1989, non plus que 5 années.
– la partie essentielle de la loi du 6 décembre 2013 modifiant certaines lois sur la détermination de principes de versement des retraites de liquidités accumulées dans les fonds de retraite ouverts est entée en vigueur le 1 février 2014, sur cette base légale:
  - les éléments qui composent la base de calcul de la retraite du ZUS dans le système à cotisation définie ont été enrichis par un nouveau composant sous forme des fonds enregistrés sur le sous-compte mené par le ZUS. Les fonds enregistrés sur le sous-compte ne sont pas pris en compte pour le calcul de la retraite anticipée et la retraite mixte si l'assuré a demandé une épargne-retraite périodique et remplit les conditions exigés pour l'obtention du droit à cette retraite, ainsi que pour le calcul de la retraite après avoir atteint l'âge de la retraite pour ceux qui ont obtenu auparavant le droit à la retraite anticipée,
  - s'il s'agit de fonds accumulés sur le sous-compte, il a été introduit la possibilité d'indiquer une personne ou des personnes bénéficiaires qui vont obtenu la prestation en espèces unique (le versement garanti) après le décès du retraité. Le bénéficiaire a le droit au versement garanti en tout ou partie, si le décès du retraité a eu lieu au cours de trois années depuis le mois du premier versement de la retraite,
  - après avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite prévu pour un homme né la même année et trimestre qu'une femme qui a perçu une épargne-retraite périodique jusqu'au jour précédant l'atteinte de cet âge, la retraite du ZUS est calculée à nouveau de sa propre initiative, en tenant compte des fonds sur le sous-compte – à condition que le calcul de la retraite se base sur l'espérance de vie moyenne pour cet âge, applicable au jour de l'atteinte de cet âge.

– la loi modifiante du 23 octobre 2014: les prestations de retraite et de pension ont été élevées conformément à l'indicateur de valorisation de 100,68%, mais en aucun cas en dessous de 36 zł,
– la loi modifiante du 5 mars 2015: les modifications du mode de calcul de la retraite et du capital initial:
  - pour le calcul du montant de la retraite, la loi a prévu la possibilité d'utiliser les tableaux de l'espérance de vie applicables au jour dans lequel l'assuré a atteint l'âge de la retraite, même s'il a demandé une retraite au moment où un nouveau tableau de l'espérance de vie moyenne était en vigueur (le nouveau tableau s'avèrant moins favorable en raison de l'espérance de vie moyenne plus longue),
  - pour déterminer le capital initial on prend en compte la période des études supérieures accomplies avant le 1 janvier 1999, jusqu'au 1/3 de toutes les périodes de cotisation prouvées, accomplies jusqu'à la date de la demande de retraite (auparavant la période des études se limitait à 1/3 des périodes de cotisation accomplies jusqu'à 1999),
  - pour déterminer le capital initial on prend en compte la période de la congé parental et les périodes de soins apportés à un enfant traitées comme cette période, toutes ces périodes sont considerées comme périodes contributives (auparavant considérées comme les périodes non contributives),
  - il est possible de calculer la retraite au titre de l'atteinte l'âge de retraite en utilisant des nouveaux principes du calcul applicables aux personnes éligibles nées avant 1949, aussi dans le cas où ils perçevaient une retraite anticipée – la base au calcul de la retraite déterminée selon les nouveaux principes est réduite par une somme des montants des retraites perçues auparavant,
  - il est possible de recalculer les retraites de personnes dans les cas de lesquelles la base de la retraite a été réduite à 250% du salaire moyen et qui peuvent démontrer, pour recalculer la base de la retraite, un salaire versé en total ou en partie après l'octroi de la retraite ainsi que ces personnes sont en mesure de prouver, sur base de ce salaire, que l'indicateur du montant de la base recalculé dépasse 250%.

Le 8 mars 2012, l'article 114§1[a] de la loi sur les retraites et les pensions du FUS est devenu caduc. Cette disposition avait constitué une base pour la redétermination par ZUS – à l'initiative d'une personne concernée ou de sa propre initiative – du droit aux prestations ou de son montant dans le cas où, après la validation de la décision sur les prestations, le ZUS a constaté que les preuves soumises ne fournissaient pas de base à la détermination du droit à la retraite ou à la pension ou leur montants.

Conformément au jugement du Tribunal constitutionnel du 13 novembre 2012 l'article 103a de la loi sur les retraites et les pensions du FUS est devenu caduc dans la mesure où il prévoyait la suspension du droit à la retraite pour des personnes qui ont parti à la retraite avant le 1 janvier 2011 sans obligation de dissolution de la rélation de travail. Cette disposition est encore applicable aux personnes qui ont obtenu le droit à la retraite après le 31 décembre 2010.

Les modifications de la loi du 13 octobre 1998 sur le système de sécurité sociale:

– la loi modifiante du 26 juillet 2013 a introduit la possibilité que les assurances de retraite et de pension couvrent des personnes qui cessent leurs activités non agricoles, cessent de travailler dans le cadre du contrat de service ou de coopération afin de fournir des soins à l'enfant – le budget de l'État finance les cotisations de ces personnes pendant 3 ans au maximum (jusqu'au ce que l'enfant atteint l'âge de 5 ans) ou 6 ans (jusqu'à ce que l'enfant n'atteint pas l'âge de 18 ans s'il est handicapé) à condition de l'activité professionnelle durant 6 mois directement avant la période des soins. En même temps on a prévu la possibilité que les assurances de retraite et de pension couvrent ceux qui fournissent des soins aux enfants et qui n'étaient pas assurées jusqu'a là ou dont la durée d'assurance

précédant immédiatement la période de soins était inférieur à 6 mois – le budget de l'État finance les cotisations de ces personnes pendat 3 ans au maximum jusqu'au ce que l'enfant atteint l'âge de 5 ans) ou 6 ans (jusqu'à ce que l'enfant n'atteint pas l'âge de 18 ans s'il est handicapé),

– la loi modifiante du 23 octobre 2014:
  - aux personnes qui sont membres d'un conseil de surveillance et qui sont rémunérées pour exercer ce rôle est applicable l'obligation des assurances de retraite et de pension,
  - la situation des personnes exerçant une activité qui, en même temps, remplissent un contrat de service ou de travail à domicile a été mise en bon ordre,
  - les principes de la soumission aux assurances des personnes travaillant sur la base d'un contrat de service ont été changés de telle sorte que les cotisations pour les assurances de retraite et de pensions seront perçues à titre de plus d'un contrat de service conclu par le même contractant, si le premier contrat a été conclu pour un montant inférieur au salaire minimum. Auparavant, si deux contrats ont été conclus – l'un pour un montant bas, sur la base de lequel une cotisation basse a été payée, et l'autre pour un montant supérieur qui n'a pas été cotisé – il était possible de payer des cotisations réduites (entrée en vigueur le 1 janvier 2016).

Modifications du Code du travail:

– la loi modifiante du 28 mai 2013:
  - a changé le montant de l'allocation de maternité pour le congé de maternité supplémentaire et le congé supplémentaire aux conditions du congé de maternité, ainsi que le montant de l'allocation de maternité pour les personnes qui ont donné naissance à un enfant pendant le congé d'éducation de l'enfant,
  - le droit à l'allocation de maternité pour la période du congé de maternité supplémentaire de l'employé - père d'un enfant ont été étendus de telle façon qu'il jouit de droit à un congé et une allocation à conditions mêmes que l'employée-mère de l'enfant, dans chaque cas où l'employée-mère de l'enfant n'a pas bénéficié d'un congé de maternité supplémentaire ou d'une allocation de maternité pour ce congé,
  - un nouveau type du congé a été introduit – le congé parental – pendant laquelle l'allocation de maternité est versée,
  - les principes de renonciation à un congé de maternité supplémentaire, un congé supplémentaire aux conditions du congé de maternité, un congé parental ainsi que les principes de partage de ces congés et les périodes de versement d'une allocation de maternité entre les parents d'un enfant ont été précisés,
  - on a introduit des nouveaux principes de la détermination du montant d'une allocation de maternité en fonction du type du congé et du délai de demander de cette allocation,
  - la durée du congé et du versement de l'allocation de maternité pour la période avant l'accouchement a été changée,
– la loi modifiante du 24 juillet 2015 a introduit:
  - la période prolongée de versement de l'allocation de maternité pour la période du congé parental en cas d'exercice du travail pendant un congé parental chez un employeur octroyant ce congé,
  - une possibilité de cesser de toucher l'allocation de maternité pour la période du congé parental et de bénéficier de cette allocation pendant au maximum 16 semaines après l'interruption au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 6 ans,
  - une possibilité de bénéficier d'une allocation de maternité par le père assuré de l'enfant, si la mère non assurée de l'enfant a entrepris un travail au minimum à mi-temps,
  - une possibilité de bénéficier d'une allocation de garde d’enfant supplémentaire par le

père assuré de l'enfant ou un autre membre assuré de la famille la plus proche dans le cas de l'abandon de l'enfant par sa mère assuré au cours de versement d'une allocation de maternité pendant 8 semaines après l'accouchement.

La loi du 15 loi 2015 portant sur la modification de la loi du 25 juin 1999 sur les prestations en espèces de sécurité sociale en cas de maladie et de maternité et certaines autres lois a introduit entre autres:

- une possibilité d'établir des certificats médicaux sur l'inaptitude temporaire au travail sous la forme d'un document électronique,
- des modifications concernant l'établissement de l'assiette de l'allocation pour les personnes dont la base du montant des cotisations pour l'assurance-maladie est le montant déclaré (pour les personnes exerçant une activité économique non agricole),
- le droit à l'allocation de maternité pour le père assuré de l'enfant ou un autre membre assuré de la famille la plus proche, s'il cesse son emploi ou une autre activité lucrative afin de s'occuper de son enfant, en cas de décès de la mère ou l'abandon de l'enfant par la mère qui n'est pas couverte par une assurance-maladie, et si la mère de l'enfant est titulaire d'un certificat confirmant l'incapacité de vivre de manière autonome ou d'un certificat de handicap et son état de santé l'empêche de s'occuper de son enfant,
- le droit à l'allocation de garde d'enfant supplémentaire pour le père assuré de l'enfant ou un autre membre assuré de la famille la plus proche si la mère assurée de l'enfant est incapable de vivre de manière autonome et si elle perçoit une allocation de maternité pendant 8 semaines après l'accouchement,

La loi du 24 juillet 2015 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale et certaines autres lois a introduit un principe d'augmentation de l'allocation de maternité jusqu'au montant de la prestation parentale si l'allocation de maternité est réduite par un précompte sur le revenu des personnes physiques, si suite à la réduction l'allocation de maternité est inférieure à une prestation parentale.

Afin d'améliorer l'accessibilité des prestations en espèces:

- la loi du 24 avril 2014 modifiant la loi sur les prestations familiales a augmenté le montant de l'indemnité de soins - du 1er mai 2014 jusqu'au 31 décembre 2014, le montant de l'indemnité de soins s'élevait à 800 zł par mois ce qui, combiné avec le programme gouvernemental du paiement du complément de l'indemnité de 200 zł par mois mis en œuvre en 2014, a donné l'indemnité d'un montant de 1.000 zł par mois; du 1er mai 2014 jusqu'au 31 décembre 2014 le montant de l'indemnité de soins s'élevait à 1.200 zł par mois, du 1er janvier 2016, il s'élève à 1.300 zł par mois et du 1er janvier 2017, le montant de l'indemnité sera indexé chaque année, de pourcentage correspondant à l'augmentation du salaire minimum,
- la loi du 15 mai 2015 modifiant la loi sur les prestations familiales a introduit le mécanisme « un złoty pour un złoty »: cette solution signifie que même si la famille dépasse le seuil de revenus donnant droit aux prestations familiales, cela n'entraînera pas son exclusion du système des prestations familiales. La famille pourra recevoir les prestations qu'elle sollicite minorées du montant du dépassement du seuil de revenus. Il est estimé qu'en 2016, 160,7 mille de familles avec enfants profitera de cette solution.
- la loi du 24 juillet 2015 modifiant la loi sur les prestations framiliales et certaines autres lois a introduit une nouvelle prestation familiale: prestation parentale. Les personnes suivantes ont droit à la prestation en question:
  - la mère ou le père d'un enfant,
  - le tuteur réel d'un enfant qui a déposé une requête auprès du tribunal de la famille concernant l'adoption de cet enfant, en cas de prise en charge d'un enfant de moins de 7 ans, et pour l'enfant à l'égard de qui une décision sur la dérogation de l'obligation de scolarité a été prise – de moins de 10 ans,

- la famille d'accueil, à l'exception de la famille d'accueil professionnelle, en cas de prise en charge d'un enfant de moins de 7 ans, et pour l'enfant à l'égard de qui une décision sur la dérogation de l'obligation de scolarité a été prise – de moins de 10 ans,
- la personne qui a adopté un enfant, en cas de prise en charge d'un enfant de moins de 7 ans, et pour l'enfant à l'égard de qui une décision sur la dérogation de l'obligation de scolarité a été prise – de moins de 10 ans.

Toutes les personnes qui ont accouché un enfant mais qui ne reçoivent pas une allocation de maternité ont droit à une prestation parentale. Parmi les personnes ayant droit à la prestation il y a: chômeurs (indépendamment du fait qu'ils soient inscrits dans un office d'emploi), étudiants, personnes exerçant le travail dans le cadre des contrats de droit civil, ainsi que les personnes employées ou exerçant une activité économique non agricole, si elles ne perçoivent pas une allocation de maternité.

Les bénéficiaires ont droit à la prestation pendant:

- 52 semaines – si la femme accouche d'un enfant, lors d'un accouchement, en cas d'adoption d'un seul enfant ou de prise en charge d'un seul enfant,
- 65 semaines – si la femme accouche de deux enfants, lors d'un accouchement, en cas d'adoption de deux enfants ou de prise en charge de deux enfant,
- 67 semaines – si la femme accouche de trois enfants, lors d'un accouchement, en cas d'une adoption de trois enfants ou de prise en charge de trois enfants,
- 69 semaines – si la femme accouche de quatre enfants, lors d'un accouchement, en cas d'une adoption de quatre enfants ou de prise en charge de quatre enfants,
- 71 semaines – si la femme accouche de cinq enfants, lors d'un accouchement, en cas d'une adoption de cinq enfants ou de prise en charge de cinq enfants,

Le montant de la prestation s'élève à 1.000 zł.

Dans le cadre de la vérification du critère de revenu qui donne droit aux prestations familiales, menée en 2015, son montant a été augmenté en deux étapes tandis que le montant des prestations augmente en trois étapes.

Critère de revenu:

– du 1 novembre 2015:
  - critère général – 674 zł (augmentation de 100 zł),
  - critère pour une famille avec un enfant handicapé – 764 zł (augmentation de 100 zł),
– du 1 novembre 2017:
  - critère général – 754 zł (augmentation de 80zł),
  - critère pour une famille avec un enfant handicapé – 844 zł (augmentation de 80 zł),

Prestations familiales

Montant de l'allocation familiale:

– du 1 novembre 2015:
  - 89 zł pour un enfant âgé de 0-5 ans (augmentation de 12 zł),
  - 118 zł pour un enfant âgé de 6-18 ans (augmentation de 12 zł),
  - 129 zł pour un enfant âgé de 19-23 ans (augmentation de 14 zł),
– du 1 novembre 2016:
  - 95 zł pour un enfant âgé de 0-5 ans (augmentation de 6 zł),
  - 124 zł pour un enfant âgé de 6-18 ans (augmentation de 6 zł),
  - 135 zł pour un enfant âgé de 19-23 ans (augmentation de 6 zł),
– du 1 novembre 2017:
  - 100 zł pour un enfant âgé de 0-5 ans (augmentation de 5 zł),
  - 130 zł pour un enfant âgé de 6-18 ans (augmentation de 6 zł),
  - 140 zł pour un enfant âgé de 19-23 ans (augmentation de 5 zł),

Autres prestations familiales:

– du 1 novembre 2015:
  - prestation complémentaire pour la formation et la réadaptation d'enfant handicapé
    - jusqu'à l'âge de 5 ans – 80 zł (augmentation de 20 zł),
    - à partir de l'âge de 5 ans – 100 zł (augmentation de 20 zł),
  - prestation complémentaire pour la fréquentation d'une école hors lieu de résidence de l'enfant:
    - pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité, où se trouve l'établissement scolaire – 105 zł (augmentation de 15 zł),
    - pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité, où se trouve l'école – 63 zł (augmentation de 13 zł),
  - prestation complémentaire pour l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse– 90 zł (augmentation de 10 zł),
  - prestation complémentaire pour l'éducation de l'enfant par un parent seul – 185 zł, pas plus de 370 zł pour tous les enfants, 265 zł en cas d'enfant possédant un certificat sur l'incapacité ou un certificat sur l'incapacité sévère, pas plus de 530 zł pour tous les enfants (augmentation de 15 zł),
– du 1 novembre 2016:
  - prestation complémentaire pour la formation et la réadaptation d'enfant handicapé
    - jusqu'à l'âge de 5 ans – 90 zł (augmentation de 10 zł),
    - à partir de l'âge de 5 ans – 110 zł (augmentation de 10 zł),
  - prestation complémentaire pour la fréquentation d'une école hors lieu de résidence de l'enfant:
    - pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité, où se trouve l'établissement scolaire – 113 zł (augmentation de 8 zł),
    - pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité, où se trouve l'école – 69 zł (augmentation de 6 zł),
  - prestation complémentaire pour l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse– 95 zł (augmentation de 5 zł),
  - prestation complémentaire pour l'éducation de l'enfant par un parent seul – 193 zł, pas plus de 386 zł pour tous les enfants, 273 zł en cas d'enfant possédant un certificat sur l'incapacité ou un certificat sur l'incapacité sévère, pas plus de 546 zł pour tous les enfants (augmentation de 8 zł),
– du 1 novembre 2017:
  - prestation complémentaire pour la formation et la réadaptation d'enfant handicapé
    - jusqu'à l'âge de 5 ans – 100 zł (augmentation de 10 zł),
    - à partir de l'âge de 5 ans – 120 zł (augmentation de 10 zł),
  - prestation complémentaire pour la fréquentation d'une école hors lieu de résidence de l'enfant:
    - pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité, où se trouve l'établissement scolaire – 120 zł (augmentation de 7 zł),
    - pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité, où se trouve l'école – 75 zł (augmentation de 6 zł),
  - prestation complémentaire pour l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse– 100 zł (augmentation de 5 zł),
  - prestation complémentaire pour l'éducation de l'enfant par un parent seul – 200 zł, pas plus de 400 zł pour tous les enfants, 280 zł en cas d'enfant possédant un certificat sur l'incapacité ou un certificat sur l'incapacité sévère, pas plus de 560 zł pour tous les enfants (augmentation de 7 zł),

Conformément à la loi du 11 mai 2012 modifiant la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales et certaines autres lois, des changements relatifs à l'augmentation de l'âge légal de départ à la retraite ont été introduits dans la loi du 12 décembre 1990 sur la sécurité sociale des agriculteurs.
En vertu de la loi du 16 novembre 2012 sur la réduction de certaines fardeaux administratifs dans l'économie, un amendement à la loi sur le régime d'assurances sociales pour les agriculteurs a été introduit en imposant l'obligation d'inclure dans le Bulletin d'information publique les interprétations individuelles données par le Président de la Caisse d'assurance sociale agricole (KRUS).
Conformément à la loi du 26 juillet 2013 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale et certaines autres lois, le budget de l'Etat finance les primes d'assurance de retraite et de pension de chaque agriculteur ou personne faisant partie du ménage qui prend soin de son enfant pendant 3 ans et, en cas d'enfant qui, en raison de son état de santé confirmé par un certificat sur l'incapacité ou sur le degré de handicap, nécessite des soins personnels de cette personne, pendant 6 ans.
Les modifications de la loi du 20 décembre 1990 sur le régime d'assurance sociale pour les agriculteurs:

- la loi du 23 octobre 2014 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale et certaines autres lois: des changements dans la loi sur le régime d'assurance sociale pour les agriculteurs qui ont donné aux agriculteurs la possibilité de continuer, à titre volontaire, leur assurance à la KRUS lorsqu'ils effectuent un travail dans le cadre d'un contrat d'agence ou d'un contrat de mandat ou d'un autre contrat de service, auquel, conformément au Code civil, sont applicables les dispositions relatives au contrat de mandat ou lorsqu'ils exercent des fonctions dans un conseil de surveillance à titre desquelles il est obligatoire d'être soumis à l'assurance sociale dans le système général,
- la loi modifiante du 24 juillet 2015: les allocations de maternité pour les agriculteurs sont accordées sur la même base qu'à d'autres groupes sociaux et professionnels, en tant que prestation temporaire pour 56 à 71 semaines - selon le nombre d'enfants nés lors d'un accouchement, adoptés ou pris pour l'éducation.
- la loi modifiante du 5 août 2015: des changements dans le transfert des primes d'assurance de retraite et de pension du budget de l'Etat dans le cadre de la perception de l'indemnité de soins ou de l'allocation spéciale de soins en vertu de la loi du 28 novembre 2003 sur les prestations familiales.

Conformément à la loi du 15 mai 2015 portant sur la modification de la loi sur les prestations en espèces de sécurité sociale en cas de maladie et de maternité et certaines autres lois, les règles de la délivrance de certificats médicaux relatifs à l'octroi d'une allocation de maladie de l'assurance sociale des agriculteurs ont été standardisées.
La loi du 14 mars 2014 portant sur la modification de la loi sur la promotion de l'emploi et sur les institutions du marché du travail et sur la modification de certains autres actes liés:

- une attente pour l'acquisition du droit à l'allocation chômage pendant 7 jours à compter de la date d'inscription a été supprimée et le principe selon lequel les chômeurs ont droit à une allocation de chômage à partir de la date d'inscription dans un office d'emploi a été introduit,
- la période de l'exercice d'une activité non-agricole par les femmes âgées de plus de 55 ans et les hommes âgés de plus 60 ans, pour laquelle les personnes en question n'étaient pas obligées de payer des cotisations pour le Fonds du Travail, a été inclue dans la période donnant droit à l'allocation chômage,
- les périodes suivantes ont été inclues sur la liste des périodes donnant droit à l'allocation chômage:

- période de la prestation de services sur base d'un contrat d'activation visé à la loi du 4 février 2011 sur les soins des enfants de moins de 3 ans,
- période de versement de la pension de survie, lorsque la personne ayant droit à la pension d'incapacité de travail qui remplit en même temps les conditions requises pour bénéficier d'une pension de survie, choisit cette dernière (par exemple, parce que celle-ci est plus élevée),
- période de soins personnels apportés à son enfant,

– la possibilité d'acquérir le droit à une allocation plus longue (de 12 mois) par les parents célibataires a été étendue,
– le montant de l'allocation de chômage a été ajusté au montant résultant de la communication du Ministre du travail et de la politique sociale, actuellement en vigueur, en relation avec de nombreuses références au montant de l'allocation dans les instruments du marché du travail financés par le Fonds du Travail.

Les prestations sont indexées au 1 juin de chaque année par rapport au taux des prix des biens et services de consommation calculé pour l'année précédente. Au cours de la période couverte par le rapport, le montant de l'allocation de chômage s'élevait à:

– du 1 juin 2011 - 761,40 zł - pendant les trois premiers mois de la détention du droit à l'allocation, 597,90 zł - pendant les mois suivants de la détention du droit à l'allocation,
– du 1 juin 2012 - 794,20 zł - pendant les trois premiers mois de la détention du droit à l'allocation, 623,60 zł - pendant les mois suivants de la détention du droit à l'allocation,
– du 1 juin 2013 - 823,60 zł - pendant les trois premiers mois de la détention du droit à l'allocation, 646,70 zł - pendant les mois suivants de la détention du droit à l'allocation,
– du 1 juin 2014 - 831,10 zł - pendant les trois premiers mois de la détention du droit à l'allocation, 652,60 zł - pendant les mois suivants de la détention du droit à l'allocation.

3) Données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes portant sur l'augmentation du niveau de la sécurité sociale, ou les mesures visant à réduire le niveau de la sécurité sociale.

Paiement mensuel moyen des prestations de retraite et de pension effectué par ZUS*), zł

	2012	2013	2014	2015
Retraites	1.872,32	1.970,39	2.043,11	2.096,55
Pensions à titre d'inaptitude au travail	1.408,26	1.487,65	1.536,32	1.590,33
Pensions de survie	1.631,04	1.717,68	1.768,86	1.825,03

* Sans retraites et pensions versées en vertu des accords internationaux, sans retraites et pensions de personnes ayant droit aux prestations agricoles, sans retraites de transition et prestations d'indemnisation pour enseignants.

Voir également la réponse à la question 1 à l'article 12§1et les questions additionnelles n° 2 et 4 à l'article 12§3.

Conclusion négative

La réduction de la période de perception de l'allocation de chômage de 18 à 6 mois (dans certains cas, jusqu'à 12 mois) est une limitation de l'étendue des branches de la sécurité sociale.

Ni l'extension de la période de versement de l'allocation de chômage ni l'augmentation du montant de cette allocation ne sont envisagées. L'augmentation des dépenses du Fonds du Travail pour les allocations de chômage entraînerait la réduction des fonds consacrés à une politique active du marché du travail ce qui détériorerait encore la situation difficile des chômeurs, parce que, après l'épuisement de leurs allocations de chômage, ils ne pourraient pas compter sur le financement d'actions d'activation.

Article 12§4

1) Cadre juridique général, y compris la liste complète des accords bilatéraux et multilatéraux ou de toutes les autres mesures, ainsi que les solutions adoptées unilatéralement, des projets, des lois adoptées ou des mesures administratives – comment ils permettent, en ce qui concerne certaines prestations sociales, de mettre en œuvre des principes énoncés dans les paragraphes a) et b).

Au cours de la période couverte par le rapport les accords suivants ont été conclus:

- l'accord du 18 mai 2012 entre la République de Pologne et l'Ukraine sur la sécurité sociale (entrée en vigueur le 1 janvier 2014),
- l'accord du 9 septembre 2013 entre la République de Pologne et la République de Moldavie sur la sécurité sociale (entrée en vigueur le 1 décembre 2014).

2) Mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Au cours de la période couverte par le rapport les accords suivants ont été conclus:

- l'accord administratif du 18 mai 2012 sur l'application de l'accord entre la République de Pologne et l'Ukraine sur la sécurité sociale (entrée en vigueu: le 1 janvier 2014),
- l'accord administratif du 9 septembre 2013 sur l'application de l'accord entre la République de Pologne et la République de Moldavie sur la sécurité sociale (entrée en vigueur le 1 décembre 2014).

Les accords administratifs précisent les règles de la mise en œuvre des obligations découlant des accords et réglementent un certain nombre de questions qui, en raison de leur nature technique, ne sont pas incluses dans les accords.

3) Données chiffrées et toutes autres informations pertinentes. Les conditions éventuelles relatives à la période de résidence, le cas échéant.

Retraites et pensions, pensions à titre d'assurance accident transférées par le ZUS à l'étranger en vertu des règlements de l'UE et des accords bilatéraux, en zł

2012	
Retraites et pensions au total, dont:	312.768.753,63
Retraites	215.671.692,70
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	17.171.698,96
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	68.711.034,69
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	8.046.694,12
Pensions de survie à titre d'accident du travail	3.167.633,16
2013	
Retraites et pensions au total, dont:	347.479.255,43
Retraites	242.639.414,01
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	19.250.047,34
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	74.717.294,72
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	7.875.614,98
Pensions de survie à titre d'accident du travail	2.996.884,38
2014	
Retraites et pensions au total, dont:	333.518. 300,93
Retraites	225.799.829,11
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	20.754.908,16
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	76.440.802,02
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	7.804.000,10
Pensions de survie à titre d'accident du travail	2.718.761,54
Allocations et prestations de préretraite	45.520,56

2015	
Retraites et pensions au total, dont:	340.066.618,03
Retraites	237.334.120,97
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	21.032.496,79
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	71.983.045,64
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	7.226.673,38
Pensions de survie à titre d'accident du travail	2.490.281,25
Allocations et prestations de préretraite	27.166,26

Retraites et pensions, pensions à titre d'assurance accident transférées par la KRUS à l'étranger en vertu des règlements de l'UE et des accords bilatéraux, en zł

Retraites et pensions au total, dont:	1.408.270
Retraites	1.181.038
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	101.694
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	n.d. (125.538 – pensions de survie avec pensions suite à un accident du travail)
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	0
Pensions de survie à titre d'accident du travail	n.d.
2013	
Retraites et pensions au total, dont:	1.611.650
Retraites	1.346.345
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	121.720
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	n.d. (141.925 – pensions de survie avec pensions suite à un accident du travail)
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	1.660
Pensions de survie à titre d'accident du travail	n.d.
2014	
Retraites et pensions au total, dont:	1.782.087
Retraites	1.460.978
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	150.361
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	n.d. (168.263 – pensions de survie avec pensions suite à un accident du travail)
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	2.485
Pensions de survie à titre d'accident du travail	n.d.
2015	
Retraites et pensions au total, dont:	1.983.293
Retraites	1.619.628
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	168.613
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	n.d. (192.646 – pensions de survie avec pensions suite à un accident du travail)
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	2.407
Pensions de survie à titre d'accident du travail	n.d.

Nombre moyen mensuel des prestations de retraites et de pensions agricoles transférées à l'endroit de résidence de la personne ayant droit en vertu des règlements de l'UE

2012	2.259
2013	2.433
2014	2.604
2015	2.797

Conclusions négatives

1. L'égalité de traitement des ressortissants des autres États n'est pas garantie en ce qui concerne l'accès aux prestations familiales (les accords bilatéraux ou multilatéraux n'ont pas été conclus avec tous les États-parties de la Charte)

La loi du 13 décembre 2013 sur les étrangers (entrée en vigueur le 1 mai 2014) a introduit certaines modifications de la loi du 28 novembre 2003 sur les prestations familiales en ce qui concerne les personnes ayant droit à ces prestations – le groupe des étrangers ayant droit aux prestations a été élargi.

Le nouveau groupe des personnes ayant droit aux prestations familiales sont les étrangers possédant un permis de séjour avec une mention « accès au marché de l'emploi ». Le permis de séjour est délivré avec une mention une mention « accès au marché de l'emploi » si l'étranger a un permis de:

- séjour temporaire (de 3 mois à 3 années),
- séjour permanent,
- séjour de résident de longue durée de l'UE,
- séjour pour raisons humanitaires.

Le droit aux prestations n'est pas octroyé aux citoyens des pays tiers qui:

- ont obtenu un titre de travail sur le territoire d'un État membre pour une période inférieure à 6 mois,
- ont été admis aux fins des études,
- ont le droit à travailler en vertu d'une visa (6 mois sur 12 mois).

Conformément à la loi sur les prestations familiales, telle que modifiée par la nouvelle loi sur les étrangers, le droit aux prestations familiales ont des étrangers résidant sur le territoire de la République de Pologne en vertu de:

- permis de séjour permanent,
- permis de séjour de résident de longue durée de l'UE,
- permis de séjour pour une durée limitée octroyé en raison de:
  - circonstances mentionnées dans l'article 127 (l'exercice du travail demandant des hautes qualifications – une nouveau disposition) ou dans l'article 186 paragraphe 1 troisième alinéa de la loi sur les étrangers (un permis de séjour de résident de longue durée de l'UE délivré par un autre État et l'intention de travailler en Pologne),
  - ou en raison de l'obtention du statut de réfugié ou la protection supplémentaire, s'ils résident avec des membres de leurs familles sur le territoire de la République de Pologne.

L'accord avec:

- l'Ukraine est entré en vigueur le 1 janvier 2014 – la Pologne a proposé d'étendre l'accord aux prestations familiales, mais les prestations familiales ont été exclues du champ d'application de l'accord à la demande de la partie ukrainienne.
- la Moldavie est entré en vigueur le 1 janvier 2014 – la Pologne a proposé d'étendre l'accord aux prestations familiales, mais les prestations familiales ont été exclues du champ d'application de l'accord à la demande de la partie moldave.

L'accord avec la Turquie – les négociations sont bouclées, en 2016 l'accord sera signé et ratifié.

Les autorités de l'Azerbaïdjan ont sollicité une proposition de la négociation d'un accord. Aujourd'hui (première moitié de 2016) des travaux préparatoires sont menés, consistant à élaborer et adresser au Président du Conseil des ministres une demande de consentement pour ouvrir des négociations de l'accord.

La nécessité de conclure des accords avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie et la Géorgie n'était jamais signalée ni par les autorités de ces pays, ni par des personnes concernées résidant en

Pologne ou dans les pays indiqués, l'ouverture des négociations des accords n'est donc pas considéré comme prioritaire. Si telle nécessité est déclarée, des analyses seront conduites comme une base pour une ouverture éventuelle des négociations.
S'il s'agit de la Fédération Russe, en 2013 la Pologne a proposé à la Fédération Russe de conclure un accord sur la sécurité sociale. L'initiative polonaise reste toujours sans réponse.
La Pologne est liée par des accords sur la sécurité sociale avec la Bosnie-Herzégovine, le Monténégro et la Serbie – l'accord conclu avec la Yougoslavie en 1958 est applicable. En 2006 l'accord avec la Macédoine a été conclu. Ces accords couvrent les prestations familiales.

2. La totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi des ressortissants des autres États parties à la Charte non couverts par la réglementation communautaire n'est pas garantie.

L'octroi de telles prestations comme retraites, pensions d'incapacité de travail, pensions de survie, prestations à titre d'accidents du travail et de maladies professionnelles, prestations en espèces en cas de maladie et de maternité et allocations funéraires, ne dépende pas ni de la citoyenneté d'une personne concernée, ni de sa résidence en Pologne, ni de la satisfaction de la condition de posséder une période de résidence appropriée en Pologne. Ces prestations sont octroyées à toutes les personnes couvertes par le régime de sécurité sociale polonais, même si ce sont des personnes non provenant des États membres de l'UE et l'EFTA ou des pays liés avec la Pologne par des accords bilatéraux sur la sécurité sociale, ou des pays qui ne sont pas États parties à la Charte sociale européenne.
Pour évaluer la situation de façon appropriée, il est nécessaire de prendre en compte le fait que les travailleurs migrants qui effectuent des travaux en Pologne sont couverts par le nouveau système de sécurité sociale. Les dispositions légales n'assujettissent pas l'octroi des prestations à une durée spécifiée de la période d'assurance. La totalisation des périodes d'assurance n'est donc pas nécessaire afin d'obtenir des prestations.
Le problème de la totalisation des périodes d'assurance dans le cadre du régime d'assurance retraite peut concerner:

- les travailleurs migrants qui ont été couverts par le régime précédent (en vigueur jusqu'à 1999): compte tenu d'un nombre très limité des étrangers qui avaient travaillé en Pologne avant 1999 et du fait que la Pologne a conclu des accords bi- ou multilatéraux avec les pays du provenance de ces travailleurs, le problème peut être en réalité considéré comme non existant,
- les pensions d'incapacité de travail et des pensions de survie: il convient toutefois de garder à l'esprit que pour acquérir le droit aux pensions d'incapacité de travail et aux pensions de survie, on doit compléter des périodes relativement courtes d'assurance, alors la totalisation des périodes d'assurance dans différents pays n'est pas si importante pour l'obtention de ces prestations,
- *les personnes soumises à la sécurité sociale des agriculteurs: afin d'acquérir le droit à la retraite agricole, il faut compléter une période de 25 ans de l'assurance, et dans le cas de la retraite à l'âge inférieur de cinq ans de l'âge de la retraite – une période de 30 ans de l'assurance; néanmoins, compte tenu d'un nombre très limité des étrangers couverts par la sécurité sociale des agriculteurs et les destinations de l'émigration de la Pologne, il serait irrationnel de poursuivre des efforts pour trouver la solution du problème de l'absence de totalisation des périodes d'assurance par des accord bilatéraux. En ce qui concerne la Russie, dont davantage de citoyens sont couverts par la sécurité sociale des agriculteurs, il faut tenir compte du fait que l'initiative de la Pologne de 2013 de conclure un accord bilatéral sur la sécurité sociale avec la Russie reste sans réponse.*

	Étrangers assurés au KRUS	*Étrangers qui ont acquis le droit aux prestations de retraite et de pension*
Albanie	*2*	-
Arménie	*9*	-
Géorgie	*1*	-

Russie	*19*	*4*

Deuxièmement, l'application pratique du principe de totalisation des périodes d'assurance n'est possible que s'il y a un accord en vigueur à cet égard entre les pays. L'application unilatérale du principe de totalisation des périodes d'assurance, sur base de la législation interne, n'aurait aucun fondement, parce qu'elle entraînerait des engagements financiers d'un seul côté. Par conséquent, la Pologne serait responsable de toutes les périodes accomplies d'assurance, sans aucune garantie d'un tel engagement de la part des autres pays.

Le principe de totalisation des périodes est toujours lié au coût proportionnel encouru par les institutions d'assurance du pays sur le territoire duquel les périodes d'assurance ont été accomplies. En l'absence d'un accord bilatéral, la disposition du droit interne qui impose l'utilisation du principe de totalisation, se traduirait par le fait que les autorités polonaises seraient toujours obligées de supporter les coûts résultant de l'application de ce principe – sans réciprocité de la part des autres pays. Par conséquent, afin d'appliquer le principe de totalisation des périodes d'assurance, des accords bilatéraux ou multilatéraux sont conclus.

ARTICLE 13 – DROIT À L'ASSISTANCE SOCIALE ET MÉDICALE

Article 13§2

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et
2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.
et
3) Données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.
Au cours de la période couverte par le rapport, il n'y a pas eu de modifications de la législation.

Article 13§3

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
Le renforcement de la sécurité économique (extension de l'assistance sur un groupe plus large des personnes et des familles avec les revenus les plus bas, transfert des prestations plus hautes aussi pour ceux qui ont déjà bénéficié de l'assistance) pourrait être accompli grâce à la vérification des critères de revenu octroyant le droit aux prestations d'assistance sociale, qui a été conduite le 1 octobre 2015. Les critères de revenu ont été fixé à un niveau supérieur au minimum vital., à savoir:

- 634 zł pour une personne seule constituant un ménage (soit une hausse de 92 zł),
- 514 zł du critère de revenu pour une personne dans une famille (soit une hausse de 58 zł).

Le montant de l'allocation permanente a été augmenté par 75 zł (de 529 zł à 604 zł).
Le ministre compétent en matière de sécurité sociale est obligé de présenter au Conseil de dialogue social des informations sur le minimum vital. Si au cours de l'année civile considérée le montant du critère de revenu pour une personne seule et le montant du critère de revenu pour une personne dans une famille est égal ou inférieur au minimum vital, le Conseil peut demander au Conseil des Ministres de vérifier les montants des critères de revenu.
En vertu de la loi du 5 août 2015 modifiant la loi du 12 mars 2014 sur l'assistance sociale il est rendu possible aux gminas de mener le travail social sur base d'un projet social. Le projet social est un ensemble d'actions visant à améliorer la situation des personnes, familles, groupes au risque de pauvreté, de marginalisation et d'exclusion sociale. Le développement et la réalisation des projets sont une propre tâche de la gmina à caractère obligatoire. Le projet social permet d'utiliser une étendue élargie des méthodes et formes des activités dans le processus de l'intégration sociale des personnes au risque d'exclusion. De même que dans le cas du contrat social, les types des activités dans le cadre du projet social ainsi que les formes et l'étendue des méthodes utilisées sont choisis de façon individuelle, selon les besoins identifiées et les objectifs.
En ce qui concerne l'élimination du sans-abrisme, les nouvelles dispositions ont défini des formes de l'abri (centre d'hébergement pour les sans-abris, centre d'accueil de nuit, centre d'accueil permettant à se chauffer). Le type et l'étendue des services fournis par ces établissements ont été déterminés, en permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité des activités exercées visant à la solution du problème de sans-abrisme.
Les nouvelles règles ont introduit des modifications concernant le payement pour certaines services fournis par l'assistance sociale, ainsi que des critères et conditions d'octroyer de certaines services de l'assistance sociale. La procédure d'octroyer des prestations de base dans les situations d'urgence (catastrophes naturelles, sinistres, évacuations des zones menacées) a été facilitée. Il a été déterminé quels entités peuvent jouer un rôle d'un centre de soutien

(centre de soutien pour les personnes ayant des problèmes mentaux, centre d'assistance de jour, centre d'accueil pour les mères avec les mineurs et pour les femmes enceintes, centre d'hébergement pour les sans-abris, club d'entreaide).
En raison de la mise en œuvre des dispositions de l'Union relatives à l'aide aux personnes possédant un permis de séjour pour une durée limitée, pour les membres des familles des personnes titulaires de statuts de réfugié en Pologne ou couverts par la protection supplémentaire (regroupement familial), la loi sur l'assistance sociale a été modifiée. Il a été indiqué qu'il existe un droit aux prestations de l'assistance sociale, sauf disposition contraire dans les accords internationaux, pour les étrangers ayant lieu de résidence et résidant sur le territoire de la République de Pologne en vertu d'un permis de séjour pour une durée limitée octroyé en raison de la circonstance mentionnée dans l'article 159 paragraphe 1 alinéa 1 point c ou d de la loi du 12 décembre 2012 sur les étrangers.
Le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 7 avril 2015 sur l'assistance aux étrangers fixe le montant des prestations et les procédures concernant la réalisation de divers prestations.

2) Mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.
Le 31 décembre 2013 voit la fin de la réalisation du programme pluriannuel « L'aide d'État dans le domaine de l'alimentation ». Le 10 décembre 2013 le Conseil des ministres a approuvé un nouveau programme pluriannuel de soutien financier aux gminas intitulé « L'aide d'État dans le domaine de l'alimentation » pour 2014–2020. L'objectif du programme consiste à diminuer la malnutrition des enfants des familles défavorisées ou à faible revenu, notamment en ce qui concerne les élèves provenant de régions à un taux de chômage élevé et des milieux ruraux, ainsi que des adultes, en particulier les personnes isolées, âgées, malades ou handicapées. Le programme est un élément de la politique sociale de l'État dans le domaine du soutien financier aux gminas en ce qui concerne l'exécution des tâches propres de gminas à caractère obligatoire, l'amélioration du niveau de vie des familles à faible revenu, l'amélioration de l'état de santé des enfants, ainsi que l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires.
L'aide est octroyée aux enfants avant aller à l'école primaire, élèves jusqu'à la fin de l'école secondaire, personnes et familles en situations mentionnées dans la loi sur l'assistance sociale, notamment aux personnes seules, âgées, malades ou handicapées.
Le programme prévoit l'octroi de l'assistance sous forme de repas, de prestation en espèces sous la forme d'allocation ciblée en vue de l'achat d'un repas ou de produits alimentaires, de prestation en nature sous la forme de produits alimentaires.
Le 12 août 2014, le Conseil des ministres a adopté « Programme national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2020. Une nouvelle dimension d'intégration active ». L'objectif de ce programme est de réduire de façon permanente le nombre de personnes menacées par la pauvreté et l'exclusion sociale par 1,5 million, ainsi que d'augmenter la cohésion sociale. Le programme comprend des activités ciblées à l'augmentation de l'activité et à l'augmentation de la volonté d'exercer un emploi, et ainsi l'amélioration du niveau d'emploi. Le programme liste des activités à réaliser et des moyens qui peuvent être utilisés aux fins de ce objectif.
Le programme prévoit cinq objectifs opérationnels:
- services pour l'activité et la prévention – limiter l'exclusion des enfants: garantir que les familles avec les enfants ont l'accès aux services sociales de qualité, ce qui augmentera les chances pour l'activation des parents et garantisse la prévention de la pauvreté,
- garanties pour l'avenir des jeunes – créer des chances à entrer le marché d'emploi: créer un système cohérent des actions éducatives, sociales et professionnelles, qui prépareront les jeunes à entrer le marché d'emploi, permettront d'acquérir de compétences et

connaissances indisponibles facilitant l'inclusion sociale, l'activité professionnelle ainsi que le développement de la famille,

- personne active, famille intégrée, environnement local responsable: développer le système de l'intégration active, fonctionnant en faveur de la participation active dans la vie sociale et professionnelle des personnes, familles et environnements menacés par l'exclusion,
- prévention de l'incertitude résidentielle: garantir l'accès aux logements non coûteux pour location, ce qui augmentera la sécurité des familles et leur permettra de la mobilisation professionnelle, empêcher la perte d'un logement et le sans-abrisme résultant en exclusion sociale,
- seniors - sûrs, actifs, utiles: garantir aux personnes âgées et handicapées des formes agréables des soins et des loisirs actifs ainsi que la possibilité de participer à la vie sociale.

Les activités sont financées du budget de l'Etat, des budgets des institutions de l'administration locale, par les fonds privés et les fonds européens, notamment le Fonds social européen dans la cadre du programme opérationnel national et des programmes opérationnels régionaux.

3) Données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Dépenses pour l'assistance sociale, en milliers zł

2012	2013	2014	2015
4.012.790	4.591.564	4.723.762	4.703.117

Nombre de personnes couvertes par le programme « L'aide d'État dans le domaine de l'alimentation »

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

Dépenses pour le programme « L'aide d'État dans le domaine de l'alimentation », en zł

Voïvodie	2012	2013	2014	2015
dolnośląskie	45.110.097	45.208.405	39.373.864	38.348.127
kujawsko-pomorskie	57.948.302	61.897.599	55.803.257	56.024.306
lubelskie	46.715.821	47.011.050	46.001.308	43.585.921
lubuskie	30.661.688	31.981.352	32.031.507	31.592.540
łódzkie	55.457.478	56.905.311	56.004.783	54.049.471
małopolskie	57.203.899	61.263.837	58.932.581	61.161.728
mazowieckie	77.076.583	75.997.632	72.864.783	74.444.008
opolskie	24.277.848	24.452.895	23.827.798	20.710.078
podkarpackie	59.696.603	61.668.155	56.714.602	55.625.254
podlaskie	33.394.242	34.004.209	32.179.413	32.034.719
pomorskie	51.171.463	51.717.640	48.706.882	48.453.323
śląskie	76.516.443	81.485.016	74.104.386	72.317.959

świętokrzyskie	56.220.589	56.730.682	59.641.554	44.476.293
warmińsko-mazurskie	53.377.454	53.581.081	50.374.535	48.957.953
wielkopolskie	71.505.006	75.931.341	67.159.314	65.084.290
zachodniopomorskie	51.187.482	50.674.698	48.891.753	47.319.438
AU TOTAL	847.520.998	870.510 903	822.612.320	794.185.408

Conclusion négative

L'égalité de traitement des ressortissants des autres Etats parties à la Charte, résidant légalement ou travaillant en Pologne, n'est pas garantie en ce qui concerne l'accès à l'aide sociale (une période de résidence trop longue qui est requise pour obtenir un permis de séjour[6], déterminant pour l'obtention de l'accès aux prestations de sécurité sociale).

La même conclusion négative concerne l'article 14, paragraphe 1. Pour plus d'explications – voir la réponse à la conclusion négative se référant à l'article 14, paragraphe 1.

[6] Conformément aux dispositions en vigueur permis de séjour permanent, permis de séjour de résident de longue durée de l'Union européenne

ARTICLE 14 – DROIT AU BÉNÉFICE DES SERVICES SOCIAUX

Article 14§1

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles. et
2) Mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.

En vertu du règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 17 avril 2012 sur la spécialisation dans la profession d'assistant social, un nouveau programme de base des formations de spécialisation a été introduit. Les modalités de constituer le jury central et des jurys régionaux, le mode d'obtention d'une autorisation de réaliser des formations de spécialisation, les modalités d'obtenir des degrés de spécialisation professionnelle, les modalités d'effectuer des inspections des entités dispensant des formations et des jurys régionaux ont été définis.

Par voie du règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 26 septembre 2012 sur la spécialisation dans le domaine de l'organisation de l'assistance sociale, un nouveau programme de base des formations de spécialisation a été introduit. Le mode d'obtention d'une autorisation de réaliser des formations de spécialisation et les modalités d'obtenir la spécialisation dans le domaine de l'organisation de l'assistance sociale ont été définis.

Les modifications de la loi sur l'assistance sociale introduites le 18 mars 2011 et le 5 août 2015 ont défini les bases juridiques de la supervision du travail social ainsi que les conditions d'obtention du certificat de superviseur et les types d'entités qui peuvent dispenser des formations.

Entre 2011 et 2015, plus de 10.000 assistants sociaux ont participé aux projets financés par le Fonds social européen dans le cadre du Programme opérationnel Capital Humain 2007–2013 visant à accroître les compétences professionnelles. Les assistants sociaux, y compris ceux qui sont en contact direct avec la personne qui s'adresse à l'assistance sociale, ont participé aux formations de spécialisation, aux études et aux études de troisième cycle (postuniversitaires), ainsi qu'aux formations spécialisées en prévention de la violence en famille. Les formations de spécialisation pour les assistants sociaux et les études pour les candidats au travail social sont organisées dans le cadre du Programme opérationnel Savoir-Education-Développement 2014–2020.

En décembre 2015 le Ministère de la famille, du travail et de la politique sociale a commencé à réaliser le projet « Rationalisation de l'organisation des entités organisationnelles d'assistance sociale par l'orientation des activités vers l'amélioration du service au client ». Dans le cadre du concours deux cents centres d'assistance sociale seront couverts par le soutien. Le mode d'organisation de l'entité fera l'objet d'un changement qui vise à séparer les tâches administratives des centres d'assistance sociale du travail social et des services sociaux, ce qui contribuera à améliorer les services destinés aux personnes qui s'adressent au centre pour surmonter une situation difficile dans laquelle elles se sont trouvées. Les solutions mises en œuvre devraient optimiser l'utilisation des qualifications et des compétences des assistants sociaux ainsi qu'influencer l'élargissement de la part du travail social dans le champ d'activités des centres d'assistance sociale et l'augmentation du niveau de performance de différents services sociaux, indispensables pour les personnes qui s'adressent à l'assistance sociale, selon la détermination préliminaire de ces besoins.

Questions additionnelles

1. Si au cours de la période couverte par le rapport des changements fondamentaux de l'organisation du système d'assistance sociale ont été introduits, présenter l'ensemble du système, en énumérant ces changements

On n'a pas introduit des changements fondamentaux dans l'organisation de l'assistance sociale – des solutions prévues dans la loi sur l'assistance sociale s'appliquent toujours.

2. Les personnes qui demandent de l'assistance sociale peuvent-elles faire valoir leurs droits devant une autorité indéndante en cas de discrimination ou de violation de leur dignité ?

Les personnes qui demandent de l'assistance sociale peuvent faire valoir leurs droits devant une autorité indéndante en cas de discrimination ou de violation de leur dignité, selon les principes généraux, comme tous les citoyens de la République de Pologne – devant les institutions désignées à cet effet (juridictions de droit commun, Médiateur).

3. Actions entreprises pour augmenter la qualité de fonctionnement des services d'assistance sociale

Dans le cadre du projet « Création et élaboration de normes d'assistance sociale et d'insertion sociale », mis en œuvre dans le cadre du Programme opérationnel Capital Humain 2007–2013, des modèles, entre autres le « Modèle de fourniture des services qui remplissent certains standards dans une ville ayant les droits de powiat », le « Modèle de fourniture des services qui remplissent certains standards dans une gmina » et des standards pour certains services fournis par les établissements d'assistance, par exemple le standard de services de soins pour les personnes âgées à domicile, le standards de travail social pour les personnes handicapées et leurs familles, y compris les personnes souffrant de troubles mentaux, le standard d'intervention de crise, le standard de travail social avec une famille touchée par la violence en famille ou le standard de travail social avec une personne âgée, ont été élaborés. Les modèles et les standards élaborés dans le cadre du projet ont été communiqués aux établissements d'assistance sociale et aux administrations locales sous forme de conseils, de recommendations ou de directives et ils seront utilisés par le Ministère de la famille, du travail et de la politique sociale pour planifier de nouveaux changements de l'assistance sociale.

Voir également la réponse à la question 1 et 2 – les projets dans le cadre du Programme opérationnel Capital Humain 2007–2013.

4. Volume des dépenses pour maintenir le système d'assistance sociale (à l'exclusion des dépenses pour les prestations)

Il est impossible d'établir le montant total des dépenses pour maintenir le système d'assistance sociale, car le système est financé du budget de l'Etat et du budget des collectivités. Les données qui permettraient d'établir le montant total des dépenses ne sont pas collectées.

3) Données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes portant sur l'accès effectif aux services sociaux (le nombre total de bénéficiaires, le nombre de bénéficiaires par catégorie de services sociaux, le nombre et la répartition géographique des services sociaux, le nombre et les qualifications des employés).

Personnes qui ont obtenu les prestations

Voïvodie	2012	2013	2014	2015
dolnośląskie	118.366	121.534	113.448	103.902
kujawsko-pomorskie	149.843	156.507	144.712	135.570
lubelskie	116.988	119.998	114.961	109.340
lubuskie	61.786	65.064	61.334	57.934
łódzkie	132.345	131.354	122.386	115.249
małopolskie	133.794	138.425	134.920	130.279
mazowieckie	218.298	223.522	214.530	205.504
opolskie	38.782	41.084	39.834	37.239

podkarpackie	131.425	136.472	127.041	120.942
podlaskie	73.566	76.255	72.475	69.021
pomorskie	120.965	123.436	115.320	109.617
śląskie	172.637	179.882	168.395	159.016
świętokrzyskie	81.219	84.297	80.059	76.228
warmińsko-mazurskie	122.152	127.154	121.027	112.840
wielkopolskie	153.290	159.581	150.224	140.720
zachodniopomorskie	100.872	103.032	93.235	86.001
Au total	1.926.328	1 987 597	1.873.901	1.769.402

Familles qui ont obtenu l'assistance sous forme de travail social

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

Assistants sociaux embauchés
dans les centres d'assistance sociale et les centres d'aide aux familles de powiat

2012	2013	2014	2015
20.974	21.116	20.968	20.793

Conclusion négative

L'égalité de traitement des ressortissants des autres Etats parties à la Charte, résidant légalement ou travaillant en Pologne, n'est pas garantie en ce qui concerne l'accès à l'aide sociale (une période de résidence trop longue qui est requise pour obtenir un permis de séjour[7], déterminant pour l'obtention de l'accès aux prestations de sécurité sociale).

La modification de la loi sur l'assistance sociale afin d'élargir le champ d'application personnel de ses dispositions n'est pas prévue.

[7] Conformément aux dispositions en vigueur : permis de séjour permanent, permis de séjour de résident de longue durée de l'Union européenne

CONCLUSIONS NÉGATIVES EN RAISON DE MANQUE D'INFORMATIONS DANS LE RAPPORT PRÉCÉDENT

Article 16 – l'impossibilité de faire valoir en justice le droit à un logement décent

Une gmina aide à satisfaire les besoins de logement de la personne qui habite sur le territoire de cette gmina et qui remplit les conditions pour être incluse dans le groupe de personnes avec qui un contrat de location d'un logement faisant partie des ressources communales peut être conclu.

La conclusion d'un contrat de location d'un logement à durée indéterminée ou d'un logement social faisant partie des ressources communales peut être sollicitée par une personne qui remplit les conditions définies par le conseil de la gmina dans une résolution sur les principes de location des logements faisant partie aux ressources communales. Ces conditions portent, notamment, sur:

- le revenu du foyer justifiant la location ou la sous-location d'un logement à durée indéterminée et d'un logement social,
- les conditions d'habitation,
- les critères de choix des personnes qui jouissent d'une priorité pour conclure un contrat de location d'un logement à durée indéterminée et d'un logement social.

La résolution sur les principes de location des logements faisant partie aux ressources communales est un acte du droit local statué par la gmina. Le droit local est soumis au contrôle suivant les principes et le mode prévus dans la loi sur les collectivités communales du 8 mars 1990. Dans le cadre de la surveillance de l'activité de la gmina le voïvode (l'autorité de surveillance) déclare nulle et non avenue la résolution ou l'ordonnance en tout ou en partie.

Toute personne dont l'intérêt légal ou le droit ont été violés par une résolution ou une ordonnance prise par une autorité de gmina dans une affaire reventant à l'administration publique peut, à la suite d'une mise en demeure inefficace, attaquer cette résolution ou ordonnance devant un tribunal administratif.

Les activités entreprises par la gmina en raison de la présentation d'une demande d'attribution d'un logement, à savoir la qualification du demandeur en tant que personne ayant droit à la conclusion d'un contrat ou le refus de la mise en place de la location après avoir constaté que le demandeur ne remplit pas de conditions définies dans la loi et la résolution du conseil de la gmina, reviennent au droit administratif. Cela signifie que la décision peut être attaquée devant un tribunal administratif. Par exemple la Cour administrative suprême composée de 7 juges dans sa décision no I OPS 4/08 du 21 juillet 2008 a statué que la résolution de l'administration du quartier de la ville de Varsovie de refuser de qualifier et d'inclure dans la liste des personnes qui attendent la location d'un logement faisant partie des ressources communales, constitue un acte d'administration publique visé à l'art. 3 § 2 point 6 de la loi du 30 août 2002 sur la procédure devant les juridictions administratives. Dans son jugement no I OSK 1645/10 du 13 octobre 2010 la Cour administrative suprême a indiqué que la décision de refuser de qualifier pour la conclusion d'un contrat de location d'un logement faisant partie des ressources communales constitue un acte d'administration locale attaquable devant le tribunal administratif.

En conséquence, l'opnion du Comité d'experts indépendants selon laquelle une personne qui sollicite un logement des ressources communales en logements ne dispose pas de protection juridique à cause de l'absence de recours juriciaire n'est pas justifiée.

Article 19§2 – l'absence des mesures pour faciliter le départ, le voyage et l'accueil des travailleurs migrants

En principe, l'étranger a la possibilité d'entrer et de séjourner en Pologne afin d'y travailler, après avoir rempli les conditions d'entrée et de séjour définies dans la loi du 12 décembre 2013sur les étrangers. Il doit, entre autres, être en possession des documents confirmant le fait de se voir confier le travail sur le territoire de la République de Pologne (p.ex. un titre de travail, à moins que la loi sur la promotion du travail et les institutions du marché de travail il ne l'exempte d'obligation d'être en possession d'un tel titre).

Le visa pour travailler est délivré à un étranger qui présente, entre autres, un titre de travail ou une attestation par écrit de l'employeur sur l'intention de lui confier le travail, si le titre de travail est exigé.

Le titre de travail pour un étranger qui travaillera sur la base d'un contrat avec une entité dont le siège social ou le domicile se trouve sur le territoire de la Pologne est délivré, si la rémunération définie dans le contrat n'est pas inférieure à la rémunération des employés exerçant un type de travail comparable ou occupant un poste comparable. Un logement approprié n'est pas exigé de l'étranger.

Un permis de séjour pour une durée limitée aux fins d'un emploi hautement qualifié est délivré à condition, entre autres, que la rémunération ne soit pas inférieure à 150% d'une rémunération moyenne en Pologne.

Un visa ou un permis de séjour pour un travailleur migrant est délivré à condition, entre autres, que la rémunération n'est pas inférieure à 150% d'une rémunération moyenne nationale durant l'année civile précédente.

La Pologne (l'administration d'Etat) ne recrute pas activement d'étrangers pour travailler en Pologne. Par suite, les frais de voyage et la couverture des risques potentiels pendant le voyage ne peuvent être l'objet d'une concertation qu'entre l'étranger et son futur employeur (ou un employeur détachant), ou bien une agence de placement.

Un visa ou un permis de séjour est délivré à condition de posséder une assurance maladie au sens de la loi sur les prestations de soins de santé financées par des fonds publics et une assurance maladie de voyage, si l'étranger n'est pas encore soumis à l'assurance maladie.

L'étranger en séjour régulier sur le territoire de la Pologne a la possibilité de chercher du travail. S'il séjourne en Pologne sur la base d'un visa pour travailler ou d'un permis de séjour pour une durée limitée et d'un titre de travail, en cas de perte de son emploi actuel il peut être inscrit comme chômeur. La condition est que directement avant l'inscription il doive être employé de manière ininterrompue en Pologne pendant au moins 6 mois. En cas d'inscription comme chômeur il est couvert par l'assurance maladie.

La loi sur les étrangers prévoit que le permis de séjour pour une durée limitée et le titre de travail ne peuvent être revoqués pendant 30 jours en raison de perte d'emploi sous certaines conditions (l'obligation d'informer par écrit le voïvode compétent pour le lieu de résidence, dans un délai de 15 jours ouvrables, sur la perte d'emploi chez toute entité lui confiant le travail mentionnée dans le permis). Pendant cette période le travailleur migrant peut chercher un nouvel emploi.

Le projet « Les droits des migrants en pratique » (édition 1 et 2), réalisé par l'Organisation internationale pour les migrations en partenariat avec le Ministère de l'intérieur et la PIP, s'adresse aux étrangers venus travailler en Pologne. L'objectif du projet est de faciliter l'intégration des citoyens de pays tiers par leur sensibilisation aux droits et obligations en vigueur en Pologne et de lutter contre toutes formes de discrimination et l'exploitation des migrants, notamment sur le marché de travail. Le projet est cofinancé par le Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers.

Dans le cadre du projet « Les droits des migrants en pratique 2 » (réalisé dès juillet 2014) on a ouvert un service d'assistance en ligne qui offre des consultations par téléphone et par e-mail.

En plus, on a ouvert des services d'assistance en ligne dans les principaux pays d'origine des migrants – en Biélorussie, en Ukraine et au Viêt Nam. Outre les services d'assistance en ligne on tient un portail d'information pour les migrants www.migrant.info.pl. Sur le site se trouvent des informations sur, entre autres, l'entrée et le séjour en Pologne, l'emploi et l'activité non salariée, l'arrivée de conjoint, le système fiscal, le logement. Le portail contient en plus plusieurs conseils pratiques sur la vie quotidienne en Pologne, tels que le coût de la vie, le système éducatif, les soins de santé. Le site est disponible en polonais, anglais, chinois, français, russe, ukrainien, arménien et vietnamien.