



16/02/2021

RAP/RCha/POL/20(2021)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

20e 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

01/01/2016 – 31/12/2019

Rapport enregistré par le Secrétariat le

10 février 2021

CYCLE 2021



République de Pologne

Rapport

présenté par le Gouvernement de la République de Pologne conformément aux dispositions de l'article 21 de la Charte sociale européenne, faite à Turin le 18 octobre 1961, sur les mesures prises pour mettre en œuvre les dispositions suivantes de la Charte: articles 3, 11, 12, 13, 14, dans les années 2016-2019

Si les données pour 2019 ne sont pas fournies, cela signifie qu'elles n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport.

Les informations sur les mesures prises en relation avec la pandémie COVID-19, relevant du champ d'application des dispositions la Charte couvertes par le présent rapport, sont annexées au rapport.

En ce qui concerne la demande du Comité d'experts indépendants quant à la forme du rapport (lettre du Secrétariat du Conseil de l'Europe du 3 juin 2020), le Gouvernement polonais informe que pour l'élaboration du présent rapport, il a utilisé le formulaire adopté par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 26 mars 2008.

Le Gouvernement polonais indique que le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe n'a pas décidé de modifier le format des rapports. Un éventuel changement ce format nécessite une discussion préalable approfondie et un accord de tous les participants au système de contrôle de la mise en œuvre de la Charte, suivi d'une décision en due forme et prise par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe.

Le Comité d'experts indépendants n'est pas autorisé à introduire, notamment de manière informelle, des changements ou à imposer de nouvelles exigences aux États.

Il convient de souligner que la décision du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe du 11 décembre 2019 se limite à indiquer qu'il a pris note de l'initiative du Comité d'experts indépendants de cibler les rapports et en même temps souligne la nécessité pour les organes participant à la procédure de contrôle de la mise en œuvre de la Charte (le Comité gouvernemental et le Comité d'experts indépendants) de discuter la procédure de contrôle, y compris la nécessité de réviser le système actuel de rapports. La décision du Comité des Ministres a été précédée d'une discussion approfondie, y compris le rejet de la proposition de déroger au système des rapports thématiques, contenue dans le projet de décision initial élaboré par le Secrétariat général du Conseil de l'Europe.

Article 3 – Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Article 3§1

1) Cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

Par la loi du 22 juin 2016 modifiant le Code du travail et certaines autres lois, les articles 176 et 179 du Code du travail (section X "Santé et sécurité au travail") ont été modifiés pour assurer la transposition correcte de la directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail. Avant cet amendement, l'article 176 du Code interdisait aux femmes les travaux particulièrement pénibles ou dangereux. Actuellement, l'interdiction ne concerne que les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. L'autorisation pour le Conseil des ministres de déterminer, par voie de règlement, la liste des travaux demandant un effort physique excessif, y compris la manutention manuelle de charges et les travaux qui peuvent avoir un effet négatif sur la grossesse ou l'allaitement de l'enfant, a été également clarifiée.

Des règlements ont été adoptés:

- du Conseil des ministres:
 - du 3 avril 2017 sur la liste des travaux particulièrement pénibles, dangereux ou nocifs pour la santé des femmes enceintes et des femmes allaitantes (a abrogé le règlement du Conseil des ministres du 10 septembre 1996 sur la liste des travaux particulièrement pénibles, dangereux ou nocifs pour la santé des femmes),
 - du 12 juin 2019 modifiant le règlement sur les repas et boissons prophylactiques,
- du président du Conseil des Ministres du 4 novembre 2019 modifiant le règlement sur la création de la Commission interministérielle pour les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé dans le milieu de travail,
- du ministre de la Famille, du travail et de la politique sociale:
 - du 27 juin 2016 modifiant le règlement sur les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé dans le milieu de travail (modification concernant des agents chimiques et poussiéreux nocifs pour la santé),
 - du 27 juin 2016 modifiant le règlement sur les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé au travail (modification concernant des champs électromagnétiques),
 - du 16 décembre 2016 sur le stage d'adaptation et le test de compétences dans le cadre de la procédure de reconnaissance des qualifications pour les professions réglementées dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail,
 - du 23 décembre 2016 modifiant le règlement sur la santé et à la sécurité au travail lors du travail impliquant une exposition à des champs électromagnétiques,
 - du 25 avril 2017 modifiant le règlement sur la santé et la sécurité au travail lors de transport manuel,
 - du 12 juin 2018 sur les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé au travail (a abrogé le règlement du ministre du Travail et de la politique sociale du 6 juin 2014 sur les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé au travail),
 - du 24 mai 2019 sur le modèle de protocole pour l'établissement des circonstances et des causes d'un accident du travail,
 - du 29 mai 2019 modifiant le règlement sur la formation en matière de sécurité et de santé au travail,
 - du 9 octobre 2019 modifiant le règlement sur la carte statistique d'un accident du travail,
 - du 9 janvier 2020 modifiant le règlement sur les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé au travail.

- du ministre du Développement et des finances:
 - du 11 janvier 2017 modifiant le règlement sur la sécurité et à la santé au travail lors de fonctionnement des machines et d'autres équipements techniques destinés aux travaux de terrassement, de construction et de voirie,
 - du 15 décembre 2017 sur la santé et à la sécurité lors de l'utilisation des camions à moteur,
 - du 15 décembre 2017 sur la santé et la sécurité au travail dans les fonderies de métaux,
- du ministre de l'Entrepreneuriat et de la technologie:
 - du 22 octobre 2018 sur la santé et la sécurité au travail lors de l'exploitation des grues à tour et des grues à montage rapide,
 - du 8 novembre 2018 sur la santé et la sécurité au travail lors de l'élimination des objets dangereux, y compris les explosifs, des déchets métalliques,
 - du 8 octobre 2019 modifiant le règlement sur la santé et à la sécurité au travail lors de l'utilisation des véhicules routiers motorisés.

Le 4 août 2017, le ministre de l'Agriculture et du développement rural a adopté le règlement sur la sécurité et la santé au travail lors de la manipulation du bétail, définissant les conditions d'un travail sûr et hygiénique lors de la manipulation du bétail, y compris les animaux dangereux ainsi que ceux gardés dans le système ouvert. Le règlement porte aussi sur les conditions de travail sûr consistant en la manipulation des animaux à fourrure, des cervidés et des autruches. Les dispositions définissent également les exigences relatives aux bâtiments d'élevage nouvellement construits ou reconstruits.

Suite à l'adoption de la loi du 8 décembre 2017 sur le Service de protection de l'État, a été modifiée:

- la loi du 4 avril 2014 sur les indemnités de compensation en cas d'accident ou de maladie liés au service,
- la loi du 28 novembre 2014 sur les commissions médicales dépendant du ministre de l'Intérieur

et les règlements du ministre de l'Intérieur et de l'administration ont été adoptés, entre autres:

- du 18 avril 2018 sur les examens périodiques et de contrôle des agents du Service de protection de l'État,
- du 25 avril 2019 sur la détermination des atteintes à la santé des fonctionnaires de la Police, des Gardes-frontières, de la Garde des Maréchaux, du Service national des pompiers, du Service des douanes et de la fiscalité et du Service de protection de l'État,
- du 11 octobre 2018 sur la liste des maladies et handicaps, ainsi que les catégories d'aptitude à servir dans la Police, les Gardes-frontières, la Garde des Maréchaux, le Service national des pompiers et le Service de protection de l'État,
- du 7 mai 2019 sur la détermination des circonstances et des causes des accidents dans la Police, les Gardes-frontières, la Garde des Maréchaux, le Service national des pompiers et le Service de protection de l'État,
- du 23 mai 2019 sur la liste des maladies et affections liées au service dans la Police, les Gardes-frontières, la Garde des Maréchaux, le Service national des pompiers et le Service de protection de l'État.

Autres solutions détaillées figurent les ordres et décisions du chef du Service de protection de l'État, émis en 2018 et 2019.

Le Service de protection de l'État applique une convention collective du 24 août 2018, conclue entre l'employeur - Service de protection de l'État et le syndicat des fonctionnaires du ministère de l'Intérieur et de l'administration publique. Elle régit, entre autres, les suppléments auxquels

ont droit les personnes travaillant dans des conditions nocives à la santé, particulièrement pénibles ou particulièrement dangereuses.

2) Mesures (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 dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail est mise en œuvre dans le cadre du programme pluriannuel "Amélioration de la sécurité et des conditions de travail". Son objectif est d'introduire des solutions organisationnelles et techniques innovantes et de nouveaux produits, technologies, méthodes et systèmes de gestion afin de réduire de manière substantielle le nombre de personnes travaillant dans des conditions d'exposition à des agents dangereux, nocifs ou pénibles et le nombre d'accidents du travail qui y sont liés, les maladies professionnelles ainsi que les pertes économiques et sociales qui en résultent.

Au cours de la période de référence, les phases III (2014-2016) et IV (2017-2019) du programme ont été mises en œuvre. Les résultats de la troisième étape – réponse à la question supplémentaire 1.

La phase IV était en partie une continuation des tâches effectuées dans le cadre de la phase III ainsi que comprenait de nouvelles tâches. Elle avait les objectifs spécifiques suivants:

- créer la capacité de répondre aux exigences découlant de nouveaux documents stratégiques sur la santé et la sécurité au travail et des directives de l'Union européenne,
- élaborer et améliorer des solutions pour développer et maintenir la capacité de travailler afin de prévenir l'exclusion du marché du travail, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes âgées et handicapées,
- développer des méthodes et des outils pour prévenir et réduire les risques professionnels dans le milieu de travail, en tenant compte des risques nouveaux ou croissants,
- améliorer la connaissance des causes et des conséquences des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que la viabilité économique des mesures de prévention prises au niveau national et au niveau des entreprises,
- façonner et promouvoir une culture de la sécurité en améliorant la gestion de la santé et de la sécurité au travail et en développant un système général moderne de formation et d'information, en relation avec l'ensemble du cycle de vie.

Au cours des années 2017-2019, 90 tâches dans le domaine des services publics et 64 projets ont été réalisés, pour lesquels 93,5 millions de zł ont été dépensés.

Les résultats les plus importants:

- le développement du système national de contrôle de la sécurité et des conditions de travail – l'élaboration de:
 - 30 projets de normes hygiéniques (concentrations maximales admissibles),
 - 53 méthodes de mesure des agents nocifs dans le milieu de travail et des procédures analytiques,
 - 108 projets de normes,
 - 6 propositions de modification de la législation,
- l'amélioration du système d'évaluation de la conformité aux exigences de sécurité, d'hygiène et d'ergonomie des produits, des systèmes de gestion:
 - construction de 25 bancs d'essai,
 - élaboration de 41 méthodes et procédures d'évaluation de la conformité,
- l'aide à l'évaluation des risques et la gestion de la santé et de la sécurité au travail - mise à disposition de nouveaux services thématiques, actualisation et extension des sites Web/programmes existants des sections du portail internet de l'Institut (66 au total),
- le développement des solutions et des mesures à appliquer dans les entreprises et autres organisations:

- 52 solutions techniques,
- 107 solutions organisationnelles, critères, exigences et recommandations,
- le transfert de connaissances favorisant la sensibilisation à la sécurité et à la santé au travail dans les entreprises et autres entités - la diffusion de:
 - 265 documents d'information, version imprimée et électronique,
 - 48 programmes et matériels de formation,
 - 95 publications (monographies, brochures, manuels),
 - 473 publications scientifiques et ouvrages de vulgarisation,
 - 662 présentations lors de conférences nationales et internationales.

Dans le cadre de la quatrième phase du programme, des mesures de promotion de la sécurité et de la protection de la santé au travail ont été mises en œuvre, à l'intention du grand public, y compris:

- 11 conférences et séminaires pour les employeurs et les travailleurs et les représentants des services de sécurité et de santé au travail ont été organisés (ou co-organisés), 10 séminaires de formation pour le réseau d'experts en sécurité et santé au travail, participation à 4 éditions de foires internationales et à 1 édition de foire nationale, 3 bourses d'inventions et 10 autres expositions,
- 15 concours consacrés à la sécurité et la protection de la santé dans le milieu de travail et d'éducation ont été organisés, dont 3 éditions du concours pour une affiche sur la sécurité au travail ("Sécurité dès le début", "Bureau", "Dépression"), auxquelles plusieurs centaines d'artistes ont participé.
- 3 campagnes nationales d'information ont été mises en œuvre: "Sécurité dès le début", "Travail rajeunit" oraz "Mode pour la sécurité", dont 143 actions (conférences, séminaires, ateliers) en coopération avec 81 partenaires,
- deux éditions nationales de la campagne européenne sur la sécurité au travail "Lieu de travail sain et sûr":
 - 2017 r. - deuxième partie de la campagne d'information "Sûr au départ, sain à l'arrivée",
 - 2018-2019 - la campagne "Substances dangereuses sous contrôle",
 dans le cadre desquelles 20 projets (conférences, séminaires, ateliers) ont été mis en œuvre, en coopération avec 82 partenaires.

La diffusion et la mise en œuvre des résultats de la phase IV du programme permettront:

- d'augmenter l'efficacité de la prévention des risques professionnels dans les entreprises, y compris en ce qui concerne la nécessité de maintenir la capacité de travailler pendant la période prolongée d'activité professionnelle,
- d'améliorer la qualité de la gestion de la sécurité et de la santé dans les entreprises, y compris la gestion tenant en compte le prolongement de l'activité professionnelle,
- d'assurer une approche moderne à la sécurité et à l'ergonomie au travail dans les programmes d'enseignement à tous les niveaux et d'améliorer les compétences des services spécialisés,
- d'élargir l'offre d'équipements de protection individuelle (nouveaux produits, bien meilleurs), qui se traduira par une amélioration de la sécurité des travailleurs qui les utilisent,
- de poursuivre les travaux législatifs et de normalisation pour assurer la conformité du droit polonais avec le droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que pour la prise en compte des normes européennes pertinentes dans l'ensemble des normes polonaises.

Au cours de la période couverte par le rapport, le ministère du Développement a organisé:

- 8 séminaires sur les équipements de protection individuelle, destinés aux fabricants, aux utilisateurs, aux organismes notifiés d'équipements de protection individuelle, aux offices de l'administration publique et aux services de santé et de sécurité au travail,
- 1 séminaire sur les menaces liés au travail en hauteur, auquel ont participé des représentants du Syndicat du bâtiment, de la Communauté du travail - Commission des grutiers à tour, de l'Association nationale polonaise de la construction, des transports, de l'énergie et de la protection du travail, KGHM Polska Miedź SA, des bureaux provinciaux des mines.

Le Programme national de santé pour 2016-2020 prévoyait des recherches sur l'exposition des travailleurs au bruit et les dommages auditifs, notamment des travailleurs de l'industrie du divertissement, des utilisateurs de casques de communication ainsi que sur l'exposition aux ultrasons chez les opérateurs de machines.

Des recherches ont également été menées sur l'exposition des travailleurs de la santé à des gaz cytostatiques, anesthésiques et aldéhydes, ainsi que sur l'exposition des travailleurs des installations de diagnostic par imagerie à des champs électromagnétiques permanents. Les recherches se poursuivaient en 2020, et les rapports, ainsi que les lignes directrices et les recommandations en matière de protection des travailleurs, seront disponibles en 2021.

Questions supplémentaires

1/ Résultats de la mise en œuvre de la phase III (2014-2016) du programme pluriannuel "Amélioration de la sécurité et des conditions de travail".

L'objectif principal de la phase III du programme était de développer des solutions organisationnelles et techniques innovantes visant à développer les ressources humaines et les nouveaux produits, technologies, méthodes et systèmes de gestion, contribuant à une réduction significative du nombre de personnes employées dans des conditions d'exposition à des facteurs dangereux, nocifs et pénibles et à réduire les accidents du travail, les maladies professionnelles et les pertes économiques et sociales qui en résultent.

Objectifs spécifiques:

- créer la capacité de répondre aux exigences découlant de nouveaux documents stratégiques sur la santé et la sécurité au travail et des directives de l'Union européenne,
- élaborer et améliorer des solutions pour développer et maintenir la capacité de travailler afin de prévenir l'exclusion du marché du travail, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes âgées,
- développer des méthodes et des outils pour prévenir et réduire les risques professionnels dans le milieu de travail, en tenant compte des risques nouveaux ou croissants,
- améliorer la connaissance des causes et des conséquences des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que la viabilité économique des mesures de prévention prises au niveau national et au niveau des entreprises,
- façonner et promouvoir une culture de la sécurité en améliorant la gestion de la santé et de la sécurité au travail et en développant un système général moderne de formation et d'information, en relation avec le cycle de vie allant de l'enfance à la retraite.

Les tâches dans le domaine des services publics ont été réalisées dans le cadre de quatre groupes thématiques (partie A):

- établir des normes de santé et de sécurité au travail,
- développer des méthodes et des outils pour prévenir et réduire les risques professionnels dans le milieu de travail,
- développer un système de test pour les machines et autres dispositifs techniques, outils et moyens de protection collective et individuelle,

- développer un système d'éducation, d'information et de promotion dans le domaine de la sécurité et de la protection de la santé.

Les travaux de recherche et de développement ont été réalisés dans le cadre de quatre lignes d'action (partie B):

- développer et maintenir la capacité de travailler,
- risques nouveaux ou croissants associés aux nouvelles technologies et aux nouveaux processus de travail,
- ingénierie des matériaux et les technologies avancées pour la santé et la sécurité au travail,
- développer de la culture de la sécurité.

La troisième phase du programme a été mise en œuvre par 17 entités scientifiques: universités, instituts de recherche et Académie polonaise des sciences, en coopération avec les entreprises, les organes de l'administration publique et les autorités chargées de superviser et de contrôler les conditions de travail.

Dans le cadre de la partie A du programme, 99 tâches dans le domaine des services de l'État ont été réalisées, leur exécutant étant l'Institut central pour la protection du travail - Institut national de recherche (CIOP-PIB). Dans le cadre de la partie B du programme, 75 projets ont été réalisés. L'Institut, en tant qu'entrepreneur principal, a réalisé 57 projets, les 18 projets restants ont été réalisés par 16 autres entités scientifiques.

Le budget de l'État a consacré 93,5 millions de zł à ce programme.

Principaux résultats:

- le développement du système national de contrôle de la sécurité et des conditions de travail, grâce à l'élaboration de projets de normes d'hygiène, de méthodes de mesure des agents nocifs dans le milieu de travail, de projets de normes et de propositions de modification de la législation,
- l'amélioration du système d'évaluation de la conformité aux exigences de sécurité, d'hygiène au travail et d'ergonomie des produits grâce à la construction de bancs et d'équipements d'essai et à l'élaboration de méthodes et de procédures d'évaluation de la conformité,
- le soutien à l'évaluation des risques et à la gestion de la santé et de la sécurité au travail grâce au développement de 36 nouveaux sites Web thématiques ainsi qu'à la mise à jour ou le développement des sites Web/programmes/éléments du nouveau site Web de l'Institut,
- le perfectionnement des solutions et des mesures dans les entreprises et autres organisations pour améliorer la sécurité et les conditions de travail, y compris les solutions techniques, les solutions organisationnelles, les critères, les exigences et les recommandations,
- le transfert du savoir, afin de sensibiliser les entreprises et d'autres entités à la santé et à la sécurité au travail, y compris: le matériel d'information, y compris les versions en ligne, les programmes et le matériel de formation, les publications, y compris les monographies, les guides, les brochures, les publications scientifiques et de vulgarisation, les articles présentés lors de conférences nationales et internationales,
- la promotion de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, s'adressant au grand public, y compris la participation (présentations), à 6 foires nationales et internationales consacrées aux questions de sécurité au travail, l'organisation de 83 conférences, 71 séminaires, 15 concours artistiques, dont 3 éditions d'un concours professionnel d'affiches sur la sécurité au travail ("Monde de l'informatique", "Travail et temps libre", "Sécurité avant tout"), 3 campagnes nationales d'information: "Bonne communication comme élément d'un travail sûr", "Partager la sécurité, promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité", "Santé des travailleurs au profit de l'entreprise", la deuxième partie de l'édition polonaise de la campagne d'information européenne pour 2014-2015 "Stress au travail ? Non, merci !", et la première étape de

l'édition polonaise de la campagne d'information européenne pour 2016-2017 "Sûr au départ, sain à l'arrivée".

2/ Solutions juridiques pour lutter contre le stress, les agressions et les violences liées au travail, y compris celles couvrant les travailleurs effectuant le travail sous des formes atypiques

Le Code du travail prévoit l'obligation de prévenir le harcèlement moral (article 94³). Il incombe à l'employeur d'empêcher tout acte ou comportement concernant ou dirigé contre un travailleur, impliquant un harcèlement ou une intimidation persistants et prolongés du travailleur, provoquant ou visant à l'humilier ou à le ridiculiser, à l'isoler ou à éliminer d'un groupe de travailleurs. Un travailleur victime de harcèlement moral a le droit de réclamer dommages et intérêts à l'employeur.

En outre, l'employeur doit mettre en œuvre une politique cohérente de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte des questions techniques, de l'organisation du travail, des conditions de travail, des relations sociales et de l'impact des facteurs du milieu de travail (article 207 para. 2 point 4 du Code du travail). Il s'ensuit que l'employeur, lorsqu'il met en œuvre une politique de santé et de sécurité au travail, est tenu de prendre en compte l'impact de tous les facteurs défavorables, y compris ceux qui résultent des interactions sociales.

Les travailleurs ayant un contrat de travail à durée déterminée, ainsi que les travailleurs à temps partiel, les télétravailleurs et les travailleurs intérimaires bénéficient des mêmes garanties juridiques en cas de stress, des agressions et de violence liés au travail que les autres travailleurs, c'est-à-dire ceux travaillant dans le cadre du contrat de travail à durée indéterminée. Les dispositions du Code du travail concernant la prévention du harcèlement moral s'appliquent dans toute leur étendue à ces travailleurs.

Bien que les droits et obligations des travailleurs intérimaires sont en principe réglementés par les actes autres que le Code du travail, c'est-à-dire par la loi du 9 juillet 2003 sur le travail intérimaire, conformément à l'article 5 de cette loi, dans la mesure où les dispositions de la loi et des dispositions distinctes n'en disposent pas autrement, les dispositions du droit du travail concernant l'employeur et l'entreprise utilisatrice s'appliquent respectivement à l'agence de travail intérimaire, au travailleur intérimaire et à l'entreprise utilisatrice, ce qui inclut également les questions liées à l'harcèlement moral.

Toutefois, les dispositions du Code du travail relatives au harcèlement moral ne s'appliquent pas aux personnes qui ne sont pas dans une relation de travail, par exemple, à des personnes fournissant leur travail sur la base de contrats de droit civil et à des travailleurs indépendants.

En 2016-2019, l'Inspection nationale du travail a mis en œuvre le programme "Prévention des effets nocifs du stress et d'autres risques psychosociaux sur le lieu de travail". L'objectif du programme était de diffuser du savoir sur le stress, le harcèlement moral, la discrimination, l'inégalité de traitement, le harcèlement au travail et son impact sur l'efficacité du travail et le bien-être des travailleurs afin d'éliminer les facteurs de risque en créant des conditions de travail appropriées qui garantissent un niveau élevé de sécurité des travailleurs. Le programme a suscité un grand intérêt de la part des employeurs et de leurs représentants, des travailleurs et des professionnels de la santé et de la sécurité.

Les formations s'adressaient à divers groupes, notamment les employeurs, les travailleurs, les inspecteurs sociaux du travail, les enseignants, les représentants des syndicats et les représentants de l'administration locale. Au cours de la formation, il a été possible de diagnostiquer des facteurs de stress spécifiques pour un milieu de travail donné, d'analyser ses sources et de déterminer ensuite les changements à apporter. Un outil supplémentaire utilisé lors de la mise en œuvre du programme a été l'échelle de risque psychosocial, élaborée par

l'Institut de médecine du travail. Si les participants à la formation acceptaient de participer à l'étude et que ses résultats indiquaient des irrégularités, l'employeur recevait un rapport avec le diagnostic et des informations sur les éventuelles mesures correctives à prendre.

En 2016, 42 cours de formation ont été organisés avec la participation de représentants de plus de 600 entreprises. 473 employeurs ont décidé d'adhérer au programme de prévention et de prendre des mesures correctives. En 2017, 171 formations ont été organisées et en 2018, 160. En 2018, 41 entreprises ont décidé d'étudier le niveau de stress en utilisant l'échelle de risque psychosocial. L'enquête a porté sur plus de 3,9 mille salariés. En 2019, 176 formations ont été organisées pour les employeurs et leurs représentants ainsi que pour les travailleurs. En même temps, 142 formations ont été organisées pour les travailleurs dans les entreprises.

Une autre forme de mise en œuvre du programme a consisté en des activités de diffusion et de promotion: organisation de stands d'information et de conférences, séminaires thématiques, au cours desquels les publications gratuites de l'Inspection nationale du travail ont été distribuées, concernant le stress au travail, l'épuisement professionnel, les procédures applicables en cas de harcèlement moral, la résolution des conflits au travail. Toutes les publications sont également disponibles sous forme électronique sur le site web pip.gov.pl.

3/ Modifications éventuelles de la législation sur la protection des travailleurs en contact avec l'amiante

Les dispositions relatives à la protection des travailleurs en contact avec l'amiante n'ont pas été modifiées entre 2016 et 2019.

La loi du 19 juin 1997 sur l'interdiction des produits contenant de l'amiante interdit la fabrication de produits contenant de l'amiante, définit l'amiante et permet la commercialisation de diaphragmes pour les installations électrolytiques existantes et de puits en amiante chrysotile utilisés pour le tirage du verre. Les règlements régissent principes en ce qui concerne l'utilisation et l'élimination en sécurité des produits à base d'amiante et le cadre pour la mise en place et le fonctionnement des services sociaux et des soins de santé garantis aux anciens travailleurs des usines qui ont utilisé de l'amiante dans leur production, c'est-à-dire:

- les règlements du ministre de la Santé:
 - du 4 août 2004 sur l'examen médical périodique des travailleurs employés dans des établissements ayant utilisé de l'amiante pour leur production,
 - du 9 août 2004 sur le traitement en station thermale des personnes qui ont travaillé à la fabrication de produits contenant de l'amiante,
 - du 10 janvier 2005 sur le livret type des examens préventifs pour une personne qui a travaillé ou travaille dans des conditions d'exposition dans des usines utilisant de l'amiante dans des procédés technologiques, comment il devrait être complété et mis à jour,
 - du 15 septembre 2005 sur les médicaments pour les maladies liées à l'amiante,
- les règlements du ministre de l'Économie, du travail et de la politique sociale:
 - du 2 avril 2004 sur les méthodes et conditions d'utilisation et d'élimination en sécurité des produits contenant de l'amiante,
 - du 14 octobre 2005 sur les règles de santé et de sécurité pour la protection et l'élimination des produits contenant de l'amiante et un programme de formation sur l'utilisation en sécurité de ces produits,
- le règlement du ministre de l'Économie du 13 décembre 2010 sur les exigences relatives à l'utilisation des produits contenant de l'amiante et à l'utilisation et au nettoyage des installations ou dispositifs dans lesquels des produits contenant de l'amiante ont été ou sont utilisés.

4/ Les travailleurs bénéficient-ils au moins de la même protection que celle prévue dans les recommandations de la Commission internationale pour la protection contre les rayonnements ionisants (CIPR, publication 103, 2007) ?

Les recommandations contenues dans la publication 103 de la CIPR ont été reprises dans la directive 2013/59/Euratom du Conseil du 5 décembre 2013. Par la modification du 13 juin 2019 de la loi - Droit nucléaire, cette directive a été transposée et, par conséquent, les recommandations contenues dans la publication CIPR 103 font partie du droit polonais.

5/ Modifications éventuelles des dispositions relatives à la santé et à la sécurité au travail, à la protection des travailleurs intérimaires

Les modifications des règles exposées en réponse à la question 1 s'appliquent aux travailleurs intérimaires.

Article 3§2

1) Mise en œuvre des dispositions concernant la protection de la santé et de sécurité au travail. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

La priorité des activités de contrôle et de surveillance de l'Inspection nationale du travail est mise sur l'amélioration du respect de la législation dans les relations de travail, notamment par la concentration des activités de contrôle et de surveillance sur les secteurs de l'économie et les entités présentant les risques professionnels les plus élevés. En outre, les activités de formation s'adressent aux micro et petites entreprises, où la connaissance de la loi est moins avancée que dans les grandes entreprises. Tant les inspections que les programmes de prévention favorisent un comportement sûr et soutiennent les employeurs dans leurs efforts pour réduire les risques résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ces activités sont mises en œuvre dans le cadre:

- des tâches à long terme,
- des tâches courantes, visant à une évaluation complète de certains problèmes en ce qui concerne la protection du travail,
- des tâches permanentes – les contrôles avec but d'amener à se conformer systématiquement à la législation en vigueur dans des domaines spécifiques de la protection du travail et à soutenir des contrôles par des programmes de prévention et d'information,
- des tâches résultant des spécificités locales.

En vertu de la loi du 22 juillet 2016 modifiant la loi – Droit de l'énergie et de certaines autres lois, le champ de contrôles des inspecteurs du travail a été étendu au contrôle de l'accomplissement des obligations quant à:

- la détention des licences pour les combustibles liquides,
- l'inscription au registre des importateurs,
- la communication au président de l'Office de régulation de l'énergie des informations sur les types et les emplacements des infrastructures de combustibles liquides utilisées pour les activités commerciales.

Les autorités de l'Inspection sanitaire nationale supervisent les conditions sanitaires au milieu de travail afin d'améliorer les conditions de travail et de protéger la santé des travailleurs contre l'impact négatif des facteurs nocifs et pénibles qui se produisent sur le lieu de travail. Les contrôles comprennent l'évaluation des conditions de travail et de l'exposition professionnelle des travailleurs employés dans diverses branches de l'industrie. Dans le cadre des activités d'inspection, les exigences en matière de santé et de sécurité prévues par la loi sont appliquées. Les inspections sont également accompagnées d'activités éducatives sur les effets sur la santé de l'exposition à des agents biologiques nocifs dans le milieu de travail.

En outre, depuis 2008, l'Inspection sanitaire nationale participe à des campagnes de sécurité et de santé au travail coordonnées par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Au cours de la période couverte par le rapport, des campagnes ont été menées:

- "Sûr au départ, sain à l'arrivée" (2016-2017), qui vise à aider les travailleurs, les cadres et les employeurs à reconnaître et à relever les défis vu le vieillissement de la main-d'œuvre et à promouvoir un travail décent et un vieillissement en bonne santé, en soulignant l'importance des soins de santé préventifs tout au long de la vie professionnelle,
- "Substances dangereuses sous contrôle" (2018-2019), qui vise à sensibiliser aux risques des substances dangereuses au travail et à promouvoir une culture de prévention des risques afin de les exclure ou les gérer efficacement.

Le ministère de l'Agriculture et du développement rural participe à l'organisation d'un concours national "Exploitation agricole sûre" (une initiative du ministère de l'Agriculture et du développement rural, du Fonds d'assurance sociale agricole, du Centre national de soutien de l'agriculture, de l'Inspection nationale du travail, de l'Agence pour la restructuration et la mécanisation de l'agriculture, des syndicats et des organisations agricoles). L'objectif principal du concours est de réduire le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'améliorer les conditions de travail et de vie des personnes travaillant dans les exploitations et les entreprises agricoles, de promouvoir les principes de protection de la vie et de la santé et les bonnes pratiques agricoles. Le concours jouit d'une grande popularité et d'une haute réputation. Dix-sept éditions du concours ont été suivies par plus de 20.000 personnes dirigeant des exploitations individuelles et 1.200 entrepreneurs agricoles.

En outre, le ministère co-organise, avec le Fonds d'assurance sociale agricole, un concours artistique national pour les enfants, "En toute sécurité à la campagne", auquel participent chaque année 40.000 élèves des écoles primaires rurales.

Afin de vulgariser le savoir sur les dangers et les principes du travail en sécurité dans l'agriculture parmi les étudiants des écoles d'agriculture et de diffuser l'idée du travail en sécurité parmi les jeunes agriculteurs, depuis 2009, sous les auspices du ministre de l'Agriculture et du développement rural, le "Concours de connaissances sur l'ergonomie et la sécurité du travail dans l'agriculture" est organisé à l'échelle nationale. Le concours porte sur des questions relatives à l'ergonomie, aux principes de sécurité et d'hygiène au travail dans tous les secteurs de l'agriculture, aux réglementations et aux bonnes pratiques en matière de protection de l'environnement naturel et de sécurité du travail dans l'exploitation. Les dix éditions du concours ont été suivies par 32.000 étudiants des écoles d'agriculture et de sylviculture.

Le ministère de l'Agriculture et du développement rural, le Fonds d'assurance sociale agricole et le Centre de conseil agricole organisent des formations pour les agriculteurs, des concours, des foires agricoles, des démonstrations de machines et d'équipements agricoles, des démonstrations d'utilisation d'équipements de protection individuelle, préparent des émissions de radio, des publications et des informations multimédia pour sensibiliser aux risques dans l'agriculture les adultes, les jeunes des écoles d'agriculture et les enfants.

En 2019, le ministère de l'Agriculture et du développement rural, après avoir reçu de nombreux signaux en provenance d'organisations agricoles et de syndicats, a commandé la création et la maintenance d'un site web éducatif et le développement d'une campagne d'information et d'éducation en ligne sur le travail en sécurité dans l'agriculture. L'objectif principal du portail est d'informer sur les conditions de travail en sécurité dans l'agriculture, en fournissant des conseils sur l'évaluation des conditions de travail et l'analyse des risques pour les emplois dans la production agricole.

2) Données statistiques (données Eurostat, par exemple) ou toutes autres informations pertinentes sur les accidents du travail, y compris les accidents mortels (chiffre absolu et taux d'incidence normalisé pour 100.000 travailleurs), le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par les services de l'inspection du travail et la proportion de travailleurs et d'entreprises que couvrent ces visites, sur le nombre d'infractions aux règlements de santé et de sécurité, ainsi que sur la nature et le type de sanctions infligées.

Nombre d'accidents du travail:

- 2016 – 87.447,
- 2017 – 87.830,
- 2018 – 83.930.

Victimes d'accidents du travail

	Total des victimes		Victimes d'accidents					
	Nombre	pour 1.000 actifs	Mortels		Graves		Légers / ayant un autre effet	
			Nombre	pour 1.000 actifs	Nombre	pour 1.000 actifs	Nombre	pour 1.000 actifs
2016	87.886	7,00	243	0,019	467	0,04	87.176	6,94
2017	88.330	6,80	270	0,02	671	0,05	87.389	6,73
2018	84.304	6,30	211	0,02	527	0,04	83.566	6,24
2019*	83.205	6,15	184	0,01	390	0,03	82.631	6,11

* Données préliminaires

Maladies professionnelles

Nombre				pour 100.000 travailleurs			
2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
2.119	1.942	2.022	2.065	19,5	17,3	17,5	17,5

Maladies professionnelles, nombre de cas

Maladies professionnelles	2016	2017	2018	2019
Pneumoconiose	603	415	392	453
- silicose	83	88	74	86
- des mineurs de charbon	466	247	237	240
- amianthose	36	64	65	114
Asthme	49	32	46	38
Maladies chroniques de l'organe vocal	205	242	282	268
Tumeurs malignes	66	63	77	52
- cancer des poumons	38	22	42	19
- mésothéliome pleural ou péritonéal	18	32	28	23
Maladies infectieuses ou parasitaires ou leurs conséquences	576	632	666	700
- hépatite B	13	11	7	4
- hépatite C	19	25	13	9
- maladie de Lyme	480	546	588	628

**Fréquence des maladies professionnelles, pour 100.000 travailleurs
dans certains secteurs de l'économie nationale**

	2016	2017	2018	2019
Agriculture, sylviculture, chasse et pêche	21,9	24,4	26,0	27,9
Mines et carrières	329,7	206,0	184,5	216,4
Industrie manufacturière	20,0	19,8	20,3	19,7
Construction	12,0	7,2	8,6	5,6
Éducation	17,9	20,7	24,0	22,9
Soins de santé et assistance sociale	17,7	13,7	9,4	9,5

Contrôles effectués par les inspecteurs du travail conformément à la procédure prévue par la loi sur l'Inspection nationale du travail, autres mesures prises pour établir les faits dans les entités soumises au contrôle

	Total	y compris dans les établissements qui emploient							
		1-9 personnes		10-49 personnes		50-249 personnes		250 personnes et plus	
		Contrôles	part, %	Contrôles	part, %	Contrôles	part, %	Contrôles	part, %
2016	85.959	51.283	59,7	21.273	23,7	8.869	10,3	4.533	5,3
2017	84.425	49.251	58,3	20.922	24,8	9.197	10,9	5.055	6,0
2018	87.334	55.206	63,2	18.715	21,4	8.740	10,0	4.673	5,4
2019	78.690	48.024	61,0	17.892	22,7	8.104	10,3	4.669	5,9

	Décisions portant sur la santé et de sécurité au travail	Contraventions (art. 283 du Code du travail) en rapport avec lesquelles			Sanctions infligées en cas de contraventions (art. 283 du Code du travail)		
		amende infligée	motion de punition adressée au tribunal	mesures éducatives	amende	motion de punition adressée au tribunal	mesures éducatives
2016	310.825	28.491	2.746	16.101	11.946	1.338	8.962
2017	305.993	19.336	2.701	11.867	10.758	1.342	7.711
2018	258.293	17.142	1.998	11.279	9.976	1.037	7.553
2019	246.009	18.211	1.099	10.083	10.740	594	6.845

Le nombre de sanctions est différent du nombre de contraventions, car les inspecteurs du travail peuvent demander au tribunal une sanction couvrant plusieurs contraventions, imposer une amende par le biais d'un mandat pénal pour plusieurs contraventions et prendre des mesures éducatives si plus d'une infraction est constatée

Décisions concernant

	l'arrêt du fonctionnement des machines et des équipements	l'interdiction de travailler ou d'opérer	l'établissement des circonstances et des causes des accidents
2016	9.567	670	396
2017	10.103	810	513
2018	8.784	730	540
2019	8.074	802	571

Type et nombre de sanctions* infligées suite à la décision sur:

	l'arrêt du fonctionnement des machines et des équipements		l'interdiction de travail ou d'activité		l'établissement des circonstances et des causes des accidents	
	demande de punition adressée au tribunal	amende sous forme de mandat pénal	demande de punition adressée au tribunal	amende sous forme de mandat pénal	demande de punition adressée au tribunal	amende sous forme de mandat pénal
2016	1.310	3.209	117	358	72	127
2017	1.335	3.097	184	391	85	168
2018	1.244	2.687	137	391	89	200
2019	1.025	2.752	170	419	94	195

* Nombre d'inspections effectuées résultant en un mandat ou une demande à la juridiction de prendre une décision

Accidents au travail agricole

	2016	2017	2018	2019
Événements notifiés	19.110	18.161	15.295	13.641
Événements considérés comme des accidents du travail agricole	17.648	17.212	14.998	12.909
Accidents donnant lieu au paiement de dommages-intérêts uniques	13.662	13.250	11.861	10.295
Accidents mortels	83	69	81	57
Victimes incapables à vivre de façon indépendante	26	22	32	19
Nombre d'accidents par 1.000 assurés pour lesquels les dommages-intérêts uniques ont été accordés	10,1	10,2	9,5	8,5
Accidents mortels pour 100.000 assurés	6,1	5,3	6,5	4,7

Maladies professionnelles dans l'agriculture

Nombre				pour 100 000 travailleurs			
2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
268	293	337	337	19,9	22,7	27,0	27,8

Maladies professionnelles dans l'agriculture

	2016	2017	2018	2019
Pneumoconiose	0	0	0	0
- silicose	0	0	0	0
- des mineurs de charbon	0	0	0	0
- amiantose	0	0	0	0
Asthme	3	14	11	12
Maladies chroniques de l'organe vocal	0	0	0	0
Cancers	0	0	0	0
- cancer de poumons	0	0	0	0
- mésothéliome pleural	0	0	0	0
Maladies infectieuses ou parasitaires	233	253	299	296
- hépatite B	0	0	0	0
- hépatite C	0	0	0	0
- maladie de Lyme	226	232	282	281

Mesures prises par le Fonds d'assurance sociale agricole

	2016	2017	2018	2019
Formations pour les agriculteurs	2.182	2.500	2.688	2.519
Participants	41.015	48.360	57.502	45.549
Formations pour les élèves des écoles d'agriculture	218	216	230	209
Participants	6.404	5.597	5.946	5.527
Formations pour les enfants et les adolescents	1.545	1.653	1.878	1.811
Participants	97.794	99.398	127.662	113.728
Concours pour les agriculteurs	1.591	1.635	1.794	2.262
Concours, concours éducatifs pour les enfants et adolescents	526	539	525	492
Points d'information lors des manifestations agricoles	891	974	1.089	2.561
Démonstrations pratiques	1.746	1.986	2.152	1.362

Le Fonds d'assurance sociale agricole fournit une assistance aux assurés et aux bénéficiaires de prestations qui sont périodiquement dans l'incapacité totale de travailler dans une exploitation agricole, mais qui promettent de la récupérer à la suite d'un traitement et d'une réadaptation, ou qui sont menacés d'une incapacité totale à travailler dans une exploitation agricole - les agriculteurs orientés vers une réadaptation thérapeutique:

- 2016 – 13.777,
- 2017 – 14.231,
- 2018 – 14.587,
- 2019 – 14.461.

Questions supplémentaires

1/ Explication de la différence entre le nombre d'employés de l'Inspection nationale du travail indiqué dans le rapport précédent (2015 - 2.768) et celui rapporté par ILOSTAT (2015 - 1.600)

Au 31 décembre 2015, l'Inspection nationale du travail employait 2.768 personnes, dont 1.557 inspecteurs, de l'inspecteur du travail de grade junior au supérieur, et 43 inspecteurs du travail en chef - directeurs de filiales, soit un total de 1.600 personnes. ILOSTAT indique uniquement le nombre d'inspecteurs et d'inspecteurs en chef.

2 / Proportion de travailleurs couverts par les visites d'inspection dans chaque branche d'activité économique

Travailleurs couverts par les contrôles, par branche d'activité

	2016			2017			2018			2019		
	Entités économiques contrôlées	Travaillant dans les entités contrôlées	y compris employés dans le cadre d'une relation de travail	Entités économiques contrôlées	Travaillant dans les entités contrôlées	y compris employés dans le cadre d'une relation de travail	Entités économiques contrôlées	Travaillant dans les entités contrôlées	y compris employés dans le cadre d'une relation de travail	Entités économiques contrôlées	Travaillant dans les entités contrôlées	y compris employés dans le cadre d'une relation de travail
Agriculture, chasse, sylviculture	1 408	23 625	19 297	1 285	23 234	18 942	1 109	21 722	16 694	1 147	22 168	1 608
Industries extractives	264	241 648	239 823	217	199 367	195 376	212	150 921	148 113	205	116 133	111 124
Industrie manufacturière	12 982	1 052 660	986 748	13 139	1 142 553	1 082 521	11 420	1 107 552	1 045 679	10 116	1 054 700	1 000 529
Production d'énergie	178	43 625	42 581	181	44 335	43 447	176	43 617	42 937	147	37 299	36 423
Approvisionnement en eau	817	45 013	41 968	802	53 639	50 770	694	45 469	42 846	688	54 702	51 685
Construction	12 382	167 888	140 483	11 581	157 266	133 145	9 725	148 840	119 680	10 220	146 052	123 481
Commerce de détail et réparation	17 264	361 419	319 517	15 710	353 360	315 351	19 906	360 315	317 602	15 176	330 766	291 768
Transport et entreposage	3 083	239 847	213 654	3 530	232 950	211 060	3 550	229 645	210 466	3 717	248 181	221 470
Hébergement et services de restauration	3 067	63 713	42 931	3 322	66 594	48 360	3 005	57 095	41 005	3 033	67 511	48 966
Information et communication	709	68 227	54 996	738	99 319	76 973	624	91 627	75 233	634	145 258	130 389
Finances et assurance	517	142 858	115 257	541	139 882	118 505	464	129 661	96 669	485	129 825	99 736
Activités immobilières	755	28 451	24 609	757	27 491	22 020	700	27 980	19 309	676	30 382	24 356
Activités professionnelles	2 034	142 976	100 352	1 954	130 201	82 611	1 933	141 002	94 687	2 099	140 393	97 578
Services administratifs	2 402	474 257	214 437	2 845	493 871	237 725	2 632	480 458	227 617	2 682	539 755	234 563
Administration publique	756	142 324	125 421	698	151 465	133 750	1 413	209 949	190 159	800	162 905	146 666
Éducation	2 042	177 208	145 221	2 135	195 502	159 579	1 888	178 016	150 521	2 021	164 988	144 219
Soins de santé et assistance sociale	1 671	331 509	236 068	1 638	387 719	263 863	1 592	356 139	252 617	1 629	375 527	256 241
Culture, divertissement et loisirs	772	35 610	24 879	733	46 983	29 840	721	39 993	28 059	700	38 210	26 164
Autres activités de service	2 010	31 555	20 558	1 897	33 937	23 494	1 686	28 646	20 136	1 722	33 637	22 797
Ménages	4	358	358	5	11	9	3	15	13	2	2	2
Organisations extra-territoriales	3	61	61	4	15	14	1	8	8	3	14	14
Activités non spécifiées	22	302	88	31	181	139	32	2 282	101	35	1 593	51

Article 3§3

1) Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs visant à améliorer la santé et la sécurité au travail. Nature, raisons et portée de tout changement.

et

2) Mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises afin de mener des consultations des organisations d'employeurs et de travailleurs.

La loi sur les syndicats du 23 mai 1991 a été modifiée par la loi du 5 juillet 2018 modifiant la loi sur les syndicats et certaines autres lois. En vertu des nouvelles dispositions, le droit de former des syndicats et de s'y affilier ont les personnes exerçant un travail rémunéré autre que les salariés, à condition qu'elles effectuent un travail rémunéré sur une base autre que la relation de travail, qu'elles n'emploient pas d'autres personnes pour ce travail, indépendamment de la base de leur emploi, et qu'elles aient les droits et intérêts liés à l'exécution du travail qui peuvent être représentés et défendus par le syndicat. On desormais le droit de former des syndicats et de s'y affilier les personnes effectuant un travail sur la base de contrats de droit civil (contrat de mandat, contrat de prestation de services, contrat d'entreprise) et les personnes exerçant une activité économique individuelle (travailleurs indépendants), effectuant un travail pour une entité donnée sur la base d'un contrat. En conséquence, les droits des syndicats consistant en contrôle et surveillance, y compris en matière de santé et de sécurité au travail, couvrent de nouveaux groupes de personnes effectuant un travail rémunéré.

Suite à l'extension de droit de la coalition syndicale, le nombre de membres requis pour que l'organisation syndicale d'entreprise puisse exercer ses droits comprend les salariés et les personnes autres que les salariés, exerçant un travail rémunéré.

Un syndicat d'entreprise est une entité avec laquelle l'employeur est tenu de coopérer en matière de droit du travail individuel et collectif, y compris en ce qui concerne la santé et la sécurité au travail.

Les syndicats contrôlent le respect du droit du travail et participent, dans les conditions prévues dans dispositions particulières, à la surveillance du respect des règlements et des principes de la sécurité et de la santé au travail. Les syndicats ont le droit d'intervenir si, à leur avis, la conduite d'un organe de l'administration publique et de l'administration locale ou d'un employeur est illégale, y compris viole les règlements et les règles de santé et de sécurité au travail, ou viole les principes de la justice. Dans une telle situation, le syndicat peut demander à l'autorité compétente de faire rectifier l'irrégularité constatée, de manière appropriée.

Les droits des syndicats d'entreprise en relation avec la fonction protectrice du droit du travail à caractère préventif s'appliquent désormais aux personnes autres que les salariés, ainsi qu'aux bénévoles, aux stagiaires et aux autres personnes qui effectuent un travail non rémunéré, aux personnes adressées aux entreprises pour un service de remplacement, ainsi qu'aux fonctionnaires.

La loi du 15 juin 2018 a modifié la loi du 24 juillet 2015 relative au Conseil du dialogue social et aux autres institutions du dialogue social. Le Conseil du dialogue social a obtenu le droit:

- de donner des avis de la partie sociale du Conseil sur les projets de stratégies et de plans, y compris ceux relatifs à l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail,
- d'adresser à la Diète et au Sénat une motion et de présenter à la Diète ou le Sénat des informations sur des questions d'importance particulière.

La composition du Conseil du dialogue social a été complétée par un représentant de l'Inspecteur général du travail, qui participe aux travaux du Conseil à titre consultatif.

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes

Aucune information de ce type.

Question supplémentaire

Modifications possibles des règles et pratiques de consultation au niveau de l'entreprise

Voir la réponse aux questions 1 et 2.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Article 11§1

1) Politique de santé publique et cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

La loi sur la santé publique du 11 septembre 2015 définit les tâches en matière de santé publique, indique les entités participant à la mise en œuvre de ces missions et introduit les règles de leur financement. Les tâches en matière de santé publique comprennent;

- surveiller et évaluer l'état de santé de la société, les menaces sanitaires et en ce qui concerne la qualité de vie résultant de l'état de santé de la société,
- éduquer à la santé, de façon adaptée aux besoins des différents groupes de la population, en particulier des enfants, des adolescents et des personnes âgées,
- promouvoir la santé,
- prévenir les maladies,
- reconnaître, éliminer ou réduire les risques et atteintes à la santé physique et mentale dans le cadre de vie, en milieu d'éducation, de travail et de loisirs,
- analyser l'adéquation et de l'efficacité des soins de santé fournis vu les besoins de la société en matière de santé identifiés,
- lancer et poursuivre;
 - les activités scientifiques dans le domaine de la santé publique,
 - la coopération scientifiques internationale,
- développer le personnel participant à la mise en œuvre des tâches en matière de santé publique,
- réduire les inégalités dans la santé résultant des déterminants socio-économiques,
- entreprendre des actions pour l'activité physique.

La loi:

- a introduit le principe de coopération dans l'exécution des tâches de santé publique: chacune des entités publiques qui entreprennent des tâches touchant à la santé publique doit coopérer afin d'améliorer la santé publique, y compris avec les organisations non gouvernementales,
- a défini les tâches du Fonds national de la santé dans le cadre du système de santé publique, qui comprennent la fourniture de soins de santé préventifs et la promotion de la santé, ainsi que d'apporter le soutien financier à des programmes de politique de santé mis en œuvre par les autorités locales,
- prévoit que le ministre chargé de la santé est assisté dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé publique par le Conseil de la santé publique, composé de représentants de l'administration publique, de représentants des entités scientifiques, des employeurs et des organisations non gouvernementales,
- a introduit des programmes nationaux de santé, en 2016 un tel programme a été établi pour la première fois, pour la période 2016-2020,
- a créé le Comité directeur du Programme national de santé, dont les tâches consistent notamment à coordonner les actions et à résoudre les problèmes liés à la mise en œuvre du programme.

Modifications de la loi du 27 août 2004 relative aux soins de santé financés par des fonds publics:

- la loi du 23 mars 2017 a introduit un système hospitalier de base assurant l'accès aux soins hospitaliers (le "réseau hospitalier"). Une nouveauté importante dans ce cadre est le financement, sur la base d'un contrat unique, du traitement dans les hôpitaux et des services suivants: soins spécialisés ambulatoires dispensés dans les cliniques externes des hôpitaux, réadaptation thérapeutique (à l'hôpital, dans le cadre de service de jour) et soins de santé de

nuit et de jours fériés. Cette solution, combinée à l'introduction d'un cofinancement, sous la forme d'un système de forfaits, de soins hospitaliers et de soins spécialisés ambulatoires, améliore la coordination, la continuité et la complexité des soins aux patients. En outre, la modification du système de passation des marchés et de financement des soins de santé présente des avantages en termes d'organisation et de structuration globales du secteur hospitalier, de meilleur alignement de la structure organisationnelle des prestataires et de la structure des soins de santé fournis suivant les besoins actuels des patients, de gestion plus rationnelle des ressources de santé et de viabilité financière accrue des hôpitaux, ce qui signifie également de meilleures conditions d'investissement dans leur développement,

- la loi du 25 mai 2017 a introduit un chapitre distinct régissant les règles d'accès d'urgence aux médicaments - selon cette procédure, le ministre chargé de la santé peut délivrer un consentement individuel pour couvrir le coût d'achat d'un médicament qui, pour une indication donnée, n'est pas un médicament prévu, si cela est nécessaire pour sauver la vie ou la santé et est justifié et étayé par les indications des connaissances médicales actuelles. Des règles de financement simplifiées pour la poursuite de la thérapie ont été également prévues.

La loi du 27 octobre 2017 sur les soins de santé primaires a introduit un nouveau modèle d'organisation des soins de santé primaires, qui sera mis en œuvre progressivement, jusqu'en 2024. La solution de base est d'assurer au patient les soins dont une équipe de soins de santé primaires sera le prestataire ; cette équipe constituée par un médecin, une infirmière et une sage-femme. L'équipe sera coordonnée par le médecin. L'essence des changements introduits est la coordination des soins de santé, consistant à intégrer la prestation des soins de santé dont le bénéficiaire donné nécessite. En outre, le patient sera assisté par un coordinateur administratif, dont les tâches comprendront l'organisation du processus d'obtention des soins de santé. L'introduction de ce modèle sera associée à un changement dans le mode de financement des soins de santé de base, ainsi que précédée par un programme pilote mis en œuvre par le Fonds national de la santé, dans le cadre du programme opérationnel Développement de l'éducation à la connaissance ("Préparation, test et mise en œuvre de l'organisation coordonnée des soins (OOK) Phase pilote II - modèle POZ PLUS").

La prestation de soins périnataux est régie par le règlement du ministre de la Santé du 16 août 2018 sur le standard de l'organisation des soins périnataux. Le standard détermine l'organisation des soins de santé dans les entités d'activités thérapeutiques fournissant des soins de santé dans le domaine des soins périnataux (grossesse, accouchement, puerpéralité, soins du nouveau-né). Les dispositions relatives à l'organisation de l'éducation prénatale, au soutien de l'allaitement, au soulagement des douleurs de l'accouchement, ainsi que les principes de procédures à observer dans des cas particulièrement difficiles pour les femmes et leurs familles, tels que les fausses couches, la mort à la naissance ou les enfants gravement malades, revêtent une importance particulière. Le standard est le résultat du travail d'experts dans les domaines suivants: périnatalogie, obstétrique et gynécologie, néonatalogie, anesthésiologie et soins intensifs, soins infirmiers obstétriques et gynécologiques et de représentants d'associations et de fondations opérant dans le domaine des soins périnataux. Le standard tient compte des directives de l'Organisation mondiale de la santé, des réalisations de la médecine factuelle et de l'expérience polonaise dans le domaine des soins aux mères et aux enfants.

La loi du 4 novembre 2016 sur le soutien aux femmes enceintes et à leurs familles "Pour la vie » a réglementé de manière exhaustive le soutien aux femmes enceintes et à leurs familles, en mettant particulièrement l'accent sur les grossesses compliquées et les échecs maternels, ainsi que sur les enfants diagnostiqués avec une déficience grave et irréversible ou une maladie incurable mettant leur vie en danger, survenant pendant la période prénatale ou pendant

l'accouchement. Le soutien est réalisé par les prestataires de soins de santé, les unités d'administration locale et les unités organisationnelles réalisant le soutien aux familles ou d'autres unités. Il comprend notamment: les tests prénataux, les soins de santé spécialisés ambulatoires et les soins hospitaliers, y compris les procédures intra-utérines, le soutien psychologique, la réadaptation thérapeutique, la fourniture de dispositifs médicaux, les soins palliatifs et les soins d'hospice, les conseils en matière d'allaitement, en particulier pour les mères d'enfants nés avant 37 semaines de grossesse.

Les femmes et les enfants de moins de 18 ans qui présentent une déficience grave et irréversible ou une maladie incurable mettant leur vie en danger, apparue au cours de la période prénatale ou pendant l'accouchement, et les bénéficiaires munis:

- d'un certificat médical attestant le handicap grave,
- d'un certificat médical attestant le handicap et indiquant la nécessité d'assistance permanente ou à long terme d'une tierce personne en raison de capacité considérablement réduite de mener une existence indépendante ainsi que la nécessité d'une participation constante du tuteur de l'enfant au processus de son traitement, de sa réadaptation et de son éducation

ont le droit de recevoir sans faire la queue les soins de santé et les services pharmaceutiques fournis dans les pharmacies.

Si une maladie grave ou un défaut est diagnostiqué, les parents doivent bénéficier de soins appropriés et d'un soutien psychologique.

Les familles en situation particulière (fausse couche, naissance d'un enfant mort, décès d'un enfant après la naissance, naissance d'un enfant handicapé) se voient garantir des soins de santé adaptés à la santé de la mère et de l'enfant, ainsi qu'une prise en charge psychologique. En même temps, ils peuvent profiter des avantages offerts par les hospices périnataux, qui sont tenus d'employer du personnel ayant les qualifications et l'expérience appropriées pour traiter et aider dans les situations susmentionnées. Ces hospices sont également tenus de coopérer avec les maternités pour prendre charge, en cas de besoin, des situations où les femmes reçoivent des informations défavorables sur la santé de leurs enfants à naître.

Les solutions introduites permettent également une prise en charge globale et un traitement symptomatique des enfants souffrant de maladies incurables, dont les causes sont impossibles à traiter, évolutives et limitant la vie, dans le cadre de soins palliatifs et d'hospices. Dans le cadre de ces services, des soins médicaux, infirmiers et psychologiques ainsi qu'une réadaptation sont fournis. Les soins peuvent être dispensés par des hospices au domicile du patient. Si la famille n'est plus en mesure de s'occuper de l'enfant malade, il est possible de placer l'enfant dans un hospice stationnaire. La famille d'un enfant malade peut également bénéficier d'une prise en charge psychologique.

La famille d'un enfant malade peut également bénéficier des soins de relève, qui consistent à assurer des soins 24 heures sur 24 dans un hospice pendant 10 jours. La famille peut consacrer ce temps, par exemple, au repos, au traitement et aux questions familiales. S'il y a un besoin de soins constants 24 heures sur 24 pour un enfant malade, la famille peut demander à placer l'enfant dans un établissement de soins.

En outre, les bénéficiaires ont obtenu le droit aux dispositifs médicaux spécifiés dans les règlements de remboursement, sur demande, dans la limite du financement public spécifié dans ces règlements, selon les indications médicales, mais sans tenir compte des périodes d'utilisation.

La loi du 12 avril 2019 sur les soins de santé pour les élèves prévoit des soins de santé complets pour les enfants et les adolescents à l'école, et définit les règles de coopération et d'échange d'informations entre les prestataires de soins et d'éducation et les prestataires de soins de santé. Selon la loi, les soins de santé pour les élèves fournis à l'école comprennent:

- les soins de santé préventifs, dispensés par une infirmière du milieu scolaire et éducatif, ci-après dénommé "infirmière scolaire" ou par l'hygiéniste scolaire, et
- les soins dentaires dispensés par un dentiste dans un cabinet scolaire, un cabinet coopérant avec l'école ou dans un bus dentaire.

La loi indique le rôle de coordination de l'infirmière scolaire et les domaines de coopération entre toutes les entités et personnes impliquées dans la fourniture de soins à l'élève (infirmière scolaire/hygiéniste scolaire, dentiste, praticien de soins de santé primaires) et celles chargées de créer les conditions pour fournir ces soins à l'école (directeur, autorité qui gère l'école), ainsi que les parents, les enseignants et les autres membres du personnel de l'école (pédagogue scolaire). La coopération consiste à échanger des informations et à prendre des actions communes.

Un domaine d'activité important est la fourniture de soins de santé aux élèves handicapés et souffrant de maladies chroniques, pendant leur séjour à l'école. La loi stipule qu'elle doit être effectuée par une infirmière scolaire ou une hygiéniste scolaire, en coopération avec le médecin de soins primaires, les parents et le directeur et les autres membres du personnel de l'école. L'administration de médicaments ou d'autres soins pendant le séjour d'un élève à l'école par le personnel de l'école peut se faire avec le consentement écrit du membre du personnel et avec l'accord des parents de l'élève.

Les soins de santé des élèves sont financés par le Fonds national de la santé. Les principes, le mode et le financement des soins sont définis dans la loi du 27 août 2004 sur les soins de santé financées par des fonds publics.

Voir également la réponse à la conclusion négative.

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

Voir également la réponse à la question supplémentaire 2.

Au cours de la période de référence, le Programme national de santé pour 2016-2020 a été mis en œuvre. L'objectif stratégique du programme est de prolonger la vie en bonne santé, d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population et de réduire les inégalités sociales en matière de santé. Le programme définit les tâches dans les domaines suivants:

- amélioration du régime alimentaire, de l'état nutritionnel et de l'activité physique de la population,
- prévention et la résolution des problèmes liés à la dépendance aux substances psychoactives et à la toxicomanie comportementale,
- amélioration du bien-être psychique de la société,
- réduction des risques sanitaires liés aux facteurs de risque extérieurs et intérieurs et aux infections biologiques,
- promotion d'un vieillissement sain et actif,
- amélioration de la santé reproductive.

En vertu de la loi sur la santé publique et conformément au Programme national de santé, la mise en œuvre des tâches indiquées dans la législation portant sur la santé publique est surveillée. Les premières informations résultant de cette surveillance disponibles sont celles pour les années 2016-2017. Au cours de cette période, un certain nombre de projets éducatifs, préventifs, de recherche et de soutien d'envergure nationale (tels que le Centre national pour l'éducation nutritionnelle, la ligne de soutien pour les personnes en crise mentale, le Service de santé) ont été lancés. Il y avait 71.000 programmes ou actions visant à améliorer la santé de la population. Dans ce cadre, 96% des 388 tâches spécifiées dans le Programme national de santé ont été entreprises. Les entités de l'administration locale ont eu la plus grande part dans la mise

en œuvre des tâches liées à la santé publique (66% des tâches), les activités de promotion, d'éducation et de prévention ont dominé, les 34% de tâches restantes ont été mises en œuvre par l'administration gouvernementale. En 2016, 3,9 milliards de zł ont été alloués à la mise en œuvre des activités, en 2017 - 4,5 milliards de zł.

Le suivi de la mise en œuvre a permis de recueillir des données épidémiologiques à partir d'études qui n'ont jamais été menées à une échelle similaire auparavant. Elles concernent, en détail, l'état de santé des personnes qui se présentent pour un traitement, mais aussi les besoins de santé dont on n'en avait pas de conscience ou non réalisés.

L'analyse des données épidémiologiques indique que les plus grands défis pour la santé publique sont les maladies chroniques non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques), résultant principalement de mode de vie (tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation, activité physique insuffisante) et en relation avec le milieu physique et psychologique.

Ce n'est que sur la base des recherches menées au cours des années à venir qu'il sera possible de mesurer de façon méthodologiquement correcte l'impact de la mise en œuvre des tâches de santé publique sur la santé de la population.

Dans le cadre du programme opérationnel Infrastructure et Environnement 2014-2020, dans les années 2016-2019, un soutien a été apporté au développement d'éléments stratégiques des infrastructures de soins de santé de portée nationale (sauvetage médical, centres médicaux suprarégionaux hautement spécialisés), afin d'accroître l'accès aux soins de santé et d'éliminer les inégalités dans l'accès à ceux-ci. Les mesures prises accroissent la sécurité des patients, conduisent à l'amélioration de la qualité des soins de santé fournis ainsi qu'améliorent les soins de longue durée.

Afin d'améliorer le fonctionnement du système médical d'urgence (en améliorant la qualité et la disponibilité des soins de santé fournis et l'efficacité du système médical d'urgence), de nouveaux services d'urgence des hôpitaux et centres de traumatologie ont été créés. Les unités existantes comme services d'urgence des hôpitaux, équipes de soins d'urgence aériennes, centres de traumatologie et services hospitaliers fournissant des soins à caractère d'urgence ont également été soutenues. En outre, l'infrastructure de transport médical, qui fournit des services d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, a été subventionnée.

Afin d'améliorer l'efficacité du système de soins de santé dans les domaines clés en raison des tendances épidémiologiques et démographiques, des projets ont été mis en œuvre dans le domaine des infrastructures de soins de santé à caractère suprarégional (soutien aux services hospitaliers dans les entités thérapeutiques d'importance suprarégionale, spécialisation: maladies cardiovasculaires, cancer, maladies du système ostéoarticulaire et musculaire, système respiratoire, maladies mentales). Par ailleurs, afin de contrecarrer les tendances démographiques négatives, des investissements ont été réalisés dans le domaine des soins maternels et infantiles (infrastructures de l'obstétrique, de la gynécologie, de la néonatalogie, de la pédiatrie et d'autres domaines de la médecine visant à traiter les enfants). Un soutien a également été apporté aux laboratoires de diagnostic et autres unités organisationnelles des hôpitaux où les patients sont diagnostiqués.

Durant la période considérée dans ce rapport, le Programme national de prévention du VIH et de la lutte contre le sida, 2017-2021, a été mis en œuvre. Le programme prévoit des actions dans cinq domaines:

- prévention des infections par le VIH - grand public,
- prévention des infections par le VIH chez les personnes ayant un comportement à risque accru,
- soutien et les soins de santé pour les personnes infectées par le VIH et le sida,

- coopération internationale,
- surveillance.

Le programme est mis en œuvre par:

- les ministres compétents en fonction des objectifs du programme,
- les antennes territoriales de l'administration gouvernementale,
- les entités qui, sur la base de règlements distincts, sont tenues d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies dans le domaine de la politique sociale (programmes d'assistance sociale, politique en faveur de la famille, promotion et protection de la santé, prévention et résolution des problèmes d'alcool et de toxicomanie, éducation du public).

Les activités entreprises dans le cadre du programme sont coordonnées par le Centre national de lutte contre le sida.

Le programme "Traitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH en Pologne pour 2017-2021" couvre toutes les personnes infectées par le VIH et le sida, répondant à des critères médicaux, y compris les femmes enceintes séropositives et les nouveau-nés nés de mères infectées par le VIH. Outre le traitement des personnes infectées par le VIH et le sida, le programme comprend la procédure post-exposition après une exposition accidentelle non professionnelle à une infection à VIH. Dans le cadre de ce programme, des médicaments antirétroviraux pour les adultes et les enfants sont achetés, ainsi que des vaccins pour les enfants nés de mères infectées par le VIH.

Au 31 décembre 2019, 12.471 patients (soit une augmentation de 12,73% par rapport à 2018) ont été traités, dont 97 enfants. La prévention des infections verticales et le traitement antirétroviral ont couvert 91 femmes enceintes infectées par le VIH. Il y a eu 66 naissances données par les femmes infectées par le VIH, et 25 femmes sont enceintes (accouchement prévu en 2020). Les médicaments antirétroviraux ont été administrés à 66 nouveau-nés. Le traitement antirétroviral dans la prévention des infections post-exposition après un accident de travail a été appliqué à 264 patients.

En 2019, le programme a été mis en œuvre par 22 hôpitaux ou établissements de santé, sur la base desquels fonctionnent les centres de référence pour le traitement des personnes infectées par le VIH et le sida. Le traitement antirétroviral est également assuré dans les établissements pénitentiaires.

Grâce au système national de distribution et de redistribution des médicaments ARV, tous les patients couverts par le programme de traitement ARV ont un accès permanent à tous les médicaments ARV.

Le programme "Assurer l'autosuffisance de la République de Pologne en sang et en composants sanguins pour les années 2015-2020" soutient les activités entreprises par les unités organisationnelles du service public du sang dans le cadre de l'approvisionnement du système de soins de santé en sang et ses composants. Objectifs du programme sont les suivants:

- assurer la promotion et l'éducation dans le domaine du don de sang volontaire,
- accroître la sécurité de la collecte de sang en testant la concentration de ferritine dans un groupe de plusieurs donateurs de sang d'honneur,
- optimiser l'utilisation des composants et des produits sanguins,
- assurer des conditions de transport appropriées pour garantir la meilleure qualité des composants sanguins.

Les actions suivantes ont été mises en œuvre:

- le développement du système de collecte et de transport du sang et de ses composants - achat de véhicules spécialisés pour le transport du sang,
- la formation du personnel médical, sur place et en ligne,
- 10.500 tests de ferritine, pour accroître la sécurité de la collecte de sang.

Les tâches suivantes ont été réalisées dans le cadre de la promotion et de l'éducation au don de sang honoraire:

- une campagne nationale et des campagnes régionales synchronisées avec celle-ci pour promouvoir le don de sang honoraire,
- l'achat et la distribution de matériel promotionnel,
- la mise en place d'un programme de fidélité pour les donateurs de sang,
- l'émission de spots promouvant le don de sang honoraire,
- la réalisation des activités sur Internet.

Autres activités éducatives:

- 2016 – destinées aux élèves des écoles élémentaires, des collèges et de l'enseignement secondaire,
- 2017 - destinés aux entités médicales et aux points de collecte,
- 2018 - destinés aux employeurs, aux sociétés, aux entreprises et aux institutions,
- 2019 – renforcement de l'image positive du service public du sang et l'attrait du don de sang honoraire en améliorant la qualité du service aux donateurs.

Les mesures prises pour promouvoir le don de sang honoraire sont efficaces: la quantité de sang collecté est stable et le nombre de donateurs qui donnent du sang multiples fois augmente systématiquement. Les pénuries de composants sanguins se produisent sporadiquement, généralement pendant les vacances. Ces pénuries sont contrôlées et complétées par du sang et des composants sanguins provenant des régions excédentaires.

L'objectif du "Programme national de traitement de l'hémophilie et des défauts hémorragiques connexes pour 2012-2018 » et le "Programme national de traitement de l'hémophilie et des défauts hémorragiques connexes pour 2019-2023" a pour but de fournir des soins et d'améliorer les standards de traitement. Les mesures prises portent sur:

- l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant d'hémophilie et de défauts hémorragiques connexes, la réduction de la prévalence par la prise en charge dans des centres spécialisés,
- la fourniture des médicaments nécessaires, l'amélioration de la qualité du service pour ce groupe de patients en réduisant les nuisances liées à la distribution des médicaments,
- la mise en œuvre de médicaments innovants (en relation avec l'enregistrement de nouveaux médicaments pour traiter ce groupe de patients, y compris les médicaments qui ne sont pas des facteurs de coagulation),
- le renforcement de la surveillance de l'utilisation des médicaments par les patients, la coordination des activités au niveau national et l'amélioration des connaissances du personnel médical qui fournit des soins spécialisés aux patients et le suivi du traitement grâce à l'utilisation du registre médical des hémophilies et des affections hémorragiques.

Le principal effet du programme est la création de centres de traitement des hémophilies et autres convulsions hémorragiques connexes, fournissant une quantité appropriée de concentrés d'agents de coagulation sanguine, nécessaires aux patients atteints d'hémophilie et d'autres convulsions hémorragiques, et l'amélioration du niveau de connaissance des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes, des ambulanciers et des diagnosticiens de laboratoire.

L'objectif du programme de dépistage néonatal en Pologne (éditions 2015-2018 et 2019-2022), est de réduire la mortalité des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants suite à des défauts métaboliques et de prévenir les handicaps graves et permanents résultant de ces défauts, le diagnostic précoce et la mise en œuvre du traitement des maladies congénitales couvertes par le dépistage, ainsi que de réduire les coûts de traitement et de soins des enfants atteints de maladies congénitales. Principales activités en 2016-2019: poursuite du dépistage de

l'hypothyroïdie congénitale (hypothyroïdie), de la phénylcétonurie (PCU), de la fibrose kystique (FK), des rares anomalies métaboliques de la SEP/SM, de l'hyperplasie congénitale des surrénales et du déficit en biotinidase.

Les mesures suivantes ont également été prises dans le cadre du programme:

- la tenue d'un registre central des nouveau-nés et une base de données des traitements sélectionnés,
 - la transmission de codes-barres et de papier de soie aux centres de dépistage et envoi de papier de soie pour les prises de sang, de lettres aux parents et de résultats de contrôle et de tests moléculaires aux médecins traitant les patients,
 - l'impression de dépliants, de matériel d'information, d'affiches, d'instructions, d'étiquettes de code,
 - deux sites web: un accessible au public, contenant des informations sur les tests de dépistage, pour les parents et les médecins, et l'autre - codé, accessible aux personnes autorisées (y compris les responsables des laboratoires de dépistage), qui permet d'obtenir des informations sur les nouveau-nés examinés en Pologne, des informations statistiques,
 - des formations et des conférences, dont une conférence annuelle sur le dépistage néonatal.
- Entre 2015 et 2019, plus de 10 millions de tests de dépistage néonatal ont été effectués, ce qui a permis de traiter 1.847 nouveau-nés.

L'objectif du "Programme de thérapie intra-utérine complète dans la prévention des conséquences et des complications des malformations et des maladies de l'enfant à naître" pour les années 2018-2020, ainsi que son édition précédente, pour les années 2014-2017, est d'améliorer l'état de santé des enfants à naître et des nouveau-nés par recours à la thérapie intra-utérine pour prévenir les conséquences et les complications des malformations et les maladies des enfants à naître.

Objectifs spécifiques du programme (édition 2018-2020):

- réduire le nombre de décès de nourrissons dus à des malformations congénitales,
- réduire le nombre d'enfants handicapés par suite de malformations et de maladies du fœtus, en améliorant la condition intra-utérine du fœtus,
- prolonger la durée de la grossesse par une thérapie intra-utérine,
- équiper/mettre à niveau les centres de thérapie intra-utérine avec les appareils et les équipements nécessaires à la réalisation des interventions intra-utérines,
- évaluer la qualité des soins médicaux dispensés dans le cadre de la thérapie intra-utérine (questionnaire rempli par une femme enceinte),
- organiser des formations spécialisées dans les principaux centres de thérapie intra-utérine.

Dans les années 2015-2019, 849 procédures de la thérapie intra-utérine ont été réalisées, le taux de survie des nouveau-nés couverts par cette thérapie était de 60 à 75%.

Afin de contrer la résistance croissante aux antibiotiques, le "Programme national pour la protection des antibiotiques" est mis en œuvre, ce qui répond partiellement aux recommandations du Conseil de l'Union européenne sur l'utilisation rationnelle des médicaments antibactériens dans le traitement humain. L'objectif du programme pour 2016-2020 est d'améliorer la sécurité des patients qui sont de plus en plus exposés aux infections par des bactéries multirésistantes, ainsi qu'aux infections bactériennes invasives difficiles à traiter en dehors de l'hôpital. L'un des effets les plus importants de la mise en œuvre du programme va être la réduction d'abus d'antibiotiques. Tâches effectuées:

- l'éducation du personnel médical sur la résistance aux antibiotiques, les infections invasives et leur contrôle, les principes d'une antibiothérapie rationnelle,

- les campagnes nationales d'information sur les antibiotiques - éducation et promotion des principes d'utilisation rationnelle des antibiotiques auprès des professionnels et de la société,
- la préparation des recommandations sur la manière de traiter certaines infections et effectuer un contrôle ponctuel de l'apparition des infections,
- la surveillance de certains pathogènes d'alarme, surveillance des pathogènes bactériens résistants aux antibiotiques,
- la surveillance de la consommation d'antibiotiques,
- la surveillance des infections causées par des micro-organismes résistants aux médicaments et des infections invasives non hospitalières,
- l'élaboration de recommandations pour faire face aux épidémies sporadiques et épidémies causées par des agents pathogènes d'alarme,
- l'optimisation du diagnostic microbiologique, de la thérapie et de la prévention des infections, introduction et promotion des principes de la thérapie rationnelle des infections et des maladies infectieuses,
- la coopération nationale et internationale, notamment avec le CEPCM et le CCSE et au sein du réseau EARS-Net en ce qui concerne la notification de la situation épidémiologique nationale et surveillance de la résistance aux antimicrobiens.

Dans le cadre du programme national de réduction de la mortalité due aux maladies pulmonaires chroniques par la création de salles de ventilation mécanique non invasive, pour les années 2016-2019, des dispositifs et équipements médicaux ont été achetés pour équiper les salles de ventilation mécanique non invasive et pour la réadaptation pneumonologique à domicile des patients atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques, après un traitement d'exacerbation. L'introduction de la réadaptation à domicile a permis d'améliorer l'état et la qualité de vie des patients, ainsi que de les sensibiliser davantage à leur santé - certains patients ont renoncé à des comportements nocifs comme le tabagisme ou ont décidé d'introduire l'exercice physique dans leur vie quotidienne. Un autre avantage est la réduction du risque de ré-hospitalisation et de décès dû à une insuffisance respiratoire chronique exacerbée.

Dans le cadre du Programme de prévention et de traitement des maladies cardiovasculaires POLKARD pour les années 2017-2020 les tâches suivantes ont été effectuées:

- la tenue du registre national de la chirurgie cardiaque pour suivre et évaluer les résultats des traitements chirurgicaux,
- la tenue du Registre national du syndrome coronarien aigu, qui permet de connaître le nombre réel de patients atteints de syndromes coronariens aigus, la variété des méthodes de traitement de l'infarctus du myocarde et des maladies coronariennes instables, ce qui permet de vérifier la stratégie de traitement du syndrome coronarien aigu et une répartition plus rationnelle des ressources financières.

En 2018, la tâche "Améliorer l'accès à la thérapie des accidents vasculaires cérébraux aigus. Un modèle de réseau inter-hospitalier régional pour améliorer l'efficacité du traitement des accidents vasculaires cérébraux ischémiques en phase aiguë, et pour accroître l'accès aux thérapies endovasculaires invasives ainsi que pour réduire le délai d'intervention", dans le cadre duquel:

- un modèle de réseau inter-hospitalier visant à améliorer l'efficacité du traitement des accidents vasculaires cérébraux (y compris la qualification à distance pour un traitement invasif des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux aigus) a été organisé, en complément du programme pilote de traitement de la phase aiguë des accidents vasculaires

cérébraux ischémiques par thrombectomie mécanique transcathéter des vaisseaux intracérébraux ou intracrâniens, financé par le Fonds national de la santé,

- la tâche TELESTROKE est effectuée, assurant le transfert efficace d'un patient éligible pour une thrombectomie mécanique de l'unité régionale à l'unité centrale, ce qui permet un traitement rapide (réduction de la mortalité des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral, évitement d'une invalidité permanente des patients après un accident ischémique cérébral).

L'objectif principal du Programme national pour le développement de la médecine de transplantation 2011-2021 est de se rapprocher des indicateurs européens en termes de taux de transplantation d'organes, de tissus et de cellules. Priorités:

- promouvoir la transplantation et de l'idée de transplantation de cellules, de tissus et d'organes,
- soutenir le processus de traitement par la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes,
- soutenir les structures organisationnelles dédiées à la transplantation,
- former le personnel médical.

Objectifs spécifiques:

- accroître la disponibilité des traitements par la transplantation d'organes et augmenter le nombre de transplantations d'organes provenant de donneurs décédés,
- augmenter le nombre de donneurs potentiels de cellules hématopoïétiques non apparentés,
- augmenter le nombre de transplantations de rein provenant d'un donneur vivant,
- augmenter le nombre de dons et de greffe de cornée,
- mettre en place un système de coordinateurs pour l'obtention et la transplantation de cellules, tissus et organes dans des entités thérapeutiques remplissant les conditions d'obtention de donneurs décédés,
- améliorer et moderniser l'infrastructure des entités thérapeutiques spécialisés dans la transplantation d'organes, de cellules et de tissus, des banques de tissus et de cellules et des laboratoires de diagnostic médical qui testent les cellules, les tissus ou les organes,
- mettre en œuvre de nouveaux types de transplantation d'organes, de cellules et de tissus et développer des programmes de transplantation dans les groupes de receveurs à haut risque,
- développer et améliorer les systèmes de suivi, de supervision et de contrôle de la qualité en transplantation afin d'améliorer les performances des transplantations,
- améliorer et conserver des connaissances des personnes dont les activités ont une incidence directe sur la qualité des cellules, tissus ou organes et la sécurité des donneurs et des receveurs.

Nombre de transplantations d'organes

	2016	2017	2018	2019
provenant de donneurs décédés				
de rein	978	1.004	887	907
de rein et du pancréas	31	30	19	24
du foie	317	349	294	331
de coeur	101	98	147	145
de poumon	35	39	43	57
provenant de donneurs vivants				
de rein	50	56	40	52
du foie	28	24	22	21

Le financement du recrutement et du dépistage des donneurs de moelle était l'une des mesures prises pour améliorer l'accès au traitement ainsi que pour augmenter les ressources du Registre central des donneurs potentiels de moelle et de sang de cordon non apparentés. En 2016, 24.092 donneurs de moelle osseuse ont été acquis. En 2017, le recrutement de nouveaux donneurs de moelle a été abandonné car l'objectif d'augmenter le nombre de donneurs potentiels de moelle

non apparentés d'au moins 300% par rapport à la fin de 2009 a été atteint. C'est pourquoi l'accent a été mis sur la réalisation de tests qui augmentent le niveau de détail des échantillons de donneurs déjà acquis, permettant de sélectionner avec précision le juste donneur pour un receveur spécifique.

Nombre d'études sur les donneurs potentiels de moelle osseuse non apparentés (présélection et sélection supplémentaire)

2017	2018	2019
11.000	24.727	21.371

Le programme d'identification des patients à risque immunologique élevé est en cours afin de sélectionner un donneur de rein présentant des caractéristiques antigéniques qui minimisent le rejet de la greffe et réduisent le risque de rejet de la greffe.

La transplantation de cornée est effectuée chez des patients risquant de perdre la greffe pour des raisons immunologiques, cette transplantation ne faisant pas partie de soins de santé standard.

	2016	2017	2018	2019
Greffe de cornée	1.218	1.298	1.065	1.332
Greffe de cornée chez les patients à risque de perte de greffe pour des raisons immunologiques	45	5	35	30

Des méthodes innovantes de transplantation ont été mises au point:

- 2016 - une greffe d'un membre supérieur,
- 2017 - deux greffes de larynx,
- 2019 - deux greffes de larynx,

Une importance particulière est accordée à la promotion de l'idée de la transplantation. Des campagnes promotionnelles et éducatives (campagnes médiatiques) sont menées au niveau national et dans les voïvodies où le taux de prélèvement d'organes est le plus bas. Dans les stations de dialyse, un programme d'éducation et d'information a été mis en œuvre, concernant les dons familiaux, croisés et en chaîne, destiné aux patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, à leurs familles et au personnel des stations de dialyse. La campagne "Solidarité pour la transplantation" est en cours: activités éducatives et d'information visant à accroître le soutien du public à la transplantation en tant que méthode de traitement, campagne médiatique, réunions éducatives dans les écoles, les universités et les séminaires ecclésiastiques, réunions avec des spécialistes, expositions, coopération avec les collectivités locales.

Le programme finance les activités des coordinateurs pour l'obtention et la transplantation de cellules, tissus et organes dans les hôpitaux qui remplissent les conditions pour l'obtention et la transplantation d'organes. Au 31 décembre 2019, 338 personnes coordonnaient des transplantations d'organes. En même temps, des tâches liées à la mise en place d'un système de coordinateurs de dons vivants et de coordinateurs hématologiques sont effectuées et des formations sont organisées.

Dans le cadre du programme opérationnel "Connaissance, éducation et développement 2014-2020", cofinancé par le Fonds social européen, en 2016-2019 on a conclu les contrats pour la mise en œuvre:

- du projet "Développement du concept et des hypothèses de fond des programmes de politique de santé dont la mise en œuvre est prévue dans le cadre d'une procédure de concours menée par le ministère de la Santé" - développement de 15 programmes nationaux de politique de santé visant à lutter contre les maladies qui sont une cause importante de désactivation professionnelle (maladies cardiovasculaires, cancer, troubles mentaux et comportementaux, maladies du système ostéoarticulaire-musculaire, maladies respiratoires),

- de 10 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Prévention du cancer de la tête et du cou", dont l'objectif est de mettre en œuvre un programme national de prévention primaire et de détection précoce du cancer de la tête et du cou,
- de 10 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Prévention de la polyarthrite rhumatoïde", dont l'objectif est de mettre en œuvre un programme de politique de santé à l'échelle nationale sur la prévention primaire et la détection précoce de la polyarthrite rhumatoïde,
- de 6 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Prévention du cancer de la peau", dont l'objectif est de mettre en œuvre le programme de politique de santé de l'ABCDE sur l'autocontrôle des naevus - "Programme national de prévention du cancer de la peau",
- de 4 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Prévention de l'ostéoporose", dont l'objectif est de mettre en œuvre un programme de coordination pour la prévention des fractures ostéoporotiques,
- de 4 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Programme pour l'éducation et la prévention de la dépression postnatale,
- d'un projet sélectionné dans le cadre du concours, dont l'objectif est de mettre en œuvre le programme de politique de santé "Prévention de la maladie pulmonaire obstructive chronique - Programme national d'éducation sur la maladie pulmonaire obstructive chronique",
- de 3 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Prévention de l'artériosclérose et des maladies cardiaques par l'éducation des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire élevés (KORDIAN)",
- de 6 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Prévention des maladies vasculaires cérébrales", qui visent à mettre en œuvre le "Programme national de politique de santé pour la prévention des maladies vasculaires cérébrales",
- de 6 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Programme de prévention du cancer du poumon",
- d'un projet sélectionné dans le cadre du concours "Prévention du cancer du foie" - module central,
- de 3 projets sélectionnés dans le cadre du concours "Prévention du cancer du foie - module régional".

3) Statistiques ou autres informations pertinentes sur les principaux indicateurs de santé et sur les soins et professionnels de santé (données OMS et/ou Eurostat, par exemple).

Entre 2015 et 2019, l'espérance de vie des femmes est passée de 81,6 à 81,8 ans et celle des hommes de 73,6 à 74,1 ans. L'indicateur de bonne santé (très bonne et bonne) est passé de 58,3% à 60,7%, tandis que l'indicateur de mauvaise santé (mauvaise et très mauvaise) a diminué de 13,7% à 12,9%.

En 2018, le nombre de décès par suicide a diminué d'environ 18% par rapport à 2015.

Parmi les facteurs qui ont contribué aux tendances positives, il y a une amélioration de la situation matérielle (notamment une forte diminution du nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté), une augmentation du niveau de connaissances en matière de santé, une modification de certains comportements liés à la santé (par exemple, une augmentation de la consommation de fruits).

État de santé des Polonais, 2018, enquête EU-SILC

		Sexe			Âge				
		Total	hommes	femmes	16-29	30-44	45-59	60-74	75 et plus
		%							
Etat de santé, estimation	très bonne	16,6	18,3	15,1	42,6	23,4	6,8	2,4	0,8 ^x

	bonne	44,5	46,0	43,2	48,5	59,9	50,0	28,9	11,0
	ni bonne ni mauvaise	26,8	24,7	28,7	7,0	13,1	32,5	47,7	46,2
	mauvaise	9,7	9,0	10,4	1,6	2,9	9,3	17,4	30,8
	très mauvaise	2,3	2,1	2,6	xx	0,6 ^x	1,4	3,6	11,2
Problèmes de santé à long terme ou une maladie chronique	oui	36,6	33,0	39,9	13,3	18,7	36,9	60,4	82,9
	non	63,4	67,0	60,1	86,7	81,3	63,1	39,6	17,1

x - phénomène de taille supérieure ou égale à 20 mais moins de 50 cas dans l'échantillon

xx – pas d'information fiable (moins de 20 cas dans l'échantillon)

Décès par causes sélectionnées

	2016	2017	2018
Total	388.009	402.852	414.200
Maladies infectieuses et parasitaires	1.930	1.931	1.831
Tumeurs malignes y compris:	99.959	99.643	101.386
tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons	23.833	23.351	23.722
néoplasme malin du sein chez les femmes	6.493	6.670	6.895
tumeur maligne du col de l'utérus	1.570	1.609	1.593
Diabète	8.295	8.781	9.017
Maladies cardiovasculaires y compris:	167.974	167.075	167.942
hypertension	5.233	7.278	7.937
ischémie myocardique	39.131	44.716	43.371
y compris une crise cardiaque aiguë	12.533	12.425	12.038
maladies cérébrovasculaires	29.068	30.630	29.951
artériosclérose	32.335	33.245	33.418
Maladies respiratoires	23.013	26.309	27.561
Troubles digestifs y compris la fibrose et la cirrhose du foie	16.049	16.723	17.309
États commençant dans la période périnatale	831	859	769
Malformations congénitales	822	889	886
Symptômes, caractéristiques de la maladie et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	29.624	38.056	42.633
Causes externes de décès y compris:	19.205	19.250	20.106
accidents de la route	3.655	3.477	3.672
suicides	4.671	4.482	4.441
Hommes y compris:	202.150	207.671	213.647
Maladies infectieuses et parasitaires	1.093	1.049	1.029
Tumeurs malignes y compris:	55.250	54.559	55.361
tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons	16.190	15.514	15.631
Diabète	3.635	3.900	4.052
Maladies cardiovasculaires y compris:	77.294	75.861	76.754
hypertension	2.146	3.076	3.299
ischémie myocardique	21.044	23.245	22.725
dont crise cardiaque aiguë	7.580	7.354	7.159
maladies cérébrovasculaires	12.862	13.651	13.311
athérosclérose	11.559	11.697	11.828
Cirrhose du foie	926	1.162	1.209
Causes externes de décès y compris:	14.316	14.280	15.004
accidents de la route	2.784	2.630	2.806
suicides	4.075	3.881	3.870

Femmes	185.859	195.181	200.553
y compris:			
Maladies infectieuses et parasitaires	837	882	802
Tumeurs malignes	44.709	45.084	46.025
y compris:			
tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons	7.643	7.837	8.091
néoplasme malin du sein chez les femmes	6.493	6.670	6.895
tumeur maligne du col de l'utérus	1.570	1.609	1.593
Diabète	4.640	4.881	4.965
Maladies cardiovasculaires	90.680	91.214	91.188
y compris:			
hypertension	3.087	4.202	4.638
ischémie myocardique	18.087	21.471	20.646
dont crise cardiaque aiguë	4.953	5.071	4.879
maladies cérébrovasculaires	16.206	16.979	16.640
athérosclérose	20.776	21.548	21.590
Cirrhose du foie	649	878	852
Causes externes de décès	4.889	4.970	5.102
y compris:			
accidents de la route	871	847	866
suicides	596	601	571

La mortalité infantile continue de baisser. En 2019, 1.412 décès d'enfants de moins d'un an ont été enregistrés (près de 100 de moins qu'en 2018). Le taux de mortalité des nourrissons pour 1.000 naissances vivantes était de 3,8‰ (même qu'en 2018, 8,1‰ en 2000 et 19,3‰ en 1990). Environ 70% des nourrissons décédés meurent avant la fin du premier mois de vie, plus de la moitié au cours de la première semaine de vie. Plus de la moitié de ces décès sont causés par des maladies et des affections de la période périnatale, 38% des décès sont dus à des malformations congénitales et les autres décès sont causés par des maladies acquises pendant la petite enfance ou des blessures.

La diminution de la mortalité infantile est un indicateur important du développement et du niveau des soins de santé, tandis que la baisse de la mortalité infantile prouve l'amélioration de la qualité de la protection de la santé des femmes enceintes et des soins de santé périnataux pour les enfants.

Mortalité infantile et maternelle

	Mortalité infantile		Mortalité maternelle
	Total	pour 1.000 naissances vivantes	
2016	1.522	4.0	9
2017	1.604	4.0	9
2018	1.494	3.8	5
2019	1.412	3.8	n.d.

Nombre d'accouchements, selon le lieu

	Hôpital	Domicile	Autre lieu	Total*
2016	376.689	504	146	377.339
2017	369.064	625	138	396.827
2018	383.744	676	148	384.568
2019	370.544	740	150	371.434

* Pour 2016-2017 - naissances vivantes, pour 2018-2019 - naissances vivantes et mortes

Hôpitaux, y compris les établissements de soins de santé dont le ministre de la Défense nationale et le ministre de l'Intérieur et de l'administration sont les organes fondateurs

	2016	2017	2018
Hôpitaux	957	951	949
Lits	186.607	185.263	181.732
Nombre de lits pour 10.000 habitants	48.6	48.2	47.3

Taux d'utilisation des lits (%)	66.2	65.8	66.2
Séjour moyen d'un patient (en jours)	5.3	5.3	5.3
Traités au cours de l'année	7.829.016	7.773.353	7.685.002

Personnel travaillant dans les établissements de soins de santé, pour 10.000 habitants

	2016	2017	2018	2019
Médecins	23,9	23,5	23,3	n.d.
Dentistes	3,5	3,5	3,4	n.d.
Pharmaciens	7,6	7,6	7,5	n.d.
Infirmières	51,0	50,4	50,2	n.d.
Sages-femmes*	11,5	11,5	11,5	n.d.

* pour 10.000 femmes

Taux des infirmières et sages femmes pour 10.000 habitants, tous les lieux où la profession peut être exercée

	2016	2017	2018	2019
Infirmières	57,5	58,6	59,4	59,9
Sages-femmes*	13,2	13,6	13,9	14,1

* pour 10.000 femmes

Médecins et dentistes travaillant directement avec les patients

	2016	2017	2018	2019
Médecins ayant droit d'exercer la profession	142.962	144.982	146.037	149.134
Dentistes ayant droit d'exercer la profession	40.455	41.194	41.281	42.282
Médecins travaillant directement avec les patients	88.437	91.730	90.284	89.532
Médecins travaillant directement avec les patients, pour 10.000 habitants	23	23,9	23,5	23,3
Dentistes travaillant directement avec les patients	12.603	13.308	13.331	12.927
Dentistes travaillant directement avec les patients, pour 10.000 habitants	3,3	3,5	3,5	3,4

Questions supplémentaires

1/ Taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au cancer

Nombre de décès - réponse à la question 3.

Décès dus à des maladies cardiovasculaires, pour 100.000 habitants

2016	2017	2018
437,1	434,8	437,2

Décès dus à des tumeurs malignes, pour 100.000 habitants

2016	2017	2018
260,1	259,3	263,9

2/ Effets des programmes de lutte contre le cancer et les maladies cardiovasculaires

Voir également la réponse à la question 2.

L'objectif principal du Programme national de lutte contre le cancer pour les années 2016-2024 était de se rapprocher des indicateurs européens de survie à 5 ans en ce qui concerne les patients atteints de cancers le plus présents dans la structure des décès par cancer en Pologne. Dans le cadre du programme, des actions ont été entreprises dans les domaines suivants:

- promotion de la santé et prévention du cancer,
- prévention secondaire, diagnostic et détection du cancer,
- soutien au processus de traitement du cancer,
- éducation oncologique,
- soutien au système d'enregistrement des cas du cancer.

Dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention du cancer, des actions ont été menées pour façonner les attitudes visant à contrer et à prévenir le cancer et à augmenter le taux de présence aux examens préventifs, avec un accent particulier sur la présence aux examens pour détection des cancers du col de l'utérus, du sein, du poumon et du côlon. Dans le cadre des activités visant à réduire le tabagisme et à attirer l'attention sur le problème des cancers liés au tabagisme, en 2016-2017 une ligne d'assistance téléphonique a été mise en place, offrant assistance et soutien aux personnes touchées par le tabagisme. De plus, en 2017, un "Grand test de santé" a été diffusé à la télévision publique et sur un site web interactif spécialement préparé pour l'événement, ce test portait sur les questions de santé, avec un accent particulier sur la prévention du cancer. Des artistes, des journalistes et des athlètes ont participé au programme.

Depuis 2018, une campagne "Je planifie une longue vie" a été menée et le site web www.planujedlugiezycie.pl a été lancé.

Des mesures préventives suivantes ont été mises en œuvre:

- le programme de dépistage du cancer colorectal – 318.379 coloscopies ont été réalisées entre 2016 et 2019,
- le programme de soins pour les familles à haut risque héréditaire du cancer malin, dont l'objectif est d'identifier le plus grand nombre possible de familles à haut risque du cancer du sein, du cancer de l'ovaire, du cancer colorectal, du cancer des molaires, du rétinite, de la maladie de von Hippel-Lindau et de les couvrir par des soins visant à un diagnostic le plus précoce possible et également, dans des cas particuliers, à la prévention active de ces tumeurs - entre 2016 et 2019, 32.740 familles ont été incluses dans le registre,
- le programme de dépistage du cancer du poumon – 25.070 tests de dépistage du cancer du poumon ont été effectués en 2016-2018,
- la coordination et le suivi de la qualité de la prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus,
- les programmes de contrôle de la qualité du diagnostic des cancers des enfants, qui ont amélioré l'efficacité du traitement des tumeurs (leucémie, tumeurs solides, tumeurs du système nerveux central, lymphomes), et ont conduit à une réduction de la toxicité et du coût du traitement des enfants atteints de leucémie lymphatique des tumeurs solides, des lymphomes, des tumeurs du système nerveux central, diminution du nombre d'erreurs de diagnostic et à une augmentation de la précision de la classification des patients pour le traitement et une augmentation du nombre de cures totales des enfants,
- le programme d'évaluation de la qualité de vie et de la santé des enfants après un traitement anticancéreux, visant à améliorer la santé et la qualité de vie des patients après le traitement,
- dans les années 2016-2019, 175 endoprothèses pour enfants atteints de tumeurs osseuses ont été achetées.

En ce qui concerne les investissements, les tâches suivantes ont été réalisées:

- l'achat d'équipements de diagnostic pour la détection précoce du cancer (imagerie par résonance magnétique, tomographie assistée par ordinateur, équipements pour les laboratoires de diagnostic, mammographie),
- la mise à niveau des installations de radiothérapie (accélérateurs, appareils de curiethérapie HDR, stations de planification des traitements),
- la mise à niveau des cliniques et des soins thoraciques en matériel de traitement du cancer du poumon,
- le soutien du processus d'enseignement de l'oncologie dans les universités médicales (programmes modèles pour les différents domaines d'études, film didactique sur le diagnostic et la communication avec un patient oncologique, mise à niveau des unités d'enseignement d'oncologie de premier cycle en matériel didactique et en matériel auxiliaire pour l'enseignement de l'oncologie), en 2017-2018, des fantômes de simulation pour l'enseignement de l'oncologie ont été achetés,
- la mise à niveau des centrales de médecine nucléaire (achat de gamma-caméras),
- la mise à niveau des cliniques et des soins d'hématologie en matériel pour le diagnostic et le traitement de la leucémie.

Les programmes éducatifs suivants ont été mis en œuvre:

- en oncologie pour les médecins de premier contact (2017-2018),
- en psycho-oncologie pour le personnel médical (2017-2019).

En termes d'amélioration de la qualité de vie des patients oncologiques, la tâche "Soutien psychologique aux patients oncologiques et à leurs proches" a été mise en œuvre, 3.576 personnes ont bénéficié de différentes formes de soutien en 2017-2019. Des guides pour les patients et leurs proches "Parlons cancer" et "Ma vie avec le cancer" ont été élaborés.

En outre, dans le cadre de la tâche "Soutenir le système d'enregistrement du cancer", le fonctionnement du registre national du cancer et des 16 bureaux d'enregistrement du cancer de voïvodie a été soutenu en ce qui concerne la collecte et le recueil de données sur le cancer et la garantie d'une haute qualité de ces données.

Effets de la mise en œuvre du Programme de prévention et de traitement des maladies cardiovasculaires POLKARD pour les années 2017-2020:

- programme national de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale - 15.952 personnes ont été incluses dans l'étude dans les années 2018 et 2019,
- tâches concernant l'équipement en 2017-2020:
 - équiper/mettre à niveau en appareils de radiologie mobiles avec bras en C de grande classe pour les procédures endovasculaires dans les soins de cardiologie - 30 appareils ont été achetés en 2017,
 - équiper/mettre à niveau en appareils de radiographie mobile à bras en C pour la chirurgie endovasculaire des soins vasculaires - en 2017, 24 équipements ont été achetés,
 - équiper/mettre à niveau le bloc opératoire hybride pour la chirurgie vasculaire, la cardiologie et la chirurgie cardiaque - 18 blocs opératoires ont été réaménagés en 2017,
 - équiper/mettre à niveau en échocardiographes d'une clinique de cardiologie pédiatrique de classe moyenne - 40 échocardiographes ont été achetés en 2017,
 - équiper/mettre à niveau en kits laser pour le retrait des électrodes dans les soins de cardiologie: 2 kits ont été achetés en 2017,
 - équiper/mettre à niveau en de têtes d'échographie épiaortique pour l'examen échocardiographique de l'aorte (appelé scan épiaortique) des unités de chirurgie cardiaque - 13 têtes ont été achetées en 2017,
 - équiper/mettre à niveau en angiographes de laboratoire hémodynamique dans les unités disposant d'un service ou d'une clinique de cardiologie pédiatrique - 1 angiographe a été acheté en 2018,

- équiper/mettre à niveau en angiographes stationnaires pour les procédures endovasculaires dans les artères intracérébrales des unités d'AVC - 7 angiographes ont été achetés en 2018,
- équiper/mettre à niveau des salles de chirurgie cardiaque en respirateurs - 33 respirateurs ont été achetés en 2018,
- équiper/mettre à niveau en moniteurs cardiologiques et des centres de surveillance des unités de maladies internes - 2018 et 2019,
- équiper/mettre à niveau en échocardiographes de haut niveau des laboratoires d'hémodynamie situés dans des unités disposant d'un service ou d'une clinique de cardiologie pédiatrique - 4 caméras ont été achetées en 2019,
- équiper/moderniser en équipement pour le diagnostic par ultrasons de type Duplex des vaisseaux intracérébraux dans les soins d'AVC/neurologiques - 6 appareils ont été achetés en 2019,
- équiper/moderniser en équipement pour le diagnostic par ultrasons des vaisseaux sanguins dans les usines de diagnostic par imagerie - 6 appareils ont été achetés en 2019,
- équiper/moderniser les soins de réadaptation neurologique en dispositifs de réadaptation neurologique précoce des membres supérieurs et inférieurs avec biofeedback - 39 dispositifs ont été achetés en 2019,
- mettre à niveau en appareils à rayons X avec l'arceau pour permettre la prestation de soins de chirurgie vasculaire et le traitement des patients souffrant de troubles du rythme cardiaque - en 2020, des fonds ont été alloués pour l'achat de 6 appareils,
- mettre à niveau en appareils à ultrasons avec possibilité d'échocardiographie pour diagnostiquer et traiter les maladies cardiovasculaires - en 2020, des fonds ont été alloués pour l'achat de 35 appareils.

Soutien du programme opérationnel "Infrastructures et environnement" 2014-2020:

- 33 projets dans le domaine de traitement du cancer (travaux de construction, achat et installation d'équipements et de matériel médical moderne - accélérateurs, mammographes, pistes de vision, équipement à ultrasons, cytosopes, scanners numériques PET/CT, microscopes opératoires neurologiques),
- 30 projets dans le domaine du traitement des maladies cardiovasculaires (travaux de construction, achat et installation d'équipements et de matériel médical moderne - appareils ECG, tomographes, défibrillateurs, angiographes, signes vitaux, ensembles de télémétrie cardiographique, appareils à ultrasons, pompes à perfusion, tables et lampes d'opération, matériel médical pour l'enregistrement Holter et les tests d'exercice).

Dans le cadre du programme opérationnel "Connaissances, éducation, développement 2014-2020", cofinancé par le Fonds social européen, les effets suivants de la mise en œuvre des programmes de politique de santé ont été obtenus en 2016-2019:

- 28.466 personnes ont bénéficié d'un service médical dans le cadre du programme de prévention du cancer de la tête et du cou,
- 573 personnes ont bénéficié d'un service médical dans le cadre du programme de prévention du cancer de la peau,
- 8.097 personnes ont bénéficié d'un service médical dans le cadre d'un programme de prophylaxie vasculaire cérébrale.

3/ Résultats de la mise en œuvre du Programme national pour la protection de la santé mentale (2011-2015)

Le principal objectif du programme national pour la protection de la santé mentale pour 2011-2015 était de fournir des soins de santé mentale multisectoriels et complémentaires par:

- la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux,

- la fourniture aux personnes atteintes de troubles mentaux des soins de santé polyvalents et faciles d'accès ainsi que d'autres formes de soins et d'assistance nécessaires pour vivre dans un environnement familial et social,
- le développement d'un système de recherche et d'information sur la santé mentale.

Effets;

- les dépenses dans le domaine des soins psychiatriques et du traitement des dépendances ont été augmentées (de 2 milliards 023 mille en 2011 à 2 milliards 397 mille en 2015),
- le financement des soins psychiatriques fournis dans le domaine des soins de proximité en 2015 a augmenté de 126,5% par rapport à 2011,
- l'augmentation du nombre de personnes recevant des soins à proximité, de 10.628 en 2011 à 27.102 en 2015,

De l'avis de l'administration locale, les plus importantes étaient les activités d'information et d'éducation et la possibilité de créer de nouvelles unités de traitement (amélioration des infrastructures), ainsi que les activités d'activation professionnelle et d'intégration sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Un obstacle à la bonne mise en œuvre du programme était:

- une période de mise en œuvre trop courte,
- l'insuffisance des ressources financières et humaines.

La création de programmes détaillés distincts dans le domaine de la prévention des comportements problématiques des enfants et des adolescents à mener par les unités du système éducatif, consistant en la promotion de la santé, l'éducation à la santé et le développement des compétences de la vie quotidienne, y compris les compétences sociales concernant la gestion des situations difficiles, s'est avérée injustifiée, car les activités dans le domaine de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux ont été déjà prévues par la législation portant sur l'éducation, en particulier dans le programme de base de l'enseignement général dans certains types d'écoles.

4/ Disponibilité réelle des soins psychiatriques

Psychiatrie des adultes

Psychiatres

		2016	2017	2018
Nombre de spécialistes	praticien	3.483	3.573	3.601
	total	3.649	3.730	3.762
Nombre de spécialistes de 1er degré	praticien	598	705	562
	total	725	582	682
Total	praticien	4.081	4.155	4.163
	total	4.374	4.435	4 444

Succursales de voïvodie du Fonds national de la santé		Psychologues		Infirmières psychiatriques
		sans spécialisation	cliniques	
Dolnośląski	2017	324	83	71
	2018	321	87	107
Kujawsko-Pomorski	2017	188	39	64
	2018	214	39	64
Lubelski	2017	302	76	67
	2018	374	105	79
Lubuski	2017	110	15	26
	2018	102	13	39
Łódzki	2017	296	140	62
	2018	376	168	86
Małopolski	2017	401	168	77

	2018	528	208	111
Mazowiecki	2017	884	159	106
	2018	904	154	130
Opolski	2017	105	44	30
	2018	116	48	53
Podkarpacki	2017	190	48	38
	2018	189	47	53
Podlaski	2017	151	33	73
	2018	136	25	59
Pomorski	2017	293	57	40
	2018	279	64	78
Śląski	2017	606	120	88
	2018	633	127	79
Świętokrzyski	2017	114	8	45
	2018	139	9	45
Warmińsko-Mazurski	2017	131	38	57
	2018	142	39	70
Wielkopolski	2017	370	115	56
	2018	421	133	157
Zachodniopomorski	2017	157	56	33
	2018	188	76	39

Fournisseurs - établissements, 2018

Soins psychiatriques ambulatoires pour adultes	982
Soins de réadaptation psychiatrique de jour pour adultes	47
Soins psychiatriques (unités de 24 heures)	135

	2016	2017	2018	2019	Augmentation, %, 2016-2019
Équipes de traitement à proximité	129	149	211	183	41,86%
Soins de jour	286	299	347	326	13,99%

La mise en œuvre du programme pilote de psychiatrie de proximité dans le cadre du Programme national pour la protection de la santé mentale est actuellement une tâche stratégique, réalisée dans le cadre de la réforme des soins de santé psychiatriques. L'objectif est de tester le modèle de soins psychiatriques à proximité, basé sur les centres de santé mentale, en termes d'organisation, de finances, de qualité, d'égalité et de disponibilité des soins de santé. Selon le règlement du ministre de la Santé du 27 avril 2018, la tâche de l'exécutant du programme pilote (entité thérapeutique responsable du fonctionnement du centre de santé mentale) est de fournir des soins psychiatriques complets (ad hoc, ambulatoires, à proximité, quotidiens et 24 heures sur 24) à la population adulte vivant dans la zone de son fonctionnement (de 50 à 200.000 habitants). Les soins dispensés dans 27 centres couvrent 3 millions de personnes (plus de 10% de la population adulte).

L'élément clé du programme pilote est le point de notification et de coordination, dont les tâches comprennent, entre autres, les suivantes:

- fournir des informations sur l'étendue des activités du centre et les possibilités d'obtenir des prestations,
- réaliser une première évaluation des besoins de santé des personnes s'adressant au point, convenir d'un plan de traitement initial et apporter un soutien aux besoins identifiés,
- convenir d'une date pour l'admission et indiquer le lieu d'obtention de soins psychiatriques, en cas d'urgence, dans les 72 heures suivant la notification,
- indiquer le lieu où on peut obtenir les prestations d'assistance sociale, le cas échéant,
- fournir les soins de santé.

Psychiatrie des enfants et des adolescents

Psychiatres pour enfants et adolescents, 2018

Spécialistes		Spécialistes de 1er degré		Total	
total	praticiens	total	praticiens	Total	praticiens
435	401	42	40	477	441

Fournisseurs des soins aux enfants et aux adolescents, 2018

Psychologue	981
Psychologue clinique	507
Psychothérapeute	1.585
Thérapeute à proximité	63

Note: une personne peut fournir des prestations dans plusieurs domaines (par exemple en tant que psychologue et psychothérapeute)

Prestataires - établissements, 2018

Soins psychiatriques ambulatoires pour les enfants et les adolescents	166
Soins psychologiques	127
Soins de réadaptation psychiatrique de jour pour les enfants et les adolescents	38
Soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents (soins 24 heures sur 24)	34

Réforme des soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents

Un nouveau modèle de protection de la santé mentale a été introduit en 2020 - le règlement du ministre de la Santé du 14 août 2019 modifiant le règlement sur les prestations garanties dans le domaine des soins psychiatriques et du traitement des dépendances fixe les conditions détaillées que doivent remplir les prestataires qui fournissent des prestations garanties dans le domaine des soins psychiatriques aux enfants et aux adolescents dans le cadre des niveaux de référence.

Le modèle de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents repose sur des centres de soins psychologiques et psychothérapeutiques communautaires pour les enfants et les adolescents, qui emploient des psychologues, des psychothérapeutes et des thérapeutes communautaires. Les spécialistes apportent leur aide à l'enfant et à sa famille, coopèrent avec le milieu scolaire et, si nécessaire, orientent les patients vers des psychiatres. La consultation dans des centres ne nécessite pas de référence d'un psychiatre. Cette solution contraste avec la situation précédente, quand l'admission dans un service psychiatrique (par exemple, après une tentative de suicide) était souvent le premier contact de l'enfant avec une forme quelconque de soins.

En créant un réseau de centres d'assistance psychiatrique, il sera possible de réduire le temps passé à l'hôpital et de prévenir le retour à l'hôpital.

Les personnes dont les conditions de vie sont exacerbées, en particulier quand leur vie et la santé sont menacées, bénéficient de soins 24 heures sur 24 dans des hôpitaux.

Trois niveaux de référence des structures du système d'aide aux mineurs atteints de troubles mentaux:

- niveau de référence III - centre de soins psychiatriques hautement spécialisé 24 heures sur 24: service des urgences/hôpital 24h/24 (admissions programmées et admissions en cas d'atteinte à la vie),
- niveau de référence II - centre de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent: psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent/ service de jour,
- niveau de référence I - centres de soins psychologiques et psychothérapeutiques à proximité pour les enfants et les adolescents: psychologue, psychothérapeutes, thérapeute communautaire.

Le Fonds national de la santé a augmenté les dépenses de soins psychiatriques et de traitement des dépendances de 8% en 2020.

5/ Prévention et lutte contre les troubles mentaux

Voir également la réponse à la supplémentaire 4 et la réponse aux questions 1-2 sur l'article 11, paragraphe 2.

Dans le cadre du Programme national de santé 2016-2020, les mesures suivantes ont été prises au cours de la période de référence:

- diffusion des connaissances sur la santé mentale (troubles mentaux, y compris les troubles alimentaires):
 - campagnes d'information et d'éducation à l'échelle nationale : "La psychothérapie, est pour les gens", "Ce n'est pas une question de nourriture",
 - formations dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents pour les représentants des centres de formation des enseignants, des centres de conseil psychopédagogique, des psychologues et des éducateurs travaillant dans les écoles et les établissements d'enseignement,
 - publication "N'ayez pas peur du psychiatre",
 - élaboration d'un document "Définition et diffusion des priorités d'action dans le domaine de la santé mentale pour les années 2016-2020", qui vise à faire connaître les questions les plus importantes liées à la santé mentale des Polonais, à l'ampleur de la prévalence des troubles mentaux, aux orientations à prendre pour la protection de la santé mentale, sur la base d'une analyse des documents stratégiques internationaux et à la diffusion des connaissances sur l'importance de la prévention des troubles mentaux et de la protection de la santé mentale,
- amélioration des compétences du personnel médical participant à la mise en œuvre des soins psychiatriques préventifs, y compris la détection précoce des symptômes de troubles mentaux:
 - projet d'information et éducatif "Programme de détection précoce des troubles mentaux (12 scénarios de conférences pour les médecins de soins primaires – 1.700 médecins participant),
 - 3.031 membres du personnel médical et non médical ont été formés à la communication interpersonnelle concernant les besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles mentaux, y compris les contacts avec leurs familles,
- prévention de la dépression, du suicide et d'autres comportements autodestructeurs:
 - programme national d'éducation et d'information pour la prévention de la dépression, du suicide et d'autres comportements autodestructeurs,
 - le 29 août 2016, un Groupe de travail sur la prévention du suicide et de la dépression au sein du Conseil de la santé publique a été créé pour soutenir la mise en œuvre du programme national de santé sur la prévention du suicide et de la dépression.

Actions mises en œuvre par le Groupe de travail sur la prévention du suicide et de la dépression:

- l'élaboration d'un dépliant "Comment écrire et ne pas écrire" et de deux guides sur le rôle des médias dans la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide,
- publication des déclarations publiques en cas de violation par les médias des règles relatives au signalement des suicides, co-organisation des réunions pour les médias,
- la modification du formulaire utilisé par la Police pour enregistrer les suicides et les tentatives de suicide,
- l'introduction d'une obligation d'enregistrement des tentatives de suicide dans les cartes de soins hospitaliers, y compris les soins psychiatriques,
- l'organisation du 1er Congrès Suicidologique, 2018.

Trois groupes de travail ont été créés au sein du Groupe:

- pour les questions relatives aux médias (élaboration de recommandations et de bonnes pratiques pour les médias, concernant notamment la manière d'informer sur les suicides et les tentatives de suicide),

- pour l'enregistrement des comportements suicidaires en Pologne (travail sur l'unification de la collecte de données sur les tentatives de suicide),
- pour l'unification du système d'assistance téléphonique et le lancement d'un portail d'assistance en ligne à l'échelle nationale.

Depuis décembre 2017, il existe un centre de soutien pour les personnes en crise mentale, où des spécialistes: psychologues, avocats et travailleurs sociaux apportent leur aide 24 heures sur 24 et gratuitement (par téléphone, e-mail, chat). Ils reçoivent 1,6 mille appels par mois, avec une moyenne de 63 appels de personnes de moins de 18 ans. En 2019, 183 interventions ont été effectuées en cas de tentation de suicide de l'appelant. Le Centre dispose également d'une base de données des points de contact des services d'assistance afin que les personnes qui contactent le Centre puissent savoir où s'adresser pour obtenir une aide supplémentaire si nécessaire. Le Centre est géré par la Fondation ITAKA, au nom du ministère de la Santé.

Depuis 2016, le ministère de la Santé met en œuvre le programme de prévention de la dépression en Pologne pour 2016-2020, dans le cadre duquel une vaste campagne d'éducation et d'information a été lancée en 2018 sous le titre "Dépression. Vous comprenez, vous aidez". L'objectif est de sensibiliser davantage le public à la prévalence de la dépression et à son diagnostic et de la prévenir à un stade précoce, ainsi que de promouvoir des connaissances fiables sur les principaux facteurs de risque de la dépression, ses symptômes, sa prévention, son traitement et les formes de soutien offertes aux patients et à leur proches. Trois groupes présentant un risque plus élevé de dépression ont été distingués, qui font l'objet d'une attention particulière dans les médias et vers lesquels des interventions spécifiques ont été dirigées - les enfants et les adolescents, les femmes en période périnatale, les personnes âgées. Dans le cadre de la campagne, en 2018 et 2019 des spots thématiques ont été diffusés dans les médias sociaux, à la télévision et à la radio, et des brochures contenant un recueil de connaissances fiables sur la dépression ont été distribuées, entre autres, aux groupes à risque de dépression, ainsi qu'aux personnes de leur entourage immédiat. Un dossier pédagogique sur la dépression a également été élaboré pour les classes post-primaires, comprenant, entre autres, un guide méthodologique pour les enseignants, un plan de cours et des cartes de jeu éducatives.

Dans le cadre de cette campagne, des experts de l'Institut de psychiatrie et de neurologie de Varsovie, qui s'occupent quotidiennement de patients souffrant de dépression, ont élaboré des recommandations sur la manière de procéder pour prévenir, détecter et traiter la dépression au sens large, visant à renforcer l'efficacité et l'efficacité des soins de santé actuellement offerts aux personnes souffrant de troubles dépressifs, en particulier chez les adolescents, les femmes en période postnatale, ainsi que les personnes âgées. Les recommandations s'adressent principalement aux professionnels de la santé, mais aussi à tous ceux qui sont concernés par les questions de dépression: les personnes de l'entourage du patient, la famille, les soignants, les éducateurs et les psychologues scolaires.

6/ Montant des frais de traitement payés par les patients, le rapport de ces dépenses sur les dépenses totales de l'État en matière de soins de santé (rapport précédent - rapport de l'OCDE de 2012) „Improving health care system” – solde à charge des patients)

Selon les Données Nationales sur la Santé de l'Office central des statistiques, en 2016, les dépenses privées pour les soins de santé s'élevaient à 36.515,2 millions de zł, soit 30,2% des dépenses totales pour les soins de santé et 1,96% du PIB. En 2017, 29% des dépenses totales de santé ont été des dépenses privées des patients pour des traitements, principalement pour l'achat de médicaments et de soins médicaux spécialisés.

Les mesures prises pour changer cette situation comprennent, entre autres, la modification de la loi sur les soins de santé financés par des fonds publics (la loi du 18 mars 2016 modifiant la loi sur les soins de santé financés par des fonds publics et certaines autres lois). Avant la modification, les bénéficiaires de plus de 75 ans, qui n'avaient pas de droits supplémentaires, avaient l'accès aux médicaments remboursés au même titre que les autres bénéficiaires. L'amendement a élargi l'accès aux produits remboursés en accordant aux bénéficiaires de plus de 75 ans le droit à des médicaments gratuits, sont gratuits aussi des denrées alimentaires à but nutritionnel spécial et des dispositifs médicaux, inscrits sur la liste annoncée par le ministre en charge de la santé par voie d'ordonnance.

En outre, au cours de la période de référence, il y a eu une augmentation constante et significative des dépenses pour les soins de santé (données - voir la réponse à la conclusion négative), ce qui a contribué à améliorer la disponibilité des soins de santé financés par l'État.

7/ Modifications éventuelles des règles relatives au changement de sexe (procédure judiciaire, procédure médicale)

Au cours de la période de référence, aucune nouvelle procédure juridique et médicale n'a été introduite en ce qui concerne le changement de sexe.

Comme indiqué dans le rapport pour 2012-2015, la procédure de changement de sexe se fait par le biais d'une action en détermination (article 189 du Code de procédure civile). S'il est établi dans le jugement qu'un changement de sexe a eu lieu, ce jugement a l'effet ex nunc et est la base pour la révélation de cette circonstance dans les actes de l'état civil, sous la forme d'une mention supplémentaire effectuée en application de l'article 24 de la loi du 24 novembre 2014 – Droit des actes de l'état civil. Selon la jurisprudence, le droit en vigueur ne permet pas la rectification d'un acte d'état civil à la seule initiative de la personne ayant subi une procédure de changement de sexe.

Conclusion négative

L'accès aux soins médicaux n'est pas assuré en raison de délais d'attente excessifs malgré les mesures prises.

L'évaluation du rapport précédent attire l'attention sur les points suivants:

- **les données de l'OCDE indiquent de faibles niveaux de dépenses de santé, nettement inférieurs à la moyenne de l'OCDE (2013),**
- **selon l'étude de l'EHCI, la situation en ce qui concerne des soins de santé s'est détériorée - l'avant-dernière position en Europe (2015),**
- **les périodes d'attente pour les prestations restent longues, en particulier pour les prestations spécialisées - ces périodes sont en augmentation (données de l'OCDE, 2012-2014).**

Entre 2016 et 2019, les efforts visant à réduire les temps d'attente, en particulier pour les services à accessibilité réduite, ont été intensifiés:

- l'augmentation du nombre de prestations fournies grâce à la suppression des limites: en avril 2019, les limites pour les procédures d'imagerie par résonance magnétique, de tomographie assistée par ordinateur et d'ablation de la cataracte ont été levées, en mars 2020,

les limites pour les conseils de certains spécialistes ambulatoires ont été levées, le financement de certaines procédures (cataracte, endoprothèse de la hanche et du genou) a été augmenté et le prix conventionnel des prestations a été revu à la hausse,

- le renforcement du rôle des médecins de premier contact afin qu'ils puissent alléger la charge des spécialistes (taux par patient plus élevé si le médecin de premier contact prend en charge les patients diabétiques chroniques, des patients atteints de maladies cardiovasculaires ou thyroïdiennes),
- l'augmentation des effectifs du personnel médical, car les difficultés d'accès à certaines prestations résultent d'un nombre insuffisant de médecins (augmentation des salaires, subventions aux universités de médecine, augmentation du nombre de places dans les facultés de médecine),
- l'élargissement du groupe de personnes qui ont un accès garanti aux prestations hors normes (y compris les femmes enceintes, les personnes atteintes d'un handicap grave et irréversible ou d'une maladie incurable mettant leur vie en danger, qui a pris naissance pendant la période de développement prénatal de l'enfant ou pendant l'accouchement, les personnes qui ont un certificat de handicap grave ou un certificat de handicap comportant des indications: la nécessité d'une assistance ou de soins permanents ou à long terme d'une autre personne vu une possibilité sensiblement limitée de vie indépendante et la nécessité d'une participation permanente de la personne qui s'occupe de l'enfant au processus de traitement, de réadaptation et d'éducation d'un degré spécifique de handicap).

Évolution du temps d'attente pour certains soins de santé
(procédures couvertes par les enquêtes de l'OCDE), en mois

	2015	2019	2015	2019	Réduction des délais 2019/2015,%	
	urgence		constant		urgence	constant
Traitements des lentilles (cataracte)	183	55	587	269	233	118
Endoprothèse de l'articulation de la hanche	303	145	585	525	109	11
Endoptoplastie de l'articulation du genou	379	187	698	639	103	9
Résonance magnétique	58	38	170	88	53	93
Tomographie assistée par ordinateur	23	13	71	33	77	115

Au cours de la période de référence, il y a eu une augmentation significative des dépenses pour les soins de santé, ce qui a contribué à l'amélioration de l'accès aux soins de santé financés par l'État.

Dépenses pour des soins de santé du Fonds national de la santé, en milliers de zł

Mise en oeuvre 2016	Mise en oeuvre 2017	Dynamique 2017/2016	Mise en oeuvre 2018	Dynamique 2018/2017	Mise en oeuvre 2019	Dynamique 2019/2018
70.962.834	76.347.701	107,59%	81.061.084	106,17%	90.127.762	111,18%

La loi du 5 juillet 2018 modifiant la loi sur les soins de santé financés par des fonds publics a entraîné une augmentation du pourcentage des fonds, par rapport au produit intérieur brut, à allouer chaque année aux soins de santé. Le montant des fonds destinés au financement des soins de santé entre 2018 et 2023 ne peut être inférieur à

- 4,78% du produit intérieur brut en 2018,
- 4,86% du produit intérieur brut en 2019,
- 5,03% du produit intérieur brut en 2020,
- 5,30% du produit intérieur brut en 2021,
- 5,55% du produit intérieur brut en 2022,
- 5,80% du produit intérieur brut en 2023.

En ce qui concerne les cures thermales, le règlement du ministre de la Santé du 4 juin 2019, modifiant le règlement sur l'orientation vers les cures thermales ou la réhabilitation thermique, a

introduit, entre autres, un délai de 12 mois, qui doit s'écouler entre la fin de la cure thermale ou de la réhabilitation thermale du patient et une orientation suivante vers les cures thermales. La nouvelle solution a été dictée par le nombre sans cesse croissant de patients, qui souvent, immédiatement après la fin de leur séjour dans la station thermale, ont répété leurs demandes, rendant impossible pour les médecins d'évaluer correctement l'impact de la thérapie sur leur santé. L'objectif de ce changement est également de permettre aux patients ayant des indications médicales de bénéficier de cette forme de traitement le plus rapidement possible.

Temps d'attente moyen pour les services de traitement en station thermale, en mois

	2016	2017	2018	2019
Traitement en sanatorium pour adultes	21	22	24	24
Traitement hospitalier des adultes	7	6	6	6
Réhabilitation en sanatoriums	13	14	15	16
Réhabilitation dans les hôpitaux	6	6	5	6
Traitement en sanatorium des enfants âgés de 3 à 6 ans, en présence d'un adulte	5	4	4	4
Traitement en sanatorium des enfants âgés de 7 à 18 ans	2	2	3	2
Traitement hospitalier des enfants âgés de 3 à 18 ans	3	3	3	3

Article 11§2

1) Solutions et mesures juridiques dans le domaine de l'éducation à la santé - promotion de la santé, prévention, dépistage, etc. Nature, raisons et étendue de toute réforme

et

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

Voir également la réponse à la question 2 sur l'article 11, paragraphe 1.

Le programme de base mis en oeuvre par des écoles, tel que défini dans le règlement du ministre de l'Éducation nationale du 14 février 2017 sur le programme de base de l'enseignement préscolaire et le programme de base de l'enseignement général à l'école primaire, y compris pour les élèves présentant un handicap intellectuel modéré ou important, le programme de base de l'enseignement général à l'école professionnelle de premier niveau, le programme de base de l'enseignement général à l'école spéciale préparant au travail et le programme de base de l'enseignement général à l'école postsecondaire type études courtes, définit les objectifs de l'enseignement général et de l'éducation et le contenu de l'enseignement. L'accent est mis sur le développement des compétences sanitaires, sociales et civiques des enfants et des élèves - la tâche de l'école est de façonner les attitudes pro-santé des élèves, y compris leur faire apprendre des comportements hygiéniques, sûrs pour leur santé et celle des autres, ainsi que de consolider les connaissances sur une alimentation adéquate, les bénéfices de l'activité physique et de la prévention.

Depuis l'année scolaire 2019/2020, un nouveau programme de base (règlement du ministre de l'Éducation nationale du 30 janvier 2018 sur le programme de base de l'enseignement général aux écoles secondaires d'enseignement général, les lycées techniques et les écoles secondaires de branche) est appliqué dans les écoles secondaires (écoles secondaires d'enseignement général de 4 ans et lycées techniques de 5 ans), il indique que l'éducation à la santé menée de manière cohérente et compétente contribue à l'amélioration de la santé de la société et à la prospérité économique de l'État. Le contenu de l'éducation à la santé est inclus dans le programme de base des matières suivantes: biologie, éducation à la sécurité, éducation physique, géographie, chimie, éducation à la vie familiale.

Des programmes de promotion de la santé et de prévention sont mis en œuvre dans les écoles, notamment dans le cadre du Programme pour les écoles (établi par la Commission européenne

dans le cadre de la politique agricole commune). Ce programme promeut une alimentation saine en encourageant la consommation du lait et des produits laitiers et en façonnant une habitude durable de consommation du lait et des produits laitiers et en augmentant la part des fruits et légumes dans l'alimentation quotidienne. Les écoles participant au programme sont tenues de mener au moins deux activités éducatives par semestre de l'année scolaire.

Voir également la réponse à la question supplémentaire 1.

L'inspection sanitaire nationale prend des mesures dans le domaine de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé, leur principal objectif étant de façonner des attitudes et des comportements favorables à la santé en promouvant un mode de vie sain et en sensibilisant aux conséquences des comportements à risque pour la santé:

- le programme éducatif national "Gardez la forme!" mis en œuvre dans les écoles, vise à sensibiliser les élèves à l'impact de la nutrition et de l'activité physique sur la santé (en 2016-2019, quatre éditions, dans 30.298 écoles),
- en 2016-2019, trois éditions du programme d'éducation antitabac pour les enfants de 9-10 ans ont été mises en œuvre, vise à accroître les connaissances des élèves sur la nocivité du tabagisme et des e-cigarettes,
- en 2017, une étude sur les effets du programme "Courir pour la santé" a été menée; le but de ce programme était de changer les attitudes, les valeurs et les connaissances sur le tabagisme, et il a été conclu que ces objectifs ont été largement atteints, à savoir une augmentation des connaissances sur les comportements favorables à la santé et une augmentation de la capacité à prendre soin de sa santé,
- en 2016-2017, en partenariat avec l'Agence nationale pour la résolution des problèmes d'alcool, le Bureau national de prévention de la toxicomanie, l'Institut de médecine du travail prof. J. Nofer à Łódź et l'Institut de médecine rurale W. Chodźko à Lublin, la mise en œuvre du projet "Programme préventif pour la prévention de la dépendance à l'alcool, au tabac et aux autres drogues psychoactives" s'est poursuivie, quatre éditions du programme "ARS, ou comment prendre soin de l'amour" ont été mises en œuvre, dont l'objectif est de prévenir et de réduire les effets néfastes pour la santé, la procréation et les conséquences sociales associées à la consommation et à l'abus de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues et post-combustibles) par les adolescents entrant dans l'âge adulte; chaque édition du programme a été suivie par plus de 120.000 lycéens (25% des lycéens).

Prévention de la toxicomanie

Le programme national de lutte contre la toxicomanie 2016-2020 prévoit des actions dans cinq domaines:

- réduction de la consommation de stupéfiants, de substances psychotropes, de produits de substitution et de nouvelles substances psychoactives,
- développement du personnel participant à la mise en œuvre des tâches dans le domaine de la prévention de la toxicomanie,
- prévention,
- réduction des risques, la réhabilitation et la réinsertion sociale,
- suivi de la situation épidémiologique concernant la consommation de drogues, de substances psychotropes et de nouvelles substances psychoactives ainsi que les attitudes sociales et les réponses institutionnelles.

Mesures prises par le Bureau national pour la prévention des drogues dans le domaine de la prévention de la toxicomanie:

- activités éducatives destinées à divers groupes, en particulier les enfants, les adolescents et les parents, sur les dangers découlant de la consommation de stupéfiants, de substances

psychotropes et de nouvelles substances psychoactives, ainsi que de l'utilisation non médicale de médicaments pouvant entraîner une dépendance - en 2018-2019:

- une campagne nationale a été menée pour les adolescents de 16-20 ans, "Krzywo weszło - zmiana ustawienia",
- de nombreuses publications ont été publiées et diffusées, notamment la publication destinée aux adolescents "A propos des drogues sans exagération", un film éducatif sur les risques liés à la consommation de drogues, une publication mettant en garde contre les risques liés à l'utilisation du fentanyl et des "nouveaux opioïdes", un guide d'information sur les structures d'aide aux personnes ayant des problèmes de drogue,
- un portail éducatif sur les dangers liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives www.dopalaczeinfo.pl a été maintenu; entre 2016 et 2019, le nombre d'utilisateurs du portail était de 285.865, le nombre de vues était de 680.587,
- amélioration des qualifications du personnel en termes de moyens et de méthodes efficaces de lutte contre la toxicomanie: une plate-forme éducative pour les médecins de toutes les spécialités, les enseignants et les éducateurs www.narkomania.edu.pl (conférences et films présentant des interventions préventives modèles), des conférences et des projets éducatifs et de formation auxquels ont participé des médecins de diverses spécialités, des spécialistes en psychothérapie des dépendances, des psychologues, le personnel du système d'éducation, le personnel des institutions sociothérapeutiques, éducatives et de resocialisation, le personnel de l'administration de la justice, des représentants des entités de l'administration locale et des représentants d'organisations non-gouvernementales,
- évaluation de l'exécution des tâches, mise à jour et diffusion des normes applicables en matière de prévention comprenaient:
 - une évaluation périodique des quatre programmes de prévention de la toxicomanie destinés aux enfants et adolescents (prévention sélective et indicative ainsi qu'universelle: Intervention préventive à l'école, programme d'apprentissage du comportement, Fred goes net. (2), Goût de la vie),
 - travail dans le cadre du système de recommandations pour les programmes de prévention et la promotion de la santé mentale, visant à améliorer la qualité des programmes, la diffusion de stratégies de prévention efficaces et les méthodes de conception des programmes - la base de données des programmes disponible sur le portail www.programyrekomendowane.pl contient 23 programmes de prévention et de promotion de la santé mentale, en 2016-2019 le nombre d'utilisateurs du portail était de 99.909, le nombre de vues de 638.460.
- prévention: élargir et améliorer l'offre, la diffusion et la mise en œuvre de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale ayant une base scientifique ou une efficacité prouvée, recommandés dans le cadre du système de recommandation:
 - destinés aux enfants et adolescents d'âge scolaire, aux adultes - formation de nouveaux exécutants de programmes de prévention, élaboration de nouveaux programmes de prévention universelle destinés aux adolescents handicapés mentaux et aux personnes sourdes et malentendantes, mise à jour du programme concernant les nouvelles substances psychoactives,
 - développant les compétences éducatives et préventives des parents et des personnes travaillant avec les enfants et les adolescents, mises en œuvre, entre autres, par des organisations non-gouvernementales et des entités publiques locales dans des lieux présentant un risque accru de consommation de stupéfiants, de substances psychotropes et de nouvelles substances psychoactives (lieux de loisirs, événements musicaux, clubs),
 - de l'intervention précoce et la prévention sélective, visant les environnements à risque, en particulier les enfants et les adolescents issus de milieux marginalisés, exposés à un risque de démoralisation, d'exclusion sociale et les personnes qui consomment des

drogues, des substances psychotropes et de nouvelles substances psychoactives de façon occasionnelle,

- destinés aux personnes ou aux groupes à haut risque, en particulier ceux qui consomment des drogues, des substances psychotropes et de nouvelles substances psychoactives, de manière nocive,
- des conseils fournis par la ligne d'assistance téléphonique nationale Narkomania - Narkotyki 800 199 990 et un service de conseil en ligne sur les drogues s'adressant en particulier aux adolescents (www.narkomania.org.pl).

Dans le cadre de concours d'offres pour des activités dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie, dans les années 2016-2019, le Bureau national de lutte contre la toxicomanie a commandé la mise en œuvre de tâches dans le domaine des mesures préventives, adressées aux personnes à risque de dépendance aux substances psychoactives. L'objectif était d'élargir l'offre de programmes de prévention indiquée, en soutenant des projets de prévention mis en œuvre dans des localités ou des environnements où une telle offre était non existante ou insuffisante par rapport aux besoins, ainsi qu'en soutenant le développement de projets existants. Le programme s'adressait aux consommateurs de drogues non dépendants chez qui on avait diagnostiqué les premiers symptômes de troubles liés à leur consommation, aux personnes à risque de développer des problèmes résultant de la consommation de substances psychoactives ou en rapport avec des facteurs biologiques, psychologiques ou sociales et aux personnes demandant à bénéficier du programme prophylactique. Des activités ont également été organisées à l'intention des familles et des proches de personnes ayant des problèmes de drogue. Il a également été recommandé d'organiser des cours de formation et d'information sur les drogues et les mécanismes de dépendance, la loi sur les drogues et la toxicomanie, les interventions en cas de crise ainsi que les ateliers de compétences psychosociales, les groupes de soutien, le conseil familial et l'évaluation. Chaque année, les ONG mettent en œuvre une quarantaine de projets impliquant plusieurs milliers de bénéficiaires.

Le Bureau national de lutte contre la toxicomanie a suivi le problème des drogues, de la toxicomanie et des nouvelles substances psychoactives en 2016-2019 dans le cadre du réseau européen de points focaux REITOX, y compris l'analyse des activités visant à réduire l'offre et la demande de drogues. Chaque année, le Bureau prépare des rapports pour l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies ainsi que des publications présentant les résultats des analyses à des fins nationales, comme le Rapport sur l'état des toxicomanies (www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1582296). Les résultats des travaux du Bureau ont été présentés lors de conférences et de sessions de formation destinées à divers groupes professionnels (fonctionnaires des administrations locales, de la police, de l'armée, des soins de santé et de l'assistance sociale). En outre, les résultats ont été utilisés pour planifier et mettre en œuvre des activités de prévention en Pologne. Dans les années 2016-2019, le Bureau a également financé 18 projets de recherche sur les drogues, la toxicomanie et les nouvelles substances psychoactives. Le Bureau national de lutte contre la toxicomanie a également réalisé ou commandé des études (29 projets) pour déterminer l'ampleur de la consommation de substances psychoactives par les adolescents (ESPAD, Jeunes de la Fondation CBOS), par la population en général et dans le transport routier.

Un élément important du travail du Bureau est la coopération internationale - il est actif au sein du Groupe de travail horizontal sur les drogues du Conseil de l'Union européenne, de la Commission des stupéfiants (ONU) et du Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe).

Entre 2016 et 2019, le Bureau a organisé six conférences internationales sur la prévention des dépendances, dont deux sur les nouvelles substances psychoactives. Une coopération active avec les États baltes a été mise en place - une Académie internationale est organisée chaque année.

Le Bureau national de lutte contre la toxicomanie participe au projet international "Construire une prévention efficace des dépendances en Europe basée sur l'analyse des systèmes de prévention et une formation professionnelle approfondie - ASAP-Training", cofinancé par la Commission européenne. Le Bureau, en tant que chef de file du troisième paquet du projet ASAP, coordonne le travail de plusieurs états consistant en l'analyse des systèmes de prévention ainsi que le développement des lignes directrices pour la mise en œuvre des normes de qualité européennes en matière de prévention. Dans le cadre du projet, des formations de spécialistes de la prévention sont organisées, sous forme de cours sur place et en ligne. Cette coopération a également permis de promouvoir des normes de qualité européennes en matière de prévention des dépendances - publication et distribution d'un livre et formations sur les normes de prévention organisées par le Bureau en Lituanie, en Lettonie et en Géorgie. Voir également la réponse à la question supplémentaire 3 à l'article 11, paragraphe 3.

Le 22 janvier 2018, le ministre de l'Éducation nationale, en concertation avec le ministre de la Santé, a publié un règlement modifiant le règlement sur la portée et les formes des activités éducatives, pédagogiques, informatives et préventives dans les écoles et les établissements d'enseignement afin de lutter contre la toxicomanie.

La base des activités est le diagnostic annuel des besoins de développement des élèves dans le milieu scolaire, y compris les facteurs de protection et de risque, avec un accent particulier sur les risques associés à l'utilisation de substances psychotropes, de substituts et de nouvelles substances psychoactives. Le ministère de l'Éducation nationale a préparé une plate-forme pour la réalisation d'enquêtes en ligne permettant de diagnostiquer les facteurs de protection et de risque dans les écoles et les établissements d'enseignement, ce qui permettra une sélection précise des tâches préventives dans le programme éducatif et prophylactique d'une école ou d'un établissement d'enseignement donné. La plate-forme sera mise en œuvre au cours de l'année scolaire 2020/2021.

Le 15 janvier 2020 le ministre de l'Éducation nationale a conclu un accord avec l'Inspecteur général sanitaire, le ministre de l'Intérieur et de l'administration et le Commandant en chef de la Police sur la coopération et la création d'une politique cohérente de prévention de la toxicomanie chez les enfants et les adolescents. Les écoles ont reçu des lignes directrices pour la mise en œuvre de mesures de prévention efficaces, préparées par les parties à l'accord.

Le ministère de l'Éducation nationale coopère avec le Bureau national de lutte contre la toxicomanie et prépare depuis 2016 les lignes directrices pour les tâches à mettre en œuvre dans le cadre des projets sélectionnés par le biais de concours annoncés par le Bureau au titre du Fonds de résolution des problèmes de jeux de hasard. Dans le cadre de ces projets, des mesures éducatives et préventives sont prises dans les écoles et les établissements d'enseignement (projets: Développement, mise en œuvre et évaluation du programme éducatif national Connectez-vous avec votre tête - Fondation Poza Schematami, "Diagnostic du problème de l'abus des médias électroniques et des dépendances électroniques chez les enfants et les adolescents" - Fondation Donner de la force aux enfants, "Examen et analyse des recherches sur l'e-dépendance des enfants et des adolescents en Pologne, ainsi que des conclusions et recommandations sur la prévention de l'e-dépendance". - Fondation PRAESTERNO).

Prévention de la dépendance à l'alcool

Programme national pour la prévention et la résolution des problèmes liés à l'alcool

Au cours de la période couverte par le rapport, un certain nombre de mesures dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention, de la réduction des dommages et de la réhabilitation, ainsi que du diagnostic et du dépistage des problèmes d'alcool ont été prises dans le cadre de concours annoncés par l'Agence nationale pour la résolution des problèmes d'alcool. Des activités éducatives, dont 5 campagnes d'information et d'éducation, ont été consacrées, entre autres, aux problèmes de l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), à la lutte contre la violence en famille, à la prévention de la consommation d'alcool par les adolescents (y compris des campagnes destinées aux vendeurs de boissons alcoolisées). Des mesures visant à accroître la compétence des personnes impliquées dans la prévention et la résolution des problèmes d'alcool ont été prises (80 conférences et formations pour les membres des comités municipaux de résolution des problèmes d'alcool, les enseignants, les agents de probation, les représentants du milieu médical, les thérapeutes en toxicomanie, les représentants des associations d'abstinence, etc.). Des programmes de prévention destinés aux enfants et aux adolescents ainsi qu'aux adultes ont été élaborés. En outre, l'activité des collectivités locales a été suivie, dans le cadre de l'enquête "PARPA G1 - Activités des collectivités locales dans la prévention et la résolution des problèmes liés à l'alcool", et des recherches sur les problèmes liés à l'alcool ont été menées.

Des activités ont été menées pour assurer l'application de la législation dans le domaine de la publicité pour l'alcool, des projets des actes juridiques ont été consultés et un projet des dispositions légales sur la disponibilité physique et économique de l'alcool a été préparé. Des avis juridiques sur la limitation de la disponibilité de l'alcool ont également été préparés.

Prévention de la dépendance comportementale

Voir également la réponse aux questions supplémentaires 3 et 5 sur l'article 11, paragraphe 1.

La mise en œuvre du programme de prévention des dépendances comportementales a été financée en 2016-2019 par le Fonds de résolution des problèmes de jeux de hasard (13 millions de zł par an). Le programme couvre les domaines d'activité suivants: l'éducation à la santé, la formation du personnel, la prévention, la réhabilitation et la recherche.

Les activités d'information et d'éducation ont pris des formes diverses: brochures, dépliants, articles de presse, programmes radio, jeux éducatifs pour les enfants, courts métrages éducatifs pour les enfants et les adultes. Depuis 2012, il existe une ligne d'assistance téléphonique pour les problèmes de dépendance comportementale (téléphone 801 889 880) et un portail web www.uzaleznieniabehawioralne.pl. Le portail s'adresse aux professionnels et au grand public. Il contient une base de données d'articles, des services d'assistance et un centre de conseil en ligne avec la possibilité de contacter un thérapeute, un psychologue et un avocat.

Les formations visant à améliorer les qualifications des personnes mettant en œuvre des activités dans le domaine de la dépendance comportementale s'adressent aux thérapeutes, aux prophylactiques, aux membres du personnel du système éducatif, aux étudiants des domaines d'études ayant une relation avec les soins de santé, ainsi qu'aux opérateurs de jeux de hasard. Il convient de noter tout particulièrement les conférences internationales sur les méthodes efficaces de prévention et de thérapie de la dépendance comportementale, ainsi que les publications préparées et publiées concernant cette question.

Les destinataires des activités dans le domaine de la prévention des problèmes de jeux de hasard ou d'autres formes de dépendance comportementale sont principalement les enfants et les adolescents, leurs parents et les éducateurs, les personnes à risque de dépendance comportementale ainsi que leurs familles et leurs proches. La plupart des activités entreprises sont des programmes de prévention universels, concernant les questions liées aux nouvelles technologies, dites "e-addictions". Les projets de promotion de la santé et de prévention au

travail, dont les bénéficiaires étaient des représentants du corps enseignant, des policiers et des joueurs de football, sont d'un type d'impact préventif distinct.

La mise en œuvre d'activités d'assistance est le plus vaste domaine de l'activité du Fonds de résolution des problèmes de jeux de hasard. Les projets comprennent un soutien psychologique, des conseils individuels pour les dépendants, des interventions de crise, des groupes de soutien, des ateliers de compétences, des consultations juridiques et des conseils financiers sur le remboursement des dettes. La majorité des activités ont été menées dans des cliniques ambulatoires, certaines d'entre elles en milieu hospitalier.

Dans les années 2016-2019, 32 études ont été menées pour approfondir la connaissance des dépendances comportementales, elles ont porté sur les conditions psychosociales, leurs conséquences pour la santé publique, l'adaptation ou la construction d'outils de diagnostic. Une partie importante des projets de recherche portait sur l'utilisation des technologies modernes, notamment les téléphones mobiles, l'internet (utilisation de jeux sur internet, d'ordinateurs et de sites de réseautage social créant une dépendance).

Programme de lutte contre les conséquences sanitaires d'utilisation des produits du tabac et des produits connexes

Des actions préventives dans le domaine de la dépendance au tabac sont mises en œuvre depuis 1997 dans le cadre du programme de réduction des conséquences sanitaires du tabagisme en Pologne. Depuis 2016, des actions ont été mises en œuvre dans le cadre du Programme national de santé pour 2016-2020. Dès 2018 la ligne téléphonique d'aide au tabagisme est gérée dans le cadre du Programme national de santé (auparavant – dans le cadre du Programme national de prévention de cancer) et des formations au traitement de la dépendance au tabac sont organisées pour le personnel médical. Les mesures éducatives, informatives et préventives visent à limiter la consommation de produits du tabac et de produits connexes sur le lieu de travail; elles s'adressent aux employeurs et aux travailleurs (principalement les cadres).

L'Inspection sanitaire générale met en œuvre des programmes destinés aux enfants:

- "Air pur autour de nous" qui vise à accroître les connaissances des enfants d'âge préscolaire et de la petite enfance, des parents et des personnes qui s'occupent d'eux en matière de protection contre l'exposition à la fumée de tabac et à développer des attitudes assertives lorsqu'ils sont exposés au tabagisme; 7.477 jardins d'enfants (271.590 enfants) ont participé au programme au cours de l'année scolaire 2016/2017,
- "Courir pour la santé" qui s'adresse aux élèves de la quatrième année de l'enseignement primaire et qui vise à sensibiliser les élèves à la nocivité du tabac et des e-cigarettes, au cours de l'année scolaire 2016/2017, 51.304 élèves et 46.741 parents ont participé au programme, au cours de l'année scolaire 2017/2018, 119.877 et 101.678 respectivement.

Une ligne téléphonique gratuite, accessible 24 heures sur 24, permet aux enfants et aux parents d'obtenir des informations sur les effets des nouveaux médicaments et les possibilités de traitement.

Le programme "ARS, ou comment prendre soin de l'amour", mis en œuvre depuis 2013, vise à prévenir et à réduire les effets néfastes sur la santé, la procréation et les conséquences sociales liés à la consommation et à l'abus de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues, postcombustibles) par les adolescents entrant dans la vie adulte. Durant l'année scolaire 2017/2018, le programme a été mis en œuvre dans 44,3% des écoles secondaires.

En 2019, dans le cadre du Programme national de santé pour 2016-2020, un projet éducatif et d'information "Je ne fume pas parce que..." a été lancé, qui vise à réduire la consommation de produits du tabac et de produits connexes sur le lieu de travail. Ces activités comprennent des initiatives destinées aux employeurs et aux travailleurs, dont principalement les cadres. Le contenu des initiatives porte sur les avantages pour les employeurs et les travailleurs de la

création d'un environnement sans tabac et de produits connexes et stimule la participation des employeurs aux activités de lutte contre le tabagisme. Les principales sources d'information sur les activités et le contenu éducatif sont www.firmawolnaodtytoniu.pl et le site www.niepalebo.pl.

En outre, dans le cadre de la mise en œuvre des tâches définies dans le Programme national de santé pour 2016-2020, la préparation de la mise en œuvre de la campagne nationale sous le titre #StopFejkFriends a commencé en 2019. L'objectif est de réduire la consommation de produits du tabac et de produits connexes, en particulier par les adolescents, de promouvoir le sevrage tabagique et de soutenir les personnes qui souhaitent arrêter de fumer, et de promouvoir l'abstention de fumer tant des cigarettes que des produits du tabac innovants et les produits connexes (cigarettes électroniques). Les activités comprennent des initiatives destinées au grand public, notamment aux adolescents de moins de 18 ans, ainsi qu'aux représentants des médias qui ont un impact sur l'éducation et la prévention par une information appropriée du public.

Chaque année, le ministre de l'Éducation nationale annonce un concours pour la réalisation des tâches dans le domaine de la protection de la santé mentale, y compris celles qui s'adressent aux enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux, concernant l'éducation sexuelle des élèves handicapés (handicaps intellectuels et sensoriels). Les activités visent à augmenter les chances dans la vie et à indiquer des moyens d'éviter les expériences destructrices. Les activités s'adressent aux enseignants, aux parents ou tuteurs et aux représentants de la communauté locale qui soutiennent l'école ou l'institution dans le renforcement et l'amélioration de la santé mentale des élèves et des enfants. En 2016-2019, les éléments suivants ont été préparés: le programme, un guide pour les parents, un guide pour les enseignants, 10 publications pour les enfants. L'efficacité des outils préparés a été testée dans le cadre d'études pilotes menées dans 130 écoles et auprès de 12.000 élèves.

En 2017, 5 centres travaillant avec des enfants et des adolescents handicapés ont été consultés et pilotés. Les rapports de mise en œuvre indiquent que le sujet est important pour l'éducation et le fonctionnement social des bénéficiaires, en raison de leurs compétences limitées en matière de communication, de leurs difficultés d'interaction sociale et de leur manque de sentiment de menace, de leur confiance, la vulnérabilité et du fait qu'ils prennent littéralement ou simplement des informations. Le contenu est préparé de manière accessible et peut être adapté aux différents âges et capacités cognitives des bénéficiaires.

En 2019, 30 cours de formation ont été organisés avec la participation de 538 enseignants. En outre, les enseignants pourraient bénéficier de consultations (180 heures). Une évaluation des cours de formation et des réunions de consultation et de formation a été réalisée. Les résultats indiquent que les formations sont très utiles. En participant à la formation, les enseignants acquièrent des connaissances sur la manière d'élaborer des plans thérapeutiques pour les élèves présentant un comportement sexuel problématique et d'organiser des cours supplémentaires d'éducation sexuelle. Un élément important a été souligné: les connaissances acquises permettent de les transmettre aux parents et de leur proposer une formation.

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes, y compris sur les services de consultation et de dépistage en milieu scolaire et pour le reste de la population.

En raison d'un changement dans la façon dont le Système d'information sur l'éducation collecte les informations, les données sur les cabinets médicaux dans les écoles en 2016-2018 sont incomplètes et ne peuvent être fournies. Les données complètes se rapportent à 2019 et montrent qu'il y a eu 2.402 cabinets médicaux dans les écoles. Selon la loi du 14 décembre 2016 - Droit de l'éducation l'école est obligée à offrir aux élèves la possibilité de faire appel à un

cabinet de soins préventifs, employant une infirmière scolaire ou une hygiéniste scolaire. Au 30.01.2020, ils en étaient 8.910.

Selon la loi du 12 avril 2019 sur les soins de santé aux élèves, une infirmière scolaire ou une hygiéniste scolaire fournit des soins de santé préventifs aux élèves dans un cabinet des soins préventifs, et s'il n'y a pas de cabinet dans l'école, les prestations sont fournies dans le lieu spécifié dans le contrat de prestation de soins de santé (cliniques de soins de santé primaires).

Tests de dépistage effectués

2016	2017	2018	2019
7.756.197	7.936.834	8.427.564	8.507.904

Questions supplémentaires

1/ Mesures prises dans le domaine de l'éducation et de la sensibilisation à la santé, y compris services de consultation et de dépistage en milieu scolaire (par exemple, contrôles médicaux, examens des femmes enceintes et des enfants)

Voir également la réponse aux questions 1 et 2 et à la question 2 sur l'article 11, paragraphe 1.

La loi sur les soins de santé aux élèves garantit l'égalité d'accès aux soins de santé à l'école, indépendamment du lieu de résidence de l'élève et du type d'école, en assurant des soins de santé complets et systématiques, et accroît l'efficacité des soins de santé financés par les fonds publics. La loi définit les entités responsables pour les soins de santé aux élèves ainsi que les entités qui fournissent les soins de santé à l'école et les règles de coopération et d'échange d'informations entre ces entités, en tenant compte du consentement des parents des élèves ou des élèves eux-mêmes après qu'ils aient atteint l'âge de la majorité. La loi définit également les principes de contrôle des soins de santé dispensés aux élèves et indique les entités qui effectuent des tâches dans ce domaine, ce qui permettra une évaluation périodique des soins de santé fournis.

Le ministère de l'Éducation nationale, en collaboration avec le ministère de la Santé, prend des mesures dans le domaine de la protection de la santé des élèves. Ces mesures comprennent la promotion de la santé, le développement d'habitudes appropriées et d'attitudes favorables à la santé, ainsi que la prévention de la consommation de substances psychoactives et de la dépendance comportementale. Un domaine d'activité important est l'amélioration des compétences des enseignants dans le domaine de la protection de la santé mentale en milieu scolaire et de la prévention des crises mentales.

Les tâches liées à la formation des enseignants sont mises en œuvre par le Centre pour le développement de l'éducation. Le système de recommandations pour la promotion de la santé et la prévention des comportements à risque des enfants et des adolescents fonctionne. Le ministère de l'Éducation nationale diffuse dans les écoles des informations sur les possibilités de formation des exécutants de programmes et des informations sur leur mise en œuvre, dans le cadre des activités éducatives et préventives des écoles et des établissements d'enseignement. Depuis 2009, le ministre de l'Éducation nationale, le ministre de la Santé et le ministre des Sports et du tourisme mettent en œuvre un accord de coopération sur la promotion de la santé et la prévention des problèmes des enfants et des adolescents. Dans ce cadre, le ministère de l'Éducation nationale assure la coordination des activités dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes des enfants et des adolescents, qui sont mises en œuvre par les parties à l'accord dans les écoles et les institutions. Ils se concentrent sur la formation d'attitudes et de comportements adéquats en matière de santé des enfants et des adolescents. La coopération comprend également des activités pour la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé, notamment le programme "École promotrice de santé », dans le cadre

d'un Réseau européen des écoles promotrices de la santé en Europe (Schools for Health in Europe SHE).

En 2019, le ministère de l'Éducation nationale a entamé une coopération avec le ministère de la Santé, l'Agence de recherche médicale, l'Institut national de santé publique - Institut national d'hygiène, le ministère de la Famille, du travail et de la politique sociale, le ministère du Sport et du tourisme, le ministère de l'Agriculture et du développement rural, l'Inspecteur sanitaire général, afin d'identifier les informations et les ressources éducatives des ministères et des institutions sur le renforcement du système de soins de santé et leur utilisation pour protéger et améliorer la santé des élèves.

Le Centre pour le développement de l'éducation propose de nombreuses publications sur l'éducation à la santé sur son site web.

Conseils préventifs donnés aux femmes enceintes (en milliers)

2016	2017	2018	2019
286,8	281,6	252,4	246,5

La domaine de la santé procréative est incluse dans le Programme national de santé pour 2016-2020 - il prévoit de mettre en œuvre un certain nombre d'activités, notamment des activités d'éducation et d'information en matière de santé et de prévention destinées à différents groupes de bénéficiaires, des activités éducatives destinées aux prsonnel du secteur de la santé, y compris linclusion des questions portant sur le facteurs affectant la santé procréative dans les programmes d'études en médecine, biologie, psychologie et pédagogie et dans les programmes de développement professionnel des médecins, des infirmières et des sages-femmes, la recherche sur la santé procréative et ses déterminants dans la société.

Du 1er septembre 2016 au 31 décembre 2020, le "Programme pour la protection complète de la santé procréative en Pologne" est mis en œuvre, dont l'objectif principal est d'accroître la disponibilité de services de haute qualité dans le domaine du diagnostic et du traitement de l'infertilité.

Voir également la réponse aux questions 1 et 2 sur l'article 11, paragraphe 1.

La loi du 16 mai 2019 modifiant la loi sur les droits des patients et le médiateur des patients a clarifié les dispositions relatives à la fourniture de soins complémentaires dans les entités médicales fournissant des soins hospitaliers 24 heures sur 24 à un patient mineur ou à un patient ayant un handicap grave. La loi confirme le droit des parents ou des soignants à être présents auprès leur enfant ou la personne dépendante et prévoit que les parents ou les soignants ne peuvent pas se voir imposer de frais à titre de leur présence auprès du patient.

2/ Maladies qui causent le plus souvent une mort prématurée

Ces maladies comprennent: les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies digestives et les maladies respiratoires.

Taux de mortalité normalisés pour 100.000 habitants

		0-44 ans			45-59 ans			Total, pour l'ensemble de la population		
		2010	2016	2017	2010	2016	2017	2010	2016	2017
Maladies cardiovasculaires	Hommes	19,3	13,1	10,9	325,4	247,4	215,5	451,8	365,4	352,9
	Femmes	5,7	3,8	3,7	85,8	68,0	59,1			
Cancers	Hommes	12,0	10,5	9,9	280,1	228,3	222,3	249,4	243,8	241,0
	Femmes	11,9	10,4	10,9	201,4	170,3	169,7			
Troubles de l'appareil digestif	Hommes	9,6	9,3	9,8	80,5	68,7	74,1	50,2	51,2	56,6
	Femmes	2,9	3,2	3,3	27,5	25,6	26,2			
Maladies respiratoires	Hommes	3,7	4,1	3,5	36,0	29,7	36,1	42,2	37,5	38,7
	Femmes	1,8	1,7	2,0	12,9	10,8	12,5			

Article 11§3

1) Politique et cadre juridique concernant: la protection de l'environnement contre la pollution, la sécurité alimentaire, la consommation du tabac, de l'alcool et des substances psychotropes, la vaccination et la surveillance épidémiologique. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

La loi du 21 juillet 2018 modifiant la loi sur la prévention de la toxicomanie et la loi sur l'Inspection sanitaire nationale a pénalisé la possession de nouvelles substances à l'usage personnel (amende) et la fabrication, la transformation ou le traitement de nouvelles substances psychoactives (amende, peine restrictive de liberté de 3 ans au maximum).

Le règlement du ministre de la Santé du 17 août 2018 relatif à la liste des substances psychotropes, des stupéfiants et des nouvelles substances psychoactives, outre les substances interdites nommément énumérées, contient les modèles dits génériques de nouvelles substances psychoactives, couvrant des groupes de substances agissant comme intoxicants sur le système nerveux central. L'Équipe chargée d'évaluer le risque pour la santé ou la vie liées à la consommation de nouvelles substances psychoactives a recommandé au ministre de la Santé d'inclure 9 substances dans la liste des nouvelles substances psychoactives (objet de l'amendement du règlement du 21 août 2019).

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 a été modifiée le 2 juillet 2016 pour transposer la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes et abrogeant la directive 2001/37/CE. Les nouvelles solutions les plus importantes:

- interdiction de la commercialisation de cigarettes ayant un goût distinctif (exception: les cigarettes au menthol, pour lesquelles une période transitoire jusqu'en 2020 a été établie),
- obligation d'afficher des avertissements sanitaires sur les paquets de tabac couvrant 65% de la surface de l'emballage extérieur,
- obligation pour les fabricants ou les importateurs (au plus tard 6 mois avant la commercialisation prévue) de communiquer des données sur les produits du tabac novatrices et les cigarettes électroniques ou les conteneurs de rechange,
- interdiction de la publicité et de la promotion des e-cigarettes ou des conteneurs de rechange,
- de nouvelles exigences techniques pour les fabricants ou les importateurs de cigarettes électroniques ou de conteneurs de rechange,
- interdiction de fumer les cigarettes électroniques dans les lieux publics même qu'applicable aux produits du tabac,
- interdiction de vendre des produits du tabac, des cigarettes électroniques ou des récipients de rechange à distance (par exemple, via Internet).

Le 4 avril 2019, sur la protection de la santé contre les conséquences de la consommation du tabac et de produits du tabac a été modifiée à nouveau pour la mettre en conformité avec les actes d'exécution de l'UE émis en vertu des articles 15 et 16 de la directive 2014/40/UE, concernant l'établissement d'un système de suivi et de traçage du tabac et sa sécurité ("système Truck&Trace"). L'organe de l'administration publique responsable du fonctionnement du système est le ministère des Finances.

Par une modification en 2018 du règlement du ministre de l'Éducation nationale du 18 août 2015 sur la portée et les formes des activités éducatives, pédagogiques, d'information et de

prévention dans les écoles et les institutions du système éducatif, afin de lutter contre la toxicomanie, une obligation d'accorder une attention particulière aux menaces liées à l'utilisation de substances psychotropes, de substituts et de nouvelles substances psychoactives a été introduite, et la liste des institutions avec lesquelles l'école peut coopérer dans la mise en œuvre d'activités visant à lutter contre la toxicomanie a été étendue. L'école agit sur la base du diagnostic des risques liés à l'utilisation de substances psychotropes, de substituts et de nouvelles substances psychoactives.

La loi du 10 janvier 2018 modifiant la loi sur l'éducation dans la sobriété et la lutte contre l'alcoolisme et la loi sur la sécurité des manifestations de masse a autorisé les conseils communaux à déterminer, par voie de résolution, pour la commune ou de ses unités subsidiaires, la limitation des ventes nocturnes d'alcool destiné à la consommation en dehors du lieu de vente (22h00 - 6h00). Une limite a été introduite pour les permis, au lieu des points de vente, ainsi que pour les permis de vente de boissons alcoolisées à 4,5% de la teneur en alcool et pour la bière.

En vertu de l'amendement à la loi du 27 août 2004 sur les soins de santé financés par des fonds publics, adopté le 29 septembre 2017, l'orientation vers des services spécialisés ambulatoires financés par des fonds publics n'est actuellement pas nécessaire en ce qui concerne le traitement des dépendances:

- pour ceux qui se présentent aux services médicaux pour cause de dépendance,
- pour les personnes se présentant pour cause de codépendance - personnes apparentées ou non au toxicomane, vivant et tenant un ménage commun avec lui, et personnes dont l'état mental résulte d'une relation affective avec le toxicomane.

Le ministère du Climat de l'environnement est responsable du système d'évaluation de la qualité de l'air (géré par l'Inspecteur Général de la Protection de l'Environnement, dépendant du ministre du Climat et de l'environnement), c'est-à-dire l'établissement de normes de qualité de l'air et des principes généraux de fonctionnement du système de gestion de la qualité de l'air, conformément à la législation de l'Union européenne, ainsi que de la définition des orientations des activités au niveau de voïvodie et local et de la création de mécanismes financiers pour la mise en œuvre de mesures correctives au niveau de voïvodie et local.

La loi du 20 juillet 2018 modifiant la loi sur l'Inspection de la protection de l'environnement et certaines autres lois a renforcé les activités de contrôle de l'Inspection. Un système stable de financement des études et des évaluations de l'état de l'environnement a été introduit, le fonctionnement des laboratoires et des réseaux de mesure de l'Inspection de la protection de l'environnement a été modifié et le système de garanties et de contrôle de la qualité des études de surveillance au sein des laboratoires nationaux de référence a été renforcé.

La législation de l'UE définissant le système d'évaluation et de gestion de la qualité de l'air a été transposé en droit polonais par la loi du 27 avril 2001 – Droit de la protection de l'environnement et les règlements du ministre de l'Environnement:

- du 2 août 2012 sur les zones où la qualité de l'air est évaluée,
- du 14 août 2012 sur l'objectif national de réduction de l'exposition,
- du 13 septembre 2012 sur la manière de calculer les indicateurs d'exposition moyenne et d'évaluer le respect du plafond de concentration d'exposition,
- du 24 août 2012 sur les concentrations de certaines substances dans l'air,
- du 6 juin 2018 sur la portée et les modalités de communication des informations sur la pollution atmosphérique,
- du 8 juin 2018 sur l'évaluation des teneurs en substances dans l'air,
- du 14 juin 2019 sur les programmes de protection de l'air et les plans d'action à court terme
- du 8 octobre 2019 modifiant le règlement sur les concentrations de certaines substances

dans l'air.

Afin de renforcer le système de gestion de la qualité de l'air, la loi - Droit de la protection de l'environnement et la loi sur la gestion des situations de crise ont été modifiées (loi du 13 juin 2019 modifiant la loi Droit de la protection de l'environnement et la loi sur la gestion des situations de crise).

De nouvelles règles de fonctionnement du système de gestion de la qualité de l'air ont été introduites:

- le délai de préparation et d'adoption des programmes de protection de l'air et des plans d'action à court terme a été ramené de 18 à 15 mois,
- les mesures correctives prévues dans les programmes doivent permettre de réduire les dépassements des niveaux de substances standard autorisées "dès que possible",
- une obligation a été imposée au ministre chargé de l'environnement de vérifier l'exactitude des projets de programmes,
- une obligation a été introduite de préparer des rapports annuels sur la mise en œuvre des mesures correctives, qui seront évalués à l'aide d'indicateurs permettant de suivre les progrès des actions et d'indicateurs de l'effet environnemental des actions (réduction des émissions et modification du niveau de concentration des différentes substances dans l'air),
- la durée des actions correctives en matière de qualité de l'air a été réduite de 5 à 4 ans pour ce qui concerne des actions à moyen terme et de 10 à 6 ans pour des actions à long terme, et l'obligation de fixer la durée des actions à court terme à 2 ans maximum a été introduite.

En raison de la source dominante des dépassements de la qualité de l'air en Pologne (émission basse, causée par des sources de chaleur individuelles dispersées pour les combustibles solides et les moyens de transport), le marché des combustibles solides et des chaudières à combustibles solides pour le secteur des ménages et des municipalités, a été réglementé en premier lieu.

Les exigences de qualité pour les combustibles solides utilisés dans le secteur des ménages et municipal ont été introduites par la loi du 5 juillet 2018 modifiant la loi sur le système de surveillance et de contrôle de la qualité des combustibles et la loi sur l'Administration fiscale nationale, et le règlement du ministre de l'Énergie du 27 septembre 2018:

- sur les exigences de qualité pour les combustibles solides,
- sur l'échantillonnage des combustibles solides,
- sur le modèle de certificat pour les combustibles solides,
- sur les méthodes de test de la qualité des combustibles solides.

Le règlement du ministre du Développement et des finances du 1er août 2017 sur les exigences relatives aux chaudières à combustible solide (modifié en 2019) définit les exigences d'émission pour les chaudières à combustible solide utilisées dans le secteur des ménages et municipal. Par conséquent, seules les chaudières répondant aux normes d'émission les plus strictes de l'UE sont disponibles sur le marché polonais.

La loi – Droit de la protection de l'environnement, modifiée le 10 septembre 2015, prévoit que collectivités locales au niveau de la voïvodie peuvent spécifier des exigences pour les combustibles et les appareils de chauffage utilisés par les ménages. Par suite, 17 résolutions antismog ont été adoptées jusqu'à présent, couvrant l'ensemble de la voïvodie ou des zones séparées des voïvodies suivantes: małopolskie, śląskie, opolskie, mazowieckie, łódzkie, dolnośląskie, wielkopolskie, podkarpackie et zachodniopomorskie.

La loi sur l'électromobilité et les carburants alternatifs du 11 janvier 2018 a introduit la possibilité pour les communes de créer des zones de transport propres. Les véhicules électriques, à hydrogène ou au gaz naturel et les autres véhicules indiqués dans la loi peuvent entrer dans la zone de transport propre. La commune peut également indiquer des exemptions supplémentaires, en fonction des intérêts et des besoins des communautés locales, et peut

adapter les zones à la politique de transport public menée par la commune. Jusqu'à présent, une zone de transport propre a été établie, en janvier 2019 à Cracovie: dans la zone touristique du quartier de Kazimierz, la zone de transport propre a remplacé, pour une période d'essai de six mois, la zone de circulation restreinte.

La loi du 6 juin 2018 modifiant la loi sur les biocomposants et les biocarburants liquides et certaines autres lois a introduit la possibilité pour la commune d'imposer des redevances pour l'entrée dans les zones de transport propre de véhicules autres que ceux fonctionnant à l'hydrogène, au gaz naturel ou à l'électricité.

2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

L'inspection sanitaire de l'État a le droit, s'il est constaté que l'obligation de vaccination est éludée, d'amener les personnes légalement tenues de se soumettre aux vaccinations obligatoires (pour faire vacciner leurs enfants), y compris de faire engager l'action administrative par les organes d'exécution (voïvodes et, en deuxième instance, le ministre de la Santé)

Parallèlement, l'Inspection soutient et lance des activités d'information pour promouvoir la vaccination préventive. Ces activités sont menées en coopération avec les organisations professionnelles de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, les instituts scientifiques, les sociétés scientifiques, les associations opérant dans le domaine de la médecine et avec la participation d'associations et d'initiatives sociales formant une coalition nationale pour la promotion de la vaccination. Un rôle important a le portail "www.szczepienia.info" géré par l'Institut national de la santé publique - Institut national d'hygiène à Varsovie.

En 2018, une modification a été apportée au programme de vaccination préventive pour 2019, consistant à reporter l'administration de la deuxième dose de vaccin ROR aux enfants de 10 à 6 ans.

En janvier 2019, l'Inspecteur sanitaire général a demandé à l'Inspecteur général du travail de surveiller, dans le cadre des activités, y compris de contrôle entreprises par l'Inspection nationale du travail, la mise en œuvre par les responsables des entités thérapeutiques de l'obligation de protéger efficacement le personnel contre l'infection par le virus de la rougeole au cours de l'exercice de leurs fonctions.

En février 2019, l'Inspecteur sanitaire général a envoyé une lettre au président de la Conférence des recteurs des écoles universitaires de Pologne, suggérant la mise en place de solutions visant à prévenir les épidémies de rougeole chez les étudiants et le personnel des universités, consistant à organiser et à financer des vaccinations préventives.

En février 2019, l'Inspecteur sanitaire général a adressé une lettre aux voïvodes, dans laquelle il leur a demandé d'informer les services médicaux de la nécessité de fournir des mesures de protection personnelle (y compris des vaccinations) aux travailleurs, selon l'évaluation des risques d'exposition, pour prévenir la rougeole et l'infection par la grippe. Dans le même temps, il a demandé à être impliqué dans des activités visant à promouvoir la vaccination préventive en tant que forme efficace de prévention.

La Pologne participe aux activités de l'Organisation mondiale de la santé qui mènent à l'éradication des infections par le virus de la polio (actuellement une maladie éradiquée en Europe) et à l'éradication de maladies telles que la rougeole et la rubéole.

Afin de réduire les risques posés par les substituts ou les nouvelles substances psychoactives, un Système d'information de suivi des substituts et des nouvelles substances psychoactives a été mis en place.

Le 26 novembre 2018, un accord a été conclu entre l'Inspecteur sanitaire général et le Commandant en chef de la Police, le chef de l'Administration nationale fiscale, le Procureur

national, le Commandant en chef des Gardes-frontières et l'Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques, réglementant la coopération afin de contrecarrer l'introduction de produits de substitution et de nouvelles substances psychoactives. Les mesures prises sur la base de l'accord consistent à surveiller, informer et prévenir, à fermer les points de vente de "drogues de confection" et à mener des procédures administratives.

Contrôles effectués auprès des opérateurs soupçonnés de fabriquer ou de mettre sur le marché de nouvelles substances psychoactives et des produits de substitution: 2016 - 893, 2017 - 562, 2018 - 447, 2019 - 195. Réquisition d'emballages de produits soupçonnés d'être des substituts ou de nouvelles substances psychoactives: 2016 – 38.626, 2017 – 36.786, 2018 – 11.673, 2019 – 916. Astreintes imposées: 2016 - 14.162.100 zł, 2017 - 13.922.870 zł, 2018 - 9.701.762 zł, 2019 - 1.937.823 zł. Notifications aux services répressifs portant sur la présomption d'infraction consistant en la fabrication et la commercialisation de produits de substitution et de nouvelles substances psychoactives: 2016 - 101, 2017 - 59, 2018 - 31, 2019 – 35.

L'Inspection sanitaire nationale a ordonné des tests de produits pour détecter des substances psychoactives, a mis en place une ligne d'assistance téléphonique et a surveillé les cas d'empoisonnement et de présomption d'empoisonnement par des produits de substitution. Interventions médicales en cas de présomption d'empoisonnement par de nouvelles substances psychoactives: 2016 – 4.346, 2017 – 4.324, 2018 – 4.257, 2019 – 2.148. La diminution du nombre d'empoisonnements indique que des méthodes efficaces ont été mises au point pour lutter contre le commerce des produits de substitution et des nouvelles substances psychoactives.

Voir également la réponse à la question supplémentaire 3.

La protection de l'air au sens large est abordée dans deux documents stratégiques, le Programme national de protection de l'air 2020 (avec la perspective jusqu'au 2030) et le Programme national de lutte contre la pollution atmosphérique.

Le programme national de protection de l'air prévoit des actions pour améliorer la qualité de l'air conformément à la directive 2008/50/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe (directive CAFE). Les émissions atmosphériques sont couvertes par le Programme national de réduction de la pollution atmosphérique, conformément à la directive 2016/2284 du Parlement européen et du Conseil (UE) du 14 décembre 2016 relative à la réduction des émissions nationales de certains polluants atmosphériques (PEN), modifiant la directive 2003/35/CE et abrogeant la directive 2001/81/CE.

En 2015, la mise en œuvre du Programme national de protection de l'air jusqu'en 2020 (avec la perspective jusqu'en 2030) a été entreprise. Le Programme contient le diagnostic du problème de la qualité de l'air - l'évaluation des sources de dépassement de normes de qualité de l'air ainsi que les orientations d'action, au niveau central, de voïvodie et local, afin d'améliorer rapidement la qualité de l'air, y compris la réalisation, dans les plus brefs délais, des niveaux admissibles de particules PM10 et PM2,5 et d'autres substances nocives dans l'air, résultant des dispositions du droit communautaire, et dans la perspective jusqu'en 2030 - les niveaux indiqués par l'OMS. Le programme indique les orientations des activités (stratégiques, législatives, financières, technico-technologiques, éducatives et informationnelles), au niveau national et de la voïvodie, ainsi que les organes responsables de leur mise en œuvre. Les mesures concernent les secteurs ayant un impact négatif sur l'état de l'air, mais surtout ceux qui sont responsables du phénomène dit des émissions basses, c'est-à-dire les secteurs urbain, ménager et des transports. Le 27 octobre 2016, le Comité directeur du programme national de protection de l'air a été créé, dont la tâche principale est de coordonner la mise en œuvre des mesures pour l'amélioration de la qualité de l'air, ainsi que de suivre les progrès de ces activités prévues dans le programme.

La plupart des orientations des activités définies dans le programme sont reflétées dans le programme "Air pur" adopté par le Conseil des ministres le 25 avril 2017, ainsi que dans des documents tels que le programme "Énergie pour l'avenir", Programme national de réforme pour la mise en œuvre de la stratégie Europe 2020, "Programme pour le secteur de l'extraction de la houille en Pologne", "Politique écologique nationale 2030 - stratégie nationale".

Le programme national de réduction de la pollution atmosphérique indique les orientations des activités dans les secteurs de l'énergie, de l'agriculture, de l'industrie et des transports, qui conduisent à la réduction des émissions dans l'atmosphère d'ici 2030 de polluants tels que: le dioxyde de soufre, les oxydes d'azote, les composés organiques volatils non méthaniques, l'ammoniac et les particules PM_{2,5}. La mise en œuvre de ce programme au niveau national permettra d'accroître l'efficacité des programmes de protection de l'air mis en œuvre au niveau régional et local et, par conséquent, d'accélérer le processus de mise en conformité avec les normes de qualité de l'air.

Les engagements pour la réduction des émissions couvrent les années: de 2020 à 2029 et dès 2030. Ces engagements sont établis par référence aux émissions de l'année de référence 2005. Ces engagements de réduction ont été fixés, respectivement, à 59% et 70% pour le SO₂, 30% et 39% pour les NO_x, 25% et 26% pour le NMLZO, 1% et 17% pour le NH₃ et 16% et 58% pour les PM_{2,5} respectivement.

Depuis septembre 2018, le programme "Air pur" est mis en œuvre. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme, des exigences concernant les émissions contraignantes pour les producteurs de chaudières à combustibles solides et des exigences de qualité pour les combustibles solides utilisés dans le secteur municipal ont été définies et la possibilité de créer des zones de transport propres a été introduite (voir la réponse à la question 1). Des outils ont été introduits pour permettre aux collectivités locales de déterminer les types et la qualité de combustibles autorisés, les normes applicables aux équipements de chauffage utilisés dans le secteur des ménages et des municipalités, ainsi que pour utiliser le mécanisme de compensation des émissions dans le processus de préparation des permis d'introduction de gaz et de poussières dans l'air avec la participation d'un plus grand nombre d'entités, y compris la réduction permanente des émissions des installations brûlant des combustibles solides exploitées par des personnes physiques (y compris les ménages).

Le programme comprend également des mesures visant à augmenter l'efficacité thermique des bâtiments individuels et à soutenir la modernisation thermique des bâtiments individuels (remplacement des sources de chaleur par des sources modernes répondant aux normes les plus élevées) - les communes peuvent participer au programme Stop Smog, ce qui leur permet de recevoir un cofinancement, jusqu'à 70%, pour la réalisation d'investissements tels que le remplacement des chaudières/isolation des maisons individuelles. La tâche de la commune est de sélectionner les bénéficiaires et de choisir un entrepreneur pour les travaux de thermo-modernisation. En outre, il est prévu d'accorder aux communes le droit, entre autres, d'accorder des prêts aux personnes pouvant bénéficier d'un financement accru (à partir des fonds en provenance des prêts qui leur sont accordés par les Fonds de voïvodie).

Le budget du programme pour 2018-2029 s'élève à 103 milliards de zł. Au 31 janvier 2020, 66.956 contrats ont été signés (subventions – 1.137 millions de zł, prêts - 111,8 millions de zł).

Des programmes sont également mis en œuvre pour réduire les effets négatifs sur l'environnement, notamment l'amélioration de la qualité de l'air:

- "Mon électricité", adressée aux ménages, pour l'achat et l'installation d'installations photovoltaïques,
- "Chauffage de powiat - modernisation, extension des réseaux de chauffage et raccordement de nouveaux clients",

- "Énergie Plus" - investissements pour l'efficacité énergétique et l'efficacité des ressources.

Conformément à la loi – Droit de la protection de l'environnement, l'Inspecteur général de la protection de l'environnement évalue chaque année les niveaux de substances dans l'air dans une zone donnée pour l'année précédente en ce qui concerne les substances suivantes: particules PM10 et PM2,5, dioxyde de soufre, dioxyde d'azote, oxydes d'azote, monoxyde de carbone, benzène, plomb, cadmium, arsenic, nickel, benzo(a)pyrène comme déterminant des hydrocarbures aromatiques polycycliques et ozone. Les zones sont ensuite classées selon des critères établis, séparément pour chaque substance répertoriée. Le résultat de l'évaluation pour une voïvodie donnée est communiqué à l'office de cette voïvodie. Si les résultats indiquent que les critères ne sont pas remplis, c'est-à-dire dans les zones où l'évaluation de la qualité de l'air est effectuée des dépassements des normes de qualité de l'air (les niveaux limites et cibles pour certaines substances dans l'air et le plafond de concentration d'exposition pour les particules PM2,5) sont constatés, des programmes de protection de l'air et des plans d'action à court terme sont mis en œuvre. Si les critères sont remplis, des mesures sont prises pour maintenir la qualité de l'air. Si les niveaux d'ozone dans l'air applicables à long terme sont dépassés, atteindre ces niveaux devrait être l'un des objectifs des programmes de protection de l'environnement de la voïvodie.

Depuis janvier 2019, les prévisions de pollution atmosphérique pour les particules PM10 et le NO2 (dès avril pour l'O₃, dès octobre pour le SO₂) sont disponibles sur le portail de l'Inspection générale de la protection de l'environnement "Qualité de l'air".

Afin de sensibiliser le public, le ministère du Climat et les unités supervisées et subordonnées (Institut de protection de l'environnement - Institut national de recherche, Fonds national pour la protection de l'environnement et la gestion de l'eau, Inspection générale de la protection de l'environnement) mènent des activités d'information, d'éducation et de promotion:

- au tournant de 2017 et 2018 - Campagne d'éducation STOP SMOG visant à forger des attitudes correctes par rapport à la protection de l'air,
- dans le cadre du programme « Air pur », en 2018 et 2019 - des réunions d'éducation et d'information dans la plupart des communes de Pologne,
- en octobre/novembre 2018 - une campagne nationale d'information et d'éducation dont le but principal était de sensibiliser le public aux aspects positifs de la vie dans un environnement propre,
- en 2017-2019 - un programme d'information et de formation pour les travailleurs sociaux des centres municipaux d'assistance sociale, concernant l'utilisation efficace de l'énergie, les solutions gratuites pour économiser l'énergie dans les ménages et la possibilité d'obtenir des fonds pour l'échange de sources de combustion inefficaces et menaçant l'environnement (194 formations, 4.398 personnes formées),
- en 2019 - la campagne "Air pur - un choix propre - votre choix !" qui encourage, entre autres, les demandes de financement dans le cadre du programme « Air pur »:
 - diffusion de spots à la télévision et à la radio,
 - diffusion sur Internet de l'émission "Vous pouvez vous permettre d'avoir de l'air pur !",
 - un film didactique montrant comment remplir et soumettre une demande de subvention dans le cadre du programme « Air pur »,
 - campagne sur Internet et modération de www.kampaniaczystempowietrze.pl,
 - des concours dans des médias sociaux,
- réunions des cercles de femmes de ménage de régions rurales - pour promouvoir l'offre de financement de mesures pro-environnementales dans les zones rurales (43 réunions),
- placement de contenus éducatifs sur la protection de l'air, notamment encourageant les demandes de financement dans le cadre du programme « Air pur », dans des séries

télévisées populaires,

- programme TV sur TVP1 "Le grand test de l'écologie",
- informations fournies sur les possibilités de demander un financement dans le cadre du programme « Air pur » lors d'événements de masse (pique-niques, foires).

De plus:

- Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de santé pour 2016-2020, en 2017-2019, le ministre de la Santé a mis en place une campagne d'éducation nationale "L'heure de l'air pur".
- Le ministre de l'Environnement a publié en 2017 le "Guide - Pour une chaleur propre dans ma maison grâce aux combustibles solides", un livret d'information et un dépliant.
- La Direction générale de la protection de l'environnement, en coopération avec le ministère de l'Environnement, a commandé la préparation du guide "Améliorer la qualité et l'efficacité de la gestion de la qualité de l'air dans les zones afin de garantir la pureté de l'air dans la voïvodie. Guide pour des organes de l'administration publique - partie II".
- L'Inspection générale de la protection de l'environnement gère un portail sur la qualité de l'air et une application mobile "Qualité de l'air en Pologne" et publie des données sur la qualité de l'air provenant des stations de mesure de la surveillance environnementale de l'État.

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes concernant le pourcentage de fumeurs dans la société, l'évolution de la consommation d'alcool et les taux de vaccination contre les maladies infectieuses et épidémiques.

Tabac

Dans les années 80. la Pologne a été le pays où le taux de tabagisme a été le plus élevé en Europe (42% de la population fumait des produits du tabac). Les mesures prises ces dernières années ont entraîné une baisse significative du tabagisme, avec 21% de la population qui fumait en 2019. Un nouveau défi consiste à réduire la consommation de cigarettes électroniques par les adolescents: la proportion des 15-19 ans qui ont déjà essayé des cigarettes électroniques est passée de 16,8% à 62,1%.

Selon le rapport basé sur l'enquête nationale portant sur les attitudes à l'égard du tabac menée en 2019:

- entre 2011 et 2019, la proportion de fumeurs réguliers a diminué (de 31% à 21%),
- parmi ceux qui étaient des fumeurs réguliers mais qui ont arrêté de fumer, 13% ont arrêté de fumer en 2019,
- depuis 2017, la proportion d'hommes n'ayant jamais fumé est en augmentation (59% en 2019 contre 52% en 2017), et dépasse de plus en plus la proportion de ceux ayant déjà fumé (41% en 2019 contre 48% en 2017),
- le pourcentage de femmes n'ayant jamais fumé en 2019 est plus élevé que le pourcentage de femmes ayant déjà fumé (74% en 2019 contre 26%, en 2017 71% contre 21%),
- 11% des fumeurs addictés ont commencé à fumer au cours des 12 derniers mois, 10% parmi les hommes et 12% parmi les femmes.

Alcool

Le volume de consommation d'alcool à 100% par habitant est passé de 9,41 litres en 2015 à 9,55 litres en 2018. La structure de la consommation a légèrement changé: la part des alcools forts a augmenté de 34,0% à 34,6%, la part de la bière n'a pas changé (57,9%), la part du vin a légèrement diminué de 8,0% à 7,5%.

Les résultats de l'enquête européenne standardisée sur l'alcool, menée en 2015, l'indiquent:

- les consommateurs de boissons alcoolisées (personnes ayant bu de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête) représentent plus de 86% des Polonais, un pourcentage proche de la moyenne européenne (85%),
- les consommateurs d'alcool sont plus souvent des hommes (92,1%) que des femmes (80,7%),
- l'alcool est le plus souvent consommé par les personnes les plus jeunes (18-34 ans), le plus rarement par les personnes plus âgées (50+),
- environ 40% des personnes interrogées ont confirmé qu'au cours des 12 derniers mois, elles ont consommé de l'alcool au moins une fois de manière risquée, la consommation à risque étant plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Comme le montre l'enquête menée en 2016, la plupart des adolescents (15 ans) ont déjà fait une initiation à l'alcool (60% ont déclaré avoir bu de l'alcool au moins une fois dans leur vie). Bien que, comme le montrent les recherches, le pourcentage de consommateurs d'alcool chez les adolescents ait diminué ces dernières années, la consommation d'alcool chez les mineurs est encore courante.

Vaccinations

Étude de l'Institut national de la santé publique - Institut national d'hygiène sur la vaccination pour 2018: www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Sz_2018.pdf.

La vaccination obligatoire des enfants âgés de 0 à 19 ans, mise en œuvre dans le cadre du programme de vaccination depuis plus de 50 ans, est d'une importance capitale pour maintenir la situation épidémiologique favorable des maladies évitables par la vaccination. Il en résulte une réduction significative ou une élimination de la diphtérie, du tétanos, de la polio, de l'hépatite B, causés par *Hemophilus influenzae*.

Un état d'inoculation soutenu de la population >90,0% est suffisant pour obtenir une immunité collective permettant d'empêcher la propagation épidémique de la maladie. En 2018, le taux de vaccination était, selon les voïvodies, de 89,0% à 99,2% (contre la tuberculose de 96,3% à 99,2%, contre l'hépatite B de 95,8% à 99,1%). L'effet d'un programme de vaccination à long terme contre l'hépatite B est, entre autres, quelques dizaines de nouveaux cas d'hépatite B chez les enfants par an. Pour les effets de la vaccination antipneumococcique (obligatoire à partir de 2017), il faut attendre quelques années, mais la vaccination des enfants contre le pneumocoque au cours de la deuxième année de vaccination obligatoire était élevé et variait, selon les voïvodies, de 88,9% à 98,8%. Quant à la rubéole, après l'épidémie de 2013 (plus de 38.000 cas), qui s'est produite à la suite de la vaccination contre la rubéole uniquement chez les filles, en 2018, le nombre de vaccinations des enfants âgés de 3 ans variait de 89% à 98,2%, et le nombre de cas était de 437, avec une incidence de 1,1 pour 100.000 habitants. Le taux de vaccination contre la rougeole (vaccin combiné contre la rougeole et l'oreillon) en 2018 se situait entre 89% et 98,2%, ce qui indique une tendance à la baisse du pourcentage de personnes vaccinées par rapport aux années précédentes.

Dans le cas de la coqueluche, la situation est plus complexe, car malgré la poursuite de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (en 2018, le taux de vaccination était de 91,1% à 98,4%), le nombre de cas de coqueluche a augmenté ces dernières années, ce qui indique une circulation soutenue des bactéries dans l'environnement et la sensibilité continue de la population à l'infection. Cela est dû, entre autres, à des modifications génétiques de la bactérie et à un raccourcissement de la période d'immunité après la vaccination. Le succès du programme de vaccination contre la coqueluche est pratiquement l'élimination des décès néonataux dus à la maladie.

En 2018, le pourcentage de personnes vaccinées contre la diphtérie, la polio et le tétanos se situait entre 91,1% et 98,4%. Comme les années précédentes, en 2018, aucun cas de diphtérie, de polio et de tétanos n'a été enregistré chez les nouveau-nés. La situation épidémiologique

favorable est observée quant aux infections infantiles causées par *Haemophilus influenzae* - le nombre de cas est systématiquement en baisse, car un pourcentage élevé d'enfants vaccinés se situait entre 91,1% et 98,4% en 2018.

Questions supplémentaires

1/ Mesures prises pour assurer la protection contre la pollution de l'air, de l'eau. Niveau de pollution au cours des années couvertes par le rapport

Informations sur les activités liées à la qualité de l'air - réponse aux questions 1 et 2.

Emissions de polluants à l'air

Émissions de dioxyde de soufre

La principale source d'émissions de SO₂ est la combustion de combustibles pour des buts énergétiques, principalement du charbon dans des sources fixes, qui sont responsables de presque 100% des émissions de dioxyde de soufre. Les émissions de SO₂ provenant des processus de production sont associées au raffinage du pétrole, à la production de coke et d'acide sulfurique et représentent 3% des émissions.

Émissions de dioxyde de soufre, en mg

	2016	2017
Total	590.663,85	582.655,83
Procédés de combustion dans le secteur de la production et de la transformation de l'énergie	261.180,80	251.299,41
Procédés de combustion hors industrie	173.243,73	170.870,99
Procédés de combustion dans l'industrie	133.269,37	138.850,84
Processus de production	20.211,70	18.832,03
Extraction et distribution de combustibles fossiles	1.985,83	1.935,73
Utilisation de solvants et d'autres produits	-	-
Transport routier	471,46	545,60
Autres véhicules et équipements	151,25	183,01
Gestion des déchets	146,08	143,17
Agriculture	3,62	4,06
Autres sources d'émissions et d'élimination des polluants	-	-

Émissions d'oxydes d'azote

Émissions d'oxydes d'azote, en mg

	2016	2017
Total	742.167,86	803.661,44
Procédés de combustion dans le secteur de la production et de la transformation de l'énergie	178.266,40	168.902,54
Procédés de combustion hors industrie	87.682,24	85.722,66
Procédés de combustion dans l'industrie	70.844,20	73.353,98
Processus de production	24.914,22	25.591,86
Extraction et distribution de combustibles fossiles	1.392,66	1.357,52
Utilisation de solvants et d'autres produits	-	-
Transport routier	245.725,36	297.356,30
Autres véhicules et équipements	71.573,02	84.709,55
Gestion des déchets	2.302,40	2.209,12
Agriculture	59.467,37	64.457,91
Autres sources d'émissions et d'absorptions (y compris les feux de forêt)	33,01	23,18

Émissions de particules PM10

Émissions de particules PM10, mg

	2016	2017
Total	240.632,34	246.309,51
Procédés de combustion dans le secteur de la production et de la transformation de l'énergie	11.353,03	11.223,11

Procédés de combustion hors industrie	116.444,24	114.648,59
Procédés de combustion dans l'industrie	30.561,11	33.229,44
Processus de production	17.792,48	17.271,89
Extraction et distribution de combustibles fossiles	6.531,55	6.332,03
Utilisation de solvants et d'autres produits	-	-
Transport routier	16.089,86	19.198,37
Autres véhicules et équipements	9.609,50	11.459,98
Gestion des déchets	4.492,95	4.493,84
Agriculture	27.757,62	28.452,24
Autres sources d'émissions et d'élimination des polluants	181,54	127,52

Émissions de particules PM_{2,5}

La principale source d'émissions (47%) de particules PM_{2,5} fines est la combustion en dehors de l'industrie - combustion de charbon et de bois dans des ménages.

Émissions de particules PM_{2,5}, mg

	2016	2017
Total	141.874,79	147.281,23
Procédés de combustion dans le secteur de la production et de la transformation de l'énergie	6.126,75	6.027,68
Procédés de combustion hors industrie	69.546,89	68.503,20
Procédés de combustion dans l'industrie	28.521,64	31.019,68
Processus de production	7.410,06	7.093,82
Extraction et distribution de combustibles fossiles	653,16	633,20
Utilisation de solvants et d'autres produits	-	-
Transport routier	12.565,32	14.993,48
Autres véhicules et équipements	9.609,03	11.459,76
Gestion des déchets	4.383,07	4.391,10
Agriculture	3.058,88	3.159,32
Autres sources d'émissions et d'absorptions (y compris les feux de forêt)	155,13	108,97

Niveau de pollution de l'air

Dans le cadre de la surveillance de la qualité de l'air, l'Inspection de la protection de l'environnement a procédé à une évaluation annuelle de la qualité de l'air dans les 46 zones de Pologne en 2016, 2017 et 2018 (agglomérations de plus de 250.000 habitants, villes de plus de 100.000 habitants et autres parties des voïvodies). Les évaluations ont porté sur les éléments suivants: dioxyde de soufre (SO₂), dioxyde d'azote (NO₂), monoxyde de carbone (CO), benzène (C₆H₆), ozone (O₃), particules PM₁₀ et plomb (Pb), arsenic (As), cadmium (Cd), nickel (Ni) et benzo(a)pyrène (B(a)P) dans les particules PM₁₀ et PM_{2,5}. En 2018, 44 des 46 zones dépassaient les normes de qualité de l'air pour un ou plusieurs polluants.

Zones où les concentrations des différents polluants dans l'air ont dépassé les indicateurs

	SO ₂	NO ₂	PM10, concentrations de 24 heures	PM10, concentration moyenne annuelle	PM2,5	CO	C ₆ H ₆	O ₃	Pb dans PM10	As dans PM10	Cd dans PM10	Ni dans PM10	B(a)P dans PM10
2016	0	4	35	9	18	0	1	8	0	2	0	0	43
2017	1	4	34	10	19	0	0	6	0	3	0	0	43
2018	0	4	39	9	14	0	0	4	0	2	0	0	44

En 2018 dans des stations de mesure situées dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans les agglomérations de plus de 250.000 habitants, les concentrations annuelles moyennes de dioxyde d'azote variaient entre 5 et 61 µg/m³. Dans quatre zones, ces concentrations étaient supérieures à la limite de 40 µg/m³. Dans chaque cas, il s'agissait de stations de mesure dans des zones de circulation (stations le long des rues mesurant la pollution atmosphérique due au transport routier). Des dépassements ont été enregistrés par les stations de mesure situées dans les agglomérations suivantes: de Kraków, de Wrocław, de Górny Śląsk et de Warszawa.

Dans le cas des particules PM10, les concentrations annuelles moyennes de PM10 en 2018 variaient de 18 µg/m³ (agglomération de Trójmiasto) à 57 µg/m³ (agglomération de Kraków - similaire à 2016). Des concentrations élevées de particules PM10 ont également été observées dans des villes plus petites de la zone silésienne (55 µg/m³) et dans l'agglomération de Rybnik-Jastrzębie (51 µg/m³). Dans de nombreuses villes, le nombre de jours avec un excès quotidien de 50 µg/m³ était bien supérieur aux 35 jours autorisés par an. Le plus grand nombre de dépassements a été enregistré par la station de mesure située dans une zone de circulation à Kraków - 166 jours, et parmi les stations de mesure de fond urbain - à Rybnik (110 jours).

La concentration annuelle moyenne la plus élevée de particules PM2,5 s'est produite à la station de mesure située dans une zone de circulation à Kraków (39,4 µg/m³). Parmi les stations de mesure de fond urbaines, la concentration moyenne annuelle la plus élevée a été enregistrée à Godowo, dans la voïvodie śląskie (38,5 µg/m³). Sur ces deux sites, la concentration annuelle moyenne de particules PM2,5 a dépassé le niveau limite de plus de 50%.

Dans le cas des concentrations de benzo(a)pyrène, les valeurs moyennes annuelles les plus élevées en 2018 ont été enregistrées dans les voïvodies suivantes: małopolskie (18, 13 et 10 ng/m³), śląskie (13,9 et 8 ng/m³) et dolnośląskie (11 ng/m³). En 2017, la situation était similaire. Les résultats pour 2018 ne sont pas significativement différents de ceux obtenus en 2017 et les années précédentes.

Valeurs moyennes de concentration pour les différents polluants dans l'air

	SO ₂	NO ₂	PM10, concentrations de 24 heures	PM10, concentration moyenne annuelle	PM2,5	CO	C ₆ H ₆	O ₃	Pb dans PM10	As dans PM10	Cd dans PM10	Ni dans PM10	B(a)P dans PM10
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	mg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	ng/m ³	ng/m ³	ng/m ³	ng/m ³
2016	25,9	24,1	55	30,9	21,4	0,4	1,48	108	0,017	2,12	0,53	1,60	3,88
2017	37,1	23	58	32,1	22,1	0,5	1,35	102	0,014	1,75	0,39	1,70	4
2018	22,5	24,2	60	33,1	22,3	0,4	1,29	115	0,013	1,41	0,36	1,55	3,67

Il est du devoir du ministre chargé de la gestion de l'eau d'adopter et de mettre à jour, tous les 6 ans, les plans de gestion des eaux. Cette obligation résulte de la loi du 20 juillet 2017 – Droit de l'eau, qui a transposé la directive-cadre sur l'eau. Ces plans constituent la base pour la prise des décisions déterminant l'état des ressources en eau et les principes de leur gestion à l'avenir. En outre, elles servent à coordonner les actions visant à atteindre ou à maintenir au moins le bon état des eaux et des écosystèmes dépendant de l'eau, à améliorer des ressources en eau et à réduire la quantité de substances introduites dans les eaux ou les terres qui peuvent avoir un impact négatif sur l'eau.

Conformément à la directive-cadre sur l'eau, des programmes de mesures correctives sont élaborés pour parvenir à un bon état des eaux et ne pas détériorer la qualité des eaux de surface et souterraines. Les actions de base visent à satisfaire des exigences minimales, tandis que les actions supplémentaires visent à atteindre des objectifs environnementaux.

Les orientations générales des activités sont définies dans le Programme pour l'eau et l'environnement du pays. L'objectif du programme est de réduire les rejets d'eaux usées insuffisamment traitées. Chaque mesure prévue dans le programme se voit attribuer une unité responsable de sa mise en œuvre et un calendrier d'exécution. La mise en œuvre des mesures par les unités indiquées est obligatoire. Les mesures concernent principalement la gestion au niveau municipal - traitement des eaux urbaines résiduaires, organisation du système de gestion des eaux usées, régulation des débits hydriques et protection des écosystèmes dépendant des eaux (y compris la morphologie et le maintien de la continuité biologique des cours d'eau), contrôle, surveillance, activités organisationnelles, juridiques et éducatives. Les principales sources de financement des infrastructures sanitaires sont les ressources propres des communes, les fonds nationaux pour l'environnement et les fonds de l'UE.

Selon les informations sur la mise en œuvre du programme en 2016-2018, 25.000 actions ont été menées en ce qui concerne les eaux de toutes catégories et 131 actions au niveau national. En outre, dans le cadre du réexamen des plans de gestion de l'eau, le cas échéant, l'identification des incidences anthropiques importantes et l'évaluation de leur impact sur l'état des eaux de surface et souterraines, des listes d'émissions et de concentrations de substances prioritaires et d'autres substances polluantes pour lesquelles des normes de qualité environnementale ont été fixées sont établies ou mises à jour, selon le cas. Ces travaux sont actuellement réalisés par la Société nationale de gestion des eaux de Pologne (Wody Polskie) pour une nouvelle mise à jour des plans de gestion des bassins fluviaux pour 2022-2027.

La surveillance des eaux de surface est effectuée dans le cadre de la Surveillance Nationale de l'Environnement. La recherche sur la qualité des eaux de surface en ce qui concerne les éléments biologiques, physico-chimiques et chimiques relève de la responsabilité de l'Inspecteur général de la protection de l'environnement et est effectuée par l'Inspection de la protection de l'environnement. L'étendue et la méthode de recherche ainsi que les critères de classification et d'évaluation des eaux de surface appliqués en 2016-2018 ont été précisés dans le règlements du ministre de l'Environnement:

- du 19 juillet 2016 sur les formes et les méthodes de surveillance des eaux de surface et souterraines,
- du 21 juillet 2016 sur la classification de l'état de l'eau de surface et les normes de qualité environnementale pour les substances prioritaires.

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2017 – Droit de l'eau, le ministre de l'Économie maritime et de la navigation intérieure a publié de nouveaux règlements:

- du 9 octobre 2019 sur la forme et les modalités de surveillance de l'eau de surface et souterraine,
- du 11 octobre 2019 sur la classification de l'état écologique, du potentiel écologique et de l'état chimique ainsi qu'à la classification de l'eau de surface et aux normes de qualité environnementale pour les substances prioritaires.

Chacun des règlements successifs élargit le champ d'application des indicateurs de qualité de l'eau surveillés, conformément aux tendances de la politique de l'eau au niveau européen.

La classification des eaux en Pologne et dans l'UE est soumise au principe "un hors, tous hors", ce qui signifie que si un indicateur de l'état d'une masse d'eau de surface donnée est classé mauvais, l'évaluation globale de cette eau est considérée comme mauvaise, bien que les autres indicateurs puissent être bons. Selon le principe du "pire cas", une masse d'eau ne peut être définie comme bonne que si son état/potentiel écologique est au moins bon et son état chimique est bon. Dans le cas d'une masse d'eau dont l'état ou le potentiel est inférieur à bon, ou dont

l'état chimique est inférieur à bon, cette eau est évaluée comme étant en mauvais état, indépendamment de l'évaluation de l'autre composante.

Classification des eaux - les pourcentages indiquent quelle masse d'eau satisfait aux normes d'un bon ou d'un très bon état des eaux au cours d'une année donnée

Rivières et réservoirs bloqués - bon ou très bon état			
	État /potentiel écologique	État chimique	Évaluation de l'état général
2016	20%	49%	7%
2017	9%	10%	0,3%
2018	13%	13%	0,6%
Lacs - bon ou très bon état			
2016	36%	80%	31%
2017	33%	7%	13%
2018	20%	36%	23%
Eaux de transition et côtières - bon ou très bon état			
2016	0%	47%	0%
2017	0%	0%	0%
2018	0%	14%	0%

La grande majorité des masses d'eau de surface sont dans un état inférieur à bon. Toutefois, il faut garder à l'esprit que le temps de réponse des écosystèmes aquatiques aux activités menées dans le cadre, entre autres, des plans de gestion de l'eau, peut être de plusieurs années ou dizaines d'années.

2/ Mesures prises pour assurer la sécurité sanitaire des aliments

L'Inspection sanitaire nationale effectue des contrôles des denrées alimentaires d'origine non animale produites et commercialisées, importées de états non membres de l'Union européenne et de l'Accord de libre-échange européen (AELE) - parties à l'Accord sur l'Espace économique européen, exportées et réexportées vers ces états , ainsi que les produits d'origine animale dans le commerce de détail - conformément à la loi du 25 août 2006 sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, à la loi du 14 mars 1985 sur l'Inspection sanitaire nationale et à la législation communautaire pertinente sur le contrôle officiel des denrées alimentaires.

Les contrôles et les prélèvements d'échantillons pour les tests sont effectués conformément au règlement (CE) n° 625/2017 et aux procédures de contrôle définies dans les ordres de l'Inspecteur général sanitaire:

- PK/BŽ/01 "Procédure de contrôle officiel des denrées alimentaires et des matériaux et objets destinés à entrer en contact avec des denrées alimentaires",
- PK/NG/01 "Procédure de contrôle officiel du respect des exigences sanitaires par les denrées alimentaires et les matériaux et objets destinés à entrer en contact avec des denrées alimentaires soumis à un contrôle aux frontières",
- Procédure PP/BŽ/01 "Procédure d'échantillonnage pour les denrées alimentaires, les matériaux et objets destinés à entrer en contact avec des denrées alimentaires et les échantillons sanitaires".

Les produits nationaux, les produits en provenance du territoire de l'Union européenne et les produits des états tiers sont échantillonnés. Les échantillons sont prélevés dans le commerce de détail et de gros, dans l'industrie alimentaire et la restauration collective, et dans le cas de produits importés également à la frontière.

Le contrôle de la production et de la commercialisation des denrées alimentaires d'origine végétale et d'origine animale, de la commercialisation et de la production de matériaux et d'objets destinés à entrer en contact avec des denrées alimentaires est effectué conformément aux délais, types et gammes adoptés dans les programmes et calendriers de contrôle globaux et thématiques et dans chaque cas suspect ou la parution d'information concernant des carences mettant en danger la santé ou la vie humaine, comme le prévoit le règlement (UE) 2017/625 du Parlement européen et du Conseil du 15 mars 2017 sur les contrôles officiels et autres

opérations officielles effectuées pour garantir l'application de la législation sur les denrées alimentaires et les aliments pour animaux, la santé et le bien-être des animaux, la santé des végétaux et les produits phytopharmaceutiques et la procédure PK/HZ/01 "Contrôle officiel des denrées alimentaires et des matériaux et objets destinés à entrer en contact avec des denrées alimentaires".

Lors de la fixation des priorités de contrôle pour les stations sanitaires et épidémiologiques de voïvodie et des lignes directrices pour les stations sanitaires et épidémiologiques des powiats et des frontières, il est tenu compte des priorités de contrôle suivantes:

- les directives de l'Inspecteur général sanitaire concernant la planification et l'activité de l'Inspection sanitaire nationale pour l'année suivante,
- un plan d'échantillonnage pour le contrôle et le suivi par l'Inspection sanitaire nationale, élaboré par l'Inspecteur général sanitaire,
- la spécificité des objets surveillés dans la voïvodie donnée,
- les résultats des contrôles effectués au cours de la période précédente dans les installations de production alimentaire, les installations de restauration collective et les résultats des contrôles des matériaux et objets destinés à entrer en contact avec des denrées alimentaires,
- la nouvelle législation sur l'alimentation,
- les résultats des inspections effectuées par la division de contrôle de l'hygiène alimentaire du district et les stations sanitaires et épidémiologiques frontalières au cours de la période précédente, en ce qui concerne les denrées alimentaires, la nutrition et les matériaux et produits destinés à entrer en contact avec ces denrées

Chaque année, l'Inspection sanitaire nationale élabore un plan-cadre uniforme pour le prélèvement de denrées alimentaires à des fins d'analyse, en coopération avec les laboratoires de référence/unités coopérant avec l'Inspecteur général sanitaire. Le plan définit des orientations et des fourchettes de recherche, des groupes et des sous-groupes d'assortiment.

La première partie du plan fait référence aux orientations et aux champs de la recherche, avec une division en échantillons prévus pour être prélevés dans le cadre du contrôle et/ou de la surveillance officiels et en échantillons au-dessus du plan. Le nombre d'échantillons inclus dans le plan est un minimum obligatoire et dont 100% doit être réalisé. L'attribution de 25 à 30% du nombre d'échantillons au-dessus du plan est de la responsabilité de l'Inspecteur sanitaire de la voïvodie. Une telle réserve d'échantillons permet d'effectuer des tests en fonction des spécificités d'une région donnée ou des besoins actuels (mauvaise qualité sanitaire presumée et possibilité de risques sanitaires, en cas d'empoisonnement, de plaintes de consommateurs, dans le cadre de contrôles et d'échantillonnages dans des entités dont on a constaté le dépassement auparavant). La deuxième partie du plan d'échantillonnage consiste en des tableaux montrant la répartition des échantillons prévus entre les différentes voïvodies. Si un risque pour la santé ou la vie des consommateurs est identifié en rapport avec la mise sur le marché de produits ou lors d'essais non couverts par le plan pour une année donnée, le plan peut être modifié ou complété au cours de l'année civile.

Lorsqu'il est constaté que les limites maximales autorisées sont dépassées, des mesures sont prises pour éliminer le risque, dans le cadre du contrôle officiel et du système RASFF. Pour les polluants pour lesquels aucune limite n'a été fixée, les mesures sont prises en fonction de la nature du danger.

Conformément au règlement n° 396/2005 concernant les limites maximales de résidus de pesticides dans les denrées alimentaires et les aliments pour animaux d'origine végétale et animale, l'Inspection sanitaire nationale met en œuvre un programme pluriannuel de contrôle des résidus de pesticides.

Afin d'accroître l'efficacité des mesures visant à garantir la sécurité de la production alimentaire primaire d'origine végétale, l'Inspecteur général sanitaire, l'Inspecteur général de la protection des végétaux et des semences, l'Inspecteur général de la qualité agricole et alimentaire et

L'inspecteur général de la protection de l'environnement établissent chaque année un plan d'action pour la production alimentaire primaire d'origine végétale. La manière dont le plan est élaboré résulte de l'accord du 20 janvier 2015 sur la coopération entre l'Inspection sanitaire nationale, l'Inspection nationale de la protection des végétaux et des semences, l'Inspection de la qualité commerciale des articles agricoles et alimentaires et l'Inspection de la protection de l'environnement pour garantir la sécurité de la production alimentaire primaire d'origine végétale. L'accord définit la répartition des tâches des organismes participant à sa mise en œuvre (coordination, réalisation de contrôles, échantillonnage, émission de recommandations, suivi en cas de non-conformité, activités d'information et échange des résultats des inspections). Les dispositions pénales et les amendes sont prévues par la loi sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, qui est conforme à la législation européenne pertinente en matière de sécurité alimentaire.

3/ Effets des campagnes de réduction de la consommation de substances psychotropes

L'objectif principal est de réduire la consommation de substances psychoactives et psychotropes par les adolescents, en promouvant des attitudes de vie saine et des approches correctes aux substances psychoactives et en renforçant les normes contre leur consommation. Les connaissances sur les facteurs de protection et des risques liés à la consommation de substances psychoactives, l'affirmation de soi, la prise de décision, les autres moyens de répondre aux besoins de la vie, les risques liés à la consommation de substances psychoactives, l'aide d'urgence et spécialisée en cas de surdose ou de consommation problématique d'une substance, sont diffusés. Types d'activités dans le cadre de la campagne: jeu sur l'internet version mobile, base de connaissances, activités de milieu, promotion en ligne et hors ligne. Résultats sélectionnés de la campagne:

Site web de la campagne, 2018-2019

Vues	Sessions	Durée moyenne des sessions	Temps moyen passé sur le site	Temps total passé sur le site
108,492	74,157	58 s	2m 06s	1204h 40m

Publicité dans les médias en 2018 :

- publicité vidéo sur le Youtube diffusées plus de 650.000 fois et regardées 350.852 fois,
- émissions dans le réseau médiatique du Monster Media Groupe: 2.966.752 vues (portée¹ - 1.193.857),
- publicité sur le Facebook redirigeant vers le site web de la campagne – 1.002.120 pages vues (portée – 242.812),
- publicité sur Facebook redirigeant vers des articles: 1.008.139 vues (portée - 370.358),
- publicité push sur les téléphones portables dirigée vers des applications mobiles à proximité des restaurants McDonald's – 1.805.792 vues, cliquées 5.161 fois.
- publicité sur le Google redirigeant vers des articles destinés aux parents – 11.838.926 vues, 16.083 clics.

Publicité dans les médias en 2019 :

- publicités vidéo de la campagne ont été diffusées sur Youtube plus de 1,5 million de fois et regardées 1.060.731 fois,
- émissions dans le réseau médiatique du Monster Media Groupe: 2.199.896 vues (portée - 279.365),
- publicité push mobile destinée aux applications mobiles à proximité du restaurant McDonald's
- publicité sur le Facebook redirigeant vers le site web de la campagne – 833.147 vues (portée – 242.812) ,

¹ Portée - le nombre de personnes qui ont rencontré la campagne dans les médias au moins une fois pendant la campagne.

- publicité sur le Facebook redirigeant vers les articles 4.268.867 vues (portée - 876.671),
- publicité sur le Google redirigeant vers les articles sponsorisés par les parents affichée 8.275.000 fois (9.889 clics) et dans le système mobile 7.052.283 vues (12.148 clics).

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Article 12§1

Cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

et

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

En ce qui concerne l'organisation et le financement du système de sécurité sociale et de soins de santé, il n'y a pas eu de changement au cours de la période couverte par rapport à la période précédente.

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes

Recettes du Fonds de sécurité sociale, en millions de zł

	2016	2017	2018	2019
Cotisations ¹⁾	152.160,3	166.941,1	180.414,3	197.451,6
Subvention du budget de l'État ²⁾	44.847,8	40.978,7	35.822,7	38.925,0
Remboursement des cotisations aux fonds de pension ouverts	3.162,3	3.235,3	3.304,1	-
Paiements des fonds de pension ouverts ³⁾	3.513,7	6.148,2	8.008,9	6.925,6
Fonds du Fonds de réserve démographique résultant du transfert des actifs des fonds de pension ouverts et des intérêts sur ces actifs	718,0	718,0	-	-
Autres revenus ⁴⁾	279,2	276,9	262,8	292,3

¹⁾ y compris le montant des créances dérivées

²⁾ subvention destinée à couvrir, entre autres, les dépenses relatives aux prestations en espèces accordées sur un mode spécial par le Premier ministre et le président de l'Institut d'assurances sociales (ZUS), et subvention destinée à combler le déficit de fonds pour le paiement des prestations, entre autres, dû au fait de dépasser 30 fois la base de cotisation par les cotisants

³⁾ montant des fonds transférés accumulés sur le compte d'un membre du fonds de pension ouvert dans le cadre de la réforme des fonds de pension ouverts (loi du 6.12.2013 modifiant certaines lois en ce qui concerne la définition des règles de paiement des retraites à partir des fonds accumulés dans les fonds de pension ouverts)

⁴⁾ par exemple, les remboursements de prestations indûment perçues, les versements volontaires au Fonds sécurité sociale au titre des revenus d'activités soumises à l'obligation de sécurité sociale par un retraité ou un pensionné

Dépenses du Fonds sécurité sociale pour les prestations, en millions de zł

	2016	2017	2018	2019
Retraites et pensions	179.066,5	185.343,9	201.246,6	214.246,4
Allocations de sécurité sociale, y compris:				
allocations de maternité	7.745,3	7.863,6	8.263,2	8.479,2
allocations de soins	790,1	883,3	963,9	1.076,8
allocations de maladie	10.615,2	11.309,7	11.532,9	12.182,0
allocations funéraires	1.284,2	1.331,1	1.373,1	1.391,7
allocations compensatoires	0,6	0,6	0,6	0,5
Prestations de réadaptation	1.525,2	1.665,5	1.728,0	1.853,9
Dommages-intérêts uniques	306,0	318,8	323,1	328,0
Autres prestations	284,9	359,3	365,9	468,6

Nombre mensuel moyen de prestations versées par l'Institut d'assurances sociales

	2016	2017	2018	2019
Retraites	5.119,4	5.230,6	5.624,1	5.798,0
Pensions d'incapacité	933,9	875,7	779,5	726,4
Pensions de survie	1.259,4	1.251,9	1.238,1	1.227,9

Prestations familiales - nombre mensuel moyen de prestations, en milliers

	2016	2017	2018	2019
Allocations familiales	2.206,4	2.195,5	2.193,6	2.009,8
Suppléments aux allocations familiales, à titre de:				
- la naissance de l'enfant	13,3	13,1	12,8	10,6
- la garde de l'enfant durant le congé parental	53,3	59,8	55,3	49,3
- 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	100,4	99,3	96,3	90,0
- la formation et la réadaptation d'enfant handicapé	137,2	133,6	131,8	124,5
jusqu'à 5 ans	22,1	21,1	21,5	20,4
de plus de 5 ans	115,1	112,5	110,3	104,0
- la rentrée scolaire (prestation unique, valeur mensuelle moyenne)	165,0	188,7	199,0	191,3
- l'éducation en dehors de lieu de domicile	211,1	201,9	183,7	178,2
pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité où se trouve l'établissement scolaire	19,6	19,1	17,6	16,8
pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité où se trouve l'école	191,5	182,8	166,0	161,5
- l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse	339,9	334,2	332,5	319,3
Allocation de soins	916,8	912,4	911,3	923,8
Indemnité de soins	117,2	123,2	131,2	142,7
Prestation complémentaire à l'indemnité de soins	-	-	-	-
Allocation spéciale de soins	39,3	43,9	42,4	39,1
Allocation unique à la naissance (valeur mensuelle moyenne)	25,4	25,0	23,3	21,0

Prestation de garde de l'enfant - nombre mensuel moyen de prestations versées, en milliers

2016	2017	2018	I-VI 2019	VII-XII 2019
2.856,5	3.874,6	3.706,8	3.704,6	6.509,1

Bon départ - prestations versées, en milliers

2018	2019
4.408,2	4.499,8

Recettes et dépenses du Fonds du travail, en millions de zł

	2016	2017	2018	2019
Recettes	12.139,0	13.169,6	14.115,6	14.711,3
y compris:				
cotisations pour le Fonds du travail	10.588,1	11.202,4	12.579,2	12.964,8
recettes de l'UE (FSE)	1.290,6	1.668,1	1.145,9	1.151,9
Dépenses	11.052,5	10.931,9	7.827,2	6.381,2
y compris:				
allocations et prestations	4.727,7	4.214,0	1.852,4	3.166,3
total des formes actives	5.770,6	6.156,7	5.501,8	2.765,0
formes actives (sans mineurs)*	5.255,2	5.658,7	5.043,1	2.554,0
formation	153,9	145,4	107,5	95,8
travaux d'intervention	231,1	228,1	223,6	176,8
travaux publics	307,1	333,2	243,3	158,6
fonds pour la création d'une entreprise et l'équipement des postes de travail	1.360,9	1.318,8	1.105,6	935,4
activation des diplômés, stages	1.228,8	1.070,0	850,6	670,8
préparation professionnelle des adultes	4,2	2,7	1,6	1,0
remboursement des salaires des travailleurs mineurs **	248,0	246,0	234,7	0,0
autres formes actives	2.236,6	2.812,5	2.734,9	726,6
autres dépenses***	554,2	561,2	473,0	449,9

* dépenses relatives au remboursement des mineurs et des frais de scolarité des mineurs exclues

** en 2019 financé par le Fonds des prestations salariales garanties

*** entre autres les salaires et les cotisations de sécurité sociale du personnel des bureaux de placement, les dépenses d'investissement

Recettes et dépenses sélectionnées du Fonds national de la santé, en milliers de zł

	2016	2017	2018	2019
Total des recettes, y compris:	73.849.341,6	79.599.568,5	85.271.559,0	93.105.091
recettes provenant des contributions pour l'assurance maladie (année en cours et années précédentes)	70.237.516,9	74.583.130,4	80.877.775,2	88.397.059
subventions du budget de l'État	3.029.810,7	3.223.066,1	3.582.071,5	3.702.730
autres	582.014,0	1.793.372,0	811.712,3	1.005.302
Total des dépenses y compris:	73.970.130,0	79.655.722,4	84.804.503,9	94.077.656
soins de santé	72.941.121,8	78.772.587,5	83.793.007,6	93.004.437
administratives	631.813,2	658.126,7	684.525,4	764.459
autres	397.195,1	225.008,2	326.970,9	308.760

**Prestations versées par le Fonds de retraites et de pensions
du Fonds d'assurances sociales des agriculteurs**

	2016	2017	2018	2019
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	1.194.415	1.175.305	1.157.425	1.120.108 ^{b)}
Versements, en milliers de zł ^{c) d)}	15.407.080,0	15.421.622,9	15.585.773,3	17.154.246,1 ^{b) e)}
Retraites ^{d)}				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	934.271	918.433	914.389	883.405
Versements, en milliers de zł ^{c) d)}	12.136.101,8	12.089.733,7	12.329.849,2	13.522.515,0 ^{b) e)}
Rentes d'incapacité				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	215.502	212.415	199.694	194.056
Versements, en milliers de zł ^{c) d)}	2.683.982,0	2.700.453,8	2.614.560,3	2.907.461,5 ^{e)}
Pensions de survie				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	44.486	44.334	43.233	42.551
Versements, en milliers de zł ^{c) d)}	586.037,4	630.777,2	640.768,5	723.710,2 ^{e)}
GBRZ ^{e)}				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	156	123	109	96
Retraits, en milliers de zł ^{c) d)}	958,8	658,2	595,3	559,4

^{a)} moyenne mensuelle

^{b)} prestations parentales en espèces exclues

^{c)} paiements d'autres régimes d'assurance en cas de cumul des droits à pension de ces régimes avec les droits des fonds de retraites et pensions exclus

^{d)} y compris les paiements effectués en vertu de l'article 25, paragraphe 4, en liaison avec l'article 25, paragraphe 2a, de la loi sur la sécurité sociale des agriculteurs, mais sans aucune déduction non transférée

^{e)} y compris les prestations uniques en espèces

^{f)} y compris les retraites financées par le Fonds de retraites et de pensions, versées par le ministère de la Défense nationale, le ministère de l'Intérieur et de l'administration, le ministère de la Justice

^{g)} prestations agricoles à hauteur de 50% en raison du droit à des prestations salariales coïncidant avec des prestations étrangères

Retraites et pensions du Fonds d'assurances sociales des agriculteurs

	Total des retraites et pensions agricoles	Retraites agricoles ^{b)}	Pensions agricoles d'incapacité	Pensions de survie
2016	1.194.415	934.271	215.502	44.486
2017	1.175.305	918.433	212.415	44.334
2018	1.157.425	914.389	199.694	43.233
2019	1.120.108	883.405	194.056	42.551

^{a)} moyenne mensuelle

^{b)} y compris les retraites financées par le Fonds de retraites et de pensions, versées par le ministère de la Défense nationale, le ministère de l'Intérieur et de l'administration, le ministère de la Justice

Prestations du Fonds d'assurances sociales des agriculteurs

	2016	2017	2018	2019
Allocations maladie				
Jours d'allocations	36.662.166	34.130.468	30.567.569	27.077.569
Versements, en milliers de zł	366.622,8	341.305,3	305.673,9	270.775,3
Allocations de maternité*				
Prestations	28	6	-	-

Versements, en milliers de zł	94,5	20,6	-	-
Dommages-intérêts uniques suite à accident				
Prestations	13.934	13.621	12.312	10.571
Versements, en milliers de zł	69.236,5	66.407,0	69.221,9	63.429,7

* à partir du 1.1.2016, l'allocation de maternité est une prestation de l'assurance retraite et pension

Le Fonds a versé les prestations de maternité du Fonds de retraites et de pensions:

- 2016 – 184.659 prestations, 163.192,0 mille zł,
- 2017 – 212.328 prestations, 208.182,8 mille zł,
- 2018 – 208.711 prestations, 204.181,4 mille zł,
- 2019-192.127 prestations, 188.087,1 mille de zł.

Questions supplémentaires

1/Confirmation que l'évaluation de la couverture présentée par le Comité est correcte ou indication des corrections nécessaires

Dans les conclusions XX-2, à la page 19, il y a une erreur dans la phrase: « Le Comité a précédemment relevé (Conclusions XIX-2 (2009)) que le système de sécurité sociale polonais couvrait les branches de la sécurité sociale correspondant à la totalité des risques traditionnels : soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, famille, maternité, invalidité et survivant. » De même, dans la phrase « Au titre de leur activité professionnelle, les travailleurs salariés sont également couverts obligatoirement par **les assurances** maladie-maternité et **chômage** " - il n'y a pas d'assurance chômage en Pologne. Les allocations de chômage ne font pas partie du système de sécurité sociale.

2/ Nombre de personnes couvertes par des branches particulières d'assurance sociale, le rapport entre le nombre de personnes couvertes par l'assurance maladie et les prestations familiales et la population totale, le rapport entre le nombre de personnes couvertes par l'assurance maladie, maternité, chômage, retraite, pension - accidents du travail et maladies professionnelles et le nombre de personnes économiquement actives

Population, au 31 décembre 2019 - 38.382.576

Personnes travaillant dans l'économie nationale *, au 31 décembre, en milliers

2016	2017	2018
15.293,3	15.710,8	15.949,7

* y compris employés par des entités budgétaires opérant dans les domaines de la défense nationale et de la sécurité publique

Nombre mensuel moyen d'allocations familiales en 2019 - 2.009,8 mille.

Personnes assurées auprès de l'Institut de sécurité sociale*, au 31.12 d'une année donnée, en milliers

	assurance		
	retraite et pension	accidents	maladie
2016	15.109,6	14.535,6	13.579,1
2017	15.543,8	14.987,4	13.948,2
2018	15.847,6	15.321,5	14.214,8
2019	16.111,5	15.597,5	14.403,3

* sans les membres de la famille.

Personnes percevant une allocation de maternité versée par l'Institut de sécurité sociale, décembre d'une année donnée, en milliers

2016	278,1
2017	295,1
2018	289,1
2019	282,4

Personnes couvertes par l'assurance maladie générale obligatoire*)
au 31.12 d'une année donnée, en milliers

2016	2017	2018	2019
16.126,2	16.355,8	16.566,3	16.718,3

*) sans les retraités et les pensionnés, les bénéficiaires de prestations et de préretraite et les bénéficiaires de pensions sociales, les membres de la famille

Les informations sur le nombre de personnes qui contribuent au Fonds du travail ne sont pas disponibles.

Chômeurs inscrits, en milliers

2016	1.335,2
2017	1.081,7
2018	968,9
2019	866,4

3/ La loi prévoit-elle un délai initial raisonnable pendant lequel un chômeur peut refuser une offre d'emploi incompatible avec sa profession et ses qualifications, sans perdre son droit aux prestations ?

Les services de placement adressés aux chômeurs et aux employeurs sont fournis par un office de travail de powiat sur la base de la loi du 20 avril 2004 sur la promotion de l'emploi et les institutions du marché du travail.

Le statut d'un chômeur dépend, entre autres, de son aptitude et de sa disposition pour le travail. Le concept de "disposition pour travailler" signifie qu'une personne a l'intention, la volonté et la possibilité de travailler et, en même temps, qu'il n'y a pas d'obstacles raisonnables de la part de cette personne à travailler.

L'office de travail de powiat ne peut diriger le chômeur vers l'employeur que si l'emploi proposé répond au critère de "travail approprié", c'est-à-dire:

- un emploi ou un autre travail rémunéré, couverts par l'assurance sociale,
- le chômeur possède des qualifications ou une expérience professionnelle suffisantes pour exercer le travail ou il peut l'exercer après une formation ou une préparation professionnelle préalable,
- sa santé lui permet de l'exécuter,
- la durée du trajet aller-retour entre le domicile et le lieu de travail par le transport public ne dépasse pas 3 heures,
- pour ses prestations, il percevra un salaire mensuel brut d'au moins égal au salaire minimum pour un emploi en équivalents temps plein.

La conséquence du refus d'un chômeur d'accepter une offre d'emploi appropriée, sans raison justifiée, est la perte de son statut de chômeur, ce qui signifie la perte du droit à l'allocation chômage, si la personne y a droit.

Le refus d'accepter une offre d'emploi qui ne répond pas même à une seule des conditions d'un "travail approprié" ne peut pas résulter en des conséquences négatives pour les chômeurs.

4/ Montant de la retraite et de la pension d'incapacité totale, de la prestation complétant les retraites et les pensions

Voir la position sur le champ d'application matériel de l'article 12, paragraphe 1, ainsi que sur l'interprétation de cette disposition par le Comité d'experts indépendants, en réponse à la conclusion négative.

Conclusion négative

Le montant minimum de l'allocation de chômage est insuffisant

La Pologne maintient sa position sur le champ d'application matériel de l'article 12, paragraphe 1 et l'interprétation de cette disposition par le Comité d'experts indépendants, présentée dans le 16e rapport de la Pologne sur la mise en œuvre de la Charte sociale européenne, soumis en

2016. La Pologne rappelle que l'évaluation de l'adéquation des prestations ne peut être effectuée que dans le cadre de l'article 12, paragraphe 2, de la Charte, qui indique comme méthode d'évaluation des montants des prestations celle prévue par la convention n° 102 de l'OIT concernant les normes minimales de sécurité sociale. Il n'est pas acceptable d'adopter d'autres méthodes, car il n'y en a pas de base dans le texte de la Charte.

En marge de cette position, la Pologne soumet, pour la considération par le Comité, une évaluation de la méthode d'analyse des montants des allocations de chômage adopté par le CEI sur la base des critères que le Comité lui-même a choisis. Ces observations s'appliquent également, dans une large mesure, à l'analyse des montants d'autres prestations:

- Faire dépendre le montant d'une prestation individuelle, comme, par exemple d'une allocation chômage, du revenu de l'ensemble du ménage, auquel se réfère la notion de revenu équivalent, tout en s'appuyant sur des mesures relatives (c'est-à-dire le pourcentage médian), n'est pas possible, compte tenu de la conception des systèmes de protection sociale, et est également très difficile à mettre en œuvre.

- Remplacement du salaire ou remplacement du revenu

L'objectif initial et unique des allocations de chômage est de remplacer le salaire (revenu du travail) d'une personne donnée. En ce sens l'allocation répond au problème de la perte de revenus. C'est pourquoi, dans de nombreux états, son montant dépend du montant du salaire précédent, de sorte que l'évaluation de l'adéquation de la prestation doit être basée sur la comparaison avec le dernier salaire d'une personne donnée. Cette approche est soulignée dans les articles 65 et 66 de la convention n° 102 de l'OIT, à laquelle l'article 12 de la Charte renvoie au paragraphe 2. La Convention indique que la référence peut être faite au salaire du soutien de famille d'une personne donnée. Il n'y a donc aucune raison d'évaluer cette prestation en tenant compte du revenu total, non seulement du chômeur, mais aussi de l'ensemble du ménage.

- Adéquation de la prestation choisie et le système de protection sociale dans son ensemble
Les systèmes de protection sociale sont construits différemment dans les différents états. Il peut s'agir de diverses prestations en espèces, fondées sur un critère de revenu, ou de prestations à caractère plus universel, ou encore de prestations en nature, de services publics ou du système fiscal peuvent jouer un rôle important. La place attribuée aux allocations de chômage dans ces systèmes peut varier. Certains états font de ces prestations une partie du système d'assurance sociale, tandis que dans d'autres états, les allocations de chômage peuvent être des prestations d'assistance sociale. Ainsi, si le niveau des prestations est analysé par rapport au revenu des ménages, l'adéquation des allocations de chômage ne peut être évaluée indépendamment des autres prestations offertes par le système. La convention n° 102 de l'OIT fixe des exigences minimales pour les allocations de chômage, en tenant compte de cette approche, du moins en partie, puisqu'elle prend en compte le montant des prestations familiales.

Le Comité, dans ses conclusions sur la Pologne, le confirme, car il fait généralement référence aux prestations de sécurité sociale mais, pour des raisons obscures il considère que ce n'est que si une allocation de chômage représente entre 40 et 50% du revenu médian équivalent que d'autres prestations peuvent être prises en compte ("prestations complémentaires, y compris l'assistance sociale"), alors que si l'allocation est inférieure à 40%, il suppose que la prise en compte de ces prestations complémentaires ne sera pas suffisante.

- Mesures absolues ou mesures relatives

Faire un lien entre le montant des prestations et le seuil de pauvreté relative n'est pas possible. La pauvreté relative est une notion particulière - si la situation d'un groupe s'améliore, la situation des autres groupes se détériore automatiquement, même si elle n'a pas réellement changé. C'est l'une des raisons pour lesquelles les montants des prestations

sont généralement liées aux critères portant sur les revenus exprimés en termes absolus et pas relatifs. Comme le Comité le note dans ses conclusions (p. 20), la Convention 102 de l'OIT exige que les allocations de chômage représentent un pourcentage approprié des revenus, mais aussi qu'elles dépassent le minimum vital [« ...le niveau des prestations, lorsque celles-ci remplacent le salaire de manière temporaire ou permanente, doit toujours être raisonnablement en rapport avec le salaire en question et doit dans tous les cas être supérieur au minimum vital. »]

Si l'on prend en compte cette référence, en Pologne, au cours des années 2010-2015, l'allocation de chômage nette de base a régulièrement dépassé le minimum vital d'environ 1/3 (133%). En 2019, le ratio était de 121%. En septembre 2020, le montant de l'allocation de chômage a été considérablement augmenté, cette relation va donc s'améliorer encore.

Le fait de lier le montant des prestations au seuil de pauvreté relative crée des obstacles pratiques. Le revenu équivalent est le revenu net de l'ensemble du ménage, c'est-à-dire le revenu qui englobe toutes les prestations, y compris l'allocation chômage. Lier le montant de la prestation à la médiane du revenu équivalent résultera en ce que une augmentation des autres prestations, avec les autres facteurs inchangés, augmentera la médiane du revenu, et exercera donc une pression sur l'augmentation de l'allocation chômage. L'augmentation de l'allocation de chômage augmentera également, si les autres facteurs restent inchangés, le revenu médian, et nécessitera donc de nouvelles augmentations de cette allocation. En pratique, il serait donc très difficile d'obtenir et de maintenir le rapport souhaité entre le revenu médian équivalent et le montant de la prestation. Un tel système peut générer une importante pression fiscale. En prenant comme référence le revenu équivalent médian et le seuil de pauvreté relative, nous accepterions également que la prestation diminue au fur et à mesure que le revenu baisse, par exemple en période de ralentissement économique.

– Le lien avec le revenu médian et la pauvreté

Les chômeurs vivent dans des ménages variés - avec un nombre de membres et une composition qui varient. Même si l'on suppose que le montant de l'allocation doit être lié au seuil de pauvreté défini comme un pourcentage du revenu médian équivalent de l'ensemble de la société, si les autres facteurs restent inchangés il ne garantira pas au chômeur un moyen de sortir de la pauvreté. L'ampleur de la pauvreté est en relation avec toutes les sources de revenus, leur montant, ainsi que la taille du ménage et le nombre de personnes à charge. Dans ce contexte, il convient de tenir compte du fait que, selon la composition et la taille du ménage ainsi que les sources et le montant des autres revenus, les chômeurs vivant dans des ménages à plusieurs personnes peuvent ne pas être considérés comme pauvres avant même de recevoir l'allocation ou, au contraire, même après avoir reçu l'allocation, ils ne seront pas en mesure de sortir de la pauvreté.

L'augmentation des allocations ou d'autres prestations entraînera, avec une forte probabilité, une augmentation du revenu médian si les autres facteurs restent inchangés. En théorie, il peut se produire une situation dans laquelle, après l'augmentation de l'allocation ou d'une autre prestation, le revenu médian ne changera pas - l'effet final dépend du groupe de revenus à laquelle appartiennent les bénéficiaires, de la taille de ce groupe et de l'importance des différences de niveau de revenu entre eux et les autres personnes.

– Périodes de référence

Les données sur les revenus équivalents sont basées sur les données EU-SILC, qui ont un retard considérable. Les données de l'enquête de 2019 ont été publiées à la mi-2020 et concernent les revenus en 2018. Il n'est donc pas possible de compiler les dernières données disponibles, car cela signifie qu'on compare l'allocation versée en 2020 avec le revenu médian en 2018. Pour cette raison on peut questionner l'utilité de cette relation pour établir le niveau de prestations actuellement versées.

Article 12§2

1) Cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

et

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

ainsi que

3) Chiffres, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, en particulier la mesure dans laquelle les branches de sécurité sociale respectent les dispositions de la convention (n° 102) de l'Organisation internationale du travail concernant les normes minimales de sécurité sociale.

Le dernier rapport sur l'application de la Convention n° 102 concernant les normes minimales de sécurité sociale de 1952 a été présenté par la Pologne en 2016 et couvrait les années 2011-2016 (prochain rapport - 2022). La Commission d'experts a adressé une demande directe à la Pologne en 2019, publiée en 2020, disponible sur le site web de l'OIT www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:13100:0::NO:13100:P13100_COMMENT_ID:4002177, formellement non encore parvenue à la Pologne.

Informations sur les parties de la Convention non couvertes par la ratification de la convention n° 102 de l'OIT - le calcul a été effectué pour le 4e trimestre 2018, en tenant compte des règles applicables à l'époque et des montants.

Pour les calculs effectués en vertu de l'article 65 de la convention, on a retenu comme celui qui se rapproche le plus du salaire moyen de toutes les personnes protégées:

- le salaire mensuel moyen dans l'économie nationale moins la cotisation obligatoire versée par l'assuré,
- le salaire mensuel moyen dans l'économie nationale moins la cotisation obligatoire versée par l'assuré et l'impôt sur le revenu des personnes physiques - pour déterminer le droit aux allocations familiales.

Afin de déterminer les salaires des travailleurs non qualifiés aux fins de l'article 66, comme de tels travailleurs sont retenus les "travailleurs exécutant de simples travaux", c'est-à-dire les personnes définies dans la classification des professions et des spécialités comme effectuant "des tâches simples ou de routine qui nécessitent généralement l'utilisation d'outils à main et souvent un certain effort physique; de nombreuses professions de ce groupe sont accessoires par rapport aux professions nécessitant un niveau de qualification plus élevé". De ce groupe, un sous-groupe des ouvriers exécutant des travaux simples dans l'industrie a été sélectionné. Ces personnes effectuent, selon la définition, entre autres, le simple montage manuel de sous-ensembles ou le démontage de diverses machines et appareils ainsi que le tri des produits, le chargement, l'emballage, le transport à main, le transport.

Selon l'enquête de l'Office Central des Statistiques sur la structure des salaires par profession, le salaire brut moyen en octobre 2018 d'un ouvrier de sexe masculin à temps plein effectuant un travail simple dans l'industrie (travailleur non qualifié) était de 3567,97 zł. Comme il n'y a pas de données sur le salaire d'un tel salarié pour le quatrième trimestre 2018, et ce sans la cotisation de sécurité sociale payée par l'assuré, il a fallu procéder à une estimation appropriée.

Méthode d'estimation:

- la part du montant du salaire mensuel moyen moins la cotisation de sécurité sociale obligatoire payée par l'assuré au quatrième trimestre 2018 dans le montant de ce salaire brut a été déterminée - cette part était de 87,6% (4262,40 zł / 4863,74 zł),
- le salaire d'un ouvrier masculin non qualifié moins la cotisation de sécurité sociale obligatoire versée par l'assuré effectuant des travaux simples dans l'industrie

manufacturière, a été estimé comme le pourcentage calculé ci-dessus de son salaire brut moyen en octobre 2018 ($3567,97 \text{ zł} * 87,6\% = 3125,54 \text{ zł}$),

- le montant du salaire moins la cotisation de sécurité sociale obligatoire payée par l'assuré en novembre 2018 et du salaire brut en novembre 2018 a été estimé sur la base de l'augmentation du salaire mensuel moyen dans l'industrie manufacturière au cours de la période allant d'octobre 2018 à novembre 2018 ($4752,45 \text{ zł} / 4687,05 \text{ zł} = 101,4\%$),
 $Prnn = 3125,54 \text{ zł} * 101,4\% = 3169,30 \text{ zł}$,
 $Prnb = 3567,97 \text{ zł} * 101,4\% = 3617,92 \text{ zł}$,
- le montant du salaire moins la cotisation de sécurité sociale obligatoire payée par l'assuré en décembre 2018 et du salaire brut en décembre 2018 a été estimé sur la base de l'augmentation du salaire mensuel moyen dans l'industrie manufacturière au cours de la période allant de novembre 2018 à décembre 2018 ($\text{zł} 4833,98 / \text{zł} 4752,45 = 101,7\%$),
 $Prnn = 3169,30 \text{ zł} * 101,7\% = 3223,18 \text{ zł}$.
 $Prnb = 3617,92 \text{ zł} * 101,7\% = 3679,42 \text{ zł}$,
- le montant du salaire moins la cotisation de sécurité sociale obligatoire payée par l'assuré au quatrième trimestre 2018 et du salaire brut au quatrième trimestre 2018 a été estimé comme une moyenne des mois: octobre, novembre et décembre 2018.

$$\mathbf{Prn_{nIV2018} = (3125,54 \text{ zł} + 3169,30 \text{ zł} + 3223,18 \text{ zł}) : 3 = 3172,67 \text{ zł}}$$

$$\mathbf{Prn_{bIV2018} = (3567,97 \text{ zł} + 3617,92 \text{ zł} + 3679,42 \text{ zł}) : 3 = 3621,77 \text{ zł}}$$

Abréviations

- PW_b – salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale,
- PW_n – salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale moins la cotisation de sécurité sociale obligatoire payée par l'assuré,
- UZ_n - salaire précédent brut du bénéficiaire ou de son soutien de famille moins la cotisation de sécurité sociale obligatoire payée par l'assuré,
- KB – montant de base,
- A – total des prestations du bénéficiaire-type et des allocations familiales auxquelles il a droit lors de la réalisation du risque couvert par l'assurance,
- B – total du salaire précédent du bénéficiaire ou de son soutien de famille et des allocations familiales versées à une personne assurée ayant les mêmes responsabilités familiales que le bénéficiaire (ou, dans le cas de l'application de l'article 66 de la Convention – total du salaire 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 et d'accident,
- ZR – allocation familiale,
- Os – périodes de cotisation,
- Oh – périodes de stage hypothétique,
- PW – salaire mensuel moyen net dans l'économie nationale moins les cotisations de sécurité sociale obligatoires payées par l'assuré et moins l'impôt sur le revenu des particuliers,
- Prn – salaire moyen d'un ouvrier non qualifié,
- RIc – pension d'incapacité totale de travail,
- $RIcz$ – pension d'incapacité partielle de travail,
- RWc – pension d'incapacité totale de travail suite au accident,
- $RWcz$ – pension d'incapacité partielle de travail suite au accident,
- RRW – pension de survie au titre d'accident.

Hypothèses:

Quatrième trimestre de 2018:

- $PW_n = 4262,40 \text{ zł}$ (art. 65 de la convention),

- $PW_b = 4863,74 \text{ zł}$,
- $PW_{no2017} = 3042,16 \text{ zł}$ (pour la détermination du droit aux allocations familiales, le salaire de l'année civile précédente est retenu),
- $Prn_{nIV2018} = 3172,67 \text{ zł}$,
- $Prn_{bIV2018} = 3621,77 \text{ zł}$,
- $Prn_{no2017} = 2310,33 \text{ zł}^2$ (pour la détermination du droit aux allocations familiales, le salaire de l'année civile précédente est retenu),
- $KB = 3.731,13 \text{ zł}$,
- $UZ_n: 1,25 * 4262,40 \text{ zł} = 5328,00 \text{ zł}$,
- l'allocation familiale pour le premier et le deuxième enfant - 219 zł (95 zł + 124 zł), pour les calculs on a supposé que l'un des enfants est âgé de moins de 5 ans et l'autre a plus de 5 ans et moins de 18 ans (montant en vigueur du 1.11.2018),
- le plafond de revenu pour un membre de la famille donnant droit aux allocations familiales - 674 zł, en cas de dépassement du seuil de revenu, l'allocation familiale est réduite de la valeur de ce dépassement (en vigueur du 1.11.2018).

Allocations de chômage (partie IV de la convention)

Selon l'article 65, paragraphe 1, point c de la convention (bénéficiaire-type dont le salaire est égal à 125% du $PW_{n,n}$) – un homme ayant une épouse et deux enfants,

Pendant la période de travail - vérification du droit aux allocations familiales:

- nombre de personnes dans la famille – 4
- revenu par personne: $UZ_n/4 = (1,25 * PW_{no2017}): 4 = 1,25 * 3042,16 \text{ zł}: 4 = 950,68 \text{ zł}$

Le critère de revenu pour avoir droit à l'allocation n'est pas rempli (le dépassement du seuil de revenu est supérieur aux éventuelles allocations familiales pour enfants).

Pendant la période de versement de l'allocation de chômage:

Allocation de chômage de base: 847,80 zł (3 premiers mois de versement de la prestation, 665,70 zł - mois suivants), à partir du 1er juin 2018.

Selon la convention: $A: B \geq 45\%$

A: allocation de chômage: 847,80 zł, allocation familiale pour deux enfants: 219 zł = 1066,80 zł

B: UZ_n

$A: B = 1066,80 \text{ zł}: 5328,00 \text{ zł} = 0,2002 (20\%)$

Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (partie VI de la convention)

Suspension de prestations (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 - le droit aux prestations est suspendu si les revenus dépassent les limites fixées dans la loi du 17 décembre 1998 sur les retraites et les pensions du Fonds d'assurance sociale La convention ne permet pas cette possibilité.

1/ Allocation de maladie en cas d'accident

Selon l'article 65, paragraphe 1, point c de la convention (bénéficiaire-type, dont le salaire est égal à 125% du salaire moyen) – un homme ayant une épouse et deux enfants durant la période de travail

$UZ_n: 1,25 * 4262,40 \text{ zł} = 5328,00 \text{ zł}$

Vérification du droit à l'allocation familiale:

- nombre de personnes dans la famille – 4
- revenu par personne:
 $UZ_n/4 = (1,25 * PW_{no2017}): 4 = 1,25 * 3042,16 \text{ zł}: 4 = 950,68 \text{ zł}$

² Estimation de l'Institut d'assurances sociales

Le critère de revenu pour avoir droit à l'allocation n'est pas rempli (le dépassement du seuil de revenu est supérieur aux éventuelles allocations familiales pour enfants).

Vérification du droit à l'allocation familiale lors du versement de l'allocation maladie:

nombre de personnes – 4

ZCHW = UZ_n

A = ZCHW = 100% * UZ_n = 5328,00 zł

B = UZ_n = 5328,00 zł

Le bénéficiaire d'une allocation maladie la reçoit à concurrence de 100% de l'assiette.

2/ Pension d'incapacité totale de travail au titre de l'assurance-accidents

Vérification en ce qui concerne les pensions pour incapacité totale de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, sur la base de l'article 65:

Montant de la pension:

RW_c = 0,8 * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB = 3731,13 zł

Vérification du droit à l'allocation familiale au cours de la période de travail:

– nombre de personnes – 4

– revenu par personne:

UZ_n/4 = (1,25 * PW_{no2017}): 4 = 1,25 * 3042,16 zł: 4 = 950,68 zł

Le critère de revenu pour avoir droit aux allocations familiales n'est pas rempli (le dépassement du seuil de revenu est supérieur à celui des allocations familiales pour enfants).

En outre, lors de la détermination du droit aux allocations familiales pendant le versement d'une pension pour l'incapacité totale de travail (en supposant que le seuil de revenu pour les allocations familiales et le montant des allocations familiales restent inchangés), le revenu par personne sera supérieur au montant de toute allocation familiale et aucune allocation familiale ne sera versée.

Revenu du bénéficiaire d'une pension en cas d'incapacité totale de travail à la suite d'un accident :

RW_c: 4 = 3731,13 zł: 4 = 932,78

Le dépassement du seuil de revenu est supérieur au montant des éventuelles allocations familiales pour enfants:

932,78 zł - 674,00 zł = 258,78 zł)

Selon la convention A: B ≥ 50%

A = RW_c

B = UZ_n = 5328,00 zł

A: B = 3731,13 zł: 5328,00 zł = 0,700 (70%)

3/ Pension d'incapacité partielle à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle sur la base de l'article 65

Selon la convention A: B ≥ 50%

A = RW_{cz} = 0,6 * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB = 2798,35 zł

B = UZ_n = 5328,00 zł

A: B = 2798,35 zł: 5328,00 zł = 0,5252 (52%)

Lors de la détermination du droit aux allocations familiales pendant le versement de la pension pour cause d'incapacité partielle de travail (en supposant que le seuil de revenu pour les allocations familiales et le montant des allocations familiales ne changent pas) en raison du dépassement du critère de revenu, seule une partie des allocations familiales pour enfants, d'un montant de 193,41 zł, sera versée.

Revenu du bénéficiaire d'une pension au titre d'incapacité partielle de travail à la suite d'un accident:

RW_{cz}: 4 = 2798,35 zł: 4 = 699,59 zł

Le seuil de revenu est dépassé de:

699,59 zł - 674,00 zł = 25,59 zł

Montant des allocations familiales pour enfants:

219,00 zł – 25,59 zł = 193,41 zł

Selon la convention A: $B \geq 50\%$

$A = RW_{cz} + 193,41 \text{ zł} = 0,6 * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB + 193,41 = 2798,35 \text{ zł} + 193,41 \text{ zł} = 2991,76 \text{ zł}$

$B = UZ_n = 5328,00 \text{ zł}$

$A: B = 2991,76: 5328,00 \text{ zł} = 0,5615 (56\%)$

4/ Pension de survie suite à un accident (prestation de survivant)

Vérification de la pension de survie suite à un accident sur la base de l'article 65:

$RRW = 0,95 * \{0,8 * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB\} = 0,95 * 3731,13 \text{ zł} = 3544,57 \text{ zł}$

Détermination du droit à l'allocation familiale au cours de la période de travail:

– nombre de personnes – 4

– revenu par personne:

$UZ_n/4 = (1,25 * PW_{no2017}): 4 = 1,25 * 3042,16 \text{ zł}: 4 = 950,68 \text{ zł}$

Le critère de revenu pour avoir droit aux allocations familiales n'est pas rempli (le dépassement du seuil de revenu est supérieur à celui des allocations familiales pour enfants).

Détermination du droit à l'allocation familiale lors du versement de la pension:

– nombre de personnes - 3, mais le droit aux allocations familiales a été établi lorsque la personne après laquelle les allocations familiales pour accident ont été accordées était encore en vie, donc:

– revenu par personne:

$UZ_n: 4 = (1,25 * PW_{no2017}): 4 = 1,25 * 3042,16 \text{ zł}: 4 = 950,68 \text{ zł}$

Le critère de revenu pour avoir droit aux allocations familiales n'est pas rempli (le dépassement du seuil de revenu est supérieur à celui des allocations familiales pour enfants).

Selon la convention A: $B \geq 40\%$

$A = RRW$

$B = UZ_n = 5328,00 \text{ zł}$

$A: B = 3544,67 \text{ zł}: 5328,00 \text{ zł} = 0,665 (66\%)$

Pension d'incapacite de travail (partie IX de la convention)

Les pensions d'incapacité sont couvertes par des principes communs de suspension. La convention ne permet pas cette possibilité.

1/ Calcul de la pension d'incapacité totale conformément à l'article 65

$RIc = 0,24 * KB + (O_s * 0,013 + O_h^3 * 0,007) * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB$

$RIc = 0,24 * 3731,13 \text{ zł} + (15 * 0,013 + 5,9 * 0,007) * 1,25 * 3731,13 \text{ zł} = 1997,55 \text{ zł}$

Détermination du droit à l'allocation familiale au cours de la période de travail:

– nombre de personnes – 4

– revenu par personne:

$UZ_n: 4 = (1,25 * PW_{no2017}): 4 = 1,25 * 3042,16 \text{ zł}: 4 = 950,68 \text{ zł}$

Le critère de revenu pour avoir droit aux allocations familiales n'est pas rempli (le dépassement du seuil de revenu est supérieur à celui des allocations familiales pour enfants).

Vérification du droit à l'allocation familiale lors du versement de la pension:

Nombre de personnes – 4

Selon la convention A: $B \geq 40\%$

$A = RIc$

$B = UZ_n = 5328,00 \text{ zł}$

$A: B = 1997,55 \text{ zł}: 5328,00 \text{ zł} = 0,3749 (37\%)$

³ L'ancienneté hypothétique moyenne pour une personne ayant 15 ans d'ancienneté contributive et qui a bénéficié d'une pension d'incapacité totale en 2018 était de 5,9 ans

Lors de la vérification ultérieure du droit aux allocations familiales pour enfants (en supposant que le critère de revenu et le montant des allocations familiales ne changent pas) – le revenu à titre de la pension, par personne, est inférieur au seuil de revenu de 674 zł, alors

A: B = (1997,55 zł + 219 zł): 5328,00 zł = 0,4160 (41%).

Si le droit aux allocations familiales n'a pas été rétabli, la possibilité d'abaisser le seuil à 30% a été appliquée (article 57, paragraphe 3 de la convention) si une personne ayant accompli le stage de 5 ans a le droit à une pension pour l'incapacité totale de travail.

$$RIc = 0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh^4 * 0,007) * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB$$
$$RIc = 0,24 * 3731,13 \text{ zł} + (5 * 0,013 + 17,0 * 0,007) * 1,25 * 3731,13 \text{ zł} = 1753,63 \text{ zł}$$

Selon la convention A: B \geq 30%

A = RIc = 1753,63 zł

B = UZ_n = 5328,00 zł

A: B = 1753,63 zł: 5328,00 zł = 0,3291 (32%)

2/ Calcul de la pension d'incapacité partielle conformément à l'article 65

$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh^5 * 0,007) * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB\}$$
$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * 3731,13 \text{ zł} + (15 * 0,013 + 5,6 * 0,007) * 1,25 * 3731,13 \text{ zł}\} = 1490,82 \text{ zł}$$

Selon la convention A: B \geq 40%

A = RIcz

B = UZ_n = 5328,00 zł

A: B = 1490,82 zł: 5328,00 zł = 0,2798 (27%)

Lors de la vérification ultérieure du droit aux allocations familiales pour enfants (en supposant que le critère de revenu et le montant des allocations familiales restent inchangés) - le revenu à titre de la pension, par personne, est inférieur au seuil de revenu de 674 zł, soit

A: B = (1490,82 zł + 219 zł): 5328,00 zł = 0,3209 (32%)

La possibilité d'abaisser le seuil à 30% (article 57, paragraphe 3 de la convention) a été appliquée si une personne ayant accompli le stage de 5 ans a le droit à une pension pour l'incapacité partielle.

$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh^6 * 0,007) * (1,25 * PW_b: PW_b) * KB\}$$
$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * 3731,13 \text{ zł} + (5 * 0,013 + 16,6 * 0,007) * 1,25 * 3731,13 \text{ zł}\} = 1305,43 \text{ zł}$$

Selon la convention A: B \geq 30%

A = RIcz = 1305,43 zł

B = UZ_n = 5328,00 zł

A: B = 1305,43 zł: 5328,00 zł = 0,2450 (24%)

Lors de la détermination ultérieure du droit aux allocations familiales pour enfants (en supposant que le critère de revenu et le montant des allocations familiales ne changent pas) - le revenu au titre de la pension par personne est alors inférieur au seuil de revenu de 674 zł, soit:

A = RIcz + 2ZR = 1305,43 zł + 219 zł = 1524,43 zł

B = UZ_n = 5328,00 zł

A: B = 1524,43 zł: 5328,00 zł = 0,2861 (28%)

Les conditions pour la pension d'incapacité au titre de l'article 65 de la convention n° 102 ne sont pas remplies.

⁴ L'ancienneté hypothétique moyenne pour une personne ayant 5 ans d'ancienneté contributive et qui a bénéficié d'une pension d'invalidité totale en 2018 était de 17,0 ans

⁵ L'ancienneté hypothétique moyenne pour une personne ayant 15 ans d'ancienneté contributive et qui a bénéficié d'une pension d'invalidité partielle en 2018 était de 5,6 ans

⁶ L'ancienneté hypothétique moyenne pour une personne ayant 5 ans d'ancienneté contributive et qui a bénéficié d'une pension d'invalidité partielle en 2018 était de 16,6 ans

Il faut donc effectuer le calcul de la pension d'incapacité partielle conformément à l'article 66 (référence au travailleur non qualifié).

$$R_{Icz} = 0,75 * \{0,24 * KB + (15 * 0,013 + Oh * 0,007) * (Pr_{n_{bIV2018}} : PW_{bIV2018}) * KB\} = \\ 0,75 * \{0,24 * 3731,13 \text{ zł} + (15 * 0,013 + 5,6 * 0,007) * (3621,77 \text{ zł} : 4863,74 \text{ zł}) * 3731,13 \\ \text{ zł}\} = 1159,64 \text{ zł}$$

Détermination du droit à l'allocation familiale au cours de la période de travail:

$$Pr_{n_{no2017}} : 4 = 2310,33 \text{ zł} : 4 = 577,58 \text{ zł}$$

Le critère de revenu pour avoir droit aux allocations familiales est rempli.

Cette condition sera également remplie lors d'une vérification ultérieure du droit aux prestations familiales, pendant le versement de la pension d'incapacité partielle de travail (en supposant que le critère de revenu et le montant des allocations familiales restent inchangés).

Selon la convention A: $B \geq 40\%$

$$A = R_{Icz} + 2ZR \text{ (pour enfants)} = 1159,64 \text{ zł} + 219 \text{ zł} = 1378,64 \text{ zł}$$

$$B = UZ_{n_{IV2018}} + 2ZR \text{ (pour enfants)} = Pr_{n_{IV2018}} + 2ZR \text{ (pour enfants)} = 3172,67 \text{ zł} + 219 \text{ zł} = \\ 3391,67 \text{ zł}$$

$$\frac{A}{B} = \frac{1378,64 \text{ zł}}{3391,67 \text{ zł}} = 0,4065 \text{ (40\%).}$$

L'application des critères de l'article 66 a permis de satisfaire aux exigences de la convention en ce qui concerne les pensions d'incapacité partielle.

Article 12§3

1) Cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

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

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur l'amélioration du système de sécurité sociale, ainsi que sur les éventuelles mesures visant à le restreindre

Au cours de la période de référence, le soutien aux familles a été étendu.

Par la loi du 24 avril 2014 modifiant la loi sur les prestations familiales, le 1er janvier 2016 la prestation pour les soins a été augmentée de 1.200 à 1.300 zł par mois (ce qui correspond au montant du salaire net le plus bas).

Depuis le 1er janvier 2017, l'allocation pour les soins est valorisée chaque année en fonction d'augmentation de la rémunération minimale pour le travail (de même pourcentage). En 2017, la prestation pour les soins était de 1.406 zł, à partir du 1er janvier 2018 – 1.477 zł, à partir du 1er janvier 2019 – 1.583 zł, à partir du 1er janvier 2020 - 1.830 zł.

Le critère de revenu donnant droit aux allocations familiales et les montants des allocations familiales et des suppléments aux allocations familiales a été révisé (règlement du Conseil des Ministres du 7 août 2015 sur le montant des revenus familiaux ou des revenus d'une personne suivant l'éducation donnant droit aux allocations familiales et allocations spéciales de soins, et le montant des prestations familiales et le montant de l'allocation pour soignant). Le 1er novembre 2015, le critère de revenu pour les prestations familiales a été relevé à 674 zł (augmentation de 100 zł) et à 764 zł (augmentation de 100 zł) dans le cas d'une famille avec un enfant handicapé et pour une personne demandant une allocation spéciale de soins.

Allocations familiales à partir du 1er novembre 2015:

- 89 zł par enfant de 0 à 5 ans (augmentation de 12 zł),
- 118 zł par enfant âgé de 6 à 18 ans (augmentation de 12 zł),
- 129 zł par enfant de 19 à 23 ans (augmentation de 14 zł).

Les allocations familiales à partir du 1er novembre 2016:

- 95 zł par enfant de 0 à 5 ans (augmentation de 6 zł),

- 124 zł par enfant âgé de 6 à 18 ans (augmentation de 6 zł),
- 135 zł par enfant de 19 à 23 ans (augmentation de 6 zł),

En ce qui concerne les autres prestations familiales, dont le montant est soumis à la vérification, a été augmenté;

- le 1er novembre 2015:
 - le montant du supplément à titre de la formation et de la réadaptation d'enfant handicapé:
 - jusqu'à l'âge de 5 ans - jusqu'à 80 zł (augmentation de 20 zł),
 - de plus de 5 ans - jusqu'à 100 zł (augmentation de 20 zł),
 - le montant du supplément à titre de l'éducation en dehors de lieu de domicile:
 - pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité où se trouve l'établissement scolaire - jusqu'à 105 zł (augmentation de 15 zł),
 - pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité où se trouve l'école - jusqu'à 63 zł (augmentation de 13 zł),
 - le montant du supplément à titre de la garde de l'enfant dans une famille nombreuse - jusqu'à 90 zł (augmentation de 10 zł),
 - le montant du supplément à titre de la garde de l'enfant par un parent seul - jusqu'à 185 zł, 370 zł/265 zł au maximum, 530 zł au maximum (augmentation de 15 zł), (265 zł dans le cas d'un enfant ayant un certificat d'invalidité ou un certificat d'incapacité avec un degré de handicap grave),
- le 1er novembre 2016:
 - le montant du supplément à titre de la formation et de la réadaptation d'enfant handicapé:
 - jusqu'à l'âge de 5 ans - jusqu'à 90 zł (augmentation de 10 zł),
 - de plus de 5 ans - jusqu'à 110 zł (augmentation de 10 zł),
 - le montant du supplément à titre de l'éducation en dehors de lieu de domicile:
 - pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité où se trouve l'établissement scolaire - jusqu'à 113 zł (augmentation de 8 zł),
 - pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité où se trouve l'école - jusqu'à 69 zł (augmentation de 6 zł),
 - le montant du supplément à titre de la garde de l'enfant dans une famille nombreuse - jusqu'à 95 zł (augmentation de 5 zł),
 - le montant du supplément à titre de la garde de l'enfant par un parent seul - jusqu'à 193 zł, 386 zł/273 zł au maximum, 546 zł au maximum (augmentation de 8 zł), (273 zł dans le cas d'un enfant ayant un certificat d'invalidité ou un certificat d'incapacité avec un degré de handicap important).

La loi du 24 juillet 2015 modifiant la loi sur les prestations familiales et certaines autres lois a introduit une nouvelle prestation au système des prestations familiales: prestation parentale. Elle est accordée aux personnes qui ont donné naissance à un enfant mais qui ne perçoivent pas d'allocation de maternité ou de prestation de maternité. Les personnes ayant droit à cette prestation sont, entre autres, les chômeurs (indépendamment de leur inscription à l'agence pour l'emploi), les étudiants ainsi que ceux qui travaillent sous contrat de droit civil. Les personnes employées ou exerçant une activité commerciale non agricole, si elles ne bénéficient pas d'une allocation de maternité, peuvent également bénéficier d'une prestation parentale.

La prestation parentale est accordée pendant 52 semaines après la naissance d'un enfant, à raison de 1.000 zł par mois, et en cas de naissances multiples, la période de versement peut être portée à 71 semaines. La prestation parentale est accordée quels que soient les revenus.

La loi du 15 mai 2015 modifiant la loi sur les prestations familiales a introduit une nouvelle méthode de détermination du montant des allocations familiales et des suppléments, le mécanisme dit "un złoty pour un złoty" - le dépassement du seuil de revenu pour les prestations

familiales par la famille qui demande les allocations familiales (y compris les suppléments) ne signifie pas que la famille est exclue du système de prestations familiales - la famille recevra des prestations réduites du montant du dépassement du critère de revenu.

En vertu de la loi du 20 mai 2016 modifiant la loi sur les prestations familiales et la loi sur l'établissement et le paiement des allocations aux soignants on a introduit la possibilité de se voir versée la prestation pour soignant à titre de prendre soin d'une personne handicapée par plus d'un soignant dans les familles où plus d'une personne handicapée est soignée. S'il y a, par exemple, deux enfants handicapés dans une famille, chacun des parents peut recevoir une prestation pour soignant à titre de cessation de l'activité professionnelle due à la nécessité de s'occuper d'un enfant handicapé.

La loi du 11 février 2016 sur l'aide de l'État à l'éducation des enfants, le programme "Famille 500+" a été introduit. Le programme est la forme de base du soutien aux familles qui élèvent des enfants. La prestation de garde de l'enfant est accordée aux parents, au tuteur légal ou au tuteur effectif d'un enfant (c'est-à-dire à la personne qui s'occupe effectivement de l'enfant, si elle a demandé l'adoption de l'enfant au tribunal des tutelles), pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. La prestation de garde de l'enfant accordée en vertu de la loi est d'un montant de 500 zł par mois et par enfant de la famille. Jusqu'au 30 juin 2019, la prestation pour le deuxième enfant et pour chaque enfant suivant était due aux familles, quels que soient leurs revenus. La prestation était due pour le premier enfant (le seul ou le plus âgé de la famille jusqu'à l'âge de 18 ans) si le revenu familial mensuel moyen par personne ne dépassait pas 800 zł ou 1.200 zł pour les familles avec un enfant handicapé.

La loi du 26 avril 2019 modifiant la loi sur l'aide de l'État à l'éducation des enfants et certaines autres lois a inclus tous les enfants jusqu'à 18 ans, sans critère de revenu, dans le programme "Famille 500+". Ainsi, à partir du 1er juillet 2019, la prestation de garde de l'enfant est universelle et est payable quel que soit le revenu familial.

Le règlement du Conseil des Ministres du 30 mai 2018 sur les conditions détaillées de mise en œuvre du programme "Bon départ" a introduit le programme "Bon départ". Sur la base de ce programme, les enfants âgés de 7 à 20 ans (dans le cas des enfants handicapés jusqu'à 24 ans) se voient accorder une prestation d'un montant de 300 zł par enfant à la fois, au début de l'année scolaire. La prestation de bon départ est versée quel que soit le revenu de la famille.

Par la loi du 6 décembre 2018 modifiant certaines lois afin d'améliorer l'efficacité de l'exécution des prestations alimentaires, le critère de revenu pour avoir droit aux prestations du fonds alimentaire a été relevé de 725 zł net par mois à 800 zł.

Modifications de la loi du 17 décembre 1998 sur les pensions de retraite et d'invalidité du Fonds d'assurances sociales:

- modification du 2 décembre 2016: augmentation de la pension de retraite minimale à 1.000 zł, valorisation des prestations selon la règle du quota et du pourcentage - prestations augmentées d'au moins 10 zł,
- amendement du 14 décembre 2018: augmentation de la pension de retraite minimale à 1.100 zł, valorisation des prestations selon la règle du quota et du pourcentage - augmentation des prestations les plus basses d'au moins 70 zł.

Grâce aux modifications du montant de la pension de retraite minimale et aux changements apportés au mécanisme de valorisation, la pension de retraite minimale a augmenté de 25% depuis 2016.

En application de la loi du 15 janvier 2016 sur l'octroi d'un supplément en espèces unique à certains retraités, pensionnés et personnes bénéficiant de prestations de préretraite,

d'allocations de préretraite, de pensions de transition ou de prestations compensatoires d'enseignant, un supplément unique a été versée en 2016:

- de 400 zł - si la prestation ou le total des prestations dues à l'ayant droit n'a pas dépassé 900 zł,
- de 300 zł - si la prestation ou le total des prestations était supérieur à 900 zł, mais n'a pas dépassé 1.100 zł,
- de 200 zł - si la prestation ou le total des prestations était supérieur à 1.100 zł, mais n'a pas dépassé 1500 zł,
- de 50 zł - si la prestation ou le total des prestations était supérieur à 1.500 zł, mais n'a pas dépassé 2.000 zł.

En vertu de la loi du 4 avril 2019 sur la prestation unique en espèces pour les retraités et les pensionnés, la mise en œuvre du programme Pension de retraite+ a débuté en 2019 – c'est à dire le versement d'une prestation unique supplémentaire à chaque personne percevant une pension de retraite ou autre pension, quel que soit son montant. Le programme couvrait les retraités et les pensionnés du système d'assurance générale, les retraités et pensionnés du système agricole, les retraités des services en uniforme, les personnes recevant une pension de transition, les prestations compensatoires d'enseignants, les allocations et prestations de préretraite, les pensions sociales et de survie. En 2019, 9,74 millions de personnes ont reçu cette prestation (6,7 millions de retraités, 2,62 millions de pensionnés, 282.000 bénéficiaires de pensions sociales).

Par la loi du 31 janvier 2019 sur la prestation parentale complémentaire, le programme Maman 4+ a été lancé. La prestation parentale complémentaire est accordée aux personnes qui, pour élever des enfants dans une famille nombreuse, n'ont jamais travaillé ou ont arrêté de travailler et qui, pour cette raison, n'ont pas acquis le droit à une retraite ou n'ont pas droit à une pension de retraite de montant le plus bas. Dans le cas d'une personne qui n'a droit à aucune prestation, le montant de la prestation parentale complémentaire correspond à la pension de retraite la plus basse. Si le bénéficiaire reçoit déjà une pension de retraite mais elle est inférieure à la retraite la plus basse, celle-ci est complétée à hauteur de la retraite la plus basse. En 2019, 52,5 milliers de prestations ont été accordées au titre du régime général et 927 au titre du régime agricole.

La loi du 31 janvier 2019 sur la prestation parentale complémentaire prévoit que les bénéficiaires d'une prestation parentale complémentaire peuvent, sur demande, être soumis à l'assurance vieillesse et invalidité jusqu'à ce qu'ils aient une période de 25 ans d'assurance vieillesse et invalidité.

Les allocations de chômage sont valorisées chaque année, le 1er juin, en fonction de l'indice annuel moyen des prix à la consommation de l'année précédente. Au cours de la période de référence, l'allocation de chômage était la suivante:

- à partir du 1er juin 2016 - 831,10 zł - pour les 90 premiers jours de droit à l'allocation, 652,60 zł - pour les jours suivants de droit à l'allocation,
- à partir du 1er juin 2017 - 831,10 zł et 652,60 zł respectivement,
- à partir du 1er juin 2018 - 847,80 zł et 665,70 zł respectivement,
- à partir du 1er juin 2019 - 861,40 zł et 676,40 zł respectivement.

En vertu de la loi du 16 octobre 2016 modifiant la loi sur la promotion de l'emploi et les institutions du marché du travail et la loi sur les prestations de préretraite:

- le Fonds du travail finance les allocations de chômage et les prestations de préretraite pour les personnes qui ont perdu le droit aux prestations de soins et aux allocations de soins après le décès d'une personne handicapée dont elles s'occupaient,
- la période donnant droit à l'allocation comprend les périodes de perception d'une prestation pour les soins ou d'une allocation spéciale pour les soins, basée sur dispositions concernant les prestations familiales, ou d'une allocation pour soignant, basée sur les dispositions sur

la détermination et le paiement des allocations pour soignants si la perte du droit à ces versements a été causée par le décès de la personne soignée.

La loi du 7 avril 2017 modifiant la loi sur le rapatriement et certaines autres lois prévoit que les personnes ayant acquis la citoyenneté polonaise suite au rapatriement ont droit aux soins de santé financés par des fonds publics, conformément aux règles énoncées dans la loi du 27 août 2004 sur les soins de santé financés par des fonds publics et dans l'étendue qui y est précisée, pendant 90 jours après avoir franchi la frontière de la République de Pologne. Les coûts des soins de santé sont couverts par le budget de l'État sur la partie qui est administrée par le ministre chargé des affaires intérieures.

La loi du 13 avril 2018 modifiant la loi du 20 décembre 1990 sur l'assurance sociale des agriculteurs a étendu le champ d'application de l'assurance sociale des agriculteurs aux aidants d'agriculteurs qui fournissent l'aide aux agriculteurs sur la base d'un accord sur l'aide à la récolte. L'aidant est soumis à l'assurance accident, maladie et maternité dans une mesure limitée. La loi a également introduit un amendement à la loi sur les soins de santé financés par des fonds publics – l'aidant d'agriculteur est soumis à l'assurance maladie.

Questions supplémentaires

1/ Données statistiques sur l'impact du raccourcissement de la durée de versement des allocations de chômage (de 18 à 12 mois, à partir de 2010)

Les conclusions du CEI sur le précédent rapport de la Pologne n'indiquent pas de quel type d'impact il s'agit. Par conséquent, des données sur l'évolution du nombre de personnes ayant droit à des allocations et, à titre de comparaison, le taux de chômage enregistré sont présentées - ces données indiquent que le raccourcissement de la période de versement des allocations n'a pas eu d'incidence réelle sur le nombre de personnes ayant droit à des allocations.

	Part des personnes ayant droit à des allocations de chômage dans le total de chômeurs inscrits, %	Taux de chômage enregistré
	à la fin de	
2010	16,7	12,4
2011	16,5	12,5
2012	16,8	13,4
2013	13,8	13,4
2014	13,3	11,4
2015	13,9	9,7
2016	14,0	8,2
2017	14,8	6,6
2018	15,8	5,8
2019	16,4	5,2

2/ Raisons pour lesquelles la valorisation des allocations de chômage a été légèrement inférieure (+15%) à l'ajustement des pensions de retraite et d'autres pensions (+20%).

En vertu de la loi sur la promotion de l'emploi et les institutions du marché du travail, les allocations sont soumises à la valorisation au 1er juin de chaque année en fonction de l'indice annuel moyen des prix à la consommation de l'année précédente. Les allocations ne sont pas ajustées si le niveau annuel moyen du prix total des biens et services de consommation n'a pas changé ou a diminué. Sur la base de cette disposition, les allocations de chômage ont été valorisées le 1er juin 2019 en fonction du taux de croissance annuel moyen du total des prix à la consommation en 2018, par rapport à 2017, qui était de 101,6%. Ainsi, le montant de la prestation est passé de 847,80 zł à 861,40 zł.

Conformément à la loi sur les pensions de retraite et d'invalidité du Fonds des assurances sociales, les pensions sont valorisées sur le taux de valorisation établi comme l'indice annuel moyen des prix des biens et services à la consommation de l'année civile précédente, augmenté d'au moins 20% de l'augmentation réelle du salaire moyen de l'année civile précédente

Le taux de valorisation en 2019 était de 102,86%, cependant, en raison de l'adoption de la règle de valorisation en pourcentage et en quotas, l'augmentation ne pouvait pas être inférieure à 102,86%: 70 zł - dans le cas des retraites, des pensions de transition, des prestations compensatoires d'enseignant, des pensions d'incapacité totale de travail et des pensions de survie, 52,50 zł - dans le cas des pensions d'incapacité partielle, 35 zł - dans le cas des pensions de retraites partielles.

Article 12§4

1) Cadre juridique général, en particulier, la liste des accords bilatéraux et multilatéraux ou tous autres moyens, tels que mesures unilatérales, textes de loi proposés ou adoptés, ou encore mesures administratives, en indiquant comment ils autorisent, pour les différentes prestations sociales, la mise en œuvre des principes énoncés aux paragraphes a) et b).

ainsi que

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

La Pologne a conclu un accord bilatéral de sécurité sociale avec la Turquie. L'accord a été signé le 17 octobre 2017 et ratifié par la Pologne le 4 octobre 2018. L'accord n'est pas encore entré en vigueur en raison de l'absence de ratification par la Turquie.

En même temps que l'accord de sécurité sociale polono-turc, le 17 octobre 2017, un arrangement administratif sur l'application de l'accord entre la République de Pologne et la République de Turquie sur la sécurité sociale a été signé. L'arrangement entrera en vigueur en même temps que l'accord.

Informations non fournies dans les rapports précédents: en ce qui concerne la fourniture de soins de santé, le protocole de coopération entre le ministère de la Santé et de la protection sociale et le ministère de la Santé et de l'industrie médicale de la Fédération de Russie dans le domaine de la protection de la santé et des sciences médicales du 18 février 1995 prévoit que les parties fournissent des soins de santé gratuits aux ressortissants d'une partie séjournant temporairement dans l'autre partie en cas de maladie subite et d'accident jusqu'à ce que l'état du patient permette son transport vers l'état.

3) Données chiffrées ou toutes autres informations pertinentes. S'il y a lieu, les éventuelles conditions de durée de résidence.

Paiement des prestations de l'assurance vieillesse, de survie et de l'assurance accidents transférées par l'Institut d'assurances sociales à l'étranger en vertu des règlements communautaires et des accords bilatéraux, zł

2016	
Retraites et pensions, total	1.310.779.550,09
dont:	
Retraites	1.091.423.835,91
Pensions d'incapacité (hors accidents)	78.646.053,75
Pensions de survie (hors accidents)	129.719.251,85
Pensions d'incapacité (accidents)	9.401.424,68
Pensions de survie (accidents)	1.588.983,90
Allocations et prestations de préretraite	56.654,18
2017	
Retraites et pensions, total	1.810.037.766,59

dont:	
Retraites	1.485.897.711,23
Pensions d'incapacité (hors accidents)	117.428.671,69
Pensions de survie (hors accidents)	191.246.315,93
Pensions d'incapacité (accidents)	13.160.201,61
Pensions de survie (accidents)	2.304.866,13
Allocations et prestations de préretraite	61.132,77
2018	
Retraites et pensions, total	2.557.376.261,92
dont:	
Retraites	2.138.758.002,86
Pensions d'incapacité (hors accidents)	140.543.752,66
Pensions de survie (hors accidents)	257.674.377,44
Pensions d'incapacité (accidents)	17.636.225,29
Pensions de survie (accidents)	2.763.903,67
Allocations et prestations de préretraite	16.949,90
2019	
Retraites et pensions, total	3.305.884.215,59
dont:	
Retraites	2.778.808.563,04
Pensions d'incapacité (hors accidents)	171.375.791,77
Pensions de survie (hors accidents)	329.895.050,06
Pensions d'incapacité (accidents)	22.100.290,54
Pensions de survie (accidents)	3.704.520,18
Allocations et prestations de préretraite	16.904,85

Les étrangers assurés auprès du Fonds d'assurance sociale agricole

	Assurés, au 31 décembre 2019 *	Qui ont acquis des droits aux retraites et pensions en 2016-2019
Albanie	3	0
Arménie	4	5
Bosnie-Herzégovine	1	0
Géorgie	2	1
Kazakhstan	1	0
Moldavie	7	0
Mongolie	3	0
Russie	22	0
Serbie et Monténégro	1	0
Ukraine	1.171	55

* agriculteurs/conjoints, membres du ménage, aides aux agriculteurs fournissant l'aide à la récolte, personnes ayant droit à des prestations pour les soins aux handicapés.

Prestations de l'assurance vieillesse, pensions et pensions au titre d'assurance accidents transférées par le Fonds d'assurance sociale agricole à l'étranger en vertu des règlements communautaires et des accords bilatéraux, zł

2016	
Retraites et pensions, total, dont :	2.099.046
Retraites	1.700.989
Pensions d'incapacité (hors accidents)	202.329
Pensions de survie	193.908 (total, y compris accidents)
Pensions d'incapacité (accidents)	1.820
2017	
Retraites et pensions, total, dont :	2.192.132
Retraites	1.775.793
Pensions d'incapacité (hors accidents)	206.494
Pensions de survie	208.209 (total, y compris accidents)
Prestations invalidité (accidents)	1.636
2018	
Retraites et pensions, total, dont :	2.330.879

Retraites	1.880.963
Pensions d'incapacité (hors accidents)	215.293
Pensions de survie	233.826 (total, y compris accidents)
Pensions d'incapacité (accidents)	797
2019	
Retraites et pensions, total, dont :	2.849.215
Retraites	2.281.675
Pensions d'incapacité (hors accidents)	271.805
Pensions de survie	294.975 (total, y compris accidents)
Pensions d'incapacité accidents	760

Nombre mensuel moyen de retraites et pensions transférées en vertu des règles de l'UE

2016	2.977
2017	3.081
2018	3.201
2019	3.317

Conclusion négative

1/ L'égalité de traitement en ce qui concerne l'accès aux prestations familiales n'est pas assurée (pas d'accords avec l'Albanie, Andorre, l'Arménie, la Géorgie, l'Azerbaïdjan)

2/ La préservation des droits en cours d'acquisition n'est pas assurée (pas d'accords avec l'Albanie, Andorre, l'Arménie, la Géorgie, l'Azerbaïdjan)

Les explications fournies dans le rapport précédent, pour la période 2012-2015, restent valables. Au cours de la période couverte par le présent rapport, des démarches ont été entreprises pour obtenir l'autorisation de négocier un accord de sécurité sociale avec l'Arménie. Le Premier ministre a donné son accord aux négociations le 9 avril 2020. Les négociations devraient commencer une fois que l'état épidémiologique en relation avec le COVID-19 aura été fini. En ce qui concerne l'Azerbaïdjan, la demande d'autorisation de négocier n'a pas encore été adressée au Premier ministre.

Vu les conclusions XXI-2 (2017):

- p. 19: „Les prestations familiales sont fournies dans le cadre d'un régime universel, couvrant l'ensemble de la population sur la base de la résidence” et „...que l'ensemble de la population résidente a droit aux prestations familiales.”,
- p. 24: „À cet égard, le rapport indique que la loi du 28 novembre 2003 relative aux prestations familiales a été modifiée pour étendre son champ d'application à tous les ressortissants étrangers en possession d'un titre de séjour portant la mention « Accès au marché du travail ». Le Comité note, toutefois, que le critère de résidence de l'enfant est toujours applicable aux ressortissants des autres États parties non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE et, partant, que l'égalité de traitement en ce qui concerne l'accès aux prestations familiales n'est toujours pas garantie pour tous les autres États parties. Par conséquent, le Comité considère la situation non conforme à la Charte de 1961 sur ce point.”,
- p. 25: „Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 aux motifs que l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties”

il convient d'indiquer que les prestations familiales sont dues aux personnes vivant en Pologne, sauf si les dispositions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ou les accords internationaux bilatéraux en matière de sécurité sociale en disposent autrement.

Les conditions d'octroi des prestations familiales sont les mêmes pour les étrangers et les citoyens polonais. La condition de résidence en Pologne s'applique aux citoyens polonais et aux étrangers, sauf si les dispositions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ou les accords internationaux bilatéraux en matière de sécurité sociale en disposent autrement.

Les prestations familiales sont actuellement dues aux (tenant compte des changements introduits en 2016-2019):

- citoyens polonais,
- étrangers:
 - à qui s'appliquent les dispositions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale,
 - si cela résulte d'accords bilatéraux en matière de sécurité sociale conclus par la Pologne,
 - résidant en Pologne sur la base d'un permis de séjour permanent, d'un permis de séjour du résident de longue durée de l'Union européenne, d'un permis de séjour temporaire pour exercer une profession hautement qualifiée, ou d'un permis de séjour temporaire s'il est titulaire d'un permis de séjour du résident de longue durée de l'UE accordé par un autre Etat membre de l'Union européenne et a l'intention d'exercer un travail ou une activité économique en Pologne, ou a l'intention d'entreprendre ou de poursuivre des études ou une formation professionnelle, ou démontre qu'il existe d'autres circonstances justifiant sa résidence en Pologne, ou en relation avec l'obtention du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire en Pologne, s'il séjourne avec des membres de sa famille sur le territoire de la Pologne,
 - titulaires d'une carte de séjour portant la mention "accès au marché du travail", à l'exception des ressortissants de états tiers qui ont été autorisés à travailler sur le territoire d'un État membre pour une période ne dépassant pas six mois, des ressortissants de états tiers admis à des fins d'études ou de travail saisonnier et des ressortissants de états tiers qui sont autorisés à travailler sur la base d'un visa,
 - résidant en Pologne:
 - sur la base d'un permis de séjour temporaire pour exercer un travail dans le cadre d'un transfert intra-entreprise ou d'un permis de séjour temporaire pour la mobilité de longue durée d'un cadre, d'un spécialiste ou d'un stagiaire, dans le cadre d'un transfert intra-entreprise (nouvelle solution), ou
 - dans le cadre du recours à la mobilité de courte durée d'un cadre, d'un spécialiste ou d'un stagiaire dans le cadre d'un transfert intra-entreprise (nouvelle solution)s'ils séjournent en Pologne avec les membres de leur famille, à l'exception des étrangers qui ont été autorisés à séjourner et à travailler pendant une période n'excédant pas 9 mois, sauf si les dispositions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ou les accords internationaux bilatéraux en matière de sécurité sociale en disposent autrement,
 - résidant en Pologne:
 - sur la base d'un permis de séjour temporaire à des fins de recherche ou d'un permis de séjour temporaire pour la mobilité à long terme des chercheurs (nouvelle solution),
 - sur la base d'un visa national pour effectuer des travaux de recherche ou de développement (nouvelle solution),
 - dans le cadre de la mobilité des chercheurs à court terme,à l'exception des étrangers qui ont été autorisés à séjourner en Pologne pendant 6 mois, sauf si les dispositions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ou les accords internationaux bilatéraux en matière de sécurité sociale en disposent autrement.

La majorité des étrangers acquièrent le droit aux prestations familiales parce qu'ils ont le droit de séjour temporaire en Pologne, qui est lié au droit au travail - ces étrangers possèdent une carte de séjour portant la mention "accès au marché du travail".

Le droit aux prestations n'est pas accordé aux ressortissants de états tiers qui ont obtenu un permis de travail pour une durée maximale de 6 mois, aux ressortissants de états tiers admis à

des fins d'études ou de travail saisonnier et aux ressortissants de états tiers qui ont le droit de travailler sur la base d'un visa.

Le droit aux prestations familiales est également accordé aux étrangers qui ont le droit de travailler en Pologne, en vertu de la loi, sur la base de dispositions spéciales ou sur la base d'un permis de travail accordé en vertu de dispositions spéciales.

L'intention du législateur, en ce qui concerne les droits des étrangers, est que ces prestations soient dues aux personnes qui travaillent légalement en Pologne et sur lesquels sont imposées des charges publiques en Pologne (notamment les impôts) et dont le centre d'intérêt de la vie se trouve en Pologne, ou du moins ont une relation durable avec la Pologne.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Article 13§2

1) Cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

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

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes

Le cadre juridique n'a pas changé par rapport au cadre présenté dans le rapport précédent.

La loi du 12 mars 2004 sur l'assistance sociale ne prévoit aucune limitation des droits politiques ou sociaux en raison du recours à l'assistance sociale.

Les dispositions garantissant la confidentialité servent également à protéger les droits individuels. Il est interdit de divulguer au public les noms des personnes bénéficiant de l'assistance sociale ainsi que le type et l'étendue de la prestation accordée. Les données à caractère personnel ne sont traitées que dans la mesure et pour fins nécessaires à l'exécution des tâches découlant de la loi.

Article 13§3

1) Cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

L'objectif de l'assistance sociale est de permettre aux individus et aux familles de surmonter des situations de vie difficiles qu'ils ne peuvent pas surmonter en utilisant leurs droits, ressources et possibilités. L'assistance sociale soutient les personnes et les familles dans leurs efforts pour répondre à leurs besoins essentiels et l'aide accordée leur permet de vivre dans des conditions dignes.

L'assistance sociale consiste à:

- accorder et à payer les prestations prévues par la loi sur l'assistance sociale,
- apporter le soutien sous forme de travail social,
- gérer et développer les infrastructures sociales nécessaires,
- analyser et évaluer des phénomènes à l'origine du besoin de prestations sociales,
- mettre en œuvre de tâches résultant de besoins sociaux reconnus,
- développer de nouvelles formes de d'assistance sociale et d'auto-assistance dans le cadre des besoins identifiés.

La loi sur l'assistance sociale indique les raisons pour lesquelles l'assistance sociale est accordée, à savoir:

- la pauvreté,
- l'orphelinat,
- le sans-abrisme,
- le chômage,
- le handicap,
- la maladie de longue durée ou grave,
- la violence domestique,
- la nécessité de protéger les victimes de la traite des êtres humains,
- la nécessité de protéger la maternité ou les familles à enfants multiples,
- l'impuissance à s'occuper des soins et de l'éducation et à gérer le ménage – cela concerne en particulier les familles monoparentales ou les familles avec de nombreux enfants,
- les difficultés d'intégration des étrangers ayant obtenu le statut de réfugié, la protection subsidiaire ou un permis de séjour temporaire en Pologne,
- la difficulté de s'adapter à la vie après la sortie de prison,

- l'alcoolisme ou la toxicomanie,
- un événement aléatoire et une situation d'urgence,
- une catastrophe naturelle ou écologique.

L'assistance sociale consiste à accorder et à verser des prestations en espèces et à accorder des prestations en nature.

Les prestations en espèces sont les suivantes:

- allocation permanente,
- allocation périodique,
- allocation à finalité spécifique et allocation spéciale à finalité spécifique,
- allocation et prêt pour l'autonomisation économique,
- aide à l'entretien et à la couverture des dépenses liées à l'apprentissage de la langue polonaise par des étrangers qui ont obtenu le statut de réfugié, la protection subsidiaire ou des étrangers titulaires d'un permis de séjour temporaire aux fins de regroupement familial, séjournant en Pologne, ou des étrangers séjournant en Pologne aux fins de regroupement familial et étant membres de la famille d'un étranger vivant en Pologne en raison d'octroi du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire,
- rémunération due au soignant pour les soins assurés, accordée par le tribunal.

Les prestations d'assistance sociale sont servies à la demande de la personne concernée, de son représentant légal ou d'une autre personne - avec le consentement de la personne concernée ou de son représentant légal. L'assistance sociale peut également être octroyée d'office.

L'octroi des prestations d'assistance sociale prend la forme d'une décision administrative, à l'exception de l'octroi de prestations sous forme d'intervention de crise, de travail social, de conseil, de participation aux activités du club d'entraide ou aux activités du club d'entraide pour les personnes souffrant de troubles mentaux, d'abri, d'organisation d'un enterrement, d'octroi d'un billet crédité.

Une décision administrative d'octroi ou de refus d'une prestation, à l'exception d'une décision de refus d'octroi d'un billet crédité et d'une décision relative aux étrangers, est prise sur la base d'une enquête sociale sur la situation de la famille. L'enquête sociale est menée par un travailleur social afin de déterminer la situation personnelle, familiale, de revenu et patrimoniale. Le refus de participer à une enquête sociale sur la situation de la famille par des personnes ou des familles demandant des prestations d'assistance sociale ou à sa mise à jour par des personnes ou des familles bénéficiant d'assistance sociale est la raison pour le refus d'accorder la prestation, la révocation de la décision d'accorder la prestation ou la suspension des prestations en espèces.

	Objectif de la prestation	Délai de paiement	Personnes autorisées
allocation permanente	fourniture de moyens de subsistance	sans limitation de durée	personne majeure incapable de travailler pour des raisons d'âge ou d'incapacité totale de travailler à condition que le critère de revenu soit rempli
allocation périodique	fourniture temporaire de moyens de subsistance en cas de maladie de longue durée, d'handicap, de chômage, d'incapacité à obtenir ou à acquérir des droits à des prestations d'autres régimes de sécurité sociale	selon le cas	individu ou famille à condition que le critère de revenu soit rempli
allocation à finalité spécifique et allocation spéciale à finalité spécifique	satisfaction d'un besoin de subsistance de base (par exemple, pour couvrir une partie ou la totalité du coût de l'achat de nourriture, de médicaments et de soins de santé, de chauffage, de vêtements, d'articles ménagers essentiels, de réparations mineures et d'améliorations du logement, de frais funéraires),	allocation unique	individu ou famille à condition que le critère de revenu soit rempli, la possibilité d'accorder, dans des cas particulièrement justifiés, une prestation à

	satisfaction des besoins en cas de pertes dues à un événement aléatoire, à une catastrophe naturelle ou écologique		finalité spécifique, indépendamment du revenu
prestation en espèces pour l'autonomisation économique (allocation à finalité spécifique unique, prêt sans intérêt)	autonomisation économique conditions d'octroi et de remboursement du prêt et sa garantie sont précisées dans un accord conclu avec la commune, il est possible d'annuler le prêt		individu ou famille
allocation pour l'entretien et la couverture des dépenses liées à l'apprentissage de la langue polonaise par les étrangers	promotion de l'intégration de l'étranger	jusqu'à 12 mois, (durée du programme d'intégration individuel)	étranger qui a obtenu le statut de réfugié, la protection subsidiaire ressortissant étranger titulaire d'un permis de séjour temporaire aux fins de regroupement familial, séjournant en Pologne ou le ressortissant étranger séjournant en Pologne aux fins de regroupement familial et étant membre de la famille d'un ressortissant étranger séjournant en Pologne en raison d'octroi du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire sous réserve de la participation au programme individuel d'intégration
rémunération due au soignant pour les soins assurés	prise en charge des frais de subsistance de la personne assurant les soins à la personne incapacitée légalement	sans limitation de durée	tuteurs légaux

Les prestations en nature sont les suivantes:

- travail social,
- billet crédité,
- cotisations d'assurance maladie,
- cotisations de sécurité sociale,
- aide en nature, y compris pour l'autonomisation économique,
- funérailles
- conseil spécialisé,
- intervention de crise,
- refuge,
- repas,
- vêtements nécessaires,
- soins à domicile, dans les centres de soutien et dans les maisons familiales d'assistance,
- soins spécialisés à domicile et dans des centres de soutien,
- logement protégé,
- séjour et services dans une maison d'assistance sociale,
- aide à l'obtention du logement approprié, y compris d'un logement protégé, aide à l'obtention d'un emploi, l'aide à l'aménagement - en nature pour les personnes aidées à devenir indépendantes.

	Objectif	Méthodes et durée	Ayants droit, conditions
travail social	améliorer le fonctionnement des individus et des familles	menée sur la base d'un contrat social ou d'un projet social	individus et familles

	dans leur environnement social développer ou renforcer l'activité et l'autonomie des individus et des familles assurer la coopération et la coordination des activités des institutions et des organisations qui répondent aux besoins des membres de la communauté		
billet crédité	permettre de régler des questions personnelles et professionnelles	achat par une autorité d'un billet pour le trajet vers une localité spécifique dans un but précis	individu à condition que le critère de revenu soit rempli
cotisations d'assurance maladie	permettre de profiter de soins de santé gratuits	paiement des cotisations d'assurance maladie	bénéficiaires d'une allocation permanente sans-abri qui sortent du sans-abrisme personnes participant au programme individuel d'emploi social ou exécutant un contrat social pas d'assurance en vertu d'autres dispositions particulières à condition que le critère de revenu soit rempli
cotisations de sécurité sociale	aucune autre assurance retraite et pension ou aucun droit à une retraite ou une pension	paiement des cotisations d'assurance retraite et pension	personne qui arrête de travailler parce qu'elle doit s'occuper personnellement d'un membre de sa famille malade gravement ou depuis longtemps ainsi que d'une mère, d'un père ou de frères et sœurs qui ne vivent pas ensemble personne qui est en congé sans solde en raison d'un besoin de soins à condition que le critère de revenu soit rempli
aide en nature pour l'autonomisation économique	autonomisation économique	mise à disposition de machines et d'outils sous la forme d'un accord de prêt pour organiser un atelier et d'équipement afin de faciliter le travail des personnes handicapées	à condition que le critère de revenu soit rempli
funérailles		funérailles organisées de la manière déterminée par la commune, en fonction de la confession du défunt	pas de famille refus de la famille d'organiser des funérailles
conseil spécialisé	aider à surmonter les problèmes vitaux	conseils juridiques, psychologiques et familiaux conseils juridiques: fourniture des informations sur le droit de la famille et de la tutelle, la sécurité sociale, la protection des locataires conseil psychologique: diagnostic, prévention et thérapie conseil familial: résolution des problèmes de fonctionnement de la famille, y compris les problèmes	personnes et familles en difficulté ou ayant besoin d'aide pour résoudre les problèmes vitaux

		quant aux soins d'une personne handicapée, thérapie familiale	
intervention de crise	rétablir l'équilibre mental et les compétences d'autogestion, en évitant qu'une crise ne se transforme en un échec psychosocial chronique	assistance psychologique spécialisée immédiate, en fonction des besoins: conseils sociaux ou juridiques lorsque cela se justifie: hébergement jusqu'à 3 mois hébergement et soutien dans les foyers pour les mères avec enfants et les femmes enceintes	individus et familles en situation de crise hébergement et soutien dans les foyer pour les mères avec enfants et les femmes enceintes - les mères et les pères d'enfants mineurs, les tuteurs légaux d'enfants, les femmes enceintes, les personnes touchées par la violence ou d'autres situations de crise
refuge, repas, vêtements nécessaires	manque de logement, de nourriture, de vêtements nécessaires	attribution temporaire d'une place dans un refuge de nuit, un refuge pour les sans-abris, un refuge pour les sans-abris avec soins un repas chaud par jour, provisoirement ou périodiquement aide en nature sous forme de produits alimentaires aide accordée aux enfants et aux adolescents pendant au cours de l'éducation peut prendre forme d'achat de repas fourniture de sous-vêtements, de vêtements et de chaussures adaptés à la saison	individu ou famille qui n'est pas en mesure de se procurer par ses propres moyens un logement, un repas ou les vêtements nécessaires situation de crise survenant à grande échelle, en cas de catastrophe naturelle ou d'événement aléatoire
soins à domicile, dans des centres de soutien (centre de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux, centre de jour, foyer pour les mères avec enfants et les femmes enceintes, refuge pour les sans-abris, club d'entraide) et dans les maisons familiales d'assistance	soins et assistance partiels pour répondre aux besoins vitaux	aide au nettoyage, à la toilette, aux courses, à la préparation des repas soins hygiéniques, recommandés par le médecin assurer, dans la mesure du possible, le contact avec le milieu repas étendue, période et lieu de la prestation de services sont déterminés par le centre d'assistance sociale	personnes seules qui ont besoin de l'assistance d'autres personnes en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap, et qui sont privées d'une telle assistance ou les membres de leur famille, et le conjoint, les ascendants et les descendants qui ne vivent pas ensemble ne sont pas en mesure fournir cette assistance
soins spécialisés à domicile et dans des centres de soutien (centre de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux, centre de jour, foyer pour les mères avec enfants et les femmes enceintes, refuge pour les sans-abri, club d'entraide)	soins et assistance partiels pour répondre aux besoins vitaux	services adaptés aux besoins particuliers résultant du type de maladie ou de handicap dispensés par des personnes ayant une formation professionnelle spécialisée repas étendue, période et lieu de la prestation de services sont déterminés par le centre d'assistance sociale	personnes seules qui ont besoin de l'assistance d'autres personnes en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap, qui sont privées de cette assistance et membres de leur famille, ainsi que le conjoint, les ascendants et les descendants qui ne vivent pas ensemble, ne sont pas en mesure de fournir cette assistance
logement protégé	préparation à une vie indépendante ou le soutien dans la vie quotidienne	logement protégé de formation: formation, développement ou consolidation de	personnes qui ont besoin d'un soutien constant dans la vie quotidienne, en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap, mais qui n'ont pas

		l'indépendance, de l'aptitude à prendre soin de soi-même, à remplir des rôles sociaux tout en intégration avec la communauté locale logement protégé assisté, destiné à une personne handicapée, notamment une personne handicapée physiquement ou une personne souffrant de troubles mentaux, une personne âgée ou souffrant d'une maladie chronique: services de vie quotidienne et d'aide à l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne et dans des contacts sociaux, afin de maintenir ou de développer l'indépendance d'une personne vu ses capacités psychophysiques	besoin de services de type fournis dans des établissements de soins ouverts 24 heures sur 24, en particulier personnes souffrant de troubles mentaux, personnes quittant la famille d'accueil, un centre d'accueil pour adolescents, une institution pour mineurs
séjour et services dans une maison d'assistance sociale	soins 24 heures sur 24	services de vie quotidienne, soins, services de soutien et d'éducation, en fonction des besoins individuels	personnes nécessitant des soins 24 heures sur 24 en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap, incapables de fonctionner de manière autonome, qui ne peuvent pas profiter d'assistance nécessaire à domicile sous forme de soins
assistance aux personnes aidées à devenir indépendantes	vivre de façon autonome et s'intégrer dans le milieu social	travail social aide en espèces pour devenir autonome aide en espèces à la formation aide à l'obtention d'un logement convenable, y compris d'un logement protégé aide à l'obtention d'un emploi aide en nature pour l'aménagement	personne aidée à devenir indépendante qui a atteint la majorité dans une famille d'accueil adulte quittant un établissement de garde et d'éducation de type familial et de socialisation, une maison d'assistance sociale pour enfants et adolescents handicapés mentaux, un foyer pour les mères avec enfants et les femmes enceintes, un refuge pour mineurs, un établissement correctionnel, une école spéciale et un centre d'éducation de la jeunesse, un centre de psychothérapie pour les adolescents, un établissement pour jeunes sans abri adhésion au programme individuel d'autonomisation, dans le cas des sans abri - à un programme individuel de sortie du sans-abrisme
aide pour l'étranger	soutenir le processus d'intégration	prestations en espèces destinées à l'entretien, notamment pour couvrir les dépenses pour la nourriture, les vêtements, les chaussures, les articles d'hygiène personnelle et les frais de logement, la couverture des dépenses liées à	étranger qui a obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire étranger titulaire d'un permis de séjour temporaire aux fins de regroupement familial, séjournant en Pologne ou étranger séjournant en Pologne aux fins de regroupement familial et étant membre de la famille d'un ressortissant étranger séjournant en

		l'apprentissage de la langue polonaise paiement des cotisations d'assurance maladie travail social conseils spécialisés, y compris des conseils juridiques, psychologiques et familiaux fourniture des informations et un soutien dans les contacts avec d'autres institutions, en particulier avec les institutions du marché du travail, avec le milieu local et les organisations non gouvernementales autres activités de soutien au processus d'intégration d'un étranger	Pologne en raison de l'octroi du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire adhésion au programme individuel d'intégration
--	--	---	--

Un centre de soutien est une unité organisationnelle de l'assistance sociale destiné au séjour de jour. Le centre de soutien peut offrir des places fonctionnant 24/24h, pour un séjour temporaire. Un centre de soutien peut être un centre de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux, un centre d'assistance de jour, un foyer pour les mères avec enfants et les femmes enceintes, un refuge pour les sans-abris avec soins et un club d'entraide.

Les centres de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux sont les suivants: maison d'entraide locale ou club d'entraide pour les personnes atteintes de troubles mentaux qui, en raison de l'altération de certaines fonctions corporelles ou de leur adaptabilité, ont besoin d'une aide pour vivre dans un environnement familial et social, notamment pour accroître leur débrouillardise et leur indépendance, ainsi que leur intégration sociale. La maison d'entraide locale fournit des services dans le cadre de la formation, individuelle ou en groupe comment prendre soin de soi-même ainsi que de la formation aux compétences sociales, consistant à apprendre, à développer ou à maintenir des compétences dans les activités quotidiennes et à fonctionner dans la société.

La maison d'assistance familiale est une forme d'assurer des soins et l'hébergement 24 heures sur 24 par un particulier ou un organisme d'intérêt public à un minimum de trois et un maximum de huit personnes vivant ensemble et ayant besoin d'un soutien sous cette forme en raison de leur âge ou d'un handicap.

La maison d'assistance sociale fournit l'hébergement, les soins, le soutien et les activités éducatives, répondant aux standards applicables, de la portée et sous les formes résultant des besoins individuels de ses résidents. L'organisation de la maison d'assistance sociale, l'étendue et la qualité des services fournis par la maison tiennent compte notamment des exigences en ce qui concerne la préservation de la liberté, de l'intimité, de la dignité et du sentiment de sécurité des résidents et de leur aptitude physique et mentale. Les maisons d'assistance sociale se divisent en des maisons pour les :

- personnes âgées,
- personnes atteintes de somatisme chronique,
- personnes souffrant de maladies mentales chroniques,
- adultes handicapés intellectuels,
- enfants et les adolescents souffrant de handicaps intellectuels,
- personnes handicapées physiquement,
- personnes dépendantes de l'alcool.

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, des programmes gouvernementaux et nationaux ont été mis en œuvre, soutenant les collectivités locales et d'autres entités dans la mise en œuvre des tâches d'assistance sociale.

L'objectif principal du programme "Formes actives de lutte contre l'exclusion sociale - nouvelle dimension 2020" mis en œuvre jusqu'en 2018 devait intégrer des personnes socialement et professionnellement exclues et renforcer leur participation à la vie sociale et professionnelle ainsi que de développer le système d'intégration active, en soutenant les entités de l'administration locale et les organisations non gouvernementales. Objectifs spécifiques:

- faire participer les individus, les familles et leurs membres à des activités locales intégrées pour qu'ils bénéficient d'un ensemble de services d'activation, afin de renforcer leurs compétences et aptitudes sociales, professionnelles et éducatives individuelles,
- permettre aux personnes, aux familles et à leurs membres, qui se trouvent dans une situation de vie difficile, de bénéficier des biens communs, des services sociaux locaux et des ressources institutionnelles disponibles au niveau local,
- intégrer les adolescents, en particulier ceux issus de milieux à risque d'exclusion sociale, dans le milieu local, par des activités éducatives et d'insertion.

Les projets mis en œuvre dans le cadre du programme ont été sélectionnés dans le cadre de concours ouverts:

- "De nouveaux horizons pour une intégration active dans le milieu local - animation, éducation, activation pour réduire l'exclusion sociale",
- "Partenariats contre l'exclusion sociale - formes professionnelles actives d'assistance, avec un rôle particulier de l'emploi social",
- "Attitudes actives des adolescents - amélioration des compétences, esprit d'entreprise et la responsabilité dans la dimension environnementale".

Dépenses:

- 2016 – 4.349.000 zł
- 2017 – 4.349.000 zł,
- 2018 – 3.349.000 zł.

L'objectif du "Programme d'appui à la résolution du problème des sans-abri" (2016-2017) était de réduire le nombre de personnes risquant de se retrouver sans abri et de sans-abri en soutenant des activités visant à prévenir et à résoudre le problème du sans-abrisme. Le programme a été mis en œuvre sous la forme d'un concours d'offres, qui a eu lieu chaque année.

Dépenses:

- 2016 – 5.804.110 zł,
- 2017 – 6.269.306 zł.

En 2018, un nouveau programme a été introduit "Vaincre le sans-abrisme. Programme d'assistance aux sans-abri", dont l'objectif principal était d'inspirer et de soutenir les activités visant à prévenir et à résoudre le problème des sans-abri, en inspirant la mise en œuvre de nouvelles méthodes de travail avec les sans-abri et de programmes d'activation sociale et professionnelle de ces personnes. Le programme a été mis en œuvre sous la forme d'un concours d'offres. Les projets pourraient être financés par des entités fournissant des services aux sans-abri (organisations non gouvernementales - associations et fondations, entités exerçant une activité statutaire dans le domaine de l'assistance sociale).

Dépenses:

- 2018 – 11.194.920 zł,
- 2019 – 6.000.000 zł.

Le programme "Soutien social aux personnes atteintes de troubles mentaux" a été mis en œuvre entre 2016 et 2018. Son principal objectif était de créer des conditions propices à l'amélioration de la vie et de la situation sociale des personnes souffrant de troubles mentaux, en particulier les malades et les handicapés mentaux, et donc de renforcer et d'étendre le réseau de soutien social, en fournissant des fonds aux collectivités locales et aux entités opérant dans le domaine de l'assistance sociale. Entités pouvant demander un cofinancement: entités de l'administration locale mettant en œuvre des tâches résultant de la loi sur l'assistance sociale, organisations non gouvernementales.

Dépenses: chaque année 3.000.000 zł.

Le programme pluriannuel de soutien financier aux communes en matière de l'alimentation "Aide d'État en matière de l'alimentation" pour les années 2014-2020 a été mis en œuvre jusqu'à la fin de 2018. L'objectif du programme était de réduire la malnutrition des enfants et des adolescents issus de familles à faible revenu ou défavorisées, en mettant l'accent sur les élèves des zones à fort taux de chômage et des communautés rurales et sur les adultes, en particulier les personnes seules, âgées, malades ou handicapées.

Dépenses:

- 2016 – 759.472.306 zł,
- 2017 – 716.156.869 zł,
- 2018 – 685.060.359 zł.

Depuis le 1er janvier 2019, le programme gouvernemental pluriannuel "Repas à l'école et à domicile" pour 2019-2023 est mis en œuvre. Le programme fournit une assistance aux personnes âgées, aux handicapés, aux personnes à faibles revenus, ainsi qu'aux enfants issus des familles défavorisées. Le programme prévoit un soutien financier aux communes pour l'octroi d'une aide sous forme de repas, d'une prestation en espèces sous forme d'une allocation spéciale pour l'achat d'un repas ou de nourriture et d'une prestation en nature sous forme de produits alimentaires. L'objectif est également d'apporter un soutien financier aux autorités gérant les écoles primaires publiques, dans l'organisation des cantines et des lieux de restauration dans les écoles.

Dépenses - 550.000.000 zł par an.

L'objectif du programme opérationnel « Aide alimentaire 2014-2020 » est de soutenir les personnes et les familles en situation de vie difficile et ayant un revenu ne dépassant pas 200% du critère de revenu adopté pour l'octroi de l'assistance sociale. Le budget du programme pour 2014-2020 est de 2,5 milliards de zł (85% du budget de l'UE, 15% du budget national).

Les personnes qualifiées par les centres d'assistance sociale pour participer au programme reçoivent de la nourriture: céréales, produits végétaux et fruits, viande, lait, sucre et huile. Pour choisir le paquet annuel de produits (50 kg par an, en moyenne), les principes d'une alimentation équilibrée sont observés, ainsi que le besoin d'assurer la diversité et l'attrait des articles.

Les bénéficiaires du programme peuvent participer à des activités d'accompagnement (ateliers gratuits sur, entre autres, la préparation des repas, la diététique et l'alimentation saine, la gestion efficace du budget du ménage, la prévention du gaspillage alimentaire pour accroître l'autonomie et l'inclusion sociale).

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes

Nombre de familles bénéficiant de l'assistance sociale

Voïvodie	2016	2017	2018
Dolnośląskie	80.227	75.677	70.881
Kujawsko - Pomorskie	86.567	88.026	80.877
Lubelskie	71.280	66.649	63.945
Lubuskie	40.905	38.471	34.761

Łódzkie	84.575	76.975	70.961
Małopolskie	92.892	89.573	85.573
Mazowieckie	160.399	151.742	146.110
Opolskie	27.508	26.994	24.493
Podkarpackie	78.522	73.346	67.739
Podlaskie	42.260	39.290	36.778
Pomorskie	74.993	71.032	66.223
Śląskie	105.950	98.802	89.515
Świętokrzyskie	46.527	45.022	41.027
Warmińsko-Mazurskie	79.239	74.870	70.452
Wielkopolskie	96.072	93.440	87.462
Zachodniopomorskie	57.665	53.241	48.890
Total	1.225.581	1.163.150	1.085.687

Nombre de personnes bénéficiant de l'assistance sociale

Voïvodie	2016	2017	2018
Dolnośląskie	93.596	83.183	74.955
Kujawsko-Pomorskie	121.938	111.332	101.154
Lubelskie	98.015	83.744	76.369
Lubuskie	52.200	45.688	42.195
Łódzkie	106.549	95.474	84.366
Małopolskie	119.698	111.654	105.528
Mazowieckie	188.979	169.509	156.723
Opolskie	35.042	31.862	28.690
Podkarpackie	108.574	96.651	86.937
Podlaskie	63.307	56.612	51.686
Pomorskie	99.872	88.003	80.124
Śląskie	142.668	124.527	109.985
Świętokrzyskie	67.395	60.733	55.602
Warmińsko-Mazurskie	102.535	91.120	83.111
Wielkopolskie	126.634	115.290	105.767
Zachodniopomorskie	77.690	68.274	61.731
Total	1.604.692	1.433.656	1.304.923

Nombre de familles ayant bénéficié d'une assistance sociale pour les motifs suivants

	2.016	2.017	2.018
Pauvreté	640.502	568.122	486.804
Chômage	499.657	422.027	350.338
Maladie de longue durée ou grave	430.686	435.969	432.234
Handicap	393.878	384.939	364.682

Nombre de familles recevant des conseils spécialisés

Voïvodie	2016	2017	2018
Dolnośląskie	9.872	10.425	9.960
Kujawsko-Pomorskie	7.293	6.316	6.668
Lubelskie	3.825	3.569	4.463
Lubuskie	5.624	3.254	3.931
Łódzkie	4.365	4.430	3.836
Małopolskie	5.499	5.673	6.584
Mazowieckie	18.510	19.674	18.512
Opolskie	3.188	3.770	4.293
Podkarpackie	5.079	4.611	3.991
Podlaskie	3.256	3.675	2.955
Pomorskie	6.668	6.603	5.777
Śląskie	14.926	12.022	11.431
Świętokrzyskie	4.075	2.288	5.121
Warmińsko-Mazurskie	7.528	6.579	6.145
Wielkopolskie	8.271	10.804	9.238
Zachodniopomorskie	5.617	4.864	3.885
Total	113.596	108.557	106.790

Question supplémentaire

Informations indiquant qu'il existe des dispositions permettant aux personnes dans le besoin de recevoir gratuitement des conseils et une assistance et que les services sont répartis de manière uniforme dans tout le pays

Les personnes et les familles qui ne sont pas en mesure de surmonter une situation de vie difficile en utilisant leurs propres droits, ressources et possibilités peuvent bénéficier de prestations d'assistance sociale fournies indépendamment des revenus - c'est-à-dire d'un travail social et de conseils spécialisés.

La commune et le powiat, qui sont tenus par la loi de remplir des tâches d'assistance sociale, ne peuvent pas refuser l'assistance à une personne dans le besoin, même si d'autres personnes physiques ou morales ont l'obligation des satisfaire les besoins vitaux essentiels de cette personne. De même, les entités auxquelles les entités de l'administration locale ont confié la mise en œuvre de tâches d'assistance sociale ne peuvent pas refuser l'assistance.

Types de prestations et de bénéficiaires - réponse à la question 1, institutions d'assistance sociale - questions 1 et 2 concernant l'article 14, paragraphe 1.

Article 14 - Droit de bénéficiaire des services d'assistance sociale

Article 14§1

1) Cadre juridique général. Nature, raisons et étendue de toute réforme.

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

Conformément à la loi sur l'assistance sociale, l'assistance sociale est organisée par les organes de l'administration publique et locale, qui coopèrent à cet égard, sur une base de partenariat, avec les organisations sociales et non gouvernementales, l'Église catholique, les autres Églises, les associations religieuses et les personnes physiques et morales.

Les unités organisationnelles d'assistance sociale opèrent au niveau des voïvodies, des powiats et des communes.

La commune, le powiat et la collectivité de voïvodie préparent l'évaluation des ressources de l'assistance sociale (personnes et familles bénéficiant de l'assistance sociale, types de leurs problèmes, infrastructure, travailleurs de l'assistance sociale, ONG, dépenses), sur la base de l'analyse de la situation sociale et démographique locale. L'évaluation, accompagnée de recommandations, constitue la base pour la planification du budget du niveau de la collectivité donnée pour l'année suivante.

La commune et le powiat développent une stratégie pour résoudre les problèmes sociaux, et la collectivité de la voïvodie développe une stratégie de la politique sociale. Ces stratégies comprennent:

- un diagnostic de la situation sociale,
- une prévision des changements en ce qui concerne les problèmes abordés dans la stratégie,
- l'identification des:
 - objectifs stratégiques des changements proposés,
 - orientations des actions nécessaires,
 - moyens pour la mise en œuvre de la stratégie et son cadre financier,
 - indicateurs de performance.

Les tâches propres obligatoires de la commune sont, entre autres:

- le développement et la mise en œuvre d'une stratégie communale pour la résolution des problèmes sociaux, avec un accent particulier sur les programmes d'assistance sociale, la prévention et la résolution des problèmes d'alcool et autres, visant à l'intégration sociale des personnes et des familles issues de groupes à risque particulier,
- la fourniture d'un abri, de la nourriture et des vêtements nécessaires à ceux qui en sont privés,
- l'octroi et le paiement d'allocations permanentes, d'allocations périodiques, d'allocations à finalité spécifique, d'allocations à finalité spécifique pour couvrir les dépenses résultant d'un événement aléatoire, d'allocations à finalité spécifique pour couvrir les dépenses pour des soins de santé des sans-abri et des autres personnes qui n'ont pas de revenus et de possibilité d'obtenir des prestations en vertu des dispositions légales sur les soins de santé financés par des fonds publics,
- l'octroi d'allocations à finalité spécifique sous la forme d'un billet crédité,
- le paiement des cotisations d'assurance rattraité et pension pour une personne qui arrête de travailler pour prendre soin d'un membre de sa famille malade depuis longtemps ou gravement malade ou de la mère, du père ou des frères et sœurs qui vivent dans un autre ménage,
- le paiement des cotisations d'assurance maladie telles que définies dans les dispositions sur les soins de santé financés par des fonds publics,

- le travail social,
- l'organisation et la fourniture de soins, y compris spécialisés, sur le lieu de résidence,
- la gestion et la mise à disposition de places dans des logements protégés,
- l'alimentation des enfants,
- l'organisation des funérailles, y compris pour les sans-abri,
- l'orientation des résidents de la commune vers une maison d'assistance sociale et prise en charge du séjour d'un résident de la commune dans cette maison,
- l'aide aux personnes qui ont des difficultés à s'adapter à la vie après la sortie de prison.

Les tâches propres de la commune sont les suivantes:

- l'octroi et le paiement d'allocations spéciales à finalité spécifique,
- l'octroi et le versement d'aides à l'autonomisation économique sous forme d'allocations, de prêts et d'aides en nature,
- la gestion et la fourniture des places dans les maisons d'assistance sociale et les centres de soutien et orientation vers des maisons des personnes nécessitant des soins,
- l'élaboration et la mise en œuvre de projets sociaux,
- d'autres tâches dans le domaine de l'assistance sociale résultant des besoins discernables de la commune, y compris la création et la mise en œuvre de programmes de soutien,
- la coopération avec l'agence pour l'emploi de powiat dans le cadre de la diffusion d'offres d'emploi et d'informations sur les postes vacants, sur les services d'orientation professionnelle et la formation ainsi que la mise en œuvre du programme d'activation et d'intégration visé dans les dispositifs légaux portant sur la promotion de l'emploi et les institutions du marché du travail.

Parmi les tâches commandées dans le domaine de l'administration publique effectuées par la commune figurent:

- l'organisation et la fourniture des soins spécialisés sur le lieu de résidence pour les personnes souffrant de troubles mentaux,
- l'octroi et le paiement d'allocations à finalité spécifique pour couvrir les dépenses liées à la satisfaction des besoins en cas de pertes dues à une catastrophe naturelle ou écologique
- la gestion et développement de l'infrastructure des centres de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux,
- mise en œuvre des tâches résultant des programmes gouvernementaux d'assistance sociale visant à protéger le niveau de vie des individus, des familles et des groupes sociaux et le développement d'un soutien spécialisé,
- l'octroi et le versement d'allocations à finalité spécifique, ainsi que la fourniture d'un logement, de nourriture et de vêtements nécessaires aux étrangers séjournant en Pologne sur la base d'un certificat confirmant l'existence d'une présomption qu'ils sont victimes de la traite des êtres humains ou sur la base d'un permis de séjour temporaire pour les victimes de la traite des êtres humains,
- l'octroi et le versement d'allocations à finalité spécifique, ainsi que la fourniture d'un logement, de nourriture et de vêtements nécessaires aux étrangers qui ont obtenu un permis de séjour pour des raisons humanitaires ou un permis de séjour toléré en Pologne,
- le versement de rémunération due au soignant pour les soins assurés.

Les tâches de l'assistance sociale dans les communes sont effectuées par des unités organisationnelles - centres d'assistance sociale ou centres de services sociaux. La commune est tenue de créer un centre d'assistance sociale ou un centre de services sociaux. Le centre emploie au moins 3 travailleurs sociaux à temps plein (1 travailleur social à temps plein pour 2.000 habitants ou proportionnellement au nombre de familles et personnes seules couverts par le travail social, avec le rapport 1 travailleur social à temps plein pour 50 familles et personnes seules au maximum).

Au sein du centre d'assistance sociale, peuvent être distinguées:

- une équipe accomplissant des tâches dans le domaine du travail social,
- une équipe accomplissant des tâches dans le domaine des services d'assistance sociale,
- une équipe accomplissant des tâches dans le domaine du travail social et des services d'assistance sociale.

Les équipes sont composées de spécialistes dans le domaine du travail avec la famille et d'autres spécialistes responsables des services d'assistance sociale, y compris l'intégration sociale.

Les centres peuvent être reliés à des centres de soutien (à l'exception du centre de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux).

Les tâches propres du powiat comprennent sont entre autres:

- le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de powiat pour résoudre les problèmes sociaux, avec un accent particulier sur les programmes d'assistance sociale, l'aide aux personnes handicapées et autres, visant à intégrer les personnes et les familles des groupes à risques particuliers - après consultation des communes,
- les conseils spécialisés,
- l'octroi d'une aide financière pour l'autonomisation et la poursuite des études aux personnes qui quittent les maisons d'assistance sociale pour enfants et adolescents handicapés mentaux, les foyers pour les mères avec enfants et les femmes enceintes et les refuges pour mineurs, les établissements correctionnels, les centres scolaires et éducatifs spéciaux, les centres d'éducation spécialisée, les centres de psychothérapie pour adolescents offrant des soins 24 heures sur 24 ou les centres d'éducation pour jeunes,
- l'aide à l'intégration des personnes ayant des difficultés d'adaptation, des adolescents qui quittent les maisons d'assistance sociale pour enfants et adolescents handicapés mentaux, les foyers pour les mères avec enfants et les femmes enceintes et les refuges pour mineurs, les établissements correctionnels, les centres scolaires et éducatifs spéciaux, les centres d'éducation spécialisée, les centres de psychothérapie pour adolescents offrant des soins 24 heures sur 24 ou les centres d'éducation pour jeunes présentant des difficultés en matière d'adaptation,
- l'aide aux étrangers ayant obtenu le statut de réfugié en Pologne, la protection subsidiaire ou aux étrangers titulaires d'un permis de séjour temporaire aux fins de regroupement familial, séjournant en Pologne ou aux étrangers séjournant en Pologne aux fins de regroupement familial et étant membres de la famille d'un étranger vivant en Pologne suite à l'octroi du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, ayant des difficultés d'intégration,
- la gestion et le développement de l'infrastructure des maisons d'assistance sociale à vocation supra-communale, et placement des personnes qui y sont dirigées,
- la gestion de logements protégés pour les personnes provenant de plus d'une commune et gestion de centres de soutien de powiat, y compris les foyers pour les mères avec enfants et les femmes enceintes, à l'exclusion des maisons d'entraide locale et autres centres de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux,
- la gestion des centres d'intervention de crise,
- l'information sur les droits et les prestations,
- la formation et le développement professionnel des travailleurs sociaux,
- d'autres actions résultant des besoins identifiés, y compris la création et la mise en œuvre de programmes de soutien,
- la création et le maintien d'un centre powiat d'aide aux familles.

Les tâches dans le domaine de l'administration publique effectuées par le powiat sont les suivantes:

- l'aide aux étrangers qui ont obtenu le statut de réfugié en Pologne, la protection subsidiaire ou aux étrangers titulaires d'un permis de séjour temporaire aux fins de regroupement familial, séjournant en Pologne, ou aux étrangers séjournant en Pologne aux fins de regroupement familial et étant membres de la famille d'un étranger séjournant en Pologne suite à l'octroi du statut de réfugié ou de la protection, dans le cadre d'un programme individuel d'intégration, et le paiement à titre de ces personnes des cotisations d'assurance maladie prévues par les dispositions sur les soins de santé financés par des fonds publics,
- la gestion et le développement de l'infrastructure des centres de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux,
- la mise en œuvre des tâches résultant des programmes gouvernementaux d'assistance sociale visant à protéger le niveau de vie des individus, des familles et des groupes sociaux et le développement d'un soutien spécialisé,
- l'octroi aux étrangers qui séjournent en Pologne sur la base d'une présomption qu'ils sont victimes de la traite des êtres humains ou sur la base d'un permis de séjour temporaire pour les victimes de la traite des êtres humains.

Les tâches d'assistance sociale des powiats sont effectuées par des unités organisationnelles - les centres de powiat d'aide aux familles (dans les villes-powiats - les centres municipaux d'aide aux familles) ou les centres de services sociaux.

Les tâches de la collectivité de voïvodie sont les suivantes;

- le développement, la mise à jour et la mise en œuvre de la stratégie de la voïvodie dans le domaine de la politique sociale (partie intégrante de la stratégie de développement de la voïvodie, y compris les programmes de: lutte contre l'exclusion sociale, égalisation des chances des personnes handicapés, assistance sociale, prévention et résolution des problèmes d'alcool, coopération avec les organisations non gouvernementales) - après consultation des powiats,
- l'organisation de la formation initiale, y compris la gestion des écoles publiques de services sociaux et la formation professionnelle des travailleurs sociaux,
- l'identification des causes de la pauvreté et développement des programmes régionaux d'assistance sociale pour soutenir les collectivités locales dans leurs efforts pour réduire la pauvreté,
- le diagnostic et le suivi de certains problèmes sociaux,
- l'inspiration et la promotion de nouvelles solutions en matière d'assistance sociale,
- la coordination des activités pour le secteur de l'économie sociale,
- l'organisation et la gestion des unités organisationnelles régionales d'assistance sociale,
- la création et la gestion d'un centre régional de politique sociale.

Les tâches d'assistance sociale dans les voïvodies sont exécutées par les centres régionaux de politique sociale.

Les tâches du voïvode sont les suivantes:

- le choix de la manière d'exécuter les tâches d'administration gouvernementale effectuées par les entités de l'administration locale,
- la déclaration de la conformité des programmes correctifs en ce qui concerne le respect des normes par les unités organisationnelles d'assistance sociale et l'évaluation de leur mise en œuvre,
- la délivrance et le retrait des autorisations de fonctionnement des maisons d'assistance sociale ainsi que délivrance et retrait des autorisations de fonctionnement des institutions qui fournissent des soins 24 heures sur 24 aux personnes handicapées, aux malades

chroniques ou aux personnes âgées, y compris celles qui sont gérées sur la base d'une réglementation de l'activité économique,

- la tenue d'un registre des maisons d'assistance sociale, des institutions qui fournissent des soins 24 heures sur 24 aux personnes handicapées, aux malades chroniques ou aux personnes âgées, y compris celles qui sont gérées sur la base d'une réglementation relative à l'activité économique, des lieux d'hébergement temporaire et des unités de conseil spécialisées,
- la coordination des activités dans le domaine de l'intégration des étrangers qui ont obtenu le statut de réfugié, la protection subsidiaire ou des étrangers titulaires d'un permis de séjour temporaire accordé aux fins de regroupement familial, séjournant en Pologne, ou des étrangers séjournant en Pologne aux fins de regroupement familial et étant membres de la famille d'un étranger vivant en Pologne suite à l'octroi du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, notamment en ce qui concerne l'indication de leur lieu de résidence, et la tenue d'un registre des programmes individuels d'intégration,
- la mise en œuvre ou la commande de tâches résultant de programmes gouvernementaux à des entités de l'administration locale ou à des entités non publiques,
- la supervision de la mise en œuvre des tâches des collectivités de commune, de powiat et de voïvodie, y compris en ce qui concerne la qualité de l'activité des unités organisationnelles d'assistance sociale et la qualité des services pour lesquels le ministre chargé de la sécurité sociale a défini des normes, ainsi que de la conformité de l'emploi des travailleurs des unités organisationnelles d'assistance sociale en ce qui concerne les qualifications requises,
- le contrôle de la qualité des services fournis par des entités non publiques sur la base d'un accord avec les organes de l'administration publique et locale,
- le contrôle de la qualité des services fournis par les maisons d'assistance sociale, effectués en dehors des contrats de commande, par des entités non publiques,
- le contrôle des établissements fournissant des soins 24 heures sur 24 à des personnes handicapées, aux malades chroniques ou aux personnes âgées, y compris ceux qui sont gérés sur la base de règlements relatifs à l'activité économique, en termes de normes des services sociaux et de soins et de respect des droits de ces personnes, ainsi que de qualifications des employés,
- l'analyse de la situation et de l'efficacité de l'assistance sociale sur la base de l'évaluation des ressources de l'assistance sociale adoptée par la collectivité de voïvodie, en tenant compte des principes prévus dans la stratégie,
- le soutien financier aux programmes dans le domaine de l'assistance sociale définis par le voïvode, mis en œuvre par les entités de l'administration locale ou les entités habilitées,
- la coordination, dans le cadre du système d'assistance sociale, des actions de prévention de la traite des êtres humains et le soutien aux victimes de la traite des êtres humains.

Les tâches du ministre chargé de la sécurité sociale comprennent, entre autres, les tâches suivantes:

- la création de concepts et la détermination des orientations en ce qui concerne le développement de l'assistance sociale,
- la commande et le financement de recherches, d'expertises et d'analyses dans le domaine de l'assistance sociale,
- l'analyse de l'efficacité de l'assistance sociale,
- l'inspiration et la promotion de nouvelles formes et méthodes d'action, la formation du personnel,

- la supervision de la formation en ce qui concerne l'organisation de l'assistance sociale et spécialisation dans la profession du travailleur social et formation des superviseurs du travail social,
- le développement et le financement de programmes de protection,
- le soutien financier à des programmes dans le domaine de l'assistance sociale définis par le ministre et mis en œuvre par des collectivités locales ou des entités habilitées,
- la détermination des tâches de l'administration publique en ce qui concerne le maintien et le développement du système informatique des unités organisationnelles de l'assistance sociale des voïvodies, transfert des fonds et supervision du fonctionnement du système,
- la coopération avec les organisations non-gouvernementales.

Le ministre chargé de la sécurité sociale a défini, par voie de règlements, des normes pour la prestation de services dans les domaines suivants:

- maisons d'assistance sociale - le règlement définit le mode de fonctionnement de différents types de maisons d'assistance sociale et le niveau des services de base fournis, un modèle de demande d'autorisation de créer une maison d'assistance sociale, le mode d'orientation et d'acceptation des personnes qui demandent l'admission dans une telle maison,
- maisons familiales d'assistance - le règlement définit les normes, le type et l'étendue des services d'hébergement et de soins fournis ainsi que les conditions d'orientation vers de tels maisons, de frais de séjour et de supervision des maisons d'assistance familiale,
- maisons d'entraide locales - le règlement définit le mode de fonctionnement, le mode d'orientation et d'admission dans des maisons d'entraide locales, les qualifications des personnes fournissant les services, les normes des services fournis, le délai d'adaptation des maisons aux normes requises,
- logements protégés - le règlement définit des normes minimales pour les services fournis et des normes minimales pour les locaux,
- foyers pour les mères avec enfants et les femmes enceintes - le règlement définit la norme des services de base à fournir, le mode d'orientation et d'admission dans les foyers,
- soins spécialisés (fournis dans le milieu social) - le règlement définit les types de soins spécialisés, les qualifications des personnes fournissant les services spécialisés, les conditions et procédures de détermination et de facturation des frais pour les services spécialisés fournis aux personnes atteintes de troubles mentaux, les conditions d'exonération partielle ou totale des frais,
- refuges et foyers pour les sans-abri - le règlement définit une norme minimale pour les services de base fournis et une norme minimale pour les installations où ces services sont situés.

L'octroi et la fourniture des prestations sont effectués par des travailleurs sociaux. Les tâches d'un travailleur social comprennent:

- le travail social, c'est-à-dire aide aux les individus et les familles visant à renforcer ou à retrouver leur capacité à fonctionner dans la société en remplissant leurs rôles sociaux respectifs et en créant des conditions propices à la réalisation de ces objectifs,
- l'analyse et l'évaluation des phénomènes à l'origine de la demande de prestations d'assistance sociale (évaluation de la demande réelle de services, de son étendue et sur quel territoire),
- établir l'éligibilité aux prestations d'assistance sociale,
- la fourniture des informations, des conseils et d'assistance aux personnes qui, grâce à cette assistance, pourront résoudre par elles-mêmes les problèmes qui sont à l'origine des situations difficiles de la vie,

- l'aide à l'obtention par les personnes en situation de vie difficile de conseils concernant la possibilité de résoudre des problèmes et l'assistance offerte par des institutions publiques, des collectivités locales et des organisations non gouvernementales, ainsi que l'aide à l'obtention d'une assistance,
- la stimulation de l'activité sociale et l'inspiration des activités d'auto-assistance pour répondre aux besoins vitaux de base des individus, des familles, des groupes sociaux,
- la coopération avec d'autres spécialistes afin de prévenir et de réduire les pathologies et les effets négatifs des phénomènes sociaux, d'atténuer les effets de la pauvreté,
- l'initiation des nouvelles formes d'assistance aux personnes et aux familles en situation de vie difficile et l'inspiration de la création d'institutions fournissant des services pour améliorer la situation de ces personnes et de ces familles.
- la participation à l'inspiration, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement de programmes régionaux et locaux d'assistance sociale visant à améliorer la qualité de vie.

Lors de l'exécution des tâches, le travailleur social doit:

- être guidé par les principes de l'éthique professionnelle, du bien-être des personnes et des familles qu'il aide, du respect de leur dignité et de leur droit à l'autodétermination,
- prévenir les pratiques inhumaines et discriminatoires à l'encontre d'une personne, d'une famille ou d'un groupe,
- fournir aux personnes d'adressant à lui des informations complètes sur les prestations et les formes d'assistance dont ils peuvent bénéficier,
- garder confidentielles les informations obtenues dans le cadre des activités professionnelles, même après la cessation du travail en tant que travailleur social, sauf si cela est contraire au bien d'une personne ou d'une famille,
- améliorer les qualifications professionnelles par la participation à la formation et l'apprentissage.

La loi sur l'assistance sociale précise le niveau de formation que doit avoir une personne qui souhaite occuper un poste de travailleur social - un travailleur social peut être une personne qui remplit au moins une des conditions suivantes:

- est diplômé d'un collège de travailleurs sociaux,
- est diplômé des hautes études dans le domaine du travail social,
- avant le 31 décembre 2013, a terminé des hautes études avec une spécialisation préparant à la profession de travailleur social – diplômé de: pédagogie, pédagogie spéciale, sciences politiques, politique sociale, psychologie, sociologie, sciences de la famille.

Le ministre chargé de la sécurité sociale, en concertation avec le ministre chargé de l'enseignement supérieur, fixe, par voie des règlements, les qualifications requises, la liste des matières enseignées, la durée minimale des cours ainsi que l'étendue de la formation pratique pour la spécialisation préparant à la profession du travailleur social. La formation du travailleur social peut être assurée par des unités d'enseignement ou de formation professionnelle qui ont obtenu l'accord du ministre chargé de la sécurité sociale.

Afin d'améliorer le développement professionnel du personnel de l'assistance sociale, les mesures suivantes ont été prises en 2016-2019:

- le règlement du ministre de la Famille, du travail et de la politique sociale du 2 décembre 2016 sur la supervision du travail social a été adopté ; il définit les conditions détaillées de formation et de certification des surveillants du travail social et la base juridique de la supervision du travail social, ainsi que les conditions d'obtention du certificat du superviseur et les exigences relatives aux entités chargées de la formation des futurs superviseur,
- dans le cadre des projets financés par le Fonds social européen Connaissance-Éducation-Développement 2014-2020, des cours de premier et deuxième degré de spécialisation professionnelle ont été réalisés,

- de nouvelles bases de programmes pour l'enseignement post-secondaire des professionnels d'assistance sociale (assistant d'une personne handicapée, soignant d'une personne âgée, soignant dans un foyer d'assistance sociale, soignant à proximité) ont été préparées.

Le système de contrôle et de surveillance est défini dans la loi sur l'assistance sociale. Le voïvode, dans le cadre d'une procédure de surveillance et de contrôle, a le droit de:

- demander des informations, des documents et des données nécessaires à la surveillance et au contrôle,
- accéder 24/24 h aux installations et aux locaux de l'unité contrôlée,
- procéder à l'inspection des installations, des actifs de l'entité contrôlée et d'exercer les activités prévues par la norme applicable,
- exiger des travailleurs de l'entité contrôlée qu'ils fournissent des informations, tant oralement que par écrit, sur les sujets traités dans le cadre de l'inspection effectuée,
- convoquer et interroger les témoins,
- demander l'avis d'experts et de spécialistes de l'assistance sociale,
- collecter, contre récépissé, et de sécuriser les documents en relation avec le contrôle, dans le respect des dispositions sur la confidentialité,
- faire et, le cas échéant, demander les copies ou extraits de documents et récapitulatifs ou calculs nécessaires au contrôle,
- traiter les données à caractère personnel dans la mesure nécessaire à atteindre les objectifs du contrôle.

Le ministre chargé de la sécurité sociale a défini, par voie de règlement: l'organisation et le mode d'exécution de la surveillance et du contrôle, les qualifications des inspecteurs autorisés à exercer des activités de surveillance et de contrôle, les qualifications des autres travailleurs autorisés par le voïvode à exercer des tâches relevant de l'assistance sociale - en tenant compte de la nécessité d'assurer un niveau approprié de leur mise en oeuvre.

3) Données statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur l'accès effectif aux services sociaux (nombre total de bénéficiaires, nombre de bénéficiaires par catégorie de services sociaux, nombre et répartition géographique des services, nombre et qualifications du personnel).

Institutions d'assistance sociale

	Centres d'assistance sociale	Centres de powiat d'aide aux familles
2016	2.479	314
2017	2.478	314
2018	2.478	314
2019	2.477	314

Les travailleurs sociaux employés dans les maisons d'assistance sociale

2016	2017	2018
19.685	19.610	19.596

Travailleurs sociaux employés dans les centres de powiat d'aide aux familles

2016	2017	2018
1.145	1.129	1.086

Question supplémentaire

1/ Description de l'organisation et du fonctionnement des services sociaux (la précédente description de ce type a été présentée il y a de nombreuses années - le comité souhaite avoir une idée de l'organisation et du fonctionnement actuels de ces services)

Voir la réponse aux questions 1 et 2.

2/ Solutions et activités pour la prestation de services de qualité

Voir la réponse aux questions 1 et 2

Conclusion négative

L'accès des étrangers aux services sociaux dépend du respect d'une longue période d'attente

La Pologne indique que les conditions d'accès des étrangers à l'assistance sociale sont énoncées à l'article 13, paragraphes 1 et 4, de la Charte, de manière claire et exhaustive. Selon le Comité d'experts indépendants lui-même (citation), "conformément à l'article 13, paragraphe 1, les États doivent fournir une assistance sociale et médicale suffisante à toutes les personnes qui en ont besoin, sur une base d'égalité, qu'elles soient ressortissantes des États parties ou qu'elles y résident légalement". Ces précisions sont conformes au libellé de l'article 13, paragraphe 1 - en vertu duquel l'État doit veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état.

La Pologne indique que l'article 14, paragraphe 1, stipule que l'État qui a ratifié la Charte s'engage à soutenir ou à organiser des services en utilisant des méthodes propres aux services sociaux qui contribuent au bien-être et au développement des individus et des groupes dans la communauté et à leur adaptation au milieu social afin de garantir l'exercice effectif du droit de bénéficier de services sociaux. Cette disposition indique clairement qu'elle concerne l'obligation de l'État d'assurer un fonctionnement efficace du système d'assistance sociale dans le cadre duquel les droits prévus à l'article 13 peuvent être exercés. L'article 14, paragraphe 1, ne mentionne pas les conditions ou garanties d'accès à l'assistance sociale (prestations sociales) ou aux services sociaux. Cela est logique car les conditions d'accès sont énoncées de manière claire et exhaustive à l'article 13, paragraphes 1 et 4.

La tentative du Comité d'experts indépendants de vérifier, dans le cadre de l'article 14 paragraphe 1 de la Charte, les conditions d'accès aux services d'assistance sociale ignore le contenu et le contexte de cette disposition. L'interprétation de cette disposition proposée par le Comité d'experts indépendants signifie, en substance, la création d'un droit d'accès aux services d'assistance sociale (institutions), distinct du droit d'accès aux prestations d'assistance sociale. Le contenu de ce droit d'accès aux services d'assistance sociale n'est pas clair. En Pologne, comme dans d'autres états, les personnes se tournent vers les services pour obtenir des prestations sociales (en espèces, en nature) - des services existent pour fournir des prestations. Il n'y a donc aucune raison de créer un "droit d'accès aux services (institutions)" autonome. L'existence des services (institutions) n'est pas une fin en soi - ils existent pour fournir une prestation ou un service - du point de vue d'une personne, c'est l'accès aux services et aux prestations qui est important, et non le droit d'accès à l'institution qui les fournit, sur un pied d'égalité avec les autres personnes - en particulier le droit des étrangers.

L'article 14, paragraphe 1, s'adresse aux États - il exige la création et le fonctionnement d'institutions d'assistance sociale. Il n'implique pas le droit des individus de réclamer l'accès

aux institutions – le droit des individus de réclamer des prestations sociales fait l'objet de l'article 13 de la Charte.

L'interprétation de l'article 14 paragraphe 1 proposée par le Comité d'experts indépendants est une interprétation faite librement, visant à imposer de nouvelles obligations aux Etats, mais en réalité dépourvues de substance, comme indiqué ci-dessus. Cette interprétation doit être considérée comme une tentative de créer la base d'une évaluation (négative) des solutions nationales des Etats qui n'ont pas pris d'obligations en vertu de l'article 13, paragraphes 1 et 4 de la Charte.

La Pologne déclare qu'elle prend toutes les mesures nécessaires pour assurer la mise en œuvre de l'article 14, paragraphe 1, vu son champ d'application original, c'est-à-dire l'organisation et la fourniture de services sociaux, leur répartition géographique et les qualifications des travailleurs sociaux. Dans les cycles précédents le Comité d'experts indépendants a évalué cette mise en œuvre de façon positive.

ANNEXE

INFORMATIONS SUR LES MESURES PRISES VU LA PANDEMIE COVID-19 – DANS LE CADRE MATERIEL COUVERT PAR LE PRESENT RAPPORT

Article 3, paragraphe 1

Protection des travailleurs de première ligne:

- le personnel médical, y compris les ambulanciers et le personnel de soutien,
- la Police et les autres personnes de premier contact,
- la Police et l'armée impliquées dans la fourniture d'assistance et l'application de la loi,
- les travailleurs des institutions d'assistance sociale, par exemple pour les personnes âgées et les enfants,
- les services pénitentiaires et autres personnes qui supervisent les prisonniers, les agents de probation, etc,
- le personnel des pompes funébres, les autres personnes impliquées dans la fourniture de services essentiels, y compris le transport et la vente au détail.

Voir également les informations fournies au titre de l'article 11, paragraphe 3 (soins de santé) et de l'article 14, paragraphe 1 (assistance sociale).

Informations de base

Les exigences fondamentales en matière de protection du travail sont énoncées dans le Code du travail (section X "Santé et sécurité au travail") et ses actes d'exécution, y compris les obligations de l'employeur et les droits et obligations des travailleurs.

En temps de pandémie, l'obligation de l'employeur de fournir aux travailleurs des équipements de protection individuelle et des produits de nettoyage (type, quantité) et d'organiser le travail à exécuter en fonction du risque d'infection par le SARS-CoV-2 est particulièrement importante. Il est également important de former les travailleurs à l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle et de les informer des principes de conduite sûre en cas de pandémie.

Des mesures de protection des travailleurs sont également prises sur une base:

- de la loi du 5 décembre 2008 sur la prévention et à la lutte contre les infections et les maladies infectieuses,
- de la loi du 2 mars 2020 sur les mesures spéciales en matière de prévention et de lutte contre le COVID-19, des autres maladies infectieuses et des situations de crise qu'elles provoquent,
- du règlement du ministre de la Santé du 20 mars 2020 sur la déclaration de l'état de l'épidémie sur le territoire de la République de Pologne, tel que modifié,
- du règlement du ministre de la Santé du 9 octobre 2020 sur l'établissement de certaines restrictions, ordonnances et interdictions en relation avec l'état de l'épidémie, tel que modifié.

Les principes permettant d'assurer le bon fonctionnement des lieux de travail vu la situation épidémique actuelle définit le règlement du Conseil des Ministres sur l'établissement de certaines restrictions, ordonnances et interdictions en rapport avec l'état de l'épidémie. En vertu du règlement actuellement en vigueur, les employeurs doivent, jusqu'à nouvel ordre, fournir aux travailleurs, quel que soit la base juridique de leur emploi, des gants jetables ou des désinfectants pour les mains, assurer une distance d'au moins 1,5 m entre les postes de travail, à moins que cela ne soit pas possible en raison de la nature des activités exercées sur le lieu de travail en question et que celui-ci fournisse des équipements de protection individuelle nécessaires vu l'état de l'épidémie. Il existe des restrictions à l'exercice de certaines activités. En ce qui concerne les installations commerciales et de services, afin, entre autres, de protéger les travailleurs, jusqu'à nouvel ordre:

- ils doivent fournir des gants jetables ou des désinfectants pour les mains,
- les établissements commerciaux ou de services indiqués à part sont tenus de désinfecter, au moins une fois par heure, la caisse ou la station où les services sont fournis ou le distributeur de la station de carburant liquide,
- les personnes se trouvant dans un établissement commercial ou de services et dans un point de vente, une station-service, un étal ou un marché - sont tenues de porter des gants jetables ou d'utiliser des désinfectants pour les mains lorsqu'elles achètent des biens ou des services.

L'Inspecteur sanitaire général en coopération avec le ministère du Développement, a préparé des recommandations pour les lieux de travail, en tenant compte de leur spécificité, déjà au stade initial de l'apparition des infections par le SARS-CoV-2. En outre, des lignes directrices générales destinées aux entreprises et aux employeurs ont été élaborées. Toutes les lignes directrices sont disponibles sur le site web du Gouvernement à l'adresse: www.gov.pl.

Par ailleurs, l'Inspecteur sanitaire général, en coopération avec d'autres ministères, a élaboré ou a donné son avis sur des lignes directrices qui tiennent compte des spécificités des différents secteurs et domaines d'activité.

Lignes directrices sélectionnées:

- Communiqué de l'Inspecteur sanitaire général sur la ligne de conduite en ce qui concerne les soins de santé primaires et les soins de santé de nuit et de jours fériés (10.03.2020),
- Directives de l'Inspecteur sanitaire général, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation nationale concernant l'ouverture des jardins d'enfants (30.04.2020),
- Activités dans les jardins d'enfants, les unités préscolaires dans les écoles primaires et autres formes d'éducation préscolaire (04.05.2020),
- Jusqu'à 25 enfants dans un groupe préscolaire - mise à jour des directives de l'Inspecteur sanitaire général (03.07.2020),
- Comment gérer les déchets lors d'une épidémie de coronavirus ? (09.04.2020),
- Lignes directrices pour les musées, galeries d'art et autres institutions culturelles actives dans le domaine de la politique de commémoration et de protection du patrimoine,
- Lignes directrices pour, entre autres, les musées et les galeries d'art, les institutions artistiques, les maisons et les centres culturels, les librairies, les bibliothèques, les cinémas,
- Lignes directrices pour les organisateurs d'événements culturels et de divertissement pendant l'épidémie du virus SARS-CoV-2 en Pologne,
- Directives en rapport avec la restauration partielle des activités académiques (18.5.2020),
- Lignes directrices pour les institutions de prise en charge des enfants de moins de 3 ans (du 30.04.2020),
- Assouplissement des directives de l'Inspecteur sanitaire général pour les crèches (05.06.2020),
- Menace COVID-19 - informations pour les agriculteurs, les cultivateurs (16.04.2020),
- Marchés et bazars - recommandations de l'Inspecteur sanitaire général (25.03.2020),
- Lignes directrices du ministre de l'Agriculture et du développement rural et de l'Inspecteur sanitaire général pour les producteurs agricoles employant des étrangers pour le travail saisonnier - mise à jour (du 27.05.2020) ,
- Recommandations pour les gestionnaires de résidences (mise à jour le 22.05.2020),
- Recommandations aux entrepreneurs vu la propagation du coronavirus (le 11.03.2020),
- Nouvelle normalité - lignes directrices pour les branches (du 29.04.2020),
- Hôtels et autres places d'hébergement (mise à jour le 11.08.2020),
- Bibliothèques (mise à jour le 18.08.2020),
- Réhabilitation (mise à jour le 18.08.2020) ,
- Centres commerciaux (mise à jour le 12.8.2020),
- Magasins de meubles et de construction (mis à jour le 18.08.2020),

- Recommandations pour la branche du transport et de la logistique vu la propagation du coronavirus,
- Recommandations pour les lieux de travail vu la propagation du coronavirus,
- Recommandations pour les installations commerciales vu la propagation du coronavirus,
- Salons de beauté (mise à jour le 13.08.2020),
- Restauration (mise à jour le 11.08.2020),
- Noces, banquets (mise à jour le 11.08.2020)
- Salons de coiffure (mis à jour le 13.08.2020),
- Installations industrielles (mise à jour le 18.08.2020)
- Réunions d'affaires, formations, conférences et congrès (mise à jour le 12.08.2020),
- Foires (mise à jour le 12.08.2020),
- Centres polyvalents (mise à jour le 13.08.2020),
- Offices et institutions publiques (mise à jour le 12.08.2020),
- Stations de carburants (mise à jour le 18.08.2020),
- Chauffeurs de taxi (mise à jour le 13.08.2020),
- Bureaux (mise à jour le 13.08.2020),
- Industrie alimentaire et logistique (mise à jour le 12.08.2020),
- Pompes funèbres (mise à jour le 13.08.2020),
- Services de messagerie (mise à jour le 12.08.2020),
- Piscines et saunas (mise à jour le 01.09.2020),
- Campings (mise à jour le 13.08.2020),
- Salons de bronzage (mise à jour le 13.08.2020),
- Salons de piercing (mise à jour le 13.08.2020),
- Salons de tatouage (mise à jour le 13.08.2020),
- Salons de massage (mise à jour le 13.08.2020),
- Salles de musculation et clubs fitness (mise à jour le 12.08.2020),
- Salles de jeux pour enfants (mise à jour le 12.08.2020),
- Parcs de loisirs (mise à jour le 01.06.2020),
- Conduite à tenir dans les établissements industriels en cas de confirmation ou de suspicion d'une infection par le SARS-CoV-2 chez les travailleurs d'une usine de production alimentaire ainsi que chez les travailleurs des installations logistiques,
- Informations sur la lutte contre la menace du coronavirus dans les institutions dépendant du ministère de la Justice (le 11.3.2020),
- Tribunaux et prisons - une action efficace contre la menace du coronavirus (le 13.3.2020),
- Renforcement des règles de sécurité dans les prisons (le 06.4.2020),
- Restriction des visites dans toutes les prisons (le 19.3.2020),
- Restauration du fonctionnement normal des tribunaux - Le bouclier anti-crise 3.0 entre en vigueur (le 18/5/2020).

Système des soins de santé

Les consultants médicaux nationaux ont publié des orientations sur l'octroi de prestations (étendue des prestations, organisation de l'octroi des prestations, protection du personnel médical, traitement des patients COVID-19 et en cas de suspicion d'infection par le SARS-CoV-2) visant, entre autres, à protéger le personnel médical. Les lignes directrices concernent les types de prestations suivantes:

- la dentisterie,
- les soins palliatifs et soins d'hospice,
- les soins de longue durée,
- la pédiatrie,
- les soins psychiatriques,
- les soins périnataux,

- la prise en charge des patients hématologiques,
- la prise en charge des receveurs et des donneurs de cellules hématopoïétiques,
- les recommandations sélectionnées pour la prise en charge dans les unités d'anesthésiologie et de soins intensifs,
- la transplantologie,
- les recommandations du consultant national dans le domaine de la radiothérapie oncologique pour la radiothérapie,
- la diabétologie,
- l'ophtalmologie et l'optométrie.

Il existe également des recommandations particulières pour:

- les sages-femmes de soins primaires,
- les infirmières de soins primaires,
- les infirmières d'urgence,
- le personnel infirmier de gestion des hôpitaux, en ce qui concerne la prise des mesures pour préparer les infirmières à assurer les soins aux patients traités dans les unités de soins intensifs vu le développement de l'épidémie de COVID-19,
- les infirmières scolaires/hygénistes scolaires/infirmières pédiatriques, concernant la sécurité des soins aux élèves et aux enfants dans les jardins d'enfants et les crèches pendant l'épidémie de coronavirus SARS-CoV-2 après la reprise de l'enseignement scolaire sur place,
- les centres du premier niveau de référence du système de protection de la santé mentale des enfants et adolescents,
- les centres de réhabilitation,

ainsi que les procédures à suivre:

- les lignes directrices sur les mesures à prendre pour prévenir la propagation des infections à SARS-CoV-2 dans le milieu hospitalier,
- la position du consultant national dans le domaine de la médecine familiale sur la réalisation de tests de bilan chez les enfants,
- les recommandations sur la manière de traiter les mères nouveau-nées malades ou suspectées d'être malades de COVID-19.

Les répartiteurs des équipes médicales d'urgence ont reçu:

- le schéma de procéder avec un patient répondant à des critères épidémiologiques à suivre par les répartiteurs du service médical national d'urgence,
- le schéma de procéder avec un patient répondant à des critères épidémiologiques à suivre par les équipes du service médical national d'urgence,
- les recommandations quant aux types d'équipement de protection individuelle pour le personnel médical lorsqu'il contacte un patient soupçonné ou diagnostiqué d'une infection à SARS-CoV-2.

Conformément au schéma de procéder avec un patient répondant à des critères épidémiologiques à suivre par les répartiteurs du service médical national d'urgence, les tâches d'un répartiteur médical comprennent l'entretien médical selon la procédure générale, ainsi que sur les symptômes tels que: fièvre, toux ou dyspnée ou difficultés respiratoires. Ces recommandations doivent permettre d'équiper des équipes médicales d'urgence en moyens de protection individuelle de façon adéquate au cas à traiter.

Conformément au schéma de procéder avec un patient répondant à des critères épidémiologiques à suivre par les équipes du service médical national d'urgence, en cas d'ordre d'intervenir chez une personne répondant à des critères épidémiologiques et qui, développe, autres, des symptômes d'infection, l'équipe doit utiliser des équipements de protection individuelle (vêtements à manches longues à effet barrière, gants jetables, lunettes de protection ou visières, masque facial de type FFP2 ou FFP3 = N95 ou N99). Il est également recommandé

de mesurer immédiatement la température, la saturation et le nombre de respirations du patient et de lui faire porter le masque.

Afin de garantir la sécurité du personnel médical, le ministère de la Santé a aidé les entités de soins de santé de se procurer des équipements de protection individuelle et des désinfectants (transfert de fonds de la réserve spéciale du budget de l'État, mise à disposition de réserves stratégiques de l'État).

Selon les recommandations de l'Inspecteur sanitaire général, les travailleurs des entités de soins de santé (en particulier les professionnels de la santé, y compris ceux en contact direct avec des personnes malades ou soupçonnées d'être infectées, les pharmaciens, le personnel de laboratoire et de supervision épidémiologique de l'Inspection sanitaire nationale) bénéficient d'un "diagnostic rapide" et reçoivent des informations sur la procédure (numéro de téléphone spécial).

Dans le cadre du programme opérationnel Savoir-Education-Développement a été cofinancé le projet « Assurer la sécurité et les soins aux patients et la sécurité du personnel des établissements de soins infirmiers et de traitement, des maisons d'assistance sociale, des établissements de soins et d'assistance et des hospices pendant la pandémie COVID-19 », mis en œuvre du 1er mai 2020 au 30 avril 2021 par le Fonds national de la santé. 1.331 entités sont aidées à combattre ou contrecarrer les effets de la pandémie COVID-19. Les fonds du projet sont alloués pour :

- verser les salaires supplémentaires des infirmières, des ambulanciers paramédicaux, des kinésithérapeutes, des soignants et des membres du personnel auxiliaire des établissements,
- l'achat par des institutions d'équipements de protection individuelle et de désinfectants pour le personnel, les patients et les résidents.

Police, Garde-frontières, centres pour étrangers

En coopération avec l'Inspecteur sanitaire général, ont été délivrés:

- Lignes directrices de l'Inspecteur sanitaire général du ministère de l'Intérieur et de l'administration pour la Police sur la façon de procéder par des agents qui ont des contacts avec les personnes soupçonnées d'être infectées ou infectées par le nouveau type de coronavirus 2019-nCoV,
- Lignes directrices du 28 février 2020 de l'Inspecteur sanitaire général du ministère de l'Intérieur et de l'administration pour la Police, les Gardes-frontières, le Service national des pompiers, l'Agence de sécurité intérieure, l'Agence de renseignement, le Bureau central d'enquête de la police, le Bureau central de lutte contre la corruption et pour le Bureau du ministre chargé des affaires intérieures, les unités organisationnelles subordonnées au ministre ou supervisées par lui, sur la façon de procéder par les agents et les fonctionnaires qui ont des contacts avec qui ont des contacts avec les personnes soupçonnées d'être infectées ou infectées par le nouveau type de coronavirus 2019-nCoV,
- Procédures recommandées pour l'admission d'une personne détenue dans une salle désignée pour les personnes détenues ou amenée à dessoûler, si elle est soupçonnée d'être infectées par le SARS-CoV-2,
- Règles de désinfection des lunettes de protection,
- Procédure pour traiter avec une personne soupçonnée d'être malade de COVID-19 ou ayant un diagnostic confirmé de celle-ci, du 13 mars 2020,
- Procédure pour les agents de la Police, des Gardes-frontières et des pompiers de l'État pour traiter avec une personne soupçonnée de COVID-19 ou ayant un diagnostic confirmé de celle-ci, du 20 mars 2020,
- Algorithme de traitement en cas d'infection par le SARS-CoV-2 (coronavirus) d'un mineur admis ou séjournant dans un centre policier de rétention pour adolescents,
- Informations sur l'utilisation des masques chirurgicaux/masques de protection.

Les règles de protection contre l'infection des agents et des fonctionnaires ont été introduites par les Gardes-frontières, sur la base des réglementations, directives et procédures émises par l'Inspecteur sanitaire général du ministère de l'Intérieur et de l'administration à l'intention de la Police et des procédures internes complémentaires. Les agents et les fonctionnaires des Gardes-frontières reçoivent un équipement de protection individuelle, selon le type de tâches effectuées (moyens de désinfection des mains et des surfaces).

Dès que l'état d'urgence épidémique a été introduit, des mesures ont été prises dans les centres pour étrangers et à l'adresse de l'équipe du service des étrangers à Varsovie pour protéger les fonctionnaires contre une éventuelle infection par le coronavirus: des principes d'utilisation des équipements de protection individuelle ont été définis, une quantité suffisante d'équipements de protection individuelle et de désinfectants a été fournie. En outre, des recommandations strictes portant sur le nettoyage et la désinfection des zones communes ont été introduites.

Après l'apparition de la maladie COVID-19 au centre de Warszawa-Targówek, le personnel du centre a été soumis à des tests de coronavirus, puis envoyé en quarantaine. Dans les autres centres, des recommandations supplémentaires ont été émises: maintien de mesures d'hygiène particulières, lavage et désinfection fréquents des mains, maintien d'une distance – minimum de 2 mètres. Afin de minimiser le risque d'infection dans les centres, les salles communes où les résidents pouvaient se réunir ont été fermés.

Armée

Pour protéger les soldats et le personnel, y compris le personnel médical du ministère de la Défense nationale, qui participent à la prévention et à la lutte contre le COVID-19:

- le ministre de la Défense nationale a émis des actes juridiques (réglements, décisions) portant sur la prévention de l'infection par le SARS-CoV-2, y compris concernant, entre autres:
 - le soutien aux entités thérapeutiques supervisées par le ministre de la Défense nationale et les autorités de l'Inspection sanitaire militaire, dans l'accomplissement des tâches de lutte contre l'infection par le SARS-CoV-2,
 - le soutien aux unités du système médical national d'urgence et aux salles d'urgence des entités de soins de santé,
 - la formation des soldats professionnels à apporter le soutien médical aux formations militaires et les organes de l'administration publique en rapport avec l'épidémie,
 - la mise en place par les Forces Militaires de la République de Pologne de groupes de prélèvement pour soutenir la collecte de prélèvements auprès des personnes sous surveillance épidémiologique afin d'effectuer des tests pour le virus SARS-CoV-2,
 - la préparation des centres de quarantaine pour les soldats et les fonctionnaires du ministère de la Défense nationale,
 - la capacité des forces armées polonaises à désinfecter les équipements, les terrains et les infrastructures,
- L'inspecteur sanitaire général de l'Armée polonaise a émis des directives, des instructions, des recommandations et des règles de conduite épidémiologique et médicale, en fonction de la situation épidémiologique,
- les chefs, directeurs et commandants, sur la base d'actes juridiques émis par le ministre de la Santé, l'Inspecteur sanitaire général, l'Inspecteur sanitaire général de l'Armée polonaise, ont émis des ordres opérationnels, des ordonnances et des directives régissant les activités liées à la prévention de la propagation de l'infection par le SARS-CoV-2 pour leur mise en œuvre par les unités et institutions militaires,
- des équipements de protection individuelle (tabliers, salopettes, masques, visières, lunettes de protection, gants) et des produits de lavage et de désinfection sont fournis aux postes de travail, selon les besoins,

- une surveillance renforcé de l'état sanitaire et hygiénique est effectuée dans les unités et les institutions du ministère de la Défense nationale,
- la formation des soldats, du personnel médical, du personnel auxiliaire à la prévention de l'infection par le SARS-CoV-2 est assurée (formation dans les unités militaires, les entités de soins de santé, instructions pour l'exécution de tâches à des postes spécifiques).

Service pénitentiaire

Le Directeur général du Service pénitentiaire a émis des directives et des ordres pour gérer la situation épidémique dans les unités pénitentiaires, entre autres:

- l'arrêté du 2 mars 2020 sur nomination d'une équipe chargée de coordonner les actions menées en relation avec le menace épidémiologique dans les unités organisationnelles du Service pénitentiaire,
- l'arrêté du 23 mars 2020 modifiant l'arrêté sur la désignation des prisons et des centres de détention provisoire,
- quatre arrêtés du 1er avril 2020, modifiant les statuts des centres de formation et du Centre de formation de l'administration pénitentiaire, créant une base juridique pour que ces unités puissent accomplir les tâches découlant des dispositions sur les principes et au mode de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses et les infections chez les hommes.

En coopération avec l'Inspecteur sanitaire général, des algorithmes ont été développés pour traiter les cas de soupçon ou d'infection par le coronavirus SARS-CoV-2.

Une coopération étroite a été établie entre les stations sanitaires et épidémiologiques de la voïvodie, les inspections de district et les stations sanitaires et épidémiologiques de powiat et les unités pénitentiaires situées dans les régions.

Tous les officiers et fonctionnaires du Service pénitentiaire ont pris connaissance des critères de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la classification des personnes soupçonnées d'infection à coronavirus et de la déclaration du Comité Européen contre la Torture et les Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants, indiquant les règles de traitement des prisonniers face à la pandémie COVID-19.

Des solutions ont été adoptées portant sur les conditions de détention dans les unités pénitentiaires qui ont l'influence sur la sécurité des personnes privées de liberté et des officiers et fonctionnaires du Service pénitentiaire.

Un mécanisme d'examen quotidien de la situation dans les unités pénitentiaires (vidéoconférences) a été mis en place, y participent les directeurs de district du Service pénitentiaire et les commandants des centres de formation du Service pénitentiaire, ce qui permet de réagir immédiatement aux problèmes signalés par les directeurs des prisons et des centres de détention provisoire.

Le Service pénitentiaire a pris des mesures visant à limiter le personnel présent dans des unités pénitentiaires, y compris en introduisant le travail à distance autant que possible vu la nature des tâches effectuées. La durée du service a été limitée au minimum nécessaire, tout en garantissant le bon déroulement du service et la sécurité dans les unités pénitentiaires.

Tous les officiers et fonctionnaires du Service pénitentiaire ont été équipés d'équipements de protection individuelle et de désinfectants. Toutes les unités pénitentiaires ont été équipés d'équipements de protection individuelle et de produits chimiques pour désinfecter la surface et la peau des mains, de thermomètres, de désinfectants, de brumisateurs, d'ozonateurs, de matériel de couture et de machines à coudre pour produire des masques de protection.

Agents de probation

Par lettre du 11 mars 2020, le ministère de la Justice a recommandé aux présidents et directeurs des cours d'appel et aux présidents des tribunaux militaires de district la mise en œuvre de procédures visant à protéger la santé et la vie des fonctionnaires des tribunaux, y compris des agents de probation, et des parties prenantes. En ce qui concerne les agents de probation, le ministère a demandé que l'on examine la possibilité de limiter au minimum nécessaire des enquêtes sociales effectuées par les agents de probation, ainsi que de s'abstenir de continuer les actions en cas de maladie ou de quarantaine d'un soumis à la probation ou de ses proches sur leur lieu de résidence et de prévoir les mesures de protection nécessaires.

Par lettre du 13 mars 2020, le ministère de la Justice a demandé aux présidents et aux directeurs des cours d'appel de prendre des mesures, notamment l'établissement et la mise en œuvre de procédures visant à protéger la santé et la vie des agents de probation, par:

- l'arrêt de commander de mener des enquêtes sociales par les agents de probation,
- la renonciation à mener des enquêtes sociales,
- l'acceptation que les agents de probation prennent contact avec des soumis à la probation par les moyens de communication à distance (notamment par le téléphone, le courrier électronique, la télécopie, la messagerie instantanée),
- en cas de nécessité de contacter personnellement des soumis à la probation - fournir aux agents de probation les moyens de protection requises par les règlements sanitaires, y compris la mise à disposition d'un véhicule de fonction et des vêtements de protection, des masques antiviraux en polycarbonate, des gants de protection et des désinfectants,
- la suspension de l'exécution des actes dans le cadre des procédures d'exécution (surveillance, supervision, contrôle de l'exécution de la peine restrictive de liberté et du travail socialement utile, contrôle des devoirs imposés pendant la période d'essai),
- la fermeture de tous les bureaux de probation,
- l'affichage sur le site Web de la cour et sur le panneau d'information du bâtiment de la cour d'un avis concernant la restriction des contacts personnels entre les parties et agents de probation en faveur des contacts par courrier électronique ou par correspondance.

Malgré la pandémie, les cours et les équipes des agents de probation n'ont pas totalement suspendu des activités - les agents de probation professionnels étaient de service dans les bureaux des équipes des agents de probation. En cas de menace à la santé ou la vie des personnes soumises à la probation, les cours et les agents de probation ont été obligés de prendre les mesures nécessaires, tout en obéissant aux dispositions portant sur la protection contre le risque sanitaire.

Dans le cadre de la restauration du fonctionnement des cours, le 18 mai 2020, le ministère de la Justice a recommandé que les activités des agents de probation soient effectuées, dans la mesure du possible, par les moyens de communication à distance. Les activités des agents de probation consistant à contacter les parties intéressées sont menées dans des locaux séparés et adaptés, la rotation du personnel étant assurée et des heures de travail différenciées, et le nombre des parties intéressées présentes limité. La quarantaine de la correspondance est mise en œuvre. Les directives de l'Inspecteur sanitaire général et du ministre de la Justice concernant le fonctionnement des cours pendant l'épidémie de SARSCoV-2 en Pologne ont également été envoyées aux cours.

Le 1er juin 2020, le ministère de la Justice a publié des directives supplémentaires sur la santé et la sécurité au travail à l'extérieur des bâtiments des cours où il a recommandé:

- de fournir aux agents de probation, ainsi qu'aux juges et aux fonctionnaires exerçant des activités officielles en dehors du bâtiment de la cour, des équipements de protection individuelle et le transport par voiture de fonction,

- de renforcer la sécurité des agents de probation en les formant à l'exécution de leurs tâches sur le terrain en toute sécurité, y compris la manipulation de matériaux potentiellement contaminés,
- il a été recommandé de veiller à ce que, lorsque cela est possible et justifié, l'accès rapide au test de dépistage du SARS-CoV-2 soit assuré aux agents de probation.

Institutions de placement familial

Le 1er avril 2020, le ministre de la Famille, du travail et de la politique sociale, par l'intermédiaire du ministre de l'Intérieur et de l'administration, a adressé des instructions aux voïvodes concernant l'organisation du travail dans les entités de placement familial, en particulier les établissements de garde et d'éducation, afin de protéger les enfants en placement familial, les personnes qui l'exercent, ainsi que les personnes employées dans ces entités.

Les règles d'exécution des tâches par les assistants familiaux ont été modifiées afin d'assurer la sécurité des assistants, tout en garantissant la continuité de leur soutien (Instruction pour les assistants familiaux vu la propagation de COVID-19, adressés aux voïvodes le 2 avril 2020 par le ministre de la Famille, du Travail et de la politique sociale, par l'intermédiaire du ministre de l'Intérieur et de l'administration, puis parvenue, sous forme d'instructions, aux collectivités locales par les voïvodes).

Vu la stabilisation de la situation épidémiologique, l'Inspection sanitaire nationale, après la consultation du ministère de la Famille, du travail et de la politique sociale, du ministère de la Santé et du Défenseur des droits de l'enfant, a émis le 24 mai 2020 de nouvelles recommandations, correspondant au niveau de menace épidémiologique actuel dans les entités d'accueil.

Système éducatif

La date de retour des enfants et des adolescents aux unités du système éducatif et les conditions sanitaires exigées de ces unités pendant la pandémie de coronavirus dépendent strictement de la situation épidémique actuelle et prennent compte des recommandations du ministre de la Santé et de l'Inspecteur général sanitaire. Conformément au règlement du 14 mai 2020 modifiant règlement du ministre de l'Éducation nationale du 11 mars 2020 sur la restriction temporaire du fonctionnement des unités du système éducatif dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le COVID-19 et à l'annonce du Gouvernement, les dates de retour dans des écoles et des établissements d'enseignement ont été indiquées. Actuellement le règlement du ministre de l'Éducation nationale du 12 août 2020 sur la restriction temporaire du fonctionnement des unités du système éducatif dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le COVID-19 est en vigueur, amendé quatre fois - le dernier amendement a été apporté le 5 novembre 2020.

Ont été adoptés et publiés sur le site web du ministère de l'Éducation nationale les documents suivants:

- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation nationale pour les jardins d'enfants, les unités préscolaires au sein d'une école primaire et autres formes d'éducation préscolaire et les institutions de soins aux enfants de moins de 3 ans,
- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation nationale pour les écoles primaires,
- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation nationale pour les écoles - consultations avec les enseignants à l'école,
- Recommandations de l'Inspecteur général sanitaire - classes de revalidation, de revalidation et de soutien au développement pécoce de l'enfant,
- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire, du ministre de l'Éducation nationale, de la Commission centrale des examens - conduite des examens,

- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire - cours pratiques dans une école postsecondaire type études courtes (vacances d'été 2020),
- Recommandations de l'Inspecteur général sanitaire - procédures concernant les centres de conseil psychologique et pédagogique pour les enfants et les adolescents,
- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation nationale - l'organisation des soins dans les bourses scolaires,
- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation nationale - pour les organisateurs de loisirs pour les enfants et les adolescents en 2020,
- Lignes directrices de l'Inspecteur général sanitaire, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation nationale - cours pratiques dans une école professionnelle de premier degré et un lycée technique (vacances d'été 2020).

Dans le cadre de la préparation du retour aux écoles en toute sécurité (le 1er septembre 2020) des enfants et des adolescents au cours de l'année scolaire 2020-2021, d'autres directives et recommandations ont été publiées et diffusées sur le site web du ministère de l'Éducation nationale :

- Lignes directrices du ministre de l'Éducation nationale, du ministre de la Santé et de l'Inspecteur général sanitaire pour les écoles et institutions publiques et non publiques (le 5.08.2020),
- Recommandations du ministre de l'Éducation nationale et de l'Inspecteur général sanitaire aux directeurs des écoles et institutions publiques et non publiques de la zone rouge/jaune (le 5.08.2020),
- Lignes directrices anti-épidémie de l'Inspecteur général sanitaire pour les jardins d'enfants, les unités préscolaires au sein d'une école primaire et autres formes d'éducation préscolaire et les institutions de soins aux enfants de moins de 3 ans (mise à jour le 25.08.2020).

Afin de renforcer la sécurité des élèves et du personnel scolaire, le ministre de l'Éducation nationale et le ministre de la Santé ont décidé de doter les écoles et les institutions de moyens de protection supplémentaires - les premières livraisons de désinfectant pour les jardins d'enfants ont été effectuées en tenant compte de la date de retour des enfants dans les institutions, à savoir le 6 mai 2020. Le lot de matériel suivant comprenait 20 millions de masques de protection et 5 millions de litres de liquide de désinfection. De plus, 75.000 thermomètres sans contact et 17.500 distributeurs ont été livrés aux écoles.

Article 11, paragraphe 3

Évaluation de l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus:

- **les tests et la détection, le maintien de la distance physique et l'auto-isolement, la fourniture de masques, de désinfectants, etc,**
- **les mesures prises pour traiter les patients: nombre suffisant de lits d'hôpitaux, y compris dans les unités de soins intensifs, équipements, déplacement rapide d'un nombre suffisant du personnel médical, tout en veillant à ce qu'ils travaillent dans des conditions sûres - sous réserve des informations à fournir en vertu de l'article 3, paragraphe 1,**
- **mesures prises ou à prendre à la suite d'une évaluation de l'adéquation des mesures.**

Informations générales

Le premier cas d'infection par le SARS-CoV-2 a été détecté en Pologne le 4 mars 2020.

Au 13 novembre 2020:

- nombre d'infections confirmées – 665.547,
- nombre de personnes guéries – 267.580,
- nombre de décès - 9.499,

- nombre de tests effectués - 5.507.437.
- nombre de lits pour les patients avec le COVID-19 – 34.622, y compris dans les hôpitaux de troisième degré de référence – 2.615,
- nombre de lits occupés par les patients avec le COVID-19 – 22.298, y compris dans les hôpitaux de troisième degré de référence – 1.574,
- nombre de respirateurs pour les patients avec le COVID-19 – 2.659, lits de respirateurs pour les patients avec le COVID-19 dans les hôpitaux de troisième degré de référence – 220,
- nombre de respirateurs utilisés par les patients avec le COVID-19 – 2.047, lits de respirateurs occupés par les patients avec COVID-19 dans les hôpitaux de troisième degré de référence – 152.

L'infection par le CoV-2 du SARS a été confirmée chez 1,73% de la population de la Pologne. La stratégie de lutte contre la pandémie de COVID-19 visait à inhiber la propagation du coronavirus. À cette fin, au stade initial de la pandémie, de nombreuses restrictions et limitations ont été introduites qui, au fil du temps et à mesure que la situation se stabilisait, ont commencé à être progressivement levées:

- le 8 mars - l'Inspecteur général sanitaire a recommandé l'annulation de certains événements de masse,
- le 15 mars - fermeture des frontières au trafic aérien et ferroviaire,
- le 16 mars - fermeture complète des écoles,
- le 20 mars – instauration d'un état de l'épidémie,
- le 25 mars - restrictions dans la circulation,
- le 1er avril - nouvelles restrictions à la circulation (forêts, parcs, plages fermés, etc.),
- le 20 avril - première étape du dégivrage de l'économie
- le 4 mai - la deuxième étape du dégivrage de l'économie,
- le 18 mai - la troisième étape du dégivrage de l'économie,
- le 30 mai - la quatrième étape du dégivrage de l'économie.

Situation actuelle en Pologne concernant le COVID-19 et les mesures prises

Des mesures visant à réduire le nombre d'infections par le COVID-19 ont été prises dès le début du mars 2020, lorsque les contrôles sanitaires aux frontières ont été mis en place (9.03.2020), que les cours dans les écoles, les jardins d'enfants et les crèches ont été suspendus (12.03.2020), que de nouvelles règles de fonctionnement dans l'espace public ont été introduites, et qu'un réseau d'hôpitaux de type unique a été organisé.

Le ministère de la Santé a intensifié la coopération avec les voïvodes, les unités supervisées et subordonnées pour évaluer des besoins et identifier des ressources. Types de mesures prises:

- un nombre des hôpitaux a été qualifié de type unique (uniquement pour les patients COVID-19), leur équipement a été complété de suite,
- des équipements de protection individuelle et des désinfectants ont été mis à disposition,
- l'expansion des centrales de production d'oxygène a été organisée en relation avec l'augmentation estimée de la demande en oxygène des patients atteints de COVID-19, des changements organisationnels ont été effectués, notamment la séparation des zones (divisions) tampons,
- la relocalisation du personnel médical a été organisée (sur la base de la décision du voïvode), en cas de manque de personnel médical dans une unité donnée,
- des missions ont été effectués pour prélever des échantillons pour détecter le SARS-CoV-2 vu la restriction des déplacements des patients mis en quarantaine,
- de nouvelles structures organisationnelles (par ex. hôpitaux temporaires) sont créées pour permettre l'admission d'un nombre accru de patients avec COVID-19.

Chacune de ces mesures visait à limiter la propagation du virus en isolant les patients atteints de COVID-19 et les groupes déjà infectés, ainsi qu'à protéger le personnel médical. Le total des

actions menées et leur nature globale ont effectivement limité la transmission du virus du SARS-CoV-2, allant en parallèle avec l'utilisation optimale de la base hospitalière disponible. Un outil important dans la lutte contre le coronavirus est le réseau de laboratoires effectuant des tests sur des échantillons prélevés de patients chez qui on soupçonne l'infection. Les tests génétiques sont utilisés à des fins de diagnostic, ce tests se caractérisent par une très grande fiabilité. Les tests dits rapides sont utilisés pour examiner le personnel médical dans les hôpitaux.

Au 16 septembre 2020, 241 laboratoires étaient en activité.

Les laboratoires sont capables d'effectuer environ 25.000 tests par jour.

Les tests sont effectués sur chaque patient sans retard excessif, le temps d'attente pour un résultat de test dépend du nombre d'échantillons prélevés et du cycle de test.

Depuis l'apparition du premier cas en Pologne, le nombre de nouveaux cas d'infection a augmenté progressivement, cependant, il s'agit d'une augmentation qui n'a pas provoqué une expansion brusque de la maladie et de l'occupation des lits dans des hôpitaux. Les nouveaux foyers d'infection sont principalement identifiés dans des environnements particulier ou dans des groupes restreintes (lieux de travail, après les célébrations telles que les mariages et les obsèques).

Il existe suffisamment d'équipements et de places pour les patients infectés par le SARS-CoV-2 dans des installations adaptées au diagnostic et au traitement du coronavirus. En ce qui concerne l'équipement de soins intensifs, les besoins sont désormais entièrement couverts et il existe une offre suffisante de ventilateurs pour une demande accrue.

Malgré le processus de l'atténuation des restrictions, restent en vigueur des restrictions telles que l'obligation de maintenir une distance minimale de 1,5 m entre les personnes et l'obligation de se couvrir la bouche et le nez dans certaines situations ou milieux (transports publics, offices, commerces, espace ouvert - s'il n'est pas possible de garder la distance), la fourniture de services dans des conditions sanitaires particulières, certaines restrictions liées au passage des frontières, principalement avec les états non membres de l'UE et de l'EEE.

Une nouvelle forme de prévention de la propagation du coronavirus est la désignation de zones vertes, jaunes et rouges. Une zone est le powiat entier et les restrictions dans les zones varient. Dans les powiats affectés à l'une des deux zones (jaune ou rouge), des restrictions portent sur, entre autres, l'obligation de porter des masques, l'organisation des foires, des congrès et des mariages, des manifestations sportives et culturelles, le fonctionnement de la gastronomie, des sanatoriums et des transports. Dans les powiats qui sont « vertes », les règles de sécurité d'applicabilité générale sont en vigueur.

Préparation à la deuxième vague de la pandémie COVID-19

La Pologne est préparée sur le plan organisationnel pour la deuxième vague de l'épidémie - à tout moment, il est possible de rétablir le réseau d'hôpitaux de type unique et le nombre de ventilateurs est suffisant, tout comme des équipements de protection individuelle et des tests.

Des tests antigéniques pourront également être utilisés par les services d'urgence des hôpitaux pour identifier rapidement les patients atteints de coronavirus.

Si le nombre des personnes infectées augmente, comme c'est actuellement le cas dans certains powiats, l'obligation de porter des masques dans les espaces publics et l'obligation de maintenir une distance sociale accrue sont rétablies.

Le 27 juillet 2020, une équipe spéciale chargée de préparer la Pologne à la deuxième vague de l'épidémie de COVID-19 a commencé à travailler. La stratégie développée par l'équipe a été annoncée le 3 septembre 2020. En ce qui concerne le dépistage du SARS-CoV-2, les tests se concentreront sur les patients qui présentent des symptômes et les personnes à risque. Les médecins de soins primaires feront partie du système de dépistage.

Un nouveau système de soins hospitaliers a été créé. Jusqu'à présent, les patients atteints du coronavirus étaient traités dans des hôpitaux de type unique. Au lieu de cela, trois niveaux

d'hôpitaux ont été créés. Le troisième niveau, le plus haut, sont les hôpitaux multi-spécialistes (9 hôpitaux, 2.000 places), avec des départements: médecine interne et maladies infectieuses, chirurgie générale, obstétrique et néonatalogie, cardiologie, soins intensifs et orthopédie. Ces établissements sont destinés aux patients atteints de coronavirus qui nécessitent un traitement hautement spécialisé, mais ces hôpitaux acceptent également des patients non infectés par le coronavirus. Au deuxième niveau, il y a 87 départements d'infectiologie et d'observation infectiologique, avec 4.000 places pour les patients nécessitant des soins de médecine interne typiques, mais aussi, par exemple, le raccordement à un ventilateur. Le premier niveau comprend les hôpitaux du réseau dit hospitalier - plus de 600.

La stratégie prévoit l'extension du réseau de points de collecte des échantillons pour les tests vers le SARS-CoV-2.

Article 12, paragraphe 3

Impact de la crise COVID-19 sur le fonctionnement du système de sécurité sociale et mesures prises pour compenser ou atténuer tout impact négatif de la crise.

Des solutions ont été introduites par la loi du 2 mars 2020 sur les mesures spéciales en matière de prévention et de lutte contre le COVID-19, des autres maladies infectieuses et des situations de crise qu'elles provoquent, telle que modifiée, et par la loi du 14 mai 2020 modifiant certaines lois sur des mesures de protection en relation avec la propagation du SARS-CoV-2.

1/ Extension du droit aux prestations familiales, aux allocations pour soignants et aux prestations du Fonds Alimentaire accordées sur la base de décisions à validité limitée dans le temps en vertu de la loi du 27 août 1997 sur la réadaptation professionnelle et sociale et l'emploi des personnes handicapées et sur la base de décisions à validité limitée dans le temps concernant l'incapacité de travailler et l'incapacité de vivre de manière autonome.

La validité des certificats d'handicap ou de degré d'handicap délivrés pour une période déterminée a été prolongée:

- jusqu'à 60e jour suivant le rappel de l'état d'urgence épidémique ou d'état de l'épidémie - s'applique aux décisions dont la validité a expiré entre le 9 décembre 2019 et le 7 mars 2020, à condition qu'une demande de délivrance d'une nouvelle décision soit introduite dans les 60 jours suivant le rappel de l'état d'urgence épidémique ou d'état de l'épidémie,
- jusqu'à 60e jour suivant le rappel de l'état d'urgence épidémique ou d'état de l'épidémie - s'applique aux décisions dont la validité expire après le 8 mars 2020.

La validité des certificats temporaires d'incapacité de travailler et d'incapacité de vivre de manière autonome rendus par les autorités chargées des retraites et des pensions (Institut d'assurances sociales, Fonds d'assurance sociale agricole) a été prolongée.

La prolongation de la validité des certificats d'handicap, des certificats de degré d'incapacité et des certificats d'incapacité de travailler et d'incapacité de vivre de manière autonome a entraîné la prolongation automatique du droit aux prestations, à savoir: prestations familiales (y compris la prestation pour les soins), allocations pour soignants et prestations du Fonds Alimentaire.

2/ La réduction du montant du revenu d'un emploi ou d'une autre activité lucrative ou d'une activité professionnelle non agricole suite à la lutte contre le COVID-19 considérée comme la perte du revenu, pour de la détermination du droit aux prestations familiales et aux prestations du Fonds Alimentaire

La réduction du montant du revenu d'un emploi ou d'une autre activité lucrative ou d'une d'activité professionnelle non agricole résultant des mesures prises pour lutter contre la pandémie est considérée comme la perte du revenu au sens de la loi du 28 novembre 2003 sur les prestations familiales et de la loi du 7 septembre 2007 sur l'aide aux personnes ayant droit à une pension alimentaire. Cela signifie, par exemple, qu'un parent qui n'a pas bénéficié antérieurement d'allocations familiales ou de prestations du Fonds Alimentaire parce que son revenu dépassait le critère de revenu donnant droit à ces prestations et, en raison de mesures

prises pour lutter contre COVID-19, sa rémunération a été réduite peut demander les prestations en indiquant sa situation économique nouvelle.

3/ Modification du critère de revenu pour les prestations du Fonds Alimentaire

À partir du 1er octobre 2020:

- le critère de revenu pour avoir droit aux prestations du Fonds Alimentaire sera de 900 zł (du 1er octobre 2019 au 30 septembre 2020 - 800 zł),
- lors de l'établissement du droit aux prestations du Fonds Alimentaire, le mécanisme "un złoty pour un złoty" sera appliqué - le dépassement du critère de revenu par une personne n'entraînera pas la perte du droit à ces prestations, cette personne recevra une prestation réduite du montant du dépassement du critère de revenu,
- si le revenu de la famille par personne dans la famille dépasse le critère de revenu d'un montant non supérieur au montant de la prestation du Fonds Alimentaire, la prestation du Fonds Alimentaire sera due à l' hauteur de la différence entre le montant de la prestation du Fonds Alimentaire et le montant de dépassement par personne en famille, le montant minimum de la prestation du Fonds Alimentaire disponible dans le cadre de ce mécanisme sera de 100 zł.

4/ Mesures d'information

Le ministère de la Famille, du travail et de la politique sociale a informé à deux reprises - par le biais de communications du 6 avril 2020 et du 22 avril 2020 - toutes les autorités de commune chargées de payment des prestations familiales, des prestations du Fonds Alimentaire et des prestations de garde d'enfants, ainsi que les voïvodes compétents pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, de l'entrée en vigueur des modifications de la loi du 2 mars 2020 sur les mesures spéciales en matière de prévention et de lutte contre le COVID-19. Les communications contenaient des explications détaillées de nouvelles dispositions et les modifications en ce qui concerne les prestations.

Les personnes qui, en raison de la pandémie COVID-19 (par exemple, fermeture d'écoles, de jardins d'enfants) ont dû s'occuper d'enfants ont droit à une allocation de soins supplémentaire (une prestation distincte de l'allocation de soins normale prévue par la loi du 25 juin 1999 sur les prestations sociales en cas de maladie et de maternité).

En vertu de la loi du 2 mars 2020 sur les mesures spéciales en matière de prévention et de lutte contre les COVID-19, les autres maladies infectieuses et les situations de crise qu'elles provoquent, un ensemble de solutions protégeant l'État et les citoyens polonais de la crise provoquée par la pandémie de coronavirus a été élaboré. Ces solutions concernent, entre autres, la protection des lieux de travail et la sécurité des salariés:

- les personnes fournissant des services dans le cadre de contrats de droit civil et les personnes exerçant une activité professionnelle non agricole qui, en raison de la pandémie COVID-19, ont suspendu leur activité ou ont enregistré une baisse de revenus d'au moins 15% peuvent demander une indemnité de stationnement, à hauteur de 80% de la rémunération minimale applicable en 2020, financée par le Fonds du travail,
- les entreprises dont les activités ont été affectées par la pandémie COVID-19 pouvaient demander une exonération de cotisations de sécurité sociale pour la période allant de mars à mai 2020, les cotisations de sécurité sociale non versées ont été traitées comme les cotisations payées afin qu'elles puissent être prises en compte lors de la demande d'autres prestations de sécurité sociale,
- l'allègement pour les entrepreneurs - possibilité pour le ZUS de renoncer à la perception des intérêts de retard sur les cotisations pour la période postérieure au 31 décembre 2019, non versées suite à l'apparition du COVID-19,

- les entrepreneurs qui ont des difficultés à payer les contributions dues à partir de janvier 2020, sont exemptés de la taxe de prolongation en cas de conclusion d'un accord sur le report du paiement des contributions ou d'un accord sur la répartition des paiements en plusieurs versements,
- le cofinancement, pour l'entrepreneur et les personnes employées sur la base d'un contrat de travail à façon ou d'un contrat de mandat ou d'un autre contrat de prestation de services, d'une partie des coûts salariaux en cas de diminution du chiffre d'affaires suite à la survenance de COVID-19,
- le cofinancement, pour un entrepreneur qui est une personne physique et qui n'emploie pas de travailleurs, d'une partie des coûts d'exploitation d'une activité professionnelle en cas d'une diminution définie du chiffre d'affaires résultant de COVID-19,
- un prêt unique sur les ressources du Fonds du travail, d'un montant maximum de 5.000 zł, destiné à couvrir les frais courants de fonctionnement d'un micro-entrepreneur ayant exercé une activité commerciale avant le 1er mars 2020; le micro-entrepreneur n'a pas à rembourser le prêt et des intérêts s'il exerce une activité pendant 3 mois à compter de l'octroi du prêt,
- le cofinancement, pour une ou plusieurs organisations non gouvernementales exerçant des activités d'intérêt public, d'une partie des coûts salariaux et des cotisations de sécurité sociale dues sur les salaires, en cas de diminution des recettes provenant des activités statutaires suite au COVID-19,
- en ce qui concerne les services et les instruments du marché du travail et d'autres formes de soutien mis en œuvre sur la base de la loi du 20 avril 2004 sur la promotion de l'emploi et les institutions du marché du travail, dans la mesure nécessaire pour atténuer et limiter les effets négatifs de COVID-19, le starosta peut, à la demande d'une partie ou avec son consentement, modifier les termes de l'accord, y compris le prolonger ou reporter des obligations qui en découlent.

Le soutien offert aux entrepreneurs est d'une importance significative. Au 16 juillet 2020, les offices du travail de powiat ont reçu 2,4 millions de demandes de soutien:

- 1,9 million de demandes de prêts (81,8% des demandes présentées),
- 158,6 milliers de demandes de cofinancement d'une partie des coûts salariaux,
- 267,9 milliers de demandes de cofinancement d'une partie des coûts d'une activité professionnelle des personnes n'employant pas de travailleurs,
- 2,8 mille demandes de cofinancement d'une partie des coûts salariaux à titre de travailleurs des organisations non gouvernementales.

Au 16 juillet 2020, un montant de 11,4 milliards d'euros a été touché par des entrepreneurs, 3 millions d'entrepreneurs ont bénéficié d'un soutien.

Article 14, paragraphe 1

Comment et dans quelle mesure le fonctionnement des institutions d'assistance sociale a été maintenu pendant la crise COVID-19, des solutions spécifiques adoptées en vue de crises similaires à l'avenir.

Afin d'assurer la continuité du fonctionnement, de faciliter l'organisation du travail des institutions d'assistance sociale et de fournir l'assistance aux personnes et protéger les travailleurs d'assistance sociale, le ministère de la Famille, du travail et de la politique sociale a élaboré et remis aux voïvodes:

- l'instruction sur la manière de procéder pour octroyer les prestations, en situation de risque d'infection par le virus SARS-CoV-2,
- l'instruction concernant l'aide aux personnes vivant dans des maisons d'assistance sociale,

- l’instruction sur la mise en œuvre des soins et des soins spécialisés, y compris la mise en œuvre des services pour les personnes atteintes de troubles mentaux, vu la propagation du virus SARS-CoV-2,
- l’instruction concernant le soutien aux sans-abri vu la propagation du virus SARS-CoV-2, ainsi que la procédure à appliquer par les entités gérant des établissements d'aide aux sans-abri.

Afin de protéger les travailleurs sociaux contre l'exposition à la maladie infectieuse et de prévenir la propagation de la maladie infectieuse par le travailleur social, des changements ont été introduits portant sur l'enquête sociale concernant la situation familiale, qui est une condition pour obtenir les prestations. Les lignes directrices permettent de déterminer la situation personnelle, familiale, le revenu et le patrimoine suite à un appel téléphonique, sur la base de documents ou de déclarations exigés par la loi (envoyés par voie électronique) et d'informations mises à disposition par les entités autorisées à le faire. En ce qui concerne les personnes bénéficiant de formes d'assistance permanentes, dont les données ont changé, une possibilité de ne pas mettre à jour l'enquête sociale sur la situation familiale a été introduite, malgré l'expiration du délai légal. L'enquête sociale sera effectué immédiatement après l'annulation de l'état d'urgence épidémique ou d'état d'épidémie.

En ce qui concerne les personnes qui demandent des soins ou une mise à jour du droit aux soins, l'établissement de la situation de l'individu peut se faire sur la base: d'un entretien par téléphone avec un travailleur social et de documents ou de déclarations, ainsi que de leurs copies, y compris électroniques, obtenues auprès de la personne qui demande ou qui reçoit la prestation ou de membres de sa famille.

La loi sur les mesures spéciales en matière de prévention et de lutte contre le COVID-19, d'autres maladies infectieuses et des situations de crise qui en découlent et certaines autres lois, ont été introduites, entre autres:

- la possibilité de recevoir des subventions pour le fonctionnement courant des maisons d'entraide locales, malgré la cessation de leurs activités,
- la facilitation de l'examen de la situation des personnes demandant de l'assistance (entretien téléphonique, documents obtenus auprès d'autres institutions),
- la prolongation du droit aux prestations malgré l'expiration de validité du certificat d'incapacité,
- la possibilité d'introduire une demande et de mener une procédure pour convenir d'un programme individuel d'intégration par le biais d'une communication électronique, sans devoir se présenter en personne au centre de powiat d'aide aux familles,
- la possibilité d'accorder une aide alimentaire, dans le cadre du Fonds européen pour les plus démunis, aux étrangers en besoin, soumis à la quarantaine ou à l'isolement en raison d'un soupçon d'infection ou de maladie infectieuse, résidant légalement sur le territoire de la République de Pologne, à condition que l'étranger remplisse les critères d'éligibilité à l'aide alimentaire dans le cadre du Programme opérationnel d'aide alimentaire 2014-2020 sur la base de dispositions distinctes.

Les offices de voïvodie ont reçu des recommandations pour les communes en ce qui concerne l'octroi d'une aide sous forme de prestations en espèces pour l'achat d'un repas ou de nourriture, ou de prestations en nature sous forme de produits alimentaires, pendant la fermeture des institutions éducatives.

Sur la base de motions du ministre de la Famille, du travail et de la politique sociale, l'Agence des réserves matérielles (réserves stratégiques de l'Etat) a envoyé les moyens de protection individuelle aux institutions d'assistance sociale, notamment les maisons d'assistance sociale, les institutions fournissant un abri temporaire aux sans-abri, les centres d'assistance sociale, les centres d'intervention de crise, les centres de soutien spécialisés, les institutions de soins 24 heures sur 24.

Afin de garantir le fonctionnement efficace des institutions d'assistance sociale, des mesures ont également été prises dans le domaine du soutien financier à ces institutions:

- plus tôt que les années précédentes (en avril de cette année), des fonds ont été transférés de la réserve spéciale du budget de l'État pour soutenir les powiats dans l'exécution de leur tâche propre consistant en la gestion des maisons d'assistance sociale,
- le ministre de la Famille, du travail et de la politique sociale a alloué des fonds provenant de la réserve spéciale du budget de l'État (30.000.000 zł) pour cofinancer les entités de l'administration locale gérant les maisons d'assistance sociale, pour les activités courantes des maisons, y compris les rémunérations,
- les ressources du Fonds social européen ont été allouées pour contrecarrer l'impact négatif de COVID-19 sur le fonctionnement du système d'assistance sociale - 378 millions de zł ont été alloués pour soutenir plus de 800 établissements de soins fonctionnant 24 heures sur 24, y compris les maisons d'assistance sociale (entre autres, pour l'achat d'équipements de protection individuelle, la fourniture de logements temporaires pour les résidents et le personnel des maisons d'assistance sociale, l'achat de tests de détection COVID-19, les subventions aux salaires, le cofinancement de l'emploi temporaire de nouveaux travailleurs).

En mars et avril 2020, le ministre de la Famille, du travail et de la politique sociale a émis un certain nombre d'instructions et de recommandations aux organismes gérant les maisons d'assistance sociale, concernant toutes les personnes présentes dans l'établissement (personnel, résidents). Les recommandations indiquaient des procédures visant à protéger le personnel des maisons d'assistance sociale contre l'exposition aux infections, ainsi que comment améliorer l'organisation du travail et concernaient:

- le fonctionnement des maisons d'assistance sociale, l'organisation du travail,
- la continuité du fonctionnement des maisons d'assistance sociale par moyen d'assurer un nombre suffisant de personnel,
- les procédures d'admission d'un nouveau résident dans une maison d'assistance sociale,
- le détachement du personnel d'autres établissements (par exemple, d'établissements temporairement fermés),
- la participation des bénévoles et des étudiants au fonctionnement des institutions d'assistance sociale,
- la continuité des soins médicaux et infirmiers assurée par des personnes travaillant uniquement dans un établissement donné (combinaison d'emplois),
- la procédure en cas de détection de l'infection par le SARS-CoV-2 chez le résident d'une maison d'assistance sociale ou le membre du personnel,
- l'obligation de mener un entretien détaillé avec le personnel,
- les sorties des maisons d'assistance sociale par les résidents et les visites des proches des résidents.

Selon les besoins, le personnel des maisons d'assistance sociale a accès à l'équipement de protection individuelle.

En ce qui concerne la protection du personnel des institutions offrant un refuge aux sans-abri, le ministère de la Famille, du travail et de la politique sociale a élaboré une procédure pour les entités gérant ces institutions, qui oblige à limiter au strict minimum le nombre de travailleurs présents dans l'institution (limitation des heures de travail, travail à distance des employés de bureau), ainsi qu'à surveiller l'état de santé des membres du personnel et des personnes profitant du refuge et à interdire aux travailleurs présentant des symptômes de rhume ou de grippe de venir travailler.

La procédure applicable aux entités gérant des centres d'hébergement pour les sans-abris oblige de respecter strictement le régime sanitaire, de contrôler et de limiter la circulation des personnes dans les établissements, et de gérer des installations d'hébergement 24 heures sur 24.

Dans le cadre de la mise à jour des lignes directrices pour l'organisme intermédiaire et les bénéficiaires des mesures mises en œuvre dans le cadre du programme opérationnel d'aide alimentaire 2014-2020, les changements suivants ont été introduits:

- le personnel des centres d'assistance sociale peut qualifier des personnes à recevoir de l'aide alimentaire sur base d'un entretien par téléphone ou sur base des informations reçues par des moyens de communication électroniques,
- dans le cas des personnes sans domicile fixe, l'assistance peut être fournie à leur lieu de séjour, tant dans des établissements (dortoirs, foyers, hospices) que dans d'autres lieux,
- les centres d'assistance sociale participent dans la fourniture de l'aide alimentaire, en particulier aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux personnes seules et aux personnes dont la santé ne leur permet pas de subvenir à leurs besoins fondamentaux par elles-mêmes,
- les personnes ayant droit à une aide alimentaire sous forme de repas peuvent recevoir les repas à emporter ou sous forme de colis alimentaires, en cas de suspension temporaire des activités des organisations qui livrent les repas,
- l'aide fournie aux sans-abri a été augmentée en fonction des besoins,
- une partie des fonds peut être utilisée pour l'achat d'équipements de protection individuelle pour les organisations partenaires.

La situation dans les établissements d'assistance sociale est suivie en permanence à travers des vidéoconférences quotidiennes du ministère de la Famille, du travail et de la politique sociale avec les directeurs de tous les départements de politique sociale des offices de voïvodie - depuis le 13 mars 2020. Les directeurs des départements de politique sociale des offices de voïvodie fournissent des informations sur la situation dans les maisons d'assistance sociale et les établissements de soins 24 heures sur 24. La situation dans les unités où l'infection par le coronavirus des résidents ou d'un membre du personnel a surgi est également abordée. Des décisions sont prises sur la mise en œuvre des mesures appropriées.

En outre, les directeurs des départements de politique sociale envoient quotidiennement des informations détaillées pour permettre aux services du ministère de réagir rapidement et efficacement aux problèmes signalés.

À partir du 13 mars 2020, le ministre de la Famille, du travail et de la politique sociale est en contact permanent avec les voïvodes qui supervisent la mise en œuvre des tâches des communes, des powiats et des voïvodies, y compris la qualité de l'activité des institutions d'assistance sociale et la qualité des services pour lesquels des normes ont été définies.