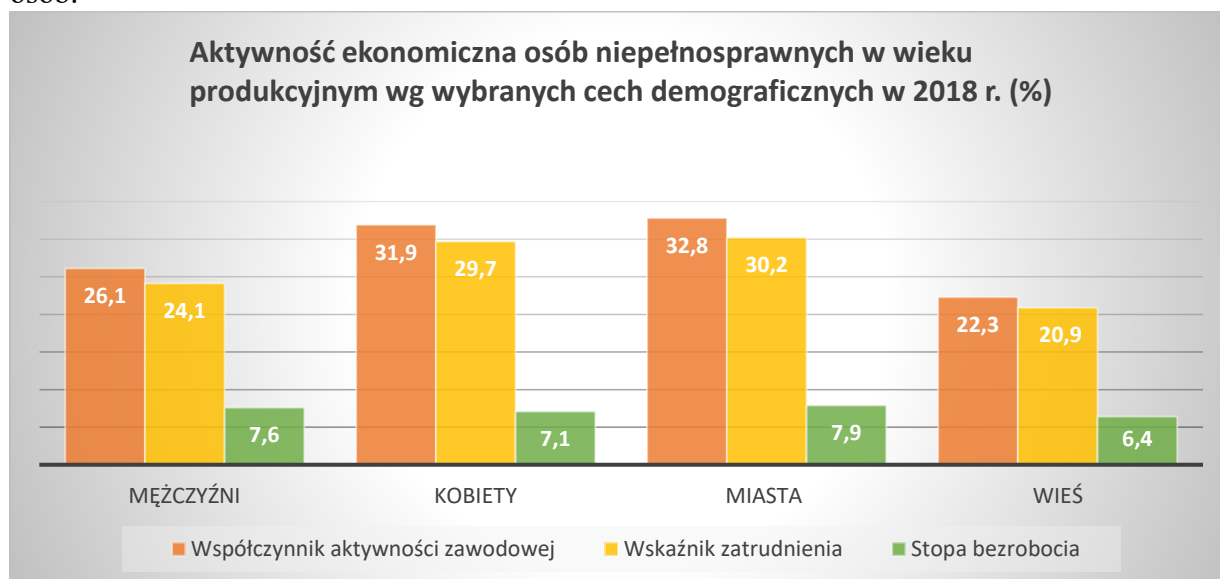


Poziom aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych jest skorelowany zarówno z miejscem zamieszkania, wiekiem, stopniem niepełnosprawności oraz wykształceniem tych osób.



Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych BAEL GUS.

Osoby niepełnosprawne zamieszkujące obszary miejskie są bardziej aktywne zawodowo od osób zamieszkujących obszary wiejskie. W 2018 r. osoby niepełnosprawne w wieku 16 lat i więcej charakteryzowały następujące wskaźniki w zależności od miejsca zamieszkania:

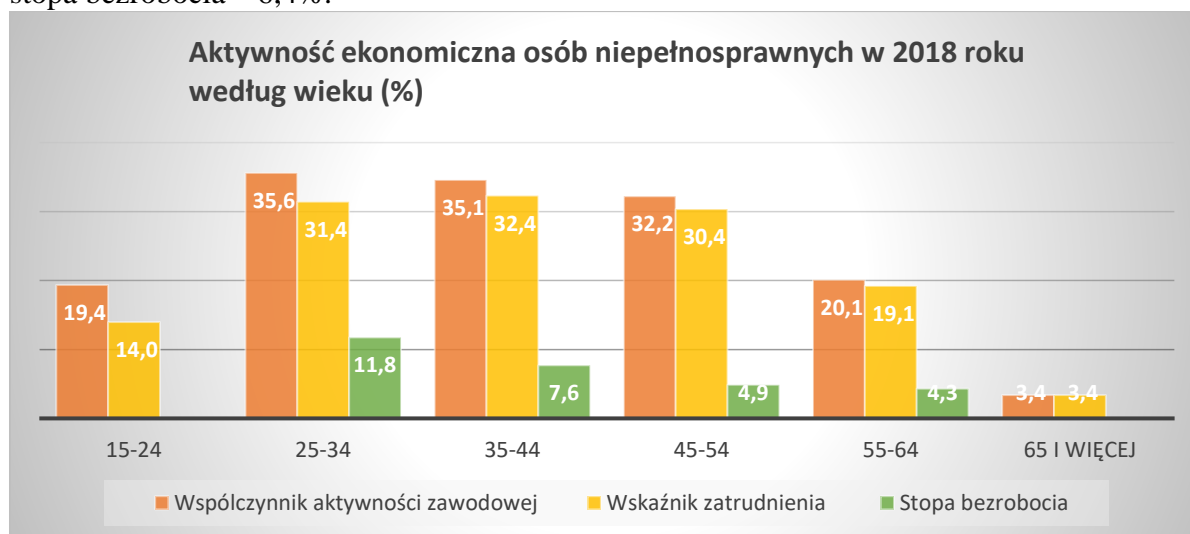
- Miasto: współczynnik aktywności zawodowej – 18,8%, wskaźnik zatrudnienia – 17,5%, stopa bezrobocia – 6,7%;

- Wieś: współczynnik aktywności zawodowej – 14,8%, wskaźnik zatrudnienia – 13,9%, stopa bezrobocia – 5,9%;

Tę samą tendencję zauważa się dla wieku produkcyjnego:

- Miasto: współczynnik aktywności zawodowej – 32,8%, wskaźnik zatrudnienia – 30,2%, stopa bezrobocia – 7,9%;

- Wieś: współczynnik aktywności zawodowej – 22,3%, wskaźnik zatrudnienia – 20,9%, stopa bezrobocia – 6,4%.

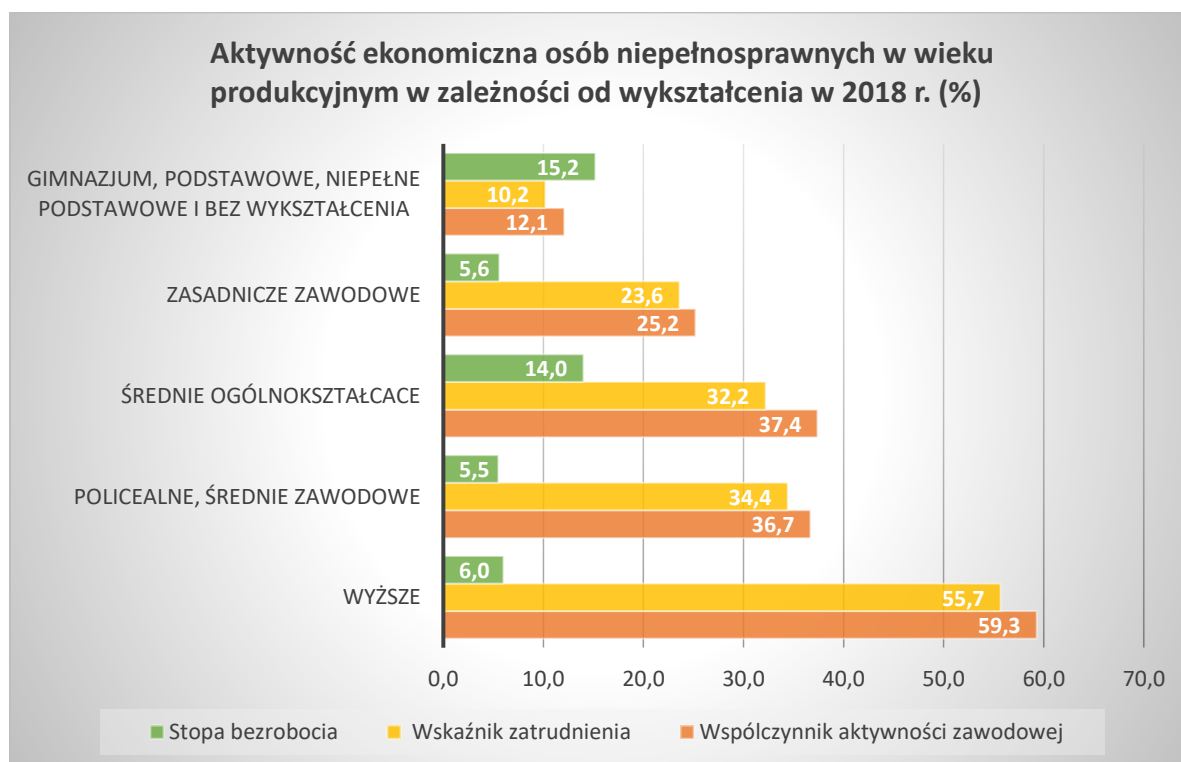


Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych BAEL GUS.

Najbardziej aktywne zawodowo były osoby niepełnosprawne w przedziale wiekowym między 25 a 34 rokiem życia; współczynnik aktywności zawodowej tej grupy wyniósł 35,6%.

W najtrudniejszej sytuacji wydają się być młode osoby niepełnosprawne (między 15 a 24 rokiem życia), u których wskaźnik zatrudnienia wynosił zaledwie 14,0%. Trzeba jednak wziąć pod uwagę fakt, że w tej grupie wieku osoby poniżej 18 roku życia to młodociani, którzy zasadniczo nie pracują.

Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych jest w dużej mierze zależna od poziomu wykształcenia tych osób. Wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym z wykształceniem wyższym współczynnik aktywności zawodowej wyniósł 59,3%, a wskaźnik zatrudnienia 55,7%. Tymczasem w przypadku tej samej grupy wiekowej osób niepełnosprawnych posiadających wykształcenie gimnazjalne i niższe współczynnik aktywności zawodowej wynosił zaledwie 12,1%, a wskaźnik zatrudnienia 10,2%. Zdecydowanie wyższy wskaźnik zatrudnienia od ostatniej grupy charakteryzuje osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym z wykształceniem średnim ogólnokształcącym (32,2%) oraz zasadniczym zawodowym (23,6%).

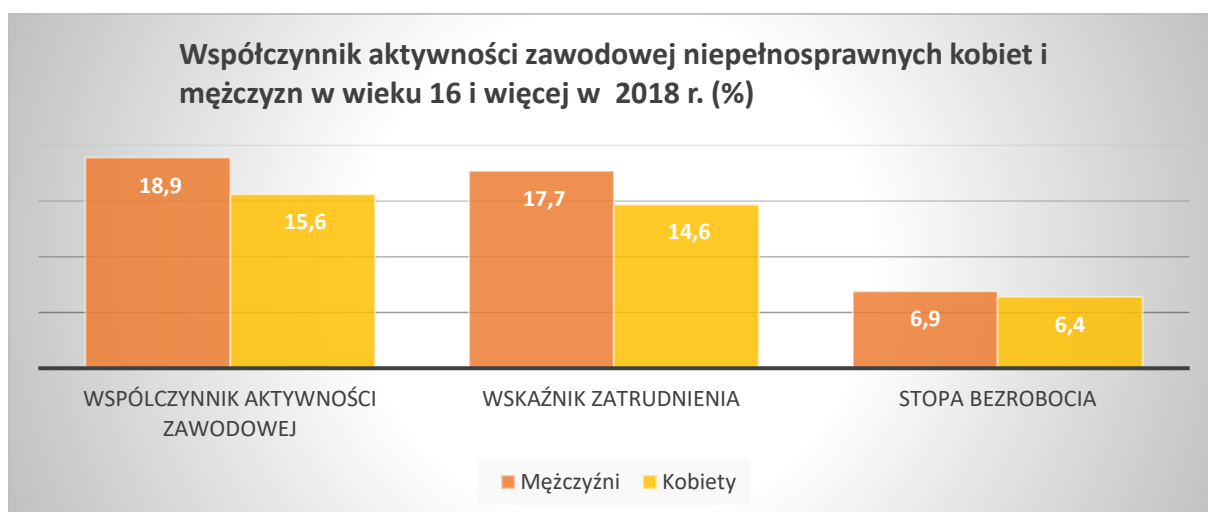


Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych BAEL GUS.

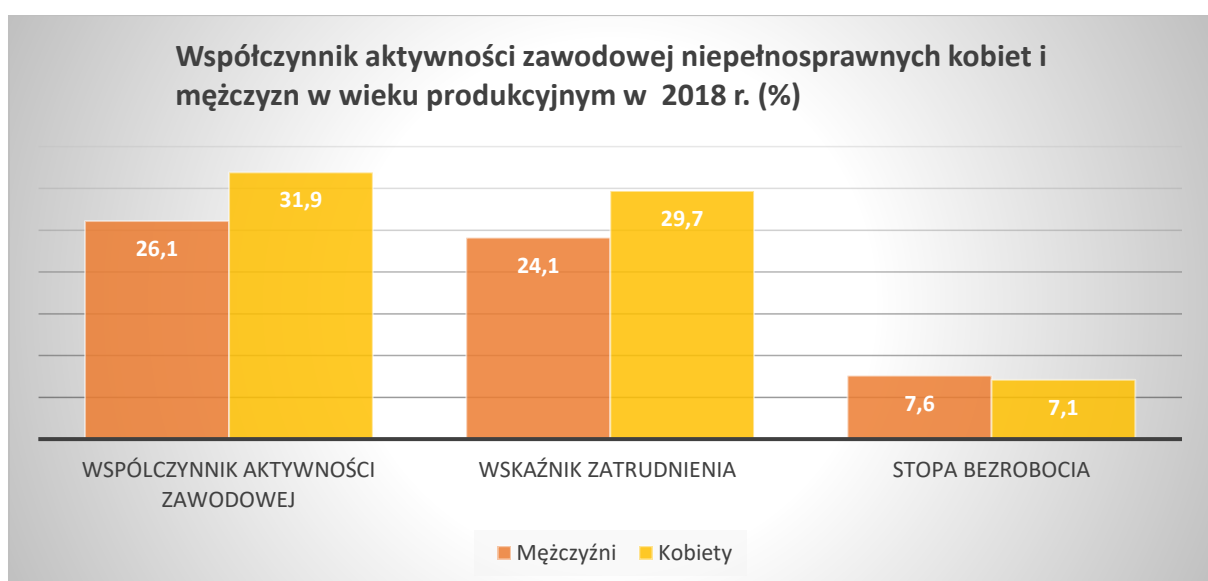
Jednakże wśród osób z wykształceniem średnim ogólnokształcącym występuje znacznie większy poziom bezrobocia (14,0%). Osoby niepełnosprawne w wieku produkcyjnym z wykształceniem policealnym i średnim zawodowym charakteryzuje stopa bezrobocia na poziomie 5,5%, niemal takim samym jak w przypadku osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (5,6%). Najbardziej aktywną zawodowo grupę wśród osób niepełnosprawnych stanowiły kobiety w wieku produkcyjnym z wyższym wykształceniem. Wśród tej grupy

współczynnik aktywności zawodowej wynosił 62,5 %, wskaźnik zatrudnienia 61,3 %, a stopa bezrobocia 4,0%.

Interesujące wydaje się również porównanie aktywności zawodowej kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych. Okazuje się, że niepełnosprawni mężczyźni w wieku 16 lat i więcej, których współczynnik aktywności zawodowej wynosił 18,9 %, wskaźnik zatrudnienia 17,7%, a stopa bezrobocia 6,9 % wykazują większą aktywność zawodową od kobiet, dla których współczynnik aktywności zawodowej był na poziomie 15,6 %, wskaźnik zatrudnienia 14,6%, a stopa bezrobocia – 6,4%. Jednocześnie – biorąc pod uwagę dane dla osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym – okazuje się, że wyższy o 5,8 pkt proc. poziom aktywności wykazują kobiety (współczynnik aktywności zawodowej na poziomie 31,9% dla kobiet i 26,1% dla mężczyzn), charakteryzuje je również wyższy o 5,6 pkt proc. wskaźnik zatrudnienia (29,7% dla kobiet i 24,1% dla mężczyzn) oraz niższa o 0,5 pkt proc. stopa bezrobocia (7,1% dla kobiet i 7,6% dla mężczyzn).



Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych BAEL GUS.

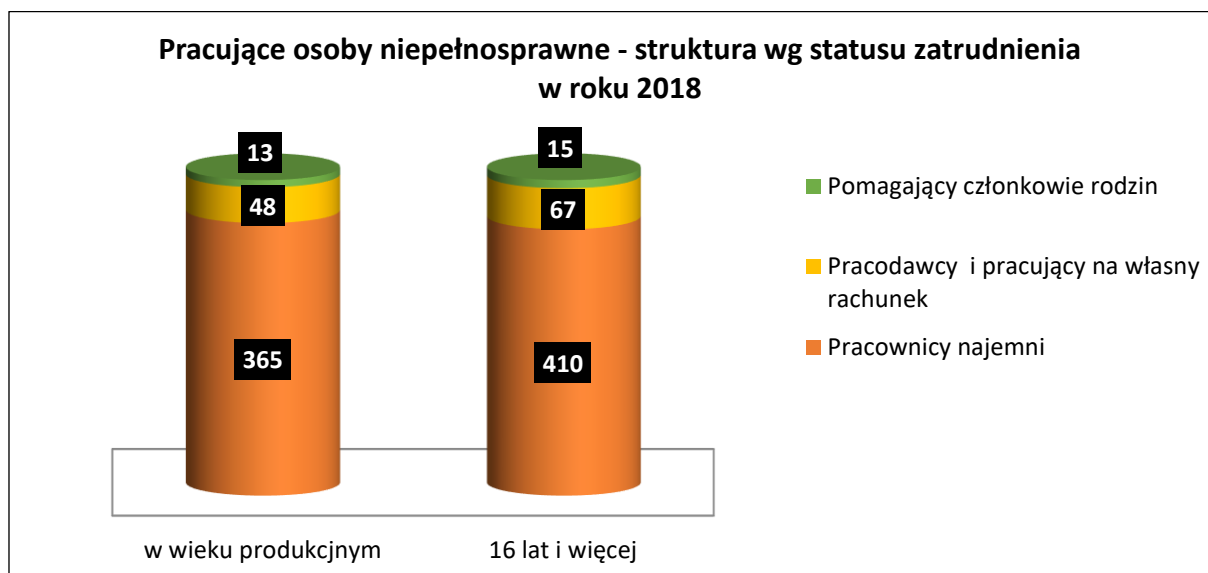


Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych BAEL GUS.

Wśród pracujących osób niepełnosprawnych największą grupę pod względem statusu zatrudnienia stanowili pracownicy najemni: dla osób w wieku 16 lat i więcej – 83,4%, a dla wieku produkcyjnego 85,7%.

Pracodawcy oraz pracujący na własny rachunek stanowili łącznie 13,6% (wiek 16 lat i więcej) oraz 11,3% (wiek produkcyjny) wśród pracujących.

Pomagający członkowie rodzin stanowią najmniejszą grupę wśród pracujących osób niepełnosprawnych stanowili 3,0% (wiek 16 lat i więcej) oraz 3,0% (wiek produkcyjny).



Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych BAEL GUS.

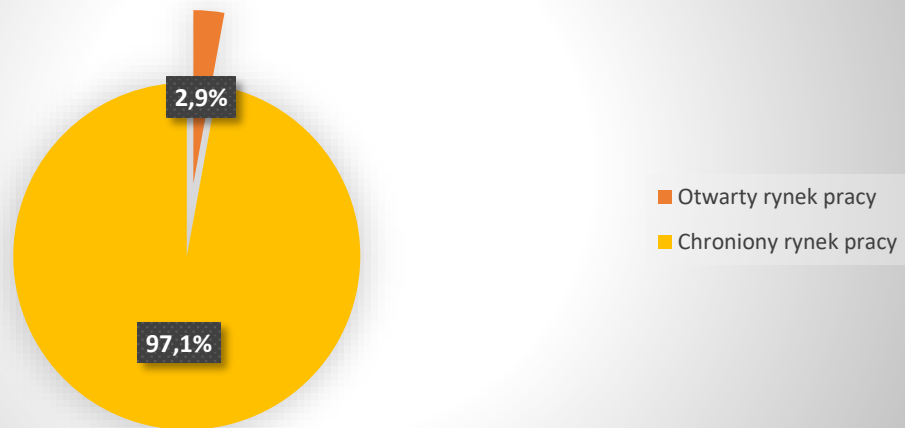
Dane z Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹.

Na koniec grudnia 2018 r. na rynku pracy odnotowano 31,2 tys. pracodawców korzystających z dofinansowania do wynagrodzeń zatrudnionych osób niepełnosprawnych², w tym: 0,9 tys. pracodawców chronionego rynku pracy (2,9% ogółu pracodawców) oraz 30,3 tys. otwartego rynku pracy (97,1% ogółu pracodawców).

¹ System zawiera m.in. informacje o pracodawcach zatrudniających osoby niepełnosprawne oraz pracownikach niepełnosprawnych na subsydiowanym rynku pracy oraz osoby niepełnosprawne prowadzące działalność gospodarczą a także niepełnosprawnych rolników uprawnionych do refundacji składek na ubezpieczenie społeczne. Dane PFRON. według stanu na dzień 03.04.2019 r.

² W ramach Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

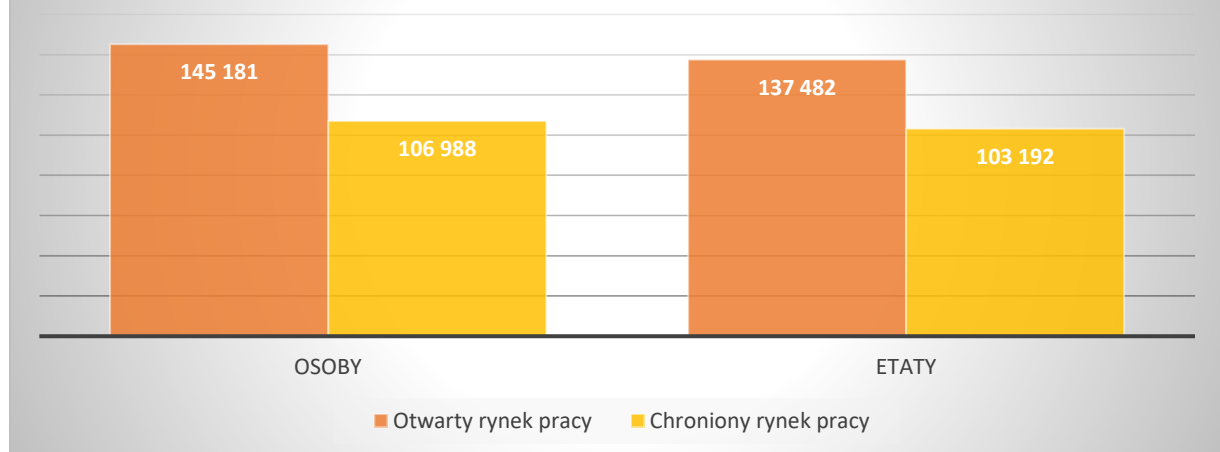
Pracodawcy zarejestrowani w systemie SODiR PFRON w grudniu 2018 r



Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.

W prowadzonej przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Ewidencji Zatrudnionych Osób Niepełnosprawnych w grudniu 2018 r. było zarejestrowanych 252,2 tys. pracowników niepełnosprawnych, których wynagrodzenia są dofinansowywane ze środków PFRON, co odpowiada 240,7 tys. etatom, w tym: 107,0 tys. na chronionym rynku pracy, tj. 103,2 tys. etatów oraz 145,2 tys. na otwartym rynku pracy – 137,5 tys. etatów.

Pracownicy niepełnosprawni zarejestrowani w SODiR PFRON w grudniu 2018 r.



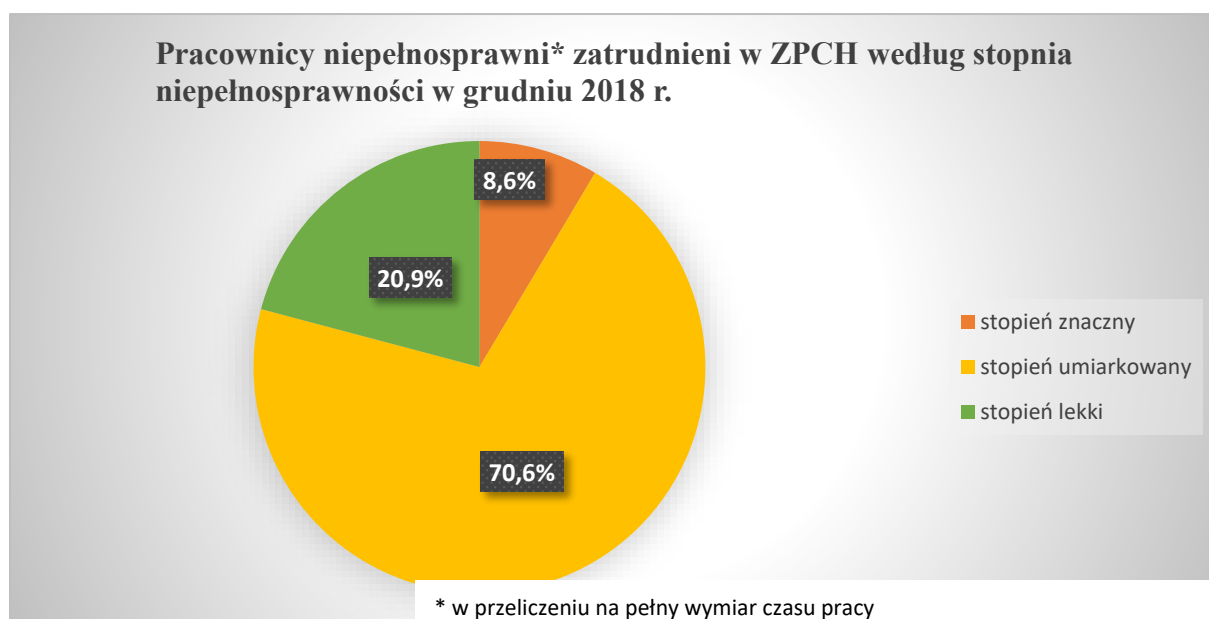
Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.

W grupie pracowników niepełnosprawnych zarejestrowanych w Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR) prowadzonym przez PFRON w grudniu 2018 r. większość osób była zatrudniona u pracodawców na otwartym rynku pracy (57,6%), zaś na chronionym rynku pracy - 42,4%. W Zakładach Pracy Chronionej (ZPCH) zatrudnionych było 42,4% pracowników niepełnosprawnych. W ramach pracowników niepełnosprawnych

zatrudnionych na chronionym rynku pracy większość stanowiły osoby bez schorzeń specjalnych (66,8%).



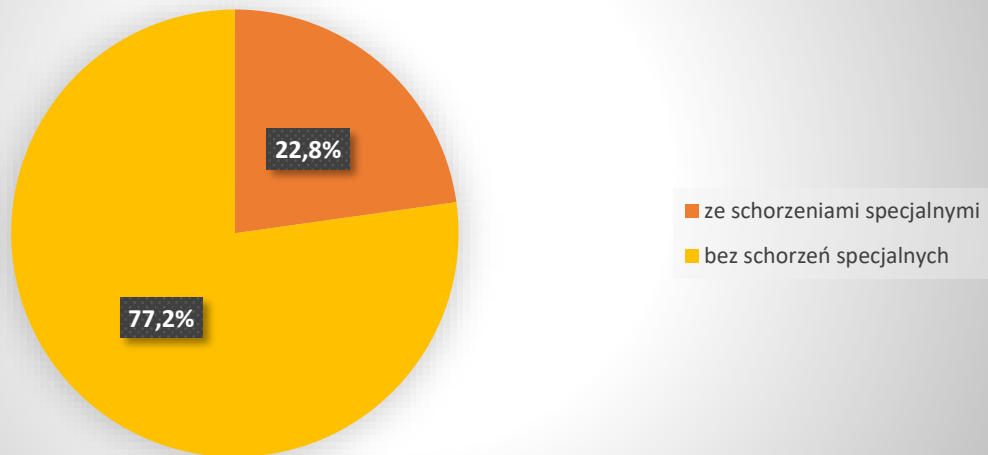
Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.



Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.

W grudniu 2018 r. wśród pracowników niepełnosprawnych z otwartego rynku zdecydowanie przeważały osoby bez schorzeń specjalnych (77,2%).

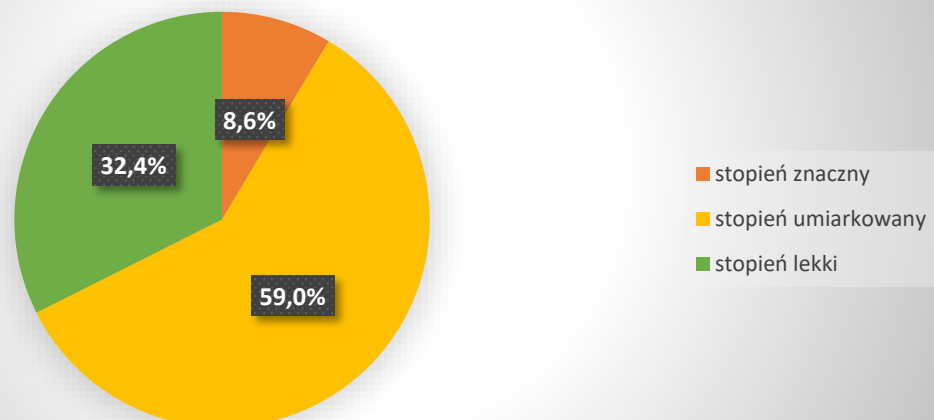
Pracownicy niepełnosprawni zatrudnieni na otwartym rynku pracy w grudniu 2018 roku-struktura w etatach



Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.

Klasyfikując pracowników niepełnosprawnych z otwartego rynku pracy według stopnia niepełnosprawności można zauważyć, że 59,0% stanowią osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, 32,4% osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności a 8,6% osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Pracownicy niepełnosprawni* zatrudnieni na otwartym rynku pracy według stopnia niepełnosprawności we wrześniu 2018 roku



Źródło: Opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.

W Ewidencji Zatrudnionych Osób Niepełnosprawnych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w grudniu 2018 r. było zarejestrowanych 22,3 tys. osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą i ubiegających się o refundację składek na ubezpieczenie społeczne, w tym: 2,0 tys. osób ze znacznym stopniem

niepełnosprawności, 12,4 tys. osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności oraz 7,9 tys. osób z lekkim stopniem niepełnosprawności.³

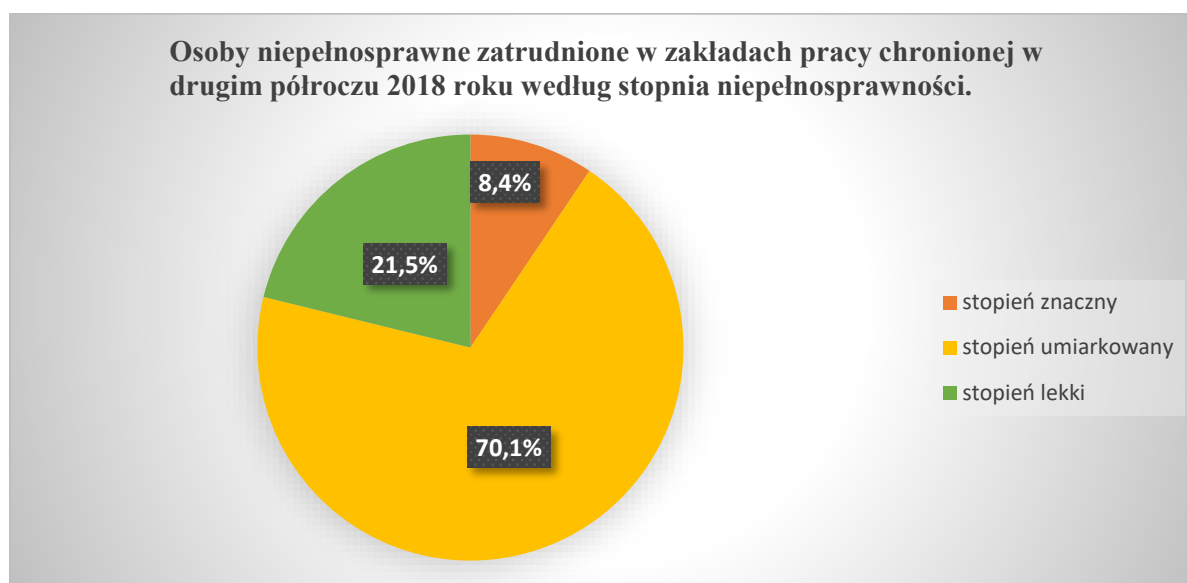
Liczba niepełnosprawnych rolników uprawnionych do refundacji składek na ubezpieczenie społeczne zarejestrowanych w IV kw. 2018 r. wynosiła 2,9 tys. Natomiast liczba niepełnosprawnych domowników, na których rolnicy byli zobowiązani do opłacania składek wynosiła 0,8 tys. osób.⁴

Zakłady Pracy Chronionej według danych z ewidencji wojewodów.

Na podstawie danych sprawozdawczych od wojewodów⁵ w grudniu 2018 r. funkcjonowało 922 zakłady pracy chronionej zatrudniających 145,9 tys. osób (w przeliczeniu na etaty: 138,3 tys.), w tym 113,8 tys. osób niepełnosprawnych (w przeliczeniu na etaty: 109,5 tys.)⁶.

Wśród zatrudnionych osób niepełnosprawnych odsetek osób ze schorzeniami specjalnymi był na poziomie 30,8% a udział osób bez schorzeń specjalnych wynosił 69,2%.

Wśród zatrudnionych niepełnosprawnych osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności stanowiły 8,4%, osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – 70,1% a osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności – 21,5%.



Źródło: sprawozdania wojewodów INF – ZPCh-ZAZ w II półroczu 2018 r.; opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

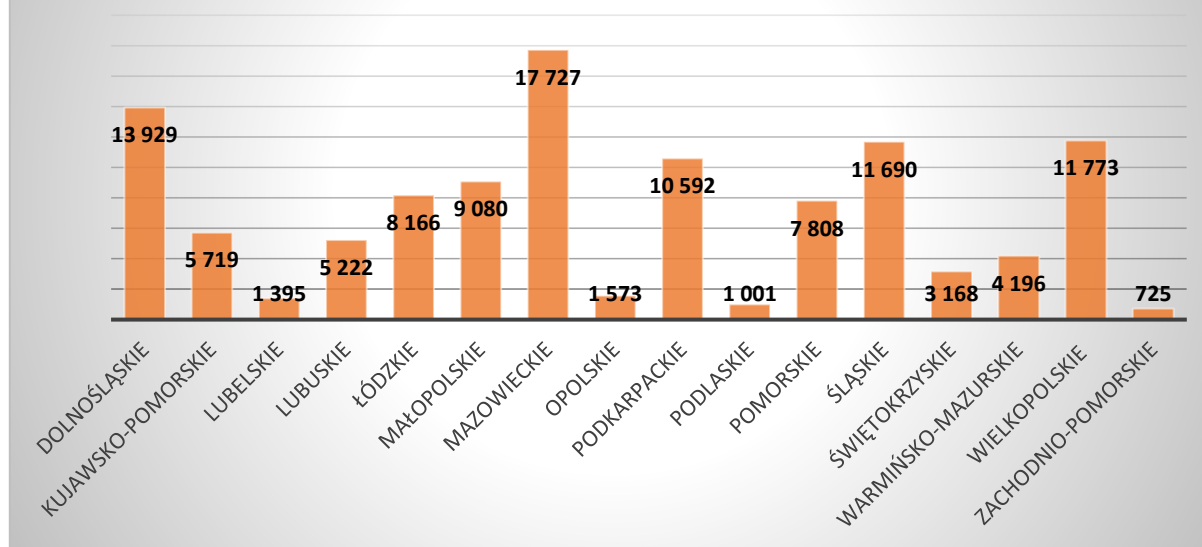
³ Na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.

⁴ Na podstawie danych SODiR PFRON wg stanu na dzień 3.04.2019 r.

⁵ Na podstawie sprawozdania INF-ZPCh-ZAZ

⁶ Dane przesłane przez urzędy wojewódzkie dotyczą liczby zakładów pracy chronionej i zatrudnienia w tych zakładach, które wywiązały się z obowiązku sprawozdawczego. Nie obejmują zakładów, które nie przesyłały informacji do właściwego urzędu wojewódzkiego. 9 zakładów pracy chronionej nie nadeszło do wojewodów informacji o swojej działalności w 2018 r. Dane udostępniane przez wojewodów zostały opracowane przez Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w Zakładach Pracy Chronionej w II półroczu 2018 r.



Źródło: sprawozdania wojewodów INF – ZPCh-ZAZ w II półroczu 2018 r.; opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Zakłady Aktywności Zawodowej.

W grudniu 2018 r. na rynku pracy funkcjonowało 116 zakładów aktywności zawodowej, które zatrudniały ogółem 6,7 tys. osób, w tym 5,1 tys. osób niepełnosprawnych. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w stosunku do ogółu pracowników zatrudnionych wynosiło 76,1%.

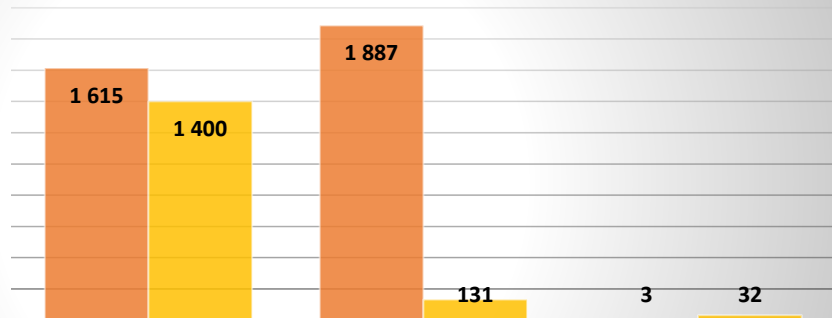
Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w Zakładach Aktywności Zawodowej w podziale na stopnie niepełnosprawności oraz występowanie schorzeń specjalnych kształtowało się następująco:

- z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności:
 - o ogółem – 3,0 tys. osób,
 - o ze schorzeniami specjalnymi – 1,6 tys. osób,
- z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności:
 - o ogółem – 2,0 tys. osób,
 - o ze schorzeniami specjalnymi – 1,9 tys. osób,
- z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności:
 - o ogółem- 35 osób,
 - o ze schorzeniami specjalnymi- 3 osoby

Wśród pracowników niepełnosprawnych osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności stanowiły 59,5%, zaś z umiarkowanym stopniem – 39,8% a z lekkim – 0,7%.

Osoby ze schorzeniami specjalnymi stanowiły 69,2% grupy niepełnosprawnych pracowników, a osoby bez schorzeń specjalnych 30,8%.

**Osoby niepełnosprawne zatrudnione
w zakładach aktywności zawodowej w II połowie 2018 r**



	znaczný stopieñ niepełnosprawnoñci	umiarkowany stopieñ niepełnosprawnoñci	lekki stopieñ niepełnosprawnoñci
■ ze schorzeniami specjalnymi	1 615	1 887	3
■ bez schorzeñ specjalnych	1 400	131	32

Źródło: sprawozdania wojewodów INF – ZPCh-ZAZ w II półroczu 2018 r.; opracowanie własne Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

II.

INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA RESORTÓW I KIEROWNIKÓW URZĘDÓW O REALIZACJI W 2018 r. PRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZAKRESIE:

1. DOSTĘPU DO DÓBR I USŁUG UMOŻLIWIAJĄCYCH PEŁNE UCZESTNICTWO W ŻYCIU SPOŁECZNYM

Obszerny opis instrumentów służących urzeczywistnieniu tego prawa został zawarty w informacji dotyczącej realizacji pozostałych praw. Niemniej jednak warto podkreślić, że trwają prace nad projektem dyrektywy w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w odniesieniu do wymogów dostępności produktów i usług (European Accessibility Act – EAA) [COM(2015) 615], podejmowanych podczas posiedzeń Grupy Roboczej Rady UE ds. Społecznych. Z uwagi na podstawowy cel dyrektywy, którym jest przyczynienie się do poprawy właściwego funkcjonowania rynku wewnętrznego, a w szczególności usuwanie barier dla swobodnego przepływu dostępnych produktów i usług, które wynikają z niezharmonizowanego w UE podejścia do zagadnienia dostępności, resortem wiodącym dla projektu jest Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju.

Efektem dyrektywy ma być również większe włączenie społeczne osób niepełnosprawnych oraz prowadzenie przez nie niezależnego życia dzięki zawartym w dyrektywie wymogom w zakresie dostępności, które będą prawnie obowiązywać w odniesieniu do wskazanych w dyrektywie kategorii produktów i usług. Z dyrektywy skorzystają też przy okazji osoby z ograniczeniami funkcjonalnymi, w tym także osoby starsze. Realizacja wymiaru społecznego jest zatem drugim obok rynkowego celem dyrektywy.

Projekt zakłada objęcie wymogami dostępności następujących produktów i usług:

- sprzęt komputerowy i systemy operacyjne,
- terminale samoobsługowe (bankomaty, automaty do sprzedaży biletów i urządzenia do odprawy samoobsługowej),
- usługi telefoniczne, w tym usługi ratownictwa,
- audiowizualne usługi medialne,
- usługi towarzyszące transportowi pasażerskiemu,
- usługi bankowe,
- e-książki,
- handel elektroniczny.

W 2018 r. w dalszym ciągu trwają prace nad wypracowaniem tekstu kompromisowego w ramach grupy roboczej oraz trilogu pomiędzy Komisją Europejską, Parlamentem Europejskim a Radą UE.

Projekt dyrektywy wpisuje się w realizację omawianego prawa, określonego w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych, bowiem przedmiotem dyrektywy jest ustanowienie wymogów dostępności dla wybranych produktów i usług, co ma wspierać urzeczywistnianie zobowiązań dotyczących dostępności wynikających z Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych a także realizację szeroko rozumianych postulatów włączenia społecznego. Rolą Ministerstwa

Inwestycji i Rozwoju, jako resortu wiodącego dla projektu, jest m.in. prowadzenie stałej współpracy z poszczególnymi resortami i instytucjami oraz przedstawicielami sektorów objętych dyrektywą, opracowywanie instrukcji do przedstawienia w Radzie UE i przygotowywanie stanowiska dla Sejmu i Senatu, a także materiałów informacyjnych dla polskich przedstawicieli w PE.

2. DOSTĘPU DO LECZENIA I OPIEKI MEDYCZNEJ, WCZESNEJ DIAGNOSTYKI, REHABILITACJI I EDUKACJI LECZNICZEJ, A TAKŻE DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UWZGLĘDNIAJĄCYCH RODZAJ I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, W TYM DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE, ŚRODKI POMOCNICZE, SPRZĘT REHABILITACYJNY

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Adresatami działań Ministerstwa Zdrowia są wszyscy świadczeniobiorcy (pacjenci) bez względu na ich status prawny na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych i prawa socjalnego – art. 2, 6 i 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Należy wskazać, że od 1 lipca 2018 r. weszła w życie *ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności* (Dz. U. poz. 932). Przedmiotowa ustawa wprowadziła zmiany do *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), nadając osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności prawo do:

- wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w wyroby medyczne decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia (art.47 ust.1b);
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c). Świadczenia opieki zdrowotnej dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności udzielane są poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonych w placówkach medycznych list oczekujących. Oznacza to, że:
 - placówka medyczna udziela świadczeń opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia,
 - w przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, poradnia wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez nią listy oczekujących,
 - świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
- ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania (art. 57 ust. 2 pkt 14);
- z zakresu rehabilitacji leczniczej kwota zobowiązania za świadczenia jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz wykonania tej umowy (art. 136 ust. 2 pkt 1a). Oznacza to zniesienie limitów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób wymienionych w ustawie.

Jednocześnie nowelizacja przepisów w ramach *ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1532) umożliwiła poszerzenie zakresu uprawnionych do korzystania ze świadczeń wskazanych w ww. ustawie *o szczególnych rozwiązaniach...* Zmiana przepisu uprawniała do korzystania z tych świadczeń również osoby, które posiadają orzeczenie

o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Przedmiotowa zmiana podyktowana była chęcią objęcia uprawnieniami zawartymi w ustawie, także grupy najbardziej potrzebujących osób poniżej 16 roku życia, wobec których nie orzeka się stopnia niepełnosprawności.

W celu realizacji ustawy w 2018 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dokonał zmiany planu finansowego NFZ. W jej wyniku w planie finansowym w części dotyczącej oddziałów wojewódzkich NFZ zwiększono środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 999 406 tys. zł, w tym 138 500 tys. zł z przeznaczeniem na sfinansowanie nielimitowanego dostępu do refundowanych wyrobów medycznych dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Ponadto zarządzeniem nr 51/2018/DEF z dnia 15 czerwca 2018 r. Prezes NFZ dokonał zmiany planu finansowego NFZ na 2018 r. poprzez uruchomienie środków z rezerwy ogólnej ujętej w planie finansowym NFZ na 2018 r. z przeznaczeniem na zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w łącznej kwocie 510 512 tys. zł, w tym w kwocie 225 000 tys. zł z przeznaczeniem na sfinansowanie nielimitowanej rehabilitacji leczniczej dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Narodowy Fundusz Zdrowia, za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2018 r., sfinansował świadczenia zrealizowane na rzecz osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, zgodnie z poniższą tabelą:

Nazwa świadczeń	rodzaju	Liczba pacjentów	Wartość jednostek rozliczeniowych
ambulatoryjna opieka specjalistyczna		3 138	228 769,07 zł
rehabilitacja lecnicza		86 481	54 518 242,60 zł
wyroby medyczne		27 437	25 344 215,51 zł
RAZEM		117 056	80 091 227,18 zł

Źródło: opracowanie Ministerstwa Zdrowia

Rehabilitacja lecznicza.

W zakresie rehabilitacji kontynuowana jest inicjatywa o charakterze systemowym związana ze zmianami w świadczeniach gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

W Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prowadzone są – na zlecenie Ministra Zdrowia – prace obejmujące opracowanie rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności do świadczeń gwarantowanych (w konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia). W ramach realizacji zadania Agencja podjęła współpracę z ekspertami w dziedzinie rehabilitacji leczniczej, powołując w tym celu specjalistyczne zespoły. Wypracowane rozwiązania powinny w sposób systemowy wpłynąć na dostępność oraz skuteczność świadczeń rehabilitacji leczniczej w Polsce. Zakłada

się, że rezultatami wprowadzenia zmian w organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej będą:

- szybka, intensywna i skuteczna rehabilitacja pacjentów, którzy jej potrzebują;
- szybszy powrót do sprawności;
- zmniejszenie stopnia niepełnosprawności;
- powrót do pracy większego odsetka osób rehabilitowanych niż ma to miejsce obecnie;
- obniżenie kosztów społecznych niepełnosprawności.

Ponadto z dniem 1 stycznia 2019 r. weszło w życie *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz. U. poz. 2396) upraszczające procedurę uzyskiwania przedmiotowych świadczeń gwarantowanych, co przełoży się na zwiększenie dostępu do świadczeń.

Polityka lekowa.

Działaniem, które w tym punkcie należy wymienić, jest procedowanie w 2018 r. projektu *ustawy o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne i ustawy o działalności leczniczej* (UD 374 – numer z wykazu RCL / Druk nr 3303 z 2019 r.). Niniejszy projekt zawierał między innymi regulacje umożliwiające sprzedaż wysyłkową przez apteki i punkty apteczne produktów leczniczych wydawanych wyłącznie na receptę przepisanych osobie posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Przedmiotowy projekt ustawy rozszerza ponadto katalog produktów, których sprzedaż wysyłkowa jest dozwolona o wyroby medyczne objęte refundacją.

Działania Ministerstwa Zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego oraz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży I Pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych.

Mając także na względzie osoby, których sprawność psychiczna trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, Ministerstwo Zdrowia powzięło działania mające na celu wdrożenie pilotażowego programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Niniejsze działanie jest w chwili obecnej strategicznym dla Ministerstwa zadaniem związanym z reformą psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a *ustawy z dnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878) w aspekcie organizacyjnym, finansowym, jakościowym oraz równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych. W dniu 9 maja 2018 r. przyjęte zostało *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego*. Zgodnie z przepisami rozporządzenia udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego możliwe jest od 1 lipca 2018 r., a czas trwania wynosi 36 miesięcy. Każdy podmiot zakwalifikowany do programu pilotażowego tworzy jedno centrum zdrowia psychicznego.

Zadaniem realizatora programu pilotażowego, tj.: podmiotu leczniczego odpowiedzialnego za funkcjonowanie centrum zdrowia psychicznego, jest zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej (doraźnej, ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i całodobowej) dla dorosłej ludności zamieszkałej na obszarze jego działania (od 50 do około 200 tys. mieszkańców).

Łączna liczba populacji do objęcia opieką przez 27 centrów to około 3 mln osób z terenu całej Polski (ponad 10% dorosłej populacji).

Należy podkreślić, że obszar działania Centrów został określony w sposób gwarantujący lokalny charakter podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu. Wskazany obszar działania umożliwi sprawne zarządzanie populacją objętą opieką oraz prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób adekwatny do potrzeb pacjentów (umożliwia indywidualne podejście zespołu terapeutycznego do danego pacjenta), który daje możliwość sposobu znaczący przyczynić do zwiększenia efektów terapeutycznych.

Kluczowym i nowym elementem w zakresie wdrażania programu pilotażowego jest Punkt Zgłoszeniowo-Koordinacyjny, do którego zadań należy m.in.:

1. Udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb.
3. Uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego, w przypadkach pilnych nie później niż 72 godziny od zgłoszenia.
4. W przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej.
5. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Punkt Zgłoszeniowo-Koordinacyjny odpowiedzialny jest za wiele kluczowych kwestii w tym, m.in. niezwykle istotną dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi możliwość uzyskania informacji o świadczeniach z zakresu pomocy społecznej.

Jednocześnie mając na względzie komfort osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach ich dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, przeprowadzone zostały szkolenia dla personelu medycznego oraz niemedycznego w zakresie kontaktu z pacjentem cierpiącym na zaburzenie psychiczne oraz jego rodziną. Przedmiotowe szkolenia realizowane były przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie oraz Fundację Żyjmy Zdrowo. Szkolenia dotyczyły komunikacji interpersonalnej dla personelu medycznego i niemedycznego odnosząc się do specyficznych potrzeb osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi z uwzględnieniem kontaktu z rodziną osób dotkniętych chorobą psychiczną. Do 2018 r. łącznie przeszkolono 3031 osób z personelu medycznego i niemedycznego (z powodu dużego zainteresowania i pozytywnego odbioru projektu rozszerzano grupy docelowe w projektach m.in.: o przedstawicieli miejskich ośrodków pomocy społecznej, funkcjonariuszy policji czy sędziów).

Realizacja ustawy o wsparciu kobiet i rodzin „Za życiem”.

Mając na uwadze potrzebę otoczenia szczególną opieką kobiet w ciąży i ich rodzin, w tym przede wszystkim kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka dla lub w czasie porodu) zdecydowano o zapewnieniu im kompleksowego wsparcia i przyjęciu stosownych w tej mierze rozwiązań rangi ustawowej. Uchwalona została *ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* (Dz. U. z 2019 r. poz. 473), a następnie na jej podstawie przyjęty został *Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”*. Opieka państwa w zakresie określonym w ustawie obejmuje dostęp do odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej oraz do instrumentów polityki na rzecz rodziny. Program przewiduje realizację szeregu zadań określonych w ramach siedmiu priorytetów, w tym: zapewnienie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (uwzględniającej również opiekę psychologiczną), diagnostykę i terapię prenatalną oraz opiekę paliatywną i hospicyjną. W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuowano działania rozpoczęte w 2017 r..

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021.

W dniu 16 października 2017 r. został ogłoszony *„Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017- 2021”*, zwanej dalej „ustawą za życiem”. W 2018 r. wsparcie działań przedmiotowego programu objęło m.in. zakres:

1. koordynacji opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci;
2. odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt.

Ad. 1. Koordinacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci. Realizacja tego zadania ma na celu podniesienie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Narzędziem realizacji jest wyposażenie lub doposażenie wyspecjalizowanych ośrodków koordynujących oraz z nimi współpracujących w sprzęt komputerowy oraz narzędzia informatyczne. Na zadanie w 2018 r. w ramach programu przeznaczono środki finansowe w wysokości: 156 208,00 zł. Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ w 2018 r. zawarli umowy o udzielanie świadczeń z 10 świadczeniodawcami na terenie Polski.

Ad. 2. Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt. Celem tego zadania jest zwiększenie liczby banków mleka kobiecego na terenie kraju do 13. poprzez wyposażenie podmiotów deklarujących chęć założenia w swojej strukturze banku mleka kobiecego lub doposażenie obecnie już funkcjonujących. Powyższe działanie zapewnienia większy dostęp do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, które nie mogą być odżywiane mlekiem biologicznej matki (tj. urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 37

tygodni lub z masą urodzeniową ≤ 2500 g, donoszonym w stanie ciężkim, ze szczególnym uwzględnieniem tych, u których zdiagnozowano ciężkie lub nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu lub wymagającym żywienia enteralnego). W ramach tego zadania dokonywany jest zakup sprzętu stanowiącego wyposażenie banku mleka kobiecego. W 2018 r. przeznaczono na ten cel środki finansowe w wysokości: 3 443 245,84 zł. W 2018 r. utworzone zostało 6 kolejnych banków mleka co przyczyniło się do osiągnięcia zakładanego rezultatu w postaci utworzenia 13 banków.

Programy polityki zdrowotnej.

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych - zadanie pn.: *Zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości.*

Realizacja zadania jest nastawiona na ograniczenie niepełnosprawności u dzieci z nowotworami układu kostno-mięśniowego poprzez zapewnienie dostępu do mniej okaleczającego postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych, co jest najkorzystniejszą formą rekonstrukcji u pacjentów po rozległych wycięciach nowotworu złośliwego kości. Postępowanie takie umożliwia radykalne wycięcie nowotworu, jednoczesne uzupełnienie dużego ubytku kości umożliwiające szybkie uruchomienie pacjenta oraz dalsze kontynuowanie leczenia (chemioterapii). Realizacja zadania pozwala na zwiększenie dostępu do leczenia wysokospecjalistycznego oraz poprawia w sposób istotny jakość życia pacjentów. Stosowanie nowoczesnego leczenia oszczędzającego zmniejszy kalectwo i umożliwi zachowanie kończyny w opisaney powyżej grupie chorych. Realizatorem zadania jest podmiot wskazany przez ministra właściwego do spraw zdrowia – Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. Program realizowany jest w latach 2016-2024.

Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020 - profilaktyka depresji oraz edukacja społeczeństwa poprzez kampanię edukacyjno-informacyjną dot. depresji.

W ramach przeprowadzenia ogólnopolskiej kampanii edukacyjno-informacyjnej pn. *Depresja. Rozumiesz-Pomagasz* dot. tematyki depresji (jej objawów, profilaktyki, rozpoznawania, leczenia oraz form wsparcia) prowadzono działania mające na celu zwiększenie dostępności osób niepełnosprawnych do materiałów kampanii. W 2018 r. przygotowano broszury zawierające kompendium wiedzy o depresji w języku Braille'a, które rozdyskrebowano do regionalnych oddziałów Polskiego Związku Niewidomych i innych instytucji zrzeszających osoby niewidome oraz przygotowano transkrypcję 3 filmów dot. depresji celem udostępnienia ich osobom z zaburzeniem narządu słuchu oraz słuchu i mowy. Równocześnie strona internetowa kampanii www.wyleczdepresje.pl została przygotowana w możliwie jak najszerszym stopniu zgodnie ze standardem WCAG 2.0 na poziomie AA.

Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018.

Program polega na wykonywaniu badań przesiewowych noworodków (w formie testów z próbki krwi) umożliwiających wczesne wykrycie i rozpoczęcie leczenia chorób i wad wrodzonych, które nieleczone powodują trwale upośledzenie umysłowe lub fizyczne. Wykonywanie badań w dłuższej perspektywie czasowej umożliwia obniżenie kosztów leczenia i opieki nad dziećmi z chorobami wrodzonymi, obniżenie umieralności noworodków,

niemowląt i dzieci z powodu wad metabolizmu oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych wad. W okresie realizacji Programu w 2018 r. wykonano ponad 2 373 500 badań w zakresie wykrycia 29 chorób wrodzonych, co pozwoliło objąć leczeniem i zapobiec niepełnosprawności lub śmierci u ponad 381 dzieci.

Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018-2020.

W 2018 r. w ramach realizacji Programu wykonano 48 zabiegów wewnątrzmacicznych. Niepodjęcie terapii wewnątrzmacicznej w większości patologii powoduje śmiertelność okołoporodową na poziomie 80-100%, a jej podjęcie w większości przypadków zapobiega wystąpieniu niepełnosprawności i zmniejsza ogólne koszty dalszego leczenia i opieki. W 2018 r. zakupiono również specjalistyczny sprzęt dla ośrodków wykonujących te zabiegi.

Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2019.

W ramach programu w 2018 r. wyposażono 11 sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny oraz finansowano realizację programu rehabilitacji pulmonologicznej. Zakupiono 291 sztuk specjalistycznego sprzętu oraz 324 osoby objęto programem rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych. Z uwagi na korzystanie z programu głównie przez osoby starsze cierpiące na przewlekłe choroby dróg oddechowych, wśród beneficjentów programu znajdują się również osoby niepełnosprawne.

Wdrażanie programów profilaktycznych ze środków europejskich w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój na lata 2014-2020 (PO WER 2014-2020).

W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój na lata 2014-2020 (PO WER 2014-2020) podejmowane są działania, które mają na celu zwiększenie dostępu do usług oraz dostępu do leczenia, opieki medycznej i wczesnej diagnostyki, z których korzystają również osoby z niepełnosprawnościami. W Działaniu 5.1 pn. Programy profilaktyczne realizowany jest projekt „*Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej*”. Celem ww. projektu pozakonkursowego jest opracowanie 15 ogólnokrajowych programów polityki zdrowotnej, ukierunkowanych na przeciwdziałanie chorobom stanowiącym istotną przyczynę dezaktywizacji zawodowej (1. choroby układu krążenia, 2. choroby nowotworowe, 3. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 4. choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, 5. choroby układu oddechowego), które są wdrażane w procedurze konkursowej. W 2018 r. uzyskano pozytywną opinię AOTMiT dla:

- programu dot. nowotworów skóry, płuc, wątroby oraz
- programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN).

W 2018 kontynuowano również prace w grupach roboczych nad programami w zakresie rehabilitacji po leczeniu raka piersi oraz w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Realizowano prace

nad programem dot. chorób odkleszczowych oraz programem edukacyjno-profilaktycznym w zakresie próchnicy zębów wśród młodzieży. Realizowane programy prewencyjne przyczyniają się do redukcji chorobowości oraz umieralności.. Prowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych przynosi w określonej perspektywie czasowej wymierne korzyści m. in.: poprawę świadomości zdrowotnej populacji, poprawę stanu zdrowia ludności, zmniejszenie liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem.

W 2018 r. kontynuowano również realizację następujących projektów wdrażających programy polityki zdrowotnej:

- "Profilaktyka nowotworów głowy i szyi",
- "Profilaktyka reumatoidalnego zapalenia stawów",
- "Profilaktyka chorób naczyń mózgowych".

W 2018 r. przeprowadzono konkursy na wybór realizatorów projektów wdrażających następujące programy polityki zdrowotnej: "Profilaktyka nowotworów skóry", "Profilaktyka osteoporozy", "Profilaktyka depresji poporodowej", "Profilaktyka POCHP", „Profilaktyka chorób układu krążenia".

Realizacja powyższych programów polityki zdrowotnej wpływa na zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych co przekłada się na szybką wykrywalność chorób i ogranicza tym samym powstawanie długotrwałej niesamodzielności czy też niepełnosprawności w wyniku powikłań chorobowych.

Projekt pozakonkursowy pn. "Dostępność plus dla zdrowia", realizowany przez Ministerstwo Zdrowia - Departament e-Zdrowia.

Projekt ma na celu wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Decyzja o dofinansowaniu projektu została wydana w dniu 28 grudnia 2018 r., wartość projektu wynosi 150 000 000 zł. Projekt obejmuje wsparciem 25 szpitali oraz 125 jednostek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). W ramach projektu planowane jest przygotowanie standardu dostępności dla szpitala i POZ. Ww. podmioty będą mogły ubiegać się o dofinansowanie działań związanych z dostępnością w ramach 4 komponentów: architektonicznego, cyfrowego, komunikacyjnego i organizacyjnego. Wsparciem zostaną objęci również pracownicy szpitali i POZ w ramach szkoleń związanych z obszarem dostępności. Na koniec zostanie przygotowany raport podsumowujący, zawierający rekomendacje do wdrożenia działań systemowych. Realizacja projektu rozpoczęła się 1 stycznia 2019 r.

Zadania inwestycyjne z zakresu ochrony zdrowia realizowane w ramach środków części 46-Zdrowie.

Realizowanych było 48 zadań budowlanych i inwestycyjnych w uczelniach medycznych, szpitalach ogólnych, szpitalach klinicznych i instytutach badawczych, w tym 8 programów wieloletnich inwestycyjnych ustanowionych przez Radę Ministrów w drodze uchwał. Zadania miały na celu unowocześnienie infrastruktury służącej prowadzeniu działalności dydaktycznej zgodnie ze standardami europejskimi. Dostosowując bazę dydaktyczną do współczesnych

standardów zapewnione zostały odpowiednie warunki kształcenia studentów i pracy pracowników naukowych.

Realizacja zadań wpływa na poprawę infrastruktury technicznej i efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zwiększa między innymi: skuteczność i poprawia jakość świadczeń medycznych, bezpieczeństwo i higienę pracy. Pozwala na podniesienie standardów diagnostyki i leczenia pacjentów. W niektórych przypadkach pozwala na zwiększenie liczby procedur obecnie wykonywanych oraz rozszerzenie świadczeń zdrowotnych.

Realizacja niektórych inwestycji poprzez rozbudowę, przebudowę oraz modernizację obiektów pozwala na dostosowanie do obecnie obowiązujących przepisów prawa. Poprawia również efektywność funkcjonowania jednostek medycznych poprzez zmniejszenie kosztów.

Wiele inwestycji polegało m.in. na adaptacji i przystosowaniu pomieszczeń podmiotów leczniczych do norm i przepisów określonych *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, wymaganiami inspekcji sanitarnej, przepisami przeciwpożarowymi oraz pod kątem osób dotkniętych niepełnosprawnością.

Wspieranie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych.

W 2018 r. kontynuowano dofinansowywanie ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko projektów w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych. W każdym wniosku o dofinansowanie Wnioskodawca był zobowiązany przedstawić stosowny opis określający czy i w jaki sposób projekt przyczynia się do realizacji polityk wspólnotowych dotyczących równości szans kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji, w szczególności zapewnienia dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w przepisie art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013. Jednym ze wskaźników realizowanych przez poszczególne projekty (o ile dotyczy) jest wskaźnik "*Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami*". Do końca 2018 r. podpisano umowy o dofinansowanie przewidujące dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych 255 obiektów ochrony zdrowia. Na chwilę obecną 33 spośród nich zostały już dostosowane.

Produkty lecznicze i wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) oraz sprzęt rehabilitacyjny.

Osoby niepełnosprawne, którym Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przyznał wsparcie w zakupie wyrobów medycznych (przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych)⁷ mogły w 2018 r. (podobnie jak w latach poprzednich) otrzymać dodatkowe dofinansowanie do zakupu wspomnianych wyrobów medycznych, ze środków Państwowego Funduszu

⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia gromadzi jedynie informacje dotyczące całkowitej liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego (obowiązkowego i dobrowolnego), bez wyszczególnienia liczby osób niepełnosprawnych. Nie jest zatem możliwe określenie skali działań na rzecz osób niepełnosprawnych, podejmowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2018 r. odnośnie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) będących w dyspozycji samorządów powiatowych, jeśli ich średni miesięczny dochód nie przekraczał określonego kryterium dochodowego.

Dofinansowanie to następuje w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926), zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie zadań powiatu.

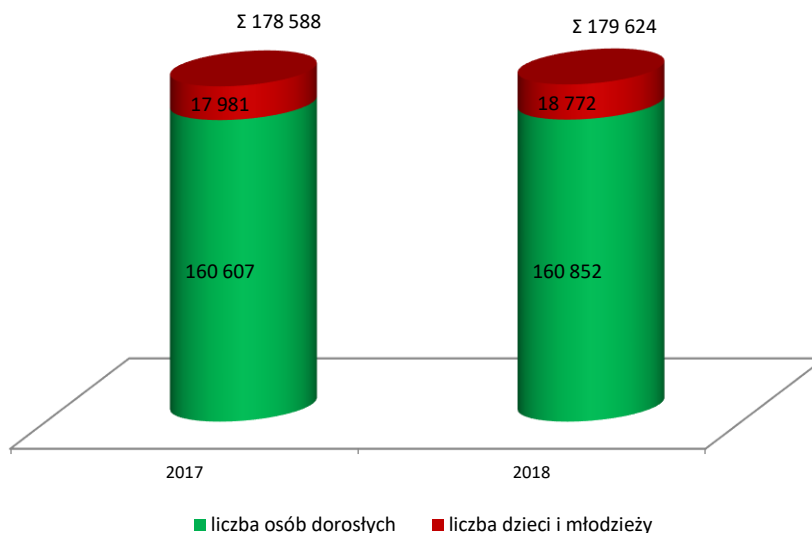
Wysokość dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przyznane osobie niepełnosprawnej przez NFZ, wynosiła do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział był wymagany i do 150% sumy kwoty takiego limitu oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej.

Do samorządów wpłynęło 235.116 wniosków od osób indywidualnych na łączną kwotę 270.345.520,00 zł, po rozpatrzeniu których 380 samorządów wypłaciło kwotę 155.603.425,00 zł na rzecz 179.624 osób, w tym dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego obejmowało wypłaty w ramach 4.408 umów na kwotę 6.340.079,00 zł.

Wykorzystanie środków dotyczyło dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wypłaconego:

- na rzecz 160.852 dorosłych osób niepełnosprawnych w kwocie 120.170.125,00 zł,
- na rzecz 17.981 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w kwocie 31.247.603,00 zł.

Wykres nr 53 Liczba osób, które otrzymały dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym.



Źródło: Sprawozdanie Zarządu PFRON za 2018 r.

W ramach zadania pomoc finansową otrzymało 70.915 osób będących mieszkańcami wsi w wysokości 57.112.718,00 zł, jak również 99.864 kobiet w kwocie 64.895.528,00 zł.

Na podstawie rozporządzenia w sprawie zadań powiatu dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą uzyskać także osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej.

Do samorządów w zakresie realizacji zadania wpłynęło 67 wniosków na łączną kwotę 642.835,00 zł, z czego 10 wniosków na kwotę 65.468,00 zł złożyły podmioty z sektora finansów publicznych i 57 wniosków na kwotę 577.367,00 zł - jednostki spoza sektora finansów publicznych.

Starostowie 27 powiatów zawarli 38 umów na łączną kwotę 222.303,00 zł, z czego stroną w 7 umowach na kwotę 41.432,00 zł były podmioty z sektora finansów publicznych, a w 31 umowach na kwotę 180.871,00 zł - jednostki spoza tego sektora. Przeciętne dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wyniosło 5.622,00 zł.

Powiaty te wykorzystały kwotę 213.628,00 zł, z czego 38.289,00 zł otrzymało 7 podmiotów sektora finansów publicznych, a kwotę 175.339,00 zł – 31 jednostek spoza sektora finansów publicznych. Na zakup sprzętu do rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej wykorzystano 69.214,00 zł (32,0%).

W 2018 r. zanotowany został spadek wykorzystanych środków o 23% w stosunku do roku poprzedniego, w którym realizacja tego zadania wynosiła 277.399,00 zł.

Powiadamianie ratunkowe.

W Ministerstwie Cyfryzacji kontynuowano prace związane z udostępnieniem numeru alarmowego 112 dla wszystkich obywateli, w tym osób głuchych i niedosłyszących. Podjęto działania na rzecz udostępnienia aplikacji mobilnej Alarm 112 (dla systemu Android i iOS), której głównym celem działania jest zapewnienie skutecznej formy komunikacji osób z niepełnosprawnościami z operatorami numerów alarmowych, funkcjonującymi w centrum powiadamiania ratunkowego, w celu udzielenia niezbędnej pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia, życia, mienia, środowiska, bezpieczeństwa i porządku publicznego. Aplikacja mobilna Alarm 112 umożliwia rejestrację użytkownika, określenie jego lokalizacji w celu poinformowania odpowiednich ze względu na rodzaj i miejsce zdarzenia służb ratunkowych oraz komunikację w czasie rzeczywistym z operatorem numeru alarmowego (ONA) z wykorzystaniem krótkich wiadomości tekstowych (sms, czat). Modułowa budowa aplikacji umożliwia ponadto wybranie za pomocą piktogramów informacji opisujących zdarzenie alarmowe, wysłanie zgłoszenia do centrum powiadamiania ratunkowego oraz przegląd historii wysłanych zgłoszeń.

W 2018 r. pilotażowo uruchomiono aplikację mobilną Alarm 112 dla zamkniętej, zdefiniowanej grupy osób głuchych (grudzień).

Podjęto działania na rzecz wprowadzenia zmian w ustawie o systemie powiadamiania ratunkowego. Projektowana zmiana zakłada wprowadzenie definicji aplikacji mobilnej oraz konieczność rejestracji użytkowników końcowych w celu zapewnienia skutecznej formy komunikacji osób z niepełnosprawnościami z operatorami numerów alarmowych funkcjonującymi w centrum powiadamiania ratunkowego oraz umożliwienia rejestracji użytkowników (projekt obecnie jest na etapie wpisywania do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów);

Opieka lekarska w jednostkach penitencjarnych.

Więzienna służba zdrowia realizuje nałożony na Służbę Więzienną ustawowy obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności w tym osadzonym niepełnosprawnym. Obejmuje ona świadczenia zdrowotne udzielane w podmiotach leczniczych jednostek penitencjarnych jak i organizację świadczeń udzielanych w podmiotach pozawięziennych. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane osobom pozbawionym wolności finansowane są w całości z budżetu państwa. Wszelkie potrzeby lub wydatki związane z utrzymaniem odpowiednich warunków, jakie winny spełniać pomieszczenia podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności, wyposażenie w sprzęt medyczny, zaopatrzenie w wyroby medyczne są pokrywane z budżetu więziennictwa. Zasadą jest udzielanie świadczeń przede wszystkim w podmiotach leczniczych zakładów karnych lub aresztów śledczych, natomiast w przypadku zaistnienia przesłanek określonych w Kodeksie karnym wykonawczym – udzielanie świadczeń odbywa się w podmiotach pozawięziennych (dotyczy to w szczególności świadczeń wysokospecjalistycznych wymagających specjalistycznego sprzętu, kadry lub sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia).

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. art. 79b §1 i art. 101 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeksu karnego wykonawczego (Dz. U. z 2018 r., poz. 652, z późn. zm.) oraz §9 ust.1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno – porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności i §9 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania tymczasowego aresztowania, każdy osadzony po przyjęciu do jednostki penitencjarnej jest badany przez lekarza. Osadzony niepełnosprawny jest przez lekarza oceniany pod względem swoich potrzeb i stopnia niepełnosprawności. Jeśli zachodzi potrzeba, lekarz wydaje odpowiednie zalecenia dotyczące dalszego postępowania, np. umieszczenie w celi przystosowanej dla osób niepełnosprawnych, zaopatrzenie w bezpłatne protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia lekarz może ustalać adekwatne wyżywienie (diety lecznicze) lub wnioskować o odstępstwa od zasad określonych w regulaminach wykonania kary pozbawienia wolności i wykonania tymczasowego aresztowania.

Według danych z dnia 20 grudnia 2018 r. w jednostkach penitencjarnych przebywało 108 osadzonych poruszający się na wózku inwalidzkim i 521 osadzonych korzystających na stałe z kul łokciowych.

W każdej jednostce penitencjarnej funkcjonują podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Są nimi: ambulatoria z izbami chorych oraz szpitale więzienne. W ramach tych podmiotów działają oddziały szpitalne, gabinety lekarskie, we wszystkich jednostkach gabinety stomatologiczne, pracownie diagnostyczne, pracownie rehabilitacji i fizykoterapii oraz apteki zakładowe (15 i 1 dział farmacji szpitalnej).

Szczegółowe warunki jakie powinny spełniać te obiekty określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz.U.2012.808 z późn. zm.). Jednostki, w których funkcjonują szpitale więzienne zapewniają całodobową opiekę medyczną. W pozostałych jednostkach kadra medyczna jest obecna w godzinach pracy administracji i zapewnia osadzonym ambulatoryjną opiekę

medyczną. W czasie, kiedy w jednostce nie ma kadry medycznej więziennictwo korzysta ze świadczeń Zespołów Ratownictwa Medycznego. Osoby pozbawione wolności mają zagwarantowaną dostępność do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków, artykułów sanitarnych, wyrobów medycznych, w tym protez i środków pomocniczych. Świadczenia zdrowotne dla osadzonych są finansowane z budżetu państwa i nie podlegają limitowaniu. W 2018 r. w oddziałach szpitali więziennych przebywało 4715 pacjentów, w pozawięziennych podmiotach leczniczych hospitalizowano 4168 pacjentów. W podmiotach więziennych w trybie ambulatoryjnym miały miejsce 1 320 423 wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz konsultacji specjalistycznych, w pozawięziennych podmiotach leczniczych udzielono jedynie 33159 takich świadczeń.

W więziennych podmiotach leczniczych uwzględniane są prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016.186. z późn. zm.), z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z przepisów Kodeksu karnego wykonawczego. Kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej odbywa się z inicjatywy osadzonego, natomiast badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne lub leczenie szpitalne wymagają skierowania lekarskiego.

Więzienna służba zdrowia udzieliła w 2018 r. 26 773 ambulatoryjnych świadczeń rehabilitacyjnych w ramach swoich podmiotów leczniczych i jedynie 402 w pozawięziennych służbie zdrowia.

W Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi funkcjonuje Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu (w 2018 r. hospitalizowano 89 pacjentów), a w Zakładzie Karnym w Czarnem – Oddział dla Przewlekłe Chorych (w 2018 r. hospitalizowano 80 pacjentów). Do tych oddziałów są kierowani osadzeni wymagający zabiegów w trybie szpitalnym lub wymagający z powodu stanu ogólnego, wieku lub niepełnosprawności długotrwałej hospitalizacji.

Tabela: Lokalizacja i profil szpitali więziennych:

UMIEJSCOWIENIE SZPITALA	ODDZIAŁY
OISW w Bydgoszczy	
AŚ w Bydgoszczy	Wieloprofilowy zachowawczy
	Chirurgiczny z pododdziałem laryngologicznym
ZK nr 1 w Grudziądzu (filia AŚ Bydgoszcz)	Ginekologiczno-położniczy
ZK w Potulicach	Chorób zakaźnych (WZW)
	Przeciwgruźliczy
OISW w Katowicach	
AŚ w Bytomiu	Wewnętrzny
OISW w Koszalinie	
ZK w Czarnem	Wewnętrzny
	Wewnętrzny dla przewlekłe chorych
OISW w Gdańsku	

AŚ w Gdańsku	Wieloprofilowy zachowawczy
	Przeciwgruźliczy
OISW w Krakowie	
AŚ w Krakowie	Wieloprofilowy zachowawczy
	Psychiatryczny (obserwacje leczenie)
OISW w Łodzi	
ZK nr 2 w Łodzi	Wieloprofilowy zachowawczy
	Psychiatryczny obserwacje leczenie
	Rehabilitacji leczniczej
OISW w Poznaniu	
AŚ w Poznaniu	Wewnętrzny
	Psychiatryczny (obserwacje, leczenie)
	Dermatologiczny
OISW we Wrocławiu	
AŚ we Wrocławiu	Psychiatryczny obserwacje leczenie
OISW w Szczecinie	
AŚ w Szczecinie	Wewnętrzny
	Psychiatryczny (obserwacje, leczenie)

Źródło: opracowanie Generalna Służba Więzienna.

Wśród osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych są prowadzone działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Upowszechnia się wiedzę na temat zdrowia psychicznego, kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zachowania dobrej kondycji psychofizycznej. Podejmowane działania edukacyjne zmierzają do tego, aby każda osoba pozbawiona wolności rozumiała, że jest odpowiedzialna za swoje zdrowie, chciała i umiała je chronić oraz starała się utrzymywać w dobrym stanie. Szkolenia i zagadnienia uwrażliwiające funkcjonariuszy i pracowników cywilnych na aspekty związane z szeroko pojętym stanem zdrowiem osób pozbawionych wolności, w tym niepełnosprawnych, realizowane są systematycznie na różnych poziomach edukacyjnych (np. szkolenia wstępne, oficerskie i podoficerskie, kursokonferencje, odprawy penitencjarno – ochronne).

Opieka zdrowotna nad osobami niepełnosprawnymi pozbawionymi wolności z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej, zwłaszcza psychiatrycznej. W każdej jednostce penitencjarnej funkcjonuje ambulatorium.

Lekarze psychiatry zatrudnieni w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności udzielają świadczeń zdrowotnych z zakresu pomocy doraźnej, ambulatoryjnej i szpitalnej. Całodobowa opieka psychiatryczna jest dostępna jedynie w jednostkach dysponujących szpitalnymi oddziałami psychiatrycznymi, które funkcjonują w: Areszcie Śledczym w Krakowie, Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi, Areszcie Śledczym w Poznaniu, Areszcie Śledczym w Szczecinie i Areszcie Śledczym we Wrocławiu. Rozbudowana oddziałów w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi, Areszcie Śledczym w Szczecinie zwiększyła

pojemność oddziałów psychiatrii w/wym. Szpitali, jak również poprawiła warunki dla pacjentów oddziałów i zatrudnionego tam personelu medycznego.

Bieżąca dostępność do lekarza psychiatrii jest zapewniana także w aresztach śledczych i zakładach karnych, w których taki specjalista nie jest zatrudniony. Wówczas osoby pozbawione wolności są konsultowane przez lekarzy psychiatrów w ramach współpracy z innym więziennym podmiotem leczniczym lub pozawięziennymi placówkami ochrony zdrowia.

Osadzeni w 2018 r. korzystali z 74798 konsultacji psychiatrycznych przeprowadzonych w trybie ambulatoryjnym, w tym 73082 odbyło się w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności, a 1716 w placówkach pozawięziennych.

W 2018 r. w oddziałach psychiatrycznych szpitali więziennych hospitalizowano i obserwowano 1122 pacjentów. W tym okresie zostało wydanych 796 opinii sądowo-psychiatrycznych, w tym 83 opinie z wnioskiem o internację.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności w § 12 i § 13 jednoznacznie doprecyzowuje postępowanie z osadzonymi z podejrzeniem zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, czy uzależnień. Zapisy tego rozporządzenia wprost odwołują się do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r., poz. 1878).

Personel medyczny we współpracy z funkcjonariuszami i pracownikami działu penitencjarnego oraz działu ochrony stale monitoruje funkcjonowanie osadzonych w oddziałach mieszkalnych. W sposób ciągły realizuje zadania w zakresie przeciwdziałania zachowaniom suicydalnym w oparciu o Instrukcję Nr 2/16 Dyrektora Generalnego z dnia 29 sierpnia 2016 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności.

Przy przyjęciu do jednostki penitencjarnej z każdym osadzonym przeprowadzana jest rozmowa wstępna przez wychowawcę, w trakcie której diagnozowane są wstępnie wszystkie deficyty, a następnie podejmowane są decyzje, co do dalszego postępowania w trakcie izolacji penitencjarnej. Osoby wykazujące zaburzenia psychiczne, upośledzone umysłowo, prezentujące poważne zaburzenia zachowania, stwarzające istotne problemy wychowawcze są kierowane do ośrodków diagnostycznych celem przeprowadzenia badań psychologicznych. W efekcie przeprowadzonych badań sporządzane jest orzeczenie psychologiczno-penitencjarne, które zawiera m. in. szczegółową diagnozę psychologiczną skazanego oraz wskazania i zalecenia do dalszej pracy. Komisja penitencjarna na podstawie wyników przeprowadzonych badań kieruje osoby wykazujące poważne dysfunkcje psychiczne i problemy adaptacyjne do odbywania kary w systemie terapeutycznym w oddziałach dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Do tych oddziałów kierowane są także osoby z zastosowanym w orzecznym wyroku art. 62 Kodeksu karnego. W okresie od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r. w ośrodkach diagnostycznych wykonano łącznie 1423 badania psychologiczne, z czego 1013 orzeczeń sporządzono skazanym, co do których zachodziło podejrzenie konieczności stosowania oddziaływań w warunkach oddziału terapeutycznego dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo.

W 2018 r. we wszystkich oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo 2501 skazanych objętych było oddziaływaniami specjalistycznymi. Działalność rozpoczął nowy oddział w Zakładzie Karnym w Koronowie przeznaczony dla recydywistów penitencjarnych o pojemności 41 miejsc. W 2018 r. łącznie funkcjonowały więc 23 oddziały o wymienionej wyżej specjalizacji, które dysponowały 1776 miejscami. Na działalność ww. oddziałów przekazano 177.500 zł.

Na mocy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 września 2017 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości (Dz. U. 2017 r. poz. 1760) osadzeni mogą korzystać ze środków finansowych tego Funduszu, w przypadku braku możliwości korzystania z środków budżetowych, między innymi na pokrywanie kosztów związanych ze specjalistycznym leczeniem lub rehabilitacją leczniczą oraz uzyskiwaniem orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy (11 przypadków w 2018 r. na kwotę 2.196,99 zł), pokrywaniu kosztów transportu specjalnego, zgodnie ze wskazaniami lekarskimi lub przejazdów do miejsca pobytu, nauki, terapii, pracy, zwłaszcza wykonywanej nieodpłatnie (w 2018 r. zrealizowano 321 takich transportów - w tym dla osób niepełnosprawnych), pokrywania kosztów związanych z organizacją i udzielaniem pomocy rzeczowej w formie między innymi środków czystości i higieny osobistej, leków, środków opatrunkowych i sanitarnych, wyrobów medycznych, w tym protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Rehabilitacja lecznicza rolników.

Zgodnie z art. 64 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. *o ubezpieczeniu społecznym rolników* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.) w ramach zadań zrealizowanych na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników w 2018 r., Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

- 1) skierowała na rehabilitację leczniczą osoby zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz uznane za okresowo całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, które w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokowały odzyskanie zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
- 2) zorganizowała w okresie letnich wakacji turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników w zakresie wad postawy i chorób układu ruchu oraz zaburzeń układu oddechowego.

W ramach powyższych działań na rehabilitację realizowaną przez Kasę w 2018 r. skierowano 14 587 rolników oraz 1 179 dzieci w wieku od 7 do 15 lat, w tym 127 dzieci posiadało orzeczenie o niepełnosprawności.

Rehabilitacja lecznicza – działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w ramach zadań realizowanych na podstawie art. 69 ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.), prowadzi program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Program jest skierowany do osób ubezpieczonych zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy nabytą na skutek choroby, urazu lub wypadku, rokujących odzyskanie tej zdolności po

przeprowadzeniu rehabilitacji. Z programu rehabilitacji leczniczej mogą skorzystać także osoby niepełnosprawne, których sprawność fizyczna, psychiczna oraz umysłowa okresowo utrudnia lub ogranicza zdolność do pracy. Podstawą do wzięcia udziału w programie rehabilitacji jest orzeczenie lekarza orzecznika o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej prowadzona jest w systemie stacjonarnym bądź ambulatoryjnym, w następujących profilach schorzeń:

- narządu ruchu,
- układu krążenia,
- układu oddechowego,
- psychosomatycznych,
- po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego,
- narządu głosu.

Głównym celem prowadzonego programu rehabilitacji leczniczej jest poprawa stanu zdrowia i funkcji organizmu w stopniu, który umożliwia podjęcie pracy zarobkowej, a tym samym sprzyja eliminowaniu bądź znacznemu ograniczeniu stanu wykluczenia społecznego osoby niepełnosprawnej. Indywidualnie ustalony program obejmuje rehabilitację medyczną oraz psychologiczną, a także edukację zdrowotną. W 2018 r. rehabilitację leczniczą ukończyły 90 570 osoby, z tego 1 851 osoby w związku ze schorzeniami będącymi następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

W 2018 r. Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS współpracował wraz z Departamentem Legislacyjno-Prawnym ZUS oraz Gabinetem Prezesa ZUS, z liderem projektów PFRON - przy realizacji projektów dotyczących:

1. Opracowania modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.
2. Wypracowania i pilotażowego wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji, finansowanych ze środków UE.

Ad. 1 Projekt „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako elementu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”

Projekt realizowany jest od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2020 r. przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach porozumienia o dofinansowanie UDA-POWR.04.03.00-00-0043/17-00 z dnia 27 grudnia 2017 r. zawartego pomiędzy Centrum Projektów Europejskich a PFRON.

ZUS realizuje projekt w ramach umowy partnerskiej podpisanej 28 grudnia 2017 r. pomiędzy PFRON a ZUS.

Celem projektu jest wdrożenie modelu kształcenia i programu studiów podyplomowych kształtujących kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w ramach współpracy z partnerem ponadnarodowym Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV).

Model kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją zostanie przetestowany w 4 uczelniach w Polsce na utworzonych nowym kierunku studiów podyplomowych tj.: na Uniwersytecie Warszawskim, Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, Gdańskim Uniwersytecie Medycznym oraz Uniwersytecie Wrocławskim. Efektem projektu będzie wykształcenie min. 200 specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją do 31 grudnia 2020 r.

W 2018 r. ZUS kontynuował realizację projektu zgodnie z harmonogramem i zadaniami określonymi w umowie partnerskiej:

Ad. 2 Projekt „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

Projekt realizowany jest od 1 stycznia 2018 r. do 30 września 2022 r. przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach umowy o dofinansowanie UDA-POWR.02.06.00-00-0057/17-00 z dnia 27 grudnia 2017 r. zawartej pomiędzy MRPiPS a PFRON.

ZUS realizuje projekt w ramach umowy partnerskiej podpisanej w 28 grudnia 2017 r. pomiędzy PFRON a ZUS.

Celem projektu jest opracowanie i przetestowanie efektywnego, optymalnego pod względem społecznym i finansowym modelu w zakresie rehabilitacji oraz aktywizacji społecznej i zawodowej. Model ten ma pozwolić na przygotowanie osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą, do powrotu do pełnienia ról społecznych i zawodowych lub ich podjęcia. Przygotowanie to opierać się będzie na analizie i ocenie indywidualnego potencjału tej osoby, jej cech psychofizycznych i posiadanych kompetencji osobistych i zawodowych z wykorzystaniem ICF.

Model kompleksowej rehabilitacji zostanie przetestowany w 4 ośrodkach pilotażowych.

Działania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w 2018 r. podejmował działania wynikające z aktów prawa wewnętrznego, jak również ze zmian przepisów aktów normatywnych.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności⁸ od dnia 1 lipca 2018 r. wprowadzono:

- a. prawo do wyrobów medycznych (określonych w art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków medycznych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)⁹. Rozwiązanie to umożliwia korzystanie z wyrobów medycznych do wysokości wskazanego w ustawie limitu finansowania ze środków publicznych, według wskazań medycznych i bez uwzględniania okresów użytkowania takich wyrobów;
- b) prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach;
- c) prawo do korzystania ze świadczeń specjalistycznych bez konieczności uprzedniego uzyskania skierowania;
- d) w odniesieniu do świadczeniobiorców posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ustawa zniosła limit finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach umów zawieranych przez NFZ i finansowanych z jego budżetu.

⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 932.

⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.