



KZD.430.006.2016  
Nr ewid.186/2016/P/16/055/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ  
NARODOWEGO PROGRAMU  
OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

DEPARTAMENT ZDROWIA

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

## WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:  
Piotr Wasilewski



**Akceptuję:**

Mieczysław Łuczak



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

**Zatwierdzam:**

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 25. I. 2017r.

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00  
[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

WPROWADZENIE .....	6
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI .....	8
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI .....	9
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności .....	9
2.2. Synteza wyników kontroli .....	10
2.3. Uwagi końcowe i wnioski .....	14
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	16
3.1. Minister Zdrowia .....	16
3.1.1. Realizacja zadań przypisanych w ramach NPOZP .....	16
3.1.2. Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP .....	19
3.1.3. Wybór realizatorów poszczególnych zadań w ramach NPOZP .....	21
3.1.4. Monitorowanie osiągniętych rezultatów NPOZP .....	21
3.2. Minister Edukacji Narodowej .....	24
3.2.1. Realizacja zadań przypisanych w ramach NPOZP .....	24
3.2.2. Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP .....	27
3.2.3. Monitorowanie osiągniętych rezultatów NPOZP .....	28
3.3. Inne podmioty realizujące NPOZP .....	28
3.3.1. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego .....	28
3.3.2. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej .....	30
3.3.3. Minister Sprawiedliwości .....	32
3.3.4. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji .....	33
3.3.5. Minister Obrony Narodowej .....	34
3.3.6. Narodowy Fundusz Zdrowia .....	34
3.4. Samorządy województw .....	38
3.4.1. Realizacja zadań przypisanych w ramach NPOZP .....	38
3.4.2. Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP .....	42
3.4.3. Wybór realizatorów poszczególnych zadań w ramach NPOZP .....	43
3.4.4. Monitorowanie osiągniętych rezultatów NPOZP .....	44
3.5. Samorządy powiatów i gmin .....	47
3.5.1. Samorządy powiatów .....	47
3.5.2. Samorządy gmin .....	53
4. INFORMACJE DODATKOWE .....	56
4.1. Przygotowanie kontroli .....	56
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli .....	56
5. ZAŁĄCZNIKI .....	58

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

<b>CZP</b>	Centrum Zdrowia Publicznego
<b>DZP</b>	Departament Zdrowia Publicznego
<b>JST</b>	Jednostka samorządu terytorialnego
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia; zwany dalej także „Funduszem”
<b>NPZ</b>	Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (Załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.)
<b>NPOZP/Program</b>	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (w latach 2011–2015) – opisany w załącznikach do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128)
<b>ORE</b>	Ośrodek Rozwoju Edukacji
<b>OW NFZ</b>	Oddział wojewódzki NFZ
<b>PCPR</b>	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
<b>Potrzeby zdrowotne</b>	liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm., zwanej dalej także „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”)
<b>PPOZP</b>	Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
<b>Program zdrowotny</b>	zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz (art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)
<b>PUP</b>	Powiatowy Urząd Pracy
<b>Rodzaj świadczeń</b>	grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Rodzaje świadczeń zostały wskazane w planie finansowym Funduszu
<b>RPOZP</b>	Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
<b>Świadczenie gwarantowane</b>	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)
<b>Świadczenie zdrowotne</b>	działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)

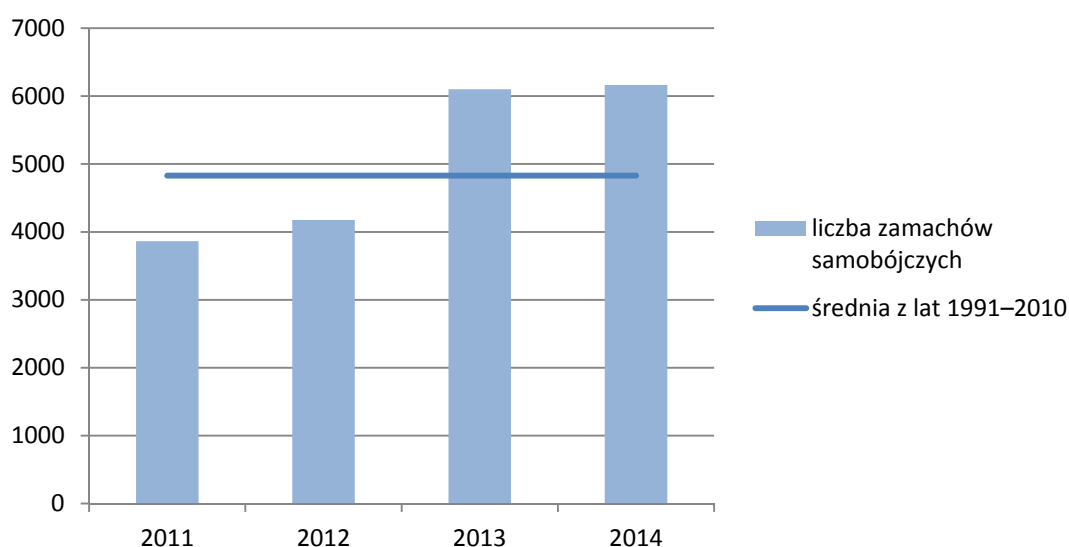
<b>Ustawa o NIK</b>	oznacza ustawę z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677)
<b>Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego</b>	oznacza ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, ze zm.)
<b>Ustawa o pomocy społecznej</b>	oznacza ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, ze zm.)
<b>Ustawa o zdrowiu publicznym</b>	oznacza ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1916)
<b>Zakres świadczeń</b>	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju, w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych

Według Światowej Organizacji Zdrowia zaburzenia psychiczne w Europie znalazły się na czwartym miejscu wśród najpoważniejszych obciążeń po chorobach układu krążenia, nowotworach i urazach<sup>1</sup>. Krajowe analizy epidemiologiczne wskazują na wzrastającą w ostatnim dziesięcioleciu liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających pomocy specjalistycznej.

Najefektywniejszym podejściem w rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego jest środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wdrażanie tego modelu w Polsce powinno skutkować przekształcaniem dużych szpitali psychiatrycznych w centra aktywnego leczenia i wielopłaszczyznowej rehabilitacji, a także rozwijaniem oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Zaniechanie działań prewencyjnych powoduje częstsze ujawnianie się zaburzeń chorobowych w populacji osób młodych. Z kolei wydłużanie się czasu trwania życia i starzenie się społeczeństwa sprzyja nasilaniu się chorób, w tym i zaburzeń psychicznych, związanych z wiekiem. Zaburzenia psychiczne w wielu przypadkach prowadzą do samobójstw. W Polsce liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem przekroczyła 6.000 w ciągu roku (6165 w 2014 r.).

Wykres nr 1



Źródło: Dane Komendy Głównej Policji.

Kształtowanie się liczby zgonów z powodu samobójstw, przypadających na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, przedstawiono w załączniku nr 4 do Informacji.

Ze względu na charakter chorób psychicznych i specyfikę ich leczenia, nie tylko farmakologicznego, współczesny system opieki psychiatrycznej wymaga współdziałania opieki medycznej i społecznej, zorganizowanej w bezpośrednim otoczeniu osób chorych.

Proces tworzenia takich optymalnych rozwiązań opisano w NPOZP, ustanowionym rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., gdzie założono odejście od dominującego dotychczas modelu azylowego (izolacyjnego) postępowania z chorymi psychicznie na rzecz środowiskowego modelu psychiatrii, który jest bardziej przyjazny dla pacjentów i ich rodzin, łatwiej dostępny, skuteczniejszy oraz tańszy. Podstawę funkcjonowania środowiskowego modelu opieki

<sup>1</sup> [www.who.int/mental\\_health/policy/mhtargeting/development\\_targeting\\_mh\\_summary.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf)

psychiatrycznej miały stanowić Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) jako jeden z najistotniejszych elementów Programu. W Programie przewidziano utworzenie sieci CZP rozlokowanych na terenie całego kraju. Przyjęto, że Minister Zdrowia przygotowuje pilotażowy program wdrożenia modelu środowiskowego, w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników leczenia, a NFZ opracuje system finansowania tych świadczeń. Prawidłowa realizacja Programu miała zatem poprawić sytuację osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce, a także przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania środków publicznych na ich leczenie.

Realizatorami Programu byli: 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej, 2) Narodowy Fundusz Zdrowia, 3) samorządy województw, powiatów i gmin.

W realizacji zadań wynikających z Programu mogły uczestniczyć również organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu.

Minister właściwy do spraw zdrowia kierował realizacją Programu i koordynował wykonanie zadań.

### Temat i numer kontroli

Kontrola planowa nr P/16/055 – „Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”.

### Cel główny kontroli

Celem głównym kontroli była ocena osiągnięcia celów NPOZP.

### Cele szczegółowe kontroli

Cele szczegółowe obejmowały ocenę:

- realizacji zadań przypisanych poszczególnym podmiotom w ramach NPOZP,
- prawidłowości planowania i wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na NPOZP,
- prawidłowości wyboru realizatorów poszczególnych zadań w ramach NPOZP,
- monitorowania osiągniętych rezultatów NPOZP.

### Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2011–2015, tj. okres realizacji NPOZP, i przeprowadzono ją od 4 maja do 19 września 2016 r.

### Zakres podmiotowy kontroli

W kontroli uczestniczyło sześć delegatur Najwyższej Izby Kontroli<sup>2</sup> oraz Departament Zdrowia NIK.

Skontrolowano 21 jednostek<sup>3</sup>, w tym:

- Ministerstwo Zdrowia,
- Ministerstwo Edukacji Narodowej,
- sześć urzędów marszałkowskich,
- siedem starostw powiatowych,
- sześć urzędów gmin.

Ponadto wystąpiono, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, do podmiotów realizujących NPOZP, ale nieobjętych niniejszą kontrolą NIK (tj. do 5 ministrów<sup>4</sup> i Prezesa NFZ) o informacje w zakresie realizacji zadań przewidzianych dla nich w tym Programie.

### Zakres przedmiotowy kontroli

Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej skontrolowano na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, przy uwzględnieniu kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 tej ustawy, tj. legalności, rzetelności, gospodarności i celowości.

Urzędy marszałkowskie, starostwa powiatowe/miasta na prawach powiatu, urzędy gmin, na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, przy uwzględnieniu kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 tej ustawy, tj. legalności, gospodarności i rzetelności.

<sup>2</sup> Delegatury NIK w: Bydgoszczy, Kielcach, Lublinie, Poznaniu, Rzeszowie i Zielonej Górze.

<sup>3</sup> Wykaz uczestników kontroli i jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

<sup>4</sup> Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Sprawiedliwości.



### 2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie nieosiągnięcie założonych celów i niezrealizowanie większości zadań zaplanowanych w NPOZP, zarówno przez administrację rządową, jak i samorządową. Nie doprowadzono do ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz lepszej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2011–2015.

Realizacja zadań NPOZP miała na celu m. in. zmianę zasad organizacji i poprawę efektywności opieki psychiatrycznej. Program przewidywał działania mające ograniczyć problem samobójstw, a jednym ze wskaźników monitorujących realizację tych zadań była „zmiana rocznych wskaźników samobójstw dokonanych i prób samobójczych/100 tys. ludności...”. W okresie realizacji NPOZP nastąpił jednak wzrost liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem o ponad 60% – z 3.839 w 2011 r. (pierwszy rok obowiązywania NPOZP) do 6.165 w 2014 r.<sup>5</sup>. Samobójstwo jest zjawiskiem wielowymiarowym, ale czynnikiem dominującym jest występowanie zaburzeń psychicznych (głównie psychotycznych i depresyjnych), a dzięki wczesnemu wykrywaniu problemów psychicznych można efektywniej leczyć i zapobiec wielu próbom samobójczym<sup>6</sup>.

Negatywną ocenę NIK uzasadnia w szczególności:

- niezabezpieczenie środków finansowych przez wszystkich realizatorów NPOZP na zadania, które zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego należały do zadań własnych tych podmiotów, co skutkowało nierealizowaniem wskazanych zadań NPOZP;
- niezrealizowanie przez Ministra Zdrowia pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz nieopracowanie stosowanych standardów postępowania i procedur medycznych;
- niepodjęcie przez Ministra Zdrowia szkolenia kadr niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej;
- nieutworzenie przez Ministra Edukacji Narodowej programów promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego oraz niepodjęcie ich realizacji, w sposób określony w NPOZP, w celu ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;
- brak zaangażowania samorządów województw w tworzenie warunków dla realizacji zadań NPOZP, co skutkowało m.in. niewdrożeniem planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych;
- brak aktywności samorządów powiatów i gmin (objętych kontrolą) bezpośrednio ukierunkowanej na realizację ustalonych w NPOZP celów, tj. upowszechniania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, rozwoju zróżnicowanych form wsparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi;

<sup>5</sup> Źródło: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>. Średnia roczna liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem z lat 1991–2010 wynosiła 4.829, co oznacza, że w 2014 r. odnotowujemy wzrost w stosunku do tej średniej o blisko 30%.

<sup>6</sup> W Polsce co roku ginie śmiercią samobójczą więcej osób niż w wypadkach komunikacyjnych, a roczne straty państwa z tego powodu szacuje się na około 2 miliardy złotych (nie licząc kosztów leczenia osób po próbach samobójczych, czy kosztów pomocy psychologicznej i socjalnej).

- nieutworzenie, na terenie kraju, CZP spełniających kryteria określone w NPOZP z powodu zaniechań Ministra Zdrowia polegających na nieustaleniu zasad tworzenia i finansowania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej;
- brak koordynacji działań i monitorowania rezultatów osiągniętych w ramach NPOZP przez Ministra Zdrowia;
- brak współpracy pomiędzy podmiotami realizującymi Program;
- nierzetelne informowanie Ministra Zdrowia o stanie wykonania poszczególnych zadań w danym roku przez ich realizatorów.
- nierzetelne informowanie Stałego Komitetu Rady Ministrów o realizacji zadań Programu przez Ministra Zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia również fakt, że do czasu zakończenia kontroli NIK nowa edycja NPOZP na lata 2016-2020 nie została ustanowiona, mimo iż pierwszy rok, w którym miała być realizowana, dobiega końca.

## 2.2 Synteza wyników kontroli

**2.2.1.** Niezapewnienie prawidłowej realizacji NPOZP uniemożliwiało tworzenie spójnego i zróżnicowanego systemu skutecznej prewencji i leczenia zaburzeń psychicznych, a także poprawę jakości życia oraz integrację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi.

W ocenie NIK, głównymi przyczynami niezrealizowania NPOZP były: niezaplanowanie środków finansowych przez realizatorów zadań NPOZP, nieskuteczna koordynacja Programu, ogólnikowość części celów i zadań, a także brak woli i konsekwencji we wprowadzaniu zmian (na co wskazały wyniki kontroli w jednostkach objętych kontrolą).

- Minister Zdrowia nie zrealizował 29 zadań spośród 32 określonych w harmonogramie NPOZP. Jednym z nich było ustalenie zasad tworzenia i finansowania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej. Niezrealizowanie tego zadania spowodowało, że działania jst w tym zakresie nie otrzymały wsparcia. W efekcie nie tworzone na terenie kraju CZP spełniających kryteria określone w NPOZP. [str. 16]
- Minister Edukacji Narodowej zrealizował tylko dwa zadania, spośród dziewięciu przypisanych mu do wykonania w ramach NPOZP. Polegały one na opracowaniu oraz rozpoczęciu realizacji programu zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży i zostały wykonane z czteroletnim opóźnieniem w stosunku do wyznaczonego terminu. [str. 24]
- Inni ministrowie (nieobjęci kontrolą NIK), wskazani w NPOZP, również nie realizowali wszystkich przypisanych im zadań. Większość wykazywała, w przekazanych NIK informacjach, swoje działania statutowe, wykonywane niezależnie od NPOZP i tylko wpisujące się w cele główne i szczegółowe tego Programu. [str. 28]
- Narodowy Fundusz Zdrowia nie przygotował projektu finansowania świadczeń dla pilotażowego programu wdrożenia modelu opieki psychiatrycznej. Nie mógł zrealizować tego zadania, ponieważ Minister Zdrowia nie określił zasad pilotażu. [str. 35]
- Samorządy województw, objęte kontrolą, nie realizowały wszystkich zadań przypisanych im w NPOZP (23), a część wykonywana była w niepełnym zakresie i nieterminowo.

We wszystkich urzędach marszałkowskich województw objętych kontrolą powołano zespoły ds. opracowania RPOZP. W trzech przypadkach powołano je z opóźnieniem od 2 do 16 miesięcy w stosunku do terminu określonego w NPOZP (czerwiec 2011 r.).

RPOZP zostały opracowane we wszystkich kontrolowanych samorządach. Zauważyć jednak należy, że w programach tych większość zadań została tak sformułowana, że nie były one kierowane wyłącznie do osób z zaburzeniami psychicznymi, ale dotyczyły też osób bezrobotnych i niepełnosprawnych. Ponadto w RPOZP samorzady nie określiły wartości wskaźników monitorujących realizację zadań, ponieważ nie posiadały pełnej wiedzy odnośnie liczby osób wymagających wsparcia oraz ich potrzeb. Nie przeprowadziły również rzetelnej analizy sytuacji w regionie i możliwości realizacji zadań. [str. 38]

- Skontrolowane samorzady powiatów nie realizowały wszystkich zadań przypisanych im w NPOZP (26), a podejmowane w tym zakresie działania były niewystarczające.

W pięciu starostwach powiatowych (spośród siedmiu objętych kontrolą) powołano zespoły koordynujące realizację zadań NPOZP, których zadaniem było opracowanie PPOZP oraz monitorowanie i koordynowanie jego realizacji. Jednak w uchwałach powołujących te zespoły nie określono trybu ich pracy, co miało wpływ na rzetelność pracy zespołów, a w efekcie przełożyło się na jakość i stopień realizacji tych zadań.

Wszystkie powiatowe programy zostały opracowane z opóźnieniem (od czterech do 38 miesięcy) w stosunku do terminu określonego w NPOZP (czerwiec 2011 r.).

PPOZP nie uwzględniały większości zadań przewidzianych w NPOZP, a niektóre z zaplanowanych zostały zrealizowane inaczej niż przewidywał to harmonogram NPOZP lub w ogóle nie zostały zrealizowane. Ponadto w programach tych ujmowano działania podejmowane już wcześniej na terenie powiatu przez różne jednostki funkcjonujące w strukturach samorządu powiatowego lub przez niego finansowane (jako zadania statutowe z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej). Zadania te nie były bezpośrednio ukierunkowane na realizowanie celów ustalonych w NPOZP.

W PPOZP jako wskaźniki monitorujące dla przewidzianych w nich zadań podawano jedynie ustalone w NPOZP rodzaje wskaźników, bez określenia ich wartości docelowych, co nie pozwoliło na ocenę skuteczności podjętych działań.

W efekcie, w latach 2011–2015, nie rozwiązano w powiatach ważnych problemów dotyczących ochrony zdrowia psychicznego wskazanych w NPOZP (str. 47).

- W żadnej gminie, spośród sześciu objętych kontrolą, nie powołano zespołu koordynującego realizację NPOZP, jak również nie opracowano lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, mimo iż do podjęcia tych działań zobowiązywał je harmonogram NPOZP.

Przyczyną były głównie problemy finansowe gmin oraz ich brak zainteresowania problemami i potrzebami ujętymi w tym Programie. Stwierdzono także nieprzewodzenie analiz i ocen potrzeb zdrowotnych, dotyczących zdrowia psychicznego mieszkańców, które umożliwiłyby opracowanie gminnego programu ochrony zdrowia psychicznego.

Gminy realizowały wprawdzie zadania własne związane z psychiatryczną opieką zdrowotną – w ramach bieżącej działalności i w miarę możliwości finansowych i organizacyjnych – ale nie były one ukierunkowane na realizowanie celów ustalonych w NPOZP. [str. 54]

**2.2.2.** Zalecane nakłady na realizację NPOZP w latach 2011-2015<sup>7</sup> ustalono w kwocie ogółem 1.271,25 mln zł, w tym z budżetu państwa i jst – miały wynieść 611,25 mln zł, a z NFZ (na finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych w CZP) 660,0 mln zł.

Coroczne sprawozdania realizatorów tych zadań były nierzetelne i uniemożliwiały właściwe przyporządkowanie poniesionych wydatków do postulowanych nakładów. Większość jst w ogóle nie podawała takich danych, sygnalizując brak środków finansowych w swoich budżetach na realizację NPOZP. [str.19]

Minister Zdrowia – który pełnił wiodącą rolę w realizacji Programu – także nie zabezpieczył w projektach kolejnych ustaw budżetowych środków na realizację NPOZP, mimo że stosownie do § 1 pkt 3 wydanego przez siebie rozporządzenia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>8</sup> uznał zapobieganie, leczenie i rehabilitację zaburzeń psychicznych za priorytet zdrowotny. Nakłady Ministra Zdrowia na realizację NPOZP, w latach 2011–2015, wyniosły 114 tys. zł przy zalecanych 1 mln zł. [str. 20]

Zalecane nakłady finansowe dla Ministra Edukacji Narodowej na promocję i profilaktykę, realizowaną w latach 2011–2015 w ramach NPOZP, określone zostały ogółem na kwotę 1,5 mln zł. Jednak, w latach 2011–2015, Minister nie wydatkował żadnych środków na ten cel, a w ramach części 46 Zdrowie, którą dysponował, w ogóle nie planowano takich wydatków. Nie wyodrębniono również pozycji dla NPOZP w budżecie zadaniowym części 30 budżetu państwa. [str. 27]

Z przesłanej do NIK informacji wynika, że w latach 2011–2015 nakłady finansowe NFZ na środowiskowe formy opieki psychiatrycznej wzrosły o 28,5%, a nakłady na finansowanie świadczeń w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) – wzrosły o 126,5%. Wzrosły również nakłady na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – o 18,6%, a nakłady na przedmiotowe świadczenia per capita wzrosły o 18,1%. [str. 35]

Pięć samorządów województw (spośród sześciu objętych kontrolą) planowało środki finansowe na realizację NPOZP, ale w sprawozdaniach z realizacji NPOZP przedkładanych Ministrowi Zdrowia nie zawsze były one wyodrębniane. Jednocześnie w sprawozdaniach podawane były również kwoty wydatkowane przez realizatorów poszczególnych zadań (np. wojewódzkie urzędy pracy, czy regionalne ośrodki polityki społecznej) na zadania inne niż ujęte w NPOZP. Skutkowało to zawyżaniem kwot ogółem wykazywanych w sprawozdaniach przekazywanych Ministrowi Zdrowia o kwoty wydatkowane przez te jednostki na zadania niezwiązane z realizacją Programu. Sprawozdania te były więc nierzetelne, gdyż przedstawiały nieprawdziwy obraz wydatków poniesionych na realizację NPOZP. [str. 42]

Żadne starostwo powiatowe objęte kontrolą nie planowało i nie wydatkowało środków finansowych na realizację zadań ujętych w NPOZP. Niezaplanowanie środków finansowych na ten cel wynikało z priorytetowego traktowania innych potrzeb. W konsekwencji nie realizowano zadań NPOZP, a także nie uwzględniano większości z nich w PPOZP. [str. 51]

W latach 2011–2015 skontrolowane gminy nie planowały i nie wydatkowały środków na realizację zadań NPOZP. [str. 55]

<sup>7</sup> Zał. nr 1, Harmonogram realizacji NPOZP, tab. nr III do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126.

**2.2.3.** Minister Zdrowia nie zapewnił właściwego funkcjonowania Rady do Spraw Zdrowia Psychicznego (będącej jego organem koordynacyjno-doradczym), a także właściwego monitorowania i koordynacji zadań w ramach NPOZP w latach 2011–2015.

Członkowie Rady zostali powołani w dniu 1 grudnia 2011 r., a statut Rady Minister Zdrowia nadał zarządzeniem z 17 października 2013 r.<sup>9</sup>, tj. po upływie blisko dwóch lat.

Rada nie wykonywała większości przypisanych jej zadań i nawet posiedzenia tego gremium odbywały się rzadziej niż określono to w ww. zarządzeniu<sup>10</sup>. [str. 21]

**2.2.4.** Minister Zdrowia nie dokonał oceny skuteczności realizacji NPOZP w latach 2011–2015, ponieważ nie wdrożył stosownego programu badawczego, w wyniku którego sporządzony byłby raport oceniający poprawę wskaźników zdrowotnych (było to jedno z zadań przypisanych Ministrowi w harmonogramie NPOZP).

Stwierdzono ponadto liczne nieprawidłowości w zakresie monitorowania osiągniętych rezultatów NPOZP, koordynacji oraz sprawozdawania o realizacji działań.

- Minister Zdrowia przekazywał Radzie Ministrów nierzetelne informacje o realizacji działań wynikających z NPOZP w latach 2012–2014, nie informując o niezrealizowaniu pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Przekazywano natomiast dane o wartości umów zawartych na świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień sfinansowanych przez NFZ, co nie było działaniem wynikającym z realizacji Programu. Ponadto informacje o realizacji innych zadań, w latach 2012–2014, nie odnosiły się do wartości wskaźników monitorujących, co uniemożliwiało ich rzetelną ocenę. Minister przekazywał Radzie Ministrów informacje o realizacji NPOZP w większości przypadków ze znacznym opóźnieniem (od 2 do 9 miesięcy). [str. 22]
- Minister Edukacji Narodowej, w sprawozdaniach z realizacji NPOZP przekazywanych Ministrowi Zdrowia, opisywał działania niewynikające z realizacji przypisanych mu zadań w tym Programie. W sprawozdaniach tych informował o działaniach dotyczących ochrony zdrowia, podejmowanych w ramach obowiązków szkół i placówek oświatowych na podstawie ustawy o systemie oświaty oraz w ramach innych programów uchwalonych przez Radę Ministrów i funkcjonujących w tych samych latach co NPOZP lub w ramach projektów realizowanych przez ORE. Minister terminowo złożył jedynie jedno roczne sprawozdanie z realizacji NPOZP, w pozostałych czterech przypadkach nie dotrzymał obowiązującego terminu. [str. 26]
- Samorządy województw nie podejmowały działań z zakresu monitorowania i koordynacji, wymaganych przez programy regionalne. W niewystarczającym stopniu monitorowano RPOZP, gdyż zarządy województw nie miały bieżącej wiedzy, które powiaty i gminy z terenu województwa przystąpiły do realizacji zadań określonych w NPOZP oraz w jakim stopniu zadania te zostały wykonane. Ponadto w sprawozdaniach przesyłanych do Ministra Zdrowia, odnośnie realizacji NPOZP, informowano o działaniach nieodnoszących się bezpośrednio do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zadaniach, których nie realizowano. W tych dokumentach nie było odniesienia do stanu wyjściowego i do wskaźników monitorujących (lub odnoszono się do nich w sposób bardzo ogólnikowy). Stwierdzono również przypadki, że informacje przekazywane w kolejnych latach były względem siebie sprzeczne. [str. 44]

<sup>9</sup> Dz. Urz. MZ z 2013 r. poz. 41.

<sup>10</sup> Odbyły się tylko cztery posiedzenia, mimo iż według zarządzenia – miały odbywać się nie rzadziej niż raz na pół roku.

- W żadnym PPOZP (spośród 5 badanych) nie wskazano mierników służących do oceny realizowanych zadań, które pozwoliłyby zbadać skuteczność podjętych działań.

W czterech powiatach (spośród siedmiu objętych kontrolą) nie monitorowano realizacji PPOZP, w tym w dwóch – z powodu nieopracowania PPOZP, a w dwóch z uwagi na ustalenie w PPOZP mierników, które uniemożliwiały zmierzenie efektów wykonanych zadań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców powiatu.

Sprawozdania z realizacji zadań NPOZP, przesyłane Ministrowi Zdrowia, sporządzane były na podstawie informacji jednostek uczestniczących w tym programach, bez ich merytorycznej analizy. W związku z tym samorządy powiatów przekazywały w sprawozdaniach nierzetelne informacje na temat realizowanych zadań ujętych w NPOZP (np. wykazywano w nich zadania, które nie zostały zrealizowane, a także wykonanie zadań, których realizacja nie wynikała z NPOZP).

[str. 52]

- Dwie gminy (spośród sześciu objętych kontrolą) nie składały rocznych sprawozdań Ministrowi Zdrowia z realizacji NPOZP ponieważ uznały, że obowiązek ten dotyczył tylko podmiotów realizujących ten Program, a cztery gminy, w sprawozdaniach z poszczególnych lat, informowały o nierealizowaniu zadań NPOZP.

[str. 55]

**2.2.5.** Minister Zdrowia nie przygotował, do końca 2015 r., nowej edycji NPOZP na lata 2016–2020, pomimo powołania Zespołu do spraw opracowania projektu Programu w dniu 15 października 2015 r.

Projekt ten uzgadniano z poszczególnymi ministrami oraz z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów w okresie od lutego do kwietnia 2016 r. i dopiero 25 maja 2016 r. Kolegium MZ przyjęło projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP na lata 2016-2020.

Do czasu zakończenia kontroli NIK program ten nie został ustanowiony, mimo iż pierwszy rok, w którym miał być realizowany dobiega końca.

[str. 23]

**2.2.6.** Dopiero w kwietniu 2016 r. Minister Zdrowia powołał Zespół ds. wdrożenia pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach NPOZP, przy czym jeszcze w sierpniu 2016 r. nie posiadał informacji o przewidywanej liczbie ośrodków i populacji objętej pilotażem, rozmieszczeniu CZP i skorelowaniu ich liczby z mapami potrzeb zdrowotnych oraz możliwością finansowania ze środków UE.

[str. 18]

### 2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Sposób organizacji opieki psychiatrycznej w naszym kraju, obok niskiego poziomu finansowania, stanowi główną barierę ograniczającą dostęp do świadczeń dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

W minionych latach dominował model azylowy (izolacyjny) postępowania z chorymi psychicznie. Współczesna nauka proponuje środowiskowy model psychiatrii, który jest optymalnym rozwiązaniem dla pacjentów i ich rodzin.

Przebudowę systemu miała zapewnić sprawna realizacja NPOZP w latach 2011–2015. Jednak niezrealizowanie większości celów i zadań Programu uniemożliwiło upowszechnienie modelu środowiskowego. W ocenie NIK niezbędne jest zatem jak najszybsze wdrożenie nowej edycji NPOZP na lata 2016–2020 i wyeliminowanie stwierdzonych przez NIK nieprawidłowości, które uniemożliwiły skuteczną realizację NPOZP w latach 2011–2015.

W ocenie NIK, główną przyczyną niezrealizowania NPOZP było niezaplanowanie środków finansowych przez realizatorów zadań NPOZP. Kluczowe znaczenie ma zatem zabezpieczenie źródeł finansowania zadań zaplanowanych w nowej edycji Programu, gdyż w przeciwnym wypadku powtórzy się sytuacja z lat 2011–2015 i założone cele nie zostaną osiągnięte.

Ponadto NIK uznaje za wskazane podjęcie przez Ministra Zdrowia następujących działań:

- 1) dokonanie analizy realizacji NPOZP w celu identyfikacji wszystkich problemów, które wystąpiły w latach 2011–2015 i na podstawie uzyskanych wyników podjęcie działań w celu sprawnej realizacji nowej edycji NPOZP;
- 2) przeprowadzenie programów pilotażowych w celu przetestowania nowych rozwiązań i przygotowania regulacji prawnych dla sprawnego funkcjonowania i finansowania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- 3) podjęcie działań w celu przygotowania kadr dla planowanych CZP;
- 4) zapewnienie skutecznej koordynacji, monitorowania i oceny realizacji zadań NPOZP w nowej edycji, m.in. poprzez określenie wartości docelowych wskaźników monitorujących.

### 3.1 Minister Zdrowia

#### 3.1.1. Realizacja zadań przypisanych w ramach NPOZP

Rada Ministrów, ustanawiając NPOZP, powierzyła Ministrowi Zdrowia kierowanie realizacją Programu i koordynację wykonywania zadań przez podmioty w nim uczestniczące<sup>11</sup> oraz przedkładanie Radzie Ministrów informacji o realizacji działań wynikających z NPOZP w roku poprzednim, w terminie do 30 września każdego roku<sup>12</sup>. Monitorowaniem realizacji zadań, występowaniem do ministrów uczestniczących w Programie w sprawach założeń i projektów programów, inicjowaniem działalności badawczo-wdrożeniowej, a także opiniowaniem przepisów prawnych miała zajmować się Rada do spraw Zdrowia Psychicznego będąca organem koordynacyjno-doradczym, działającym przy Ministrze Zdrowia<sup>13</sup>.

Ministrowi Zdrowia przypisano do realizacji 32 zadania, spośród których zrealizował tylko trzy<sup>14</sup>, tj: ustalił priorytety promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (zadanie 1.1.1), zainicjował projekty informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (1.3.1), a także dokonał przeglądu obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia (1.3.3).

Minister Zdrowia, w latach 2011–2015, nie zrealizował istotnych dla powodzenia NPOZP 29 zadań, spośród 32 określonych w jego harmonogramie, w tym:

- a) w ramach promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (pierwszy cel główny) nie zrealizowano 12 zadań spośród 15 zaplanowanych;
- b) w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym (drugi cel główny) nie zrealizowano żadnego z 12 przewidzianych zadań;
- c) w ramach rozwoju badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (trzeci cel główny) nie zrealizowano żadnego zadania spośród pięciu zaplanowanych.

Sejmowa Komisja Zdrowia, po zapoznaniu się na posiedzeniu w dniu 6 lutego 2014 r. z „Informacją o realizacji działań wynikających z NPOZP w 2011 r.”, w dezyderacie nr 5, zwróciła uwagę na zdecydowanie niezadowolającą realizację NPOZP wyrażającą się brakiem wykonania, w latach 2011–2012, większości zaplanowanych działań, a także znacznym opóźnieniem przekazywania Sejmowi informacji na temat realizacji Programu. Szczególne zaniepokojenie posłów wzbudziło zwłaszcza niepodejmowanie działań mających na celu stopniowe przekształcenie systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kierunku modelu środowiskowego. Komisja wystąpiła do Ministra Zdrowia o podjęcie konkretnych działań w zakresie realizacji Programu. W odpowiedzi, z dnia 22 maja 2014 r., Minister Zdrowia<sup>15</sup> poinformował m.in., że w ramach prac nad organizacją i funkcjonowaniem Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) powołano zespół roboczy mający na celu wypracowanie optymalnych rozwiązań dla świadczeniodawców, resortu zdrowia, płatnika, a przede wszystkim pacjentów, które zostaną zaimplementowane na gruncie obecnie obowiązującego prawa.

<sup>11</sup> § 3 ust. 2, § 4 ust. 1 i § 5 rozporządzenia w sprawie NPOZP.

<sup>12</sup> Art. 2 ust. 7 ustawy z dnia o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>13</sup> Zgodnie z art. 4a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>14</sup> Wykaz zadań NPOZP przypisanych Ministrowi Zdrowia do realizacji stanowi załącznik nr 5 do Informacji.

<sup>15</sup> Igor Radziejewicz-Winnicki – Podsekretarz Stanu z upoważnienia Ministra Zdrowia.



Jak wyjaśniono, w Ministerstwie wciąż trwają intensywne prace nad organizacją i funkcjonowaniem CZP oraz prace koncepcyjne nad nowym projektem NPOZP.

Jednym z zadań niezrealizowanych przez Ministra Zdrowia było nieustalenie zasad tworzenia i finansowania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej. Niezrealizowanie tego zadania spowodowało, że działania jednostek samorządu terytorialnego (jst) w tym zakresie nie otrzymały stosownego wsparcia. Minister Zdrowia w „Informacji o realizacji działań wynikających z NPOZP w 2013 r.”<sup>16</sup> podał m.in. że w siedmiu województwach<sup>16</sup> podejmowano działania na rzecz uzgodnienia umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego (CZP), a w dwóch podjęto decyzję o utworzeniu CZP<sup>17</sup>. Ponadto w siedmiu powiatach podjęto działania na rzecz zintegrowania działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie lokalnego CZP zapewniającego mieszkańcom kompleksową opiekę środowiskową. W Informacji o realizacji NPOZP w 2014 r. podano m.in., że trzy województwa podjęły działania na rzecz umiejscowienia i wyznaczenia obszarów sieci CZP, a 50 powiatów w ramach upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (cel szczegółowy 2.1) realizowało program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w gminie lub powiecie.

Z ustaleń kontroli wynika, że na terenie żadnej jednostki samorządu terytorialnego, objętej kontrolą, nie utworzono CZP spełniającego kryteria określone w NPOZP<sup>18</sup>.

Realizacja zadań NPOZP, w latach 2011–2015, należała do dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego (DZP)<sup>19</sup>, który był zobowiązany m.in. do: uzgadniania z Ministrem Zdrowia, sekretarzem stanu lub podsekretarzem stanu głównych kierunków działań merytorycznych; organizowania pracy Departamentu i kształtowania struktury organizacyjnej w celu sprawnego i terminowego wykonywania zadań; prowadzenia spraw związanych z realizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; opracowywania aktów prawnych i prowadzenia procedury legislacyjnej w zakresie psychiatrii, uzgadniania działań Departamentu z innymi komórkami organizacyjnymi; a także współpracy z jednostkami podległymi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w zakresie psychiatrii.

Z-ca dyrektora DZP wyjaśnił m.in., że część zadań, która nie została zrealizowana w trakcie obowiązywania Programu uzależniona była nie tylko od przeznaczenia na ten cel odpowiednich zasobów kadrowych i finansowych, ale także ograniczonego horyzontu czasowego harmonogramu Programu w stosunku do szerokiego zakresu zadań wskazanych ww. rozporządzeniem. Odnosząc się do zadań ujętych w „Celu głównym 1”<sup>20</sup>, wskazał, iż wiele działań, kampanii, czy badań wynikających z Programu nie mogło być realizowanych, gdyż w momencie jego uchwalenia nie udało się uzyskać gwarancji finansowania, a w samym Programie rozpisano jedynie zalecane środki finansowe. W przedmiocie zadań wskazanych w „Celu głównym 2”<sup>21</sup> podkreślił, że ich realizacja nie była możliwa z uwagi na fakt, iż w przeważającej części Program musiałby dotyczyć inwestycji,

<sup>16</sup> Kujawsko-pomorskie, lubelskie, łódzkie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie.

<sup>17</sup> Kujawsko-pomorskie i wielkopolskie.

<sup>18</sup> Kryteria CZP określone w rozporządzeniu w sprawie NPOZP w załączniku nr 2 cz. III „zarys modelu CZP”.

<sup>19</sup> Zarządzenia Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia – nr 34 z 30.11.2015 r., nr 20 z 31.05.2013 r., nr 2 z 8.02.2011 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Wewnętrznego Departamentu Zdrowia Publicznego oraz zarządzenie Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego z 4.07.2007 r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Departamentu Zdrowia Publicznego.

<sup>20</sup> Cel główny 1 „Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym”.

<sup>21</sup> Cel główny 2 „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”.

zmian organizacyjno-prawnych, restrukturyzacji i reorganizacji świadczeniodawców, co nie może być przedmiotem programu zdrowotnego w rozumieniu art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wsparcie tego rodzaju przekształceń będzie możliwe ze środków europejskich, w ramach których zdrowie psychiczne i deinstytucjonalizacja są uznane jako priorytetowe kierunki działań. Wskazał także, iż w kolejnej edycji Programu znajdą się zadania polegające na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej. Jednym z wyzwań w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jest przejście z modelu instytucjonalnego na model środowiskowy oparty na społeczności lokalnej, dlatego też Minister Zdrowia w 2015 r. powołał Zespół do spraw wdrożenia pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zespół ekspertów będzie organem pomocniczym Ministra Zdrowia, a jego głównym zadaniem będzie wspieranie resortu w przygotowaniu zasad realizacji oraz wdrożenia przedmiotowego pilotażu.

Ponadto z-ca dyrektora DZP wyjaśnił: „...niezrealizowane zostały zadania, które wymagały pozyskania niezbędnych zasobów finansowych (...) Podkreślić należy, iż realizacja wielu zadań nie była również możliwa bez współpracy ze strony środowisk ekspertów, towarzystw, pracodawców. Brak porozumienia środowiska odnośnie docelowego modelu psychiatrii, jak i spory merytoryczne, wpływało na przesunięcie w czasie jego wypracowania, jak i wdrożenia. Aczkolwiek w przedmiocie zadań, które nie wymagały nakładów środków finansowych, Departament podejmował działania konsultacyjne. (...) Realizacja Programu wskazała, iż przyjęto zbyt optymistyczne założenia w stosunku do możliwości realizacji zaplanowanych działań, które w konsekwencji okazały się trudne do wykonania. Pomimo starań nie udało się także formalnie utworzyć Ośrodka Koordynującego realizację Programu, który wspomógłby monitorowanie założonych celów i ich dokonanie”.

Szczególnie istotne było niezrealizowanie celu szczegółowego 2.1, tj. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i w konsekwencji nieuregulowanie zasad funkcjonowania i finansowania tego modelu. W wyniku podjętych działań zdefiniowano tylko ustawowe pojęcie centrum zdrowia psychicznego (CZP).

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2014 r. ustanowiono Pełnomocnika Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym<sup>22</sup>, do którego należało opracowanie, uzgodnienie i wniesienie pod obrady Rady Ministrów projektu ustawy o zdrowiu publicznym. Pełnomocnik przedłożył projekt ustawy Stałemu Komitetowi Rady Ministrów, pismem z dnia 15 maja 2015 r., przedstawiając w uzasadnieniu m.in., że istotną zmianą wynikającą z realizacji NPOZP na lata 2011–2015 jest zdefiniowanie w projekcie pojęcia CZP. Projektowana regulacja miała zostać uzupełniona określeniem warunków funkcjonowania Centrów jako podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w odpowiednich aktach wykonawczych.

W celu uregulowania zasad realizacji oraz wdrożenia pilotażu psychiatrycznej opieki środowiskowej Minister Zdrowia, zarządzeniem<sup>23</sup> z dnia 19 kwietnia 2016 r., powołał Zespół do spraw wdrożenia pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (termin zakończenia prac Zespołu – po realizacji zadania nie później niż z dniem 31 grudnia 2017 r.).

<sup>22</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 1887. Pełnomocnika Rządu zniesiono na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 kwietnia 2016 r. (Dz. U. 2016 r. poz. 506).

<sup>23</sup> Dz. Urz. MZ z 2016 r. poz. 46.

Zastępca dyrektora DZP wyjaśnił<sup>24</sup> m.in., że: w chwili obecnej NFZ przygotowuje projekt zarządzenia Prezesa Funduszu wraz z uzasadnieniem i oceną planowanych rozwiązań i jednocześnie rozesłał do świadczeniodawców zapytania dotyczące gotowości do wzięcia udziału w pilotażu. Po ustaleniu warunków pilotażu, DZP podejmie prace nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie określenia kryteriów wyboru ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zaplanowano także możliwość kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu psychiatrii środowiskowej. Udział jednostek będzie dobrowolny i uzależniony od ich możliwości. Minister Zdrowia, w sierpniu 2016 r., nie dysponował informacją o przewidywanej liczbie ośrodków i populacji objętej pilotażem, rozmieszczeniu CZP i skorelowaniu ich liczby z mapami potrzeb zdrowotnych oraz możliwością finansowania ze środków UE.

NIK zwraca uwagę, że niedobór pracowników w opiece psychiatrycznej może być barierą w tworzeniu i funkcjonowaniu CZP, o czym świadczą zalecane minimalne docelowe wskaźniki zatrudnienia<sup>25</sup> w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej w 2015 r. Liczba psychiatrów wynosiła 3.584, przy oczekiwanej 7.800 i odpowiednio liczba: psychiatrów dzieci i młodzieży 380 (780), pracowników socjalnych 300 (1.900), pielęgniarek i terapeutów środowiskowych 10.500 (23.400), terapeutów zajęciowych, rehabilitantów 560 (1.560), specjalistów i instruktorów terapii uzależnień 608 (1.900).

### 3.1.2. Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP

Zalecane nakłady na realizację NPOZP, w latach 2011–2015, ustalono w kwocie ogółem 1.271.250 tys. zł z przeznaczeniem w szczególności na tworzenie CZP w kwocie 234.500 tys. zł oraz na świadczenia zdrowotne w tych jednostkach w kwocie 660.000 tys. zł, finansowane przez NFZ. Łącznie ww. nakłady miały wynosić 894.500 tys. zł, tj. 70,4% środków NPOZP. Ponadto na profilaktykę i promocję w jst przewidziano 30.000 tys. zł.

Większość jednostek samorządu terytorialnego nie tworzyło CZP, ponieważ Minister Zdrowia nie uregulował zasad ich funkcjonowania i finansowania. NFZ nie finansował świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, ponieważ Minister Zdrowia nie przygotował rozwiązań w zakresie funkcjonowania CZP oraz zasad ich finansowania.

Zalecane nakłady budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na realizację NPZOP miały wynieść 611.250 tys. zł w latach 2011–2015.

Z budżetu państwa zamierzano wydatkować 346.750 tys. zł, tj. 27,3 % środków – na realizację zadań, przez: Ministra Zdrowia 40.000 tys. zł, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego 1.500 tys. zł, Ministra Sprawiedliwości 54.750 tys. zł, Ministra Obrony Narodowej 5.000 tys. zł, Ministra Edukacji Narodowej 1.500 tys. zł, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji 14.000 tys. zł oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej 230.000 tys. zł.

<sup>24</sup> Pismem z dnia 5 sierpnia 2016 r.

<sup>25</sup> Zgodnie z projektem NPOZP na lata 2016–2020 z dnia 30 maja 2016 r.

Według Ministra Zdrowia nakłady na realizację NPOZP wyniosły:

(w tys. zł)

Podmiot	2011	2012 r	2013	2014	2015	Razem
Minister Zdrowia NFZ	2.023.817	53 2.167.536	30 2.246.353	18 2.318.665	13 2.400.848	114 11.157.219
Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego	16.261	26.616	22.000	42.000	–	106.877
Minister Edukacji Narodowej	–	2.756	5.100	–	–	7.856
Minister Obrony Narodowej	–	28.781	6.000	6.617	7.775	49.173
Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	–	19.481	35.000	33.000	–	87.481
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	–	168	208	407	470	1.253
<b>Razem</b>	<b>2.040.108</b>	<b>2.245.291</b>	<b>2.314.691</b>	<b>2.400.707</b>	<b>2.409.106</b>	<b>11.409.973</b>
Bez uwzględnienia środków NFZ	16.261	77.755	68.338	82.042	8.258	252.654

Z-ca dyrektora DZP wyjaśnił m.in., że tabela została sporządzona w oparciu o sprawozdania realizatorów, a w przypadku jst większość jednostek nie podawała danych dotyczących poniesionych nakładów; sprawozdania przekazane przez realizatorów uniemożliwiały właściwe przyporządkowanie poniesionych wydatków do postulowanych nakładów zamieszczonych w zał. nr 1 cz. III harmonogramu NPOZP; informacje przekazane przez MON, MEN, MPIPS i MSWiA w 2011 r. uniemożliwiły właściwe oszacowanie poniesionych wydatków na realizację NPOZP.

Kwota 114,0 tys. zł została wydatkowana przez Ministra Zdrowia na realizację zadań związanych z przeprowadzeniem badań ankietowych w jst, zakupem materiałów promocyjnych, publikacją Priorytetów w Ochronie Zdrowia Psychicznego, kampaniami informacyjno-promocyjnymi. Środki NFZ zostały wydatkowane na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Minister Zdrowia nie zabezpieczył w projektach kolejnych ustaw budżetowych środków na realizację NPOZP, mimo że stosownie do zapisów rozporządzenia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych uznał zapobieganie, leczenie i rehabilitację zaburzeń psychicznych za priorytet zdrowotny. Minister Zdrowia, na etapie planowania projektu budżetu na lata 2011–2015, występował do Ministra Finansów o zwiększenie limitu wydatków na realizację zadań kontynuowanych i nowych, w tym m.in. na realizację zadań wynikających z NPOZP, w kwocie ogółem 34.429,0 tys. zł (niższej od zalecanej 40.000 tys. zł), co nie zostało uwzględnione.

NIK podziela pogląd Ministra Finansów, że dysponenci otrzymują ogólną pulę środków, w ramach ustalonego limitu, co do zasady bez podziału na poszczególne zadania, a do Ministra Zdrowia należało i należy ustalenie priorytetów, wydzielenie kwot wydatków na poszczególne zadania, m.in. NPOZP i zabezpieczenie na jego wykonanie odpowiednich środków w ramach posiadanego budżetu.

### 3.1.3. Wybór realizatorów poszczególnych zadań w ramach NPOZP

Ze środków przeznaczonych na zadania merytoryczne Departamentu Zdrowia Publicznego, w latach 2011–2015, na wykonanie zadań NPOZP oraz czynności związane z oceną NPOZP, ale nie będące jego zadaniami, wydatkowano ogółem 249,0 tys. zł., z tytułu 14 zawartych umów. Kontrolą objęto wybór siedmiu realizatorów, z którymi zawarto umowy o wartości brutto od 18,5 tys. zł do 45,0 tys. zł. W sześciu przypadkach wyboru realizatorów dokonano zgodnie z zasadami postępowania przy zamówieniach, których wysokość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14 tys. euro określonych w zarządzeniu nr 11 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 22 czerwca 2010 r. ze zm. i zarządzeniu nr 16 z dnia 9 lipca 2014 r w sprawie postępowania przy zamówieniach, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 30 tys. euro. W jednym przypadku stwierdzono odstępstwo od tych zasad.

Dyrektor Generalny Ministerstwa Zdrowia zawarł, w dniu 11 września 2013 r., umowę na przeprowadzenie badania kwestionariuszowego mającego na celu zgromadzenie i analizę danych niezbędnych do opracowania sprawozdania z realizacji NPOZP w roku 2012 o wartości 28,9 tys. zł brutto.

Wybór realizatora nie był poprzedzony procedurą określoną w § 8 zarządzenia nr 11 Dyrektora Generalnego MZ, która stanowi, że zamawiający przekazuje zaproszenie do składania ofert do takiej liczby wykonawców, która zapewnia konkurencję oraz wybór najkorzystniejszej oferty, jednak nie mniej niż trzech, chyba że na rynku działa mniejsza liczba wykonawców mogących zrealizować zamówienie. W tym przypadku dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego sporządził notatkę służbową w sprawie akceptacji wniosku o zawarcie umowy z realizatorem zadania, z uwagi na fakt, że podmiot ten wykonał już badanie w roku 2011 i że zawarcie umowy jest już opóźnione. Notatkę zaakceptował podsekretarz stanu.

Tym samym, przy udzielaniu tego zamówienia, naruszono wewnętrzne zasady określone przez Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia.

### 3.1.4. Monitorowanie osiągniętych rezultatów NPOZP

Minister Zdrowia nie zapewnił właściwego funkcjonowania Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, a także właściwego monitorowania i koordynacji zadań w ramach NPOZP w latach 2011–2015.

Członkowie Rady do spraw Zdrowia Psychicznego zostali powołani w dniu 1 grudnia 2011 r., a statut Rady Minister Zdrowia nadał zarządzeniem z dnia 17 października 2013 r.<sup>26</sup>, tj. po upływie blisko dwóch lat.

Zadaniem Rady, jako działającego przy Ministrze organu koordynacyjno-doradczego w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego<sup>27</sup>, było w szczególności: monitorowanie realizacji zadań NPOZP; opiniowanie projektów informacji, występowanie do ministrów właściwych do spraw: kultury fizycznej, nauki, oświaty i wychowania, pracy, spraw wewnętrznych, szkolnictwa wyższego, zabezpieczenia społecznego oraz Ministra Sprawiedliwości i Ministra Obrony Narodowej, w sprawach założeń i projektów programów działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego;

<sup>26</sup> Dz. Urz. MZ z 2013 r. poz. 41.

<sup>27</sup> Powołanego na podstawie art. 4a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach, o których mowa w art. 2 ust. 1<sup>28</sup> ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; a także opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

Rada nierzetelnie wykonywała większość tych zadań. Przez blisko dwa lata nie odbyło się żadne posiedzenie tego gremium, mimo że w zarządzeniu z dnia 17 października 2013 r. ustalono m.in., że Rada obraduje na posiedzeniach, które odbywają się nie rzadziej niż raz na pół roku. Pierwsze posiedzenie Rady, odbyło się 3 października 2013 r., a drugie dopiero 9 grudnia 2014 r., po upływie 14 miesięcy od pierwszego. Kolejne posiedzenia odbyły się 26 maja i 28 października 2015 r.

Minister Zdrowia nie skorzystał także z przewidzianej w statucie możliwości zgłoszenia wniosku o zwołanie posiedzenia Rady.

Na czterech posiedzeniach Rady omówiono m.in.:

- 1) w dniu 2 października 2013 r. – nierozwiązanie sposobu kontraktowania i finansowania CZP oraz braki kadrowe w zakresie psychiatrii. Przedstawiono tekst uchwały w sprawie ustawy o leczeniu przestępców seksualnych;
- 2) w dniu 9 grudnia 2014 r. – niesatysfakcjonujący poziom realizacji NPZOP, brak założeń organizacyjno-prawnych funkcjonowania CZP. Rada zaleciła m.in. podjęcie i zakończenie, do końca 2015 r., prac dotyczących zwiększenia poziomu finansowania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zracjonalizowanie sposobu finansowania leczenia szpitalnego poprzez odejście od rozliczania za osobodzień oraz ustanowienia ośrodka koordynującego realizację programu na poziomie centralnym;
- 3) w dniu 26 maja 2015 r. – sformułowano postulaty zwiększenia udziału w finansowaniu świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień do poziomu porównywalnego ze średnim w krajach europejskich, opracowania założeń funkcjonowania CZP oraz ustanowienia ośrodka koordynującego realizację programu na poziomie centralnym. Poinformowano m.in., że prace nad CZP są na etapie finalizacji, a znowelizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień precyzuje kształt CZP, minimalne wymagania kadrowe oraz że w projekcie ustawy o zdrowiu publicznym znajduje się definicja CZP;
- 4) w dniu 29 października 2015 r. – poinformowano o konieczności kontynuowania programu w latach 2016–2020, ustawowego określenia środków finansowych na realizację NPZOP oraz wskazano, że kluczową rolę we wdrażaniu NPOZP ma wola polityczna Ministra Zdrowia, koordynującego działania innych resortów oraz inspirującego działania NFZ i administracji samorządowej, której w latach 2012–2014 zdecydowanie zabrakło, co było zasadniczym powodem niepowodzeń we wdrażaniu NPOZP.

Informacje o realizacji działań wynikających z NPOZP, w latach 2012–2014, przekazywane przez Ministra Zdrowia Radzie Ministrów były nierzetelne, gdyż nie zawierały informacji o niezrealizowaniu pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, informowały natomiast o wartości zawartych umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień sfinansowanych przez NFZ, co nie było przewidziane w Programie<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> W zakresie : 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym; 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

<sup>29</sup> W tabeli III zalecanych nakładów NPOZP stanowiącej zał. do rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP.

Ponadto, informacje te nie odnosiły się do wartości wskaźników monitorujących, co uniemożliwia rzetelną ocenę realizacji zadań.

Informacje o realizacji działań wynikających z NPOZP Minister Zdrowia przekazywał Radzie Ministrów, w latach 2011–2015, w większości przypadków ze znacznym opóźnieniem, tj.: za 2011 r. pismem z dnia 3 lipca 2013 r., za 2012 r. pismem z dnia 7 marca 2014 r.; za 2014 r. pismem z dnia 21 grudnia 2015 r.

Minister Zdrowia był zobowiązany do przedkładania Radzie Ministrów informacji o realizacji działań wynikających z NPOZP w roku poprzednim, w terminie do 30 września każdego roku, a Rada Ministrów do złożenia informacji Sejmowi w terminie do 31 października<sup>30</sup>.

Minister Zdrowia nie dokonał oceny skuteczności realizacji NPOZP, w latach 2011–2015, poprzez wdrożenie programu badawczego oceniającego skuteczność realizacji Programu i wykonanie stosownego raportu (zadanie 3.4.1.).

Minister Zdrowia nie przygotował, do końca 2015 r., nowej edycji NPOZP na lata 2016–2020, pomimo powołania Zespołu do spraw opracowania projektu w dniu 15 października 2015 r.<sup>31</sup>. Zespół przedstawił w dniu 15 grudnia 2015 r., sprawozdanie, zawierające postulowane zapisy dotyczące nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz projekt rozporządzenia w sprawie NPOZP na lata 2016–2020. Zespół stwierdził, że niezbędne jest: m.in.:

- określenie mapy potrzeb oraz docelowej sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego (dla dorosłych i dla dzieci oraz młodzieży) udostępniających podstawową opiekę psychiatryczną,
- określenie mapy potrzeb i docelowej sieci ponadregionalnych/regionalnych wyspecjalizowanych ośrodków psychiatrycznych oraz oddziałów szpitalnych dla dzieci i młodzieży,
- określenie instytucjonalnych zasad współdziałania w ramach lokalnych centrów zdrowia psychicznego podmiotów świadczących opiekę zdrowotną z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne i aktywizację społeczno-zawodową,
- ustawowe zobowiązanie jst do tworzenia (CZP) jako zadania zleconego.

W dniu 25 maja 2016 r. Kolegium Ministra Zdrowia ustaliło, że projekt NPOZP zostanie zgłoszony do prac legislacyjnych i konsultacji publicznych. W projekcie w sprawie NPOZP z dnia 30 maja 2016 r. za szczególnie istotne uznano upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, poprzez tworzenie CZP, rozwój kadr uczestniczących w tej opiece oraz działania legislacyjne. Z-ca dyrektora DZP wyjaśnił, że projekt w sprawie NPOZP przekazano pod obrady Zespołu ds. Programowania Prac Rządu z prośbą o akceptację i wprowadzenie go do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Po akceptacji projekt zostanie skierowany do uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych.

Stosownie do art. 2 ust. 2. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, od 1 stycznia 2016 r., zadania dotyczące promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym przewidziano do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym. Z kolei zadania dotyczące:

<sup>30</sup> Na podstawie art. 2 ust. 7 i 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>31</sup> Dz. Urz. MZ z 2015 r. poz. 62.

- zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
  - kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji,
- przewidziano do realizacji poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W dniu 25 maja 2016 r. Kolegium MZ przyjęło projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 będącego aktem wykonawczym do art. 9 ust 2 ustawy o zdrowiu publicznym i przekazało go do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów 13 czerwca 2016 r.

Projekt ten, od 16 listopada do 16 grudnia 2015 r., był poddany uzgodnieniom, opiniowaniu i konsultacjom społecznym, a od lutego do kwietnia 2016 r. był uzgadniany z poszczególnymi ministrami oraz z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów. W projekcie określono m.in., że w latach 2016–2020 na profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa wysokość dofinansowania wyniesie nie więcej niż 27 mln zł, ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu państwa.

Rozporządzenie z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020<sup>32</sup> weszło w życie z dniem 17 września 2016 r.

Minister Zdrowia nie zrealizował wniosku pokontrolnego sformułowanego po kontroli Nr P/11/093 *Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym*<sup>33</sup> w zakresie zapewnienia warunków dla sprawnej realizacji zadań przypisanych Ministrowi.

Z-ca dyrektora DPZ wyjaśnił m.in., że w projekcie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie nowej edycji Programu jednym z zadań będzie utworzenie lub desygnowanie organu koordynującego jego realizację na szczeblu centralnym oraz opracowanie koncepcji Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego.

## 3.2 Minister Edukacji Narodowej

### 3.2.1. Realizacja zadań przypisanych w ramach NPOZP

Głównym celem NPOZP, wyznaczonym dla Ministra Edukacji Narodowej, była promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Dla osiągnięcia tego celu określono cztery cele szczegółowe, którym przyporządkowano dziewięć zadań<sup>34</sup>:

Minister nie wykonał siedmiu zadań:

**1.** Nie ustalono listy priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania (zadanie nr 1.1.1.).

Minister Edukacji Narodowej poinformował Ministra Zdrowia (pismem z dnia 4 sierpnia 2011 r.<sup>35</sup>), że podjęto działania związane z ustaleniem priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania i że dotyczą one pięciu obszarów działań, tj.: realizacji edukacji

<sup>32</sup> Dz. U. poz. 1492.

<sup>33</sup> Wystąpienie pokontrolne, tekst jednolity KPZ-4101-03-01/2011, P/11/091 z grudnia 2011 r.

<sup>34</sup> Wykaz zadań NPOZP przypisanych Ministrowi Edukacji Narodowej do realizacji stanowi załącznik Nr 6 do Informacji.

<sup>35</sup> W odpowiedzi na pismo Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2011, w którym Minister prosił o informacje na temat podjętych działań służących realizacji zadań nałożonych w NPOZP na Ministra Edukacji Narodowej.



zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem edukacji ukierunkowanej na prawidłowe odżywianie się; kształtowania umiejętności psychospołecznych oraz zapobiegania zachowaniom ryzykownym dzieci i młodzieży; promowania zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży poprzez wspieranie rozwoju sieci szkół promujących zdrowie; optymalizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; optymalizacji rozwiązania systemowego w zakresie resocjalizacji i socjoterapii prowadzonych w ramach systemu edukacji, integracji działań adresowanych do dzieci i młodzieży niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem.

Poza wspomnianym pismem, w trakcie kontroli NIK, nie przedstawiono innego dokumentu dotyczącego realizacji tego zadania.

W piśmie tym nie wyszczególniono priorytetów (o czym mowa w zadaniu 1.1.1.), a jedynie wskazano w nim czynności przygotowawcze i zapowiedź realizacji tego zadania.

**2.** Nie opracowano i nie wdrażano, od września 2011 r., pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego (zadanie nr 1.1.2.).

W trakcie kontroli ustalono, że dopiero trzy miesiące przed zakończeniem Programu, pismem z dnia 7 października 2015 r., Minister poinformował Kuratorów Oświaty oraz ORE o obowiązku realizacji zadań NPOZP.

Podsekretarz Stanu, w wyjaśnieniach<sup>36</sup>, podał m.in., że w ramach realizacji zadania (nr 1.1.2.) wykonywane były zadania określone w „Programie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży na lata 2013–2016” oraz w ramach systemowych działań edukacyjnych, wychowawczych i opiekuńczych wynikających z ustawy o systemie oświaty.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli powyższe wyjaśnienia nie zasługiwały na uwzględnienie z uwagi na fakt, że rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie NPOZP nałożono na Ministra Edukacji Narodowej obowiązek realizacji zadań mających na celu promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, w tym opracowanie i wdrażanie stosownych programów. Natomiast inne obowiązki nakładają na szkoły i placówki oświatowe przepisy ustawy o systemie oświaty i dotyczą one głównie podejmowania działań w celu tworzenia optymalnych warunków realizacji działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej oraz ich innej działalności statutowej.

**3.** Z czteroletnim opóźnieniem został opracowany program zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży (zadanie nr 1.2.1.). Zgodnie z NPOZP zadanie to powinno być zrealizowane w terminie – do sierpnia 2011 r., a wykonano je 24 września 2015 r. Program ten opracowano pod nazwą „Zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży w 2015 r.” Należy zaznaczyć, że zadanie to zrealizowano jako wykonanie wniosku pokontrolnego, po kontroli NIK przeprowadzonej w 2014 r.<sup>37</sup> W następstwie braku tego programu nie było również realizowane do września 2015 r. zadanie 1.2.2. „(realizacja programu)”<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> Z upoważnienia Ministra Edukacji Narodowej.

<sup>37</sup> Po kontroli przeprowadzonej w 2014 r. dotyczącej koordynacji polityki rodzinnej w Polsce. Por. wystąpienie pokontrolne NIK, znak: KNO-4101-008-01/2014 z dnia 5 grudnia 2014 r.

<sup>38</sup> Zgodnie z NPOZP realizacja programu zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży powinna się rozpocząć od września 2011 r.

**4.** Nie opracowano programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży (zadanie nr 1.2.3.). W związku z tym nie przystąpiono do realizacji zadania nr 1.2.4. (realizacja programu).

W wyjaśnieniach Podsekretarz Stanu podał, że MEN nie przygotował odrębnego programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży i wskazał jakie inne działania w tym zakresie były zalecane dyrektorom szkół.

Podnoszone w wyjaśnieniach działania nie były realizacją obligatoryjnych zadań nałożonych na Ministra Edukacji Narodowej rozporządzeniem w sprawie NPOZP.

**5.** Minister nie organizował, od września 2011 r., we współpracy z Ministrem Zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi (zadanie nr 1.3.1.).

Podsekretarz Stanu wyjaśnił, że MEN realizował zadanie 1.3.1., motywując środowisko szkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Powołał się przy tym na podstawę programową wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego, tj. obowiązków wynikających z przepisów wykonawczych do ustawy o systemie oświaty.

Przedstawiony przez Podsekretarza Stanu sposób integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi (poprzez działania prowadzone na podstawie podstawy programowej), nie stanowił realizacji obowiązków nałożonych na Ministra Edukacji Narodowej rozporządzeniem w sprawie NPOZP.

**6.** Nie opracowano programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty (zadanie nr 1.4.1.). W następstwie tego nie wdrożono takiego programu w jednostkach oświaty (zadanie nr 1.4.2.).

Podsekretarz stanu wyjaśniał m.in. że pomoc psychologiczno-pedagogiczna świadczona jest przez nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem w przedszkolach, szkołach i placówkach, a także poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Ponadto poinformował o: zmianach wprowadzanych w zakresie kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, udzielaniu im pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizacji przez MEN w partnerstwie z Akademią Pedagogiki Specjalnej w Warszawie projektu „Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, wsparciu szkół i placówek w zakresie poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w ramach rządowego programu na lata 2014–2016 *Bezpieczna i przyjazna szkoła*”.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli przedstawione w wyjaśnieniach działania nie dotyczyły realizacji zadań 1.4.1. i 1.4.2. w ramach NPOZP. Wynikały one natomiast między innymi z obowiązków szkoły określonych w przepisach dotyczących udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach i placówkach, które powinny tworzyć warunki dla zaspokojenia potrzeb rozwojowych i edukacyjnych uczniów<sup>39</sup> oraz zadań nałożonych na poradnie psychologiczno-

<sup>39</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013 r. poz. 532). Poprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2010 r. Nr 228, poz. 1487).

-pedagogiczne<sup>40</sup>, tj. przepisów funkcjonujących w systemie oświaty przed wejściem w życie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP<sup>41</sup>.

Nie został tym samym wykonany wniosek pokontrolny NIK, po kontroli przeprowadzonej w 2014 r.<sup>42</sup>, pomimo że Minister Edukacji Narodowej poinformował Prezesa NIK<sup>43</sup>, że MEN podejmie działania w kierunku wyodrębnienia z „Programu promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży na lata 2013–2016” między innymi zadań poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty, który stanowić będzie oddzielny program ujęty w NPOZP.

W Ministerstwie koordynacją zadań wynikających z NPOZP zajmowała się jedna osoba zatrudniona na samodzielnym stanowisku do spraw programów rządowych w zakresie bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w szkołach i placówkach oświatowych. Stwierdzone nieprawidłowości wskazują, iż to rozwiązanie organizacyjne jest nieskuteczne, może również stanowić zagrożenie dla prawidłowej realizacji innych programów rządowych.

### 3.2.2. Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP

Nakłady finansowe dla Ministra Edukacji Narodowej, na promocję i profilaktykę realizowaną w latach 2011–2015 w ramach NPOZP, określone zostały ogółem na kwotę 1,5 mln zł<sup>44</sup>.

W latach 2011–2015 Minister nie wydatkował żadnych środków na realizację zadań określonych w NPOZP. W latach 2011–2015 nie planowano również wydatków na realizację NPOZP. Nie wyodrębniono także pozycji dla NPOZP w budżecie zadaniowym części 30 budżetu państwa.

W roku 2014 Minister Edukacji Narodowej występował do Ministra Finansów o zwiększenie wydatków w 2015 r. w części 30 – Oświata i wychowanie o kwotę 400 tys. zł na realizację zadań NPOZP oraz zgłosił uwagi, między innymi w tej sprawie, do wstępnego projektu ustawy budżetowej na rok 2015<sup>45</sup>. Minister Finansów, w odpowiedzi, poinformował Ministra Edukacji Narodowej, że nie znajduje uzasadnienia do przyznania dodatkowych środków w wysokości 400 tys. zł na realizację zadań wynikających z NPOZP, ponieważ procedując projekt rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego założono, że wydatki poszczególnych dysponentów w tym zakresie będą ponoszone w ramach limitów poszczególnych części budżetowych.

<sup>40</sup> Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 199). Poprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. Nr 228, poz. 1488).

<sup>41</sup> Tj. przed dniem 18 lutego 2011 r.

<sup>42</sup> Por. przypis 37.

<sup>43</sup> Pismem z dnia 29 grudnia 2014 r., znak: BKA.WKI.0701.10.2014.

<sup>44</sup> W załączniku nr 1, część III do rozporządzenia w sprawie NPOZP.

<sup>45</sup> Pismo Ministra Edukacji Narodowej do Ministra Finansów z dnia 8 lipca 2014 r. oraz pismo Ministra Edukacji Narodowej do Sekretarza Stanu Rady Ministrów z dnia 1 września 2014 r.

### 3.2.3. Monitorowanie osiągniętych rezultatów NPOZP

Minister Edukacji Narodowej nie dotrzymał terminu przekazywania corocznych sprawozdań z realizacji NPOZP<sup>46</sup> w przypadku czterech sprawozdań<sup>47</sup>.

Sprawozdania te przedłożono Ministrowi Zdrowia: pismem z dnia 23 maja 2012 r. (za rok 2011); pismem z dnia 31 października 2013 r. (za rok 2012); pismem z dnia 17 lipca 2015 r. (za rok 2014); pismem z dnia 1 lipca 2016 r. (za rok 2015).

Podsekretarz Stanu wyjaśnił, że MEN w każdym roku przedkładał sprawozdania z ośmiu krajowych i narodowych programów, które należą do właściwości jednego wydziału/stanowiska, co wymaga znacznego nakładu pracy w podobnym czasie, przy czym pięć sprawozdań jest kierowanych do Ministra Zdrowia. W związku z tym, w trybie roboczym, uzgadniano z Ministrem Zdrowia terminy przekazywania sprawozdań. Uzgodnione terminy były akceptowane przez Ministra Zdrowia.

Zgodnie z pismem Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2012 r. sprawozdanie za rok 2011 z realizacji zadań wynikających z NPOZP należało przedstawić poprzez wypełnienie formularza załączonego do tego pisma. Minister Edukacji Narodowej nie zastosował się do tych wymagań i przesłał sprawozdanie za rok 2011 w formie opisowej. Sprawozdania za lata 2012 – 2015 również przesłano w formie opisowej.

W sprawozdaniach z realizacji zadań NPOZP przekazywanych Ministrowi Zdrowia opisywano działania niewynikające z realizacji zadań określonych w NPOZP dla Ministra Edukacji Narodowej.

W sprawozdaniach tych informowano Ministra Zdrowia o działaniach Ministra Edukacji Narodowej dotyczących ochrony zdrowia, podejmowanych w ramach obowiązków szkół i placówek oświatowych na podstawie ustawy o systemie oświaty oraz w ramach innych programów uchwalonych przez Radę Ministrów i funkcjonujących w tych samych latach co NPOZP lub w ramach projektów realizowanych przez ORE.

Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in., że sprawozdania były corocznie przyjmowane przez Ministra Zdrowia bez zgłaszania zastrzeżeń w sprawie realizacji przez Ministra Edukacji Narodowej zadań NPOZP. Ponadto Minister Zdrowia wielokrotnie, w badanym okresie, dawał wyraz uznania za zaangażowanie i podejmowane działania na rzecz zdrowia psychicznego.

## 3.3 Inne podmioty realizujące NPOZP

W związku z przeprowadzoną kontrolą NIK wystąpiła<sup>48</sup> do podmiotów realizujących NPOZP (nieobjętych czynnościami kontrolnymi) o przekazanie pisemnych informacji dotyczących realizowanych przez nie zadań w ramach tego Programu.

### 3.3.1. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Ministrowi Nauki i Szkolnictwa Wyższego przypisano do realizacji cztery zadania NPOZP, w tym trzy dotyczące promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (w ramach pierwszego celu głównego) i jedno zadanie dotyczące rozwoju badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (w ramach trzeciego celu głównego).

<sup>46</sup> Zgodnie z § 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie NPOZP podmioty realizujące NPOZP miały obowiązek przesyłania Ministrowi Zdrowia lub wskazanemu przez niego podmiotowi, w terminie do 15 maja, rocznego sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Programu w roku poprzednim.

<sup>47</sup> Sprawozdanie z wykonania zadań NPOZP w roku 2014 r. złożono w Ministerstwie Zdrowia w obowiązującym terminie.

<sup>48</sup> Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit.f oraz art. 40 ust. 7 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli.

W nadesłanej informacji Minister podał, że nie wykonał dwóch zadań (w ramach pierwszego celu głównego), tj. nie opracował programów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (np. kampanii informacyjnych i edukacyjnych), a więc też ich nie realizował (zadanie 1.1.2. i 1.1.3.).

Jednocześnie Minister zaznaczył, że nie ma możliwości bezpośredniego wpływu na treści zawarte w programach kształcenia, jak również nie posiada narzędzi do realizacji zadań polegających na opracowywaniu i realizacji wymienionych programów ze względu na przyznaną uczelniom ustawowo autonomię we wszystkich obszarach działania, w tym w ustalaniu programów kształcenia<sup>49</sup>.

Nadmienił również, że kwestia realizacji programów kształcenia nie mieści się także w zadaniach uczelni określonych w art. 13 ustawy o szkolnictwie wyższym. Niemniej jednak, jednostki samodzielnie organizują wykłady, warsztaty na temat zdrowia psychicznego dla pracowników i studentów, związanych m.in. z uzależnieniami, technikami radzenia sobie ze stresem. Prowadzone są kampanie promocyjno-informacyjne o przyczynach, skutkach i kosztach stresu w pracy (np. na Politechnice Krakowskiej im. Tadeusza Kościuszki). Niektóre uczelnie wprowadzają do programów nauczania takie przedmioty jak: podstawy psychoterapii, higiena zdrowia psychicznego, promocja zdrowia psychicznego, które są prowadzone w formie warsztatów lub treningu umiejętności. W wielu uczelniach funkcjonują także centra, poradnie lub ośrodki zdrowia psychicznego, w których prowadzone są działania związane z ochroną zdrowia psychicznego.

Minister ustalił natomiast (w czerwcu 2011 r.)<sup>50</sup> priorytety promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (tj. zrealizował zadanie 1.1.1. pierwszego celu głównego). Priorytety obejmowały działania skierowane do studentów, nauczycieli akademickich i innych pracowników nauki oraz modyfikację istniejących programów nauczania. Priorytety opracowano na podstawie celów ogólnych i szczegółowych Programu oraz propozycji zawartych w końcowym raporcie zespołu ustalającego priorytety, złożonego ze specjalistów z dziedziny psychiatrii oraz psychiatrii wieku rozwojowego i wieku podeszłego.

Minister uwzględnił również ochronę zdrowia psychicznego w priorytetach Krajowego Programu Badań<sup>51</sup> (realizacja zadania 3.2.1. trzeciego celu głównego), wśród siedmiu strategicznych kierunków badań naukowych i prac rozwojowych znalazł się kierunek: choroby cywilizacyjne, nowe leki oraz medycyna regeneracyjna.

Dla realizowanych zadań, będących we właściwości Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, osiągnięto założone rezultaty zgodnie ze wskaźnikami monitorującymi, przypisanymi do zadań.

W latach 2011–2015 na realizację zadań związanych z rozwojem badań naukowych i systemem informacji z zakresu zdrowia psychicznego ze środków budżetowych wydatkowano: odpowiednio w poszczególnych latach – 66.077,9 tys. zł, 26.616,0 tys. zł, 101.223,2 tys. zł, 42.937,7 tys. zł i 40.876,8 tys. zł.

<sup>49</sup> Na podstawie art. 4 i 6 ust. 1 pkt 4 lit. B ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 64, ze zm.), zwanej dalej „ustawą o szkolnictwie wyższym”.

<sup>50</sup> Tj. w terminie wskazanym w NPOZP.

<sup>51</sup> Uchwała Rady Ministrów Nr 164/2011 z dnia 16 sierpnia 2011 r. w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Badań.

### 3.3.2. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (dalej „MRPiPS”)<sup>52</sup> przypisano do realizacji 11 zadań NPOZP<sup>53</sup>, w tym 5 dotyczących promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (pierwszy cel główny) i 6 zadań dotyczących zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (drugi cel główny).

Z otrzymanej informacji (i dołączonych sprawozdań z realizacji zadań NPOZP z lat 2011–2015 przesłanych do Ministra Zdrowia) wynika, że wszystkie zadania, w ocenie Ministra, zostały zrealizowane.

NIK zwraca jednak uwagę, że ich realizacja odbywała się przede wszystkim w oparciu o program „Oparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi” (zwany dalej „programem z 2006 r.”)<sup>54</sup>.

Program z 2006 r. ma charakter uzupełniający wobec ustawowych zadań własnych samorządów gmin w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom. Wsparcie finansowe, w ramach programu z 2006 r., daje również możliwość wzmocnienia działalności podmiotom uprawnionym, funkcjonującym w obszarze pomocy społecznej (o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej), które realizują zadania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Celem głównym programu z 2006 r. jest tworzenie warunków sprzyjających poprawie sytuacji życiowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza osób chorujących psychicznie i osób upośledzonym umysłowo, a tym samym wzmocnienie i poszerzenie sieci wsparcia społecznego poprzez wsparcie finansowe samorządów gmin oraz podmiotów funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej.

W zakresie pomocy społecznej w 2011 r. obowiązywały tylko dwa rozporządzenia, które dotyczyły pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, tj.:

- rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej<sup>55</sup>, które obligowało do zapewnienia kontaktu mieszkańcom wszystkich domów pomocy społecznej z psychologiem, a także w odniesieniu do mieszkańców domu dla osób przewlekle psychicznie chorych dodatkowo także z psychiatrą;
- rozporządzenie w sprawie środowiskowych domów samopomocy<sup>56</sup>, które zawiera zapisy obligujące do współpracy m.in. z poradniami zdrowia psychicznego, szpitalami psychiatrycznymi i innymi zakładami opieki zdrowotnej.

<sup>52</sup> Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z 3 grudnia 2015 r. (z mocą od 16 listopada 2015 r.) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej zostało przemianowane na Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej; przekształcenie to nie było związane ze zmianą kompetencji resortu (Dz. U. z 2015 r. poz. 2056).

<sup>53</sup> Wykaz zadań NPOZP przypisanych do realizacji Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej stanowi załącznik nr 7 do Informacji.

<sup>54</sup> Podstawą prawną tego programu jest art. 23, ust. 1 pkt 7a ustawy o pomocy społecznej przyjęty i stosowany już od 2006 r. (a więc nie opracowany w związku z NPOZP).

<sup>55</sup> Rozporządzenie z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837), uchylone z dniem 2 lipca 2012 r., następnie rozporządzenie z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. poz. 964).

<sup>56</sup> Rozporządzenie z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238, poz. 1586, ze zm.).

Natomiast w późniejszych latach wydane zostały trzy następujące rozporządzenia:

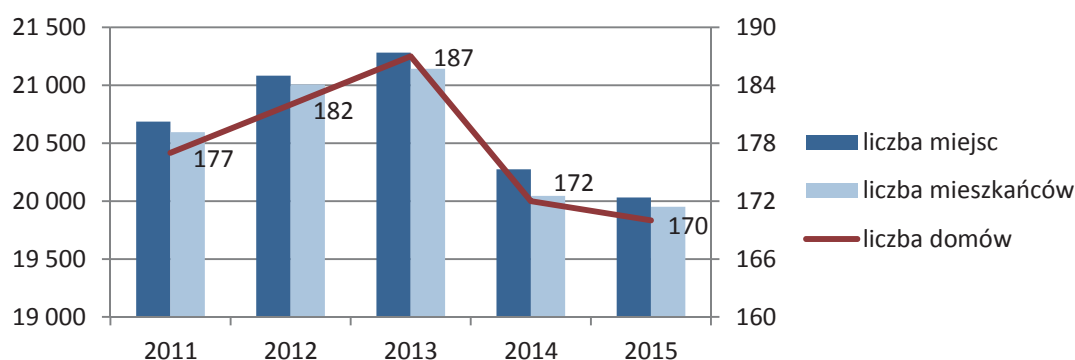
- rozporządzenie w sprawie mieszkań chronionych<sup>57</sup>, które określa rodzaj i zakres wsparcia świadczonego w tych mieszkaniach, a także warunki kierowania i pobytu w tych miejscach. Dodatkowo przepis § 3 ust. 2 rozporządzenia umożliwia niektórym osobom zamieszkanie na czas nieokreślony, w tym osobom z zaburzeniami psychicznymi. Przepis ten umożliwia „zatrzymanie” osoby z zaburzeniami psychicznymi w środowisku lokalnym i stanowi znacznie tańszą alternatywę dla domu pomocy społecznej;
- rozporządzenie w sprawie rodzinnych domów pomocy<sup>58</sup>, które określa standard, rodzaj i zakres usług świadczonych w tych domach, a także warunki kierowania, odpłatności i nadzoru nad tymi jednostkami;
- rozporządzenie w sprawie rehabilitacji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi<sup>59</sup>. Przepisy te obligują ściśle współpracę z psychologiem, a także, w miarę możliwości, z lekarzem psychiatrą lub neurologiem.

Z przysłanych materiałów wynika, że działania MRPiPS przyczyniły się do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki i pomocy niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i społecznym tych osób.

Wzrosła o 55% liczba jednostek oferujących pomoc środowiskową tym osobom (z 517 – w 2011 r. do 799 – w 2015 r.) i tym samym wzrosła o 79% liczba osób korzystających ze wsparcia w tych placówkach (z 18.114 osób w 2011 r. do 32.468 osób – w 2015 r.). Natomiast liczba domów pomocy społecznej utrzymuje się prawie na tym samym poziomie, ponieważ zmniejszyła się tylko o 4% (ze 177 domów w 2011 r. do 170 – w 2015 r.).

Wykres nr 2

#### Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych



Źródło: Dane MRPiPS.

Wzrosła o 22 % liczba osób, którym przyznano specjalistyczne usługi opiekuńcze (z 10.577 osób w 2011 r. do 12.916 osób w 2015 r.).

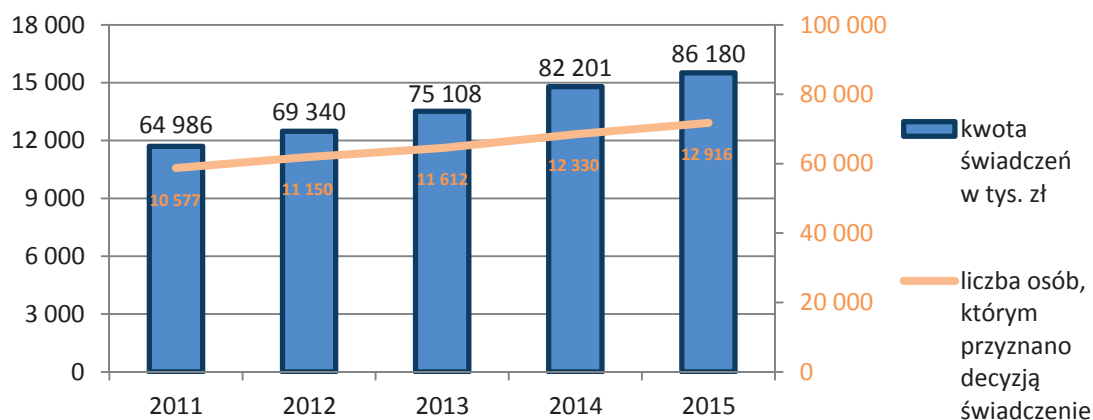
<sup>57</sup> Rozporządzenie z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. poz. 305).

<sup>58</sup> Rozporządzenie z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. poz. 719).

<sup>59</sup> Rozporządzenie z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie rehabilitacji społecznej w domach dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 250).

Wykres nr 3

Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2014–2015



Źródło: Dane MRPiPS.

W informacji MRPiPS podano, że na realizację NPOZP wydatkowano, w latach 2011–2015, łącznie 183.693 tys. zł, w tym 15.000 tys. zł na profilaktykę i promocję oraz 168.693 tys. zł na inwestycje<sup>60</sup>.

Według danych Ministra Zdrowia, na realizację NPOZP MRPiPS wydatkowało 87.481 tys. zł, a według „zalecanych nakładów na realizację NPOZP” wydatki powinny stanowić kwotę 215.000 tys. zł.

### 3.3.3. Minister Sprawiedliwości

Ministrowi Sprawiedliwości przypisano do realizacji 18 zadań NPOZP<sup>61</sup>, w tym 16 dotyczących promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (pierwszy cel główny), jedno zadanie dotyczące zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (drugi cel główny) i jedno zadanie dotyczące rozwoju badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (trzeci cel główny).

Z otrzymanej informacji i załączonych sprawozdań z lat 2011–2015, przesyłanych Ministrowi Zdrowia, wynika, że w celu realizacji zadań wynikających z NPOZP, Centralny Zarząd Służby Więziennej przygotował program „Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych na lata 2011–2015” i opracował listę priorytetów, które były konsekwentnie realizowane.

Program zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności, został opracowany w formie Instrukcji Nr 16/10 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 13 sierpnia 2010 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności (a więc przed terminem wprowadzenia NPOZP 2011–2015).

Jest to zbiór szczegółowych przedsięwzięć i jednolitych zasad postępowania, obowiązujący we wszystkich jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, którego celem jest zmniejszenie liczby samobójstw wśród osób pozbawionych wolności.

<sup>60</sup> Środki „na inwestycje” obejmują wydatki na inwestycje, remonty, doposażenie ośrodków wsparcia i wydatki bieżące na dotacje związane z uruchamianiem nowych miejsc w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

<sup>61</sup> Wykaz zadań NPOZP przypisanych do realizacji Ministrowi Sprawiedliwości stanowi załącznik nr 8 do Informacji.



Z przesłanych materiałów wynika, że zadania NPOZP (których realizacja nie wymagała dodatkowego zatrudniania personelu specjalistycznego) wobec osób osadzonych były realizowane w ramach działalności statutowej i finansowane z budżetu więziennictwa, ale nie były one w tym budżecie wyodrębnione. Z tego względu nie jest możliwe określenie ich wysokości w poszczególnych latach. Natomiast wobec pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej nie realizowano zadań NPOZP z powodu braku środków na ten cel.

Według „zalecanych nakładów na realizację NPOZP”, Minister Sprawiedliwości powinien przeznaczyć 40 mln zł na inwestycje (wybudowanie 4 nowych oddziałów terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami – psychicznymi) i 11 mln zł na zwiększenie dostępności świadczeń (koszty etatowe zatrudnienia specjalistycznego personelu psychologiczno-terapeutycznego). Jednak w całym okresie realizacji NPOZP nie wydatkowane na te cele żadnych środków finansowych.

### 3.3.4. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji

Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji (dalej MSWiA)<sup>62</sup> przypisano do realizacji 15 zadań NPOZP, w tym 12 dotyczących promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (pierwszy cel główny), jedno zadanie dotyczące zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (drugi cel główny) i jedno zadanie dotyczące rozwoju badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (trzeci cel główny).

Z otrzymanej informacji wynika, że MSWiA zrealizowało tylko 8 zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, w tym jedno zadanie (1.2.1.) polegające na „opracowaniu programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych” wykonane zostało dopiero w 2015 r.<sup>63</sup> Program ten jest realizowany i finansowany od stycznia 2016 r. Nadmienić należy, że w przypadku pięciu zadań polegających na realizacji opracowanych (w ramach NPOZP) programów nie jest możliwe odniesienie się do założonych rezultatów – z uwagi na brak danych wyjściowych i nieokreślenie minimalnych poziomów wskaźników do osiągnięcia. Pozostałe zadania celu głównego 1, 2 i 3 nie zostały zrealizowane.

W latach 2011–2015 z budżetu MSW/MSWiA na realizację zadań wydatkowało łącznie 1.609,4 tys. zł, w tym – odpowiednio w latach – 354,4 tys. zł, 168,3 tys. zł, 208,1 tys. zł, 407,6 tys. zł i 471,0 tys. zł.

Natomiast według danych Ministra Zdrowia nakłady na realizację zadań NPOZP przez MSWiA wyniosły 1.253,0 tys. zł (w danych tych nie uwzględniono wydatków z roku 2011, tj. 354,4 tys. zł).

<sup>62</sup> Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie NPOZP podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu był m.in. minister właściwy do spraw wewnętrznych i minister właściwy do spraw administracji publicznej. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 listopada 2011 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 250, poz. 1502) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 listopada 2011 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji (Dz. U. Nr 250, poz. 1501), zostało podzielone na dwa resorty: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 listopada 2015 r. (Dz. U. poz. 1946), które weszło w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od 16 listopada 2015 r. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zostało przekształcone w Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Z uwagi na powyższe gromadzone i przekazywane do Ministra Zdrowia dane w zakresie realizacji Programu za lata 2011–2014 dotyczyły wyłącznie Ministra Spraw Wewnętrznych.

<sup>63</sup> Termin realizacji zadania według harmonogramu NPOZP – czerwiec 2011 r.

### 3.3.5. Minister Obrony Narodowej

Ministrowi Obrony Narodowej<sup>64</sup> zostało przypisanych do realizacji 11 zadań NPOZP, w tym osiem dotyczących promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (pierwszy cel główny, zadania 1.1.1., 1.1.2. i 1.1.3.), dwa zadania dotyczące zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (drugi cel główny, zadanie 2.1.1. i 2.1.2.) i jedno zadanie dotyczące rozwoju badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (trzeci cel główny, zadanie 3.1.1.).

Minister nie zrealizował zadań drugiego celu głównego (2.1.1. i 2.1.2.), uzasadniając to niewielką liczbą szpitali nadzorowanych przez niego, posiadających kliniki lub oddziały psychiatryczne oraz wykonywaniem przez wszystkie specjalistyczne podmioty lecznicze (opieka psychiatryczno-psychologiczna) świadczeń leczniczych zakontraktowanych przez NFZ.. Potrzeby sił zbrojnych nakładają na te podmioty merytoryczne obowiązki związane z opieką i osłoną dla żołnierzy weteranów misji poza granicami państwa, co przekłada się na zawieranie kontraktów dotyczących leczenia szpitalnego i specjalistycznego.

Pozostałe zadania (9) przypisane Ministrowi zostały zrealizowane (w ramach celów głównych 1 i 3) i wynikających z nich celów szczegółowych zgodnie z harmonogramem NPOZP i w przypadku każdego z nich, w ocenie Ministra, zostały osiągnięte założone wskaźniki monitorujące.

Z nadesłanej do NIK informacji wynika, że w latach 2011–2015 Minister Obrony Narodowej wydatkował na realizację zadań NPOZP łącznie 28.781,7 tys. zł, w tym – odpowiednio w poszczególnych latach – 4.324,0 tys. zł, 4.801,9 tys. zł, 5.262,9 tys. zł, 6.617,2 tys. zł i 7.775,7 tys. zł. Natomiast według danych Ministra Zdrowia nakłady na realizację zadań NPOZP przez Ministra wyniosły 49.173 tys. zł, a według „zalecanych nakładów na realizację NPOZP” powinny wynieść 5 mln zł (w tym 3,75 mln zł na profilaktykę i promocję oraz 1,25 mln zł na inwestycje).

### 3.3.6. Narodowy Fundusz Zdrowia

Rozporządzenie w sprawie NPOZP nałożyło na Narodowy Fundusz Zdrowia trzy zadania, których realizacja miała zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, a w szczególności miała przyczynić się do upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (drugi cel główny, zadania: 2.1.1., 2.1.2., 2.1.3. w NPOZP).

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nie zrealizował zadania (2.1.3.), tj. nie przygotował projektu finansowania świadczeń do pilotażowego programu wdrożenia modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach. Wskaźnikami monitorującymi miały być wyniki ekspertyz – organizacyjnej, ekonomicznej i zdrowotnej zawarte w programie.

Realizacja tego zadania przez NFZ powinna być poprzedzona przygotowaniem przez Ministra Zdrowia pilotażowego programu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> Minister Obrony Narodowej – dalej „Minister ON”.

<sup>65</sup> Cel główny 2, zadanie 2.1.3. – przypisane do realizacji Ministrowi Zdrowia.

Brak określenia przez Ministra Zdrowia zasad pilotażowego programu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej uniemożliwił opracowanie modelu finansowania świadczeń w tym zakresie przez NFZ.

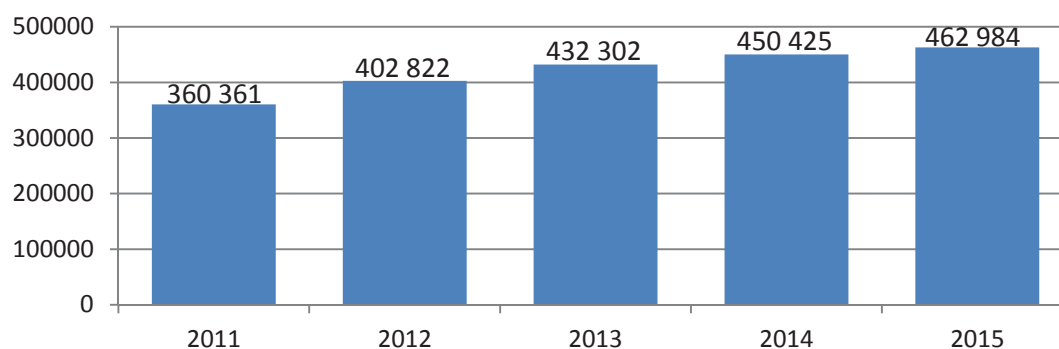
NFZ opracował natomiast i wdrożył system finansowania świadczeń zdrowotnych nawiązujący do specyfiki modelu środowiskowego (zadanie 2.1.1.).

Zadanie to NFZ realizował poprzez zwiększanie poziomu finansowania różnych form opieki środowiskowej: dziennej i ambulatoryjnej, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń udzielanych w zakresie: leczenie środowiskowe (domowe).

W latach 2011–2015 nakłady finansowe na środowiskowe formy opieki psychiatrycznej (ambulatoryjne) wzrosły o 28,5 %, z 360.361 tys. zł do 462.984 tys. zł.

Wykres nr 4

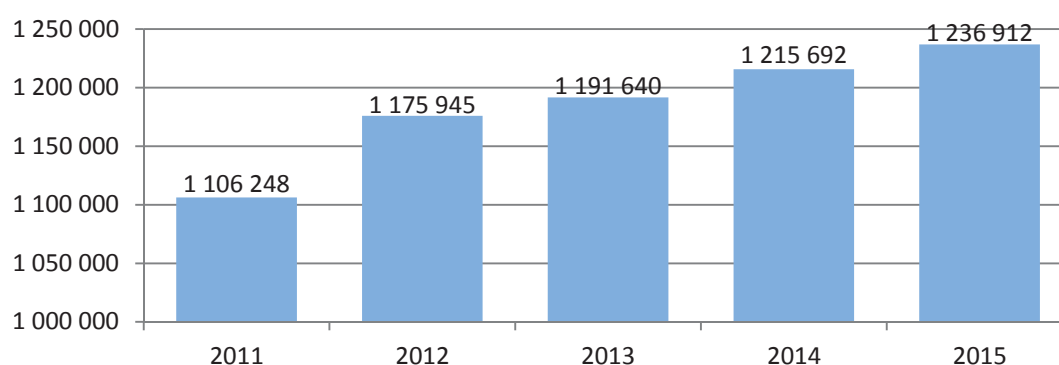
Wartość rozliczonych świadczeń ambulatoryjnych, dziennych w latach 2011–2015 (tys. zł)



Źródło: Dane NFZ.

Wykres nr 5

Liczba osób objętych opieką ambulatoryjną, dzienną w latach 2011–2015

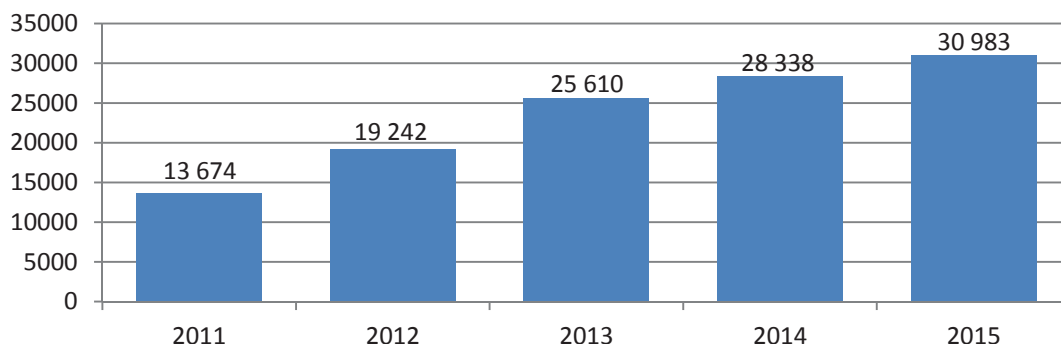


Źródło: Dane NFZ.

Natomiast nakłady na finansowanie świadczeń w zakresie: leczenie środowiskowe (domowe) wzrosły w tym okresie o 126,5 %, z 13.673 tys. zł do 30.982 tys. zł.

Wykres nr 6

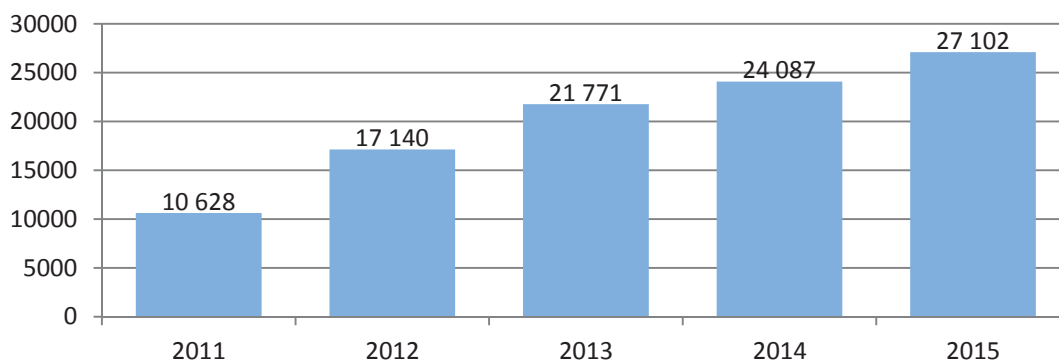
Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia środowiskowego w latach 2011–2015 (w tys. zł)



Źródło: Dane NFZ.

Wykres nr 7

Liczba osób leczonych w zakresie leczenia środowiskowego w latach 2011–2015



Źródło: Dane NFZ.

Wskaźnik monitorujący dla tego zadania, obejmujący zmianę zarządzenia Prezesa NFZ w celu wdrożenia systemu finansowania świadczeń zdrowotnych uwzględniającego specyfikę środowiskowego modelu opieki i promującego jego rozwój, został osiągnięty częściowo. Opublikowane zostały zarządzenia Prezesa NFZ<sup>66</sup>, w których określono warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach dotyczących psychiatrycznej opieki środowiskowej. Należy jednak podkreślić, iż NFZ, zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych, finansuje wyłącznie świadczenia gwarantowane. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>67</sup> uwzględniono świadczenia gwarantowane obejmujące

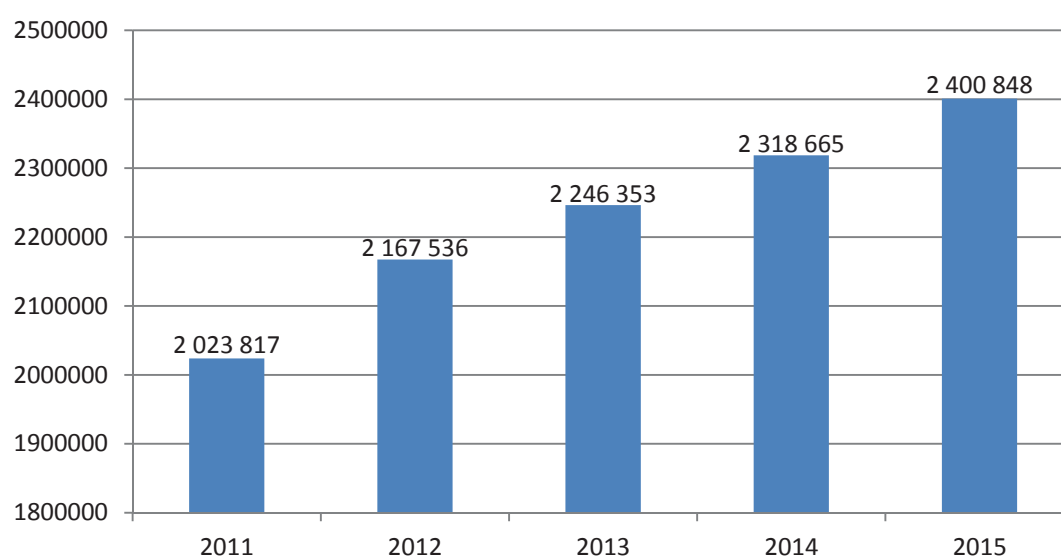
<sup>66</sup> Zarządzenie Nr 65/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz zastępujące to zarządzenie, zarządzenie Nr 79/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2013 r. wydanej w tej samej sprawie.

<sup>67</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, po. 1146, ze zm.) oraz zastępujące je rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. wydane w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 1386, ze zm.).

różne formy opieki środowiskowej. W powyższych rozporządzeniach nie określono natomiast warunków realizacji świadczeń dla kompleksowej opieki psychiatrycznej. Uwzględniając powyższe, NFZ nie mógł finansować świadczeń realizowanych w ramach kompleksowej opieki psychiatrycznej. NFZ zrealizował również drugie zadanie (2.1.2.) poprzez zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W latach 2011–2015 finansowanie przedmiotowych świadczeń wzrosło o 18,63%, z 2.023.817 tys. zł do 2.400.848 tys. zł, a nakłady na przedmiotowe świadczenia per capita wzrosły z 52,84 zł w 2011 r. do 62,39 zł w roku 2015, tj. o 18,08%. Tym samym wskaźnik monitorujący dla tego zadania został osiągnięty.

Wykres nr 8

Wartość umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2011–2015 (tys. zł)



Źródło: Dane NFZ.

Nadmienić jednak należy, że kwoty wydatkowane na realizację zadań nałożonych na NFZ przez NPOZP różniły się od „Zalecanych nakładów na realizację NPOZP”<sup>68</sup>, co wykazano w poniższym zestawieniu:

Lata	Wzrost nakładów NFZ w tys. zł	Zalecane nakłady na realizację NPOZP w tys. zł
2011	–	–
2012	143 719	66 000
2013	78 817	132 000
2014	72 312	198 000
2015	82 183	264 000
<b>Razem 2011–2015</b>	<b>377 031</b>	<b>660 000</b>

Źródło: Dane NFZ.

<sup>68</sup> Opisanych w cz. III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie NPOZP.

### 3.4 Samorządy województw

#### 3.4.1. Realizacja zadań przypisanych w ramach NPOZP

Do zadań własnych województwa, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami<sup>69</sup>.

W związku z powyższym samorządy województw również zostały zobligowane<sup>70</sup> do realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015.

W Programie wskazano 23 zadania do realizacji przez samorządy województw. Zadania te dotyczyły promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (pierwszy cel główny obejmujący sześć zadań), a także zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (drugi cel główny obejmujący 17 zadań)<sup>71</sup>.

Wykonanie zadań przypisano komórkom organizacyjnym urzędów marszałkowskich np. departamentom ochrony zdrowia i/lub departamentom infrastruktury społecznej i/lub departamentom polityki społecznej, jednostkom podległym urzędom oraz organizacjom pozarządowym działającym na terenie danego województwa.

Jednym z zadań NPOZP (zadanie 2.4.1.) przewidzianych dla samorządów było powołanie „wojewódzkiego zespołu koordynującego realizację NPOZP” (dalej „Zespół”).

Do zadań Zespołu należało: opracowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, realizacja, koordynowanie i monitorowanie programu regionalnego oraz realizacja, koordynowanie i monitorowanie NPOZP na terenie województwa<sup>72</sup>. W skład Zespołu wchodził z reguły przedstawiciel samorządu województwa, wojewody, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych oraz oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Składy Zespołów ulegały modyfikacjom wskutek zmian niektórych uczestników, jak również w wyniku poszerzenia lub zmniejszenia liczebności tego gremium (tj. w Zespole powołanym przez urzędy marszałkowskie w Lublinie, w Poznaniu, w Zielonej Górze).

Ustalono, że w trzech samorządach (spośród sześciu objętych kontrolą) Zespoły powołano z opóźnieniem 2, 6 i 16 miesięcy, w stosunku do terminu określonego w harmonogramie NPOZP (do czerwca 2011 r.), tj. odpowiednio w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze i Województwa Lubelskiego w Lublinie.

Wszystkie samorządy (6) zrealizowały kolejne zadanie NPOZP (2.4.2.) zobowiązujące je do opracowania RPOZP uwzględniającego programy powiatowe oraz potrzeby ludności województwa w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej.

<sup>69</sup> Art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

<sup>70</sup> § 4 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie NPOZP.

<sup>71</sup> Wykaz zadań przypisanych do realizacji przez samorządy wojewódzkie stanowi załącznik Nr 9 do Informacji.

<sup>72</sup> Samorząd Województwa Podkarpackiego powołał Zespół tylko i wyłącznie do opracowania RPOZP.

Programy regionalne opracowane w Lublinie i Rzeszowie obejmowały lata 2012–2016, a w Toruniu – lata 2013–2015, tj. inny okres niż NPOZP (lata 2011–2015). Powyższe wyjaśniano „koniecznością ograniczeń wydatków z budżetu województwa”.

Ustalono, że cztery samorządy wojewódzkie (spośród sześciu objętych kontrolą) opracowały RPOZP z opóźnieniem od 6 do 24 miesięcy w odniesieniu do terminu wskazanego w NPOZP (tj. do grudnia 2011 r.)<sup>73</sup>.

Programy regionalne uwzględniały zadania NPOZP planowane do realizacji przez samorządy województw oraz diagnozę danego województwa w zakresie m.in. demografii, epidemiologii, opieki psychiatrycznej, potencjału lokalowego i kadrowego, świadczeń pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, finansowania świadczeń psychiatrycznych, a także programy ochrony zdrowia psychicznego sporządzone i przekazane przez powiaty, miasta i gminy z terenu danego województwa.

Nadmienić jednak należy, że większość zadań związanych z realizacją celów szczegółowych została sformułowana w taki sposób, że nie były one kierowane wyłącznie do osób z zaburzeniami psychicznymi (np. Samorząd Województwa Świętokrzyskiego, Wielkopolskiego).

Działania samorządów, mające na celu realizację zadań NPOZP, były niewystarczające, gdyż podejmowano je w niepełnym zakresie<sup>74</sup>, a niektórych zadań w ogóle nie realizowano. Niektóre samorządy (np. województwa podkarpackiego) w niewielkim zakresie podejmowały też współpracę z samorządami powiatowymi i gminnymi będącymi współrealizatorami Regionalnych Programów Ochrony Zdrowia Psychicznego.

**Samorząd Województwa Lubuskiego** – spośród 23 zadań sformułowanych w siedmiu celach szczegółowych NPOZP dla samorządu wojewódzkiego, nie zrealizował trzech zadań, tj. nie opracował planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych (zadanie 2.1.4.), i tym samym nie wdrażał ww. planu (zadanie 2.1.5.), a także nie prowadził kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi (zadanie 2.3.4.). W toku kontroli wyjaśniono – odnośnie zadania 2.1.4. i 2.1.5. – m.in. że szpitale psychiatryczne podległe Samorządowi Województwa Lubuskiego były i nadal są zadłużone. Długi te powstały jeszcze przed wejściem w życie rozporządzenia w sprawie NPOZP. W związku z tym decyzje o jakichkolwiek zmianach formalno-prawnych ich funkcjonowania muszą być rozpatrywane także w kontekście ich sytuacji finansowej. Działania zarządu województwa spowodowały, że przedmiotowe szpitale systematycznie zmniejszają swoje zadłużenie. Niemniej jednak wciąż zobowiązania są na tyle wysokie, że podejmowanie prób przekształcenia tych jednostek wiązałoby się z nadmiernym obciążeniem budżetu województwa (z wyjątkiem przekształcenia i oddłużenia Szpitala w Gorzowie Wlkp., gdzie funkcjonuje kilka oddziałów psychiatrycznych). Zatem w chwili obecnej – przy aktualnym stanie prawnym – nie można podejmować zbyt radykalnych zmian w sposobie funkcjonowania tych jednostek.

Ponadto podkreślono, że uwarunkowania wynikające z wyceny świadczeń przez NFZ nie pozwalają na wprowadzenie jednoprofilowych szpitali z uwagi na złe oszacowanie (wycenę procedur) zwłaszcza w zakresie opieki psychiatrycznej. Utworzenie szpitala wyspecjalizowanego, opiekuńczo-leczniczego, gdzie kontrakt z NFZ nie pokrywa w pełni ponoszonych kosztów spowodowałoby permanentne zadłużanie się takiej jednostki. Zatem wieloprofilowość szpitali psychiatrycznych pozwala na zrekompensowanie strat na oddziałach deficytowych przychodami z oddziałów o procedurach wycenionych korzystniej.

Natomiast odnośnie zadania 2.3.4. wyjaśniono, że możliwość takiej działalności posiadają powiatowe urzędy pracy, konstruując dla każdej osoby bezrobotnej odpowiedni indywidualny „Plan Działania”.

<sup>73</sup> Urząd Marszałkowski w Toruniu (opóźnienie 24 miesiące), w Kielcach (6 miesięcy), w Lublinie (6 miesięcy) i w Rzeszowie (7 miesięcy).

<sup>74</sup> Samorząd Województwa Podkarpackiego, Świętokrzyskiego, Kujawsko-Pomorskiego, Wielkopolskiego, Lubelskiego.

W programie regionalnym zaplanowano utworzenie pięciu centrów zdrowia psychicznego: gorzowskiego, zielonogórskiego, świebodzińskiego, żarskiego i międzyrzeckiego oraz przedstawiono koncepcję ich funkcjonowania, biorąc pod uwagę posiadany potencjał w zakresie opieki medycznej i świadczeń społecznych w poszczególnych regionach województwa. Zapisy zawarte w przedmiotowym Programie wyczerpują wymóg opracowania wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem: leczenia ambulatoryjnego, leczenia w zespołach środowiskowych, leczenia w oddziałach dziennych, leczenia w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (zadanie 2.1.1.).

Mimo iż województwo uzgodniło umiejscowienie i obszar działania tych Centrów, to jednak dotychczas żadne z nich nie powstało.

Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia wyjaśnił, że w celu realizacji założeń tworzenia centrów zdrowia psychicznego w województwie lubuskim, dotychczas funkcjonujące podmioty lecznicze zabezpieczają stale rosnące zapotrzebowanie na świadczenia psychiatryczne. Nadmienił, że istnieje kilka przyczyn braku pełnej realizacji koncepcji utworzenia 5 centrów zdrowia psychicznego. Rozporządzenie w sprawie NPOZP nie wskazało podstaw administracyjno-formalno-prawnych, takich jak struktura czy źródła finansowania zapewniające realizację projektu. Ponadto istnieją inne czynniki, a przede wszystkim: deficyt specjalistycznej kadry medycznej (psychiatrów, a zwłaszcza psychiatrów dzieci i młodzieży), brak modelu współpracy z pomocą społeczną i aktywizacji zawodowej, niedofinansowanie świadczeń psychiatrycznych przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na świadczenia we wszystkich kategoriach zaburzeń psychicznych oraz brak środków finansowych zapewniających realizację projektu.

**Samorząd Województwa Podkarpackiego** – podejmując działania w zakresie realizacji zadań NPOZP i programu regionalnego, nie opracował i nie realizował (z uwzględnieniem programów powiatowych) wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego, jak również nie podejmował działań w celu integracji działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie centrum zdrowia psychicznego, zapewniającego mieszkańcom województwa podkarpackiego kompleksową, środowiskową opiekę w zakresie zdrowia psychicznego (cel szczegółowy 2.1.).

Ponadto nie ustalono priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze województwa podkarpackiego. Nie podjęto działań mających na celu inicjowanie, wspólnie z samorządami powiatowymi i organizacjami pozarządowymi, przygotowania i realizacji wojewódzkich programów przeciwdziałania zaburzeniom, o których mowa w zadaniu 1.1.2. NPOZP. Nie opracowano wojewódzkich programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie opracowano raportu oraz informatora o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie powołano Zespołu ds. koordynacji, ani też koordynatora, zadaniem którego powinno być realizacja, koordynowanie i monitorowanie zadań w ramach RPOZP. Nie organizowano porad, konferencji i szkoleń podnoszących kompetencje zawodowe pracowników, ani też konferencji regionalnej podsumowującej i oceniającej realizację RPOZP.

W wyjaśnieniu dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej podała, że realizacja wszystkich celów założonych w RPOZP nie była możliwa z powodu braku środków finansowych przeznaczonych na te działania. Samorząd Województwa zgodnie z RPOZP zobowiązany był do realizacji celów głównych i szczegółowych wspólnie z samorządami powiatów i gmin. Stwierdzono, że w ograniczonym zakresie współpracował z tymi podmiotami. W 2011 r. skierowane zostały do samorządów powiatowych w województwie podkarpackim (21 powiatów) pisma o poinformowanie o podjętych działaniach w zakresie opracowania lokalnych programów w oparciu o NPOZP, powołania zespołów koordynujących realizację tych programów.

Z przesłanych informacji wynikało, że w 8 powiatach opracowano, ale nie wdrożono Powiatowych Programów Ochrony Zdrowia Psychicznego, ani też nie powołano zespołów koordynujących te Programy. Przyczyną braku podjętych działań przez wymienione powiaty były ograniczone możliwości finansowe, problemy kadrowo-organizacyjne w tych jednostkach oraz prowadzenie działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego we własnym zakresie. W latach 2012–2016 samorząd województwa nie występował do powiatów i gmin o informację w sprawie realizacji PPOZP przez te jednostki.

**Samorząd Województwa Świętokrzyskiego** – urząd w bardzo ograniczonym stopniu podejmował działania na rzecz realizacji zadań określonych w programie regionalnym.

Nie opracowano, a więc i nie realizowano regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego oraz programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie prowadzono działań



informujących o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych. Wśród przyczyn braku realizacji zadań marszałek wskazywał m.in. na niewystarczające zasoby kadrowe Urzędu oraz niezapewnienie środków finansowych.

Zdecydowana większość działań związanych z realizacją celu szczegółowego „Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi” sformułowana została w taki sposób, iż nie były one dedykowane wyłącznie dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Skutkowało to tym, iż urząd nie posiadał wiedzy, czy realizacja programu przyczyniła się do poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zapewniła im dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej.

Marszałek Województwa Świętokrzyskiego, w odniesieniu do wszystkich działań dotyczących pierwszego celu głównego, wyjaśnił, że działania te rekomendowano w programie regionalnym do realizacji innym podmiotom na zasadzie dobrowolności i urząd nie miał możliwości prawnych wyegzekwowania realizacji tych działań od realizatorów.

Natomiast w odniesieniu do działań dotyczących drugiego celu głównego – marszałek wyjaśnił, że działania te były rekomendowane w programie regionalnym do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego oraz podległe im podmioty lecznicze na zasadzie dobrowolności i urząd nie miał możliwości prawnych wyegzekwowania realizacji działań od realizatorów oraz że jednostki samorządu terytorialnego każdego szczebla są organizatorami opieki zdrowotnej na swoim terenie.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż wskazane w NPOZP dla samorządów województw zadanie polegające na wdrażaniu planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych było istotne również z uwagi na nieodpowiednie warunki sanitarne i techniczne panujące w części tych placówek. Na problem ten zwróciła Najwyższa Izba Kontroli w 2011 r. realizując kontrolę „Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym”<sup>75</sup>. Stan techniczny i sanitarny obiektów budowlanych 14 skontrolowanych wówczas szpitali był niezadowolający. We wszystkich placówkach stwierdzono odstępstwa od obowiązujących wymagań, a w siedmiu służby nadzoru budowlanego oraz państwowej straży pożarnej wydały decyzje w sprawie ich usunięcia.

Zdjęcie nr 1

Sala chorych – Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryżana w Starogardzie Gdańskim  
– Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr 24



Źródło: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

<sup>75</sup> Informacja o wynikach kontroli „Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym”, Warszawa, maj 2012 r.

Zdjęcie nr 2

Świetlica – Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryżana w Starogardzie Gdańskim  
– Odział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr 24<sup>76</sup>



Źródło: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

### 3.4.2. Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP

Środki finansowe na realizację NPOZP/RPOZP planowało pięć samorządów wojewódzkich (spośród sześciu objętych kontrolą).

**Samorząd Województwa Świętokrzyskiego** nie wskazywał w planach finansowych, jakie środki przeznaczone będą na realizację programu regionalnego (nie występowała taka kategoria wydatków). Realizowane zadania były finansowane ze środków budżetowych będących w dyspozycji Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu oraz ROPS.

Marszałek wyjaśnił, że na realizację zadań wynikających z Programu wydatkowano w latach 2012–2015 odpowiednio: 53,8 tys. zł; 99,4 tys. zł; 41,8 tys. zł i 108,9 tys. zł. Ponadto z budżetu województwa świętokrzyskiego dofinansowywana była działalność zakładów aktywności zawodowej, w których zatrudnione były także osoby z zaburzeniami psychicznymi. W latach 2012–2015 dofinansowanie powyższe wyniosło odpowiednio: 260,7 zł; 339,5 zł; 300,8 zł i 509,5 tys. zł.

W sprawozdaniach sporządzanych przez urzędy marszałkowskie (um lub urzędy) na podstawie działań własnych oraz informacji przekazywanych przez wojewódzkie jednostki organizacyjne, tj. Wojewódzki Urząd Pracy (WUP) i Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w tym zakresie, podawane były kwoty wydatkowane na realizację zadań.

Nadmienić należy, że w ww. informacjach, z WUP i ROPS wykazywane były również kwoty wydatkowane przez te jednostki na zadania inne niż ujęte w NPOZP.

<sup>76</sup> Źródło: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.

Skutkowało to zawyżaniem kwot ogółem wykazywanych w sprawozdaniach przekazywanych Ministrowi Zdrowia o kwoty wydatkowane przez te jednostki na zadania niezwiązane z realizacją Programu. I tak np.:

**Samorząd Województwa Lubelskiego** – WUP informował UM, że jego działania nie są skierowane wyłącznie do osób z zaburzeniami psychicznymi, ale dotyczą osób bezrobotnych, w tym niepełnosprawnych. Pomimo tego, urząd marszałkowski w sprawozdaniu z NPOZP za 2012 r. wykazał kwotę 6.102.224 zł, tj. całą kwotę podaną przez WUP, jako poniesioną na aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi (tj. na realizację celu szczegółowego 2.3. NPOZP). W informacjach odnoszących się do lat następnych (2013–2015) WUP nie podawał w ogóle kwoty poniesionych nakładów na realizację tego celu NPOZP.

ROPS również informował urząd marszałkowski, że realizowane przez niego programy tylko w pewnym, niedającym się dokładnie oszacować, stopniu dotyczą osób z zaburzeniami psychicznymi. Np. w informacji za 2012 r. ROPS podał, że wydatki na NPOZP wyniosły ogółem 4.810.504 zł, ale nakłady na realizowane programy wyniosły 1.292.009 zł. W 2013 r. ROPS nie podał żadnej kwoty, a od 2014 r. w formularzach sprawozdań z realizacji NPOZP zawarta była klauzula, by nie wykazywać wydatków poniesionych na programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii. Jednak UM w sprawozdaniach za 2013–2015 przyjmował, iż cała kwota podawana przez ROPS stanowi nakłady poniesione na rzecz realizacji NPOZP, mimo że z dołączonych wykazów sfinansowanych działań wynikało, że nie były one adresowane wyłącznie do osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wg sprawozdań urzędu przesłanych Ministrowi Zdrowia, nakłady finansowe na NPOZP wyniosły: odpowiednio w latach 2011–2015: 1.200.568 zł, 9.534.644 zł, 7.400.681 zł, 3.604.643 zł i 6.529.923 zł.

Nadmienić należy, że sprawozdania za lata 2011–2015 w zakresie nakładów finansowych obarczone były błędem rachunkowym, polegającym na mylnym zsumowaniu kwot poniesionych na cele szczegółowe. Skutkowało to wykazaniem w sprawozdaniu za 2011 r. wydatków zawyżonych o 24.503 zł, w 2012 r. zaniżonych o 909.493 zł, w 2013 r. zawyżonych o 79.740 zł, w 2014 r. zawyżonych o 129 zł i w 2015 r. – zawyżonych o 1.000 zł. Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej wyjaśnił, że omyłki w wyliczeniach nie skutkowały konsekwencjami finansowymi i nie miały wpływu na prawidłowość rozliczenia NPOZP.

**Samorząd Województwa Wielkopolskiego** – zadania ujęte w RPOZP/NPOZP finansowane były ze środków własnych samorządu województwa, budżetu państwa (wspieranie samorządowych inicjatyw regionalnych i lokalnych), NFZ oraz środków pozyskanych z budżetu środków europejskich.

Wydatkowane środki na realizację tych zadań wyniosły: w 2012 r. – 20.637,0 tys. zł, w 2013 r. – 136.450,4 tys. zł, w 2014 r. – 614.478,2 tys. zł, a w 2015 r. – 941,3 tys. zł.

W 2011 r. nie wydatkowano środków na realizację NPOZP. Wydatki poniesione przez Urząd finansowane były bezpośrednio z budżetu województwa wielkopolskiego i wyniosły łącznie w okresie obowiązywania NPOZP 492,4 tys. zł. Wydatki poniesione przez WUP i ROPS były finansowane ze środków budżetu województwa, budżetu środków europejskich grantu EURES oraz Funduszu Pracy.

Kwoty wykazane przez samorząd województwa wielkopolskiego w sprawozdaniach przekazanych Ministrowi Zdrowia obejmowały wszystkie wydatki poniesione przez WUP w Poznaniu w latach 2012–2015 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mimo że realizowane w ramach tego programu działania nie dotyczyły wyłącznie osób z zaburzeniami psychicznymi.

W toku kontroli wyjaśniono, że „niemożliwe było wyszczególnienie kwot dla działań skierowanych tylko do osób z zaburzeniami psychicznymi i ich opiekunów oraz pracodawców zatrudniających te osoby”. Do zadań związanych z realizacją NPOZP zaliczano również wydatki związane z prowadzeniem międzynarodowego pośrednictwa pracy w ramach sieci EURES.

W ocenie NIK sprawozdania te nie były rzetelne, gdyż przedstawiały nieprawdziwy obraz wydatków poniesionych na realizację NPOZP.

### 3.4.3. Wybór realizatorów poszczególnych zadań w ramach NPOZP

Podmiotami bezpośrednio zaangażowanymi w realizację zadań wynikających z NPOZP i określonych w RPOZP były jednostki podległe samorządowi województwa: urząd marszałkowski (Departament Zdrowia), Wojewódzki Urząd Pracy oraz Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.

Samorzady województw zlecały również w formie wspierania, część zadań publicznych wynikających z RPOZP organizacjom pozarządowym wyłonionym w drodze otwartego konkursu

ofert. Wyboru podmiotów dokonywano na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie<sup>77</sup>. Wyboru oferentów dokonywano zgodnie z założonymi kryteriami.

Tylko jeden samorząd wojewódzki (tj. Samorząd Województwa Podkarpackiego) nie ogłaszał konkursu na realizatora zadań NPOZP, ponieważ nie realizował zadań w ramach poszczególnych celów szczegółowych RPOZP.

#### 3.4.4. Monitorowanie osiągniętych rezultatów NPOZP

Samorządy województw były zobowiązane do realizacji, koordynowania i monitorowania RPOZP (cel szczegółowy 2.4. „Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy”, zadanie 2.4.3. w NPOZP). Wskaźnikiem monitorującym realizację tego zadania miały być „roczne sprawozdania” z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Programu w roku poprzednim przekazywane Ministrowi Zdrowia (lub wskazanemu przez niego podmiotowi)<sup>78</sup> w terminie do 15 maja<sup>79</sup>. Sprawozdania miały zawierać odniesienia do stanu wyjściowego oraz wskaźników przedstawionych w NPOZP.

Z ustaleń kontroli wynika, że urzędy nie podejmowały wymaganych działań z zakresu monitorowania i koordynacji, określonych w programach regionalnych.

Pomimo powołania wojewódzkiego zespołu koordynującego realizację NPOZP, niewystarczające było monitorowanie RPOZP, gdyż zarządy województw nie miały bieżącej wiedzy, które powiaty i gminy z terenu województwa przystąpiły do realizacji zadań określonych w NPOZP oraz w jakim stopniu wykonane zostały te zadania.

W toku kontroli wyjaśniano<sup>80</sup>, że jednostki samorządu lokalnego nie miały obowiązku powiadamiania urzędów o przystąpieniu do realizacji NPOZP i że informacje o działaniach przekazywane były przez ww. jednostki samorządu terytorialnego bezpośrednio Ministrowi Zdrowia oraz że w szczegółowym wykazie zadań samorządu województwa w ramach realizacji NPOZP nie ma zadania polegającego na koordynowaniu działania powiatów i gmin województwa związanych z realizacją NPOZP.

Zauważyć jednak należy, że opracowany przez samorząd województwa regionalny program ochrony zdrowia psychicznego powinien uwzględniać potrzeby ludności województwa w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej, a także programy powiatowe. Realizacja tego programu oraz jego koordynowanie i monitorowanie (zadanie 2.4.3.) było powierzone wojewódzkiemu zespołowi koordynującemu realizację NPOZP. Rzetelne monitorowanie realizacji zadań wymagało bieżącego obserwowania i nadzorowania postępów we wdrażaniu RPOZP, ale też uwzględnianych przez niego programów powiatowych.

W związku z tym, że głównymi realizatorami programu regionalnego były samorządy województw oraz samorządy powiatów i gmin, w toku kontroli wystąpiono<sup>81</sup> do samorządów lokalnych w województwie o informację dotyczącą następujących zagadnień:

<sup>77</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 239, ze zm.

<sup>78</sup> § 5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie NPOZP.

<sup>79</sup> Sprawozdanie za rok 2012 należało przesłać w terminie do 25 października 2013 r. – na podstawie pisma Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2013 r.

<sup>80</sup> Członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego, Marszałek Województwa Lubelskiego, Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Województwa Świętokrzyskiego.

<sup>81</sup> Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

- czy opracowany został powiatowy program ochrony zdrowia psychicznego i w jakim zakresie był realizowany,
- jakie środki finansowe zostały zaplanowane i wykorzystane,
- jakie problemy wystąpiły przy realizacji powiatowego programu ochrony zdrowia psychicznego,
- podania przyczyn nieopracowania i niewdrażania programu.

**Województwo podkarpackie** – spośród 21 powiatów, do których NIK wystąpiła w toku kontroli – w 8 samorządach nie opracowano i nie realizowano powiatowego programu ochrony zdrowia psychicznego. Dotyczyło to powiatów: brzozowskiego, leskiego, łańcuckiego, niżańskiego, przeworskiego, rzeszowskiego, sanockiego i stalowowolskiego. Przyczyną były ograniczone możliwości finansowe tych jednostek.

W przypadku 4 powiatów (bieszczadzki, jarosławski, jasielski i lubaczowski) powiatowy program został opracowany, ale nie był realizowany ze względu na brak środków finansowych. Również ze względów finansowych w pozostałych 9 powiatach powiatowy program opracowano i w niepełnym zakresie wdrażano. W 4 miastach na prawach powiatu opracowano powiatowy program, ale jego realizacja była również niepełna, głównie poprzez podległe jednostki organizacyjne.

Samorząd województwa nie przestrzegał obowiązku monitorowania osiągniętych rezultatów NPOZP. Przedmiotem monitorowania i oceny realizacji Regionalnego Programu powinny być wybrane wskaźniki oceny efektów realizacji określone dla celów głównych i szczegółowych. W związku z niepowołaniem zespołu ds. koordynacji, zadania dotyczące koordynacji i monitorowania realizacji celów szczegółowych i zadań programu regionalnego nie były wykonywane.

**Województwo świętokrzyskie** – w toku kontroli zwrócono się do trzech gmin (Moskorzew, Piekoszów i Sadowie) i trzech powiatów (kazimierskiego, opatowskiego i włoszczowskiego) w terenie województwa<sup>82</sup>, które nie zrealizowały zadań w ramach NPOZP, o podanie przyczyn braku aktywności w tym zakresie. Wójtowie ww. gmin jako przyczynę wskazali brak środków finansowych, a starostwie ww. powiatów podali jakie działania były realizowane, przy czym ich adresatem nie były wyłącznie osoby z zaburzeniami psychicznymi. Z wyjaśnień marszałka wynika, że przyczyną niedostatecznego monitoringu realizacji zadań programu regionalnego były braki kadrowe, brak środków finansowych (z tych powodów nie utworzono m.in. platformy internetowej zawierającej informacje o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi) oraz niewystarczające działania „Zespołu ds. Opracowania POZP dla województwa świętokrzyskiego na lata 2011–2015” (przewodniczący Zespołu nie podjął czynności zmierzających do opracowania ankiety monitorującej Regionalny Program, będącej jednocześnie rocznym sprawozdaniem z jego realizacji, z powodu wprowadzenia przez Ministra Zdrowia ankiety sprawozdawczej wypełnianej w trybie on-line na dedykowanym portalu sprawozdawczym; cykliczne posiedzenia ww. Zespołu nie odbywały się z powodu nieopracowania przez Zespół planu pracy i niezwoływania ich przez przewodniczącego Zespołu; ww. Zespół nie opracował ankiety ewaluacyjnej z uwagi na fakt, że znaczna część założonych do realizacji działań miała charakter niezależny od województwa świętokrzyskiego; braku dostępu do zweryfikowanych danych zbiorczych, dotyczących sytuacji w ochronie zdrowia; a także braku zasobów kadrowych).

Monitorowanie realizacji RPOZP dla województwa było oparte o analizę wskaźników monitorujących określonych dla poszczególnych zadań w harmonogramie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W RPOZP nie podano mierników realizacji zadań wyrażonych w wartościach liczbowych, służących ocenie ich realizacji, w związku z czym w sprawozdaniach nie odnoszono się do stopnia ich osiągnięcia, a informowano jedynie ogólnie o wykonaniu danego zadania (i efektach – jeśli takie były) lub niewykonaniu zadania (wraz z podaniem przyczyny).

Ze sprawozdania, przekazanego w formie ankiety, wynikało, iż samorząd województwa w 2015 r.<sup>83</sup> m.in.:  
 – realizował zadania wynikające z NPOZP (wydatkowano 108,9 tys. zł); realizował działania informujące o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych; realizował lokalny program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi; wspierał finansowo samopomocowe projekty organizacji pozarządowych, służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz współpracował w tymi organizacjami;

<sup>82</sup> Województwo świętokrzyskie obejmuje 14 powiatów i 104 gminy.

<sup>83</sup> Sprawozdania wykonywane były wyłącznie poprzez dedykowany portal internetowy, w związku z czym nie było dostępu do złożonych przez województwo świętokrzyskie sprawozdań archiwalnych (tj. z lat 2011–2014).

- nie realizował programów promocji zdrowia psychicznego; nie realizował programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi; nie realizował programów zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej; nie podjął uzgodnienia umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego; nie wdrażał planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki specjalistyczne z jednoczesnym przenoszeniem zadań psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla oddziałów szpitali ogólnych.

Niektóre urzędy marszałkowskie (np. województwa kujawsko-pomorskiego) nie przeprowadzały nawet badań i analiz w celu oceny potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, dotyczących zdrowia psychicznego mieszkańców województwa w okresie realizacji NPOZP, a w związku z tym nie posiadały informacji, czy i jakie efekty przyniosła realizacja tego Programu.

Proces sporządzania i przekazywania sprawozdań z realizacji NPOZP powinien odbywać się w formie elektronicznej, przy wykorzystaniu kwestionariusza (ankiety – opracowanej przez Ministra Zdrowia) dostępnego w dedykowanym portalu internetowym.

Wyniki kontroli wskazały jednak, że w większości przypadków, sprawozdania te sporządzane były w formie opisowej.

W toku kontroli nie można było ustalić, czy wszystkie samorządy wojewódzkie wywiązały się z tego obowiązku w poszczególnych latach realizacji NPOZP (2011–2015) ponieważ w urzędach nie było wszystkich kopii sprawozdań przesłanych Ministrowi Zdrowia.

Natomiast z udostępnionych sprawozdań wynikało, że z reguły nie było w nich odniesienia do stanu wyjściowego i do wskaźników monitorujących przedstawionych w NPOZP lub odnoszono się do nich w sposób bardzo ogólnikowy.

Stwierdzono również przypadki przekazywania w sprawozdaniach informacji w kolejnych latach, które były sprzeczne względem siebie.

Ponadto sposób opracowania kwestionariusza/ankiety uniemożliwiał jednoznaczną ocenę stopnia realizacji Programu oraz wskazywał, że w urzędach nie analizowano, pod względem merytorycznym, informacji przekazywanych przez realizatorów poszczególnych zadań (np. WUP, ROP), na podstawie których sporządzano ostateczne sprawozdanie przesyłane do Ministra Zdrowia z realizacji NPOZP.

**Samorząd Województwa Lubelskiego** – sporządzał sprawozdania dokonując agregacji danych pozyskiwanych z WUP i ROPS bez merytorycznej ich analizy. Wskutek tego w sprawozdaniach za lata 2012–2015 poinformowano m.in. o realizacji programu, który nie został opracowany<sup>84</sup> oraz programów nieodnoszących się bezpośrednio do osób z zaburzeniami psychicznymi<sup>85</sup>.

**Samorząd Województwa Podkarpackiego** – w dokumentacji urzędu brakowało sprawozdań za 2012 i 2014 r. Natomiast w sprawozdaniach za 2013 i 2015 r.<sup>86</sup> podano (na początku kwestionariusza), że Program (jako całość) był realizowany, ale w dalszej treści kwestionariusza wskazano, że poszczególne zadania nie były realizowane. Np. samorząd województwa:

- w 2013 r. nie realizował programów promocji zdrowia psychicznego, a w 2015 r. wspólnie z samorządem powiatowym wdrażał 2 programy promocji zdrowia psychicznego;

<sup>84</sup> Wojewódzki program rozwoju różnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi – koordynatorem był WUP.

<sup>85</sup> Np. Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na lata 2011–2015, Wojewódzki program przeciwdziałania narkomanii i HIV/AIDS na lata 2011–2015, Wojewódzki program przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2011–2013, Wojewódzki program na rzecz osób starszych na lata 2013–2015 i Wojewódzki program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych na lata 2007–2013 – realizatorem był ROPS.

<sup>86</sup> W sprawozdaniu za 2011 r. podano, że Regionalny Program był dopiero w fazie projektu.

- nie realizował programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi,
- nie realizował działań informujących o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych;
- nie podejmował uzgodnień umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego;
- nie podejmował działań na rzecz opracowania planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane z jednoczesnym przenoszeniem zadań psychiatrycznej opieki zdrowotnej do oddziałów szpitali ogólnych;
- nie realizował programu poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- nie wspierał finansowo samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- nie współpracował z organizacjami pozarządowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- nie wdrażał założeń programu dotyczących rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;
- nie prowadził kampanii szkoleniowo-informacyjnych adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi;
- nie przygotował zaktualizowanej wersji przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

### 3.5 Samorządy powiatów i gmin

#### 3.5.1. Samorządy powiatów

##### Realizacja zadań przypisanych w ramach NPOZP

Według ustawy o świadczeniach zdrowotnych<sup>87</sup> do zadań własnych powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, należy w szczególności opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami.

Powiaty zostały również zobligowane<sup>88</sup> do realizacji NPOZP na lata 2011–2015. Prowadzenie działań określonych w tym Programie dla powiatów, należało do ich zadań własnych<sup>89</sup>.

W NPOZP samorządom powiatowym zostało przypisanych 26 zadań<sup>90</sup>.

Dla każdego zadania, w harmonogramie NPOZP, określono zarówno rodzaj wskaźnika monitorującego (bez wskazania jego wartości docelowej), jak i termin jego realizacji (np. do czerwca 2011 r. należało zakończyć wykonanie dziewięciu zadań przygotowujących do wdrażania Programu, w tym powołać zespół koordynujący realizację NPOZP oraz opracować priorytety promocji zdrowia psychicznego, lokalny program ochrony zdrowia psychicznego i inne programy służące jego realizacji).

Wyniki kontroli wskazały, że działania podejmowane przez powiaty na rzecz realizacji zadań NPOZP były niewystarczające.

<sup>87</sup> Art. 8 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

<sup>88</sup> § 4 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

<sup>89</sup> Art. 2 ust. 4 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

<sup>90</sup> Wykaz zadań przypisanych do realizacji przez samorządy powiatów stanowi załącznik nr 10 do Informacji.

Działania te sprowadzały się niemal wyłącznie do wykonania – i to ze znacznym opóźnieniem w stosunku do terminów ustalonych w NPOZP – zadań o charakterze formalnym, takich jak np. powołanie lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu (dalej Zespół Koordynujący lub Zespół) oraz opracowanie, na podstawie NPOZP, PPOZP.

Niektóre działania realizowane na terenie powiatu przez różne instytucje, w ramach zadań własnych z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wpisywały się w założenia NPOZP. Nie wynikały one jednak bezpośrednio z NPOZP i nie zmierzały w sposób skoordynowany do rozwoju i upowszechnienia działań w zakresie leczenia, oparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto działaniom tym nie przypisano wskaźników monitorujących oraz pozwalających na ocenę ich skuteczności.

Wyniki kontroli wskazały, że w pięciu powiatach<sup>91</sup> (spośród siedmiu objętych kontrolą) powołano Zespół, w tym w dwóch powiatach z opóźnieniem 6 i 9 miesięcy w stosunku do terminu wskazanego w NPOZP (tj. do czerwca 2011 r.)<sup>92</sup>. Zadaniem Zespołu było opracowanie na bazie NPOZP, Powiatowego Programu, uwzględniającego potrzeby ludności powiatu w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej, a także jego realizacja, koordynacja i monitorowanie.

Członkami Zespołu byli dyrektorzy lub pracownicy jednostek, których działania związane były z ochroną zdrowia psychicznego, tj. PUP, PCPR, poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz podmiotów leczniczych działających na terenie danego powiatu.

Nadmienić należy, że harmonogram realizacji NPOZP ustanawiał wymóg, by skład lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu zapewniał właściwą reprezentację pozarządowych organizacji samopomocowych. Jednak Starostwo Powiatowe w Kielcach i w Pruszkowie nie powołało do Zespołu ich przedstawicieli. Zdaniem NIK, zapewnienie w składzie Zespołu jak najszerszej reprezentacji podmiotów prowadzących działalność związaną z ochroną zdrowia psychicznego wpłynęłoby korzystnie na kompleksowość działań mających służyć realizacji celów NPOZP.

W uchwałach powołujących Zespół Koordynujący (ani w innych dokumentach) nie określono trybu pracy tego Zespołu (w tym harmonogramu posiedzeń), co miało wpływ na rzetelność pracy jego członków, tj. koordynację i monitorowanie realizacji zadań ujętych w Programach, a w efekcie przełożyło się na jakość i stopień realizacji tych Programów.

*Np. Zarząd Powiatu Kieleckiego powołał Zespół Koordynujący w dniu 28 grudnia 2011 r. i w jego skład weszło 10 osób, w tym członek zarządu jako przewodniczący i 3 przedstawiciele starostwa.*

*Zespół odbył tylko 2 posiedzenia, tj. 19 stycznia i 18 maja 2012 r., a w okresie od 24 września 2012 r. (data przyjęcia Powiatowego Programu przez Radę Powiatu) do 31 grudnia 2015 r. nie odbyło się żadne posiedzenie Zespołu.*

*Ponadto, w tym okresie wszyscy trzej przedstawiciele starostwa wchodzący w skład Zespołu przestali wykonywać przypisane im zadania, a na ich miejsce nie powołano innych osób. Tak więc ostatecznie Zespół nie koordynował ani nie monitorował realizacji NPOZP (co stanowiło naruszenie rozporządzenia w sprawie NPOZP).*

*W sprawie braku realizacji zadań Zespołu, zarząd powiatu wyjaśnił, że nie był informowany o problemach związanych z jego funkcjonowaniem, a jedynie o trudnościach dotyczących realizacji zadań wynikających z POZPPK<sup>93</sup>. Szczególnie dotyczyło to zmniejszania środków finansowych NFZ na poradnie zdrowia psychicznego prowadzone przez dwa sp zoz powiatu kieleckiego oraz braku możliwości ubiegania się o dodatkowe środki dla jednostek realizujących zadania Programu.*

<sup>91</sup> Starostwa Powiatowe w: Pruszkowie, Lipnie, Kielcach, Radzyniu Podlaskim i Przemyślu. Zespołu nie powołano w Starostwie Powiatowym w Kościanie i w Gorzowie Wielkopolskim.

<sup>92</sup> Starostwo Powiatowe w Kielcach powołało Zespół 28 grudnia 2011 r., a w Radzyniu Podlaskim – 16 kwietnia 2012 r.

<sup>93</sup> POZPPK – Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Powiatu Kieleckiego.



Wyniki kontroli wskazały, że w pięciu powiatach<sup>94</sup> (spośród 7 objętych kontrolą) opracowano program powiatowy<sup>95</sup>.

Informacje niezbędne do prowadzenia analiz i ocen potrzeb zdrowotnych mieszkańców w zakresie zdrowia psychicznego, które zostały wykorzystane do opracowania PPOZP, były pozyskiwane głównie z podmiotów leczniczych (funkcjonujących na terenie danego powiatu) oraz jednostek organizacyjnych powiatu (m.in. PUP, PCPR, warsztaty terapii zajęciowej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne), GUS-u, powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności.

Celem programów powiatowych była promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Jako realizatorów zadań ujętych w tych programach wskazano powiatowe jednostki służby zdrowia, PUP, PCPR, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, zespoły ośrodków wsparcia (ZOW) oraz jednostki starostwa (zespoły, wydziały).

Żaden (z 5) programów powiatowych nie został opracowany w terminie wskazanym w NPOZP, tj. do czerwca 2011 r. i tylko jeden program (spośród 5) obejmował lata 2011–2015, tj. okres wskazany w NPOZP.

Starostwo Powiatowe w Lipnie opracowało PPOZP na lata 2011–2015 w listopadzie 2011 r. (4 miesiące opóźnienia), Starostwo Powiatowe w Radzynie Podlaskim opracowało PPOZP na lata 2012–2015 – w kwietniu 2012 r. (9 miesięcy opóźnienia), starostwo w Kielcach – na lata 2012–2015 – w czerwcu 2012 r. (12 miesięcy opóźnienia), starostwo w Pruszkowie i w Przemyślu – na lata 2014–2015 odpowiednio – w lutym 2014 r. (31 miesięcy opóźnienia) i we wrześniu 2014 r. (38 miesięcy opóźnienia).

- **Starosta pruszkowski** wyjaśnił, że „przyczyn przedłużania prac nad PPOZP należy szukać w błędach organizacyjnych polegających na braku dostatecznego nadzoru nad zespołem koordynującym prace nad programem, braku wyznaczania sprecyzowanych celów oraz terminów dla twórców programu. W dokumentach zarządu brak jest wzmianek o trudnościach czy barierach, które napotkano w trakcie tworzenia powiatowego programu i których rozwiązanie wymagałoby interwencji ze strony ówczesnego zarządu powiatu”. Natomiast z wyjaśnień Przewodniczącej Zespołu wynika, że wpływ na opóźnienie opracowania PPOZP miała między innymi polityka kadrowa prowadzona w starostwie, a w tamtym okresie prace Zespołu miały charakter koncepcyjny.
- W **Starostwie Powiatowym w Radzynie Podlaskim** wyjaśniono, że powodem przyjęcia PPOZP dopiero 26 kwietnia 2012 r. był przedłużający się okres zbierania informacji od jednostek organizacyjnych podległych powiatowi, mających wpływ na kształt programu. Po zebraniu tych informacji i skoordynowaniu działań program został opracowany i przyjęty.
- **Zarząd Powiatu Kieleckiego** wyjaśnił w toku kontroli, że „... faktyczną przyczyną opóźnienia w powołaniu Zespołu (28 grudnia 2011 r.), a w konsekwencji także opóźnienia w opracowaniu PPOZP (24 września 2012 r.) było oczekiwanie na wskazanie możliwości ubiegania się o środki finansowe na realizację tego programu. Ponadto w drugim półroczu 2011 r. prezentowane były (w tym także przez Związek Powiatów Polskich) różne interpretacje prawne dotyczące obligatoryjności opracowywania programów, ponieważ zadania obligatoryjne dla samorządów mogą wskazywać tylko ustawy.

Programy powiatowe nie uwzględniały większości zadań spośród 26 przewidzianych w NPOZP, a niektóre z zaplanowanych – zostały zrealizowane inaczej niż przewidywał to harmonogram NPOZP lub w ogóle nie zostały zrealizowane (np. w Starostwie Powiatowym w Pruszkowie, w Lipnie, w Kielcach).

<sup>94</sup> Starostwo Powiatowe w Pruszkowie, Lipnie, Kielcach, Radzynie Podlaskim i w Przemyślu.

<sup>95</sup> Powiatowego Programu nie opracowano w Starostwie Powiatowym w Kościanie i w Gorzowie Wielkopolskim.

- **Starostwo Powiatowe w Pruszkowie** uwzględniło w PPOZP, na lata 2014–2015, tylko 12 zadań i spośród nich w 2014 r. – zrealizowało tylko 6, a w 2015 r. – 9 zadań.  
*Przewodnicząca Zespołu Koordynującego NPOZP wyjaśniła, że „przyczyny niewykonania zadań można określić jako biurokratyczno-finansowo-ludzkie. Na etapie tworzenia (Programu) realizatorzy poszczególnych zadań wyrażali gotowość do ich wykonania. Ja jako Przewodnicząca Zespołu nie miałam wpływu na sposób realizacji tych zadań przez struktury starostwa powiatowego. Nie posiadam żadnej dokumentacji dotyczącej realizacji zadań (...) trudności związane z finansowaniem niektórych zadań przez realizatorów powodowały konieczność ich weryfikacji przez Zespół. Ostateczne decyzje zapadały w starostwie, a ja nie dysponuję dokumentacją w tym zakresie”.*  
*W latach 2011–2013 starostwo nie realizowało żadnych zadań ujętych w NPOZP, jak również nie uchwalono PPOZP.*
- W **Starostwie Powiatowym w Kielcach** w PPOZP przewidziano w ramach realizacji zadania 2.3.4. przygotowanie adresowanej do pracodawców kampanii szkoleniowo-informacyjnej promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi, ale nie opracowano jej programu, który według harmonogramu realizacji NPOZP stanowił wskaźnik monitorujący dla tego zadania.  
*NIK zwraca uwagę, że przedmiotem zadań 2.3.4. i 2.3.5. było odpowiednio przygotowanie i prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej we wskazanym zakresie, tymczasem działania PUP nie obejmowały szkoleń, a ograniczyły się do opracowania i zamieszczenia na stronie internetowej informacji dotyczących zatrudniania osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.*

Zauważyć należy, że w programach powiatowych ujmowano działania podejmowane już wcześniej na terenie powiatu przez różne jednostki funkcjonujące w strukturach samorządu powiatowego lub przez niego finansowane (jako zadania statutowe z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej), ale – jak wynika z ustaleń kontroli – ujęcie ich w PPOZP nie spowodowało zwiększenia zakresu bądź intensywności realizowanych zadań. Ponadto zadania te nie były bezpośrednio ukierunkowane na realizowanie celów ustalonych w NPOZP, tj. rozwój, upowszechnianie i skoordynowanie działań w zakresie leczenia, upowszechniania zróżnicowanych form oparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Także zakres i skala tych działań nie zapewniały tak kompleksowej i wszechstronnej pomocy tym osobom, jakie gwarantowałyby realizacja zadań NPOZP.

Nadmienić należy, że w programach powiatowych, jako wskaźniki monitorujące dla przewidzianych w nich zadań, podano jedynie ustalone w NPOZP rodzaje wskaźników, bez określenia ich wartości docelowych, co nie pozwoliło na ocenę ich skuteczności.

W efekcie, w latach 2011–2015, nie rozwiązano ważnych problemów dotyczących ochrony zdrowia psychicznego wskazanych w programie.

*W Programie opracowanym w **Starostwie Powiatowym w Kielcach** nie wskazano np.:*

- zakładanego odsetka populacji, który miał wziąć udział w lokalnym programie promocji zdrowia psychicznego i programie zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i w środowisku lokalnym (zadanie 1.1.3. i 1.2.2.) w danym roku / poszczególnych latach;
- zakładanych wartości, o które lub do których miała wzrosnąć liczba osób korzystających z poszczególnych form pomocy i oparcia społecznego (pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej) w danym roku / poszczególnych latach (zadanie 2.2.2.);
- liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, które na skutek działań PUP podejmą zatrudnienie w danym roku / poszczególnych latach, które planowano objąć różnymi formami działalności (rehabilitacją zawodową, poradnictwem zawodowym i szkoleniami zawodowymi) w danym roku / poszczególnych latach (zadanie 2.3.3.);
- zakładanej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, które na skutek działań PUP podejmą zatrudnienie w danym roku / poszczególnych latach, tak by zwiększył się udział zagadnień zatrudnienia takich osób w działalności PUP (zadanie 2.3.6.).

## Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP

Wszystkie powiaty objęte kontrolą nie planowały i nie wydatkowały środków finansowych na realizację zadań ujętych w NPOZP.

Brak środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżetach starostw był główną przyczyną nierealizowania zadań NPOZP, a także nieuwzględniania większości z nich w programach powiatowych. Niezapewnienie prawidłowej realizacji zadań przewidzianych w NPOZP utrudniało lub nawet uniemożliwiało tworzenie spójnego i zróżnicowanego systemu skutecznej prewencji i leczenia zaburzeń psychicznych, a także poprawę jakości życia oraz integrację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi.

- **Starostwo Powiatowe w Gorzowie Wielkopolskim**, spośród 26 zadań sformułowanych w NPOZP nie zrealizowało 20 zadań.

*Odnosząc się do powyższego były wicestarosta gorzowski (w latach 2006–2014 – nadzorujący sprawy ochrony zdrowia) wyjaśnił, że w sprawach z zakresu ochrony zdrowia uwagę całej Rady Powiatu Gorzowskiego zajmowała przede wszystkim dramatyczna sytuacja ekonomiczna SPZOZ w Kostrzynie nad Odrą. Z powodu ogromnego zadłużenia i zajęć komorniczych, jednostka zagrożona była natychmiastowym zamknięciem. Zainicjowano, przyjęto i wykonano program ratowania jedyne w powiecie gorzowskim szpitala, realizującego usługi dla mieszkańców nie tylko powiatu gorzowskiego, ale również powiatów ościennych. Był to główny powód nie podejmowania na szeroką skalę działań w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.*

*Natomiast obecny starosta gorzowski wyjaśniła, że: obejmując stanowisko w dniu 15 grudnia 2014 r. nie została poinformowana przez poprzednika o obowiązku realizacji zadań wynikających z NPOZP. W trakcie pełnienia funkcji starosty systematycznie zapoznawała się z zadaniami powiatu gorzowskiego i w dokumentach, które otrzymała do wglądu ujawniła, że zadania wynikające z NPOZP nie są realizowane. Z uwagi na zmianę zarządu powiatu i odejście z pracy naczelnika wydziału, który merytorycznie odpowiadał za przygotowanie i realizację ww. programu, a także upływający czas obowiązywania programu nie było możliwe zrealizowanie celów określonych w NPOZP. Powiat podejmował w ramach zadań własnych dotyczących ochrony zdrowia i pomocy społecznej również działania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, jednak zakres i skala tych działań nie zapewniały tak kompleksowej i wszechstronnej pomocy tym osobom jaką gwarantowałaby realizacja zadań Programu.*

*Zdaniem NIK, tylko całościowa realizacja zadań określonych w Programie, pozwoliłaby bowiem na faktyczne osiągnięcie jego celów, tj. ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego oraz poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich.*

W związku z powyższym, w latach 2011–2015, w powiatach nie zrealizowano ważnych zadań wskazanych w NPOZP, takich jak np. zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także skoordynowania różnych form opieki i pomocy.

We wszystkich powiatach wyjaśniano, że brak zwiększenia przez administrację państwową dochodów powiatu, odpowiednio do zadań przekazanych powiatowi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, skutkowało brakiem zaplanowania w budżetach powiatów wyszczególnionych środków na realizację zadań NPOZP.

NIK zwróciła jednak uwagę, że zgodnie z art. 2 ust. 4 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należało do zadań własnych jst. Zgodnie z art. 2 ust. 5 tej ustawy zadania te polegają na promowaniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym. Zatem działania wymienione w NPOZP nie powinny być traktowane jako nowe zadania, nakładane mocą rozporządzenia na jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane do realizacji tego programu, ale jako skonkretyzowanie zadań określonych w ustawie.

### Wybór realizatorów poszczególnych zadań w ramach NPOZP

Powiaty (sześć objętych kontrolą) nie prowadziły konkursów na wyłonienie realizatorów zadań ujętych w NPOZP.

Natomiast tylko jeden powiat (pruszkowski) przeprowadził po jednym postępowaniu konkursowym w roku 2014 i 2015 na wyłonienie realizatora jednego zadania, tj. na konsultacje psychiatryczne w ramach rozszerzenia oferty Zespołu Ośrodków Wsparcia (ZOW). Nie stwierdzono nieprawidłowości w przebiegu konkursów.

Natomiast pozostałe powiaty uwzględniały w PPOZP tylko zadania możliwe do realizacji przez jednostki organizacyjne powiatu i komórki starostwa. Zadania były wykonywane w ramach środków własnych poszczególnych jednostek oraz starostwa, ponieważ nie planowano dodatkowych środków finansowych na zadania PPOZP.

### Monitorowanie rezultatów NPOZP

W NPOZP założono monitorowanie rezultatów realizacji poszczególnych zadań poprzez wskazanie np. odsetka populacji biorącej udział w programie w ciągu roku, schematu struktury organizacyjnej działającego centrum zdrowia psychicznego, liczby utworzonych centrów, czy populacji objętej opieką centrum w odniesieniu do ogółu populacji danej jednostki samorządu terytorialnego.

Monitorowanie Programu należało do Zespołu Koordynującego (zadanie 2.4.1.).

Natomiast samorządy powiatów zostały zobowiązane do monitorowania programu powiatowego (zadanie 2.4.3.). Wskaźnikiem monitorującym realizację te go zadania miał być odsetek populacji objętej PPOZP w danym roku.

Jednak w żadnym PPOZP (spośród 5 badanych) – mimo iż wyznaczono kierunki działań powiatu w zakresie poprawy stanu zdrowia psychicznego jego mieszkańców – nie wskazano mierników realizowanych zadań, które pozwoliłyby ocenić dynamikę realizacji i skuteczność podjętych działań.

W praktyce monitorowanie PPOZP należało również do Zespołów Koordynujących, ponieważ ich członkowie byli jednocześnie pracownikami jednostek organizacyjnych wykonujących poszczególne zadania i monitorowanie tych programów było prowadzone w trakcie ich realizacji. W czterech starostwach powiatowych (spośród 7 objętych kontrolą) nie monitorowano realizacji PPOZP, w tym w dwóch (tj. w Kościanie i Gorzowie Wielkopolskim) – z powodu nieopracowania PPOZP, a w dwóch (w Przemyślu i Kielcach) z uwagi na ustalenie w PPOZP mierników, które nie pozwalały na ocenę efektów wykonanych zadań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców powiatu.

- *W Starostwie Powiatowym w Kielcach – działania z zakresu koordynowania i monitorowania PPOZP nie były realizowane, gdyż nie określono wartości docelowych wskaźników monitorujących, nie ustalono trybu pracy Zespołu Koordynującego PPOZP i zaniechano aktualizowania jego składu osobowego. Wobec niewypełniania przez Zespół przypisanej mu funkcji, podejmowane w tym zakresie czynności ograniczyły się do zbierania raz do roku, przez pracownika starostwa, sprawozdań i informacji dotyczących realizacji zadań PPOZP przez realizatorów poszczególnych objętych nim działań oraz przygotowania i publikacji informatora o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Wskutek wskazanych nieprawidłowości niemożliwe było dokonanie oceny efektywności Programu.*

Powiaty przesyłały Ministrowi Zdrowia i/lub wskazanemu podmiotowi (Fundacji Centrum Badań Opinii Społecznej – sprawozdania za lata 2011–2012 i firmie badawczej ASM – Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o. – sprawozdania za lata 2013–2015) sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Programu w roku poprzednim<sup>96</sup>.

Sprawozdania z realizacji zadań NPOZP i PPOZP sporządzane były na podstawie sprawozdań jednostek uczestniczących w tych Programach.

Starostwa, które do czasu opracowania „własnego” PPOZP nie realizowały żadnych zadań ujętych w NPOZP, podawały w sprawozdaniach tę informację lub informowały o realizacji zadań statutowych, które według nich były zadaniami zbieżnymi z Programem.

- **Starostwo Powiatowe w Pruszkowie** wysyłało, w latach 2011–2013, Ministrowi Zdrowia sprawozdania dotyczące NPOZP, nie wykazując w nich żadnych podjętych działań, ponieważ do listopada 2013 r. nie opracowało PPOZP. W sprawozdaniach za rok 2014 i 2015 wykazywano realizację zadań NPOZP, które były jednocześnie zadaniami ujętymi i zrealizowanymi w ramach PPOZP.
- **Starostwo Powiatowe w Przemyślu** – w sprawozdaniach przesyłanych Ministrowi Zdrowia za lata 2011–2013, pomimo braku PPOZP, ujmowano działania realizowane przez PCPR oraz PUP, które skierowane były do osób z zaburzeniami psychicznymi. Wykazywano w tych sprawozdaniach działalność Zespołu Interwencji Kryzysowej, realizację Programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2011–2013 oraz działania z zakresu aktywizacji zawodowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Również PUP wykazywał działania na rzecz osób z chorobami psychicznymi, tj. liczbę osób skierowanych na staż, liczbę osób, które podjęły pracę lub skorzystały z poradnictwa zawodowego. Starosta wyjaśnił, że wykazywane w ww. sprawozdaniach działania dotyczyły także zadań własnych i działań dodatkowych realizowanych przez PCPR oraz usług i instrumentów rynku pracy wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy zastosowanych przez PUP do osób z zaburzeniami psychicznymi.
- **Starostwo Powiatowe w Kielcach** – w sprawozdaniach za lata 2012–2015 wykazywało wszystkie działania objęte PPOZP, w tym również te, których realizacji nie wynikała z NPOZP (wykonywane przez jednostki jako ich zadania statutowe).

Z ustaleń kontroli wynika, że niektóre powiaty przekazywały w sprawozdaniach nierzetelne informacje na temat realizowanych zadań ujętych w NPOZP.

- **Starostwo Powiatowe w Kościanie** – w sprawozdaniach za 2011 r. i 2012 r. wykazało, że nie realizowało żadnych zadań określonych w celach szczegółowych NPOZP. Natomiast w sprawozdaniach z realizacji NPOZP, za 2013–2015, podało, że niektóre zadania były realizowane tylko w 2013 r., a inne tylko w 2014 i 2015 r., mimo tożsamesgo stanu faktycznego dotyczącego działalności powiatu w latach 2013–2015. Pracownik starostwa, odpowiedzialny za opracowanie i przekazanie sprawozdań z realizacji NPOZP za lata 2011–2015, wyjaśnił, że wykazanie nieprawidłowych danych w sprawozdaniu za 2013 r. spowodowane było błędną interpretacją pytań zawartych w tym sprawozdaniu.
- **Starostwo Powiatowe w Radzynie Podlaskim** przekazywało, w sprawozdaniach z lat 2013–2015, informacje o wykonywaniu zadań, których nie realizowano (dotyczących: - utworzenia ośrodka pomocy kryzysowej, podejmowania działań na rzecz zintegrowania placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej, realizacji programu zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i w środowisku lokalnym oraz programu zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi). W toku kontroli wyjaśniono, że sprawozdania z realizacji NPOZP były sporządzane na podstawie informacji uzyskanych z jednostek organizacyjnych.
- **Starostwo Powiatowe w Kielcach** – przekazało Ministrowi Zdrowia sprawozdanie z realizacji NPOZP w 2015 r., w którym wykazało, że nie realizowało trzech zadań (1.1.3., 2.2.2. i 2.4.3.), podczas gdy z materiałów przekazanych w toku kontroli wynikało, że były one realizowane. Wykazało też, że realizowało program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, podczas gdy program taki nie został w ogóle opracowany.

### 3.5.2. Samorządy gmin

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy<sup>97</sup>.

<sup>97</sup> Art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Gminy zostały również zobowiązane do realizacji NPOZP w latach 2011–2015<sup>98</sup>.

Wyniki kontroli wskazały, że żadna gmina (spośród 6 objętych kontrolą) nie powołała Zespołu Koordynującego realizację Programu, jak również nie opracowała lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, mimo iż do podjęcia tych działań zobowiązywał je harmonogram NPOZP.

Gminy nie realizowały też żadnych innych zadań ujętych w Programie<sup>99</sup>.

Przyczyną były głównie problemy finansowe gmin oraz brak zainteresowania problemami i potrzebami wynikającymi z Programu, a także nieprowadzenie analiz i ocen potrzeb zdrowotnych, dotyczących zdrowia psychicznego mieszkańców, które umożliwiłyby opracowanie gminnego programu ochrony zdrowia psychicznego (np. w Urzędzie Miasta w Radzynie Podlaskim i w Kościanie).

- **W gminie Przemyśl** wyjaśniono m.in. że przyczyną nierealizowania zadań NPOZP był problem finansowy. W tym okresie w budżecie gminy nie było zabezpieczonych środków na ich realizację ponieważ były inne ważne potrzeby wnikające z konieczności realizacji zadań własnych gminy zarówno inwestycyjnych, jak i społecznych. Dlatego nie wszystkie zadania własne gminy mogły być realizowane. Gmina Przemyśl należy do gmin o słabej infrastrukturze komunalnej. Bardzo istotnym problemem dla mieszkańców gminy jest brak wodociągów i kanalizacji. W okresie ostatnich lat z powodu suszy w gminie pojawił się dotkliwy brak wody. W budżetach gminy na lata objęte Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego radni musieli dokonywać wyborów pomiędzy najważniejszymi zadaniami, jakie stały przed gminą. Wybierali głównie te, które dotyczyły większości mieszkańców gminy. Programy ochrony zdrowia, w tym zdrowia psychicznego nie były postrzegane jako najważniejsze zadania gminy, głównie z powodu sporadycznego występowania przypadków chorób psychicznych wśród mieszkańców gminy.
- **Burmistrz miasta Lipna** wyjaśnił, że nie zna przyczyn, z powodu których jego poprzednicy nie realizowali zadań nałożonych na samorząd gminny przez Program. Po objęciu urzędu nie przystąpił do realizacji Programu, gdyż żadna z komórek organizacyjnych urzędu nie poinformowała go o takim obowiązku.

W niektórych gminach uznano, że obowiązek realizacji NPOZP nie dotyczył ich jako jednostek samorządowych.

- **Wójt Gminy w Morawicy** wyjaśnił m.in., że „prowadzenie działań określonych w NPOZP, wynikające z art. 2 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w opinii radcy prawnego Urzędu nie zostało zakwalifikowane jako zadanie o charakterze obowiązkowym. Działania określone w NPOZP nie zostały zrealizowane w formie gminnego programu ochrony zdrowia psychicznego, gdyż zadania te gmina realizowała w innych formach i kierownictwo urzędu uznało, że są one realizowane w sposób wystarczający. W związku z faktem, iż nie przyjęto ww. programu, nie było podstaw do formalnego powołania lokalnego zespołu koordynującego realizację NPOZP”. Gmina podejmowała działania, w tym we współpracy z organizacjami pozarządowymi, związane z upowszechnianiem wiedzy na temat zdrowia psychicznego, zapobieganiem zaburzeniom psychicznym, zwiększaniem integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz upowszechnianiem zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.
- **Sekretarz Miasta w Radzynie Podlaskim** (z up. burmistrza miasta) wyjaśnił m.in., że nie przygotowano odpowiednich dokumentów programowych oraz nie realizowano zadań NPOZP ze względu na objęcie mieszkańców Miasta (15,9 tys.) Powiatowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz nieustalenie w NPOZP konkretnych zadań dla samorządu gmin. Ponadto tworzenie programu kierowanego do niewielkiej liczby mieszkańców mogłoby spowodować powielanie działań powiatu radzyńskiego i niecelowe wydatkowanie środków publicznych. Miasto nie zawarło jednak z powiatem radzyńskim porozumienia dotyczącego wspólnej realizacji zadań NPOZP i nie podjęto formalnej współpracy ponieważ rozporządzenie w sprawie NPOZP nie przewidywało takich działań.
- **Burmistrz Miasta Kostrzyń nad Odrą** wyjaśnił m.in., że „Nie podjęliśmy realizacji zadań sformułowanych w NPOZP, ponieważ sądziliśmy, że nie było potrzeby takiego działania. Byliśmy w przeświadczeniu, że realizacja NPOZP nie jest obowiązkowa dla samorządów gminnych (...). W takiej opinii nie byliśmy odosobnieni, co potwierdziła praktyka. Większość gmin wiejskich podchodzi do tej kwestii podobnie. Również sformułowanie zbyt ogólnie zadań NPOZP, bez wskazania trybu finansowania ich realizacji, czy modelu realizacji tych celów

<sup>98</sup> § 4 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie NPOZP.

<sup>99</sup> Wykaz zadań przypisanych do realizacji przez samorządy gmin stanowi załącznik Nr 10 do Informacji.

*w istniejącej sytuacji, tj. np. powiązania celów NPOZP z celami pomocy społecznej, zwalczania narkomanii, przemocy w rodzinie czy przeciwdziałania alkoholizmowi, nie ułatwiało, a wręcz komplikowało podjęcie decyzji o ewentualnym rozpoczęciu realizacji NPOZP.*

Zdaniem NIK zadania wymienione w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego nie stanowią całkowicie nowej kategorii zadań nałożonych na samorządy gmin, ale mieszczą się w zakresie ich zadań własnych związanych z zapewnieniem mieszkańcom ochrony zdrowia, pomocy społecznej i wspierania rodziny, określonych w art. 7 ust. 1 pkt 5, 6 i 6a ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym<sup>100</sup>. Sformułowanie art. 2 ust. 4 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, iż prowadzenie działań określonych w NPOZP należy – w szczególności – do zadań własnych samorządów gmin wskazuje, że są to ich zadania obowiązkowe, tzn. gminy nie mogły uczestniczyć w realizacji NPOZP na zasadzie dobrowolności.

Z ustaleń kontroli wynika, że w latach 2011–2015 gminy realizowały – w ramach bieżącej działalności – w miarę swoich możliwości finansowych i organizacyjnych zadania własne związane z psychiatryczną opieką zdrowotną.

Działania te nie wynikały bezpośrednio z NPOZP, nie były ukierunkowane na realizowanie ustalonych w nim celów, tj. rozwój, upowszechnianie i skoordynowanie działań w zakresie leczenia, upowszechniania zróżnicowanych form oparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Działaniom tym nie przypisano również żadnych wskaźników monitorujących oraz pozwalających na ocenę skuteczności ich realizacji.

W latach 2011–2015 gminy nie planowały (i nie wydatkowały) środków na realizację zadań NPOZP, ponieważ zadania te nie były w ogóle realizowane.

Natomiast zadania wpisujące się w NPOZP, podejmowane w ramach działalności statutowej jednostek organizacyjnych gminy, były finansowane ze środków przeznaczonych na tę działalność.

Gminy nie dokonywały wyboru realizatorów poszczególnych zadań NPOZP ponieważ zadania te nie były w ogóle realizowane.

Natomiast realizatorzy zadań związanych z promocją i ochroną zdrowia psychicznego, wykonywanych w ramach działalności statutowej jednostek organizacyjnych gmin, wybierani byli w trybie określonym w uchwałach rad poszczególnych gmin, ustanawiających coroczny program współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego oraz przepisach ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie<sup>101</sup>.

Dwie gminy<sup>102</sup> (spośród 6 objętych kontrolą) w ogóle nie składały rocznych sprawozdań Ministrowi Zdrowia z realizacji NPOZP ponieważ uznały, że obowiązek ten dotyczył tylko podmiotów realizujących ten Program, a cztery gminy<sup>103</sup> w sprawozdaniach z poszczególnych lat informowały o nierealizowaniu zadań NPOZP.

Nadmienić należy, że jedna z gmin przesyłała nierzetelne informacje w tym zakresie.

- **Urząd Miasta w Kościanie** w ogóle nie realizował zadań NPOZP w okresie 2011–2015 i mimo tożsamesgo stanu faktycznego w tym okresie, w sprawozdaniach z lat 2012 i 2013 wskazał zadania tego Programu, które zrealizował, a w sprawozdaniach z lat 2014 i 2015 zaprzeczył temu.

*Burmistrz, odnośnie różnego podejścia do sprawozdań wyjaśnił, że było to wynikiem sporządzania sprawozdań, ze względu na uwarunkowania kadrowe wydziału, przez różne osoby, które w odmienny sposób interpretowały sposób prezentacji zawartych w nich danych.*

<sup>100</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 446, ze zm.

<sup>101</sup> Art. 11 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

<sup>102</sup> Urząd Gminy w Morawicy i Urząd Miasta w Radzynie Podlaskim.

<sup>103</sup> Urząd Gminy w Przemyślu, Urząd Miasta w Lipnie, w Kostrzynie nad Odrą i w Kościanie.

### 4.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano m.in. wyniki kontroli NIK P/11/093 „Przestrzeganie praw pacjenta w leczeniu psychiatrycznym”, a także dostępne na stronach internetowych: sprawozdania z działalności Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Narodowego Funduszu Zdrowia, publikacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, informacje prasowe dotyczące NPOZP, materiały Sejmowej Komisji Zdrowia Sejmu RP oraz analizę stanu prawnego regulującego przedmiotową materię.

Przeprowadzenie kontroli zaplanowano w:

- Ministerstwie Zdrowia,
- Ministerstwie Edukacji Narodowej,
- i 19 jednostkach samorządu terytorialnego (sześciu urzędach marszałkowskich, siedmiu starostwach i sześciu gminach).

Minister Zdrowia został wybrany do kontroli z uwagi na wiodącą rolę ministra właściwego do spraw zdrowia w kreowaniu polityki zdrowotnej oraz koordynowanie zadań opisanych w harmonogramie realizacji NPOZP. Minister Edukacji Narodowej kształtuje poziom wiedzy dzieci i młodzieży, niezbędnej do budowania postaw społecznych sprzyjających zrozumieniu problemów z zakresu zdrowia psychicznego, ich źródeł, a także umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Natomiast samorządy wszystkich szczebli są zobowiązane do tworzenia warunków dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na swoim terenie oraz organizowania zabezpieczenia społecznego członkom wspólnoty samorządowej w razie ich niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo.

Zaplanowano również wystąpienie w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK do podmiotów, do których adresowany był NPOZP, ale nieobjętych niniejszą kontrolą NIK (tj. do Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Sprawiedliwości i p.o. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) o informacje w zakresie realizacji zadań przewidzianych dla nich w tym Programie.

### 4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 4 maja 2016 r. do 19 września 2016 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego). Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim kierownikom 21 kontrolowanych jednostek.

Nie sformułowano wniosków pokontrolnych pod adresem Ministra Edukacji Narodowej i 19 jst z powodu zakończenia realizacji badanej edycji NPOZP z dniem 31 grudnia 2015 r.

Natomiast do Ministra Zdrowia skierowano cztery wnioski pokontrolne w związku z przygotowywaniem nowej edycji NPOZP.

Wnioski dotyczyły podjęcia przez Ministra Zdrowia następujących działań:

- 1) dokonania analizy realizacji NPOZP w celu identyfikacji wszystkich problemów, które wystąpiły w latach 2011–2015 i na podstawie uzyskanych wyników podjęcie działań w celu sprawnej realizacji nowej edycji NPOZP;



- 2) przeprowadzenia programów pilotażowych w celu przetestowania nowych rozwiązań i przygotowania regulacji prawnych dla sprawnego funkcjonowania i finansowania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- 3) podjęcia działań w celu przygotowania kadr dla planowanych CZP;
- 4) zapewnienia skutecznej koordynacji, monitorowania i oceny realizacji zadań NPOZP w nowej edycji.

Do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego skierowano jeden wniosek pokontrolny dotyczący realizacji wszystkich celów szczegółowych wynikających z RPOZP na lata 2012–2016 przypisanych Samorządowi Województwa Lubelskiego.

Z odpowiedzi udzielonych przez jednostki, do których skierowano wnioski pokontrolne (2) wynika, że cztery wnioski są w trakcie realizacji, a jeden nie został jeszcze zrealizowany<sup>104</sup>.

Jedna jednostka kontrolowana, tj. Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego złożyła zastrzeżenia do wystąpienia. Odmówiono jednak ich przyjęcia, ponieważ złożone zostały po terminie.

---

<sup>104</sup> Wg stanu na dzień 9.12.2016 r.

## Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Jednostka kontrolowana	JO NIK przeprowadzająca kontrolę
1.	Ministerstwo Zdrowia	Departament Zdrowia
2.	Ministerstwo Edukacji Narodowej	
3.	Starostwo Powiatowe w Pruszkowie	
4.	Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu	Delegatura w Bydgoszczy
5.	Starostwo Powiatowe w Lipnie	
6.	Urząd Miejski w Lipnie	
7.	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach	Delegatura w Kielcach
8.	Starostwo Powiatowe w Kielcach	
9.	Urząd Gminy w Morawicy	
10.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie	Delegatura w Lublinie
11.	Starostwo Powiatowe w Radzynie Podlaskim	
12.	Urząd Miasta w Radzynie Podlaskim	
13.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu	Delegatura w Poznaniu
14.	Starostwo Powiatowe w Kościanie	
15.	Urząd Miasta w Kościanie	
16.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie	Delegatura w Rzeszowie
17.	Starostwo Powiatowe w Przemyślu	
18.	Urząd Gminy w Przemyślu	
19.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze	Delegatura w Zielonej Górze
20.	Urząd Miasta Kostrzyn nad Odrą	
21.	Starostwo Powiatowe w Gorzowie Wielkopolskim	

## Charakterystyka stanu prawnego:

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP<sup>105</sup>, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zatem polski system opieki zdrowotnej jest oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw.

Z kolei art. 67 Konstytucji RP stanowi m.in., że obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo, a zakres i formy tego zabezpieczenia określa ustawa.

Sejm RP w 1994 r., uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa, uchwalił ustawę o ochronie zdrowia psychicznego. Zmiana tej ustawy z 23 lipca 2008 r. wprowadziła m.in. upoważnienie dla Rady Ministrów do określenia, w drodze rozporządzenia, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zakres spraw przekazanych do uregulowania w rozporządzeniu oraz wytyczne dotyczące treści rozporządzenia obejmują m.in. okres jego obowiązywania; cele główne i cele szczegółowe; podmioty biorące udział w jego realizacji; sposób realizacji zadań; a także wskazanie, że prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin oraz zadań Narodowego Funduszu Zdrowia i ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w Programie.

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego była spójna z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007–2015, stanowiącym załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r., zawierającym m.in. „Cel strategiczny 4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne”.

W opisie tego celu podkreślono, że „zaburzenia psychiczne kosztują państwo utratę 3–4% PKB<sup>106</sup> i są najczęstszą przyczyną pobierania rent inwalidzkich. Grupą szczególnie wymagającą pomocy jest młodzież, ze względu na jej pogarszające się samopoczucie psychospołeczne (wynikające ze stresu, narastającej przemocy, dostępności narkotyków). W związku z powyższym planowane jest wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, co byłoby zgodne z ustaleniami konferencji helsińskiej<sup>107</sup>, nakazującej opracowanie w krajach Unii Europejskiej Krajowego Planu Działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, z zapewnieniem odpowiednich środków finansowych”.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych ustalono jako priorytet m.in.: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych (§ 1, pkt 3).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego projekt przygotowano w Ministerstwie Zdrowia, weszło w życie 18 lutego 2011 r., tj. ponad dwa lata po wejściu w życie ustawy, na podstawie której zostało ono wydane<sup>108</sup>.

<sup>105</sup> Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.

<sup>106</sup> Dane szacunkowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

<sup>107</sup> Europejska Konferencja Ministerialna Światowej Organizacji Zdrowia, Helsinki 2005.

<sup>108</sup> Art. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie NPOZP, podmiotami realizującymi Program są: 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej, 2) Narodowy Fundusz Zdrowia, 3) samorządy województw, powiatów i gmin.

W § 4 ust. 2 tego rozporządzenia wskazano, że w realizacji zadań wynikających z Programu mogą uczestniczyć również organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu. Realizacja współpracy z tymi podmiotami (ust. 3) powinna uwzględniać przepisy ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Stosownie do § 5 ust. 1. rozporządzenia w sprawie NPOZP – minister właściwy do spraw zdrowia kieruje realizacją Programu i koordynuje wykonanie zadań, o których mowa w § 3 ust. 2. (Szczegółowy wykaz zadań i ich podział pomiędzy podmioty realizujące określa harmonogram stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.).

Edycja tego Programu rozpoczęła się w 2011 r., a zakończyła się w 2015 r.

## Wykaz najważniejszych aktów normatywnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 486).
7. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 814 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, ze zm.)
9. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677).
10. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068).
13. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, ze zm.).
14. Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484); uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. przez art. 1 pkt 50, art. 25 ust. 1 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138).
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego; wygasło z dniem 31 grudnia 2015 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128).
17. Rozporządzenie z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 poz. 357).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U z 2014 r. poz. 1441, ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598, ze zm.).
21. Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
22. Zarządzenie nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

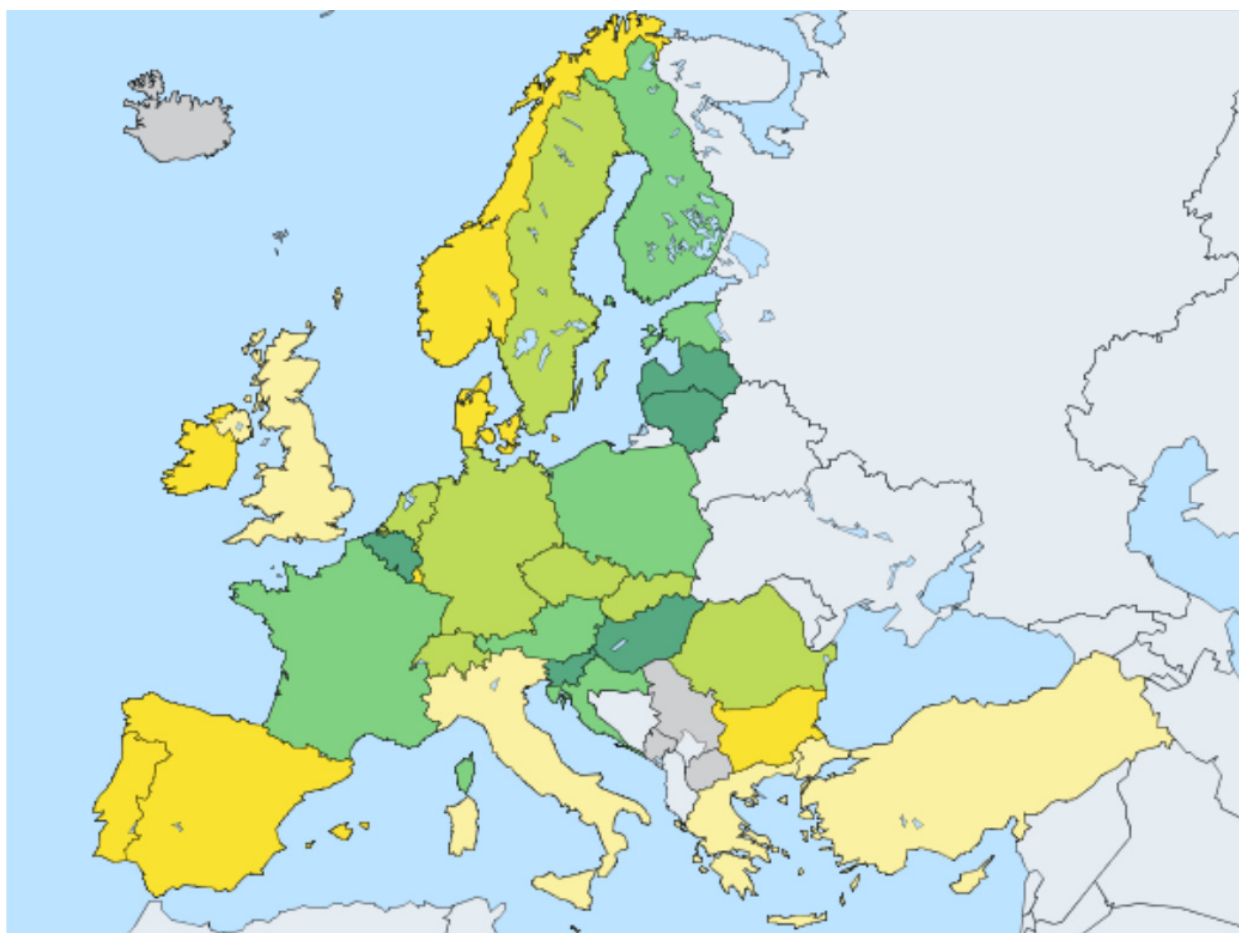
Kształtowanie się wskaźnika liczby zgonów z powodu samobójstw przypadających na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych krajach Unii Europejskiej (dane według Eurostatu). W przypadku Polski, wskaźnik ten (16,35) znacznie przekracza średnią wartość dla państw UE (11,67)

Mapa nr 1

Death due to suicide, by sex

Standardised death rate by 100 000 inhabitants – 2013

Total Total



Legend

2.73 – 7.48

7.48 – 11.28

11.28 – 15.18

15.18 – 16.96

16.96 – 36.12

Not available

Minimum value: 2.73 Maximum value: 36.12

## Wykaz zadań NPOZP do realizacji przez ministra właściwego do spraw zdrowia

**Cel główny 1:****promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym****Cel szczegółowy:****1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu****Zadania:**

- 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
- 1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych)  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
- 1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych)  
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

**Cel szczegółowy:****1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym****Zadania:**

- 1.2.1. opracowanie programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.2.2. realizacja programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok
- 1.2.3. opracowanie programu zapobiegania samobójstwom  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.2.4. realizacja programu zapobiegania samobójstwom  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: zmiana rocznych wskaźników samobójstw dokonanych i prób samobójczych/100 tys. ludności – z uwzględnieniem płci, wieku, województwa, odsetek populacji objętej programem/rok
- 1.2.5. opracowanie programu zapobiegania depresji  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

- 1.2.6. realizacja programu zapobiegania depresji  
 termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
 wskaźnik monitorujący: zmiana rocznych wskaźników/100 tys. ludności: zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych zarejestrowanych w leczeniu ambulatoryjnym i stacjonarnym – z uwzględnieniem płci, wieku, województwa, odsetek populacji objętej programem/rok
- 1.2.7. opracowanie programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych: u dzieci i młodzieży, w populacji osób dorosłych, w populacji osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek środowiskowych  
 termin realizacji: do 06.2011  
 wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
- 1.2.8. realizacja programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych: u dzieci i młodzieży, w populacji osób dorosłych, w populacji osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek środowiskowych  
 termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
 wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

**Cel szczegółowy:**

**1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi**

**Zadania:**

- 1.3.1. inicjowanie projektów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi  
 termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
 wskaźnik monitorujący: liczba projektów/rok
- 1.3.2. przygotowanie i wdrożenie projektu monitorowania przestrzegania praw osobowych i obywatelskich osób z problemami zdrowia psychicznego, w tym pacjentów placówek psychiatrycznych  
 termin realizacji: od 06.2011  
 wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument, okresowe oceny przestrzegania praw
- 1.3.3. przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia  
 termin realizacji: do 12.2011  
 wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian
- 1.3.4. wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian w celu przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia  
 termin realizacji: do 12.2012  
 wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych uzupełnień i zmian



**Cel główny 2:**

**zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym**

**Cel szczegółowy:****2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej****Zadania:**

- 2.1.1. opracowanie programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: opracowany program określający coroczną wysokość środków przeznaczanych na ten cel oraz zasady ich alokacji
- 2.1.2. realizacja programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: wysokość nakładów na program, liczba realizatorów programu
- 2.1.3. przygotowanie pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.1.4. realizacja pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników  
termin realizacji: od 07.2011 do 07.2012  
wskaźnik monitorujący: wyniki ekspertyz – ekonomicznej, organizacyjnej, zdrowotnej
- 2.1.5. monitorowanie procesu zwiększenia dostępności i zmniejszenie nierówności w dostępie do zróżnicowanych form opieki zdrowotnej – zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011

- wskaźnik monitorujący: roczne wskaźniki na 10 tys. ludności dostępności: liczba łóżek i miejsca w oddziałach dziennych; liczba zespołów leczenia środowiskowego i osób objętych ich opieką; liczba innego typu placówek opieki środowiskowej – w skali kraju i poszczególnych województw
- 2.1.6. opracowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowane projekty rozporządzeń
- 2.1.7. ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zawodów, program szkolenia
- 2.1.8. wdrożenie szkolenia kadr o zróżnicowanych kompetencjach, niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej – na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym z uwzględnieniem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia  
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek kadr objętych szkoleniem/rok
- 2.1.9. określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zadań
- 2.1.10. wprowadzenie do szkolenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej  
termin realizacji: do 06.2012  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zmian w programach

**Cel szczegółowy:****2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy****Zadania:**

- 2.4.1. stworzenie struktury koordynującej realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
- opracowania i publikowania rozwiązań modelowych i standardów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz materiałów szkoleniowych,
  - monitorowania i aktualizowania celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
  - opracowania i wdrażania centralnych programów wspierania realizacji Programu,
  - analiza rocznych sprawozdań podmiotów realizujących Program i przygotowanie łącznego sprawozdania z realizacji Programu
- termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument powołujący

- 2.4.2. opracowanie koncepcji centralnej placówki prowadzącej działalność badawczą i aplikacyjną w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (promocja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja)  
termin realizacji: do 12.2014  
wskaźnik monitorujący: przygotowany akt powołania, statut

**Cel główny 3:****rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego****Cel szczegółowy:****3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych****Zadania:**

- 3.1.1. wspieranie i prowadzenie badań naukowych dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach  
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012  
wskaźnik monitorujący: liczba realizowanych projektów/rok
- 3.1.2. opracowanie programu okresowych, reprezentatywnych badań stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument
- 3.1.3. realizacja programu okresowych badań stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej  
termin realizacji: realizacja okresowa od 01.2012 (nie rzadziej niż co 5 lat)  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

**Cel szczegółowy:****3.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej****Zadania:**

- 3.3.1. opracowanie i wdrożenie zintegrowanego systemu elektronicznego zbierania danych z placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej  
termin realizacji: do 12.2012  
wskaźnik monitorujący: uruchomienie systemu

**Cel szczegółowy:****3.4. ocena skuteczności realizacji Programu****Zadania:**

- 3.4.1. wdrożenie programu badawczego oceniającego skuteczność realizacji Programu  
termin realizacji: od 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany raport i stopień poprawy wskaźników zdrowotnych

## Wykaz zadań NPOZP do realizacji przez ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania

### **Cel główny 1:**

**promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym**

### **Cel szczegółowy:**

**1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

#### **Zadania:**

- 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
- 1.1.2. opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego  
termin realizacji: wdrażanie od 09.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy; odsetek populacji objętej programem/rok

### **Cel szczegółowy:**

**1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym**

#### **Zadania:**

- 1.2.1. opracowanie programu zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży  
termin realizacji: do 08.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.2.2. realizacja programu zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży  
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok; częstość samobójstw i prób samobójczych
- 1.2.3. opracowanie programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży  
termin realizacji: do 08.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.2.4. realizacja programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży  
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok

### **Cel szczegółowy:**

**1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi**

#### **Zadania:**

- 1.3.1. organizowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: od 09.2011  
wskaźnik monitorujący: środowiska objęte kampaniami; ocena odbioru społecznego

**Cel szczegółowy:****1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego****Zadania:**

- 1.4.1. opracowanie programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty  
termin realizacji: do 08.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.4.2. realizacja programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty  
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok

## Wykaz zadań NPOZP do realizacji przez Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, minister właściwy do spraw pracy

### **Cel główny 1:**

**promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym**

### **Cel szczegółowy:**

**1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

### **Zadania:**

- 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
- 1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy – np. mobbing)  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
- 1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy – np. mobbing)  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

### **Cel szczegółowy:**

**1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi**

### **Zadania:**

- 1.3.1. przegląd obowiązujących regulacji prawnych pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu w środowisku pracy  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian
- 1.3.2. wprowadzenie do obowiązujących regulacji prawnych zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu w środowisku pracy  
termin realizacji: do 12.2014  
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian

**Cel główny 2:**

**zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym**

**Cel szczegółowy:****2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego****Zadania:**

- 2.2.1. przegląd regulacji prawnych dotyczących pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi pod kątem ułatwienia współpracy ze środowiskowo zorientowaną psychiatryczną opieką zdrowotną  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany tekst ekspertyzy
- 2.2.2. przygotowanie programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.2.3. monitorowanie realizacji programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej  
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012  
wskaźnik monitorujący: liczba osób korzystających z różnych form pomocy w skali kraju i poszczególnych województw/rok

**Cel szczegółowy:****2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi****Zadania:**

- 2.3.1. przegląd regulacji prawnych i wprowadzenie rozwiązań koniecznych do rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian
- 2.3.2. zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych poszczególnymi formami działalności/rok
- 2.3.3. prowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba kampanii/rok

## Wykaz zadań NPOZP do realizacji przez Ministra Sprawiedliwości

**Cel główny 1:****promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym****Cel szczegółowy:****1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu****Zadania:**

- 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
- 1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej)  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowane dokumenty
- 1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej)  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

**Cel szczegółowy:****1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym****Zadania:**

- 1.2.1. opracowanie programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument
- 1.2.2. realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźniki monitorujące: zmiana rocznych wskaźników zarejestrowanych zaburzeń depresyjnych, samobójstw dokonanych i prób samobójczych w populacji osadzonych oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, odsetek populacji objętej programem/rok
- 1.2.3. opracowanie programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument



- 1.2.4. realizacja programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

**Cel szczegółowy:**

**1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi**

**Zadania:**

- 1.3.1. przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian
- 1.3.2. wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu  
termin realizacji: do 12.2013  
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian
- 1.3.3. opracowanie programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.3.4. realizacja programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu  
termin realizacji: od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

**Cel szczegółowy:**

**1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego**

**Zadania:**

- 1.4.1. opracowanie programu pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.4.2. szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek przeszkolonego personelu
- 1.4.3. realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych programem/rok
- 1.4.4. opracowanie programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

- 1.4.5. realizacja programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

**Cel główny 2:**

**zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym**

**Cel szczegółowy:**

**2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej**

**Zadania:**

- 2.1.1. zapewnienie osobom przebywającym w instytucjach wymiaru sprawiedliwości pełnego dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych  
termin realizacji: do 12.2012  
wskaźnik monitorujący: odsetek ośrodków z pełnym dostępem do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego; liczba psychiatrów/psychologów pracujących na rzecz ośrodka

**Cel główny 3:**

**rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego**

**Cel szczegółowy:**

**3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych**

**Zadania:**

- 3.1.1. przeprowadzenie badań populacji osób przebywających w zakładach karnych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu  
termin realizacji: do 12.2012  
wskaźnik monitorujący: przygotowany raport

## Wykaz zadań NPOZP do realizacji przez samorzady województw

### **Cel główny 1:**

#### **promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym**

##### **Cel szczegółowy:**

- 1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

##### **Zadania:**

- 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze województwa  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
- 1.1.2. opracowanie regionalnych programów promocji zdrowia  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
- 1.1.3. realizacja regionalnych programów promocji zdrowia  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

##### **Cel szczegółowy:**

- 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi**

##### **Zadania:**

- 1.3.1. opracowanie programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
- 1.3.2. realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

##### **Cel szczegółowy:**

- 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego**

##### **Zadania:**

- 1.4.1. prowadzenie działań (np. kampanie informacyjne, publikacja przewodników) informujących o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba projektów/rok

### **Cel główny 2:**

#### **zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym**

##### **Cel szczegółowy:**

- 2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej**

**Zadania:**

- 2.1.1. opracowanie (z uwzględnieniem programów powiatowych) wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem:
- leczenia ambulatoryjnego,
  - leczenia w zespołach środowiskowych,
  - leczenia w oddziałach dziennych,
  - leczenia w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,
- dla dzieci, młodzieży i dorosłych – zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w programie
- 2.1.3. uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie, z uwzględnieniem ich podległości organizacyjnej (organ założycielski)  
termin realizacji: do 12.2013  
wskaźnik monitorujący: odsetek powiatów w uzgodnionej sieci centrów zdrowia psychicznego
- 2.1.4. opracowanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: opracowany dokument
- 2.1.5. wdrażanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych  
termin realizacji: do 12.2015  
wskaźnik monitorujący: odsetek przekształconych jednostek

**Cel szczegółowy:****2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego****Zadania:**

- 2.2.1. opracowanie wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program

- 2.2.2. realizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba osób korzystających z poszczególnych form pomocy w województwie i poszczególnych powiatach/rok
- 2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok, wysokość środków przekazanych organizacjom pozarządowym/rok
- 2.2.4. współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba projektów wymagających działania ciągłego/rok

**Cel szczegółowy:****2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi****Zadania:**

- 2.3.1. opracowanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.3.2. realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektem/rok
- 2.3.3. zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych różnymi formami działalności
- 2.3.4. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba projektów i pracodawców objętych oddziaływaniem/rok

**Cel szczegółowy:****2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy****Zadania:**

- 2.4.1. powołanie wojewódzkiego zespołu koordynującego realizację Programu z zadaniami:
- opracowania regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniającego programy powiatowe oraz potrzeby ludności województwa w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej,
  - realizacji, koordynowania i monitorowania Programu
- Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu województwa, wojewody, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych, oddziału wojewódzkiego NFZ. Zarząd województwa zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną
- termin realizacji: do 06.2011
- wskaźnik monitorujący: dokument powołujący
- 2.4.2. opracowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniającego w szczególności harmonogram realizacji działań: 1.1.3, 1.3.2, 1.4.1, 2.1.2, 2.1.5, 2.2.2, 2.3.2, 2.3.3 i 2.3.4
- termin realizacji: do 12.2011
- wskaźnik monitorujący: dokument programu
- 2.4.3. realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
- termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
- wskaźnik monitorujący: roczne sprawozdanie
- 2.4.4. przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- termin realizacji: realizacja ciągła od 12.2011
- wskaźnik monitorujący: publikacja

## Wykaz zadań NPOZP do realizacji przez samorzady powiatów i gmin

### **Cel główny 1:**

#### **promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym**

#### **Cel szczegółowy:**

##### **1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

#### **Zadania:**

- 1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
- 1.1.2. opracowanie lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźniki monitorujące: przygotowane programy
- 1.1.3. realizacja lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

#### **Cel szczegółowy:**

##### **1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym**

#### **Zadania:**

- 1.2.1. opracowanie programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 1.2.2. realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

#### **Cel szczegółowy:**

##### **1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi**

#### **Zadania:**

- 1.3.1. przygotowanie lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźniki monitorujące: przygotowane programy
- 1.3.2. realizacja lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

**Cel szczegółowy:****1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego****Zadania:**

- 1.4.1. tworzenie lokalnych ośrodków pomocy kryzysowej oferujących poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającego zdrowiu psychicznemu  
termin realizacji: do 12.2013  
wskaźnik monitorujący: liczba utworzonych ośrodków

**Cel główny 2:**

**zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym**

**Cel szczegółowy:****2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej****Zadania:**

- 2.1.1. opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego:  
– leczenia ambulatoryjnego  
– leczenia w zespołach środowiskowych,  
– leczenia w oddziałach dziennych,  
– leczenia w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,  
dla dzieci, młodzieży i dorosłych – zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia,  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w programie/rok
- 2.1.3. integrowanie działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie lokalnego centrum zdrowia psychicznego, zapewniającego mieszkańcom powiatu lub gminy kompleksową, środowiskową (stacjonarną i niestacjonarną) opiekę w zakresie zdrowia psychicznego – modelowe zasady organizacji i funkcjonowania centrum zawiera załącznik B do niniejszego harmonogramu  
termin realizacji: do 12.2013  
wskaźnik monitorujący: schemat struktury organizacyjnej działającego centrum, liczba utworzonych centrów, populacja objęta opieką centrum w odniesieniu do ogółu populacji jednostki samorządu terytorialnego



**Cel szczegółowy:****2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego****Zadania:**

- 2.2.1. opracowanie lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej  
termin realizacji: do 12.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.2.2. realizacja lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012  
wskaźnik monitorujący: wzrost liczby osób korzystających z poszczególnych form pomocy i oparcia społecznego/rok
- 2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok
- 2.2.4. zapewnienie ciągłości wsparcia finansowego projektom pozarządowym realizującym takie formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba projektów wymagających działania ciągłego
- 2.2.5. zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: % udziału wydatków na pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w ogólnych wydatkach PCPR

**Cel szczegółowy:****2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi****Zadania:**

- 2.3.1. opracowanie lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.3.2. realizacja lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektem
- 2.3.3. zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych różnymi formami działalności/rok

- 2.3.4. przygotowanie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: program kampanii
- 2.3.5. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której adresowana jest kampania, objętej programem/rok
- 2.3.6. zwiększenie udziału zagadnień zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: liczba osób z zaburzeniami psychicznymi podejmujących zatrudnienie na skutek działań PUP/rok

**Cel szczegółowy:****2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy****Zadania:**

- 2.4.1. powołanie lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu z zadaniami:  
– opracowania regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, potrzeby ludności powiatu lub gminy w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej,  
– realizacji, koordynowania i monitorowania Programu.  
Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych. Zarząd powiatu zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: dokument powołujący
- 2.4.2. opracowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy harmonogram, uwzględniającego w szczególności harmonogram realizacji działań: 1.1.3, 1.2.2, 1.3.2, 1.4.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.2.2, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5 i 2.3.6  
termin realizacji: do 06.2011  
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
- 2.4.3. realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego  
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011  
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok
- 2.4.4. przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011  
wskaźnik monitorujący: publikacja

## Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
8. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
9. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
10. Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Senacka Komisja Zdrowia
12. Minister Rozwoju i Finansów
13. Minister Zdrowia
14. Minister Edukacji Narodowej
15. Minister Obrony Narodowej
16. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
17. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
18. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
19. Minister Sprawiedliwości
20. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
21. Urzędy Marszałkowskie (wszystkie)
22. Rzecznik Praw Pacjenta