



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Mieczysław Łuczak

KZD.410.003.01.2016
P/16/055

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/055 – Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia
Kontroler	Andrzej Szpigielski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/4/2016 z dnia 23 maja 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	W badanym okresie Ministrem Zdrowia był/a: Ewa Kopacz, od 16 listopada 2007 r. do 7 listopada 2011 r. Donald Tusk, Prezes Rady Ministrów, w zastępstwie Ministra Zdrowia, od 8 do 17 listopada 2011 r. Bartosz Arłukowicz, od 18 listopada 2011 r. do 16 czerwca 2015 r. Marian Zembala, od 16 czerwca 2015 r. do 16 listopada 2015 r. Konstanty Radziwiłł – od 16 listopada 2015 r., nadal. (dowód: akta kontroli str. 1092-1095)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie¹ realizację przez Ministra Zdrowia zadań przewidzianych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego².

Uzasadnienie oceny ogólnej

Negatywną ocenę uzasadnia niewykonanie przez Ministra Zdrowia 29 zadań (na ogółem 32) określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), w szczególności niezrealizowanie pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, nieopracowanie stosownych standardów postępowania i procedur medycznych, a także niepodjęcie szkolenia kadr niezbędnych do realizacji tego modelu.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na nienależyte kierowanie i koordynowanie działań NPOZP przez Ministra Zdrowia, a także nierzetelne informowanie Stałego Komitetu Rady Ministrów o realizacji zadań Programu.

Zaniechanie przez Ministra Zdrowia realizacji obligatoryjnych zadań określonych w NPOZP utrudniało tworzenie systemu wszechstronnego, środowiskowego wsparcia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i ich bliskich oraz poprawę jakości ich życia.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Zwanego w dalszej treści „rozporządzeniem w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego” (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128 – wygasło z dniem 31 grudnia 2015 r.).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja celów cząstkowych przypisanych podmiotom w ramach NPOZP

Opis stanu
faktycznego

Rada Ministrów, ustanawiając NPOZP, określiła strategię działań, mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2011-2015. W NPOZP ustalono m.in. cele i zadania wraz z terminami ich realizacji, wskaźniki monitorujące oraz zalecane nakłady. Do podmiotów realizujących NPOZP włączono ministrów właściwych ze względu na cele Programu, a w szczególności Ministra Sprawiedliwości, Ministra Obrony Narodowej oraz ministrów właściwych do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wszystkie szczeble samorządu terytorialnego.

Ministrowi Zdrowia powierzono kierowanie realizacją Programu i koordynację wykonywania zadań, o których mowa w § 3 ust. 2 rozporządzenia oraz przedkładanie Radzie Ministrów informacji o realizacji działań wynikających z NPOZP w roku poprzednim, w terminie do 30 września każdego roku³. 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 Zdrowia⁴.

Założono, iż realizacja NPOZP będzie wspierać zmianę systemu leczenia, z azylowego, gdzie pacjenci przebywają w odosobnionych dużych placówkach z utrudnionym kontaktem z rodzinami, na model środowiskowy. Przewidziano utworzenie sieci centrów opieki psychiatrycznej rozlokowanych na terenie całego kraju. Przyjęto, że Minister Zdrowia przygotuje pilotażowy program wdrożenia modelu środowiskowego w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników (zadanie 2.1.3), a NFZ opracuje system finansowania tych świadczeń.

Ministrowi Zdrowia przypisano 32 zadania, spośród których zrealizował trzy.

Ustalono priorytety promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (zadanie 1.1.1), zainicjowano projekty informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (1.3.1), a także dokonano przeglądu obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia (1.3.3).

(dowód: akta kontroli str. 586-641, 1059-1065)

Ustalone
nieprawidłowości

Minister Zdrowia w latach 2011-2015 nie zrealizował 29 zadań, spośród 32 określonych w harmonogramie NPOZP, w tym:

a) w ramach promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (cel główny 1) nie zrealizowano 12 zadań na przewidzianych ogółem 15;

b) w ramach zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie obowiązującej dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym (cel główny 2) nie zrealizowano żadnego z 12 przewidzianych zadań;

c) w ramach rozwoju badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (cel główny 3) nie zrealizowano żadnego z 5 przewidzianych zadań.

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

³ Art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 546 ze zm.).

⁴ Zgodnie z art. 4a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

brakiem realizacji w latach 2011-2012 większości zaplanowanych działań, a także znacznym opóźnieniem przekazywania Sejmowi informacji na temat realizacji Programu. Szczególne zaniepokojenie posłów wzbudziło zwłaszcza niepodjęcie 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 Zdrowia⁵ poinformował m.in., że w ramach prac nad organizacją i funkcjonowaniem 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.

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

(dowód: akta kontroli str. 434-439, 1829-1832)

Nieustalenie zasad tworzenia i finansowania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej, spowodowało, że działania jednostek samorządu terytorialnego (jst) w tym zakresie nie otrzymały stosownego wsparcia. Ministerstwo Zdrowia w „Informacji o realizacji działań wynikających z NPOZP w 2013 r.” podało m.in. że w siedmiu województwach⁶ podejmowano działania na rzecz uzgodnienia umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego (CZP), a w dwóch podjęto decyzję o utworzeniu CZP (kujawsko-pomorskie i wielkopolskie). Ponadto w siedmiu powiatach podjęto działania na rzecz zintegrowania działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie lokalnego CZP zapewniającego mieszkańcom kompleksową, środowiskową opiekę. 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.

(dowód: akta kontroli str.288-289, 409, 1777-1778)

Realizacja zadań NPOZP, w latach 2011-2015, należała do Departamentu Zdrowia Publicznego (DZP), 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 z dnia 19 sierpnia 1994 r. 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.

(dowód: akta kontroli str. 687-928, 1050-1065)

Z-ca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego 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 wąskiego horyzontu czasowego harmonogramu Programu w stosunku do szerokiego zakresu zadań wskazanych ww. rozporządzeniem. Odnosząc się do zadań ujętych w „Celu głównym 1”, wskazał, iż wiele działań, kampanii, czy badań wynikających z Programu nie mogło być realizowanych, gdyż w momencie jego uchwalania nie udało się uzyskać gwarancji finansowania, a w samym Programie rozpisano jedynie zalecane środki finansowe. W przedmiocie zadań wskazanych w „Celu głównym 2” podkreślił, że ich realizacja nie była możliwa z uwagi na fakt, iż w przeważającej części program musiałby dotyczyć inwestycji, 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

⁵ Igor Radziejewicz- Winnicki – Podsekretarz Stanu z upoważnienia Ministra Zdrowia.

⁶ Kujawsko-pomorskie, lubelskie, łódzkie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie.

ze środków publicznych⁷. 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 znajdują 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. Zadania wskazane w „Celu głównym 3” nie zostały zrealizowane, należy jednak zauważyć, iż w 2014 r. statystyka publiczna była gromadzona w dotychczasowy sposób w ramach umowy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

Ponadto z-ca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego 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 wpływały na przesunięcie w czasie w przedmiocie 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”.

(dowód: akta kontroli str. 498-502, 1096-1106, 1294-1300, 1873-1874)

W ocenie NIK szczególnie istotne było niezrealizowanie celu szczegółowego 2.1, tj. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w latach 2011-2015 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 publicznym⁸, do którego należało opracowanie, uzgodnienie i wniesienie pod obrady Rady Ministrów projektu ustawy o zdrowiu publicznym. Pełnomocnik⁹ 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 NPOPZP 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.

Projekt ustawy wpłynął do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 15 lipca 2015 r. (druk nr 3675). Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹⁰ m.in. wprowadziła zmianę (art. 20) w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego polegającą na wprowadzeniu art. 5a w brzmieniu „Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej”, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 440-470)

⁷ Dz.U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.

⁸ 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).

⁹ Beata Małecka-Libera, z upoważnienia Ministra Zdrowia. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym.

¹⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 1916.

W celu uregulowania zasad realizacji oraz wdrożenia pilotażu psychiatrycznej opieki środowiskowej Minister Zdrowia, zarządzeniem¹¹ 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.).

Zastępca dyrektora DZP wyjaśnił¹² 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. Ministerstwo Zdrowia, w sierpniu 2016 r., nie dysponowało 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.

(dowód: akta kontroli str. 1295-1299, 1869, 1875-1876)

NIK zwraca uwagę, że niedobór pracowników w opiece psychiatrycznej może być barierą w tworzeniu i funkcjonowaniu CZP, o czym świadczą zalecane minimalne docelowe wskaźniki zatrudnienia¹³ 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).

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Planowanie i wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na NPOZP

Opis stanu faktycznego

Zalecane nakłady na realizację NPOZP, w latach 2011-2015, ustalono w kwocie ogółem¹⁴ 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 Ministerstwo Zdrowia nie przygotowało rozwiązań w zakresie funkcjonowania CZP oraz zasad ich finansowania.

Zalecane nakłady budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na realizację NPOZP 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. (dowód: akta kontroli str. 451-465, 1063-1064, 1816-1821, 1832, 1927-1945)

¹¹ Dz. Urz. MZ z 2016 r., poz. 46.

¹² Pismem z dnia 5 sierpnia 2016 r.

¹³ Zgodnie z projektem NPOZP na lata 2015-2020 z dnia 30 maja 2016 r.

¹⁴ 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.

Według Ministerstwa 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
Razem	2.040.108	2.245.291	2.314.691	2.400.707	2.409.106	11.409.973
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 podaje danych dotyczących faktycznie poniesionych nakładów; przekazane sprawozdania przez realizatorów uniemożliwiały właściwe przyporządkowanie faktycznie 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 faktycznie poniesionych środków przeznaczonych 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.

(dowód: akta kontroli str. 265, 315, 424, 1816-1832, 1880)

Ustalone
nieprawidłowości

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 zdrowotnych¹⁵ 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 (niżej od zalecanej 40.000 tys. zł), co nie zostało uwzględnione.

NIK podziela pogląd Ministra Finansów, że dysponenti otrzymują ogólną kwotę limitu, co do zasady, bez podziału na poszczególne zadania, a do Ministra Zdrowia należało i należy ustalenie priorytetów oraz wydzielenie, w ramach ogólnego limitu, kwoty wydatków na poszczególne zadania, m.in. NPOZP i zabezpieczenia na jego wykonanie odpowiednich środków w ramach posiadanego budżetu.

(dowód: akta kontroli str. 929-1049, 1180-1183)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Wybór realizatorów poszczególnych zadań w ramach NPOZP

Opis stanu
faktycznego

Ze środków przeznaczonych w budżecie Ministra Zdrowia na zadania merytoryczne Departamentu Zdrowia Publicznego, w latach 2011-2015, na wykonanie zadań lub ocenę NPOZP wydatkowano ogółem 249,0 tys. zł., z tytułu 14 zawartych umów. Kontrolą objęto

¹⁵ Dz.U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126.

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 14.000 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 30.000 euro.

(dowód: akta kontroli str. 1154-1160, 1593-1654, 1790-1815, 1955-1965)

Ustalone
nieprawidłowości

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 ww. realizatorem, z uwagi na fakt, że realizator ten wykonał już badanie w roku 2011 i że zawarcie umowy jest już opóźnione. Notatkę zaakceptował podsekretarz stanu.

W ocenie NIK zamawiający był zobowiązany do przestrzegania wewnętrznych zasad określonych przez Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 1601-1627, 1790-1815, 1955-1956)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność w badanym obszarze.

4. Monitorowanie osiągniętych rezultatów NPOZP.

Ustalone
nieprawidłowości

1. 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 17 października 2013 r.¹⁶, tj. po upływie blisko dwóch lat.

Zadaniem Rady, jako działającego przy Ministrze organu koordynacyjno-doradczego w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego¹⁷, 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; inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach, o których mowa w art. 2 ust. 1¹⁸; a także opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

Rada nie wykonywała większości tych zadań. W latach 2011-2015 odbyły się tylko cztery posiedzenia tego gremium, mimo że w zarządzeniu z 17 października 2013 r. ustalono m.in., że Rada obraduje na posiedzeniach, które odbywają się nie rzadziej niż raz na pół roku. Drugie posiedzenie Rady, odbyło się dopiero 9 grudnia 2014 r., po upływie 14 miesięcy od pierwszego posiedzenia i prawie rok przed zakończeniem programu w dniu 31

¹⁶ Dz. Urz. MZ z 2013 r. poz. 41.

¹⁷ Powołany na podstawie art. 4a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

¹⁸ 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.

grudnia 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, 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 sprecyzuje 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 i to był zasadniczy powód niepowodzeń wdrażania NPOZP.

(dowód: akta kontroli str. 473-497, 1573-1576)

2. 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 modeli opieki psychiatrycznej, informowały natomiast o wartości zawartych umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień sfinansowanych przez NFZ, co nie było przewidziane w Programie¹⁹.

W uwagach do „Informacji z wykonania NPOZP w 2014 r.”, przekazanych Departamentowi Zdrowia Publicznego w dniu 24 września 2015 r. – prof. dr Marek Jarema, Przewodniczący Rady do spraw Zdrowia Psychicznego poinformował m.in., że ujęcie ww. nakładów jest: „...nieporozumieniem, gdyż świadczenia te muszą być wykonywane jako gwarantowane i nie mają żadnego związku z realizacją NPOZP” oraz, że wnioski dotyczące CZP, aby stworzyć produkt celem odrębnego kontraktowania świadczeń finansowanych przez Centra nie zostały wykonane od 3 lat. Ponadto stwierdził, że: „...nakłady na psychiatryczną opiekę wzrosły, ale wartości wyjściowe były rażąco niskie, więc nadal świadczenia psychiatryczne są niedoinwestowane”. Podobne stanowisko przedstawił Ministrowi Zdrowia prof. dr hab. Andrzej Rajewski – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego²⁰.

Ponadto, w ocenie NIK, informacje o realizacji innych zadań w latach 2012- 2014 nie odnosiły się do wartości wskaźników monitorujących, co uniemożliwia ich rzetelną ocenę.

(dowód: akta kontroli str. 473-497, 1300-1328, 1553-1554, 1577-1586, 1984-1988)

3. Informacje o realizacji działań wynikających z NPOZP Ministerstwo Zdrowia przekazywało Radzie Ministrów w latach 2011-2015, w większości przypadków,

¹⁹ W tabeli III zalecanych nakładów NPOZP stanowiącej zał. do rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP.

²⁰ Pismo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego do Beaty Małeckiej – Libery, Sekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia z dnia 21 września 2015 r. (ZP-P 61. 3. 2015).

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 października²¹.

4. 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.).

(dowód: akta kontroli str. 6, 233, 268, 322, 1830-1831)

5. Ministerstwo Zdrowia, nie przygotowało, do końca 2015 r., nowej edycji NPOZP na lata 2016-2020, pomimo powołania Zespołu do spraw opracowania projektu w dniu 15 października 2015 r.²² Zespół przedstawił w dniu 15 grudnia 2015 r. sprawozdanie, zawierające postulowane zapisy do nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. oraz projekt rozporządzenia w sprawie NPOZP na lata 2016-2020 z dnia 15 grudnia 2015 r. Zespół stwierdził, że niezbędne postulaty dla proponowanych zmian zapisów do nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego decydujące o powodzeniu NPOZP obejmują 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.

(dowód: akta kontroli str. 1184-1230, 1232-1233, 1298-1299, 1946-1947)

W dniu 25 maja 2016 r. Kolegium MZ przyjęło projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 będący aktem wykonawczym do art. 9 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. zdrowiu publicznym i ustaliło przekazanie go do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów, co nastąpiło 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 ministerstwami 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.

(dowód: akta kontroli str. 1881-1885, 1876-1878, 1947)

²¹ Na podstawie art. 2 ust. 7 i 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

²² Dz. Urz. MZ z 2015 r. poz. 62.

6. Ministerstwo Zdrowia nie zrealizowało wniosku pokontrolnego sformułowanego po kontroli Nr P/11/093 Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym²³ 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.

(dowód: akta kontroli str. 563-564, 1299)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁴, w związku z przygotowaniem nowej edycji NPOZP, 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.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

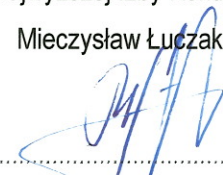
Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 19 września 2016 r.

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
Mieczysław Łuczak



.....
podpis

²³ Wystąpienie pokontrolne, tekst jednolity KPZ-4101-03-01/2011, P/11/091 z grudnia 2011 r.

²⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

