



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.019.01.2017
P/17/105

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/105 – Zapobieganie i leczenie depresji ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontroler	Paweł Lipowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/159/2017 z 1 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie, ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków (UMWM lub Urząd)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Krupa, Marszałek Województwa Małopolskiego (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² działalność Urzędu w zakresie prowadzenia działań zorientowanych na zapobieganie i leczenie depresji w Województwie Małopolskim.

W okresie objętym kontrolą Urząd realizował program polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka depresji i rozpowszechnianie postaw prozdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego. Program edukacyjny dla mieszkańców Województwa Małopolskiego *Wyprzedzić smutek*” (Program). Program ten realizowany był przez Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie, podmiot leczniczy dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Małopolskie (Szpital im. dr. J. Babińskiego). Program był ukierunkowany na zwiększenie świadomości wczesnych symptomów depresji, możliwości ich identyfikacji i podjęcia działań profilaktycznych, które miały nie doprowadzić do powstania pełnoobjawowego stanu chorobowego (zdefiniowanym czynnikiem ryzyka były wczesne symptomy depresji).

Kontrola realizacji Programu wykazała, że:

- osiągnięto zakładane cele Programu, w szczególności biorąc pod uwagę prowadzone konsultacje terapeutyczne oraz kampanię medialną o wysokiej wartości edukacyjnej;
- prawidłowo zaplanowano i wykorzystywano środki publiczne przeznaczone na realizację Programu (pochodzące w całości z budżetu Województwa Małopolskiego);
- zapewniono szeroki dostęp mieszkańców Małopolski do konsultacji terapeutycznych w ramach Programu, niwelując różnice wynikające z miejsca ich zamieszkania;
- monitorowano osiągnięte rezultaty Programu.

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM, w ramach realizacji statutowych zadań związanych z zapobieganiem i leczeniem depresji, inicjował współdziałanie z innymi podmiotami administracji publicznej oraz środowiskiem medycznym, w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych mieszkańców Małopolski (także w kontekście przyjętych dokumentów strategicznych i planistycznych).

Działania prowadzone przez UMWM w ramach realizacji Programu były poprzedzone rzetelnym rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych w zakresie zapobiegania i leczenia depresji oraz prawidłowo zaprogramowane, wdrożone i zrealizowane w ramach Programu (obejmującego w szczególności oddziaływanie profilaktyczne), w ramach obowiązków i kompetencji UMWM.

¹ Okres objęty kontrolą: lata 2015-2017 (do 30 września), z uwzględnieniem okresu wcześniejszego, jeśli prowadzone wówczas działania miały istotny znaczenie dla kontrolowanej działalności.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

Uwagę zwraca duże zainteresowanie potencjalnych uczestników Programu udzielanymi konsultacjami (beneficjentów bezpośrednich) i pełne wykorzystanie stosunkowo niewielkich środków przeznaczonych na jego realizację (od 100 do 120 tys. zł rocznie, tj. ok. 6% wszystkich środków przeznaczonych przez Samorząd Województwa Małopolskiego na programy polityki zdrowotnej), świadczące o niezaspokojonych potrzebach zdrowotnych w tym zakresie. W okresie objętym kontrolą w ramach Programu udzielono ponad 1 900 konsultacji, przy czym zgodnie z danymi epidemiologicznymi zawartymi w opisie Programu (z 2012 r.) liczba osób chorujących na różne formy depresji w Małopolsce zawierała się między 330 tys. a 660 tys. osób, a liczba osób zagrożonych rozwojem depresji mogła być dwukrotnie wyższa (liczba mieszkańców Małopolski wynosiła wówczas, tj. w 2010 r. 3 310 tys. osób).

W okresie objętym kontrolą UMWM zapewnił realizację Programu na podstawie art. 9 pkt 1 oraz art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³.

Korzystnym rozwiązaniem, zdaniem NIK, było przeprowadzenie przez UMWM w 2015 r., konkursu ofert na realizację Programu na dwa kolejne lata, co umożliwiło efektywniejsze jego wykonanie przez Szpital im. dr. J. Babińskiego. Mając na uwadze wskaźniki epidemiologiczne, świadczące o pogarszającej się kondycji psychicznej mieszkańców Małopolski oraz nasileniu objawów depresyjnych w okresie jesienno-zimowym, przyjęcie perspektywy wieloletniej realizacji tego typu programów sprzyja długotrwałemu oddziaływaniu w zakresie prewencji depresji, jak również dokonywaniu ich pełniejszej ewaluacji.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Rozwiązania dotyczące zapobiegania i leczenia depresji

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą, na podstawie § 20 Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego⁴, zadania w zakresie ochrony zdrowia były przypisane Departamentowi Zdrowia i Polityki Społecznej (DZiPS; *Departament*). Zgodnie z tym Regulaminem, DZiPS miał m.in.:

- przygotowywać i realizować założenia regionalnej polityki zdrowotnej, opracowywać wieloletnie programy zdrowotne;
- opracowywać projekty, monitorować rezultaty, sporządzać sprawozdania z realizacji oraz aktualizować wojewódzkie programy zdrowotne i plany;
- realizować zadania Marszałka Województwa z zakresu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (m.in. poprzez rozeznawanie potrzeb w zakresie opieki psychiatrycznej oraz organizowanie i wykonywanie czynności związanych z wdrażaniem Programu).

Zadania Departamentu w tym zakresie realizowała jego komórka organizacyjna – Zespół ds. polityki zdrowotnej i społecznej. Obowiązki, odpowiedzialność i upoważnienia poszczególnych pracowników Zespołu były określone w ich zakresach czynności. Sposób przypisania ww. zadań eliminował możliwość występowania sporów kompetencyjnych pomiędzy komórkami organizacyjnymi UMWM, jak i poszczególnymi pracownikami Departamentu.

(dowód: akta kontroli str. 4-45, 46-69, 84-111, 114-129, 133-147, 148-178)

W okresie objętym kontrolą nie odnotowano w Urzędzie skarg lub wniosków w zakresie dotyczącym profilaktyki bądź chorób psychicznych.

(dowód: akta kontroli str. 379)

Realizacja zadań w przedmiocie chorób psychicznych, w tym z zakresu zapobiegania i leczenia depresji oraz realizacja programów polityki zdrowotnej dotycząca tych zagadnień, nie była przedmiotem kontroli zewnętrznych w UMWM.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938); dalej: *ustawa o świadczeniach zdrowotnych*.

⁴ Wprowadzonego uchwałą Nr 450/13 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 16 kwietnia 2013 r.

W ramach obszaru zdrowia psychicznego Departament Audytu i Kontroli UMWM przeprowadził dziewięć kontroli, w tym w styczniu 2016 r. kontrolę wykorzystania dotacji na realizację Programu. Po tej kontroli nie wydano zaleceń/wniosków pokontrolnych. W okresie objętym kontrolą ww. Departament nie prowadził audytu w przedmiotowym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 179-184, 380, 536-545)

Zagadnienia związane z zapobieganiem i leczeniem chorób psychicznych, w tym depresji, a także przygotowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej z tego zakresu, były przedmiotem zainteresowania radnych. Komisja Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Małopolskiego dwukrotnie (22 kwietnia 2015 r. i 20 kwietnia 2016 r.) była informowana o realizacji Programu. Przebieg Programu był dyskutowany podczas posiedzeń tej Komisji. Sprawozdanie z realizacji w 2015 r. Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2016 (*MPOZP na lata 2011-2016*) było przedmiotem dyskusji na XXX Sesji Sejmiku Województwa Małopolskiego w dniu 21 listopada 2016 r. (poprzedzającej jego przyjęcie). Sprawozdanie z realizacji MPOZP w latach 2011-2016 Sejmik Województwa Małopolskiego przyjął w dniu 23 października 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 494-535, 895-896, 1277-1384)

W okresie objętym kontrolą regionalny model opieki psychiatrycznej w Małopolsce, potrzeby zdrowotne oraz kierunki rozwoju, w tym w zakresie zapobiegania i leczenia depresji, określały opracowane w Departamencie: Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2016⁵ oraz Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (*PSOZ*)⁶.

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa małopolskiego (ocena potrzeb zdrowotnych) na okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r.⁷, wskazywały na niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, kompleksowej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb. Dotyczyło to m.in. rozproszonego, nierównomiernie rozmieszczonego na obszarze województwa i niedostatecznego w stosunku do potrzeb dostępu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego. Na tej podstawie przyjęto „priorytet 6”, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb⁸.

Uzasadnienie MPOZP wskazywało m.in., że był on odpowiedzią na Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (*NPOZP*) i wzrastające zapotrzebowanie związane z zapobieganiem i leczeniem zaburzeń psychicznych⁹.

MPOZP zawierał m.in. diagnozę epidemiologiczno-społeczną w kontekście opieki psychiatrycznej (np. wskazując liczbę pacjentów leczonych z powodu depresji), określał zasoby opieki psychiatrycznej, założenia rozwoju opieki psychiatrycznej w oparciu o zapotrzebowanie na leczenie psychiatryczne oraz cele i sposób ich realizacji (w tym proponowane wskaźniki dostępności w opiece psychiatrycznej). W Programie tym nie były wyartykułowane problemy, priorytety i działania dotyczące depresji. Z kolei PSOZ zawierał m.in. diagnozę (demograficzno-epidemiologiczną), analizę strategiczną, planowane

⁵ Przyjęty uchwałą nr 1262/11 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 25 października 2011 r. Pierwsza jego edycja pochodziła z lat 2004-2008. Uchwałą Nr 1584/16 z dnia 25 października 2016 r. Zarząd Województwa Małopolskiego przedłużył okres obowiązywania Programu na 2016 r. ze względu na nieopracowanie kolejnej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (obowiązującego w latach 2011-2015).

⁶ Przyjęty uchwałą nr 1759/16 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 29 listopada 2016 r.

⁷ Przyjęte zarządzeniem Wojewody Małopolskiego z dnia 30 czerwca 2016 r.

⁸ Dla tego priorytetu przewidziano jako preferowane sposoby realizacji: tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa małopolskiego nie odnosiła się do depresji.

⁹ Przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128 ze zm.). Rozporządzenie wygasło z dniem 31 grudnia 2015 r.

przedsięwzięcia strategiczne (ujęte w czterech priorytetach), plan finansowy oraz system jego wdrażania i monitorowania.

PSOZ zakładał realizację Programu, którego celem miała być promocja zdrowia psychicznego poprzez zwiększenie świadomości wczesnych objawów depresji oraz podjęcie działań profilaktycznych dla właściwego i świadomego reagowania na objawy ostrzegawcze. Przewidywano, że w latach 2017-2020 w Programie weźmie udział po 800 uczestników, a nakłady na jego realizację będą wynosić 120 tys. zł rocznie (w 2016 r. 600 osób i 100 tys. zł)¹⁰.

Poza ww. dokumentami DZiPS sporządzał sprawozdania z realizacji MPOZP, w których prezentowane były m.in. dane na temat zasobów opieki psychiatrycznej i sytuacji epidemiologiczno-społecznej mieszkańców Małopolski oraz opis realizacji celów MPOZP. Dyrektor Departamentu wyjaśniła, że sprawozdania te miały na celu ocenę dostępności do świadczeń w obszarze zdrowia psychicznego.

Sprawozdanie za lata 2013-2014 wskazywało liczbę osób w województwie małopolskim leczonych z rozpoznaniem depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych¹¹ w 2013 r.: 13 196 i w 2014 r.: 13 474 (w tym 59 leczonych w wieku do 18 lat w 2013 r. i 68 osób w 2014 r.) oraz leczonych po raz pierwszy: 1 434 osób w 2013 r. i 1 365 w 2014 r. (w tym 13 w wieku do 18 lat w 2013 r. i 32 osoby w 2014 r.).

W sprawozdaniu z realizacji MPOZP w 2015 r. wskazano liczbę osób leczonych w Małopolsce z rozpoznaniem ww. kategoryzowanych depresji w 2015 r.: 14 090 (w tym 98 leczonych w wieku do 18 lat) oraz leczonych po raz pierwszy 1 953 osoby (w tym 47 osób w wieku do 18 lat).

W sprawozdaniu z realizacji MPOZP w latach 2011-2016 podano liczbę osób leczonych w Małopolsce z rozpoznaniem ww. kategoryzowanych depresji w 2016 r.: 14 124 (w tym 78 leczonych w wieku do 18 lat) oraz leczonych po raz pierwszy 1 433 osoby (w tym 29 osób w wieku do 18 lat). Wskazano również m.in. na liczbę zamachów samobójczych, które zakończyły się zgonem – w 2015 r.: 436 przypadków, w 2016 r.: 443 (w 2013 r.: 479, w 2014 r.: 400 przypadków). Najczęściej zamachów samobójczych ogółem (zamachów samobójczych zakończonych zgonem oraz nie skutkujących zgonem) dokonywały osoby w wieku 19-24 lat i w 2015 r.: 25-29 lat. W przypadku zamachów samobójczych zakończonych zgonem najczęściej dokonywały ich osoby w wieku: 50-59 lat, w dalszej kolejności były to osoby w wieku 60-64 lat.

Jak wskazują powyższe dane w latach 2013-2016 liczba osób leczonych z rozpoznaniem kategoryzowanych depresji utrzymywała się na poziomie 13-14 tys. osób (rocznie), a leczonych po raz pierwszy od 1,3 do 1,9 tys. osób.

W celu przeprowadzenia analizy potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i dostępności do świadczeń DZiPS UMWM korzystał z informacji pozyskanych m.in. z Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie (MUW w Krakowie), Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ), samorządów powiatowych oraz miast na prawach powiatu, a także z formularzy sprawozdawczych „MZ-29” i „MZ-30”.

Dyrektor Departamentu wyjaśniła, że w czasie trwania kontroli NIK w trakcie opracowywania była kolejna edycja MPOZP na lata 2017-2022¹². *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 został przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r., dlatego w drugim kwartale rozpoczęły się w Departamencie prace nad opracowaniem programu regionalnego, wspólnie z Małopolską Radą Zdrowia Psychicznego oraz Zespołem Zadaniowym ds. opracowania Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Obecnie opracowanie Programu jest na końcowym etapie jego procedowania. Członkowie Rady Zdrowia Psychicznego oraz Zespołu Zadaniowego zgłosili uwagi do projektu Programu, po wprowadzeniu uwag Departament Zdrowia i Polityki*

¹⁰ PSOZ nie odnosił się do wcześniejszego okresu realizacji (finansowania) Programu; finansowanie Programu wskazane było w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Małopolskiego.

¹¹ Kody: „F31” i „F33” według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych „ICD-10”.

¹² Planowane jego przyjęcie ma nastąpić w grudniu 2017 r.

Spółecznej UMWM przedstawi jego projekt Zarządowi Województwa Małopolskiego, który przyjmie go stosowną uchwałą.

Dyrektor DZiPS podała, że DZiPS zgłosił propozycje pytań do badania kwestionariuszowego zachowań prozdrowotnych wśród Małopolan (w tym dotyczących stanu zdrowia psychicznego), realizowanego przez Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego w 2017 r.¹³

(dowód: akta kontroli str. 185-378, 381-382, 551-664, 668-787, 1251-1428, 1549-1552)

W okresie objętym kontrolą Samorząd Województwa Małopolskiego (SWM) realizował od pięciu (w 2015 r.) do sześciu (w 2017 r.) programów polityki zdrowotnej, w tym Program.

Program ten realizowany był w Szpitalu im. dr. J. Babińskiego od 2012 r. jako inicjatywa własna SWM, finansowana w całości ze środków własnych. Program został opracowany przez ówczesnego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii, a jego realizację zaplanowano do 2018 r.¹⁴

(dowód: akta kontroli str. 668-669, 670-787, 1251-1276)

Projekt Programu z 2012 r. zawierał opis problemu zdrowotnego pod względem epidemiologicznym, wskazując m.in. na liczbę osób leczonych z zaburzeniami psychicznymi (w tym po raz pierwszy) i liczbę osób objętych opieką czynną w poradniach zdrowia psychicznego. Uzasadnieniem jego realizacji były m.in. przywołane dane z badań międzynarodowych (wskazano źródła literaturowe). W Programie wskazywano również na brak działań profilaktycznych w zakresie depresji, nastawionych na długofalowe działanie i konstrukcję narzędzi profilaktycznych jako świadczeń refundowanych przez płatnika.

W okresie objętym kontrolą Program realizowany był w wersji z 2013 r. uwzględniającej dodatkowe informacje, zgodnie z uwagami Prezesa AOTMiT z 15 kwietnia 2013 r.

Zgodnie z danymi epidemiologicznymi zawartymi w opisie Programu liczba osób chorujących na różne formy depresji w Małopolsce zawierała się między 330 tys. a 660 tys. osób; liczba osób zagrożonych rozwojem depresji mogła być dwukrotnie wyższa (liczba mieszkańców Małopolski w 2010 r. wynosiła 3 310 tys. osób). Zgodnie z opisem zawartym w Programie *opis populacji Województwa Małopolskiego w odniesieniu do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu* wskazywał na dość dramatyczny obraz społeczności niedoopiekowanej, ze słabą dostępnością oferty leczniczej i prawdopodobnie z bardzo niską świadomością zaburzeń zdrowia psychicznego w ogóle a depresji w szczególności. Wskazywano, że profilaktyka depresji nie była finansowana przez NFZ.

Jako uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu wskazano, że *udowodniono, że programy profilaktyczne mogą zmniejszać częstość wystąpienia nowych epizodów depresji, czyli zmniejszać chorobowość, o 25% a nawet do 50%, jeśli są przeprowadzone w staranny i przemyślany sposób. Sprawdzonej skuteczności mają interwencje edukacyjne, psychoterapeutyczne, farmakologiczne, związane ze zmianą stylu życia i zmianą nawyków żywieniowych.*

Kluczowe działanie w ramach Programu zdefiniowano jako organizacja i przeprowadzenie konsultacji o charakterze edukacyjno-profilaktycznym, mające na celu rozwijanie umiejętności beneficjentów radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia rozwojem depresji.

Zadaniem przyjętym w ramach Programu była również kampania edukacyjna promująca świadomość możliwości zapobiegania zaburzeniom depresyjnym oraz organizacja modelowego zespołu konsultantów wyspecjalizowanych w udzielaniu porad profilaktycznych.

Program był skierowany do osób powyżej 18 roku życia zamieszkałych w Małopolsce z objawami depresji i zainteresowanych rozwiązaniem swoich problemów, które są obciążające, ale niechorujących i niepozostających w leczeniu. Program nie był adresowany

¹³ Raport końcowy z badania ma być udostępniony w grudniu 2017 r.

¹⁴ W 2012 r. udzielono 75 porad profilaktycznych, WM przeznaczyło na realizację Programu: 99,5 tys. zł. W 2013 r. udzielono 297 konsultacji w pięciu punktach konsultacyjnych; WM przeznaczyło na realizację Programu 73 877,44 zł. W 2014 r. udzielono 591 konsultacji w dziewięciu punktach konsultacyjnych (od tego roku udzielano konsultacje dwustopniowe o charakterze profilaktycznym: poradę podstawową i kontrolną); WM przeznaczyło na realizację Programu 91 824,10 zł.

do osób będących już w leczeniu z powodu głębokich zaburzeń psychicznych. Miał charakter profilaktyki pierwotnej (pierwszorzędowej) – zmniejszającej ryzyko zachorowania osób zdrowych, które mogą zachorować na depresję w przyszłości.

Program miał realizować:

- w 2015 r.: Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 i realizować cele NPOZP na lata 2011-2015 dla samorządów województw;
- w 2016 r.: Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.

Realizacja Programu odbywała się na terenie całego Województwa. W latach 2015-2016 zaplanowano na Program po 100 tys. zł rocznie. W Programie wzięło udział po 600 osób (udzielono tylu konsultacji edukacyjno-profilaktycznych w 11 tzw. punktach konsultacyjnych w Małopolsce¹⁵). W 2017 r. zaplanowano na Program 120 tys. zł, przewidując w nim udział 720 osób (według danych dostępnych na 8 listopada 2017 r. udzielono 752 konsultacji).

Cele główne (długoterminowe) Programu zdefiniowano na:

- zwiększenie świadomości społecznej odnośnie możliwości wczesnej identyfikacji i zapobiegania zaburzeniom depresyjnym;
- zwiększenie dostępności metod profilaktycznych dla mieszkańców Małopolski poprzez upowszechnianie informacji o dostępnych świadczeniach medycznych takich jak: psychoedukacja, pomoc psychologiczna, psychoterapia, konsultacje psychiatryczne, poradnictwo dietetyczne i dotyczące stylu życia.

Przyjęto również pięć celów szczegółowych, w tym założono przeprowadzenie kampanii medialnej promującej świadomość możliwości zapobiegania zaburzeniom depresyjnym przez wczesne podjęcie działań profilaktycznych, skierowanej do mieszkańców Małopolski.

Przyjęto następujące oczekiwane efekty i mierniki efektywności Programu:

- rekrutacja uczestników do Programu (osób spełniających kryteria kwalifikacji, mogących skorzystać z porady profilaktycznej);
- powstanie procedury badania profilaktycznego oraz przygotowanie do jej przeprowadzenia przez doradców (oceniane ankietami uczestników); zespół doradców miał zostać przygotowany w drodze szkolenia i poddany fachowemu nadzorowi (superwizji);
- powstanie materiałów psychoedukacyjnych w zakresie usług i aktywności o charakterze profilaktycznym w odniesieniu do zaburzeń depresyjnych;
- raporty statystyczne dotyczące poszczególnych składników realizacji Programu pozwalające na ocenę efektu porady profilaktycznej (ocena uczestnika i badanie prospektywne oceniające częstość występowania depresji i objawów subklinicznych w populacji uczestników).

Organizacja Programu zakładała m.in. rozpowszechnienie informacji o Programie, utworzenie centrum informacyjnego (strona internetowa, zestaw drukowanych materiałów psychoedukacyjnych), organizację i przeprowadzenie konsultacji indywidualnych specjalisty psychiatry lub psychologa (jako drugiego spotkania w grupie osób podwyższonego ryzyka). Założono również monitorowanie i ewaluację Programu (m.in. drogą ankiet uczestników).

Rejestracja uczestników odbywała się telefonicznie w każdym punkcie konsultacyjnym i poprzez infolinię.

W poradzie profilaktycznej używano czterech kwestionariuszy:

- „Test Dwóch Pytań” – mierzący subiektywną ocenę samopoczucia i sprawności oraz sprawdzający niektóre objawy zwiastunowe kryzysu depresyjnego;
- „Kwestionariusz Oceny Obszarów Zadowolenia” – sprawdzający poziom zadowolenia z 22 obszarów życia;
- „Skala Prężności Psychiczej” – oceniająca zasoby respondenta;

¹⁵ Punkty konsultacyjne zorganizowano w: Andrychowie (w latach 2015-2017), Brzesku (2015-2017), Chelmu (2016 r.), Gorlicach (2017 r.), Krakowie (2015-2017), Limanowej (2015 r. i 2017 r.), Miechowie (2015-2017), Muszynie (2015-2017), Nowym Sączu (2015-2017), Rabce-Zdroju (2017 r.), Skawinie (2015-2017), Suchej Beskidzkiej (2015 r.), Tarnowie (w 2015 r. i w 2017 r.), Wadowicach (w 2017 r.) oraz w Wysowej-Zdroju (w 2015 r.). W punktach tych udzielano rocznie od jednej (w Chelmu w 2016 r.) do 194 konsultacji (w Krakowie w 2015 r.).

- „Skala HS20” – pozwalająca określić ryzyko samobójcze respondenta (w poradzie pełniła funkcję skali bezpieczeństwa).

Działania promocyjne obejmowały: dystrybucję materiałów informacyjno-promocyjnych, emisję spotu informacyjnego w telewizji: regionalnej i w komunikacji publicznej Krakowa, udział w wydarzeniach regionalnych i lokalnych o tematyce zdrowotnej, promocję Programu poprzez media lokalne oraz strony internetowe i nowe media.

Program, przewidując działania o charakterze profilaktycznym, nie ograniczał możliwości skorzystania z gwarantowanych świadczeń psychiatrycznych (przez osoby w wieku powyżej 18 lat), obejmujących diagnostykę i leczenie zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 494-535, 551-615, 616-664, 675-701, 895-896)

W kontrolowanym okresie nie wystąpiły przypadki opracowania programu w zakresie zapobiegania i leczenia depresji, który nie był później realizowany bądź przerwano jego realizację. Zagadnienia związane z zapobieganiem i leczeniem depresji nie były także przedmiotem innych programów (UMWM), jak np. program aktywizacji bezrobotnych, program przeciwdziałania przemocy w szkole.

Departament w okresie objętym kontrolą nie realizował zadań związanych z zapobieganiem i leczeniem depresji poprzez zlecenie ich realizacji organizacjom społecznym lub innym podmiotom prywatnym/publicznym.

(dowód: akta kontroli str. 668-669, 670-787, 895-896)

Dyrektor DZiPS wskazała, że z uwagi na przerwę w realizacji NPOZP w 2016 r. (przyjętego na lata 2011-2015) oraz fakt, że NPOZP na lata 2017-2022 został przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (tj. po przyjęciu budżetu województwa na 2017 r. oraz po rozpoczęciu procedury konkursowej na wybór realizatora Programu w 2017 r.), a także wieloletni charakter, dający możliwość długotrwałego oddziaływania na mieszkańców Małopolski w zakresie profilaktyki depresji, podjęto decyzję o dalszej realizacji Programu, niezależnie od celów określonych w NPOZP.

(dowód: akta kontroli str. 668-669, 670-787)

Wyjaśniając przesłanki podjęcia decyzji w sprawie realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania i leczenia depresji, Dyrektor DZiPS wskazała, że *WM realizując zadania własne z zakresu ochrony i promocji zdrowia koordynowało politykę zdrowotną w ujęciu regionalnym m.in. poprzez wdrażanie wojewódzkich programów polityki zdrowotnej*. Na tej podstawie WM zleciło w 2012 r. opracowanie Programu, a z uwagi na jego charakter wieloletni realizuje go do roku obecnego.

Wskazała ponadto, że decyzja o realizacji Programu wynikała z potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej. Dodatkowo cel taki był przedstawiony w NPOZP na lata 2011-2015. Dodała również, że Departament analizował możliwość dostępu mieszkańców do świadczeń opieki zdrowotnej, analogicznych jak ujęte w Programie, a finansowanych z innych niż budżet WM środków. Odbywało się to na podstawie informacji zbiorczej o programach polityki zdrowotnej (zrealizowanych i planowanych), przekazywanych w 2016 r. i w 2017 r. do MUW w Krakowie, za pośrednictwem UMWM, przez inne jednostki samorządu terytorialnego.

W celu koordynacji działalności w obszarze profilaktyki zdrowotnej prowadzonej przez samorządy terytorialne, Departament zebrał dane (dotyczące liczby i zakresów) i opracował informację zbiorczą dotyczącą programów polityki zdrowotnej (zrealizowanych od 2011 r., planowanych do realizacji w 2015 r. i w latach następnych). Została ona przedstawiona na wspólnej konferencji przewodniczących komisji zdrowia/polityki społecznej powiatów Małopolski oraz osób kierujących komórkami organizacyjnymi zajmującymi się sprawami

¹⁶ Wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386 ze zm.).

zdrowia w starostwach powiatowych oraz miastach na prawach powiatu, zorganizowanej przez DZiPS UMWM w dniu 11 lutego 2015 r.¹⁷

Natomiast w celu rozeznania aktywności samorządów lokalnych w obszarze realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia na terenie Małopolski, Departament zwrócił się, w styczniu 2014 r., z prośbą do Prezesa AOIMiT o udostępnienie aktualnego wykazu zaopiniowanych przez tę Agencję programów zdrowotnych z terenu województwa małopolskiego (z lat 2009-2013) i wykaz taki otrzymał.

(dowód: akta kontroli str. 668-669, 670-787)

Ponadto DZiPS korzystał z danych o programach zdrowotnych realizowanych w Małopolsce dostępnych na oficjalnej stronie internetowej MOW NFZ w Krakowie. Departament wykorzystał także badanie „Wykluczenie społeczne w Małopolsce – strategie przeciwdziałania. Osoby chorujące psychiczne”, które zostało opracowane na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie.

Program nie był konsultowany z właściwymi gminami i powiatami w zakresie opracowania i realizacji; nie dokonywano także konsultacji społecznych na etapie jego przygotowania. Departament oparł się o analizę dostępnych źródeł statystyki publicznej, w tym danych: MUW w Krakowie i Głównego Urzędu Statystycznego, analizy sprawozdań konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii, a także o założenia MPOZP na lata 2011-2016, w którym przewidziano realizację tego typu programów.

(dowód: akta kontroli str. 668-669, 670-787, 788-793, 895-896)

Program został przekazany w lipcu 2012 r. do zaopiniowania przez Prezesa AOTMiT w trybie art. 48 ust. 2a i 2b ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Prezes AOTMiT 15 kwietnia 2013 r. wydał negatywną opinię o projekcie Programu, wskazując, że obejmował on interwencje o nieudokumentowanej skuteczności oraz że brakowało w nim właściwego opisu populacji docelowej. We wnioskach z tej oceny wskazano m.in., że projekt Programu zawierał elementy schematu programu zdrowotnego zaproponowanego przez AOTMiT, nie uwzględniono w nim jednak opisu bezpieczeństwa i skuteczności planowanych działań oraz, że opis Programu nie był wystarczający, aby w sposób rzetelny można było dokonać oceny jego projektu.

Odnosząc się do tej opinii autor Programu wskazał m.in. na powszechnie dostępne dane, zgromadzone przez badaczy w ich publikacjach wskazujące na skuteczność programów profilaktyki depresji; zdefiniowano również docelową grupę uczestników Programu i dołączono wykaz pozycji literaturowych.

Autor przyjął sugestię dotyczącą wprowadzenia kwestionariusza obiektywizującego stan zdrowia osób zgłaszających się na poradę profilaktyczną. Uzupełniono również opis Programu poprzez dołączenie schematu porad i kwestionariuszy używanych do porad (procedura porady profilaktycznej, Test Dwóch Pytań, kwestionariusz danych demograficznych, formularz konsultanta i ocenę konsultacji przez konsultanta). Dołączono również ogólną analizę danych statystycznych z przeprowadzonego pilotażu Programu. W efekcie uwzględniono wszystkie uwagi do Programu zgłoszone przez AOTMiT.

(dowód: akta kontroli str. 668-669, 670-787)

Dyrektor DZiPS wyjaśniła, że decyzja o realizacji Programu wynikała z potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej określonych przez Departament na podstawie dostępnych danych. Dodała, że na tej podstawie Samorząd Województwa zlecił w 2012 r. opracowanie Programu, *a z uwagi na jego charakter wieloletni oraz fakt, że wyniki programów profilaktycznych mogą być widoczne wyłącznie w długiej perspektywie czasowej, realizuje go do roku obecnego. Dodatkowo na podstawie zebranych danych celem opracowania PSOZ na lata 2014-2020, MPOZ na lata 2011-2016 oraz danych ze sprawozdań z jego realizacji, stwierdzono potrzebę kontynuacji programu profilaktycznego w obszarze depresji.*

¹⁷ Programy z zakresu zdrowia psychicznego były realizowane przez: Kraków (program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych, na lata 2013-2015) i Tarnów (promocja zdrowia psychicznego oraz wczesna profilaktyka zaburzeń nastroju, zaburzeń depresyjnych i depresji oraz zaburzeń lękowych, na lata 2015-2020).

Departament podjął pracę nad modyfikacją Programu. Dyrektor DZIIPS dodała, że po wprowadzeniu zmian, zostanie on przekazany do oceny AOTMiT, a po uzyskaniu opinii decyzja o ewentualnej kontynuacji Programu zostanie podjęta przez Zarząd WM.

(dowód: akta kontroli str. 1112, 1113-1114)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność UMWM w zakresie opracowywania rozwiązań dotyczących zapobiegania i leczenia depresji.

Przyjęte w UMWM rozwiązania organizacyjne sprzyjały sprawnej realizacji zadań w okresie objętym kontrolą zarówno przez DZIIPS UMWM, jak i poszczególnych pracowników Departamentu. Nie stwierdzono przy tym występowania sporów kompetencyjnych pomiędzy komórkami organizacyjnymi Urzędu.

UMWM podejmował systematyczne działania ukierunkowane na profilaktykę i wczesne wdrażanie leczenia depresji w ramach realizacji Programu, zgodnie z identyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi populacji Województwa oraz zdefiniowanymi ograniczeniami w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla osób chorych na depresję (braku finansowania tego typu świadczeń przez NFZ). Działania te były również ukierunkowane na realizację celów określonych w dokumentach strategicznych Województwa (w tym NPOZP i PSOZ).

2. Realizacja programów zapobiegania i leczenia depresji oraz monitorowanie osiągniętych rezultatów

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą UMWM przeprowadził akcję informacyjną promującą Program, w ramach której dystrybuowano materiały reklamowe (ulotki, plakaty), a także realizowano akcje promujące (emisja spotów) w: Internecie, „TVP Kraków”, „Radiu Kraków” oraz telewizji działającej w krakowskiej komunikacji miejskiej. Publikowano również artykuły w gazetach lokalnych. Corocznie odbywały się także konferencje podsumowujące realizację Programu (27 listopada 2015 r. i 25 listopada 2016 r.).

Na stronie internetowej prowadzonej przez DZIIPS powstała (w 2013 r.) zakładka tematyczna („Depresja. Wyprzedzić smutek”), na której zamieszczane były informacje dotyczące możliwości, zakresu i sposobu udzielania świadczeń oraz zasad uczestnictwa w Programie (w tym numer infolinii i numery rejestracyjne na konsultacje).

Dyrektor DZIIPS wyjaśniła, że dodatkowo informacje o Programie, realizator Programu przekazywał do: organizacji pozarządowych, szkół (w ramach pogadanek) i poradni psychologiczno-pedagogicznych (osobiście poprzez konsultantów realizujących Program), a także podczas organizowanych przez Departament konferencji (w tym 21 września 2015 r. i 27 września 2016 r.) i Małopolskich Dniach Profilaktyki Zdrowia we wrześniu 2015 r. i 2016 r. Dodała, że nie wysyłano imiennych zaproszeń do osób objętych Programem, ponieważ jego beneficjenci zgłaszali się do niego samodzielnie na zasadzie dobrowolności.

(dowód: akta kontroli str. 794-796, 797-868, 897, 1251-1276, 1549-1552)

W ofercie złożonej przez Szpital im. dr. J. Babińskiego, w konkursie ofert przeprowadzonym przez DZIIPS UMWM, w 2015 r. i 2017 r., przewidziano przeprowadzenie kampanii informacyjnej. Na tej podstawie Szpital przeprowadzał taką kampanię w ramach środków przekazanych na realizację Programu. W latach 2015-2017 na kampanię informacyjną przeznaczono po ok. 18 tys. zł rocznie. Nie było innych źródeł finansowania kampanii informacyjnych Programu. Wybór realizatorów kampanii był zadaniem realizatora Programu. Realizator Programu każdorazowo przysyłał drogą elektroniczną do DZIIPS UMWM wszystkie materiały informacyjne, celem ich akceptacji merytorycznej i graficznej.

(dowód: akta kontroli str. 794-796, 797-868, 897, 1251-1276)

Szpital im. dr. J. Babińskiego, zgodnie z umowami: z 15 kwietnia 2015 r. i z 10 kwietnia 2017 r., zobowiązany był do przedstawiania DZIIPS:

- comiesięcznych informacji o stanie realizacji umowy za poprzedni miesiąc kalendarzowy (wykazu faktycznie zrealizowanych działań, według załączonego do umowy wzoru);
- sprawozdania końcowego z realizacji Programu w danym roku (według załączonego do umowy wzoru), w tym do dnia 9 grudnia 2016 r.;
- raportu z ewaluacji Programu w danym roku.

Dyrektor DZiPS wyjaśniła, że na tej podstawie Departament dokonywał analizy postępów i efektów realizacji Programu. Dodała, że dodatkowo wyniki ewaluacji Programu były przedstawiane na ww. posiedzeniach Komisji Ochrony Zdrowia Sejmiku WM (22 kwietnia 2015 r., 20 kwietnia 2016 r. oraz w dniu 20 września 2017 r.).

Comiesięczne informacje z realizacji Programu w okresie objętym kontrolą zawierały wskazanie:

- celu Programu (z podziałem na: cele główne/długoterminowe i cele szczegółowe);
- okresu sprawozdawczego;
- informacji o podjętych działaniach oraz ich wynikach w ramach:
 - koordynacji i nadzoru merytorycznego Programu;
 - administrowania Programem (w 2017 r.);
 - koordynacji i organizacji kampanii społeczno-informacyjnej oraz zrealizowanych działań medialnych;
 - aktualizacji zakładki internetowej dotyczącej Programu;
 - tworzenia edukacyjnej strony internetowej, w tym spis dokonanych w danym miesiącu aktualizacji, wprowadzonych tekstów i innych danych (w 2015 r.);
 - organizacji konsultacji profilaktycznych (w latach 2015-2016);
 - działań służących efektywnej realizacji Programu, zgodnie z wykazem zadań objętych umową.

Kontrolą objęto siedem informacji o stanie realizacji umowy złożonych przez Szpital w 2015 r., pięć w 2016 r. oraz trzy w 2017 r.¹⁸. Zawierały one informacje według określonego wzoru i zostały złożone w UMWM w wyznaczonym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 1115-1129, 1130-1135, 1136-1141)

Wyjaśniając kwestię dokonywania oceny wpływu Programu na poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców Dyrektor DZiPS podała, że odbywało się to na podstawie raportu z ewaluacji Programu za rok poprzedni, a mierniki efektywności dotyczyły jego beneficjentów. Dodała, że *środki alokowane w ramach realizacji Programu pozwoliły na objęcie nim 600 osób rocznie, co oznacza, że był skierowany do małej grupy docelowej, w związku z tym działania podejmowane w ramach Programu nie mogą przełożyć się na widoczne w populacji efekty zdrowotne.*

W latach 2015-2016 założone w Programie cele główne i szczegółowe zostały osiągnięte. Wykonano zakładaną w ofercie oraz w umowie o realizację Programu (z 2015 r.) liczbę konsultacji edukacyjno-profilaktycznych (600 konsultacji rocznie dla mieszkańców z pięciu subregionów Małopolski¹⁹). W 2017 r. Program był realizowany do 5 grudnia 2017 r.

Dyrektor DZiPS wyjaśniła, że oddziaływaniem edukacyjnym objęto nie tylko osoby, które bezpośrednio skorzystały z konsultacji, ale również pośrednio ich otoczenie. Niezwykle ważne było dotarcie do szerokiej grupy odbiorców poprzez akcję informacyjną, a wynikiem konsultacji było zmniejszenie się depresyjności mierzone Testem Dwóch Pytań. Dodała także, że utworzony został zespół wykwalifikowanych specjalistów udzielających konsultacji na terenie Województwa.

(dowód: akta kontroli str. 794-796, 797-868, 897)

Działania przewidziane umową do realizacji w latach 2015-2016 (corocznie) obejmowały:

- organizację i przeprowadzenie konsultacji profilaktycznych oraz rejestracji uczestników Programu (600 konsultacji w latach 2015-2016, a w 2017 r., co najmniej 720 konsultacji);
- przeprowadzenie szkolenia konsultantów;
- przeprowadzenie kampanii medialnej (społeczno-informacyjnej);
- ewaluację Programu;
- koordynację merytoryczną Programu;
- przeprowadzenie superwizji osobistych;
- administrację Programem;

¹⁸ W 2015 r. za okresy: od 17 kwietnia do 10 maja, od 11 maja do 10 czerwca, od 11 czerwca do 10 lipca, od 11 lipca do 10 sierpnia, od 11 sierpnia do 10 września, od 11 września do 10 października, od 11 października do 10 listopada; w 2016 r. za: maj, lipiec, wrzesień, październik, grudzień oraz w 2017 r. za: kwiecień, czerwiec i sierpień.

¹⁹ Subregiony definiowano jako: Krakowski Obszar Metropolitalny, Małopolska Zachodnia oraz Subregiony: Podhalański, Sądecki oraz Tarnowski.

- przeniesienie autorskich praw majątkowych.

Zgodnie ze sprawozdaniami końcowymi z realizacji Programu²⁰:

- do Programu zgłosiła się ponadplanowa liczba beneficjentów (ponad 600 osób);
- wynikiem konsultacji było zmniejszenie się depresyjności mierzone Testem Dwóch Pytań;
- rozbudowana została baza wykwalifikowanych specjalistów udzielających konsultacji na terenie Województwa;
- przeprowadzono szkolenia konsultantów (11 szkoleń w 2015 r. i siedem w 2016 r.);
- zorganizowano, a następnie utrzymano, 11 punktów konsultacyjnych z własną rejestracją, listami beneficjentów oraz dyżurami konsultantów;
- w ramach edukacji przez media zorganizowano: emisję 15-20 sek. spotów w telewizji (regionalnej i w komunikacji miejskiej) oraz audycje radiowe. Przygotowano także plakaty (800 szt. w 2015 r. i 600 szt. w 2016 r.) i ulotki (2 500 szt. i 5 000 szt.). Szacowano, że wskutek tych działań Programem pośrednio mogło zostać objętych od 10 800 do 13 200 osób, kampania medialna adresowana była do ponad 50 tys. osób.

Sprawozdania odnosiły się do osiągniętych zakładanych w Programie celów (prezentując m.in. osiągnięte wyniki i działania w ramach realizacji Programu). Zawierały również:

- część poświęconą raportowi z działań podjętych przez koordynatora Programu i zespół administrujący Programem;
- informację o funkcjonowaniu utworzonej bazy danych (w tym: konsultantów, porad, beneficjentów);
- raport z organizacji i przebiegu superwizji;
- raport z organizacji (w tym rekrutacji) i przebiegu przeprowadzonych konsultacji;
- informacje o opracowaniu tematycznej zakładki na stronie internetowej;
- przebieg i efekty realizacji kampanii społeczno-informacyjnej;
- informację o udziale realizatora Programu w kampanii wspólnej Województwa.

Wzór sprawozdania końcowego obejmował: cel Programu, osiągnięcie zakładanych celów, czas realizacji, kwotę wydatkowaną, inne formy uzyskanego wsparcia od różnych podmiotów, liczebność populacji objętej Programem, osiągnięte wyniki i opracowania, raport z realizacji działań podjętych przez koordynatora Programu, wykaz działań podjętych przez zespół administrujący, funkcjonowanie bazy danych Programu, raport z prowadzonej kampanii społeczno-informacyjnej (medialnej), informację o konferencjach podsumowujących realizację Programu, informację o opracowywanych artykułach oraz dodatkowych informacjach na zakładkę tematyczną strony internetowej Programu.

Wyjaśniając kwestię końcowych i udokumentowanych efektów realizacji Programu, uzyskanych przez jego beneficjentów bezpośrednich i pośrednich, Dyrektor DZIIPS podała, że oszacowanie skutków jego realizacji jest możliwe wyłącznie w długoterminowej perspektywie czasowej, zwłaszcza, że jest on odpowiedzią na bardzo złożony problem zdrowotny i społeczny dotyczący delikatnego obszaru zdrowia psychicznego, w którym niewątpliwym sukcesem jest już złamanie istniejącej bariery i sam fakt zgłoszenia się uczestnika/potencjalnego pacjenta do udziału w Programie. Dodała również, że analiza statystyczna kwestionariuszy służących do ewaluacji Programu, może wskazywać na to, że z konsultacji skorzystały głównie osoby, które odczuwały problemy depresyjne o różnej etiologii i o różnym natężeniu, a także wysoki poziom obniżonego nastroju. *Poprzez przeprowadzoną kampanię informacyjną w Internecie i innych mediach, szacuje się, że informacja o możliwości skorzystania z porady konsultacyjnej oraz o problemie zdrowotnym jakim jest depresja dotarła do ponad 50 tysięcy osób.*

(dowód: akta kontroli str. 1112, 1113-1114)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Urzędu w obszarze realizacji Programu oraz monitorowania osiąganych jego rezultatów.

W okresie objętym kontrolą w sposób pełny zapewniono realizację przyjętego w 2012 r. Programu na terenie całej Małopolski, a w szczególności zapewniono, poza udzielanymi

²⁰ W 2015 r. z 10 grudnia 2015 r. (z realizacji Programu w okresie od 17 kwietnia do 10 grudnia 2015 r.), w 2016 r. z 8 grudnia 2016 r. (z realizacji Programu w okresie od 16 marca do 8 grudnia 2016 r.).

konsultacjami dla uczestników, także upowszechnianie informacji o jego realizacji poprzez kampanię społeczno-informacyjną.

UMWM podejmował wymagane, rzetelne działania w zakresie monitorowania i ewaluacji Programu, prowadzone na podstawie składanych sprawozdań z realizacji Programu w zakresie kontroli i oceny stopnia wykonania zadań powierzonych jego realizatorowi.

3. Planowanie i wykorzystanie środków na zapobieganie i leczenie depresji

Opis stanu
faktycznego

Wybór realizatora Programu nastąpił w drodze konkursów ofert przeprowadzonych w 2015 r. (na lata 2015-2016) i w 2017 r. na podstawie art. 9 pkt 1 oraz art. 48 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Ogłoszenia o konkursie następowały m.in. w BIP-ie UMWM, na podstawie uchwał Zarządu Województwa Małopolskiego (z 5 lutego 2015 r. i z 7 lutego 2017 r.). Na realizację Programu przewidziano odpowiednio: 100 tys. zł (corocznie w latach 2015-2016) i 120 tys. zł w 2017 r. (do czego odnosił się m.in. PSOZ).

Regulamin konkursu stanowił każdorazowo załącznik nr 1 do uchwały Zarządu WM. Szczegółowy przedmiot zlecenia zadania (Programu) opisany był w załączniku do Regulaminu. Treść Programu również stanowiła załącznik do Regulaminu.

Treść ogłoszenia o konkursie stanowiła załącznik nr 2 do uchwały w 2015 r. W 2017 r. zasady działania Komisji Konkursowej oraz regulamin jej pracy określał załącznik nr 2 do uchwały, a treść ogłoszenia konkursu ofert stanowiła załącznik nr 3 do uchwały.

Skład osobowy komisji konkursowej, powołanej do analizy i oceny merytorycznej złożonych ofert, określono uchwałą Zarządu Województwa z dnia 24 lutego 2015 r.

W ramach procedury konkursowej założono m.in., że:

- poziom kosztów koordynacji Programu pokrywanych z przekazanych środków nie może przekroczyć 20% łącznej kwoty kosztów realizacji zadania (w 2017 r. całkowitej sumy kosztów przewidzianej na realizację Programu);
- działania realizowane w ramach zlecanego zadania nie mogły być finansowane z innych źródeł, w szczególności nie mogły być przedmiotem rozliczeń z NFZ;
- złożone oferty były rozpatrywane pod względem formalnym przez DZiPS (sprawdzenie kompletności i prawidłowości oferty);
- oferty rozpatrzone pod względem formalnym były przekazywane do komisji konkursowej, która dokonywała oceny merytorycznej, a także wskazywała oferenta, któremu rekomendowała przekazanie środków finansowych.

Kryteria oceny merytorycznej zakładały ocenę (§ 10 ust. 1 Regulaminu):

- możliwości realizacji zadania przez podmiot;
- przedłożonego projektu;
- opisu planowanych działań i budżetu zadania.

Konkurs (w odniesieniu do danego programu zdrowotnego) mógł być rozstrzygnięty również wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu została złożona jedna oferta. Decyzję o wyborze ofert i przekazaniu środków podejmował Zarząd WM.

Uchwała Zarządu WM w sprawie wyboru realizatora Programu stanowiła podstawę do zawarcia (trzech w 2015 r. i dwóch w 2017 r.) odrębnych umów o realizację zadania/dotacji. Ze względu na zasadę jednoroczności budżetu z realizatorem zawierano umowy dotacji zawierające kwestie związane z finansowaniem zadania przez SWM.

W Regulaminie dopuszczono m.in. dokonanie modyfikacji umów, w zależności od ustaleń postępowań konkursowych oraz dopuszczono możliwość samodzielnego przesunięcia środków pomiędzy zadaniami do wysokości 10% za zawiadomieniem UMWM.

Oferent był zobowiązany do sporządzenia i złożenia (ostatecznego) sprawozdania z całości realizacji Programu do 9 grudnia 2016 r. i 12 grudnia 2017 r. Wzór sprawozdania końcowego stanowił załącznik do umowy zawieranej z oferentem. Oferent zobowiązany był również do przedkładania miesięcznej informacji na temat stanu realizacji Programu

i podjętych zadań w ramach realizacji Programu. Zasady przekazywania informacji oraz terminy zostały określone w umowach z oferentem.

W 2017 r. oferent zobowiązany był do sporządzenia i złożenia raportu z ewaluacji Programu za 2017 r., przygotowanego przez koordynatora merytorycznego, w terminie do dnia 19 marca 2018 r.

WM zlecając zadanie polegające na koordynacji i realizacji Programu zastrzegło sobie prawo dokonania kontroli i oceny realizacji zadania.

Szczegółowy przedmiot zlecenia realizacji Programu wskazywał m.in. na:

- w ramach koordynacji Programu: wyznaczenie koordynatora merytorycznego oraz koordynatora kampanii medialnej Programu;
- w ramach realizacji Programu: zorganizowanie i przeprowadzenie nie mniej niż 600/720 konsultacji w pięciu subregionach Województwa, które powinny być poprzedzone kampanią informacyjną dla każdego subregionu; każdorazowe wypełnienie przez konsultanta ankiety po zakończeniu konsultacji przez każdego uczestnika, merytoryczne przygotowanie materiałów edukacyjnych (oraz materiałów medialnych w 2017 r.), utworzenie i prowadzenie bazy danych Programu, wydruk i rozpropagowanie materiałów edukacyjnych (plakaty i ulotki), prowadzenie infolinii rejestracyjnej (przy każdym z punktów konsultacyjnych), przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej według przygotowanego harmonogramu (obejmującej działania multimedialne), dostarczenie treści merytorycznych, obejmującej, co najmniej 15 artykułów oraz ich aktualizacji;
- w ramach administracji Programu: wyznaczenie koordynatora administracyjnego Programu odpowiedzialnego za opracowanie harmonogramu Programu i stały monitoring jego realizacji.

Wymagania stawiane oferentom zakładały pod względem merytorycznym (kwalifikacje zespołu realizującego Program) m.in.: zespół konsultantów przynajmniej 10 osobowy składający się z: psychologów z udokumentowanym doświadczeniem zawodowym, psychoterapeutów z certyfikatem, pielęgniarek z aktualnym prawem wykonywania zawodu z tytułem magistra (wymagane dwa lata doświadczenia w dziedzinie psychiatrii) lub z tytułem licencjata (wymagane pięć lat doświadczenia w dziedzinie psychiatrii) oraz lekarza psychiatrii, psychologa i psychologa klinicznego – prowadzenie szkolenia konsultantów, nadzór pracy konsultantów i przeprowadzenie superwizji.

Pod względem lokalowym i sprzętowym: posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych, posiadanie sprawnej linii telefonicznej i lokalu umożliwiającego prowadzenie konsultacji.

(dowód: akta kontroli str. 869-872, 1044-1055, 1104-1111, 1221-1226)

Szpital im. dr. J. Babińskiego złożył oferty w terminie, tj. 27 lutego 2015 r. i 21 lutego 2017 r. Oferty zawierały m.in. dane o zespole realizującym Program, harmonogram prac, kosztorys Programu oraz dane o sposobie realizacji Programu.

W dniu 10 marca 2015 r. oraz 8 marca 2017 r. komisja konkursowa rozpatrzyła jedyną złożoną ofertę na realizację Programu, którą była oferta Szpitala.

Komisja zgłosiła postulaty: w 2015 r. zorganizowania punktu konsultacyjnego w powiecie limanowskim oraz dokonania korekty harmonogramu działań oraz kosztorysu oferty, a w 2017 r. wyjaśnienia daty dotyczącej zakończenia realizacji poszczególnych zadań oraz wysokości zakładanych kosztów, kwalifikując je jako oczywiste pomyłki. Na tej podstawie Szpital w dniu 18 marca 2015 r. i 13 marca 2017 r. przesłał poprawione oferty.

Zarząd Województwa Małopolskiego uchwałami z dnia: 24 marca 2015 r. i 21 marca 2017 r. postanowił wybrać oferty Szpitala im. dr. J. Babińskiego. Ogłoszenie wyników konkursu zamieszczone m.in. w BIP-ie UMWM. Wybór realizatora nastąpił z zachowaniem trybu określonego przepisami prawa i regulacji wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 898-1040, 1142-1199)

W okresie objętym kontrolą Program był realizowany przez Szpital im. dr. Babińskiego, na podstawie trzech umów zawartych w 2015 r., dwóch umów w 2016 r. i jednej umowy

zawartej w 2017 r. Wartość realizacji Programu wyniosła po 100 tys. zł w latach 2015-2016 i 120 tys. zł w 2017 r. (w tym 1 tys. corocznie z tytułu przekazania praw autorskich).

Z konsultacji w ramach Programu skorzystało w latach 2015-2016 po 600 osób, a w 2017 r.: 752 osoby – według danych z 8 listopada 2017 r. (w ramach konsultacji edukacyjno-profilaktycznych), a ponadto m.in. utworzono 12 (w 2017 r.) punktów konsultacyjnych, w których prowadzono rejestrację oraz odbywały się konsultacje; utworzono (przeszkolony) zespół doradców, psychologów i psychiatrów oraz przeprowadzono akcję informacyjną promującą Program poprzez materiały reklamowe, akcje promujące w mediach, artykuły w gazetach. W ocenie realizatora Programu, poprzez przeprowadzoną kampanię informacyjną, wiedzę o Programie uzyskało ponad 50 tys. osób (corocznie).

(dowód: akta kontroli str. 546-550, 1200-1203, 1216-1220, 1227-1229)

Umowa z 17 kwietnia 2015 r. zawierana przez Województwo Małopolskie, reprezentowane przez Zarząd WM, zakładała koordynację i realizację Programu. Zgodnie z umową Szpital umowy mógł posłużyć się podwykonawcami, w szczególności osobami niebędącymi jego pracownikami. W ramach realizacji Programu konsultacji na terenie Województwa, w okresie objętym kontrolą, udzielały osoby nie będące jego pracownikami.

Działania realizowane w ramach umowy nie mogły być finansowane z innych źródeł, w szczególności nie mogły być przedmiotem rozliczeń z NFZ.

Zgodnie z umową UMWM zastrzegał sobie prawo kontroli realizacji zadania w zakresie prawidłowości jego wykonania przez Szpital, w szczególności pod względem: stanu realizacji zadania, efektywności, rzetelności i jakości wykonania zadania oraz prawidłowości dokonywania rozliczeń finansowych.

Umowa mogła być rozwiązana przez UMWM ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wykorzystywania udzielonej dotacji niezgodnie z przeznaczeniem oraz nieterminowego i nienależytego wykonywania umowy.

(dowód: akta kontroli str. 877-883, 884-885, 886-894)

W latach objętych kontrolą w trakcie realizacji zadań umownych na realizację Programu nie wystąpiły przypadki niewłaściwego wykorzystania środków lub realizacji zadań niezgodnie z umowami.

(dowód: akta kontroli str. 869-870, 871-872)

Umowy o przekazanie środków na realizację Programu zawierały:

- zastrzeżenie prawa kontroli realizacji umowy w zakresie celowości i prawidłowości wydatkowania przekazanych środków finansowych oraz oceny prawidłowości dokonywania rozliczeń finansowych umów;
- złożenie sprawozdania końcowego z realizacji Programu, według ustalonego wzoru, w tym także rozliczenia finansowego środków otrzymanych na jego realizację.

Załączniki do umowy określały szczegółowy wykaz realizowanych działań w ramach Programu w 2015 r. i 2016 r. oraz w 2017 r.:

- koszty merytoryczne Programu, w tym koszty przeprowadzenia konsultacji profilaktycznych (po 600 w latach 2015-2016), szkolenia konsultantów oraz druku ankiet (corocznie: 75 950 zł w latach 2015-2016 i 92 200 zł w 2017 r.);
- koszty koordynacji Programu: merytorycznej i medialnej jak i koszty ewaluacji Programu, w tym opracowanie bazy danych oraz statystyka i opracowanie jego wyników (corocznie: 16 500 zł w latach 2015-2016 i 18 000 zł w 2017 r.);
- koszty administracji Programu (6 550 zł w latach 2015-2016 i 8 800 zł w 2017 r.).

(dowód: akta kontroli str. 886-894, 1204-1212, 1213-1215)

Dyrektor DZiPS wskazała, że w latach objętych kontrolą kontynuacja Programu uzależniona była od efektów jego realizacji, a także od zainteresowania Programem wśród beneficjentów. Szpital im. dr. J. Babińskiego zgodnie z zapisami umowy, zobowiązany był do przedstawiania Departamentowi: comiesięcznych informacji o stanie realizacji umowy za poprzedni miesiąc kalendarzowy, sprawozdania końcowego z realizacji Programu w roku, na który udzielono dotacji oraz raportu z ewaluacji Programu za rok poprzedni. *W związku z tym Departament mógł na tej podstawie dokonywać analizy postępów pracy i efektów*

realizacji Programu. Dodatkowo każdorazowo przedstawiane były wyniki ewaluacji Programu na posiedzeniu Komisji Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Małopolskiego.

W latach objętych kontrolą środki na realizację Programu planowano na podstawie efektów jego realizacji, a także zainteresowania nim wśród beneficjentów i wykorzystaniem wszystkich konsultacji dostępnych w danym roku realizacji. Środki na realizację Programu zostały wpisane do Wieloletniej Prognozy Finansowej Województwa Małopolskiego.

(dowód: akta kontroli str. 869-870, 871-872)

W latach 2015-2016 wysokość planowanych pierwotnie wydatków była nie ulegała zmianom w ciągu roku; plan wydatków na realizację Programu wykonano każdorazowo w 100%, nie wystąpiły również przypadki zmian Programu.

W latach objętych kontrolą DZIIPS UMWM nie realizował zadania obejmującego zapobieganie i leczenie depresji w innych formach niż omawiany program zdrowotny.

(dowód: akta kontroli str. 869-870, 871-872)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Urzędu w obszarze planowania i wykorzystania środków publicznych na zapobieganie i leczenie depresji.

W okresie objętym kontrolą prawidłowo stosowano przepisy dotyczące wyłaniania realizatora Programu w trybie konkursu ofert wskazanego w art. 48 ustawy o świadczeniach zdrowotnych; właściwie określono również warunki umowne wobec realizatora Programu. W Urzędzie funkcjonował właściwy nadzór w zakresie wykonywania i rozliczania zadań powierzonych realizatorowi Programu, co do terminu, zakresu i wymogów merytorycznych określonych w umowach. Planowanie i wydatkowanie środków publicznych na realizację Programu odbywało się w sposób rzetelny i zgodny z założeniami przyjętymi w programach strategicznych (m.in. w NPOZP i PSOZ).

4. Współpraca w zakresie zapobiegania i leczenia depresji

Opis stanu
faktycznego

DZIIPS przekazał, w wymaganych terminach, do Wydziału Polityki Społecznej MUW w Krakowie:

- 12 lutego 2016 r. informację zbiorczą o programach polityki zdrowotnej zrealizowanych w 2015 r. oraz o planowanych na 2016 r., w oparciu o dane Województwa Małopolskiego oraz dane udostępnione przez inne jednostki samorządu terytorialnego;
- 31 marca 2017 r. informację o podjętych przez Województwo Małopolskie działaniach w zakresie zdrowia publicznego w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 873-874, 875-876, 1385-1395, 1396-1407, 1408-1428)

Dyrektor DZIIPS wyjaśniła, że w zakresie zapobiegania i leczenia depresji Departament współpracował z organami administracji rządowej, państwowymi jednostkami organizacyjnymi oraz jednostkami samorządu terytorialnego przy opracowywaniu i realizacji MPOZP na lata 2011-2016.

(dowód: akta kontroli str. 873-874, 875-876)

Dodatkowo Departament sporządzał sprawozdania z realizacji MPOZP na lata 2011-2016, w których opracowywane były bieżące dane oraz informacje na temat zasobów opieki psychiatrycznej i sytuacji epidemiologicznej mieszkańców, celem oceny dostępności do świadczeń w obszarze zdrowia psychicznego.

Przy opracowywaniu MPOZP na lata 2011-2016 oraz sprawozdań z jego realizacji DZIIPS wykorzystywał dane pozyskane z: MUW w Krakowie, MOW NFZ, Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie, ROPS w Krakowie, WUP w Krakowie, samorządów powiatowych oraz miast na prawach powiatu znajdujących się na terenie województwa małopolskiego.

W ramach współpracy między organami administracji publicznej w 2007 r. Marszałek Województwa powołał Małopolską Radę Zdrowia Psychicznego, która jest organem opiniodawczo-doradczym w sprawach zdrowia psychicznego. W skład Rady wchodzi m.in. konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, a także przedstawiciele MUW w Krakowie, MOW NFZ, Rzecznika Praw Pacjenta oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Dyrektor DZiPS wyjaśniła, że w 2012 r. na etapie opracowywania Programu, a także na etapie wdrażania oraz jego realizacji (do chwili obecnej), Departament współpracował z autorem Programu, który w latach 2007-2014 był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii, a w latach objętych kontrolą jego koordynatorem merytorycznym. Wymiernym efektem tej współpracy było w pełni zrealizowane celów głównych oraz celów szczegółowych (Programu).

Dodatkowo obecny konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii oraz konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży byli członkami Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego. Spotkania Rady odbywały się cyklicznie, podczas których omawiano m.in. problematykę finansowania świadczeń psychiatrycznych oraz aktualną sytuację w psychiatrii.

Na etapie finansowania Programu Departament nie współpracował z ww. podmiotami, z uwagi na fakt, że środki na opracowanie i realizację Programu pochodziły wyłącznie z budżetu Samorządu Województwa Małopolskiego.

W budżecie Województwa Małopolskiego na:

- 2015 r. przewidziano wydatki na realizację zadania budżetowego pn. „Rozwijanie i wdrażanie wojewódzkich programów w zakresie ochrony zdrowia” w wysokości 2 469 tys. zł (plan na koniec 2015 r. wynosił 2 400 tys. zł, a wykonanie 2 321 tys. zł);
- 2016 r. przewidziano wydatki na programy polityki zdrowotnej w kwocie: 2 927 tys. zł (plan na koniec 2016 r. wynosił 2 398 tys. zł, a wykonanie 2 262 tys. zł), w tym dotacje podmiotowe na zadania bieżące (pięć programów polityki zdrowotnej, w tym Program) dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Województwo Małopolskie w kwocie: 1 561 tys. zł (wykonanie: 1 525 tys. zł), w tym dla Szpitala w wysokości 99 tys. zł²¹;
- 2017 r. w ramach środków na realizację zadania budżetowego pn. „Rozwijanie i wdrażanie wojewódzkich programów w zakresie ochrony zdrowia” (3 599 tys. zł, plan na 30 września: 3 193 tys. zł, wykonanie: 2 507 tys. zł), przewidziano wydatki na programy polityki zdrowotnej w kwocie 2 883 tys. zł (plan po zmianach na 30 września: 2 490 tys. zł, wykonanie: 2 480 tys. zł), w tym 1 876 tys. zł dotacji podmiotowej na zadanie bieżące dla zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Województwo Małopolskie (plan i wykonanie na 30 września: 1 612 tys. zł, w tym 119 tys. zł dla Szpitala).

(dowód: akta kontroli str. 383-418, 419-452, 453-492, 493, 1245-1250)

Dyrektor DZiPS wyjaśniła, że planowanie wysokości środków finansowych na realizację Programu oraz liczby możliwych do udzielenia konsultacji odbywało się na podstawie Wieloletniej Prognozy Finansowej Województwa Małopolskiego. Dodała, że jak wynika z informacji przekazywanych przez Szpital im. dr. J. Babińskiego, liczba chętnych jest znacznie większa, jednakże z uwagi na ograniczone środki finansowe w budżecie Województwa, nie jest możliwe zaspokojenie wszystkich potrzeb w tym obszarze.

(dowód: akta kontroli str. 1540-1541, 1542-1545)

Dyrektor DZiPS wskazała, że zapisy art. 14 ust. 1 pkt 2 i art. 41 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa nakładają na samorząd województwa obowiązek realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. *Województwo Małopolskie realizując zadania własne z wymienionego zakresu koordynuje politykę zdrowotną w ujęciu regionalnym m.in. poprzez wdrażanie wojewódzkich programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej.*

(dowód: akta kontroli str. 873-874, 875-876, 1251-1276)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Urzędu w obszarze współpracy z organami administracji publicznej w zakresie zapobiegania i leczenia depresji.

W okresie objętym kontrolą rzetelnie i terminowo sporządzano informacje o realizowanym Programie. Urząd współpracował z innymi jednostkami administracji publicznej oraz ze

Ocena częściowa

²¹ Przewidziano również środki na wydatki na programy finansowane z udziałem środków zagranicznych – plan: 661 000 zł (po zmianach i wykonanie: 210 000 zł) w tym 87 000 zł na Program (plan po zmianach na 31 grudnia: 30 000 zł) w ramach działania 8.6 „Regionalny Program Operacyjny”. Pierwotnie planowano, że ze środków budżetu Województwa nastąpi finansowanie kosztów opracowania Programu oraz działań informacyjno-promocyjnych służących jego rozpropagowaniu.

środowiskiem medycznym w kontrolowanym zakresie realizacji zadań zdrowotnych ukierunkowanych na zapobieganie i leczenie depresji. Współpraca ta obejmowała m.in. konsultacje na etapie opracowywania i realizacji MPOZP na lata 2011-2016 oraz wymianę informacji w ramach działalności Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego.

IV. 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 z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²², 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 dyrektora Delegatury NIK w Krakowie.

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, braku uwag do kontrolowanej działalności oraz niesformulowaniem wniosków pokontrolnych, Najwyższa Izba Kontroli nie oczekuje odpowiedzi na niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Kraków, dnia 18 grudnia 2017 r.

Kontroler

Paweł Lipowski
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Krakowie

Dyrektor
Jolanta Stawska

²² Dz. U. z 2017 r. poz. 524.