LZG.410.017.00.2020
Nr ewid. 126/2021/P/20/090/LZG

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA KOMPLEKSOWEGO PROGRAMU WSPARCIA DLA RODZIN „ZA ŻYCIEM”

DELEGATURA NIK W ZIELONEJ GÓRZE

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

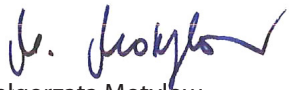
WIZJĄ
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli
Realizacja kompleksowegoProgramu wsparcia dla rodzin „Za życiem"

Dyrektor Delegatury NIK w Zielonej Górze

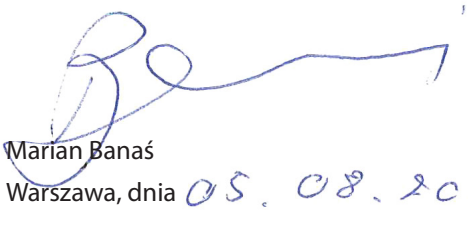
Włodzimierz Stobrawa

Akceptuję:
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:
Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś
Warszawa, dnia 05.08.2021

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ 4

1. WPROWADZENIE 6

2. OCENA OGÓLNA 12

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI 15

4. WNIOSKI 37

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 40

5.1. Zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej 40
5.1.1. Działania podjęte w celu uruchomienia wsparcia zdrowotnego zaplanowanego w Programie „Za życiem" 40
5.1.2. Wdrożenie działań zdrowotnych zaplanowanych w Programie „Za życiem" 45
5.1.3. Realizacja działań zdrowotnych zaplanowanych w Programie „Za życiem" 62
5.1.4. Realizacja Programu zdrowotnego 75
5.1.5. Wdrożenie działania 2.4. Utworzenie ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych ze szczególnym uwzględnieniem wczesnego wspomagania rozwoju dzieci od momentu wykrycia niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością 80
5.2. Zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny 100
5.2.1. Tworzenie warunków pobytowych i mieszkaniowych (działania 1.4., 1.5., 2.5., 3.2., 4.1.–4.7.) 100
5.2.2. Wspieranie zatrudnienia osób niepełnosprawnych, ich opiekunów, członków rodzin opiekujących się osobą niepełnosprawną oraz aktywizowanie osób bezrobotnych celem wsparcia opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych (działania 3.3.–3.5.; 6.2.; 6.4.) 133
5.2.3. Wsparcie asystenta rodziny (działanie 5.1.) 145
5.3. Koordynowanie oraz monitorowanie realizacji Programu 163
5.3.1. Koordynowanie oraz monitorowanie realizacji Programu przez Ministra Rodziny 163
5.3.2. Monitorowanie realizacji Programu przez Ministra Zdrowia 165
5.3.3. Monitorowanie realizacji Programu przez wojewodów 168

6. ZAŁĄCZNIKI 171

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 171
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych 176
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 186
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 188
6.5. Stanowiska Ministrów do informacji o wynikach kontroli 189

Zdjęcie na okładce: ©kittikorn Ph. – stock.adobe.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

ustawa o wsparciu	ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329);
ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3	ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2021 r. poz. 75);
ustawa o pomocy społecznej	ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, ze zm.);
Prawo oświatowe	ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910, ze zm.);
ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.);
ustawa o wspieraniu rodziny	ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821, zm.);
ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.);
rozporządzenie w sprawie ośrodków/ OKRO	rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 1712);
rozporządzenie w sprawie ŚDS;	rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2020 r. poz. 249)
rozporządzenie w sprawie wwr	rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. poz. 1635);
Program Asystent Rodziny	na podstawie art. 247 ustawy o wspieraniu rodziny, minister właściwy do spraw rodziny co roku ogłasza Program na dofinansowanie zadań własnych gminy i powiatu z zakresu realizacji zadań wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej, w szczególności na pokrycie części wydatków związanych z powołaniem asystentów rodziny, koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej oraz prowadzeniem szkoleń, dla rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka;
Program „Maluch+"	resortowy Program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „Maluch+" służący realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", priorytet II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny, działanie 2.5. Dofinansowanie zapewnienia funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub wymagających szczególnej opieki. Celem Programu jest zwiększenie dostępności terytorialnej miejsc opieki w żłobkach, klubach dziecięcych i u dziennych opiekunów dla wszystkich dzieci, w tym dzieci niepełnosprawnych oraz wymagających szczególnej opieki, a także podwyższenie standardów opieki;
Program Opieka wytchnieniowa	resortowy Program skierowany do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w tym zakresie. Zapewnienie wsparcia w zakresie usługi opieki wytchnieniowej wpisuje się w główny cel powstałego w dniu 1 stycznia 2019 r. państwowego funduszu celowego pn. Fundusz Solidarnościowy (pierwsza edycja Programu ogłoszona została na 2019 r.);
Program „Za życiem"	uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" (M.P. poz. 1250);

Program zdrowotny	Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" na lata 2017–2021, ustanowiony przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 48a ust. 17 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, służący realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", priorytet II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny, działanie: 2.1., 2.2. i 2.3.;
BGK	Bank Gospodarstwa Krajowego;
CAS	Centralna Aplikacja Statystyczna;
DMD	dom dla samotnej matki i kobiety w ciąży;
DOK	dziecięca opieka koordynowana;
Fundusz Solidarnościowy	fundusz celowy utworzony na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, ze zm.), którego celem jest wsparcie społeczne, zawodowe, zdrowotne oraz finansowe osób niepełnosprawnych oraz finansowe emerytów i rencistów, o którym mowa w przepisach odrębnych;
grupa docelowa	adresaci wsparcia poszczególnych działań wynikających z ustawy o wsparciu oraz Programu „Za życiem";
JST	jednostka samorządu terytorialnego;
KOC	koordynowana opieka nad kobietą w ciąży;
KO-CZR	koordynowana opieka nad dziećmi z całościowymi zaburzeniami rozwoju;
MEN	Ministerstwo Edukacji Narodowej, obecnie od dnia 1 stycznia 2021 r. Ministerstwo Edukacji i Nauki;
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, wcześniej do dnia 5 października 2020 r. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
NFZ *lub* **Fundusz**	Narodowy Fundusz Zdrowia;
OPS	ośrodek pomocy społecznej;
Ośrodek lub OKRO	ośrodek koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczy – placówka wskazana przez powiat w Porozumieniu zawartym z MEN na realizację Programu „Za życiem" (najczęściej poradnia psychologiczno-pedagogiczna lub specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy), powołany do realizacji zadań określonych w rozporządzeniu w sprawie ośrodka oraz w działaniu 2.4.;
OW NFZ *lub* **Oddziały NFZ**	Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia;
perinatalna opieka paliatywna	jeden z zakresów opieki paliatywnej i hospicyjnej, polegający na zapewnieniu wszechstronnego wsparcia rodzicom płodów i noworodków z wadami letalnymi oraz opieki noworodkom z tymi wadami, nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią;
PBP	Program badań prenatalnych;
POZ	podstawowa opieka zdrowotna;
stosowne zaświadczenie	zaświadczenie stwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu;
ŚDS	środowiskowy dom samopomocy;
WTZ	warsztaty terapii zajęciowej.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie zostało wdrożone w sposób kompleksowy i jest prawidłowo realizowane?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zostało wdrożone w sposób kompleksowy i jest prawidłowo realizowane?
2. Czy zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny zostało wdrożone w sposób kompleksowy i jest prawidłowo realizowane?

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Ministerstwo Zdrowia

Po sześć urzędów wojewódzkich, urzędów miast, ośrodków pomocy społecznej i ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych w województwach: mazowieckim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim.

Państwa podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i Programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i Programy: (a) były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału, (b) wspierały udziały integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich (art. 26 ust. 1 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona 13 grudnia 2006 r. – Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).

Dziecko psychicznie lub fizycznie niepełnosprawne powinno mieć zapewnioną pełnię normalnego życia w warunkach gwarantujących mu poszanowanie godności, osiągnięcie niezależności oraz ułatwiających aktywne uczestnictwo w życiu społeczeństwa. Prawo dziecka niepełnosprawnego do szczególnej troski: dostępu do oświaty, nauki, opieki zdrowotnej, opieki rehabilitacyjnej, przygotowania zawodowego oraz możliwości rekreacyjnych, dla osiągnięcia przez dziecko jak najwyższego stopnia zintegrowania ze społeczeństwem oraz osobistego rozwoju (fragment art. 23 Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez ONZ 20 listopada 1989 r.).

Ustawa o wsparciu i uchwalony na podstawie jej zapisów Program „Za życiem" powstały na kanwie niezadowolenia dwóch środowisk, tj. rodzin opiekujących się niepełnosprawnym dzieckiem oraz środowisk pro-life, po tym, jak w 2016 r. Sejm odrzucił projekt obywatelski ustawy bezwzględnie zakazujący przerywania ciąży. Rząd zapowiedział wówczas, że wprowadzi mechanizmy wspierające rodziny, w których ma urodzić się dziecko z niepełnosprawnością. W pewnym uproszczeniu, miał być to wachlarz ułatwień, które sprawią, że zachęcone osoby zrezygnują z aborcji ze względu na nieuleczalną chorobę płodu. Zgodnie z danymi podawanymi przez Ministerstwo Zdrowia, w 2019 r. w Polsce przeprowadzono 1110 legalnych aborcji. W porównaniu z 2018 r. to wzrost o 34 przypadki, zaś z 2017 r. – wzrost o 49 przypadków. Niemniej, zgromadzone od 2013 r. dane pokazują, że o ile do 2016 r. następował dość dynamiczny wzrost liczby dokonanych aborcji, to już w kolejnych latach pozostaje na podobnym poziomie. Przyczyny wcześniejszego przerwania ciąży to w zdecydowanej większości przypadków ciężkie uszkodzenia lub nieuleczalna choroba płodu (95–98% przypadków).

Ponadto w informacji wykorzystano wyniki kontroli doraźnej – rozpoznawczej R/19/005/LZG Realizacja Programu „Za życiem" w województwie lubuskim, przeprowadzonej w 2019 r. przez Najwyższą Izbę Kontroli Delegaturę w Zielonej Górze w:

Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim, Lubuskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze, Urzędzie Miasta w Gorzowie Wlkp., Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp. oraz Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Żarach.

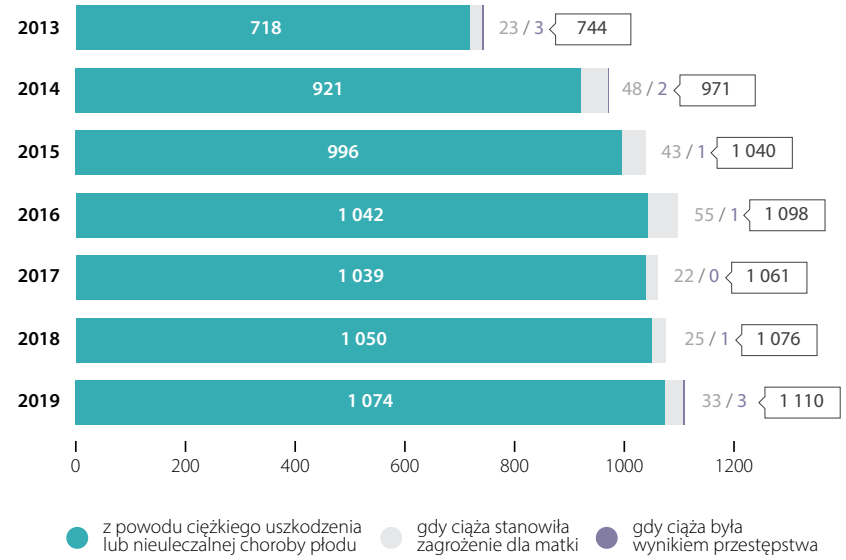
Okres objęty kontrolą

2017–2020 (I półrocze), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli lub są niezbędne dla celów porównawczych.

Od 22 października 2020 r. Program nabrał jeszcze większego znaczenia, bowiem w tym dniu Trybunał Konstytucyjny orzekł[1] o niezgodności z konstytucją przepisów dopuszczających możliwość przerwania ciąży w określonych przypadkach. W tym kontekście pomoc kobietom, i szerzej rodzinom, dotkniętym problemem niepełnosprawności dziecka staje się szczególnie oczekiwana.

Infografika nr 1

Dane w zakresie liczby oraz przyczyn dokonania legalnej aborcji w Polsce w latach 2013–2019



Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia.

W Polsce brak jest jednolitych danych dotyczących liczby osób niepełnosprawnych – brak jest jednego rejestru/źródła danych o osobach niepełnosprawnych, a te istniejące rozproszone są wśród różnych instytucji. Problemem jest również zróżnicowanie, które odnosi się zarówno do definicji niepełnosprawności biologicznej, jak też określania niepełnosprawności prawnej. W Polsce dane dotyczące osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie zbierane są w ramach przeprowadzanych z określoną częstotliwością narodowych spisów powszechnych (w 2013 r. opublikowano dane ostateczne spisu powszechnego z 2011 r.). Kolejnym źródłem danych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który jest płatnikiem świadczeń emerytalno-rentowych dla osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o niezdolności do pracy. Innym źródłem danych są Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) – dane dotyczące osób niepełnosprawnych prawnie dostępne są na bieżąco, z kwartalną częstotliwością[2]. Wyniki reprezentacyjnego BAEL wskazują, że populacja osób niepełnosprawnych prawnie[3] w wieku 16 lat i więcej w Polsce w 2019 r. liczyła 3038 tys., co stanowiło 10,0% ogółu populacji osób w tym

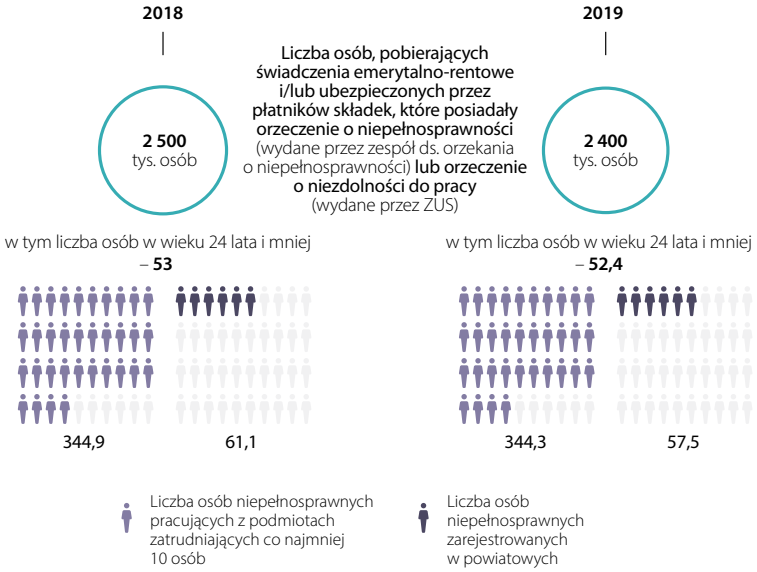
[1] Wyrok z dnia 22.10.2020 r.; K 1/20.

[2] Źródło: http://niepelnosprawni.gov.pl/p,122,zrodla-danych-o-osobach-niepelnosprawnych, [dostęp 2 czerwca 2021 r.].

[3] Posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne.

wieku objętej zakresem BAEL[4]. W Polsce, w zależności od przyjętych definicji i szacunków, żyje od około 3 do prawie 5 milionów osób z niepełnosprawnościami. Dostępne dane odnośnie liczby osób niepełnosprawnych za lata 2018–2019 prezentuje infografika.

Infografika nr 2
Dostępne dane odnośnie liczby osób niepełnosprawnych za lata 2018–2019.



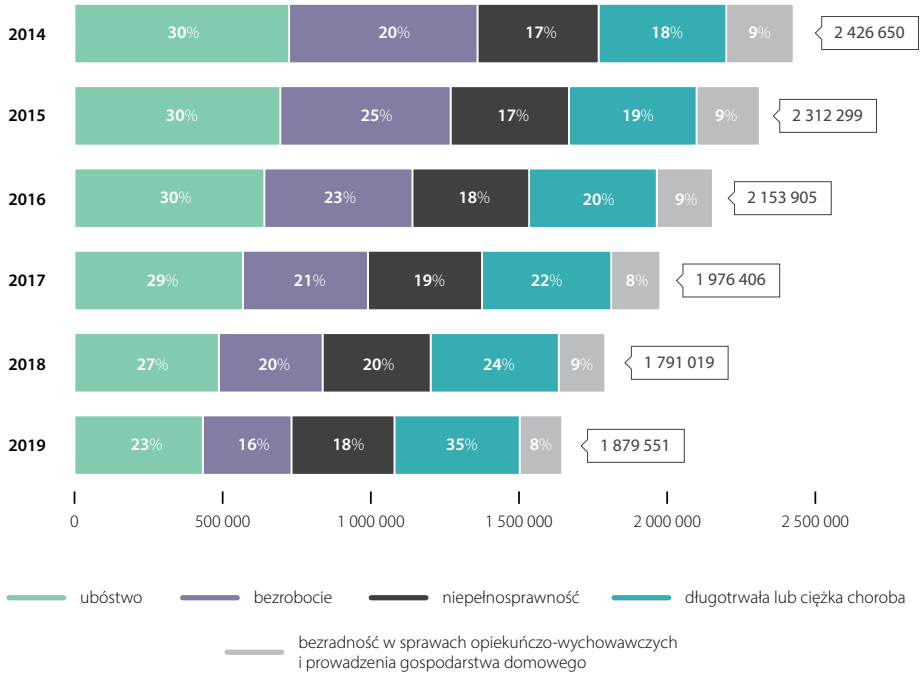
Źródło: opracowanie GUS: osoby niepełnosprawne w 2018 r. i w 2019 r.

W 2014 r. w ponad 23% wszystkich gospodarstw domowych funkcjonowały osoby niepełnosprawne[5]. Obecność w gospodarstwie domowym osoby niepełnosprawnej jest istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko ubóstwa. W rodzinach, w których przynajmniej jedno dziecko do lat 16 posiadało orzeczenie o niepełnosprawności, wskaźnik zagrożenia ubóstwem wynosił 10,7%, natomiast w rodzinach bez osoby niepełnosprawnej – ok. 5,8%. Z danych GUS wynika, iż w większości przypadków (ponad 60%) ubóstwo, niepełnosprawność oraz długotrwała i ciężka choroba stanowią główne przyczyny udzielania świadczeń z pomocy społecznej, przy czym udział tych przypadków wśród przyczyn przyznawania świadczeń wzrasta co roku o kilka punktów procentowych. Niepełnosprawność jest obecnie drugą co do wielkości przyczyną udzielania świadczeń z pomocy społecznej (w 2019 r. – 18% z 1,8 mln rodzin, jak dotąd główną przyczyną jest ubóstwo – 23% rodzin). Dane w zakresie pięciu głównych przyczyn udzielania świadczeń z pomocy społecznej w Polsce w latach 2014–2019 prezentuje infografika.

[4] Źródło: http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/502DC0195C4C88CBC12585F40036FE7F/%24File/650.pdf, [dostęp 6 czerwca 2021 r.].

[5] Opracowanie GUS: „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.".

Infografika nr 3
Przyczyny udzielania świadczeń z pomocy społecznej w Polsce w latach 2014-2019.



Źródło: bank danych lokalnych GUS.

Ustawa o wsparciu przewiduje dwa zasadnicze obszary pomocy świadczonej kobietom w ciąży i rodzinom, w szczególności z dzieckiem niepełnosprawnym, tj. w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz do instrumentów polityki na rzecz rodziny. Przepisy ustawy w sposób ogólny nakreślają formy przysługującej pomocy w ramach wymienionych dwóch obszarów, natomiast jej dopełnieniem miał być Program „Za życiem", ustanowiony na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o wsparciu.

Program „Za życiem" jest, jak dotąd, największym planem przewidującym udzielenie kompleksowego wsparcia dla rodzin w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, jak i dostępu do instrumentów do polityki społecznej. Zakłada udzielanie pomocy świadczonej przez wiele podmiotów (placówki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki organizacyjne wspierające rodziny, urzędy pracy i wiele innych), pomocy wieloaspektowej, a w przypadku wielu form – dotychczas niespotykanej. Programowaną pomoc zaprojektowano w ramach 31 działań podzielonych na sześć priorytetów.

Infografika nr 4

Podział Programu Za życiem na priorytety i działania

I priorytet – wsparcie dla kobiet w ciąży i ich rodzin	diagnostyka i terapia prenatalna
	opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży, zwłaszcza w powikłanej i noworodków
	opieka paliatywna i hospicyjna
	pomoc uczennicom w ciąży
	rozwój sieci domów dla matek z małotelnimi dziećmi i kobiet w ciąży
II priorytet – wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny – skierowany do ciężko chorych dzieci	koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej
	odżywianie mlekiem kobiecym
	utworzenie ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych
	zapewnienie miejsc opieki w żłobkach itp. dla dzieci do lat 3
III priorytet – usługi wspierające i rehabilitacyjne	opieka wytchnieniowa
	rozwój sieci środowiskowych domów samopomocy
	wspieranie aktywizacji niepełnosprawnych i ich opiekunów
IV priorytet – wsparcie mieszkaniowe rodzin z osobami niepełnosprawnymi	budowa mieszkań na wynajem
	najem mieszkania z mieszkaniowego zasobu gminy
	tworzenie mieszkań chronionych
	tworzenie mieszkań wspomagających
V priorytet – koordynacja, poradnictwo, informacja	wzomcnienie profilaktycznego aspektu zadań asystenta rodziny
	utworzenie bazy danych i profilu o ormach pomocy
VI priorytet – pozostałe instrumenty wsparcia	spółdzielczość socjalna na rzecz opiekunów
	pakiet alimentacyjny

Źródło: opracowanie własne.

Każde z 31 zaprogramowanych działań, w tym o charakterze społecznym, wyróżnia się odrębną specyfiką i obszernością zagadnień. Dostrzegając innowacyjność, wieloprofilowość oraz społeczne oczekiwania związane z uchwaleniem Programu „Za życiem" NIK objęła swoim zainteresowaniem zasadniczo wszystkie jego działania w szerokim stopniu realizując czynności kontrolne na różnych poziomach wdrażania Programu. Jednostki objęte niniejszą kontrolą oraz kontrolą rozpoznawczą R/19/005 prezentuje infografika.

Infografika nr 5
Jednostki objęte kontrolą

Źródło: opracowanie własne.

Największym zarzutem formułowanym w stronę Programu był brak konsultacji społecznych na etapie jego tworzenia[6]. Zarządzeniem nr 210 Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 listopada 2020 r. został utworzony Międzyresortowy Zespół do spraw opracowania zmian Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”[7], którego zadaniem jest opracowanie zmian Programu. Zaawansowanie czasowe realizacji Programu (Harmonogram działań oraz Plan finansowy Programu obejmują lata 2017–2021), w kontekście sygnałów świadczących o trudnościach we wdrażaniu lub realizacji niektórych działań, a także danych wskazujących z jednej strony – na brak albo niewielkie zainteresowanie, a z drugiej – na zainteresowanie przekraczające założone wymiary pomocy, wskazuje na konieczność przeprowadzenia szerokiej debaty nad jego kształtem i założeniami.

6 Dr Agnieszka Dudzińska, dr Paweł Kubicki „Ocena rządowego Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, Centrum Badań nad Niepełnosprawnością. http://cbnn.pl/wp-content/uploads/2017/01/za-zyciem.pdf [dostęp 9 czerwca 2021 r.].

7 M.P. poz. 1039.

2. OCENA OGÓLNA

Wsparcie Programu „Za życiem" nie zostało wdrożone w sposób kompleksowy i nie zawsze było realizowane prawidłowo

Pomimo upływu niemal czterech lat funkcjonowania Programu „Za życiem", zaplanowane wsparcie dla rodzin, w szczególności z osobami niepełnosprawnymi, nie zostało wdrożone w sposób kompleksowy i nie zawsze było realizowane prawidłowo. Zarówno w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jak i instrumentów polityki na rzecz rodziny, część zaplanowanych form pomocy w ogóle nie została wdrożona, a jeszcze większa – w niewielkim stopniu.

Wynikało to m.in.: z nieutworzenia planowanej bazy danych i portalu o formach wsparcia dla potencjalnych beneficjentów (w działaniu 5.2.), co było jednym z powodów niskiego zainteresowania niektórymi formami pomocy, braku diagnozy barier i trudności w realizacji części instrumentów oraz niepodejmowania działań mających na celu ich wyeliminowanie. W ocenie NIK ważną przyczyną tego stanu rzeczy było nierzetelne wykonywanie części zadań przez podmioty zobowiązane do koordynowania oraz monitorowania Programu.

W szczególności Minister Rodziny i Polityki Społecznej, odpowiedzialny za koordynację Programu oraz monitorowanie działań dotyczących zapewnienia wsparcia w dostępie do instrumentów polityki na rzecz rodziny, nie wykonywał w ogóle części obowiązków, a niektóre z przypisanych zadań realizował w sposób nierzetelny. Skutkiem tego sprawozdania z realizacji Programu „Za życiem" za lata 2017–2019 były niekompletne. Minister nie przedstawił w nich, ani innym dokumencie, bieżącej całościowej oceny poszczególnych instrumentów oraz oceny aktualnej sytuacji objętej celami Programu wraz z ustalonymi barierami i trudnościami we wdrażaniu działań, do czego był zobowiązany. Dokumenty te w przeważającej części zostały pozbawione waloru poznawczego, informującego Radę Ministrów o aktualnym zaawansowaniu realizacji Programu oraz potrzebie niezbędnych zmian umożliwiających osiągnięcie zakładanych celów i założeń. Dodatkowo, Minister Rodziny zobowiązany do inicjowania zmian w Programie okazał się bezskuteczny.

Również Minister Zdrowia odpowiedzialny za monitorowanie realizacji sześciu niezwykle istotnych działań Programu, dotyczących zaopatrzenia zdrowotnego rodzin, nie wykonywał istotnej części obowiązków przewidzianych w ramach sprawowanego monitoringu, a niektóre z nich realizował w sposób nierzetelny.

Z treści Programu „Za życiem" i ustawy o wsparciu wynika, że pierwszoplanowymi beneficjentami zaplanowanej pomocy są rodziny z najciężej chorym dzieckiem, dysponującym stosownym zaświadczeniem. Pomimo tego nie ma w kraju instytucji, która dysponowałaby pełnymi danymi dotyczącymi liczby i lokalizacji takich rodzin. W ocenie NIK, kluczowe, najistotniejsze formy pomocy, dedykowane tej grupie docelowej zostały wdrożone w niewielkim zakresie zarówno w obszarze zabezpieczenia zdrowotnego, jak i społecznego.

W szczególności z zaprogramowanych w obszarze zabezpieczenia zdrowotnego 30 wyspecjalizowanych ośrodków neonatologicznych (DOK – działanie 2.1.), zobowiązanych do roztoczenia skoordynowanej opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano najcięższe schorzenia, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, w całym kraju funkcjonuje jedynie sześć. W niewielkim więc stopniu osiągnięto zakładany cel, którym miało być podniesienie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dedykowanych tej najbardziej potrzebującej grupie dzieci, poprzez zapewnienie koordynacji udzielanych świadczeń przy wsparciu informatycznych środków wymiany i gromadzenia dokumentacji medycznej. Nieutworzenie oczekiwanej liczby DOK stało się w rezultacie przyczyną minimalnego zakresu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do tej grupy dzieci (działanie 2.3.), zawarcie bowiem umowy z DOK było niezbęd-

nym warunkiem do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych. Z tych względów wykonanie wydatków dla obu działań wyniosło zaledwie 4% i 7% z zaplanowanych.

W obszarze zaś szeroko rozumianego zabezpieczenia socjalnego nie spełniono oczekiwań ustawodawcy oraz autorów Programu „Za życiem", bowiem asystent rodziny nie stał się, tak jak zakładano, kluczowym ogniwem wsparcia w procesie niesienia pomocy tej grupie rodzin oraz kobietom w ciąży (działanie 5.1.). Wsparcia polegającego w szczególności na koordynacji wszystkich dostępnych w Programie form pomocy. U podstaw planowanych zmian leżał zamiar poszerzenia zakresu działania asystenta rodziny, upowszechnienia oferowanych przez niego usług, a także istotnego wzrostu liczby profesjonalnie przygotowanych asystentów rodziny. Nie osiągnięto jednak żadnego z zakładanych rezultatów. Na skutek decyzji Ministra Rodziny, nastąpił nawet spadek zatrudnianych w kraju asystentów, a niezbędne przeszkolenie zagwarantowano maksymalnie 15% asystentów. W rezultacie kobiety w ciąży i wskazane rodziny, zamieszkujące teren około 200 gmin w kraju, zostały całkowicie pozbawione możliwości wsparcia, bowiem nie zatrudniano w nich ani jednego asystenta (w kolejnych zaś 66% gmin – tylko jednego). Pomimo wyznaczenia asystentowi tak istotnej roli, Minister Rodziny nie był zainteresowany i nie gromadził nawet podstawowych danych, ani na temat skali świadczonych przez asystentów koordynacji, ani występujących na terenie kraju potrzeb (liczba i lokalizacja dzieci z zaświadczeniami), choć był do tego organizacyjnie przygotowany (CAS). Kontrole przeprowadzone u wojewodów oraz w jst wykazały zaś bardzo małe zainteresowanie rodzin tą formą wsparcia, najczęściej wśród rodzin będących już wcześniej klientami OPS, wsparcia nieróżniącego się od udzielanego wobec rodzin z chorym dzieckiem, jednak nieposiadającego zaświadczenia. NIK ustaliła liczne trudności w realizacji zadania, które mogą wskazywać na niewłaściwe ulokowanie pomocy w zakresie koordynacji kompleksowego wsparcia rodzinom z takimi trudnościami, w tego typu placówkach.

W obszarze wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, dedykowanego różnym grupom docelowym, udało się w pełni zrealizować cel działania 2.2. dotyczący utworzenia 13 banków mleka kobiecego, i to już w 2018 r. Dzięki realizacji zadania, w 2020 r. ponad 4 tys. dzieci zostało odżywionych mlekiem pochodzącym z banku mleka, podczas gdy w 2017 r. było ich tylko 46. W wysokim stopniu zrealizowano cel działania 1.2., polegający na zapewnieniu dostępności do diagnostyki i terapii prenatalnej kobietom w ciąży ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych, jednak Program badań prenatalnych realizowany był w kraju już od kilku lat.

Wprowadzone rozwiązania prawne nie w pełni natomiast umożliwiły realizację świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (działanie 1.1.). Wprawdzie w badanym okresie przybyło świadczeniodawców, rosła też liczba kobiet objętych opieką, jednak nadal na koniec I półrocze 2020 r., świadczeń tych nie realizowano w sześciu województwach. Świadczeniodawcy wskazywali na liczne bariery, w tym finansowe, organizacyjne oraz przywiązanie pacjentek do prowadzenia ciąży w prywatnych gabinetach lekarskich, co może rodzić potencjalny konflikt interesów. Z uwagi na niekorzystną wycenę świadczeń oraz brak możliwości realizacji przez położną niektórych świadczeń (np. USG) w sześciu województwach nie udało się osiągnąć zaprogramowanego założenia prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położne POZ. W czterech województwach nie było możliwości skorzystania ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (działanie 1.3.), co w głównej mierze wynikało z braku lekarzy spełniających wymogi w zakresie stażu pracy w ośrodku zajmującym się medycyną paliatywną.

OCENA OGÓLNA

Wbrew założeniom Programu mówiącym o zapewnieniu kompleksowego wsparcia wobec około 20% najciężej chorych dzieci objętych wwr, prowadzonym w systemie oświaty, dyrektorzy placówek, kierując się indywidualnym osądem, skierowali do Programu bardzo szeroką rzeszę dzieci ze zróżnicowanym charakterem schorzeń, w tym w dużej mierze znajdujących się poza systemem oświaty (nawet 41% dzieci). Postępowanie takie doprowadziło do istotnego rozproszenia udzielanej pomocy, średnio nieprzekraczającej 1,5 godziny miesięcznie przy możliwych 20 na jedno dziecko. Brak szczegółowych wytycznych dotyczących realizacji zajęć w ramach Programu skutkował licznymi nieprawidłowościami w funkcjonowaniu OKRO.

Szczególnie niewielkie efekty osiągnięto w obszarze zaplanowanego wsparcia pobytowego i mieszkaniowego. Spośród zaplanowanych 11 działań, NIK pozytywnie ocenia jedynie realizację działania 3.2. *Rozwój sieci ŚDS,* która przyniosła istotne efekty, choć byłyby one jeszcze większe gdyby na jego realizację wydatkowano środki w wysokości zaplanowanej w Programie.

W niewysokim stopniu udało się natomiast osiągnąć cel zaplanowany dla działania 1.4. *Rozwój sieci DMD*. Z zaprogramowanych docelowo 40 domów (przy funkcjonujących 22), w czterech latach działania Programu, udało się zrealizować zaledwie siedem (przy zakładanych 18). Nie osiągnięto w pełni też celu polegającego na utworzeniu domów w województwach, w których nie funkcjonował żaden lub jeden, tak by w każdym z nich działały co najmniej po dwa. Zaledwie 17 uczennic w ciąży było zainteresowanych utworzonymi 219 miejscami przez powiaty w placówkach umożliwiających im kontynuowanie nauki (działanie 1.5.). W ocenie NIK, przyjęte rozwiązania nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Zainteresowanie realizacją działania 4.7. *Tworzenie mieszkań chronionych i wspomaganych* dla osób z określonymi niepełnosprawnościami, również okazało się niewielkie. W roku utworzenia, wykorzystanie miejsc w mieszkaniach wyniosło zaledwie 10%. Pomimo tego Minister Rodziny nie diagnozował tego przyczyn. W kolejnych zaś latach nie ustalił stopnia wykorzystania utworzonych miejsc, które jak ujawniła NIK, okazało się bardzo niskie, i to pomimo kierowania do nich osób do tego nieuprawnionych.

Udana była natomiast realizacja zaprojektowanych w Programie „Za życiem" zamierzeń mających przeciwdziałać wykluczeniu zawodowemu osób niepełnosprawnych oraz ich opiekunów. W przypadku większości instrumentów osiągnięto wysokie wskaźniki.

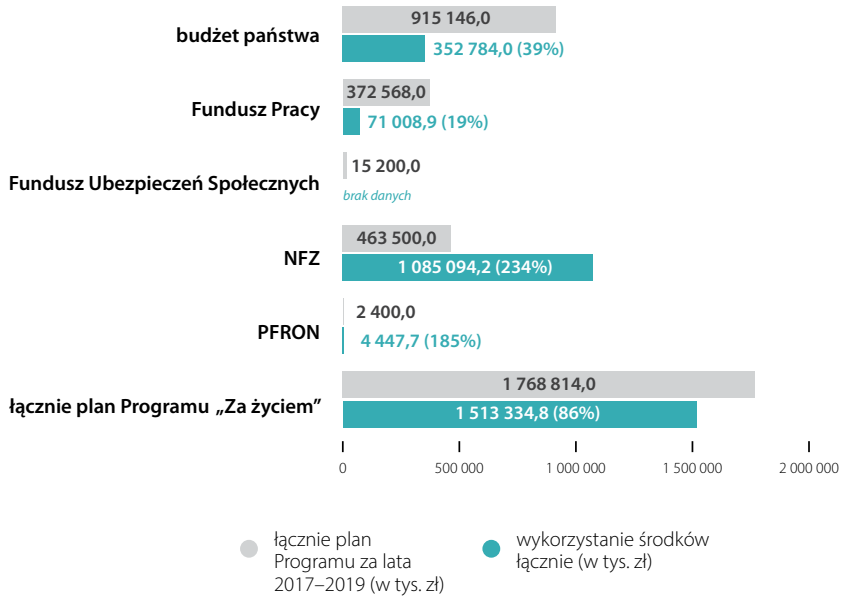
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Zróżnicowany stopień wdrożenia nie wszystkich zaplanowanych działań

Z zaplanowanych 31 działań wdrożono, przynajmniej częściowo 27, jednak w istotnie zróżnicowanym stopniu. W ogóle nie zafunkcjonowała pomoc zaprogramowana w działaniu 4.2. *Wsparcie oszczędzania na cele mieszkaniowe rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne*; 4.6. *Prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach na potrzeby mieszkalnictwa wspomaganego, w tym chronionego dla osób niepełnosprawnych*; 5.2. *Utworzenie bazy danych i portalu o formach wsparcia;* 3.1. *Opieka wytchnieniowa (na zasadach enumeratywnie określonych w działaniu)* oraz poddziałanie 3.5.4. *Stworzenie preferencyjnych warunków dla przedsiębiorców (...)*.

W planie finansowym Programu „Za życiem" budżety zaplanowano dla 23 działań z podziałem na źródła finansowania, na których realizację w latach 2017–2019 przewidziano kwotę 1 768 814,0 tys. zł. Na realizację tychże wydatkowano zaś łącznie ok. 1 513 334,8 tys. zł (86%). Łącznie plan finansowy Programu obejmuje kwotę 3 065 036 tys. zł.

Infografika 6
Wykonanie planu finansowego Programu za lata 2017–2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Spośród 23 zaplanowanych działań w przypadku 11 kwota wykonana nie przekroczyła 50% zaplanowanych środków, a w przypadku czterech – nawet 10% (2.1., 2.3., 3.5.3., 3.5.5). W stopniu przekraczającym zaś zaplanowane na lata 2017-2019 środki wykonano budżety dla pięciu działań i jednego poddziałania (1.1. – osiągając maksymalne 419% wykonanie oraz 1.2., 3.3., 3.5.6., 6.1., 6.2.).

Nierzetelnie wykonywana koordynacja i monitoring Programu „Za życiem"

Żaden z kontrolowanych podmiotów zobowiązanych do koordynowania oraz monitorowania Programu „Za życiem" nie wykonywał swoich obowiązków w sposób rzetelny. W szczególności Minister Rodziny i Polityki Społecznej, odpowiedzialny za koordynację Programu oraz monitorowanie działań dotyczących zapewnienia wsparcia w dostępie do instrumentów polityki na rzecz rodziny, nie wykonywał w ogóle części obowiązków. Skutkiem tego sporządzone za lata 2017–2019 Sprawozdania

z realizacji Programu „Za życiem" były niekompletne, ale również nierzetelne, dodatkowo przedkładane z opóźnieniem Prezesowi Rady Ministrów. Nie przedstawiono w nich, ani innym dokumencie, bieżącej całościowej oceny poszczególnych instrumentów oraz oceny aktualnej sytuacji objętej celami Programu wraz z ustalonymi barierami i trudnościami we wdrażaniu działań, do czego Minister Rodziny był zobowiązany. Dokumenty te w przeważającej części zostały pozbawione waloru poznawczego, informacyjnego i sygnalizującego Radzie Ministrów o aktualnej sytuacji w realizacji Programu oraz potrzebie niezbędnych zmian umożliwiających osiągnięcie zakładanych celów i założeń. Dodatkowo, Minister Rodziny zobowiązany do inicjowania zmian w Programie w zakresie stosowanych instrumentów, okazał się bezskuteczny. [str. 164–165]

Minister Zdrowia odpowiedzialny za monitorowanie realizacji sześciu najważniejszych działań Programu, dotyczących zaopatrzenia zdrowotnego rodzin, nie wykonywał istotnej części obowiązków przewidzianych w ramach sprawowanego monitoringu, a niektóre z nich realizował w sposób nierzetelny. Podczas sprawowanego monitoringu polegał na niepełnych danych, uzyskiwanych z NFZ, niepozwalających na dokonanie rzetelnej diagnozy napotkanych trudności w realizacji części działań, uniemożliwiających w rezultacie osiągnięcie części założonych celów i wskaźników. [str. 165–168]

Również wojewodowie, zobowiązani do monitorowania realizacji Programu na terenie województwa, w każdym przypadku sprawowali go w sposób nierzetelny. W szczególności nie zbierali pełnych informacji o realizacji Programu oraz nie dokonywali bieżącej oceny instrumentów. Najczęściej ograniczali swoje zainteresowanie do wybranych działań, w szczególności współrealizowanych przez urząd wojewódzki. [str. 168–170]

Brak rzetelnego rozpoznania potrzeb grup docelowych Programu

NIK ustaliła, że **nie ma w kraju instytucji, która dysponowałaby pełnymi danymi dotyczącymi liczby rodzin z dzieckiem legitymującym się stosownym zaświadczeniem**, czyli jednej z najistotniejszych grup docelowych zaprogramowanej – w ustawie o wsparciu oraz Programie „Za życiem" – pomocy. Zgromadzenie zaś danych dotyczących liczby i lokalizacji rodzin z dzieckiem, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie ciąży wydaje się konieczne celem zracjonalizowania procesu planowania i lokowania rodzajów pomocy. Wiedza w tym zakresie mogłaby stać się jedną z przesłanek do optymalnego rozdysponowania środków. Należy bowiem mieć na względzie, że grupą docelową kilku działań Programu „Za życiem" są właśnie dzieci z zaświadczeniem, a w niektórych przypadkach jedyną. W odniesieniu do niemal wszystkich działań Programu, NIK stwierdziła nierozpoznawanie rozmiaru potrzeb i liczebności grup docelowych. Ewentualnego rozpoznania dokonywano poprzez umożliwienie jst zgłaszania zapotrzebowania, jednak często nie wiązało się to z określeniem potrzeb ostatecznych beneficjentów, a jedynie możliwości finansowych jst. Dodatkowo, w przypadku grup docelowych części działań, w szczególności 2.5. i 3.2., rozpoznania dokonywano w odniesieniu do ogółu osób szukających tego

rodzaju wsparcia, co w rezultacie nie pozwalało na zwymiarowanie skali rzeczywistych potrzeb grupy docelowej w działaniu i faktycznego ich zaspokojenia. [str. 109–112, 118–121, 156–158]

Niezapewnienie zaprogramowanej bazy informacyjnej

NIK szczególnie krytycznie ocenia brak realizacji przez KPRM działania 5.2., skutkującego nieutworzeniem bazy danych i portalu o formach wsparcia dla rodziny, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, pomimo upływu czterech lat funkcjonowania Programu. Portal taki mógłby zapewnić niezbędną bazę informacji o dostępnych formach wsparcia dla rodzin, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, tak jak zakładano – w każdym powiecie. Pracownicy większości kontrolowanych jst oraz OKRO sygnalizowali brak wiedzy klientów o oferowanych formach wsparcia, co mogło skutkować brakiem lub niewielką ich aktywnością w pozyskiwaniu dedykowanej pomocy. Poprzestano jedynie na opracowaniu przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Rodziny, informatora o uprawnieniach przysługujących na podstawie ustawy o wsparciu. Informator zawierał zakres świadczeń zdrowotnych oraz socjalnych. [str. 160]

Minister Zdrowia rozpoczął realizację działań wynikających z Programu „Za życiem" zgodnie z przyjętym harmonogramem stanowiącym załącznik do Programu, przy czym z uwagi na trwające prace nad wdrożeniem aktów prawnych, realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej rozpoczęto dopiero od 2018 r. [str. 41–45]

Niezapewnienie skoordynowanej opieki nad kobietą w ciąży we wszystkich województwach kraju – działanie 1.1.

Wprowadzone rozwiązania prawne nie umożliwiły w pełni realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach działań 1.1., oraz we wszystkich województwach. Potencjalni świadczeniodawcy w toku kontroli zgłaszali liczne bariery i trudności, które w ich ocenie stanowiły o braku przystąpienia do realizacji świadczeń[8].

W okresie objętym kontrolą przybywało świadczeniodawców, rosła też liczba kobiet objętych opieką, jednak nadal na koniec I półrocza 2020 r., **świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej, nie realizowano w sześciu województwach.** Potencjalni świadczeniodawcy, w szczególności II poziomu referencyjności, za zbyt ryzykowny uznali przyjęty sposób płatności, tj. po porodzie zakończonym wypisaniem ze szpitala lub przeniesieniem na inny oddział szpitalny ze wskazań medycznych, w sytuacji gdy nie mieli pewności, że ów poród nastąpi w ich szpitalu. Ponieważ znacząca większość kobiet w ciąży korzysta z ambulatoryjnych świadczeń prywatnie u tych samych lekarzy, którzy udzielają świadczeń w szpitalach, świadczeniodawcy obawiali się wprowadzenia KOC II/III wobec konfliktu interesów. Łącznie wsparciem w latach 2017–2020 (I półrocze) objęto 114 808 kobiet. Środki finansowe przeznaczone na sfinansowanie KOC II/III w badanym okresie corocznie wielokrotnie przekraczały kwoty ujęte w planie finansowym Programu (na każdy rok realizacji działania zaplanowano środki w wysokości 66 000,0 tys. zł).

[8] Informacje od potencjalnych świadczeniodawców uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Położne POZ nie zostały włączone w prowadzenie ciąży fizjologicznej w sześciu województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, opolskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim[9]. Łącznie położne POZ objęły opieką 3401 kobiet, w każdym roku stanowiły one ledwie 0,2% kobiet ciężarnych.

Pomimo wprowadzenia możliwości finansowania wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego dla kobiet w ciąży powikłanej oraz z płodem z nieuleczalną wadą letalną i po porodzie, to forma tego wsparcia była realizowana na minimalnym poziomie. Odsetek kobiet korzystających ze wsparcia psychologicznego w ramach Programu w okresie objętym kontrolą nie przekraczał 0,5%. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez NFZ[10] pacjentki w głównej mierze korzystały ze świadczeń: psychologiczno-psychiatrycznych oraz psychologicznych ogólnodostępnych w ramach świadczeń kontraktowanych przez NFZ, poza ustawą o wsparciu. [str. 45–50, 62–66]

Wysoki stopień wdrożenia badań prenatalnych – działanie 1.2.

W dużym stopniu realizowany był Program badań prenatalnych, który jednak został wdrożony w kraju już kilku lat wstecz, w okresie przed uchwaleniem Programu „Za życiem".

Świadczenia w zakresie PBP w latach 2017–2020 (I półrocze) realizowane były we wszystkich województwach, jednakże w części województw tylko przez nielicznych świadczeniodawców. Z danych przedstawionych przez NFZ wynikało, iż w stosunku do trzech lat wstecz przed wprowadzeniem Programu „Za życiem" wystąpiła tendencja zwyżkowa dostępności do badań prenatalnych w odniesieniu do danych ogółem ze wszystkich 16 województw, zarówno pod względem liczby udzielonych świadczeń, jak i liczby świadczeniodawców. Mimo iż z roku na rok zmniejszała się liczba kobiet objętych Programem, to nadal odsetek tych kobiet w stosunku do liczby kobiet w ciąży ogółem utrzymywał się na poziomie 20%. [str. 51–53, 66–68]

Niewielki stopień wdrożenia perinatalnej opieki paliatywnej – działanie 1.3.

W niewielkim stopniu wykonywane były świadczenia w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. W czterech województwach – pomimo ogłaszanych konkursów – brak było świadczeniodawców zainteresowanych ich realizacją, bądź spełniających warunki do ich realizacji. Mimo to należy wskazać, że wzrosła liczba rodzin korzystających ze świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej. Odpowiednio w latach 2018–2020 (I półrocze) skorzystało z niej: 289; 476; 193 pacjentów/rodzin, przy czym ok. 80% świadczeń udzielonych zostało przez jednego świadczeniodawcę w województwie mazowieckim. Zatem nadal pozostaje niezrealizowany wniosek Najwyższej Izby Kontroli, skierowany do Prezesa NFZ, o: zapewnienie w ramach nadzoru sprawowanego nad OW NFZ – świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie wszystkich województw[11].

[9] Z danych NFZ wynikało, iż w skali kraju liczba położnych POZ we wszystkich województwach w latach 2017–2020 (I półrocze) wynosiła odpowiednio: 4865, 4877, 4876 oraz 4797. Według stanu na koniec I półrocza 2020 r. liczba położnych POZ w województwach, w których nie prowadzono ciąży fizjologicznej wynosiła odpowiednio: 316, 371, 365, 66, 154 oraz 205.

[10] Informacje od Prezesa NFZ uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

[11] Wniosek sformułowano w opublikowanej 18 września 2019 r. Informacji o wynikach kontroli P/18/063 Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/opieka-paliatywna-i-hospicyjna.html [dostęp 21 kwietnia 2021 r.].

W niewielkim stopniu realizowane było wsparcia psychologiczne w ramach perinatalnej opieki paliatywnej. W kolejnych latach ze świadczeń tych skorzystało: w 2018 r. – 50 kobiet, w 2019 r. – 310 kobiet, w 2020 r. (I półrocze) – 203 kobiety. [str. 53–56, 68–69]

Niewielki stopień wdrożenia DOK – działanie 2.1.

Wprowadzone rozwiązania prawne, przewidziane w realizacji działania 2.1., nie umożliwiły w pełni koordynację świadczeń neonatologiczno-pediatrycznych na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Z zakładanych 30 wyspecjalizowanych ośrodków, w poszczególnych latach objętych kontrolą ich liczba zmniejszyła się z ośmiu (w 2018 r.) do sześciu (I półrocze 2020 r.), a w każdym województwie występował tylko jeden świadczeniodawca. Ponadto realizacja Programu zdrowotnego nie wpłynęła na zwiększenie zainteresowania świadczeniodawców udzielaniem świadczeń DOK. Potencjalni świadczeniodawcy wskazywali, iż najczęściej nie mieli możliwości spełnienia warunków dotyczących zapewnienia wymaganej kadry, a przyjęty sposób rozliczania świadczeń uniemożliwiłby sfinansowanie prowadzonej dotychczas działalności leczniczej.

Dopiero w październiku 2020 r., z uwagi na niewielką liczbę świadczeniodawców realizujących DOK oraz świadczeniobiorców objętych opieką, Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ zwróciła się do NFZ z prośbą o przedstawienie możliwych rozwiązań, mających na celu zapewnienie większej dostępności i efektywności udzielanych świadczeń w ramach DOK oraz przedstawiła propozycje modyfikacji DOK, nie wypracowano jednak żadnych rozwiązań. [str. 56–60, 69–71]

Osiągnięcie celu dotyczącego utworzenia banków mleka – działanie 2.2.

W celu zwiększenia dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, które nie mogą być odżywiane mlekiem biologicznej matki[12] (działanie 2.2.) **utworzono sieć banków mleka kobiecego i w ciągu dwóch lat realizacji Programu osiągnięto założoną w Programie ich liczbę, tj. 13**.

W ramach organizowanych konkursów wyłoniono siedmiu realizatorów działania 2.2. w 2017 r. i sześciu w 2018 r. Dzięki temu, już w 2018 r., osiągnięto zakładaną docelową liczbę banków mleka, tj. 13. Nie rozpoczęto zaś szkoleń dedykowanych personelowi medycznemu zajmującemu się prowadzeniem banków mleka oraz personelowi medycznemu podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny II lub III stopnia referencyjności.

Liczba dzieci żywionych mlekiem pochodzącym z banku mleka kobiecego co roku się zwiększała i wyniosła w latach 2017–2020 odpowiednio: 46 dzieci (dwa banki mleka), 1551 dzieci (osiem banków mleka), 3301 dzieci

[12] Tj. urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 37 tygodni lub masą urodzeniową <=2500 g, donoszonym w stanie ciężkim, ze szczególnym uwzględnieniem tych, u których zdiagnozowano ciężkie lub nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu lub wymagającym żywienia enteralnego.

(13 banków mleka) oraz 4035 dzieci (13 banków mleka). Liczba zaś podmiotów, którym przekazano mleko z banków mleka zwiększyła się trzykrotnie z siedmiu w 2018 r. do 21 w 2020 r. [str. 60–61, 71–72]

Niewielki stopień wdrożenia wczesnej rehabilitacji najciężej chorych dzieci – działanie 2.3.

Nie udało się w pełni zrealizować świadczeń w zakresie wczesnej rehabilitacji dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Podmioty uprawnione do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych na podstawie ustawy o wsparciu w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym występowały w każdym województwie, jednak przeszkodą w ich realizacji był brak wymaganych umów na realizowanie świadczeń z zakresu DOK. [str. 61, 72]

Świadczenia KO-CZR w okresie objętym kontrolą realizowało w 2017 r. pięciu świadczeniodawców, w 2018 r. – siedmiu świadczeniodawców, w 2019 r. oraz 2020 (I półrocze) – sześciu świadczeniodawców i tylko w czterech województwach, tj. lubelskim, łódzkim, podlaskim i śląskim. Potencjalni świadczeniodawcy jako przyczynę braku zawarcia umów w zakresie KO-CZR najczęściej (21 przypadków) wskazywali brak możliwości spełniania warunków niezbędnych do realizacji umowy, w szczególności w zakresie potencjału kadrowego (18 przypadków). [str. 72–74]

Prawidłowa realizacja Programu polityki zdrowotnej

Realizując Program zdrowotny prawidłowo przeprowadzano konkursy na wyposażenie podmiotów realizujących działania w zakresie koordynacji neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci, banków mleka oraz wczesnej rehabilitacji dzieci (działania 2.1., 2.2. i 2.3.).

Zakup z Programu zdrowotnego urządzeń do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń mowy nie cieszył się zbytnim zainteresowaniem. W październiku 2017 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs w powyższym zakresie, w ramach którego wybrano tylko dwie zgłoszone oferty.

Analiza umów zawartych w ramach postępowań konkursowych na realizację Programu zdrowotnego wykazała, że zleceniobiorcy zakupili sprzęt zgodny z umową i przedłożyli niezbędne do rozliczenia dokumenty w wymaganym terminie. Ministerstwo Zdrowia prawidłowo realizowało zapisy umów zawartych w ramach Programu zdrowotnego, dotyczące nakładania i egzekwowania kar finansowych w przypadku opóźnień świadczeniodawców w zakresie m.in. przedkładania wymaganych dokumentów.

Realizacja Programu zdrowotnego nie wpłynęła na zwiększenie zainteresowania świadczeniodawców udzielaniem świadczeń w zakresie koordynowanej opieki neonatologiczno-pediatrycznej (DOK).

Z uwagi na małą liczbę ośrodków udzielających świadczeń w ramach działania 2.1. i 2.3. nie udało się wydatkować środków pierwotnie zaplanowanych w Programie „Za życiem", jak i Programie zdrowotnym. [str. 75–80]

Nieosiągnięcie założeń dotyczących wczesnego wspomagania rozwoju dziecka – działanie 2.4.

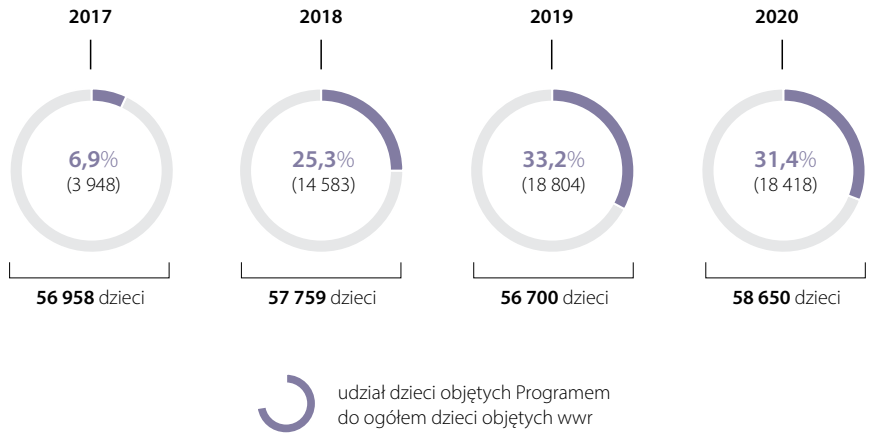
Pomimo zapisów Programu „Za życiem" dotychczas nie powstał Krajowy Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjny. MEN wskazał, że zapisyProgramu „Za życiem" w tym zakresie wykraczają poza przepisy prawa oświatowego i nie będą mogły być realizowane.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Program „Za życiem" przewidywał utworzenie docelowo 380 powiatowych placówek realizujących kompleksowe wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – w każdym powiecie powinien powstać jeden ośrodek. Tymczasem, w latach 2019–2020 r. działanie 2.4. realizowane było przez 307 powiatów[13] w 16 w województwach.

Przyjęte przez MEN zasady ustalania wysokości dotacji odpowiadały założeniom Programu oraz rozporządzenia w sprawie OKRO. Odsetek dzieci, na podstawie którego przygotowano symulację kosztów na lata 2017–2021 wynosiła odpowiednio 5%, 7%, 8%, 10% i 10% z ok. 48 000 dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju w systemie oświaty. Tymczasem udział dzieci ogółem objętych wsparciem Programu w poszczególnych latach objętych kontrolą w stosunku do liczby dzieci ogółem objętych wwr w systemie oświaty rósł i stanowił odpowiednio: 7%, 25%, 33% oraz 31%. Szczegółowe dane prezentuje infografika. [str. 80–83]

Infografika nr 7
Dzieci objęte wsparciem Programu w stosunku do dzieci objętych wwr w systemie oświaty



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Nie w pełni prawidłowe warunki organizacyjne w OKRO

Każda z sześciu skontrolowanych jednostek rozpoczęła realizację działania 2.4. w grudniu 2017 r. Budynki czterech placówek, które powiaty wyznaczyły do pełnienia funkcji OKRO były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych (SOSW w Bartoszycach, ZPSWR w Cudzynowicach, PPP w Gostyniu oraz Wysokiem Mazowieckiem).

Powiaty co do zasady nie zatrudniały koordynatora Programu, obowiązki te najczęściej powierzano nieodpłatnie dyrektorom lub pracownikom placówek, z wyjątkiem dwóch jednostek, które **niezgodnie z zapisami § 4 ust. 3 Porozumienia sfinansowały z dotacji wypłatę wynagrodzenia w łącznej wysokości 5830,12 zł za administrowanie oraz promocję Programu.**

[13] W Polsce jest 314 powiatów oraz 66 miast na prawach powiatu. Przez powiat, na potrzeby niniejszej informacji, należy również rozumieć miasto na prawach powiatu.

Każda z sześciu placówek zgodnie z Porozumieniem kwotę 15,0 tys. zł przeznaczyła na zakup pomocy dydaktycznych. Przeprowadzone w toku kontroli oględziny potwierdziły zakupy sprzętu sfinansowanego z dotacji oraz ich obecność w salach terapeutycznych.

Na potrzeby realizacji Programu, OKRO zatrudniały od pięciu do nawet 29 terapeutów i specjalistów, którzy w większości posiadali wymagane kwalifikacje (cztery z sześciu). Specjaliści fizjoterapii i rehabilitacji ruchowej realizujących terapię w Poradni w Wysokiem Mazowieckiem (trzech) oraz w Poradni w Gostyniu (jeden w marcu 2018 r., kolejny od kwietnia 2018 r. do grudnia 2020 r.) nie posiadali przygotowania pedagogicznego, a jeden również ukończonych studiów. Tym samym nie posiadali kwalifikacji do prowadzenia zajęć wwr określonych w § 15 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia MEN z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od nauczycieli[14].

W przypadku dwóch poradni specjaliści realizowali wsparcie Programu na podstawie godzin ponadwymiarowych (w ramach pensum), co doprowadziło do wypłaty wynagrodzenia niezgodnie z założeniami Programu (Formy realizacji) i Porozumienia (§ 4 ust. 5), zgodnie z którymi OKRO zapewnia usługi terapeutów na podstawie podpisanej umowy płatne w wysokości 60 zł za godzinę.

Nie we wszystkich OKRO rzetelnie prowadzono dokumentację dotyczącą rozliczenia umów ze specjalistami. W połowie badanych placówek dokumentacja związana z rozliczeniem umów zawieranych ze specjalistami prowadzona była w sposób nierzetelny, przede wszystkim nie precyzowano w nich sposobu rozliczania i dokumentowania zrealizowanych usług.

Skutkiem tego było nienależne wypłacenie ze środków dotacji kwoty 17 580 zł (293 godziny), tj. 12% skontrolowanej dotacji. W związku z powyższym wskazano na konieczność zwrotu dotacji oraz korektę sprawozdań przekazanych do MEN za lata 2017–2019.

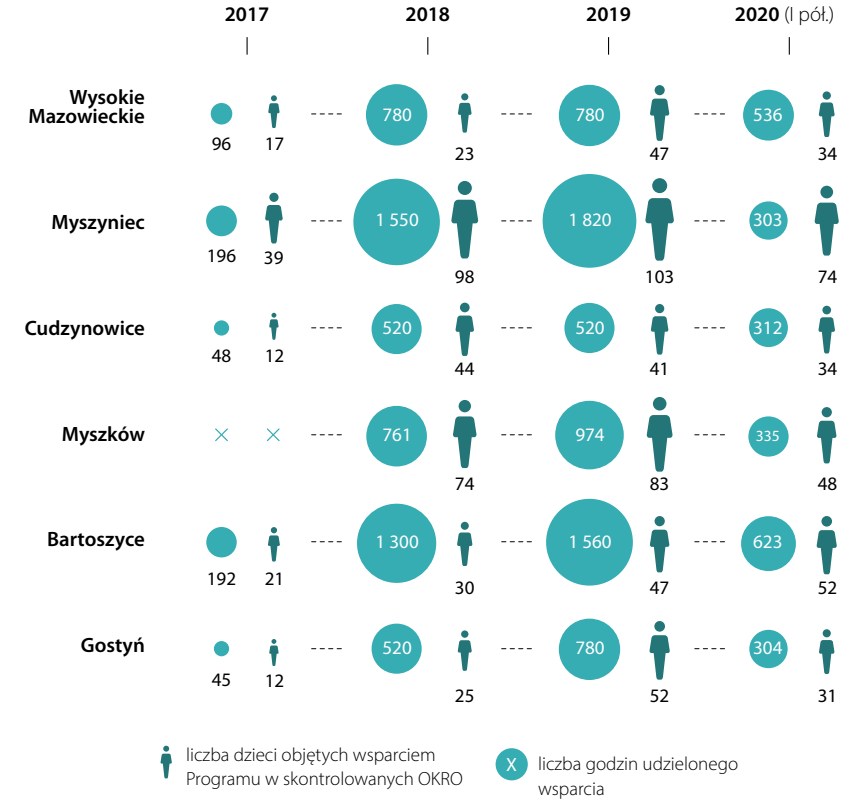
Wykorzystanie środków z dotacji w latach 2017–2019 w większości skontrolowanych OKRO przekroczyło 90%. Wszystkie sprawozdania z realizacji działania przekazano do MEN terminowo, jednakże nie wszystkie zawierały rzetelne dane. [str. 83–91]

Rozproszenie pomocy udzielanej dzieciom

Liczba dzieci objętych Programem w skontrolowanych OKRO w poszczególnych latach stale rosła, co prezentuje infografika.

[14] Dz. U. z 2020 r. poz. 1289.

Infografika nr 8
Dzieci objęte Programem w skontrolowanych OKRO



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Liczba dzieci objętych Programem z każdym rokiem przekraczała liczbę dzieci objętych wwr w powiecie oraz objętych wwr w kontrolowanej placówce, co doprowadziło do znacznego rozproszenia udzielanej pomocy, średnio nieprzekraczającej najczęściej 1,5 godziny miesięcznie, przy możliwych 20 godzinach na jedno dziecko. [str. 91]

Od 18% do 52% dzieci objętych Programem nie posiadało opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Ani w zapisach Porozumienia ani Programu nie sformułowano precyzyjnych zasad sposobu kwalifikacji dzieci do objęcia wsparciem Programu. Jedyne zapisy w tym zakresie określono w części *Formy realizacji* działania 2.4., w której wskazano na konieczność wyodrębnienia placówek, które zapewniłyby kompleksowe działania w ramach wczesnego wspomagania rozwoju. Miałyby one objąć kompleksową opieką ok. 20% dzieci (z ok. 47 000) realizujących wczesne wspomaganie rozwoju prowadzone w systemie oświaty (tzw. klasyczny wwr).

Brak wytycznych odnośnie kwalifikacji dzieci do objęcia wsparciem Programu

Ani MEN, ani MZ, nie określiły katalogu schorzeń kwalifikującego dzieci do objęcia wsparciem Programu, dlatego też placówki w tym zakresie kierowały się własnym osądem.

Wydane – na podstawie art. 90v ust. 5 ustawy o systemie oświaty – rozporządzenie w sprawie OKRO, wymieniając jego obligatoryjne zadania (§ 1 pkt 1 ppkt 4), wskazuje na obowiązek organizowania wwr na warunkach i w formach określonych w przepisach wydanych na podstawie

art. 127 ust. 19 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe. Analogiczny zapis zawarto w Porozumieniach zawieranych z powiatami (§ 4 ust. 3 pkt 1 Porozumienia).

W tak określonym porządku prawnym, **w ocenie NIK wczesne wspomaganie rozwoju dziecka określone w rozporządzeniu w sprawie OKRO, powinno być organizowane na bazie klasycznego wwr ze wszystkimi wymienionymi w rozporządzeniu w sprawie wwr obowiązkami.** [str. 92–94]

Grupie 114 dzieci – w latach 2018–2020 (I półrocze) – zamiast wsparcia wwr ramach Programu, wykonano jedynie diagnozy, które Poradnia w Myszkowie powinna była realizować w ramach zadań statutowych, o których mowa w § 2 rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych[15]. [str. 95]

Nie w pełni prawidłowe planowanie i realizacja wwr

Dyrektorzy dwóch (w Gostyniu oraz Wysokiem Mazowieckiem) z sześciu skontrolowanych placówek **nie powołali zespołów wwr dla realizacji wsparcia w ramach Programu „Za życiem”,** a skład zespołu wwr powołanego w SOSW w Bartoszycach okresie od 11 grudnia 2017 r. do 27 kwietnia 2018 r. był niezgodny z § 3 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie wwr (nie było psychologa).

Nie wszystkie skontrolowane OKRO realizowały wsparcie wwr w ramach Programu na zasadach określonych w rozporządzeniu w sprawie wwr, co stanowiło naruszenie § 1 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie OKRO oraz zapisów § 4 ust. 3 pkt 1 Porozumienia.

Połowa placówek nie opracowywała dokumentacji wczesnego wspomagania z należytą szczegółowością określoną w rozporządzeniu w sprawie wwr.

Stwierdzono ponadto przypadki niezapewnienia pełnego wsparcia wynikającego z opinii o potrzebie wwr (Cudzynowice) **oraz niezapewnienia minimalnego wymiaru godzinowego wsparcia wwr** (Wysokie Mazowieckie i Myszków). W pozostałych przypadkach wsparcie realizowane było prawidłowo. [str. 96–99]

Zapewnienie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny

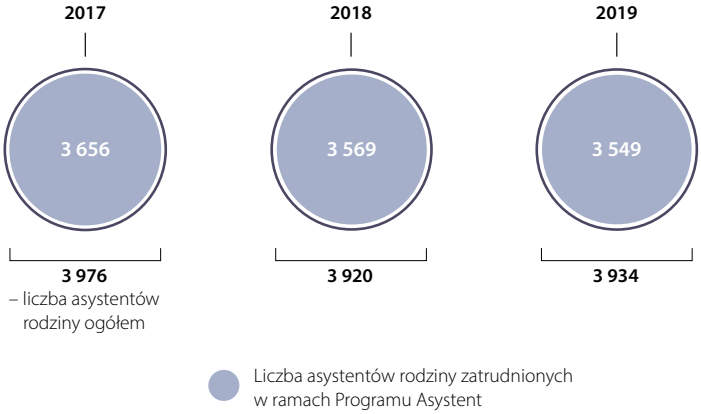
Pokładane przez ustawodawcę oraz autorów Programu „Za życiem” nadzieje związane z uczynieniem asystenta rodziny ważnym, kluczowym ogniwem wsparcia w procesie niesienia pomocy kobietom w ciąży oraz najciężej chorym dzieciom legitymującym się stosownym zaświadczeniem (działanie 5.1.), w szczególności w zakresie koordynacji zaprogramowanego wsparcia, okazały się płonne. U podstaw planowanych zmian leżał zamiar poszerzenia zakresu działania asystenta rodziny, upowszechnienia oferowanych przez niego usług, a także istotnego wzrost liczby profesjonalnie przygotowanych asystentów rodziny. Nie osiągnięto jednak żadnego z zakładanych rezultatów Programowanych zmian.

[15] Dz. U. z 2013 r. poz. 199.

Nieosiągnięcie założeń dotyczących roli asystenta rodziny w systemie wsparcia – działanie 5.1.

W szczególności, nie nastąpił istotny wzrost liczby asystentów. Wręcz przeciwnie, w efekcie kolejnych decyzji Ministra Rodziny, nastąpił spadek zatrudnianych w kraju asystentów. **NIK krytycznie oceniła** decyzje skutkujące istotnym zmniejszaniem poziomu dofinansowania wynagrodzeń asystentów (o niemal 30% w przypadku zatrudniania na podstawie umowy o pracę oraz o niemal 50% – umowy zlecenia na przestrzeni tylko trzech lat) oraz wypłacie w 2020 r. jedynie jednorazowego tzw. dodatku Covidowego. Decyzja ta wpłynęła na obniżenie dofinansowania wynagrodzenia asystenta o 93%. Ogłaszanie i realizowanie Programu Asystent rodziny dopiero w połowie roku również nie zachęcało jst do udziału w tym Programie, gdyż uzyskiwały one środki na realizację zadania praktycznie pod koniec roku (październik). Łączną liczbę asystentów rodziny w latach 2017–2019 prezentuje infografika.

Infografika nr 9
Liczba asystentów rodziny ogółem zatrudnionych w kraju (podkreślnik), w tym liczba asystentów rodziny zatrudnionych w ramach corocznie ogłaszanego przez MRiPS programu asystent rodziny (koła)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

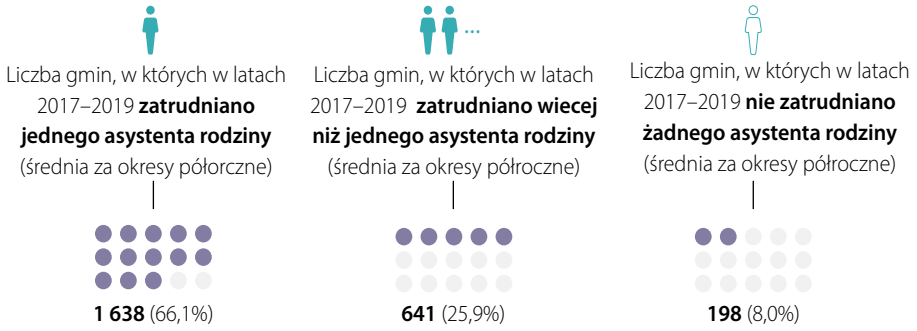
Pomimo sformułowania przez NIK już w 2015 r., po kontroli P/14/048 *Funkcjonowanie asystentów rodziny w świetle ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,* zastrzeżeń i uwag w przedmiotowym obszarze Ministerstwo Rodzinny kontynuowało przyjęte praktyki. **NIK ponawia ocenę, że późne ogłaszanie Programu Asystent rodziny skutkowało sytuacją, w której gminy przez większą część roku finansowały zadanie, bez żadnej gwarancji uzyskania dofinansowania. Niezapewnienie płynnego finansowania, głównie z powodu braku pewności otrzymania środków z Programu resortowego, mogło skutkować wstrzymywaniem się przez OPS-y z zatrudnianiem asystentów, a także destabilizować kadrę. Taka zaś sytuacja nie służyła budowaniu trwałych więzi pomiędzy asystentem a rodziną, więzi mającej szczególnie delikatny, intymny charakter, zbudowanej na zaufaniu, wynikającym ze wzajemnego doświadczenia w pokonywaniu trudności.** Na dużą rotację i istotne problemy w znalezieniu chętnych do pracy na stanowisku asystenta rodziny wskazują wyniki kontroli zarówno w urzędach

wojewódzkich, jak i jst. Kierownicy tych jednostek diagnozowali tą trudność jako główną, podstawową w badanym obszarze. [str. 147–148]

Na skutek decyzji MRiPS, grupa docelowa działania 5.1, a więc kobiety w ciąży i najciężej chore dzieci z terenu około 200 gmin zostali całkowicie pozbawieni możliwości wsparcia, bowiem gminy nie zatrudniały żadnego asystenta[16]**.** Sytuacja taka miała miejsce (przynajmniej w dłuższej perspektywie, kilkunastu/kilkudziesięciu miesięcy) w tak dużych gminach jak: Chełm, Gniezno, czy Jarocin. NIK podkreśla, że w świetle założeń ustawy o wsparciu, pozycja asystenta ukonstytuowana została w sposób szczególny, tj. stał się on jedynym podmiotem tak określonego rodzaju wsparcia, zyskującym szczególne uprawnienia i obowiązki, dedykowanego szczególnej grupie beneficjentów. Ani ustawa o wsparciu ani Program „Za życiem" nie przewiduje alternatywnego podmiotu tak zdefiniowanego wsparcia.

W kolejnych zaś 1638 gmin (66,1%) **zatrudniano tylko jednego asystenta** (np. w Ustce, Namysłowie, Nowej Soli, Słubicach). W takich przypadkach, w ocenie NIK, nasuwają się uzasadnione wątpliwości co do jakości niesionej pomocy, możliwego i rzeczywistego zaangażowania takiego asystenta w koordynowanie pomocy potrzebującej rodzinie. [str. 146–147]

Infografika nr 10
Liczba gmin, w których w latach 2017–2019 zatrudniano asystenta rodziny



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Minister Rodziny uzasadniając podejmowane decyzje każdorazowo odwoływał się do ograniczoności środków i charakteru zadania (własne jst). **NIK zauważa jednak, że wysokość środków przyznanych jst w latach 2017–2020 (niemal 174,5 mln zł) istotnie odbiegała od zaprogramowanych w planie finansowym Programu „Za życiem" (o ponad 100 mln zł), który przewidywał przeznaczenie na ten cel 280 mln zł. Gdyby faktycznie przeznaczono środki w planowanej wysokości, sytuacja na rynku pracy asystenta rodziny mogłaby być istotnie lepsza. Po raz kolejny, doszło do sytuacji, w której ustawodawca nakłada na jst obowiązki, nie gwarantując przy tym niezbędnego wsparcia finansowego.** [str. 148]

Ministerstwo rozdysponowując, i tak ograniczone, środki nie wdrożyło instrumentów umożliwiających wyeliminowanie przypadków

[16] Na terenie kraju funkcjonuje 2477 gmin.

gmin niezatrudniających żadnego asystenta bądź przynajmniej ich ograniczenie, czyniąc na przykład taką informację jedną z przesłanek w procesie rozdysponowywania środków w ramach Programu Asystent rodziny. Podobnie, informacja o liczbie i lokalizacji udzielanych koordynacji mogłaby stać się racjonalnym kryterium przydziału środków. Minister Rodziny, w trakcie kontroli NIK, konsekwentnie stał na stanowisku, wedle którego koordynacja jest jednym z wielu, bieżących zadań asystentów rodziny i nie zasługuje na szczególne wyodrębnienie. **Pomimo dysponowania tak obrazotwórczym instrumentem, jakim jest Centralna Aplikacja Statystyczna, dzięki której możliwe byłoby pozyskanie w prosty sposób całościowych danych dotyczących koordynacji z terenu całego kraju (co uczyniła część wojewodów), Minister nie podjął inicjatywy i nie zgromadził niezbędnych informacji.** [str. 146–147]

Innym, cennym źródłem informacji mogłyby stać się dane, pozyskiwane w ramach sprawowanego monitoringu przez Ministra Rodziny nad wojewodami, odnoszące się do zawartych przez wojewodów umów z jst na prowadzenie koordynacji, których zawieranie zaplanował ustawodawca w art. 9 ust. 4 ustawy o wsparciu. Na skutek jednak niezrozumiałego stanowiska MRiPS o braku zasadności rozdzielania zadań asystenta rodziny, wojewodowie takich umów nie zawierali lub od praktyki takiej odstąpili.

Na skutek opisanych zaniechań nie jest możliwe dokonanie oceny stopnia realizacji zakładanego celu polegającego na upowszechnieniu oferowanych usług asystenta rodziny w grupie docelowej działania na terenie całego kraju. [str. 146–147]

Kontrole przeprowadzone u wojewodów wykazały jednak bardzo niskie, a nawet minimalne, zainteresowanie grupy docelowej tą formą wsparcia. Do gmin sześciu województw wpłynęło łącznie jedynie 471 wniosków o koordynację. Najwięcej koordynacji podjęto w województwie mazowieckim (197), a w podlaskim jedynie cztery. Wyniki kontroli pokazały, że przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w dwóch obszarach. Po pierwsze, usytuowaniu wsparcia w ośrodku realizującym pomoc społeczną. Placówce kojarzonej ze zjawiskami patologicznymi, przemocowymi oraz biedą i wynikającą z tego niechęcią rodzin do korzystania w nich ze wsparcia. Nie bez znaczenia pozostaje też generalnie niska wiedza rodzin na temat roli i zadań asystenta rodziny. Po drugie, co najistotniejsze – **skoncentrowaniu uwagi rodzin z chorym dzieckiem, zwłaszcza w początkowym okresie występowania trudności, na konieczności zaopatrzenia zdrowotnego i poszukiwaniu pomocy pośród służb medycznych, szczególnie utrudnionej wobec stwierdzonych w toku kontroli braku DOK-ów.** [str. 149–153]

W konsekwencji około połowę rodzin objętych wsparciem asystenta koordynatora stanowiły rodziny będące wcześniej (przed złożeniem wniosku o koordynację) klientami OPS. Klientami pobierającymi różnorakie zasiłki bądź korzystającymi z pomocy w związku ze stwierdzonymi w rodzinie trudnościami opiekuńczo-wychowawczymi bądź stosowaniem przemocy. **NIK stwierdziła również, że co do zasady, pomoc świadczona przez asystenta koordynatora kompleksowej pomocy m.in. rodzinom**

z dzieckiem legitymującym się stosownym zaświadczeniem nie różniła się od wsparcia udzielanego rodzinom z dzieckiem ze stwierdzoną niepełnosprawnością, nieposiadającym jednak takiego zaświadczenia. Analiza porównawcza dokumentacji sporządzonej przez asystentów dla obu grup klientów wykazała, że sporządzano identyczne dokumenty, podobnie też, w zależności od rodzaju trudności w przypadku obu grup asystenci występowali do właściwych podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia. **Oznacza to, że zaprogramowana grupie docelowej pomoc w postaci wsparcia asystenta rodziny – nie wniosła żadnych zmian, nie przyniosła żadnych dodatkowych korzyści**.

W toku kontroli NIK, jst sygnalizowały o pilnej potrzebie szkoleń asystentów rodziny w związku z nałożeniem na nich nowych zadań, szczególnie w zakresie oczekiwanej przez rodziny wiedzy medycznej dotyczącej poradnictwa o badaniach, rehabilitacji, konsultacjach medycznych. Pomimo tego, **Ministerstwo Rodziny w niewielkim stopniu zadbało o przygotowanie asystentów do wykonywania nowych obowiązków.** Zorganizowało bowiem jedynie trzy jednodniowe szkolenia w marcu 2017 r. dla łącznie 600 osób, w tym asystentów rodziny. [str. 148–151, 153–156]

Niezadowalający poziom tworzenia warunków pobytowych i mieszkaniowych

Bardzo ważnym obszarem wsparcia, wedle założeń i celów Programu „Za życiem", miały stać się działania gwarantujące zapewnienie osobom niepełnosprawnym przyjaznych, dostosowanych do ich potrzeb warunków pobytowych i mieszkaniowych, pomocnych w usamodzielnieniu się. Działania te miały również na celu umożliwienie opiekunom podjęcie zatrudnienia albo po prostu niezbędny odpoczynek. W ramach tego obszaru zaprojektowano aż 11 działań, których realizacja przyniosła zróżnicowane efekty.

Niewysoki stopień osiągniecia celu dotyczącego DMD – działanie 1.4.

W niewysokim stopniu udało się osiągnąć cel zaprogramowany dla działania 1.4. Rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Z zaplanowanych w Programie „Za życiem" funkcjonowanie docelowo 40 domów (co oznaczało konieczność powstania 18)[17], w czterech latach działania Programu, udało się zrealizować zaledwie siedem. Nie osiągnięto w pełni również celu polegającego na utworzeniu domów w województwach, w których nie funkcjonował żaden dom lub tylko jeden, tak by w każdym z nich działały co najmniej po dwa. Na koniec 2020 r., nadal na mapie kraju występują tzw. białe plamy w tym zakresie, żaden bowiem dom nie funkcjonuje aż w pięciu województwach (wielkopolskie, podlaskie, podkarpackie, małopolskie, opolskie), a w trzech działa tylko jeden (łódzkie, świętokrzyskie, kujawsko-pomorskie).

W ocenie NIK, kluczowy wpływ na to miał zaproponowany przez Ministra Rodziny, w latach 2017–2019, zbyt niski poziom dofinansowania inwestycji w wysokości 50%. W okresie tym z zaplanowanej na realizację działania kwoty 11.600 tys. zł wykorzystano jedynie 11,6%.

NIK oceniła, że podejmując decyzje w zakresie dofinansowania inwestycji nie zawsze kierował się przyjętym założeniem o pierwszeństwie dofinansowania inwestycji w województwach, w których brak jest takich placówek,

[17] W załączniku nr 1 do Programu – Zasoby instytucjonalne wskazano funkcjonowanie 22 domów na koniec 2015 r.

ewentualnie tylko jedna, a dodatkowo, argumentacja MRiPS przywołana w przypadku decyzji odmawiających przyznanie środków wskazująca na nieefektywność i nieracjonalność projektów zakładających bardzo małą liczbę miejsc (w 2019 r.) nie była konsekwentna. [str. 100–104]

W trzech z sześciu kontrolowanych województw, tj. wielkopolskim, podlaskim i mazowieckim[18], w żadnym zakresie nie realizowano działania 1.4. Potrzeby kobiet w zakresie schronienia w powiatach kontrolowanych województw, w których nie funkcjonował żaden dom, zaspakajane były w szczególności poprzez lokowanie ich w różnorodnych placówkach, najczęściej ośrodkach interwencji kryzysowej, specjalistycznych ośrodkach wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, domu dziecka i innych. **NIK wskazuje, że inne placówki, w tym ośrodki interwencji kryzysowej, mogą nie być przygotowane do zaspokojenia potrzeb grupy docelowej, nie są bowiem zobligowane do zapewnienia wymaganych standardów podstawowych usług,** określonych w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży[19]. Nie mogą zatem być bezkrytycznie każdorazowo traktowane jako finalne miejsce dla grupy docelowej działania 1.4. **NIK zwraca uwagę, że jst powinny być organizacyjnie przygotowane na wystąpienie potrzeb w tym zakresie. Matkom z małoletnimi dziećmi i kobietom w ciąży przysługuje bowiem prawo do uzyskania schronienia w wyspecjalizowanej placówce jaką jest DMD.** Efektem realizacji działania 1.4. w pozostałych trzech województwach (śląskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim) było utworzenie trzech domów z 50 miejscami, doposażenie czterech domów oraz sporządzenie dokumentacji projektowej dla jednego domu. Stwierdzono, że istotną przyczyną rezygnacji jst ze zgłoszonego zapotrzebowania na realizację działania 1.4. był brak możliwości wywiązania się z terminu dotyczącego realizacji zadania w danym roku. Istotną przewlekłość w procesie podpisywania umów stwierdzono zarówno po stronie MRiPS, jak i urzędów wojewódzkich. [str. 104–107]

Brak zainteresowania pomocą uczennic w ciąży – działanie 1.5.

Tylko 94 powiaty z terenu kraju spośród 380 (25%), celem realizacji działania 1.5., zawarło z MEN stosowne porozumienie i przygotowało 219 miejsc w bursach lub internatach dla uczennic w ciąży, w formie odrębnego pokoju, z których skorzystało zaledwie 17 uczennic. NIK zwraca uwagę, że celem tego działania jest stworzenie organizacyjnej gotowości placówki do przyjęcia uczennicy, a nie reagowanie dopiero w sytuacji stwierdzenia takiej potrzeby. Większość zaś kontrolowanych jst nie diagnozowała potrzeb uczennic w ciąży w tym zakresie i nie przystąpiła do realizacji zadania. Dwa z nich (Białystok i Kielce) natomiast zawarły stosowne porozumienie z MEN, jednak miejsca pozostały niewykorzystane. Z kolei największe potrzeby w zakresie oferowanej w działaniu 1.5. pomocy stwierdzono w Rybniku, a pomimo tego miasto

[18] W województwie mazowieckim funkcjonowało pięć DMD z 206 miejscami dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (utworzonych poza Programem), w tym dwa w Warszawie i trzy w innych powiatach. W 2018 r. wszystkie miejsca zostały wykorzystane, a w pozostałych latach z powodu braku zainteresowanych, wolnych było od 10 do 35 miejsc.

[19] Dz. U. Nr 43, poz. 418.

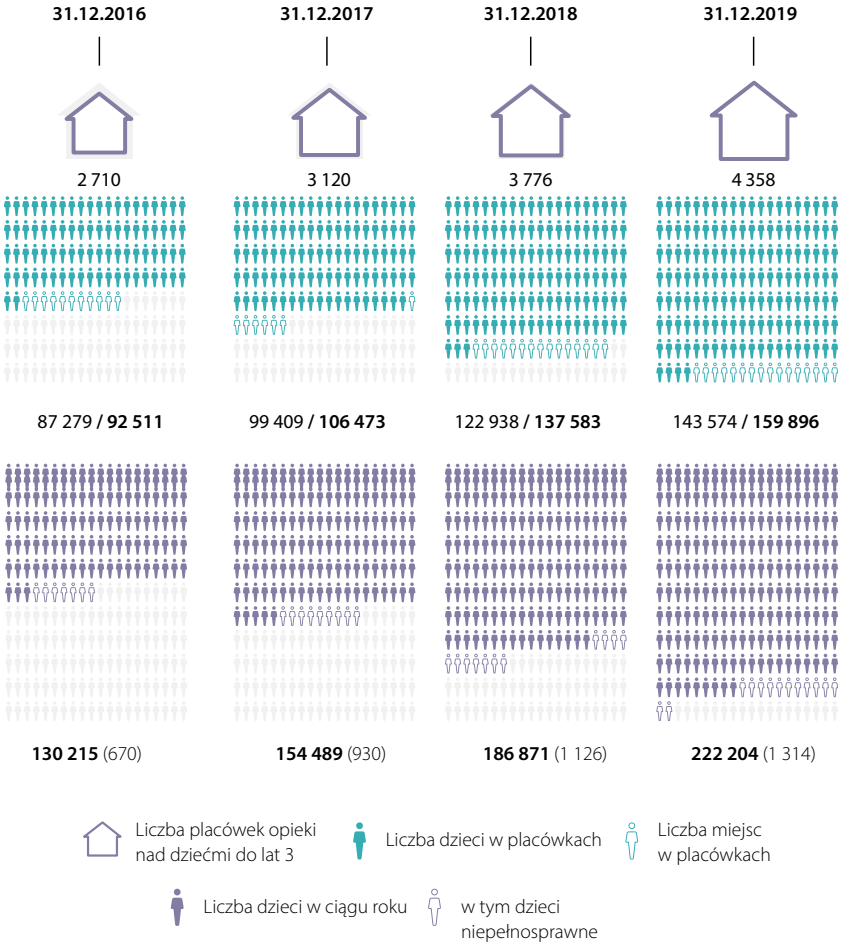
nie zawarło z MEN stosownego porozumienia, nie wdrożyło działania, a występujące potrzeby 46 dziewcząt zabezpieczyło w warunkach nieodpowiadających założeniom działania. [str. 107–109]

Niestworzenie przez MRiPS warunków umożliwiających określenie stopnia zaspokojenia grupy docelowej – działanie 2.5.

W latach 2017–2019 sytuacja w zakresie zapewnienia opieki dzieciom do lat trzech zdecydowanie się poprawiła. Liczba placówek opieki wzrosła o 1648 (z 2710 na 31.12.2016 r. do 4358 na 31.12.2019 r.), natomiast liczba miejsc w placówkach, w tym okresie, wzrosła o 67 385 (z 92 511 do 159 896). Liczba dzieci w ciągu roku w tych placówkach wzrosła ze 130 215 do 222 204 (tj. 70,6%), w tym liczba dzieci niepełnosprawnych wzrosła niemal dwukrotnie (z 670 do 1314).

Infografika nr 11

Dane dotyczące placówek opieki nad dziećmi do lat trzech, w tym dzieci niepełnosprawnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Określenie stopnia realizacji celu działania 2.5., tj. dofinansowania zapewnienia funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech. posiadających orzeczenie o niepełnoprawności lub wymagających szczególnej opieki, **okazało się niemożliwe**. W edycji specjalnej Programu „Maluch+" ogłoszonej w 2017 r., Ministerstwo nie gromadziło od wojewodów danych dotyczących na miejsca dla dzieci z grupy docelowej (zarówno miejsc funkcjonujących jaki i zapotrzebowania na nie), zaś w latach 2018–2020 nie wyodrębniono puli środków dedykowanych wyłącznie do gru-

py docelowej działania, stąd nie było możliwe ustalenie wysokości zapotrzebowanych środków oraz zakontraktowanych na ten cel. Dodatkowo, MRiPS nie dysponowało danymi dotyczącymi wykonania wydatków poniesionych w ramach modułu czwartego w odniesieniu do grupy docelowej działania.

Minister realizował swoje obowiązki w ramach Programu „Maluch+" bez zbędnej zwłoki. Dzięki przekazanym środkom utworzono na terenie kraju 143 nowe miejsca dla dzieci z grupy docelowej, dofinansowano 1220 takie miejsca oraz dostosowano 266 miejsc do potrzeb dzieci niepełnosprawnych. O ile wzrosła liczba miejsc dofinansowanych (z 233 w 2017 r. do 485 w 2019 r.) to jednak istotnie spadła liczba miejsc nowo utworzonych (z 77 do 12). NIK stwierdziła nieprawidłowość polegającą na braku gromadzenia przez MRiPS (i kontrolowanych wojewodów) oraz braku analizy danych w zakresie rodzaju i liczby orzeczeń lub zaświadczeń dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki, w tym korzystających z miejsc opieki dofinansowanych z Programu „Maluch+".

W świetle powyższego **NIK zwróciła uwagę Ministrowi Rodziny, że celem pełnego zaspokojenia potrzeb dzieci z grupy docelowej działania 2.5. oraz optymalnego lokowania środków, niezbędne jest wyodrębnienie środków (w tym kwoty zapotrzebowania) w ramach Programu „Maluch+" z przeznaczeniem dla dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki, gromadzenie oraz analiza danych w zakresie rodzaju i liczby orzeczeń lub zaświadczeń dzieci z grupy docelowej, do czego Minister był zobowiązany zapisami Programu „Maluch+", oraz wiedza na temat wykonania wydatków poniesionych w ramach modułu czwartego w odniesieniu do grupy docelowej działania.** [str. 109–113]

NIK stwierdziła nie w pełni rzetelne sporządzone sprawozdania z realizacji Programu „Maluch+" przekazywane przez Wojewodę Mazowieckiego oraz Warmińsko-Mazurskiego. [str. 113]

Spośród sześciu kontrolowanych miast jedynym aktywnym jst w realizacji działania 2.5 były Kielce. Preferencyjne zasady przyjmowania dzieci z grupy docelowej do żłobków miejskich przyjęte zostały tylko w Radomiu i Olsztynie. W pozostałych kontrolowanych miastach preferencyjnych zasad odnoszących się do grupy docelowej działania nie określono albo przyjęte – miały w istocie iluzoryczny charakter, pozostający bez realnego wpływu na decyzję o przyjęciu dziecka do żłobka. [str. 113–117]

Wysoki stopień rozwoju sieci ŚDS – działanie 3.2.

W wysokim stopniu udało się natomiast zrealizować cel działania 3.2., tj. rozwój sieci ŚDS dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi i osób ze spektrum autyzmu. Dzięki wykorzystanym środkom możliwe było uruchomienie 541 miejsc dla osób z grupy docelowej działania oraz sukcesywne zwiększanie środków na podwyższenie dotacji dla uczestników tej grupy – z ponad czterech tysięcy w 2017 r. do niemal siedmiu – w 2019 r.

Zainteresowanie wsparciem w ramach działania okazało się bardzo duże, a zgłoszone zapotrzebowanie kilkukrotnie przekroczyło kwotę środków faktycznie wydatkowanych. NIK wskazuje jednak, że wojewodowie prze-

kazywali jedno zbiorcze zapotrzebowanie na zadania dotyczące ogółem rozwoju sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i na zadania dotyczące rozwoju sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami wymienionymi w działaniu 3.2. Programu „Za życiem", co uniemożliwia w istocie rozpoznanie rozmiaru rzeczywistych potrzeb osób z grupy docelowej oraz stopnia ich zaspokojenia.

NIK zwraca jednak uwagę, że cel wskazany w działaniu udałoby się zrealizować w jeszcze wyższym stopniu, gdyby faktycznie przeznaczono i wydatkowano środki w zaplanowanej w planie finansowym Programu „Za życiem" ponad dwukrotnie wyższej wysokości.

W badanym okresie liczba ŚDS w Polsce systematycznie wzrastała (o 46), z 779 na koniec 2016 r. do 825 na koniec czerwca 2020. Co za tym idzie, systematycznie zmniejszała się liczba powiatów w których nie funkcjonował żaden ŚDS (tzw. białe plamy), spadek o 16 – do 26 powiatów na koniec 2019 r. Podjęte w badanym okresie działania umożliwiły utworzenie dodatkowych 2894 miejsc statutowych oraz zwiększenie liczby miejsc całodobowych o 90. W rezultacie zmniejszyła się liczba osób oczekujących na umieszczenie w ŚDS o około 500 (do 1242 osób na koniec 2019 r.). [str. 117–120]

W działalności większości kontrolowanych wojewodów stwierdzono w szczególności nieprawidłowość polegającą m.in. na nieprzeprowadzaniu kontroli kompleksowych w wymaganym wymiarze. Dodatkowo, stwierdzono opieszałe, długotrwałe procesy zawierania umów z jst, które wyniosły nawet 121 dni (województwo śląskie). [str. 120–121]

Zaprojektowane w priorytecie IV Programu „Za życiem" wsparcie mieszkaniowe grupom docelowym siedmiu działań, nie przyniosło istotnych rezultatów albo odnotowane wartości okazały się niewielkie.

Niewielkie efekty pozostałych działań zaplanowanych w obszarze zabezpieczenia mieszkaniowego

W szczególności nie wdrożono działania 4.2., którego celem było zwiększenie dostępności mieszkań oraz poprawa warunków mieszkaniowych, w tym rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne. [str. 123]

Nie wdrożono również działania 4.6., którego celem było zwiększenie dostępności mieszkań chronionych dla rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie. Minister Rodziny kilkukrotnie pytany o przyczyny nie wskazał ich. [str. 128–129]

W niedużym stopniu realizowano na terenie kraju działanie 4.1., którego celem było zwiększenie dostępności mieszkań, w tym dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne. Do czerwca 2020 r., spółka Polski Fundusz Rozwoju Nieruchomości S.A. (dalej: PFRN) oddała do użytku ponad 1 tys. mieszkań w sześciu jst, w tym lokale przystosowane dla osób niepełnosprawnych. **Wśród najemców mieszkań znalazły się jedynie dwie osoby niepełnosprawne**, przy czym co do części lokalizacji Minister Rozwoju[20] nie posiadał danych. Prowadzono również budowę ok.1,8 tys. takich mieszkań w ośmiu jst na terenie kraju. [str. 122–123]

[20] Informacje od Ministra Rozwoju uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o NIK.

Podobnie **niewielkie efekty przyniosła realizacja działania 4.3.**, którego celem jest zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie. Do czerwca 2020 r. Bank Gospodarstwa Krajowego zakwalifikował do realizacji w ramach Programu budownictwa socjalnego i komunalnego (dalej: BSK) 10 wniosków, w wyniku których powstanie 213 lokali mieszkalnych, w których beneficjent wsparcia zobowiązał się do przeznaczenia części lokali dla rodzin z dzieckiem posiadającym zaświadczenie. Inwestycje pozostawały w trakcie realizacji. [str. 124–125]

Tożsamy cel sformułowano dla działania **4.4.** W badanym okresie powstało wprawdzie ponad 3 tys. mieszkań na wynajem, jednak **tylko dwie umowy zostały podpisane na wybudowanie mieszkań przeznaczonych dla rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie, oświadczenie o niepełnosprawności, a w przypadku dzieci od 16. do 18. roku życia – orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,** które do czerwca 2020 r. pozostawały w trakcie realizacji. [str. 125–126]

Cel działania **4.5.,** polegający na zwiększeniu, w przypadku rodzin najmniej zarabiających, oferty mieszkań uwzględniających specyfikę potrzeb rodzin z osobami niepełnosprawnymi w ramach mieszkaniowego zasobu gmin, miał zostać osiągnięty poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian legislacyjnych. Ustawodawca pozostawił gminom dwuletni okres (do 21 kwietnia 2021 r.) na wprowadzenie odpowiednich zmian. Do zakończenia kontroli połowa jst (Kalisz, Rybnik i Białystok) nie uchwaliła jeszcze wymaganych zmian. Rady Miasta Radom i Kielce uczyniły to w czerwcu 2020 r. (w okresie objętym kontrolą nie osiągnięto jeszcze żadnych efektów zmian), natomiast w Olsztynie stosowne regulacje uchwalono już w kwietniu 2019 r. i osiągnięto wymierne efekty rzeczowe przyjętych regulacji. [str. 127–128]

Zainteresowanie jst realizacją działania 4.7., którego celem było tworzenie mieszkań chronionych i wspomaganych dla osób niepełnosprawnych, okazało się niewielkie. W okresie objętym kontrolą tylko – średnio – 2% wszystkich gmin i 1.3% powiatów, złożyło zapotrzebowanie, a wykorzystanie środków na realizację zadania wyniosło zaledwie 19% z zaplanowanych. Przyczyną niewykorzystania środków były w szczególności przypadki rezygnacji gmin podyktowane zbyt krótkim okresem pozostawionym na realizację zadania, tj. późnym terminem uruchomienia środków z rezerwy celowej. Proces rozpatrywania wniosków przez Ministerstwo był bowiem przewlekły i wyniósł nawet 123 dni. Kontrola wojewodów wykazała również przypadki ich opieszałego działania (wojewoda śląski – 165 dni).

Efektem realizacji działania było utworzenie 141 mieszkań chronionych, w których znajdowało się 514 miejsc, co niemal odpowiadało założeniom Programu. **Zainteresowanie nowopowstałymi miejscami – w roku ich utworzenia – było jednak bardzo niskie, skorzystały z nich bowiem, według danych Ministerstwa, jedynie 53 osoby (10%). Pomimo tego Ministerstwo nie diagnozowało przyczyn niskiego obłożenia utworzonych miejsc**, choć jak ustaliła NIK różne przyczyny wpływały

na taki stan rzeczy. W kolejnych zaś latach nie ustaliło stopnia wykorzystania utworzonych miejsc, które jak wykazała kontrola okazało się bardzo niskie. Minister mimo to kontynuował realizację zadania. Dopiero w maju 2020 r., podjęto w ramach MRiPS rozważania dotyczące zmiany polegającej na rozszerzeniu grupy docelowej, po to by zapewnić wyższy odsetek wykorzystania miejsc, jednak w toku trwania kontroli, nadal pozostawał przedmiotem analizy. [str. 129–132]

Pomimo kierowania do mieszkań chronionych osób do tego nieuprawnionych, ze względów m.in. mieszkaniowych, rodzinnych czy zdrowotnych (ustalenia z połowy kontrolowanych jst) to wykorzystanie zapewnionych miejsc okazało się niskie, a w niektórych województwach nawet minimalne. Na przykład wykorzystanie miejsc w utworzonych mieszkaniach chronionych w całym województwie mazowieckim oraz śląskim oscylowało w granicach 10%. Podobnie jak MRiPS, wojewodowie nie byli zainteresowani uzyskaniem wiedzy na temat poziomu wykorzystania utworzonych miejsc i nie dokonywali diagnozy w tym zakresie. Przedstawione bowiem dane wynikają z informacji pozyskanych w toku kontroli NIK. [str. 132–133]

W na ogół wysokim stopniu realizowano wsparcie zatrudnienia oraz pomocy w realizacji codziennych obowiązków domowych

Kolejnym istotnym założeniem Programu „Za życiem" było przeciwdziałanie wykluczeniu zawodowemu osób niepełnosprawnych oraz ich opiekunów. W ramach tego obszaru zaprojektowano cztery działania. Osiągnięto zróżnicowany stopień wdrożenia zaplanowanych form pomocy.

Zainteresowanie wsparciem wynikającym z działania 3.3. Programu, którego celem było wsparcie osób niepełnosprawnych opuszczających warsztaty terapii zajęciowej, w celu podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy, realizowane przez PFRON, okazało się bardzo duże i ponad dwukrotnie przekroczyło zaplanowane środki, i zależne było od aktywności poszczególnych powiatów. Minister Rodziny nie monitorował jednak realizacji tego działania, nie występował nawet, tak jak do innych realizatorów działań Programu „Za życiem", z corocznym zapytaniem o przedstawienie danych dotyczących realizacji zadania. Celem sporządzenia zbiorczego sprawozdania z realizacji Programu korzystał z publikowanych przez PFRON sprawozdań z realizacji planu rzeczowo-finansowego. Swoje zainteresowanie ograniczył do jednorazowego zapytania Funduszu o dane statystyczne. Tylko połowa wojewodów monitorowała działanie 3.3. w całym badanym okresie. [str. 133–135]

Zainteresowanie wsparciem wynikającym z działania 3.4., którego celem było wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych poprzez aktywizacje osób bezrobotnych w ramach prac społecznie użytecznych, jeszcze znikome w 2017 r. wzrosło w kolejnych latach około 10-krotnie, tak iż wykonanie wydatków za lata 2017–2019 wyniosło 73% kwoty zaplanowanej w planie finansowym Programu na ten okres. Ministerstwo nie dysponowało danymi na temat wielkości grupy docelowej, nie gromadziło też informacji odnoszących się do skali wdrożenia działania przez powiatowe urzędy pracy, choć możliwe były do pozyskania za pośrednictwem systemu CeSAR. Nie dysponowało też rzetelnymi danymi dotyczącymi

liczby osób bezrobotnych skierowanych do prac społecznie użytecznych i nie podejmowało działań celem ich ustalenia. Tylko połowa wojewodów monitorowała działanie 3.4. w całym badanym okresie. [str. 135–137]

Dokonanie rzetelnej oceny w zakresie realizacji całego **działania 3.5., którego celem było wspieranie aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych** – wobec braku wyodrębnienia budżetów dla poddziałania 3.5.1. i 3.5.2. oraz poniesionych na ich realizację wydatków – okazało się niemożliwe. W zakresie tych poddziałań w Ministerstwie dostępne były jedynie dane dotyczące niewielkiej liczby „zaktywizowanych" osób. Zainteresowanie poddziałaniami 3.5.3. i 3.5.5. okazało się minimalne. Z oferowanej pomocy skorzystało jedynie 17 i pięć osób. Zgoła odmienna sytuacja miała zaś miejsce w przypadku poddziałania 3.5.6., dla którego wykonanie – w wymienionym okresie – wyniosło 112% w odniesieniu do planu. Pomimo zdiagnozowania trudności i barier w realizacji działania 3.5. Ministerstwo nie podjęło skutecznych działań celem ich wyeliminowania. **Zgromadzone przez wojewodów informacje, w tym w toku kontroli NIK, wykazały minimalne zainteresowanie działaniem 3.5. i dotyczyło pojedynczych przypadków.** [str. 138–141]

Tylko w dwóch latach (2018–2019), wykonano wydatki w niemal pełnej wysokości zaplanowanej w planie finansowym Programu, na cały okres Programowania (99,7%) dla działania 6.2., którego celem była aktywizacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych w ramach spółdzielczości socjalnej. Liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych zmalała o 150 w 2019 r. w stosunku do 2018 r., co mogło wynikać z różnych przyczyn, m.in. z mniejszego zapotrzebowania na tę formę pracy wśród osób niepełnosprawnych i podejmowanie zatrudnienia w innych podmiotach. Minister Rodziny nie dysponował jednak danymi, które pozwalałyby stwierdzić, czy w spółdzielniach socjalnych znalazły zatrudnienie wszystkie zainteresowane osoby, ewentualnie jaka ich część. [str. 141–143]

Pozostałe formy wsparcia

Istotnie przeszacowano liczebność grupy docelowej działania 2.7., tj. rodzin z dzieckiem legitymującym się stosownym zaświadczeniem uprawnionych do jednorazowego świadczenia. Świadczy o tym wysokość kwoty zaplanowanych środków w relacji do wykonanej (jedynie 32%). Ministerstwo nie było zainteresowane i nie gromadziło danych o liczbie wniosków o jednorazowe świadczenie, jak też przyczynach decyzji odmownych. Nie było więc m.in. kompetentne stwierdzić czy przyczyną decyzji odmownych były np. przypadki przekroczenia przez kobiety wymaganego 10-tygodniowego terminu ustalonego do objęcia opieką lekarską, a następnie dokonywać stosownych ocen i ewentualnych zmian. Badanie prawidłowości wydawania decyzji w sprawie ustalenia prawa do jednorazowego świadczenia w jst nie wykazało istotnych nieprawidłowości, poza Rybnikiem.

NIK wskazuje ponadto na nierzetelność lekarzy w wystawianiu zaświadczeń, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu. Tylko w trzech kontrolowanych jst stwierdzono 39 przypadków nierzetelnie wypełnionego zaświadczenia. [str. 156–158]

Celem realizacji założeń działania **6.3.** Przeciwdziałanie zjawisku niealimentacji, Ministerstwo Rodziny przygotowało rozwiązania legislacyjne, zgodnie z właściwością, które zostały przyjęte przez ustawodawcę. **Dane dotyczące skutków wdrożonych rozwiązań pokazują ich pozytywne efekty.** Przy zbliżonej bowiem liczbie dłużników alimentacyjnych środki przez nich zwrócone wzrosły o 127 mln w przeciągu trzech lat. [str. 161–162]

Założenia Programu FIO, realizowane przez Narodowy Instytut Wolności (dalej: *NiW*) w ramach działania **6.1.**, którego celem było wspieranie inicjatyw na rzecz rodziny i rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnością w ramach konkursu FIO, tylko częściowo wpisywały się w założenia Programu „Za życiem". Zadaniem Ministerstwa pozostało monitorowanie realizacji zadania, które okazało się jednak ograniczone. [str. 160–161]

Ministerstwo nie wdrożyło również działania 3.1. Opieka wytchnieniowa dla rodziców lub opiekunów osób niepełnosprawnych, według założeń enumeratywnie wymienionych w zapisach Programu „Za życiem". [str. 158–159]

4. WNIOSKI

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Mając na uwadze wyniki przeprowadzonej kontroli, wskazujące na potrzebę zapewnienia kompleksowego i prawidłowo realizowanego wsparcia zaplanowanego w Programie „Za życiem", Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1) realizację działania 5.2., tj. utworzenie bazy danych i portalu o formach wsparcia dla rodziny, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów zapewniającego uzyskanie informacji o dostępnych formach wsparcia;
2) rozważenie zmiany przyjętych rozwiązań dotyczących ulokowania pomocy w zakresie koordynacji kompleksowego wsparcia rodzinom z trudnościami i kobietom w ciąży w innej formule, ukierunkowanej, w pierwszej kolejności, na zaopatrzenie medyczne grupy docelowej. W sytuacji zaś braku takiej zmiany i pozostawienia funkcji koordynatora kompleksowego wsparcia grupie docelowej działania 5.1. w rękach asystenta rodziny, NIK wnosi o podjęcie działań celem poprawy sytuacji na rynku pracy asystenta. Wniosek, w pierwszej jego części, uzasadniają ujawnione przez NIK liczne trudności w pełnieniu przez asystenta rodziny zaprogramowanej funkcji koordynatora kompleksowego wsparcia grupie docelowej oraz wynikającym z różnych przyczyn – niewielkim zainteresowaniem rodzin tą formą wsparcia, jak też ujawnionymi oczekiwaniami grupy docelowej działania 5.1. dotyczącymi w szczególności zabezpieczenia zdrowotnego. Co do drugiej zaś części, NIK zwraca uwagę, że zakończenie zaplanowanego w ustawie o wspieraniu rodziny (art. 247 ust. 1) wsparcia w formie dofinansowania części wydatków związanych z powołaniem asystentów rodziny, którego graniczny termin ustawodawca przewidział na 2022 r., może dodatkowo istotnie pogorszyć sytuację na rynku pracy asystenta, a co za tym idzie sytuację rodzin wymagających skoordynowanego wsparcia. Dlatego też uzasadnione jest przedłużenie ustawowego terminu udzielanej pomocy i zagwarantowanie rzeczywistego oraz przewidywalnego wsparcia w postaci dofinansowania istotnej części wydatków na wynagrodzenia asystentów;
3) weryfikację i ewentualną zmianę przyjętych rozwiązań zaprojektowanych w działaniu 1.5. Wniosek uzasadniają wyniki kontroli wskazujące na minimalne zainteresowanie uczennic w ciąży przygotowanymi miejscami w placówkach oświatowych, a także dane GUS, wskazujące na corocznie sukcesywnie spadającą liczbę rodzących matek w wieku do 19. roku życia (o blisko 30% w 2019 r. w stosunku do 2015 r.). Z drugiej strony należy mieć na względzie – stwierdzone w toku kontroli – zabezpieczanie występujących potrzeb przez jst w sposób niezgodny z założeniami działania 1.5.

Minister Rodziny i Polityki Społecznej

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1) rzetelne wykonywanie wszystkich zadań Koordynatora Programu, skutkujące w szczególności zapewnieniem kompleksowego wsparcia grupom docelowym poszczególnych działań oraz inicjowaniem zmian eliminujących zdiagnozowane trudności w ich realizacji;
2) gromadzenie danych dotyczących liczby i lokalizacji rodzin z dzieckiem legitymującym się stosownym zaświadczeniem oraz osób z pozostałych grup docelowych, wykorzystując w tym celu np. CAS. Wówczas możliwe byłoby optymalne planowanie i lokowanie rodzajów pomocy,

w tym racjonalne rozdysponowywanie środków. Należy również mieć na względzie, że grupą docelową kilku działań Programu „Za życiem" są właśnie dzieci z zaświadczeniem, a w niektórych przypadkach nawet jedyną;

3) podjęcie działań celem maksymalnego wykorzystania nowoutworzonych miejsc w mieszkaniach chronionych przez uprawnione do tego osoby (działanie 4.7.);

4) udzielanie dotacji, w szczególności w ramach działań: 1.4., 3.2. oraz 4.7. w terminach gwarantujących jst rzeczywistą realizację zadania.

Minister Zdrowia

NIK uważa za konieczne dokonanie pogłębionej analizy przyjętych założeń KOC II/III, DOK oraz KO-CZR oraz weryfikację warunków udzielania świadczeń pod kątem zwiększenia zainteresowania potencjalnych świadczeniodawców w przypadku umów zawieranych po 1 lipca 2021 r.

Ponadto NIK wnosi o dokonanie weryfikacji warunków udzielania świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej, mając na uwadze możliwość ewentualnego złagodzenia wymagań w zakresie zatrudnienia i wymaganego stażu, tak aby umożliwić większej liczbie świadczeniodawców możliwość realizacji świadczeń i dać możliwość lekarzom spełnienia warunków w zakresie okresów stażu pracy w ośrodku opieki perinatalnej.

Prezes NFZ

NIK dostrzega konieczność dokonania przez Prezesa NFZ pogłębionej analizy i oceny przyjętych założeń realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w kontekście zgłaszanych przez świadczeniodawców barier i trudności, w celu zapewnienia lub zwiększenia dostępności do świadczeń ujętych w Programie „Za życiem" we wszystkich województwach. Ponadto Izba wnioskuje o:

1) zapewnienie – w ramach nadzoru sprawowanego nad OW NFZ – dostępu do świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie wszystkich województw;

2) w celu zwiększenia dostępności do badań prenatalnych – zapewnienie ogłaszania konkursów przez OW NFZ w podziale na mniejsze obszary, np. powiaty.

Minister Edukacji i Nauki

Zdaniem NIK działania OKRO wymagają dalszych uregulowań prawno-organizacyjnych, w szczególności sposobu finansowania oraz jednoznacznego wskazania podstaw prawnych przyjmowania do Programu dzieci, które nie posiadają opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju. Dlatego też NIK wnioskuje do Ministra Edukacji i Nauki o:

1) precyzyjne zdefiniowanie w kolejnej edycji Programu oraz w rozporządzeniu w sprawie OKRO grupy docelowej dzieci objętych wsparciem, a w przypadku dzieci zagrożonych niepełnosprawnością posługiwanie się klasyfikacją ICD-10;

2) zapewnienie w kolejnej edycji Programu dotacji na zakup pomocy terapeutycznych oraz narzędzi diagnozy.

Ponadto NIK zauważa konieczność podjęcia przez MEN następujących działań:

1) objęcie nadzorem podmioty realizujące porozumienia w sprawie prowadzenia OKRO, w szczególności w zakresie prawidłowego wydatkowania i rozliczenia środków z dotacji;
2) opracowanie szczegółowych wytycznych dotyczących realizacji porozumień w sprawie prowadzenia OKRO oraz doprecyzowanie zapisów porozumień tak, aby nie było wątpliwości jaki jest zakres podmiotowy i grupy uprawnionych beneficjentów wsparcia oraz jaki jest zakres finansowania z dotacji;
3) opracowanie na poziomie centralnym poradników i materiałów metodycznych oraz promujących wsparcie wwr w ramach Programu;
4) organizowanie szkoleń, warsztatów lub konferencji w celu wymiany doświadczeń i umożliwienie bieżącej konsultacji dla koordynatorów Programu.

W celu zapewnienia pełnej realizacji tych działań, oraz biorąc pod uwagę brak powstania Krajowego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjnego, wskazane byłoby wyznaczenie na szczeblu centralnym osoby lub podmiotu odpowiedzialnego za koordynację oraz prawidłową realizację działania 2.4.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

5.1.1. Działania podjęte w celu uruchomienia wsparcia zdrowotnego zaplanowanego w Programie „Za życiem"

Minister Zdrowia odpowiedzialny był za wdrożenie sześciu działań zaplanowanych w Programie „Za życiem"

W związku z wejściem w życie 1 stycznia 2017 r. ustawy o wsparciu oraz Programu „Za życiem" Minister Zdrowia był odpowiedzialny za wdrożenie i realizację sześciu następujących działań zdrowotnych:

1) w ramach priorytetu I Wsparcie dla kobiet w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej:

   - Działanie 1.1. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej (KOC II/III)

Celem działania było: zapewnienie wszechstronnej opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu przez świadczeniodawców realizujących świadczenia szpitalne z zakresu położnictwo i ginekologia na II i III poziomie referencyjnym; umożliwienie prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położne POZ oraz zapewnienie zwiększonego dostępu do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej i w okresie jednego roku od porodu.

   - Działanie 1.2. Diagnostyka i terapia prenatalna

Celem działania było zwiększenie dostępności do diagnostyki i terapii prenatalnej z możliwością rozszerzenia na inne elementy. Grupę docelową stanowiły kobiety w ciąży ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych.

   - Działanie 1.3. Opieka paliatywna i hospicyjna

Celem działania było wsparcie rodzin i dzieci z wadą letalną, poprzez zapewnienie możliwości opieki psychologicznej rodzinie i godnych warunków umierania dzieciom z nieuleczalną wadą letalną. Grupę docelową stanowiły rodziny z dzieckiem z nieuleczalną wadą letalną.

2) w ramach priorytetu II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny:

   - Działanie 2.1. Koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu (DOK)

Celem działania było podniesienie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, poprzez umożliwienie koordynacji udzielanych świadczeń przez poradnie neonatologiczno-pediatryczne przy wsparciu informatycznych środków wymiany i gromadzenia dokumentacji medycznej. Realizacja działania miała umożliwić:

1) koordynację tych świadczeń przez 30 wyspecjalizowanych ośrodków neonatologicznych na terenie całej Polski;
2) wyposażenie ośrodków koordynujących, w odpowiedni sprzęt komputerowy oraz narzędzia informatyczne, umożliwiające szyfrowane przekazywanie danych medycznych przez podmioty udzielające świadczeń tym dzieciom oraz prowadzenie przez przedmiotowe ośrodki zbiorczej dokumentacji medycznej;
3) zatrudnienie koordynatora (pielęgniarki lub rejestratorki lub sekretarki medycznej) udzielanych świadczeń, oraz
4) nałożenie obowiązku przekazywania danych medycznych przez podmioty udzielające świadczeń grupie docelowej do ośrodków koordynujących opiekę zdrowotną.

- Działanie 2.2. Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Celem działania było zapewnienie dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Miało to nastąpić poprzez zwiększenie liczby Banków Mleka do 13 w całej Polsce, zapewnienie finansowania powstania Banków Mleka oraz zapewnienie finansowania działalności Banków Mleka.

- Działanie 2.3. Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Celem działania było zwiększenie efektywności i dostępności do rehabilitacji dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu poprzez: wyposażenie ośrodków rehabilitacji dla dzieci udzielających świadczeń w ramach zakresu dziecięca opieka koordynowana w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń mowy oraz zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych poprzez wprowadzenie jako jednego z elementów dziecięcej opieki koordynowanej, świadczeń w ośrodkach dziennej rehabilitacji wieku rozwojowego oraz zwiększenie poziomu finansowania tych świadczeń.

Rozpoczęcie realizacji działań poprzez zainicjowanie zmian w aktach prawnych przez Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ nastąpiło od 1 stycznia 2017 r., tj. zgodnie z harmonogramem Programu „Za życiem”[21]. Z uwagi na trwające prace nad wdrożeniem aktów prawnych, realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej rozpoczęto dopiero w 2018 r.

Wdrażanie działań określonych w Programie „Za życiem” nastąpiło zgodnie z harmonogramem Programu

[21] Załącznik nr 2 do uchwały w sprawie Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”.

W ramach realizacji ustawy o wsparciu Prezes NFZ, zarządzeniem Nr 125/2016/DSOZ z dnia 22 grudnia 2016 r. sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"[22], wprowadził nowe zakresy świadczeń odrębnie kontraktowanych:

– koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II i III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)[23] – działanie 1.1.;
– dziecięca opieka koordynowana (DOK)[24] – działanie 2.1.;
– koordynowana opieka nad dziećmi z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR)[25] – działanie 2.3.

W powyższych zakresach świadczeń wprowadzono możliwość finansowania „bezlimitowo" tj. zgodnie z rzeczywistym wykonaniem na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału następowało zwiększenie finansowania ponad kwoty zobowiązania Funduszu wskazane w umowie o udzielanie świadczeń.

Zarządzeniem powyższym wprowadzono również zmiany w innych zarządzeniach Prezesa NFZ tak aby zapewnić realizację świadczeń wskazanych w poszczególnych działaniach Programu „Za życiem". I tak:

– wprowadzono odpowiednie zmiany umożliwiające prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położne POZ (działanie 1.1.);
– w celu zapewnienia zwiększonego dostępu do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych w sytuacji udzielania świadczeń na rzecz kobiet w ciąży powikłanej w okresie roku po porodzie (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny) takich jak: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, wizyta/

[22] Uchylone z dniem 30 kwietnia 2018. Następnie zarządzenie nr 30/2018/DSOZ z 30 marca 2018 r., uchylone z dniem 6 czerwca 2019 r. Następnie zarządzenie nr 49/2019/DSOZ z 6 maja 2019 r. uchylone z dniem 1 stycznia 2020 r. Obecnie obowiązujące zarządzenie nr 178/2019/DSOZ z dnia 31 grudnia 2019 r. Dalej zwane: zarządzeniami w sprawie świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem.

[23] Świadczenia dla II poziomu opieki perinatalnej może realizować i rozliczać świadczeniodawca spełniający wymagania dla drugiego poziomu referencyjnego położnictwa i ginekologii oraz co najmniej drugiego poziomu referencyjnego neonatologii. Świadczenia dla III poziomu opieki perinatalnej może realizować i rozliczać świadczeniodawca spełniający wymagania dla trzeciego poziomu referencyjnego położnictwa i ginekologii oraz trzeciego poziomu referencyjnego neonatologii. Umowę Fundusz zawiera z podmiotem, który udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – II lub III poziom referencyjny przez co najmniej dwa lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy lub w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.

[24] Świadczeniodawca musi posiadać oddział neonatologiczny spełniający warunki dla III poziomu referencyjnego, przez co najmniej dwa lata poprzedzające złożenie wniosku realizujący świadczenia w zakresie neonatologii.

[25] Umowę zawiera Fundusz ze świadczeniodawcą posiadającym umowę w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży oraz realizującym świadczenia dedykowane osobom z autyzmem dziecięcym lub świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, przez co najmniej dwa lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy.

porada domowa/środowiskowa realizowana przez lekarza lub psychologa, w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne, zwiększono wartość punktową tych świadczeń – w rozliczeniu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5 (działanie 1.1. i 1.3.). Świadczenia te również finansowano bezlimitowo;

– w przypadku świadczeń udzielanych w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz Programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci ze śpiączką wprowadzono zakres świadczeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci uprawnionych na podstawie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”[26] pod warunkiem współpracy z ośrodkiem udzielającym świadczeń DOK (działanie 2.3.). Świadczenia te również finansowano bezlimitowo.

Realizatorami świadczeń w ramach ww. działań byli świadczeniodawcy, o których mowa w art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w przypadku KOC II/III, DOK oraz KO-CZR, którzy złożyli wniosek o zawarcie stosownej umowy z NFZ[27].

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej[28], wprowadzono nowe świadczenie perinatalna opieka paliatywna (działanie 1.3.) – poprzez zapewnienie wsparcia rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej oraz opieki nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu[29]. Od 10 października 2017 r.[30] wprowadzono możliwość finansowania świadczeń realizowanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej do 28. dnia po porodzie na rzecz rodziców dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej oraz noworodków, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do leczenia określonymi w załączniku nr 1 część III do rozporządzenia[31]. Umowy zawierano od 2018 r. ze świadczeniodawcami wybranymi w trybie konkursu ofert.

---

[26] U których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

[27] Stosownie do art. 7 ust. 1 ustawy o wsparciu, do zawierania umów ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia opieki zdrowotnej w więcej niż jednym zakresie świadczeń lub w różnych rodzajach działalności leczniczej, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.), skierowane do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, nie stosuje się przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczących konkursu ofert i rokowań.

[28] Dz. U. z 2017 r. poz. 236, ze zm.

[29] Na tej podstawie Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji obwieszczeniem z dnia 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dokonał wyceny świadczeń na 25,82 pkt.

[30] Zarządzenie Nr 83/2017/DSOZ z dnia 9 września 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, tj. zarządzenie nr 54/2016/DSOZ z dnia 28 czerwca 2016 r. uchylone z dniem 1 września 2018 r. Obecnie zarządzenie nr 74/2018/DSOZ z dnia 31 lipca 2018 r.

[31] Wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki

W celu realizacji Programu „Za życiem" MZ opracowało i wdrożyło Program zdrowotny

W celu zapewnienia założonych w Programie „Za życiem" sposobów realizacji działań 2.1., 2.2. i 2.3., Minister Zdrowia, na podstawie art. 48a ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej[32], opracował i wdrożył Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" na lata 2017–2021.

Celem Programu zdrowotnego była realizacja Programu „Za życiem" na lata 2017–2021 w zakresie następujących działań:

1) koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci (działanie 2.1.) – wyposażenie ośrodków koordynujących w odpowiedni sprzęt komputerowy oraz narzędzia informatyczne umożliwiające szyfrowane przekazywanie danych medycznych przez podmioty udzielające świadczeń medycznych tym dzieciom oraz prowadzenie przez te ośrodki zbiorczej dokumentacji medycznej;

2) odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (działanie 2.2.) – możliwość dofinansowania zakupu sprzętu, stanowiącego wyposażenie banków mleka: do pokoju laktacyjnego, do laboratorium oraz sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności. W Programie założono wzrost liczby dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego do min. 1300 w czasie trwania Programu (min. 100 dzieci z każdego banku mleka rocznie), zwiększenie liczby szpitali, posiadających oddziały neonatologiczne o II i III stopniu referencyjności, współpracujących z bankami mleka kobiecego oraz przeszkolenie 80% podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje bank mleka;

3) wczesna rehabilitacja dzieci (działanie 2.3.) – wyposażenie ośrodków rehabilitacji dla dzieci udzielających świadczenia z zakresu dziecięca opieka koordynowana w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń mowy.

Podmioty do realizacji Programu zdrowotnego zostały wyłonione w drodze konkursów ogłoszonych przez Ministerstwo Zdrowia.

MZ opracował i opublikował informator o uprawnieniach przysługujących na podstawie ustawy o wsparciu

Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Rodziny, opracował i opublikował informator w sposób przejrzysty i przystępny komunikujący o uprawnieniach przysługujących na podstawie ustawy o wsparciu. Informator oprócz zakresu świadczeń zdrowotnych zawierał zakres socjalny. Informator przekazano do rozpowszechnienia przez:

– Ministerstwo Rodziny i zamieszczenie na stronach internetowych urzędów obsługujących ministra właściwego do spraw rodziny oraz do spraw zabezpieczenia społecznego;

chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie, a w przypadku perinatalnej opieki paliatywnej – ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, w szczególności zaburzenia rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego, zaburzenia rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, określone w szczególności jednostkami chorobowymi.

[32] Uchylony z dniem 30 listopada 2017 r. Od 1 grudnia 2017 r. przedmiotową kwestię reguluje ust. 17 dodany do art. 48a ww. ustawy.

– MEN i zamieszczenie na stronach internetowych urzędów obsługujących ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania;
– Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wszystkim podmiotom udzielającym świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii, położnictwa, pediatrii i neonatologii;
– NFZ wszystkim podmiotom udzielającym świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii, położnictwa, pediatrii i neonatologii.

Ministerstwo opracowało również ulotkę informacyjną, zawierającą wybrane zagadnienia z ustawy o wsparciu, która została rozdystrybuowana za pośrednictwem Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych do wszystkich poradni ginekologiczno-położniczych i oddziałów ginekologiczno-położniczych w Polsce w ilości około 300 tys. szt.

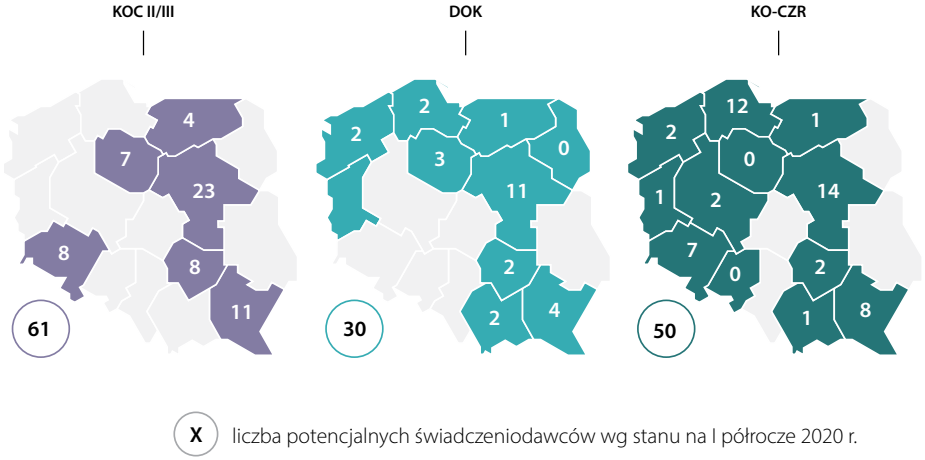
5.1.2. Wdrożenie działań zdrowotnych zaplanowanych w Programie „Za życiem”

Wprowadzone rozwiązania prawne nie pozwoliły na realizację świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowanych w Programie w pełni oraz we wszystkich województwach, w szczególności w zakresie kluczowych zaprogramowanych świadczeń, tj. KOC II/III, DOK oraz KO-CZR.

Na koniec I półrocza 2020 r., świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej, nie realizowano w sześciu województwach, świadczeń DOK nie zrealizowano w dziesięciu, natomiast KO-CZR w dwunastu województwach, mimo iż w praktycznie każdym z nich występowali potencjalni świadczeniodawcy.

Dane w zakresie województw, w których na koniec I półrocza 2020 r. nie realizowano kluczowych świadczeń Programu „Za życiem” oraz w zakresie liczby występujących w nich potencjalnych świadczeniodawców zaprezentowano na infografice.

Infografika nr 12
Liczba potencjalnych świadczeniodawców wg stanu na I półrocze 2020 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Działanie 1.1. – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży powikłanej na II i III poziomie referencyjnym

Najwcześniej działanie 1.1. wdrożono w województwie lubelskim, w którym zostały zawarte przez OW NFZ wieloletnie umowy od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. z dwoma szpitalami. Pozostałe województwa, które w 2017 r. zawarły wieloletnie umowy na realizację KOC II/III to: łódzkie, małopolskie, opolskie, podlaskie, pomorskie, śląskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie, a w 2019 r. działanie wdrożono w województwie lubuskim[33]. **Według stanu na I półrocze 2020 r. nie realizowano koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży patologicznej o średnim lub najcięższym stopniu (KOC II/III) w sześciu województwach, tj.: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, mazowieckim, podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.**

Ministerstwo wskazywało, że NFZ nie miał wpływu na liczbę podmiotów gotowych podpisywać umowy na realizację świadczeń. Pomimo publikacji zaproszeń do składania wniosków o zawarcie umów[34], jak wskazały OW NFZ, które nie finansowały świadczeń w zakresie KOC II/III, potencjalni świadczeniodawcy nie byli zainteresowani złożeniem wniosku[35]. Zgłaszane problemy dotyczące KOC II/III odnosiły się do technicznej obsługi systemu dedykowanego do sprawozdania i rozliczania świadczeń oraz interpretacji przepisów zarządzeń.

Przykład

Podkarpacki OW NFZ wskazał, iż *główną przyczyną braku zawarcia umów były całkowicie odmienne od dotychczasowych zasady rozliczeń świadczeń, tj. wprowadzenie ryczałtu KOC II/III o wysokości uzależnionej od tygodnia ciąży, w którym nastąpiło objęcie opieką, konieczność rozwiązania umów w zakresie neonatologia – drugi lub trzeci poziom referencyjny, brak możliwości finansowania przez Fundusz świadczeń związanych z położnictwem w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz związanych z położnictwem i neonatologią w ramach leczenia szpitalnego. Świadczeniodawcy podnosili chęć jednoczesnego udzielania świadczeń na dotychczasowych zasadach w ramach umów w rodzaju leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki i specjalistycznej oraz nowych – w ramach pilotażu.*

Świadczeniodawcy, w szczególności II poziomu referencyjności, za zbyt ryzykowny uznali też przyjęty sposób płatności – tj. po porodzie zakończonym wypisaniem ze szpitala lub przeniesieniem na inny oddział szpitalny ze wskazań medycznych, w sytuacji gdy nie mieli pewności, że ów poród nastąpi w ich szpitalu. Gdyby kobieta ostatecznie wybrała inny szpital do porodu, to pomimo poniesienia kosztów opieki nad kobietą przez 9 miesięcy, w tym badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, nie otrzymaliby zapłaty za wykonane świadczenia.

[33] Od 1 czerwca 2019 r. z Wielospecjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. i od 1 listopada 2019 r. z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Sulechowie.

[34] Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o wsparciu oraz zgodnie z zapisami § 4 ust. 3 zarządzenia w sprawie świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem podmioty zainteresowane zawarciem umowy na realizację świadczeń w ramach KOC II/III mogą składać wnioski w przedmiotowym zakresie do 10. dnia każdego miesiąca.

[35] W przypadku Świętokrzyskiego OW NFZ w 2017 r., potencjalny świadczeniodawca złożył wniosek, który został oceniony negatywnie (nie spełniał wszystkich wymogów). Świadczeniodawca nie złożył ponownie wniosku.

(...) Dodatkowe finansowanie KOC II/III uzależnione jest od spełniania parametrów jakościowych takich jak: odsetek kobiet objętych KOC II/III, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21. tygodnia ciąży, odsetek ciężarnych, u których został zrealizowany schemat opieki, odsetek cięć cesarskich, przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi, odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe. Spełnienie w/w parametrów niewątpliwie wiązało się z koniecznością przekonania całego zespołu medycznego udzielającego świadczeń w tym zakresie w szpitalu i chęci współpracy z jego strony.

Wobec faktu, że znacząca większość kobiet w ciąży korzysta z ambulatoryjnych świadczeń prywatnie u tych samych lekarzy, którzy udzielają świadczeń w szpitalach, świadczeniodawcy obawiali się wprowadzenia KOC II/III wobec konfliktu interesów: szpitala (najwyższy poziom finansowania przy jak najwcześniejszym objęciu kobiety opieką, w tym zapewnienie świadczeń AOS[36] i badań diagnostycznych) i lekarzy prowadzących praktyki AOS prywatnie. Ponadto sposób ewidencji i rozliczania świadczeń w innym niż dotychczas systemie informatycznym (SIMP) budził zastrzeżenia świadczeniodawców.

W toku kontroli uzyskano informacje od 16 potencjalnych świadczeniodawców[37] z województw, które nie wdrożyły świadczenia KOC II/III. Wskazali oni na liczne bariery, które w ich ocenie były przyczyną braku zainteresowania zawarciem umów w tym zakresie. Część z nich pokrywała się z barierami na jakie wskazał NFZ. I tak:

- w momencie przystąpienia do realizacji KOC ll/lll[38], NFZ nie finansuje świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz świadczeń związanych z położnictwem i neonatologią w ramach lecznictwa szpitalnego. Zapis ten powoduje, że szpital nie ma możliwości rozliczania świadczeń związanych z przebiegiem ciąży;
- brak możliwości rozliczania grup (N24KOC) *Noworodek wymagający szczególnej opieki* oraz (N25KOC) *Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru*, zgodnie z uwagami w katalogu 1a: produkt dedykowany wyłącznie noworodkom urodzonym w innym ośrodku – nie można sumować z ryczałtem KOC ll/III. Oznacza to, że powyższe grupy wchodzą w koszt ryczałtu KOC, natomiast wartość niektórych hospitalizacji przekraczała najwyższą wartość ryczałtu, na który składają się również poród oraz wszystkie niezbędne konsultacje/badania specjalistyczne związane z ciążą;
- obawa, że pacjentka może nie wyrazić zgody na przystąpienie do KOC, a świadczeniodawca ma obowiązek udzielenia jej pomocy medycznej i skoro placówka uczestniczy w KOC będzie wówczas bez szans na refundację;
- konieczność zakończenia porodem u danego świadczeniodawcy, co nie jest oczywiste, ponieważ wiele ciężarnych mieszka w innych regionach województwa i w stanie nagłym jest wysokie prawdopodobieństwo porodu w najbliższej placówce zdrowotnej – jeśli pacjentka zdecyduje inaczej lub z przyczyn losowych urodzi gdzie indziej świadczenia te nie zostaną zrefundowane;

[36] Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

[37] Zwrócono się z pismem do 18 potencjalnych świadczeniodawców w oparciu o dane uzyskane z OW NFZ.

[38] Zgodnie z aktualnym zarządzeniem w sprawie świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem – § 9 ust. 6.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- wymagania dla podmiotów III poziomu referencyjnego w szczególności: odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 60%; odsetek cięć cesarskich – poniżej 40%, natomiast w przypadku placówki, w której leczone są pacjentki z ciążą powikłaną, zagrożoną oraz ciężką patologią, odsetek cięć cesarskich w latach 2016–2019 przekroczył oczekiwany 40% poziom. Ponadto szpitale z III stopniem referencyjności przyjmują najcięższe patologie ciąży i dążenie do obniżenie odsetka cesarskich cięć może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet i dzieci;
- współpraca z lekarzem lub położną/pielęgniarką POZ, w sytuacji gdy pacjentka była przekazywana na oddział położniczo-ginekologiczny danego szpitala z innej jednostki, tj. trudność w utrzymaniu ścisłej współpracy z np. lekarzem kierującym lub lekarzem POZ;
- każda pacjentka objęta koordynowaną opieką otrzymuje do podpisu formularz, gdzie ma wyszczególnione miejsca, w których realizowana może być opieka w trakcie ciąży lub porodu w ramach Programu, co w znaczący sposób ogranicza pacjentce możliwość wyboru szpitala lub poradni, gdzie może prowadzić ciążę lub też wręcz uniemożliwia wybór danego szpitala ze względu na odległość. Pacjentce łatwiej było przyjechać z odległej miejscowości tylko raz do porodu, natomiast raczej nie zdecyduje się na prowadzenie ciąży w poradni przyszpitalnej właśnie ze względu na odległość;
- konieczność zatrudnienia znacznie większej liczby specjalistów z zakresu ginekologii oraz neonatologii, jak również większej liczby położnych; spodziewane zyski dalece nie rekompensowałyby wydatków na pokrycie dodatkowej kadry;
- zapewnienie leczenia ambulatoryjnego u wybranych przez pacjentki lekarzy, np. w formie podwykonawstwa. Ogromna część pacjentek korzysta z różnych form opieki ambulatoryjnej – leczą się prywatnie i u innych świadczeniodawców AOS dobierając indywidulanie lekarzy prowadzących ciążę. System KOC ogranicza tym samym prawa przysługujące ciężarnym poprzez narzucanie całego pakietu usług medycznych, które pacjentki będąc poza systemem KOC, mogą realizować w wybranych przez siebie miejscach;
- w przypadku realizacji KOC należałoby znacząco rozszerzyć harmonogram pracy poradni ginekologiczno-położniczych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co wiąże się z brakiem zainteresowania lekarzy;
- istnieje ryzyko zbyt małej liczby pacjentek chętnych do udziału w KOC II/III, z uwagi na ograniczony wybór personelu, który realizowałby opiekę w trakcie ciąży w poradni ginekologiczno-położniczej (pacjentki niejednokrotnie dokonują wyboru osoby prowadzącej ciążę – lekarza spośród lekarzy, którzy udzielają świadczeń w szpitalu, a nie udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej umowy AOS);
- deficyt lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa, którzy podjęliby się opieki ambulatoryjnej nad kobietami w ciąży;
- nieadekwatna wycena świadczeń na III stopniu referencyjnym szpitala;
- przyjęcie Programu KOC uniemożliwia rozliczanie wysokospecjalistycznych świadczeń leczenia wewnątrzmacicznego płodu. Szpital zajmujący się prowadzeniem ciąż wielopłodowych, zwrócił uwagę, iż taka specyfika nie została ujęta w Programie KOC.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W ocenie potencjalnych świadczeniodawców dotychczasowe umowy z NFZ pozwalały na sprawowanie prawidłowej opieki nad ciężarną i noworodkiem, natomiast zaproponowany Program koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży wymagał zaangażowania większej liczby personelu co stanowiło dodatkowe utrudnienie.

Działanie 1.1. – prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położne POZ

W okresie objętym kontrolą położne POZ nie były zaangażowane w prowadzenie ciąży fizjologicznej w sześciu województwach – kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, opolskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim[39]**.** W trzech[40] zostały zawarte umowy, jednakże nie sprawozdano w badanym okresie żadnego świadczenia dotyczącego prowadzenia ciąży fizjologicznej. Ministerstwo jak i NFZ wskazały, iż w pozostałych województwach nie zostały zawarte umowy o realizację wskazywanych świadczeń z uwagi na brak wniosków złożonych do OW NFZ przez świadczeniodawców o zawarcie takich umów.

Ponadto według wiedzy OW NFZ przyczyną braku zawarcia umów dla realizacji wskazanego świadczenia przez położne POZ było, m.in.:

- niekorzystna wycena świadczeń zaproponowana do rozliczenia dla położnych. Koszty związane z organizacją gabinetu w tym zakup fotela ginekologicznego oraz wydatki związane z realizacją badań zlecanych podwykonawcom tj. laboratorium analityczne, praktyka lekarza ginekologa-położnika, praktyka lekarza stomatologa. W opinii położnych rozszerzenie umowy nie było opłacalne;
- przyjęty schemat rozliczenia świadczeń możliwy po wykonaniu wszystkich świadczeń właściwych terminowi badania określonemu w przepisach rozporządzenia o opiece okołoporodowej. W sytuacji jeżeli kobieta ciężarna pozostająca pod opieką położnej miałaby obowiązkową konsultację lekarza ginekologa, w wyniku której zostałaby rozpoznana choroba, to w takim przypadku położna nie mogłaby rozliczyć świadczeń jej wykonanych np. przed zakończeniem I trymestru;
- brak możliwości realizacji niektórych świadczeń przez położną np. brak możliwości wykonania USG płodu. Dla wielu kobiet ciężarnych badanie USG to jedno z najważniejszych badań monitorujących przebieg ciąży;
- występujący niedobór położnych – często jedna położna pracuje w dwóch lub trzech podmiotach POZ;
- wysoki poziom wymagań koniecznych określonych do realizacji tych świadczeń oraz przywiązanie pacjentek do prowadzenia ciąży przez lekarzy specjalistów w poradniach położniczo-ginekologicznych.

Z kolei Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wskazała, iż niskie zainteresowanie zawieraniem umów w tym zakresie świadczeń położnej POZ wynika z problemów w co najmniej trzech obszarach: ekonomicznym, mentalnym i organizacyjnym, tj.:

[39] Z danych NFZ wynikało, iż w skali kraju liczba położnych POZ we wszystkich województwach w latach 2017–2020 (I półrocze) wynosiła odpowiednio: 4865, 4877, 4876 oraz 4797. Według stanu na koniec I półrocza 2020 r. liczba położnych POZ w województwach, w których nie prowadzono ciąży fizjologicznej wynosiła odpowiednio: 316, 371, 365, 66, 154 oraz 205.

[40] Małopolskim, opolskim, zachodniopomorskim.

– problemy ekonomiczne – teoretycznie warunki kontraktowania tego świadczenia były identyczne w przypadku realizowania przez lekarza ginekologa lub położną. Praktycznie koszty nie były rozłożone równolegle w obydwu przypadkach. Gdy opieka sprawowana była przez lekarza ginekologa nie ponosił on żadnych kosztów związanych z opieką położnej POZ sprawowaną nad ciężarną. Jedynym zadaniem było skierowanie do położnej POZ. Najczęściej USG wykonywane było także we własnym podmiocie. W przypadku sprawowania opieki nad ciężarną przez położną zgodnie z obowiązującym prawem położna musi ciężarnej zagwarantować co najmniej trzy konsultacje lekarza ginekologa-położnika i cztery badania USG ponosząc koszty na podstawie umowy cywilno-prawnej z podmiotami oferującymi takie świadczenia. Na rynku świadczeń komercyjnych koszt tych świadczeń przekracza kwoty finansowania przez NFZ opieki nad ciężarną. Niewielka grupa położnych w Polsce posiada kompetencje wykonywania USG i mają ograniczone możliwości ich zdobycia;
– problemy mentalne – od lat 60-tych ubiegłego stulecia z rynku świadczeń medycznych zaczęły znikać prowadzone przez położne poradnie dla kobiet ciężarnych i izby porodowe. Opieka nad ciężarnymi została przejęta przez lekarzy ginekologów-położników. Na przestrzeni lat przesunęła się wręcz w kierunku świadczeń medycznych rynku komercyjnego. W społeczeństwie utarło się wręcz przekonanie, że kobieta powinna pozostawać pod opieką lekarza, który pracuje w szpitalu, w którym będzie rodzić (na podstawie badań prowadzonych przez organizacje konsumenckie);
– problemy organizacyjne – niejednokrotnie niezbędne było zaświadczenie o niezdolności do pracy kobietom, u których przebieg ciąży był fizjologiczny. Wynika to z czynników środowiskowych związanych z pracą które w znaczący sposób mogą zaważyć na przebiegu ciąży i rozwoju dziecka. Położna nie posiada możliwości wystawienia takiego zaświadczenia. Po raz kolejny wymagana jest konsultacja lekarska.

Działanie 1.1. – zapewnienie zwiększonego dostępu do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych dla kobiet w ciąży powikłanej i w okresie jednego roku od porodu

W ramach zapewnienia kobietom z grupy docelowej zwiększonego dostępu do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych, zarządzeniem w sprawie świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem 1 stycznia 2017 r. wprowadzono opiekę psychologiczną udzielaną na rzecz kobiety w ciąży jako produkt[41] możliwy do sumowania z ryczałtem KOC II/III dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej.

Ponadto wprowadzono zmiany polegające na udzielaniu świadczeń na rzecz kobiet w ciąży powikłanej, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o wsparciu, w okresie roku po porodzie (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny) takich jak: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, wizyta/porada domowa/środowiskowa realizowana przez lekarza lub psychologa, w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne, wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5[42]. Świad-

[41] Kod produktu 5.10.00.0000112.

[42] Kody produktów: 5.15.00.0000026 porada lekarska diagnostyczna, 5.15.00.0000027 – porada lekarska terapeutyczna, 5.15.00.0000028 – porada psychologiczna diagnostyczna, 5.15.00.0000029 – porada psychologiczna. Z dniem 17 stycznia 2020 r. wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,64 (§ 18 ust. 1 pkt 19 zarządzenia).

czeń tych nie rozliczało się łącznie ze świadczeniami opieki psychologicznej w ramach ryczałtu KOC II/III, jednakże uwzględniono możliwość bezlimitowego ich rozliczania.

Działanie 1.2. – zwiększenie dostępności diagnostyki i terapii prenatalnej

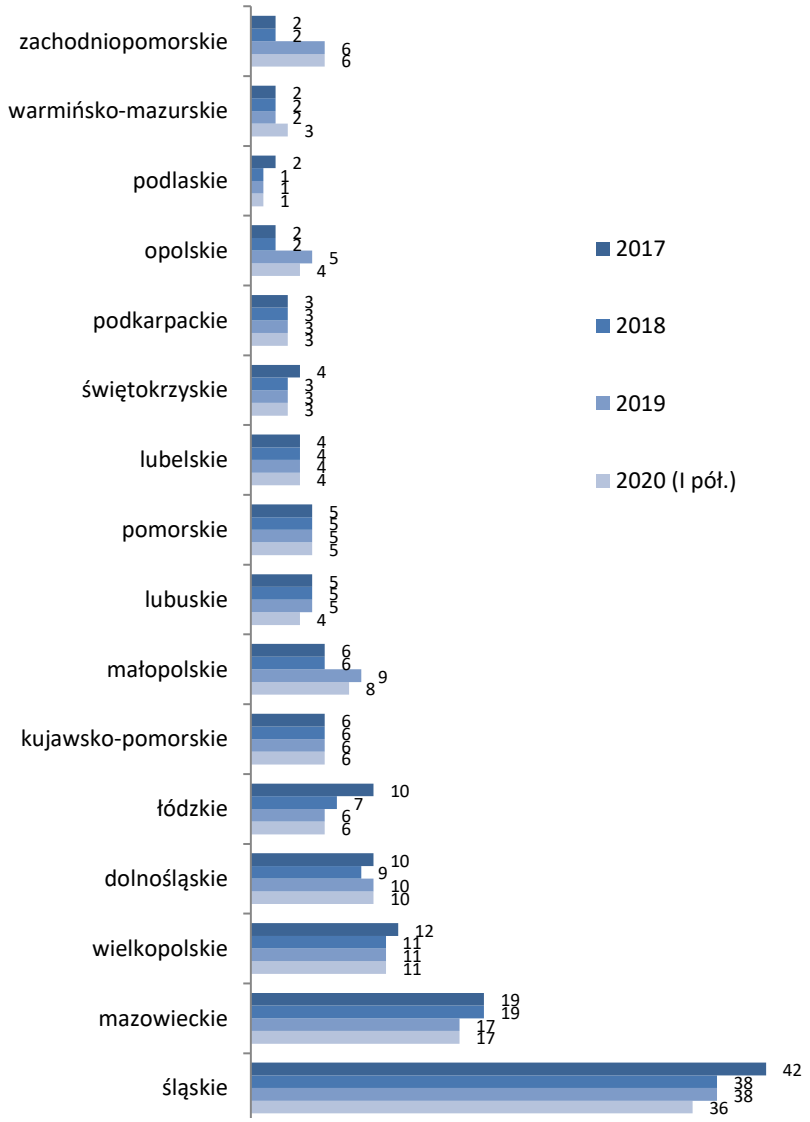
W okresie objętym kontrolą na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Programów zdrowotnych[43] oraz na podstawie zarządzenia Nr 67/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju Programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne Programy zdrowotne[44] realizowany był Program badań prenatalnych (PBP), który skierowany był do kobiet spełniających co najmniej jedno z pięciu wskazanych w Programie kryteriów.

Świadczenia w zakresie PBP w latach 2017–2020 (I półrocze) realizowane były we wszystkich województwach, jednakże w części województw tylko przez nielicznych świadczeniodawców. I tak, w 2017 r., w przypadku czterech województw (opolskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie) realizowane były przez dwóch świadczeniodawców; w 2018 r. w województwie podlaskim przez jednego świadczeniodawcę, w przypadku trzech województw (opolskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie) przez dwóch; w 2019 r. w województwie podlaskim przez jednego świadczeniodawcę, w województwie warmińsko-mazurskim przez dwóch, w przypadku dwóch województw (świętokrzyskie i podkarpackie) przez trzech świadczeniodawców; w 2020 r. (I półrocze) w województwie podlaskim przez jednego świadczeniodawcę, w trzech województwach (podkarpackie, świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie) przez trzech świadczeniodawców. Dane szczegółowe w podziale na województwa zaprezentowano na wykresie.

[43] Dz. U. z 2020 r. poz. 2209.

[44] Uchylony z dniem 7 września 2018 r. Następnie: zarządzenie nr 78/2018/DSOZ z dnia 7 sierpnia 2018 r. uchylone z dniem 29 czerwca 2019 r., zarządzenie nr 86/2019/DSOZ z 28 czerwca 2019 r. uchylone z dniem 30 grudnia 2019 r. Obecnie zarządzenie nr 168/2019 z dnia 29 listopada 2019 r.

Wykres nr 1
Liczba świadczeniodawców realizujących PBP w poszczególnych województwach



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Z uwagi na wysokie wymagania, jakie musieli spełniać realizatorzy PBP, w niektórych województwach pojawiały się trudności w zapewnieniu dostępności do świadczeń z powodu braku świadczeniodawców spełniających wszystkie kryteria wyboru. W związku z tym w 2018 r., zarządzeniem nr 78/2018/DSOZ Prezesa NFZ z 7 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju Programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne Programy zdrowotne wprowadzono dwa nowe zakresy: „10.1450.159.02 – Program badań prenatalnych – część położniczo-ginekologiczna" oraz „10.1210.159.02 – Program badań prenatalnych – część genetyczna" pozwalające podpisać umowy, także ze świadczeniodawcami spełniającymi wymagania dla jednej z dziedzin mających zastosowanie w udzielaniu świadczeń.

Ponadto z informacji uzyskanej z NFZ wynikało, iż *na liczbę ofert składanych w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów przede wszystkim miała wpływ baza medyczna danego województwa. Decyzja dotycząca obszarów*

kontraktowania świadczeń pozostaje w kompetencjach dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. W roku 2017 konkurs ofert w zakresie badań prenatalnych przeprowadzało 12 oddziałów wojewódzkich, w tym w siedmiu z nich obszar kontraktowania podzielono na grupy powiatów. Z pozostałych OW, które przeprowadzały konkursy ofert w latach 2018–2019 podział obszaru kontraktowania na grupy powiatów zastosował oddział lubuski i małopolski.

W opinii NFZ warunki realizacji badań prenatalnych są właściwie określone przez Ministra Zdrowia. Ze względu, iż są to wysokospecjalistyczne badania, których wynik może determinować podjęcie leczenia wewnątrzmacicznego, rozwiązanie ciąży cięciem cesarskim w terminie optymalnym dla płodu, a w skrajnych przypadkach również terminację ciąży, jakość przedmiotowej diagnostyki musi być na możliwie najwyższym poziomie.

NIK zauważa, iż na zwiększenie dostępności do badań prenatalnych będzie miało istotny wpływ podzielenie obszarów kontraktowania na mniejsze niż województwa, np. powiaty.

Działanie 1.3. – perinatalna opieka paliatywna

Z danych NFZ wynikało, że świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej finansowane były ryczałtowo, oznacza to, że Fundusz finansował opiekę nad pacjentem za cały okres objęcia opieką, niezależnie od liczby wykonanych wizyt, porad lub zabiegów. W ramach perinatalnej opieki paliatywnej pacjentowi i jego rodzicom przysługiwały wszystkie świadczenia określone w § 7a rozporządzenia, dostosowane indywidualnie do potrzeb i stanu zdrowia. Niemniej jednak **świadczenia te realizowane były w najmniejszym stopniu, a w czterech województwach nie realizowano ich w ogóle. W latach 2018–2020 (I półrocze) – pomimo ogłaszanych konkursów – brak było świadczeniodawców zainteresowanych ich realizacją, bądź spełniających warunki do ich realizacji. I tak:**

- w 2018 r. – 13 świadczeniodawców realizowało wsparcie w dziesięciu województwach[45] – w ilości od jednego do dwóch świadczeniodawców w danym województwie;
- w 2019 r. – 16 świadczeniodawców realizowało wsparcie w dwunastu województwach[46] – w ilości od jednego do trzech świadczeniodawców w danym województwie;
- w 2020 (I półrocze) – 16 świadczeniodawców realizowało wsparcie w dwunastu tych samych województwach co w roku poprzednim – w ilości od jednego do trzech świadczeniodawców w danym województwie.

Z informacji uzyskanych z OW NFZ[47], które nie finansowały w latach 2018–2020 (I półrocze) świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej wynikało m.in., że:

[45] Dolnośląskie, lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, pomorskie, śląskie, warmińsko-mazurskie.

[46] Dolnośląskie, lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, śląskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie.

[47] Kujawsko-Pomorski, Lubuski, Podlaski (w 2018 r.); Świętokrzyski, Wielkopolski (w 2018 r.); Zachodniopomorski.

– pomimo ogłaszanych postępowań w trybie konkursu ofert o zawarcie umowy w przedmiotowym zakresie, nie wpływały żadne oferty;
– w nielicznych przypadkach nieogłoszenia postępowania konkursowego[48] główną przyczyną był brak potencjalnych świadczeniodawców chętnych do realizacji przedmiotowych świadczeń przy jednoczesnym zabezpieczeniu środków finansowych przez OW NFZ; w 2020 r. (I półrocze) wskazano, iż w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii[49] nie przeprowadza się konkursów ofert i rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Ponadto jeden z OW NFZ[50] wskazał, *iż pomimo braku umowy w tym zakresie, w przypadku ciąży powikłanej z wadą letalną płodu, perinatalna opieka paliatywna nad matką, dzieckiem i rodziną może być faktycznie sprawowana w odpowiednich poradniach specjalistycznych (np. psychologiczna, położniczo-ginekologiczna, neonatologiczna, hematologiczna) oraz w odpowiednich oddziałach szpitalnych (III poziomu położniczo-ginekologicznych, koordynowanej opiece nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III) przez: psychologów, lekarzy specjalistów, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej. Dzieci z wadami letalnymi są po narodzeniu prowadzone przez hospicjum domowe dla dzieci, które udziela również wsparcia psychologicznego rodzinie dziecka z wadą letalną. Jednocześnie OW NFZ podkreślił, że warunki wymagane dotyczące świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, są bardzo trudne do spełnienia w ocenie potencjalnych oferentów z województwa.*

Ponadto ze względu na obecną sytuację pandemii zwrócił szczególną uwagę na trudny do spełnienia warunek – lekarz (...) posiadający udokumentowany co najmniej roczny staż pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną, z uwagi na brak możliwości odbycia stażu w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną.

Z informacji uzyskanych od pięciu potencjalnych świadczeniodawców[51] z trzech województw, w których nie zapewniono perinatalnej opieki paliatywnej wynikało, iż przyczyną braku zainteresowania udzielaniem świadczeń w tym zakresie było, m.in.:

– brak możliwości spełnienia warunków realizacji świadczeń[52], ze względu na braki kadrowe personelu oraz duże obciążenie personelu już realizującego świadczenia w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym, wynikające z braku możliwości pozyskania nowych osób do pracy, z uwagi na niskie zainteresowanie pracą w opiece paliatywnej i hospicyjnej przez personel medyczny.

[48] W 2018 r.: Podlaski OW NFZ, Zachodniopomorski OW NFZ; w 2020 r. (I półrocze) – Lubuski OW NFZ, Świętokrzyski OW NFZ.

[49] Zgodnie z art. 7c ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, ze zm.).

[50] Zachodniopomorski OW NFZ.

[51] Zwrócono się z pismem do pięciu potencjalnych świadczeniodawców w oparciu o dane uzyskane z trzech OW NFZ (lubuskiego, świętokrzyskiego, zachodniopomorskiego), z uwagi na fakt, iż Kujawsko-pomorski OW nie wskazał potencjalnych świadczeniodawców.

[52] Określonych w sprawie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ponadto w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną zjawisko to zdecydowanie się pogłębiło;

- trudności kadrowe oraz konieczność zatrudnienia personelu, wśród którego znaleźli się m.in. lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz wyspecjalizowane pielęgniarki;
- wymóg dotyczący personelu, a mianowicie konieczność zatrudnienia lekarza specjalisty z co najmniej rocznym stażem pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną, przy równoczesnym koniecznym dwuletnim doświadczeniu w zakresie pediatrycznej opieki paliatywnej;
- zapis w rozporządzeniu z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, iż „Świadczenie gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej obejmują: zapewnienie współpracy z hospicjum domowym dla dzieci lub z hospicjum stacjonarnym pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału na którym dziecko przebywa" i świadomość, że nie można byłoby zapewnić rodzinom i ich dzieciom ciągłości opieki w hospicjum domowym oraz ze względu ograniczoną liczbę miejsc (3) i bezskuteczne starania zwiększenia tej liczby.

Brak realizacji wniosku sformułowanego w Informacji o wynikach kontroli P/18/063 w zakresie zapewnienia perinatalnej opieki paliatywnej

W opublikowanej 18 września 2019 r. Informacji o wynikach kontroli P/18/063 Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej[53] Najwyższa Izba Kontroli sformułowała wniosek skierowany do Prezesa NFZ o: zapewnienie – w ramach nadzoru sprawowanego nad OW NFZ – świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie wszystkich województw, co dotychczas nie zostało zrealizowane. Prezes NFZ wprawdzie wystąpił do oddziałów wojewódzkich o ogłoszenie postępowań konkursowych w przedmiotowym zakresie, jednak działanie to nie przyniosło efektu w postaci wyłonienia świadczeniodawców[54]. Tym bardziej, że w województwie kujawsko-pomorskim oraz świętokrzyskim brak było potencjalnych świadczeniodawców.

Odnośnie realizacji wskazanego wniosku wystąpił do Prezesa NFZ (pismem z 30 grudnia 2019 r.) Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Bezskuteczne działania Prezesa NFZ i Krajowego Konsultanta w dziedzinie medycyny paliatywnej

W odpowiedzi z 12 lutego 2020 r. Zastępca Prezesa ds. medycznych wskazał, że wniosek został zrealizowany, gdyż konkursy ofert w przedmiotowym zakresie ogłoszone zostały we wszystkich oddziałach wojewódzkich, niemniej jednak w czterech nie zostały zakontraktowane z uwagi na brak świadczeniodawców spełniających wymogi określone w przepisach.

Jednocześnie zwrócił się do Konsultanta Krajowego z prośbą o podjęcie działań zmierzających do wyłonienia świadczeniodawców, którzy mogliby przystąpić do konkursu ofert i realizować świadczenia z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.

[53] https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/opieka-paliatywna-i-hospicyjna.html [dostęp 21 kwietnia 2021 r.].

[54] Zachodniopomorski OW, który nie miał zakontraktowanych świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej nie otrzymał pisma Prezesa NFZ w sprawie ogłoszenia konkursu i nie powtórzył kolejny raz postępowania w tym zakresie. Poprzednie unieważniono z uwagi na brak ofert.

Konsultant Krajowy[55] nie wskazał na podjęte działania. W jego ocenie (poza przyczynami wskazanymi przez potencjalnych świadczeniodawców oraz OW NFZ) w województwach, w których nie zapewniono perinatalnej opieki paliatywnej występują, m.in. problemy:

- braku przekazywania informacji przez ginekologów o możliwości korzystania z perinatalnej opieki paliatywnej oraz trudności w spełnieniu przez potencjalnego świadczeniodawcę wymogów formalnych dotyczących współpracy z innymi jednostkami wymienionymi w wymaganiach rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- niska świadomość istnienia takiej formy opieki paliatywnej wśród ginekologów, neonatologów, pediatrów i lekarzy innych specjalizacji. Wynika to najprawdopodobniej z faktu, iż była to nowa forma opieki dodana do koszyka świadczeń gwarantowanych w 2018 r. Przed tym okresem opieką tą zajmowały się jedynie fundacje i stowarzyszenia.

Konsultant wskazał ponadto, iż należałoby rozważyć, czy nie wprowadzić okresu dostosowawczego dla tych podmiotów, aby mogły w trakcie trwania umowy uzupełniać swoje kwalifikacje. Sztywne podejście do długich okresów stażu pracy w ośrodku opieki perinatalnej powoduje brak realizacji świadczeń z zakresu opieki paliatywnej perinatalnej.

Działanie 1.3. – zapewnienie opieki psychologicznej matce w ciąży z płodem z nieuleczalną wadą letalną

Realizacja działania 1.3. odbywała się również poprzez zapewnienie opieki psychologicznej matce w ciąży z płodem z nieuleczalną wadą letalną i po porodzie przez wykwalifikowany zespół psychologów. Od 10 października 2017 r. w ramach ryczałtu perinatalnej opieki paliatywnej finansowana była porada psychologiczna[56].

Kobiety z grupy docelowej korzystały również ze świadczeń: porada psychologiczna oraz porada psychologiczna diagnostyczna w ramach świadczeń kontraktowanych przez NFZ w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień[57], opisanych w ramach działania 1.1. W związku z faktem, iż perinatalna opieka paliatywna była nowym świadczeniem zdrowotnym, które wcześniej nie było finansowane ze środków publicznych, w 2017 r. zostały opracowane jedynie akty wykonawcze – nie wykonano żadnych świadczeń.

Niewielka skala koordynacji świadczeń DOK w ramach działania 2.1. woju lub w czasie porodu

Wprowadzone rozwiązania prawne, przewidziane dla realizacji działania 2.1., nie umożliwiły koordynacji świadczeń – według założeń Programu – przez 30 wyspecjalizowanych ośrodków. Dodatkowo w poszczególnych latach objętych kontrolą liczba ośrodków zmniejszyła się z ośmiu (w 2018 r.) do sześciu (I półrocze 2020 r.). Przyczyną powyższego mogły być zgłoszone w toku kontroli NIK przez

[55] Pan Wojciech Leppert, w odpowiedzi na pismo NIK w sprawie trudności i barier w realizacji świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej oraz podjętych działań zmierzających do wyłonienia świadczeniodawców, którzy mogliby przystąpić do konkursu ofert i realizować świadczenia z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej na terenie województw Kujawsko-Pomorskiego; Lubuskiego, Świętokrzyskiego i Zachodniopomorskiego, o które wystąpił Zastępca Prezesa ds. Medycznych NFZ.

[56] Kod produktu 5.15.00.0000164 – porada psychologiczna w ramach opieki perinatalnej.

[57] Kody produktów: 5.15.22.0000028 i 5.15.22.000029.

potencjalnych świadczeniodawców trudności w pozyskaniu niezbędnych lekarzy specjalistów i brak możliwości zachowania wymagań w trakcie trwania umowy.

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach DOK realizowało: w 2017 r. – sześć podmiotów, w 2018 r. – osiem, w 2019 r. – siedem, a w I półroczu 2020 r. – sześć podmiotów[58]. Świadczenia realizowane były przez świadczeniodawców zlokalizowanych w województwach: dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, śląskim, wielkopolskim; dodatkowo w latach 2017–2019 r. w województwie małopolskim, w 2018 r. w województwie podkarpackim i kujawsko-pomorskim, a w latach 2019–2020 (I półrocze) w województwie opolskim.

Oddziały NFZ, które nie posiadały zawartej umowy z zakresie DOK, bezskutecznie publikowały zaproszenia[59] do składania wniosków o zawarcie umów o udzielenie świadczeń w zakresie DOK[60]. Część OW NFZ organizowała również spotkania z potencjalnymi świadczeniodawcami, których celem było przybliżenie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń DOK[61]. W województwie podlaskim, jako jedynym, brak było podmiotów spełniających warunki wymagane do ubiegania się o możliwość realizacji tych świadczeń[62].

Jako główną przyczynę braku zawarcia umów z potencjalnymi świadczeniodawcami, kierownictwo poszczególnych OW NFZ[63] wskazało brak zainteresowania ze strony tych podmiotów. Ponadto wskazano na:

– brak podmiotów spełniających warunki niezbędne do zawarcia umowy w zakresie DOK, bez ograniczania dostępności do świadczeń realizowanych z tytułu innych zawartych umów[64];

[58] Nie ujęto jednego podmiotu, który z uwagi na brak realizacji świadczeń w zakresie DOK, nie został wykazany przez Centralę NFZ jako świadczeniodawca realizujący przedmiotowe świadczenie (pomimo zawartej umowy).

[59] Do zawierania umów w tym zakresie nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań.

[60] Zgodnie z § 4 ust. 3 aktualnego zarządzenia w sprawie świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem podmioty zainteresowane zawarciem umowy na realizację świadczeń w ramach DOK mogą składać wnioski w przedmiotowym zakresie do 10. dnia każdego miesiąca; mimo tego część OW NFZ w których DOK nie był realizowany lub świadczeniodawca zrezygnował z dalszej realizacji umowy w tym zakresie, publikowała zaproszenia do składania wniosków o zawarcie tych umów corocznie.

[61] M.in.: Lubuski i Świętokrzyski OW NFZ.

[62] Wg informacji uzyskanej od Podlaskiego OW NFZ.

[63] W oparciu o dane uzyskane z 10 OW NFZ (z województw: kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego, pomorskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego), z których sześć OW NFZ w okresie objętym kontrolą nie posiadało zawartej umowy z żadnym świadczeniodawcą w zakresie DOK, świadczeniodawcy z trzech OW NFZ zaprzestali realizacji umów, jeden OW NFZ zawarł umowę z podmiotem, który w okresie objętym kontrolą nie rozliczył żadnych środków, (stan za I półrocze 2020 r.).

[64] Umowa w zakresie DOK zawierana była ze świadczeniodawcą, który posiadał zawartą z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia z zakresie neonatologii, przez co najmniej 2 lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy i posiadał oddział neonatologiczny spełniający warunki dla trzeciego poziomu referencyjnego na okres nie dłuższy niż do 30 czerwca 2021 r.

– rezygnację z dalszej realizacji umowy w zakresie DOK, z uwagi na utratę warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, w szczególności w zakresie zapewnienia rehabilitacji[65];
– wielość zadań spoczywających na poradni neonatologicznej – konieczność połączenia wielorakich form działalności medycznej, ustalania i nadzorowania harmonogramu świadczeń dla każdego pacjenta, co jest czasochłonne, trudne i zbyt obciążające i tak nieliczny personel medyczny, głównie lekarzy specjalistów neonatologii.

Liczne bariery i trudności spowodowały małe zainteresowanie potencjalnych świadczeniodawców

W toku kontroli zwrócono się do 18 podmiotów[66], które w opinii OW NFZ[67] mogły być potencjalnymi świadczeniodawcami DOK, o wskazanie przyczyn braku zainteresowania zawarciem umów na realizację świadczeń w ramach DOK. W rezultacie ustalono, że **podmioty te najczęściej nie miały możliwości spełnienia warunku dotyczącego zapewnienia wymaganej kadry**, pod względem lekarzy specjalistów – włączenie ich do realizacji umowy w zakresie DOK uniemożliwiałoby spełnienie warunku w brzmieniu „harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych z tytułu innych umów" (10 przypadków). Dwa podmioty podkreśliły, że **przyjęty sposób rozliczania świadczeń dla DOK (oraz KOC II/III) uniemożliwiłby sfinansowanie prowadzonej przez nie dotychczas działalności leczniczej**[68]. Jeden podmiot poinformował o wątpliwościach dotyczących **limitu wizyt przydzielonych na okres 3 lat**, w tym przede wszystkim brak możliwości zapewnienia opieki psychiatrycznej i uczestniczenia w terapii mającej na celu adaptację dziecka w środowisku i życiu codziennym – możliwe jest **rozliczenie ograniczonej liczby produktów w ciągu całej opieki DOK**[69], a Program koordynowanej opieki nie przewiduje finansowania ich w umowach odrębnych.

Świadczeniodawcy (trzej)[70], którzy w okresie objętym kontrolą posiadali umowy na realizację świadczeń w zakresie DOK, jednak odstąpili od ich dalszego wykonywania, jako powody takiego stanu rzeczy wskazali:
– trudności w pozyskaniu specjalistów niezbędnych do realizacji umowy,

[65] Jako przyczynę rozwiązania umowy z zakresie świadczeń DOK jeden ze świadczeniodawców (Szpital Uniwersytecki w Krakowie) wskazał brak możliwości zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych – według wiedzy Szpitala w województwie małopolskim rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego realizuje kilkanaście podmiotów, a zawarcie umowy z każdym z nich, jest organizacyjnie niemożliwe, natomiast wybranie tylko jednego doprowadziłoby do pozbawienia pacjenta swobody wyboru miejsca realizacji świadczeń, a tym samym ograniczenia dostępności do świadczeń.

[66] Informację zwrotną uzyskano od 15 podmiotów, z czego cztery podmioty nie wskazały jednoznacznej odpowiedzi, potwierdziły jedynie brak zawarcia przedmiotowej umowy (m.in. po zapoznaniu ze szczegółowymi warunkami jej zawarcia).

[67] OW NFZ z województw: kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego, pomorskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego, które w roku 2020 (stan za I półrocze) nie posiadały zawartej umowy w ramach DOK z żadnym świadczeniodawcą, z czego siedem OW NFZ nie posiadało przedmiotowej umowy w całym okresie objętym kontrolą oraz Opolski OW NFZ, który zawarł przedmiotową umowę w 2019 r.

[68] Jeden z podmiotów – Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego sp. z o.o. podkreślił, iż na organizowanych spotkaniach z przedstawicielami NFZ przedstawiał nieścisłości, błędy i nieadekwatną wycenę świadczeń, jednak w rezultacie nie zostały one uwzględnione.

[69] Dotyczy kodu produktu: 5.10.00.0000123 – DOK ustalenie indywidualnego planu opieki.

[70] Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Dr. Jana Biziela w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

– brak możliwości utrzymania spełniania wymagań formalnych w trakcie realizacji umowy,
– trud organizacyjny i nakłady finansowe przewyższające korzyści z realizacji świadczeń w ramach DOK.

W toku kontroli Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ poinformowała, że: *założeniem DOK jest zapewnienie pełnej opieki czyli zarówno diagnostyki i konsultacji specjalistycznych, jak i rehabilitacji, w miarę możliwości w jednym miejscu, aby ułatwić rodzicom korzystanie ze świadczeń. Większość poradni neonatologicznych funkcjonuje w strukturze szpitala, który nie posiada własnego, specjalistycznego zaplecza rehabilitacyjnego. W tej sytuacji do realizacji DOK konieczne jest zlecenie świadczeń w zakresie rehabilitacji podwykonawcom. Ponieważ Fundusz finansuje także rehabilitację dla dzieci objętych DOK odrębnie (najbliżej miejsca zamieszkania dziecka) podmioty realizujące rehabilitację nie chcą być podwykonawcą dla poradni neonatologicznej, ponieważ taka forma kontraktu wydłuża otrzymanie pieniędzy za udzielone świadczenia. Ponadto część poradni neonatologicznych nie jest zainteresowana koordynacją opieki w pełnym zakresie i skupia się jedynie na udzielaniu porad specjalistycznych. (...) NFZ nie ma wpływu na liczbę podmiotów gotowych podpisywać umowy na realizację ww. świadczeń.*

Jednocześnie Ministerstwo nie wskazało na inne bariery i trudności związane z realizacją DOK.

Bezskuteczne działania MZ w kierunku zmian w zasadach kontraktowania świadczeń DOK

Dopiero w październiku 2020 r., z uwagi na niewielką liczbę świadczeniodawców realizujących DOK oraz świadczeniobiorców objętych opieką, Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ zwróciła się do NFZ z prośbą o przedstawienie możliwych rozwiązań, mających na celu zapewnienie większej dostępności i efektywności udzielanych świadczeń w ramach DOK oraz przedstawiła propozycje modyfikacji DOK, w tym: – weryfikację kosztów opieki, by była bardziej efektywna kosztowo dla realizatorów, – zmianę zasad rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym poprzez rezygnację z wymogu zapewnienia przez DOK rehabilitacji w ramach własnej struktury lub podwykonawstwa na rzecz współpracy z podmiotami znajdującymi się najbliżej miejsca zamieszkania dziecka i ich odrębne finansowanie, – określenie wskaźników dziecięcej opieki koordynowanej i premiowanie świadczeniodawców za ich osiągnięcie. W efekcie prowadzonej korespondencji nie wypracowano jednak żadnych rozwiązań[71].

W celu zapewnienia powodzenia w realizacji koordynowanej opieki neonatologiczno-pediatrycznej NIK zauważa potrzebę dokonania wielopłaszczyznowej weryfikacji zasad udzielania i rozliczania świadczeń w zakresie DOK, zarówno na szczeblu centralnym – Ministerstwo Zdrowia, NFZ oraz we współpracy ze świadczeniodawcami.

[71] Stan na dzień 7.12.2020 r. NFZ wskazał, m.in. na brak możliwości zdjęcia z poradni neonatologicznej obowiązku koordynacji opieki nad dysfunkcyjnym dzieckiem kwalifikującym się do DOK, zmiany wyceny świadczeń DOK (wg NFZ wycena świadczeń w ramach DOK przewyższa wycenę analogicznych porad w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) oraz określenia wskaźników jakości, które uprawniałyby do uzyskania premii finansowej (wg NFZ efekty terapii nie zawsze są miarą jakości sprawowanej opieki).

Wypracowaniu kolejnych rozwiązań powinna służyć pogłębiona analiza uwzględniająca zgłaszane trudności i bariery z jednej strony oraz potencjał świadczeniodawców z drugiej strony.

W ciągu dwóch lat zapewniono pełną realizację działania 2.2. – utworzenie 13 banków mleka

W celu zwiększenia dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, które nie mogą być odżywiane mlekiem biologicznej matki[72] (działanie 2.2.) utworzono sieć banków mleka kobiecego i w ciągu dwóch lat realizacji Programu osiągnięto założoną w Programie ich liczbę, tj. 13[73]. Liczba podmiotów, którym przekazano mleko z banków mleka zwiększyła się z siedmiu w 2018 r. do 21 w 2020 r. (wzrost o 300%).

Liczba dzieci żywionych mlekiem pochodzącym z banku mleka kobiecego co roku się zwiększała i wyniosła w latach 2017–2020 odpowiednio: 46 dzieci (dwa banki mleka), 1551 dzieci (ośmiu banków mleka), 3301 dzieci (13 banków mleka) oraz 4035 dzieci (13 banków mleka)[74].

MZ nie wskazywało na trudności i bariery związane z realizacją działania 2.2.

Z uwagi na pełną realizację przyjętych założeń dla działania 2.2. Ministerstwo Zdrowia, w odpowiedzi[75] na pismo Koordynatora Programu, zaproponowało rozważenie możliwości zmiany realizacji Programu „Za życiem". Z uzasadnienia wynikało, że dotychczas Program zakładał osiągnięcie celu działania poprzez zwiększenie liczby banków mleka kobiecego w Polsce do 13 i stworzenie sieci banków mleka kobiecego, co udało się osiągnąć w ciągu dwóch lat realizacji Programu (2017-2018). Zmiany, które zaproponowano polegać miały na umożliwieniu dalszego dofinansowania w ramach Programu zdrowotnego:

- zakupu sprzętu, stanowiącego wyposażenie banku mleka kobiecego przez podmioty lecznicze prowadzące banki mleka kobiecego, które utworzyły się do dnia 31 grudnia 2018 r.;
- szkolenia i wizyty studyjne pracowników funkcjonujących banków mleka kobiecego;
- szkolenia personelu medycznego podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, w strukturach których funkcjonują oddziały neonatologiczne o II lub III stopniu referencyjności, w celu zwiększenia współpracy z bankami mleka kobiecego;
- podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, w strukturach których funkcjonują oddziały neonatologiczne o II lub III stopniu referencyjności, uczestniczące w szkoleniach, w niezbędny sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania.

---

[72] Tj. urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 37 tygodni lub masą urodzeniową <=2500 g, donoszonym w stanie ciężkim, ze szczególnym uwzględnieniem tych, u których zdiagnozowano ciężkie lub nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu lub wymagającym żywienia enteralnego.

[73] W dniu wejścia w życie Programu zdrowotnego w Polsce funkcjonowało siedem banków mleka. Obecnie funkcjonuje 16 banków mleka, http:// http://bankmleka.pl/29-banki-mleka-w-polsce.html [stan na dzień 21.12.2020 r.].

[74] Dane za cały 2020 r.

[75] Pismo z dnia 23 stycznia 2020 r. Nr ZPR.073.37.2019.JK w odpowiedzi na pismo MRiPS z dnia 17 grudnia 2019 r. znak: BON.VII.52610.2.1.2019.UK.

Najwyższa Izba Kontroli podziela potrzebę rozszerzenia możliwości dofinansowania zakupu wyposażenia dla kolejnych banków mleka oraz dalszego kontynuowania działania w kolejnej edycji Programu „Za życiem".

Podmioty uprawnione do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych na podstawie ustawy o wsparciu w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym (działanie 2.3.) występowały w każdym województwie, jednak przeszkodą w ich realizacji był brak umów na realizowanie świadczeń z zakresu DOK, która wymagana jest do zapewnienia opieki koordynowanej.

Mała liczba DOK stanowiła utrudnienie w realizacji działania 2.3.

W ramach umowy DOK wprowadzono kod produktu pod nazwą osobodzień w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci[76]. Ponadto w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym dodano produkt rozliczeniowy osobodzień w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci uprawnionych na podstawie ustawy o wsparciu[77]. Do rozliczenia świadczeń uprawnione były podmioty realizujące świadczenia dzieciom, które objęte zostały opieką poradni neonatologicznej w ramach umowy DOK, a nie mogą być rehabilitowane bezpośrednio u świadczeniodawcy realizującego DOK.

Liczba świadczeniodawców realizujących ww. świadczenia była następująca: w 2017 r. – 26, 2018 r. – 64, 2019 r. – 36 i 2020 r. (I półrocze) – 32, przy czym liczba ta w poszczególnych województwach była bardzo zróżnicowana tj. po jednym świadczeniodawcy[78] w województwie lubuskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim; największą liczbę świadczeniodawców posiadały województwa: dolnośląskie – odpowiednio, w poszczególnych latach 5, 9, 4, 5; śląskie – 4, 13, 11, 10 i wielkopolskie – 1, 8, 9, 9.

Możliwość rozliczania świadczeń kodem osobodzień w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci uprawnionych na podstawie ustawy o wsparciu mieli również świadczeniodawcy realizujący świadczenia w zakresach: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym oraz rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności[79]. Ich liczba w poszczególnych latach wynosiła:

- dla zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w 2017 r. – 275, w 2018 r. i 2019 r. – 295 oraz w 2020 r. (I półrocze) – 294;
- dla zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności w 2018 r. – 165, w 2019 r. – 213 i w 2020 r. (I półrocze) – 203.

[76] Kod produktu 5.10.00.0000126.

[77] Kod produktu 5.11.02.9000061 dla zakresu umowy 05.2300.021.02.

[78] W województwie lubuskim, mazowieckim tylko w jednym roku objętym kontrolą, podlaskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim w dwóch latach, a podkarpackim i warmińsko-mazurskim w trzech latach.

[79] Świadczenia w zakresach umów 05.2300.021.02 i 05.2300.521.02.

5.1.3. Realizacja działań zdrowotnych zaplanowanych w Programie „Za życiem"

Realizacja świadczeń KOC II/III jedynie w dziesięciu województwach, w trzech był tylko jeden świadczeniodawca

W okresie objętym kontrolą przybywało świadczeniodawców, rosła też liczba kobiet objętych opieką, jednak nadal w sześciu województwach nie realizowano świadczeń KOC II/III

W latach 2017–2020 (I półrocze) świadczenie KOC II/III realizowane było przez[80]:

- w 2017 r. – 18 świadczeniodawców realizowało KOC II/III w dziewięciu województwach[81]. W przypadku pięciu województw świadczeniodawcą był jeden szpital, w jednym województwie – dwa szpitale; w dwóch województwach – trzy; w jednym województwie – pięć. Opieką zostało objętych 23 668 kobiet, natomiast liczba porodów wyniosła: 18 517;
- w 2018 r. – 19 świadczeniodawców realizowało KOC II/III w dziewięciu tych samych województwach co w roku poprzednim. W przypadku czterech województw świadczeniodawcą był jeden szpital, w dwóch województwach – dwa; w dwóch województwach – trzy; w jednym województwie – pięć. Opieką zostało objętych 34 383 kobiet, natomiast liczba porodów wyniosła: 28 714;
- w 2019 r. – 22 świadczeniodawców realizowało KOC II/III w dziesięciu województwach[82]. W przypadku czterech województw świadczeniodawcą był jeden szpital, w trzech województwach – dwa; w dwóch województwach – trzy; w jednym województwie – sześć. Opieką zostało objętych 37 134 kobiet, natomiast liczba porodów wyniosła: 32 143;
- w 2020 r. (I półrocze) – 25 świadczeniodawców realizowało KOC II/III w dziesięciu tych samych województwach co w roku poprzednim. W przypadku trzech województw był to jeden szpital, w czterech województwach – dwa; w jednym województwie – trzy; w jednym województwie – cztery, w jednym województwie – siedem. Opieką zostało objętych 19 623 kobiet, natomiast liczba porodów wyniosła: 16 657.

---

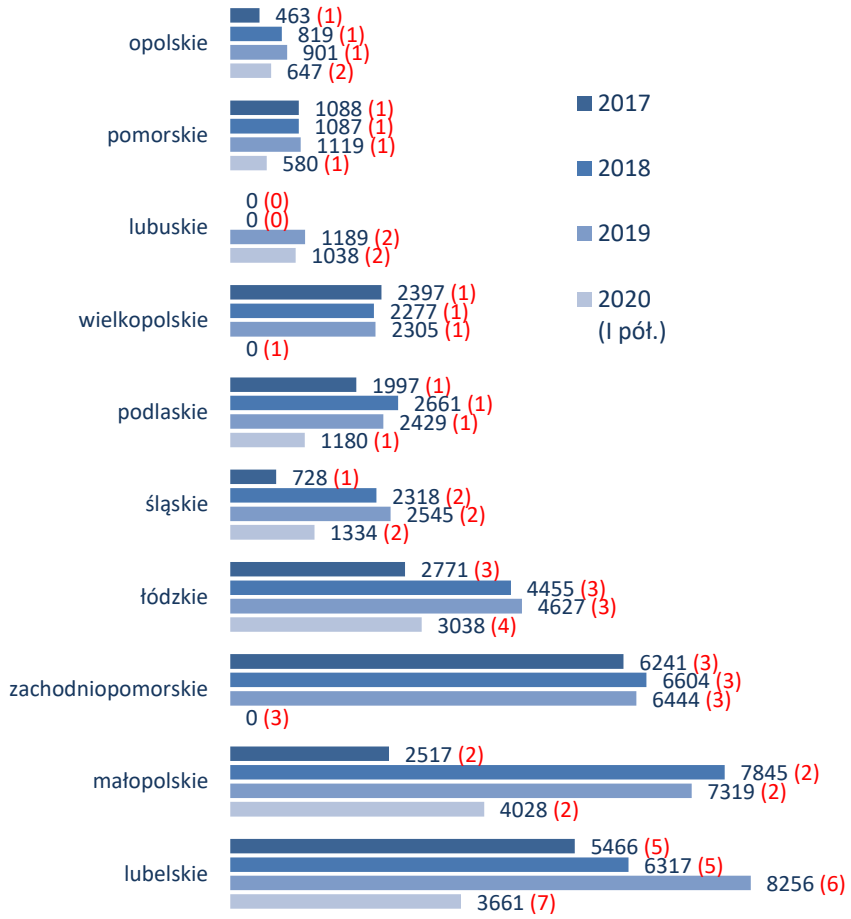
[80] Dane prezentowane w informacji o wynikach kontroli w zakresie liczby i wartości poszczególnych świadczeń, będących przedmiotem kontroli mogą różnić się od danych wykazywanych przez Ministerstwo w rocznych sprawozdaniach z realizacji Programu „Za życiem". Jak wynikało z wyjaśnień Ministerstwa (na podstawie informacji z NFZ): pierwsze dane do sprawozdania z realizacji w 2017 r. ustawy „Za życiem" przekazywane były na początku 2018 r. Zgodnie z § 27 ust. 2 rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 8 września 2015 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 320) rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu. Zatem dane przekazane na przełomie stycznia i lutego 2018 r. mogły nie obejmować tych świadczeń, które zgodnie z przepisami zostały przekazane do rozliczenia później. Ponadto w przypadku kiedy OW Funduszu kwestionuje przedstawione do rozliczenia świadczenia i wymaga od świadczeniodawcy dodatkowych wyjaśnień, rozliczenie części świadczeń może nastąpić później. Zdarza się także, że świadczeniodawca zapomni sprawozdać do rozliczenia wszystkie świadczenia i wnioskuje o ich sfinansowanie w terminie późniejszym. Bywają także sytuacje odwrotne, kiedy w wyniku kontroli realizacji umowy OW NFZ zakwestionuje rozliczone świadczenia jako sprawozdane niezasadnie i faktury zostaną skorygowane „in minus". Wówczas dane wygenerowane po przeprowadzeniu kontroli będą przedstawiały niższe wartości. W przekazywanych wcześniej danych nie stosowano także podziału na środki wydatkowane na rzecz dzieci i matek. W przypadku niektórych świadczeń, kiedy rozlicza się kompleksową opiekę, nie zawsze możliwe jest precyzyjne wyodrębnienie środków finansowych wydatkowanych na jedną z tych grup.

[81] Lubelskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, podlaskie, pomorskie, śląskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie.

[82] Lubelskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, podlaskie, pomorskie, śląskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie oraz lubuskie.

Szczegółowe dane dotyczące liczby kobiet objętych opieką oraz liczby świadczeniodawców w podziale na województwa, w okresie objętym kontrolą, zaprezentowano na wykresie.

Wykres nr 2
Liczba kobiet objętych opieką oraz liczba świadczeniodawców w zakresie KOC II/III

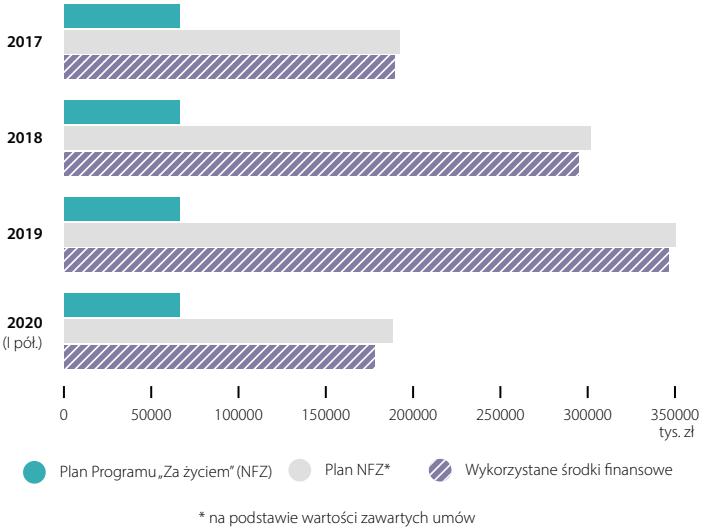


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Wysokość środków wykorzystanych na sfinansowanie świadczeń KOC II/III istotnie przekraczała środki ujęte w planie Programu „Za życiem”[83] (na każdy rok realizacji działania zaplanowano w wysokości 66 000,0 tys. zł). Łącznie wydano 1 007 615 tys. zł, co stanowiło 98% środków zaplanowanych przez NFZ, przyjętych według wartości zawartych umów (1 032 303,5 tys. zł). Zaplanowane i wykorzystane środki (w tys. zł) w poszczególnych latach objętych kontrolą na realizację KOC II/III zaprezentowano na wykresie.

[83] Załącznik nr 2 do uchwały Rady Ministrów w sprawie Programu „Za życiem” (dalej: plan Programu).

Wykres nr 3
Wykonanie planu finansowego Programu w zakresie działania 1.1.

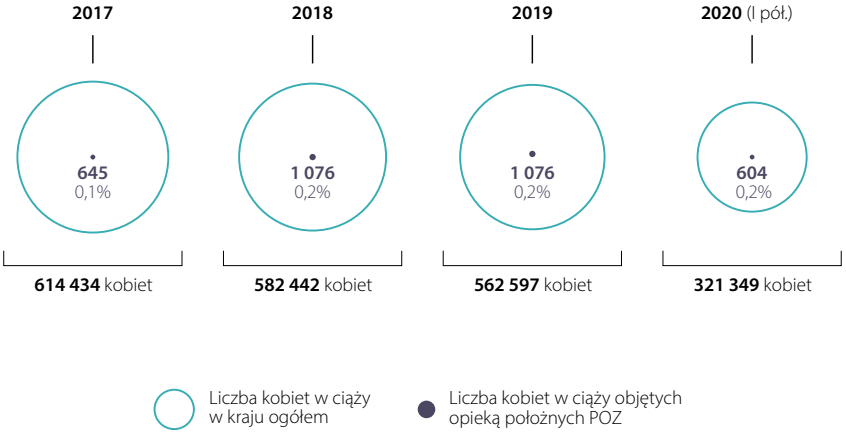


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Świadczenia w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położne POZ nie cieszyły się popularnością, zaledwie 0,2% kobiet w ciąży skorzystało z tych świadczeń. Wartość sfinansowanych świadczeń położnych POZ w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej w okresie objętym kontrolą w dziesięciu województwach[84] wyniosła odpowiednio: w 2017 r. – 356,7 tys. zł, w 2018 r. – 599,0 tys. zł, w 2019 r. – 588,3 tys. zł, w 2020 r. (I półrocze) – 244,8 tys. zł.

Dane w zakresie liczby kobiet objętych opieką położnej POZ na tle ogólnej liczby kobiet w ciąży w okresie objętym kontrolą prezentuje infografika.

Infografika nr 13
Liczba kobiet objętych opieką położnej POZ w stosunku do liczby kobiet w ciąży ogółem



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Mimo wprowadzenia zmian wynikających z Programu „Za życiem" ogólnodostępne świadczenia psychologiczne i psychiatryczne nadal stanowiły największą część wsparcia dla kobiet w ciąży powikłanej.

[84] Dolnośląskie, lubelskie, lubuskie, mazowieckie, podkarpackie, podlaskie (tylko 2019 r.), pomorskie, śląskie, świętokrzyskie, wielkopolskie.

Świadczenia opieki psychologicznej zapewnione w ramach KOC II/III zostały udzielone w badanym okresie: w 2017 r. w pięciu województwach[85]; w 2018 r. w czterech[86]; w 2019 r. w czterech[87]; w 2020 r. (I półrocze) w pięciu[88]. Świadczenia te były nieliczne w stosunku do liczby kobiet objętych wsparciem KOC II/III, a mianowicie:

– w 2017 r. – ogółem: 118 kobiet, tj. 0,5 %;
– w 2018 r. – ogółem: 139 kobiet, tj. 0,4 %;
– w 2019 r. – ogółem: 171 kobiet, tj. 0,5 %;
– w 2020 r. (I półrocze) – ogółem: 85 kobiet, tj. 0,4%.

Koszty tego wsparcia w kolejnych latach wyniosły: w 2017 r. – 67,6 tys. zł, w 2018 r. – 81,0 tys. zł, w 2019 r. – 100,8 tys. zł oraz w 2020 r. (I półrocze) – 51,0 tys. zł.

Z kolei świadczenia psychologiczne na rzecz kobiet w ciąży powikłanej, których wartość punktowa korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5[89] uzyskały: w 2017 r. – dwie kobiety, w 2018 r. – 16 kobiet, w 2019 r. – 51 kobiet oraz w 2020 r. (I półrocze) – 24 kobiety. Wyżej wymienione świadczenia w całym badanym okresie zostały udzielone w 11 województwach (w siedmiu[90], które realizowały KOC II/III oraz w czterech[91], które go nie realizowały).

Koszty realizacji przedstawionego powyżej wsparcia ze wszystkich województw ogółem wynosiły odpowiednio[92]: w 2017 r. – 596,70 zł; w 2018 r. – 2531,95 zł; w 2019 r. – 8313,45 zł; w 2020 (I półrocze) – 4041,25 zł.

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez NFZ pacjentki w głównej mierze korzystały ze świadczeń: psychologiczno-psychiatrycznych oraz psychologicznych ogólnodostępnych w ramach świadczeń kontraktowanych przez NFZ poza ustawą o wsparciu.

Ogólnodostępne świadczenia psychologiczne i psychiatryczne stanowiły największą część wsparcia dla kobiet w ciąży powikłanej

Liczba kobiet w ciąży powikłanej, którym udzielono świadczenia psychologiczne lub psychiatryczne również w okresie do jednego roku po porodzie, ale na zasadach ogólnej dostępności do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w okresie objętym kontrolą oraz do trzech lat przed wprowadzeniem Programu „Za życiem" była następująca:

- liczba kobiet, którym udzielono wsparcia psychologiczno-psychiatrycznego we wszystkich województwach ogółem: w 2017 r. – 8411; w 2018 r. – 8482; w 2019 r. – 6917; w 2020 r. (I półrocze) – 2270 i była na porównywalnym poziomie, jak trzy lata wcześniej: w 2014 r. – 7479; w 2015 r. – 8260; w 2016 r. – 8484;

85 Lubelskie (4), małopolskie (10), podlaskie (3), wielkopolskie (3), zachodniopomorskie (98).

86 Lubelskie (15), małopolskie (13), wielkopolskie (3), zachodniopomorskie (108).

87 Lubelskie (17), małopolskie (27), wielkopolskie (6), zachodniopomorskie (121).

88 Lubelskie (4), lubuskie (1), małopolskie (16), wielkopolskie (3), zachodniopomorskie (61).

89 Kody produktów: 5.15.00.0000026 porada lekarska diagnostyczna, 5.15.00.0000027 – porada lekarska terapeutyczna, 5.15.00.0000028 – porada psychologiczna diagnostyczna, 5.15.00.0000029 – porada psychologiczna. Z dniem 17 stycznia 2020 r. wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,64 (§ 18 ust. 1 pkt 19 zarządzenia).

90 Lubelskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, podlaskie, śląskie, wielkopolskie.

91 Dolnośląskie; mazowieckie, warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie.

92 Kody produktu 5.15.22.0000028 i 5.15.22.0000029.

- koszty realizacji wsparcia ogółem: w 2017 r. – 2118,4 tys. zł; w 2018 r. – 2214,5 tys. zł; w 2019 r. – 1 648,6 tys. zł; w 2020 r. (I półrocze) – 394,4 tys. zł;
- liczba kobiet, którym udzielono wsparcia psychologicznego w poszczególnych województwach wynosiła ogółem: w 2017 r. – 3 532, w 2018 r. – 8428, w 2019 r. – 2788, w 2020 r. (I półrocze) – 839 i była na porównywalnym poziomie, jak trzy lata wcześniej: 2014 r. – 3213; 2015 r. – 3431; 2016 r. – 3492;
- koszty realizacji wsparcia ogółem: w 2017 r. – 883,8 tys. zł, w 2018 r. – 891,0 tys. zł, w 2019 r. – 719,5 tys. zł, w 2020 r. (I półrocze) – 171,5 tys. zł.

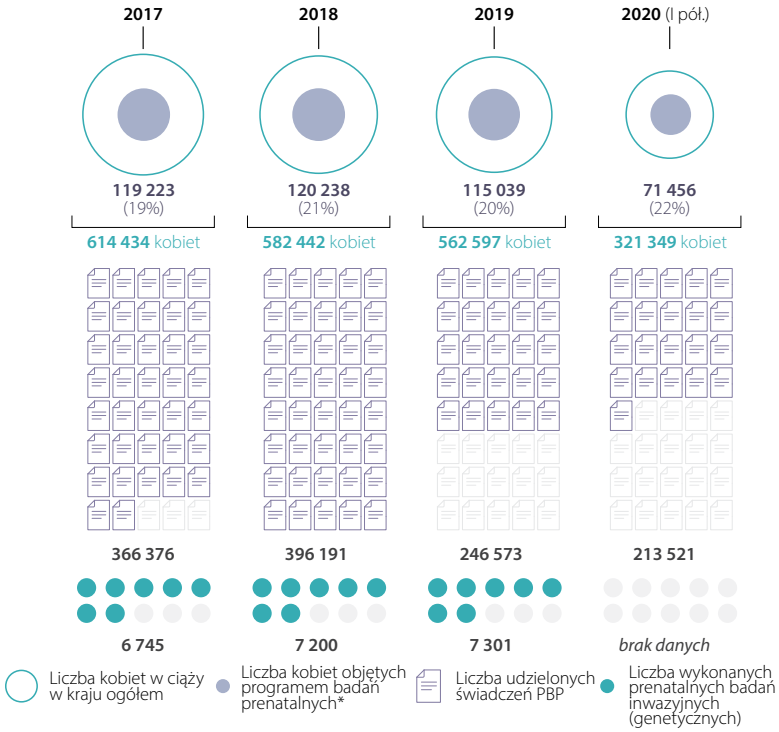
W porównaniu do trzech lat wstecz nastąpiło zwiększenie dostępności do badań prenatalnych

Z danych przedstawionych przez NFZ wynikało, iż w stosunku do trzech lat wstecz przed wprowadzeniem Programu „Za życiem" wystąpiła tendencja zwyżkowa dostępności do badań prenatalnych w odniesieniu do danych ogółem ze wszystkich 16 województw.

Liczba świadczeniodawców PBP w poszczególnych latach 2014–2016 wynosiła: 108, 102, 102. Z kolei w okresie objętym kontrolą ich liczba wzrosła do odpowiednio: w 2017 r. – 213 (przy czym 86 wieloletnich umów wygasło 30 czerwca, w tym 73 umów kontynuowano – stan na koniec roku – 127); w 2018 r. – 127; 2019 r. – 133 i 2020 r. (I półrocze) – 128.

Liczba kobiet, które w kolejnych latach skorzystały z PBP wyniosła łącznie 425 956, udzielono im ogółem 1 222 661 świadczeń. Dane szczegółowe na tle kobiet w ciąży ogółem prezentuje poniższa infografika.

Infografika nr 14
Dane w zakresie realizacji PBP



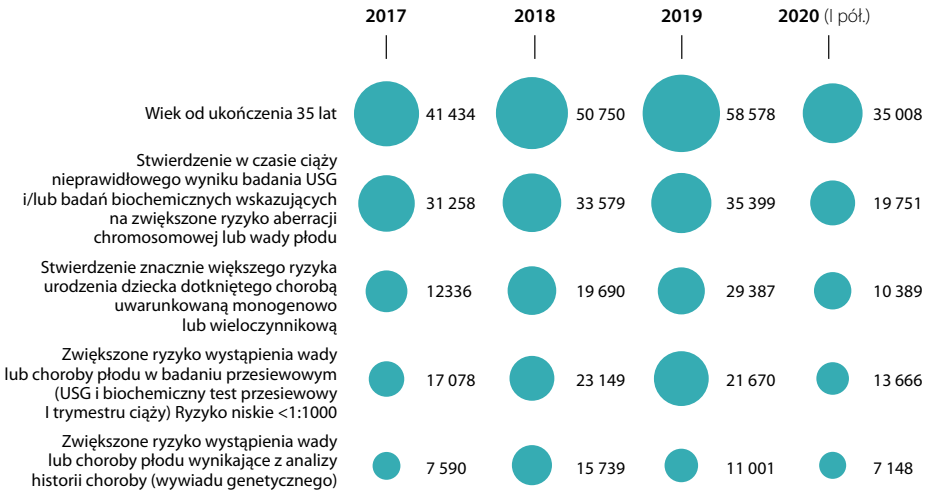
* wraz z lecznictwem szpitalnym w zakresie położnictwa i ginekologii rozliczających jednorodne grupy pacjentów N08, N08A i N08B

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Mimo iż z roku na rok zmniejszała się liczba kobiet objętych Programem, to nadal odsetek tych kobiet w stosunku do liczby kobiet w ciąży ogółem utrzymywał się na poziomie 20%.

W odniesieniu do wskaźników monitorowania oczekiwanych efektów określonych w PBP, w stosunku do zakładanych, monitorowana była liczba i wartość rozliczanych świadczeń oraz liczba kobiet objętych Programem w podziale na przyczyny włączenia do Programu. Liczbę kobiet objętych PBP w okresie objętym kontrolą, według pięciu głównych kryteriów kwalifikowania do udziału w Programie[93] prezentuje poniższa infografika.

Infografika nr 15
Liczba kobiet objętych PBP w według pięciu głównych kryteriów kwalifikowania do programu



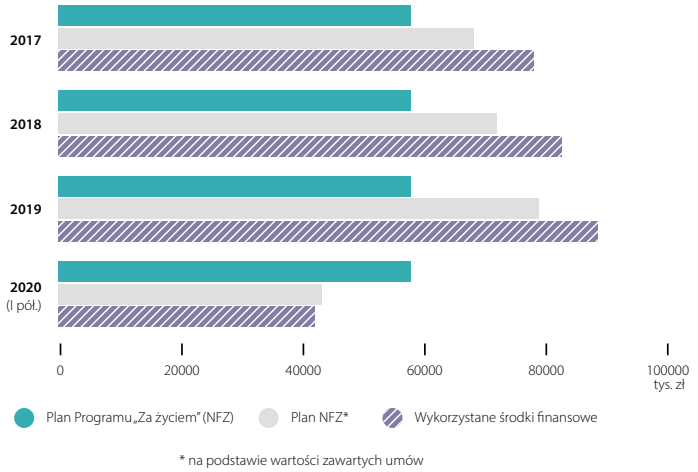
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

W porównaniu np. do trzech lat wstecz liczba kobiet w wieku od ukończenia 35 lat systematycznie rośnie z: w 2014 r. – 33 252, w 2015 r. – 41 622, w 2016 r. – 43 729. Znacznie też wzrosła liczba kobiet, u których w wyniku badania USG stwierdzono wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka (w latach 2014–2016 było ich odpowiednio: 619, 258 2 531.

Środki finansowe wykorzystane na realizację działania 1.2. w badanym okresie znacznie przekraczały kwoty ujęte w planie Programu, w którym na każdy rok zaplanowano 58 000 tys. zł. Przekraczały również kwoty zaplanowane przez NFZ, przyjęte na podstawie wartości zawartych umów (ok. 115% w latach 2017–2018, 112% w 2019 r.). Dane w zakresie wysokości środków wydatkowanych na realizację PBP w stosunku do planu (w tys. zł) zaprezentowano na wykresie.

[93] Dane przedstawione na podstawie „kodów efektów" przekazywanych przez świadczeniodawców.

Wykres nr 4
Wykonanie planu finansowego Programu w zakresie działania 1.2.



* na podstawie wartości zawartych umów

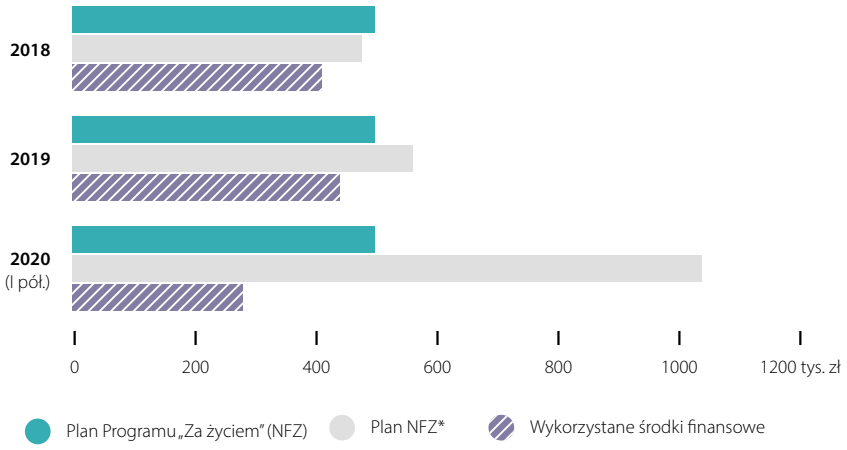
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Niewielka skala realizacji świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej – 80% z nich udzielił jeden świadczeniodawca

Mimo niewielkiej skali realizacji świadczeń należy wskazać, że wzrosła liczba rodzin korzystających ze świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej. Odpowiednio w latach 2018–2020 (I półrocze) skorzystało z niej: 289; 476; 193 pacjentów/rodzin, przy czym ok. 80% świadczeń udzielonych zostało przez jednego świadczeniodawcę w województwie mazowieckim. W województwach: wielkopolskim, pomorskim, podlaskim, opolskim, warmińsko-mazurskim, łódzkim oraz lubelskim opieką objęto w każdym roku od jednej do 10 rodzin.

Środki finansowe wykorzystane na realizację działania 1.3. w badanym okresie, w stosunku do planu Programu, w którym zaplanowano na każdy rok kwotę 500,0 tys. zł stanowiły: w 2018 r. 82,6% planu (wydatkowano: 412,9 tys. zł); w 2019 r. 88,3% planu (wydatkowano: 441,7 tys. zł) oraz w 2020 r. (I półrocze) 56,3% planu (wydatkowano: 281,5 tys. zł). Szczegółowe dane zaprezentowane na wykresie.

Wykres nr 5
Wykonanie planu finansowego Programu w zakresie działania 1.3.



* na podstawie wartości zawartych umów, przy czym plan na 2020 r. dotyczy całego roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

W niewielkim stopniu realizowane było wsparcia psychologiczne w ramach perinatalnej opieki paliatywnej. W kolejnych latach ze świadczeń tych skorzystało: w 2018 r. – 50 kobiet, w 2019 r. – 310 kobiet, w 2020 r. (I półrocze) – 203 kobiety.

Wszystkie podmioty realizujące świadczenia DOK zgodnie z założeniami Programu dla działania 2.1. wyznaczyły osoby pełniące funkcje koordynatorów. Były nimi, w zależności od podmiotu[94]: lekarz, pielęgniarka lub sekretarka medyczna. W podmiotach, które realizowały umowę w zakresie DOK kompleksowo, bez udziału innych świadczeniodawców, przekazywanie danych medycznych między komórkami odbywało się przez ich wewnętrzne systemy informatyczne. W przypadku, gdy podwykonawcy udzielali świadczeń specjalistycznych, niezbędne informacje przekazywane były na piśmie rodzicom dziecka, a ośrodek koordynujący dołączał je do dokumentacji medycznej pacjenta.

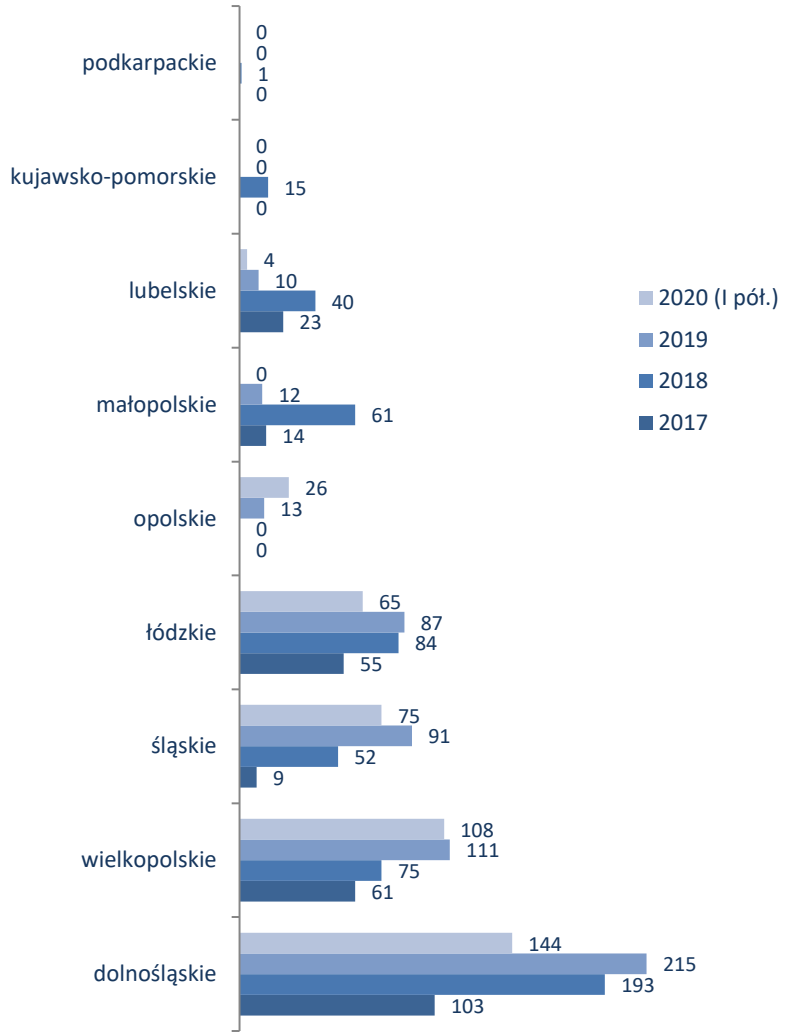
Nie osiągnięto założeń Programu „Za życiem" utworzenia 30 ośrodków DOK

W okresie objętym kontrolą realizacja świadczeń odbywała się jedynie w sześciu województwach (w latach 2018–2019 w ośmiu i siedmiu województwach), a w każdym z nich występował tylko jeden świadczeniodawca. Realizacja Programu zdrowotnego nie wpłynęła na zwiększenie zainteresowania świadczeniodawców udzielaniem świadczeń DOK (szerzej w pkt 5.1.4. niniejszej informacji), a tym samym nie utworzono zakładanych w Programie 30 ośrodków.

Liczba dzieci objętych wsparciem DOK w okresie objętym kontrolą wzrosła i wynosiła odpowiednio: w 2017 r. – 265, w 2018 r. – 521, w 2019 r. – 539, w 2020 r. (I półrocze) – 422. Szczegółowe dane w podziale na województwa zaprezentowano na wykresie.

[94] Wg stanu na I półrocze 2020 r. sześć podmiotów: Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II SPSK nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Samodzielny Kliniczny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Zamościu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Gromkowskiego we Wrocławiu, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski.

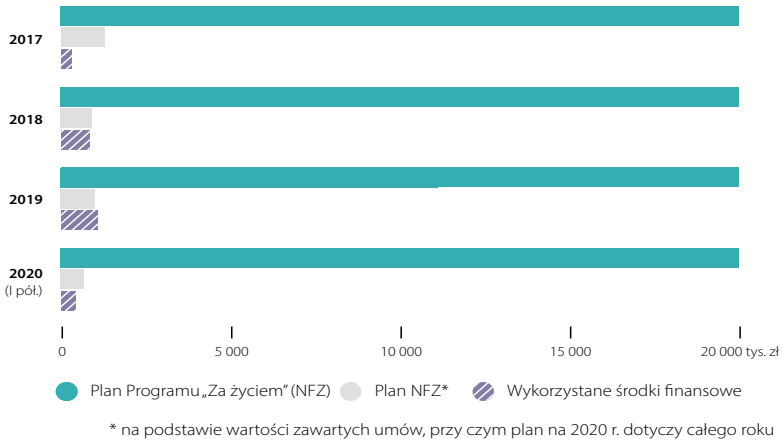
Wykres nr 6
Liczba dzieci objętych wsparcie w zakresie DOK



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Z uwagi na brak osiągnięcia celu utworzenia 30 ośrodków, środki przeznaczone przez NFZ na sfinansowanie świadczeń DOK corocznie znacznie odbiegały od kwot ujętych w planie finansowym Programu (na każdy rok realizacji działania zaplanowano w wysokości 20 000,0 tys. zł). Dane w zakresie planu i wykorzystania środków na realizację działania 2.1. zaprezentowano na wykresie.

Wykres nr 7
Wykonanie planu finansowego Programu w zakresie działania 2.1.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Wartość sfinansowanych świadczeń w stosunku do planu Programu osiągnęła w 2017 r. 1,6%, w 2018 r. – 4,2%, w 2019 r. – 5,4% oraz w 2020 r. (I półrocze) – 2,1%.

Zwiększyła się liczba dzieci karmionych mlekiem pochodzącym z banku mleka

Zgodnie z zaprogramowanym celem działania liczba dzieci żywionych mlekiem pochodzącym z banku mleka kobiecego co roku się zwiększała i wyniosła w latach 2017–2020 odpowiednio: 46 dzieci (dwa banki mleka), 1551 dzieci (osiem banków mleka), 3301 dzieci (13 banków mleka) oraz 4035 dzieci (13 banków mleka)[95].

Liczba podmiotów, którym przekazano mleko z banków mleka zwiększyła się z siedmiu w 2018 r. do 21 w 2020 r. (wzrost o 300%). Efekty realizacji działania wskazano w pkt 5.1.4. wraz z efektami realizacji Programu zdrowotnego.

MZ nie wskazało na trudności i bariery związane z realizacją działania 2.2.

Jednakże nie dysponowano danymi dotyczącymi liczby dzieci z grupy docelowej działania 2.2. Działanie dotyczące odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu pod kątem finansowania przez NFZ nie stanowi odrębnego zakresu (jest produktem do dosumowania „żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki"), w związku z czym kwoty tylko na tę grupę świadczeniobiorców nie były wyodrębniane w umowach.

Środki finansowe przeznaczone przez NFZ na sfinansowanie działania 2.2. wyniosły:

- w 2017 r. – 3842,0 tys. zł;
- w 2018 r. – 18 011,7 tys. zł;
- w 2019 r. – 21 440,0 tys. zł;
- w 2020 r. (I półrocze) – 10 327,7 tys. zł.

[95] Dane za cały 2020 r.

Środki te zostały przeznaczone na sfinansowania żywienia dojelitowego mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki w ramach leczenia szpitalnego oraz KOC II/III.

Z uwagi na małą liczbę świadczeniodawców DOK nieliczna grupa dzieci skorzystała ze świadczeń rehabilitacyjnych

Z uwagi na małą liczbę ośrodków udzielających świadczeń w ramach działania 2.1. i 2.3., pomimo bezlimitowego finansowania świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, nie udało się wydatkować środków pierwotnie zaplanowanych w Programie „Za życiem".

Liczba dzieci, które skorzystały ze świadczeń rehabilitacyjnych w ośrodkach dziennej rehabilitacji wieku rozwojowego w 2017 r. wynosiła 201, w 2018 r. – 516, 2019 r. – 178 i 2020 r. (I półrocze) – 148, przy czym liczba ta w poszczególnych województwach była mocno zróżnicowana tj. w województwie lubuskim wsparciem objęto jednego pacjenta, mazowieckim – dwóch, podkarpackim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – po trzech. Najwięcej pacjentów odnotowano w województwie dolnośląskim (odpowiednio w latach: 92, 129, 25, 21), śląskim (5, 77, 53 i 50) oraz wielkopolskim (17, 50, 56 i 55).

W planie finansowym NFZ nie było wyodrębnionej kwoty na realizację świadczeń dedykowanych dla grupy docelowej działania 2.3., u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Świadczenia realizowane były w ramach zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym jako jeden z produktów rozliczeniowych. Również w umowach ze świadczeniodawcami nie wyodrębniono pozycji w umowie z przeznaczeniem na realizację tych świadczeń.

W niewielkim stopniu wydatkowano środki zaplanowane w Programie „Za życiem"

Środki finansowe przeznaczone przez NFZ na sfinansowanie tych świadczeń[96] w badanym okresie corocznie były niższe niż kwoty ujęte w planie finansowym Programu (które na każdy rok realizacji działania zaplanowano w wysokości 10 000,0 tys. zł), tj.:

- w 2017 r. wydatkowano: 288,7 tys. zł (2,9% planu Programu);
- w 2018 r. wydatkowano: 1382,1 tys. zł (13,8% planu Programu);
- w 2019 r. wydatkowano: 497,1 tys. zł (4,9% planu Programu);
- w 2020 r. (I półrocze) wydatkowano: 226,4 tys. zł (2,3% planu Programu).

Tylko w czterech województwach realizowano świadczenia KO-CZR

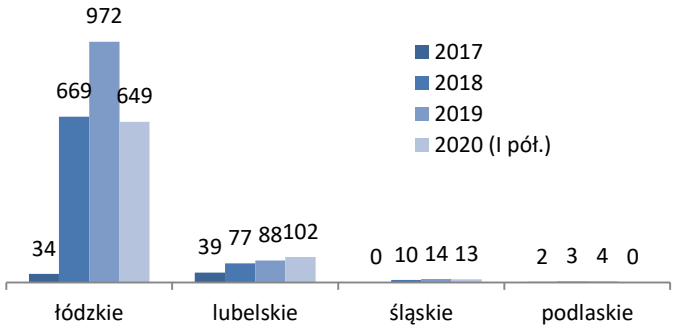
Świadczenia KO-CZR w skali kraju w okresie objętym kontrolą realizowane były w niewielkim stopniu. Świadczenia te realizowało w 2017 r. pięciu świadczeniodawców, w 2018 r. – siedmiu świadczeniodawców, w 2019 r. i 2020 (I półrocze) – sześciu świadczeniodawców. Świadczeniodawcy byli obecni tylko w czterech województwach, tj. lubelskim, łódzkim[97], podlaskim i śląskim.

[96] Wartości świadczeń finansowych rozliczonych kodem produktu 5.11.02.9000061. Zgodnie z zarządzeniem w sprawie świadczeń rehabilitacji leczniczej świadczenia finansowane były bezlimitowo.

[97] Jeden z trzech świadczeniodawców, mimo posiadanej umowy KO-CZR w okresie objętym kontrolą nie rozliczył żadnych świadczeń.

Świadczeń udzielono w tym czasie 2676 pacjentom (w 2017 r. – 75, w 2018 r. – 759, w 2019 r. – 1078 i w 2020 r. (I półrocze) – 764), przy czym 87% świadczeń wykonano w województwie łódzkim odpowiednio przez dwóch (2017 r. i 2019 r.) i trzech (2018 r. i I półrocze 2020 r.) świadczeniodawców. Szczegółowe dane przedstawiono na wykresie.

Wykres nr 8
Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń KO-CZR



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Jako możliwe przyczyny braku zawarcia umowy w zakresie świadczenia KO-CZR kierownictwo poszczególnych OW NFZ wskazało[98]:
- brak zainteresowania potencjalnych świadczeniodawców (6),
- brak lub ograniczona liczba podmiotów spełniających warunki niezbędne do realizacji przedmiotowych świadczeń (3),
- wielość zadań związanych z koordynacją i nadzorem nad procesem leczenia przy ograniczonej liczbie personelu (1)[99],
- realizacja innej formy opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą (1)[100],
- niekorzystna wycena produktów rozliczeniowych (2).

OW NFZ zwróciły uwagę[101], że potencjalni świadczeniodawcy spełniający warunki do zawarcia umów w zakresie świadczeń KO-CZR obejmują opieką dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju w ramach zawartych umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja lecznicza.

98 W oparciu o dane uzyskane z 12 OW NFZ, z których żaden w okresie objętym kontrolą nie posiadał umowy w zakresie KO-CZR.

99 Podkarpacki OW NFZ poinformował, iż w całym województwie jest ośmiu lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii, z czego dwóch nie pracuje z dziećmi i sześciu lekarzy w trakcie specjalizacji. Wszyscy ci lekarze pracują w kilku miejscach; odejście lekarza z danej placówki skutkuje rozwiązaniem umowy w zakresie psychiatrii (NZOZ Anima Centrum Psychiatrii w Rzeszowie – umowa rozwiązana w 2019 r.).

100 Kompleksowe świadczenia, w których skład wchodzi realizacja świadczeń na oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz w zespole leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży – od 2019 r. Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie realizujący te świadczenia w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – II stopień referencyjny.

101 OW NFZ: Lubuski, Podkarpacki, Zachodniopomorski.

Potencjalni świadczeniodawcy[102] jako przyczynę braku zawarcia umów w zakresie KO-CZR najczęściej (21 przypadków) wskazali **brak możliwości spełniania warunków niezbędnych do realizacji umowy, w szczególności w zakresie potencjału kadrowego** (18 przypadków). Ponadto informowali, że zawarcie umowy wiązałoby się z **ograniczeniem dostępności do dotychczas realizowanych świadczeń** (siedem przypadków). W 12 przypadkach świadczeniodawcy wskazali na skupieniu się na realizowanych dotychczas umowach, które najczęściej również obejmują świadczenia dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju. Dwa podmioty wskazały na **niekorzystną wycenę świadczeń**. Z przekazanych informacji wynika również, iż zawarcie umowy na świadczenia w zakresie KO-CZR **wiąże się z dodatkowym obciążeniem obowiązkami związanymi ze sprawozdawczością, skomplikowaną procedurą rozliczeniową z NFZ**, wielością zadań z tym związanych. Niemniej jednak podmioty podkreślały, że realizują świadczenia dla osób z całkowitymi zaburzeniami rozwoju, a zawarcie umowy na świadczenia odrębnie kontraktowane KO-CZR, wymagałoby od podmiotów nieposiadających na miejscu wymaganych specjalistów podpisania umów podwykonawczych, co jest niemożliwe lub niezasadne – wydłuży bowiem czas oczekiwania na konsultację. Jednakże żaden z zapytanych potencjalnych świadczeniodawców nie wniósł uwag do Zarządzenia Prezesa NFZ odnośnie świadczeń nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju[103].

Jeden podmiot poinformował, że był zainteresowany zawarciem umowy w przedmiotowym zakresie, jednak złożony przez niego wniosek, nie został rozpatrzony przez OW NFZ. Z odpowiedzi udzielonej przez OW NFZ wynika, że podmiot ten, po uzyskaniu szczegółowych informacji dotyczących m.in. zasad rozliczania i finansowanie umowy w zakresie KO-CZR, zrezygnował z chęci jej zawarcia[104].

Wartość udzielonych świadczeń KO-CZR wyniosła łącznie 8832,6 tys. zł (w 2017 r. – 565,0 tys. zł, w 2018 r. – 2685,5 tys. zł, w 2019 r. – 3711,1 tys. zł i w I półroczu 2020 r. – 1871,0 tys. zł)[105].

W latach 2017–2020 (I półrocze) NFZ przeprowadził dwie kontrole realizacji świadczeń KO-CZR[106], w wyniku których na dwóch świadczeniodawców nałożono kary pieniężne w łącznej wysokości 3,1 tys. zł oraz wydano zalecenia dotyczące stwierdzonych nieprawidłowości, m.in. w zakresie rozliczania świadczeń niezrealizowanych, wielokrotnego przedstawienia do rozliczenia tego samego świadczenia oraz nieprawidłowego sprawozdania realizacji świadczenia.

[102] W toku kontroli zwrócono się z prośbą o udzielenie informacji do 36 potencjalnych świadczeniodawców KO-CZR z 12 województw, w których nie realizowano świadczeń. Odpowiedź uzyskano od 32 świadczeniodawców – z czego trzech pomimo udzielenia odpowiedzi nie wskazało przyczyn braku zawarcia umowy w zakresie KO-CZR.

[103] Czterech z 36 pytanych świadczeniodawców nie udzieliło w tym zakresie odpowiedzi.

[104] Dolnośląski OW NFZ nie odniósł się do braku udzielenia formalnej odpowiedzi zainteresowanemu świadczeniodawcy.

[105] Zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 6 wzoru umowy (załącznik nr 2c do zarządzenia) świadczenia KO-CZR finansowane były bezlimitowo.

[106] W latach 2017–2020 (I półrocze) NFZ nie kontrolował świadczeń realizowanych w ramach działania 2.1., 2.2. i 2.3. Programu „Za życiem".

5.1.4. Realizacja Programu zdrowotnego

W celu realizacji Programu „Za życiem" – działanie 2.1., 2.2. i 2.3., Ministerstwo Zdrowia opracowało i wdrożyło Program zdrowotny, w ramach którego prawidłowo przeprowadzano konkursy na wyposażenie dla podmiotów udzielających świadczeń wynikających z ww. działań oraz prawidłowo rozliczano zawarte w tym zakresie umowy.

Realizacja Programu zdrowotnego nie wpłynęła na zwiększenie zainteresowania świadczeniodawców udzielaniem świadczeń w zakresie DOK.

Realizacja Programu zdrowotnego nie wpłynęła na zwiększenie liczby DOK

Zgodnie z założeniami Programu zdrowotnego, w celu zapewnienia efektywnej koordynacji opieki w ramach DOK, ośrodki koordynujące[107] miały możliwość skorzystania z dofinansowania na zakup sprzętu komputerowego i narzędzi informatycznych, umożliwiających szyfrowe przekazywanie danych medycznych przez podmioty udzielające dzieciom świadczeń oraz prowadzenie i wymianę dokumentacji medycznej.

W rezultacie przeprowadzonych konkursów[108] wnioskowane wsparcie w 2017 r. otrzymało czterech oferentów[109], a w 2018 r. jeden oferent[110].

W 2017 r., równolegle dla konkursu ogłoszonego dla ośrodków koordynujących DOK, Ministerstwo ogłosiło konkurs w tożsamym zakresie skierowany do podmiotów leczniczych prowadzących ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, które współpracują z ośrodkiem koordynującym DOK. W odpowiedzi na ogłoszenie wpłynęła jedna oferta, która ostatecznie została pozytywnie oceniona i uznana za kwalifikującą się do otrzymania wsparcia[111].

Podmioty posiadające umowy w zakresie DOK, które nie brały udziału w ogłaszanych przez Ministerstwo konkursach, deklarowały posiadanie wystarczającej liczby sprzętu niezbędnego do realizacji obowiązku przekazywania danych medycznych[112].

Rodzaj zakupionego sprzętu był zgodny z wykazem sprzętu przewidzianym do sfinansowania w Programie zdrowotnym. Efekty realizacji Programu zdrowotnego prezentuje infografika.

[107] Podmioty posiadające w swojej strukturze ośrodek koordynujący tj. podmioty posiadające wówczas aktualną umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w zakresie DOK.

[108] W 2017 r. MZ ogłosiło jeden konkurs (16.10.2017 r.), a w 2018 r. dwa konkursy (18.06.2018 r. i 4.09.2018 r.), przy czym w odpowiedzi na pierwszy konkurs zorganizowany w 2018 r. nie wpłynęła żadna oferta.

[109] Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II – przyznana kwota 76 262,85 zł, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki – przyznana kwota 223 970 zł, Szpital Uniwersytecki w Krakowie – przyznana kwota 118 704 zł i Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu – przyznana kwota 144 706,80 zł.

[110] SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – przyznana kwota 156 208 zł.

[111] Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło Katowice – Giszowiec – przyznana kwota 25 989,45 zł.

[112] W toku kontroli zwrócono się do trzech podmiotów: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Gromkowskiego we Wrocławiu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wlkp. i Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu (podmiot jest świadczeniodawcą DOK od 2019 r., w związku z czym nie mógł przystąpić do konkursów w latach 2017–2018).

Infografika nr 16
Efekty realizacji Programu zdrowotnego w zakresie działania 2.1.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Nie rozpoczęto realizacji szkoleń dedykowanych personelowi medycznemu banków mleka

W ramach organizowanych konkursów wyłoniono siedmiu realizatorów działania 2.2. – utworzenie sieci banków mleka w 2017 r. i sześciu w 2018 r. **Dzięki temu, już w 2018 r., osiągnięto zakładaną docelową liczbę banków mleka, tj. 13[113]. Nie rozpoczęto zaś szkoleń dedykowanych personelowi medycznemu zajmującemu się prowadzeniem banków mleka oraz personelowi medycznemu podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny II lub III stopnia referencyjności.**

Nie realizowano zaplanowanych na lata 2019–2020 szkoleń dla pracowników funkcjonujących banków mleka kobiecego, których celem, zgodnie z założeniami zaktualizowanego w 2019 r. Programu zdrowotnego, miało być stosowanie procedur zapewniających wysoką jakość pozyskiwanego mleka kobiecego, a przez to gwarancję bezpieczeństwa jego biorców oraz szkoleń personelu medycznego podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne II i III poziomu referencyjności, w celu zwiększenia współpracy z bankami mleka. Ponadto w Programie zdrowotnym przyjęto wskaźnik monitorowania oczekiwanych efektów zakładający przeszkolenie 80% podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje bank mleka kobiecego do 2020 r. (co najmniej 10).

[113] W związku z całkowitym zrealizowaniem zadania w 2018 r. (utworzenia sieci 13 banków mleka), nie finansowano w kolejnym okresie zakupu wyposażenia sprzętowego ewentualnie powstałych nowych banków mleka kobiecego.

Propozycja szkoleń pracowników banków mleka kobiecego oraz personelu medycznego podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne na II i III poziomie referencyjności, pojawiła się w Programie polityki zdrowotnej w 2019 r. i miała na celu wymianę doświadczeń pracowników banków mleka kobiecego funkcjonujących od wielu lat oraz tych nowopowstałych, jak również większą współpracę banków z podmiotami leczniczymi. (...) 30 marca 2020 r. otrzymano informację o wstrzymaniu wszystkich postepowań konkursowych, które mają zostać zrealizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia oraz w ramach Programu „Za życiem" w 2020 roku. Brak realizacji szkoleń nie powoduje jednak braku konieczności stosowania przez banki mleka kobiecego procedur gwarantujących wysoką jakość pozyskanego mleka kobiecego, jak również nie ma wpływu na dostęp do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt.

NIK wnioskowała o zapewnienie realizacji szkoleń dla personelu banków mleka zaprogramowanych w Programie zdrowotnym.

W toku kontroli zwrócono się do trzech banków mleka kobiecego[114] z prośbą o wskazanie przyczyn braku zainteresowania udziałem w opisanych wyżej konkursach. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że podmioty te posiadały wystarczające zasoby do prowadzenia banku mleka kobiecego. Ponadto ustalono, że w okresie objętym kontrolą:

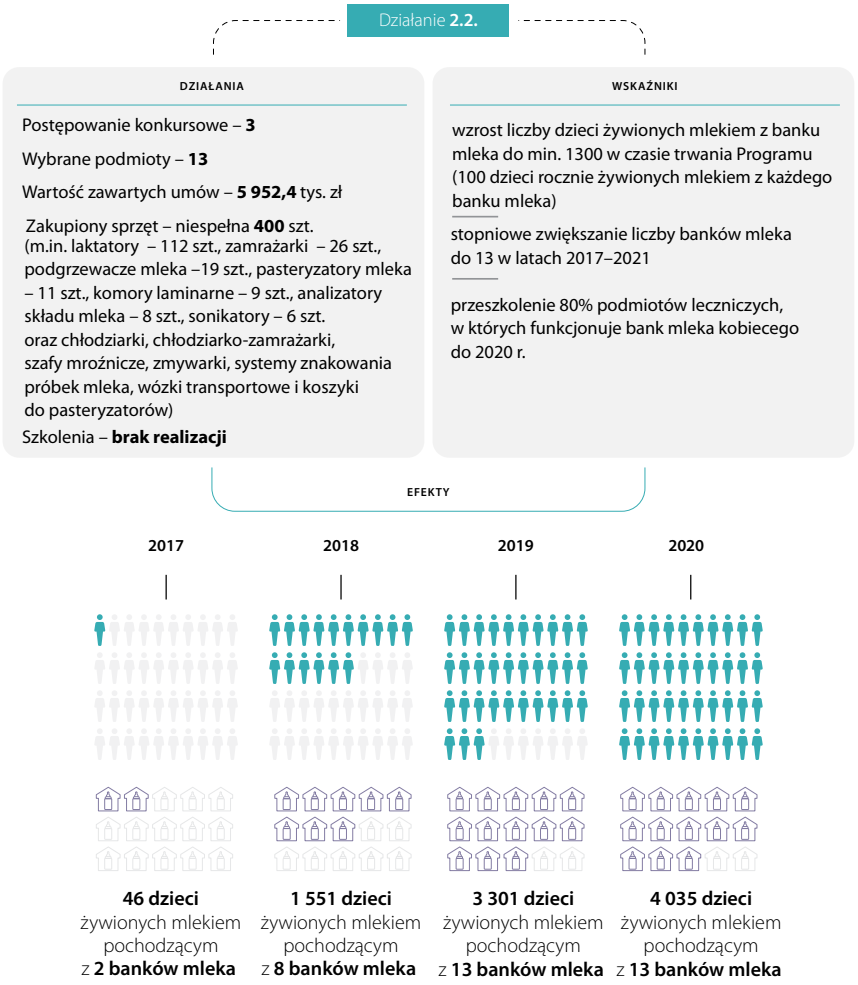
- jeden podmiot nie przekazywał mleka do innych podmiotów, liczba noworodków karmionych mlekiem z tego banku wyniosła blisko 700;
- jeden podmiot przekazał mleko 12 podmiotom – wydając ok. 1500 litrów mleka[115];
- jeden podmiot przekazał mleko dwóm podmiotom, a liczba noworodków karmionych mlekiem z tego banku wyniosła 244.

W ramach trzech przeprowadzonych postępowań konkursowych w latach 2017–2018 zakupiono i sfinansowano niespełna 400 sztuk sprzętu służącego do pozyskiwania mleka kobiecego i jego przechowywania, zgodnie z wykazem sprzętu ujętym w Programie zdrowotnym. Efekty realizacji działania przedstawiono na infografice.

[114] Bank Mleka Kobiecego w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, Regionalny Bank Mleka Kobiecego w Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rodziny SP ZOZ w Warszawie i Bank Mleka Kobiecego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

[115] Nie uzyskano informacji o ilości karmionych dzieci; podmiot wskazał ilość przekazanych litrów mleka kobiecego wskazując, że obieg mleka nadzorowany jest bezpośrednio w szpitalach przez lekarzy, którzy decydują o ilości mleka i dzieci nim żywionych.

Infografika nr 17
Efekty realizacji Programu zdrowotnego w zakresie działania 2.2.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

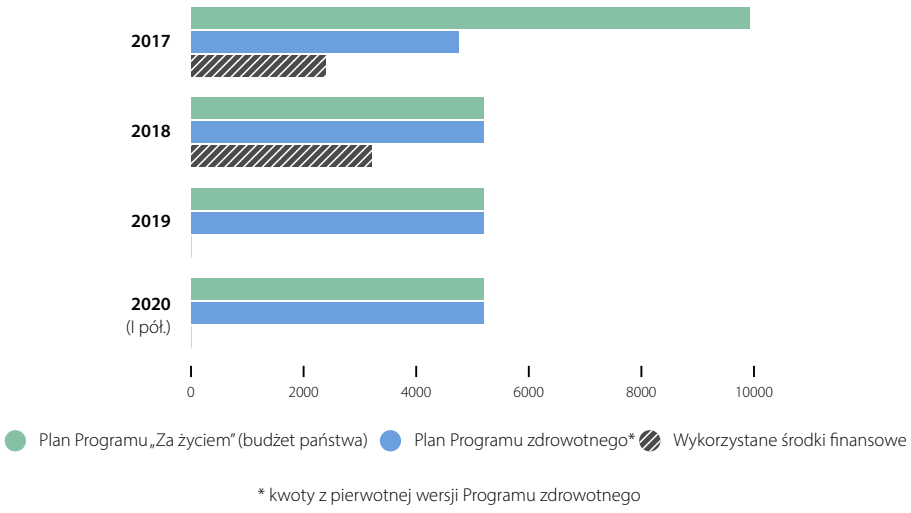
Środki finansowe przeznaczone z budżetu państwa[116] w badanym okresie corocznie były niższe niż kwoty ujęte w planie finansowym Programu (z budżetu państwa, które w poszczególnych latach zaplanowano w wysokości: w 2017 r. – 9918,0 tys. zł i po 5200,0 tys. zł w każdym z lat 2018–2020) oraz Programu zdrowotnego (które w poszczególnych latach zaplanowano w wysokości: w 2017 r. – 4750,0 tys. zł i po 5200,0 tys. zł w każdym z lat 2018–2020)[117].

W latach 2017–2018 wydatkowano łącznie 5612,3 tys. zł (w 2017 r. – 24% realizacji Programu i 50% Programu zdrowotnego oraz w 2018 r. –62% realizacji Programu i Programu zdrowotnego. W latach 2019–2020 (I półrocze) nie finansowano żadnych działań. Szczegółowe dane zaprezentowano na wykresie.

[116] Na organizowane przez MZ konkursy w ramach realizacji Programu zdrowotnego.

[117] W aktualizacji Programu zdrowotnego wprowadzonej w listopadzie 2019 r. kwoty przeznaczone na realizację działania 2.2. zmniejszono do kwot: w 2017 r. – 2401,9 zł, w 2018 r. – 3216,4 zł, w 2019 r. – 0 zł.

Wykres nr 9
Wykonanie planu finansowego Programu "Za życiem" oraz Programu zdrowotnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Realizacja działania polegającego na dofinansowaniu zakupu z Programu zdrowotnego urządzeń do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń mowy nie cieszyła się zainteresowaniem. W październiku 2017 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs ofert na wybór realizatorów Programu zdrowotnego w zakresie interwencji: wczesna rehabilitacja dzieci w ramach DOK – w ramach postępowania wpłynęły tylko dwie oferty.

Ostatecznie przyznano środki na realizację zadania: wczesna rehabilitacja dzieci w wysokości 65,6 tys. zł (w tym: środki bieżące – 42 tys. zł; środki inwestycyjne – 23,6 tys. zł) względem zaplanowanych 400 tys. zł (w tym: środki bieżące – 150 tys. zł; środki inwestycyjne – 250 tys. zł). Wydatkowano 60,4 tys. zł, co stanowiło 15% kwoty planowanej na realizację zadania.

Na podstawie zawartych umów[118] zakupiono i sfinansowano następujący sprzęt:

- w ramach środków inwestycyjnych – cztery stoły rehabilitacyjne,
- w ramach środków bieżących: materace, worki sensoryczne, półkule sensoryczno-równoważne, ścieżki sensoryczne, tunele, dyski sensoryczne, masażery, różnego rodzaju piłki, bańki, maty rehabilitacyjne i korekcyjno-masujące, kocyki dociążające, tubki żuchwowe i apraksyjne, łyżeczki, lustra korekcyjne, linki wspinaczkowe, tyczki, pachołki treningowe, system wspomagania komunikacji, pracy z komputerem, zestaw prób praksji oralnej, językowych i grafomotorycznych, szpatułki (logopedyczne, do pionizacji i lateralizacji języka), kliny rehabilitacyjne – łącznie ponad 240 szt.

[118] Umowa nr 12/7/2017/62/1344 z 4.12.2017 r. – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi i umowy nr 12/6/2017/3256/1343 z 29.11.2017 r. – Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Katowicach.

Analiza umów zawartych w ramach postępowań konkursowych na realizację Programu zdrowotnego wykazała, że zleceniobiorcy zakupili sprzęt zgodny z umową i przedłożyli niezbędne do rozliczenia dokumenty w wymaganym terminie.

Ministerstwo Zdrowia prawidłowo realizowało zapisy umów zawartych w ramach Programu zdrowotnego dotyczące nakładania i egzekwowania kar finansowych w przypadku opóźnień świadczeniodawców m.in. w zakresie przedkładania wymaganych dokumentów (ogólnie nałożono 11 kar na ośmiu świadczeniodawców).

5.1.5. Wdrożenie działania 2.4. Utworzenie ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych ze szczególnym uwzględnieniem wczesnego wspomagania rozwoju dzieci od momentu wykrycia niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością

Dane ogólne z realizacji działania 2.4.

Pomimo zapisów Programu dotychczas nie powstał Krajowy Ośrodek Koordynacyjno- - Rehabilitacyjny

Celem działania 2.4. Utworzenie ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych ze szczególnym uwzględnieniem wczesnego wspomagania rozwoju dzieci od momentu wykrycia niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością (Priorytet II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny) sformułowanym w Programie było:

- zapewnienie dziecku niepełnosprawnemu dostępu do aktywnej pomocy ze strony państwa (służby zdrowia, pomocy społecznej, oświaty), a jego rodzicom fachowej informacji dotyczącej ich dziecka oraz jego problemów rozwojowych. Skoordynowanie działań służących wykorzystaniu dostępnych usług. Promowanie Programu;
- zapewnienie interdyscyplinarnego wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, umożliwiającego objęcie specjalistyczną opieką dziecka oraz jego rodziny.

W tym celu w Programie założono m.in. utworzenie Krajowego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjnego, który jednak nie powstał.

W sprawie **braku utworzenia Krajowego Ośrodka Koordynacyjno--Rehabilitacyjnego** MEN poinformował, że pismem z 11 października 2017 r. zwrócił się do Ministerstwa Rodziny z prośbą o weryfikację zapisów Programu w zakresie powstania takiego Ośrodka oraz zatrudnienie przez powiat koordynatora odpowiedzialnego za dostęp do usług oraz administrowania na poziomie powiatu bazą danych nt. wszelkich form pomocy oferowanych w danym powiecie. W piśmie podkreślono, że ww. zapisy wykraczają poza przepisy prawa oświatowego i nie będą mogły być realizowane. Wskazano również na fakt, że zapisy te sugerują, że środki przewidziane na prowadzenie zadań zaplanowanych do realizacji przez ośrodki koordynacyjno-rehabilitacyjno--opiekuńcze powinny być wydatkowane również na krajowy ośrodek koordynacyjno-rehabilitacyjny oraz na powiatowego koordynatora. Wniosek ten został uwzględniony przy nowelizacji uchwały Rady Ministrów, jednakże jej procedowanie nie zostało podjęte.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Nie wszystkie powiaty w Polsce przystąpiły do realizacji działania 2.4.

W celu realizacji działania 2.4. MEN przystąpił w IV kwartale 2017 r. do podpisywania z powiatami porozumień[119] na realizację zadania z zakresu administracji rządowej wynikającego z Programu, polegającego na zapewnieniu realizacji zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego[120] na obszarze powiatu oraz doposażeniu placówki pełniącej funkcję tego ośrodka (zwany dalej *Porozumieniem*).

Program „Za życiem" przewidywał wyodrębnienie 380 powiatowych placówek w ramach wczesnego wspomagania rozwoju – w każdym powiecie powinien powstać jeden ośrodek. Tymczasem, na podstawie danych otrzymanych od kuratorów oświaty, w MEN przygotowano ponad 300 Porozumień, z których ostatecznie podpisano 268. W następnych latach zawarto kolejne, w 2019 r. oraz 2020 r. działanie 2.4. realizowane było przez 307 powiatów oraz miast na prawach powiatów[121] w 16 w województwach.

Sześć miast na prawach powiatu, które nie przystąpiły do realizacji Programu w 2017 r., zapytane o przyczyny braku podpisania Porozumienia na realizację działania 2.4. wskazało m.in.:

- brak wystarczających warunków lokalowych – Miasto Chorzów i Radom;
- brak wystarczającej liczby specjalistów – Miasto Chorzów i Radom;
- brak odpowiedniego poziomu finansowania zadania, w tym brak możliwości przeznaczenia dotacji na pokrycie kosztów administracyjnych i zatrudnienia koordynatora – Miasto Chorzów i Radom;
- brak potrzeby utworzenia dodatkowego ośrodka z uwagi na wystarczające wsparcie realizowane w placówkach oświatowych – Miasto Leszno i Suwałki;
- zbyt krótki termin w 2017 r. na wydatkowanie środków – Miasto Jastrzębie-Zdrój i Suwałki;
- Miasto Dąbrowa Górnicza przystąpiło do realizacji działania 2.4. w 2018 r.

Powiaty każdorazowo wskazywały w Porozumieniu placówkę (najczęściej poradnie psychologiczno-pedagogiczną lub ośrodek szkolno-wychowawczy), której powierzono realizację zadania ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego. Warunki Porozumienia dla każdego powiatu były identyczne, jego realizacja miała polegać na:

1) organizowaniu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na warunkach i w formach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 1 ustawy Prawo oświatowe oraz – w zależności od potrzeb dziecka – dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów i innych specjalistów w wymiarze godzinowych ustalonym w Porozumieniu w podziale na lata kalendarzowe;
2) wykonywaniu pozostałych zadań wynikających z § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OKRO.

[119] Propozycja zawarcia porozumienia skierowana była do wszystkich powiatów na zasadzie dobrowolności. Porozumieniem objęto również utworzeniem i utrzymanie miejsc w bursach i internatach dla uczennic w ciąży (działanie 1.5.).

[120] O których mowa w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych.

[121] W Polsce jest 314 powiatów oraz 66 miast na prawach powiatu.

Przyjęte przez MEN zasady ustalania wysokości dotacji odpowiadały założeniom Programu oraz rozporządzenia w sprawie OKRO

Do naliczenia dotacji na realizację Programu w danym powiecie (mieście na prawach powiatu) MEN uwzględniał liczbę tygodni jego realizacji, która pomnożona przez 5 godzin zajęć tygodniowo oraz przez planowaną (statystyczną) liczbę dzieci i kwotę 60 zł (na jaką została w Programie wyceniona godzina pracy z dzieckiem). **Liczba dzieci, na podstawie której przygotowano symulację kosztów na lata 2017–2021 wynosiła odpowiednio 5%, 7%, 8%, 10% i 10% z ok. 48 000 dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju w systemie oświaty.** Informacje otrzymane z poszczególnych powiatów, na etapie planowania środków finansowych pozwalały jedynie na ich szacunkowe zaplanowanie. W znacznej mierze dane te odnosiły się do zapewnienia wsparcia dzieciom już objętych wczesnym wspomaganiem w danej placówce lub wskazywano godziny do realizacji tych zajęć, jako 100% zapewnienia 5 godzin zajęć przez cały rok wszystkim dzieciom.

Termin wykonania zadania ustalono do dnia 31 grudnia 2021 r. Warunki finansowania były następujące:

1) na rok 2017 dla wszystkich realizatorów przewidziano 15 000 zł na zakup środków dydaktycznych niezbędnych do realizacji zadania. W przypadku późniejszego podpisania porozumienia przez realizatorów, którzy nie przystąpili do realizacji Programu w 2017 r., samorządy również otrzymywały dotację w wysokości 15 000 zł, ze środków pozostających w dyspozycji MEN;
2) na lata 2017–2021 przyznano dotację w wysokości iloczynu liczby godzin przyznanych na organizację wczesnego wspomagania rozwoju dziecka oraz stawki 60 zł za godzinę pracy terapeuty/specjalisty. Wysokość dotacji podzielono na transze (lata kalendarzowe).

Z informacji MEN[122] wynikało, iż wszystkie samorządy, które realizowały działanie 2.4. otrzymały możliwość skorzystania ze zwiększenia stawki godzinowej w latach 2020 i 2021 z 60 zł do 70 zł na następujących warunkach:

– jednostkom, które w 2019 r. zrealizowały Program na poziomie poniżej 75% przyznanej dotacji zaproponowano zmniejszenie liczby godzin, o których mowa w Porozumieniu, przy stawce 70 zł za godzinę bez zmiany kwoty dotacji od daty podpisania aneksu;
– jednostki, które zrealizowały Program na poziomie co najmniej 75% otrzymały możliwość realizacji zadania bez zmniejszenia liczby godzin przy jednoczesnym zwiększeniu dotacji wynikającej ze wzrostu stawki z 60 zł do 70 zł.

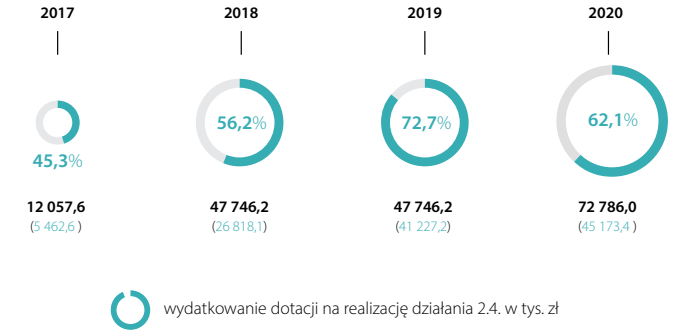
Na tej podstawie w listopadzie i grudniu 2020 r. przekazano łącznie 2123,5 tys. zł na podstawie 224 aneksów, w przypadku 64 samorządów podpisano aneksy na zmianę limitu godzin[123].

[122] Pismo z dnia 20 maja 2021 r. nr DWKI-WSPE.0911.4.2020.CZ.1.2021

[123] Pozostałe samorządy zrezygnowały z podpisania aneksu lub zgłosiły chęć podpisania aneksu od 2021 r.

Z zaplanowanej w Programie „Za życiem" na realizację działania – na lata 2017–2020 – kwoty 235 425 tys. zł, wydatkowano zaledwie 50%. Według MEN w latach 2017–2020 przekazano dotację wysokości 189 266,0 tys. zł, z czego wydatkowano łącznie 118 681,3 tys. zł, tj. 62,7%. W 2021 r. MEN planuje uruchomienie dotacji w wysokości 75 613,3 tys. zł (w planie Programu na ten rok ujęto kwotę 77 205 tys. zł). Dane za poszczególne lata prezentuje poniższa infografika.

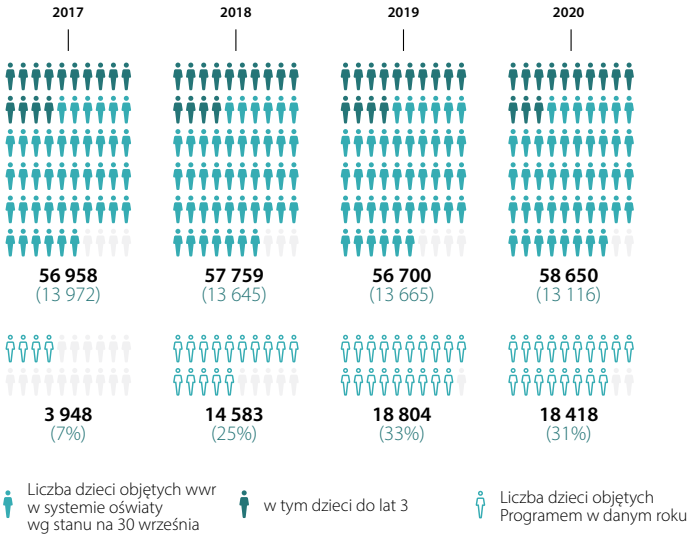
Infografika nr 18
Wydatkowanie dotacji na realizację działania 2.4.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MEN.

Liczba dzieci ogółem objętych wsparciem Programu w poszczególnych latach objętych kontrolą w stosunku do liczby dzieci ogółem objętych wwr w systemie oświaty rosła i stanowiła odpowiednio: 7%, 25%, 33% oraz 31%. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej. Liczba dzieci objętych Programem „Za życiem" oraz liczba dzieci objętych wwr w systemie oświaty w latach 2017–2020[124].

Infografika nr 19
Liczba dzieci objętych wwr w systemie oświaty oraz dzieci objętych Programem



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MEN.

[124] Liczba dzieci objętych wwr w systemie oświaty wg stanu na 30 września danego roku szkolnego, odpowiednio: od 2017/2018 do 2020/2021.

Warunki organizacyjne i finansowe realizacji działania 2.4.

Każda z sześciu skontrolowanych jednostek rozpoczęła realizację działania 2.4. w grudniu 2017 r. Budynki czterech placówek, które powiaty wyznaczyły do pełnienia funkcji OKRO były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych (SOSW w Bartoszycach, ZPSWR w Cudzynowicach, PPP w Gostyniu oraz Wysokiem Mazowieckiem).

Budynki, w których zlokalizowano OKRO (cztery z sześciu) były dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych

Przykłady

Sanitariaty **Poradni w Myszkowie** (jeden ogólnodostępny i jeden dla personelu) nie były przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, tj. nie zapewniono wymaganej szerokości drzwi 90 cm, nie zainstalowano urządzeń sanitarnych o odpowiednich gabarytach oraz ułatwiających korzystanie z nich uchwytów, a w sanitariacie ogólnodostępnym nie zapewniono przestrzeni manewrowej (o wymiarach, co najmniej 1,5 x 1,5m), co było niezgodne z § 86 ust. 1 pkt 1, 3 i 4 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie[125].

Do gabinetów **Poradni w Myszyńcu** zlokalizowanych w Kadzidle[126] oraz gabinetów zlokalizowane w Lelisie i Baranowie[127] prowadziły wyłącznie schody. W dwóch ostatnich lokalizacjach gabinety znajdowały się w budynkach, które nie odpowiadały wymogom określonym w § 55 ust. 2 ww. rozporządzenia w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, bowiem nie zapewniono odpowiednich urządzeń lub wyposażenia umożliwiających dostęp do gabinetów terapii osobom niepełnosprawnym lub rodzicom z dziećmi na wózkach.

Ponadto w budynku ośrodka w Cudzynowicach stwierdzono występowanie niebezpiecznej bariery architektonicznej, w postaci wąskiego przejścia i wysokich schodów w łączniku prowadzącym do stołówki, co stanowiło utrudnienie dla osób niepełnosprawnych.

Program „Za życiem" w części Formy realizacji dla działania 2.4. zakładał zatrudnienie przez powiat koordynatora odpowiedzialnego za dostęp do usług oraz administrowanie na poziomie powiatu bazą danych o wszelkich formach pomocy oferowanych w danym powiecie. Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie OKRO do zadań ośrodków należało koordynowanie korzystania z usług specjalistów dostępnych na obszarze powiatu, w tym: zbieranie i upowszechnianie informacji o usługach i świadczących je specjalistach, prowadzenie akcji informacyjnych oraz monitorowanie działań związanych z udzielaniem pomocy dzieciom i ich rodzinom. Jednakże Porozumienia zawarte z powiatami nie przewidywały finansowania z dotacji wynagrodzenia koordynatora (przyczyny wskazał MEN w wyjaśnieniach odnośnie braku powstania Krajowego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjnego).

[125] Dz. U. z 2019 r. poz.1065, ze zm.

[126] Dotyczy to trzech gabinetów: logopedycznego, psychologicznego i pedagogicznego, które znajdują się na półpiętrze budynku. Natomiast pozostałe gabinety w tej lokalizacji znajdują się na parterze, gdzie jest zapewniony podjazd.

[127] Gabinety w miejscowościach: Baranowo (na II piętrze Urzędu Gminy w Baranowie) oraz Lelis (na I piętrze Przedszkola w Lelisie).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Niezgodne z przeznaczeniem wydatkowanie dotacji na obsługę administracyjną i promocję Programu

Wszystkie skontrolowane OKRO prowadziły działania promocyjne i informacyjne o Programie. Powiaty co do zasady nie zatrudniały koordynatora Programu, obowiązki te najczęściej powierzano nieodpłatnie dyrektorom lub pracownikom placówek. Z wyjątkiem **dwóch placówek, które niezgodnie z zapisami § 4 ust. 3 Porozumienia sfinansowały z dotacji wypłatę wynagrodzenia w łącznej wysokości 5830,12 zł za administrowanie oraz promocję Programu**.

Przykłady

Poradnia w Gostyniu z dotacji w 2017 r., kosztem zmniejszenia liczby terapeutycznych zajęć indywidulanych, rozliczyła i sfinansowała wydatki w wysokości 3070,12 zł (ok. 51 godzin), związane z obsługą administracyjną Programu – 3048,53 zł przeznaczono na realizację umowy zlecenia z koordynatorem Programu oraz 21,59 zł na realizację umowy zlecenia, której przedmiotem było wykonywanie zadań ABI Poradni.

Z kolei **ZPSWR w Cudzynowicach** w latach 2017–2019 nienależnie rozliczyła i sfinansowała z dotacji wynagrodzenia za 46 godzin pracy sześciu terapeutów w wysokości 2760 zł za wykonane działania promocyjne Programu, rozwożenie plakatów oraz zapoznanie się z warunkami Programu.

W związku z powyższym NIK wnioskowała o podjęcie działań w celu przekazania do MEN korekty rozliczeń dotacji oraz zwrot środków wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem.

Z wyjaśnień dyrektorów placówek wynikało, iż przyczyną powyższych nieprawidłowości była błędna interpretacja zapisów Porozumienia. **W ocenie NIK wpływ na to miał przede wszystkim brak określenia przez MEN jasnych zasad dotyczących sposobu wykorzystania i rozliczania dotacji.**

Ponadto NIK zauważa potrzebę opracowania na poziomie centralnym poradników i materiałów metodycznych oraz promujących wsparcie wwr w ramach Programu.

Każda placówka zgodnie z Porozumieniem kwotę 15,0 tys. zł przeznaczyła na zakup pomocy dydaktycznych

W pierwszym roku zgodnie z Porozumieniem placówki wydatkowały ze środków dotacji kwotę 15,0 tys. zł na zakup wyposażenia. Wybrane pozycje wyposażenia to np. system diagnostyczno-terapeutyczny do integracji słuchowo-wzrokowo-ruchowych (PPP Myszków), sprzęt do terapii metodą EEG Biofeedback (PPP Wysokie Mazowieckie), ekran projekcyjny, laptop oraz dwa tablety (PPP Myszyniec), pomoce do treningu słuchowego, wałki rehabilitacyjne, zestawy piłek (SOSW Bartoszyce), dywan światłowodowy oraz kaskada światłowodowa (PPP w Gostyniu), testy psychologiczne (PSWR Cudzynowice). Przeprowadzone w toku kontroli oględziny potwierdziły zakupy sprzętu sfinansowanego z dotacji oraz ich obecność w salach terapeutycznych, jednakże:

Sprzęt do terapii EEG – Biofeedback o wartości 15 000 zł, zakupiony 18 grudnia 2017 r. w ramach Programu przez **PPP w Wysokiem Mazowieckiem**, nie był w okresie objętym kontrolą wykorzystywany do prowadzenia terapii.

Jak wyjaśniła Dyrektor Poradni pracownicy planowali udział w szkoleniu z zakresu terapii EEG – Biofeedback w marcu 2020 r., jednak ze względu na sytuację epidemiologiczną szkolenie się nie odbyło. Trzech pracowników Poradni ukończyło szkolenia z tego zakresu w 2018 r., jednak ze względu na wykorzystanie godzin wsparcia w ramach Programu na inne zajęcia nie było możliwości zorganizowania terapii EEG – Biofeedback i wykorzystania tego sprzętu.

Na potrzeby realizacji Programu, OKRO zatrudniały od pięciu do nawet 29 terapeutów i specjalistów

Na potrzeby realizacji Programu placówki zatrudniały od pięciu do nawet 29 specjalistów oraz terapeutów, najczęściej: pedagogów, logopedów, oligofrenopedagogów, tyflopedagogów, surdopedagogów, terapeutów integracji sensorycznej, fizjoterapeutów lub rehabilitantów, w jednym przypadku zatrudniono również lekarza pediatrę neurologa (Poradnia w Myszyńcu).

Placówki najchętniej korzystały z własnych pracowników, z uwagi jednak na braki kadrowe zatrudniały specjalistów z zewnątrz – najczęściej dotyczyło to fizjoterapeutów lub rehabilitantów. Najczęstszą formą zatrudnienia była umowa zlecenie. W przypadku dwóch poradni specjaliści realizowali wsparcie Programu na podstawie godzin ponadwymiarowych (w ramach pensum), co doprowadziło do wypłaty wynagrodzenia niezgodnie z założeniami Programu (działanie 2.4. Formy realizacji) i Porozumienia (§ 4 ust. 5), zgodnie z którymi OKRO zapewnia usługi terapeutów na podstawie podpisanej umowy płatne w wysokości 60 zł za godzinę.

Przykłady

W 2019 roku realizację 250 godzin terapii powierzono czterem pracownikom **PPP w Wysokiem Mazowieckiem** na podstawie przyznanych godzin ponadwymiarowych: dwóm po 55 godzin terapii logopedycznej i dwóm po 70 godzin terapii pedagogicznej, wypłacając z dotacji wynagrodzenie brutto w wysokości od 32,78 zł do 43,29 zł za godzinę terapii.

Powierzenie **Poradni w Myszkowie** funkcji OKRO spowodowało zwiększenie liczby godzin ponadwymiarowych zatrudnionych specjalistów i terapeutów o 14 godzin tygodniowo w ramach pensum. Średnio wynagrodzenie specjalisty (sześciu specjalistów i fizjoterapeuta) za godzinę zajęć wynosiło: w 2017 r. – 48,51 zł, w 2018 r. – 45,98 zł, w 2019 r. – 47,95 zł i w 2020 r. (do 30 czerwca) – 55,97 zł, tj. poniżej stawki godzinowej ustalonej w Porozumieniu.

Powyższe wynikało z faktu, że Poradnia jako jednostka ujęta w systemie oświaty zatrudniała specjalistów na stanowiskach nauczycieli, a ich wynagrodzenia regulowane są w odpowiednich przepisach, a także z faktu, że terapeuci w ramach realizacji zajęć z Programu mieli powierzone te same zadania, które wykonywali w Poradni. **W ocenie NIK wpływ na to miał również brak określenia przez MEN jasnych zasad dotyczących sposobu wykorzystania i rozliczania dotacji.**

Większość specjalistów posiadała wymagane kwalifikacje

W większości skontrolowanych OKRO (cztery z sześciu) specjaliści, prowadzący zajęcia w ramach Programu, posiadali wymagane kwalifikacje określone w rozporządzeniu MEN z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli[128].

[128] Dz. U. z 2020 r. poz. 1289.

Przykłady

Specjaliści fizjoterapii i rehabilitacji ruchowej realizujący terapię w **Poradni w Wysokiem Mazowieckiem** (trzech) oraz w **Poradni w Gostyniu** (jeden w marcu 2018 r., kolejny od kwietnia 2018 r. do grudnia 2020 r.) nie posiadało przygotowania pedagogicznego, a jeden również ukończonych studiów. Tym samym nie posiadali kwalifikacji do prowadzenia zajęć wwr określonych w § 15 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych od nauczycieli.

NIK wskazuje, że sytuacja ta była również niezgodna z wymogami wynikającymi z § 4 ust. 3 pkt 1 Porozumienia, w którym powiaty zobowiązały się do organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na warunkach i w formach określonych w rozporządzeniu MEN w sprawie organizowania wwr. Ten z kolei może być organizowany w podmiotach zatrudniających kadrę posiadającą kwalifikacje do prowadzenia zajęć w ramach wwr, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela[129], a więc ww. rozporządzenia.

Przyczyny to z jednej strony brak specjalistów na lokalnym rynku z drugiej błędna interpretacja zapisów Porozumienia.

Nierzetelne prowadzenie dokumentacji dotyczącej rozliczania umów ze specjalistami

W połowie badanych OKRO dokumentacja związana z rozliczeniem umów zawieranych ze specjalistami prowadzona była w sposób nierzetelny, w szczególności nie precyzowano w nich sposobu rozliczania i dokumentowania zrealizowanych usług.

Badania próby umów i związanych z nimi rozliczeń wykazały, że w trzech placówkach:

- rozliczenia zawierały m.in. takie dokumenty jak: rachunek za realizację usługi, kartę pracy terapeuty, uwzględniającą terminy i godziny zrealizowanej terapii, każdorazowe potwierdzenie jej wykonania poprzez podpis rodzica lub opiekuna dziecka (OKRO w Wysokiem Mazowieckiem, Myszyńcu i Bartoszycach);
- tygodniowe rozliczenia godzin, na podstawie których sporządzano miesięczne zestawienia, które zgodne były z wpisami w dziennikach dydaktyczno-wyrównawczych i specjalistycznych (OKRO w Cudzynowicach), z wyjątkiem braku adnotacji godzin rozpoczęcia i zakończenia zajęć.

Przykłady

OKRO Myszków – stwierdzono, iż rozliczenia godzin dokonywano w miesięcznych zbiorczych zestawieniach, nie sprecyzowano sposobu rozliczenia i dokumentowania przepracowanych godzin, również w dokumentach zlecających nauczycielom godziny ponadwymiarowe.

OKRO Gostyń – stwierdzono brak rzetelności dokumentacji oraz brak dostatecznego nadzoru Dyrektora nad przedkładanymi rozliczeniami polegających na sfinansowaniu: zajęć 45-minutowych jako zajęcia w wymiarze jednej godziny zegarowej, zajęć grupowych, większej liczby godzin niż godzin rzeczywiście zrealizowanych, zajęć, które nie zostały zrealizowane z powodu nieobecności dziecka lub nie zostały odnotowane w dziennikach zajęć. **Skutkiem tego było nienależne wypłacenie ze środków dotacji kwoty 17 580 zł (293 godziny). W związku z powyższym wskazano na konieczność**

[129] Dz. U. z 2019 r. poz. 2215, ze zm.

zwrotu dotacji oraz korektę sprawozdań przekazanych do MEN za lata 2017–2019.

OKRO Cudzynowice – nieprawidłowo dokumentowano realizację zajęć w ramach Programu poprzez nieodnotowywanie godziny ich rozpoczęcia i zakończenia (Cudzynowice). Taki sposób prowadzenia zapisów był niezgodny z § 3 ust. 2 umów zlecenia na prowadzenie zajęć w ramach Programu, zgodnie z którym zleceniobiorca (specjalista) został zobowiązany do prowadzenia ewidencji liczby godzin wykonywanego zlecenia, która dokumentować ma faktyczny czas wykonania przez zleceniobiorcę oraz z § 11 ust. 3 rozporządzenia MEN z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji[130].

NIK zwraca uwagę, na konieczność ustalenia przez OKRO w umowach zasad rozliczania i dokumentowania zrealizowanych godzin w sposób niebudzący wątpliwości, co do rzetelności prowadzonej dokumentacji związanej z rozliczeniem wynagrodzeń terapeutów i zabezpieczenia przez dyrektora należytego ich rozliczenia.

Również w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do dyrektora **PPP w Gostyniu NIK zwróciła uwagę na konieczność przeprowadzenia weryfikacji zapisów umów/porozumień z terapeutami i ustalenia wzajemnych zobowiązań w celu pełniejszego zabezpieczenia prawidłowej realizacji Programu oraz rozliczenia środków na jego realizację.**

Przykład

W wyniku błędnej interpretacji przepisów w **Poradni w Wysokiem Mazowieckiem** stwierdzono, iż w 14 umowach zleceń zawartych w latach 2019–2020 na okres od trzech do 11 miesięcy ze specjalistami realizującymi terapię w ramach Programu, określono, że wynagrodzenie będzie wypłacane dopiero po zrealizowaniu wszystkich godzin terapii. Tym samym wynagrodzenia zatwierdzone przez Dyrektora wypłacono po upływie całego okresu obowiązywania umów[131].

Powyższe stanowiło naruszenie art. 8a ust. 6 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę[132], który stanowi, że w przypadku umów zleceń zawartych na czas dłuższy niż 1 miesiąc, wypłaty wynagrodzenia w wysokości wynikającej z minimalnej stawki godzinowej dokonuje się co najmniej raz w miesiącu. Nie ustalano również liczby godzin przepracowanych w miesiącu (art. 8b ust. 1–3 ustawy o minimalnym wynagrodzeniu o pracę).

Wykorzystanie dotacji w skontrolowanych OKRO wyniosło ponad 90%

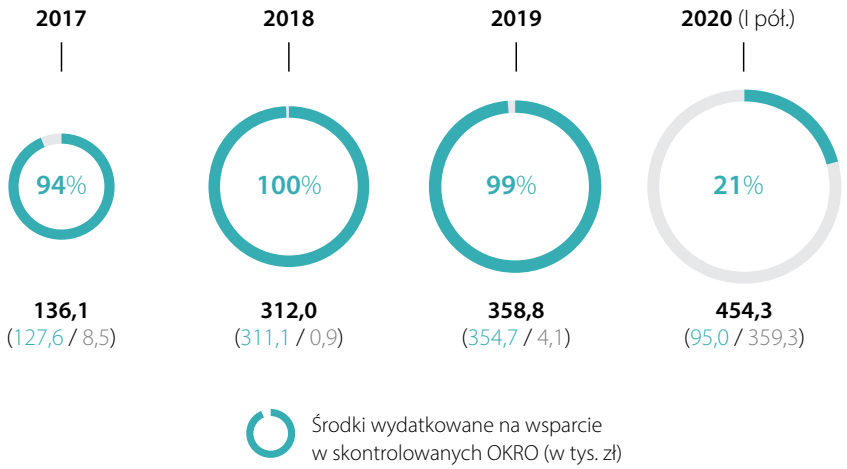
W skontrolowanych OKRO wysokość środków z dotacji wykorzystana na realizację działania 2.4. kolejnych latach objętych kontrolą kształtowała się na poziomie odpowiednio: 94%, 99,7%, 98,8 oraz 20,9%. Szczegółowe dane odnośnie wysokości dotacji przyznanej oraz wykorzystanej przez skontrolowane placówki prezentuje poniższa infografika.

[130] Dz. U. poz. 1646, ze zm.

[131] W 2019 r. wynagrodzenia z tytułu pięciu umów realizowanych od 1 marca 2019 r. do 30 listopada 2019 r. w łącznej kwocie 31 800 zł, rozliczono i wypłacono do 18 grudnia 2019 r.; w 2020 r. wynagrodzenia z tytułu sześciu umów realizowanych od 2 stycznia 2020 r. do 30 września 2020 r. w łącznej kwocie 27 600 zł rozliczono i wypłacono do 7 grudnia 2020 r., a pozostałe trzy umowy na łączną kwotę 34 800 zł do 10 grudnia 2020 r. nie zostały rozliczone.

[132] Dz. U. z 2020 r. poz. 2207.

Infografika nr 20
Wydatkowanie środków na realizację działania 2.4. w skontrolowanych OKRO

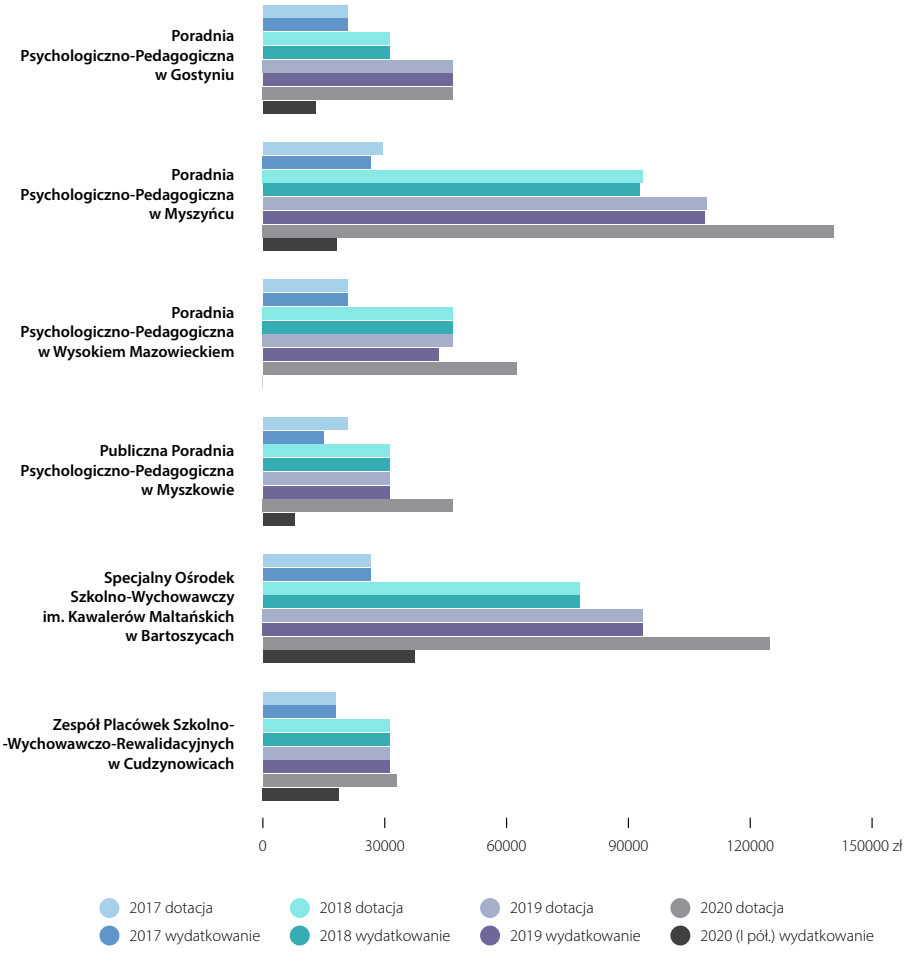


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Wykorzystanie środków z dotacji w latach 2017–2019 w większości skontrolowanych OKRO przekroczyło 90%. Największa kwota zwrotu dotacji (8,6 tys. zł) nastąpiła w 2017 r. Wynikało to z faktu, iż PPP w Myszkowie wykorzystała jedynie dotację na wyposażenie, nie udzielano wsparcia dzieciom. Z kolei w Poradni w Myszyńcu niewykorzystana dotacja w kwocie 2,7 tys. zł wynikała z mniejszej liczby zrealizowanych godzin.

Wykorzystanie w 2019 r. przez PPP w Wysokiem Mazowieckiem dotacji w kwocie niższej o 3,6 tys. zł wynikało z powierzenia realizacji 250 godzin terapii pracownikom Poradni na podstawie godzin ponadwymiarowych. Z kolei do czasu zakończenia kontroli nie wypłacono wynagrodzeń terapeutów za realizację terapii w 2020 r. Szczegółowe dane prezentuje wykres.

Wykres nr 10
Wysokość dotacji na realizację działania 2.4. w poszczególnych OKRO



W 2017 r. każdy Podmiot wydatkował kwotę 15 000 zł na zakup wyposażenia niezbędnego do realizacji terapii. Pozostałą część dotacji wykorzystano na opłacenie specjalistów/teapeutów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Wszystkie sprawozdania przekazano do MEN terminowo, jednakże nie wszystkie zawierały rzetelne dane

Badanie terminowości i rzetelności sprawozdań z realizacji działania 2.4. wykazało, że wszystkie placówki przekazywały do starostwa powiatowego dane za lata 2017–2019 w terminie umożliwiającym przekazanie sprawozdania do MEN. Jednakże analiza przekazywanych danych wykazała, że w połowie placówek nie były w pełni rzetelne.

Przykłady

Według sporządzonych przez **Poradnię w Myszkowie** sprawozdań, Programem objęto 71 dzieci w 2018 r. i 82 dzieci w 2019 r. Natomiast według przedłożonych w toku kontroli informacji ustalono, że faktyczna liczba dzieci objętych Programem „Za życiem" wynosiła 74 w 2018 r. i 83 w 2019 r.

W sprawozdaniach za 2018 i 2019 rok, przekazanych do MEN na podstawie danych z **Poradni w Wysokiem Mazowieckiem**, wykazano, że ze wsparcia skorzystało odpowiednio 22 i 80 dzieci, podczas gdy faktyczna liczba dzieci którym go udzielono wyniosła 23 i 47.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **PPP w Gostyniu** stwierdzono, iż przekazywane dane sprawozdawcze miały odzwierciedlenie w dokumentacji formalno-rachunkowej stanowiącej podstawę ich sporządzenia, jednakże w kontekście nieprawidłowości związanych z rozbieżnościami pomiędzy tymi danymi, a faktyczną liczbą zrealizowanych godzin terapii uznano, iż nie były one w pełni rzetelne.

Planowanie i udzielanie wsparcia w ramach działania 2.4.

Brak jasnych i jednolitych zasad co do sposobu kwalifikacji dzieci do objęcia wsparciem Programu

Zarówno w zapisach Porozumienia, jak i Programu, nie sformułowano precyzyjnych zasad sposobu kwalifikacji dzieci do objęcia wsparciem Programu. Jedyne zapisy w tym zakresie określono w części *Formy realizacji* działania 2.4., w której wskazano na konieczność wyodrębnienia placówek, które zapewniłyby kompleksowe działania w ramach wczesnego wspomagania rozwoju. Miałyby one objąć kompleksową opieką ok. 20% dzieci (z ok. 47 000) realizujących wczesne wspomaganie rozwoju prowadzone w systemie oświaty (tzw. klasyczny wwr).

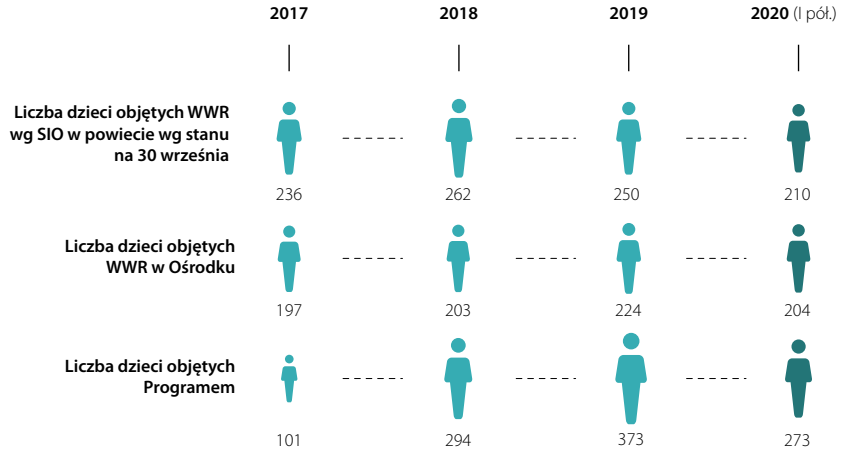
Takie też założenia, zgodnie z informacją z MEN, cytowaną w niniejszym opracowaniu w pkt 5.1.4.1., zostały przyjęte w Ministerstwie celem ustalenia wysokości dotacji na realizację działania. Grupą docelową działania 2.4. miały być dzieci od 0 do czasu podjęcia nauki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3. roku życia, u których występują wybrane schorzenia ICD-10.

Ani MEN, ani MZ nie określiły katalogu schorzeń kwalifikującego dzieci do objęcia wsparciem Programu, dlatego też placówki w tym zakresie kierowały się własnym osądem.

Wsparciem w ramach Programu OKRO obejmowały dzieci, których rodzice zgłosili taką potrzebę. Kwalifikacja dzieci do Programu odbywała się na podstawie opinii o potrzebie wwr, a w przypadku pozostałych dzieci na podstawie dokumentów takich jak: dokument stwierdzający niepełnosprawność dziecka, dokument, w którym lekarz stwierdzał zagrożenie niepełnosprawnością, dokumentacja medyczna zgromadzona przez rodziców oraz na podstawie diagnoz przeprowadzonych po zgłoszeniu się rodziców do placówki. Jedynie w ZPSWR w Cudzynowicach opracowano zasady rekrutacji do udziału w Programie, zgodnie z którymi podstawą do objęcia wsparciem było złożenie przez rodziców/opiekunów deklaracji uczestnictwa wraz z opinią o potrzebie wwr, zaświadczeniem lekarskim zgodnym z ustawą o wsparciu, orzeczeniem o niepełnosprawności lub innym zaświadczeniem kierującym dziecko do objęcia wczesnymi oddziaływaniami.

Liczba dzieci objętych Programem w sześciu skontrolowanych OKRO w okresie objętym kontrolą rosła i z każdym rokiem przekraczała liczbę dzieci objętych wwr w powiecie oraz objętych wwr w kontrolowanej placówce. Dane zbiorcze dla kontrolowanych jednostek przedstawiono poniżej.

Infografika nr 21
Liczba dzieci objętych wwr oraz objętych wsparciem Programu w skontrolowanych OKRO



Źródło: opracowanie własne NIK.

Liczba dzieci do trzeciego roku życia objętych Programem w tych latach oscylowała w granicach 30%[133]. Liczba dzieci objętych wsparciem Programu, które posiadały zaświadczenie stwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu) była niewielka i w łącznie w sześciu OKRO było tych dzieci odpowiednio: troje, czworo, sześcioro i siedmioro.

Grupa dzieci objętych Programem w latach 2018–2020 (I półrocze) była większa niż grupa dzieci objętych wwr świadczonym w ramach systemu oświaty w danym powiecie oraz większa niż liczba dzieci objętych tym wsparciem w danej placówce. **Wynikało to z faktu, iż wsparciem Programu objęto dużą grupę dzieci nieposiadających opinii o potrzebie wwr, na podstawie której realizowane jest wsparcie w ramach systemu oświaty.**

Od 18% do 52% dzieci objętych Programem nie posiadało opinii o potrzebie wwr

Liczba dzieci objętych wsparciem Programu, które nie posiadały opinii o potrzebie wwr w poszczególnych latach objętych kontrolą wyniosła łącznie: w 2017 r. – 18, 2018 r. – 152, 2019 r. – 131 oraz I półroczu 2020 r. – 90. Stanowiła od 18% do 52% dzieci objętych Programem ogółem. W każdej placówce odsetek ten był różny, co przedstawiono w tabeli.

Tabela nr 1
Liczba dzieci nieposiadających opinii o potrzebie wwr w skontrolowanych OKRO

OKRO	2017	2018	2019	2020 (I pół.)
Myszyniec	15	48	58	35
Wysokie Mazowieckie	łącznie 7 (dodano do 2018 r.)			
Myszków	0	43	59	34

[133] W 2017 r. – 35 (35%), w 2018 r. – 96 (33%), w 2019 r. – 112 (30%) oraz w I półroczu 2020 r. – 81 (30%).

OKRO	2017	2018	2019	2020 (I pół.)
Bartoszyce	3	5	14	21
Cudzynowice	łącznie 49 (dodano do 2018 r.)			
Łącznie	18	152	131	90
% udział dzieci nieposiadających opinii o potrzebie wwr	18%	52%	35%	33%

Źródło:

Wyjaśnienia kierowników kontrolowanych jednostek, odnoszące się do włączania do systemu wsparcia, wynikającego z Programu „Za życiem", dzieci nielegitymujących się opinią o potrzebie wwr w głównej mierze wskazywały na:

- dobro dziecka, podjęcie wczesnej interwencji poprzez stymulowanie jego rozwoju oraz korygowanie ważnych deficytów;
- deficyty rozwojowe u dzieci, które stwierdzono w trakcie wstępnej diagnozy wskazujące na brak występowania niepełnosprawności, niekwalifikujące do wydania opinii o potrzebie wwr;
- nieprecyzyjne zapisy Programu „Za życiem" i Porozumienia;
- zapisy Programu oraz Porozumienia (§ 4 ust. 4) odnoszące się do zapisów rozporządzenia w sprawie OKRO (§ 1 ust. 2 pkt 1), zgodnie z którym *ośrodek może udzielać dzieciom i ich rodzinom pomocy od chwili wykrycia zagrożenia niepełnosprawnością, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3. roku życia*.

Stosownie do art. 127 ust. 8 ustawy Prawo oświatowe, wczesne wspomaganie rozwoju dziecka organizuje się w jednym podmiocie, o którym mowa w ust. 5, który ma możliwość realizacji wskazań zawartych w opinii, o której mowa w ust. 10. Zgodnie z tym przepisem opinie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (...) wydają zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym w poradniach specjalistycznych.

Wydane – na podstawie art. 90v ust. 5 ustawy o systemie oświaty – rozporządzenie w sprawie OKRO, wymieniając jego obligatoryjne zadania (§ 1 pkt 1 ppkt 4), wskazuje na **obowiązek organizowania wwr na warunkach i w formach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.** Analogiczny zapis zawarto w Porozumieniach zawieranych z powiatami (§ 4 ust. 3 pkt 1 Porozumienia).

Na bazie zaś wskazanego przepisu, MEN wydał w dniu 24 sierpnia 2017 r. rozporządzenie w sprawie wwr (w przyjętym na potrzeby kontroli dialekcie: klasyczny wwr). Rozporządzenie to określa warunki organizowania wwr, m.in. konieczność powołania zespołów z minimalną liczbą określonych specjalistów, których podstawowym zadaniem – zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 1 – wymienionym jako pierwsze – jest **określenie charakteru wsparcia**

na podstawie opinii o potrzebie wwr. Opinia taka stanowi kluczowy dokument do wdrożenia wsparcia dla dziecka i jego rodziców. Stanowi niezbędną bazę do dalszego planowania wymiaru i form pomocy[134].

W tak określonym porządku prawnym, w ocenie NIK wczesne wspomaganie rozwoju dziecka określone w rozporządzeniu w sprawie OKRO, powinno być organizowane na bazie klasycznego wwr ze wszystkimi wymienionymi w rozporządzeniu w sprawie wwr obowiązkami.

W piśmie z dnia 16 lipca 2020 r. w sprawie jednolitych zasad i sposobu w jaki OKRO powinny opracowywać dokumentację z realizacji Programu, **MEN jednoznacznie wskazał, że zadanie ma być realizowane zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie wwr.**

Należy podkreślić, że mając na względzie potrzeby dzieci objętych wsparciem, w ramach dotacji OKRO może wykonywać zadania określone w § 1 ust. 2 rozporządzenia w sprawie OKRO, m.in. może udzielać dzieciom i ich rodzinom kompleksowej pomocy. Jednakże cel ten, zgodnie z § 2 przedmiotowego rozporządzenia, powinien być realizowany poprzez współpracę ośrodka z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, ośrodkiem pomocy społecznej oraz jednostkami organizacyjnymi systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej.

Co istotne w żadnym z przywołanych przepisów, ani zapisów Porozumienia nie wskazano na formę zajęć pomocowych dla dzieci zagrożonych niepełnosprawnością.

NIK zwraca uwagę na założenia wynikające z samego Programu „Za życiem" działanie 2.4. – cel działania, grupa docelowa oraz formy realizacji. Wynika z nich, że OKRO powinno objąć „kompleksową opieką około 20% dzieci obecnie objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju prowadzonym w systemie – legitymujących się najcięższymi schorzeniami i zaburzeniami". A zatem z założenia miało to być dodatkowe wsparcie kierowane do wąskiej grupy najciężej chorych dzieci. **Wyniki kontroli pokazały zaś, że pomoc skierowano do dużego grona dzieci nieobjętych wwr i nie zawsze legitymujących się najcięższymi schorzeniami, co oznacza, że została rozproszona, a zagwarantowana terapia nie stała się optymalnie efektywna.**

NIK w pełni podziela pogląd, że dzieci zagrożone niepełnosprawnością powinny jak najszybciej zostać objęte systemem wsparcia, niemniej ustawodawca wskazał warunki na jakich ma się to odbywać.

Występująca w kontrolowanych OKRO praktyka obejmowania dzieci Programem, pomimo braku opinii o potrzebie wwr, może wynikać z kilku względów. Objęcie dziecka klasycznym wwr wiązałoby się z koniecznością przekazywania przez powiaty dodatkowych środków (za realizację

[134] Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 6, 8 i 9 rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych (...) opinia powinna zawierać: określenie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka albo pełnoletniego ucznia oraz opis mechanizmów wyjaśniających funkcjonowanie dziecka albo pełnoletniego ucznia, w odniesieniu do problemu zgłaszanego we wniosku o wydanie opinii; wskazania dla nauczycieli dotyczące pracy z dzieckiem oraz wskazania dla rodziców dotyczące pracy z dzieckiem.

od 4 do 8 godzin miesięcznie dla dziecka), na które subwencja oświatowa często jest niewystarczająca lub finansowane są inne zadania oświatowe, a z dotychczasowych doświadczeń NIK[135] w tej materii wynika, że najczęściej ograniczają wsparcie dziecka do minimalnie wymaganych 4 godzin w miesiącu. Znane są również NIK przypadki niedochowania nawet minimalnego wymiaru wsparcia. Ponadto stawka 60 zł – wynikająca z Porozumienia – za realizację jednej godziny terapii, dla niektórych specjalistów jest bardziej korzystna niż stawki wynikające z pensum (potwierdzają to również wyniki kontroli PPP w Myszkowie oraz Wysokiem Mazowieckiem).

Z przytoczonych względów, wyjaśnienia części kierowników kontrolowanych jednostek, odnoszące się do włączania do systemu wsparcia, wynikającego z Programu „Za życiem", dzieci zagrożonych niepełnosprawnością, lecz nielegitymujących się opinią o potrzebie wwr, nie zasługują na uwzględnienie.

Minister Edukacji Narodowej w sprawie braku opracowania wytycznych dotyczących sposobu kwalifikacji dzieci do wsparcia Programu poinformował, iż rozporządzenie w sprawie OKRO oraz Program „Za życiem" określają zakres działań, które powinny być podejmowane przez Ośrodki. Przepisy nie zobowiązały MEN do opracowania wytycznych dotyczących realizacji Programu. W opinii Ministerstwa wskazana w Programie Międzynarodowa Statystyczna Kwalifikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 powinna stanowić pomoc w prawidłowym określeniu stanu rozwoju dziecka oraz ewentualnie na jej podstawie można opracować wewnętrzne procedury kwalifikacji dzieci.

NIK zauważa jednak potrzebę opracowania na szczeblu centralnym poradników oraz materiałów metodycznych, zwłaszcza w sytuacji planowanej kontynuacji działania 2.4. Ponadto istotne jest również organizowanie przez MEN szkoleń, warsztatów lub konferencji w celu wymiany doświadczeń i umożliwienie bieżącej konsultacji dla koordynatorów Programu.

Grupie ponad 100 dzieci, zamiast wsparcia wwr ramach Programu, wykonano jedynie diagnozy, które Poradnia powinna była realizować w ramach zadań statutowych.

Grupie ponad 100 dzieci w ramach Programu wykonano jedynie diagnozy

Przykład

Poradnia w Myszkowie w latach 2018–2020 (I półrocze) – odpowiednio: **54, 55 i pięciorgu dzieciom wykonała jedynie diagnozy**, o których mowa w § 2 rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych[136].

[135] Informacja o wynikach kontroli NIK nr P/18/071 *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami* – ocena ogólna str. 10: W większości skontrolowanych poradni (siedmiu, tj. 64%) dzieci z dysfunkcjami oczekiwały od trzech do czterech miesięcy na pierwszy kontakt ze specjalistą. Duża liczba dzieci diagnozowanych w tych poradniach (od 33% do 81%) uzyskała opinię o potrzebie wczesnego wspomagania po upływie kolejnych miesięcy – od czterech do nawet 33. Synteza wyników kontroli str. 12: W połowie placówek ograniczano jednak wymiar godzinowy wsparcia (nawet poniżej określonej przepisami prawa minimalnej liczby godzin) lub wsparcie to nie było w pełni dostosowane do zdiagnozowanych potrzeb i możliwości dzieci. W dziesięciu placówkach (40%) nie zorganizowano dzieciom niektórych form pomocy wskazanych w opiniach.

[136] Dz. U. z 2013 r. poz. 199.

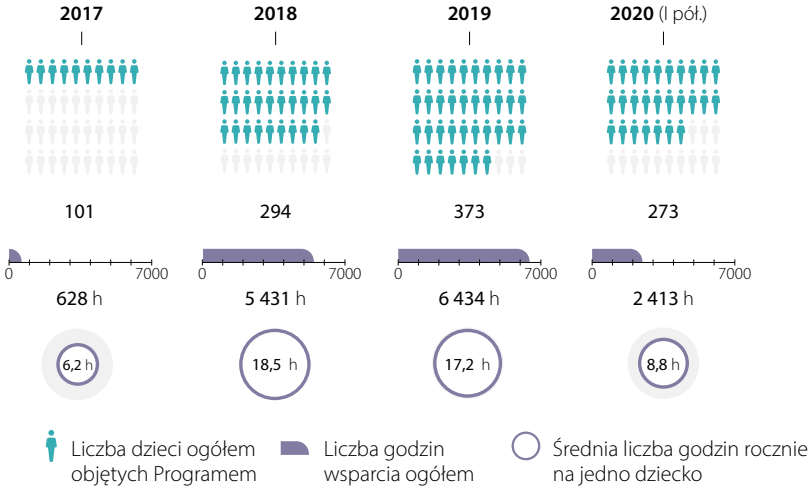
Należy wskazać, że zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 pkt 1 cyt. rozporządzenia, diagnozowanie dzieci i młodzieży jest prowadzone w celu określenia indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz indywidualnych możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży, wyjaśnienia mechanizmów ich funkcjonowania w odniesieniu do zgłaszanego problemu oraz wskazania sposobu rozwiązania tego problemu. Efektem diagnozowania jest m.in. wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i jako zadanie Poradni jest realizowane w systemie oświaty.

Znaczne rozproszenie godzinowe wsparcia udzielonego w ramach Programu

Z uwagi na objęcie wsparciem Programu dużej liczby dzieci nastąpiło znaczne rozproszenie udzielanej pomocy, średnio nieprzekraczającej najczęściej 1,5 godziny miesięcznie, przy możliwych 20 na jedno dziecko.

Średnia miesięczna liczba godzin w skontrolowanych placówkach w okresie objętym kontrolą wyniosła odpowiednio: w 2017 r. – 6,2 godz. (tylko grudzień), w 2018 r. – 1,44 godz., w 2019 r. – 1,34 oraz w I półroczu 2020 r. – 1,46 godz. Zbiorcze dane dotyczące wielkości zrealizowanych godzin wsparcia zaprezentowano na infografice.

Infografika nr 22
Liczba godzin udzielonego wsparcia w ramach Programu w skontrolowanych OKRO



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Zgodnie z założeniami przyjętymi w § 1 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie OKRO, dzieciom przysługiwało wsparcie w ramach wczesnego wspomagania rozwoju do 5 godzin tygodniowo (czyli 20 miesięcznie). Tymczasem, z uwagi na rosnącą z każdym rokiem liczbę dzieci, średni tygodniowy wymiar godzin wsparcia Programu przypadający na dziecko w każdej skontrolowanej placówce z każdym rokiem się zmniejszał[137].

Część OKRO realizowała wwr z naruszeniem zasad określonych w rozporządzeniu w sprawie wwr

Wyniki kontroli wskazują, że część skontrolowanych OKRO[138] realizowała wsparcie wwr w ramach Programu z naruszeniem zasad

[137] Średnia liczba godzin w latach 2017–2020 (I półrocze) w kontrolowanych OKRO: Wysokie Mazowieckie – od 1,8 do 0,4 godz.; Myszyniec – od 5 do 0,7 godz.; Cudzynowice – od 4 do 1,5 godz.; Gostyń – od 4 do 0,83 godz.; Bartoszyce – od 9,1 do 2 godz.; Myszków – w kontrolowanym okresie nie przekraczała jednej godziny.

[138] Badanie przeprowadzono w oparciu o analizę dokumentacji 20 dzieci objętych wsparciem

określonych w rozporządzeniu w sprawie wwr, co stanowiło naruszenie § 1 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie OKRO oraz zapisów § 4 ust. 3 pkt 1 Porozumienia, zgodnie z którymi do zadań OKRO należało organizowanie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na warunkach i w formach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 1 ustawy Prawo oświatowe, a więc na warunkach określonych w rozporządzeniu w sprawie wwr.

Brak powołania zespołów wwr lub powołanie zespołu w niepełnym składzie osobowym

Dyrektorzy dwóch z sześciu skontrolowanych placówek nie powołali zespołów wwr dla realizacji wsparcia w ramach Programu „Za życiem".

W okresie objętym kontrolą dyrektorzy **Poradni w Wysokiem Mazowieckiem oraz Poradni w Gostyniu** nie powołali zespołów wwr dla wsparcia realizowanego w ramach Programu „Za życiem", co stanowiło naruszenie § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie organizowania wwr, zaś skład zespołu **SOSW w Bartoszycach** w okresie od 11 grudnia 2017 r. do 27 kwietnia 2018 r. był niezgodny z § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia, z uwagi na brak psychologa.

Połowa placówek nie opracowywała Programów wczesnego wspomagania

Dla dzieci objętych wwr w ramach Programu w dwóch placówkach (**Poradnie w Gostyniu oraz Wysokiem Mazowieckiem**[139]) nie opracowano indywidualnych Programów wczesnego wspomagania, o których mowa w § 3 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie wwr, a treść Programów wwr opracowanych w **ZPSWR w Cudzynowicach** nie była zgodna z § 5 pkt 1–3 rozporządzenia bowiem nie zidentyfikowano w nich barier i ograniczeń w środowisku utrudniających funkcjonowanie dziecka i nie wskazano sposobów ich eliminacji, nie określono działań mających na celu wsparcie rodziny dziecka w zakresie realizacji Programu oraz zakresu współpracy z innymi placówkami.

Brak arkusza obserwacji dziecka

Przebieg zajęć nie był szczegółowo dokumentowany, bowiem w dwóch placówkach (**Poradnia w Gostyniu oraz Wysokiem Mazowieckiem**) nie prowadzono arkusza obserwacji dziecka zawierającego informacje dotyczące poszczególnych zajęć, a w przypadku trójki dzieci w **PPP w Gostyniu** w ogóle nie prowadzono dzienników zajęć (dokonywano adnotacji na dokumentacji zbiorczej). Powyższe było niezgodne z § 4 rozporządzenia w sprawie wwr, który stanowi, że zespoły wwr szczegółowo dokumentują prowadzone działania, w tym prowadzą arkusz obserwacji dziecka.

Brak opinii o potrzebie wwr

W analizowanych grupach dzieci, wobec 33 dzieci wdrożono wsparcie wwr pomimo braku opinii o potrzebie wwr, o której mowa w art. 127 ust. 10 ustawy Prawo oświatowe (PPP w Wysokiem Mazowieckiem – siedmiorga, PPP w Myszyńcu – ośmiorga, PPP w Myszkowie – ośmiorga oraz ZSPWR w Cudzynowicach – 10 (przy czym 7 uzyskało odpowiednie opinie po wdrożeniu Programu). Stosownie do § 3 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie wwr, **opinia o potrzebie wwr stanowi podstawę**

Programu „Za życiem" w każdej ze skontrolowanych jednostek (przy czym w PPP w Myszkowie w grupie analizowanych było 14 dzieci objętych wwr, w tym sześć w ramach Programu).

[139] Dla 14 z 20 dzieci objętych wwr, a w sześciu przypadkach Programów tych nie dostosowano do § 3 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie wwr.

do dokonania diagnozy poziomu funkcjonowania dziecka oraz ustalenia kierunków i harmonogramu działań podejmowanych w zakresie wczesnego wspomagania i wsparcia rodziny dziecka, uwzględniających rozwijanie aktywności i uczestnictwa dziecka w życiu społecznym oraz eliminowanie barier i ograniczeń w środowisku utrudniających jego funkcjonowanie (szerzej zagadnienie opisano powyżej).

Niezapewnienie pełnego wsparcia wynikającego z opinii o potrzebie wwr

Jednemu dziecku objętemu wsparcie Programu (**ZSPWR Cudzynowice**) nie zapewniono odpowiedniego wsparcia wynikającego z opinii o potrzebie wwr. Zapewniono wprawdzie terapię logopedyczną i rehabilitację ruchową, nie zapewniono jednak opieki psychologa oraz grupowych zajęć ruchowych lub rytmicznych albo muzycznych zaleconych w opinii o potrzebie wwr.

Niezapewnienie minimalnego wymiaru godzinowego wsparcia wwr

W przypadku 10 dzieci objętych wwr w ramach systemu oświaty nie zapewniono minimalnego wymiaru terapii wynikającego z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wwr, tj. 4 godziny w miesiącu.

Pięcioro dzieci w **Poradni w Wysokiem Mazowieckiem** z uwagi na objęcie wwr tylko w ramach Programu nie miało zapewnionego minimalnego miesięcznego wymiaru zajęć. W przypadku pięciorga dzieci **Poradni w Myszkowie** wymiar godzinowy określony w harmonogramach zajęć w niektórych miesiącach był niższy od minimalnego wymiaru – zaplanowano od dwóch do trzech godzin w miesiącu. Powyższe wyjaśniano dniami wolnymi od pracy/świętami lub planowanymi urlopami terapeutów.

W pozostałym przypadkach wsparcie realizowane było prawidłowo, tj.:

- w czterech z sześciu skontrolowanych OKRO zaplanowana pomoc wynikała z dostępnej dokumentacji: w tym opinii o potrzebie wwr i realizowana była na podstawie indywidualnych Programów wczesnego wspomagania (opracowywane je odrębnie dla wsparcia realizowanego w ramach Programu lub posiłkowano się Programami realizowanymi w ramach klasycznego wwr);
- w jednym przypadku (ZPSRW w Cudzynowicach) skorzystano z możliwości prowadzenia zajęć w domu rodzinnym dziecka (§ 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wwr);
- w czterech z sześciu skontrolowanych OKRO dzieci, które realizowały klasyczny wwr miało zapewniony wymiar terapii określonej w § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wwr, tj. od 4 do 8 godzin w miesiącu;
- we wszystkich placówkach wsparcie wwr w ramach Programu zrealizowano w wymiarze nieprzekraczającym 5 godzin tygodniowo, tj. maksymalny wymiar określony w § 1 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie OKRO;
- nie stwierdzono przypadków, aby wdrożona pomoc w ramach Programu spowodowała ograniczenie pomocy udzielanej w ramach klasycznego wwr.

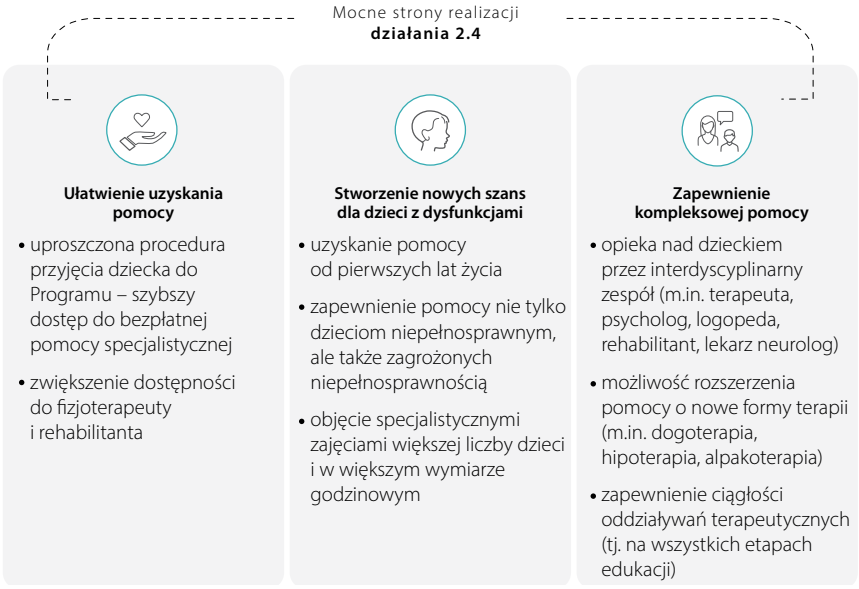
Ujawnione trudności w realizacji działania 2.4. dotyczą następujących obszarów.

Infografika nr 23
Ujawnione trudności w realizacji działania 2.4.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

W każdej ze skontrolowanych placówek dyrektorzy oraz terapeuci wskazali również na mocne strony realizacji Programu.

Infografika 22
Mocne strony realizacji działania 24



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

5.2. Zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny

5.2.1. Tworzenie warunków pobytowych i mieszkaniowych (działania 1.4., 1.5., 2.5., 3.2., 4.1.–4.7.)

Rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (działanie 1.4.)

Cel działania 1.4.

Celem działania jest rozwój wsparcia środowiskowego dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży poprzez: 1) doposażenie istniejących domów; 2) utworzenie nowych placówek gwarantujących dostępność do tej formy wsparcia. **Docelowo założono funkcjonowanie około 40 placówek na terenie kraju, przy czym po – co najmniej – dwie w każdym województwie.**

Minister corocznie występował do wojewodów o rozeznanie potrzeb jst w zakresie realizacji zadania polegającego na funkcjonowaniu domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży na lata 2017–2020, w zakresie tworzenia nowych placówek lub doposażenia już istniejących. Tak więc, podstawą do dokonywania podziału środków w ramach działania były potrzeby zgłaszane w tym obszarze przez jst.

Ministerstwo nie gromadziło danych dotyczących liczby osób oczekujących na przyjęcie do domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Zbieranie informacji w zakresie liczby osób oczekujących na przyjęcie oraz analiza potrzeb w tym zakresie odbywa się na poziomie samorządów lokalnych. Nie były też zbierane dane dotyczące dostępności domów dla osób niepełnosprawnych.

Niski stopień wykorzystania środków na realizację działania

Z zaplanowanej na realizację działania 1.4. – na lata 2017–2019 – kwoty 11 600 tys. zł wykorzystano jedynie 11,6%. Na 2020 r. zaplanowano na realizację działania 3000 tys. zł, zawarto umowy na kwotę 3460 tys. zł, przy czym jst zrezygnowały z realizacji umów na kwotę 1440,6 tys. zł, a realizacja zadania dofinansowanego kwotą 800 tys. zł została przesunięta na 2021 r. Na niski stopień wykorzystania środków, w ocenie NIK, kluczowy wpływ miał zaproponowany, w latach 2017–2019, poziom dofinansowania inwestycji w wysokości 50%, rezygnacje jst sygnalizowane już po zgłoszeniu wstępnego zapotrzebowania oraz odmowne decyzje resortu wskazujące na nieracjonalność i nieefektywność w wydatkowaniu zakładanych środków, ze względu na małą liczbę planowanych miejsc do utworzenia.

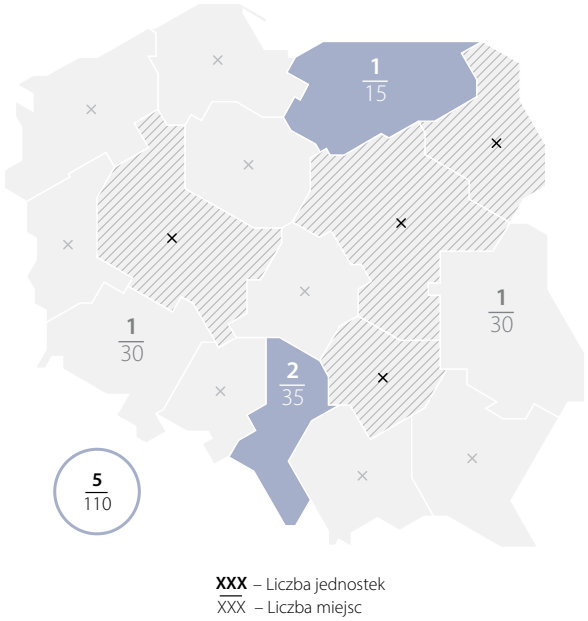
Zainteresowanie jst realizacją zadania istotnie wzrosło w 2020 r. po podjęciu przez MRiPS decyzji w zakresie zwiększenia poziomu dofinansowania inwestycji do 80%, tak iż zgłoszone w tym roku zapotrzebowanie przekroczyło kwotę zaplanowaną.

Efekty rzeczowe udzielonej dotacji

W wymienionym okresie udzielono 26 dotacji na łączną kwotę 6148,2 tys. zł, wykorzystanie zaś ze środków Programu wyniosło (w latach 2017–2019) 1347,4 tys. zł. Efektem rzeczowym wykonanych umów w latach 2017–2019

było utworzenie pięciu nowych domów ze 110 miejscami[140], dofinansowanie funkcjonowanie trzech domów skutkujące utworzeniem 83 miejsc[141], dofinansowanie poprawy funkcjonowania (podniesienie standardu) trzech domów[142] oraz wykonanie dokumentacji projektowej[143] dla jednego domu. Według stanu na luty 2021 r. – trwały prace nad rozliczeniem dotacji za 2020 r., jednak ze wstępnych danych wynikało, że w 2020 r. powstały dwa nowe domy (m. Toruń – dziewięć miejsc oraz m. Zielona Góra – 20 miejsc), a pięć jst wydatkowało dotację na poprawę funkcjonowania istniejących domów i nie skutkowało to powstaniem nowych miejsc. Liczbę domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży powstałych w ramach Programu „Za życiem" w latach 2017–2019 prezentuje infografika.

Infografika nr 25
Liczba domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz liczba miejsc w tych domach



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Podsumowując, dzięki zrealizowanym inwestycjom nastąpił m.in. rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży o **siedem**, w związku z czym na koniec 2020 r. na terenie kraju funkcjonowało co najmniej 30 takich domów.

Nadal występują białe plamy na mapach niektórych województw w dostępie do domów samotnej matki

Uwzględniając przyjęty okres Programowania (do 2021 r.), **NIK zauważa, że dzięki podjętym inwestycjom wskaźniki docelowe określone w Programie „Za życiem" poprawiły się, jednak nadal dalekie są od docelowych.** Odnosząc się do nich, **niezbędne jest utworzenie kolejnych (około) 10 domów, szczególnie w pięciu województwach, w których**

[140] W powiecie: zamojskim (30 miejsc) – woj. lubelskie i pow. kętrzyński m (15)– woj. warmińsko-mazurskie oraz w m. Wałbrzych (30) – woj. dolnośląskie, Sosnowiec (15) – woj. śląskie, Zabrze (20) – woj. śląskie.

[141] W powiecie: lubańskim oraz m. Częstochowa i Koszalin.

[142] W m. Gdańsk i Łódź oraz w powiecie grodzkim Kielce.

[143] W m. Katowice.

nie funkcjonuje żaden (wielkopolskie, podlaskie, podkarpackie, małopolskie, opolskie) **lub funkcjonuje jeden** (łódzkie, świętokrzyskie, kujawsko-pomorskie), **tak by możliwe było osiągnięcie celu dotyczącego funkcjonowania w każdym województwie co najmniej dwóch domów.**

NIK zwraca też uwagę, że **Minister podejmując decyzje w zakresie dofinansowania inwestycji nie zawsze kierował się przyjętym założeniem o pierwszeństwie dofinansowania inwestycji w województwach, w których brak jest takich placówek lub funkcjonuje tylko jedna.**

Przykład

MRiPS odmówiło dofinansowania inwestycji miastu Łomża, powiatowi łęczyńskiemu oraz rzeszowskiemu, a więc jst zlokalizowanych w województwach, w których występowały tzw. białe plamy (brak domów samotnej matki), a przyznał w okresie objętym kontrolą na przykład miastu Zabrze oraz Sosnowiec, choć w województwie śląskim funkcjonowały już cztery takie domy.

Dodatkowo, **argumentacja MRiPS przywołana w przypadku decyzji odmawiających przyznanie środków wskazująca na nieefektywność i nieracjonalność projektów zakładających bardzo małą liczbę miejsc (w 2019 r.) nie była konsekwentna.**

Przykład

W 2020 r. przyznano dofinansowanie **miastu Toruń** na utworzenie domu z dziewięcioma miejscami, a rok wcześniej odmówiono powiatowi rzeszowskiemu utworzenia domu z 10 miejscami, choć w województwie podkarpackim nie funkcjonował wówczas żaden dom.

Ze sprawozdań MRPiPS-03[144] sporządzonych na koniec 2016 – 2019 r. wynikało, że na terenie kraju łącznie funkcjonowało 26; 19; 31 i 28 domów. Oznacza to, że w badanym okresie nastąpił dwukrotny spadek (o 7 i 3) liczby funkcjonujących domów.

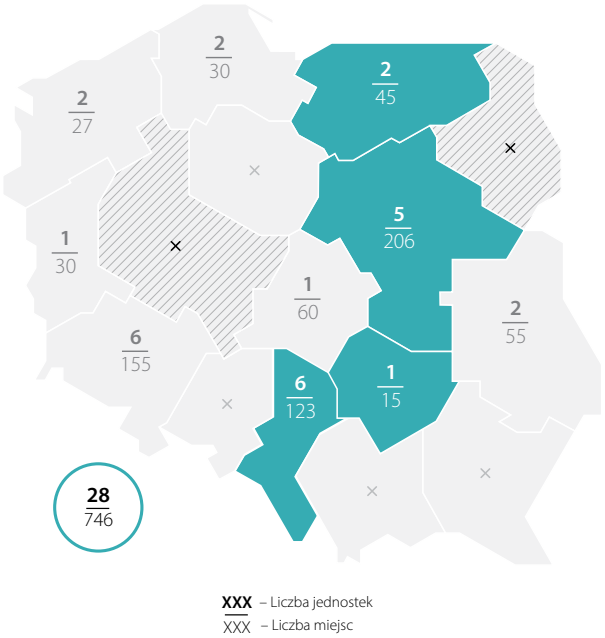
Ministerstwo pytane o rozbieżności w liczbach domów wykazanymi w kolejnych sprawozdaniach wyjaśniło, że *sprawozdanie MRPiPS-03 zawiera ogólne dane statystyczne przekazywane przez jst, w tym dotyczące liczby jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. W związku z powyższym przedmiotowe sprawozdanie w dziale 6A i 6B zawiera dane statystyczne odnoszące się do wszystkich domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego lub na ich zlecenie, bez względu na to czy były to domy dofinansowywane w ramach Programu wsparcia dla rodzin „Za Życiem" czy też nie. Warto również wskazać, że sprawozdania zawierają ogólne dane statystyczne dotyczące liczby domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (oraz liczby miejsc i osób korzystających ze wsparcia) w odniesieniu do danej gminy lub powiatu, nie zawierają natomiast danych teleadresowych jednostek pozwalających na analizę danych odnoszącą się do konkretnych jednostek. Wyjaśniam również, iż dokonana obecnie analiza porównawcza sprawozdania MPiPS-03 za 2016 rok*

[144] Dostępnych na stronie www.gov.pl/web/rodzina/statystyki-pomocy-społecznej.

oraz sprawozdania MRPiPS-03 za 2019 rok wykazała dziesięć jednostek samorządu terytorialnego, które wykazywały domy w 2016 r., a nie wykazywały ich za rok 2019. Jednocześnie w sprawozdaniu za rok 2019 dwanaście jednostek samorządu terytorialnego, które nie wykazywało domów w sprawozdaniu za rok 2016, wykazywało na swoim terenie dom w roku 2019. Przy czym niektóre z samorządów wykazujących domy wskazywały różną liczbę domów w roku 2016 i 2019.

Z jednorazowo sporządzonego przez Ministerstwo sprawozdania uzupełniającego wynikało, że według stanu na dzień 31.12.2019 r. funkcjonowało 28 domów, które dysponowały 746 miejscami statutowymi. W ciągu całego 2019 r. skorzystało z tych miejsc 1217 osób[145], a według stanu na dzień 31.12.2019 r., przebywały w nich 502 osoby. Na koniec zaś I pół. 2020 r. – funkcjonowały 794 miejsca. Liczbę domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży i liczba miejsc w tych domach według stanu na dzień 31.12.2019 r. prezentuje infografika.

Infografika nr 26
Liczba domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży i liczba miejsc w tych domach według stanu na dzień 31.12.2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-03 za 2019 r.

Słuszna, jednak istotnie spóźniona inicjatywa, MRiPS

W ocenie NIK, dopiero tworząc w 2020 r. jednorazowe sprawozdanie uzupełniające[146], zawierające dodatkowe informacje, Ministerstwo zadbało o dysponowanie niezbędną bazą danych umożliwiającą podejmowanie optymalnych decyzji w zakresie udzielania dotacji. Wobec niejasności wynikających z analizy porównawczej sprawozdań MRPiPS-03 w badanym zakresie, NIK podjęcie tej słusznej inicjatywy ocenia jednak za istotnie spóźnione.

[145] W ciągu całego 2019 r. skorzystało 1 217 osób. Z jednorazowo sporządzonego przez Ministerstwo sprawozdania uzupełniającego wynika, że według stanu na dzień 31.12.2019 r., przebywały w nich 502 osoby. Na koniec zaś I połowy 2020 r. – funkcjonowały 794 miejsca

[146] Według stanu na koniec 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ministerstwo zdiagnozowało **trudności i bariery** w realizacji przedmiotowego zadania. Wymieniło wśród nich w szczególności: *małe zainteresowanie jst tworzeniem nowych domów, co może wynikać z wielu różnych czynników. Jednym z nich jest funkcjonowanie w ramach systemu wsparcia dużej liczby innych placówek zapewniających schronienie, prowadzonych przez samorządy powiatowe czy gminne, np. ośrodki interwencji kryzysowej czy specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. W wielu przypadkach samorządy nie widzą potrzeby tworzenia kolejnych placówek spełniających podobne cele, tj. zapewniających schronienie. W ocenie Ministerstwa, powyższe może również wynikać z faktu, że działania samorządów lokalnych ukierunkowane są na udzielanie kompleksowego wsparcia w miejscu zamieszkania (pomoc m.in. w formie pracy socjalnej, poradnictwa specjalistycznego, wsparcie asystenta rodziny), tak aby osoby nie musiały korzystać z pomocy w formie schronienia. Zapotrzebowanie na domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży jest też mniejsze w tych gminach, które posiadają w swojej ofercie, dla osób najbardziej tego potrzebujących, mieszkania z zasobów gminy.*

Problemem napotykanym w trakcie realizacji Programu były również przypadki rezygnacji z realizacji zadnia, mimo wcześniej zgłaszanych potrzeb w tym zakresie. W ocenie Ministerstwa, powyższe mogło wynikać z konieczności zaangażowania środków własnych na realizację zadania. Problemem może być również konieczność ponoszenia kosztów na późniejsze utrzymywanie placówek ze środków własnych samorządów.

Do kontrolowanych wojewodów, jst zgłosiły w latach 2017–2019 zapotrzebowanie na środki w łącznej wysokości 2511,2 tys. zł. Przyznano zaś środki w wysokości 1711,2 tys. zł (68%), z których jst wydatkowały 409,3 tys. zł (23,9%).

Realizacja działania w kontrolowanych województwach

Wszyscy kontrolowani wojewodowie, w ślad za pismem MRiPS, informowali jst o możliwości składania zapotrzebowania na realizację działania 1.4. (utworzenie, modernizacja, doposażenie domu). **W trzech z sześciu kontrolowanych województw, tj. wielkopolskim, podlaskim i mazowieckim[147], w żadnym zakresie nie realizowano działania 1.4., przy czym w przypadku dwóch z pierwszych wymienionych nie funkcjonował żaden dom samotnej matki.** Wprawdzie pięć powiatów tych województw złożyło zapotrzebowanie, jednak albo z niego zrezygnowało albo spotkało się z decyzją odmowną MRiPS. Ministerstwo w przekazywanych decyzjach nie informowało zainteresowanych o przyczynach podjętych decyzji. W kierowanych natomiast do wojewodów pismach wskazywało na potencjalne zagrożenia nieudzielania pomocy samotnym matkom i kobietom w ciąży znajdującym się w sytuacjach kryzysowych. W przypadku zaś **województwa wielkopolskiego zalecił już w 2018 r. podjęcie stosownych czynności kontrolnych.** Minister wskazywał wówczas na niewystarczające stosowanie wsparcia dla tych osób wynikające z braków na terenie powiatów właściwych ośrodków wsparcia, w tym domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Pomimo złożenia przez

[147] Patrz: przypis 18.

Wojewodę Wielkopolskiego deklaracji w zakresie przeprowadzenia kontroli, **nie podjął kontroli** i poprzestał na informacjach pozyskiwanych z powiatów, potwierdzających zapewnienie schronienia ww. osobom najczęściej w ośrodkach interwencji kryzysowej. Pracownicy urzędu wyjaśnili, że *działania te nie były podejmowane z uwagi na fakt, iż na terenie województwa domy te nie są prowadzone.* **W ocenie NIK, wojewoda wielkopolski nie zapewnił wystarczającego nadzoru nad realizacją przez jst zadania polegającego na zapewnieniu schronienia dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży**, w tym z zachowaniem przewidzianych w przepisach standardów w tym zakresie.

Zaspokajanie potrzeb grupy docelowej działania 1.4. w odmienny sposób

Niniejsza kontrola wykazała, że w powiatach, w których nie funkcjonował żaden dom, potrzeby kobiet w zakresie schronienia zaspakajane były w szczególności poprzez lokowanie ich w różnorodnych placówkach, najczęściej ośrodkach interwencji kryzysowej, specjalistycznych ośrodkach wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, domu dziecka i innych. **NIK wskazuje, że inne placówki, w tym w szczególności ośrodki interwencji kryzysowej, mogą nie być przygotowane do zaspokojenia potrzeb grupy docelowej, nie są bowiem zobligowane do zapewnienia wymaganych standardów. Nie mogą zatem być bezkrytycznie każdorazowo traktowane jako ostateczne miejsce dla grupy docelowej działania 1.4.** Wymagane standardy podstawowych usług świadczonych przez domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży określa bowiem rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

Trudności w realizacji działania

NIK stwierdził występowanie wielu istotnych trudności w realizacji zadania. Związane one były w szczególności z niechęcią jst wynikającą z ograniczonych możliwości finansowych na utworzenie domu lub adaptację dostępnej bazy lokalowej, wysokich kosztów utrzymania, niestwierdzeniem potrzeb. Istotną zaś **przyczyną rezygnacji** ze zgłoszonego zapotrzebowania (zaakceptowanego już przez MRiPS) był brak możliwości wywiązania się z terminu dotyczącego realizacji zadania w danym roku.

Przykłady

W maju 2020 r. wojewoda podlaski zwrócił się do **starosty białostockiego** o dostarczenie niezbędnej dokumentacji do wniosku o dofinansowanie inwestycji w wysokości 825,8 tys. zł polegającej na utworzeniu domu z planowaną liczbą 30 miejsc (zmniejszoną następnie do 20 – 660,6 tys. zł). Po jej uzupełnieniu 25 czerwca 2020 r. Wojewoda poinformował Starostę o przyznaniu dotacji przez Ministra Finansów. Dnia 10 sierpnia 2020 r. Starosta Białostocki poinformował Wojewodę o braku możliwości realizacji zadania.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku **powiatu skarżyskiego**, który w 2020 r. zwrócił się o udzielenie dotacji w wysokości 774,6 tys. zł z przeznaczeniem na utworzenie nowego domu z planowaną liczbą 30 miejsc, a następnie zrezygnował z realizacji zadania wskazując, że nie jest możliwe ukończenie inwestycji do końca 2020 r.

Wojewoda warmińsko-mazurski zawarł zaś wszystkie trzy umowy na dofinansowanie zadania z jst z opóźnieniem sięgającym niemal dwóch miesięcy. *Wojewoda wyjaśnił, że wynikało to z konieczności pozyskania Programu inwestycyjnego, a także konieczności zaopiniowania wzoru umowy.*

Efekty działania w kontrolowanych województwach

Efektem realizacji działania 1.4. w pozostałych trzech województwach (śląskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim) było utworzenie trzech domów z 50 miejscami (powiat kętrzyński – 15; m. Zabrze – 20; m. Sosnowiec – 15), doposażenie czterech domów oraz sporządzenie dokumentacji projektowej dla jednego domu. Łączna wartość dofinansowania wymienionych inwestycji wyniosła 466,8 tys. zł.

Stwierdzone u wojewodów nieprawidłowości w realizacji działania

W kontrolowanej działalności stwierdzono **nieprawidłowość** polegającą na **udzieleniu przez Wojewodę Świętokrzyskiego dotacji w kwocie 36,5 tys. zł m. Kielce na poprawę funkcjonowania istniejącego domu, bez zawarcia umowy, tj. niezgodnie z art. 150 ustawy o finansach publicznych.** *Wojewoda świętokrzyski wyjaśnił, że zapisy Programu „Za życiem" nie nakazują konieczności zawierania umów na realizację działania 1.4. W Programie jest określony cel na jaki mają być przeznaczone środki, a wiążące są zapisy ustawy o pomocy społecznej oraz wytyczne Ministerstwa.*

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Nie można uznać, aby przepisy odrębne regulowały szczegółowo tryb i zasady udzielania lub rozliczania przyznanych dotacji celowych na zadania realizowane w ramach wskazanych wyżej działań Programu „Za życiem", co uzasadniałoby – zgodnie z art. 150 ustawy o finansach publicznych – odstąpienie od obowiązku zawarcia umowy. Uzasadnienia takiego nie mogły stanowić wskazywane również w wyjaśnieniach okoliczności, że jst były informowane w formie pisemnej, w szczególności o przyznaniu dotacji, sposobie i terminie rozliczenia. **Zwrócić uwagę należy, że umowa dotacyjna pełni istotną rolę gwarancyjną i stanowi zabezpieczenie interesów udzielającego dotację w przypadku nieprawidłowego sposobu realizacji zadania.** Trzeba też zauważyć, że pomimo przedstawionego w wyjaśnieniach stanowiska, praktyka działania Urzędu od 2020 r. była prawidłowa – zawarto bowiem umowy dotyczące realizacji zadań w ramach działań 3.2. i 4.7. Programu *„Za życiem", których bezumowny sposób realizacji Izba również zakwestionowała.*

Realizacja zadania przez jst

W związku z przekazaną za pośrednictwem wojewodów informacją MRiPS o możliwości składania zapotrzebowania na środki na utworzenie nowych placówek czy też doposażenie istniejących domów, **spośród sześciu kontrolowanych miast na prawach powiatu trzy z nich (Kalisz, Olsztyn, Białystok) nie złożyły wniosku o dofinansowanie inwestycji, jedno (Radom) złożyło i następnie zrezygnowało, a jeden – wniosek Rybnika w sprawie przyznania dofinansowania na utworzenie domu został rozpatrzony negatywnie przez wojewodę śląskiego** (Miasto Rybnik zdecydowało się na realizację inwestycji ze środków własnych). Jst wskazywały w szczególności na możliwość zabezpieczenia występujących potrzeb w funkcjonujących już placówkach, którymi najczęściej były Ośrodki Interwencji Kryzysowej, Ośrodki wsparcia dla matek, mieszkania wspierane, mieszkania interwencyjno-terapeutyczne, Domy samotnej matki czy też Schroniska dla bezdomnych kobiet prowadzone przez Diecezjalne Caritas, z którymi jst zawierało porozumienia. Wystąpiły też miasta, np. **Białystok**, które nie zawarły porozumień z powiatami

prowadzącymi domy samotnych matek, wyjaśniając brakiem potrzeb w aktualnym momencie, deklarując ewentualne zawarcie porozumienia w sytuacji wystąpienia potrzeb.

Zdaniem NIK, jst powinny być organizacyjnie przygotowane na wystąpienie potrzeb w tym zakresie, poprzez zapewnienie schronienia zgodnego ze standardem podstawowych usług określonym w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Matkom z małoletnimi dziećmi i kobietom w ciąży przysługuje bowiem prawo do uzyskania schronienia w wyspecjalizowanej placówce jaką jest DMD. Od powiatu zależy natomiast, czy zadanie własne będzie realizował samodzielnie, wspólnie z inną jednostką samorządu terytorialnego czy też przekaże je do realizacji podmiotom niepublicznym w trybie konkursu ofert lub zleci w tym zakresie realizację usług w trybie zamówień publicznych. Wszystkie zadania pomocy społecznej wzajemnie się uzupełniają i realizowanie przez gminy przypisanych im zadań nie zwalnia powiatu z obowiązku realizacji zadań własnych, wskazanych przez ustawodawcę.

Jedynie wniosek Kielc dotyczący robót remontowych i doposażenia istniejących miejsc w Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w ciąży w Kielcach spotkał się z aprobatą i zadanie zostało zrealizowane przy udziale środków z dotacji. Dotacja została wykorzystana na roboty remontowe polegające na wymianie uszkodzonych paneli w ogrodzeniu, okien, podłóg w części mieszkalnej oraz docieplenie stropodachu (34 tys. zł) oraz doposażenie obiektu w karuzelę obrotową i bujak sprężynowy (2,5 tys. zł). W realizacji zadania nie stwierdzono nieprawidłowości.

Pomoc uczennicom w ciąży (działanie 1.5.)

Cel działania 1.5.

Celem działania jest zapewnienie przez szkołę lub placówkę możliwości kontynuowania nauki przez uczennicę w ciąży. W przypadku niewydolności opiekuńczej lub wychowawczej występującej w rodzinie uczennicy w ciąży, w szczególności braku akceptacji ciąży przez rodziców uczennicy, zapewnienie możliwości zmiany szkoły przez uczennicę na szkołę z internatem lub skorzystania z bursy. Jako warunki konieczne do spełnienia wskazano:

- możliwość zmiany szkoły przez uczennicę w czasie trwania roku szkolnego;
- **gotowość organizacyjną placówek (wolne miejsca, wyposażenie, specjaliści);**
- przyjazny klimat szkoły i placówki przygotowany przez uczniów/wychowanków i nauczycieli/wychowawców.

Podmiotem odpowiedzialnym za wdrożenie działania, zgodnie z załącznikiem nr 2 Programu, jest Minister Edukacji i Nauki. Elementem zaplanowanym do realizacji i finansowania w ramach Programu „Za życiem" jest przygotowanie około 250 miejsc w bursach lub internatach dla uczennic w ciąży, w formie odrębnego pokoju, w którym zapewnione zostaną maksymalnie komfortowe warunki pobytu uczennicy do czasu urodzenia dziecka.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Według danych GUS, corocznie sukcesywnie spada liczba rodzących matek w wieku do 19. roku życia. I tak, w 2015 r. było ich 11 975, a w 2019 r. – 8285, a więc o blisko 30% mniej.

W latach 2017–2021 MEN zawarł porozumienia z 94 powiatami (wszystkich województw), w których przygotowano 219 miejsc. Porozumienie zawarto ze wszystkimi zainteresowanymi podmiotami. *MEiN wyjaśnił, że działanie 1.5. nie zakładało podpisania porozumień na realizację tego zadania z każdym z powiatów, a określoną w Programie liczbę miejsc wskazano po wstępnym rozpoznaniu wśród kuratorów oświaty, które następnie odstąpiły od złożonych deklaracji.*

W latach 2017–2019 zaplanowano na realizację działania 1.5. środki w wysokości 1400 tys. zł, z których uruchomiono – 1246,4 tys. zł, rozliczono zaś 1190,6 tys. zł (85% planu). W 2020 r. przekazało powiatom 65,7 tys. zł, co odpowiadało środkom wynikającym z podpisanych porozumień, z których sześć podmiotów zwróciło 6 tys. zł z powodu braku utrzymania 20 pokoi.

Minimalne wykorzystanie przygotowanych miejsc przez uczennice

W okresie tym jedynie 17 uczennic skorzystało z utworzonych miejsc. Dziewczęta zamieszkiwały w nich jedynie w okresie ciąży, a czas pobytu nie przekroczył jednego semestru roku szkolnego. Korzystały w tym okresie z opieki lekarza ginekologa oraz pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

MEN nie dysponował informacją dotyczącą losów dziewcząt po opuszczeniu miejsca pobytu bądź urodzenia dziecka. Nie stwierdzono przypadków wykorzystania środków dotacji niezgodnie z przeznaczeniem. Ministerstwo nie przeprowadzało kontroli prawidłowości realizacji porozumień.

Ministerstwo nie odnotowało barier i trudności w realizacji działania 1.5. W opinii MEN brak jest zainteresowania uczennic tą formą wsparcia.

Realizacja działania w jst

Pośród kontrolowanych jst jedynie dwa: Białystok i Kielce zawarły z MEN stosowne porozumienie na realizację działania 1.5. (w 2017 r.), tj. utworzenie i dofinansowanie odpowiednio: trzech i jednego miejsca (pokoju jednoosobowego w bursach/internatach), przy czym w przypadku Białegostoku – jednoosobowe pokoje zostały przygotowane – co NIK ocenia jako działanie racjonalne – w trzech różnych placówkach. Przekazane przez MEN środki zostały prawidłowo wydatkowane na remonty i wyposażenie pomieszczeń. Żadne z miejsc do zakończenia kontroli nie zostało wykorzystane. Nie stwierdzono żadnych trudności w realizacji zadania.

Pozostałe cztery gminy nie realizowały działania 1.5., z różnych przyczyn:

Przykłady

Kalisz nie dokonał rozpoznania potrzeb grupy docelowej działania (dokonano dopiero w trakcie kontroli).

Prezydent **Radomia** wskazał, że dyrektorzy placówek nie zgłaszali przypadków ciąż nieletnich uczennic i tym samym trudności związanych z ich sytuacją życiową. Jednak jednocześnie oświadczył i zadeklarował, że w takich przypadkach odpowiednie działania, tj. przyznawanie indywidualnego toku nauki lub indywidualnego nauczania, udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz udzielanie pomocy w ubieganiu się o wsparcie materialne, podejmowali dyrektorzy tychże placówek.

Olsztyn nie diagnozował potrzeb dziewcząt z grupy docelowej, niemniej poinformował o braku potrzeb w niniejszym zakresie. Prezydent Olsztyna poinformował, że jedyną pomoc o jaką zwracały się uczennice w ciąży do dyrektorów szkół, była pomoc w ukończeniu szkoły i taka była im zapewniona, zaś ich sytuacja była monitorowana przez pedagoga szkolnego.

Największe potrzeby w zakresie oferowanej w działaniu 1.5. pomocy stwierdzono w Rybniku. Pomimo tego miasto nie zawarło z MEN stosownego porozumienia i nie wdrożono działania. W okresie objętym kontrolą stwierdzono przypadki aż 46 dziewcząt w ciąży (z terenu miasta i spoza niego) potrzebujących schronienia, które zabezpieczono w Domu Dziecka w Rybniku. Zagwarantowano tym dziewczętom jednak warunki takie jak pozostałym wychowankom (np. pokój dwuosobowy), czyli nieodpowiadające założeniom działania 1.5.

Dofinansowanie zapewnienia funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub wymagających szczególnej opieki (działanie 2.5.)

Cel działania 2.5.

Celem działania jest zapewnienie miejsc opieki w żłobkach lub klubach dziecięcych dostosowanych do objęcia opieką dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub wymagających szczególnej opieki.

W planie finansowym Programu „Za życiem" na realizację działania 2.5. w latach 2017–2019 zaplanowano kwotę 45 000 tys. zł (75 000 tys. zł w latach 2017–2021)[148]. W 2017 r. w budżecie państwa na realizację działania zaplanowano 15 000 tys. zł[149], zaś w latach 2018–2020 działanie 2.5. realizowane było w ramach Programu „Maluch+", na który zaplanowano łącznie 1 492 000 tys. zł.

W edycji specjalnej Programu „Maluch+" ogłoszonej w 2017 r., Ministerstwo nie zbierało od wojewodów zapotrzebowania w podziale na funkcjonowanie i tworzenie miejsc dla dzieci z grupy docelowej, zaś w latach 2018–2020 nie wyodrębniono puli środków dedykowanych wyłącznie do grupy docelowej działania, stąd nie było możliwe ustalenie wysokości zapotrzebowanych środków oraz zakontraktowanych na ten cel.

Minister, stosownie do wymogów ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz działania 2.5., corocznie – we współpracy z wojewodami – opracowywał oraz ogłaszał stosowny Program resortowy, z zaimplementowanymi od 2017 r. zapisami dotyczącymi pomocy świadczonej dzieciom niepełnosprawnym oraz wymagającym szczególnej opieki. Minister realizował swoje obowiązki w ramach Programu „Maluch+" bez zbędnej zwłoki. Łączne wydatki poniesione w latach 2017–2019 na utworzenie nowych miejsc, dostosowanie miejsc opieki (zadanie realizowane tylko w 2017 r.) oraz dofinansowanie miejsc dla dzieci z grupy docelowej wyniosły 7590,1 tys. zł (nie uwzględniając modułu 4. o czym niżej).

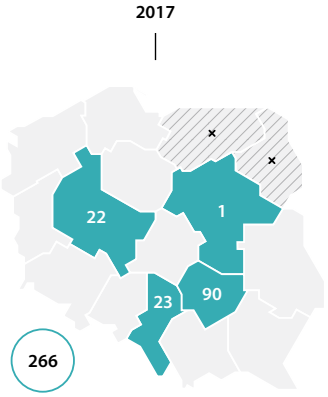
[148] Po 15 000 tys. zł na każdy rok.

[149] W 2017 r. funkcjonowała edycja specjalna Programu „Maluch+" skierowana do beneficjentów działania 2.5.

Efekty rzeczowe Programu „Maluch+" dla dzieci z grupy docelowej

Dzięki przekazanym środkom utworzono na terenie kraju 143 nowe miejsca dla dzieci z grupy docelowej, dofinansowano 1220 takie miejsca oraz dostosowano 266 miejsc do potrzeb dzieci niepełnosprawnych. O ile wzrosła liczba miejsc dofinansowanych (z 233 w 2017 r. do 485 w 2019 r.) **to spadała jednak istotnie liczba miejsc nowo utworzonych** (z 77 do 12). Liczbę dostosowanych miejsc do potrzeb dzieci niepełnosprawnych prezentuje infografika.

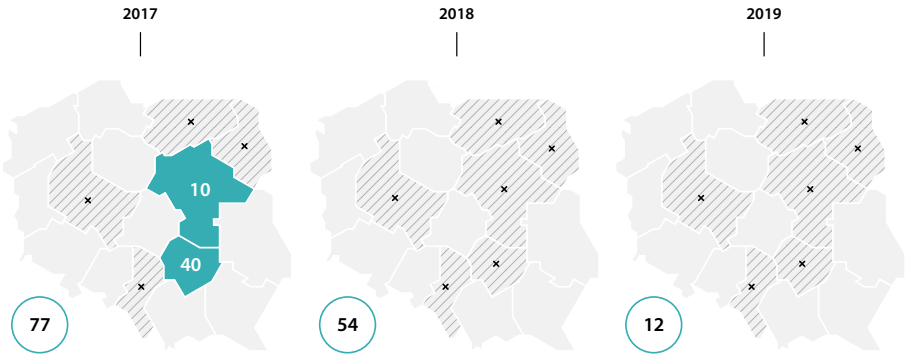
Infografika nr 27
Liczba dostosowanych miejsc do potrzeb dzieci niepełnosprawnych w województwach objętych kontrolą



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli w MRiPS.

Liczbę utworzonych miejsc dla potrzeb dzieci z grupy docelowej zaprezentowano poniżej.

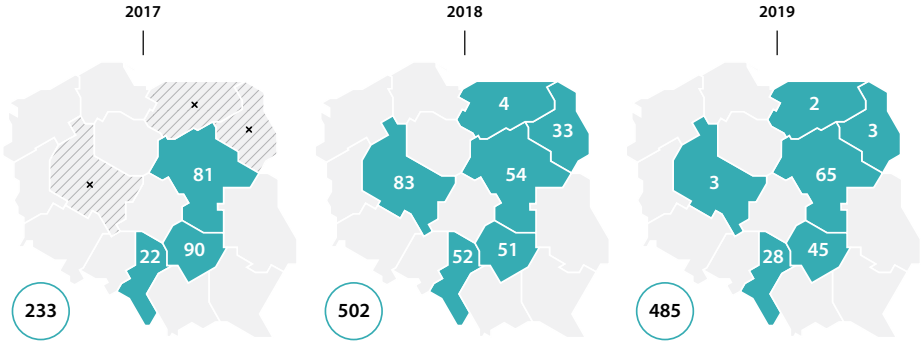
Infografika nr 28
Liczba utworzonych nowych miejsc dla potrzebujących dzieci z grupy docelowej w województwach objetych kontrolą



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli w MRiPS.

Z kolei liczba dofinansowanych miejsc dla potrzeb dzieci z grupy docelowej była następująca.

Infografika 29
Liczba dofinansowanych miejsc dla dzieci z grupy docelowej w województwach objętych kontrolą



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli w MRiPS.

Na podstawie zatwierdzonych ofert przekazywanych przez wojewodów[150] oraz ogłoszeń o wynikach konkursów NIK ustaliła, iż Minister w ramach edycji 2017–2020 **przyznał dofinansowanie wszystkim podmiotom wskazanym przez wojewodów.** Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Rodzinnej wyjaśniła m.in., *że po zebraniu od wojewodów informacji o ofertach zakwalifikowanych do Programu, Minister może podjąć decyzję co do zakresu (wyboru modułu lub modułów), sposobu (kryteriów i wag tych kryteriów) i kwot dofinansowania, biorąc pod uwagę potrzeby tworzenia nowych miejsc. W edycjach Programu realizowanych od 2017 r., minister przyznał dofinansowanie do wszystkich ofert zakwalifikowanych przez wojewodów, stosując kryteria wyboru ofert (wskazane w poszczególnych edycjach Programu), które wpływały na wysokość przyznanego dofinansowania.*

Ustalenie stopnia zaspokojenia potrzeb oraz wykonania planu finansowego Programu „Za życiem" dla działania 2.5. okazało się jednak niemożliwe, bowiem od 2018 r. zadanie było realizowane w ramach Programu „Maluch+", bez wyodrębnienia środków przeznaczonych na zaspokojenie potrzeb dzieci z grupy docelowej, a dodatkowo, Ministerstwo nie dysponowało danymi dotyczącymi wykonania wydatków poniesionych w ramach modułu czwartego[151] w odniesieniu do grupy docelowej działania, ponieważ jak wyjaśnili pracownicy Ministerstwa *wzór sprawozdania z Programu „Maluch+" nie przewidywał takiej informacji.*

Stwierdzona nieprawidłowość

Stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niegromadzeniu przez MRiPS oraz braku analizy danych w zakresie rodzaju i liczby orzeczeń lub zaświadczeń dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki, w tym korzystających z miejsc opieki dofinansowanych z Programu „Maluch+". Minister wyjaśnił m.in., iż *nie korzystał z możliwości pozyskiwania tych danych od wojewodów. Wojewodowie tych informacji nie przekazywali, a Minister nie podejmował działań w celu*

[150] Badaniem objęto oferty z województw: podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego dotyczące edycji Programu „Maluch+" za lata 2017–2020.

[151] Moduł 4 zaplanowany był dla podmiotów innych niż jst – na dofinansowywanie w zakresie zapewnienia funkcjonowania miejsc opieki w instytucjach opieki.

wyegzekwowania powyższych danych. Podejście to wynikało z założenia, że dane te powinny być dostępne dla ministra w sytuacji, gdy takie jakościowe analizy byłyby prowadzone. Jednak prowadzone były analizy ilościowe.

Sformułowana przez NIK uwaga

W świetle powyższego **NIK zwróciła uwagę Ministrowi, że celem pełnego zaspokojenia potrzeb dzieci z grupy docelowej działania 2.5. oraz optymalnego lokowania środków, niezbędne jest wyodrębnienie środków (w tym kwoty zapotrzebowania) w ramach Programu „Maluch+" z przeznaczeniem dla dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki, gromadzenie oraz analiza danych w zakresie rodzaju i liczby orzeczeń lub zaświadczeń dzieci z grupy docelowej, do czego Minister był zobowiązany zapisami Programu „Maluch+", oraz wiedza na temat wykonania wydatków poniesionych w ramach modułu czwartego w odniesieniu do grupy docelowej działania.**

Minister monitorował ciągłość i terminowość zadań realizowanych przez wojewodów oraz realizację zadań finansowanych z Programu „Maluch+" na podstawie otrzymywanej od wojewodów dokumentacji. Minister nie sporządzał zbiorczego sprawozdania z realizacji Programu „Maluch+" w formie odrębnego dokumentu, natomiast kluczowe informacje znajdujące się w przekazywanych przez wojewodów sprawozdaniach wojewódzkich z realizacji ww. Programu[152] zamieszczane były w sprawozdaniach Rady Ministrów z realizacji ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.

Wojewodowie współpracowali z MRiPS przy opracowaniu wszystkich edycji Programu „Za życiem", zgłaszając do nich uwagi na etapie projektowania. Najistotniejsze uwagi zostały przez Ministerstwo uwzględniane.

Niezwłocznie, w ślad za ogłoszeniem Programu „Maluch+" na poszczególne lata, zamieszczali na stronach urzędów wojewódzkich niezbędne informacje o poszczególnych etapach tego Programu. Wojewodowie bez zbędnej zwłoki realizowali nałożone Programem obowiązki. Badanie prawidłowości kwalifikacji ofert oraz realizacji umów (po trzy – o najwyższej wartości) dotyczących dzieci z grupy docelowej nie wykazało nieprawidłowości.

Efekty rzeczowe Programu „Maluch+" dla dzieci z grupy docelowej w kontrolowanych województwach

W kontrolowanych województwach, w ramach realizacji działania 2.5., utworzono w latach 2017–2019 łącznie 50 nowych miejsc (najwięcej w województwie świętokrzyskim – 40, a w województwie: śląskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim – 0), **dostosowano 136 miejsc w 2017 r.** (najwięcej w województwie świętokrzyskim – 90, a w województwie podlaskim i warmińsko-mazurskim – 0) oraz **dofinansowano łącznie 616 miejsc dla dzieci z grupy docelowej** (najwięcej w województwie mazowieckim – 200 i świętokrzyskim – 186, a najmniej w warmińsko-mazurskim – sześć).

Nierzetelnie realizowane obowiązki przez wojewodów

Wszyscy kontrolowani wojewodowie nie wywiązywali się jednak z obowiązku przekazywania do MRPiPS informacji na temat rodzaju i liczby orzeczeń lub zaświadczeń dotyczących dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki, które korzystały z miejsc opieki dofinansowanych z Programu „Maluch+". Jako przyczynę

[152] Dotyczące liczby nowych miejsc opieki oraz miejsc dofinansowanych (w tym dla dzieci niepełnosprawnych).

wskazywali najczęściej brak inicjatywy Ministerstwa w tym zakresie. NIK wskazuje jednak, że realizacja tego obowiązku nie została uzależniona od aktywności MRiPS.

Nie w pełni rzetelne były sprawozdania z realizacji Programu „Maluch+" przekazywane przez Wojewodę Mazowieckiego (2017 i 2019 r. – dane niezgodne ze sprawozdaniami jednostkowymi) oraz **Warmińsko-Mazurskiego** (2019 r. – błędy rachunkowe) do MRiPS. *Wojewodowie wyjaśnili, że błędy mogły wynikać z omyłki.*

Wojewoda warmińsko-mazurski w 2020 r. nie wywiązał się również z obowiązku weryfikacji danych jednego z beneficjentów zawartych w Rejestrze Żłobków i Klubów Dziecięcych oraz w Wykazie Dziennych Opiekunów, do czego był zobowiązany Programem „Maluch+"2020[153]. Mimo niezgodności między przedłożonym przez beneficjenta oświadczeniem, a danymi zawartymi w Rejestrze Żłobków i Klubów Dziecięcych, o których mowa w art. 27 ust. 4 ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat trzech, nie podjął działań zmierzających do zapewnienia ich kompletności i aktualności. Mimo iż podmiot, z którym zawarto umowę był dostosowany do potrzeb dzieci niepełnosprawnych ww. rejestr zawierał odmienne dane. *Pracownik urzędu wojewódzkiego wyjaśnił, iż w placówce przeprowadzono kontrolę, a Urząd dysponował dokumentami poświadczającymi, iż placówka jest dostosowana do potrzeb dzieci niepełnosprawnych, a z wyjaśnień beneficjenta brak informacji o przystosowaniu do potrzeb dzieci z grupy docelowej wynikał z niedopatrzenia. Wyjaśnił ponadto, iż rejestr prowadzi organ samorządu właściwy ze względu na miejsce prowadzenia instytucji i odpowiada za poprawność i aktualizację danych. Wskazał ponadto, iż w WPS za weryfikację danych i oświadczeń składanych przez beneficjentów odpowiadał nowozatrudniony pracownik, który nie wskazał błędu i danych do skorygowania nie zgłosił przełożonym informacji o brakach w dokumentacji.*

NIK oceniła, iż ww. rejestr upubliczniany jest na Portalu Empatia i adresowany był w szczególności do osób i rodzin poszukujących pomocy państwa oraz pracowników instytucji tę pomoc świadczących, którego celem było zapewnienie kompletnych i aktualnych informacji potrzebnych przy ubieganiu się o pomoc. Niewypełnienie przez Wojewodę obowiązku wynikającego z pkt 6.1.4. Programu „Maluch+ 2020" przyczyniło się do braku informacji o instytucjach zapewniających opiekę dzieciom do lat 3 z grupy docelowej. Wojewoda nie jest organem rejestrowym, jednakże Program „Maluch+" nakłada na niego obowiązek weryfikacji danych, niezależnie od obowiązków jst.

Realizacja „Malucha+" przez jst

Spośród sześciu kontrolowanych miast jedynym aktywnym jst w realizacji działania 2.5. były **Kielce**. Jako jedyne miasto dostosowało do potrzeb dzieci z grupy docelowej 90 miejsc oraz pozyskało dofinansowanie do 124 miejsc.

Białystok, Olsztyn[154] oraz Rybnik realizował Program „Maluch+" jednak nie pozyskiwał środków dedykowanych dzieciom z grupy docelowej działania.

[153] Obowiązek nałożony pkt 9.2 w związku z pkt 6.1.4 Programu „Maluch+"2020.

[154] Olsztyn utworzył 23 miejsca jednak we wcześniejszych edycjach Programu „Maluch+", a w okresie

Miasta Kalisz, Radom w żadnym zakresie nie realizowały Programu „Maluch+”.

W Kielcach, Kaliszu, Radomiu oraz w Olsztynie zaspokojono w pełnym zakresie potrzebę umieszczenia dzieci z grupy docelowej w żłobku, tj. wszystkie oczekujące dzieci z grupy docelowej zostały przyjęte do placówki.

Brak zaspokojenia potrzeb w pełnym zakresie stwierdzono w Białymstoku (w 2018 r. – 12% aplikujących dzieci z grupy docelowej oraz 5% w 2019 r.) **oraz Rybniku** (ostatecznie wszystkie dzieci zostały przyjęte, jednak po okresie 7–11 miesięcznym okresie oczekiwania).

Zasady przyjmowania dzieci z grupy docelowej do żłobków

Preferencyjne zasady przyjmowania dzieci z grupy docelowej do żłobków miejskich przyjęte zostały tylko w Radomiu i Olsztynie.

Przykład

W **Olsztynie** uregulowane zostały w Uchwale Rady Miasta Olsztyna z 29 listopada 2017 r. w sprawie uchwalenia statutu Zespołu Żłobków Miejskich w Olsztynie (Nr XUIV779/17) oraz w zarządzeniach Dyrektora Zespołu Żłobków Miejskich w Olsztynie. W przyjętych kryteriach oceniania wniosków o przyjęcie do żłobka „premiowano” dzieci z grupy docelowej. W pierwszej kolejności do żłobka przyjmowane miały być m.in.: dzieci niepełnosprawne, których niepełnosprawność została udokumentowana orzeczeniem o niepełnosprawności, co do których nie istnieją przeciwskazania zdrowotne uniemożliwiające im korzystanie ze żłobka.

W pozostałych kontrolowanych miastach preferencyjnych zasad odnoszących się do grupy docelowej działania 2.5. nie określono albo przyjęte miały w istocie iluzoryczny charakter, pozostający bez realnego wpływu na decyzję o przyjęciu dziecka do żłobka.

Przykłady

W **Białymstoku** statut żłobka integracyjnego w latach 2017–2019 nie przewidywał żadnych preferencji, a od 2020 r. niepełnosprawność dziecka jest wymieniana jako okoliczność preferowana, jednak w żaden sposób „niepremiowana”.

W **Rybniku** wskazano, że w przypadku większej liczby kandydatów niż miejsc pod uwagę będą brane inne kryteria m.in. niepełnosprawność dziecka, ale nie określono zasad uwzględniania przyznanych dodatkowych punktów w łącznej punktacji wniosku oraz wpływu tych kryteriów na ocenę wniosku (żłobek funkcjonujący od 2018 r.). W żłobkach uruchomionych od I kw. 2020 r. ustalono zasadę, że dla dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności przyznawano 1 dodatkowy punkt, nie określono jednak zasad sumowania punktów i przyznawania miejsc według największej liczby punktów.

W kryteriach naboru do żłobków w **Kielcach** określono preferencje dla dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności. W 2017 r. i 2018 r. określono, że mają one pierwszeństwo w przyjęciu, a w 2019 i 2020 r. – przyznając im 20 punktów. Taką samą liczbę punktów przypisano jednak również innym kryteriom, tj. dziecko obojga rodziców pracujących. Przyjęte zasady rekrutacji do żłobków nie uwzględniały preferencji dla innych dzieci z grupy docelowej zdefiniowanej w Programie „Maluch+”.

objętym kontrolą aplikowało jedynie o środki na funkcjonowanie już utworzonych miejsc.

W **Kaliszu** niepełnosprawność „premiowano" jednym punktem.

W kontrolowanej działalności ustalono **nieprawidłowe zapisy kryteriów naboru do żłobków**.

Przykłady

Stwierdzono, że w obowiązujących w 2019 i 2020 r. Zasadach rekrutacji do Żłobków Samorządowych Miasta **Kielce** zawarto kryteria, które nie zawsze były zgodne z warunkami przyjmowania dzieci określonymi w statutach żłobków, a stwierdzone rozbieżności dotyczyły:

- nieumieszczenia w *Zasadach rekrutacji* kryterium dotyczącego dzieci z rodzin objętych opieką MOPR, pomimo że był to jeden z warunków określonych w statutach żłobków. Prezydenta Miasta wyjaśnił, że *Sytuacje takie zdarzają się sporadycznie i nie było takiego przypadku, aby takie dziecko nie zostało przyjęte do żłobka;*
- umieszczeniu w *Zasadach rekrutacji* kryterium *dziecko jednego i/lub obojga rodziców niepełnosprawnych w stopniu znacznym lub umiarkowanym, mających znaczne lub ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,* pomimo że w statutach żłobków, jako jedną z zasad pierwszeństwa, określono: *dziecko jednego lub obojga rodziców niepełnosprawnych. Prezydenta Miasta wyjaśnił, że jak wcześniej wspomniano, statuty zawierają ogólne zasady przyjęć do żłobków wynikające z ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. Uszczegółowienie rodzaju było konieczne ze względu na liczną grupę rodziców posiadających orzeczenia.*

NIK zauważa, że kryterium określone w *Zasadach rekrutacji* znacznie zawęziło grupę dzieci, które miałyby pierwszeństwo podczas rekrutacji na podstawie zasad określonych w statutach i różnicuje je w zależności od stopnia niepełnosprawności rodzica.

- wprowadzeniu w *Zasadach rekrutacji* kryteriów, które nie wynikały z zasad pierwszeństwa określonych w statutach żłobków, tj.: *dzieci z rodzin, w których wychowywane są dzieci niepełnosprawne; dziecko posiadające rodzeństwo aktualnie uczęszczające do żłobka*; *dziecko posiadające wymagane przepisami szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień* (w *Zasadach* z 2019 r.); *dziecko poddane obowiązkowym szczepieniom ochronnym określonym w rozporządzeniu ministra w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych lub dziecko, u którego lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego* (w *Zasadach* z 2020 r.). Prezydent Miasta wyjaśnił: *Statuty zawierają ogólne zasady przyjęć do żłobków wynikające z ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat trzech, natomiast zasady przyjmowania dzieci do żłobków samorządowych Miasta Kielce zawierają szczegółowe kryteria, które zatwierdzane są corocznie po ich weryfikacji.*

NIK zauważyła, że statuty żłobków stanowią załączniki do uchwał Rady Miasta Kielce. Tym samym są aktami prawa miejscowego, wydanymi na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie o opiece nad dziećmi do lat trzech (art. 11 ust. 2). W związku z powyższym wprowadzane szczegółowe zasady rekrutacji do żłobków, które są kierowane do szerokiego kręgu odbiorców, powinny być spójne i zgodne z zasadami przewidzianymi w statutach żłobków. Ponadto NIK

wskazuje, że zamieszczone w *Zasadach rekrutacji* z 2019 r. kryterium *dziecko posiadające wymagane przepisami szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień* mogło być dyskryminujące dla dzieci, w tym także dla dzieci z grupy docelowej, które ze względu na stan zdrowia mają odroczone szczepienia.

Miasto **Rybnik** nie wdrożyło skutecznych zasad preferujących rodziców/opiekunów dziecka niepełnosprawnego w staraniach o uzyskanie miejsca w żłobku miejskim gdyż okoliczności dotyczące niepełnosprawności dziecka pominięto w treści regulaminu naboru z dnia 7 listopada 2017 r. określającego zasady pierwszego naboru do nowoutworzonego miejskiego żłobka przy ul. Orzepowickiej. W kolejnych trzech wersjach regulaminów dotyczących naborów do tego żłobka zawarto zapisy o tym, że w przypadku większej liczby kandydatów niż liczba wolnych miejsc w żłobku w postępowaniu rekrutacyjnym są brane pod uwagę inne kryteria, wśród których wymieniono niepełnosprawność dziecka, jednakże regulaminy naboru nie określały zasad dodatkowej punktacji za kryterium niepełnosprawności dziecka i wpływu przyznanych dodatkowych punków na łączną punktację wniosku. W przyjętych regulacjach brak było zapisów wskazujących na wpływ tych okoliczności dotyczących niepełnosprawności dziecka na ocenę wniosku i szanse na przyjęcie dziecka do żłobka. Ponadto zgodnie z przyjętymi przez Miasto regulacjami **istotniejszym dla oceny wniosku niż niepełnosprawność dziecka był fakt zamieszkiwania na terenie miasta, tym samym niepełnosprawność dziecka nie zwiększała realnie szans na przyjęcie dziecka do żłobka.** Również regulaminy dotyczące zasad naboru do uruchomionych w I kw. 2020 r. żłobków nr 2 i nr 3 nie określały zasad uwzględniania przyznanych dodatkowych punktów (maksymalnie 8 punktów za różne okoliczności, w tym niepełnosprawność) w łącznej punktacji wniosku i jej wpływu na szanse przyjęcia dziecka do żłobka. Ustalenia kontroli wskazują że w okresie funkcjonowania miejskich żłobków w Rybniku (od początku 2018 r. do końca I półrocza 2020 r.) **na 20 zgłoszonych do opieki żłobkowej dzieci niepełnosprawnych przyjęto jedynie troje (15%)**[155]**.** Jak wyjaśnił Prezydent Miasta, *w regulaminie nadanym zarządzeniem nr 1/2017 z 7 listopada 2017 r. nie wskazano niepełnosprawności dziecka jako dodatkowego kryterium przez niedopatrzenie, jednak w pierwszej rekrutacji nie było ani jednego wniosku z niepełnosprawnością dziecka. Odnosząc się do sposobu uwzględniania dodatkowej punktacji wniosków dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością w procesie rekrutacji i zwiększania szans na przyjęcie, Prezydent Miasta wyjaśnił m.in., że dodatkowe punkty stanowiły zwiększone szanse w procesie rekrutacji, nie wyjaśnił jednakże w jakim stopniu.* Prezydent nie wyjaśnił dlaczego w obowiązujących regulaminach nie określono mechanizmu liczenia punktów i ich wpływu na szanse przyjęcia dziecka.

Zdaniem NIK, czas oczekiwania na zakwalifikowanie dziecka niepełnosprawnego do żłobka dopiero po zwolnieniu się miejsca w żłobku – średnio po upływie około siedmiu miesięcy, a w najdłuższym przypadku nawet po 12 miesiącach oraz fakt, że jedynie 15% dzieci niepełnosprawnych zgłoszonych do opieki żłobkowej zostało przyjętych

[155] W dwóch przypadkach po ośmiu miesiącach oczekiwania na wolne miejsce, w jednym po dwóch miesiącach. We wrześniu 2020 r. przyjęto czworo dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością po upływie, odpowiednio: 12, 11 i pół, 11 i 8 miesięcy oczekiwania.

do miejskich żłobków w okresie objętym kontrolą wskazują na brak skuteczności działań z zakresu zapewnienia opieki nad dziećmi zaadresowanych do rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym.

W **Rybniku stwierdzono również nierzetelnie funkcjonujący w latach 2018–2020 plan nadzoru**, o którym mowa w art. 55 ustawy o opiece nad dziećmi do lat trzech. Nie dostosowano bowiem jego zapisów do zmienionej sytuacji w stanie faktycznym dotyczącym żłobków, tak iż obowiązująca uchwała nie mogła stanowić podstawy prawnej do prowadzenia kontroli w żłobkach miejskich. Ponadto nadzorowi miały podlegać jedynie żłobki niepodlegające Miastu. Jak ustalono, organ wykonawczy nie przedstawiał organowi stanowiącemu projektów uchwał dostosowujących plan nadzoru do zmienionego uruchomieniem żłobków miejskich stanu faktycznego. Pracownik urzędu miast wyjaśnił m.in, że *w latach 2018–2020 nadzór nad miejskim żłobkiem, a począwszy od I kwartału 2020 r. zespołem żłobków miejskich sprawowany był w sposób doraźny, poprzez stały częsty kontakt z dyrekcją żłobka, bieżący wgląd w dokumentację placówki, wizyty pracownika Wydziału Edukacji w placówce gdy zaistnieje taka konieczność.*

NIK oceniła, że przywołane okoliczności nie stanowią uzasadnionej przyczyny nieobjęcia nadzorem, o którym mowa w art. 55 ustawy o opiece nad dziećmi do lat trzech, żłobków miejskich. Przemawia za tym także zasada równego traktowania wszystkich placówek – bez względu na podmiot prowadzący – pod względem spełniania przez nie wymogów określonych przepisami. Kontakty pracowników Urzędu z kierownictwem zespołu żłobków oraz wykonywanie części zadań związanych z funkcjonowaniem żłobków miejskich przez jednostki organizacyjne Miasta nie zwalniają Prezydenta Miasta z obowiązku formalnego objęcia żłobków miejskich planem nadzoru.

W **Kielcach zaś nie przeprowadzono kontroli warunków i jakości świadczonej opieki we wszystkich żłobkach samorządowych w 2017 r. i 2018 r**. W 2017 r. przeprowadzono takie kontrole w czterech z sześciu żłobków samorządowych, a w 2018 r. – w jednym. Zgodnie zaś z obowiązującym prawem lokalnym, raz w roku przeprowadza się kontrolę warunków i jakości świadczonej opieki w żłobkach prowadzonych na terenie miasta Kielce.

Prezydent Rybnika nie sprawował rzetelnie nadzoru nad żłobkami, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat trzech, gdyż w 2018 r. czynności nadzorcze (w formie kontroli) przeprowadzono dopiero 13 grudnia 2018 r. w jednym żłobku niepublicznym, podczas gdy nadzór taki powinien być sprawowany nad dziesięcioma placówkami tj., sześcioma żłobkami (w tym jednym prowadzonym przez Miasto) oraz czterema klubami dziecięcymi. Pracownik urzędu miasta, jako przyczynę wskazał m.in. *długotrwałe zwolnienie lekarskie pracownika merytorycznie odpowiedzialnego za realizację tych zadań.*

Zdaniem NIK, przewidziane ustawami zadania powinny być realizowane bez względu na mogące zaistnieć absencje pracowników, a obowiązkiem kierownika urzędu było zapewnienie skutecznego systemu zastępstw w celu zachowania ciągłości realizacji zadań.

Rozwój sieci ŚDS, w tym rozwój bazy całodobowej w jednostkach już funkcjonujących i rozszerzenie typów ŚDS – sprzężone niepełnosprawności oraz osoby ze spektrum autyzmu (działanie 3.2.)

Cel działania 3.2.

Celem działania jest ułatwienie dostępu do tej formy wsparcia większej grupie osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, rozwój bazy całodobowej umożliwiającej pobyt całodobowy z przyczyn losowych lub na czas odpoczynku opiekuna.

W latach 2017–2020 w ramach działania 3.2. Minister nie dokonywał diagnozy liczebności potencjalnych beneficjentów grupy docelowej[156]. Celem rozpoznania potrzeb finansowych gmin i powiatów na rozwój sieci ŚDS Minister kierował do wojewodów pisma z prośbą o przekazanie przez jst zapotrzebowania na środki z rezerwy celowej budżetu państwa na rozwój sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Duże zainteresowanie wsparciem

Zainteresowanie wsparciem okazało się bardzo duże, a zgłoszone zapotrzebowanie kilkukrotnie przekroczyło kwotę środków faktycznie wydatkowanych. Trzeba mieć jednak na względzie, że **wojewodowie przekazywali jedno zbiorcze zapotrzebowanie na zadania dotyczące rozwoju sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i na zadania dotyczące rozwoju sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami wymienionymi w działaniu 3.2. Programu „Za życiem”.**

Wojewodowie w latach 2017–2019 złożyli **zapotrzebowanie** na środki przeznaczone na rozwój sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym Programu „Za życiem” w łącznej kwocie **240 335,6 tys. zł** (zapotrzebowanie złożone tylko za 2020 r. wyniosło 88 335,6 tys. zł, w tym na rozwój sieci ośrodków wsparcia 82 176,6 tys. zł; liczba miejsc – 1678 oraz na podwyższoną dotację – 5158,9 tys. zł; liczba miejsc – 539).

W planie finansowym Programu „Za życiem” na realizację działania 3.2. w latach 2017–2019 wskazano zaś środki w łącznej kwocie 199 520 tys. zł (z tego w 2017 r. – 52 000 tys. zł, a w latach 2018–2021 – 73 760 tys. zł na każdy rok).

Efekty rzeczowe udzielonego wsparcia

W wysokim stopniu udało się zrealizować cel działania 3.2. Dzięki wykorzystanym środkom w wysokości 90 700,3 tys. zł możliwe było uruchomienie 541 miejsc (w 2017 r. 71 miejsc[157], w 2018 r. 323 nowych miejsc[158], a w 2019 r. 147 miejsc) **dla osób z grupy docelowej działania oraz sukcesywne zwiększanie środków na podwyższenie dotacji dla uczestników ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi – z ponad czterech tysięcy w 2017 r. do niemal siedmiu – w 2019 r.** Informacje w tym zakresie przedstawiono poniżej.

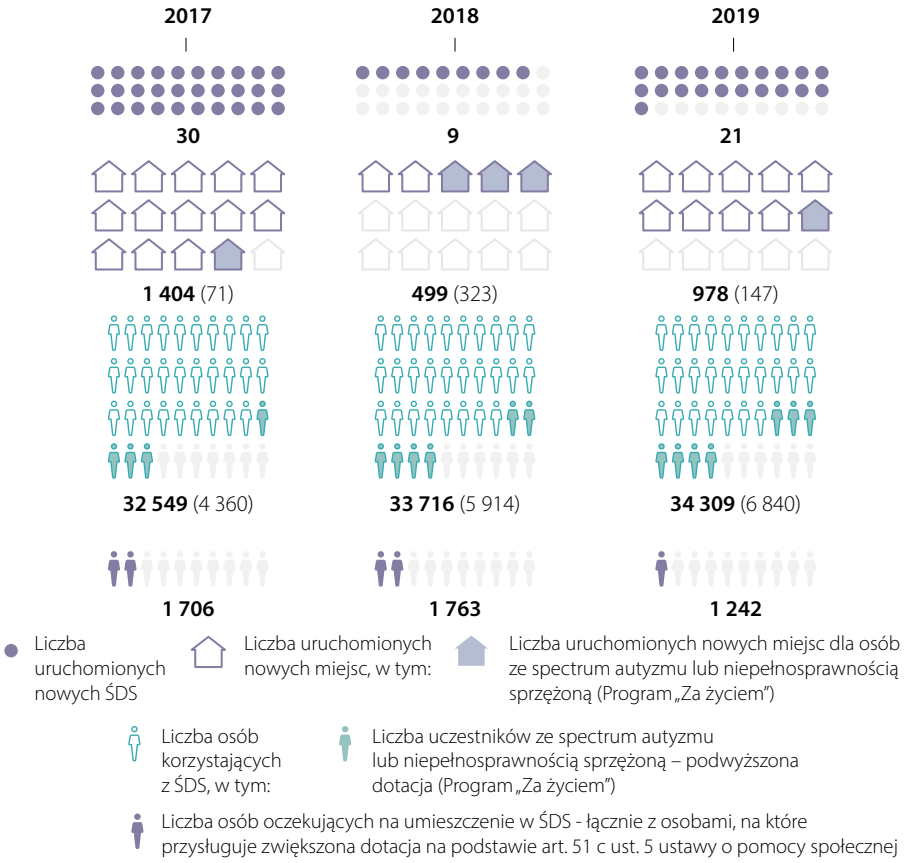
[156] Osoby dorosłe z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi i osoby ze spektrum autyzmu.

[157] W tym: 20 miejsc w jenym nowym środowiskowym domu samopomocy, 40 miejsc w czterech nowych filiach ŚDS, a także 11 miejsc w domach już istniejących.

[158] W ośmiu nowych ŚDS, czterech nowych filiach oraz w ośrodkach już istniejących.

Infografika nr 30

Dane w zakresie liczby uruchomionych nowych ŚDS oraz liczby uruchomionych w nich nowych miejsc w latach 2017–2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

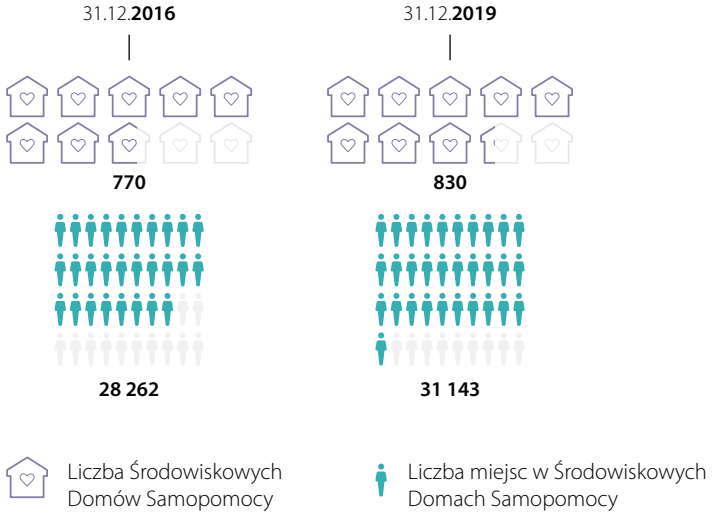
NIK zwraca uwagę, że cel wskazany w działaniu udałoby się zrealizować w jeszcze wyższym stopniu, gdyby faktycznie przeznaczono i wydatkowano środki w zaplanowanej w planie finansowym Programu „Za życiem" ponad dwukrotnie wyższej wysokości.

W latach 2017–2019 **liczba ŚDS w Polsce systematycznie wzrastała**[159]. I tak, na koniec 2016 r. wynosiła 770, a według stanu na 30 czerwca 2020 r. – funkcjonowało 825 ŚDS **(wzrost o 46)**. Systematycznie **zmniejszała się liczba powiatów w których nie funkcjonował żaden ŚDS (tzw. białe plamy),** i tak odpowiednio z 42 (koniec 2016 r.) do 26 – na koniec 2019 r. **(spadek o 16)**[160]. W zakresie dalszego rozwoju sieci ŚDS Minister wyjaśnił m.in., że *w 2020 r. planuje się utworzyć kolejne cztery ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w powiatach stanowiących „białe plamy"*. Liczba ŚDS i liczba miejsc w ŚDS była następująca:

[159] W latach 2016–2019 liczba ŚDS wynosiła odpowiednio 779, 800, 809, 830. Liczba ŚDS na I półrocze 2020 r. zmniejszyła się, ponieważ połączono ze sobą kilka jednostek.

[160] Powiatów tzw. „białych plam" w latach 2016–2018 było odpowiednio 42, 39, 32.

Infografika nr 31
Liczba ŚDS i liczba miejsc w ŚDS według stanu na dzień 31.12.2016 r. i 31.12.2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-03.

Podjęte w badanym okresie działania umożliwiły utworzenie 46 ŚDS z **dodatkowymi 2894 miejscami statutowymi oraz zwiększenie liczby miejsc całodobowych o 90.** Skutkiem czego **zmniejszyła się liczba osób oczekujących na umieszczenie w ŚDS o około 500 (do 1242 osób na koniec 2019 r.) oraz liczba powiatów, w których nie funkcjonował żaden ŚDS – o 16 (do 26).** Celem zapewnienia prawidłowej kwalifikacji uczestników do ŚDS Ministerstwo opracowało i przekazało do stosowania wszystkim wojewodom odpowiednie wytyczne.

Trudności w realizacji zadania

Ministerstwo zdiagnozowało **trudności/bariery** występujące w realizacji zadania i wskazało w szczególności, iż w przypadku działania 3.2. oszacowanie środków, które w danym roku zostaną wydatkowane na przyznawanie dodatkowej dotacji zgodnie z art. 51c ust. 5 ustawy o pomocy społecznej jest niezwykle trudne. Nie jest to dotacja przyznawana na stałe, jest uzależniona od liczby osób na które jest przyznawana i ich faktycznego korzystania z usług ośrodka. Co miesiąc liczba uczestników, na których przyznawana jest dotacja może ulec zmianie. W związku z powyższym wojewodowie, przy sporządzaniu planu finansowego na kolejny rok budżetowy muszą opierać się na szacunkach dotyczących liczby osób, na które będzie przysługiwała dotacja (...).

Realizacja działania 3.2. w kontrolowanych województwach

W kontrolowanych sześciu województwach, w latach 2017–2019, utworzono łącznie 474 nowe miejsca w ŚDS. Najwięcej w województwie mazowieckim (292 miejsca), a najmniej w podlaskim (pięć miejsc). Łącznie 7291 uczestników objęto wypłatą podwyższonej kwoty dotacji, najwięcej w województwie wielkopolskim (2295), najmniej w województwie podlaskim (441).

Stwierdzone u wojewodów nieprawidłowości

W działalności wojewodów stwierdzono występowanie nieprawidłowości. Czterech z nich, tj. wojewoda śląski, świętokrzyski, warmińsko-mazurski oraz mazowiecki, **nie przeprowadzali kontroli kompleksowych** w wymaganym §5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie nad-

zoru i kontroli pomocy społecznej, wymiarze. Na przykład, w badanym okresie, wojewoda mazowiecki nie przeprowadził wymaganych kontroli w 30 SDŚ spośród funkcjonujących 74. *Wojewodowie jako przyczynę nieprawidłowości wskazywali najczęściej ograniczenia kadrowe.*

W przypadku wojewody śląskiego oraz warmińsko-mazurskiego **stwierdzono opieszałe, długotrwałe procesy zawierania umów z jst,** które odpowiednio wyniosły nawet: 121 i 109 dni w 2019 r., 51 dni w 2017 r. (województwo śląskie) oraz 51 dni w 2019 r. (województwo warmińsko-mazurskie). *Wojewodowie przyczyn nieprawidłowości upatrywali w obciążeniu innymi zadaniami, przedłużającą się procedurą uzgodnień wewnętrznych, okresie urlopowym i in.*

W kontrolowanej działalności stwierdzono również **nieprawidłowość** polegającą na **udzieleniu przez wojewodę świętokrzyskiego dotacji w kwocie 2095,7 tys. zł Kielcom bez zawarcia umów, tj. niezgodnie z art. 150 ustawy o finansach publicznych.**

Przykład

Wojewoda Świętokrzyski bezumownie przekazał dotację w łącznej wysokości 2095,7 tys. zł na realizację zadań związanych z rozwojem sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

- w 2018 r. – 845 000 zł dla gminy Lipnik na realizację inwestycji pn. *Adaptacja z przeznaczeniem na Środowiskowy Dom Samopomocy w Usarzowie wraz z pierwszym wyposażeniem* i 65 000 zł dla gminy Kielce na remont i wyposażenie ŚDS;
- w 2019 r. – 800 000 zł dla gminy Masłów na utworzenie nowego ŚDS w Mąchocicach Kapitulnych, 320 734 zł dla gminy Koprzywnica na rozbudowę ŚDS w Krzcinie oraz 65 000 zł dla gminy Piekoszów na wykonanie instalacji ciepłowniczej w ŚDS w Piekoszowie.

Wojewoda Świętokrzyski wyjaśnił, że zapisy Programu „Za życiem" nie nakazują konieczności zawierania umów na realizację działania 3.2. W Programie jest określony cel na jaki mają być przeznaczone środki, a wiążące są zapisy ustawy o pomocy społecznej oraz wytyczne Ministerstwa.

Stwierdzone przez wojewodów trudności

Wojewodowie stwierdzili występowanie **trudności** w realizacji zadania. Zaliczyli do nich ograniczone środki z rezerwy celowej, co powoduje, że nie wszystkie potrzeby są zaspokajane; uruchomienie środków w II połowie roku, co powoduje duże prawdopodobieństwo, że środki nie zostaną wykorzystane; brak szczegółowych przepisów dotyczących realizacji Programu „Za życiem"; problemy z pozyskaniem niezbędnej infrastruktury, kłopoty z zakończeniem inwestycji (pozyskaniem wykonawcy), brak akceptacji środowiska lokalnego (odwołania od decyzji, co przedłuża procedurę uzyskania pozwolenia na budowę).

Realizacja zadania w kontrolowanych jst

Spośród sześciu kontrolowanych miast **tylko Kielce uruchomiły nowe miejsca w ŚDS w latach 2017–2019 w ramach uzyskanej dotacji, tj. 66 miejsc (w tym 12 całodobowych), w tym osiem dla osób z podwyższoną dotacją.**

Niemniej **każdego roku coraz większa liczba uczestników z podwyższoną dotacją korzystała ze wsparcia ŚDS w sześciu kontrolowanych miastach.** I tak, w 2017 r. było ich 234, w 2018 r. – 291, a w 2019 r. – już 315. Nastąpił więc wzrost o 81 uczestników z podwyższoną dotacją.

Jedynie w **Olsztynie** stwierdzono występowanie niezaspokojonych potrzeb (które ze środków własnych uruchomiło dodatkowe pięć miejsc), tj. kolejkę osób oczekujących na przyjęcie do ŚDS, która zmniejszyła się jednak w latach 2017–2020 ze 189 do 21 osób.

W pozostałych miastach potrzeby osób z grupy docelowej działania 3.2. były zaspakajane na bieżąco. Niemniej, pomimo tego część miast wykazywała aktywność celem poprawy warunków funkcjonowania ŚDS. Największą wykazał **Rybnik**, który w okresie objętym kontrolą złożył w tym celu łącznie 12 wniosków, w tym 2 na utworzenie łącznie 10 miejsc oraz 10 na wyposażenie i remont istniejących placówek, o łącznej wartości 432,3 tys. zł. Efektem działań było pozyskanie środków w łącznej wysokości 155 tys. zł. Inwestycję w zakresie remontu/wyposażenia o wartości 65 tys. zł zrealizowały Kielce. Pozostałe miasta albo nie starały się o pozyskanie środków albo działania takie okazały się nieskuteczne.

Stwierdzone w jst trudności w realizacji działania

W kontrolowanych miastach nie stwierdzono nieprawidłowości we wdrażaniu działania 3.2. Wśród występujących **trudności** pracownicy urzędów wymieniali: mechanizm finansowania oparty na liczbie korzystających według stanu na pierwszy dzień miesiąca, co przy dużej rotacji skutkuje niedofinansowaniem oraz wysoką odpłatność za usługi całodobowe.

Zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne – budowa mieszkań na wynajem, w tym z możliwością docelowego uzyskania własności, m.in. z wykorzystaniem gruntów publicznych – I filar Programu „Mieszkanie+" (działanie 4.1.)

Cel działania 4.1.

Celem działania jest zwiększenie dostępności mieszkań, w tym dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne.

Zakres działania 4.1. obejmuje m.in. realizację przez spółkę PFR Nieruchomości S.A. (PFRN) mieszkań na wynajem o umiarkowanych czynszach (bez lub z opcją dojścia do własności), w tym przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych i/lub osób wychowujących dzieci niepełnosprawne. W ramach działań prowadzonych przez PFRN w okresie od 2017 r. do 30 czerwca 2020 r.:

- oddano do użytkowania 1 017 mieszkań, w tym lokale przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w: Białej Podlaskiej (186 lokali), Gdyni (172 lokale), gminie Jarocin (366 lokali), Kępnie (36 lokali), Kępicach (42 lokale) oraz Wałbrzychu (215 lokali);
- prowadzono budowę ok. 1,8 tys. mieszkań, w tym lokali przystosowanych dla osób niepełnosprawnych, w: Dębicy (201 lokali), Katowicach (513 lokali), Krakowie (481 lokali), Łowiczu (96 lokali), Mińsku Mazowieckim (138 lokali), Radomiu (124 lokale), Świdniku (108 lokali) oraz Zamościu (96 lokali).

Efekty rzeczowe działania dedykowane grupie docelowej

Wśród najemców mieszkań na wynajem w Białej Podlaskiej i Gdyni są **dwie osoby niepełnosprawne** (po jednej w każdej wymienionej lokalizacji) będące najemcami lokali mieszkalnych. W przypadku inwestycji w Kępicach i Jarocinie (ostatni etap) nabór najemców prowadziła gmina. W związku z tym, wedle informacji Ministra Rozwoju, **ministerstwo nie posiadało aktualnych informacji w zakresie mieszkań w ww. dwóch lokalizacjach.**

Kryteria przyznania mieszkania

Podstawowym czynnikiem decydującym o przyznaniu mieszkania zrealizowanego przez PFRN w ramach części rynkowej Programu „Mieszkania+", jest kryterium finansowe rozumiane jako tzw. minimalna zdolność czynszowa. Brak tytułu własności czy współwłasności domu/budynku/mieszkania także stanowi niejednokrotnie kryterium bezwzględnie obowiązujące określone w uchwale danej gminy lub regulaminie pracy komisji kwalifikacyjnej. Dodatkowymi warunkami są kryteria społeczne określane przez gminę, na terenie której znajdować się będzie dana inwestycja. **Kryteria są ustalane indywidualnie dla danej lokalizacji przez poszczególne samorządy gminne współpracujące z PFRN**, przy uwzględnieniu sytuacji mieszkaniowej panującej w danym regionie, i obejmują m.in. rodziny wychowujące dzieci niepełnosprawne.

Kryterium niepełnosprawności (obejmujące również gospodarstwa domowe wychowujące dzieci niepełnosprawne) jako jedno z przesłanek pierwszeństwa stosowane przy naborze na najemców, określono dla projektów mieszkaniowych zlokalizowanych w Białej Podlaskiej, Gdyni, Katowicach, Kępicach i Wałbrzychu. Dla inwestycji będących w budowie (prócz projektu realizowanego w Katowicach) samorządy lokalne nie uchwaliły, według stanu na czerwiec 2020 r. kryteriów naboru najemców.

Realizacja zadania w jst

Spośród sześciu kontrolowanych gmin jedynie Radom realizował działanie 4.1. Programu „Za życiem".

W 2016 r. Prezydent Radomia przedstawił propozycje trzech lokalizacji z przeznaczeniem na budowę dwóch budynków ze 124 lokalami o powierzchni mieszkalnej 6804 m^2 za kwotę oszacowaną na 24 586,0 tys. zł. Pod realizację inwestycji wybrano nieruchomość o powierzchni 8617 m^2, przy ul. Tytoniowej w Radomiu o wartości szacunkowej 850,0 tys. zł netto, którą 18 grudnia 2018 r. wniesiono aportem do spółki MDR Radom sp. z o.o. realizującej inwestycję. Całkowity szacunkowy koszt inwestycji ma wynieść w latach 2018–2021 ze środków budżetu państwa (Programu „Mieszkanie+") 24,5 mln zł. Zgodnie z przyjętym harmonogramem zakończenie inwestycji przewidziano na listopad 2021 r. W grudniu 2020 r. Rada Miejska określiła m.in. kryteria pierwszeństwa naboru wniosków o zawarcie umów najmu ww. lokali mieszkalnych, podlegających ocenie punktowej, w tym dla osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego, legitymujących się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, którym przysługują dodatkowe cztery punkty.

Wsparcie oszczędzania na cele mieszkaniowe rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne – III filar Programu „Mieszkanie+" (działanie 4.2.)

Cel działania 4.2.

Celem działania było zwiększenie dostępności mieszkań oraz poprawa warunków mieszkaniowych, w tym rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne.

Brak wdrożenia działania

Program wsparcia oszczędzania na cele mieszkaniowe nie został jednak uruchomiony. W konsekwencji nie powstały również Indywidualne Konta Mieszkaniowe.

W dniu 27 września 2016 r. Rada Ministrów podjęła uchwałę nr 115/2016 w sprawie przyjęcia Narodowego Programu Mieszkaniowego. Na podstawie szczegółowej diagnozy problemów polskiego mieszkalnictwa, zawartej w tym dokumencie, sformułowane zostały cele polityki mieszkaniowej w perspektywie do 2030 r. Określone zostały także działania towarzyszące, które powinny przyczynić się do realizacji tych celów. Po ok. 1,5 roku funkcjonowania Narodowego Programu Mieszkaniowego, decyzją Rady Mieszkalnictwa, powołanej przez Prezesa Rady Ministrów 29 stycznia 2018 r., dokonano reorientacji części zapowiadanych instrumentów. Podstawowe przesądzenie Rady Mieszkalnictwa dotyczyło rezygnacji z planowanego systemu wsparcia oszczędzania na cele mieszkaniowe na rzecz systemu dopłat do czynszów. Zmiana ta ma na celu lepiej odwzorowywać najważniejszy cel polityki mieszkaniowej w Polsce, jakim jest potrzeba zwiększenia dostępności mieszkań dla osób, których dochody są zbyt wysokie, aby ubiegać się o mieszkania gminne, i jednocześnie zbyt niskie, aby zaciągnąć kredyt na zakup własnego mieszkania.

Zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne – mieszkania na wynajem o umiarkowanym czynszu wybudowane w ramach bezzwrotnego dofinansowania ze środków budżetu państwa społecznego budownictwa czynszowego (działanie 4.3.)

Cel działania 4.3.

Celem działania jest zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie. Formą realizacji działania był zakończony w 2018 r. proces legislacyjny ustawy z dnia 22 marca 2018 r. *o zmianie ustawy o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych, ustawy o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 756 oraz z 2019 r. poz. 1309).

Na podstawie znowelizowanej ustawy realizowany jest Program budownictwa socjalnego i komunalnego (Program BSK), który stanowi wsparcie dla beneficjentów Programu w zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych osób w najtrudniejszej sytuacji życiowej. Zgodnie ze znowelizowanym przepisem art. 13 ust. 4 ustawy o finansowym wsparciu beneficjenci Programu BSK, mogą wnioskować o zwiększenie poziomu dofinansowania o 5 punktów procentowych dla przedsięwzięć, w ramach których nie mniej niż 5% lokali będzie przeznaczonych dla rodzin z dziećmi posiadającymi zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu.

Efekty rzeczowe działania

Operatorem Programu BSK jest Bank Gospodarstwa Krajowego (BGK). Jego efekty rzeczowe stanowią także efekty realizacji omawianego działania. Zgodnie z informacją przekazaną przez BGK w ramach Programu BSK w okresie od 2017 r. do 26 czerwca br. w wyniku budowy powstało ogółem 2049 mieszkań na wynajem. Jednocześnie, od edycji jesiennej 2018 roku (czyli od chwili, kiedy można wnioskować o zwiększone finansowe wsparcie) zostało zakwalifikowanych 10 wniosków, w wyniku których powstanie 213 lokali mieszkalnych, w których beneficjent wsparcia zobowiązał się do przeznaczenia części lokali dla rodzin posiadającymi zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy „Za życiem". Powyższe inwestycje pozostają w trakcie realizacji.

Realizacja działania w kontrolowanych jst

Spośród sześciu kontrolowanych gmin jedynie Kielce realizowały działanie 4.3. Programu „Za życiem".

W 2018 i 2019 r. Miasto uzyskało bezzwrotne dofinansowanie ze środków Funduszu Dopłat BGK na pokrycie części kosztów inwestycji polegającej na budowie zespołu czterech budynków mieszkalnych, w których powstało osiem lokali socjalnych (w 2018 r.) oraz zespołu ośmiu budynków mieszkalnych, w których powstało 14 lokali mieszkalnych (2019 r.). Utworzone w ramach ww. inwestycji lokale mieszkalne wchodziły w skład mieszkaniowego zasobu gminy i były przeznaczone na wynajem o ograniczonym czynszu. Zgodnie z zawartą w 2019 r. umową[161] Urząd był zobligowany do przeznaczenia nie mniej niż 5% (tj. nie mniej niż jednego mieszkania) utworzonych lokali dla rodziny z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie. Kwota poniesionych przez Miasto wydatków na ten cel w 2018 r. wyniosła 2575,1 tys. zł (w tym 35% współfinansowano ze środków Funduszu Dopłat) oraz w 2019 r. – 3589,5 tys. zł (współfinansowanie w wysokości 40%). Poniesione wydatki zostały przez Urząd rozliczone, a przedłożone rozliczenie faktycznie poniesionych kosztów przedsięwzięcia zostało zweryfikowane i zaakceptowane przez BGK.

Spośród 22 lokali wybudowanych w ramach ww. inwestycji, **14 zostało przyznanych rodzinom, w których co najmniej jedna osoba posiadała orzeczenie o niepełnosprawności, w tym trzy lokale dla rodzin z dziećmi wymagającymi szczególnego wsparcia, posiadającymi stosowne zaświadczenie**.

Zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne – mieszkania na wynajem o umiarkowanym czynszu wybudowane w ramach Programu preferencyjnych kredytów finansujących społeczne budownictwo czynszowe (działanie 4.4.)

Cel działania 4.4.

Celem działania jest zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie, poprzez wprowadzenie możliwości uzyskania preferencji w dostępie do finansowania dla przedsięwzięć inwestycyjno-budowlanych, realizowanych w ramach Programu społecznego budownictwa czynszowego (Program SBC) w oparciu o przepisy ustawy z dnia 26 października 1995 r. o niektórych formach popie-

[161] Umowa nr BSK/1919/0001831 z dnia 2 lipca 2019 r.

rania budownictwa mieszkaniowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 2195, ze zm.), dalej: ustawa o niektórych formach, w przypadku przeznaczenia części lokali wybudowanych dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi.

Realizacja działania odbywała się m.in. na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 października 2015 r. w sprawie warunków i trybu finansowania zwrotnego w ramach realizacji przez Bank Gospodarstwa Krajowego rządowego Programu popierania budownictwa mieszkaniowego oraz minimalnych wymagań dotyczących lokali powstałych przy udziale tego finansowania (Dz. U. z 2021 r. poz. 766). Towarzystwa budownictwa społecznego, spółdzielnie mieszkaniowe i spółki gminne mogły ubiegać się o finansowanie zwrotne udzielane na preferencyjnych warunkach przez BGK ze środków własnych.

W ramach nowelizacji w 2017 r. ww. rozporządzenia dodano preferencje dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne, w postaci kryterium „adresowanie nowych mieszkań do rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym", które jest brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o udzieleniu finansowania zwrotnego, w przypadku wystąpienia dwóch lub więcej wniosków o równej ogólnej liczbie punktów. Celem regulacji jest premiowanie przedsięwzięć dedykowanych zarówno rodzinom z dziećmi, których niepełnosprawność powstała w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, ale również przeznaczonych dla rodzin, w których dzieci w okresie późniejszym zachorowały lub uległy wypadkowi, czy też innemu zdarzeniu losowemu, wskutek czego uzyskały orzeczenie o niepełnosprawności.

Efekty rzeczowe działania

W ramach Programu preferencyjnych kredytów finansujących społeczne budownictwo czynszowe w okresie od 2017 r. do czerwca 2020 r. w wyniku budowy powstało ogółem 3131 mieszkań na wynajem. Do czerwca 2020 r. **zostały podpisane dwie umowy na wybudowanie mieszkań przeznaczonych dla rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie, oświadczenie o niepełnosprawności, a w przypadku dzieci od 16. do 18. roku życia – orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności** wydane na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 poz. 573). Powyższe dwie inwestycje, według stanu na czerwiec 2020 r., pozostawały w trakcie realizacji. Minister Rozwoju poinformował, że Bank zakwalifikował dziewięć wniosków spełniających kryteria do objęcia Programem „Za życiem", w wyniku których powstanie łącznie 365 lokali mieszkalnych w których to część lokali zostanie przeznaczona dla rodzin posiadających powyższe zaświadczenia lub orzeczenie.

Żadna z sześciu kontrolowanych gmin nie realizowała działania 4.4. Programu „Za życiem".

Radom podjął jedynie pewne działania wpisujące się w realizację celów działania 4.4. dotyczące zwiększenia dostępności mieszkań dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne – mieszkania na wynajem o umiarkowanym czynszu. Spółka gminna RTBS Administrator w latach 2017–2020 (I pół.) przydzieliła na wynajem mieszkania o umiarkowanym czynszu pięciu rodzinom wychowującym dziecko, posiadające orzeczenie o niepełnosprawności.

Zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne – najem mieszkania z mieszkaniowego zasobu gminy (działanie 4.5.)

Cel działania 4.5.

Celem działania było zwiększenie, w przypadku rodzin najmniej zarabiających, oferty mieszkań uwzględniających specyfikę potrzeb rodzin z osobami niepełnosprawnymi w ramach mieszkaniowego zasobu gmin.

Cel ten miał zostać osiągnięty poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian legislacyjnych m.in. obligujących gminy do uregulowania w uchwałach, dotyczących zasad wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy, warunków, jakie musi spełniać lokal wskazywany dla osób niepełnosprawnych, z uwzględnieniem potrzeb tych osób. Warunki, jakie miały spełniać lokale, wskazywane osobom niepełnosprawnym, miały być adekwatne do potrzeb tych osób.

Ustawodawca realizując sformułowane cele dodał do art. 21 ust. 3 pkt 6a ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego, w myśl którego podjęte przez Radę gminy uchwały powinny określać zasady wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy zawierające w szczególności warunki, jakie musi spełniać lokal wskazywany dla osób niepełnosprawnych, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb wynikających z rodzaju niepełnosprawności. Znowelizowany przepis obowiązuje od dnia 21 kwietnia 2019 r., przy czym ustawodawca pozostawił gminom dwuletni okres na wprowadzenie zmian do lokalnego prawodawstwa.

Zmiany w prawie lokalnym kontrolowanych jst

Do zakończenia kontroli (luty 2021 r.) połowa gmin **(Radom, Kielce oraz Olsztyn)** wprowadziła wymagane zmiany do lokalnych uchwał. Przy czym Rady Miasta Radom i Kielce uczyniły to w czerwcu 2020 r., tak więc w okresie objętym kontrolą nie osiągnięto jeszcze efektów rzeczowych, natomiast **w Mieście Olsztyn stosowne regulacje uchwalono już w kwietniu 2019 r. i osiągnięto wymierne efekty rzeczowe przyjętych regulacji.**

Przykład

W m. **Olsztyn** Rada Miasta w dniu 24 kwietnia 2019 r. zmieniła zasady wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy. Do dotychczas obowiązującej uchwały dodano m.in. rozdział 6a „Warunki jakie musi spełniać lokal wskazywany dla osób niepełnosprawnych, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb, wynikających z rodzaju niepełnosprawności". Określono m.in., że w przypadku osób z niepełnosprawnością:

- narządu ruchu, poruszających się na wózkach inwalidzkich, m.in. wskazany lokal usytuowany będzie w budynku bez barier architektonicznych, przystosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- narządu ruchu nieporuszających się na wózkach inwalidzkich, m.in. wskazany lokal usytuowany będzie na najniższej kondygnacji budynku lub będzie usytuowany w budynku wyposażonym w dźwig osobowy;
- narządu wzroku, wskazany lokal wyposażony będzie m.in. w instalację wejściowej sygnalizacji dzwonkowej;
- narządu słuchu, wskazany lokal wyposażony będzie m.in. w sygnalizację alarmowo-przyzywową.

Ponadto ustalono, że w przypadku innego rodzaju niepełnosprawności, wskazany lokal uwzględniać będzie indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej, określone w uzgodnieniu z tą osobą. W przypadku zaś osób wymagających stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innych osób, w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji potwierdzoną orzeczeniem odpowiedniego organu, wskazany lokal uwzględniać będzie powierzchnię wynikającą z potrzeby zamieszkiwania z osobami sprawującymi nad nimi opiekę.

W okresie objętym kontrolą do Urzędu Miasta wpłynęło łącznie 207 wniosków w sprawie najmu mieszkań z mieszkaniowego zasobu Miasta Olsztyn, z czego 177 osób niepełnosprawnych[162] oraz 30 rodzin wychowujących dziecko niepełnosprawne. Po przeprowadzeniu 52 (25,1%) postępowań wydano decyzje zgodne z wnioskiem strony, z czego 40 decyzji dotyczyło osób niepełnosprawnych[163], a 12 – rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem[164]. W pozostałych 155 (74,9%) przypadkach wydano decyzje odmowne.

Badanie dokumentacji dotyczącej 20 wniosków złożonych przez osoby niepełnosprawne lub rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym, po rozpatrzeniu których nie przyznano lokalu mieszkalnego z zasobu Miasta Olsztyn, wykazało, że postępowania w tych sprawach przeprowadzono prawidłowo. Prezydent Olsztyna wskazał, że w okresie objętym kontrolą badanie rzeczywistych potrzeb osób, wynikających z rodzaju niepełnosprawności rozpoznawano przede wszystkim w trakcie wizyt domowych, a także podczas pracy realizowanej w formie wsparcia przez asystentów-koordynatorów, polegającej na prowadzeniu wywiadów środowiskowych, sporządzaniu pism popierających (rekomendacji) wniosek.

Pozostała część gmin **(Kalisz, Rybnik, Białystok)** do zakończenia kontroli nie uchwaliła jeszcze wymaganych zmian. Graniczny termin na realizację zadania ustawodawca określił na 21 kwietnia 2021 r.

Prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach na potrzeby mieszkalnictwa wspomaganego, w tym chronionego dla osób niepełnosprawnych (działanie 4.6.)

Cel działania 4.6.

Celem działania miało być zwiększenie dostępności mieszkań chronionych dla rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie. **Działanie 4.6. nie zostało wdrożone.**

Minister Rodziny zobowiązany do przeprowadzenia we współpracy z MIiB (podmiot określony w *Sposobie realizacji* działania) **oceny funkcjonowania systemu wsparcia mieszkalnictwa chronionego pod kątem uwzględnienia potrzeb różnych grup odbiorców, w tym w szczególności rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem, nie dokonał takiej oceny.**

Zakładanym **efektem działań miało być** zdefiniowanie barier prawnych dla rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego w kraju, zdefiniowanie propozycji zmian i określenie planu szczegółowych działań i instrumentów uwzględniających specyfikę potrzeb rodzin wymagających wsparcia w prowadzeniu samodzielnego życia.

[162] 177 wniosków, w tym 48 w 2017 r., 66 w 2018 r., 61 w 2019 r, oraz dwa w I półroczu 2020 r.

[163] 40 decyzji, w tym 14 w 2017 r., 13 w 2018 r., 11 w 2019 r. oraz dwie w I półroczu 2020 r.

[164] 12 decyzji, w tym dwie w 2017 r., osiem w 2018 r. oraz dwie w 2019 r.

Ministerstwo kilkukrotnie pytane o przyczyny nie wskazało ich i wyjaśniło, że działanie *będzie przedmiotem zmian w Programie w większym zakresie.*

Tworzenie mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych dla osób niepełnosprawnych (działanie 4.7.)

Cel działania 4.7.

Celem działania jest wsparcie mieszkaniowe dla osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub stopniem umiarkowanym, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenie rozwojowe lub epilepsję oraz niewidomych.

Minister nie dokonywał diagnozy potrzeb osób grupy docelowej, zwracał się natomiast każdego roku do jst z prośbą o rozeznanie potrzeb finansowych i zgłoszenie propozycji dofinansowania na utworzenie nowych mieszkań chronionych.

Niewielkie zainteresowanie jst realizacją działania

Zainteresowanie jst realizacją działania 4.7. okazało się niewielkie. W okresie objętym kontrolą tylko – średnio – 2% wszystkich gmin i 1.3% powiatów, złożyło zapotrzebowanie na dofinansowanie zadania. Dodatkowo, w kolejnych latach funkcjonowania Programu „Za życiem", sukcesywnie malało, tak iż **w 2020 r. stosowne wnioski złożyło już tylko 0,7% gmin i żaden z powiatów.**

Przewlekły proces rozpatrywania wniosków jst przez MRIPS

Wykorzystanie środków na realizację zadania wyniosło w latach 2017–2019 jedynie 19% w odniesieniu do planu finansowego Programu „Za życiem", tj. 11 368,5 tys. zł z zaplanowanych 60 000 tys. zł. Środki wykorzystane na realizację tego działania stanowiły, odpowiednio, od 40% do 67,4% przyznanej kwoty. Na 2020 r. zaplanowano środki w kwocie 24 000 tys. zł, z której rozdysponowano 2320,5 tys. zł (tj. 9,7%). **Przyczyną niewykorzystania lub niepełnego wykorzystania przyznanych środków były w szczególności przypadki rezygnacji gmin z realizacji zadania podyktowane zbyt krótkim okresem pozostawionym na realizację zadania** – późny termin uruchomienia środków z rezerwy celowej.

Proces rozpatrywania wniosków przez Ministerstwo był bowiem przewlekły i w 2019 r. wyniósł nawet 123 dni, w latach zaś 2018 i 2020 blisko 90 dni. Kontrola wojewodów wykazała również opieszałe działanie w zakresie zawierania umów z jst, o czym w dalszej części informacji pokontrolnej.

Efekty rzeczowe realizowanego zadania

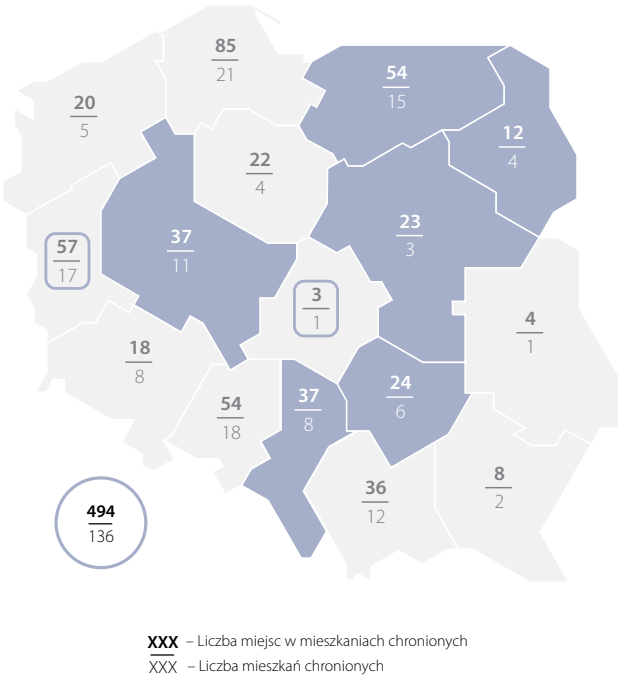
Efektem realizacji działania było utworzenie 141 mieszkań chronionych, w których znajdowało się 514 miejsc, co niemal odpowiadało założeniom Programu (utworzenie około 150 mieszkań w trzy lata). Zainteresowanie nowopowstałymi miejscami przez osoby z grupy docelowej – w roku ich utworzenia – było jednak bardzo niskie, bowiem skorzystały z nich, według danych Ministerstwa, jedynie 53 osoby (10%). Pomimo tego **Ministerstwo nie diagnozowało przyczyn niskiego obłożenia utworzonych miejsc**. **W kolejnych zaś latach nie ustalano stopnia wykorzystania miejsc w ramach działania 4.7.**[165]**, które okazało się bardzo**

Brak wiedzy Ministra Rodziny nt. wykorzystania utworzonych miejsc

[165] Ustalano te dane w odniesieniu do ogółu mieszkań chronionych funkcjonujących na terenie kraju (sprawozdanie MRPiPS-03).

niskie, o czym również w części dotyczącej wojewodów. Ministerstwo kontynuowało realizację zadania, według wyjaśnień Ministra, z uwagi na *wieloletni charakter Programu oraz zaplanowanie środków na ten cel*. Dopiero w maju 2020 r. Departament merytoryczny zwrócił się do BON – koordynującego Program, z wnioskiem o rozważenie zmiany w działaniu 4.7. polegającej na rozszerzeniu grupy docelowej po to by zapewnić wyższy odsetek wykorzystania miejsc, jednak w toku trwania kontroli, nadal pozostawał przedmiotem analizy. Dane w zakresie mieszkań chronionych utworzonych w ramach Programu w latach 2017–2019 przedstawiono poniżej.

Infografika nr 32
Liczba mieszkań chronionych i miejsc utworzonych w ramach Programu w latach 2017–2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Realizacja zadania w kontrolowanych województwach

Do kontrolowanych wojewodów, jst zgłosiły w latach 2017–2019 zapotrzebowanie na środki w łącznej wysokości 7934,7 tys. zł. Przyznano zaś środki w wysokości 5864 tys. zł (68%), z których jst wydatkowały 2752,9 tys. zł (46,9%).

Przewlekły proces zawierania umów wojewodów z jst

Wojewodowie każdorazowo, w ślad za pismem MRiPS, informowali jst o możliwości składania zapotrzebowania. Jednak **proces zawierania umów przez każdego z kontrolowanych wojewodów okazał się długotrwały, częstokroć przekraczający 30 dni. NIK krytycznie ocenia sytuacje, w których w wyniku opieszałości wojewodów, do zawarcia umów z jst dochodziło po upływie dwóch miesięcy** (wojewoda mazowiecki i wielkopolski), **a szczególnie negatywnie – po upływie nawet pięciu miesięcy** (wojewoda śląski – 165 dni, a wojewoda warmińsko-mazurski po 145 dniach). Sytuacja taka oraz powyżej opisany przewlekły

proces rozpatrywania wniosków przez Ministerstwo były przyczynami **licznych rezygnacji jst z realizacji zadania.** Pozostawiony bowiem jst czas uniemożliwiał wykonanie inwestycji. Wojewodowie jako przyczynę wskazywali na ogół: *występujący okres urlopowy, konieczność zaopiniowania przez radcę prawnego i inne wydziały urzędu, przeciążenie innymi zadaniami.*

Wyjątek stanowiło województwo świętokrzyskie, w którym wojewoda udzielał dotacji niezwłocznie, jednak niezgodnie z art. 150 ustawy o finansach publicznych, bo bez zawarcia umów z jst. W latach 2017–2018 udzielił w ten sposób łącznie czterech dotacji dla trzech jst w łącznej wysokości 343,4 tys. zł, tj. gminie Kielce, Sandomierz oraz Kazimierza Wielka – 330,9 tys. zł na utworzenie mieszkań chronionych oraz 12,5 tys. zł Kielcom na wyposażenie mieszkania chronionego. *Wojewoda świętokrzyski wyjaśnił, jak wcześniej, że zapisy Programu „Za życiem" nie nakazują konieczności zawierania umów na realizację działania 3.2. W Programie jest określony cel na jaki mają być przeznaczone środki, a wiążące są zapisy ustawy o pomocy społecznej oraz wytyczne Ministerstwa.*

Niskie obsadzenie powstałych miejsc

Pomimo lokowania w mieszkaniach chronionych osób do tego nieuprawnionych (przypadki opisane w poniższych przykładach), **to wykorzystanie zapewnionych miejsc okazało się niskie, a w niektórych województwach nawet minimalne.**

Przykłady

Wykorzystanie miejsc w utworzonych mieszkaniach chronionych w całym województwie mazowieckim oraz śląskim oscylowało w granicach 10%. I tak na przykład, w dwóch mieszkaniach utworzonych w województwie mazowieckim, tj. w Grodzisku Mazowieckim oraz Ostrowie Mazowieckim – na łącznie 20 miejsc, w pierwszym nikt nie mieszkał, a w drugim – 1–2 osoby[166].

Niskie wykorzystanie utworzonych miejsc odnotowano również w województwie warmińsko-mazurskim (19%) oraz wielkopolskim (37%). Najwyższe zaś w województwie podlaskim – 83%.

Wojewodowie nie byli zainteresowani uzyskaniem wiedzy na temat poziomu wykorzystania utworzonych miejsc i nie dokonywali diagnozy w tym zakresie. Przedstawione powyżej dane wynikają z informacji pozyskanych w toku kontroli NIK.

Różne zaś ustalono w toku kontroli przyczyny niewielkiego zainteresowania pobytem w mieszkaniu chronionym. Stwierdzono, że wpływ na to ma brak zapotrzebowania na ten rodzaj pomocy (osoby, które miały zostać ulokowane w mieszkaniu chronionym, zrezygnowały z pomocy lub zostały umieszczone w innych placówkach), brak osób spełniających kryteria do zamieszkania, obawy rodziców/opiekunów prawnych osób z grupy docelowej przed samodzielnym funkcjonowanie podopiecznych, kwestie finansowe (obawa przed utratą specjalnego zasiłku opiekuńczego, często jedynego źródła utrzymania).

[166] Dodatkowo Ostrów Mazowiecka w ramach realizacji zadania wyremontowała i wyposażyła jedno mieszkanie dla trzech osób.

Dodatkowo, w działalności **Wojewody Warmińsko-Mazurskiego** stwierdzono **nieprawidłowości** polegające na nierzetelnej weryfikacji wniosku gminy Mrągowo, a następnie sprawozdania, z którego wynikało, że nowo utworzone mieszkanie chronione posiada powierzchnię minimalną użytkową mniejszą[167] niż określona § 6 rozporządzenia MRPiPS z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych[168] oraz nie w pełni rzetelnym sprawozdaniu przekazanym przez Wojewodę do MRPiPS dotyczącym funkcjonowania mieszkań chronionych w okresie 1–31 października 2018 r. Wykazano w nich, iż na terenie województwa warmińsko-mazurskiego nie utworzono ze środków Programu „Za życiem" żadnego mieszkania chronionego, podczas gdy w 2017 r. Wojewoda zawarł umowy na realizację zadania dotyczącego ich utworzenia, a przekazane przez jst sprawozdania z realizacji zadania własnego, związanego z rozwojem sieci mieszkań chronionych i dofinansowanego w 2017 r. wskazywały, że zadania te faktycznie zrealizowano. Wojewoda jako przyczynę wskazał m.in. *pomyłkę oraz braki kadrowe*.

Realizacja zadania w jst

Spośród sześciu kontrolowanych miast cztery realizowały działanie 4.7. Na utworzenie mieszkań chronionych **nie zdecydował się Radom oraz Białystok.** Jako przyczynę wskazywano w szczególności zbyt duże obciążenie finansowe dla budżetu gmin wynikające zarówno z konieczności wniesienia wkładu własnego, jak i obowiązku prowadzenia mieszkania przez 10 lat.

W pozostałych czterech miastach utworzono łącznie sześć mieszkań z 32 miejscami. Najwięcej w Kielcach (dwa mieszkania z 12 miejscami) oraz Olsztynie (dwoma mieszkania z ośmioma miejscami), najmniej zaś w Rybniku i Kaliszu (jedno mieszkanie z sześcioma miejscami). Łączna kwota wykorzystanej dotacji wyniosła 541,6 tys. zł.

Stwierdzone nieprawidłowości w obsadzeniu mieszkań chronionych

W połowie kontrolowanych miast stwierdzono nieprawidłowości w sposobie wykorzystania utworzonych mieszkań chronionych, tj. w szczególności kierowania do nich osób nieuprawnionych (spoza grupy docelowej działania 4.7.).

Przykłady

Do mieszkań utworzonych przez **Kielce** skierowano osoby nieuprawniona, spoza grupy docelowej działania 4.7. Spośród 15 osób korzystających z miejsc aż 11 (73%) nie było do tego uprawnionych, tj. nie posiadało stosownego orzeczenia o niepełnosprawności, posiadało orzeczenie o niepełnosprawności potwierdzające inną chorobę niż określoną w działaniu 4.7. lub mieszkanie zamieszkiwali również członkowie rodzin osób uprawnionych. Jako przyczynę nieprawidłowości pracownicy MOPR wskazywali na *trudną sytuację mieszkaniową, zdrowotną, rodzinną; dostarczenie zaświadczeń lekarskich (zamiast odpowiedniego orzeczenia).*

W mieszkaniu chronionym w **Kaliszu** jedna spośród czterech osób korzystających nie była uprawnioną, tj. dotknięta była inną chorobą, niewymienioną w działaniu.

[167] Posiadało 36,62 m^2, pomimo że była ona o 11,38 m^2 mniejsza niż określona rozporządzeniem dla czterech osób, dla których przeznaczone było mieszkanie.

[168] Dz. U. poz. 822.

W **Rybniku** zaś, powołując się na stan pandemii, wyłączono całkowicie mieszkanie z użytkowania i zaprzestano udzielania pomocy.

W toku zaś kontroli u **Wojewody Warmińsko-Mazurskiego** ustalono ulokowanie w mieszkaniach chronionych (gmina Wydminy i Kętrzyn) samotnej matki z dziećmi; osobę, która utraciła schronienie na skutek pożaru; osoby z innymi rodzajami niepełnosprawności; członków rodziny osoby z grupy docelowej.

NIK nie kwestionuje potrzeby udzielania wsparcia mieszkaniowego osobom, szczególnie niepełnosprawnym, z powodu ich trudnej sytuacji mieszkaniowej, zdrowotnej i rodzinnej. Wskazuje jednak, że gminy dysponują w takich sytuacjach wachlarzem możliwej różnorakich form pomocy, określonych w szczególności w ustawie o pomocy społecznej (np. mieszkania socjalne). Zaś do mieszkań chronionych powstałych w ramach działania 4.7. Programu „Za życiem" winny być kierowane osoby z udokumentowanymi, wymienionymi w tym działaniu, rodzajami niepełnosprawności, schorzeń.

5.2.2. Wspieranie zatrudnienia osób niepełnosprawnych, ich opiekunów, członków rodzin opiekujących się osobą niepełnosprawną oraz aktywizowanie osób bezrobotnych celem wsparcia opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych (działania 3.3.–3.5.; 6.2.; 6.4.)

Wsparcie osób niepełnosprawnych, które opuściły warsztat terapii zajęciowej, w celu podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy (działanie 3.3.)

Cel działania 3.3.

Celem działania jest wsparcie osób niepełnosprawnych, które opuściły warsztat terapii zajęciowej, w celu podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy.

Podjęte inicjatywy ustawodawcze celem wdrożenia działania

Celem wdrożenia działania 3.3., ustawodawca 10 maja 2018 r. uchwalił ustawę o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw[169]. W wyniku wprowadzonych zmian, na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ustalił, że środki PFRON w wysokości do 30% wydatków, przeznacza się na Program zatwierdzony przez Radę Nadzorczą, służący finansowaniu zajęć klubowych.

Na bazie tego przepisu w dniu 12 czerwca 2018 r. Rada Nadzorcza PFRON przyjęła Program „Zajęcia klubowe w WTZ"[170], adresowany do podmiotów prowadzących WTZ. Celem tego Programu jest wsparcie osób niepełnosprawnych w utrzymaniu samodzielności i niezależności w życiu społecznym i zawodowym poprzez prowadzenie przez WTZ zajęć klubowych jako zorganizowanej formy rehabilitacji[171].

[169] Dz. U. poz. 1076.

[170] Uchwała nr 7/2018.

[171] Procedury realizacji przedmiotowego Programu zostały zatwierdzone przez Zarząd PFRON uchwałą nr 41/2018 z dnia 26 czerwca 2018 r.

Duże zainteresowanie wsparciem

- **Zainteresowanie wsparciem wynikającym z działania 3.3. Programu „Za życiem", realizowane przez PFRON, okazało się bardzo duże i przekroczyło planowane kwoty, zależne było od aktywności poszczególnych powiatów.** W planie finansowym Programu „Za życiem" założono poniesienie wydatków w wysokości 3600 tys. zł w latach 2018–2020, ze środków PFRON. Wykonanie zaś wyniosło 8604,5 tys. zł, do końca III kwartału 2020.

W latach 2018–2019 do Programu:

- przystąpiło 122 realizatorów (powiatów) – odpowiednio: 50 i 72;
- dofinansowanie do prowadzenia zajęć klubowych otrzymało łącznie 147 WTZ – odpowiednio 56 i 91;
- łączna liczba beneficjentów to 1320 osób – odpowiednio: 524 i 796.

Stwierdzono istotne zróżnicowanie w aktywności poszczególnych województw w realizacji Programu. I tak, w latach 2018–2019 np. w:

- województwie podkarpackim: realizatorami było 19 powiatów, dofinansowanie do prowadzenia zajęć otrzymały 24 WTZ, a beneficjentami zostało 267 osób;
- województwie mazowieckim: realizatorami było 18 powiatów, dofinansowanie do prowadzenia zajęć otrzymało 23 WTZ, a beneficjentami zostało 266 osób.

Z drugiej zaś strony, np. w:

- województwie warmińsko-mazurskim: realizatorami były dwa powiaty, dofinansowanie do prowadzenia zajęć otrzymały dwa WTZ, a beneficjentami zostało 13 osób.

PFRON nie gromadził danych w zakresie liczby osób oczekujących na wsparcie w ramach Programu „Zajęcia klubowe w WTZ" oraz nie dysponował danymi w zakresie efektu trwałości w utrzymaniu samodzielności i niezależności w życiu społecznym i zawodowym byłych uczestników Programu. Fundusz nie ustalał przyczyn braku aktywności podmiotów prowadzących warsztaty terapii zajęciowej w uczestnictwie w Programie.

MRiPS oraz połowa wojewodów nie sprawowali monitoringu nad realizacją działania

Ministerstwo nie monitorowało realizacji działania 3.3., nie występowało nawet, tak jak do innych realizatorów działań Programu „Za życiem", z corocznym zapytaniem o przedstawienie danych dotyczących realizacji zadania. Celem sporządzenia zbiorczego sprawozdania z realizacji Programu korzystał z publikowanych przez PFRON sprawozdań z realizacji planu rzeczowo-finansowego. Swoje zainteresowanie ograniczyło do jednorazowego zapytania Funduszu o dane statystyczne.

Tylko wojewoda śląski monitorował realizację działania 3.3. w całym okresie kontroli, w szczególności gromadził i przekazywał do MRiPS dane dotyczące liczby funkcjonujących WTZ, a od 2018 r. m.in. odnośnie liczby osób, które podjęły zatrudnienie. Wojewoda mazowiecki dysponował danymi za 2018 i 2019 r., a świętokrzyski za 2018 r. **Wojewodowie podlaski, wielkopolski, warmińsko-mazurski nie monitorowali działania 3.3.**

Zaangażowanie gmin w realizację działania 3.3. było zróżnicowane. Połowa z kontrolowanych miast, z różnych przyczyn, w ogóle nie wzięła udziału w jego realizacji.

Zróżnicowana aktywność jst w realizację działania

Przykłady

Miasto **Kalisz** w ogóle nie rozpoznało potrzeb grupy docelowej działania. Z tych względów Miasto nie utworzyło klubu rehabilitacji i nie występowało o pozyskanie środków na realizację działania.

Miasto **Olsztyn** nie realizowało działania, ponieważ w WTZ prowadzonym na zlecenia Miasta nie utworzono klubów rehabilitacji, gdyż dwie osoby, które opuściły warsztaty w tym okresie, nie potrzebowały takiego wsparcia i nie zgłaszały potrzeb w tym zakresie.

Prezydent **Rybnika** wyjaśniał, że główną barierą we wdrażaniu działania było niespełnienie przez potencjalnych beneficjentów kryterium ustawowego – art. 11 ustawy w sprawie zmiany ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw, zgodnie z którym osoby, które były uczestnikami WTZ i opuściły warsztat w związku z podjęciem zatrudnienia przed dniem wejścia w życie ww. ustawy, mogą korzystać z zajęć klubowych, jeżeli rozpoczęły udział w zajęciach klubowych nie później niż w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ww. ustawy (6 czerwca 2018 r.). Potencjalni zainteresowani nie spełniali tego warunku.

Pozostałe zaś trzy wzięły udział w realizacji zadania, dedykując wsparcie zróżnicowanej grupie beneficjentów.

Przykłady

Największą grupę osób objęto wsparciem w **Radomiu**, bo aż 83 osoby. Realizację zadania powierzono MOPS.

Zaś w **Białymstoku**, zadanie realizowała Caritas Archidiecezji Białostockiej – objęto nimi najmniejszą grupę osób – 11. Pomimo tego, udzielona pomoc zaspokoiła wszystkie zgłoszone potrzeby osób zainteresowanych tego typu wsparciem.

„Pomoc w domu" – w ramach prac społecznie użytecznych (działanie 3.4.)

Cel działania określony został w sposób dwukierunkowy, tj. po pierwsze – wsparcie rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych oraz po drugie – aktywizacja osób bezrobotnych w ramach prac społecznie użytecznych. Realizacja działania 3.4. Programu „Za życiem" miała odbywać się poprzez sieć powiatowych urzędów pracy współpracujących z ośrodkami pomocy społecznej.

Cel działania 3.4.

Na realizację działania 3.4., zgodnie z Planem finansowym Programu na lata 2017–2019 zaplanowano środki z Funduszu Pracy w łącznej kwocie 1068 tys. zł, wydatkowano zaś 774,7 tys. zł (73% planu).

Ministerstwo nie dysponowało danymi na temat wielkości grupy docelowej, nie gromadziło też informacji odnoszących się do skali wdrożenia działania przez powiatowe urzędy pracy, choć możliwe były do pozyskania za pośrednictwem systemu CeSAR. W systemie

MRiPS nie dysponowało podstawowymi danymi dotyczącymi działania, a zgromadzone były nierzetelne

tym dostępne były dane (zarówno zbiorcze dla kraju, jak i z podziałem na urzędy pracy) dotyczące m.in. liczby rejestrujących się opiekunów, liczby osób skierowanych do prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych, liczby opiekunów osób niepełnosprawnych, którzy skorzystali z aktywizacji zawodowe

Ministerstwo nie dysponowało rzetelnymi danymi dotyczącymi liczby osób bezrobotnych skierowanych do prac społecznie użytecznych i nie podejmowało działań celem ich ustalenia. Dane w tym zakresie wynikające z systemu CeSAR istotnie różniły się od danych pozyskanych przy pomocy kwestionariusza trzykrotnie skierowanego przez Ministerstwo do powiatowych urzędów pracy.

Przykład

Z danych pozyskanych w toku kontroli NIK – z systemu CeSAR – wynikało, że od początku uruchomienia Programu „Za życiem" do prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych urzędy pracy skierowały łącznie 102 osoby w nich zarejestrowane, a z kwestionariuszy zaś wypełnionych przez PUP-y na prośbę MRiPS wynikało, że skierowano łącznie 561 bezrobotnych.

Dyrektor Departamentu Rynku Pracy w MRiPS wskazał, że *na powyższe rozbieżności mogło wpłynąć m.in. to, że jeżeli za daną osobę powiatowy urząd pracy ponosił wydatki przez kilka miesięcy to prawdopodobnie kilkukrotnie została ona policzona w zestawieniu wydatków. Nie można również wykluczyć sytuacji, że powiatowe urzędy pracy, mimo ciążącego na nich obowiązku, nie wprowadzały danych dotyczących Programu „Za życiem" do systemu Syriusz (w którym powinny być odnotowywane wszystkie dane dotyczące realizowanych przez nie zadań), a tym samym dane w systemie CeSAR nie są kompletne (dane z systemu Syriusz są wczytywane do Aplikacji Centralnej, z której dane są pobierane do CeSAR).*

MRiPS zaniechał dokonania diagnozy trudności w realizacji działania

Ministerstwo nie zdiagnozowało trudności we wdrażaniu lub realizacji tego działania. Minister wyjaśnił, że do Ministerstwa nie wpływały sygnały z powiatowych urzędów pracy odnośnie problemów w realizacji działania.

Połowa wojewodów nie monitorowała realizacji działania w całym badanym okresie

Dwóch wojewodów nie monitorowało realizacji działania 3.4. (wojewoda warmińsko-mazurski, wielkopolski) **w całym okresie objętym kontrolą** i nie gromadziła z powiatowych urzędów pracy danych dotyczących realizacji tego działania. Dane z PUP (wszystkich lub części) z terenu tych województw zostały zebrane dopiero w trakcie kontroli NIK. Pozostali wojewodowie (śląski, świętokrzyski, mazowiecki, podlaski – za lata 2018 i 2019) zgromadzili takie dane, m.in. wykorzystując do tego celu Centralną Aplikację Statystyczną.

Niewielkie zainteresowanie PUP realizacją działania

Zgromadzone przez wojewodów informacje, w tym w toku kontroli NIK, wykazały niewielkie zainteresowania działaniem 3.4., spośród bowiem 110 PUP tylko 29 (26%) uczestniczyło w jego realizacji. Na skutek podjętych działań skierowano 172 osoby bezrobotne do prac społecznie użytecznych w celu wsparcia rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych. Jako przyczynę woje-

wodowie wskazywali najczęściej: *brak zainteresowania tą formą wsparcia ze strony uprawnionych osób i brak zgłoszeń do OPS potrzeby udzielenia wsparcia w realizacji obowiązków domowych przez rodziny/opiekunów dziecka niepełnosprawnego, a tym samym brak wniosków ze strony OPS, brak zainteresowana gmin (brak wskazania w rocznym planie potrzeb), brak osób zarejestrowanych ze statusem opiekuna osoby niepełnosprawnej, brak osób spełniających kryteria docelowej grupy beneficjentów Programu w ewidencji osób bezrobotnych i poszukujących pracy.*

Zróżnicowane zainteresowanie jst realizacją działania

Zaangażowanie gmin w realizację działania 3.4. było zróżnicowane. Połowa z kontrolowanych miast (Białystok, Olsztyn, Radom), z różnych przyczyn, w ogóle nie wzięła udziału w jego realizacji.

Przykład

Urząd Miasta w **Białymstoku** podał, że w latach 2017–2020 nie było zgłoszeń do MOPR ze strony rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych, o których mowa w działaniu 3.4. o udzielenie wsparcia w realizacji codziennych obowiązków domowych. *Nadmienia się, że MOPR we współpracy z PUP w Białymstoku, przez wiele lat realizował Program prac społecznie użytecznych (ostatnio w 2017 roku), ale z uwagi na brak zgłoszeń rodziców i opiekunów dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału, na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osoby bezrobotne w celu wykonywania ww. prac kierowane były do instytucji samorządowych wykonujących zadania publiczne, np. żłobków, przedszkoli, szkół, szpitali, a także organizacji charytatywnych działających na rzecz społeczności lokalnej. Ponadto w roku 2019 rodzinom z dziećmi niepełnosprawnymi, oczekującymi wsparcia w postaci doraźnej, czasowej pomocy realizowano usługę opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2019.*

Stwierdzone przez jst trudności w realizacji działania

Działanie realizowały zaś miasta: Kielce, Kalisz, a **w największym wymiarze, Rybnik.** W Rybniku w latach 2018–2019 do pomocy 11 rodzinom skierowano 14 osób bezrobotnych, które świadczyły pomoc w wymiarze 10 godzin tygodniowo w ciągu odpowiednio: od 1 do 6 i do 8 miesięcy. Udzielona pomoc, według uzyskanych danych, zaspokoiła wszystkie potrzeby osób z grupy docelowej działania. **Stwierdzono jednak występowanie trudności w realizacji zadania.**

Przykład

Prezydent **Rybnika** wskazał na niskie zaangażowanie osób bezrobotnych, które skierowano do wykonywania prac społecznie użytecznych. Zdarzało się, że osoby te nie zgłaszały się w ustalonym terminie lub rezygnowały bez uprzedzenia. W trakcie wykonywania ww. prac siedem osób z powodów osobistych przerwało ich realizację.
Znaczną przeszkodą w sprawnej organizacji prac społecznie użytecznych jest również kryterium doboru osób je wykonujących, tj. OPS, który może przydzielać do ich wykonywania wyłącznie swoich klientów – nie ma możliwości kiero-

wania osób wskazanych przez samą rodzinę, niebędących klientami ośrodka np. krewnych i znajomych, do których rodzina ma zaufanie.
Dodatkowo prace społecznie użyteczne ze względu na niską kwotę stawki godzinowej (8,10 zł netto) są często dla klientów OPS mało atrakcyjną finansowo formą zaangażowania zawodowego.

Wspieranie aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych (działanie 3.5.)

Cel działania 3.5.

W ramach działania 3.5. wyodrębniono zróżnicowane formy pomocy zaplanowane w sześciu poddziałaniach. Celem wspólnym wszystkich poddziałań było skierowanie wsparcia do członków rodzin opiekujących się dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Ministerstwo Rodziny nie dysponowało danymi dotyczącymi wielkości grupy docelowej, ponieważ – jak wyjaśniali pracownicy – *nie wszystkie osoby są taką pomocą zainteresowane i rejestrują się w powiatowych urzędach pracy. Ponadto decyzje w zakresie wsparcia w formie aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych podejmuje starosta.*

W planie finansowym Programu „Za życiem" na realizację działania 3.5. w latach 2017–2019 przewidziano środki z Funduszu Pracy w łącznej kwocie 134 000 tys. zł (2017 r. – 23 040 tys. zł; 2018–2021 po 55 480 tys. zł na każdy rok).

Ministerstwo nie wyodrębniło „budżetów" dla poddziałania 3.5.1. i 3.5.2.

Dokonanie jednak rzetelnej oceny w zakresie wykonania całego działania 3.5. – wobec braku wyodrębnienia przez Ministerstwo budżetów dla poddziałania 3.5.1. i 3.5.2. oraz poniesionych na ich realizację wydatków – okazało się niemożliwe. Dyrektor Departamentu Funduszu w MRiPS wskazał, że *nie prowadzono analizy dotyczącej wydatków na te poddziałania. Plan i analizy wydatków dotyczą środków przekazywanych urzędom pracy na finansowanie wszystkich Programów na rzecz promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia i aktywizacji zawodowej, w ramach których finansowane mogą być również zadania wynikające z Programu „Za życiem".*

Niewielkie efekty wdrożenia poddziałania 3.5.1., 3.5.2., 3.5.3 i 3.5.5.

W zakresie tych poddziałań w Ministerstwie dostępne były jedynie dane dotyczące niewielkiej liczby „zaktywizowanych" osób. W okresie objętym kontrolą pomoc skierowano bowiem łącznie do odpowiednio: 159 (3.5.1.) oraz 752 osób będących członkami rodzin opiekujących się osobą niepełnosprawną (3.5.2.).

Zainteresowanie poddziałaniami 3.5.3. – stworzenie preferencyjnych warunków dla zakładania działalności gospodarczej przez członków rodzin opiekujących się osobą niepełnosprawną (...) **i 3.5.5.** – stworzenie preferencyjnych warunków dla podmiotów żłobki lub kluby dziecięce (...), **okazało się minimalne.** Wykonanie planu finansowego za lata 2017–2019 (planowanego

na odpowiednio: 13 000 tys. zł oraz 1600 tys. zł) wyniosło odpowiednio 5% (652,8 tys. zł) i 7% (111,5 tys. zł), a **z oferowanej pomocy skorzystało jedynie 17 i 5 osób.**

Pomimo właściwego zdiagnozowania trudności i barier w realizacji działania 3.5. Ministerstwo nie podjęło skutecznych działań celem ich wyeliminowania.

Minister wyjaśnił, że: *uregulowania prawne utrudniają osobom uprawnionym korzystanie z pomocy. Zasadniczym problemem jest wyłączenie opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów z możliwości wnioskowania m.in. o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej czy możliwości skierowania opiekuna do pracy u przedsiębiorcy w ramach refundacji. Powyższy warunek stanowi dla poszukującego pracę niepozostającego w zatrudnieniu opiekuna osoby niepełnosprawnej barierę, ponieważ wymaga od niego rezygnacji ze świadczeń/zasiłków przy ubieganiu się o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej.*

Dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej jest instrumentem fakultatywnym, rezygnacja z pobierania przez opiekuna osoby niepełnosprawnej ze wspomnianych świadczeń/zasiłków (warunek przy wnioskowaniu o dofinansowanie) i nieuwzględnienie przez starostę wniosku o dofinansowanie może pozostawić opiekuna osoby niepełnosprawnej – przynajmniej na okres nabycia praw do ww. świadczeń/zasiłków – bez środków do życia.

Rozwiązaniem powyższej sytuacji byłoby usunięcie wyłączenia dotyczącego opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających wyżej wskazane świadczenia. Skorzystanie z pomocy w postaci dofinansowania, przyznania środków na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej czy skierowanie do pracy w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, spowodowałoby automatyczną utratę prawa do ww. świadczeń/zasiłków. Takie rozwiązanie powinno sprzyjać podejmowaniu przez opiekunów aktywności zawodowej, ponieważ nie powoduje wymogu rezygnacji z zasiłków przy braku pewności, czy uzyskają środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub zostaną zatrudnieni.

Minister w toku kontroli NIK deklarował, że *usunięcie tego wyłączenia zostało uwzględnione w projekcie ustawy o rynku pracy (przygotowanym przez MRiPS), nad którym prace trwały w 2019 r. Prace te zostały jednak wstrzymane, ponieważ omawiany projekt ustawy nie został uwzględniony w nowym wykazie prac legislacyjnych i Programowych Rady Ministrów.*

Brak skuteczności Ministra w eliminacji zdiagnozowanych trudności w realizacji działania

Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów zaprzeczył jednak wyjaśnieniom Ministra i wskazał, że powodem braku ujęcia w nowym wykazie prac legislacyjnych projektu ustawy było nieprzekazanie do KPRM wymaganych dodatkowych dokumentów.

Szef KPRM wyjaśnił, że: *projekt ustawy o rynku pracy został wprowadzony do archiwalnego wykazu prac legislacyjnych i Programowych Rady Ministrów 26 marca 2018 r. pod nr UD366. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej tym samym pismem z 28 listopada 2019 r. zwrócił się z prośbą o wprowadzenie tego projektu do nowego wykazu prac legislacyjnych i Programowych Rady Ministrów. Zgłosił zatem wprawdzie wolę kontynuacji prac nad tym projektem ustawy, ale po tym fakcie nie przekazał*

kompletu dokumentów wymaganego do rozpatrzenia przez Zespół, bowiem od dnia 17 grudnia 2019 r. do wniosku o wprowadzenie projektu dokumentu rządowego do wykazu prac legislacyjnych albo wykazu prac Programowych Rady Ministrów wnioskodawca powinien dołączyć projekt dokumentu rządowego, w tym przypadku projekt ustawy wraz z uzasadnieniem i OSR.[172] *Analogiczny obowiązek wynikał także z Regulaminu pracy Rady Ministrów w brzmieniu obowiązującym od 24 grudnia 2019 r. do 4 grudnia 2020 r.*[173]

Wysokie zainteresowanie poddziałaniem 3.5.6.

Jedyne poddziałanie, które cieszyło się dużym zainteresowaniem to poddziałanie 3.5.6. – dodatkowe Programy aktywizacji zawodowej powracających na rynek pracy bezrobotnych rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych, dla którego wykonanie – w latach 2017–2019} – wyniosło 112% w odniesieniu do planu (rozdysponowano środki w łącznej kwocie 16 762,3 tys. zł), a pomocą objęto ponad 1800 osób.

Poddziałanie 3.5.4. *Stworzenie preferencyjnych warunków dla przedsiębiorców będących członkami rodzin osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi w pozyskaniu środków na nowe miejsca pracy* **nie zostało wdrożone.** W czasie procedowania – wynikających z realizacji postanowień Programu „Za życiem" – zmian w ustawie o promocji zatrudnienia dotyczących m.in. wspomnianego poddziałania, Rządowe Centrum Legislacji (RCL) zgłosiło uwagę dotyczącą preferencyjnego traktowania przedsiębiorców będących opiekunami osób niepełnosprawnych wobec pozostałych przedsiębiorców i wskazało, że taki zapis budzi wątpliwości, co do konstytucyjnej zasady równości. Uwaga zgłoszona przez RCL została uwzględniona i przedsiębiorców będących opiekunami osób niepełnosprawnych usunięto z grupy podmiotów uprzywilejowanych, które będą uprawnione do zwrotu refundacji bez odsetek.

Brak monitorowania działania przez większość wojewodów w całym badanym okresie

Większość wojewodów nie monitorowała realizacji działania 3.5. (warmińsko-mazurski, wielkopolski, mazowiecki – za 2017 r., podlaski – za 2017–2018 r.) **w całym okresie objętym kontrolą** i nie gromadziła z powiatowych urzędów pracy danych dotyczących realizacji tego działania. Dane z PUP (wszystkich lub części) z terenu tych województw zostały zebrane dopiero w trakcie kontroli NIK. Pozostali wojewodowie (śląski i świętokrzyski) zgromadzili takie dane, m.in. wykorzystując do tego celu Centralną Aplikację Statystyczną.

Minimalne zainteresowanie działaniem wśród PUP z terenu kontrolowanych wojewodów

Zgromadzone przez wojewodów informacje, w tym w toku kontroli NIK, wykazały minimalne zainteresowanie działaniem 3.5. i dotyczyło pojedynczych przypadków. Z informacji pozyskanych ze 110 PUP wynikało, że zapytywane PUP-y w dwóch województwach (podlaskim i warmińsko-mazurskim) w ogóle nie realizowały działania, w zapytywanych PUP województwa podlaskiego (5) oraz wielkopolskiego (6) tylko jeden PUP realizował działanie. W województwie śląskim działanie realizowały 2 PUP-y, a najwięcej w województwie małopolskim – 10.

[172] Podstawa prawna: § 5 pkt 2 zarządzenia Prezesa Rady Ministrów z 17 grudnia 2019 r. w sprawie Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu.

[173] Podstawa prawna: § 25a ust. 4 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 23 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (Dz. U. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.).

Na przykład, PUP-y z terenu województwa warmińsko-mazurskiego nie realizowały działania z uwagi na *brak osób z ww. grupy docelowej w ewidencji urzędów pracy oraz ze względu na brak zainteresowania aktywizacją zawodową. Organy zatrudnienia wskazały, że według opinii rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych proponowane rozwiązania nie odpowiadały faktycznym potrzebom. Potencjalni beneficjenci nie byli zainteresowani skorzystaniem z proponowanego wsparcia z powodu braku możliwości zorganizowania opieki dla osoby niepełnosprawnej lub zbyt wysokimi jej kosztami, przekraczającymi niejednokrotnie potencjalne dochody z aktywności zawodowej oraz ryzykiem utraty części świadczeń. Wskazywano również, że opiekunowie osób bezrobotnych często rejestrują się w urzędach pracy ze względu na ubezpieczenie zdrowotne, a nie możliwość aktywizacji zawodowej i pomoc w podjęciu zatrudnienia.*

W kolejnych dwóch województwach (wielkopolskim oraz świętokrzyskim) działanie wdrażało po jednym PUP udzielając wsparcia odpowiednio: jednej oraz 11 osobom. W województwie śląskim dwa PUP-y realizowały pomoc, jeden – w formie pośrednictwa pracy, a drugi – udzielając finansowego wsparcia jednej osobie w związku z planowanym podjęciem działalności gospodarczej.

Wsparcie wynikające z działania 3.5. w największym wymiarze realizowały PUP-y z terenu województwa mazowieckiego, które w latach 2018–2019, co najmniej jedno poddziałanie, wdrożyło 10 PUP. Pozostałe PUP-y poinformowały o braku realizacji działania, w większości – z uwagi na brak zainteresowania oferowaną formą pomocy.

Spółdzielczość socjalna na rzecz opiekunów osób z niepełnosprawnością oraz ich rodzin (działanie 6.2.)

Cel działania 6.2.

Celem działania jest aktywizacja zawodowa i społeczna osób z niepełnosprawnością w ramach spółdzielczości socjalnej, w tym ułatwienie powrotu na rynek pracy bezrobotnym opiekunom dzieci niepełnosprawnych poprzez zachęcenie do tworzenia spółdzielni socjalnych świadczących usługi w ramach żłobków lub klubów dziecięcych z miejscami dla dzieci niepełnosprawnych lub usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania.

W celu realizacji działania 6.2. ustawodawca znowelizował ustawę o spółdzielniach socjalnych, określając termin wejścia w życie na 31 marca 2018 r.)[174]. Zainteresowanie działaniem okazało się bardzo duże, bowiem w latach 2018–2019 wydatkowano 2693,1 tys. zł, podczas gdy w planie finansowym Programu „Za życiem" na realizację działania w latach 2017–2019 zaplanowano środki z Funduszu Pracy w łącznej kwocie 1500 tys. zł, a więc o niemal 1200 tys. zł więcej niż w planie.

Minister, zgodnie z wymogami, przygotował celem sporządzenia przez Radę Ministrów informacji, przedkładanej Sejmowi i Senatowi RP, sprawozdanie o funkcjonowaniu spółdzielni socjalnych w latach 2018–2019 (art. 19a ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych[175]).

[174] Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy o spółdzielniach socjalnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 2494, ze zm.).

[175] Dz. U. 2020 r. poz. 2085, ze zm.

Malała liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych w spółdzielniach

Liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych zmalała w 2019 r. w stosunku do 2018 r., co mogło wynikać z różnych przyczyn, m.in. zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy o ponad 4,5 tys. osób. W 2018 r. w spółdzielniach socjalnych zatrudnione były 1864 osoby niepełnosprawne, co stanowiło 22,5% ogółu zatrudnionych (8268), natomiast w 2019 r. zatrudniono 1714 osób niepełnosprawnych, co stanowiło 20,5% ogółu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych (8355). Z powyższego wynika, że **liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych zmalała w 2019 r. w stosunku do 2018 r. o 150 osób.**

Minister Rodziny nie zdiagnozował liczebności grupy docelowej działania

Minister Rodziny nie dysponował jednak danymi, które pozwalałyby stwierdzić, czy w spółdzielniach socjalnych znalazły zatrudnienie wszystkie zainteresowane osoby, ewentualnie jaka ich część.

Większość wojewodów nie monitorowała realizacji działania 6.2. (wojewoda: podlaski, lubuski, wielkopolski, warmińsko-mazurski, mazowiecki – w 2017 r., o czym również w pkt 5.3.3.) i nie gromadziła z powiatowych urzędów pracy danych dotyczących realizacji tego działania. Dane z PUP (wszystkich lub części) tych województw zostały zebrane dopiero w trakcie kontroli NIK. Pozostali wojewodowie (śląski, świętokrzyski, mazowiecki – za lata 2018 i 2019) zebrali takie dane, m.in. wykorzystując do tego celu Centralną Aplikację Statystyczną.

PUP-y podległe kontrolowanym wojewodom oraz kontrolowane jst (poza jednym) wykazały całkowity brak zainteresowania działaniem

Zgromadzone przez wojewodów informacje wykazały brak zainteresowania działaniem 6.2., żaden bowiem PUP nie uczestniczył w jego realizacji. Kierownicy PUP wskazywali jako przyczynę w szczególności brak zainteresowania osób uprawnionych, ewentualnie kwestie organizacyjne, tj. brak lidera, brak wystarczającej liczby uczestników.

Podobnie, kontrolowane miasta na prawach powiatu nie wzięły udziału w realizacji działania 6.2., w szczególności nie rozpoznawano grupy docelowej i jej potrzeb, nie posiadano też danych na temat działających na terenie miast spółdzielni. Pracownicy urzędów miast wskazywali ponadto na brak uprawnionych chętnych do realizacji zadania. Pracownik urzędu miasta w Radomiu wskazał, jako przyczynę braku chętnych, że pobieranie świadczenia pielęgnacyjnego wyklucza jakąkolwiek formę aktywności zawodowej.

Wyjątek stanowiło miasto Rybnik, w którym dokonano rozpoznania potrzeb grupy potencjalnych beneficjentów działania. W dokumencie pn. *Program działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami dla m. Rybnika na lata 2017–2020, gdzie dokonano diagnozy skali i zjawiska niepełnosprawności*, na podstawie zgromadzonych z różnorakich źródeł danych, zaplanowano uruchomienie spółdzielni socjalnej na terenie m. Rybnik. Uchwałą Rady Miasta z 18 maja 2017 r. Miasto wraz z Polskim Stowarzyszeniem na Rzecz Osób Niepełnosprawnością intelektualną Koło w Rybniku, założyło Spółdzielnię Socjalną „Z Ikrą" z siedzibą w Rybniku. Spółdzielnię utworzono w oparciu o środki zewnętrzne w ramach projektu „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Subregionu Zachodniego", współfinanso-

wanego z Europejskiego Funduszu Społecznego. W utworzonym przedsiębiorstwie prowadzącym działalność gastronomiczną (forma bistro) zatrudnienie znalazło dziewięć osób z różnym stopniem niepełnosprawności. Podczas realizacji działania napotkano trudności związane z utrzymaniem się przedsiębiorstwa na rynku z uwagi na dużą konkurencyjność lokali gastronomicznych. Prezydent Miasta poinformował, że udzielona pomoc nie zaspokoiła potrzeb wszystkich osób z grupy docelowej działania, nadal jest więcej osób chętnych do pracy niż możliwości zatrudnienia.

Wsparcie osób niepełnosprawnych w ramach PO WER (działanie 6.4.)

Autorzy Programu nie określili celu działania 6.4. W planie finansowym Programu „Za życiem" nie zaplanowano wydatków na realizację działania 6.4. Wydatki ponoszone na rzecz projektów PO WER, które wpisują się w działanie, finansowane są ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i współfinansowane z budżetu państwa.

Efekty osiągane w ramach PO WER nie są tożsame z efektami Programu „Za życiem"

Monitorowane i osiągane efekty w ramach projektów PO WER (zgodnie z przyjętymi miernikami przyjętymi w tym Programie) nie są tożsame/nie przekładają się bezpośrednio na efekty Programu „Za życiem". Grupa docelowa projektów/działań PO WER (1.3, 2.1, 2.6, 2.8) nie jest tożsama z grupą docelową Programu „Za życiem", tzn. żadne z ww. projektów/działań nie są kierowane bezpośrednio i wyłącznie do osób niepełnosprawnych i ich rodzin, chociaż osoby niepełnosprawne i ich rodziny mogą korzystać z form wsparcia i efektów wypracowanych w ramach ww. działań PO WER.

Poziom krajowy PO WER co do zasady działa na rzecz poprawy ram funkcjonowania poszczególnych polityk sektorowych, udzielając systemowego wsparcia dla poszczególnych obszarów np. zatrudnienia, włączenia społecznego, nie obejmuje wsparcia bezpośredniego tzn. skierowanego do konkretnych osób, wyjątek stanowią działania na rzecz ludzi młodych z niepełnosprawnościami (OzN) realizowane w ramach działania 1.3 PO WER. Konkurs dla tego działania ogłoszony został w grudniu 2017 r. Dotyczył wyboru projektów skierowanych do osób młodych, w tym osób z niepełnosprawnościami, w wieku 15–29 lat, w tym w szczególności osób bez pracy, które nie uczestniczą w kształceniu i szkoleniu (tzw. młodzieży NEET) co najmniej 80% uczestników projektu muszą stanowić osoby bierne zawodowo), z określonych grup docelowych, m.in. matki przebywające w domach samotnej matki oraz osoby, które opuściły zakłady pracy chronionej (do dwóch lat po zakończeniu zatrudnienia w zakładzie). W ramach projektów wspierana jest indywidualna i kompleksowa aktywizacja zawodowo-edukacyjna osób młodych poprzez różnorakie instrumenty. Wsparciem aktywizacyjnym w ww. projektach konkursowych objęto około 500 OzN (stan na koniec 2019 r.)[176].

[176] W ramach oceny projektów złożonych w odpowiedzi na konkurs, premiowane mogły być, między innymi, projekty skierowane do rodziców osób niepełnosprawnych lub opiekunów osób niepełnosprawnych (rodzice osób niepełnosprawnych muszą stanowić minimum 50% grupy docelowej, natomiast w przypadku opiekunów osób niepełnosprawnych, muszą oni stanowić minimum 25% uczestników projektu). W konkursie nie zidentyfikowano projektów, które spełniały niniejsze warunki i tym samym w sposób bezpośredni, dedykowały wsparcie dla niniejszej grupy docelowej.

Osoby z niepełnosprawnościami objęto także wsparciem w ramach dwóch projektów pozakonkursowych pt. „Od szkolenia do zatrudnienia EFS" i „Od szkolenia do zatrudnienia YEI" w działaniu 1.3 PO WER realizowanych przez Ochotnicze Hufce Pracy (projekty te zakończyły się w 2019 r.). Celem projektów OHP była poprawa sytuacji odpowiednio 1400 i 3000 osób w wieku 18–24 lata z grupy NEET poprzez zwiększenie ich aktywności zawodowej i społecznej oraz zdolności do zatrudnienia poprzez umożliwienie uzyskania kwalifikacji zawodowych. Pierwszeństwem w przyjęciu do projektów były osoby spełniające kryteria naboru grupy docelowej (tzw. młodzieży NEET) i jednocześnie będące rodzicami/opiekunami prawnymi lub faktycznymi dzieci z niepełnosprawnościami[177].

Razem w obu projektach wzięło udział 266 osób z niepełnosprawnościami, tj.:

- w projekcie „Od szkolenia do zatrudnienia – EFS" wzięło udział 90 osób z niepełnosprawnościami, co stanowiło 6,4% wszystkich uczestników projektu;
- w projekcie „Od szkolenia do zatrudnienia – YEI" wzięło udział 176 osób z niepełnosprawnościami, co stanowiło 5,9% wszystkich uczestników projektu.

W wyniku realizacji działań w omawianych projektach OHP odpowiednio 21% i 31% uczestników projektów z niepełnosprawnościami podjęło zatrudnienie (planowany poziom zatrudnienia wynosił 17%).

Zidentyfikowane przez Ministerstwo problemy w trakcie realizacji projektów w działaniu 1.3 PO WER to, w szczególności problemy z rekrutacją uczestników spowodowane niższym niż planowano zainteresowaniem młodzieży uczestnictwem w projekcie, częste przypadki przedwczesnej rezygnacji młodzieży z udziału w projekcie. Nie zidentyfikowano zaś trudności w realizacji projektów OHP w odniesieniu do wsparcia udzielonego osobom z niepełnosprawnościami.

Większość wojewodów nie sprawowała monitoringu nad realizacją działania

Połowa wojewodów nie monitorowała realizacji działania 6.4. (warmińsko-mazurski, wielkopolski, podlaski) **w całym okresie objętym kontrolą i nie gromadziła z powiatowych urzędów pracy danych dotyczących realizacji tego działania.** Dane z PUP (wszystkich lub części) z terenu tych województw zostały zebrane dopiero w trakcie kontroli NIK. Pozostali wojewodowie (śląski i świętokrzyski) zgromadzili takie dane, m.in. wykorzystując do tego celu Centralną Aplikację Statystyczną.

Zgromadzone przez wojewodów informacje, w tym w toku kontroli NIK, wykazały niewielkie zainteresowanie działaniem 6.4. Z informacji pozyskanych ze 110 PUP wynikało, że zapytywane PUP-y w dwóch województwach (śląskim i wielkopolskim) w ogóle nie realizowały działania.

[177] Zakres wsparcia dla OzN obejmował formy obligatoryjne: wsparcie opiekuńczo-wychowawcze, opieka tutora, doradztwo zawodowe, doradztwo psychologiczne, zajęcia z zapobiegania depresji wśród młodzieży, warsztaty przygotowujące do usamodzielnienia się, kurs zawodowy, staż zawodowy, pośrednictwo pracy; formy fakultatywne: kurs językowy, kurs komputerowy, kurs prawa jazdy kat. B, kreowanie wizerunku profesjonalnego pracownika.

Przykład

PUP-y z terenu województwa śląskiego nie realizowały działania z uwagi na posiadane fundusze, które w ich ocenie były niewystarczające na zabezpieczenie zapotrzebowania beneficjentów. Wskazywały ponadto, że w związku z małą liczbą osób niepełnosprawnych w rejestrach i problemach z pozyskiwaniem uczestników spełniających kryteria rekrutacyjne, urzędy nie przystępowały do realizowania projektów w ramach pozostałych działań. Jednym z problemów w realizacji aktywizacji osób bezrobotnych z niepełnosprawnościami było podniesienie ich motywacji i zachęcenie do korzystania ze wsparcia. Wskazywano na małe zainteresowanie formami oferowanymi w ramach projektów przez osoby niepełnosprawne i trudności z rekrutacją do projektu osób niepełnosprawnych.

W kolejnych dwóch województwach (podlaskim oraz mazowieckim) działanie wdrożyło odpowiednio: jeden i dwa PUP-y udzielając wsparcia odpowiednio: 11 oraz 34 osobom.

Wsparcie wynikające z działania 6.4. w największym wymiarze realizowały PUP-y z terenu województwa warmińsko-mazurskiego (osiem) oraz świętokrzyskiego (siedem) udzielając wsparcia odpowiednio: 115 oraz 272 osobom.

Przykład

Siedem **PUP województwa świętokrzyskiego** wsparło 272 osób niepełnosprawnych dofinansowaniem w łącznej wysokości 2294,9 tys. zł. W ramach Programu niepełnosprawnym bezrobotnym oferowano wsparcie w postaci stażu, prac interwencyjnych, środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej oraz bonów szkoleniowych, na zasiedlenie i odbycie stażu. Pozostałe urzędy pracy nie wdrożyły działania z powodu braku osób zainteresowanych taką formą pomocy.

Trudności w realizacji działania

PUP-y województwa warmińsko-mazurskiego akcentowały występujące trudności podczas realizacji zadania, tj. występujące w procesie rekrutacyjnym osób niepełnosprawnych. Ze względu na ograniczenia zdrowotne jakie posiadają ww. osoby, nie każde wsparcie może być do nich kierowane. Podkreślano, że niejednokrotnie w realizacji działań aktywizacyjnych skierowanych do osób z niepełnosprawnościami napotykają na trudności leżące zarówno po stronie pracodawcy (organizatora), jak i bezrobotnego. Organizatorzy stażu obawiali się skutków powierzenia obowiązków osobie z niepełnosprawnościami. Spodziewali się, że będą one nienależycie wykonane, a tym samym nie zostanie zrealizowany Program stażu. Natomiast bezrobotni nie byli zainteresowani podjęciem danej formy aktywizacji. Istotną barierą napotykaną przez osoby niepełnosprawne było zamieszkanie poza miejscem realizacji aktywizacji oraz trudności komunikacyjne.

5.2.3. Wsparcie asystenta rodziny (działanie 5.1)

Autorzy Programu „Za życiem" szczególną rolę przypisali asystentowi rodziny. Określili go „ważnym ogniwem" w procesie niesienia pomocy, w szczególności w zakresie koordynacji zaprogramowanego wsparcia. Zakładano bowiem poszerzenie zakresu działania asystenta, upowszechnienie oferowanych przez niego usług, a także istotny wzrost liczby profesjonalnie przygotowanych asystentów rodziny.

Nie osiągnięcie założeń dotyczących wzmocnienia profilaktycznego aspektu zadań asystenta rodziny

W badanym okresie, nie udało się osiągnąć oczekiwanych rezultatów, a w przypadku niektórych aspektów tej formy pomocy Ministerstwo nie zgromadziło danych pozwalających na dokonanie oceny stopnia wykorzystania instrumentu, choć uzyskanie ich było zasadne i możliwe.

Nie nastąpił w szczególności istotny wzrost liczby asystentów. Poziom zatrudnienia asystentów na terenie kraju pozostawał na zbliżonym poziomie i wynosił w badanym okresie ok. 3900–3800, a dofinansowanych w ramach Programu Asystent rodziny ok. 3650–3550 (w przeliczeniu na pełen etat). Na podobnym poziomie utrzymywała się również średnia liczba rodzin znajdujących się pod opieką jednego asystenta i wahała się w przedziale 9,1–8,6.

NIK szczególnie krytycznie ocenia sytuacje, w których świadczenie skoordynowanej pomocy przez asystenta nie było w ogóle możliwe, ponieważ gmina nie zatrudniała żadnego asystenta rodziny. Sytuacja taka, okresowo, występowała w niemal 10% gmin (ok. 200 gmin) na terenie kraju.

Przykłady

Gminy niezatrudniające żadnego asystenta w okresie 2017–2020 (I połowa) bądź zatrudniające tymczasowo w krótkim okresie czasu jednego, to m.in.: **Chełm, Gniezno, Jarocin, Nowy Dwór, Mielnik, Białowieża, Hajnówka.**

Zastrzeżenia budzą również sytuacje, w których gminy zatrudniały tylko jednego asystenta. W takich przypadkach nasuwają się, w ocenie NIK, uzasadnione wątpliwości co do jakości niesionej pomocy, rzeczywistego możliwego zaangażowania takiego asystenta w organizowanie skoordynowanej pomocy potrzebującej rodzinie.

Liczba gmin, w których **zatrudniony był tylko jeden asystent rodziny** – to ok. 1638 gmin, a więc 66,1% wszystkich gmin.

Przykłady

Gminy zatrudniające tylko jednego asystenta w okresie 2017–2020 (I pół.) bądź zatrudniające tymczasowo dwóch to m.in.: **Ustka, Namysłów, Nowa Sól, Słubice, Oława, Kazimierz Dolny, Świdnica.**

Ministerstwo nie wdrożyło działań umożliwiających poprawę sytuacji w obszarze działania asystenta

Ministerstwo nie wdrożyło działań umożliwiających wyeliminowanie takich przypadków bądź poprawę sytuacji.

Dokonując podziału środków w ramach Programu Asystent rodziny nie uwzględniono w przyjętych kryteriach przesłanki dotyczącej liczebności funkcjonujących na terenie gminy asystentów, a w szczególności ich braku. Minister nie dostrzegał takiej potrzeby i wyjaśnił, że *w ramach ogłaszanego Programu urzędy wojewódzkie przesyłają zbiorcze zestawienia zapotrzebowań złożonych przez gminy i powiaty, a podziału posiadanych w budżecie środków dokonuje się na podstawie wytycznych i kryteriów zawartych w Programie.*

Wśród kryteriów podziału środków nie znalazła się również przesłanka odnosząca się do realizacji zadań związanych z koordynacją wsparcia, o której mowa w art. 8 ustawy o wsparciu. Minister poinformował, że: *w opisanych kryteriach w poszczególnych latach wskazanie (tego) warunku było niezasadne gdyż do zadań wszystkich asystentów zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 13a, należy realizacja zadań określonych w ustawie o wsparciu. Ponadto ilość podejmowanych zadań koordynacyjnych służących pomocy rodzinom wskazanym w ustawie nie zależy od asystenta rodziny tylko od pojedynczych sytuacji.*

Wyjaśnienia Ministra wskazujące na *pojedyncze sytuacje podejmowanych zadań koordynacyjnych* są tylko i wyłącznie intuicyjne. Ustalono bowiem w trakcie kontroli, że Ministerstwo nie skorzystało z możliwości jakie oferuje Centralna Aplikacja Statystyczna, tj. zastosowania modułu sprawozdań jednorazowych, w którym użytkownik na poziomie ministerstwa (lub wojewody) może zaprojektować i opublikować sprawozdanie z dowolnym zakresem danych i udostępnić je, do wypełnienia, jednostkom podległym (samorządowi województwa, powiatom, gminom). Każdy z użytkowników może opublikować własne sprawozdanie według własnych potrzeb informacyjnych, co uczynili wojewodowie podlaski, wielkopolski, warmińsko-mazurski. **W prosty więc sposób Ministerstwo mogło zgromadzić dane dotyczące w szczególności liczby złożonych przez rodziny wniosków o koordynację, wydanych decyzji oraz liczby asystentów koordynujących wsparcie, które mogłyby stać się podstawą do optymalnego podziału środków. Na skutek tego zaniechania nie jest możliwe dokonanie oceny skali realizacji zakładanego celu polegającego na upowszechnieniu oferowanych usług asystenta rodziny w grupie docelowej działania na terenie kraju.**

Ministerstwo od lat zniechęca jst do zatrudniania asystentów rodziny

Pomimo zgłoszonych przez NIK zastrzeżeń i uwag w przedmiotowym obszarze już w 2015 r., po kontroli P/14/048 *Funkcjonowanie asystentów rodziny w świetle ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, część z nich nadal pozostaje aktualna.

Ministerstwo nie zapewnia płynności finansowania resortowego Programu Asystent rodziny

Szczególnie istotna kwestia dotyczy niezapewnienia płynności w finansowaniu. Bardzo późne terminy ogłaszania Programu Asystent rodziny, który w czterech badanych latach w trzech przypadkach przypadł na lipiec, a jeden – na kwiecień, skutkowały sytuacją, w której gminy otrzymywały środki finansowe dopiero w październiku. Oznaczało to, że przez większą część roku finansowały zadanie, bez gwarancji uzyskania dofinansowania. Pozostaje w tym miejscu powtórzyć, że **niezapewnienie płynnego finansowania, głównie z powodu braku pewności otrzymania środków z Programu resortowego, mogło skutkować wstrzymywaniem się przez OPS-y z zatrudnianiem asystentów, a także destabilizować kadrę. Taka zaś sytuacja nie służy budowaniu trwałych więzi pomiędzy asystentem a rodziną, więzi mającej szczególnie delikatny, intymny charakter zbudowanej na zaufaniu wynikającym ze wzajemnego doświadczenia w pokonywaniu trudności.** Na dużą rotację i problemy w znalezieniu chętnych do pracy na stanowisku asystenta rodziny wskazują wyniki kontroli zarówno w urzędach wojewódzkich, jak i jst. Kierownicy tych jednostek diagnozowali tą trudność jako główną, podstawową w badanym obszarze.

Ministerstwo sukcesywnie obniżało poziom dofinansowania kosztów wynagrodzenia asystenta

Kolejnym istotnym czynnikiem zniechęcającym w zatrudnianiu asystentów było sukcesywnie spadające gwarantowane przez MRiPS dofinansowanie kosztów wynagrodzenia asystenta rodziny. W przypadku stanowiska pracy asystenta zatrudnionego na podstawie umowy o pracę dofinansowanie wynagrodzenia spadło z 2100 zł w 2017 r. do 1500 zł w 2019 r., przy maksymalnych 67% w 2017 r. i 50% w 2019 r. kosztów wynagrodzenia brutto. W przypadku zaś stanowisk funkcjonujących na podstawie umów zleceń dofinansowanie spadło z 1500 zł w 2017 r. do 800 zł w 2019 r., co mogło stanowić maksymalnie odpowiednio 50% i 27% kosztów wynagrodzenia brutto.

Symboliczne dofinansowanie w ramach Programu Asystent rodziny w 2020 r.

Równie zniechęcającą, w ocenie NIK, była decyzja Ministra o dofinansowaniu w 2020 r. jedynie jednorazowego dodatku do wynagrodzenia dla asystentów (tzw. dodatek Covidowy).

W latach 2017–2019 dofinansowaniu – w ramach Programu – podlegały miesięczne koszty wynagrodzenia asystenta rodziny, natomiast w 2020 r. Program przewidywał dofinansowanie jednorazowego dodatku do wynagrodzenia dla asystentów rodziny „aktywnie działających w okresie zwalczania pandemii Covid-19". W konsekwencji **kwota dofinansowania realizacji zadań przez asystentów rodziny zmniejszyła się o 92,7% – do kwoty 4576,1 tys. zł w 2020 r., a liczba zatrudnionych asystentów na terenie kraju spadła o 128 osób w stosunku do 2019 r.**

Odnosząc się tych zagadnień Ministerstwo konsekwentnie stało na stanowisku, *że finansowanie zatrudnienia asystentów rodziny należy do zadań własnych gminy, w związku z tym jego realizacja winna być finansowana ze środków własnych, a dotacja ma charakter subsydiarny.*

NIK zwraca uwagę, że zakończenie zaplanowanego w ustawie o wspieraniu rodziny (art. 247 ust. 1) wsparcia w formie dofinansowania części wydatków związanych z powołaniem asystentów rodziny, którego graniczny termin ustawodawca przewidział na 2022 r., może istotnie pogorszyć sytuację na rynku pracy asystenta, a co za tym idzie sytuację rodzin wymagających skoordynowanego wsparcia.

Niewykonanie planu finansowego Programu „Za życiem" dla działania 5.1.

W planie finansowym Programu „Za życiem" zaplanowano w latach 2017–2020 na realizację działania 5.1. dużo wyższą kwotę (o ponad 100 mln zł) od przyznanej jst (ok. 174,5 mln zł). **Gdyby do jst trafiły środki w zaprogramowanej wysokości, a co najmniej zapotrzebowanej, niewątpliwie wpłynęłoby to na poprawę sytuacji na rynku pracy asystenta rodziny.**

Minimalna oferta szkoleniowa dla garstki asystentów rodziny

Pomimo nałożenia na asystentów rodziny nowych zadań związanych z realizacją ustawy o wsparciu oraz Programu „Za życiem" i wynikających z nich nowych obowiązków, Ministerstwo w niewielkim stopniu zaoferowało pomoc szkoleniową uczestniczącym w procesie pomocy. Zorganizowało bowiem jedynie trzy jednodniowe szkolenia w marcu 2017 r. dla łącznie 600 osób, w tym asystentów rodziny oraz innych pracowników odpowiedzialnych za realizację tego zadania, co oznacza że Ministerstwo zagwarantowało **przeszkolenie co najwyżej 15% asystentów rodziny** (przy niemal 4000 zatrudnionych).

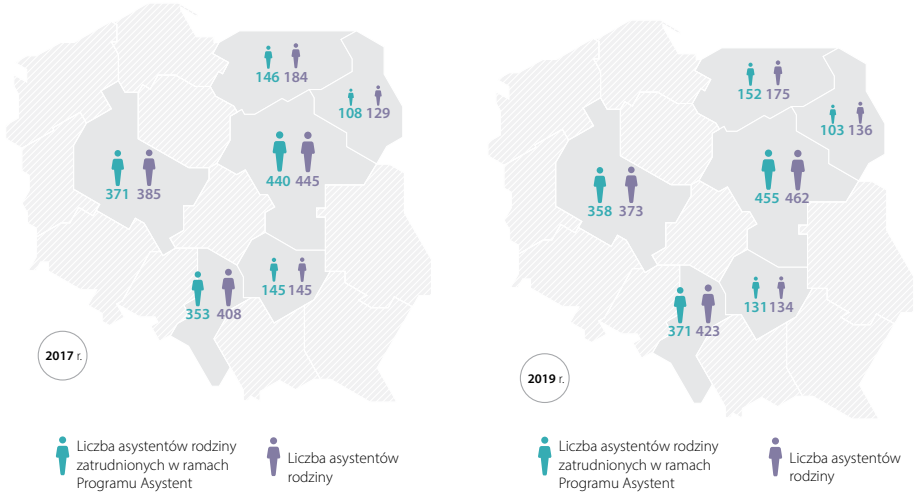
Kontrola w Ministerstwie wykazała jednostkowy przypadek sporządzenia listy jednostek, które otrzymały dofinansowanie w 2019 r. z naruszeniem terminu określonego w ogłoszeniu Programu Asystent na ten rok.

Ministerstwo pytane o napotykane trudności podczas wdrażania i realizacji działania 5.1. nie dostrzegało żadnych. Minister wskazał, że *zatrudnianie asystentów rodziny jest zadaniem własnym samorządów, a Program asystent rodziny winien stanowić jedynie dofinansowanie zadań realizowanych przez gminy, które z roku na rok winny przejmować w coraz większym stopniu finansowanie zatrudnienia asystentów.*

Ministerstwo nie dostrzega żadnych problemów we wdrażaniu działania

Do kontrolowanych wojewodów, jst zgłosiły w latach 2017–2019 zapotrzebowanie na środki w łącznej wysokości 76 464,4 tys. zł. Przyznano zaś środki w wysokości 68 184,6 tys. zł (89,2%), z których jst wydatkowały 64 137,0 tys. zł (94,1%). Dane odnośnie liczby asystentów rodziny zatrudnionych w województwach objętych kontrolą w 2017 i 2019 r. prezentuje infografika.

Infografika nr 33
Liczba asystentów rodziny ogółem i zatrudnionych w ramach Programu asystent w województwach objętych kontrolą w 2017 i 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Wojewodowie, na ogół prawidłowo realizowali obowiązki określane w Programie Asystent rodziny. W szczególności niezwłocznie informowali jst o możliwości i zasadach ubiegania się o środki z Programu, zamieszczając niezbędne informacje na stronach internetowych, zbierali informacje o zapotrzebowaniu gmin, oceniali je następnie pod względem formalnym i merytorycznym, terminowo przekazywali do MRiPS zbiorcze zestawienia zapotrzebowań, zbierali oświadczenia gmin o przyjęciu dotacji i terminowo przesyłali do MRiPS informację o podziale środków oraz wnioski o środki z FP, terminowo przygotowywali dokumentację i podpisywali umowy o dofinansowanie z gminami, terminowo przekazywali środki na rachunki gmin, dokonywali analizy sprawozdań jst z rozliczenia dotacji oraz terminowo przekazywali MRiPS wojewódzkie sprawozdania z realizacji Programu Asystent rodziny.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły wykazania przez wojewodę świętokrzyskiego oraz lubuskiego w sprawozdaniach wojewódzkich z realizacji Programu Asystent rodziny za 2017 i 2018 r. danych niezgodnych z wynikającymi ze sprawozdań jednostkowych złożonych przez gminy.

Brak umów o koordynację wsparcia

Wojewodowie nie zawierali umów o koordynację wsparcia, o której mowa w art. 9 ustawy o wsparciu, poza jednym wyjątkiem – województwem warmińsko-mazurskim, który w latach 2017–2018 zawarł 95 takich umów, a od 2019 r. odstąpił od ich zawierania. Wojewodowie co do zasady wyjaśniali, że **taki sposób postępowania wynikał ze stanowiska MRiPS wskazującego na brak zasadności rozdzielenia zadań asystenta rodziny.**

NIK nie może podzielić takiego poglądu. Z treści art. 9 ustawy o wsparciu jasno wynika, że intencją ustawodawcy było wyodrębnienie finansowania koordynacji poprzez wskazanie źródła finansowania (Fundusz Pracy), jak i określenie gwarantowanej kwoty (nie większej niż) w ustawie budżetowej. Celem zaś szczegółowego uregulowania warunków realizacji obowiązków i rozliczenia środków pomiędzy wojewodą, a jst, powinno dojść do zawarcia umowy (art. 9 ust. 4 ustawy o wsparciu). Przekazane jst środki na realizację koordynacji miały stać się dochodem gminy. **Stanowisko MRiPS pozostaje więc w sprzeczności z brzmieniem art. 9 ustawy o wsparciu. NIK zwraca uwagę, że gdyby wojewodowie realizowali ustawowy obowiązek stali by się dysponentami wiedzy na temat liczby i lokalizacji koordynacji w województwach, co w zestawieniu z adekwatnymi danymi dotyczącymi asystentów rodziny, pozwoliłoby na formułowanie wniosków dotyczących rzeczywistej możliwości realizacji pomocy/koordynacji świadczonej przez asystenta rodziny.**

Zróżnicowany stan wiedzy wojewodów nt. realizacji działania 5.1. na terenie województwa

Stan wiedzy wojewodów na temat stopnia realizacji działania 5.1. na terenie województw był bardzo zróżnicowany. Podobnie jak MRiPS, nie wszyscy wojewodowie skorzystali z możliwości oferowanych przez CAS i nie posiadali choćby podstawowych danych.

Przykłady

Wojewoda śląski nie posiadał żadnej wiedzy nt. liczby wniosków/decyzji w sprawie koordynacji. W wyjaśnieniach podano, *że Program Asystent rodziny był realizowany zgodnie z wytycznymi MRiPS, a w sprawozdaniach ustalonych dla tego Programu nie ujęto danych dotyczących osób ubiegających się o koordynację wsparcia.*

Wojewoda mazowiecki nie dysponował przedmiotowymi danymi**,** zgromadził je dopiero w trakcie kontroli.

Wojewoda świętokrzyski dysponował danymi za 2017 r. a **wojewoda lubuski** za część tego roku (dopiero w toku kontroli wystąpił za badany okres 2017–2018). *W wyjaśnieniach pracownicy ŚUW podali, że wojewoda gromadził dane w zakresie w jakim wymagało MRiPS zgodnie ze sprawozdawczością oraz realizacją Programu Asystent rodziny.*

Wojewoda podlaski, wielkopolski oraz warmińsko-mazurski dzięki wykorzystaniu CAS zgromadzili pełne dane nt. wdrożonego wsparcia w ramach koordynacji na terenie całego województwa w badanym okresie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Znikome zainteresowanie wsparciem asystenta – koordynatora wsparcia

Zgromadzone przez wojewodów dane za lata 2017–2019 pokazują w pierwszej kolejności – **bardzo słabe zainteresowanie tą formą wsparcia, a dodatkowo ogromne nim zróżnicowanie**, zależne od województwa. Zdecydowanie największe, choć i tak niewielkie odnotowujemy w województwie mazowieckim, a najmniejsze – w województwie podlaskim. **Łącznie, w latach 2017–2019 r. do gmin sześciu województw** (bez śląskiego, uwzględniając lubuskie) **wpłynęło łącznie jedynie 465 wniosków o koordynację**[178].

Przykłady

Do gmin **województwa mazowieckiego** wpłynęło łącznie 197 wniosków o koordynację i tyle samo wydano decyzji pozytywnych. W rezultacie opracowano 228 katalogów wsparcia (art. 8 ust. 3 pkt 1 ustawy o wsparciu) oraz w 42 przypadkach wystąpiono do właściwych podmiotów (art. 8 ust. 3 pkt 2).

Do gmin **województwa podlaskiego** wpłynęło zaś łącznie pięć wniosków o koordynację i tyle samo wydano decyzji pozytywnych, opracowano cztery katalogi wsparcia, w żadnym jednak przypadku nie wystąpiono do właściwych podmiotów[179].

Pracownicy kontrolowanych jednostek wskazywali na szereg przyczyn o różnym charakterze niskiego zainteresowania koordynacją, o czym szerzej w sekcji Trudności w realizacji zadania.

Przykłady

Najważniejsze potrzeby beneficjentów Programu „Za życiem" wiążą się ze służbą zdrowia, dostępem do specjalistów oraz wsparciem finansowym. *Najbardziej oczekiwaną formą wsparcia jest dostęp do specjalisty, np. respektowanie przez służbę zdrowia zapewnienia rodzinom pierwszeństwa w oczekiwaniu na specjalistę oraz wypłata jednorazowego świadczenia. W pierwszym etapie wsparcia najbardziej znacząca jest właściwa diagnoza dziecka i zaplanowanie procesu leczenia oraz rehabilitacji, stąd tak konieczny jest szybki dostęp do lekarzy specjalistów. Jednorazowe świadczenie jest ważną i znaczącą formą pomocy, która jest dostępna na początkowym etapie, niemniej pomoc ta w większości przypadków jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb, tym bardziej że dostęp do specjalisty jest ograniczony (kolejki, wyjazdy), co często wymusza wizytę w prywatnym gabinecie i ponoszenie dodatkowych wydatków. Świadczenie powinno być zwiększone o kolejne transze, których wypłata byłaby uzależniona od stanu zdrowia dziecka* (Dyrektor **GCPR w Gorzowie Wlkp.**).

Podczas realizacji skoordynowanej pomocy wynikającej z ustawy o wsparciu oraz Programu „Za życiem" stwierdzono niskie zainteresowaniem osób uprawnionych do skorzystania z formy pomocy w postaci asystenta rodziny w sytuacji zagrożonej ciąży lub urodzenia dziecka niepełnosprawnego. Rodziny uprawnione do uzyskania wsparcia na podstawie ustawy o wsparciu wnioskowały o przyznanie jednorazowego świadczenia, nie wnioskowały natomiast o wsparcie asystenta rodziny, nawet zachęcane do tego (pracownicy **Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego**).

[178] Dane nie uwzględniają wielkości za 2019 r. w województwie lubuskim oraz 2018–2019 w województwie świętokrzyskim.

[179] W jednym przypadku – z uwagi na złożenie wniosku przez kobietę w ciąży na krótko przed urodzeniem dziecka – nie opracowano katalogu wsparcia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Nieduża skala szkoleń

Większość wojewodów (wielkopolski, warmińsko-mazurski, lubuski oraz podlaski) nie zorganizowało szkoleń dla asystentów rodziny w związku z nałożeniem na nich nowych zadań wynikających z ustawy o wsparciu i Programu „Za życiem", trzech zaś (mazowiecki, śląski świętokrzyski) zdecydowało się dedykować co najmniej jedno takie szkolenie lub spotkanie informacyjne.

Kontrole wojewodów w OPS

Wszyscy wojewodowie przeprowadzali kontrole w OPS, przy czym co do zasady dotyczyły realizacji Programu Asystent rodziny. Najistotniejsze zastrzeżenia dotyczyły niezapewnienia wsparcia rodziny przez asystenta, na skutek m.in. braku zatrudniania asystenta.

Przykład

Wojewoda mazowiecki stwierdził niezapewnienie rodzinom wsparcia asystenta rodziny w 34 skontrolowanych jednostkach, w tym w 12 z powodu braku zapotrzebowania i w 22 z powodu braku kandydatów na to stanowisko.

Kontrole dedykowane realizacji ustawy o wsparciu przeprowadzano w czterech województwach, tj. podlaskim, śląskim, świętokrzyskim oraz lubuskim, w którym stwierdzono – w ramach dwóch kontroli – „istotne uchybienia polegające na braku zapewnienia dostępu do informacji w zakresie rozwiązań wspierających rodziny oraz kobiet w ciąży zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o wsparciu".

Stwierdzone przez wojewodów trudności

Wojewodowie zasadniczo dostrzegli i podkreślali występowanie dwóch rodzajów trudności w realizacji zadania 5.1.

Po pierwsze – **problemy w zatrudnianiu asystentów rodziny**.

Przykłady

„Trudności z zatrudnianiem asystentów rodziny związane są m.in. z niskim wynagrodzeniem i dużą zmiennością zatrudnianych osób, małą efektywnością rezultatów osiąganych w pracy z rodzinami, trudnymi warunkami pracy, szczególnie w małych ośrodkach pomocy społecznej, brakiem profesjonalnego, systemowego wsparcia dla asystentów, a tym samym szybkim wypaleniem zawodowym, niskim prestiżem społeczny, zawodu asystenta rodziny **(świętokrzyski urząd wojewódzki).**

„Brak chętnych do pracy na stanowisku asystenta rodziny wynika z powodu niskiego wynagrodzenia, dużej odpowiedzialności, roszczeniowej i biernej postawie rodzin, ograniczonym dofinansowaniem wynagrodzenia asystenta rodziny w 2020 r." **(mazowiecki urząd wojewódzki).**

„Małe zainteresowanie pracą na stanowisku asystenta rodziny wynika z wynagrodzenia nieadekwatnego do charakteru wykonywanej pracy, niskiego prestiżu pracy, dużej odpowiedzialności, negatywnego nastawienia klientów do współpracy" **(lubuski urząd wojewódzki).**

I po drugie – **terminowość ogłaszania Programu Asystent rodziny**.

Przykład

„Ruchome terminy uruchamiania kolejnych jego edycji utrudnia planowanie działań i budżetu jst" **(wielkopolski urząd wojewódzki).**

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

„Program był ogłaszany zazwyczaj w okresie wakacyjnym, a tym samym urlopowym. Sprawiało o utrudnienia w komunikacji z pracownikami jst, wydłużało proces przygotowania i procedowania umów" **(śląski urząd wojewódzki).**

Kontrole w gminach

Do kontrolowanych sześciu miastach na prawach powiatu wpłynęło łącznie 80 wniosków o koordynację. Najwięcej w m. Rybnik – 37, najmniej w m. Kalisz i Białystok – po jednym. Wszystkie wnioski zostały pozytywnie rozpatrzone i rodziny otrzymały pomoc w osobie asystenta – koordynatora wsparcia. **Co do zasady, objęcie przez asystenta rodziny opieką osoby z grupy docelowej działania 5.1. nie spowodowało zmniejszenia liczby rodzin znajdujących się pod jego opieką**. Wyjątek stanowiło Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp., w którym nastąpiło zwiększenie – o jedną rodzinę oraz OPS w Rybniku, w którym liczba rodzin znajdujących się pod opieką asystenta zmniejszyła się o dwie, co było jednak spowodowane mniejszą liczbą wpływających wniosków.

Połowę rodzin objętych wsparciem asystenta – koordynatora stanowiły rodziny będące wcześniej (przed złożeniem wniosku o koordynację) klientami OPS. Klientami pobierającymi różnorakie zasiłki bądź korzystającymi z pomocy w związku ze stwierdzonymi w rodzinie trudnościami opiekuńczo-wychowawczymi bądź stosowaniem przemocy. Na przykład w m. Olsztyn na 22 rodziny objęte koordynacją 15 (66%) uprzednio było już klientami OPS.

Nieprawidłowe dokumentowanie współpracy z rodziną

Co do zasady, **pomoc świadczona przez asystenta – koordynatora rodzinom z dzieckiem legitymującym się stosownym zaświadczeniem (art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu) nie różniła się od wsparcia udzielanego rodzinom z dzieckiem ze stwierdzoną niepełnosprawnością, nieposiadającym jednak takiego zaświadczenia.** Analiza porównawcza dokumentacji sporządzonej przez asystentów dla obu grup klientów wykazała, że sporządzano identyczne dokumenty, tj. diagnozę sytuacji w rodzinie, plan pracy z rodziną wraz z katalogiem możliwego do uzyskania wsparcia (odrębnie wymagany art. 8 ust. 3 pkt 1 ustawy o wsparciu, stawał się najczęściej elementem planu pracy), okresową ocenę sytuacji rodziny oraz indywidualną kartę planu pracy z rodziną. Podobnie, w zależności od rodzaju trudności w przypadku obu grup, asystenci występowali do właściwych podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia.

Wyjątek

W **MOPR w Kielcach**, w którym stwierdzono występowanie odmiennego traktowania obu grup klientów. W przypadku rodzin z dzieckiem posiadającym orzeczenie niemającym jednak stosownego zaświadczenia świadczona przez asystentów pomoc koncentrowała się na rozwiązywaniu trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, natomiast asystenci pracujący w ramach koordynacji skupili się w szczególności na informowaniu i dopełnianiu formalności związanych z uzyskaniem świadczeń i innych form pomocy. Dodatkowo, w pierwszym przypadku asystenci sporządzali plan pracy z rodziną, w drugim zaś nie – co oceniono w toku kontroli jako **stan nieprawidłowy.**

Zastrzeżenia NIK w zakresie prawidłowości dokumentowania współpracy koordynatora z rodziną sformułowano również w **OPS w Rybniku**. Dotyczyły one: braku określenia terminów realizacji szczegółowych zadań oraz zwymiarowania efektów podjętej koordynacji w powiązaniu ze wskazanymi dla danej rodziny działaniami w indywidualnych katalogach możliwego wsparcia – w 90% przypadków, co było niezgodne z art. 15 ust. 3 ustawy o wspieraniu rodziny; katalogi możliwego wsparcia nie zwierały dat ich sporządzenia, co uniemożliwiało ustalenie w jakim czasie nastąpiło ich sporządzenie, po objęciu rodziny koordynacją – w 40% przypadków; aktualizacji planu pracy z rodziną dokonano z 5-miesięcznym opóźnieniem – w 10% przypadków, co było niezgodne z art. 15 ust. 3 ustawy o wspieraniu rodziny. Dyrektor OPS w Rybniku wyjaśniła, że nieprawidłowości wynikały z błędu pracownika, a w przypadku braku wskazania terminów realizacji szczegółowych zadań – z trudności w precyzyjnym planowaniu terminów.

Zdaniem NIK, bez względu na zmieniające się okoliczności, wskazanie przez asystentów w planach pracy z rodziną zakresu działań wraz z założonym terminem jego realizacji i przewidywanymi efektami w powiązaniu ze wskazanymi dla danej rodziny działaniami w indywidualnych katalogach możliwego wsparcia jest uzasadnione nie tylko wymogiem przepisu art. 15 ust. 3 ustawy o wspieraniu rodziny, ale przede wszystkim potrzebą rzetelnego wykonywania zadań i ich monitorowania, np. w sytuacji zmiany asystenta rodziny lub wystąpienia przeszkód w realizacji działań.

Inne nieprawidłowości

Stany nieprawidłowe stwierdzone w trakcie kontroli w OPS dotyczyły również: braku prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej dotacji celowej dotyczącej zadania w ramach Programu Asystent rodziny, polegającego na dofinansowaniu kosztów wynagrodzenia asystenta rodziny pomimo, że postanowienia umów wskazywały na taki obowiązek (MOPR Kielce) oraz nierzetelnie sporządzanej sprawozdawczości w zakresie liczby asystentów rodziny w mieście za poszczególne półrocza 2017 i 2019 r. (OPS Rybnik).

Kwalifikacje i nieliczne szkolenia asystentów rodziny

Asystenci rodziny będący koordynatorami pomocy posiadali niezbędne kwalifikacje oraz szkolenia, poza jednym przypadkiem braku szkolenia, o którym mowa w art. 12 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy o wspieraniu rodziny, stwierdzonym w MOPS w Olsztynie. Dyrektor MOPS uzasadniała przydzielenie asystenta rodzinie dużym zapotrzebowaniem na świadczenie tego rodzaju wsparcia, brakiem chętnym do pełnienia tej funkcji oraz długoletnim stażem zawodowym tego pracownika w MOPS.

W zdecydowanej większości przypadków asystenci z zakresu zadań wyznaczonych ustawą o wsparciu oraz Programem „Za życiem" szkolili się jedynie w wyniku oferty jednodniowego szkolenia zaproponowanej przez MRiPS, o czym wyżej, a w przypadku MOPS w Kaliszu – z żadnego. Kierownicy OPS wskazywali najczęściej na brak oferty szkoleniowej, natomiast pracownicy – na trudność w realizacji zadania (np. OPS w Rybniku).

Trudności w realizacji zadania

Pracownicy OPS wskazywali na liczne trudności w realizacji zadania. Do najistotniejszych lub najczęściej wymienianych należą:

- nierespektowanie przez niektóre instytucje upoważnień udzielonych asystentom;
- nieuzyskiwanie odpowiedzi, np. od stowarzyszeń, do których asystent zwracał się z pytaniami o możliwy do udzielenia zakres wsparcia (np. na cztery wnioski złożone do stowarzyszeń działających na terenie Radomia odpowiedź otrzymano zaledwie od jednego);
- nieinformowanie przez instytucje wspierające potrzeby niepełnosprawnego dziecka z jakiej pomocy można skorzystać w ramach ustawy o wsparciu (np. o możliwości skorzystania z dodatkowych godzin wczesnego wspomagania rozwoju);
- zatajanie przez rodziny informacji o trudnościach w ich funkcjonowaniu, np. ukrywanie uzależnienia, stanu zdrowia, przemocy itp.;
- brak wiedzy wśród rodzin nt. roli i zadań asystenta rodziny skutkujące błędnymi oczekiwaniami, np. oczekiwaniem, że asystenci będą zajmować się dziećmi lub wykonywać obowiązki domowe;
- niechęć ze strony rodzin, zwłaszcza podejmujących współpracę w wyniku zobowiązania sądu, obawa przed instytucją OPS, w tym przed zbyt silną ingerencją pracowników w życie rodziny;
- zaburzenia i choroby psychiczne klientów, niepełnosprawność intelektualna rodziców dziecka, co skutkuje trudnościami w rozumieniu przekazywanych informacji;
- odwoływanie wizyt, unikanie kontaktu, częsta zmiana numeru telefonu kontaktowego przez klientów;
- niski prestiż zawodu, wynikający z niewielkiej liczby osób zatrudnionych na tym stanowisku oraz z niskiej świadomości i wiedzy w społeczeństwie, w tym przedstawicieli innych instytucji na temat roli asystenta rodziny, jego kompetencji, wykształcenia i profesjonalnego przygotowania, mylenie z opiekunką bądź asystentem osoby niepełnosprawnej;
- wyczerpujący pod względem emocjonalnym charakter pracy, wymagający dużego zaangażowania i stałego konsultowania z innymi specjalistami
- konieczność prowadzenia obszernej dokumentacji;
- niejednoznaczne przepisy ustawy o wsparciu.

Trudności w obszarze ochrony zdrowia:

- nieprzekazywanie przez NFZ oraz lekarzy pediatrów grupie docelowej informacji nt. ustawy o wsparciu;
- ograniczenia w umawianiu wizyt u lekarzy specjalistów w terminach nie dłuższych niż w ciągu siedmiu dni roboczych od zgłoszenia;
- trudny dostęp do rehabilitacji w terminie siedmiu dni;
- nieudzielanie informacji przez NFZ oraz lekarzy o możliwości refundacji kosztów wyrobów medycznych i ortopedycznych bez limitu ilościowego i czasowego;
- brak wiedzy lekarzy w kwestii uprawnienia do wydawania stosownego zaświadczenia i w następstwie odmowa jego wystawienia;

- oczekiwanie w kolejkach NFZ, PFRON, Poradniach Psychologiczno-Pedagogicznych – brak uprzywilejowania w załatwianiu spraw objętych wsparciem rodzin poza kolejnością.

Infografika nr 34
Trudności w realizacji zadań koordynatora świadczącego pomoc potrzebującym rodzinom

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kontroli.

Oczekiwane zmiany:

- stworzenie w Oddziale NFZ stanowiska koordynatora/doradcy, posiadającego wiedzę o specjalistach i możliwościach leczenia konkretnych przypadków na terenie województwa, który na bieżąco współpracowałby z asystentami rodziny i przedstawicielami placówek służby zdrowia;
- wobec braku koordynatora w NFZ, trudnym dostępem do specjalistów, potrzebne byłyby szkolenia dla asystentów, w zakresie podstawowej wiedzy medycznej wiążącej się z informowaniem rodzin m.in. o badaniach, rehabilitacji, konsultacjach medycznych.

5.2.4. Pozostałe formy wsparcia

Jednorazowe świadczenie (działanie 2.7.)

Cel działania 2.7.

Celem działania jest wsparcie materialne rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym.

W planie finansowym Programu „Za życiem" na realizację działania 2.7. zaplanowano w latach 2017–2020 środki z budżetu państwa w wysokości 208 000 tys. zł, po 52 000 tys. zł rocznie. **Do połowy 2020 r. wypłacono zaś kwotę 57 096,9 tys. zł, a w latach 2017–2019 – 49 906,8 tys. zł, co oznacza, że wypłacono jedynie 32,2% zaplanowanej kwoty**. Środki przeznaczono na wypłatę 14 275 świadczeń w jednorazowej wysokości

4 tys. zł, o których mowa w art. 10 ust. 1 cyt. ustawy. Ministerstwo nie gromadziło danych o liczbie wniosków o jednorazowe świadczenie, jak też o przyczynach decyzji odmownych.

Przeszacowana diagnoza dotycząca liczebności jednej z najważniejszych grup docelowych Programu „Za życiem"

Do kontrolowanych miast na prawach powiatu wpłynęło łącznie 476 wniosków o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia w wysokości 4000 zł (art. 10 ust. 3 ustawy o wsparciu), co skutkowało wydaniem 446 decyzji przyznających 450 świadczeń (94%). Z powodu nie załączenia do wniosku wymaganego zaświadczenia (art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu kobiet), wystawienia zaświadczenia przez nieuprawnionego lekarza, niewłaściwej treści zaświadczenia albo złożenia wniosku po upływie wymaganego 12-miesięcznego terminu (od dnia narodzin dziecka) wydano 30 decyzji odmawiających przyznanie świadczenia bądź pozostawiających wniosek bez rozpatrzenia (6%).

Na ogół prawidłowe wydawanie decyzji przyznających jednorazowe świadczenie

Badanie dokumentacji w zakresie prawidłowości wydanych decyzji przyznających świadczenia wykazało, że wnioski o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia złożyły osoby uprawnione, w wymaganym terminie, a do wniosków załączono wymagane zaświadczenie. Każdorazowo również załączono dokumentację potwierdzającą, że matka dziecka pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu (art. 10 ust. 2–6). Wydania decyzji, a następnie wypłaty świadczeń dokonywano bez zbędnej zwłoki.

Decyzje odmawiające przyznania świadczenia oraz pozostawiające wniosek bez rozpatrzenia znajdowały każdorazowo podstawy w ustawowych przesłankach.

Stwierdzone nieprawidłowości

Nieprawidłowość dotyczącą sposobu prowadzenia postępowania o ustalenie prawa do świadczenia jednorazowego stwierdzono jedynie w **OPS Rybnik**. W trzech postępowaniach, w wyniku których organ wydał decyzje o odmowie przyznania prawa do świadczenia jednorazowego, przed wydanie decyzji, organ nie wyznaczył stronom terminu do zapoznania się z zebraną dokumentacją w sprawie oraz do wypowiedzenia się co do zebranych dokumentów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, jak również nie wskazał przesłanek zależnych od strony, które nie zostały na dzień wysłania informacji spełnione, co było niezgodne z art. 79a kpa.

Skontrolowane jednostki nie wskazywały na występowanie trudności w realizacji działania 2.7., poza jednostkowym przypadkiem – „długotrwałym oczekiwaniem na uzupełnienie brakujących dokumentów przez stronę" (**UM w Kaliszu**).

Brak wiedzy instytucji publicznych w Polsce nt. grupy docelowej – dzieci z zaświadczeniem

NIK ustaliła, że nie ma w kraju instytucji, która dysponowałaby pełnymi danymi dotyczącymi liczby wydanych zaświadczeń, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu. Innymi słowy, nie jest wiadome ile na terenie całego kraju funkcjonuje rodzin z dzieckiem legitymującym się stosownym zaświadczeniem, czyli jednej z najistotniejszych grup docelowych ustalonych w ustawie o wsparciu oraz Programie „Za życiem".

Instytucje gromadzą tego rodzaju dane, jedynie w takim zakresie jaka jest im niezbędna do wykonywania bieżących zadań, tj. Minister Rodziny, wojewodowie oraz jst – w związku z wypłatą jednorazowego świadczenia;

Minister Zdrowia i NFZ – w związku z realizowanym zaopatrzeniem w wyroby medyczne, a OKRO – w ramach wdrażania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Dane te są jednak istotnie niepełne, bowiem celem uzyskania jednorazowego świadczenia należało spełnić przesłanki z art. 10 ustawy o wsparciu, a w szczególności wniosek należy złożyć w terminie do 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka. Oznacza to, że instytucje te posiadają wiedzę na temat wąskiego odsetka grupy docelowej. Uprawnieni lekarze, na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu, do wystawiania zaświadczenia potwierdzającego występowanie ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, nie są zobowiązani do sprawozdawania wystawianych zaświadczeń.

Zdaniem NIK zgromadzenie danych dotyczących liczby i lokalizacji rodzin z dzieckiem legitymującym się stosownym zaświadczeniem jest niezbędne, mogłoby bowiem znacząco zracjonalizować proces planowania i lokowania rodzajów pomocy. Wiedza w tym zakresie mogłaby stać się jedną z przesłanek do optymalnego rozdysponowania środków. Należy bowiem mieć na względzie, że grupą docelową kilku działań Programu „Za życiem" są właśnie dzieci z zaświadczeniem, w niektórych przypadkach nawet jedyną. W szczególności należy wymienić działanie 5.1. i gwarantowaną w nim koordynowaną pomoc świadczoną przez asystenta rodziny. W sytuacji gdy w kraju ok. 10% gmin nie zatrudnia żadnego asystenta, a kolejne 65% zatrudnia tylko jednego, zgromadzone z terenu kraju informacje na temat dzieci z zaświadczeniem mogłyby stać się podstawą albo jedną z podstawowych przesłanek do optymalnego rozlokowania środków, tak by w możliwie pełny sposób zagwarantować zaprogramowaną pomoc, a przynajmniej zapewnić stan gotowości do jej udzielenia. Pozostałe działania dedykowane dzieciom ze schorzeniami określonymi w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu: 2.1.–2.3.; 2.7.; 4.3.; 4.4.; 4.6.

Problemy z zaświadczeniami

NIK wskazuje ponadto na nierzetelność lekarzy w wystawianiu zaświadczeń, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu. Tylko w trzech kontrolowanych jst stwierdzono 39 przypadków nierzetelnie wypełnionego zaświadczenia (OPS Rybnik – 15, MOPS Radom – 14, MOPR Kielce – 10). Nie było bowiem w dokumencie jasno określone czy dziecko zmaga się z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem czy też z nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

W okresie objętym kontrolą do NFZ wpłynęły trzy skargi na brak lub utrudnianie dostępu do uzyskania ww. zaświadczenia (po jednej w 2017 r. do Mazowieckiego i Podkarpackiego OW NFZ i jedna w 2020 r. do Dolnośląskiego OW NFZ). W wyniku podjętych przez OW NFZ interwencji nie wskazano na nieprawidłowości w postępowaniu świadczeniodawcy.

W latach 2017–2019 z infolinii prowadzonej przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta skorzystało łącznie 72 osoby sygnalizujące problemy z uzyskaniem zaświadczenia oraz 33 – nierespektowanie uprawnień.

Opieka wytchnieniowa (działanie 3.1.)

Cel działania 3.1.

Celem działania jest zabezpieczenie opieki dla osób niepełnosprawnych oraz wsparcie członków rodziny w opiece nad dzieckiem niepełnosprawnym poprzez możliwość uzyskania pomocy rodzinie, w formie opieki wytchnieniowej w związku ze zdarzeniem losowym; pomocą w załatwieniu codziennych spraw lub potrzebą odpoczynku opiekuna; uczestnictwem członka rodziny w aktywizacji zawodowej organizowanej przez powiatowy urząd pracy; podjęciem przez członka rodziny zatrudnienia w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy.

Brak wdrożenia działania 3.1.

Ministerstwo Rodziny nie wdrożyło działania 3.1. Opieka wytchnieniowa dla rodziców lub opiekunów osób niepełnosprawnych, według założeń enumeratywnie wymienionych w zapisach Programu „Za życiem". Dwukrotnie zapytywane w tej sprawie Ministerstwo nie wskazało przyczyn, wyjaśniło jedynie, że (...) *w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej prowadzone były prace nad wprowadzeniem do Programu „Za życiem" zmian w zakresie tego działania.*

Niemniej ustawodawca postanowił wdrożyć podobną formę pomocy i w dniu 23 października 2018 r. uchwalona została ustawa o Funduszu Solidarnościowym[180], która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. Zgodnie z przepisami ww. ustawy, nowy państwowy fundusz celowy, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, ma na celu wsparcie społeczne, zawodowe, zdrowotne oraz finansowe osób niepełnosprawnych, a także wsparcie finansowe emerytów i rencistów.

Jednym z Programów realizowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego był uruchomiony w 2019 i 2020 r. Program pn. „Opieka wytchnieniowa", na który przeznaczono odpowiednio 110 i 80 mln zł. W ramach obu edycji dofinansowano wszystkie złożone przez odpowiednio 329 oraz 359 gmin/powiatów wnioski, które otrzymały 23,6 mln oraz 25,5 mln zł[181].

Oznacza to, że choć edycje cieszyły się sporym zainteresowaniem to jednak nie każda jednostka samorządu terytorialnego oferowała na obszarze swojego działania ww. formę wsparcia.

Celem ww. Programu, podobnie jak w przypadku działania 3.1 Programu „Za życiem", było wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi z orzeczeniem o niepełnosprawności (łącznie ze wskazaniami konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji) oraz osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności poprzez możliwość uzyskania doraźnej czasowej pomocy w formie usługi wytchnieniowej[182]. W przeciwieństwie do założeń Programu „Za życiem" – Program Opieka wytchnieniowa m.in. nie określał kryterium dochodowego, które muszą spełnić osoby ubiegające się o pomoc.

[180] Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, ze zm.

[181] Do dnia 7 października 2020 r. do urzędów wojewódzkich przekazano łącznie 21 420,9 tys. zł.

[182] https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/Programy_rzadowe/opieka_wytchnieniowa.html

Cel działania 5.2.

Utworzenie bazy danych i portalu o formach wsparcia dla rodziny, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów (działanie 5.2.)

Celem działania jest zapewnienie informacji o dostępnych formach wsparcia dla rodzin, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w powiecie.

Brak wdrożenia działania 5.2.

Działanie 5.2. Programu „Za życiem", którego podmiotem realizującym miał być KPRM CIR, nie zostało wdrożone. Pytane w tej sprawie Ministerstwo wyjaśniło, że *podjęto w MRiPS prace nad zmianą uchwały w sprawie Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Projekty ww. uchwał zakładały zmianę m.in. działania 5.2., polegającą na wskazaniu MRiPS (we współpracy z innymi resortami realizującymi Program oraz Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) jako podmiotu realizującego omawiane działanie.*

Prace te okazały się bezowocne, nie przyniosły w szczególności rezultatu w postaci utworzenia bazy danych i portalu o formach wsparcia dla rodzin, osób niepełnosprawnych i ich opiekunów.

Wspieranie inicjatyw na rzecz rodziny i rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnością w ramach konkursu FIO 2017 (działanie 6.1.)

Cel działania 6.1.

Celem działania jest premiowanie zadań publicznych na rzecz rodziny, w tym rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnością w ramach konkursów FIO.

Na skutek uchwalenia ustawy z dnia 15 września 2017 r. o Narodowym Instytucie Wolności (dalej: *NIW*) – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego kompetencje związane z wdrażaniem Programu FIO[183] zostały przekazane nowopowstałemu Instytutowi.

Ograniczony monitoring MRiPS nad realizacją działania 6.1.

Ministerstwo nie posiadało dostępu do informacji zawartych w sprawozdaniu z realizacji zadania publicznego, nie dysponowało zatwierdzonym sprawozdaniem z realizacji przedmiotowego zadania publicznego. Choć, w ramach sprawowanego monitoringu tego działania, występowało do Centrum z prośbą o przekazanie opisu podjętych działań i efektów rzeczowych, to nie wyegzekwowało oczekiwanych danych i zgromadziło jedynie podstawowe dane liczbowe. *Ministerstwo poinformowało, że realizator działania nie przekazał szczegółowych danych dotyczących liczby i rodzaju beneficjentów wsparcia ww. działania oraz informacji, które pozwoliłyby odpowiedzieć na pytanie czy udzielona pomoc zaspokoiła potrzeby wszystkich osób z grupy docelowej działania.*

Zgodnie z planem finansowym Programu „Za życiem", na realizację działania 6.1., w latach 2017–2021, zaplanowano kwotę w wysokości 5000 tys. zł, tj. po 1000 tys. zł w każdym roku. Z uzyskanych zaś w *NIW* danych wynikało, że tylko w 2018 i 2019 r. wydatkowano odpowiednio: 2239,4 tys. zł oraz 2574,7 tys. zł. Zainteresowanie działaniem znacznie więc przekroczyło planowane na ten cel wydatki.

[183] Dz. U. z 2019 r. poz. 2020.

NIW poinformował, że Program FIO 2014–2020 jest jednym z elementów Programu „Za życiem", który stanowi kompleksową odpowiedź w zakresie wsparcia kobiet w ciąży i ich rodzin (...). Celem Programu FIO jest zaś zwiększenie zaangażowania obywateli i organizacji pozarządowych w życie publiczne. Realizacja Programu FIO umożliwia obywatelom angażowanie się w różnorodne działania na rzecz innych, swoich wspólnot oraz w tworzenie, realizację i monitoring polityk publicznych. **Należy zatem stwierdzić, iż Program FIO poprzez realizację swoich założeń tylko częściowo wpisuje się w Program „Za życiem".**

NIW poinformował Ponadto że nie przeprowadzano ewaluacji w zakresie wyłącznie realizacji działania 6.1., nie sporządzano także odrębnych sprawozdań z realizacji tego działania.

Przeciwdziałanie zjawisku niealimentacji (działanie 6.3.)

Cel działania 6.3.

Celem działania jest przeciwdziałanie zjawisku nie alimentacji i poprawa skuteczności ściągalności alimentów.

Wdrożone rozwiązania

Pozytywne efekty wprowadzonych zmian

Wykonując założenia działania 6.3. Przeciwdziałanie zjawisku niealimentacji, **Ministerstwo przygotowało rozwiązania legislacyjne, zgodnie z właściwością, które zostały przyjęte przez ustawodawcę.** W dniu 6 grudnia 2018 r. przyjęta została ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu poprawy skuteczności egzekucji świadczeń alimentacyjnych[184], stanowiąca element tzw. pakietu alimentacyjnego zawartego w przyjętym przez Radę Ministrów w dniu 4 kwietnia 2017 r. dokumencie „Przegląd systemów wsparcia rodzin".

Celem poprawy sytuacji osób uprawnionych do alimentów, podniesiono również kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń z funduszu alimentacyjnego z kwoty 725 zł netto miesięcznie do kwoty 800 zł (w okresie od 1 października 2019 r. do 30 września 2020 r.), a od 1 października 2020 r. – do kwoty 900 zł. Dodatkowo wprowadzono tzw. mechanizm „złotówka za złotówkę" przy ustalaniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego[185]. Inne, przyjęte w celu poprawy skuteczności egzekucji świadczeń alimentacyjnych, rozwiązania to m.in.: skuteczniejsza aktywizacja zawodowa dłużników alimentacyjnych wynikająca z obowiązku zatrudniania przy robotach publicznych w pierwszej kolejności bezrobotnych będących dłużnikami alimentacyjnymi, umożliwienie prowadzenia egzekucji z diet z tytułu podróży służbowych otrzymywanych przez dłużników alimentacyjnych, większa odpowiedzialność pracodawcy za niedopełnienie obowiązków związanych z zajęciem wynagrodzenia dłużnika przez komornika sądowego, skuteczniejsza wymiana informacji pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń Społecznych posiadającym informacje na temat dłużników alimentacyjnych a komornikami, większe uprawnienia Państwowej Inspekcji Pracy – dostęp do danych o miejscu

[184] Dz. U. z 2018 r. poz. 2432, ze zm.

[185] Zmiany wprowadzono art. 18 ustawy z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020r. poz. 875, ze zm.).

przebywania dłużników alimentacyjnych objętych karą ograniczenia wolności w postaci dozoru elektronicznego, w celu weryfikacji, czy ww. dłużnicy, którzy deklarują brak zatrudnienia, nie wykonują pracy „na czarno".

Dane dotyczące skutków wdrożonych rozwiązań pokazują ich pozytywne efekty. Przy zbliżonej bowiem liczbie dłużników alimentacyjnych (273,6 tys. w 2017 r. – 274,7 tys. w 2019 r.) środki przez nich zwrócone wzrosły z 335 mln zł w 2017 r. do 462 mln zł w 2019 r.

Niemniej Ministerstwo nie dokonało diagnozy i nie potrafiło wskazać narzędzia, instrumentu, który w procesie ściągalności okazał się najbardziej, ewentualnie najmniej skuteczny.

Na pytanie o skuteczność przyjętych rozwiązań, w tym zwymiarowanie kwotowe, Ministerstwo poinformowało, że *nie jest władne udzielić odpowiedzi, gdyż prowadziło tylko proces legislacyjny ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu poprawy skuteczności egzekucji świadczeń alimentacyjnych, a spośród rozwiązań przewidzianych w ww. ustawie do właściwości (i realizacji) Ministerstwa należało jedynie podwyższenie kryterium do świadczeń z funduszu alimentacyjnego. Pozostałe rozwiązania przewidziane w ww. ustawie należą do właściwości i realizacji Ministerstwa Rozwoju, pracy i Technologii oraz Ministerstwa Sprawiedliwości.*

Realizacja zaplanowanych rozwiązań legislacyjnych w działaniu 1.6. oraz 2.6.

Ustawodawca, celem realizacji działania 1.6. *Prawo do korzystania z elastycznych form organizacji czasu pracy*, dedykowanego trzem grupom docelowym określonym w działaniu (tj. pracownik–małżonek albo pracownik–rodzic dziecka w fazie prenatalnej, w przypadku ciąży powikłanej; pracownicy–rodzice dziecka posiadającego zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu; pracownicy–rodzice dziecka niepełnosprawnego lub ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi) założył zmianę ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy[186]. Zmiana ta miały umożliwić korzystanie z indywidualnego rozkładu czasu pracy lub ruchomego czasu pracy lub wykonywanie pracy w systemie przerywanego czasu pracy oraz wykonywanie pracy w formie telepracy, na podstawie wniosku wiążącego pracodawcę. Ustawodawca realizując przyjęte założenia, ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw187 (art. 2) wdrożył odpowiednie zmiany w ustawie – Kodeks pracy.

Celem działania 2.6. *Uprawnienie osób ubezpieczonych chorobowo do zasiłku opiekuńczego w przypadku choroby dziecka do 18. roku życia* jest wsparcie opiekuna pracującego w przypadku choroby dziecka. W sekcji *Sposób realizacji* działania założono przyjęcie aktów prawnych, które pozwoliłyby na wydłużenie zasiłku opiekuńczego z 14 do 30 dni w przypadku opieki nad dzieckiem chorym ze znacznym stopniem niepełnosprawności albo

[186] Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.

[187] Dz. U. poz. 1076.

orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji dziecka. Ustawodawca realizując przyjęte założenia, ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (art. 6) wdrożył odpowiednie zmiany w art. 32 ust. 1 i art. 33 w ustawie dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa[188].

5.3. Koordynowanie oraz monitorowanie realizacji Programu

5.3.1. Koordynowanie oraz monitorowanie realizacji Programu przez Ministra Rodziny

Minister Rodziny i Polityki Społecznej, odpowiedzialny za koordynację Programu „Za życiem", nie wykonywał części obowiązków przewidzianych w jej ramach, a niektóre z nich realizował w sposób nierzetelny. Występował wprawdzie corocznie do realizatorów działań o przedstawienie danych dotyczących zakresu i sposobu ich wdrożenia[189], nie egzekwował jednak w sposób skuteczny kompletnych odpowiedzi i polegał na danych niepełnych, a w wielu przypadkach szczątkowych. Zadania Ministra Rodziny – Koordynatora Programu przedstawiono poniżej.

Infografika nr 35
Zadania Koordynatora Programu

Źródło: opracowanie własne.

Minister w pytaniach kierowanych do realizatorów działań wnosił o określenie kilku wskazanych danych, tj.: danych liczbowych, umożliwiających zobrazowanie stopnia realizacji określonego działania; informacji

[188] Dz. U. z 2020 r. poz. 870, ze zm.

[189] Poza działaniem 3.3.

dotyczących wysokości finansowania realizacji danego działania; informacji o zmianach przepisów prawnych mających na celu realizację Programu; informacji o występujących trudnościach w realizacji działania; wniosków w zakresie modyfikacji działania realizowanego zgodnie z właściwością; uwag dotyczących realizacji Programu.

Przedstawione przez realizatorów działań informacje, w wielu przypadkach, szczególnie w tak ważnym obszarze jakim jest zabezpieczenie zdrowotne, miały ograniczony, lakoniczny charakter, sprowadzające się do wskazania podstawowych danych liczbowych (o czym szerzej w pkt 5.3.2.). W zdecydowanej większości odpowiedzi brakowało danych o występujących trudnościach w realizacji działania; wnioskach w zakresie modyfikacji działania realizowanego zgodnie z właściwością oraz uwag dotyczących realizacji Programu „Za życiem". Zgromadzenie zaś kompleksowej informacji przez MRiPS, jako koordynatora Programu, pozwoliłoby na dokonanie pogłębionej refleksji na temat zasadności kontynuowania wdrażania działania w dotychczasowym kształcie bądź podjęcie odpowiednich zmian. Końcowym rezultatem właściwie wykonanego zadania byłoby sporządzenie rzetelnego i kompletnego corocznego Sprawozdania z realizacji Programu. Sprawozdania mające taki walor, sporządzone za kolejny rok realizacji, mogłyby stać się bezcenną bazą do dokonania przez Radę Ministrów wymaganego w 2021 r. przeglądu Programu (§3 ust. 2 Uchwały w sprawie Programu „Za życiem").

Minister wyjaśnił, że *nie wszystkie informacje i dane są możliwe do zebrania ze względu na interdyscyplinarność, szeroki i różnorodny zakres działań ujętych w Programie „Za życiem", szczególnie w zakresie sposobu ich realizacji i adresatów wsparcia (...).*

Przedkładanie Prezesowi Rady Ministrów nierzetelnych sprawozdań z realizacji Programu, z kilkumiesięcznym opóźnieniem

O braku pełnych danych zgromadzonych przez Ministra świadczyła również treść corocznych Sprawozdań z realizacji Programu „Za życiem", którego brzmienie stanowi kopię treści pism przekazanych przez realizatorów działań.

Skutkiem tego Ministerstwo sporządziło za lata 2017–2019 niekompletne, ale również nierzetelne, Sprawozdania z realizacji Programu „Za życiem", przedkładane dodatkowo z kilkumiesięcznym opóźnieniem Prezesowi Rady Ministrów.

Przykład

W sprawozdaniach za lata 2017–2019 Ministerstwo wykazało, że na realizację działania 3.5.6. (Dodatkowe Programy aktywizacji zawodowej powracających na rynek pracy bezrobotnych rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych) wydatkowano środki w kwocie, odpowiednio: 0 tys. zł; 6733,7 tys. zł; 11 358,3 tys. zł; podczas gdy faktycznie wydatkowano, odpowiednio: 3252,1 tys. zł; 5058,3 tys. zł; 8451,9 tys. zł.

W sprawozdaniu za 2019 r. wskazano, że na realizację działania 6.2. (Spółdzielczość socjalna na rzecz opiekunów osób z niepełnosprawnością i ich rodzin) ze środków PFRON wydatkowano 74 tys. zł; podczas gdy wydatki te wynosiły 243 tys. zł.

Minister, zobowiązany zapisami §3 uchwały Rady Ministrów w sprawie Programu „Za życiem", do przedstawienia Prezesowi Rady Ministrów sprawozdania z realizacji Programu wraz z wnioskami, w terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, którego dotyczyło sprawozdanie, przedstawiał sprawozdania za lata 2017–2019 odpowiednio w miesiącu: wrześniu, sierpniu i październiku, kolejnego roku, a więc z kilkumiesięcznym opóźnieniem.

Brak bieżącej oceny instrumentów oraz oceny aktualnej sytuacji objętej celami Programu

W sprawozdaniach, jak i w żadnym innym dokumencie, nie przedstawiono bieżącej całościowej oceny poszczególnych instrumentów oraz oceny aktualnej sytuacji objętej celami Programu. Dokumenty te w rezultacie zostały w znacznej mierze pozbawione waloru poznawczego, informacyjnego i sygnalizującego Radę Ministrów o aktualnej sytuacji w realizacji Programu oraz potrzebie ewentualnych zmian.

W ocenie NIK przyczyną powyższego mógł być brak zogniskowania odpowiedzialności za realizację zadań w zakresie koordynowania i nadzorowania Programu w ramach konkretnej komórki Ministerstwa, ze wskazaniem wyznaczonego pracownika(ów), przez 2,5 roku funkcjonowania Programu.

Minister pytana o sposób dokonywania bieżącej oceny poszczególnych instrumentów w sytuacji braku pełnych danych oraz poproszona o przedłożenie odpowiedniego dokumentu potwierdzającego jej dokonanie nie udzieliła wyjaśnień.

Brak skuteczności MRiPS w inicjowaniu zmian w Programie

Minister, jako koordynator Programu zobowiązany do inicjowania zmian, wskazał, że trzykrotnie występował z taką inicjatywą w zakresie części instrumentów (w 2018 r. i dwukrotnie w 2019 r.). Działania te okazały się jednak nieskuteczne i nie przyniosły żadnych rezultatów. Szef KPRM potwierdził wpływ do kancelarii jedynie dwóch wniosków, przy czym jeden został przez Ministerstwo wycofany.

> Minister wyjaśniła, *że w 2017 i 2018 r. (I połowa) uwaga skoncentrowana była na wprowadzeniu zmian przepisów niektórych ustaw i wdrożeniu ich w życie (...).*

Ministerstwo dopiero na przełomie 2019/2020 r., a więc po trzech latach funkcjonowania Programu, wystąpiło do realizatorów działań z odrębnym zapytaniem o potrzebę modyfikacji zapisów Programu.

W dniu 13 listopada 2020 r. Prezes Rady Ministrów powołał, jako swój organ pomocniczy, Międzyresortowy Zespół do spraw opracowania zmian Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Przewodniczącym zespołu został Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Według stanu na dzień 23 lutego 2021 r. odbyły się trzy posiedzenia zespołu.

5.3.2. Monitorowanie realizacji Programu przez Ministra Zdrowia

Niepełne wykonywanie przez MZ zadań w zakresie monitorowania realizacji Programu

Minister Zdrowia odpowiedzialny, zgodnie z właściwością, za realizację sześciu działań Programu „Za życiem" nie wykonywał istotnej części obowiązków przewidzianych w ramach jego monitoringu, a niektóre z nich realizował w sposób nierzetelny.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Programie „Za życiem" w części „Sposób wykonywania zadań w ramach Programu" wskazano, że monitoring realizacji Programu prowadzony przez ministrów przedstawiał się następująco:

Infografika nr 36
Zadania ministrów w zakresie monitorowania realizacji Programu

Źródło: opracowanie własne.

Ministerstwo występowało wprawdzie corocznie do NFZ o przedstawienie danych dotyczących zakresu i sposobu wdrożenia działań, nie zapewnił jednak w sposób skuteczny kompletnych odpowiedzi i polegał na danych niepełnych. Pomimo iż Koordynator Programu co roku występował pisemnie o przekazanie informacji w zakresie działań realizowanych w ramach Programu (w zakresie rzeczowym oraz finansowym) to w żadnym z trzech sprawozdań (za lata 2017, 2018 oraz 2019) nie wskazano na:

- informacje o występujących trudnościach w realizacji działań,
- wnioski w zakresie modyfikacji działań realizowanych zgodnie z właściwością,
- uwagi dotyczące realizacji Programu.

W rocznych sprawozdaniach z realizacji Programu, ani w żadnym innym dokumencie, nie przedstawiono bieżącej całościowej oceny poszczególnych instrumentów oraz oceny aktualnej sytuacji objętej celami Programu. Nie dokonywano analiz wdrożenia działań oraz ustalenia przyczyn niepełnego ich wdrożenia, nie identyfikowano trudności związanych z wdrażaniem działań, w żadnym zakresie nie wskazywano konieczności modyfikacji przyjętych założeń. W toku kontroli nie przedłożono żadnej dokumentacji świadczącej o realizacji monitoringu w wymienionym zakresie.

Dopiero na pisemną prośbę Ministra Rodziny z dnia 17 grudnia 2019 r. o dokonanie przeglądu i analizy dotychczasowych działań oraz przekazanie propozycji ewentualnych zmian w Programie, Ministerstwo Zdrowia wystąpiło o rozważenie możliwości zmiany realizacji Programu „Za życiem" jedynie w zakresie działania 2.2. Z uzasadnienia wynikało, że Program zakładał osiągnięcie celu poprzez zwiększenie liczby banków mleka kobiecego w Polsce do 13 i stworzenie sieci banków mleka kobiecego, co udało się osiągnąć w ciągu dwóch lat realizacji Programu (2017–2018).

W wyjaśnieniach Minister Zdrowia wskazywał m.in. na powołany z dniem 13 listopada 2020 r. Międzyresortowy Zespół do spraw opracowania zmian Programu „Za życiem", którego członkiem jest przedstawiciel Ministerstwa, jak również na pierwszy przegląd Programu przez Radę Ministrów, który pozwoli na pełną weryfikację zaplanowanych w nim działań, zgodnie z aktualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Wskazano również, że zgodnie z uchwałą Nr 160 Rady Ministrów w sprawie Programu, Rada Ministrów nie rzadziej niż raz na pięć lat dokona przeglądu Programu oraz określi jego zakres w poszczególnych latach[190].

Należy wskazać, iż przegląd Programu (raz na pięć lat), który powinien nastąpić w bieżącym roku to obowiązek, który na podstawie § 3 ust. 2 uchwały w sprawie Programu „Za życiem" przypisano Radzie Ministrów i nie należy go utożsamiać z obowiązkiem monitorowania realizacji Programu oraz obowiązkiem dokonywania „bieżącej oceny instrumentów" przypisanych właściwym ministrom. Ponadto już we Wstępie do Programu wskazano, iż „działania będą poddawane stałemu monitorowaniu i ocenie skuteczności, co może skutkować zmianą zakresu Programu".

Sporządzone przez MZ sprawozdania z realizacji Programu były niekompletne i nierzetelne

Ministerstwo sporządziło za lata 2017–2019 niekompletne, ale również nierzetelne Sprawozdania z realizacji Programu „Za życiem", które przekazywane Ministrowi Rodziny stanowiły podstawę informacji przedkładanej Prezesowi Rady Ministrów. Dokumenty te w znacznej mierze zostały pozbawione waloru poznawczego, informacyjnego i sygnalizującego o aktualnej sytuacji w realizacji Programu oraz potrzebie ewentualnych zmian.

W żadnym bowiem z trzech sprawozdań nie wskazano na:

1) wprowadzone rozwiązania umożliwiające prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położne POZ, które z dniem 1 stycznia 2017 r. rozpoczęły udzielanie przedmiotowych świadczeń (w ramach działania 1.1.). Wartość sfinansowanych świadczeń w tym zakresie w latach 2017–2019 wyniosła łącznie 1544,0 tys. zł, opieką objęto odpowiednio 2797 kobiet;
2) zapewnienie zwiększonego dostępu do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej i w okresie jednego roku od porodu (w ramach działań 1.1. i 1.3.);
3) realizację w latach 2017–2019 świadczeń KO-CZR, podczas gdy w latach liczba pacjentów wynosiła łącznie 1912, a wartość sfinansowanych świadczeń wyniosła 6,99 mln zł.

Z kolei nierzetelne dane wykazano odnośnie realizacji działań 2.2. oraz 2.3.

Z wyjaśnień uzyskanych w toku kontroli wynikało, że dane do sprawozdań, każdorazowo pozyskiwane były z NFZ, który przedstawiał liczbę, zakres zrealizowanych świadczeń i ich koszt w poszczególnych działaniach, za realizację których był odpowiedzialny.

[190] W skład międzyresortowego zespołu ds. opracowania zmian Programu „Za życiem" został wyznaczony Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Pierwsze posiedzenie zespołu odbyło się w dniu 25 listopada 2020 r. Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało protokołem z tego posiedzenia.

W sprawie braku wykazywania w rocznych sprawozdaniach świadczeń KOC-ZR Minister Zdrowia wyjaśnił, że jego realizacja nie była wyszczególniona bezpośrednio w działaniach Programu, nie mieściła się również w zakresie działania 2.1. z uwagi na zupełnie inną grupę docelową i sposób jego realizacji. Jednakże w ocenie NIK świadczenia te wpisywały się w realizację działania 2.3., co potwierdził również NFZ.

Ponadto Minister wskazał, iż zdiagnozowane problemy w niejednolitym przekazywaniu danych mogły wynikać z faktu, że niektóre świadczenia nie stanowiły odrębnych zakresów, ale były produktami rozliczeniowymi do dosumowania realizowanymi w ramach szerszego zakresu. Jednocześnie dodał, że bez względu na powyższe *Ministerstwo Zdrowia dołoży wszelkich starań, aby kolejne sprawozdania w pełni odzwierciedlały pełen zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach Programu „Za życiem".*

Sporządzone przez MZ protokoły z realizacji Programu zdrowotnego były kompletne i rzetelne

Ministerstwo Zdrowia sporządziło kompletne i rzetelne protokoły z realizacji Programu zdrowotnego za lata 2017–2018, zgodnie z wzorem określonym w zarządzeniu w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją Programów polityki zdrowotnej oraz wyłaniania realizatorów innych Programów realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Z uwagi na brak realizacji działań wynikających z Programu zdrowotnego w 2019 r., odstąpiono od sporządzenia protokołu za ten rok i na podstawie sprawozdań merytorycznych od realizatorów przedmiotowego Programu przygotowano opis realizacji zadań w poszczególnych działaniach. Zastrzeżenia NIK odnosiły się do braku przekazania przez właściwy Departament Ministrowi Zdrowia protokołu z realizacji Programu zdrowotnego za 2018 r.

5.3.3. Monitorowanie realizacji Programu przez wojewodów

Zadania wojewodów w zakresie monitoringu Programu „Za życiem" prezentuje infografika.

Infografika nr 37
Zadania wojewodów w zakresie monitorowania realizacji Programu

Źródło: opracowanie własne.

Nierzetelnie sprawowany przez wojewodów monitoring realizacji Programu

Wojewodowie, również zobowiązani do monitorowania realizacji Programu, w każdym przypadku sprawowali go w sposób nierzetelny. W szczególności nie zbierali pełnych informacji o realizacji Programu oraz nie dokonywali bieżącej oceny instrumentów. Zwykle ograniczali swoje zainteresowanie do wybranych działań, najczęściej współrealizowanych przez urząd wojewódzki. Skutkowało to przekazywaniem niekompletnych informacji o Programie, jak i sytuacji w obszarach objętych celami Programu, do koordynatora – Ministerstwa Rodziny.

Przykład

Wojewoda warmińsko-mazurski w corocznych informacjach przekazywanych do koordynatora Programu wykazywał jedynie pięć działań realizowanych przez wojewodę w 2017 r. oraz trzy działania realizowane w latach 2018–2019. W zakresie pozostałych działań nie zbierano informacji, nie dokonywano bieżącej oceny instrumentów oraz nie przekazywano zbiorczych i kompleksowych danych w tym zakresie do koordynatora Programu. Wojewoda wyjaśnił m.in., *że przekazywał dane zgodnie ze swoją właściwością, a ponadto nie realizuje i nie nadzoruje realizacji wszystkich działań określonych w Programie.*

Podobnej treści wyjaśnienia złożyli niemal wszyscy pozostali wojewodowie.

NIK nie podzielił powyższej argumentacji. **Monitoring wojewody winien odnosić się do całości działań realizowanych na terenie województwa w ramach Programu „Za życiem", bez względu na sprawowany nadzór merytoryczny, czy też stopień realizacji zadań. Wojewoda powinien objąć swoim zainteresowaniem wszystkie działania wynikające z Programu, zarówno w zakresie zbierania informacji, jak i dokonywania bieżącej oceny instrumentów oraz przekazywania zbiorczych i kompleksowych informacji o Programie. Wojewodowie mają obowiązek monitorowania realizacji Programu na terenie województwa, gdyż zapisy tegoż nie ograniczyły obszaru ich zainteresowania tylko do tych działań, w których realizacji brali udział.**

Obowiązek pełnego monitoringu wynika z zapisów Programu, tj. z ostatniej jego części pn. „Sposób wykonywania zadań w ramach Programu". Należy zwrócić uwagę, że monitoring realizacji Programu został powierzony ministrom (zgodnie z zakresem przedmiotowym ich zainteresowania) oraz wojewodom, zgodnie z właściwością terytorialną. Monitoring wojewodów winien polegać m.in. na przekazywaniu zbiorczych i kompleksowych informacji o Programie koordynatorowi. Aby móc wywiązać się z tego obowiązku wojewoda winien zbierać pełny zakres danych, bo tylko wówczas jego sprawozdanie mogło mieć charakter kompleksowy. W oparciu o te dane wojewoda winien ustalić, czy nie zachodzą jakieś trudności i bariery w realizacji działań na terenie województwa, aby je przedstawić w obszarach objętych celami Programu. Tylko wówczas koordynator – MRiPS byłby w stanie dokonać kompleksowej oceny aktualnej sytuacji objętej celami tego Programu dla całego kraju oraz inicjować stosowne w nim zmiany (pkt 2 i 3 „Sposób wykonania zadań").

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tylko nieliczni wojewodowie (świętokrzyski i śląski) obejmowali swoim zainteresowaniem i monitorowali szeroko rozumiany obszar wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych, ich opiekunów, członków rodzin opiekujących się osobą niepełnosprawną oraz aktywizowania osób bezrobotnych celem wsparcia opiekunów osób niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych (3.4.; 3.5; 6.2.; 6.4.).

Przykład

Wojewoda warmińsko-mazurski oraz lubuski zebrał dane nt. realizacji przedmiotowych działań dopiero w toku kontroli.

Wojewoda podlaski dopiero w marcu 2020 r. wystąpił do PUP-ów z prośbą o informację nt. realizacji działania 3.5. w poprzednich latach.

Jedynie wojewodowie świętokrzyski i śląski każdorazowo, przed sporządzeniem Informacji z realizacji ustawy o wsparciu, występowali do wszystkich PUP z prośbą o przedstawienie danych.

Przykład

Wojewoda świętokrzyski celem uzyskania jednolitych danych opracował tabelę przekazaną następnie do PUP. Każdorazowo występował również do OPS-ów.

Informacje z realizacji ustawy o wsparciu przekazywane z opóźnieniem

Stwierdzono przypadki przekazywania przez wojewodów: lubuskiego, świętokrzyskiego oraz śląskiego – Informacji z realizacji ustawy o wsparciu po obowiązującym terminie (30 kwietnia).

Przykład

Wojewoda świętokrzyski oraz **lubuski** Informację z realizacji ustawy sporządzoną za 2017 r. przedłożyli Radzie Ministrów w dniu 24 lipca 2018 r., tj. 85 dni po upływie wymaganego terminu. Wojewodowie wyjaśniali mylną interpretacją zapisów ustawy.

Stwierdzono pojedynczy przypadek wykazania przez wojewodę wielkopolskiego nierzetelnych danych w przekazanej RM Informacji z realizacji ustawy o wsparciu za 2017 r. w zakresie danych dotyczących działania 2.7. Świadczenia jednorazowe.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli

Głównym celem kontroli było zbadanie i dokonanie oceny czy zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie zostało wdrożone w sposób kompleksowy i jest prawidłowo realizowane.

Cele szczegółowe

Zakres badań kontrolnych wyznaczały następujące cele szczegółowe:

1. Czy zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zostało wdrożone w sposób kompleksowy i jest prawidłowo realizowane?
2. Czy zaplanowane w Programie „Za życiem" wsparcie w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny zostało wdrożone w sposób kompleksowy i jest prawidłowo realizowane?

Zakres podmiotowy

Kontrolą objęto 26 jednostek, w tym: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia oraz po sześć urzędów wojewódzkich, urzędów miast, ośrodków pomocy społecznej i ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych w województwach: mazowieckim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. W kontroli rozpoznawczej R/19/005 delegatura NIK w Zielonej Górze skontrolowała pięć jednostek, w tym urząd wojewódzki, oddział NFZ, urząd miasta i odpowiedni ops oraz OKRO.

Kryteria kontroli

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwie Zdrowia i urzędach wojewódzkich oraz art. 2 ust. 2 ustawy o NIK w pozostałych jednostkach kontrolowanych, tj. w urzędach miast, ośrodkach pomocy społecznej i ośrodkach koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych.

Działalność skontrolowanych podmiotów oceniono odpowiednio według kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 i art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności i rzetelności.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2017–2020 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli lub były niezbędne dla celów porównawczych.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W trakcie kontroli w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK zasięgano informacje od 95 podmiotów, w tym m.in.: Prezesa NFZ i oddziałów wojewódzkich NFZ, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Rzecznika Praw Pacjenta, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, podmiotów będących świadczeniodawcami bądź potencjalnymi świadczeniodawcami w zakresie kontrolowanych działań, Prezesa Zarządu PFRON, Dyrektora Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego, Szefa KPRM.

Zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych

Wyniki kontroli przedstawiono w 31 wystąpieniach pokontrolnych (26 w kontroli planowej oraz pięć w kontroli rozpoznawczej), z czego do czterech kierownicy kontrolowanych jednostek złożyli łącznie 18 zastrzeżeń. W procedurze ich rozpatrywania kolegium NIK oddaliło wszystkie (dwa) zastrzeżenia, a komisje rozstrzygające uwzględniły w całości siedem zastrzeżeń, dwa zastrzeżenia uwzględniły w części i siedem oddaliło.

ZAŁĄCZNIKI

Wnioski pokontrolne

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do 23 podmiotów sformułowano łącznie 63 wnioski pokontrolne. Wnoszono w szczególności o:

1) Minister Rodziny i Polityki Społecznej:
   - rzetelne wykonywanie zadań koordynatora Programu „Za życiem", w tym skuteczne sprawowanie monitoringu realizacji poszczególnych działań, którego efektem powinno być zgromadzenie kompletnych informacji na ich temat, co umożliwi inicjowanie odpowiednich zmian w treści Programu, będących następstwem kompletnej i rzetelnej oceny zastosowanych instrumentów, wraz z diagnozą stwierdzonych trudności i barier we wdrażaniu działań, oraz oceny aktualnej sytuacji objętej celami Programu,
   - przedkładanie Prezesowi Rady Ministrów rzetelnych Sprawozdań z realizacji Programu „Za życiem" z zachowaniem obowiązujących terminów;

2) Minister Zdrowia:
   - kompleksowe monitorowanie realizacji Programu „Za życiem" wraz z dokonywaniem bieżącej oceny instrumentów oraz diagnozą trudności i barier w celu zapewnienia pełnego wdrożenia działań zaplanowanych w Programie,
   - przekazywanie Ministrowi Rodziny kompletnych i rzetelnych sprawozdań z realizacji Programu „Za życiem",
   - zapewnienie realizacji zaplanowanych w Programie zdrowotnym szkoleń dla pracowników banków mleka;

3) Wojewodowie:
   - prawidłowe monitorowanie wykonywania wszystkich działań w ramach Programu „Za życiem" oraz przekazywanie koordynatorowi tego Programu zbiorczych, kompleksowych informacji o jego realizacji,
   - przeprowadzanie kompleksowych kontroli ŚDS,
   - bezzwłoczne zawieranie umów dotyczących przekazania środków na realizację działań Programu „Za życiem",
   - przekazywanie do MRPiPS informacji dotyczącej rodzaju i liczby orzeczeń lub zaświadczeń dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki, w tym korzystających z miejsc opieki dofinansowanych z Programu „Maluch+",
   - podjęcie działań w celu skrócenia czasu zawierania umów z beneficjentami;

4) Prezydenci Miast:
   - wprowadzenie kryteriów naboru do żłobków miejskich, które w bardziej skuteczny sposób zwiększałyby szanse na przyjęcie dzieci niepełnosprawnych oraz podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie kryteriów naboru stosowanych podczas rekrutacji do żłobków niezgodnych z warunkami pierwszeństwa określonymi w statutach żłobków,

- podjęcie działań w celu uchwalenia planu nadzoru nad żłobkami obejmującego również żłobki miejskie oraz objęcie nadzorem wszystkich żłobków,
- rzetelne weryfikowanie zaświadczeń lekarskich przedkładanych przez rodziny z dziećmi wymagającymi szczególnego wsparcia, wnioskujące o przyznanie lub zamianę lokalu z mieszkaniowego zasobu gminy, w celu stwierdzenia, czy lekarze je wystawiający mają odpowiednie kwalifikacje,
- prowadzenie wyodrębnionej ewidencji księgowej środków otrzymanych z dotacji;

5) Kierownicy ośrodków pomocy społecznej:
   - przyznawanie miejsc w mieszkaniach chronionych utworzonych w ramach Programu „Za życiem" osobom do tego uprawnionym,
   - opracowywanie przez asystentów rodziny planów pracy z rodziną, także w sytuacjach obejmowania ich wsparciem w ramach koordynacji przewidzianej w ustawie o wsparciu,
   - świadczenie wsparcia asystenta rodziny przez osoby w pełni posiadające kwalifikacje wymagane art. 12 ust. 1 lit. c) ustawy o wspieraniu rodziny,
   - zapewnienie rzetelności dokumentacji wsparcia rodzin przez ujmowanie w planach pracy z rodziną konkretnych działań z przyporządkowanymi terminami ich realizacji oraz skonkretyzowanymi i zwymiarowanymi przewidywanymi ich efektami;

6) Dyrektorzy ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych:
   - podjęcie działań, mających na celu przekazanie do MEN korekty sprawozdań rzeczowych i finansowych z realizacji Programu za lata 2017–2019,
   - podjęcie działań w celu prawidłowego rozliczenia zajęć w Programie, a w konsekwencji do zwrotu, wraz z odsetkami, wykorzystanej niezgodnie z przeznaczeniem dotacji na realizację Programu,
   - organizowanie i kierowanie wsparcia w ramach Programu „Za życiem" do grupy docelowej dzieci, zgodnie z założeniami tego Programu, w zakresie i wymiarze, zapewniającym największą skuteczność realizowanej pomocy oraz rzetelne dokumentowanie przebiegu wsparcia,
   - podjęcie skutecznych działań na rzecz dostosowania pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych i wyeliminowania barier architektonicznych,
   - zatrudnianie do realizacji Programu specjalistów posiadających wymagane kwalifikacje.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

Z udzielonych informacji o sposobie realizacji wniosków pokontrolnych i wykorzystania uwag wynika, że według stanu na dzień 16 czerwca 2021 r. zrealizowano 44 wnioski pokontrolne (70%), 11 wniosków pokontrolnych (17%) było w trakcie realizacji. Osiem (13%) wniosków pozostaje niezrealizowanych.

ZAŁĄCZNIKI

Efekty finansowe kontroli

Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości skutkowały ustaleniem w czterech skontrolowanych jednostkach finansowych rezultatów kontroli na łączną kwotę 2533,1 tys. zł, w tym 2475,6 tys. zł kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa, 37,0 tys. zł stanowiące kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa oraz 20,5 tys. zł oszczędności finansowych.

Pozostałe informacje

Kontrola została podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli i przeprowadzona przez siedem delegatur: Delegaturę w Białymstoku, Delegaturę w Katowicach, Delegaturę w Kielcach, Delegaturę w Olsztynie, Delegaturę w Poznaniu, Delegaturę w Warszawie i Delegaturę w Zielonej Górze.

Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od października 2020 r. do marca 2021 r.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
Kontrola P/20/090			
1.	Delegatura NIK w Białymstoku	Podlaski Urząd Wojewódzki	Bohdan Paszkowski Wojewoda Podlaski
2.		Urząd Miejski w Białymstoku	Tadeusz Truskolaski Prezydent Miasta
3.		Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku	Agnieszka Górska Dyrektor
4.		Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wysokiem Mazowieckiem	Joanna Zawistowska Dyrektor
5.	Delegatura NIK w Katowicach	Śląski Urząd Wojewódzki	Jarosław Wieczorek Wojewoda Śląski
6.		Urząd Miasta Rybnika	Piotr Kuczera Prezydent Miasta
7.		Ośrodek Pomocy Społecznej w Rybniku	Anna Sowik-Złotoś Dyrektor
8.		Publiczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Myszkowie	Robert Pawlik Dyrektor
9.	Delegatura NIK w Kielcach	Świętokrzyski Urząd Wojewódzki	Zbigniew Koniusz Wojewoda Świętokrzyski
10.		Urząd Miasta Kielce	Bogdan Wenta Prezydent Miasta
11.		Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach	Magdalena Gościniewicz Dyrektor
12.		Zespół Placówek Szkolno-Wychowawczo-Rewalidacyjnych w Cudzynowicach	Waldemar Kletschka Dyrektor

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
13.	Delegatura NIK w Olsztynie	Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki	Artur Henryk Chojecki Wojewoda Warmińsko-Mazurski
14.		Urząd Miasta Olsztyna	Piotr Grzymowicz Prezydent Miasta
15.		Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Olsztynie	Elżbieta Skaskiewicz Dyrektor
16.		Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Kawalerów Maltańskich w Bartoszycach	Alicja Lemiesz Dyrektor
17.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wielkopolski Urząd Wojewódzki	Michał Zieliński Wojewoda Wielkopolski
18.		Urząd Miasta Kalisza	Krystian Kinastowski Prezydent Miasta
19.		Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu	Iwona Niedźwiedź Dyrektor
20.		Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Gostyniu	Krystyna Piasecka Dyrektor
21.	Delegatura NIK w Warszawie	Mazowiecki Urząd Wojewódzki	Konstanty Radziwiłł Wojewoda Mazowiecki
22.		Urząd Miejski w Radomiu	Radosław Witkowski Prezydent Miasta
23.		Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu	Marcin Gierczak Dyrektor
24.		Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Myszyńcu	Barbara Bączek Dyrektor
25.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej	Marlena Maląg Minister Rodziny i Polityki Społecznej
26.		Ministerstwo Zdrowia	Adam Niedzielski Minister Zdrowia
Kontrola R/19/005			
27.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuski Urząd Wojewódzki	Władysław Dajczak Wojewoda Lubuski
28.		Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Piotr Bromber Dyrektor
29.		Urząd Miasta w Gorzowie Wlkp.	Jacek Piotr Wójcicki Prezydent Miasta
30.		Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie	Beata Kulczycka Dyrektor
31.		Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Żarach	Lucyna Hoffman-Czyżyk Dyrektor

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Ustawa o wsparciu oraz Program „Za życiem"

Rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo, w myśl art. 18 Konstytucji[191], znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej.

Celem umożliwienia rzeczywistej i pełnej integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz zapewnienia wsparcia psychologicznego, społecznego, funkcjonalnego i ekonomicznego rodzin, których członkiem jest osoba niepełnosprawna, w dniu **4 listopada 2016 r**. Sejm RP uchwalił **ustawę o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"**, a na bazie jej zapisów Rada Ministrów w dniu 20 grudnia 2016 r. podjęła uchwałę, ustanawiając *Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem"*.

Ustawa o wsparciu przewiduje dwa zasadnicze obszary pomocy świadczonej kobietom w ciąży i rodzin, tj. w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz do instrumentów polityki na rzecz rodziny (art. 1 ustawy o wsparciu). W ramach obu obszarów tylko kilka instytucji zostało uregulowanych w niniejszej ustawie, w pozostałym zakresie ustawodawca odsyła do mającego być uchwalonym przez Radę Ministrów, na podstawie art. 12 ust. 1 cyt. ustawy, Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", co nastąpiło 20 grudnia 2016 r.

Uprawnienia z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej miały obejmować w szczególności diagnostykę prenatalną; świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne; wsparcie psychologiczne; rehabilitację leczniczą; zaopatrzenie w wyroby medyczne; opiekę paliatywną i hospicyjną oraz poradnictwo laktacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g (art. 6 ustawy). Ustawodawca, chcąc uprościć procedurę zawierania umów ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia opieki zdrowotnej, w warunkach wskazanych w art. 7 ust. 1 ustawy, zwolnił ze stosowania przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących konkursu ofert i rokowań i umożliwił dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ zawieranie umów ze świadczeniodawcą jeśli tylko spełni warunki do zawarcia umowy na realizację świadczeń (art. 7 ust. 2 ustawy).

Zapisy ustawy o wsparciu z zakresu zaś dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny odnoszą się w istocie jedynie do wypłaty jednorazowego świadczenia (art. 10 ustawy o wsparciu ustala całościowe zasady wypłaty świadczenia) oraz pomocy asystenta rodziny, jako koordynatora wsparcia, tj. wskazania czym jest świadczona przez asystenta koordynacja, do jakich zadań się sprowadza, określa art. 8 ustawy o wsparciu.

Szczególną grupą wsparcia, według założeń ustawy, miały stać się dzieci, których ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu stwierdził właściwy lekarz w **stosownym zaświadczeniu** (art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu).

[191] Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.

Ustawodawca w art. 12 ust. 2 tejże ustawy określił adresatów pomocy. W przepisie zaznaczono, że Program dotyczy w szczególności wczesnego wspomagania rozwoju dziecka; opieki, w tym paliatywnej lub rehabilitacji dzieci posiadających stosowne zaświadczenie; wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin w przypadku ciąży powikłanej oraz pomocy w zabezpieczeniu szczególnych potrzeb, w tym mieszkaniowych, rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie. W ust. 3 tegoż przepisu ustawodawca wskazał, do których beneficjentów pomoc może być skierowana w sposób fakultatywny. **Należy zwrócić uwagę, że w Programie „Za życiem" adresaci poszczególnych form wsparcia, zostali wskazani nieco inaczej niż w art. 12 ust. 2 i 3 ustawy o wsparciu, w zależności od rodzaju działania, w tzw. grupach docelowych.**

Przepisy rangi ustawowej wskazują również na obowiązek monitoringu realizacji ustawy sprawowanego przez właściwego terytorialnie wojewodę oraz jego obowiązek informacyjny wobec Rady Ministrów corocznie do dnia 30 kwietnia, za rok poprzedni (art. 13 ust. 1 i 2 ustawy o wsparciu).

W okresie obowiązywania ustawy, ustawodawca trzykrotnie dokonywał w niej zmian, tj. dodano przepis art. 9 ust. 5 ustawy[192]; katalog uprawnionych lekarzy do wydania stosownego zaświadczenia w art. 4 ust. 3 został rozszerzony o lekarzy ze specjalnością: neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej[193] oraz w art. 8 ust. 6 rozszerzono możliwość złożenia wniosku (obok kierownika ops) również do dyrektora centrum usług społecznych[194].

Przepisy ustawy w sposób ogólny nakreślają formy przysługującej pomocy w ramach wymienionych dwóch obszarów, natomiast jej dopełnieniem, uszczegółowieniem miał być Program „Za życiem".

W Programie, w ramach sześciu Priorytetów, zaplanowano 31 obszarów działań do realizacji przez różnorodne instytucje (NFZ, szpitale, hospicja, poradnie neonatologiczne, ośrodki rehabilitacji, placówki systemu oświaty, urzędy wojewódzkie, urzędy gmin, ośrodki pomocy społecznej, starostwa powiatowe, żłobki/kluby dziecięce, ZUS, PUP i inne), których realizacja zapewnić ma wsparcie kobiet w ciąży i rodzin w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i instrumentów polityki na rzecz rodziny.

Wsparcie w dostępie do instrumentów polityki na rzecz rodziny – OKRO

(Priorytet II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny; Działanie 2.4 Utworzenie ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych ze szczególnym uwzględnieniem wczesnego wspomagania rozwoju dzieci od momentu wykrycia niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością).

Wsparcie w dostępie do usług koordynacyjno-opiekuńczo-rehabilitacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (art. 4 ust. 2 pkt 4 ustawy wsparciu).

[192] Dz.U z 2018 r. poz. 1076.

[193] Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, ze zm.

[194] Dz. U. z 2019 r. poz. 1818.

Program „Za życiem" zakładał wyodrębnienie 380 powiatowych placówek, zapewniających kompleksowe działania w ramach wczesnego wspomagania rozwoju, które objęłyby opieką ok. 20% (z ok. 47 tys.) dzieci, obecnie objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju prowadzonym w systemie oświaty (przepisy wykonawcze do art. 127 ust. 19 pkt 1 ustawy Prawo oświatowe), legitymujących się najcięższymi schorzeniami i zaburzeniami, akcentując szczególnie uwzględnienie opieką dzieci do 3. roku życia, u których występuje wybrane schorzenie według ICD-10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10)[195]. Przewidziano również powstanie krajowego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjnego, który jednak z uwagi na uwarunkowania prawne nie powstał.

W ramach kontroli P/18/071 ustalono, że w grudniu 2017 r. Minister Edukacji Narodowej (dalej: *MEN*), na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym[196], zawierał z powiatami województwa lubuskiego porozumienia w zakresie realizacji zadań z zakresu administracji rządowej, m.in. na zapewnienie realizacji zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego na obszarze powiatu oraz doposażenie placówki pełniącej funkcję tego ośrodka.

Szczegółowe zadania ośrodków, ze wskazaniem podmiotów mogących pełnić taką funkcję, zostały określone w rozporządzeniu *MEN* z dnia 5 września 2017 r.[197] Przepisy rozporządzenia kładą nacisk na obowiązki ośrodka w zakresie koordynacji opieki świadczonej przez różnych specjalistów dostępnych na obszarze powiatu (przy współpracy z podmiotami wskazanymi w § 2 rozporządzenia).

Program „Maluch+"

(Priorytet II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny; Działanie 2.5. Dofinansowanie zapewnienia funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub wymagających szczególnej opieki).

W nawiązaniu do art. 62 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3[198] Minister Rodziny w Programie „Za życiem" zaplanował działania mające na celu zapewnienie miejsc opieki w żłobkach lub klubach dziecięcych dostosowanych do objęcia opieką dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub wymagających szczególnej opieki. W tym celu, nawiązując do Programu „Maluch", w czerwcu 2017 r. ogłoszono edycję specjalną: „Maluch +" 2017 – „Za życiem", a w latach 2018 i 2019 wymienione wyżej zadania włączono do tegoż Programu, który przyjął nazwę „Maluch+"[199].

[195] Wykaz schorzeń według ICD-10 dostępny na stronie (należy uruchomić poprzez przeglądarkę Internet Explorer): https://csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf.

[196] Dz. U. z 2020 r. poz. 920.

[197] Dz. U. z 2017 r. poz. 1712.

[198] Dz. U. z 2021 r. poz. 75.

[199] www.gov.pl/web/rodzina/Programy-i-projekty-Program-maluch

Środki finansowe, przeznaczone dla dzieci należących do grupy docelowej na realizację wymienionego zadania, zostały rozdysponowane między modułami, tj. w 2017 r.: utworzenie nowych miejsc w instytucjach opieki (moduł 1); dostosowanie istniejących miejsc w instytucjach opieki (moduł 2); zapewnienie funkcjonowania miejsc opieki (moduł 3). Natomiast w latach 2018 i 2019 moduły 1a i b oraz 2 adresowane były do jst, a pozostałe dwa – moduł 3 i 4 – skierowane były do podmiotów innych niż jst[200], przy czym w odniesieniu do dzieci z grupy docelowej – moduły 1, 2 i 4. W 2017 r. zaplanowano na wymieniony cel wydatki w wysokości 15 mln zł, a w roku 2018 i 2019 – po 450 mln zł.

Program finansowany jest ze środków budżetu państwa, a dysponentem dotacji jest wojewoda właściwy ze względu na gminę, w której prowadzona będzie instytucja opieki nad dziećmi. Wojewoda przekazuje dotację adresatom Programu na podstawie umów w sprawie udzielenia dotacji. W corocznych edycjach Programu „Maluch+" uregulowano najistotniejsze założenia, tj. warunki otrzymania i wykorzystania dotacji, zasady składania i kwalifikowania ofert oraz zadania podmiotów uczestniczących w realizacji Programu (minister, wojewoda, oferent).

Jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł

(Priorytet II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny; Działanie 2.7. Przyznanie jednorazowego świadczenia w wysokości 4000 zł)

Uprawnienie do jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia żywego dziecka, posiadającego stosowne zaświadczenie, wynika z art. 10 ustawy o wsparciu. Świadczenie przysługuje niezależnie od wysokości dochodu, pod warunkiem że wniosek został złożony w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka oraz pozostawania przez kobietę pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu.

Usługi wspierające i rehabilitacyjne

(Priorytet III Usługi wspierające i rehabilitacyjne)

Opieka wytchnieniowa dla rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych *(Działanie 3.1.)*

W okresie objętym kontrolą działanie nie zostało wdrożone. Z informacji pozyskanych w MRPiPS nie wynika wprost, z jakich przyczyn działanie nie zostało wdrożone. Poinformowano natomiast o uchwaleniu ustawy o Funduszu Solidarnościowym, przy czym jednym z Programów realizowanych w ramach tego Funduszu jest Program pn. Opieka wytchnieniowa, uruchomiony w kwietniu 2019 r.

Pomoc w domu – w ramach prac społecznie użytecznych *(Działanie 3.4.)*

Według założeń Programu rodzina/opiekunowie dziecka niepełnosprawnego występuje do ośrodka pomocy społecznej (dalej: *OPS*) o udzielenie wsparcia w realizacji domowych obowiązków, w wymiarze nie więcej niż 10 godzin tygodniowo. *OPS* współpracuje z powiatowym urzędem pracy (dalej: *PUP*) w celu doboru odpowiedniej osoby do wsparcia rodziny/opiekuna w ramach prac społecznie użytecznych.

[200] Podmioty, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat trzech.

Inne formy wsparcia, w ramach III Priorytetu, to: rozwój sieci środowiskowych domów samopomocy (dalej: *ŚDS*), w tym rozwój bazy całodobowej w jednostkach już funkcjonujących i rozszerzenie typów *ŚDS* – forma pomocy skierowana do osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnościami sprzężonymi oraz osób ze spectrum autyzmu (Działanie 3.2); wsparcie osób niepełnosprawnych, które opuściły warsztat terapii zajęciowej w celu podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy (Działanie 3.3). W Działaniu 3.5 zaplanowano natomiast szeroki katalog instrumentów mających na celu wsparcie aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych, których realizatorem wyznaczony został w szczególności powiatowy urząd pracy. Aktywizację zawodową opiekunów osób niepełnosprawnych zaplanowano również w ramach spółdzielczości socjalnej (Działanie 6.2).

Wsparcie mieszkaniowe

(Priorytet IV Wsparcie mieszkaniowe)

W art. 12 ust. 2 pkt 4 ustawy o wsparciu ustawodawca nałożył na Radę Ministrów obowiązek opracowania Programu, który dotyczyć miał m.in. pomocy w zabezpieczeniu szczególnych potrzeb, w tym mieszkaniowych, rodzin z dzieckiem posiadającym stosowne zaświadczenie.

Założenia Programu dotyczące wsparcia mieszkaniowego zostały sformułowane szerzej i dotyczą również (wskazane grupy docelowe) rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne (niezależnie od posiadanego zaświadczenia) oraz – ogółem – osób niepełnosprawnych.

W ramach siedmiu Działań zaplanowano różnorakie formy wsparcia ukierunkowanego na: budowę mieszkań pod wynajem, w tym z możliwością docelowego uzyskania własności – z I filaru Programu „Mieszkanie +" (4.1); wsparcie oszczędzania na cele mieszkaniowe rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne – z III filaru Programu „Mieszkanie+" (4.2); budowę mieszkań na wynajem o umiarkowanym czynszu wybudowane w ramach bezzwrotnego dofinansowania ze środków budżetu państwa społecznego budownictwa czynszowego (4.3); budowę mieszkań na wynajem o umiarkowanym czynszu wybudowane w ramach preferencyjnych kredytów finansujących społeczne budownictwo czynszowe – z II filaru Programu „Mieszkanie+" (4.4); zwiększenie oferty mieszkaniowej na najem mieszkania z zasobu gminy (4.5); prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach na potrzeby mieszkalnictwa wspomaganego, w tym chronionego dla osób niepełnosprawnych (4.6); tworzenie mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych dla osób niepełnosprawnych (4.7).

Asystent rodziny

(Priorytet V Koordynacja, poradnictwo i informacja; Działanie 5.1. Wzmocnienie profilaktycznego aspektu zadań asystenta rodziny).

Do katalogu zadań asystenta rodziny, uregulowanych w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej[201] dodano nowe zadanie w pkt 13a (od dnia 1 stycznia 2017 r.), tj. koordynację wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin lub rodzin z dziec-

[201] Dz. U. z 2020 r. poz. 821, ze zm.

kiem posiadającym zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Kobiety w ciąży i ich rodziny będą mogły każdorazowo zgłosić potrzebę objęcia wsparciem asystenta rodziny do gminy. Asystent rodziny – na wniosek osób uprawnionych – stanie się koordynatorem działań pomocowych, tym samym charakter działań asystenta rodziny wzbogacony został o istotny aspekt powszechnego dostępu do tego typu usługi społecznej (art. 8 ust. 2 i 3 ustawy o wsparciu).

MRiPS, na mocy art. 247 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, corocznie ogłasza na dany rok Program dofinansowania kosztów zatrudnienia asystentów rodziny i koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej i zaprasza jst szczebla gminnego/powiatowego do składania zapotrzebowania dotyczącego m.in. zatrudnienia asystentów rodziny. Program ten realizowany jest we współpracy ze służbami wojewody. Wojewoda, na podstawie zapotrzebowania od gmin i powiatów, wnioskować miał do MRiPS o środki na zadanie (dwa wnioski – odrębnie na środki z Funduszu Pracy i odrębnie na środki z rezerwy celowej). Wojewodowie przekazują gminom/powiatom środki na podstawie stosownych umów.

Szczegółowe zasady uzyskania dofinansowania określał *Program Asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej*.

Wsparcie w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej

Wykonując zapisy ustawy, w Programie „Za życiem" przewidziano niżej wymienione działania.

Priorytet I Wsparcie dla kobiet w ciąży i ich rodzin; Działanie 1.1 Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej oraz Priorytet II Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny; Działanie 2.1 Koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, a także Działania 2.3 Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

W zakresie wymienionych zadań, w Programie „Za życiem" zawarto zobowiązanie skierowane do Prezesa NFZ do wydania stosownych zarządzeń, tak by umożliwić oddziałom NFZ zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku części z zadań po przeprowadzeniu wymaganego przetargu publicznego.

Natomiast w odniesieniu do realizacji zadań wynikających z: *Działania 1.2 Diagnostyka i terapia prenatalna; Działania 1.3 Opieka paliatywna i hospicyjna oraz Działania 2.2 Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowanie ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu,* NFZ został zobowiązany do zawierania umów o udzielanie świadczeń celem zapewnienia lub zwiększenia dostępu do wymienionych zakresów świadczeń.

Ustalono również obowiązki informacyjne, np. do przekazywania danych medycznych przez podmioty udzielające świadczeń grupie docelowej do ośrodków koordynujących opiekę zdrowotną, z wyłączeniem, o którym mowa w art. 8 ust. 5 ustawy o wsparciu (Działanie 2.1).

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu Programu „Za życiem" na lata 2017–2021

Ministerstwo Zdrowia, na podstawie art. 48a ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej[202], opracowało Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu Programu „Za życiem". Przepis ten wszedł w życie 1 września 2017 r. Głównym celem Programu polityki zdrowotnej jest realizacja Programu „Za życiem" w zakresie następujących działań:

1. koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci (działanie 2.1.) – realizacja tego zadania ma na celu podniesienie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, przez umożliwienie koordynacji udzielanych świadczeń przez poradnie neonatologiczno-pediatryczne przy wsparciu informatycznych środków wymiany i gromadzenia dokumentacji medycznej;
2. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt (działanie 2.2.) – celem tego zadania jest zapewnienie dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu;
3. wczesna rehabilitacja dzieci (działanie 2.3.) – realizacja tego zadania jest ukierunkowana na zwiększenie efektywności i dostępności do rehabilitacji dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

W związku z realizacją Programu „Za życiem" poszerzona została opieka dla kobiet w ciąży patologicznej, z ciężkimi chorobami płodu. Zarządzeniem nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa NFZ w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin, wprowadzono koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II i III poziomie referencyjnym (KOC ll/lll). Zmiany wprowadzone ww. zarządzeniem miały na celu zapewnienie lepszej dostępności i jakości świadczeń przez wprowadzenie koordynacji opieki położniczo-ginekologicznej szpitalnej, ambulatoryjnej oraz opieki neonatologicznej szpitalnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej. Szczególną pomoc medyczną (w zakresie diagnostyki i leczenia) finansowaną przez NFZ, powinny uzyskać kobiety w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, ciężkich chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego. Opieka koordynowana KOC ll/lll obejmuje specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem,

[202] Uchylony z dniem 30 listopada 2017 r. Od 1 grudnia 2017 r. przedmiotową kwestię reguluje ust. 17 dodany do art. 48a ww. ustawy.

a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację. Prowadzenie ciąży przez położną, przedporodowa i poporodowa opieka położnej finansowane są odrębnie. Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC ll/lll, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC ll/lll.

Naturalną kontynuacją odpowiedniej opieki okołoporodowej (w tym również diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej) jest zapewnienie dziecku właściwej, dostosowanej do jego potrzeb opieki zdrowotnej po urodzeniu. Jednym z najważniejszych elementów funkcjonowania trójstopniowego systemu opieki perinatalnej było utworzenie we wszystkich ośrodkach II poziomu opieki stanowisk intensywnej terapii, zaś w ośrodkach III poziomu oddziałów intensywnej terapii nad noworodkiem. Wymagania dotyczące zatrudnienia i wyposażenia świadczeniodawców w zależności od poziomu referencyjnego wykonywanych świadczeń zarówno w zakresie neonatologii jak i położnictwa zostały określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego[203]. Ośrodek III poziomu referencyjności prowadzi intensywną opiekę oraz opiekę pośrednią, a także diagnostykę i leczenie o najwyższym poziomie zaawansowania w ciążach wysokiego ryzyka i w okresie noworodkowym. Ośrodek taki koncentruje techniczne oraz merytoryczne możliwości realizacji świadczeń w dziedzinach takich jak: chirurgia dziecięca, genetyka, intensywna terapia kardiologiczna, kardiochirurgiczna i neurologiczna, okulistyka, techniki obrazowania, hematologia i inne.

Ponadto w związku z realizacją Programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem", zarządzeniem nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 r. wprowadzono również nowy zakres świadczeń kierowanych do dzieci, tj. dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK). Celem wprowadzenie przedmiotowego zakresu świadczeń jest sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami oraz Programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. Dziecięca opieka koordynowana jest skierowana do dzieci do ukończenia trzeciego roku życia, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te dedykowane są także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (z ang. *very low birth weight*).

Celem świadczenia jest zapewnienie ww. grupie dzieci skoordynowanej opieki poszpitalnej obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne. Opieka realizowana jest w różnych podmiotach organizacyjnych, zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji DOK, opracowanym przez podmiot koordynujący DOK, którym jest poradnia neonatologiczna, będąca w strukturze organizacyjnej szpitala posiadającego oddział neonatologiczny (III poziom referencyjny).

[203] Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

W bezpośrednim związku z opieką udzielaną w ww. trybie pozostają również świadczenia udzielane na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej[204]. Przedmiotowe rozporządzenie określa m.in. świadczenia z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.

Zapewnienie właściwej opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, zwłaszcza tym, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu (powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu) oraz noworodkiem urodzonym przedwcześnie o niskiej masie urodzeniowej, wiąże się również z odpowiednim żywieniem.

Mleko kobiece jest optymalnym pokarmem dla każdego dziecka – zdrowego i chorego, stąd też jako pierwszą alternatywę w przypadku braku dostępu do mleka biologicznej matki zaleca się pokarm pochodzący z banku mleka kobiecego, które dla grupy najmniejszych pacjentów ma znaczenie terapeutyczne.

W celu zwiększenia dostępu do mleka z banku mleka kobiecego, mocą zarządzenia nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 r. wprowadzono współczynnik korygujący o wartości 1,01 dla rozliczania świadczeń neonatologicznych w zakresie KOC ll/lll, związanych z leczeniem noworodków z grup wysokiego ryzyka, w tym o znacznej niedojrzałości, rozliczanych grupami: N21KOC, N22KOC, N23KOC, N24KOC, N25KOC, przez świadczeniodawców, którzy wykorzystują do żywienia tych noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z banku mleka kobiecego. Od dnia 1 października 2017 r. nie stosuje się współczynnika korygującego. W jego miejsce obowiązują nowe taryfy opublikowane w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Jednocześnie, zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 11/2019/DSOZ z dnia 31 stycznia 2019 r. oraz Nr 3/2019/DSOZ z dnia 14 stycznia 2019 r. wartość produktu rozliczeniowego dla opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC) – zarówno w KOC I jak również KOC II i III żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki wynosi 184,95 punktów za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4. tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4. tygodnia życia.

Program „Za życiem" zawiera dwa załączniki, tj. załącznik nr 1 – *Zasoby instytucjonalne;* w którym dokonano diagnozy szeroko rozumianej problematyki społeczno-zdrowotnej w społeczeństwie na przestrzeni ostatnich lat, w załączniku zaś nr 2 – *Harmonogram działań* na cały okres Programowania (lata 2017–2021), wskazano okres wdrażania danego działania;

[204] Dz. U. z 2021 r. poz. 265.

określono podmiot za to odpowiedzialny oraz *Plan finansowy Programu*, w którym wskazano źródła finansowania oraz wysokość zaplanowanych środków, które ogółem przekraczają kwotę 3 mld zł.

Pozostałe obowiązki wynikające z innych norm prawnych

Należy uwzględnić, że część z zaplanowanych w Programie „Za życiem" działań lub grup beneficjentów pomocy nie wynika wprost z ustawy o wsparciu, jednakże obowiązek ich realizacji można wywieść z innych norm o charakterze ustawowym, tj. w szczególności z:

- ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie[205]; w art. 22 pkt 2 ustawodawca wskazał, że wojewoda odpowiada za wykonywanie polityki Rady Ministrów w województwie, a w szczególności zapewnia współdziałanie wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej działających w województwie i kieruje ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia, zdrowia (...) oraz wykonuje inne zadania określone w odrębnych ustawach oraz ustalone przez Radę Ministrów i Prezesa Rady Ministrów (pkt 6);
- ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym[206]; w art. 7 ust. 1 ustawodawca do zadań własnych gminy zalicza zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, które obejmują sprawy m.in. ochrony zdrowia (pkt 5); pomocy społecznej, w tym ośrodków i zakładów opiekuńczych (pkt 6); wspierania rodziny i sytemu pieczy zastępczej (pkt 6a); polityki prorodzinnej, w tym zapewnienia kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej (pkt 16). Pamiętać przy tym należy, że aby określone zadanie z zakresu administracji publicznej mogło być przez gminę realizowane, musi istnieć norma kompetencyjna – przepis ustawy szczególnej wskazujący zadanie, właściwy organ oraz prawną formę realizacji zadania; ustawy o pomocy społecznej; w myśl art. 7 pkt 5, 6 i 8 ustawy pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom, w szczególności z powodu niepełnosprawności; długotrwałej lub ciężkiej choroby; potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności. Pomoc społeczna, stosownie do art. 3 ust. 1 ustawy, wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zadaniem pomocy społecznej jest zapobieganie sytuacjom, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Rodzaj, forma i rozmiar świadczenia powinny być odpowiednie do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy.

Rada Ministrów w uchwale nr 160 w sprawie Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" zobowiązała się nie rzadziej niż raz na pięć lat dokonać przeglądu Programu oraz określić jego zakres w poszczególnych latach. Pierwszy przegląd zaplanowano na 2021 r.

[205] Dz. U. z 2019 r. poz. 1464.

[206] Dz. U. z 2020 r. poz. 713, ze zm.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329).
2. Uchwała Nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" (M.P. poz. 1250).
3. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2021 r. poz. 75).
6. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w celu poprawy skuteczności egzekucji świadczeń alimentacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2432, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1409, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1464).
10. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305).
13. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).
14. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
15. Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 611, ze zm.).
16. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910, ze zm.).
17. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.).
18. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573).
19. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1053, ze zm.).

20. Rozporządzenie Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2020 r. poz. 249).
21. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 1712).
22. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1289).
23. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. 2017 r. poz. 1635).
24. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1065, ze zm.).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Edukacji, Nauki i Młodzieży
9. Sejmowa Gospodarki i Rozwoju
10. Sejmowa Komisja Polityki Społecznej i Rodziny
11. Sejmowa Komisja Zdrowia
12. Senacka Komisja Edukacji, Nauki i Młodzieży
13. Senacka Komisja Gospodarki i Rozwoju
14. Senacka Komisja Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej
15. Senacka Komisja Zdrowia
16. Rzecznik Praw Pacjenta
17. Rzecznik Praw Dziecka
18. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
19. Prezes Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
20. Minister Edukacji i Nauki
21. Minister Rodziny i Polityki Społecznej
22. Minister Rozwoju, Pracy i Technologii
23. Minister Zdrowia
24. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej
25. Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii
26. Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii
27. Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej
28. Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
29. Wojewodowie

6.5. Stanowiska do informacji o wynikach kontroli

MINISTERSTWO
RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Warszawa / *elektroniczny znacznik czasu* /

SEKRETARZ STANU
PEŁNOMOCNIK RZĄDU
DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
Paweł Wdówik

BON-II.081.1.5.2021.AB

Pani
Małgorzata Motylow

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli *Realizacja kompleksowego programu wsparcia dla rodzin „Za życiem”*, przekazaną przy piśmie NIK z dnia 6 sierpnia 2021 r., znak: LZG.410.017.2020, zwaną dalej „informacją NIK o wynikach kontroli” Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej wyjaśnia, że ma świadomość konieczności podjęcia działań mających na celu udoskonalenie procesu monitorowania *Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”*[1], zwanego dalej „Programem” lub „Programem „Za życiem””, także w zakresie wskazanym w informacji NIK o wynikach kontroli. Jednocześnie Ministerstwo ponownie zwraca uwagę na daleko idące oceny

[1] Załącznik nr 1 do uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. *w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”* (M. P. poz. 1250).

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
e-mail: info@mrips.gov.pl, tel. 222-500-108

niepodległa | POLSKA STULECIE ODZYSKANIA NIEPODLEGŁOŚCI

krytyczne NIK formułowane pod adresem koordynatora Programu, dotyczące wykazywania nierzetelnych danych w sprawozdaniach z realizacji programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" w latach 2017-2019, które są jednak niewspółmierne do skali błędów występujących w ww. dokumentach.

Trudno również zgodzić się ze stwierdzeniem nierzetelnego wykonywania zadań koordynatora Programu „Za życiem", biorąc pod uwagę zakres obowiązków powierzony koordynatorowi opisany w Programie „Za życiem", w części dotyczącej „Sposobu wykonywania zadań w ramach Programu", jak również jego zaangażowanie w proces pozyskiwania danych w zakresie realizacji poszczególnych działań. Zgodnie ze wskazaniami opisanymi w „Sposobie wykonywania zadań w ramach Programu" monitoring realizacji Programu „Za życiem" realizowany jest m.in. przez ministrów, zgodnie z właściwością, i polega na zbieraniu informacji o realizacji Programu oraz dokonywaniu bieżącej oceny instrumentów. Natomiast do koordynatora przekazywane są – co należy podkreślić – zbiorcze, kompleksowe informacje o Programie, jak i sytuacji w obszarach objętych celami Programu „Za życiem".

Ponadto należy wskazać na kilkuetapowy i złożony proces opracowania sprawozdania z realizacji Programu „Za życiem" podejmowany przez koordynatora Programu, począwszy od pozyskiwania danych i informacji od podmiotów odpowiedzialnych za realizację poszczególnych działań, przez konsultacje projektu sprawozdania przeprowadzane w MRiPS i z innymi resortami, czy uzgodnienia na Stałym Komitecie Rady Ministrów. Pojawiające się na etapie pozyskiwania danych wątpliwości w zakresie niektórych informacji podawanych przez realizatorów działań były wyjaśniane pisemnie, mailowo lub telefonicznie jeszcze przed rozpoczęciem procesu konsultacji wewnętrznych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej projektu sprawozdania z realizacji Programu „Za życiem", a następnie konsultacji międzyresortowych. Z kolei na etapie wyżej wspomnianych konsultacji każdy z realizatorów miał ponowną możliwość zweryfikowania przekazanych przez siebie informacji (w tym danych rzeczowo-finansowych), które zostały umieszczone w zbiorczym dokumencie, a wątpliwości i uwagi zgłaszane w toku konsultacji były

na bieżąco wyjaśniane. Podobny proces miał miejsce na etapie uzgodnień w ramach Stałego Komitetu Rady Ministrów.

Podnosząc kwestię bieżącej oceny poszczególnych instrumentów i pozyskiwania danych do ich oceny Ministerstwo wskazało, że – oprócz danych przekazywanych przez realizatorów działań Programu – gromadzi i analizuje dane, a także inicjuje badania oraz prace analityczne w obszarze problematyki niepełnosprawności, wykorzystując informacje pochodzące z różnych źródeł wiedzy społecznej i statystyk. Dane te stanowią ważne źródło informacji w zakresie potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym grupy docelowej wskazanej w Programie.

Odnosząc się do kwestii przedkładania Prezesowi Rady Ministrów sprawozdań z realizacji Programu „Za życiem" za lata 2017-2019 z kilkumiesięcznym opóźnieniem w pismach skierowanych do NIK wyjaśniano, że – oprócz wspomnianego już wyżej wieloetapowego procesu procedowania projektu dokumentu – jest to również uzależnione od sprawozdawczości realizatorów poszczególnych działań. W związku z powyższym rozważa się przesunięcie terminu przedstawiania sprawozdania z realizacji Programu „Za życiem" Prezesowi Rady Ministrów, co pozwoli na terminowe zebranie danych od realizatorów poszczególnych działań, które to dane za poprzedni rok dostępne są niekiedy dopiero w drugiej połowie następnego roku.

Trudno zgodzić się również ze stwierdzeniem braku monitorowania przez Ministerstwo działania 3.3., dotyczącego wsparcia osób niepełnosprawnych, które opuściły warsztat terapii zajęciowej, w celu podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Ponownie należy podkreślić, iż – zgodnie z Programem „Za życiem" – podmiotem odpowiedzialnym za realizację ww. działania jest Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Zajęcia klubowe realizowane są na podstawie art. 10g-h ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), natomiast program pn. „Zajęcia klubowe w WTZ"[2] służy ich finansowaniu.

[2] Należy podkreślić, że Program „Zajęcia klubowe w WTZ" zatwierdzony został uchwałą nr 7/2018 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 12 czerwca 2018 roku.

4

W wyjaśnieniach przekazanych Najwyższej Izbie Kontroli Ministerstwo wskazywało, iż w przypadku działania 3.3., dane w zakresie realizacji programu „Zajęcia klubowe w WTZ" zbierane są przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i publikowane w corocznym *Sprawozdaniu Zarządu PFRON z realizacji planu rzeczowo-finansowego z działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*. Informacje te są wykorzystywane do sporządzenia opisu rezultatów działania 3.3. W przypadku oceny ww. instrumentu powyższe *Sprawozdanie Zarządu PFRON* stanowi istotne, ale nie jedyne źródło informacji. Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych występowało do PFRON o dane dotyczące Programu „Zajęcia klubowe w WTZ". Zakres przekazanych przez PFRON informacji i danych dotyczących Programu „Zajęcia klubowe w WTZ" jest zbliżony do tego, co znajduje się w *Sprawozdaniach Zarządu PFRON z realizacji planu rzeczowo-finansowego z działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*. W związku z powyższym Biuro Pełnomocnika wskazało na powyższy dokument jako główne źródło informacji i danych w zakresie Programu „Zajęcia klubowe w WTZ", mając jednocześnie świadomość konieczności pozyskania dodatkowych informacji w zakresie dotychczasowej realizacji ww. programu PFRON i dostosowania do potrzeb i oczekiwań beneficjentów, na podstawie wniosków z jego ewaluacji. Niezależnie od powyższego należy również zaznaczyć, że Biuro Pełnomocnika monitoruje potrzeby jednostek prowadzących WTZ, a także odpowiada na ich bieżące wnioski i postulaty zgłaszane do Biura.

Podsumowując należy podkreślić, że Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej podejmuje działania mające na celu udoskonalenie procesu zbierania danych pozwalających na dokonanie oceny stopnia wykorzystania poszczególnych instrumentów i udoskonalenia tych, co do których zgłaszane są postulaty, szczególnie przez beneficjentów ostatecznych Programu. Przy czym należy mieć na uwadze, że Program „Za życiem" realizowany jest od 1 stycznia 2017 r., a w przypadku niektórych działań – od 2018 r. Ponadto należy wskazać, iż w pierwszym roku i w pierwszej połowie drugiego roku funkcjonowania Programu

W 2018 roku wystąpienia samorządów powiatowych przyjmowane były w terminie od dnia 1 lipca do dnia 31 sierpnia 2018 roku.

„Za życiem” (2017 r. – I połowa 2018 r.) uwaga skoncentrowała była na wprowadzeniu zmian przepisów niektórych ustaw i wdrożeniu ich w życie.

Zawarte w treści informacji NIK o wynikach kontroli uwagi i propozycje są obecnie poddawane dalszej analizie pod kątem wdrożenia ich w życie. Należy również zauważyć, że – zgodnie z § 3 ust. 2 uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. *w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”* (M.P. 1250) – Rada Ministrów nie rzadziej niż raz na pięć lat dokonuje przeglądu Programu oraz określa jego zakres w poszczególnych latach. Ponadto pierwszy przegląd zostanie dokonany w 2021 r. W listopadzie 2020 r. zarządzeniem nr 210 Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 listopada 2020 r. *w sprawie Międzyresortowego Zespołu do spraw opracowania zmian Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”* (M. P. poz. 1039) został powołany Międzyresortowy Zespół do spraw opracowania zmian Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, organ pomocniczy Prezesa Rady Ministrów, którego zadaniem jest opracowanie zmian Programu „Za życiem”. Przegląd Programu jest okazją do przeprowadzenia pogłębionej analizy działań w ramach ww. Programu na podstawie dotychczasowych doświadczeń wynikających z ich realizacji.

Z wyrazami szacunku,

Paweł Wdówik

Sekretarz Stanu
Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych

/-podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
e-mail: info@mrips.gov.pl, tel. 222-500-108

Minister Zdrowia

Warszawa, 25 sierpnia 2021

NKM.0910.3.2021.11.KCZ

Pani
Małgorzata Motylow
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na Informację Najwyższej Izby Kontroli (zwaną dalej „NIK") o wynikach kontroli P/20/090 *Realizacja kompleksowego programu wsparcia dla rodzin „Za życiem"*, która została przekazana przy piśmie z dnia 6 sierpnia 2021 r. o znaku: LZG.410.017.2020, uprzejmie przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

Mając na uwadze wyjątkową sytuację każdej kobiety w okresie ciąży, w szczególności tej, która ma charakter powikłany lub która musi zmierzyć się z sytuacją niepowodzenia położniczego, jak również sytuację dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, został wdrożony Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", jako zapewnienie dodatkowego wsparcia dla tych osób ze strony państwa.

Minister Zdrowia podjął stosowne działania umożliwiające realizację wszystkich określonych w Programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" zadań, za które był odpowiedzialny. Jednocześnie niesatysfakcjonujący stopień realizacji części z nich jest uwarunkowany trudnościami świadczeniodawców z zapewnieniem wysokiej jakości tych świadczeń zdrowotnych i ich koordynacji. Wiążą się z tym zarówno wysokie wymagania co do zapewnienia odpowiedniego personelu medycznego (problemy kadrowe), specjalistycznych poradni w jednym miejscu (problemy organizacyjne), jak

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 63 49 460
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

również konieczność monitorowania rozwoju dziecka przez utworzone w ośrodkach zespoły specjalistów. Tak na przykład założeniem dziecięcej opieki koordynowanej (zwanej dalej „DOK") jest zapewnienie pełnej opieki, czyli zarówno diagnostyki i konsultacji specjalistycznych, jak i rehabilitacji, w miarę możliwości w jednym miejscu, aby ułatwić rodzicom korzystanie ze świadczeń. Większość poradni neonatologicznych funkcjonuje w strukturze szpitala, który nie posiada własnego, specjalistycznego zaplecza rehabilitacyjnego. W tej sytuacji do realizacji DOK jest konieczne zlecenie świadczeń w zakresie rehabilitacji podwykonawcom. Podmioty realizujące rehabilitację nie chcą być podwykonawcą dla poradni neonatologicznej, ponieważ taka forma kontraktu wydłuża otrzymanie pieniędzy za udzielone świadczenia. Ponadto część poradni neonatologicznych nie jest zainteresowana koordynacją opieki w pełnym zakresie, skupiając się jedynie na udzielaniu porad specjalistycznych. Analogiczne problemy z koordynacją udzielanych świadczeń dotyczą koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (zwanej dalej „KOCII/III"), której zadaniem jest kompleksowe objęcie opieką zdrowotną ciężarnej od początku ciąży, przez cały okres jej trwania, aż do porodu. Wymaga to odpowiednio rozbudowanej sieci poradni specjalistycznych (własnych lub włączonych w realizację KOC na zasadzie formalnej współpracy), które zapewnią każdej ciężarnej poradnictwo ambulatoryjne zgodnie ze standardem wynikającym z przepisów. Możliwe jest, że szpitale na III poziomie referencyjnym, w których odbywa się kilka tysięcy porodów rocznie, obawiają się obowiązku zorganizowania opieki ambulatoryjnej w wystarczającym zakresie. Nie ulega wątpliwości konieczność dokonania analizy przyjętych założeń KOCII/III, DOK oraz koordynowanej opieki nad dziećmi z całościowymi zaburzeniami rozwoju (zwanej dalej „KO-CZR") oraz weryfikacja warunków udzielania świadczeń pod kątem zwiększenia zainteresowania nimi potencjalnych świadczeniodawców.

Należy mieć na uwadze, że zadania, za realizację których jest odpowiedzialny minister właściwy do spraw zdrowia, zawarte są w następujących dwóch priorytetach:

1) w priorytecie I pn.: „Wsparcie dla kobiet w ciąży i ich rodzin";
2) w priorytecie II pn.: „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny".

Ad 1. Zadania z zakresu ochrony zdrowia w ramach priorytetu I „Wsparcie dla kobiet w ciąży i ich rodzin".

W ramach przedmiotowego priorytetu w Programie przewidziano realizację następujących trzech zadań z zakresu ochrony zdrowia:

1.1. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej.

Przedmiotowe zadanie jest skierowane do kobiet w ciąży i noworodków, jego celem jest zapewnienie wszechstronnej opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu. Zadanie ma być realizowane bezpośrednio przez oddziały położniczo-ginekologiczne, oddziały położniczo--ginekologiczne II i III poziomu referencyjnego, poradnie ginekologiczno-położnicze, oddziały neonatologiczne III poziomu referencyjnego, położne podstawowej opieki zdrowotnej (zwanej dalej „POZ").

W Programie przewidziano, że zadanie zostanie zrealizowane poprzez zapewnienie koordynacji świadczeń udzielanych kobiecie w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej, poprzez zawieranie umów o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami realizującymi wspólnie świadczenia szpitalne z zakresu położnictwo i ginekologia II i III poziom referencyjny i ambulatoryjne z zakresu położnictwa oraz z zakresu neonatologii. W ramach opieki koordynowanej kobieta w ciąży i w połogu będzie miała zapewnioną opiekę położniczą, w tym w razie potrzeby zabiegi wewnątrzmaciczne, zgodnie ze standardami opieki położniczej nad ciążą i ciążą patologiczną, a noworodek opiekę neonatologiczną. Jednym z zadań ww. świadczeniodawców będzie zapewnienie opieki psychologicznej nad kobietami w ciąży z rozpoznanymi nieuleczalnymi wadami płodu, realizowanej przez odpowiednio przygotowany personel. Program przewiduje ponadto w tym zakresie umożliwienie prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położne POZ oraz konieczność zapewnienia zwiększonego dostępu do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej i w okresie jednego roku od porodu.

Opieka koordynowana została zrealizowana w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej „NFZ") oraz poprzez zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z poszczególnymi jej realizatorami.

1.2. Diagnostyka i terapia prenatalna.

Przedmiotowe zadanie jest skierowane do kobiet w ciąży ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych (z możliwością rozszerzenia na inne elementy), jego celem jest zwiększenie dostępności do diagnostyki i terapii prenatalnej.

Zadanie jest realizowane bezpośrednio przez podmioty realizujące program badań prenatalnych, które prowadzą specjalistyczne badania w kierunku wad wrodzonych, zgodnie z zasadami określonymi w tym programie.

Formą realizacji zadania jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

1.3. Opieka paliatywna i hospicyjna.

Zadanie jest skierowane do rodzin z dzieckiem z nieuleczalną wadą letalną, jego celem jest zapewnienie tym rodzinom wsparcia realizowanego przez opiekę psychologiczną, a także zapewnienie godnych warunków umierania dzieciom z nieuleczalną wadą letalną.

Bezpośrednimi realizatorami tego zadania są hospicja stacjonarne i domowe, podmioty realizujące koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej.

Zadanie zostało zrealizowane poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dla wymagających takiej formy opieki dzieci, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych na rzecz dzieci z nieuleczalną wadą letalną, jak również poprzez zapewnienie opieki psychologicznej matce w ciąży z płodem z nieuleczalną wadą letalną i po porodzie przez wykwalifikowany zespół psychologów.

Formą realizacji zadania jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad. 2. Zadania z zakresu ochrony zdrowia w ramach priorytetu II „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny".

W ramach przedmiotowego priorytetu w Programie przewidziano realizację następujących trzech zadań z zakresu ochrony zdrowia:

2.1. Koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Zadanie jest skierowane do niemowląt oraz dzieci do trzeciego roku życia, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Świadczenia te dedykowane są także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (z ang. *very low birth weight*).

Celem zadania jest podniesienie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ww. grupy dzieci, poprzez umożliwienie koordynacji udzielanych im świadczeń

przez poradnie neonatologiczno-pediatryczne przy wsparciu informatycznych środków wymiany i gromadzenia dokumentacji medycznej.

Zadanie jest realizowane bezpośrednio przez poradnie neonatologiczne, inne poradnie dla dzieci, poradnie/ośrodki rehabilitacji dla dzieci.

Pogram przewiduje następujący sposób realizacji przedmiotowego zadania:

1) wprowadzenie rozwiązań prawnych umożliwiających koordynację świadczeń udzielanych przez 30 wyspecjalizowanych ośrodków neonatologicznych na terenie całej Polski, na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu;
2) wyposażenie ośrodków koordynujących, w odpowiedni sprzęt komputerowy oraz narzędzia informatyczne, umożliwiające szyfrowane przekazywanie danych medycznych przez podmioty udzielające świadczeń tym dzieciom oraz prowadzenie przez przedmiotowe ośrodki zbiorczej dokumentacji medycznej;
3) zatrudnienie koordynatora (pielęgniarki lub rejestratorki lub sekretarki medycznej) udzielanych świadczeń;
4) nałożenie obowiązku przekazywania danych medycznych przez podmioty udzielające świadczeń grupie docelowej do ośrodków koordynujących opiekę zdrowotną.

2.2. Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Beneficjentami docelowymi zadania są noworodki i niemowlęta, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Celem zadania jest zapewnienie ww. grupie osób dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym.

Zadanie jest realizowane bezpośrednio przez podmioty prowadzące Banki Mleka lub przygotowane do ich prowadzenia.

Pogram przewidywał, że przedmiotowe zadanie zostanie zrealizowane poprzez zwiększenie liczby Banków Mleka w Polsce do 13, co z kolei ma nastąpić poprzez:

1) zapewnienie finansowania powstania Banków Mleka na obszarze całego kraju;

2) zapewnienie finansowania działalności Banków Mleka.

2.3. Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Beneficjentami docelowymi zadania są dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu**.**

Celem zadania jest zwiększenie efektywności i dostępności do rehabilitacji ww. grupy dzieci. Zadanie jest realizowane bezpośrednio przez ośrodki rehabilitacji dla dzieci.

Pogram przewiduje następujący sposób realizacji przedmiotowego zadania:

1) wyposażenie ośrodków rehabilitacji dla dzieci udzielających świadczeń w ramach zakresu: dziecięca opieka koordynowana w urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń mowy;
2) zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych poprzez wprowadzenie jako jednego z elementów dziecięcej opieki koordynowanej, świadczeń w ośrodkach dziennej rehabilitacji wieku rozwojowego oraz zwiększenie poziomu finansowania tych świadczeń.

Uwagi ogólne do informacji NIK

1) *„Minister Zdrowia odpowiedzialny za monitorowanie realizacji sześciu najważniejszych działań Programu, dotyczących zaopatrzenia zdrowotnego rodzin, nie wykonywał istotnej części obowiązków przewidzianych w ramach sprawowanego monitoringu, a niektóre z nich realizował w sposób nierzetelny”,* str. 16.

Trudno zgodzić się ze stwierdzeniem, aby zadania z obszaru zdrowia były najważniejszymi działaniami Programu. Należy bowiem podkreślić, że zgodnie z przyjętymi założeniami, program ma charakter kompleksowy i interdyscyplinarny, składa się na niego szereg działań w różnych obszarach życia społecznego, które wspólnie mają stanowić pomoc dla jego beneficjentów, czyli kobiet w ciąży i rodzin. Zgodnie z treścią Programu „Skuteczne, systemowe wsparcie osób niepełnosprawnych i ich rodzin wymaga zastosowania wielospecjalistycznych działań realizowanych w formule międzyresortowej. Dlatego też, w celu wypracowania jak najlepszych, horyzontalnych rozwiązań został powołany przez Prezesa Rady Ministrów Międzyresortowy Zespół do spraw opracowania projektu Rządowego Programu wsparcia dla rodzin „Za życiem”. Program obejmuje kompleksowe rozwiązania,

w szczególności w obszarach dotyczących wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin, wczesnego wspomagania dziecka i jego rodziny, usług wspierających i rehabilitacyjnych, wsparcia mieszkaniowego, a także koordynacji wsparcia, poradnictwa i informacji."[1] Należy zwrócić uwagę, iż zadania realizowane przez Ministerstwo Zdrowia nie zostały nawet wymienione jako przykładowe formy wsparcia we „Wstępie" do Programu, zatem przypisanie im szczególnej wagi jest wyłącznie subiektywną oceną NIK, nieznajdującą odzwierciedlenia ani w samym Programie, ani w stanowiącym podstawę do jego opracowania ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"[2].

2) *Minister Zdrowia rozpoczął realizację działań wynikających z Programu Za życiem zgodnie z przyjętym harmonogramem stanowiącym załącznik do Programu, przy czym z uwagi na trwające prace nad wdrożeniem aktów prawnych, realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej rozpoczęto dopiero od 2018 r. [35-38] (str. 16).*

Powyższa informacja na temat działań Ministra Zdrowia została błędnie podana w syntezie NIK dotyczącej niezapewnienia zaprogramowanej bazy informacyjnej.

3) *Niezapewnienie skoordynowanej opieki nad kobietą w ciąży we wszystkich województwach kraju – działanie 1.1. (str. 17).*

Powyższa informacja na temat działań Ministra Zdrowia zawarta w syntezie NIK w odniesieniu do koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOCII/III) powinna być przedstawiona w sposób jednolity, analogicznie jak inne działania w obszarze ochrony zdrowia (DOK, opieka paliatywna i hospicyjna, badania prenatalne). W przypadku pozostałych działań NIK odnosi się do ich „stopnia wdrożenia" (np.: „Wysoki stopień wdrożenia badań prenatalnych – działanie 1.2", „Niewielki stopień wdrożenia perinatalnej opieki paliatywnej – działanie 1.3"), zaś w przypadku koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży opisuje ją odmiennie, co nie znajduje w tym przypadku uzasadnienia.

4) *Niewielki stopień wdrożenia DOK – działanie 2.1. (str. 18). Dopiero w październiku 2020 r., z uwagi na niewielką liczbę świadczeniodawców realizujących DOK oraz świadczeniobiorców objętych opieką, Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ zwróciła się do NFZ z prośbą o przedstawienie możliwych rozwiązań, mających na celu zapewnienie większej dostępności i efektywności udzielanych świadczeń*

[1] Wstęp do Programu.
[2] Dz. U. z 2020 r. poz. 1329.

w ramach DOK oraz przedstawiła propozycje modyfikacji DOK, nie wypracowano jednak żadnych rozwiązań. [48-51, 59-61].

W ramach nowych rozwiązań, zaproponowano w ramach DOK możliwość rozważenia zmian w zakresie rehabilitacji dzieci, bez konieczności wymogu zapewnienia przez DOK rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym (w ramach własnej struktury lub podwykonawstwa), pozostawiając jako wystarczający warunek współpracę z takimi podmiotami znajdującymi się najbliżej miejsca zamieszkania dziecka i ich odrębne finansowanie. Zgodnie z odpowiedzią NFZ założeniem DOK jest zapewnienie pełnej opieki, czyli zarówno diagnostyki i konsultacji specjalistycznych, jak i rehabilitacji, w miarę możliwości w jednym miejscu, aby ułatwić rodzicom korzystanie ze świadczeń. Rehabilitacja może być realizowana bliżej miejsca zamieszkania dziecka, ale poradnia DOK zapewnia wszystkie porady specjalistyczne i koordynuje całość opieki, co dla rodziców chorego dziecka na ogół jest trudne. Zdejmując z poradni neonatologicznej obowiązek koordynacji opieki nad dysfunkcyjnym dzieckiem sprowadzamy ją do poziomu zwykłej poradni. Wycena świadczeń w ramach DOK, również w analizie NFZ, istotnie przewyższa wycenę analogicznych porad w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Kosztochłonna diagnostyka, np. badania rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, badania endoskopowe przewodu pokarmowego są finansowane odrębnie, zgodnie z ogólnymi zasadami stosowanymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Dla DOK nie jest możliwe określenie wskaźników jakości, które uprawniałyby do uzyskania premii finansowej. Efekty terapii w przeważającej części zależą od stanu wyjściowego dziecka, zatem uzyskanie przez dziecko pewnej umiejętności lub sprawności nie zawsze jest miarą jakości opieki. Nie można jednak się zgodzić ze stwierdzeniem, że „nie wypracowano jednak żadnych rozwiązań", z uwagi na to, że podjęte prace nad modyfikacją DOK nie zostały jeszcze zakończone, co nie pozwala na tym etapie przesądzać o ich efekcie.

5) *Zakup z programu zdrowotnego urządzeń do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń mowy nie cieszył się zbytnim zainteresowaniem. W październiku 2017 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs w powyższym zakresie, w ramach którego wybrano tylko dwie zgłoszone oferty. (str.19).*

Należy wyjaśnić, że wybrane dwie oferty były jedynymi zgłoszonymi w konkursie ofertami na wybór realizatorów programu polityki w zakresie zadania wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo

nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

6) *„Ani MEN, ani MZ, nie określiły katalogu schorzeń kwalifikującego dzieci do objęcia wsparciem Programu, dlatego tez placówki w tym zakresie kierowały się własnym osądem”.(str. 22).*

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy Za życiem jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, jest przyznawane w przypadku posiadania przez dziecko zaświadczenia, o którym mowa w art. 4 ust. 3. ww. ustawy.

W świetle przedmiotowego przepisu ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o których mowa w ust. 2 pkt 2-4, stwierdza w zaświadczeniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[3], posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

Ustawa nie wskazuje w tym zakresie konkretnych jednostek chorobowych. W związku z powyższym, decyzja o tym, czy wystąpiły okoliczności uprawniające do uzyskania rozważanego zaświadczenia jest podejmowana przez lekarza *ad casu*, a więc w odniesieniu do konkretnego przypadku. Opinia lekarza jest zatem zindywidualizowana i oparta o analizę stanu zdrowia danego pacjenta. Należy przy tym zaznaczyć, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. W związku z powyższy, trudno zgodzić się z zawartym na str. 22 Informacji NIK stwierdzeniem, jakoby wobec braku określonego katalogu schorzeń kwalifikujących dzieci do objęcia wsparciem Programu „placówki kierowały się w tym zakresie własnym osądem”. Po pierwsze bowiem, decyzja w tym zakresie podejmowana jest przez lekarza, a nie

[3] Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292.

placówkę, po drugie zaś, lekarz nie kieruje się „osądem", ale wskazaniami wiedzy medycznej.

7) *Nie bez znaczenia pozostaje też generalnie niska wiedza rodzin na temat roli i zadań asystenta rodziny. Po drugie. co najistotniejsze – skoncentrowaniu uwagi rodzin z chorym dzieckiem, zwłaszcza w początkowym okresie występowania trudności, na konieczności zaopatrzenia zdrowotnego i poszukiwaniu pomocy pośród służb medycznych, szczególnie utrudnionej wobec stwierdzonych w toku kontroli braku DOK-ów. [126-129] (str.25).*

Nie można zgodzić się ze stwierdzeniem NIK, że z uwagi na zbyt małą liczbę ośrodków DOK, rodzice dzieci u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu mają trudności w objęciu ich opieką medyczną. DOK to zintegrowana w jednym ośrodku opieka neonatologiczna, wielospecjalistyczna opieka pediatryczna – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami – oraz programy rehabilitacyjne dla dzieci nim objętych. Nie można jednak stwierdzić, że wyłącznie ośrodek DOK zapewnia opiekę zdrowotną tym dzieciom, z uwagi, że w miejscach, gdzie nie powstały ośrodki DOK i dzieci mogą korzystać ze specjalistycznej opieki w ramach systemu ochrony zdrowia na zasadach ogólnych. Jednocześnie mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Oznacza to, że:

1) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia;
2) jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących;
3) w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Bezkolejkowy dostęp do świadczeń zdrowotnych, jak również prawo do korzystania z wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania (o ilości zapotrzebowania decyduje lekarz wystawiający zlecenie), mają zagwarantowane:

1) dzieci, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu (które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu);

2) świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o:
   - znacznym stopniu niepełnosprawności,
   - o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Korzystanie z ww. uprawnień przez dzieci do 18 roku życia odbywa się na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej. Ponadto, wskazanej powyżej grupie świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Na marginesie należy również zauważyć, na krzywdzącą wobec stanu faktycznego, zaprezentowanych opinii na temat realizacji działań w ramach Programu przez pozostałe podmioty, a przede wszystkim liczby dedykowanych wniosków, jest dla Ministerstwa Zdrowia informacja zaprezentowana w części „Synteza". Należy bowiem wskazać, że przedstawione w tej części informacje oraz sposób ich prezentacji (przez wyszczególnienie Ministerstwa Zdrowia jako jednego z pierwszych omawianych podmiotów realizującego program) nie znajduje odzwierciedlenia w sformułowanych wobec Ministerstwa Zdrowia wnioskach, jest także niewspółmierny do ich liczby oraz ciężaru gatunkowego.

Należy podkreślić, że w obszarze zdrowia – w przeciwieństwie do innych obszarów objętych programem – zrealizowano wszystkie zadania. Oczywiście, z różnych względów, stopień ich wykonania był zróżnicowany, niemniej jednak żadnego zadania nie pozostawiono bez realizacji. Co więcej, zadania przypisane w programie do wyłącznej realizacji przez Ministerstwo Zdrowia, wykonane przede wszystkim w drodze „Programu polityki zdrowotnej służącego wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" na lata 2017-2021" zostały ocenione przez NIK pozytywnie. W przedstawianej informacji sposób realizacji ww. programu co do zasady nie budzi zastrzeżeń.

Tym bardziej należy uznać przyjęty sposób konstrukcji „Syntezy" dokumentu za krzywdzący wobec Ministerstwa Zdrowia.

W odniesieniu do wniosku sformułowanego przez NIK do Ministra Zdrowia (str. 33 przedmiotowego dokumentu) „***NIK uważa za konieczne dokonanie pogłębionej analizy przyjętych założeń KOC II/III, DOK oraz KO-CZR oraz weryfikację warunków udzielania świadczeń pod kątem zwiększenia zainteresowania potencjalnych świadczeniodawców w przypadku umów zawieranych po 1 lipca 2021 r.”*** podtrzymuję stanowisko przedstawione w informacji o sposobie wykorzystania uwagi i wykonania wniosków pokontrolnych (pismo z dnia 29 kwietnia 2021 r. o znaku: NKM.0910.3.2021.5.KCZ), dotyczące monitorowania realizacji Programu Za życiem, w tym podjętych działań dotyczących diagnozy trudności i barier w celu zapewnienia pełnego wdrożenia działań zaplanowanych w Programie. Jednocześnie w odniesieniu do wcześniej udzielonej informacji, w zakresie prowadzonego przez Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia rozeznania wśród świadczeniodawców realizujących DOK, mającego na celu usprawnienie obecnie funkcjonującego świadczenia oraz zoptymalizowania jego założeń, uprzejmie informuję, że wnioski zgłoszone przez realizatorów DOK zostały przekazane do NFZ. Aktualnie w NFZ trwają prace nad modyfikacją zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” pod kątem zwiększenia zainteresowania potencjalnych świadczeniodawców realizacją opieki koordynowanej na rzecz dzieci i kobiet w ciąży.

W odniesieniu do wniosku (str. 33) w brzmieniu „***Ponadto, NIK wnosi o dokonanie weryfikacji warunków udzielania świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej, mając na uwadze możliwość ewentualnego złagodzenia wymagań w zakresie zatrudnienia i wymaganego stażu, tak aby umożliwić większej liczbie świadczeniodawców możliwość realizacji świadczeń i dać możliwość lekarzom spełnienia warunków w zakresie okresów stażu pracy w ośrodku opieki perinatalnej.”*** uprzejmie informuję, że perinatalna opieka paliatywna została wprowadzona do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej[4]. Przedmiotowe świadczenie zapewnia:

1) wsparcie rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej;

[4] Dz. U. poz. 236.

2) opiekę nastawioną na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom,

– z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Przepisy ww. rozporządzenia weszły w życie w dniu 10 lutego 2017 r. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały określone w części IV (Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej) załącznika nr 2 ww. rozporządzenia.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia dołoży wszelkich starań, aby sprawozdania w zakresie działań realizowanych w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" w pełni odzwierciedlały pełen zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach ww. Programu. W przekazanym wkładzie do sprawozdania za 2020 r. została uwzględniona realizacja świadczeń związanych z prowadzeniem ciąży fizjologicznej przez położne POZ oraz świadczeń zapewniających zwiększony dostęp do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej i w okresie jednego roku od porodu – w ramach działania 1.1. – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem ciąży powikłanej. Ponadto, w ramach działania 2.3. – wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, uwzględniono realizację świadczeń KO-CZR. Powyższe powinno pozwolić na lepszą ocenę sytuacji w realizacji Programu oraz zasygnalizować konieczność ewentualnych zmian.

W odniesieniu do powtórzonego w Informacji wniosku NIK z wystąpienia pokontrolnego dotyczącego zapewnienia realizacji zaplanowanych w Programie zdrowotnym szkoleń dla pracowników banków mleka (str. 66) należy podkreślić, że planowana realizacja szkoleń w ramach Programu polityki zdrowotnej służącemu wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" na lata 2017-2021 była działaniem daleko wychodzącym poza ramy określone w realizacji działania 2.2. Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem". Zgodnie z Programem, bank mleka kobiecego jest prowadzony w formie komórki funkcjonalnej lub wyodrębnionej jednostki organizacyjnej w strukturze szpitala, w którym (w tej samej lokalizacji) funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności. Bank mleka kobiecego posiada system zapewnienia jakości obejmujący wewnętrzne

standardowe procedury operacyjne opisujące wszystkie czynności realizowane na poszczególnych etapach postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy. W Programie zostały określone wymagania lokalowo-sprzętowe banku mleka kobiecego, w zakresie fachowego personelu oraz konieczność stosowania procedur gwarantujących wysoką jakość pozyskanego mleka kobiecego, a przez to bezpieczeństwo jego biorców. Należy mieć również na uwadze, że w ramach ogłaszanych w latach 2017 i 2018 konkursów ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" na lata 2017-2021 w zakresie zadania: odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego, warunkiem dofinansowania sprzętu określonego w Programie było spełnienie przez Realizatorów wszystkich wymagań dla banku mleka kobiecego, w tym:

1) realizacja wszystkich określonych w programie etapów postępowania z mlekiem kobiecym zgodnie z warunkami i zasadami przyjętymi w programie;
2) posiadanie wewnętrznego systemu zapewnienia jakości, który obejmuje wewnętrzne procedury operacyjne dla każdego etapu postępowania z mlekiem kobiecym od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy.

Do konkursu ofert mogły przystąpić wyłącznie podmioty lecznicze prowadzące szpital, w strukturze którego funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności, które prowadzą lub są przygotowane do prowadzenia banku mleka kobiecego w tej samej lokalizacji co ww. oddział, zapewniające:

1) minimalne wymagania lokalowe określone w Programie, niezbędne do prowadzenia banku mleka kobiecego;
2) odpowiedni personel fachowy do realizacji wszystkich etapów postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyń, po udostępnienie mleka biorcom, zapewniające realizację wszystkich określonych w programie etapów postępowania z mlekiem kobiecym zgodnie z warunkami i zasadami przyjętymi w Programie.

Celem planowanych szkoleń pracowników banków mleka kobiecego oraz personelu medycznego podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne na II i III poziomie referencyjności, miała być wymiana doświadczeń pracowników banków mleka kobiecego funkcjonujących od wielu lat oraz tych nowopowstałych, jak również większa współpraca banków z podmiotami leczniczymi. Brak realizacji szkoleń

nie powoduje jednak zaprzestania stosowania przez banki mleka kobiecego procedur gwarantujących wysoką jakość pozyskanego mleka kobiecego, jak również nie ma wpływu na dostęp do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt. Powyższe potwierdza wzrost liczby dzieci żywionych mlekiem kobiecym pochodzącym z banku mleka w stosunku do 2019 r., pomimo trwającej pandemii COVID-19. W 2020 r. nie odnotowano również spadku liczby podmiotów do których przekazano mleko z banku mleka.

Jednocześnie w kolejnych edycjach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" rozważa się szkolenia pracowników podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, w strukturach których funkcjonują oddziały neonatologiczne o II lub III stopniu referencyjności, z bankami mleka kobiecego w celu zwiększenia ich współpracy. Równocześnie podmioty lecznicze, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności, uczestniczące w szkoleniach, mogłyby w ramach programu zostać doposażone w niezbędny sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania. Sprzęt ten jest potrzebny do stymulacji i utrzymania laktacji u matek dzieci przedwcześnie urodzonych, a jego dostępność w podmiocie leczniczym zwiększy prawdopodobieństwo karmienia piersią dzieci po okresie hospitalizacji, w czasie której były żywione mlekiem z banku mleka kobiecego. Propozycja uwzględnienia szkoleń została przedstawiona Koordynatorowi Programu w ramach przeglądu i analizy działań realizowanych w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem".

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

MINISTER EDUKACJI I NAUKI

Warszawa, 22 sierpnia 2021 r.

DKA-WKO.0914.1.2021.BB

Pan
Marian Banaś
Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2020 r. poz. 1200), przedstawiam stanowisko do poniższych wniosków zawartych w *Informacji o wynikach kontroli P/20/090 Realizacja kompleksowego programu wsparcia dla rodzin „Za życiem”,* skierowanych do Ministra Edukacji i Nauki.

1. „Precyzyjne zdefiniowanie w kolejnej edycji Programu oraz rozporządzeniu w sprawie OKRO grupy docelowej dzieci objętych wsparciem, a w przypadku dzieci zagrożonych niepełnosprawnością posługiwanie się klasyfikacją ICD-10”.

Podstawą do „Realizacji kompleksowego programu wsparcia dla rodzin „Za życiem” (dalej: Program) dla szkół i placówek systemu oświaty są przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. *w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych*[1], zgodnie z którymi obligatoryjnym zadaniem ośrodka jest organizowanie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na warunkach i w formach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe[2], tj. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. *w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci*[3].

Ośrodek może udzielać dzieciom i ich rodzinom kompleksowej pomocy od chwili wykrycia zagrożenia niepełnosprawnością, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3. roku życia.

[1] Dz. U. z 2017 r. poz. 1712
[2] Dz. U. z *2021* r. poz. 1082
[3] Dz.U. z 2017 r. poz. 1635

ul. Wspólna 1/3, 00-529 Warszawa, tel. (22) 52 92 638, sekretariat.minister@mein.gov.pl,
www.mein.gov.pl

W ocenie Ministerstwa Edukacji i Nauki określenie grupy docelowej dzieci obejmowanych wsparciem w ramach Programu jest wystarczające i umożliwia objęcie pomocą również te dzieci, które funkcjonują nieprawidłowo, mają deficyty rozwojowe, a nie zostały jeszcze zdiagnozowane z wykorzystaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

2. „Zapewnienie w kolejnej edycji Programu dotacji na zakup pomocy terapeutycznych".

Zleceniobiorca w ramach dotacji, może wykonać zadania określone w § 1 ust. 2 i § 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. *w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych*[4]*.* Przepisy te nie wykluczają możliwości dokonania niezbędnych zakupów pomocy dydaktycznych. Zgodnie z zawartym porozumieniami placówki, które przystąpiły do Programu mogły wydatkować jednorazowo dotację w wysokości 15 000 zł na zakup pomocy terapeutycznych. Ewentualne wyodrębnienie zwiększonych środków na zakup pomocy terapeutycznych w kolejnej edycji Programu będzie zależało od wysokości środków zaangażowanych w realizację Programu.

3. „Objęcia nadzorem podmioty realizujące porozumienia w sprawie prowadzenia okro, w szczególności w zakresie prawidłowego wydatkowania i rozliczenia środków z dotacji".

Ministerstwo Edukacji i Nauki monitoruje Program poprzez ocenę merytoryczną i finansową, na podstawie składanych sprawozdań przekazywanych przez realizatorów po zakończeniu (w każdym roku) realizacji Programu. Zostały przeprowadzone dwie kontrole z realizacji Działania 2.4. Programu.

4. „Opracowanie na poziomie centralnym poradników i materiałów metodycznych oraz promujących wsparcie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci w ramach Programu".

Ministerstwo Edukacji i Nauki uprzejmie informuje, że realizatorzy Programu mają dostęp do wypracowanych materiałów metodycznych oraz informacyjnych dotyczących realizacji wczesnego wspomagania rozwoju dziecka oraz pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością, które dostępne są na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji[5] – publicznej placówki doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym, odpowiedzialnej m.in. za doskonalenie nauczycieli, w szczególności z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

5. „Organizowania szkoleń, warsztatów lub konferencji w celu wymiany doświadczeń i umożliwienie bieżącej konsultacji dla koordynatorów Programu".

Ministerstwo Edukacji i Nauki uprzejmie informuje, że szkolenia z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka są realizowane przez Ośrodek Rozwoju Edukacji jako zadanie cykliczne. Szkolenia były uzupełnione o komponent dotyczący Programu „Za życiem". Niezależnie od ww. szkoleń,

[4] Dz. U. z 2017 r. poz. 1712
[5] https://www.ore.edu.pl/2015/03/wczesne-wspomaganie-rozwoju-dziecka-wwrd/

koordynatorzy Programu mieli stały kontakt z przedstawicielem Ministerstwa Edukacji i Nauki.

6. „W celu zapewnienia pełnej realizacji tych działań, oraz biorąc pod uwagę brak powstania Krajowego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjnego, wskazane byłoby wyznaczenie na szczeblu centralnym osoby lub podmiotu odpowiedzialnego za koordynację oraz prawidłową realizację Działania 2.4.”.

W ocenie MEiN brak Krajowego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjnego nie miał negatywnego wpływu na realizację Programu. Za realizację Działania 2.4. Programu odpowiedzialny był Minister Edukacji i Nauki, zaś na poziomie resortu - Departament Wychowania i Edukacji Włączającej.

Z wyrazami szacunku

Przemysław Czarnek
Minister
/ – podpisany cyfrowo/