



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Marian Banaś

LPO.410.011.01.2023

Katarzyna Sójka
Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/077 – Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Sójka, Minister Zdrowia, od 10 sierpnia 2023 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Adam Niedzielski, Minister Zdrowia, od 26 sierpnia 2020 r. do 10 sierpnia 2023 r. Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia, od 9 stycznia 2018 r. do 20 sierpnia 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i wdrażanie reformy leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży
Okres objęty kontrolą	2020-2023 (do 31 sierpnia). Badaniami kontrolnymi były objęte również zdarzenia i dokumenty sprzed tego okresu, jeśli miały one związek z przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Aleksandra Koszarek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/62/2023 z 11 kwietnia 2023 r. i nr LPO/132/2023 z 10 sierpnia 2023 r.2. Joanna Piasecka-Girguś, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/64/2023 z 11 kwietnia 2023 r. <p>(akta kontroli str. 1-2, 8, 2329)</p>

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie przygotowanie i wdrożenie reformy leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Reforma opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wdrażająca nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży³ została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁴. Nowe rozwiązanie organizacyjne miało usprawnić dotychczas funkcjonujący niewydolny system opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i zaspokoić potrzeby zdrowotne tej grupy populacji. W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego 2017-2022⁵ określono cel *zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb*. Dodatkowo, Minister określił rekomendacje związane z opieką psychiatryczną dla dzieci i młodzieży w mapie potrzeb zdrowotnych⁶ i działania w Krajowym Planie Transformacji⁷.

Działania Ministra podejmowane we wszystkich wyżej wskazanych obszarach nie zapewniły dzieciom i młodzieży⁸ z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej adekwatnej do ich potrzeb. Nie uległ skróceniu czas oczekiwania na wizytę w poradniach psychiatrycznych, a liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w tych poradniach stale rosła. Rosła także liczba hospitalizacji i liczba hospitalizowanych dzieci i młodzieży na oddziałach psychiatrycznych, w tym także na oddziałach dla osób dorosłych.

Minister, dostrzegając pilną potrzebę zmian w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży powołał Zespół do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży⁹ i Pełnomocnika do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży¹⁰. Zadaniem Pełnomocnika było inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu reformę i rozwój opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz przedstawianie Ministrowi informacji w zakresie analiz, ocen i wniosków oraz propozycji rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych związanych z realizacją zadania. Do zadań Zespołu należało przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym i uzależnień oraz monitorowanie wdrożenia nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży¹¹, przygotowywanie bieżących propozycji rozwiązań będących odpowiedzią na zidentyfikowane trudności w trakcie wdrażania modelu, a także identyfikacja potrzeb w zakresie współpracy z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania oraz ministrem właściwym do spraw rodziny. Decyzje Zespołu miały być podejmowane w formie uchwał. Zespół nie podjął żadnej uchwały w okresie pięciu lat jego funkcjonowania. Minister tłumaczył ten stan jednogłosem członków Zespołu oraz przekazywaniem wskazówek i propozycji rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych ustnie podczas spotkań, a także stałym, telefonicznym kontaktem z Pełnomocnikiem. Minister nie egzekwował dokumentowania prac przez Zespół i Pełnomocnika, tj. monitoringu wdrażania reformy i identyfikacji potrzeb w zakresie współpracy międzyresortowej, opinii i rekomendacji

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Rozumianego jako opieka psychiatryczna realizowana przez podmioty wykonujące świadczenia w warunkach określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

⁴ Dz. U. z 2019 r., poz. 1640. R zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 ze zm.), dalej: również rozporządzenie w sprawie świadczeń albo rozporządzenie koszykowe.

⁵ Wprowadzonego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, Dz. U. poz. 458, dalej: NPOZP 2017-2022.

⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Dz. U. poz. 69, dalej: mapa potrzeb.

⁷ Działanie 2.7.2, Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji, Dz. U. poz. 80, dalej: Krajowy Plan Transformacji.

⁸ Dalej również: DIM.

⁹ Powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Dz. Urz. Min. MZ poz. 6), dalej: Zespół.

¹⁰ Pełnomocnik Ministra do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży, dalej: Pełnomocnik.

¹¹ Opartego o trzy poziomy referencyjne.

dotyczących tworzenia nowej organizacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Pozbawiło to Ministra możliwości skorzystania z dokumentacji analitycznej, która stanowiłaby istotne narzędzie do podejmowania decyzji.

Minister nierzetelnie przygotował reformę wprowadzającą nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, tj.:

- na etapie opracowania nowego modelu nie dysponował aktualnymi badaniami epidemiologicznymi, dotyczącymi zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, które są praktycznym narzędziem do oceny potrzeb w opiece zdrowotnej¹². Oparł się na danych statystycznych, w tym danych historycznych, dotyczących liczby udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zatem dane te obrazowały jedynie możliwości dotychczasowego, niewydolnego, reformowanego systemu opieki. Minister nie przeprowadził również analiz wpływu epidemii COVID-19 na potrzeby opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Zarówno na etapie planowania, jak i w późniejszym okresie nie uwzględnił także wzrostu liczby pacjentów, jaki faktycznie nastąpił po uruchomieniu I poziomu referencyjnego¹³, a w konsekwencji wzrostu zapotrzebowania na opiekę w ramach II i III poziomu referencyjnego, tj. w poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych i w oddziałach stacjonarnych. O sytuacji tej informowała Konsultant Krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w rocznym raporcie przedłożonym Ministrowi za 2021 r., w którym jako możliwą przyczynę wzrostu zapotrzebowania określała pogorszenie stanu zdrowia oraz większą dostępność do świadczeń na I poziomie referencyjnym „bez jednoczesnego zaplecza na II poziomie”.

- Minister nie określił w żadnym z dokumentów szczegółowych założeń reformy, tj. docelowego kształtu systemu adekwatnego do potrzeb, w tym zwymiarowanej liczby podmiotów w ramach poszczególnych poziomów referencyjnych¹⁴ wraz z określonymi wielkościami zasobów niezbędnych do ich prawidłowego funkcjonowania oraz określeniem czasu i tempa osiągnięcia założonych rezultatów. W Krajowym Planie Transformacji Minister wskazał oczekiwany rezultat w postaci „wzrostu liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży, a co za tym idzie poprawę dostępu do tego typu świadczeń”. Nie zwymiarował jednak oczekiwanego wzrostu¹⁵ w podziale na poziomy referencyjne. Powoduje to, że każdy wzrost liczby podmiotów/ośrodków będzie traktowany jako zrealizowanie działania. Tymczasem, choć liczba ośrodków/zespołów I poziomu referencyjnego rosła¹⁶, to niewystarczająca była liczba podmiotów funkcjonujących w ramach pozostałych poziomów referencyjnych (II i III poziom referencyjny - poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne i oddziały stacjonarne), dla rozwoju których głównym ograniczeniem był niewystarczający zasób kadry medycznej¹⁷.

Trudności w tworzeniu II poziomu referencyjnego przyczyniły się do usunięcia przez Ministra z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych wymogu obligatoryjnego prowadzenia oddziału dziennego w ramach II poziomu referencyjnego¹⁸. Wydając nowe rozporządzenie¹⁹, wprowadził dwie formy funkcjonowania II poziomu referencyjnego, tj. centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży składającego się tylko z poradni zdrowia psychicznego dla dzieci oraz centrum zdrowia psychicznego, w skład którego wchodziły zarówno poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci. Pomimo czwartego roku wdrażania reformy, w trzech województwach (świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim)

¹² Por. Szacowanie potrzeb zdrowotnych, Roman Topór-Madry, Aleksandra Gillis-Januszewska, Jolanta Kurkiewicz, Andrzej Pająk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS” Kraków 2002.

¹³ Ośrodki I poziomu referencyjnego to ośrodki albo zespoły środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, w podmiotach tych nie jest wymagane udzielanie świadczeń przez lekarza psychiatrę lub lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży.

¹⁴ Podmioty lecznicze funkcjonujące w ramach I, II i III poziomu referencyjnego określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

¹⁵ Poza wskazaniem, że podmioty I poziomu referencyjnego mają funkcjonować po jednym na powiat lub grupę powiatów, bez zdefiniowania pojęcia grupa powiatów.

¹⁶ M.in. z powodu utworzenia nowej formy organizacyjnej – I poziomu referencyjnego.

¹⁷ Czyli lekarzy o specjalności psychiatria dzieci i młodzieży.

¹⁸ Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny (obejmuje poradnię zdrowia psychicznego dla dzieci i oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci) oraz Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny (w strukturze którego funkcjonuje tylko poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci) – załącznik nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2021, poz. 2400).

nadal nie funkcjonował żaden dzienny oddział psychiatryczny dla dzieci, a w pozostałych ich rozmieszczenie było nierównomierne²⁰. Powodowało to nierówny dostęp do tych świadczeń.

W ocenie Ministra, zatrudnienie wykształconej kadry w publicznej służbie zdrowia miało się przełożyć na wzrost liczby podmiotów II poziomu referencyjnego i było warunkiem wzrostu dostępności do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Choć w latach 2020-2022 wzrastała liczba miejsc rezydenckich i osób zakwalifikowanych na specjalizacje w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, to w poszczególnych naborach nawet 85% miejsc rezydenckich nie zostało obsadzonych²¹. Oznacza to, że system zachęt do wyboru danej specjalizacji był niewystarczający. Wprowadzono²² rozwiązania umożliwiające lekarzom ze specjalizacją II stopnia z pediatrii lub z tytułem specjalisty w dziedzinie pediatrii odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na podstawie skróconego programu specjalizacji²³. Ponadto w Ministerstwie²⁴ podjęto prace mające na celu przygotowanie propozycji nowelizacji rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego²⁵ dotyczące m.in. zdobycia umiejętności w zakresie psychiatrii. W projekcie ww. rozporządzenia, w ramach Praktycznego Nauczania Klinicznego²⁶ została wprowadzona m.in. grupa zajęć, podczas których absolwent ma nabyć umiejętności przeprowadzenia badania psychiatrycznego pacjenta i ocenę jego stanu psychicznego. Jednak efekty podjętych przez Ministra, w okresie objętym kontrolą, działań w celu zwiększenia liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży mogą być widoczne najwcześniej za kilka lat. Biorąc pod uwagę, że już w 2012 r. psychiatria dzieci i młodzieży została zakwalifikowana do priorytetowych dziedzin medycyny, to do zakończenia kontroli NIK, nie zapewniono adekwatnych zasobów kadrowych i nie zwymiarowano potrzeb w tym zakresie²⁷. Wprawdzie w latach 2020-2022 wskaźnik liczby lekarzy przypadający na 100 tys. pacjentów²⁸ wzrósł z 6,7²⁹ do 7,8, to jednak nadal nie osiągnięto jego zalecanej wartości, tj. 10. Zatem działania podejmowane przez kolejnych ministrów do spraw zdrowia na przestrzeni lat były doraźne, spóźnione i niewystarczające.

W NPOZP 2017-2022 wskazano, że niezbędnym działaniem legislacyjnym jest określenie zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi³⁰. Tymczasem jedynym efektem współpracy Ministra z innymi organami i podmiotami był opracowany wspólnie z Ministrem Edukacji i Nauki wzór porozumienia o współpracy pomiędzy placówkami oświaty a podmiotami leczniczymi I poziomu referencyjnego. Tym samym należy uznać, że Minister w niewystarczającym stopniu koordynował i kierował realizacją tego zadania w ramach NPOZP 2017-2022, do czego był zobowiązany.

²⁰ Według stanu na 31 marca 2023 r.

²¹ Średnio rocznie 34%: w 2020 r. w naborze wiosennym 62%, w naborze jesiennym 17%, w 2021 r. w naborze wiosennym 57%, w naborze jesiennym 25%, w 2022 w naborze wiosennym 85%, w naborze jesiennym 5%.

²² Począwszy od postępowania kwalifikacyjnego wiosną 2023 r.

²³ Szkolenia specjalizacyjne na podstawie skróconego programu specjalizacji będą odbywać lekarze ze specjalizacją II stopnia z pediatrii lub z tytułem specjalisty w dziedzinie pediatrii, którzy zakwalifikowali się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego. w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży począwszy od postępowania kwalifikacyjnego wiosną 2023 r.

²⁴ Ministerstwo Zdrowia było ministerstwem współpracującym z ministerstwem wiodącym, tj. Ministerstwem Edukacji i Nauki przy opracowaniu projektu rozporządzenia o numerze w wykazie prac legislacyjnych Ministra Edukacji i Nauki – 181, <https://legislacja.gov.pl/docs/576/12367852/12941588/12941589/dokument597910.pdf>.

²⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 755 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie standardów.

²⁶ Grupa zajęć (H), w ramach których osiąga się szczególne efekty uczenia się określona w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

²⁷ Pomimo rozpoczęcia w sierpniu 2017 r. prac nad modelem popytowym dla lekarzy wszystkich specjalności oraz diagnostów.

²⁸ Wskaźnikiem, który obrazuje poziom ochrony zdrowia psychicznego od strony kadr jest wskaźnik liczby psychiatrów na 100 tys. mieszkańców. Według rekomendacji WHO na 100 tys. dzieci i młodzieży powinno przypadać 10 psychiatrów dzieci i młodzieży.

²⁹ Wyliczone na 100 tys. dzieci i młodzieży na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Naczelnej Izby Lekarskiej. Uwzględniono liczbę populacji w wieku od 0-17 lat oraz wszystkich wykonujących zawód lekarzy ze specjalnością psychiatria dzieci i młodzieży.

³⁰ Punkt 6 pkt 2 załącznika do NPOZP 2017-2022.

Jednocześnie Minister z opóźnieniem³¹ podjął się opracowania projektu NPOZP na lata 2023-2030³². Minister nie zapewnił tym samym warunków do kontynuacji rozwoju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, z początkiem okresu, na który został opracowany projekt. Do końca sierpnia 2023 r. nie został uchwalony nowy NPOZP na lata 2023-2030³³.

W planach działalności Ministerstwa na lata 2020-2023 nie wskazano celu i zadania dotyczącego zapewnienia dzieciom i młodzieży wielostronnej opieki adekwatnej do potrzeb. Minister nie określił zatem oczekiwanych, zaplanowanych w czasie i zwymiarowanych rezultatów wdrażanej reformy oraz nie oszacował ryzyk i sposobów reakcji w przypadku zmaterializowania się tych ryzyk. Do zakończenia kontroli NIK, Minister nie przeprowadził również ewaluacji ilościowej i jakościowej wdrażanej reformy, tj. nie dokonał oceny w jakim stopniu podjęte działania rozwiązały problemy, które legły u podstaw decyzji o konieczności wprowadzenia reformy i poprawy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Ocena procesu wdrażania reformy została zaplanowana w ramach projektu PO WER *Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*³⁴. Realizację tego zadania, zaplanowaną pierwotnie w okresie od listopada 2020 r. do końca czerwca 2023 r., przedłużono do końca 2023 r.

Na zlecenie Ministra opracowano Standardy organizacyjne i merytoryczne opieki psychiatrycznej dla poszczególnych poziomów referencyjnych³⁵. Minister zlecił ich opracowanie dopiero w 2022 r., tj. trzy lata po wprowadzeniu nowego modelu opieki i odebrał w 2023 r., pomimo że zostały one opracowane niezgodnie z umową. Nie zostały bowiem zaopiniowane ani przez towarzystwa naukowe, w tym Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Polskie Towarzystwo Psychologiczne, ani przez eksperta wskazanego przez Ministra, choć takie wymogi przyjęto na etapie zlecenia ich opracowania. Pomimo tego ich treść została zamieszczona na stronie internetowej Ministerstwa³⁶ oraz przekazana do podmiotów leczniczych.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025³⁷ w ramach celu operacyjnego nr 3³⁸ określono zadanie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zachowaniom samobójczym. Zadanie to jest jednym z realizowanych w ramach ochrony zdrowia psychicznego³⁹. Realizacja zadań w ramach celu nr 3 NPZ 2021-2025 miała być monitorowana w kontekście mierzonej liczby samobójstw i liczby prób samobójczych. Minister, odpowiedzialny za monitorowanie i ewaluację tego programu, w przygotowanym projekcie NPZ⁴⁰, nie określił w odniesieniu do planowanych do realizacji zadań wartości wskaźników monitorowania. Tymczasem w latach 2021-2022 corocznie wzrastały liczby prób samobójczych i prób zakończonych zgonem wśród osób do 18. roku życia. W 2021 r. 1 496 dzieci i młodzieży do 18. roku życia podjęło próbę samobójczą (wzrost o 77% w stosunku do 2020 r.), a 127 z tych prób zakończyło się śmiercią (wzrost o 19%). W kolejnym roku (2022 r.) liczba prób samobójczych wzrosła do 2 093 (wzrost o 71% w stosunku do 2020 r.), a liczba prób samobójczych zakończonych zgonem wzrosła do 156 (wzrost o 46% w stosunku do 2020 r.).

Dopiero trzy lata po wprowadzeniu nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży⁴¹, tj. w 2022 r., przeprowadzono kampanię pt. „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj

³¹ W maju 2022 r.

³² Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

³³ Jego uchwalenie było planowane na III kwartał 2023 r. Wg informacji zamieszczonych na stronach Rządowego Centrum Legislacji, wg stanu na 11 października 2023 r., projekt rozporządzenia był w trakcie procedowania.

³⁴ Decyzja o dofinansowaniu projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 z maja 2021 r., nr decyzji POWR.05.02.00-00-0001/21-00, dalej: projekt Wsparcia procesu wdrażania reformy.

³⁵ Standardy organizacyjne i merytoryczne nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży - dla I, II i III poziomu referencyjnego. Zadanie spójne z działaniem 2.7.2 Krajowego Planu Transformacji.

³⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>, dostęp: 6 września 2023 r.

³⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Dz.U. poz. 642, dalej: NPZ 2021-2025.

³⁸ Promocja zdrowia psychicznego.

³⁹ O czym mowa w art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 2123).

⁴⁰ Przyjętym w tym samym kształcie.

⁴¹ Tj. wejścia w życie załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

emocje” część 2⁴², która miała m.in. promować reformę i upowszechnić wiedzę jak korzystać z systemu nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz jak rozpoznawać wczesne objawy potencjalnych zaburzeń czy choroby. Działanie choć niezbędne, podjęte było z opóźnieniem w stosunku do początku wdrażania reformy. Ponadto nie był znany efekt przeprowadzonej kampanii, gdyż Minister nie określił mierników do takiej oceny, wydając na jej realizację 1,1 mln zł.

W ramach dofinansowania infrastruktury podmiotów leczniczych, Minister przewlekłe realizował *Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023*⁴³. Nabór wniosków prowadzono w ostatnich dwóch miesiącach roku 2022, a do połowy sierpnia 2023 r., w toku czynności kontrolnych NIK, podpisano zaledwie dziewięć umów. W konsekwencji, pomimo upływu ponad półtorarocznego okresu od utworzenia tego *Programu*, Minister rozdysponował jedynie 17,9%⁴⁴ będących w jego gestii środków, przeznaczonych na dofinansowanie infrastruktury podmiotów udzielających świadczeń stacjonarnych.

Pomimo, że Minister dostrzegał potrzebę określenia zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej (dla dzieci i młodzieży) i przewidział takie zadanie w NPOZP 2017-2022, to tego zadania nie zrealizował.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Przygotowanie i wdrażanie reformy leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży

Opis stanu faktycznego

1. Zadania dotyczące prowadzenia spraw związanych z realizacją działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, z wyłączeniem zagadnień dotyczących warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnienia dostępności do tych świadczeń i ich finansowania, produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz zasad prowadzenia działalności leczniczej zostały przypisane Departamentowi Zdrowia Publicznego⁴⁵. Do zakresu obowiązków jednego z pracowników DZP zostały przypisane zadania dotyczące prowadzenia spraw związanych z ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, także planowanie, wdrażanie i ewaluacja zmian związanych z wprowadzeniem nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz współpraca z innymi podmiotami w tym zakresie, dla zapewnienia prawidłowego poziomu funkcjonowania systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży⁴⁶; opracowywanie propozycji nowych zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz koncepcji nowych rozwiązań prawnych, zwłaszcza dotyczących ochrony zdrowia psychicznego DiM, w celu zapewnienia prawidłowego i spójnego z propagowanym również przez instytucje europejskie i międzynarodowe kierunkiem rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Podczas nieobecności tego pracownika, jego zadania wykonywało dwóch innych pracowników DZP.

(akta kontroli str. 19-114, 736-737, 747-761)

W planach działalności Ministerstwa na lata 2020-2023 nie określono żadnego celu dotyczącego zapewnienia dzieciom i młodzieży wielostronnej opieki adekwatnej do potrzeb. Z-ca Dyrektora DZP wyjaśniła, że w *planie działalności Ministra Zdrowia wskazuje się nie więcej niż pięć najważniejszych celów. Niezależnie od powyższego, działania na rzecz zapewnienia dzieciom i młodzieży wielostronnej opieki adekwatnej do potrzeb stanowią jeden*

⁴² „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje” część 1, miała na celu zwiększenie świadomości Polaków o negatywnych skutkach zdrowotnych wywołanych przez pandemię COVID-19, w tym w obszarze zdrowia psychicznego, realizowana była w okresie od listopada 2021 r. do stycznia 2022 r.

⁴³ Wskaźnikiem realizacji Programu była liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych objętych wsparciem w Programie. Przewidywana wartość wskaźnika na 2023 r. wynosiła 30 podmiotów.

⁴⁴ Tj. 14,3 mln zł z 80 mln zł przeznaczonych na ten cel.

⁴⁵ Załącznik do Zarządzenia Ministra Zdrowia z 6 lutego 2019 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, Dz. Urz. MZ. poz. 12, był to ówczesny Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny oraz załącznik do Zarządzenia Ministra Zdrowia z 17 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, Dz. Urz. MZ. poz. 98. Dalej: DZP.

⁴⁶ Dalej: DiM.

z priorytetów Ministerstwa Zdrowia. Liczne działania ministerstwa, podejmowane w celu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, znajdują odzwierciedlenie m.in. w aktach prawnych.

(akta kontroli str. 2232-2301, 2342)

Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, jako niezbędny kierunek zmian określono (Rozdział 5) wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. W dokumencie tym określono również zadanie dla Ministra Zdrowia zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, m.in. poprzez upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy. Na dzień zakończenia czynności kontrolnych NIK, tj. 31 sierpnia 2023 r., nie obowiązywał NPOZP na lata 2023-2030, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Reforma wprowadzająca nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży została wdrożona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W trakcie kontroli NIK, w Ministerstwie nie stwierdzono śladów rewizyjnych dotyczących założeń i ustaleń wprowadzanej reformy opieki psychiatrycznej DiM. Kontrolerom nie przedstawiono dokumentów i śladów rewizyjnych zawierających spis celów, oczekiwanych efektów, czy zasobów niezbędnych do wdrożenia reformy, także co do liczebności podmiotów leczniczych niezbędnych do zrealizowania reformy. Z dokumentacji udostępnionej kontrolerom wynikało jednak, że w Ministerstwie, w różnych okresach przyjmowano różne założenia co do zakładanej liczby podmiotów poszczególnych poziomów referencyjnych. I tak np.:

- w dokumencie dostępnym na stronie Rządowego Centrum Legislacji pt. Ocena Skutków Regulacji do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (numer w wykazie prac Ministra Zdrowia MZ822, datowanym na lipiec 2019 r.) wykazano 500 ośrodków I poziomu referencyjnego⁴⁷,
- w uzyskanym od Wojewody Mazowieckiego raporcie Mazowieckiego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii DiM za rok 2020 wskazano, że – „jak wynika z założeń reformy” - jeden Ośrodek Środowiskowej Opieki dla Dzieci i Młodzieży powinien obejmować 12,5 tys. nieletnich,
- we wniosku DZP z 2021 r. o dofinansowanie projektu PO WER *Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży* podano, że zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia, docelowo na terenie Polski ma działać 300 ośrodków I poziomu referencyjnego, 100 podmiotów II poziomu referencyjnego oraz co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego w każdym województwie,
- w mapie potrzeb i w Krajowym Planie Transformacji (2021 r.) wskazano, że zakłada się utworzenie ośrodków leczenia na trzech poziomach referencyjności, z dostępem do opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I poziomu referencyjnego w każdym powiecie lub grupie powiatów.

Jedyną przedłożoną w toku kontroli NIK dokumentacją określającą informacje dotyczące reformy były kolejne projekty zmian rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dotyczące warunków udzielania świadczeń i terminu wyznaczonego dla dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawienia świadczeniodawcom⁴⁸ propozycji zmiany umów

⁴⁷ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12322656> - dostęp na dzień 26 lipca 2023 r.

⁴⁸ Udzielającym świadczeń określonych w: 1) załączniku nr 1 do rozporządzenia zmieniającego w § 1 w lp. 2 - świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmujące diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących postanowienia dotyczące wymagań w zakresie personelu, zakresu udzielanych świadczeń, organizacji udzielania świadczeń, pozostałych wymagań oraz sposobu i poziomu ich finansowania.

Minister nie wygzekwował od Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży⁴⁹ oraz Pełnomocnika do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży⁵⁰ przekazania uchwał i rekomendacji oraz informacji w zakresie analiz, ocen, wniosków i propozycji związanych z realizacją powierzonych zadań, w tym w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych rekomendowanych w celu rozwoju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W kwestii zagadnień dotyczących szczegółowych założeń nowego modelu opieki psychiatrycznej oraz harmonogramów wdrożenia, Dyrektor DPZ wyjaśnił, że: *Głównym założeniem reformy jest deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Zgodnie z opinią ekspertów, kluczem do poprawy systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nie jest zwiększenie liczby szpitali psychiatrycznych czy powiększanie bazy łóżek. Działania Ministerstwa Zdrowia powinny się skupiać na poprawie dostępu do pomocy poza szpitalnej. Dzięki temu możliwe jest zarówno wcześniejsze otoczenie pomocą dzieci którym należy pomóc jak i skrócenie czasu hospitalizacji poprzez zapewnienie dalszej profesjonalnej opieki po wypisie z oddziału całodobowego. Wyjaśnił także, iż: (...) kierunkiem zmian przyjętym w (...) reformie psychiatrii dzieci i młodzieży wdrażanej przez Ministerstwo Zdrowia jest tzw. deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej. Jest to pojęcie oznaczające przejście od szpitala do środowiska, rozumiane jako przenoszenie ciężaru opieki nad pacjentem z zamkniętych oddziałów całodobowych do bardziej otwartych form sprawowania oddziaływań terapeutycznych. Stąd też nowy model opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, zakłada istnienie 3 poziomów referencyjnych oraz skupia się na zbudowaniu licznej sieci Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży zlokalizowanych blisko miejsca zamieszkania, współpracujących ze środowiskiem pacjenta (rodziną, placówkami oświaty oraz innymi podmiotami pomocowymi) oraz zwiększeniu dostępności do świadczeń.*

W odniesieniu do liczby zaplanowanych przez Ministerstwo ośrodków poszczególnych poziomów referencyjnych Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *Ministerstwo Zdrowia zaplanowało aby docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów funkcjonował minimum jeden ośrodek I stopnia referencyjnego. Założono bowiem, że sieć ośrodków musi być na tyle „gęsta”, aby zwiększyć dostęp do specjalistycznej opieki a także umożliwić pracownikom ścisłą współpracę ze środowiskiem lokalnym –zwłaszcza placówkami oświatowymi.*

Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *(...) analiza potrzeb zdrowotnych i dostępności do świadczeń należy do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. NFZ na podstawie uprzednio zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych populacji odpowiadającej danemu obszarowi i zakresowi świadczeń podejmuje decyzje o wszczęciu procedury konkursowej na realizację świadczeń w ramach danego zakresu.*

Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *zgodnie z ustawą o świadczeniach, za zapewnienie opieki zdrowotnej odpowiada NFZ. W czasie spotkań Zespołu pojawiała się sugestia, że dobrą dostępnością będzie jedna placówka I poziomu na jeden powiat. Wynikało to z projektów PO WER, gdzie praktyka wskazywała, że jeden ośrodek I poziomu mógł zapewnić opiekę dla pacjentów powiatu. Liczba świadczeniodawców II i III poziomu uwarunkowana jest liczbą lekarzy psychiatrów w Polsce. Liczymy, że dostępność świadczeń na II poziomie się zwiększy, ale nie przyjmowaliśmy żadnych założeń, bo nie można na to liczyć, że one się*

i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia, 2) załączniku nr 6 do rozporządzenia zmieniającego w § 1 w lp. 2 - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży - porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, programy lub w załączniku nr 4 do rozporządzenia zmieniającego w § 1 w lp. 3 - świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży.

⁴⁹ Do jego zadań należało (§ 3): monitorowanie wdrażania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne, przygotowywanie bieżących propozycji rozwiązań będących odpowiedzią na zidentyfikowane trudności w trakcie wdrażania modelu, identyfikacja potrzeb w zakresie współpracy z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania oraz ministrem właściwym do spraw rodziny oraz analiza pozostałych obszarów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, a także przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień.

⁵⁰ *Pełnomocnik Ministra do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży*, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży, dalej: Pełnomocnik.

utworzą, ze względu na brak kadr. Liczba psychiatrów się zwiększa i liczymy, że z biegiem czasu nowe kadry psychiatrów zdecydują się na podjęcie pracy w publicznym systemie opieki zdrowotnej. W odniesieniu do III poziomu liczyliśmy na otwarcie oddziału psychiatrycznego - chociaż po jednym na województwo. Podejrzewam, że jeśli NFZ miałby chętnie podmioty do podpisania umowy w ramach III poziomu, to podpisałby kontrakt, ale to jest w gestii NFZ, a nie Ministerstwa. Oddziały dzienne i poradnie zdrowia psychicznego powinny pełnić rolę diagnostyczną.

Pełnomocnik wyjaśniła, że: w roku 2023 pokryta jest sieć I poziomu. Jest dysproporcja pomiędzy liczbą poradni zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży a oddziałem dziennym. Założyliśmy, że przez jakiś czas nie będzie wystarczająco dużo podmiotów II poziomu. Dlatego dopuściliśmy funkcjonowanie II poziomu bez oddziałów dziennych. Nie zakładaliśmy zwiększenia liczby oddziałów stacjonarnych. Teraz czekamy i zobaczymy ile powstanie drugich poziomów referencyjnych i których. Nie założyliśmy ich liczby i kiedy mają powstać. Do wyboru rodzica i w zależności od stanu zdrowia dziecka należy decyzja, czy konsultacja z lekarzem odbędzie się w poradni zdrowia psychicznego czy w izbie przyjęć. Rodzic może także pominąć I poziom referencyjny, może skorzystać z podmiotów w innych powiatach i województwach.

Były Podsekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał, że: było założenie (w ramach Zespołu), żeby określić liczbę podmiotów funkcjonujących w ramach opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Miała to uczynić osoba w Departamencie Zdrowia Publicznego w MZ po analizie danych z NFZ i liczby poradni psychologiczno-pedagogicznych.

Według stanu na koniec kwietnia 2023 r., liczba podmiotów I poziomu referencyjnego wynosiła 384, II poziomu referencyjnego - 132 (w tym 79 Poradni Zdrowia Psychicznego i 53 Poradni Zdrowia Psychicznego z Oddziałem Dziennym), a także były 32 ośrodki III poziomu referencyjnego. W trzech województwach (świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim) nie funkcjonował dzienny oddział psychiatryczny dla dzieci, a w pozostałych ich rozmieszczenie było nierównomierne⁵¹. W latach 2020-2023 (I kwartał) liczba dzieci oczekujących na świadczenie sukcesywnie rosła. I tak, w poradniach zdrowia psychicznego wzrosła ze 135 do 463 osób w przypadkach pilnych i z 9 176 do 19 398 osób w przypadkach stabilnych, średni czas oczekiwania na świadczenie wzrósł z pięciu do 11 dni dla przypadków pilnych i z 23 do 49 dni w przypadkach stabilnych. W oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży liczba osób oczekujących dla przypadków pilnych wzrosła z 19 do 55, a stabilnych z 250 do 750. Średni czas oczekiwania na przyjęcie na oddział wzrósł z jednego do pięciu dni dla przypadków pilnych i z 15 do 33 dni w przypadkach stabilnych. Według stanu na 31 grudnia lat 2020-2022 liczba dzieci hospitalizowanych w całodobowych oddziałach psychiatrycznych dziecięcych wzrosła z 8 120 do 14 710, a na oddziałach dla dorosłych ze 199 do 473.

(akta kontroli str. 2363-2410, 2513-2517)

W Ministerstwie, na etapie przygotowywania reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zakładano objęcie reformą także poradni psychologiczno-pedagogicznych⁵², poprzez nowe zdefiniowanie ich ról w systemie oświaty oraz stopniową zmianę systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego. Zakładano, że podstawą planowanego modelu (opieki psychiatrycznej) powinny być poradnie psychologiczno-pedagogiczne, które w razie potrzeby będą zasięgać pomocy specjalistów. Jednak tego nie podjęto. Dyrektor DZP wyjaśnił, że: z uwagi na fakt, iż nadzór i organizacja pracy poradni pedagogiczno-psychologicznych należy do właściwości Ministerstwa Edukacji i Nauki oraz nie podlegają one przepisom m.in. ustawy o działalności leczniczej, w toku dyskusji ekspertów z Zespołu ds. zdrowia psychicznego, Ministerstwo Zdrowia skupiło się na rozbudowie sieci placówek, które będą realizować świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do kwestii zakończenia wdrażania nowego modelu opieki psychiatrycznej i zakładanego terminu przekształcenia placówek starego systemu, Dyrektor DZP wyjaśnił, iż: przewiduje się, że dostosowanie warunków organizacyjnych w opiece psychiatrycznej będzie wymagało dalszych prac legislacyjnych. Pandemia COVID -19 oraz trwająca wojna

⁵¹ Według stanu na 31 marca 2023 r.

⁵² Pismo Dyrektora Biura Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia z 25 stycznia 2019 r., IK: 1565239.

w Ukrainie pogorszyły samopoczucie młodych ludzi, pogłębiły istniejące kryzysy psychiczne a co za tym idzie doprowadziły do wzrostu liczby pacjentów wymagających wsparcia specjalistów. Zatem, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, w dalszym ciągu konieczne są prace nad rozwojem psychiatrii dziecięcej w Polsce oraz zwiększaniem dostępu do wysokiej jakości świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Wdrażana reforma jest na bieżąco ewaluowana.

(akta kontroli str. 10-14, 742, 737, 739, 826-835, 839-845, 2012-2013, 2016-2024, 2076)

Minister Zdrowia wraz z Ministrem Edukacji i Nauki opracowali wzór porozumienia pomiędzy placówkami oświaty a placówkami udzielającymi świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego⁵³. Pismem Ministra⁵⁴ NFZ został zobowiązany do przekazania wzoru do podmiotów I poziomu referencyjnego. Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży zwróciła się do Sekretarza Stanu w Ministerstwie Edukacji i Nauki o wsparcie i zachęcenie placówek oświaty do nawiązywania współpracy z ośrodkami I poziomu.

W marcu 2023 r. odbyło się spotkanie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Konsultanta Krajowego do spraw psychiatrii dzieci i młodzieży (a także wybranych konsultantów wojewódzkich) oraz przedstawicieli Instytutu Neurologii i Psychiatrii w Warszawie, którego celem było wypracowanie modelu współpracy pomiędzy systemem oświaty a działaniami Ministra Zdrowia w obszarze psychiatrii dziecięcej. W trakcie spotkania zwrócono uwagę, że: dynamika przyjęć pacjentów w lecznictwie ambulatoryjnym oraz zamkniętym związana jest z okresem roku szkolnego. Wskazuje to na wpływ systemu edukacji na dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży. Dzieci z trudnościami psychicznymi⁵⁵ mają problem z funkcjonowaniem w szkole i często (nawet 2-3 lata) pozostają pacjentami psychiatrycznych oddziałów dziennych. W opinii rodziców i opiekującego się nimi personelu (lekarzy, psychologów, psychoterapeutów) jest to jedyny sposób, by młodzież ta ukończyła szkołę, ponieważ w macierzystych szkołach nie otrzymują stosownego wsparcia i opieki, nie są respektowane wskazane im zalecenia specjalistów, nie otrzymują wsparcia pedagogiczno-psychologicznego. Szkoła nie współpracuje z ich opiekunami.

O współpracy Ministra z Ministrem Edukacji i Nauki oraz innymi ministerstwami szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W okresie objętym kontrolą rozporządzenie koszykowe było nowelizowane rozporządzeniami z dnia 16 marca 2020 r.⁵⁶, 16 września 2020 r.⁵⁷ 2 grudnia 2020 r.⁵⁸, 15 marca 2023 r.⁵⁹. Zmiany wprowadzone tymi rozporządzeniami to: rezygnacja z obowiązku udzielenia pierwszej porady lub wizyty w okresie do 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia do świadczeniodawcy na I i II poziomie referencyjnym; wprowadzenie dwóch rodzajów podmiotów - zespołu i ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny w miejsce jednego - ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny. Dyrektor DZP, jako uzasadnienie do wprowadzonych zmian wskazał następujące okoliczności: *každorazowa nowelizacja rozporządzenia opiera się o sygnały od świadczeniodawców, NFZ bądź inne, które wskazują na konieczność zmian. Informacje np. o braku możliwości realizacji niektórych obowiązków. Wprowadzone zmiany dotyczą bardziej organizacji niż jakości udzielanych świadczeń i zawsze priorytetowo uwzględnia się konieczność zapewnienia dostępności i staramy się, żeby zmiany nie miały negatywnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń. Każda zmiana jest omawiana z Zespołem.*

Dyrektor DZP poinformował, że nie ma korespondencji dotyczącej rekomendowanych przez świadczeniodawców zmian w przepisach rozporządzenia koszykowego, a każdorazowe zmiany przepisów rozporządzenia były wynikiem rozwiązań wypracowanych w ramach prac Zespołu.

⁵³ Projekt opatrzony datą 29 września 2020 r.

⁵⁴ Pismem z 1 października 2020 r. ZPP.743.195.2020.MS.

⁵⁵ Z zaburzeniami neurorozwojowymi - zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzeniami ze spektrum autyzmu, specyficznymi zaburzeniami umiejętności szkolnych, zaburzeniami nastroju - epizodami depresji, chorobą afektywną dwubiegunową, zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami psychotycznymi.

⁵⁶ Dz. U. poz. 456.

⁵⁷ Dz. U. poz. 1641.

⁵⁸ Dz. U. poz. 2155.

⁵⁹ Dz. U. poz. 510.

Minister uzyskiwał z NFZ okresowe informacje na temat wdrażanej reformy o liczbie i rozmieszczeniu podmiotów leczniczych, liczbie i rodzaju udzielanych świadczeń, liczbie pacjentów, rozpoznań ICD10, środkach przeznaczonych na finansowanie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Ocena procesu wdrażania reformy została zaplanowana w ramach projektu PO WER *Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży*⁶⁰. Realizację tego zadania, zaplanowaną pierwotnie w okresie od listopada 2020 r. do końca czerwca 2023 r., przedłużono do końca 2023 r. Wykonanie tego zadania powierzono partnerowi Projektu - Uniwersytetowi Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie⁶¹. Zgodnie z harmonogramem, opracowanie końcowego raportu ewaluacyjnego miało nastąpić do końca realizacji projektu. We wniosku o dofinansowanie projektu *Wsparcia procesu wdrażania reformy*, poza raportem końcowym, w ramach zadania obejmującego monitoring i ocenę procesu wdrażania zmian w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, zaplanowano opracowanie także trzech raportów okresowych oraz jednego metodologicznego. We wniosku o refundację dla tego Projektu za okres od 1 grudnia 2022 r. do 28 lutego 2023 r. podano, że dotychczas powstał jeden z czterech przewidzianych raportów okresowych/metodologiczny. W toku kontroli, pomimo stosownego żądania, raport ten nie został przedłożony kontrolerom NIK. Na pytanie o wartość merytoryczną pozostałych raportów okresowych, sporządzonych na końcowym etapie realizacji projektu *Wsparcia procesu wdrażania reformy*, Dyrektor DZP nie udzielił odpowiedzi, a w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że: *Ewaluacja będzie prowadzona przez UKSW – naszego partnera w ramach projektu PO WER. Nie było wiążących ustaleń z UKSW co do sposobu przeprowadzenia ewaluacji. UKSW kończy elementy niezbędne do jej przeprowadzenia i niezbędne jest określenie zakresu danych ilościowych, które można uzyskać z NFZ. Obecnie nie został opracowany raport z ewaluacji. Ewaluacja nie będzie dotyczyła aspektów jakościowych.*

(akta kontroli str. 980, 988-1058, 1419-1462, 1478-1562, 2016-2024, 2161)

W Ministerstwie zadania określone w NPOZP 2017-2022 w ramach celu głównego 1, tj. zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb i celu szczegółowego dotyczącego skoordynowania dostępnych form opieki i pomocy podjęto współpracę z towarzystwami naukowymi. Dotyczyły one prac nad standardem diagnostyczno-terapeutycznym w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego⁶², który jest programem skierowanym do osób od 18 roku życia. W zakresie monitorowania, we współpracy z Radą do spraw Zdrowia Psychicznego, realizacji NPOZP 2017-2022, a także protokołów z posiedzeń Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, których przedmiot obrad obejmował temat Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego pochodzący z lat 2015-2016⁶³. Z-ca Dyrektora DZP wyjaśniła, że zgodnie z *regulacjami zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie nadania statutu Radzie do spraw Zdrowia Psychicznego*⁶⁴, *posiedzenia zwołuje Przewodniczący i z każdego posiedzenia Rady sporządzany jest protokół.*

(akta kontroli str. 2338-2361)

W wykazie prac legislacyjnych i programowych zamieszczony został projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030⁶⁵ wraz z informacją, że planowana data przyjęcia projektu to III kwartał 2023 r. Odnośnie do braku ciągłości obowiązywania i kontynuacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Z-ca Dyrektora DZP wyjaśniła, że *prace nad kolejną edycją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, rozpoczęły się pod koniec maja 2022 r. Ze względu na objętość, złożoność i zakres projektowanego aktu, obejmującego działalność organów administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego, niejednokrotnie konieczne było wprowadzenie zmian o charakterze merytorycznym. Na okres*

⁶⁰ Decyzja o dofinansowaniu projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 z maja 2021 r., nr decyzji POWR.05.02.00-00-0001/21-00, dalej: projekt Wsparcia procesu wdrażania reformy.

⁶¹ Umowa o Partnerstwie z 8 kwietnia 2021 r.

⁶² Pn. „Prowadzenie i koordynacja opracowania we współpracy z towarzystwami naukowymi standardu diagnostyczno-terapeutycznych i opracowanie rekomendacji dotyczących finansowania opieki psychiatrycznej i transformacji systemu.”

⁶³ Posiedzenia odbyły się 7 września 2015 r., 8 czerwca 2016 r. i 14 października 2016 r.

⁶⁴ Dz.Urz.Min.Zdrow. poz. 41.

⁶⁵ OSR z 5 stycznia 2023 r., publikacja 13 stycznia 2023 r.

trwania prac wpływ miał również sam proces przeprowadzenia stosownych procedur legislacyjnych, w tym uzgodnienia międzyresortowe, w ramach których rozpatrywane były zgłoszone uwagi.

(akta kontroli str. 2330-2331, 2342-2343)

2. Przygotowując na przełomie lat 2018/2019 nowy model opieki psychiatrycznej DiM, zawarty w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, które wprowadzało nowy model opieki psychiatrycznej DiM, Minister określił skalę zapotrzebowania na opiekę psychiatryczną tej grupy pacjentów na podstawie danych pochodzących z NFZ, GUS, statystyk policyjnych oraz informacji ekspertów – członków Zespołu. W Ministerstwie nie dysponowano ówczesnie wynikami badań epidemiologicznych, które dotyczyłyby zaburzeń psychicznych występujących u dzieci i młodzieży – o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Minister nie zlecał badań dotyczących wpływu epidemii COVID-19 na potrzeby opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Dyrektor DZP wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą powstały różne opracowania dotyczące organizacji finansowania i korzystania z opieki medycznej w ramach NFZ. Wskazał, że te opracowania to materiały informacyjne przygotowywane dla Sejmu na temat dostępności opieki zdrowotnej w czasie epidemii COVID-19.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w rocznych raportach przedkładanych Ministrowi za lata 2020-2022, wskazywał na brak aktualnych danych epidemiologicznych dotyczących Polski (raport z 2020 r.), na negatywny wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne DiM, na braki kadrowe lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii DiM, znaczny odsetek lekarzy w wieku emerytalnym, odpływ wykwalifikowanych lekarzy do sektora prywatnego, braki kadrowe pielęgniarek, problemy z dostępnością świadczeń zdrowotnych takich, jak: brak sieci poradni zdrowia psychicznego i wynikający z tego długi czas oczekiwania, niewystarczająca liczba oddziałów dziennych, niewystarczająca liczba miejsc w oddziałach całodobowych, brak całodobowej opieki psychiatrycznej w niektórych rejonach kraju, wzrost liczby prób samobójczych i samobójstw. W raporcie za 2021 r. Konsultant wskazała, że w stosunku do roku poprzedniego nastąpiła wyraźna poprawa co do liczby, rozmieszczenia i dostępności ośrodków I poziomu referencyjnego, jednocześnie wzrosła liczba osobodni we wszystkich oddziałach psychiatrycznych dla DiM, w niektórych rejonach o 300%. Jako możliwą przyczynę Konsultant wskazała pogorszenie stanu zdrowia oraz większą dostępność do świadczeń na I poziomie referencyjnym bez jednoczesnego zaplecza na II poziomie. W kolejnym raporcie z 2022 r., Konsultant wskazała na zauważalny brak płynności w przekazywaniu pacjentów z I do II poziomu. Jej zdaniem wynikający z czasu oczekiwania oraz braku specjalistów.⁶⁶ Konsultant wskazała także na trudności dotyczące współpracy poszczególnych poziomów referencyjnych placówek medycznych z placówkami oświaty (szkołami przedszkolnymi, przychodniami psychologiczno-pedagogicznymi) oraz z wymiarem sprawiedliwości i opieką społeczną, co wynika przede wszystkim z braku skoordynowanego systemu, który powinien łączyć poszczególne działania każdego z resortów.⁶⁷

(akta kontroli str. 8-18, 354-396, 2016-2024)

3. W ramach projektu *Wsparcie procesu wdrażania reformy* opracowane zostały Standardy organizacyjne i merytoryczne I, II i III poziomu referencyjnego⁶⁸. Umowę⁶⁹ zawarto 9 lutego 2022 r. w wyniku rozstrzygnięcia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w trybie przetargu nieograniczonego. Przedmiotem umowy było opracowanie, publikacja standardów (obejmująca redakcję treści, składu graficznego, druku i dystrybucji), przygotowanie założeń i programów szkoleń dotyczących aspektów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych dla poszczególnych poziomów referencyjnych oraz prezentacji i materiałów szkoleniowych. Wykonawca zobowiązał się w umowie do opracowania standardów dla I poziomu referencyjnego w terminie trzech miesięcy od dnia zawarcia umowy, dla II i III poziomu referencyjnego w terminie czterech miesięcy od dnia

⁶⁶ Informacja uzyskana w trybie art. 29 ust. 2 pkt 1 lit. f ustawy o NIK.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Dalej: Standardy.

⁶⁹ Nr ADR.250.254.2021-część I, dalej: również umowa o sporządzenie Standardów.

zawarcia umowy oraz publikacji standardów do 31 marca 2023 r., a także przygotowania założeń i programów szkoleń w terminie miesiąca od daty zaakceptowania przez Zamawiającego poszczególnych Standardów. Zamawiający zaakceptował Standardy 9 grudnia 2022 r. Wysokość wydatków z tytułu opracowania standardów wyniosła 535 tys. zł, publikacji 71,8 tys. zł, a przygotowania założeń i programów szkoleń – 55 tys. zł.

Wykonawca, pismem z 5 kwietnia 2022 r. zwrócił się do DZP Ministerstwa o przedłużenie terminu opracowania Standardów, z racji na to, że na dzień składania pisma ciągle nie ustalono:

- zasad współpracy pomiędzy podmiotami I i II poziomu referencyjnego, zwłaszcza kryteriów kierowania pacjentów, którzy wymagają pobytu w oddziale dziennym,
- zasad formułowania pogłębionej diagnozy problematyki pacjenta w ośrodku II poziomu referencyjnego oraz punktów końcowych służących do monitorowania zmiany,
- ostatecznej oferty świadczeń psychoterapeutycznych realizowanych w ośrodkach II poziomu referencyjnego,
- ostatecznego sposobu organizacji obowiązku nauki w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych w oddziale dziennym.

Zrealizowanie tych kwestii należało do wykonawcy, co potwierdził w wyjaśnieniach Dyrektor DZP. Wynikało z nich, że:

- elementy dotyczące współpracy między ośrodkami poszczególnych poziomów są częścią opracowanych standardów,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, określające wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, jest nowelizowane stosownie do zidentyfikowanego zapotrzebowania, co ma odzwierciedlenie w ofercie świadczeń zdrowotnych. Założenie, zgodnie z którym zlecenie opracowania standardów miało nastąpić w momencie ustalenia „ostatecznej oferty świadczeń” mogło być obciążone ryzykiem niezrealizowania zadania projektowego, polegającego na opracowaniu standardów, biorąc pod uwagę systematyczną pracę nad ofertą świadczeń zdrowotnych i warunków ich udzielania. Standardy stanowiąc będą podstawę do opracowania aktów prawnych, zgodnych z innymi aktami obowiązującymi w systemie prawnym, które spowodują, że standardy opieki staną się dla świadczeniodawców obligatoryjne,
- tematyka związana z organizacją realizacji świadczeń w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w tym także kwestie dotyczące warunków realizacji obowiązku szkolnego pacjentów oddziałów dziennych i współpracy z placówkami działającymi w ramach właściwości MEiN⁷⁰, była i jest poruszana w trakcie posiedzeń *Zespołu ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży* oraz innych spotkań dotyczących opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą.

Dyrektor DZP wyjaśnił również, że przedstawione przez Wykonawcę uzasadnienie i wskazane w nim okoliczności, których Zamawiający (ani Wykonawca) nie mógł przewidzieć na etapie postępowania, stanowiły podstawę do zmiany terminu opracowania danej wersji Standardów.

Aneks nr 1 z 12 kwietnia 2022 r., na podstawie art. 455 ust. 1 pkt 4 upzp⁷¹ zmieniono umowę w zakresie terminu opracowania Standardów dla I poziomu referencyjnego - do sześciu miesięcy oraz II i III poziomu referencyjnego - do siedmiu miesięcy od dnia zawarcia umowy, tj. do 9 sierpnia 2022 r. i 9 września 2022 r.

(akta kontroli str. 310-344, 1059-1071, 1319, 1954-1956, 2079-2080)

Zgodnie z umową, projekty Standardów były poddane konsultacjom, w wyniku których wniesiono łącznie 263 uwagi. Dyrektor DZP powiedział, że ze względu, na liczbę i doniosłość uwag złożonych w pierwszej turze konsultacji, projekty Standardów były ponownie konsultowane. Wniesiono ponownie kolejnych 91 uwag.

⁷⁰ Do 1 stycznia 2021 r. Ministerstwo Edukacji Narodowej, dalej, MEN, od 1 stycznia 2021 r. Ministerstwo Edukacji i Nauki, dalej: MEiN.

⁷¹ Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.).

(akta kontroli str. 731, 2016-2024)

W umowie o przygotowanie Standardów Wykonawca zobowiązał się do zapewnienia zaopiniowania Standardów przez towarzystwa naukowe oraz wskazanego przez Ministerstwo eksperta, co nie zostało uczynione, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 310-344, 1318-1326, 2002-2009)

Wykonawca nie dotrzymał zawartych w aneksie do umowy terminów opracowania Standardów organizacyjnych i merytorycznych dla I, II i III poziomu referencyjnego i nie naliczono mu za to kary umownej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 310-344, 1065-1066, 1318-1326)

Dyrektor DZP oświadczył, że: *Standardy mają zostać wprowadzone jako zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży albo Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. psychiatrii DiM, czyli prof. Małgorzaty Janas-Kozik. Wytyczne mają zostać wydane do końca roku.*

(akta kontroli str. 2016-2024, 2131-2135)

Publikacja i dystrybucja Standardów, zgodnie z założeniami umowy o przygotowanie Standardów, miała nastąpić do 31 marca 2023 r., natomiast ostatecznie nastąpiła 17 kwietnia 2023 r., tj. ze zwłoką wynoszącą 17 dni. Z tego tytułu wykonawca został obciążony karą umowną w wysokości 11,2 tys. zł.

Opracowanie założeń i programów szkoleń nastąpiło 12 stycznia 2023 r., tj. z trzydniową zwłoką. Z tego tytułu wykonawca został obciążony karą umowną w wysokości 1,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 1059-1075, 2163-2166)

4. W latach 2020-2021 liczba lekarzy psychiatrów DiM wzrosła o siedem osób (z 468 do 475), jednocześnie o trzy osoby zmniejszyła się liczba lekarzy tej specjalności, którzy udzielają świadczeń finansowanych ze środków publicznych (z 414 do 411).

Liczba lekarzy psychiatrów DiM w wieku (dane na koniec 2021 r.) powyżej 60 roku życia wynosiła 22,3% ogółu (106 osób), w wieku od 50 do 59 lat - 26,3% (125 osób), w wieku od 40 do 49 lat - 35,2% (167 osób), w wieku od 30 do 39 lat 16,2% (77 osób). Do zakończenia czynności kontrolnych NIK, Ministerstwo nie pozyskiwało danych za lata 2022 i 2023 (I połowa).

Liczba lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinie psychiatrii DiM w latach 2020-2023 (I kwartał) wzrosła. Według stanu na dzień 31 grudnia roku 2020, 2021, 2022 i 31 marca 2023 r. odpowiednio: 210, 236, 271, 293 lekarzy było w trakcie specjalizacji, w tym: 143, 168, 199, 218 w trybie rezydenckim i 67, 68, 72, 75 w pozarezydenckim. W podanych wyżej latach najczęściej lekarzy odbywało staż w województwie mazowieckim (odpowiednio: 56, 58, 70 i 78), a najmniej w województwach: świętokrzyskim (od jednej do trzech osób) i warmińsko-mazurskim (po dwie osoby w każdym roku).

W latach 2020-2023 (I kwartał) akredytację do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie psychiatrii DiM miało ogółem 39 podmiotów leczniczych (w 43 oddziałach). W tych latach liczba miejsc na szkolenia specjalizacyjne wzrosła i wynosiła odpowiednio 287, 301, 351, 361, z tego 26,8%, 24,3%, 28,2% i 25,2% miejsc było nieobsadzonych. Według danych na koniec I kwartału 2023 r., w każdym województwie funkcjonowała przynajmniej jedna placówka z taką akredytacją.

W latach 2020-2022 liczba miejsc rezydenckich i osób zakwalifikowanych na specjalizację w dziedzinie psychiatrii DiM wynosiła odpowiednio:

- w 2020 r. w naborze wiosennym na 21 miejsc, zakwalifikowano osiem osób, w naborze jesiennym na 35 miejsc⁷², zakwalifikowano 29 osób⁷³,
- w 2021 r. w naborze wiosennym na 35⁷⁴ miejsc, zakwalifikowano 15 osób⁷⁵, w naborze jesiennym na 57⁷⁶ miejsc, zakwalifikowano 43 osoby⁷⁷,

⁷² Łącznie z liczbą miejsc, które zostały przyznane przez Ministra po przeprowadzonym naborze.

⁷³ Łącznie z zakwalifikowanymi po przyznaniu przez Ministra dodatkowych miejsc.

⁷⁴ Łącznie z liczbą miejsc, które zostały przyznane przez Ministra po przeprowadzonym naborze.

⁷⁵ Łącznie z zakwalifikowanymi po przyznaniu przez Ministra dodatkowych miejsc.

⁷⁶ Łącznie z liczbą miejsc, które zostały przyznane przez Ministra po przeprowadzonym naborze.

⁷⁷ Łącznie z zakwalifikowanymi po przyznaniu przez Ministra dodatkowych miejsc.

- w 2022 w naborze wiosennym na 28 miejsc, zakwalifikowano cztery osoby, w naborze jesiennym na 57 miejsc, zakwalifikowano 54 osoby.

W latach 2021-2023 (I kwartał)⁷⁸ wydatki z tytułu wynagrodzeń lekarzy rezydentów specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii DiM wyniosły odpowiednio: 13,8 mln zł, 18,3 mln zł, 3,9 mln zł (w przeliczeniu na jednego rezydenta było to odpowiednio 81,1 tys. zł, 96,1 tys. zł, 22,2 tys. zł). Dyrektor DZP wyjaśnił, że w ocenie właściwego departamentu, tj. Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, kwota wydatków na szkolenia jest nie do oszacowania.

W latach 2020-2023 (I kwartał) o akredytację na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych ubiegała się odpowiednio następująca liczba podmiotów: osiem, siedem, dwanaście (prowadzących 14 oddziałów), cztery.

Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. dzieci i młodzieży⁷⁹, według stanu na koniec 2021 r. wyniósł 6,8⁸⁰. Według danych uzyskanych z Naczelnej Izby Lekarskiej w latach 2020-2022 wskaźnik ten wzrósł z 6,7 do 7,8⁸¹.

Rozmieszczenie lekarzy psychiatrów DiM na terenie kraju było nierównomierne. Według stanu na koniec 2021 r. największa liczba psychiatrów dzieci i młodzieży przypadająca na 100 tys. dzieci i młodzieży pacjentów była w województwach łódzkim i mazowieckim (odpowiednio 13,8 i 13), a najmniejsza w opolskim i podkarpackim (odpowiednio 3,8 i 3,3).

Biorąc pod uwagę lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży udzielających świadczeń w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, największa liczba psychiatrów przypadających na 100 tys. młodych pacjentów, według stanu na koniec 2021 r. była w województwach dolnośląskim i mazowieckim. (odpowiednio 9,4; 9), a najmniejsza w podkarpackim, podlaskim i lubelskim (odpowiednio 2,5; 3,3 i 3,8). Zgodnie z raportami Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii DiM za lata 2020-2022, w Polsce brakowało około 200 lekarzy psychiatrów DiM⁸².

Liczba pielęgniarek według stanu na koniec lat 2020-2021 wynosiła odpowiednio - 239 854 i 239 417 osób, z tego 193 020 i 193 991 pielęgniarek pracowało w ramach publicznej służby zdrowia. W tych latach najwięcej pielęgniarek (88 634 i 90 066) było w wieku od 50 do 59 lat. W wieku ponad 60 lat było odpowiednio - 46 287 i 48 742 pielęgniarki.

Liczba pielęgniarek ze specjalizacją psychiatryczną według stanu na koniec lat 2020-2022 i 6 września 2023 r. wynosiła odpowiednio 2 772, 3 249, 3 952, 4 080⁸³.

Dyrektor DZP wyjaśnił, że w Ministerstwie nie gromadzi się danych dotyczących personelu innego niż kadra medyczna, zatem nie ma informacji dotyczącej liczby psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych.

W Ministerstwie nie oszacowano niezbędnej liczby lekarzy psychiatrów DiM pozwalającej zaspokoić potrzeby systemu opieki psychiatrycznej tej grupy pacjentów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Ministerstwie nie określono zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W ramach działań mających na celu przyczynienie się do zwiększenia zatrudnienia specjalistów opieki psychiatrycznej w publicznym systemie opieki psychiatrycznej DiM, w Ministerstwie:

- podjęto inicjatywę, w wyniku której wprowadzono kredyt na studia medyczne dla studentów kierunku lekarskiego prowadzonego w języku polskim na zasadach odpłatności⁸⁴. Procedurę przyjmowania wniosków uruchomiono w lipcu 2022 r., w roku akademickim 2022/2023. Kwota kredytu wyniosła 20 tys. zł na semestr. Umorzenie kredytu jest możliwe po spełnieniu warunku wykonywania zawodu na terytorium kraju

⁷⁸ Za 2020 r. w Ministerstwie nie było danych w tym zakresie.

⁷⁹ W wieku od 0 do 17 lat.

⁸⁰ Według rekomendacji WHO na 100 tys. dzieci i młodzieży powinno przypadać 10 psychiatrów dzieci i młodzieży. Według danych uzyskanych z Naczelnej Izby Lekarskiej, wskaźnik ten wynosił 7,1.

⁸¹ W Ministerstwie nie dysponowano danymi za rok 2022-2023.

⁸² Według minimalnych norm WHO na 10 psychiatrów przypada 100 tys. dzieci.

⁸³ Dane pozyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁸⁴ Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. poz. 2232.

przez 10 lat w okresie 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, w ramach praktyki lub w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu oraz uzyskanie w tym okresie tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 16g ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁸⁵. Według danych z Ministerstwa, na dzień 13 kwietnia 2023 r. 1 770 studentów kierunku lekarskiego zawarło umowy o kredyt na studia medyczne.

Dyrektor DZP wyjaśnił, że oczekiwane są następujące rezultaty: ograniczenie zjawiska emigracji absolwentów polskich uczelni, którzy zrealizowali kształcenie na kierunku lekarskim w języku polskim na warunkach odpłatności, wzrost liczby lekarzy specjalistów, zwłaszcza w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe, również w dziedzinie psychiatrii oraz w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, zwiększenie liczby lekarzy, którzy po ukończeniu studiów zasilą polski system opieki zdrowotnej.

- W 2012 r. zaliczono psychiatrię DiM do dziedzin priorytetowych, co wiąże się z przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydentckich w stosunku do pozostałych dziedzin; szkolenie w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży wiąże się również corocznie z przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom szkolącym się w trybie specjalizacji rezydentckiej⁸⁶.
- Umożliwiono lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury otrzymanie zasadniczego wynagrodzenia wyższego o 600 zł miesięcznie w dziedzinie niepriorytetowej lub o 700 zł miesięcznie w dziedzinie priorytetowej. Aby otrzymać takie wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lat w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego⁸⁷.
- Dofinansowano szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek, w tym psychiatrycznych.
- Wprowadzono rozwiązania umożliwiające lekarzom ze specjalizacją II stopnia z pediatrii lub z tytułem specjalisty w dziedzinie pediatrii odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na podstawie skróconego programu specjalizacji, który uwzględnia wiedzę i umiejętności jakie ma już lekarz pediatra. Szkolenia specjalizacyjne na podstawie skróconego programu specjalizacji będą odbywać lekarze ze specjalizacją II stopnia z pediatrii lub z tytułem specjalisty w dziedzinie pediatrii, którzy zakwalifikowali się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży począwszy od postępowania kwalifikacyjnego wiosną 2023 r.

(akta kontroli str. 348, 355, 389, 511-555, 982, 2523-2525)

W Ministerstwie podjęto prace mające na celu opracowanie propozycji nowelizacji rozporządzenia MEiN z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego⁸⁸ dotyczące min. zdobycia umiejętności w zakresie psychiatrii⁸⁹. W ramach Praktycznego Nauczania Klinicznego została wprowadzona m.in. grupa zajęć, realizowana wyłącznie w ramach ćwiczeń, uwzględniająca na szóstym roku studiów w zakresie umiejętności

⁸⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm., dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

⁸⁶ Regulacje w tym zakresie zawierają przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

⁸⁷ Rozwiązanie to zostało wprowadzone przepisem art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

⁸⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 755 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie standardów.

⁸⁹ A także uzupełnienia efektów kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych w celu implementacji rekomendacji wypracowanych w ramach Zespołu powołanego zarządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MNiSW poz. 45) zmienionego zarządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 4 grudnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MEiN poz. 17) oraz wprowadzenia zmian niezbędnych do zwiększenia liczby godzin praktycznych kształcenia począwszy od 4. roku studiów na kierunku lekarskim i 3. roku studiów na kierunku lekarsko dentystrycznym – z uwzględnieniem wymagań zawartych w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.).

absolwenta zdolność przeprowadzenia badania psychiatrycznego pacjenta i ocenę jego stanu psychicznego. Dla szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży opracowane zostały programy, obowiązujące lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne zapoczątkowane postępowaniem kwalifikacyjnym wiosną 2023 r.

W zakresie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek, Ministerstwo nie podejmowało współpracy z uczelniami w sprawie możliwości dostosowania programów kształcenia uwzględniających potrzeby środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, ponieważ jak wyjaśniła Dyrektor DZP *dostosowanie programów kształcenia do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów jest kompetencją władz uczelni*. W zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek Minister zatwierdził: „Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek”⁹⁰, „Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek”⁹¹ oraz „Program kursu specjalistycznego rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi dla pielęgniarek”⁹² w ramach odpowiednio: szkoleń specjalizacyjnych, kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego.

Na przestrzeni lat 2017-2022 wprowadzone zostały nowe specjalizacje w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, psychoterapii uzależnień oraz psychoterapii.

(akta kontroli: str. 2411-2424)

Nie negując racjonalności podejmowanych przez Ministra działań mających na celu zwiększenie liczebności specjalistów opieki psychiatrycznej i ich zatrudnienia w publicznym systemie opieki psychiatrycznej, NIK wskazuje, że Minister nie określił i nie poddał analizie w jakim czasie możliwe będzie zapewnienie wystarczających zasobów kadrowych. Brak sformułowanych jasno celów w tym zakresie może powodować, że działania będą nieskoordynowane i nie przyniosą oczekiwanego efektu. Oczywiście niezbędne jest zwymiarowanie potrzeb w tym zakresie, co dotychczas nie zostało przez Ministra uczynione. Ocena efektów podjętych przez Ministra działań będzie możliwa najwcześniej za kilka lat dlatego konieczne jest ustalenie mierników niezbędnych do oceny, czy podejmowane działania przynoszą oczekiwane efekty.

5. W Ministerstwie nie przeprowadzono analiz i badań dotyczących zasobów (infrastruktura) podmiotów niezbędnych do funkcjonowania nowego modelu systemu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w latach 2020-2023. Dyrektor DPZ wyjaśnił, że: (...) *konieczność wsparcia infrastrukturalnego podmiotów udzielających zwłaszcza świadczeń stacjonarnych w psychiatrii jest faktem powszechnie znanym i wynikającym z wieloletniego niedofinansowania i marginalizacji leczenia psychiatrycznego w Polsce. Wdrażana przez Ministerstwo Zdrowia reforma systemu prowadzona jest w sposób kompleksowy z uwzględnieniem dostępności do świadczeń, jakości udzielanych świadczeń oraz wsparcia infrastrukturalnego podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, skierowanej do dzieci i młodzieży*.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzone zostały dwa postępowania dotyczące przyjmowania wniosków o dofinansowanie od podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Nastąpiło to w związku:

- *Programem wsparcia psychiatrii dziecięcej w ramach przeciwdziałania negatywnym skutkiem epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2,*
- *Programem wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023.*

Zgodnie z założeniami, *Program wsparcia psychiatrii dziecięcej w ramach przeciwdziałania negatywnym skutkiem epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2* skierowany był do podmiotów leczniczych, udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Wnioski o dofinansowanie złożyły 34 podmioty, umowy podpisano z 31. Nieprzyznanie finansowania wynikało ze złożenia wniosków o dofinansowanie działalności innej niż stacjonarna (dwa wnioski), a jeden został złożony po terminie. W ramach *Programu* zaplanowane zostały środki finansowe w kwocie 60 mln zł, pochodzące z Funduszu

⁹⁰ Ostatnia aktualizacja 29 lipca 2019 r.

⁹¹ Ostatnia aktualizacja 23 grudnia 2022 r.

⁹² Ostatnia aktualizacja 31 sierpnia 2017 r.

Przeciwdziałania COVID-19. Wartość wydatków wyniosła 51,8 mln zł (w tym w 2021 r. – 23,1 mln zł i w 2022 – 28,7 mln zł). Szczegółowe badanie pięciu umów zawartych w ramach projektu wykazało, że środki zostały wydatkowane w terminie i zgodnie z przeznaczeniem.

Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023 realizowany był na podstawie Uchwały nr 190/2021 Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023”. Zgodnie z założeniami *Programu*, wsparcie było kierowane do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowanych w warunkach stacjonarnych. Na realizację *Programu* zaplanowano kwotę 80 mln zł środków z budżetu państwa⁹³, tj. po 40 mln zł w każdym roku realizacji *Programu*. Uchwałą nr 228/2022 Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2022 r. zmieniona została uchwała nr 190/2021 w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023”. W Uchwale zmieniającej alokowano między innymi środki przeznaczone na realizację *Programu* z roku 2022 na 2023 r., zwiększono kwotę dofinansowania na jeden podmiot z 5 mln zł do 10 mln zł, przy czym zastrzeżono, że jeden realizator może złożyć jeden wniosek. Jako przyczynę zmiany Uchwały wprowadzającej zmiany w *Programie* wskazano przedłużający się etap ustalania zasad naboru wniosków. Po ogłoszeniu w listopadzie 2022 r. naboru wniosków, do połowy 2023 r. środki finansowe nie zostały rozdysponowane, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Wnioski o dofinansowanie złożyło 39 podmiotów, 13 wniosków zostało odrzuconych⁹⁴, planowana wartość dofinansowania wyniosła 72,4 mln zł. W I połowie 2023 r. wnioski były poddawane ocenie formalnej i merytorycznej.

Odnosząc się do przesunięcia środków na kolejny rok budżetowy, Dyrektor DZP wyjaśnił, że w maju 2023 r. Ministerstwo wystąpiło do Przewodniczącego Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu o wprowadzenie do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów projektu uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia wieloletniego *Programu wsparcia oddziałów opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023*, w projekcie zaplanowano wydłużenie realizacji *Programu* do końca 2024 r.

W wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów⁹⁵, podano, że zmiany w uchwale nr 190/2021 Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 2021 r. wynikają z wydłużonego czasu oceny wniosków, spowodowanego dużym zainteresowaniem podmiotów oraz koniecznością odpowiedniego przygotowywania, aktualizowania i uszczegółowienia dokumentacji konkursowej po stronie wnioskodawców w ramach procedury naboru wniosków. W maju 2023 r. trwa kolejny etap procedury konkursowej, którego celem jest podpisanie umów z wyłonionymi podmiotami leczniczymi, planowany termin podpisywania umów przewidziany jest na drugą połowę 2023 r. W związku z tym, niezbędne jest zagwarantowanie podmiotom leczniczym odpowiedniego czasu na właściwą realizację zaplanowanych inwestycji. Planowany termin przyjęcia projektu określono na IV kwartał 2023 r.

Odnosnie wsparcia finansowego inwestycji, przeznaczonego *stricto* dla podmiotów systemu opieki psychiatrycznej DiM, kierowanego tylko do podmiotów leczniczych, które mają umowę na udzielanie stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych, Dyrektor DZP wyjaśnił, że: (...) *zadanie dotyczące analizy potrzeb podmiotów systemu opieki psychiatrycznej nie jest wprost przypisane do żadnego z Departamentów Ministerstwa Zdrowia. Uzasadnieniem podjęcia działań dotyczących inwestycji w infrastrukturę i wyposażenie podmiotów realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych były sygnały od świadczeniodawców oraz pacjentów świadczące o bardzo dużych potrzebach w tym zakresie.* Dodał, że w ramach nowej perspektywy środków europejskich przewiduje się dofinansowanie infrastrukturalne podmiotów udzielających świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej także w warunkach ambulatoryjnych, w tym planowane jest dofinansowanie dostosowania infrastruktury do wymogów aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży

⁹³ W ramach części 46 – Zdrowie.

⁹⁴ W tym, w dwóch przypadkach powodem było, że wniosek złożono o dofinansowanie dziennego oddziału psychiatrycznego.

⁹⁵ <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniaczej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-program-wsparcia-oddzialow-psychiatrycznych-dla-dzieci-i-mlodziezy-na-lata-2022-2024>, nr ID405.

z zaburzeniami psychicznymi oraz wsparcie działań, których celem będzie podnoszenie jakości udzielanych świadczeń. Dyrektor nie wskazał terminu i kwoty przewidzianej na dofinansowanie.

(akta kontroli str. 558-569, 1247-1252, 1258-1318, 1920, 2082-2085, 2143-2147, 2159-2160, 2167-2196)

6. W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025⁹⁶, Cel operacyjny nr 3 - Promocja zdrowia psychicznego, w Ministerstwie realizowano zadania polegające m.in. na przeprowadzeniu: kampanii telewizyjnej, radiowej, kinowej oraz outdoorowej; szkoleń, webinariów, konferencji; badań ankietowych; na prowadzeniu telefonicznych i internetowych Centrów Wsparcia, spotkań; opracowaniu podręczników, broszur, programów profilaktycznych. Było to m.in.:

- prowadzenie projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych, opartych na podstawach naukowych, w tym programach profilaktyki uniwersalnej wskazującej i selektywnej. Ich wykonawcą była Fabryka Komunikacji Społecznej s.c. Wysokość wydatków na realizację zadania w latach 2021-2022 wyniosła 5,9 mln zł,
- podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji profilaktyki na rzecz opieki psychiatrycznej. Wykonawcą było Stowarzyszenie Edukacyjno-Oświatowe „Erudycja”. Na realizację zadania wydatkowano w latach 2021-2022 kwotę 933,1 tys. zł,
- koordynowanie, monitorowanie oraz ewaluowanie skuteczności i efektywności zadań dotyczących profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego. Realizatorem tych zadań był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wydatkowano na nie w latach 2021-2022 kwotę 391,4 tys. zł,
- zapewnianie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym poprzez możliwość skorzystania z konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych dostosowanych do potrzeb osób w różnym wieku (np. telefon wsparcia i zaufania, poradnie internetowe, infolinie i inne linie wsparcia). Realizatorem tego zadania była Fundacja Itaka. Wydatkowano na nie w latach 2021-2022 kwotę 3,4 mln zł,
- rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, monitorowanie stosowania przez instytucje publiczne oraz media publiczne zaleceń specjalistów⁹⁷ przy opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów medialnych. Rozwijano kompetencje pracowników ochrony zdrowia, pracowników oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych, w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze. Rozwijanie kompetencji przedstawicieli środków masowego przekazu - dziennikarzy, redaktorów, sekretarzy redakcji, wydawców. Wykonawcą był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Na to zadanie w latach 2021-2022 wydatkowano 1,2 mln zł,
- opracowanie⁹⁸, aktualizowanie, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka zachowań samobójczych, które są skierowane do stosownych grup osób i instytucji, np. służby zdrowia, opieki społecznej, kadry pedagogicznej, rodziców, służb mundurowych, mediów i osób duchownych. Opracowano, wdrażano i ewaluowano programy profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, ukierunkowane na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowane do potrzeb różnych populacji. Realizatorem był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Na te zadania w latach 2021-2022 wydatkowano 1,4 mln zł,
- koordynowanie działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym, określonych w Programie, z uwzględnieniem możliwości utworzenia i prowadzenia Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym. Monitorowano sytuację epidemiologiczną

⁹⁶ Wprowadzonego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Dz. U. z 2021 r., poz. 642.

⁹⁷ Np. suicydologów, specjalistów zdrowia publicznego.

⁹⁸ Przy udziale suicydologów i specjalistów zdrowia publicznego.

zachowań samobójczych, postaw społecznych. Zlecano działalność naukowo-badawczą, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych w różnych populacjach, z uwzględnieniem metod dokonywania zamachów samobójczych, a także prowadzenie badań ukierunkowanych na identyfikację nowych i monitorowanie znanych czynników ryzyka i czynników chroniących oraz badań dotyczących wpływu mediów na zachowania samobójcze. Realizatorem był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Na te zadania w latach 2021-2022 wydatkowano 1,1 mln zł.

(akta kontroli str. 558-564, 2207-2212)

Minister projektując NPZ na lata 2021-2025⁹⁹ nie określił w odniesieniu do planowanych do realizacji zadań wartości wskaźników monitorowania celu operacyjnego nr 3 Promocja zdrowia psychicznego, co jest działaniem nierzetelnym. Minister, odpowiedzialny za monitorowanie i ewaluację tego programu, nie określił także na późniejszym etapie, w odniesieniu do monitorowanych przez siebie wskaźników ich wartości, jako mierników realizacji tego celu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Tymczasem w latach 2021-2022 corocznie wzrastały liczby prób samobójczych i prób zakończonych zgonem wśród osób do 18. roku życia. W 2021 r. 1 496 dzieci i młodzieży do 18. roku życia podjęło próbę samobójczą (wzrost o 77% w stosunku do 2020 r.), a 127 z tych prób zakończyło się śmiercią (wzrost o 19%). W kolejnym roku (2022 r.) liczba prób samobójczych wzrosła do 2 093 (wzrost o 71% w stosunku do 2020 r.), a liczba prób samobójczych zakończonych zgonem wzrosła do 156 (wzrost o 46% w stosunku do 2020 r.).

(akta kontroli str. 2523-2525)

W ramach projektu *Wsparcie wdrażania reformy*, w Ministerstwie zawarto umowę¹⁰⁰, której przedmiotem było opracowanie założeń i realizacja internetowej kampanii społeczno-informacyjnej o zasięgu ogólnopolskim, dotyczącej możliwości korzystania ze wsparcia placówek nowego modelu opieki psychiatrycznej DiM oraz promocji higieny życia psychicznego dzieci i młodzieży¹⁰¹, pn. *Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje, część 2*. Termin realizacji Kampanii zaplanowano w okresie od 15 października do 15 grudnia 2022 r. Jako cel Kampanii wskazano podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa:

- dotyczącej dostępnych form pomocy dla DiM, finansowanych ze środków publicznych (przede wszystkim dotyczących nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży),
- na temat zaburzeń psychicznych, objawów, mechanizmów ich występowania oraz sposobu leczenia (zwłaszcza wyjaśnienie błędnych przekonań i stereotypowego postrzegania kwestii opieki psychiatrycznej),
- dotyczącej specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym (różnice pomiędzy psychologiem, psychoterapeutą, psychiatrą).

Wskazano też, że podejmowane działania przyczynią się do przeciwdziałania stygmatyzacji i autostygmatyzacji dzieci i młodzieży doświadczających zaburzeń psychicznych oraz ich rodzin.

Zakres umowy obejmował: przedstawienie propozycji i realizację działań informacyjnych, edukacyjnych i promocyjnych, w tym Kampanii w Internecie, stronach internetowych najpopularniejszych mediach społecznościowych, opracowanie co najmniej 25 grafik/infografik. Na realizację tej Kampanii wydatkowano 1,1 mln zł.

W umowie zawarto postanowienie, że Wykonawca określi wskaźniki rezultatu bezpośredniego – odnoszące się do sytuacji tuż po zakończeniu Kampanii oraz przedstawi planowany sposób ich pomiaru. Były to wskaźniki rzeczowe takie, jak liczba wyświetleń, obejrzeń i kliknięć. Przy określeniu celów Kampanii społecznej nie wyznaczono zakładanego poziomu ich realizacji, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 736-746, 762-805, 2082, 2136-2139)

Nie zaplanowano ewaluacji tej Kampanii po jej zakończeniu. W związku z tym po Kampanii nie dokonano oceny efektywności finansowej wykorzystywanych w niej kanałów

⁹⁹ <https://legislacja.gov.pl/projekt/12341659/katalog/12751642#12751642>, dostęp: 1 sierpnia 2023 r.

¹⁰⁰ Nr ADR.250.199.2022, z 10 października 2022 r. podpisana w imieniu Ministra przez Dyrektora DZP

¹⁰¹ Dalej: Kampania.

i instrumentów komunikacyjnych dotarcia do grup docelowych, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Ministerstwie realizowano również kampanie edukacyjno-informacyjne:

- „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje” część 1, mającą na celu zwiększenie świadomości Polaków o negatywnych skutkach zdrowotnych wywołanych przez pandemię COVID-19, w tym w obszarze zdrowia psychicznego, realizowaną w okresie od listopada 2021 r. do stycznia 2022 r.¹⁰²
- „Zobacz człowieka”, mającą na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji oraz autostygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń i chorób psychicznych, realizację tej kampanii zaplanowano na lata 2021-2024.¹⁰³

(akta kontroli str. 740-741)

Wartość rozliczonych świadczeń¹⁰⁴ w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, w latach 2020, 2021, 2022 oraz 2023¹⁰⁵, wyniosła, odpowiednio¹⁰⁶: 259 553,2 tys. zł, 407 183,3 tys. zł; 665 957,2 tys. zł, 206 979,5 tys. zł.

Koszty udzielonych świadczeń oraz liczba pacjentów w latach 2020, 2021, 2022, 2023 (do 31 marca) w ramach poziomów referencyjnych przedstawiały się następująco:

- w zakresie: Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny¹⁰⁷ w każdym roku okresu 2020-2023 umowy w tym zakresie podpisał każdy oddział wojewódzki¹⁰⁸ NFZ na łączną kwotę, odpowiednio: 28 319 tys. zł, 129 845 tys. zł, 119 602 tys. zł, 68 361,6 tys. zł¹⁰⁹, liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła, odpowiednio: 26 525 os., 121 296 os., 80 735 os., 11 653 os.;

- w zakresie: Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego - II poziom referencyjny¹¹⁰ w latach 2020 oraz 2021 umów w tym zakresie nie podpisał żaden OW NFZ. W latach 2022 oraz 2023 umowy w tym zakresie podpisał każdy OW NFZ, rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło odpowiednio: 18 610,2 tys. zł, 11 333,0 tys. zł, liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła, odpowiednio: 31 901 os., 26 987 os.;

- w zakresie: Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny¹¹¹ w latach 2020 oraz 2021 umowy w tym zakresie podpisał jeden OW NFZ (Podkarpacki), w latach 2022 oraz 2023 umowy w tym zakresie podpisało 12 OW NFZ (bez: Opolskiego, Świętokrzyskiego, Warmińsko-Mazurskiego oraz Zachodniopomorskiego) rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło, odpowiednio: 1 099,5 tys. zł¹¹², 1 344,1 tys. zł¹¹³, 39 543,5 tys. zł¹¹⁴, 22 746,5 tys. zł¹¹⁵, liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła, odpowiednio: 1 207 os., 1 042 os., 28 068 os., 23 101 os.;

- w zakresie: Ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny¹¹⁶ w latach 2020 oraz 2021 żaden z OW NFZ nie podpisał umów w tym zakresie. W roku 2022 umowy w tym zakresie podpisało 15 OW NFZ (bez: Lubelskiego), natomiast w 2023 r. każdy z OW NFZ podpisał umowy w tym zakresie, rzeczywiste wykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosło, odpowiednio: 97 269 tys. zł, 59 497,5 tys. zł, liczba pacjentów objętych świadczeniami wyniosła, odpowiednio: 6 376 os., 5 537 os.

(akta kontroli str. 2479-2512)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

¹⁰² Budżet ok. 2 mln zł brutto powiększone o koszty emisji spotów telewizyjnych.

¹⁰³ Wysokość przyznanego finansowania 14,4 mln zł w podziale na lata: 2022 – 4,5 mln zł powiększone o 1,5 mln zł w ramach środków niewygasających z 2021 r., 2023 – 4,5 mln zł, 2024 – 3,9 mln zł.

¹⁰⁴ W przypadku zakresu 04.9901.400.03 podana została wartość umów.

¹⁰⁵ Wg stanu na 31 marca.

¹⁰⁶ Dane z Narodowego Funduszu Zdrowia

¹⁰⁷ Kod zakresu: 04.9901.400.03.

¹⁰⁸ Dalej: OW.

¹⁰⁹ W tym: 38 770,6 tys. zł w zakresie jw.

¹¹⁰ Kod zakresu: 04.9902.300.02.

¹¹¹ Kod zakresu: 04.9902.400.03.

¹¹² Z tego: 325,7 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 773,9 tys. zł (oddział dzienny).

¹¹³ Z tego: 311,5 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 1 032,6 tys. zł (oddział dzienny).

¹¹⁴ Z tego: 13 496,3 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 26 047,2 tys. zł (oddział dzienny).

¹¹⁵ Z tego: 4 511,7 tys. zł (poradnia psychiatryczna) oraz 8 790,7 tys. zł (oddział dzienny).

¹¹⁶ Kod zakresu: 04.9903.400.03.

1. Minister opracował projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych wprowadzający nowy model opieki psychiatrycznej, nie dysponując na etapie opracowywania tego modelu:

a. aktualnymi badaniami epidemiologicznymi, dotyczącymi zdrowia psychicznego DiM. Badania epidemiologiczne są praktycznym narzędziem do oceny potrzeb w opiece zdrowotnej¹¹⁷. Pozwalają oszacować zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w zakresie, którego dotyczą. A to z kolei pozwala zaplanować sposób organizacji sektora, który zapewni potrzebującym dostęp do świadczeń i pełnego zabezpieczenia ich potrzeb. Dobre oszacowanie potrzeb pozwala na dokonanie zmian funkcjonowania sektora - natychmiastowe lub odłożone w czasie. Mogą to być zmiany fizyczne lub psychologiczne i mogą dotyczyć jednostek lub całego społeczeństwa. Tymczasem w Ministerstwie szacunki skali potrzeb zdrowotnych oparto na danych pochodzących z NFZ, GUS i na opinii członków Zespołu. Zatem skala potrzeb nie została oparta o całościowe i aktualne informacje o występowaniu zaburzeń psychicznych i ich etiologii, a o dane historyczne obrazujące możliwości dotychczasowego systemu opieki psychiatrycznej, co było działaniem nierzetelnym. Dyrektor DZP na pytanie dotyczące przyczyn nieprzeprowadzenia badań epidemiologicznych odpowiedział, że: *Poprzedni EZOP był w latach 2012-2013¹¹⁸, więc zwróciliśmy się o przeprowadzenie badania z uwzględnieniem dzieci i młodzieży. Konkurs na badanie był przeprowadzony w 2016 r. Nie czekano na wyniki, bo sytuacja wymagała zmian i nie było zasadne czekanie na wyniki. Wyniki EZOP II pokazały nam dane dotyczące różnych aspektów problemów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Wyniki potwierdziły zasadność zwiększania dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży¹¹⁹.*

(akta kontroli str. 8-18, 354-396, 826-8831, 839-845, 2016-2024)

b. szacunkami dotyczącymi niezbędnej liczby kadr opieki psychiatrycznej dla zapewnienia opieki psychiatrycznej dzieciom i młodzieży¹²⁰. Dyrektor DZP wyjaśnił, że w Ministerstwie trwały intensywne prace nad modelem popytowym i podaźowym dla lekarzy oraz pozostałej kadry medycznej, który pozwoli dokładnie określić popyt na kadrę medyczną we wszystkich obszarach.

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa wyjaśniła, że *wyniki analiz modeli podaźowych dla lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, diagnostów i farmaceutów są publikowane na stronie Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, a w Ministerstwie trwają intensywne prace nad modelem popytowym dla lekarzy wszystkich specjalności oraz diagnostów. Prace nad modelem rozpoczęły się w sierpniu 2017 r. W celu zintensyfikowania prac nad opracowaniem modelu usprawniono prace personelu Departamentu Analiz i Strategii. Wzmocniono umiejętności analityczne personelu, uzyskiwano nowe dane oraz prowadzono konsultacje z instytucjami (np. z Naczelną Izbą Lekarską, z centralą NFZ oraz jego oddziałami wojewódzkimi, GUS, Centrum e-Zdrowie, szpitalami) w celu zapoznania się z procesem przekazywania danych oraz poznania przyczyn trudności w utrzymaniu najwyższej jakości danych. Jako przyczynę dotychczasowego nieopracowania modelu, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii wskazała m.in. konieczność pozyskania dużej liczby danych z różnych źródeł oraz czasochłonność ich przetworzenia. Dodała, że zakończenie prac planowane jest do końca listopada 2023 r.*

(akta kontroli str. 511-521, 2198-2203).

W konsekwencji rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych, w zakresie warunków udzielania świadczeń w ramach poziomów referencyjnych, wymagało zmian mających na celu dostosowanie przepisów do realnych możliwości systemu,

¹¹⁷ Por. Szacowanie potrzeb zdrowotnych, Roman Topór-Mądry, Aleksandra Gilis-Januszewska, Jolanta Kurkiewicz, Andrzej Pająk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS” Kraków 2002.

¹¹⁸ Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, zgodnie z założeniami badania przewidywały zrealizowanie 10 000 wywiadów na losowej próbie reprezentatywnej dla ogółu ludności Polski w wieku 18–64 lat – główny wykonawca: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

¹¹⁹ Wyniki opublikowane w 2021 r.

¹²⁰ Określonej w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

np. usunięto obowiązek obowiązkowego prowadzenia oddziału dziennego w każdym centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny, usunięto zapis zobowiązujący do udzielenia świadczenia w podmiotach I poziomu referencyjnego w terminie 7 dni roboczych od zgłoszenia się pacjenta.

Opracowanie projektu rozporządzenia wprowadzającego nowy model opieki psychiatrycznej przy braku kluczowych danych dotyczących niezbędnych zasobów (zarówno osobowych jak i dotyczących infrastruktury) i potrzeb zdrowotnych było działaniem nierzetelnym. Minister nie opracował całościowej koncepcji reformy opieki psychiatrycznej, z określeniem niezbędnych zasobów, oczekiwanych, zwympiarowanych efektów i przyjętego harmonogramu działań.

2. Minister nie wyegzekwował od Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży¹²¹ oraz Pełnomocnika do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży podejmowania uchwał i wydawania pisemnych rekomendacji oraz informacji w zakresie analiz, ocen, wniosków i propozycji związanych z realizacją powierzonych zadań, w tym w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych w celu rozwoju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 20 lutego 2018 r., powołał Zespół do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży¹²². Zgodnie z pierwotnym brzmieniem § 3 tego zarządzenia, do zadań Zespołu należało przygotowanie rekomendacji dotyczących opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień, a decyzje podjęte przez Zespół miały być dokumentowane w drodze uchwał. Od 3 marca 2022 r. do zadań Zespołu należało również¹²³: monitorowanie wdrażania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, opartego o trzy poziomy referencyjne; przygotowywanie bieżących propozycji rozwiązań będących odpowiedzią na zidentyfikowane trudności w trakcie wdrażania modelu; identyfikacja potrzeb w zakresie współpracy z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania oraz ministrem właściwym do spraw rodziny, a także analiza pozostałych obszarów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.

Od 21 lutego 2018 r., tj. od dnia wejścia w życie zarządzenia w sprawie powołania Zespołu do kwietnia 2023 r. odbyło się 15 posiedzeń Zespołu. W 2019 r. odbyły się trzy posiedzenia Zespołu – pierwsze w styczniu. W 2020 r. i 2021 r. odbyło się po jednym posiedzeniu, w 2022 r. – było ich osiem, a w 2023 r. (do kwietnia) - dwa. Przez okres ponad pięciu lat, do kwietnia 2023 r., Zespół nie podjął żadnych uchwał, przewodniczący Zespołu nie zlecał sporządzenia ekspertyz, analiz i opinii.

Posiedzenia Zespołu nie były protokołowane ani dokumentowane w inny sposób. Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *konieczność protokołowania posiedzeń nie wynika z zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Jednocześnie dodał, że ustalenia i rekomendacje członków zespołu dotyczące opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą mają swoje odzwierciedlenie w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 19 czerwca 2019 r.*

Odnosnie do egzekwowania wykonania przez Zespół zadań określonych w § 3 Zarządzenia o jego powołaniu oraz braku uchwał, Dyrektor DZP podtrzymał wcześniej przytoczone stanowisko¹²⁴ i dodał, że *w trakcie spotkań nie było kwestii spornych, które wymagałyby głosowania oraz podejmowania decyzji w formie uchwał.*

¹²¹ Do jego zadań należało (§ 3): monitorowanie wdrażania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne, przygotowywanie bieżących propozycji rozwiązań będących odpowiedzią na zidentyfikowane trudności w trakcie wdrażania modelu, identyfikacja potrzeb w zakresie współpracy z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania oraz ministrem właściwym do spraw rodziny oraz analiza pozostałych obszarów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, a także przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym i uzależnień.

¹²² Dz. Urz. MZ. poz. 6 ze zm.

¹²³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, Dz. Urz. MZ., poz. 24.

¹²⁴ Pytanie zostało skierowane do Ministra Zdrowia.

NIK wskazuje, że zgodnie z Zarządzeniem decyzje Zespołu miały być podejmowane w drodze uchwały, a wymieniana przez Dyrektora DZP jednogłośnie członków Zespołu, nigdzie nieudokumentowana, nie była przesłanką do zwolnienia z tego obowiązku.

W kwestii zadań określonych w § 3 Zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu, a także przygotowania rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym, Dyrektor DZP wyjaśnił, że *dokumentem poświadczającym działalność Zespołu jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.*

Dyrektor DZP dodał: (...) *należy zaznaczyć, że w posiedzeniach zespołu uczestniczyli wybitni eksperci w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, praktycy, konsultanci krajowi, przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Departamentów Ministerstwa Zdrowia kluczowych w kontekście realizacji świadczeń zdrowotnych, kadr czy analiz. Mając na uwadze konieczność podjęcia jak najszybszych działań w zakresie wdrożenia reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego, jak również bieżącego reagowania na kwestie wymagające niezbędnego uwzględnienia przy planowanych nowelizacjach rozporządzenia, przygotowanie i omawianie propozycji zmian odbywało się w formule dyskusji podczas posiedzenia.*

Były Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, przewodniczący Zespołu w okresie od lutego 2018 r. do grudnia 2019 r. wyjaśnił, że: *Reforma została zarekomendowana w postaci projektu rozporządzenia. Nie pamiętam, jaka była forma zaproponowania rekomendacji Ministrowi. Zespół nie pisał projektu rozporządzenia. Zrobił to chyba Dyrektor Poznański¹²⁵ ze swoim zespołem. Dyrektor Poznański uczestniczył w spotkaniach Zespołu w roli mojej „prawej ręki”, czyli Sekretarza. Na podstawie ustaleń podczas posiedzeń Zespołu Dyrektor Poznański opracował tekst rozporządzenia.*

Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *Projekt rozporządzenia i załącznika nr 8 powstał na przełomie 2018 i 2019 r., ale dokładnie nie pamiętam. Projekt rozporządzenia został opracowany w wyniku spotkań z ekspertami w Ministerstwie Zdrowia. Nie odbywały się one w formule spotkań Zespołu, tylko nieformalnych spotkań. Osobami z którymi spotkania się odbywały, byli prof. Janusz Heitzman, prof. Małgorzata Janas-Kozik, prof. Agnieszka Gmitrowicz oraz Tomasz Wolańczyk i dr Tomasz Rowiński. Potem formalnie powołano Zespół. Pierwszy zrzęb projektu rozporządzenia przygotowała Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa, Kamila Malinowska. Przy pierwszym zrzębie zaproponowane były trzy poziomy referencyjne. Potem prace nad rozporządzeniem i reformą zostały przekazane do Departamentu Zdrowia Publicznego. Problemem było uregulowanie kwestii, czy możliwy jest model opieki nad pacjentem bez rozpoznania przez lekarza, a pozostanie przy diagnozie psychologa. Ustalenia dotyczyły tego, do którego momentu pacjent ma korzystać ze świadczeń w I poziomie. W którym momencie ma korzystać z opieki pozostałych poziomów. Poza rozporządzeniem, które określa zakres i warunki świadczeń gwarantowanych uznano, że niezbędne jest określenie standardów organizacyjnych i klinicznych pracy na poszczególnych poziomach referencyjnych i współpracy między nimi. To zostało uregulowane w standardach opracowanych w projekcie PO WER, jako jakościowe zasady pracy. Koncepcja opracowania standardów zrodziła się już po wprowadzeniu rozporządzenia wprowadzającego nowy model opieki psychiatrycznej.*

(akta kontroli str. 8-18, 429-466, 826-835, 573-574, 2016-2024, 2075-2076, 2144-2147)

Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 28 października 2019 r., ustanowił Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży¹²⁶, którym została prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik. Była ona również członkiem Zespołu, a od 3 marca 2022 r. została Zastępcą Przewodniczącego Zespołu. Do zadań Pełnomocnika, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 1 tego zarządzenia, należało inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu reformę i rozwój opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w Rzeczypospolitej Polskiej z wyłączeniem leczenia uzależnień. Zgodnie z § 4 pkt 1 i 2 powołanego zarządzenia, Pełnomocnik przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje w zakresie analiz, ocen i wniosków związanych z realizacją m.in. zadań określonych w § 3 ust. 1 pkt 1 zarządzenia oraz propozycje w zakresie rozwiązań

¹²⁵ W okresie objętym kontrolą Zastępca a następnie Dyrektor DZP.

¹²⁶ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 91.

legislacyjnych i organizacyjno-finansowych rekomendowanych w celu rozwoju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje do przedłożenia propozycjami przedstawionymi przez Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii DiM w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych.*

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii wyjaśniła, że: *nie mam uprawnień do wskazywania co zmienić w przepisie. Nie jest prawnikiem i nie jest w stanie podawać takich wytycznych. Wskazówki raczej dotyczyły przedstawienia, po przedyskutowaniu z Zespołem, problemu i co należałoby zmienić, przedstawiając rozwiązania z innych krajów.*

Odnosnie do nadzoru nad działalnością Pełnomocnika, Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży Pani prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik przedstawia propozycje w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych w trakcie spotkań zespołu ds. zdrowia psychicznego. Jest też w stałym kontakcie telefonicznym z Departamentem Zdrowia Publicznego służąc głosem doradczym w kwestiach dotyczących organizacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce. Ponadto reprezentuje Ministerstwo Zdrowia na zewnątrz biorąc udział w spotkaniach, konferencjach oraz rozmowach z pacjentami i świadczeniodawcami.*

(akta kontroli str. 575, 839-845, 2143-2147)

Udzielone wyjaśnienia wskazują, że decyzje, opinie i rekomendacje przekazywane przez Zespół i Pełnomocnika, miały decydujący wpływ na kształt reformy. Należy zatem uznać, że członkowie Zespołu i Pełnomocnik powinni brać pod uwagę ważne ograniczenia i okoliczności wpływające na określone decyzje i zaplanowane działania, w tym ich wykonalność, zasoby i kompetencje instytucji publicznych. Dokumentacja choć w zarysie powinna dawać możliwość prześledzenia jakie aspekty wpłynęły na zmianę decyzji i jaki będzie skutek wdrożenia lub nie wdrożenia zmian, np. przyczyn wyboru, a następnie rezygnacji z planu przekształcenia poradni psychologiczno-pedagogicznych¹²⁷ w placówki funkcjonujące w ramach I poziomu referencyjnego. NIK wskazuje, że nieegzekwowanie przez Ministra dokumentowania prac Zespołu i Pełnomocnika oraz niezachowanie w Ministerstwie śladów rewizyjnych przeprowadzenia istotnych, o decydującym znaczeniu, analiz dotyczących tak złożonego zagadnienia jakim jest reforma opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, w zróżnicowanym pod względem zasobów obszarach na terenie całego kraju, oraz dopuszczenie do przekazywania wyników takich analiz i podjętych decyzji ustnie, pozbawiło Ministra możliwości skorzystania z istotnego narzędzia do podejmowania decyzji.

3. W okresie objętym kontrolą Minister w niewystarczającym stopniu współpracował z innymi ministrami (w tym z ministrem właściwym w sprawach oświaty i wychowania) w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej dla DiM oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Jedyne udokumentowane efekty współpracy dotyczyły opracowania wraz z Ministrem Edukacji i Nauki wzoru porozumienia pomiędzy placówkami oświaty a placówkami udzielającymi świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego. Tymczasem zadaniem Ministra Edukacji i Nauki w porozumieniu z Ministrem Zdrowia było przygotowanie instytucjonalnych zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty, w szczególności z młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi Rozdział 2 pkt III załącznika do NPOZP 2017-2022.

Dyrektor DSZ wyjaśnił, że *współpraca Ministerstwa Zdrowia z innymi ministerstwami oraz instytucjami była i jest realizowana w ramach prac Zespołu ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Zgodnie z przepisami Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przewodniczący ma możliwość zapraszania do udziału w posiedzeniach także osób niebędących członkami zespołu. Zatem w spotkaniach ww. zespołu uczestniczyli*

¹²⁷ Niebędących podmiotami leczniczymi, w których pracownicy są zatrudniani na podstawie Karty Nauczyciela Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984).

przedstawiciele m.in. Ministerstwa Edukacji i Nauki oraz eksperci z zakresu psychiatrii dziecięcej, psychologii klinicznej oraz przedstawiciele związków psychoterapeutycznych.

Wyjaśnił ponadto, że: *nie jestem pewny czy w ramach Zespołu, ale były spotkania z MEN – ustalenia dotyczyły wyzwań dla placówek I poziomu referencyjnego, w szczególności dotyczyły przekazywania danych osobowych pomiędzy podmiotami leczniczymi a poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Regulacje ustawowe nie pozwalają psychologowi podmiotu leczniczego na kontakt bez zgody rodziców/opiekunów prawnych z psychologiem poradni psychologiczno-pedagogicznej. Niezbędna byłaby zmiana przepisów, np. w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Problem ten został zasygnalizowany jakiś czas temu. Jest on rozwiązywany poprzez uzyskanie wspomnianych zgód, ale to musi zostać uregulowane systemowo. Problem został zdiagnozowany w ramach realizacji projektów PO WER finansowanego przez Ministerstwo Funduszy – projekt Bielański.*

Omawiane były elementy usprawniające współpracę pomiędzy podmiotami leczniczymi a podmiotami systemu oświaty. MEN definiuje problem poprzez trudności w nauce i zapewnieniu warunków nauki, a Ministerstwo Zdrowia postrzega pacjenta poprzez problemy zdrowotne. Elementem wspólnym są pacjenci, którzy uzyskują wsparcie z systemu oświatowego i opieki zdrowotnej. Jesteśmy na finiszu opracowania zasad w opiece zdrowotnej. Po tym etapie łatwiej będzie prowadzić rozmowy z MEN. Współpraca pomiędzy podmiotami oświaty i opieki zdrowotnej odbywa się bez uregulowań prawnych. Podczas spotkań poruszana była kwestia współpracy poradni psychologiczno-pedagogicznych i podmiotów leczniczych, ale sprawy te leżą w gestii MEN. Na pytanie, czy powstały jakieś efekty współpracy z MEN odpowiedział: żadnych dokumentów i rozwiązań, które można przedstawić. Z pozostałymi resortami nie organizowaliśmy spotkań, bo najpierw muszą zostać uregulowane kwestie z MEN.

(akta kontroli str. 494-496, 577-589, 806-807, 2016-2024, 2093-2095)

Systemowe rozwiązania w zakresie współpracy, w tym wymiany informacji pomiędzy podmiotami opieki zdrowotnej a placówkami oświatowymi czy pomocy społecznej miały zostać wypracowane przez grupę roboczą do spraw koordynacji pomocy psychologicznej dla dzieci powołaną przez Pełnomocnika Prezesa Rady Ministrów – Szefa Centrum Analiz Strategicznych¹²⁸ (zarządzeniem nr 3 z 19 kwietnia 2023 r.). Przewodniczącą grupy roboczej została Marzena Machałek, Sekretarz Stanu w MEiN, Pełnomocnik Rządu do spraw wspierania wychowawczej funkcji szkoły i placówki, edukacji włączającej oraz kształcenia zawodowego. W skład grupy weszli przedstawiciele Rady Ministrów, Ministerstw: Zdrowia, Sprawiedliwości, Rodziny i Polityki Społecznej oraz MEiN. Do zadań grupy roboczej należało w szczególności:

- przeprowadzenie analiz dotyczących uwarunkowań efektywnej koordynacji pomocy psychologicznej dla dzieci oraz profilaktyki przeciwdziałającej negatywnym zjawiskom dotyczącym zdrowia psychicznego;
- przygotowanie projektów przepisów wdrażających rozwiązania dotyczące koordynacji pomocy psychologicznej dla dzieci;
- stworzenie harmonogramu etapów wprowadzenia przygotowanych przepisów;
- przygotowanie tych projektów przepisów do włączenia ich do monitorowania przez Radę Monitorowania Portfela Projektów Strategicznych;
- monitorowanie realizacji projektów dotyczących koordynacji pomocy psychologicznej dla dzieci.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹²⁹, minister właściwy do spraw zdrowia współdziała z organami władzy publicznej. Ponadto pkt 4 załącznika do NPOZP 2017-2022 zobowiązywał Ministra do kierowania realizacją Programu, koordynowania wykonania zadań, o których mowa w § 1 rozporządzenia wprowadzającego ten Program. Zatem brak opracowania rozwiązań prawnych i organizacyjnych, których potrzebę Minister przewidział w projekcie NPOZP 2017-2022 narusza nie tylko ww. przepisy, ale stanowi również działanie nierzetelne.

¹²⁸ Przewodniczący Rady Monitorowania Portfela Projektów Strategicznych, zgodnie z zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów nr 58 z 20 kwietnia 2018 r. w spr. Rady monitorowania portfela projektów strategicznych (M.P. poz. 442).

¹²⁹ Dz.U. z 2022 r. poz. 1608

4. Wbrew postanowieniom umowy o sporządzenie Standardów¹³⁰ z 9 lutego 2022 r., w wyniku rozstrzygnięcia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego:

- a. wypracowane standardy nie zostały zaopiniowane przez towarzystwa naukowe, przede wszystkim przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Polskie Towarzystwo Psychologiczne oraz przez wskazanego w Ministerstwie eksperta – Pełnomocnika. Pomimo braku realizacji przez wykonawcę tej części umowy, Minister odebrał i zapłacił za zamówienie.

(akta kontroli str. 310-344, 1318-1326, 2002-2009)

Dyrektor DPZ wyjaśnił, że *towarzystwa naukowe oraz ekspert zostali poproszeni o wyrażenie opinii w toku konsultacji*. Tymczasem w umowie wyraźnie rozdzielono dwa tryby wnoszenia uwag: konsultacje oraz opinie. W skierowanym przez Wykonawcę zaproszeniu do konsultacji społecznych mowa jest o wnoszeniu uwag do projektu Standardów. W toku konsultacji podmioty/osoby mogły wnosić uwagi do poszczególnych zapisów dokumentu na danym etapie jego opracowania, bez konieczności odnoszenia się do całości dokumentu. Zatem uwagi wnoszone w toku konsultacji co do istoty miały inny charakter, niż opinia na temat całego dokumentu i zawartych w nim rozwiązań. Ponadto w Projekcie przewidziano najpierw konsultacje, a następnie uzyskanie opinii. Opiniowaniu towarzystw specjalistycznych powinien być poddany cały dokument po uzgodnieniu treści w drodze konsultacji, czyli jego finalna treść. Tymczasem przytoczone wyjaśnienia świadczą o tym, że uwagi zgłaszane w toku bieżących konsultacji utożsamiono z końcową opinią dotyczącą całego przygotowanego dokumentu. Natomiast w Projekcie i w umowie wyraźnie rozróżniono konsultacje i opiniowanie projektu dokumentu. Pominięcie końcowego opiniowania było niezgodne z założeniami Projektu i w konsekwencji zapisów umowy, bowiem towarzystwa przewidziane do wydania opinii nie miały możliwości zapoznania się z treścią wypracowanych Standardów w wersji uwzględniającej uwagi zgłoszone w trakcie konsultacji.

Pomimo opracowania Standardów niezgodnie z umową, zamówienie zostało odebrane (wartość dla tej części umowy wynosiła 535 000 zł), a ich treść zamieszczona na stronie internetowej Ministerstwa¹³¹ i przekazana do podmiotów leczniczych, choć Minister nie podjął decyzji o sposobie wdrożenia dokumentu do stosowania.

Odbiór i zapłata za zamówienie, które nie zostało zrealizowane zgodnie z postanowieniami umowy, tj. brak uzyskania opinii wskazanych podmiotów, narusza art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹³² i jest działaniem niegospodarnym.

- b) W Ministerstwie nie naliczono również kary umownej z tytułu zwłoki w opracowaniu Standardów, co było niezgodne z § 11 ust. 3 umowy o sporządzenie Standardów. Wykonawca był zobowiązany do przedłożenia Standardów dla I poziomu referencyjnego w terminie sześciu miesięcy od dnia zawarcia umowy (tj. do 9 sierpnia 2022 r.), a Standardów dla II i III poziomu w terminie siedmiu miesięcy od dnia zawarcia umowy (tj. do 9 września 2022 r.). Natomiast Wykonawca przedstawił zamawiającemu Standardy 4 października 2022 r., tj. z opóźnieniem wynoszącym w odniesieniu do Standardów dla:
- I poziomu referencyjnego 56 dni,
 - II i III poziomu referencyjnego 25 dni.

W umowie na opracowanie Standardów przewidziano, że w przypadku niewykonania przedmiotu umowy w terminie Zamawiający może nałożyć na wykonawcę karę

¹³⁰ Nr ADR.250.254.2021-część I.

¹³¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>, dostęp: 6 września 2023 r.

¹³² Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm. dalej: ufp.

umowną w wysokości 0,1% wynagrodzenia wynoszącego 661,8 tys. zł za każdy dzień zwłoki, czyli łącznie 53 605,80 zł.

Dyrektor DZP wyjaśnił, że odstąpiono od nałożenia kary umownej. Powodem tego były: *doniosłość projektowanych dokumentów, ich istotny, strategiczny charakter z punktu widzenia nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, objętość opracowywanych dokumentów a także wyraźna reakcja środowiska specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego.*

(akta kontroli str. 310-344, 1065-1066, 1318-1326)

Odstąpienie od nałożenia kary umownej narusza art. 42 ust. 5 ufp, zgodnie z którym jednostki sektora finansów publicznych są obowiązane do ustalania przypadających im należności pieniężnych, w tym mających charakter cywilnoprawny oraz terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do ich wykonania. Powyższe było działaniem nielegalnym i niegospodarnym.

5. Realizację *Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023*, którego celem była poprawa efektywności leczenia pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, prowadzono przewlekłe, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Pomimo przyjęcia przez Radę Ministrów w grudniu 2021 r. uchwały w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023”, zasady naboru wniosków Minister opracował i zaakceptował dopiero w lipcu 2022 r., a ogłoszenie o naborze wniosków ogłoszono po upływie kolejnych czterech miesięcy, 25 listopada 2022 r. Nabór wniosków prowadzono do 27 grudnia 2022 r. Dyrektor DZP wyjaśnił, że rozpoczęcie podpisywania umów miało nastąpić w czerwcu 2023 r. Według ustaleń w toku kontroli, do 20 lipca 2023 r. nie podpisano żadnej umowy, do 17 sierpnia 2023 r. zawarto ich dziewięć, na łączną kwotę dofinansowania 14,3 mln zł (17,9% wartości środków finansowych, na które zostały złożone wnioski). Dyrektor DZP wyjaśnił, że: *zgodnie z podziałem kompetencji w Ministerstwie Zdrowia wnioski podlegały ocenie dwóch Departamentów - Departamentu Zdrowia Publicznego i Departamentu Oceny Inwestycji. Nadesłane przez świadczeniodawców wnioski wymagały szeregu korekt w zakresie zarówno wymagań formalnych jak i pod względem merytorycznym m.in.: w kontekście kwalifikowalności kosztów możliwych do sfinansowania w ramach Programu. O konieczności wprowadzenia korekt i ponownego przesłania dokumentów świadczeniodawcy byli informowani przez właściwe komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż ocena wniosków odbywała się przy równoczesnym realizowaniu bardzo dużej liczby zadań wynikających z regulaminu organizacyjnego zarówno po stronie Departamentu Zdrowia Publicznego jak i Departamentu Oceny Inwestycji. Dodał, że: na czas oceny wniosków i weryfikacji wpłynęła m.in. konieczność dokonywania korekt złożonych wniosków.*

(akta kontroli str. 1247-1252, 1258-1318, 1920, 2082-2085, 2143-2147, 2159-2160, 2167-2196, 2343)

NIK wskazuje, że opóźnianie podpisania umów z wnioskodawcami może uniemożliwić pełną realizację dofinansowywanych zadań w okresie przewidzianym dla *Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023*, nawet przy ewentualnym wyrażeniu zgody przez Radę Ministrów na wydłużenie okresu realizacji do końca 2024 r.¹³³

6. Minister projektując NPZ na lata 2021-2025¹³⁴ nie określił w odniesieniu do planowanych do realizacji zadań wartości wskaźników monitorowania celu operacyjnego nr 3 Promocja zdrowia psychicznego, co było działaniem nierzetelnym. Minister, odpowiedzialny za monitorowanie i ewaluację tego programu, nie określił także na późniejszym etapie,

¹³³ Minister przedłożył projekt zmiany Programu, w którym przewidziano zmianę terminu obowiązywania Programu do 31 grudnia 2024 r.

¹³⁴ <https://legislacja.gov.pl/projekt/12341659/katalog/12751642#12751642>, dostęp: 1 sierpnia 2023 r.

w odniesieniu do monitorowanych przez siebie wskaźników ich wartości, jako mierników realizacji tego celu.

Dyrektor DZP wyjaśnił, że (...) ujęte w części XI *Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ, Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, dla żadnego z celów operacyjnych nie określają wartości bazowej ani docelowej. Wskazane są tylko wskaźniki monitorowania. Należy zauważyć, iż dane dotyczące zamachów samobójczych, w tym zakończonych zgonem są zbierane przez Komendę Główną Policji (KGP) oraz Główny Urząd Statystyczny (GUS). W KGP statystyka zamachów samobójczych generowana jest na podstawie danych wprowadzonych do systemu KSIP za pośrednictwem formularzy KSIP 10 – „Rejestracja zgłoszenia zamachu samobójczego” bezpośrednio po wydarzeniu w momencie ustalenia, że doszło do zamachu samobójczego. Natomiast GUS zbiera dane na temat samobójstw na podstawie kart zgonów. W związku z różnym pozyskiwaniem danych, statystyki dotyczące samobójstw dokumentowane przez KGP i GUS nie są tożsame.*

Z-ca Dyrektora DZP wyjaśniła, że zgodnie z upoważnieniem ustawowym minister właściwy ds. zdrowia nie ma obowiązku określenia wartości bazowej i docelowej wskaźników monitorowania celów operacyjnych NPZ 2021-2025. W zakresie celowości określone zostały wskaźniki przez ministra właściwego ds. zdrowia, a ich wartości są powszechnie dostępnymi danymi, m. in. w danych publikowanych przez GUS, a poddawanych analizie m.in. w toku opracowywania raportu NIZP PZH – PIB pn. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.*

(akta kontroli str. 2084, 2343, 2429-2478)

Przyjęte w NPZ na lata 2021-2025 wskaźniki monitorowania celów, które nie określały wartości bazowych i docelowych, tj. wartości liczbowych lub chociażby nie miały charakteru ogólnego, uniemożliwiały dokonanie pomiaru, czy cele główne zostały zrealizowane, a środki finansowe zostały wydatkowane efektywnie. Określenie docelowych wartości mierników jest jednym z narzędzi do przeprowadzenia ewaluacji, za realizację której odpowiedzialny jest Minister.

7. Nie zaplanowano i nie mierzono efektów oddziaływań kampanii *Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje*, część 2, na zmiany postaw i zachowań wśród docelowej grupy odbiorców. Uniemożliwiało to ocenę zrealizowanej Kampanii co do jej skuteczności i efektywności. Jednocześnie określono cele kampanii, którymi było upowszechnienie wiedzy o możliwości korzystania ze wsparcia placówek nowego modelu oraz promocja higieny życia psychicznego dzieci i młodzieży, a także przeciwdziałanie stygmatyzacji i autostygmatyzacji dzieci i młodzieży doświadczającej zaburzeń psychicznych oraz ich rodzin.

Dyrektor DZP wyjaśnił, że miernikiem realizacji celów Kampanii była zmiana wielkości wskaźników rzeczowych¹³⁵, a także, że wniosek o dofinansowanie projektu nie zawierał zapisu dotyczącego ewaluacji kampanii po jej zakończeniu, w związku z czym ewaluacja taka nie była prowadzona.

(akta kontroli str. 736-746, 762-805, 2082, 2136-2139)

Celem kampanii informacyjnych/społecznych jest zmienianie zastanej rzeczywistości społecznej poprzez zmianę myślenia i zachowania wobec określonego problemu społecznego, co wiąże się z koniecznością określenia celów i przewidywanych rezultatów, pozwalających na ocenę faktycznej skuteczności oraz efektywności takiej kampanii społecznej. Finansowanie kampanii ze środków publicznych wiąże się z koniecznością dokonywania wydatków z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. A zatem, brak przeprowadzenia oceny społecznego oddziaływania (efektywności) projektu sfinansowanego ze środków publicznych jest niezgodny z zasadami określonymi w art. 44 ust. 3 pkt 1 ufp.

Ponadto w kampanii *Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje* nie zaplanowano i w konsekwencji nie przeprowadzano ewaluacji dotyczącej efektywności finansowej

¹³⁵ Takich jak np. liczba odtworzeń spotów, liczba wyświetleń reklam w serwisach społecznościowych.

wykorzystywanych kanałów i instrumentów komunikacyjnych dotarcia do grup docelowych, by w następnych kampaniach można było opracować celowe działania, ukierunkowane na zmianę postaw lub zachowań. Brak takiej ewaluacji uniemożliwił dokonanie oceny społecznej opłacalności projektu, wskazującej na ile poniesione wydatki przyczyniły się do uzyskania zakładanych rezultatów. Było to działanie nierzetelne.

8. Minister nie określił zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. Zgodnie z NPOZP 2017-2022 minister właściwy do spraw zdrowia, został zobowiązany do określenia zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej (cel główny nr 1, zadanie nr 6). Zadanie takie zostało powielone na kolejne lata w projekcie NPOZP 2023-2030.

Z-ca Dyrektora DZP w złożonych wyjaśnieniach nie odniosła się do przyczyn nieopracowania tych zadań. Dyrektor DZP wyjaśnił, że *Ministerstwo Zdrowia nie przeprowadzało analiz dotyczących możliwości zaangażowania lekarzy i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w działania profilaktyczne lub leczenie zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Ponadto, zwrócił uwagę, iż obecnie obszar związany z udzielaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży uregulowany jest przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, gdzie wśród osób uprawnionych do udzielania określonych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży wymieniono m.in. specjalistę psychologii klinicznej, specjalistę psychoterapii dzieci i młodzieży oraz osoby w trakcie specjalizacji w dziedzinach psychologii klinicznej oraz psychoterapii dzieci i młodzieży.*

(akta kontroli str. 306-309, 511-555, 2332-2361)

NIK wskazuje, że niezrealizowanie zadania przewidzianego w NPOZP 2017-2022 przez Ministra naruszało kryterium legalności.

9. Minister opracował projekt NPOZP na lata 2023-2030 w terminie uniemożliwiającym jego wprowadzenie z początkiem okresu na który przypada jego obowiązywanie. Dokument Oceny Skutków Regulacji opracowany w Ministerstwie datowany był na 5 stycznia 2023 r.¹³⁶, zatem został sporządzony już w okresie, którego projektowany dokument dotyczył. Działanie takie należy uznać za nierzetelne.

Z-ca Dyrektora DZP wyjaśniła, że prace nad kolejną edycją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, rozpoczęły się pod koniec maja 2022 r. Ze względu na objętość, złożoność i zakres projektowanego aktu, obejmującego działalność organów administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego, niejednokrotnie konieczne było wprowadzenie zmian o charakterze merytorycznym. Na okres trwania prac wpływ miał również sam proces przeprowadzenia stosownych procedur legislacyjnych, w tym uzgodnienia międzyresortowe, w ramach których rozpatrywane były zgłoszone uwagi.

(akta kontroli str. 2332-2361, 2411-2424)

NIK wskazuje, że wymienione w wyjaśnieniach: objętość, złożoność i zakres projektowanego aktu, powinny być organowi odpowiedzialnemu za jego opracowanie znane, a sytuacja, w której w III kwartale 2023 r. nadal nie obowiązuje nowy NPOZP na lata 2023-2030 świadczy o podjęciu prac nad przygotowaniem projektu zbyt późno.

Ponadto NIK zwraca uwagę, że w projekcie NPOZP na lata 2023-2030 zaproponowane wskaźniki monitorowania celów związanych z reformą opieki psychiatrycznej (zwłaszcza dla celu szczegółowego *Upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne*), nie określają

¹³⁶ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12368306/katalog/12944032#12944032> dostęp: 4 września 2023 r.

wartości oczekiwanych. Mierniki¹³⁷ nie zostały dostosowane do deklarowanych założeń i efektów reformy, np. w kwestii dostępności do świadczeń w ramach I poziomu referencyjnego.

NIK wskazuje ponadto, że pomimo niewystarczającej dotychczasowej współpracy z MEiN i braku realizacji zadania wynikającego z NPOZP 2017-2022, w projektowanym dokumencie ogólnie określono zadanie polegające na „Wspieraniu współpracy z placówkami oświatowymi oraz opieki społecznej”, nie doprecyzowując na czym ma ono polegać. Podobnie w zakresie celu głównego „Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi” nie określono wskaźników pomiaru efektów realizacji tego celu.

NIK zwraca także uwagę, że projekt nie zawiera harmonogramu realizacji celów i zadań w perspektywie obowiązywania programu. W konsekwencji nie określono w jakim czasie zostaną osiągnięte zadawalające rezultaty wdrożenia reformy i upowszechnienia nowego modelu systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. W kontekście braku dotychczas opracowania całościowej koncepcji reformy opieki psychiatrycznej, z określeniem oczekiwanych, zwymiarowanych efektów, przyjętego harmonogramu działań i niezbędnych zasobów skutkować może niezakończeniem wdrażania reformy do 2030 r., tj. daty obowiązywania NPOZP na lata 2023-2030.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

- Wnioski
1. Opracowanie całościowej koncepcji reformy opieki psychiatrycznej, uwzględniającej dotychczasowe zmiany systemu, z określeniem oczekiwanych, zwymiarowanych efektów, przyjętego harmonogramu działań i niezbędnych zasobów, w tym modelu popytowego dla lekarzy.
 2. Egzekwowanie udokumentowanych prac Zespołu i Pełnomocnika.
 3. Intensyfikacja współpracy z innymi organami i podmiotami w celu zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, w szczególności doprowadzenie do opracowania instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty.
 4. Opracowanie Standardów zgodnie z założeniami Projektu, tj. uzyskanie opinii wydanej przez towarzystwa naukowe, przede wszystkim przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Polskie Towarzystwo Psychologiczne, a także przez wskazanego w Ministerstwie eksperta – Pełnomocnika Ministra.
 5. Naliczenie kary umownej z tytułu zwłoki w opracowaniu Standardów.
 6. Niezwłoczne podjęcie działań w celu zawarcia umów o dofinansowanie z podmiotami, których wnioski zostały zakwalifikowane w *Programie wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023*.
 7. Określenie oczekiwanych wartości wskaźników niezbędnych do monitorowania i ewaluacji realizacji celu nr 3 *Promocja zdrowia psychicznego* w NPZ.
 8. Opracowywanie mierzalnych kryteriów oceny, przeprowadzanie oceny osiągnięcia celów przeprowadzanych kampanii edukacyjno-informacyjnych dotyczących opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i dokonywanie ewaluacji ich efektywności finansowej.
 9. Określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla dzieci i młodzieży.

¹³⁷ Wskaźnikami monitorowania i oczekiwane efekty określone dla tego celu to: odsetek powiatów, na których funkcjonuje co najmniej jeden podmiot I poziomu referencyjnego, liczba miejsc w oddziale dziennym dla dzieci i młodzieży na 100 tys. osób poniżej 18 roku życia, przygotowany dokument zawierający zalecenia lub standardy.

10. Realizacja działań w ramach kompetencji Ministra mających na celu możliwie najszybsze uchwalenie przez Radę Ministrów NPOZP na lata 2023-2030.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia października 2023 r.

Prezes
Najwyższa Izba Kontroli
Marian Banaś

.....
podpis