



Wykonywanie zadań przez samorządy

Zapobieganie i leczenie depresji

KSYMENA KRAMARCZYK-ROSIĄK, JEREMI ŚLIWIŃSKI

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Dlatego tak istotne jest podejmowanie działań profilaktycznych. Przyjmując założenie, że działania samorządów służące realizacji zadań z zakresu zapobiegania i leczenia depresji powinny stanowić istotne uzupełnienie oferty świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli skoncentrowała się na ocenie ich skuteczności. Kontrola wykazała, że nie wszystkie podejmowane przez samorządy działania przyniosły oczekiwane skutki.

Wprowadzenie

Depresja¹ to grupa zaburzeń psychicznych uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie człowieka na co dzień. Objawia się głównie pogorszeniem nastroju, zmniejszeniem energii i aktywności oraz zainteresowań. Jest chorobą ogólnoustrojową, która przy braku właściwego leczenia, powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Dlatego bardzo istotne jest zapobieganie tej chorobie.

Według dokumentu Światowej Organizacji Zdrowia „Mental Health Action Plan 2013–2020”² depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jest jedną z głównych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY³). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych. Na świecie choruje na nią ponad 320 mln ludzi. WHO przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Badania

¹ Depresja – stany wyróżnione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), w ramach grupy zaburzeń afektywnych (nastroju) (F30-F39), głównie jako Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (F31.3-5), Epizod depresyjny (F32) i Zaburzenia depresyjne nawracające (F33).

² World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization 2013.

³ DALY – z ang. *disability-adjusted life years* – lata życia skorygowane niesprawnością, wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa według WHO.

naukowe⁴ potwierdziły istnienie problemu depresji w polskim społeczeństwie. Stwierdzono bowiem, że u 3% mieszkańców naszego kraju w wieku produkcyjnym⁵ (766 tys. osób) wystąpił przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Dodatkowo, na podstawie wyników tych badań stwierdzono, że wskaźniki depresji rosną wraz z wiekiem. Na depresję cierpiało 5% osób powyżej 50 roku życia, podczas gdy w grupie dzieci/młodzieży w wieku 6-12 lat wskaźnik ten wynosił 2%. Potwierdzone zostały także wysokie koszty społeczne depresji⁶. Koszt produktu utraconego przez społeczeństwo w wyniku choroby lub procesu jej leczenia, oszacowane metodą kapitału ludzkiego, wahał się (w zależności od przyjętego podejścia⁷) od 1 do 2,6 mld zł.

Według analizy przeprowadzonej przez WHO, wśród 50 krajów regionu europejskiego objętych porównaniem⁸ Polska zajmuje niechlubne, 9 miejsce wśród państw o największym obciążeniu depresją.

Statystycznie⁹, liczba osób leczonych z zaburzeniami afektywnymi w Polsce

pozostawała w latach 2014–2016 na porównywalnym poziomie, wynoszącym 325 029 w 2014 r., 321 541 w 2015 r. i 318 402 w 2016 r. Widoczną w skali kraju tendencją był wzrost liczby leczonych w przedziale wiekowym 0–18 lat¹⁰ i 65 lat+¹¹ oraz wzrost liczby leczonych w związku z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (F31) i zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (F33)¹².

Z danych zgromadzonych przez Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wynika, że w 2016 r. najwyższą zachorowalność na zaburzenia afektywne zanotowano w województwie kujawsko-pomorskim (1233,7 leczonych na 100 tys. mieszkańców), a najniższą w zachodniopomorskim (516,9 leczonych na 100 tys. mieszkańców). W stosunku do 2014 r. spadek zachorowalności odnotowano w województwach zachodniopomorskim, podlaskim, łódzkim, lubelskim i dolnośląskim. W pozostałych 11 województwach liczba leczonych wzrosła. Nie mniej zróżnicowana była dostępność do świadczeń z zakresu

⁴ Instytut Psychiatrii i Neurologii. Akademia Medyczna we Wrocławiu. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012.

⁵ Dane te nie uwzględniają populacji dzieci i osób w wieku powyżej 65 lat.

⁶ Depresja – Analiza Kosztów Społecznych i Ekonomicznych – Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Warszawa 2014, Wydawca – Uczelnia Łazarskiego.

⁷ Iloczyn utraconej produktywności i jednego z 4 alternatywnych parametrów: przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto; PKB *per capita*; PKB na jednego pracującego; PKB na jednego pracującego skorygowanego o współczynnik wydajności pracy przyjmowany przez KE.

⁸ „Region europejski” według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia.

⁹ Według danych gromadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Zdrowia Publicznego, na podstawie ustawy z 29.6.1995 o statystyce publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1068, ze zm.).

¹⁰ Z 4 603 w 2014 r. do 5 637 w 2015 r. (o 22,5% rok do roku) i do 5 982 w 2016 r., tj. o 6,1% w stosunku do roku poprzedniego.

¹¹ Z 58 628 w 2014 r. do 59 090 w 2015 r. (o 0,8% rok do roku) i do 62 282 w 2016 r., tj. o 5,4% w stosunku do roku poprzedniego.

¹² Z 144 943 w 2014 r. do 149 215 w 2015 r. (o 2,9% rok do roku) i do 149 533 w 2016 r., tj. o 0,2% w stosunku do roku poprzedniego.



poradnictwa psychologicznego gwarantowanych przez NFZ w przypadkach stabilnych. Według danych pozyskanych z wojewódzkich oddziałów Funduszu, na koniec grudnia 2017 r. najdłużej na wizytę w poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych oczekiwano w województwie mazowieckim (średnio 47 dni), w poradni psychologicznej dla dorosłych w województwie zachodniopomorskim (średnio 260 dni), w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w województwie podlaskim (średnio 73,5 dnia). Statystycznie, kolejki do tych poradni nie wstępowały jedynie w województwie świętokrzyskim¹³ oraz do poradni psychologicznej dla dorosłych także w województwie podlaskim¹⁴.

Leczenie depresji powinno być traktowane priorytetowo, nie tylko ze względu na wysokie koszty społeczne, ale także z powodu wysokiego zagrożenia śmiertelnością w wyniku samobójstw. Analiza¹⁵ porównawcza wskaźników samobójstw na 100 tys. mieszkańców w 2015 r. prowadzona w odniesieniu do 22 państw europejskich, dla których dostępne były dane wykazała, że wskaźnik wyższy niż Polska (13,5 osoby na 100 tys. mieszkańców) wystąpił tylko w 6 krajach: Estonii (14,7), Belgii (15,8), na Węgrzech (17,3), w Słowenii (18,1), na Łotwie (18,1)

i Litwie (29). Do państw o najniższym wskaźniku (poniżej 10 osób na 100 tys. mieszkańców) należały natomiast: Grecja (4,4), Włochy (5,7), Hiszpania (6,9), Wielka Brytania (7,5) i Dania (9,4).

Ministerstwo Zdrowia w Programie zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020¹⁶ zwróciło uwagę, że niezależnie od potrzeby zapewnienia chorym odpowiedniej opieki medycznej i dostępu do terapii, niezbędne jest podejmowanie profilaktycznych działań mających na celu zapobieganie i wczesne wykrywanie depresji. Dynamiczny rozwój społeczny i gospodarczy, zwiększone oczekiwania społeczne i ambicje oraz powszechne narażenie na stres, to czynniki, które sprzyjają jej występowaniu. Przeciwwagą stanowić powinna popularyzacja informacji na temat głównych czynników ryzyka, jak również pogłębianie świadomości społecznej dotyczącej wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania tej chorobie, w tym zwłaszcza zapobieganie zaniedbywaniu higieny życia codziennego, snu, właściwego odżywiania oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji leczenia psychiatrycznego. Zgodnie z zapisami Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020 odpowiednia profilaktyka powinna umożliwiać wczesne wykrycie

¹³ Przy medianie wynoszącej „0” najdłuższy z podanych przez organizatorów średni czas oczekiwania wyniósł odpowiednio: 41 dni do poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, 19 dni do poradni psychologicznej dla dorosłych i 15 dni do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

¹⁴ Przy medianie wynoszącej „0” najdłuższy z podanych przez realizatorów średni czas oczekiwania wyniósł 12 dni.

¹⁵ Opracowanie własne na podstawie danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).

¹⁶ W rzeczywistości pierwszy dokument o nazwie *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015–2019* został przyjęty do realizacji 1.7.2015, a jego rzeczywista realizacja nastąpiła od 2016 r. po aktualizacji dokonanej 7.4.2016 (*Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020 – aktualizacja*) – dane według Informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2015 r. przekazanej Marszałkowi Sejmu przez Prezesa Rady Ministrów 19.10.2016 w ramach obowiązku wynikającego z art. 2 ust. 7 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

problemu oraz zapewnić powszechnie dostępną opiekę zdrowotną i pomoc niezbędną do prawidłowego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i społecznym. W rezultacie, poza uzyskaniem efektu zdrowotnego, ograniczone zostaną negatywne skutki tego problemu dla budżetu państwa, co powinno przejawiać się zmniejszeniem nakładów związanych z absencją pracowniczą i wymaganym leczeniem.

Cele i zakres kontroli NIK

Kontrola przeprowadzona przez NIK¹⁷ koncentrowała się na ocenie skuteczności działań jednostek samorządu terytorialnego¹⁸ w realizacji zadań z zakresu zapobiegania i leczenia depresji podejmowanych w związku z identyfikacją niezaspokojonych potrzeb społeczności lokalnej. Została przeprowadzona w 13 jednostkach¹⁹. Okres objęty kontrolą stanowiły lata 2015–2017 (trzy kwartały)²⁰, a czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 4 września 2017 r. do 20 grudnia 2017 r. Szczegółowym badaniem objęto etapy: projektowania i planowania działań dotyczących zapobiegania i leczenia depresji przez JST, realizacji tych zadań i monitorowania ich rezultatów, a także wykorzystania na nie środków publicznych. Przyjęto

założenie, że działalność JST powinna stanowić istotne uzupełnienie dla oferty świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia²¹, a jest prowadzona tylko przez niektóre z nich. Natomiast wyniki kontroli wykazały, że nie wszystkie realizowane przez skontrolowane samorządy programy obejmujące przeciwdziałanie i leczenie depresji osiągnęły zakładane cele. Podstawę do oceny działalności samorządów w przywołanym zakresie stanowiły przedstawione poniżej wyniki kontroli.

Szczegółowe ustalenia kontroli Charakter prowadzonych działań

Wszystkie objęte kontrolą JST²² były przygotowane organizacyjnie do planowania, koordynacji i nadzoru nad realizacją zadań związanych z ochroną zdrowia psychicznego, w tym dotyczących zapobiegania i leczenia depresji²³, prowadzonych w formie programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 5 pkt 29a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁴.

W pięciu samorządach rzetelnie analizowano potrzeby zdrowotne²⁵ mieszkańców miast i województw w odniesieniu

¹⁷ Kontrola *Zapobieganie i leczenie depresji*, nr ewid. P/17/105.

¹⁸ Dalej także JST.

¹⁹ W czterech urzędach marszałkowskich – w dwóch urzędach miast – w siedmiu jednostkach bezpośrednio realizujących zadania związane z zapobieganiem i leczeniem depresji w ramach programów prowadzonych przez JST.

²⁰ Z uwzględnieniem okresu wcześniejszego, jeśli prowadzona wówczas działalność miała istotne znaczenie dla kontrolowanej działalności.

²¹ Dalej także „NFZ”.

²² Łącznie sześć jednostek.

²³ Dalej również: „zadań w zakresie depresji” lub „zadań związanych z depresją”.

²⁴ Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm., dalej również: *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

²⁵ Zgodnie z art. 5 pkt 29 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, przez potrzeby zdrowotne należy rozumieć liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców.



do zaburzeń depresyjnych. Wyjątek stanowił Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, który nie przeprowadził kompleksowej analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa dotyczących zdrowia psychicznego w latach 2015–2017.

Niemal wszystkie, bo aż 105 ze 109, przedsięwzięcia ukierunkowane na profilaktykę i leczenie depresji²⁶ prowadzone były przez JST w formie pomocy o charakterze doraźnym, jednorazowym (96%). Spośród sześciu skontrolowanych przez NIK samorządów, jedynie w trzech²⁷ opracowano i wdrożono rozwiązania dotyczące zapobiegania i leczenia depresji w formie kompleksowych programów polityki zdrowotnej. Natomiast zakładane cele osiągnięto tylko w jednym²⁸ z czterech zbadanych programów. W przypadku pięciu JST²⁹ działania na rzecz zapobiegania i leczenia depresji zlecane były poza tymi programami w trybach określonych w ustawie z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie³⁰ oraz w ustawie z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym³¹.

W ocenie NIK jest to zjawisko niepożądane. Programy polityki zdrowotnej są optymalną formą służącą zapewnieniu skutecznej, bezpiecznej i efektywnej

realizacji działań z zakresu opieki zdrowotnej przez JST, gdyż realizowane są zwykle w kilkuletniej perspektywie i podlegają określonym wymogom prawnym, a w szczególności opiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji³² (AOTMiT). Działania realizowane poza tymi programami przybierają natomiast formę pomocy o charakterze doraźnym, jednorazowym, bez możliwości oceny w dłuższej perspektywie skuteczności zaplanowanych działań w stosunku do założonych celów oraz ewaluacji uzyskanych efektów zdrowotnych. Zwiększać mogą również ryzyko dokonania nieodpowiedniego wyboru rodzaju działań w trudnym i społecznie wrażliwym obszarze zdrowia psychicznego. Oprócz jasnego i precyzyjnego sformułowania celów w programach polityki zdrowotnej oraz czasu ich realizacji, ustawodawca zobowiązał samorządy do zastosowania w programach mierników efektywności.

Zgodnie z art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, program polityki zdrowotnej to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie we wskazanym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu

²⁶ W tym głównie o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym.

²⁷ Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego.

²⁸ Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego.

²⁹ Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, Urząd Miejski Wrocławia oraz Urząd Miejski w Gdańsku.

³⁰ Dz.U. z 2018 r. poz. 450, ze zm.

³¹ Dz.U. z 2018 r. poz. 1492, ze zm.

³² Państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, do której zadań należy m.in. wydawanie opinii do projektów programów polityki zdrowotnej.

i zrealizowaniu potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo JST.

Projekt programu polityki zdrowotnej, zgodnie z art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej³³, jest przekazywany do Prezesa AOTMiT do zaopiniowania. Prezes AOTMiT wydaje opinię na podstawie kryteriów stanowiących podstawę zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej, jako świadczenia gwarantowane. Zgodnie z art 31a ww. ustawy, kryteria te obejmują m.in. skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo oraz stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych.

Podkreślić przy tym należy, że w badanym okresie opinie AOTMiT dotyczące projektów programów polityki zdrowotnej nie miały charakteru wiążącego. Istotne zmiany w tym zakresie wprowadziła ustawa z 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³⁴. I tak:

- Zmiana art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej uzależniła rozpoczęcie wdrażania, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej od uzyskania pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii Prezesa AOTMiT. Podmiot, który otrzymał warunkowo pozytywną opinię, został zobowiązany do wprowadzenia do projektu

stosownych zmian przed rozpoczęciem jego realizacji;

- Rozszerzenie dotychczasowych regulacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej o art. 48aa, wprowadziło nowe rozwiązanie dające JST możliwość opracowania programu polityki zdrowotnej na podstawie rekomendacji wydanej przez Prezesa AOTMiT. Rekomendacja dotyczy zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji i odnosi się do konkretnej choroby lub problemu zdrowotnego. Od dnia opublikowania rekomendacji Prezesa AOTMiT podmiot opracowujący projekt programu polityki zdrowotnej zobowiązany jest do jej uwzględnienia. Przed rozpoczęciem wdrażania, realizacji i finansowania winien przesłać do AOTMiT jedynie oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją.

Według projektodawcy nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej³⁵, rekomendacja Prezesa AOTMiT ma umożliwić podmiotowi sporządzającemu projekt programu polityki zdrowotnej przygotowanie go we właściwy sposób oraz spowodować przyspieszenie procedury sporządzania takich programów przez JST. Zmiany te weszły w życie 30 listopada 2017 roku³⁶.

Ponadto należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej kierunkowane

³³ Przed 1.1.2015 art. 48 ust 2a i 2b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

³⁴ Dz.U. poz. 2110.

³⁵ Zgodnie z uzasadnieniem do projektu ustawy – nr druku: 1791.

³⁶ Przy czym pierwszej okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej AOTMiT ma dokonać w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie zmian do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.



są przede wszystkim na zapewnienie uzyskania trwałych efektów zdrowotnych w społeczności lokalnej. Stanowią także istotny instrument efektywnego gospodarowania środkami publicznymi przez jednostki samorządowe.

Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 44 ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁷, wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

Na realizację zadań z zakresu zapobiegania i leczenia depresji skontrolowane jednostki wydatkowały w okresie objętym kontrolą łącznie 2946,4 tys. zł, z tego 813,0 tys. zł na zadania stanowiące przedmiot programów polityki zdrowotnej, a 2133,4 tys. zł na zadania realizowane w innych formach.

Programy realizowane przez JST

Działania związane z zapobieganiem i leczeniem depresji w formie programów polityki zdrowotnej prowadzi:

- Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, który w latach 2015–2017 realizował program: Profilaktyka depresji i rozpowszechnianie postaw prozdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego. Program edukacyjny dla mieszkańców Województwa Małopolskiego „Wyprzedzić smutek”. Program ten miał charakter profilaktyki pierwotnej zmniejszającej ryzyko zachorowania w przyszłości na depresję osób zdrowych i był skierowany do osób powyżej 18

roku życia, zamieszkałych w Małopolsce z objawami depresji;

- Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, który w latach 2015–2017 realizował Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży. Miał na celu zmniejszenie częstotliwości występowania pełnoobjawowej depresji przez zidentyfikowanie u badanych dzieci (w wieku 11–13 lat) i młodzieży (w wieku 14–17 lat) cech predysponujących do jej występowania oraz redukcję tych czynników dzięki uczestnictwu w zajęciach warsztatowych;

- Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, który w latach 2015–2017 realizował dwa programy polityki zdrowotnej. Program rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej – Program edukacyjno-konsultacyjny i „Psycho-Kreacje”, Program aktywizujący dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Pierwszy z nich przewidywał przede wszystkim profilaktykę zaburzeń depresyjnych wśród uczniów klas drugich liceów realizujących program Szkoła Promocji Zdrowia, a także wśród rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli wskazanych przez dyrektorów szkół. Za cel programu przyjęto edukację na temat zaburzeń depresyjnych wieku rozwojowego. Drugi z nich skierowany był do młodzieży w wieku od 16 do 22 lat, przebywającej w Hostelach – Ośrodku Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej oraz do odbiorców publikacji opracowanej w ramach programu, jak też widzów spektaklu przygotowanego przez uczestników

³⁷ Dz.U. z 2017 r. poz. 2077, ze zm.

programu. Za cel programu przyjęto promocję zdrowia psychicznego, wspieranie rozwoju psychospołecznego, zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży, oraz poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi.

Inne formy wsparcia

Poza programami polityki zdrowotnej na rzecz zapobiegania i leczenia depresji realizowane były m.in. zadania, takie jak:

- „Gdańsk Cię wspiera”³⁸ – przedsięwzięcie skierowane do osób wymagających psychiatrycznej opieki środowiskowej po zakończonym pierwszym lub kolejnym leczeniu w oddziałach całodobowych lub dziennych, potrzebujących dalszych, intensywnych działań socjoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych oraz okresowej pomocy terapeutycznej przy nawrotach lub nasileniu choroby a także do osób, którym nie udało się uzyskać trwałej efektywnej poprawy w leczeniu w warunkach oddziału szpitalnego lub poradni (chorzy wielokrotnie hospitalizowani). Obejmowało rekrutację uczestników, ich diagnozę³⁹ oraz terapię, która stosownie do wyników diagnozy przyjmowała formy: porad lekarskich z farmakoterapią, terapii indywidualnej, spotkań dla członków rodziny, uczestnictwa w grupowych

spotkaniach dla rodzin, konsultacji pracownika socjalnego, psychoedukacji.

- Program rozwoju dla osób w depresji i kryzysie psychicznym oraz ich bliskich z Wrocławia⁴⁰ – zadanie skierowane do osób powyżej 18. roku życia chorujących na depresję, leczących się farmakologicznie, u których zaburzenia depresyjne spowodowały pogorszenie ich funkcjonowania w otaczającym świecie oraz rodzin – opiekunów osób cierpiących na tę chorobę. Polegało na prowadzeniu doradztwa psychologicznego i psychoedukacji dla osób w depresji, ich usprawnianiu w zdobywaniu umiejętności społecznie użytecznych oraz aktywności ruchowej i poznawczej przez prowadzenie warsztatów rozwojowych, grup wsparcia, warsztatów terapeutyczno-edukacyjnych, treningów uważności i relaksacji, a także zapewnieniu wsparcia psychologicznego dla rodzin i bliskich tym osobom przez konsultacje psychologiczne i spotkania edukacyjne.

Kluczowe działania, zaprojektowane i wdrożone do realizacji w ramach programów polityki zdrowotnej i zadań realizowanych przez badane samorządy w zakresie depresji, miały charakter edukacyjno-profilaktyczny. Tym samym stanowiły uzupełnienie dla oferty świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

³⁸ Projekt realizowany przez OPTIMMED Sp. z o.o. komandytowa z siedzibą w Gdańsku w ramach zadania publicznego w zakresie psychiatrii środowiskowej, zlecanych przez Urząd Miejski w Gdańsku w trybie określonym w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

³⁹ Przeprowadzaną przez zespół składający się ze specjalisty psychiatry, specjalisty psychologa klinicznego oraz pracownika socjalnego i terapeuty środowiskowego.

⁴⁰ Projekt realizowany przez Fundację Opieka i Troska we Wrocławiu w latach 2015–2017 w ramach zadania publicznego w obszarze zdrowia psychicznego, zlecanego przez Urząd Miejski Wrocławia w trybie konkursu ofert ogłoszonego na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.



Nakłady nieadekwatne do potrzeb

Depresję zaliczono do istotnych problemów zdrowia psychicznego w pięciu z sześciu objętych kontrolą JST, jednak zakres i skala podejmowanej w związku z tym aktywności samorządów warunkowana była ich możliwościami finansowymi. W trzech JST⁴¹ zainteresowanie udziałem w realizowanych działaniach związanych z depresją przewyższało możliwości uzyskania oczekiwanej pomocy. Stwierdzono przypadki realizowania zadań dotyczących depresji w zakresie węższym od oferowanego przez realizatorów w konkursach⁴² i gdy w przedsięwzięciach uczestniczyło więcej osób niż przewidziano w zawartych umowach (co miało miejsce w Gdańsku i we Wrocławiu) oraz gdy chęć udziału w tych zadaniach była większa od założonej w umowach (co miało miejsce w Gdańsku i województwie małopolskim). Tym samym, realizacja przez skontrolowane JST zadań związanych z zapobieganiem i leczeniem depresji nie wpływała w istotny sposób na poprawę zdrowia psychicznego społeczności lokalnych.

Przykładowo, w Urzędzie Miejskim w Gdańsku stwierdzono, że liczba beneficjentów realizowanego przez podmiot leczniczy w 2015 r. zadania pn. „Blżej siebie” (łącznie 324 osoby) była wyższa zarówno od zaplanowanej przez realizatora w ofercie (300 osób), jak i określonej w umowie na jego finansowanie ze środków budżetowych (200 osób).

O istniejącym zapotrzebowaniu na działania związane z profilaktyką i leczeniem depresji świadczy również m.in. liczba i dostępność do świadczeń gwarantowanych z zakresu zdrowia psychicznego finansowanych w latach 2014–2016 przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Nierzetelna analiza efektów działania

Większość JST nierzetelnie analizowała efekty działań związanych z depresją. Tylko w dwóch⁴³ z sześciu skontrolowanych samorządów prawidłowo monitorowano i zwymiarowano efekty ich realizacji, a działania prowadzone w omawianym zakresie przez cztery z sześciu JST nie były rzetelne. Świadczą o tym stwierdzone nieprawidłowości i sformułowane uwagi:

- w Śląskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2020 nie określono przyjętych wartości bazowych i docelowych dla wskaźników produktu i rezultatu oraz wartości tych wskaźników do osiągnięcia w poszczególnych latach⁴⁴, a także nie sporządzono rocznych raportów monitoringowych z jego realizacji;
- w realizowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego programie polityki zdrowotnej dotyczącym zapobiegania zaburzeniom depresyjnym u dzieci i młodzieży – wskaźniki do osiągnięcia, określono ogólnie i opisowo, bez wskazania stanu wyjściowego i docelowego. Należy

⁴¹ Miasta Gdańsk i Wrocław, województwo małopolskie.

⁴² Umowy na ich realizację były zawierane w węższym od oferowanego zakresie, w tym co do liczby uczestników (beneficjentów), ilości i zakresu działań.

⁴³ Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Urząd Miejski w Gdańsku.

⁴⁴ Co m.in. uniemożliwiało realną, obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów tego programu,

zauważyć, że na konieczność wprowadzenia mierników efektywności do tego programu wskazał również Prezes AOTMiT w opinii wydanej do jego projektu w lutym 2015 r.;

- Urząd Miejski Wrocławia nie posiadał rzetelnych danych i informacji umożliwiających jednoznaczne potwierdzenie osiągnięcia wymaganej frekwencji i rzeczywistego udziału osób w trzech (z 10) realizowanych w badanych okresie zadań dotyczących depresji⁴⁵, a także dowodów na: objęcie monitoringiem i ewaluacją wszystkich lub wymaganej części uczestników zadania; przeprowadzenie ewaluacji z wykorzystaniem zaplanowanych instrumentów oraz w wyznaczonych terminach; dokonanie podsumowania i interpretacji wyników badań ewaluacyjnych w zakresie pozwalającym na ustalenie i ocenę skali pozytywnego wpływu realizacji zadania na poprawę zdrowia psychicznego i jakości życia jego uczestników. Kontrola merytoryczna sprawozdań z realizacji tych zadań była nierzetelna. Urząd nie wykorzystywał również uprawnień zleceniodawcy zadania publicznego do żądania, aby zleceniobiorca przedstawił dodatkowe informacje, wyjaśnienia oraz dowody do sprawozdań z ich realizacji.

- Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego odstąpił od realizacji części konsultacyjnej Programu edukacyjno-konsultacyjnego „Rozpoznawanie oraz zapobieganie depresji u dzieci i młodzieży”.

Umowy zawarte na jego realizację w latach 2015–2017 obejmowały finansowanie tylko części edukacyjnej. W konsekwencji realizacja programu była niepełna, a w kolejnych latach jego zakres nie dotyczył udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli porad psychiatrycznych i/lub psychologicznych. Dla zmienionego programu, pomimo znacznego ograniczania zaplanowanych w nim interwencji, nie uzyskano opinii Prezesa AOTMiT; Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego przyjął niekompletne rozliczenia realizacji Programu edukacyjno-konsultacyjnego „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży” w latach 2015–2016, w tym: nie wyegzekwował od jego realizatora wymaganego raportu ewaluacyjno-badawczego za rok 2015 i rok 2016, a dla rozliczenia umów zawartych na 2015 r. i 2016 r. realizator sporządził jeden raport obejmujący dwa lata łącznie⁴⁶; wymaganych wniosków końcowych dotyczących ewaluacji programu w 2015 r. i 2016 r., w tym danych dotyczących liczby zgłoszeń na konsultacje w poradni zdrowia psychicznego, liczby uczniów uczestniczących oraz uczniów, którzy wypełnili kwestionariusze i ankiety w danym roku. Przyjęta przez Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego forma rozliczenia Programu edukacyjno-konsultacyjnego „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży” uniemożliwiła ocenę uzyskanych efektów.

⁴⁵ Tj. zadań takich jak: *Warsztaty samorozwoju dla osób w depresji, Program wsparcia osób doświadczających kryzysu psychicznego oraz ich rodzin i opiekunów, Program samorozwoju dla osób w depresji i w kryzysie psychicznym oraz ich bliskich*, realizowanych przez jedną z fundacji wrocławskich odpowiednio w 2015 r., 2016 r. i 2017 r.

⁴⁶ Zgodnie z przyjętymi założeniami, raport roczny podsumowywał realizację programu w każdym roku.



Nieprawidłowości w analizie efektów działań na rzecz zapobiegania i leczenia depresji nie stwierdzono w Urzędzie Miejskim w Gdańsku (który nie prowadził programów polityki zdrowotnej) i w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego, który w latach 2015–2017 realizował program polityki zdrowotnej „Wyprzedzić smutek”.

Przykład dobrej praktyki

Realizator programu polityki zdrowotnej „Wyprzedzić smutek” został zobowiązany do przedstawiania Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Małopolskiego comiesięcznych informacji o stanie realizacji umowy na wykonanie programu w latach 2015–2017, sprawozdania końcowego z realizacji programu oraz raportu z ewaluacji programu w danym roku. Założone efekty i mierniki efektywności programu dotyczyły liczby beneficjentów, powstania procedury badania profilaktycznego i przygotowania doradców do jej wprowadzenia, powstania materiałów psychoedukacyjnych oraz raportów statystycznych.

Analiza danych przekazanych przez realizatora pozwoliła między innymi na potwierdzenie osiągnięcia zakładanych efektów programu i ustalenia, ponieważ:

- do programu zgłosiła się ponadplanowa liczba beneficjentów (tj. ponad 600 osób w roku 2015 i 2016);
- wskutek przeprowadzonych konsultacji edukacyjno-profilaktycznych zmniejszył się poziom narażenia na depresję u beneficjentów mierzony „Testem dwóch pytań”;
- przeprowadzono szkolenia konsultantów i rozbudowano bazę wykwalifikowanych specjalistów udzielających konsultacji na terenie województwa małopolskiego;

- zorganizowano i prowadzono 11 punktów konsultacyjnych z własną rejestracją, listami beneficjentów i dyżurami konsultantów;
- w ramach edukacji przez media, zorganizowano emisję 15-20 sekundowych spotów w telewizji regionalnej i komunikacji miejskiej oraz audycji radiowych. Przygotowano również plakaty i ulotki. Oszacowano, że wskutek tych działań programem pośrednio mogło zostać objętych od 10,8 tys. do 13,2 tys. osób. Kampania medialna adresowana była do ponad 50 tys. osób.

Samorządy dysponowały również dowodami zewnętrznymi wskazującymi na skuteczność prowadzonych działań na rzecz zapobiegania i leczenia depresji oraz ich pozytywnego wpływu na jakość życia mieszkańców.

Przykłady badań zewnętrznych

Urząd Miejski Wrocławia dysponował wynikami badań opisanych w pracach magisterskich pt.: „Nasilenie objawów depresyjnych u kobiet po 60 r. życia podejmujących regularną aktywność fizyczną i działania prozdrowotne” (z 2016 r.), „Ocena skuteczności programu profilaktyki i promocji zdrowia w ujęciu biopsychospołecznym” (z 2017 r.). Badania prowadzone były w środowisku osób uczestniczących w finansowanym przez Urząd Miejski Wrocławia zadaniu publicznym pn. „Depresja w opresjach”, realizowanym przez jedną z wrocławskich fundacji. Wyniki wskazywały m.in., że:

- (w przypadku pierwszej z prac) systematyczne uczestnictwo w programie terapeutycznym o charakterze profilaktyki i promocji zdrowia skutkowało poprawą nastroju i obniżeniem poziomu objawów depresyjnych u 79% badanych, a poprawa

nastroju była tym większa, im większy był poziom zaburzeń depresyjnych przed przystąpieniem do projektu;

- (w przypadku drugiej z prac) statystyki pokazały, że główne założenia programu profilaktyki i promocji zdrowia, ukierunkowane na poprawę stanu psychospołecznego były skuteczne, głównie jeśli chodzi o redukcję poziomu stresu.

W 2016 r. Uniwersytet Gdański, na zlecenie Miasta Gdańska przeprowadził badanie oceny wpływu dostępności do porad i pomocy psychologicznej na jakość życia mieszkańców miasta. Dostępność ta została oceniona przez 25,9% mieszkańców Gdańska niedostatecznie i dopuszczająco, przez 18,8% dostatecznie, przez 15,2% dobrze, przez 6,3% dobrze, celująco.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli realizacja przez skontrolowane JST zadań w innych niż programy polityki zdrowotnej formach nie zapewniała pełnej rozliczalności uzyskanych efektów. Wyniki kontroli potwierdziły bowiem, iż w tych przypadkach JST ograniczały się w zasadzie do oceny poprawności wykonywania zadań przez realizatorów (dochowania wymogów formalnych). Nie oceniano natomiast wpływu wykonywanych działań na poprawę zdrowia – zarówno w odniesieniu do osób objętych poszczególnymi działaniami, jak i w odniesieniu do zwykmiarowanych potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej. Prowadzone przez JST inicjatywy nie stanowiły w pełni zespołu

zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Przybierały natomiast formę pomocy o charakterze doraźnym, jednorazowym, bez określenia przez JST mierników efektywności zdrowotnej, co w praktyce utrudniało, a nawet uniemożliwiało zarówno ocenę w zakresie efektywnego wykorzystania środków finansowych, jak i ewaluację uzyskanych efektów zdrowotnych (ocenę skuteczności realizowanych zadań w stosunku do założonych celów).

Nieprawidłowości stwierdzono także w związku ze zlecaniem przez JST zadań w przedmiocie zapobiegania i leczenia depresji. Wybór realizatorów programów polityki zdrowotnej nie zawsze następował bowiem w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert, stosownie do wymagań art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Dotyczyło to programów polityki zdrowotnej⁴⁷, na które w okresie objętym kontrolą przekazano w sumie 331,8 tys. zł dotacji.

Stwierdzono także przypadki zlecenia zadań obejmujących problematykę depresji, w trybie przewidzianym dla programów polityki zdrowotnej, mimo że nie były one przedmiotem takich programów⁴⁸.

⁴⁷ Programy polityki zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, tj.: Program edukacyjno-konsultacyjny *Rozpoznawanie oraz zapobieganie depresji u dzieci i młodzieży* oraz Program aktywizujący dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi *Psycho-Kreacje*.

⁴⁸ W Urzędzie Miejskim w Gdańsku.



Powyższe dotyczyło ośmiu finansowanych z dotacji umów na łączną kwotę 517,5 tys. zł. Ich realizatorami były podmioty lecznicze, w odniesieniu do których Urząd nie miał możliwości zlecenia zadań w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, gdyż działalność tych podmiotów nie mieściła się w kategoriach wymienionych w art. 3 tej ustawy⁴⁹.

Również nieprawidłowo, bo w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, zlecano organizacjom pozarządowym zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące problematykę depresji. Nieprawidłowości te polegały na niezastosowaniu trybu konkursowego, wymaganego postanowieniami art. 14 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym, a dotyczyły wyboru realizatorów zadań finansowanych dotacją na łączną kwotę 212,2 tys. zł (19 umów)⁵⁰.

Ocena efektywności wydatkowania środków finansowych była niemożliwa w odniesieniu do działań o charakterze doraźnym – jednorazowym realizowanym poza programami polityki zdrowotnej.

W kontroli odnotowano również przypadki finansowania zadań bez uprzedniego uzyskania wymaganej uchwały zarządu województwa oraz opracowania programów polityki zdrowotnej przez podmiot, który

był następnie ich realizatorem⁵¹, nieprawidłowego ewidencjonowania wydatków⁵², oraz nierzetelnej weryfikacji rozliczeń i sprawozdań przedstawianych przez realizatorów zadań⁵³.

Obejmująca problematykę depresji współpraca JST z organami administracji rządowej, państwowymi jednostkami organizacyjnymi, innymi jednostkami samorządowymi oraz środowiskiem medycznym przebiegała na ogół prawidłowo, a nieliczne stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości nie miały zasadniczego wpływu na kontrolowaną działalność.

Podsumowanie

Wyniki kontroli przeprowadzonych w siedmiu jednostkach bezpośrednio realizujących zadania związane z zapobieganiem i leczeniem depresji wskazują, że w większości z nich poprawnie wywiązywano się z powierzonych zadań. Ze względu na charakter nieprawidłowości, należy zwrócić uwagę na przypadki niepełnej realizacji w latach 2015–2017 zadań przewidzianych w jednym z programów polityki zdrowotnej (nie udzielano przewidzianych świadczeń zdrowotnych) oraz przypadki niezagwarantowania wydatkowania środków publicznych w sposób oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych

⁴⁹ Po 1.1.2016 powierzenie realizacji zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (tj. zadań wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) powinno następować w trybie konkursu ofert na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym. Natomiast w okresie od 1.1.2015 do 31.12.2015 właściwą podstawą prawną były w tym zakresie przepisy ustawy z 24.4.2003 o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

⁵⁰ Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego (16 umów na łączną kwotę 144,5 tys. zł) oraz Urząd Miejski Wrocławia (3 umowy na łączną kwotę 67,7 tys. zł).

⁵¹ Programy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego.

⁵² Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, Urząd Miejski Wrocławia.

⁵³ Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, Urząd Miejski Wrocławia.

efektów z danych nakładów (realizując programy polityki zdrowotnej skontrolowany podmiot nie zastosował dostępnych narzędzi, służących do wyboru najkorzystniejszych ofert)⁵⁴. Ponadto zatrudniano pracowników poza normalnym czasem pracy na podstawie umów cywilnoprawnych przy pracach tego samego rodzaju, co objęte stosunkiem pracy⁵⁵, a także gromadzono dane osobowe bez zachowania zasad ich przetwarzania oraz zabezpieczenia przed udostępnieniem osobom nieupoważnionym i prowadzenia ewidencji osób upoważnionych⁵⁶.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła również uwagę, iż wdrażanie „Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020” było opóźnione w stosunku do założonego harmonogramu jego realizacji. W ramach zadania⁵⁷ obejmującego przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji Ministerstwu Zdrowia nie udało się bowiem, do końca 2017 r., przygotować odpowiedniego hasła do kampanii społecznej. W konsekwencji o dziewięć miesięcy skrócono, planowany pierwotnie na lata 2018–2020, okres emisji ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej depresji w środkach masowego przekazu. Przywołana kampania wystartowała bowiem dopiero

z początkiem października 2018 r. W ocenie NIK jest to niekorzystne z punktu widzenia realizacji głównego celu tego programu jakim jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych.

Wnioski pokontrolne

W związku z ustaleniami Najwyższa Izba Kontroli skierowała do Ministra Zdrowia wnioski o:

1. Dokonanie analizy i oceny terminowości i poprawności realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego⁵⁸ w zakresie wprowadzenia lub aktualizacji przez samorządy gminnych i regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego na lata 2017–2022.
2. Zlecenie Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowania i wydania rekomendacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących w szczególności profilaktyki depresji u dzieci i młodzieży oraz osób powyżej 65 roku życia.

W związku z wynikami badań, przedstawionymi w Informacji o wynikach kontroli zatwierdzonej przez Prezesa NIK 29 sierpnia 2018 r., Minister Zdrowia poinformował m.in., że trwają prace nad

⁵⁴ Obie nieprawidłowości stwierdzono w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzku. Warszawy – spółce, w której 100% udziałów posiadał samorząd województwa mazowieckiego.

⁵⁵ W Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzku k. Warszawy.

⁵⁶ W Fundacji Opieka i Troska we Wrocławiu.

⁵⁷ Edukacja społeczeństwa dotycząca profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu.

⁵⁸ Na lata 2017–2022, o którym mowa w rozporządzeniu Rady Ministrów z 8.2.2017 w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. poz. 458).



opracowaniem przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie rekomendacji dotyczących zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce. Natomiast Rzecznik Praw Pacjenta (RPP) wskazał, że rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego – pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta codziennie spotykają się w podmiotach leczniczych z setkami osób, które doświadczyły kryzysu psychicznego, udzielając im informacji dotyczących ich praw oraz możliwości uzyskania niezbędnego wsparcia i pomocy w środowisku lokalnym po opuszczeniu oddziału szpitalnego.

Wiele z tych osób to pacjenci leczący się z powodu depresji, których stan zdrowia utrudnia samodzielne funkcjonowanie, powodując konieczność korzystania z niezbędnego wsparcia ze strony jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego. Bardzo często okazuje się, że pomoc jest niewystarczająca lub przychodzi z opóźnieniem i tym samym jest nieskuteczna. Zapewnił również, że wyniki

przeprowadzonych przez NIK badań zostaną uwzględnione przy formułowaniu propozycji rozwiązań systemowych z zakresu szeroko rozumianej ochrony zdrowia psychicznego Polaków.

Kontrola wzbudziła również zainteresowanie instytucji publicznych i organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką depresji. W grudniu 2018 r. jej wyniki zostały przedstawione także na posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP.

Duże zainteresowanie problematyką zapobiegania i leczenia depresji, w tym wynikami kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli, wskazuje na potrzebę kreowania sprzyjających warunków dla rozwoju aktywności samorządów i organizacji pozarządowych w walce z tą chorobą.

KSYMENA KRAMARCZYK-ROSIAK,
JEREMI ŚLIWIŃSKI,
Delegatura NIK we Wrocławiu

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenia psychiczne, program polityki zdrowotnej, zdrowie psychiczne, świadczenia opieki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego

Key words: depression, mental disorders, health policy program, mental health, healthcare services, local government units