



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MIECZYŚLAW ŁUCZAK

WV
3DG
DYREKTOR GENERALNY
Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
KANIECJA TYTUŁOWA
Teresa Tybiszewska
2016 -09- 28 -127-
RKP-94078-2016

LKA.410.009.02.2016
P/16/067



Warszawa, dnia *27* września 2016 r.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Biuro Dyrektora Generalnego
Data wpływu: 2016 -09- 28 -46-
L. dz. *RKP-94078-2016*

Pani
Elżbieta Rafalska
Minister Rodziny, Pracy i Polityki
Społecznej

Szanowna Pani Minister!

W załączeniu przesyłam wystąpienie pokontrolne po przeprowadzonej kontroli nr P/16/067 *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin.*

z wyrazami szacunku

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Biuro Ministra
Data wpływu: 2016 -09- 28 -2-
L. dz.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
SEKRETARIAT
DYREKTORA GENERALNEGO
Data wpływu: 2016 -09- 28
L. dz. *DG-p-4096-2016*



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Mieczysław Łuczak

LKA.410.009.02.2016
P/16/067

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/067 – Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Krzysztof Baron, główny specjalista k. p., upoważnienie do kontroli nr LKA/15/2016 z dnia 13 kwietnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ¹ ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Rafalska, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ² (dowód: akta kontroli str. 5-15)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

I. W kontrolowanym okresie (lata 2014-2015) Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego zainicjował i realizował dwa programy uchwalone przez Radę Ministrów na rzecz osób w wieku powyżej 60 lat³ (Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020⁴ oraz Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020⁵). W ramach tych programów zaplanowane zostały działania obejmujące ogół osób starszych, w tym także osoby z chorobą Alzheimera i ich rodziny, w których jednak nie przewidziano rozwiązań kierowanych w sposób szczególny do osób z chorobą Alzheimera lub innymi chorobami otępiennymi, ich rodzin oraz organizacji pozarządowych udzielających im wsparcia. Tymczasem w ocenie NIK działanie takie jest celowe ze względu na obserwowane w Polsce procesy demograficzne⁶ i wynikające z nich konsekwencje.

II. Działania na rzecz ogółu osób starszych, obejmujące osoby z chorobą Alzheimera realizowane były na podstawie kompetencji Ministra wynikających

¹ Dalej: „Ministerstwo”. W okresie objętym kontrolą do dnia 16 listopada 2015 r. Ministerstwo nosiło nazwę Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Nazwę Ministerstwa zmieniono Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 3 grudnia 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie utworzenia Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz zniesienia Ministerstwa Polityki Społecznej (Dz. U. z 2015 r., poz. 2056)

² Dalej: „Minister”. W okresie objętym kontrolą do 12 listopada 2015 r. Ministrem Pracy i Polityki Społecznej był Władysław Kosiniak-Kamysz.

³ Zgodnie z definicją przyjętą przez Pierwsze Światowe Zgromadzenie na temat Starzenia się Społeczeństw ONZ z 1982 za osoby starsze uznaje się osoby, które przekroczyły 60 rok życia. Na tę definicję powołują się Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej, str.4.

⁴ Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, MP z 2014 r., poz. 118 – dalej także „ZDPS”.

⁵ Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 (M.P. z 2014 r. poz. 52) – dalej także „ASOS”.

⁶ Do takich procesów demograficznych zaliczyć należy starzenie się społeczeństwa i wynikający z niego wzrost procentowego udziału osób w wieku 60+ w ogóle populacji.

z art. 23 ustawy o pomocy społecznej⁷ oraz w ramach ww. Programów rządowych. W działaniach tych nie stosowano rozwiązań w sposób szczególnie adresowanych do osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz ich rodzin. Środowiska te jednak miały zapewniony równy dostęp do świadczeń oraz korzystały z dofinansowania swoje działalności ze środków będących w dyspozycji Ministra, rozdysponowywanych w ramach konkursów na realizację zadań publicznych, do czego NIK nie zgłasza zastrzeżeń⁸.

Uzasadnienie oceny ogólnej

1] Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w kontrolowanym okresie realizował zadania z zakresu pomocy społecznej adresowane do ogółu osób starszych, nie traktując w sposób szczególnie problemów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz ich rodzin.

Podejście takie przyjęto zarówno w pracach nad programami rządowymi ZDPS i ASOS, jak i w toku realizacji tych programów pomimo tego, że na zasadność podjęcia działań w sposób szczególnie ukierunkowanych na zaspokajanie potrzeb i rozwiązywanie problemów osób z chorobą Alzheimera i innych chorób otępiennych oraz ich rodzin wskazywały w szeregu dokumentów od 2011 r. instytucje europejskie, liczne organizacje pozarządowe i organy konstytucyjne Państwa⁹. Uzasadnione to było m.in. tym, że w populacji osób powyżej 60 r.ż. stanowiącej coraz większą część polskiego społeczeństwa, osoby z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi stanowią grupę stojącą przed szczególnie trudnymi problemami, wynikającymi z postępującego ograniczania się ich zdolności poznawczych oraz pogłębiającej się niesamodzielności i uzależnienia od otoczenia.

W prowadzonych przez Ministra działaniach mających na celu identyfikację potrzeb opiekuńczych osób starszych zagadnienie to nie zostało jednak wyodrębnione. W związku z tym Minister nie gromadził systematycznie danych o liczbie świadczeniobiorców pomocy społecznej dotkniętych chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi, o zakresie potrzeb ich opiekunów (w tym nieformalnych¹⁰), o faktycznie ponoszonych kosztach opieki, w tym także o kosztach ponoszonych przez opiekunów nieformalnych, a dane zgromadzone doraźnie przez Ministra na potrzeby sejmowej Komisji Polityki Senioralnej, dotyczące zakresu i kosztów pomocy skierowanej do osób z chorobą Alzheimera w 2015 r., obciążone są ryzykiem błędu m.in. z uwagi na brak ustalonej i zweryfikowanej metodologii ich gromadzenia i prezentacji. Tymczasem posiadanie rzetelnych danych jest w ocenie NIK niezbędne dla skutecznej realizacji poszczególnych kierunków interwencji wskazanych w Założeniach Polityki Senioralnej na lata 2014-2020 i celów programu ASOS w zakresie, w jakim programy te obejmują osoby z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi.

2] Minister podejmował działania na rzecz całej populacji osób starszych w ramach swoich kompetencji ustawowych (art. 23 ustawy o pomocy społecznej), oraz w ramach programów rządowych ZDPS i ASOS, nie wyodrębniając w sposób szczególnie działań na rzecz osób z chorobą Alzheimera, innymi chorobami otępiennymi i ich rodzin.

Część działań podejmowanych w ramach programu ASOS była zbieżna z zadaniami administracji rządowej służącymi realizacji Celu operacyjnego Nr 9 Narodowego

⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U z 2016 r. poz. 930 ze zm.

⁸ Przebieg konkursów i stosowanie procedur przez Ministra w latach 2014 i 2015 zostały ocenione przez Najwyższą Izbę Kontroli w trakcie kontroli wykonania budżetu państwa za lata 2014 i 2015.

⁹ Do tworzenia takich tzw. narodowych planów alzheimerowskich wezwał w oświadczeniu z dnia 19 stycznia 2011r. Parlament Europejski – problemy, jakie powinny być ujęte w takim planie zostały szczegółowo opisane niżej w pkt 1.2., z podobną inicjatywą wystąpił także Rzecznik Praw Obywatelskich i Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich.

¹⁰ Opiekun nieformalny to osoba niebędąca opiekunem medycznym opiekująca się osobą o ograniczonej samodzielności np. członek rodziny – definicja za Założeńmi Długofalowej Polityki Senioralnej, str. 21

Programu Zdrowia na lata 2007-2015¹¹, co było możliwe m.in. ze względu na fakt, iż programy te, choć są od siebie niezależne i nie są powiązane systemem celów i mierników ich osiągnięcia, mają w zakresie dotyczącym osób starszych w części zbieżną tematykę i podobnego adresata.

Środowisko osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi, ich rodzin i organizacji pozarządowych zajmujących się tą problematyką nie było ograniczane w dostępie do środków publicznych rozdysponowywanych przez Ministra w ramach ww. programów rządowych i w ramach działań stanowiących realizację jego kompetencji ustawowych. Ogółem na zadania związane bezpośrednio z problematyką wsparcia tych osób wydatkowano ze środków Ministra w latach 2014-2015 kwotę 5 680 tys. zł, z czego kwotę 3 457 tys. zł (60,9%) stanowiły środki wydatkowane w ramach programu ASOS. NIK nie zgłasza zastrzeżeń co do sposobu rozdysponowania i wykorzystania ww. środków.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Udział w wypracowaniu polityki zdrowotnej, opiekuńczej i społecznej wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin

Opis stanu
faktycznego

1.1 Kreowanie ram prawnych i instytucjonalnych

1] Zgodnie z art. 23 ustawy o pomocy społecznej, do zadań ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego należy, między innymi tworzenie koncepcji i określanie kierunków rozwoju w obszarze pomocy społecznej; zlecanie i finansowanie badań, ekspertyz i analiz w obszarze pomocy społecznej; monitorowanie standardów działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, dla których takie standardy zostały wydane; analiza skuteczności pomocy społecznej; inspirowanie i promowanie nowych form i metod działania, a także szkolenie kadr; opracowywanie i finansowanie programów osłonowych; finansowe wspieranie programów w określonym przez ministra obszarze pomocy społecznej, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego lub podmioty uprawnione¹², współdziałanie z organizacjami pozarządowymi.

Minister realizował obowiązki ustawowe dotyczące pomocy społecznej nie prowadząc aktywności w sposób szczególnie ukierunkowanej do osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin. W tej sprawie Minister wyjaśnił, że ze względu na fakt, iż ww. ustawa nie wyodrębnia grup osób korzystających lub ubiegających się o pomoc społeczną ze względu na rodzaj niepełnosprawności lub choroby, np. osób z chorobą Alzheimera, nie prowadził analiz skuteczności pomocy społecznej w zakresie wspierania tej grupy osób.

(dowód: akta kontroli str. 433)

2] W dniu 24 grudnia 2013 r. Rada Ministrów RP uchwaliła Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, której celem była realizacja komponentu długookresowego, o którym mowa w części 6 *Priorytety i kierunki interwencji* załącznika do uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013¹³. W §3 Uchwały jako organ odpowiedzialny za jej realizację wskazany został minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego.

¹¹ Uchwała nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie przyjęcia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (niepublikowana)

¹² Podmioty, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

¹³ M.P. poz. 642.

Według zapisów Uchwały dot. Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej – polityka senioralna to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się. Obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych został zidentyfikowany jako jeden z najważniejszych w polityce senioralnej w Polsce.

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze zdrowie jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii. W obszarze rozwiązań medyczno-opiekuńczych dla osób starszych wskazano w trzecim priorytecie rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych. Dla tego priorytetu sformułowano cele szczegółowe, takie jak:

- rozwój usług społecznych dostosowanych do potrzeb oraz możliwości osób starszych (cel 1), gdzie wskazano m. in. kierunki-rekomendacje: planowanie i organizowanie usług społecznych z uwzględnieniem potrzeb osób starszych;
- zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych (cel 2), gdzie wskazano m. in. następujące kierunki/rekomendacje:
 - poprawa dostępu do usług opiekuńczych, co pozwoli osobom starszym i/lub o ograniczonej samodzielności jak najdłużej zostać we własnym środowisku;
 - tworzenie warunków do zwiększenia różnorodności form opieki nad seniorami: dzienne domy pomocy, opiekunowie dzienni, zorganizowana pomoc sąsiedzka, wspieranie rozwoju form samopomocowych, wolontariatu i innych;
 - stworzenie warunków stabilnych źródeł finansowania usług opiekuńczych;
 - lepsze dostosowanie obecnie dostępnych usług do potrzeb osób starszych, jak również rozwój nowych rozwiązań;
 - zapewnienie wsparcia osobom starszym mieszkającym w jednoosobowych gospodarstwach domowych poprzez identyfikację osób potrzebujących wsparcia i opieki w gminie jak i systematyczny monitoring potrzeb w zakresie pomocy i opieki oraz koordynowanie opieki we współpracy z lekarzem, pielęgniarką rodzinną i innymi podmiotami;
 - poprawa jakości świadczonych usług opiekuńczych (w tym pielęgnacyjnych) dla osób starszych poprzez stworzenie systemu informowania i edukowania opiekunów o problemach związanych z opieką nad osobą starszą i sposobami radzenia sobie wraz z przekazywaniem wiedzy i doświadczenia innych, umożliwienie edukacji, szkoleń, praktyk i wymiany praktyk i doświadczeń dla opiekunów nieformalnych, potrzebnych do opieki nad osobami starszymi (rodzina, pomoc sąsiedzka, wolontariusze), wprowadzenie rejestru, kwalifikowania, potwierdzania umiejętności i kompetencji oraz udzielania certyfikatów dla opiekunów formalnych i nieformalnych;
- stworzenie systemów wsparcia dla opiekunów nieformalnych, w szczególności na poziomie lokalnym (cel 4), gdzie wskazano następujące kierunki/rekomendacje:
 - wsparcie rodziny i opiekunów nieformalnych;
 - opracowanie rozwiązań systemowych wspierających osoby opiekujące się osobami starszymi (umożliwiający łączenie pracy i opieki);

- stworzenie szerokiego dostępu do informacji o możliwościach wsparcia dla opiekunów oraz na temat możliwości poprawy jakości opieki przez opiekunów nieformalnych;
- umożliwienie opieki długo- i krótkotrwałej nad osobą starszą, na przykład w przypadku hospitalizacji opiekuna lub opieki wytchnieniowej;
- rozwój wolontariatu opiekuńczego (w tym w sąsiedztwie, w środowisku lokalnym).

Dla celu głównego i celów szczegółowych zawartych w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020, nie zostały wyznaczone mierniki realizacji. Minister wyjaśniła, że ZDPS to zestaw koniecznych do realizacji działań w obszarze polityki senioralnej, które zostały skierowane do szerokiego grona osób odpowiedzialnych za realizację polityki społecznej (społeczeństwa, władz publicznych wszystkich szczebli, sektora prywatnego oraz pozarządowego i partnerów społecznych). Dalej Minister stwierdziła, że w ZDPS nie zostało zapisane, że wszystkie wymienione założenia zostaną zoperacjonalizowane i będą wykonane przez ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego.

(dowód: akta kontroli str. 430)

Według Minister, ZDPS realizowane są za pomocą Rządowego Programu na Rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2014-2020.

(dowód: akta kontroli str. 49)

W odpowiedzi udzielonej NIK na pytanie dotyczące zapewnienia odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych (cel nr 2 priorytetu 3 ZDPS) Minister wyjaśniła, że w celu realizacji przygotowywanej strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju projektowane jest opracowanie Długofalowej Opieki Senioralnej, której działania mogą przyczynić się do poprawy sytuacji osób starszych. Założeniem tego działania jest m. in. uregulowanie zasad finansowania usług opiekuńczych, opracowanie strategii deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych i uporządkowanie systemu kreowania i profesjonalizacji nowych miejsc pracy w sektorze tych usług.

Ponadto do roku 2018 planowane jest prowadzenie projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w lokalnej społeczności, cel nr 2 Standaryzacja jakości usług asystenckich i opiekuńczych na rzecz osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności.

(dowód: akta kontroli str. 430-431)

3] W dniu 24 grudnia 2013 r. Rada Ministrów uchwaliła Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020. Obejmował on m.in. rozwiązania medyczno-opiekuńcze dla osób starszych w odniesieniu do środowiska osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin. Głównymi celami tego programu była poprawa jakości życia osób starszych i pełniejsze wykorzystanie ich potencjału w różnych rolach społecznych. Program ma być finansowany z budżetu państwa do kwoty łącznej 280 mln zł, w podziale na każdy rok po 40 mln zł. Organizacje pozarządowe i inne podmioty uprawnione, działające na rzecz osób starszych, mogły ubiegać się o dotacje w wysokości od 20 tys. zł do 200 tys. zł w ramach czterech priorytetów:

- I. *Edukacja osób starszych* – obejmuje działania mające na celu rozwój oferty edukacyjnej skierowanej do seniorów, wzajemne uczenie się, rozwój innowacyjnych form edukacji, w tym nieformalnej i pozaformalnej,

promowanie tzw. wolontariatu kompetencji, rozwoju korzystania z nowych technologii oraz przeciwdziałania e-wykluczeniu wśród osób starszych.

- II. *Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową* – zakłada rozwój różnych form aktywności osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej (takich jak np. biblioteki publiczne, domy kultury) oraz włączenie do wspólnych działań młodszego pokolenia, co pozwoli na budowanie wzajemnego zrozumienia oraz rozwój umiejętności społecznych.
- III. *Partycypacja społeczna osób starszych* – działania na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym, przyczyniając się do rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Bardzo istotną rolę odgrywają w tym zakresie organizacje reprezentujące interesy i potrzeby osób starszych, które sprzyjają ich zaangażowaniu w życie lokalnych społeczności, jak np. rady seniorów działające przy samorządach.
- IV. *Usługi społeczne dla osób starszych* – działania służące rozwojowi różnych form wsparcia poprzez zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych. Kluczowe znaczenie ma tutaj tworzenie lokalnych sieci wsparcia opartych na działaniach wolontariuszy w celu tworzenia środowiska samopomocy.

(dowód: akta kontroli str. 49-50)

W ASOS określono mierniki celu głównego i celów szczegółowych wyznaczając szacunkowe wartości docelowe na rok 2020. Jako cel główny wyznaczono poprawę jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną dla którego przyporządkowano dwa mierniki. Pierwszy miernik osiągnięcia celu to 36% osób powyżej 60 r.ż. pracujących w organizacjach obywatelskich. Drugi miernik to 6% osób powyżej 60 r.ż. dobrowolnie pracujących w organizacjach i poza nimi.

(dowód: akta kontroli str. 337-338)

Minister wyjaśniła, że w celu umożliwienia prowadzenia bieżącej analizy rezultatów ASOS i ewentualnego wprowadzenia korekt do jego realizacji, podjęto decyzję o zaplanowaniu rewizji działań w ramach ASOS w połowie okresu jego obowiązywania tj. w 2017 r.: przeprowadzenie ewaluacji funkcjonowania ASOS w 2016 r.; wprowadzenie w Regulaminie edycji 2016 ASOS mierników celu, które będą monitorowane.

(dowód: akta kontroli str. 429)

Minister nie podjął działań mających na celu opracowanie dokumentu opisującego całościowo politykę państwa wobec osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin, np. planu alzheimerowskiego, którego stworzenie postulował Parlament Europejski, Rzecznik Praw Obywatelskich i organizacje pozarządowe¹⁴. Wyjaśniając przyczyny niepodjęcia ww. działań Minister wskazał, że Ministerstwo jest jednym z wielu Ministerstw realizujących działania z powyższego zakresu i nie jest wiodące w realizowaniu zadań w zakresie opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera.

(dowód: akta kontroli str. 428)

¹⁴ Inicjatywy instytucji europejskich, Rzecznika Praw Obywatelskich i organizacji pozarządowych w zakresie planowania polityki wobec osób z chorobą Alzheimera zostały opisane niżej w pkt. 1.2 nin. Wystąpienia pokontrolnego

1] Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że realizacja przez Ministra obowiązków wynikających z art. 23 ustawy o pomocy społecznej dotyczących prowadzenia analizy skuteczności pomocy społecznej i opracowywania i finansowania programów pomocowych wymaga posiadania kompletnych i rzetelnych informacji o skali zjawisk powodujących konieczność korzystania ze świadczeń (instytucji) pomocy społecznej, będących w dyspozycji zasobach i ponoszonych kosztach.

2] W odniesieniu do Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 należy zauważyć, że jest to dokument o charakterze strategicznym i programowym, mogący stanowić podstawę planowania i podejmowania konkretnych programów/projektów/działań natomiast uzyskanie konkretnych produktów i rezultatów powiązanych z celami ZDPS wymaga operacjonalizacji tych założeń.

ZDPS opisując priorytety, cele oraz kierunki interwencji nie określają mierników służących monitorowaniu stopnia realizacji celów i wskazania oczekiwanych ich wartości, nie odpowiadają zatem one wymogom przyjętym w sektorze finansów publicznych¹⁵.

3] Przeprowadzona i opisana w ZDPS analiza (diagnoza) sytuacji demograficznej nie zawiera informacji pozwalających na identyfikację grup wymagających podjęcia działań o szczególnym charakterze, wynikających np. ze specyficznych problemów zdrowotnych i postępującego ograniczania samodzielności. Populacja osób powyżej 65 r.ż. traktowana jest bowiem w tym dokumencie jako grupa jednorodna. Tymczasem dla realizacji większości kierunków interwencji wskazanych w celach Priorytetu 3. Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych, celowe jest między innymi pozyskanie przez Ministra rzetelnej wiedzy o liczbie osób, do których skierowana ma być interwencja i strukturze tej grupy, uwzględniającej specyfikę poszczególnych schorzeń i stanów rzutujących na stopień samodzielności odbiorców pomocy. Dane te pozwolą bowiem na zindywidualizowane działania, a przez to najbardziej efektywne wykorzystanie zasobów pomocy społecznej.

4] ASOS, uchwalony przez Radę Ministrów w 2013 r. nie jest programem stanowiącym operacjonalizację Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej, choć programy te mogą przewidywać interwencję w tych samych kierunkach. Z programu ASOS wynika, że ZDPS stanowią dokument komplementarny wobec tego programu¹⁶. Ponadto zarówno cel główny ASOS jak i dotyczące go mierniki dotyczą osób starszych, które są samodzielne lub których samodzielność ograniczona jest w niewielkim stopniu.

Choć zarówno w treści ASOS jak i ZDPS sformułowano priorytety¹⁷ odnoszące się do ogółu osób starszych, a zatem obejmujące także osoby z chorobą Alzheimera, to jednak specyficzny charakter problemów tej grupy, wynikający przede wszystkim z postępującego ograniczania się wraz z postęпами choroby ich samodzielności, nie został w ww. programach rządowych uwzględniony.

1.2 Opracowania (analizy, programy, badania, strategie, raporty) dotyczące leczenia i opieki nad osobami z chorobą Alzheimera posiadane przez Ministra Zdrowia i ich wykorzystanie

¹⁵ Standard nr 6 Komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych – Dziennik Urzędowy Ministra Finansów z 2009 r. Nr 15, poz. 84.

¹⁶ Patrz – program ASOS na lata 2014-2020, str. 4

¹⁷ W Programie ASOS wskazano jako priorytet IV *Usługi społeczne dla osób starszych*, a w ZDPS wskazano priorytet 3 – *Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych* – patrz wyżej w pkt 1.1. nin. Wystąpienia

Minister nie posiadał własnych opracowań dotyczących badań naukowych, leczenia i opieki nad chorymi na Alzheimera. Natomiast w jego dyspozycji były niżej przedstawione opracowania, sporządzone przez inne podmioty:

1] Projekt Narodowego Programu Badań Chorób Mózgu Prowadzących do Ołępienia

W grudniu 2010 r. został opracowany projekt Narodowego Programu Badań Chorób Mózgu Prowadzących do Ołępienia¹⁸. Wóród siedmiu zadań Programu zaproponowano realizację dwóch zadań związanych z szeroko rozumianą opieką nad chorym na chorobę ołępienną, a mianowicie diagnozę systemu leczenia i opieki nad chorymi, i w tym identyfikację zakłádów opieki całodobowej i dziennej sprawujących opiekę nad chorymi z ołępieniem i ocenę ich kwalifikacji oraz identyfikację organizacji pozarządowych związanych z opieką nad chorymi i ich rodzinami.

Drugim z zadań proponowanych do realizacji w ramach Programu była współpraca z innymi instytucjami i organizacjami (m.in. towarzystwa lekarskie, stowarzyszenia chorych i ich rodzin) w zakresie upowszechniania wiedzy o chorobach mózgu prowadzących do ołępienia poprzez m. in.: szeroko rozumianą edukację społeczną (prasa i inne media, uniwersytety III wieku, itd.), edukację opiekunów indywidualnych i instytucjonalnych i organizację konferencji i innych form szkolenia dla lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych (psycholodzy, pielęgniarki itd.).

(dowód: akta kontroli str. 239-244)

2] Projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego

Projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego¹⁹ w swoich założeniach przedstawia m. in. zadania w zakresie opieki na pacjentem polegające na: opracowaniu standardów opieki dla osób z zespołami ołępiennymi, w tym opieki paliatywnej również w warunkach domowych. Stworzenie szerokiej sieci specjalistycznych placówek opieki instytucjonalnej dla chorych z ołępieniem, takich jak: placówki całodobowe (pobyt stacjonarny, pobyt czasowy i krótkoterminowy pełnopłatny); placówki dzienne (terapia i rehabilitacja osób w lekkim i umiarkowanym stadium choroby) oraz grupy terapeutyczne dla osób we wczesnym stadium choroby.

Jednym z zadań, które wymienia projekt jest wsparcie finansowe opieki dla chorego przebywającego w domu, w postaci zaliczenia opiekunowi czasu opieki w domu nad chorym do okresu skłádkowego dla celów emerytalno-rentowych w przypadku rezygnacji z pracy zawodowej, wprowadzenie „bonów opiekuńczych” przyznawanych choremu na pokrycie kosztów płatnej opieki sprawowanej przez opiekuna zawodowego lub rodzinnego z uwzględnieniem kryterium dochodowości innego niż wynikającego z ustawy o pomocy społecznej. Również ważnym zadaniem wg projektu jest zapewnienie chorym i opiekunom możliwości udziału w specjalistycznych turnusach rehabilitacyjno-wypoczynkowych (dla chorego: opieka, terapia, rehabilitacja; a dla opiekuna: rehabilitacja, wsparcie psychologiczne).

Do zadań przewidzianych do realizacji zaliczono opracowanie programu i zapewnienie óródków na działania edukacyjne: społeczeństwa; opiekunów domowych; kadry medycznej i pomocy społecznej. Innym zadaniem byłoby inicjowanie i prowadzenie badań społecznych i humanistycznych oceniających m.in. społeczne koszty choroby, obciążenia opieką, poziomu życia chorych, opiekunów

¹⁸ Projekt programu z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego przygotowali w grudniu 2010 r. prof. Maria Barcikowska, prof. Jacek Kuźnicki i prof. Andrzej Szczudlik.

¹⁹ Założenia Planu były opracowane w 2011 r. przez przedstawicieli Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich: M. Barcikowską-Kotowicz, G. Opalę, T. Parnowskiego, A. Szczudlika z Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego oraz E. Długosza, A. Sadowską, A. Rosse, Z. Wierzyńskiego.

i rodzin. Wskazano na uznanie roli i miejsca organizacji alzheimerowskich w systemie wszechstronnej opieki nad chorymi na chorobę Alzheimera oraz finansowe wspieranie ich działań m.in. w formie powierzania zadań zleconych. W zakresie rozwiązań o charakterze prawnym przewidziano potrzebę stworzenia w polskim prawie instytucji „testamentu za życia” zapewniającego skuteczne i ustawowo umocowane rozwiązania w dziedzinie wyrażania swej woli za życia przy zachowaniu odpowiednich zabezpieczeń prawnych.

(dowód: akta kontroli str. 233-238)

Powyżej przedstawione założenia i plan nie były przyjęte do realizacji. Aktywność w objętym badaniem zakresie postulowana i zalecana była przez niżej zaprezentowane europejskie akty prawne.

3] Oświadczenie Parlamentu Europejskiego

W dniu 19 lutego 2009 r. Parlament Europejski wydał pisemne oświadczenie²⁰ w sprawie priorytetów walki z chorobą Alzheimera, w którym zwrócił się do Rady, Komisji i rządów państw członkowskich o uznanie choroby Alzheimera za priorytet zdrowia publicznego w Europie i opracowanie europejskiego planu działań mających na celu m. in. promowanie badań naukowych w zakresie przyczyn tej choroby, jej zapobieganiu i leczeniu, poprawę wczesnego diagnozowania, uproszczenia formalności dla chorych i ich opiekunów oraz poprawy jakości ich życia, promowanie roli stowarzyszeń działających w zakresie choroby Alzheimera i przyznania im regularnego wsparcia.

(dowód: akta kontroli str. 94-97)

4] Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji.

W dniu 19 stycznia 2011 r. Parlament Europejski przyjął Rezolucję w sprawie inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji.²¹ W Rezolucji m.in. wezwano Radę do ogłoszenia demencji priorytetem UE w dziedzinie ochrony zdrowia oraz wezwano państwa członkowskie do opracowania szczegółowych krajowych planów i strategii w celu zajęcia się społecznymi i zdrowotnymi skutkami demencji oraz świadczenia usług i udzielania wsparcia osobom cierpiącym na demencję oraz ich rodzinom. Wzywano państwa członkowskie do opracowania długoterminowych strategii i planów działania w dziedzinie opieki i profilaktyki, które antycypowałyby społeczne i demograficzne tendencje i zapobiegały im, które koncentrowałyby się na wsparciu rodzin pacjentów objętych ich zakresem oraz które zapewniłyby ochronę socjalną szczególnie wrażliwym osobom cierpiącym na demencję. Podkreślono znaczenie opieki domowej nad chorymi i osobami starszymi oraz mający podstawowe znaczenie wkład organizacji charytatywnych i wolontariatu w opiekę nad pacjentami dotkniętymi chorobą Alzheimera i innymi chorobami wieku podeszłego. Zachęcono państwa członkowskie do nawiązywania form partnerstwa z takimi organizacjami i udzielania im wsparcia. Zachęcono państwa członkowskie do dowartościowania i uznania roli opieki nieformalnej, świadczonej przez członków rodziny osoby dotkniętej przedmiotowymi chorobami. W dokumencie tym zachęcono państwa członkowskie, w ścisłej współpracy z Komisją i wspólnie z grupami badawczymi, do opracowania wspólnych wytycznych dotyczących szkolenia personelu zajmującego się w jakikolwiek sposób pacjentami cierpiącymi na chorobę Alzheimera (zawody medyczne i paramedyczne) oraz szkolenia i monitorowania członków rodziny i innych kompetentnych opiekunów sprawujących opiekę w celu zapewnienia kompetentnego i skutecznego

²⁰ Oświadczenie P6_DCL(2008)0080

²¹ Rezolucja P7_TA(2011)0016

wykorzystywania istniejących zasobów. Wezwano państwa członkowskie do rozważenia możliwości oferowanych przez strategię *Europa 2020*, takie jak plan *Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy*, aby zwiększyć przyszłe zdolności siły roboczej związane z opieką nad osobami cierpiącymi na Alzheimera i inne rodzaje demencji. Zachęcono państwa członkowskie do wypracowania usług opieki zdrowotnej i społecznych, których podstawową zasadą byłoby zapewnienie maksymalnego zasięgu i równości w dostępie, aby zachęcić do rozwoju dostarczania integralnych usług społecznościom i do domu i by mogły z nich korzystać osoby cierpiące na demencję niezależnie od wieku, płci, pochodzenia etnicznego, poziomu zamożności, stopnia niepełnosprawności oraz miejsca zamieszkania (na obszarach wiejskich lub miejskich).

(dowód: akta kontroli str. 98, 102, 105-108)

5] Posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej

W dniu 28 sierpnia 2014 r. Komisja Polityki Senioralnej Sejmu RP VII kadencji odbyła posiedzenie na którym rozpatrzyła informację Ministra Zdrowia oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej na temat zdrowotnych i społecznych skutków chorób otępiennych oraz choroby Alzheimera. Na posiedzeniu Przewodniczący Komisji zaznaczył, że zagadnienie ma charakter interdyscyplinarny, a choroby otępienne i choroba Alzheimera ze względu na częstość występowania i rodzaj zaburzeń, jakie powodują, stanowi problem nie tylko medyczny ale przede wszystkim społeczny. Posiedzenie Komisji miało na celu dostrzeżenie problemu jak i wsparcie konkretnych działań w zakresie właściwej organizacji pomocy i opieki nad chorymi. Podstawą dyskusji miał być Raport Rzecznika Praw Obywatelskich pn. *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera z maja 2014 r.* Tematem rozmów miało być powstanie Polskiego Planu Alzheimerowskiego.

W trakcie posiedzenia ww. Komisji Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa stwierdziła, że ASOS jest programem o charakterze profilaktycznym, gdyż pozwala integrować osoby na przedpolu starości, tak aby wszelkie zjawiska, które powodują ogromne ryzyko wykluczenia społecznego i izolacji społecznej były albo zniwelowane albo odłożone w czasie. W programie tym jest jeden szczególny priorytet, który dedykowany jest usługom społecznym, pozwalający m. in. na wspieranie rodzin poprzez wolontariat.

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej na posiedzeniu Komisji wyjaśniła także, że zaobserwowano ogromne zapotrzebowanie dotyczące sfery i sektora usług opiekuńczych i stwierdziła, że Ministerstwo ma nadzieję, iż na te potrzeby będą mogły być przeznaczone środki z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020. Działania Ministerstwa w tym zakresie miałyby być ukierunkowane na popularyzację zawodów opiekuńczych.

(dowód: akta kontroli str. 180-181)

Uwagi dotyczące
kontrolowanej
działalności

NIK zwraca uwagę, że dostępne Ministrowi dokumenty sporządzone przez organizacje pozarządowe zajmujące się tematyką choroby Alzheimera, Rzecznika Praw Obywatelskich i instytucje europejskie, wskazują na konieczność odrębnego traktowania zagadnienia świadczenia usług opiekuńczych wobec osób z chorobą Alzheimera – na tle populacji osób powyżej 65 r. życia.

Celowość odrębnego traktowania tej grupy wynika ze specyfiki choroby, powodującej w szczególności postępujące uzależnienie chorego od opiekuna oraz ciągle poszerzanie się zakresu koniecznych świadczeń opiekuńczych, co powoduje jednoczesny wzrost kosztów społecznych, w tym kosztów ponoszonych przez rodzinę (otoczenie) chorego. Celowe jest zatem – w ramach obowiązujących ram prawnych – opracowanie systemowych i skutecznych rozwiązań polepszających

dostępność świadczeń opiekuńczych specyficznym ukierunkowanych na zaspokajanie potrzeb osób z chorobą Alzheimera.

1.3 Informacje posiadane przez Ministra o liczbie osób z chorobą Alzheimera w Polsce, kosztach i dostępności usług opiekuńczych

Opis stanu faktycznego

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na przestrzeni lat 2010-2014 liczba mieszkańców Polski zmniejszyła się o 51 tys. osób (0,13%), przy czym populacja mieszkańców z grupy wiekowej 60+, w której liczba chorych na chorobę Alzheimera przyrasta w tempie 5% na każde 5 lat, uległa w tym samym okresie zwiększeniu o 850 tys. osób (o 13,6%). Dla populacji osób w wieku 65+ przyrost wyniósł 13,2% (o 684 tys. osób).

(dowód: akta kontroli str. 378-383)

Łączne koszty udzielonej pomocy społecznej (dział 852) w roku 2014 r. wyniosły 11 229 667 tys. zł, zaś w 2015 r. 11 239 111 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 39)

1] W Polsce udziela się pomocy osobom i rodzinom m.in. z powodu niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, ubóstwa, a także bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego²². Występowanie w rodzinie choroby Alzheimera jest uznawane przez pracowników socjalnych ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie za przesłankę do objęcia osoby lub jej rodziny pomocą na podstawie ustawy o pomocy społecznej.

(dowód: akta kontroli str. 32)

Osoby z chorobą Alzheimera korzystały ze świadczeń pomocy społecznej na zasadach ogólnych. Minister nie monitorował sytuacji tych osób, również w sprawozdaniach rocznych MPiPS-05 i MPiPS-03 ta grupa świadczeniobiorców pomocy społecznej nie została wyodrębniona.

Wyjaśniając powyższe Minister stwierdził, że (...) *wydaje się, że osobom z chorobą Alzheimera jak i rodzinom opiekującym się taką osobą, ośrodki pomocy społecznej nie odmawiają pomocy, tym bardziej że usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze przyznawane są osobom bez względu na wysokość ich dochodów. Można natomiast domniemywać, że nie zawsze ta pomoc jest wystarczająca i odpowiednia do potrzeb. Specjalistyczne usługi dla tej grupy osób finansowane są z budżetu państwa (zadanie z zakresu administracji rządowej zlecone do realizacji gminie), ale w wielu gminach, brak jest specjalistów do pracy z osobami dotkniętymi tym schorzeniem.* Minister stwierdził również, że w dużych miastach coraz częściej powstają środowiskowe domy samopomocy przeznaczone w części albo w całości dla tej kategorii osób, gdzie osoby z chorobą Alzheimera mogą przebywać w ciągu dnia, a w niektórych także okresowo przez całą dobę.

(dowód: akta kontroli str. 32, 35-36)

Według informacji będących w dyspozycji Ministra, nie było placówek, w których przebywają wyłącznie osoby chorujące na chorobę Alzheimera. Osoby z chorobą Alzheimera najczęściej kierowane były do Domów Pomocy Społecznej²³ dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób przewlekle psychicznie chorych. Według danych uzyskanych na potrzeby jednorazowego

²² Art. 7 ustawy o pomocy społecznej.

²³ Dalej: DPS

sprawozdania sporządzonego w 2015 r. dla sejmowej Komisji Polityki Senioralnej w domach pomocy społecznej przebywało 19.375 mieszkańców z chorobą Alzheimera lub innymi chorobami otępiennymi.

(dowód: akta kontroli str. 32-33)

Minister nie gromadził danych o średnim okresie oczekiwania na miejsce w DPS. W kraju, na koniec roku liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej wyniosła w 2014 r. 781, a rok później 783. Dysponowały one odpowiednio 77.908 i 78.154 miejscami, zaś liczba mieszkańców wyniosła 76.680 i 76.989 osób. Liczba wolnych miejsc na koniec roku wyniosła odpowiednio 1.228 i 1.165. Limit miejsc w DPS nie w każdym roku jest wykorzystywany. W 2014 r. liczba osób umieszczonych w DPS wyniosła 10.444 osoby, a w 2015 r. - 11.345.

Jak wyjaśnił Minister: teoretycznie więc wszystkie osoby oczekujące na miejsce na koniec 2014 r. mogłyby zostać umieszczone w DPS w 2015 r. W praktyce bywa różnie, bowiem okres oczekiwania na miejsce w niektórych domach pomocy społecznej (szczególnie w dużych aglomeracjach) jest zwykle dłuższy niż np. w ościennych powiatach ziemskich. Do powstawania takich sytuacji (długi okres oczekiwania na miejsce w konkretnym DPS), dochodzi głównie z powodu chęci zamieszkania w konkretnym domu, bez zgody na zamieszkanie w innym. Odrębnym problemem jest ograniczanie przez niektóre gminy (duże gminy miejskie na prawach powiatu) dostępu do domów pomocy społecznej, prowadzonych przez powiaty ościenne. Miasta wydają decyzje kierujące do prowadzonych przez siebie domów pomocy społecznej, jednocześnie nie wydając decyzji o umieszczeniu w konkretnej jednostce, bowiem brak jest gwarancji, iż w ciągu 3 miesięcy będzie w nim wolne miejsce (zwykle domy w dużych miastach mają pełne obłożenie miejsc). W praktyce więc ustawiają kolejkę do tych jednostek, najczęściej nie informując osób kierowanych o możliwości natychmiastowego zamieszkania w domach pomocy społecznej w powiatach ościennych. Sytuacja taka jest nieprawidłowa i minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego kierował w tej sprawie (w lipcu 2012 r.) pismo do wszystkich wojewodów zobowiązując ich do przeciwdziałania takim praktykom poprzez zintensyfikowanie nadzoru i kontroli w tym zakresie. Zwrócił się też z apelem o wykorzystanie wszystkich dostępnych środków służących upowszechnianiu wiedzy wśród osób ubiegających się o zapewnienie całodobowego wsparcia jak i ich rodzin o tym, iż każda osoba wymagająca wsparcia ma podmiotowe prawo do skierowania i umieszczenia w domu pomocy społecznej niezależnie od poziomu własnej zamożności jak i zamożności gminy.

Minister wyjaśnił, że podjęte w 2012 r. przez niego działania miały na celu zasygnalizowanie nieprawidłowości przy kierowaniu osób do DPS skutkowały spadkiem liczby skarg składanych przez obywateli do Ministra w tej sprawie. W praktyce, wiele osób decyduje się na zamieszkanie w prywatnych domach opieki z uwagi na tańsze usługi w porównaniu do samorządowych domów pomocy społecznej lub domów pomocy społecznej podmiotów niepublicznych prowadzonych na zlecenie samorządu.

(dowód: akta kontroli str. 34-35, 265-271, 432)

2] Według danych posiadanych przez Ministra roku 2014 wydatki na pokrycie kosztów usług pomocy społecznej skierowanych do środowiska osób z chorobą Alzheimera wyniosły 1.043.328 zł, a na realizację zadań skierowanych do osób z chorobą Alzheimera ze środków przeznaczonych na ASOS wydano kwotę 926.130 zł (łącznie 1.969.458 zł).

Według danych Ministerstwa, w 2015 r. na opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera i działania z tym związane wydatkowano 562.782.977 zł. Na tę kwotę m.in. składały się wydatki na ASOS (2.530.969 zł), koszty pobytu w placówkach

opiekuńczych (559.200.202 zł), wydatki na inwestycje w Środowiskowych Domach Samopomocy²⁴ – 1.051.806 zł.

Dane za 2015 r. zostały zgromadzone i opracowane na potrzeby sporządzenia informacji dla Komisji Polityki Senioralnej Sejmu RP na temat pomocy udzielanej w 2015 r. osobom chorującym na choroby otępienne i chorobę Alzheimera. Dane te miały charakter szacunkowy, oparty na diagnozach lekarskich, załączonych do dokumentacji w sprawie przyznania pomocy, ale także na wiedzy pracowników socjalnych czy też innych pracowników świadczących usługi w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (rodzinne wywiady środowiskowe, obserwacje pracowników jednostek organizacyjnych).

(dowód: akta kontroli str. 20-21, 32-33, 39-43, 295-296, 387, 420-423, 438)

Minister nie posiadała informacji o wielkości kosztów społecznych opieki nad osobami z chorobą Alzheimera. Minister wyraziła pogląd, że *„największe koszty ponosi jednak rodzina, w szczególności ta, która sama podejmuje trud opieki nad taką osobą. Koszty społeczne dla rodziny to najczęściej spadek poziomu dochodu rodziny/osoby sprawującej opiekę z powodu rezygnacji z pracy lub sfinansowania kosztów takiej opieki, wzrost wydatków na leki i materiały pomocnicze, utrata albo ograniczenie kontaktów społecznych itp.”*

(dowód: akta kontroli str.44)

3] Minister nie rozpoznawał skali potrzeb w obszarze zapewnienia dla osób z chorobą Alzheimera opieki w placówkach całodobowych, placówkach wsparcia dziennego, grupach wsparcia dla chorych na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne oraz grup wsparcia dla ich rodzin i pozostałych opiekunów nieformalnych. W wyjaśnieniach dla NIK Minister stwierdził, że (...) *prawdopodobnie są one jednak wyższe niż obecnie zabezpieczone, szczególnie w zakresie opieki dziennej i specjalistycznych usług opiekuńczych*”. Minister wskazał, że ocenę zasobów pomocy społecznej w oparciu o analizę lokalnej sytuacji społecznej i demograficznej przygotowuje i opracowuje²⁵ gmina, powiat i samorząd województwa. W ramach ww. działań każda jednostka samorządu może określić szczegółowo potrzeby w zakresie opieki całodobowej, opieki w placówkach wsparcia dziennego, grupach wsparcia dla chorych na chorobę Alzheimera i grupach wsparcia dla ich rodzin. Dalej w wyjaśnieniach Minister podała, że trwają prace nad przygotowaniem *Informacji o sytuacji osób starszych*, w której znajdzie się aktualny stan sytuacji osób starszych.²⁶

(dowód: akta kontroli str. 40-42, 431)

Minister nie posiadał danych o skali potrzeb w zakresie szkolenia pracowników placówek opiekuńczych, rodzin i opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera²⁷. Ponadto Minister podał, że *z uwagi na wzrost liczby zachorowań na chorobę Alzheimera powinny być prowadzone działania medialne związane z upowszechnieniem wiedzy o tej chorobie, w tym rozpoznawaniem jej objawów, sposobu opieki nad chorymi itp. Jednak działania w tym zakresie powinny być inicjowane i prowadzone w obszarze ochrony zdrowia, który zbiera dane w powyższym zakresie. Podobnie jak w przypadku szkoleń dla rodzin i opiekunów*

²⁴ dalej „SDS”.

²⁵ Zgodnie z art. 16a ustawy o pomocy społecznej.

²⁶ *Informacja o sytuacji osób starszych*, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705), będzie zawierała aktualny stan sytuacji osób starszych obejmujący swoim zakresem: sytuację demograficzną, sytuację dochodową, warunki mieszkaniowe, aktywność zawodową, sytuację rodzinną i strukturę gospodarstw domowych, sytuację osób niepełnosprawnych, aktywność społeczną i obywatelską, aktywność edukacyjną i kulturalną, aktywność sportową i rekreacyjną, stan zdrowia, dostępność i poziom usług socjalnych, równe traktowanie i przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek oraz realizację polityki senioralnej.

²⁷ Zadania dotyczące szkolenia zawodowego kadr pomocy społecznej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej należą do samorządu województw.

osób z tym schorzeniem pomoc społeczna może podejmować działania w zakresie udostępniania rodzinom osób z chorobą Alzheimera informacji na temat miejsc, gdzie mogą uzyskać pomoc i wsparcie, a także zakres wsparcia udzielanego przez poszczególne jednostki. Takie działania powinny być podejmowane na poziomie gmin.

(dowód: akta kontroli str. 43-44)

Minister wskazał, że w związku z ograniczonymi środkami na ASOS, nie ma obecnie możliwości wyodrębnienia środków na akcję medialną dotyczącą tylko i wyłącznie chorych na chorobę Alzheimera w ramach środków przeznaczonych na finansowanie Programu.

(dowód: akta kontroli str. 432-433)

Uwagi dotyczące
kontrolowanej
działalności

1] NIK zauważa, że osoby z chorobą Alzheimera objęte są w Polsce świadczeniami udzielanymi w ramach powszechnego systemu opieki społecznej, który nie różnicuje grupy osób powyżej 60 roku życia, szczególnie podatnej na występowanie choroby Alzheimera, pod kątem poszczególnych schorzeń i wynikających z nich konsekwencji dla zakresu koniecznych dla nich usług opiekuńczych (związanego np. ze stopniem samodzielności danej osoby). Nie pozwala on tym samym na precyzyjne określenie skali potrzeb opiekuńczych tej grupy, niezbędnych do ich zaspokojenia środków finansowych i infrastruktury opiekuńczej, które ze względu na specyfikę choroby Alzheimera, powodującej ograniczenie możliwości poznawczych i samodzielności osób chorych, różnią się od potrzeb osób starszych bez tego schorzenia. Posiadanie takich informacji będzie wymagane w szczególności dla zapewnienia skutecznej realizacji niektórych celów wytyczonych w ZDPS (opisanych wyżej na pkt. 1.1 nin. Wystąpienia i ASOS). Takiej wiedzy wymagać będą np. działania ukierunkowane na poprawę dostępności do usług opiekuńczych, stworzenie stabilnych źródeł ich finansowania i lepsze dostosowanie obecnie dostępnych usług do potrzeb osób starszych. Szczegółowe dane o skali zapotrzebowania na specyficzne usługi opiekuńcze świadczone osobom z chorobą Alzheimera będą także niezbędne dla stworzenia efektywnego systemu służącego przygotowaniu opiekunów formalnych i nieformalnych.

2] Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego nie posiadał rzetelnej wiedzy za 2014 r. o ponoszonych w Polsce wydatkach na opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi, obejmującej liczbę osób dotkniętych tą chorobą, koszty opieki nad nimi (formalnej i nieformalnej). Dane za 2015 r. są pełniejsze, lecz nie zostały pozyskane w ramach systematycznej działalności, a ad hoc na zapotrzebowanie Sejmowe Komisji Polityki Senioralnej. NIK ocenia, że taki sposób gromadzenia informacji może być obciążony ryzykiem błędu w wyniku braku ustalonej metodologii i sposobu weryfikacji pozyskiwanych danych, a zgromadzone w ten sposób informacje nie będą stanowiły rzetelnej podstawy planowania w przyszłości działań na rzecz osób dotkniętych chorobą Alzheimera i ich rodzin.

1.4 Współpraca Ministra z innymi podmiotami

Opis stanu
faktycznego

Minister nie brał udziału w badaniach naukowych i nie oceniał potrzeb w obszarze badań naukowych związanych z osobami chorymi na chorobę Alzheimera. Minister wyjaśnił, że *ministerstwa mają ograniczone możliwości zlecania badań naukowych, z uwagi na bardzo wysokie koszty przeprowadzania takich badań.*

Ministerstwo nie podejmowało z własnej inicjatyw współpracy z Ministerstwem Zdrowia, a także z samorządami województw w zakresie opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera.

(dowód: akta kontroli str. 22, 43)

Współpraca z organizacjami pozarządowymi prowadzona była w ramach realizacji programów prowadzonych przez Ministra (opisane w pkt. 2 nin. wystąpienia) Minister wskazał, że organizacje alzheimerowskie mają możliwość uczestnictwa w konkursach ogłaszanych przez Ministerstwo, a co za tym idzie – otrzymania dotacji w formie dofinansowania realizacji zadania publicznego. Wskazał, że zasady uczestnictwa w konkursach są określane w dokumentach programowych i muszą być zgodne z obowiązującym stanem prawnym w tym z przepisami ustawy o finansach publicznych czy też przepisami ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie. Organizacje te nie mogą być preferencyjnie traktowane w ramach realizowanych konkursów.

(dowód: akta kontroli str. 182, 432)

Ocena cząstkowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, w latach 2014-2015 Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego prowadził politykę społeczną państwa wobec osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin w ramach powszechnego systemu opieki społecznej, w tym – poprzez opracowanie Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej i programu ASOS na lata 2014-2020.

Minister nie prowadził jednak działań ukierunkowanych na identyfikację i zaspokajanie szczególnych potrzeb tej grupy i nie posiadał wiarygodnych danych o ich skali, kosztach związanych ze świadczeniami opiekuńczymi udzielanymi osobom z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi a także zasobach pomocy społecznej do tego wykorzystywanych.

W ocenie NIK posiadanie szczegółowej wiedzy o powyższych zagadnieniach i wypracowanie szczegółowych rozwiązań skierowanych do tej właśnie grupy osób starszych jest celowe ze względu na intensywne starzenie się polskiego społeczeństwa i poszerzanie się w nim grupy wiekowej 60+ objętej największym ryzykiem wystąpienia choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych, które ze względu na pogłębiającą się niesamodzielność i ograniczanie możliwości poznawczych osób nimi dotkniętych wymagają szczególnego podejścia. Także międzynarodowe instytucje, inne organy konstytucyjne Państwa i organizacje społeczne wzywały rząd Polski do podjęcia takich działań.

2. Realizacja zadań związanych ze świadczeniem usług medycznych, opiekuńczych i społecznych osobom chorym na chorobę Alzheimera oraz wsparciem ich rodzin, w tym ich finansowanie

Minister podejmował działania na rzecz całej populacji osób starszych w ramach programów rządowych ZDPS i ASOS, nie wyodrębniając w sposób szczególny działań na rzecz osób z chorobą Alzheimera, innymi chorobami otępiennymi i ich rodzin. Działania podejmowane w ramach ASOS wskazywano także jako służące realizacji Celu operacyjnego nr 9 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015r. Oprócz tego Minister podejmował na rzecz ww. środowiska działania w ramach swoich kompetencji ustawowych (art. 23 ustawy o pomocy społecznej).

2.1 Efekty realizacji celu operacyjnego nr 9 Narodowego Programu Zdrowia dla środowiska osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin

Opis stanu faktycznego

1] Cel operacyjny nr 9 Narodowego Programu Zdrowia dotyczył *Tworzenia warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych*. W tym zakresie określono m. in. następujące zadanie administracji rządowej - tworzenie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekę nad osobą starszą i/lub niepełnosprawną

w środowisku zamieszkania z poszanowaniem jej praw i zapewnieniem najwyższej z możliwych jakości usług opiekuńczo-leczniczych.

Dla celu nr 9 przyjęto wskaźniki monitorowania i ewaluacji, wśród których wymieniono wskaźniki takie jak: nasycenie instytucjonalnymi formami opieki nad osobami starszymi o niepełnej sprawności funkcjonalnej lub mentalnej lub w sposób pośredni takie jak: liczba niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 r. ż., liczba lat wolnych od niepełnosprawności (współczynnik HALE) czy też przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat. Nie ustalono jednak oczekiwanego poziomu ww. wskaźników. Za zarządzanie NPZ na lata 2007-2015 odpowiadał Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny, którego pracami kierował Minister właściwy do spraw zdrowia.

2] Minister stwierdził, że jego działania służące realizacji Narodowego Programu Zdrowia²⁸, nie były przeznaczone wyłącznie dla środowiska osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin, lecz dotyczyły one całego celu 9 NPZ.

Miejscem kontaktów z przedstawicielami Ministra Zdrowia były prace Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. Zespół ten działał w ramach podzespołów m.in. do spraw dzieci, młodzieży i osób starszych. Według Ministra cel operacyjny NPZ nr 9, a w szczególności:

- propagowanie idei „aktywnego starzenia się”,
- uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym,
- zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia,
- zmniejszenie rozpowszechniania czynników ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych,

osiągany były przez Ministerstwo poprzez coroczne (od 2012 r.) realizowanie konkursów w ramach ASOS.

(dowód: akta kontroli str. 263-264)

Uwagi dotyczące
kontrolowanej
działalności

NIK zauważa, że NPZ jest programem niezależnym od ASOS, choć programy te są częściowo powiązane tematycznie i mają w części tego samego adresata (osoby starsze). Program ASOS nie stanowi narzędzia realizacji NPZ; został uchwalony w 2012 roku po raz pierwszy a obecnie realizowana jest jego kolejna edycja (na podstawie uchwały Rady Ministrów z grudnia 2014 r.) W szczególności obydwa programy, choć grupy ich docelowych beneficjentów w niektórych aspektach są tożsame (np. osoby starsze), nie są powiązane celami, służącym monitorowaniu postępów w ich osiągnięciu systemem mierników i nie tworzą spójnej całości.

NIK zwraca uwagę, że Narodowy Program Zdrowia w swoim Celu 9 nie przewidywał szczególnych rozwiązań dotyczących osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin lecz traktował populację osób powyżej 60 r.ż. jako jednorodną grupę. Także ustalenie wskaźników monitoringu bez określenia wartości docelowych utrudniało rzetelną weryfikację prawidłowości wdrażania przyjętych założeń i ocenę stopnia realizacji zakładanych celów. NIK zauważa, że monitorowanie osiągania celów NPZ, nawet w zakresie w którego realizacji uczestniczył Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego, stanowiło obowiązek Ministra właściwego ds. zdrowia.

²⁸ Dalej: NPZ

2.2 Efekty realizacji w latach 2014-2015 Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w zakresie rozwiązań medyczno-opiekuńczych dla osób starszych w odniesieniu do środowiska osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin

Opis stanu faktycznego

1] Według Ministra poprzez ASOS realizowano Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020, w tym także rozwiązania medyczno-opiekuńcze dla osób starszych w odniesieniu do środowiska osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin. (Założenia programu ASOS zostały opisane wyżej w pkt 1.1 nin. Wystąpienia). Minister wyjaśnił, że Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020 nie są dokumentem wyznaczającym konkretne działania, które będą realizowane i finansowane wyłącznie przez ministra do spraw zabezpieczenia społecznego. Trudne są zatem do określenia wartości docelowych mierników, które są wskazane do realizacji w danym okresie dla rekomendowanych kierunków działań polityki senioralnej. Dokument ten wyznacza jedynie kierunki polskiej polityki senioralnej, które są konieczne do wprowadzenia stosownie do wyzwań związanych z postępującym procesem starzenia się populacji. Realizacja zadań uzależniona będzie od dostępnych środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych z uwzględnieniem aktualnych potrzeb.

(dowód: akta kontroli str. 436)

2] Wydatki na realizację programu ASOS w 2014 r. wyniosły ogółem 39,5 mln zł i sfinansowały 490 projektów. W 2015 r. wydatki te wyniosły 38,9 mln zł i sfinansowały 484 projekty. Z ww. kwot, środki w wysokości odpowiednio: 861 130 zł i 2 434 677 zł wydatkowano na realizację priorytetu IV programu ASOS usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne), w ramach którego organizacje pozarządowe zrealizowały odpowiednio: 8 i 21 działań mających na celu popularyzację zawodów opiekuńczych, wspieranie wolontariatu, usług asystenckich i samopomocowych, a więc tematycznie skierowanych także do organizacji zajmujących się problemami osób z chorobą Alzheimera.

(dowód: akta kontroli str. 295, 439-440)

Jako działania realizowane w ramach programu ASOS na rzecz osób z chorobą Alzheimera, Minister wskazała następujące zadania dofinansowane kwotą łączną 161.292 zł:

1. W 2014 r. Fundacja Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera - zrealizowała projekt pn.: *Aktywność seniorów w życiu społecznym*, kwota dotacji wyniosła 65.000,00 zł. W ramach projektu udało się zwiększyć aktywność społeczną osób starszych, poprzez spotkania z młodym pokoleniem. Seniorzy mogli wykorzystać swoje doświadczenie, umiejętności oraz wiedzę, stając się aktywnymi uczestnikami życia społeczności lokalnej. W ramach projektu osiągnięto następujące rezultaty:
 - od marca do grudnia 2014 r. przeprowadzono spotkania integracyjne, które odbywały się 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie, w których każdorazowo brało udział 10 osób w wieku 65+ i 70+. Spotkania miały na celu motywowanie do prowadzenia aktywnego stylu życia oraz zapobieganie stagnacji życia,
 - w maju, październiku i grudniu 2014 r. w spotkaniach uczestniczyło 15 wolontariuszy ze szkół gimnazjalnych.
2. W 2015 r. Stowarzyszenie Alzheimerowskie "Oskar" - zrealizowało projekt pn.: *Senior serwis*, kwota dotacji wyniosła 96.292,00 zł. W ramach projektu osiągnięto następujące rezultaty:

- w ciągu 6 miesięcy tj. od czerwca do grudnia 2015 r. powstało 5 grup samopomocy dla chorych. Pomocą zostało objętych 10 chorych i 10 opiekunów,
- opiekunowie zwiększyli wiedzę w zakresie prawidłowej opieki dzięki zajęciom z trenerem. Po zakończeniu projektu grupy dalej funkcjonują, opiekunowie otrzymują od siebie emocjonalne wsparcie oraz praktyczną pomoc,
- utworzono świetlice dla osób niepełnosprawnych, chorych na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne. W przeciągu 6 miesięcy ze świetlicy skorzystało ponad 20 osób. Z powodu ograniczonej liczby miejsc były organizowane dni otwartych drzwi dla zainteresowanych, chętni otrzymywali materiały ułatwiające pracę z chorym, do wykorzystania w celach prywatnych,
- zorganizowano 6 spotkań integracyjnych, których uczestnikami byli chorzy, ich rodziny, zaproszone osoby spoza środowiska dotkniętych chorobą Alzheimera oraz członkowie Stowarzyszenia. W każdym spotkaniu uczestniczyło ok. 50 osób. W trakcie spotkań opiekunowie osób cierpiących na chorobę Alzheimera udzielali sobie wzajemnych porad dotyczących głównie opieki nad chorymi, podejmowane były tematy kluczowe w opiece nad chorym, kwestie medyczne, psychologiczne oraz prawne.

Ze środków Programu ASOS – edycja 2015 został ponadto sfinansowany w *Radiu dla Ciebie* cykl dziesięciu audycji poświęconych demencji za kwotę 43 tys zł.

(dowód: akta kontroli str. 49-52, 272-294, 387)

Ministerstwo sporządziło sprawozdanie z realizacji ASOS za 2014 r., obejmujące oferty złożone w edycji otwartego konkursu w 2015r., które zawierało informacje dotyczące m.in. złożonych ofert w podziale na województwa, priorytety konkursu, formę prawną oferentów, wielkość miejscowości, oferty na realizację zadań uniwersytetu III wieku. W sprawozdaniu zawarto dane dotyczące ofert dofinansowanych, w analogicznym podziale.

Uwaga dotycząca kontrolowanej działalności

W sprawozdaniu z realizacji programu ASOS za 2014 r. nie została zawarta analiza osiągnięcia celów programu ASOS z uwzględnieniem przyjętych mierników ich realizacji²⁹, co może utrudniać Ministrowi reagowanie na ewentualne zakłócenia w osiągnięciu poszczególnych celów, jak i wdrażaniu całego programu.

(dowód: akta kontroli str.272-294, 337-338)

2.3 Efekty realizacji programów (nieobjętych ww. programami ogólnopolskimi), których przedmiotem było leczenie lub opieka nad osobami z chorobą Alzheimera i ich rodzinami

Opis stanu faktycznego

1] W kontrolowanym okresie z rezerwy celowej budżetu państwa na zadania pomocy społecznej finansowano m.in rozwój sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym na uruchamianie nowych miejsc w nowych lub już istniejących Środowiskowych Domach Samopomocy (na zadania inwestycyjne, remonty, doposażenie jednostek, a także na zadania inwestycyjne, remonty, doposażenie starszych placówek tego typu).

W latach 2014 i 2015 środki z rezerwy celowej budżetu państwa przeznaczone na realizację zadań związanych z rozwojem sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z chorobą Alzheimera wynosiły rocznie 32.000 tys. zł.

²⁹ Mierniki programu ASOS opisano w pkt 1.1 nin. Wystąpienia

Podział środków z dotacji rezerwy celowej dokonywano na podstawie wniosków wojewodów. Po rozwiązaniu rezerwy celowej Minister przekazywał środki za pośrednictwem wojewody do poszczególnych ŚDS-ów. Środki z dotacji celowej były przeznaczane na zadania inwestycyjne, remontowe, zakup wyposażenia i uruchomienia nowych miejsc w ŚDS. Średnia wysokość dotacji wyniosła w 2014 r. 104 tys. zł a w 2015 r. 88 tys. zł. Dotacje te rozdysponowano do 10 w 2014 r. i 12 w 2015 r. ŚDS-ów w siedmiu województwach. ŚDS-y, które otrzymały tę pomoc, dysponowały odpowiednio 210 i 246 miejscami dla osób z chorobą Alzheimera. Z tego środki (w formie dotacji) skierowane do środowiska osób dotkniętych chorobą Alzheimera na zadania inwestycyjne, remontowe, zakup wyposażenia i uruchomienia nowych miejsc w danym roku wyniosły odpowiednio 1.043 tys. zł i 1.051 tys. zł, co stanowiło 3,3% wszystkich środków przeznaczanych na rozwój sieci ośrodków wsparcia.

(dowód: akta kontroli str. 18-21)

2] Od 2010 r. Minister corocznie ogłaszał konkurs na finansowe wsparcie projektów realizowanych w ramach programu *Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi*³⁰, na które przeznaczana była każdorazowo kwota 3 mln zł.

Podstawą prawną realizacji Programu był art. 23 ust. 1 pkt 7a ustawy o pomocy społecznej. Głównym celem Programu było tworzenie warunków sprzyjających poprawie sytuacji życiowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, a tym samym wzmocnienie i poszerzenie sieci wsparcia społecznego poprzez wsparcie finansowe samorządów gmin oraz podmiotów niepublicznych funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej. Program ten miał charakter uzupełniający wobec ustawowych zadań własnych samorządów gmin w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom. Wsparcie finansowe w ramach Programu dawało również możliwość wzmocnienia działalności podmiotom uprawnionym, funkcjonującym w obszarze pomocy społecznej, o których mowa w art. 25 ust.1 ustawy o pomocy społecznej, które realizują zadania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

W ramach celu głównego wyznaczone były następujące cele szczegółowe takie jak: aktywizacja społeczna, psychiczna oraz fizyczna osób z zaburzeniami psychicznymi; zwiększenie różnorodności i poprawa jakości usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi; integracja osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem lokalnym; wsparcie dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

(dowód: akta kontroli str. 18-20)

W okresie od 11 czerwca do 31 grudnia 2015 r. w ramach programu *Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi* dotację w wysokości 100.000 zł otrzymało m.st. Warszawa na realizację projektu pod nazwą *Zwiększenie dostępu do informacji i wsparcia dla osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin*. Efektami realizacji projektu były:

- wzrost wiedzy i kompetencji na temat opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera (emisja ogłoszeń w lokalnej prasie, plakaty, materiały piśmiennicze promujące działalność Centrum Alzheimera w Warszawie, uruchomienie czytelnicy),
- ograniczenie ryzyka przemocy domowej wobec osób starszych dzięki konsultacjom z psychologiem w Specjalistycznym Punkcie Konsultacyjnym,
- zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze skutkami choroby,

³⁰ Dalej *Program*.

- zwiększenie dostępu do informacji o możliwych formach pomocy i innowacyjnych formach terapii (warsztaty dla rodzin i opiekunów oraz dla pracowników pomocy społecznej, z których skorzystały 192 osoby, a także 30 zajęć z zakresu dogoterapii),
 - ograniczono izolację i wykluczenie społeczne osób chorych i ich rodzin,
- (dowód: akta kontroli str. 52-53)

3] Minister od 2005 r. realizował, w różnych formułach, konkurs pod nazwą Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. Rada Ministrów w dniu 27 listopada 2013 r. przyjęła Program pn. Fundusz Inicjatyw Obywatelskich³¹ na lata 2014-2020, który stanowi propozycję kontynuacji funkcjonowania oferty programowej skierowanej do sektora organizacji pozarządowych. Realizacja Programu FIO ma umożliwić obywatelom angażowanie się w różnorodne działania na rzecz innych, swoich wspólnot oraz w tworzenie, realizację i monitoring polityk publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 42)

W ramach FIO organizacje pozarządowe lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie³², mogły uzyskać dotację na realizację zadań publicznych mieszczących się w katalogu określonym w art. 4 ustawy. Podmioty trzeciego sektora mogły uzyskać wsparcie na różnorodne inicjatywy odpowiadające potrzebom lokalnych społeczności. W 2015 r. ze środków FIO przyznano dotację na realizację zadania publicznego pn. *NIE JESTEŚ SAM. Wsparcie psychologiczne dla rodzin osób chorych na Alzheimera i inne zespoły otępienne*. Zgodnie z umową nr 232_I/2015 z dnia 2 czerwca 2015 r. projekt realizowany był od 1 maja do 31 grudnia 2015 r. Wysokość przyznanej dotacji wyniosła 27 830 zł. Celem głównym realizowanego przedsięwzięcia była poprawa kondycji psychicznej 20 osób w wieku 18+ z terenu województwa łódzkiego, będących rodzinami lub bliskimi osób chorych na chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienne, poprzez ich udział w cyklu warsztatów edukacyjno-integracyjnych i konsultacjach z psychologiem.

(dowód: akta kontroli str. 41-43)

4] W ramach zainicjowanego przez Ministerstwo projektu *Tworzenie i rozwijanie standardów pomocy i integracji społecznej* realizowanego w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki 2007-2014 został wypracowany m.in. *Standard usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania*.

Projekt był realizowany przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich w partnerstwie z organizacjami i ekspertami z różnych dziedzin, w tym zajmujących się problematyką osób starszych w obszarze świadczenia usług opiekuńczych. Zakres merytoryczny ww. projektu obejmował działania mające na celu opracowanie i pilotażowe wdrożenie wypracowanego standardu usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania i w rezultacie miał się przyczynić do ujednoczenia i uporządkowania oferty wsparcia i pomocy w powyższym zakresie. Celem opracowania standardu było zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczenia usług w miejscu zamieszkania osobom starszym, aby pomimo doświadczanych ograniczeń w samodzielnym zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb oraz barier w integracji ze środowiskiem, jak najdłużej funkcjonowały w swoim miejscu zamieszkania.

Standard opisuje różne formy wsparcia z zakresu usług opiekuńczych, które należy realizować uwzględniając stan fizyczny i psychiczny osoby starszej. Świadczenie usług w sposób zorganizowany adekwatnie do rozpoznanych potrzeb powinno zawsze zakładać partycypację osoby starszej w wykonywaniu poszczególnych

³¹ Dalej: „FIO”

³² Dz. U. z 2016 r. poz. 239, ze zm., dalej: „ustawa o działalności pożytku publicznego”

czynności wchodzących w zakres usług (charakter wspierająco-aktywizujący, ale nie wyręczający) oraz ścisłą współpracę w realizacji usług z najbliższym otoczeniem osoby starszej (zgodnie z zasadą pomocniczości).

W ramach przeprowadzonego pilotażu wypracowanego standardu, usługami opiekuńczymi zostało objętych 100 osób, a 7000 pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej zostało przeszkolonych ze wszystkich wypracowanych w projekcie standardów.

(dowód: akta kontroli str. 263-264)

Ocena cząstkowa

Minister podejmował działania na rzecz całej populacji osób starszych w ramach swoich kompetencji ustawowych (art. 23 ustawy o pomocy społecznej), oraz w ramach programów rządowych ZDPS i ASOS, nie wyodrębniając w sposób szczególny działań na rzecz osób z chorobą Alzheimera, innymi chorobami otępiennymi i ich rodzin. Środowisko osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi, ich rodzin i organizacji pozarządowych zajmujących się tą problematyką nie było ograniczane w dostępie do środków publicznych rozdysponowywanych przez Ministra w ramach ww. programów rządowych i w ramach działań stanowiących realizację jego kompetencji ustawowych, choć zauważyć należy, że projekty bezpośrednio skierowane do środowiska osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz ich rodzin i organizacji zajmujących się tymi zagadnieniami miały niewielki udział w ogólnej kwocie środków wydatkowanych w ramach tych programów.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

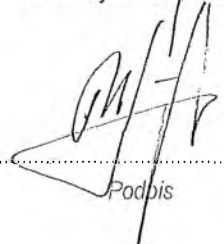
Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

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

Warszawa, dnia 27 września 2016 r.

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Mieczysław Łuczak



Podpis