



LKA.430.007.2022

Nr ewid. 72/2023/P/20/062/LKA

Informacja o wynikach kontroli

**PRZYGOTOWANIE I DZIAŁANIE
ODPOWIEDZIALNYCH ORGANÓW PAŃSTWA,
INSTYTUCJI I SŁUŻB W SYTUACJI ZAGROŻENIA
I WYSTĄPIENIA CHORÓB SZCZEGÓLNIE NIEBEZPIECZNYCH
I WYSOCE ZAKAŻNYCH**

**TWORZENIE I FUNKCJONOWANIE SZPITALI TYMCZASOWYCH
POWSTAŁYCH W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ COVID-19**

DELEGATURA W KATOWICACH

MISJA

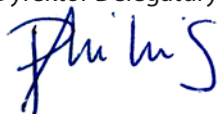
Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych

Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19

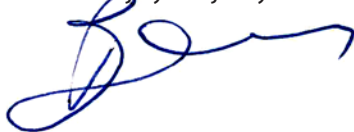
Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach



Piotr Miklis

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 20.07.2023r.

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	7
2. OCENA OGÓLNA	14
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	20
4. WNIOSKI.....	38
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	42
5.1. Działania podejmowane w okresie od 2019 r. do 2 marca 2020 r. w celu przygotowania się do reagowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych	42
5.2. Działania podejmowane w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 (od 2 marca 2020 r.).....	52
6. ZAŁĄCZNIKI	142
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	142
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	155
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	163
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	166
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	167
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	191

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna	choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa oraz wirusowe gorączki krwotoczne;
COVID-19	choroba zakaźna wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 (Coronavirus Disease 2019);
Dochodzenie epidemiologiczne	wykrywanie zachorowań, czynnika etiologicznego oraz określenie przyczyn, źródeł, rezerwuarów i mechanizmów szerzenia się choroby zakaźnej lub zakażenia;
ECDC	Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób w Sztokholmie (European Centre for Disease Prevention and Control);
Epidemia	wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących;
EWRS	System Wczesnego Ostrzegania i Reagowania dla Chorób Zakaźnych;
GIS	Główny Inspektor Sanitarny (na dzień 25 czerwca 2023 r. od 20 listopada 2020 r. funkcję Głównego Inspektora Sanitarnego pełni zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego działając w zastępstwie);
Izolacja	odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby;
KPRM	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów;
KPZK	Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, opracowany na podstawie art. 5 ust. 1 uozk. Dokument planistyczny przygotowany przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa we współpracy z ministerstwami, urzędami centralnymi i województwami, w oparciu o ustawę o zarządzaniu kryzysowym;
Kwarantanna	odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych;
Łóżka covidowe	łóżka utworzone w szpitalach tymczasowych i wydzielone (przekształcone) w szpitalach stacjonarnych na potrzeby leczenia pacjentów z COVID-19;
MAP	Minister Aktywów Państwowych
MZ	Minister Zdrowia;
Nadmierna śmiertelność (excess mortality)	nadmierna śmiertelność w populacji to różnica pomiędzy liczbą zgonów jaka wystąpiła podczas danego okresu czasu a liczbą zgonów, jakiej należałoby się spodziewać na podstawie danych z poprzednich okresów (przyjmuje się zwykle średnią z pięciu poprzedzających lat);
NIZP PZH-PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy;

Obiekty wielkopowierzchniowe	stadiony, hale sportowe, hale wystawiennicze, centra kongresowe, hangary na lotniskach itp. w których utworzono szpitale tymczasowe;
Pacjenci covidowi	pacjenci z COVID-19 wymagający hospitalizacji;
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna;
Podejrzany o zakażenie	osoba, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia;
PPIS	Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny;
PRM	Prezes Rady Ministrów;
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna;
PWIS	Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny;
RCB	Rządowe Centrum Bezpieczeństwa;
RZZK	Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego;
SARS-CoV-2	wirus należący do grupy koronawirusów, który wywołuje ostrą chorobę układu oddechowego – COVID-19. Jest to siódmy znany chorobotwórczy dla ludzi gatunek z tej grupy wirusów;
Służby	służby sanitarne oraz Wyższy Urząd Górniczy;
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy;
Specustawa	ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1327, ze zm.);
ST lub Szpital Tymczasowy	termin szpital tymczasowy nie został zdefiniowany w przepisach powszechnie obowiązujących. Dla potrzeb nin. kontroli przyjęto, że termin ten dotyczy w skali kraju 33 obiektów objętych decyzjami PRM, MZ i właściwych wojewodów zawierającymi polecenie, skierowane do określonego podmiotu, utworzenia szpitala tymczasowego celem udzielania świadczeń leczniczych w rodzaju opieka szpitalna dla chorych z COVID-19. W takim ujęciu szpitale tymczasowe to: 1] zaadaptowane do potrzeb leczenia pacjentów z COVID-19 obiekty przeznaczone wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych (15 przypadków), 2] oddziały szpitalne w obiektach wykonanych z kontenerów – modułów (cztery przypadki) i 3] obiekty zaadaptowane do celu udzielania świadczeń leczniczych, takie jak Stadion Narodowy, centra wystawiennicze, hangary, hale widowiskowo-sportowe itp. (14 przypadków) – dalej opisywane jako obiekty wielkopowierzchniowe lub szpitale wielkopowierzchniowe;
Stan epidemii	sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w uoaz działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii;

Stan zagrożenia epidemicznego	sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w uozz działań zapobiegawczych;
Szpital stacjonarny	szpital, o którym mowa w art. 951 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz.U. z 2022 r., poz. 2561, ze zm., dalej jako <i>ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej</i>);
ŚOI	Środki ochrony osobistej;
Uozk	ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. <i>o zarządzaniu kryzysowym</i> (Dz. U. z 2023 r. poz. 122);
Uozz	ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. <i>o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi</i> (Dz. U. z 2023 r. poz.1284);
Ustawa o działach administracji	ustawa z dnia 4 września 1997 r. <i>o działach administracji rządowej</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 2512, ze zm.);
Ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. <i>o Najwyższej Izbie Kontroli</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 623);
Ustawa zmieniająca	ustawa z dnia 31 marca 2020 r. <i>o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw</i> (Dz. U. poz. 568 ze zm.);
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>);
WPDnWWE lub Wojewódzki plan działania	Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii (sporządzany przez wojewodów na podstawie art. 44 uozz);
WPZK	Wojewódzki plan zarządzania kryzysowego – dokument opracowywany przez wojewodów jako realizacja ich zadania z zakresu zarządzania kryzysowego wyznaczonego w art. 14 ust. 2 uozk;
WSSE	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna;
Zakażenie	wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego;
ZRM	Zespół ratownictwa medycznego.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli P/20/062

Czy odpowiedzialne organy państwa, instytucje i służby są przygotowane do działania w sytuacji stwierdzenia przypadków wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych?

Jednostki kontrolowane

KPRM, MZ, GIS, MAP, Ministerstwo Klimatu i Środowiska, Agencja Rezerw Materiałowych, Wyższy Urząd Górniczy, cztery urzędy wojewódzkie, 12 stacji sanitarnych (WSSE/PSSE/GSSE), 12 szpitali.

Okres objęty kontrolą 2019–2021, do dnia zakończenia kontroli.

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli D/21/505

Ocena celowości, gospodarności i efektywności rozwiązania polegającego na utworzeniu szpitali tymczasowych do walki z COVID-19.

Jednostki kontrolowane

KPRM, MZ, MAP, trzy urzędy wojewódzkie, cztery szpitale, jedna spółka z udziałem Skarbu Państwa.

Okres objęty kontrolą od października 2020 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych.

I. W grudniu 2019 r. w Wuhan w Chinach doszło do pierwszych zakażeń **koronawirusem SARS-CoV-2**. W 2020 r. nowy patogen rozprzestrzenił się w Europie i na całym świecie. 30 stycznia 2020 r. WHO ogłosiła, że rozprzestrzenianie się koronawirusa SARS-CoV-2 stanowi zagrożenie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym¹.

Światowa pandemia COVID-19 wywołała kryzys na bezprecedensową skalę, który wywarł wpływ na wiele sfer funkcjonowania społeczeństw, także poza obszarem zdrowia publicznego. Od grudnia 2019 r. do 31 marca 2023 r. na świecie potwierdzono 761,4 mln przypadków zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 i ponad 6,9 mln zgonów związanych z COVID-19, a w Polsce – 6,5 mln osób zakażonych i ponad 119,3 tys. zgonów raportowanych jako bezpośrednio lub pośrednio związane z COVID-19². Działania odpowiedzialnych za zdrowie publiczne organów państw przybrały nieznaną dotychczas skalę, a skutki podejmowanych przez nie decyzji, obok skutków pandemii, były odczuwalne przez większość mieszkańców całego świata. NIK objęła więc kontrolą nie tylko przygotowanie, ale i działania organów i instytucji państwa, podmiotów leczniczych i służb odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce, podjęte w związku z epidemią COVID-19.

II. Poszczególne kraje reagowały na COVID-19, rozwiązując w różnorodny sposób problemy związane z przeciwdziałaniem nowemu zagrożeniu. Kluczowym zagadnieniem okazało się zapewnienie należytej opieki wszystkim pacjentom z COVID-19, wymagającym hospitalizacji. Jednym ze sposobów rozwiązania tego problemu było tworzenie szpitali tymczasowych. Z informacji pozyskanych przez NIK z Najwyższych Organów Kontroli w Europie wynika, że takie rozwiązanie zostało zastosowane w Czechach, Estonii, Niemczech, Włoszech, Holandii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii, a dodatkowy przegląd dostępnych danych wykazał, że szpitale tymczasowe utworzono także na Litwie i na Węgrzech, w Szkocji i Irlandii Płn³.

Natomiast w Austrii, Belgii, Bułgarii, Grecji, Słowenii i na Cyprze w ogóle z tego rozwiązania nie skorzystano, podobnie jak w Portugalii, Szwecji, Danii, Finlandii i Chorwacji. W krajach, na temat których NIK otrzymała informacje od swoich odpowiedników, szpitale tymczasowe były rozwiązaniem doraźnym, przeznaczonym dla pacjentów, którzy nie wymagali intensywnej opieki medycznej lub stanowiły rezerwę utrzymywaną na wypadek wzrostu liczby hospitalizacji pacjentów z COVID-19. Zwykle tworzone od jednego do dwóch takich szpitali w kraju, o zróżnicowanym potencjale wynoszącym od 300 do 1300 łóżek⁴. Wyjątek stanowiła Anglia,

¹ [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

² Dane za <https://ourworldindata.org/covid-cases>, autorzy zwracają uwagę na fakt, iż ze względu na stosowane zróżnicowane podejście w toku określania przyczyny zgonu w poszczególnych krajach, liczba potwierdzonych zgonów z powodu COVID-19 może nie odpowiadać faktycznej liczbie osób zmarłych na tę chorobę.

³ W Polsce utworzone zostały 33 szpitale tymczasowe, z czego pacjentów leczono w 32 jednostkach.

⁴ W Czechach utworzono dwa szpitale w Pradze (500 łóżek) i Brnie (324 łóżka), w Estonii utworzono jeden szpital polowy na wyspie Saaremaa z 20 stanowiskami intensywnej terapii; w Niemczech utworzono jeden szpital w Berlinie (488 łóżek), w Niderlandach jeden szpital w Maastricht (288 łóżek), w Hiszpanii jeden szpital w Madrycie (1300 łóżek), we Włoszech jeden szpital w Mediolanie (1200 łóżek).

**Pytanie definiujące
cel główny kontroli
R/20/001/LKA**

Ocena przygotowania systemu ochrony zdrowia do działania w sytuacji stwierdzenia przypadków wystąpienia przypadków chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

**Jednostki
kontrolowane**

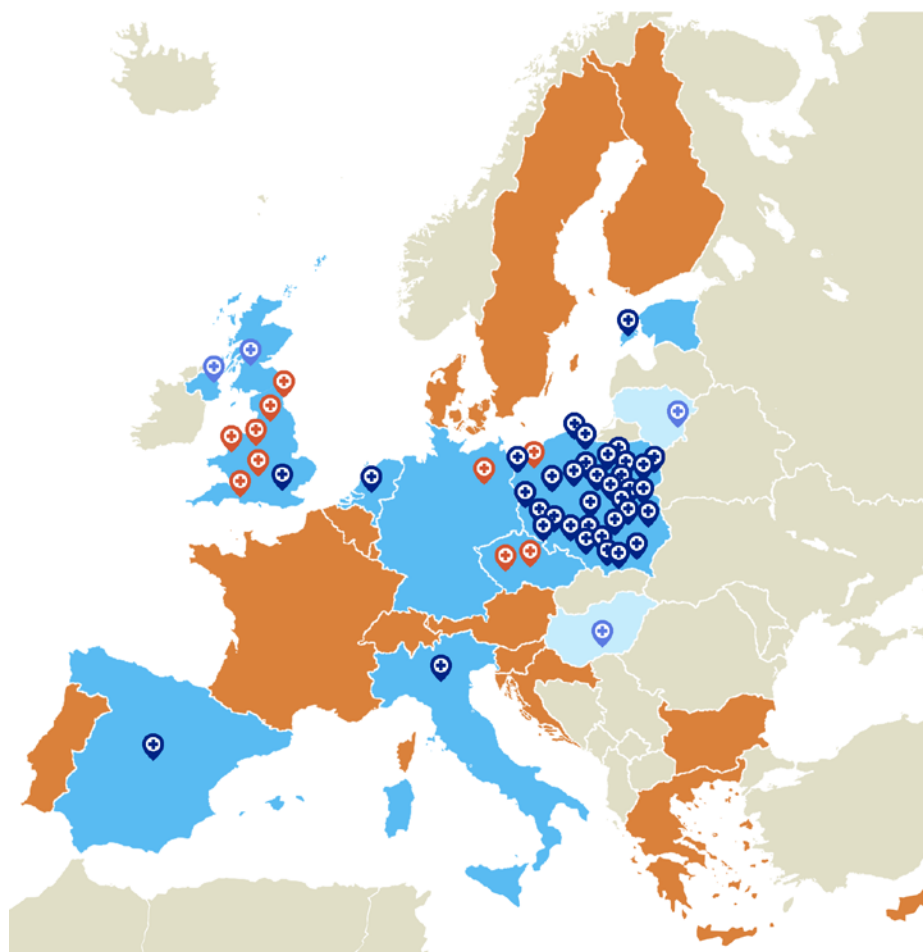
Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ZOZ w Wadowicach, Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, Port Lotniczy Kraków-Balice, Wojewódzka i Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna oraz Małopolski Urząd Wojewódzki.

Okres objęty kontrolą
lata 2018–2020
do 20 marca 2020 r.

w której zostało utworzonych siedem⁵ szpitali tymczasowych o potencjale od 500 do 4000 łóżek. Szpitale utworzone w Czechach, Niemczech oraz sześć szpitali w Anglii (Birmingham, Bristol, Manchester, Sunderland, Harrogate i Exeter) nie przyjęły żadnego pacjenta. W szpitalu Londynie maksymalnie było zajętych 50 z 4000 łóżek.

W Polsce rozwiązanie polegające na prowadzeniu leczenia szpitalnego w miejscach doraźnie zaadaptowanych do tego celu zostało jednak zastosowane na niespotykaną gdzie indziej skalę i zostały utworzone 33 takie szpitale (w tym 32 zostały uruchomione).

Infografika nr 1
Szpitale tymczasowe zlokalizowane w Europie⁶



- kraje w których powstały ST (informacje z NOK)
- kraje w których powstały ST (informacje dostępne publicznie)
- kraje w których nie powstały ST ■ brak danych
- ⊕ szpitale przyjmujące pacjentów ⊕ szpitale które nie przyjęły żadnego pacjenta
- ⊕ brak danych o przyjmowaniu pacjentów

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NOK.

⁵ Szpitale w Birmingham i w Londynie z 4000 łóżek, w Bristolu i Manchesterze z 1000 łóżkami oraz w Sunderland, Harrogate i Exeter z 500 łóżkami.

⁶ Według danych otrzymanych z NOK ww. krajów w odpowiedzi na zapytanie NIK i dostępnych publicznie informacji.

Koncentrując się na epidemii COVID-19 nie należy jednak zapominać, że w latach ją poprzedzających sytuacja epidemiologiczna w Polsce i na świecie stawała się coraz trudniejsza ze względu na zwiększające się zagrożenia nowymi i powracającymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, przeciw którym nie ma skutecznych leków ani szczepionek. Zagrożenie to było potęgowane przez słabość systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach. Nawrót zachorowań w 2019 r. (wcześniej epidemia wybuchła w 2014 r.) na gorączkę Ebola na obszarze Afryki Zachodniej i możliwość przeniesienia wirusa drogą lotniczą i lądową wskazują (analogicznie do wirusa SARS-CoV-2), że ryzyko przeniesienia zakażenia do innych państw, w tym do Europy, musi być brane pod uwagę.

Dostrzegając narastający problem i związane z nim ryzyka NIK ujęła w listopadzie 2019 r. w Planie Pracy na 2020 r. kontrolę w tym obszarze.

Niniejsza informacja obejmuje wyniki trzech kontroli prowadzonych przez Najwyższą Izbę kontroli:

- P/20/062 – Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych;
- D/21/505 – Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19;
- R/20/001/LKA – Przygotowanie systemu ochrony zdrowia do działania w sytuacji stwierdzenia wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Wyniki ww. kontroli są komplementarne w stosunku do innych kontroli prowadzonych przez NIK w tym obszarze, np.:

- I/21/002/LSZ – Przyznawanie świadczenia dodatkowego personelowi medycznemu uczestniczącemu w diagnozowaniu i udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- D/22/058/KZD – Wykorzystanie zasobów informacyjnych przez Głównego Inspektora Sanitarnego do oceny ryzyka sanitarnego w związku z epidemią Covid-19;
- I/22/001/KZD – Funkcjonowanie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19;
- D/22/079/KZD – Realizacja Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 przez Ministra Zdrowia;
- I/22/003/KZD – Realizacja Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych;
- I/21/003/KZD – Realizacja Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- I/22/002/KZD – Realizacja Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 w punktach szczepień;
- I/22/005/KZD – Realizacja Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19;
- I/23/001/KZD – Zapewnienie i wykorzystanie przez Ministra Zdrowia zasobów informacyjnych do oceny epidemii Covid-19;

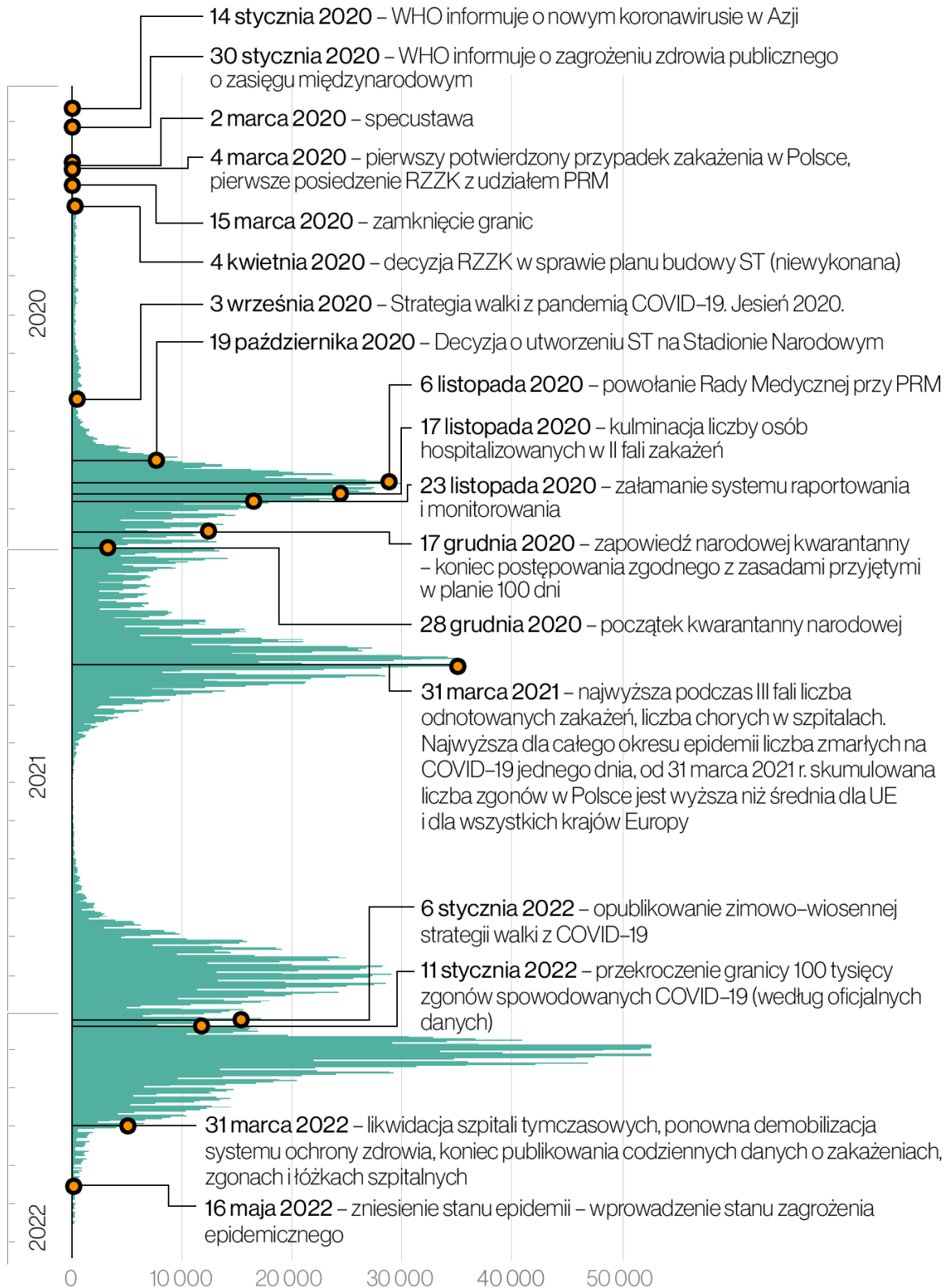
WPROWADZENIE

- P/22/039 – Postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym odpadami wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19;
- P/22/055 – Wsparcie dla rodzin przeżywających trudności w okresie pandemii COVID-19;
- P/22/057 – Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19;
- P/22/059 – Wsparcie dla dużych przedsiębiorców wydobywających węgiel kamienny udzielone w związku z pandemią COVID-19;
- P/22/007 – Realizacja zadań finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19;
- P/23/009 – Wsparcie finansowe samorządów przez państwo w okresie reform podatkowych i odbudowy gospodarki po epidemii COVID-19;
- P/23/055 – Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19.

WPROWADZENIE

Infografika nr 2

Kalendarium wydarzeń związanych z COVID-19



Źródło: opracowanie własne NIK.

Wniosek skierowany w dniu 16 czerwca 2023 r. przez Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do Trybunału Konstytucyjnego

W dniu 2 marca 2020 r. Sejm RP uchwalił ustawę o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁷ (specustawę). 13 marca 2020 r. Minister Zdrowia ogłosił stan zagrożenia epidemicznego, a 20 marca 2020 r. – stan epidemii na terenie całego kraju. Z dniem 16 maja 2022 r. stan epidemii został odwołany i został ogłoszony stan zagrożenia epidemicznego, który trwał do 30 czerwca 2023 r.

Ustawą z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw⁸ (ustawą zmieniającą) utworzono Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, jako państwowy fundusz celowy. Przepisem art. 75 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2⁹, zmieniono brzmienie art. 65 ustawy zmieniającej, w konsekwencji czego *Fundusz* przestał być państwowym funduszem celowym, a stał się funduszem (rachunkiem) prowadzonym w Banku Gospodarstwa Krajowego.

W związku z tym, że szereg regulacji wprowadzonych na podstawie specustawy i ustawy zmieniającej budzi istotne zastrzeżenia z punktu widzenia zgodności z Konstytucją RP, 16 czerwca 2023 r. Prezes NIK wystąpił, na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 1 Konstytucji RP do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności przepisów specustawy i ustawy zmieniającej z Konstytucją RP¹⁰ w następujących aspektach:

1. W ocenie NIK tryb uchwalenia *specustawy* i ustawy zmieniającej mógł naruszać zasady prawidłowej legislacji, należytej *vacatio legis* i zasadę legalizmu, określone w Konstytucji RP (odpowiednio art. 2 i 7).
2. Na podstawie art. 10, 10a i 11h *specustawy*¹¹ organy administracji rządowej otrzymały uprawnienia do wydawania poleceń nakładających obowiązki w praktyce na wszystkie podmioty, w tym na jednostki samorządu terytorialnego i prywatnych przedsiębiorców. W ocenie NIK:
 - a. art. 10 ust. 1, 2, 3 i 6 *specustawy*¹², kreujące kompetencje wybranych organów administracji rządowej do nakładania na inne podmioty „obowiązku wykonania określonego zadania” może być sprzeczny z art. 45

⁷ Dz. U. z 2023 r. 1327, ze zm.

⁸ Dz. U. poz. 568, ze zm., dalej jako ustawa zmieniająca.

⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 201.

¹⁰ Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm. Dalej: Konstytucja RP.

¹¹ Art. 10 zawarty był od początku w treści *specustawy*, art. 10a został dodany w nowelizacji – ustawie zmieniającej z 31 marca 2020 r. art. 11h został dodany ustawą z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 (Dz. U. poz. 1747).

¹² Art. 10. Określa tryb nakładania na jednostki samorządu terytorialnego i publiczne podmioty lecznicze obowiązku wykonania zadań w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 i stanowi, że 1] PRM może, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, nałożyć na j.s.t. obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19; 2] Minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć obowiązek, o którym mowa w ust. 1, na podmiot leczniczy będący: a] spółką kapitałową, w której jedynym albo większościovym udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna; b] samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową; c] instytutem badawczym; 3] Zadanie, o którym mowa wyżej w pkt 1 i 2 może dotyczyć w szczególności zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielenia

ust. 1 w związku z art. 2 i 7 Konstytucji RP, gdyż narusza prawo do sądu. Przepis ten może być także sprzeczny z art. 78 Konstytucji RP gdyż narusza prawo do rozpatrzenia sprawy w drugiej instancji. Może naruszać także zakaz nadmiernej ingerencji w sferę praw i wolności podmiotów prywatnych wynikający z art. 31 ust. 3 Konstytucji i zasadę powierzania zadań publicznych jednostkom samorządu terytorialnego wyłącznie na podstawie ustawy, wynikającą z art. 166 ust. 2 Konstytucji RP.

b. art. 10a *specustawy*¹³ może być niezgodny z art. 2, art. 7, art. 31 ust. 3, art. 45 ust 1 Konstytucji RP,

c. art. 11h *specustawy*¹⁴, podobnie jak opisany wyżej art. 10 może naruszać: prawo do sądu, zakaz nadmiernej ingerencji w sferę praw i wolności podmiotów prywatnych, a także zasadę powierzania zadań publicznych jednostkom samorządu terytorialnego wyłącznie na podstawie ustawy.

3. Art. 65 ustawy zmieniającej z 31.03.2020 r. budzi poważne wątpliwości z punktu widzenia zasady zupełności (kompletności) budżetu państwa (art. 219 ust. 1 Konstytucji), która wymaga, by budżet jako całościowy plan finansowy państwa obejmował wszystkie dochody i wydatki instytucji, organów i podmiotów przynależących do sektora finansów publicznych. Tymczasem tworzenie pozabudżetowych funduszy celowych funkcjonujących poza ramami ustawy budżetowej prowadzi do marginalizacji znaczenia budżetu państwa przez wyłączenie z niego pewnych dochodów i wydatków, które powinny być częścią budżetu jako całościowego planu finansowego państwa i podlegać kontroli Parlamentu.

świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym. Zmiany w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego nie wymagają podjęcia aktów, w tym uchwał, właściwych organów administracji publicznej.

¹³ Art. 10a ust. 1 *specustawy* stanowił, że minister właściwy do spraw zdrowia może podejmować inne niż określone w art. 10 działania związane z przeciwdziałaniem COVID-19.

¹⁴ Zgodnie z treścią art. 11h ust. 1–3 *specustawy*:

1] wojewoda może wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie, państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, informując niezwłocznie o tym właściwego ministra;

2] minister właściwy do spraw zdrowia może, z własnej inicjatywy lub na wniosek wojewody, wydawać polecenia obowiązujące podmioty inne niż wymienione w pkt a, w szczególności osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej oraz przedsiębiorców, a także państwowe jednostki organizacyjne posiadające osobowość prawną;

3] Prezes Rady Ministrów może, z własnej inicjatywy, wydawać polecenia obowiązujące podmioty, o których mowa w pkt 1 i 2. Wydając polecenie wobec przedsiębiorcy, Prezes Rady Ministrów może wyznaczyć organ odpowiedzialny za zawarcie umowy.

2. OCENA OGÓLNA

Brak przygotowania struktur państwa do działań w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych

I.1. Odpowiedzialne organy i instytucje państwa, podmioty lecznicze i służby nie były przygotowane do działania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, co skutkowało ich nieadekwatnymi działaniami podczas epidemii wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2.

W dniu potwierdzenia pierwszego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na terenie Polski (4 marca 2020 r.) nie było krajowego planu działania na wypadek epidemii, gdyż jego opracowania nie przewidywały istniejące przepisy. Jednocześnie Wojewódzkie Plany Działania na Wypadek Wystąpienia Epidemii nie tworzyły spójnej całości, pozwalającej na skuteczne przeciwdziałanie zagrożeniu epidemicznemu w skali kraju. Plany te zawierały nieaktualne dane dotyczące dostępnych kadr medycznych, lokalizacji izolatoriów oraz miejsc kwarentanny i nie zostały zaktualizowane pomimo tego, że informacje o nowym zagrożeniu były powszechnie znane od końca 2019 r. Plany te nie stanowiły skutecznego narzędzia zarządzania kryzysem wywołanym przez epidemię COVID-19.

W systemie ochrony zdrowia w Polsce nie było dostatecznie licznej kadry medycznej i wystarczającej liczby łóżek w szpitalach zakaźnych. Zasoby te byłyby niewystarczające do skutecznego przeciwdziałania epidemii o ogólnokrajowym zasięgu i zwalczania większej liczby przypadków chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych¹⁵. Ponadto szpitale wyznaczone w planach wojewódzkich do leczenia zakażonych pacjentów były do tego w większości nieprzygotowane – nie posiadały specjalistycznego sprzętu i zapasów środków ochrony osobistej, co ograniczało możliwość wykorzystania ich potencjału do leczenia pacjentów z COVID-19 w pierwszych tygodniach trwania epidemii.

Państwowe rezerwy środków ochrony indywidualnej i aparatury medycznej były utrzymywane na niskim poziomie i w pierwszych tygodniach 2020 r., pomimo potwierdzonego zagrożenia, nie podjęto skutecznych działań dla ich zwiększenia, co początkowo ograniczyło dostępność produktów niezbędnych do przeciwdziałania epidemii dla szpitali wyznaczonych do przyjmowania pacjentów z COVID-19.

Nieprzygotowana do przeciwdziałania epidemii o ogólnopolskim zasięgu była Państwowa Inspekcja Sanitarna, której brakowało pracowników, funduszy, środków łączności i narzędzi informatycznych oraz środków ochrony osobistej. Braki te utrudniały skuteczne wykonywanie przez tę Inspekcję przypisanych jej zadań, dotyczących przeciwdziałania epidemii.

Nieadekwatne działania w kolejnych etapach epidemii

I.2. W kolejnych etapach epidemii odpowiedzialne organy i instytucje państwa oraz właściwe służby podejmowały działania, które w niewystarczającym stopniu uwzględniały zmiany sytuacji

¹⁵ Np. dżuma, ospa prawdziwa, gorączka krwotoczna itp.

epidemiologicznej, przez co nierzetelnie realizowały obowiązek zwalczania chorób epidemicznych, wynikający z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP.

I.2.1. W czasie pierwszego półrocza po rozprzestrzenieniu się wirusa SARS-CoV-2 na teren Polski (pierwszy potwierdzony przypadek 4 marca 2020 r.) nie realizowano konsekwentnie uprzednio opracowanych wojewódzkich planów działania m.in. ze względu na ich niespójność i nieaktualność zawartych w nich treści. Nie został także wdrożony żaden ogólnopolski plan przeciwdziałania epidemii. Potencjał 22 szpitali wielospecjalistycznych, które w czasie tzw. pierwszej fali epidemii (marzec–kwiecień 2020 r.) zostały przeznaczone wyłącznie do leczenia pacjentów z COVID-19 (tzw. szpitali jednoimiennych z 3789 łózkami) wystarczył do zapewnienia miejsc dla wszystkich pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji. Zmiana zakresu świadczeń udzielanych przez te jednostki skutkowała jednak istotnym ograniczeniem dostępu do leczenia szpitalnego dla pacjentów niezarażonych wirusem SARS-CoV-2, a leczących się dotychczas w tych szpitalach.

W pierwszych miesiącach epidemii uzupełniano brakującą aparaturę medyczną (np. respiratory) wykorzystując wprowadzone na podstawie specustawy zmiany w przepisach, które miały na celu ułatwienie prowadzenia działań w ramach zwalczania COVID-19. Ułatwienia te zniosły jednak mechanizmy kontrolne, zapewniające prawidłowe gospodarowanie środkami publicznymi przeznaczonymi na przeciwdziałanie epidemii. To z kolei stworzyło warunki do niegospodarnych i niecelowych działań – jak np. zakup niekompletnych, niesprawnych, lub nie odpowiadających polskim wymogom respiratorów za kwotę 82,3 mln zł przez Ministra Zdrowia i Ministra Szefa KPRM. Wady nabytych produktów, powodujące niejednokrotnie zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, uniemożliwiły ich wykorzystanie w toku zwalczania epidemii.

Okres spadku liczby zakażeń i hospitalizacji pomiędzy majem a wrześniem 2020 r. nie został wykorzystany do opracowania rzetelnych (realistycznych) zasad działania dla sektora ochrony zdrowia na czas prognozowanego na jesień nawrotu epidemii, nie przeprowadzono także szkoleń ani ćwiczeń w szpitalach i nie przygotowano planu rozbudowy bazy łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19. Minister Zdrowia przedstawił wprawdzie 3 września 2020 r. *Strategię walki z epidemią COVID-19. Jesień 2020 r.* lecz proponowane w niej rozwiązania nie odnosiły się kompleksowo do ograniczonych zasobów czy realnych warunków działania polskich szpitali i zdezaktualizowały się wobec oczekiwanego wzrostu liczby zakażeń i hospitalizacji.

I.2.2. Przez cały czas trwania epidemii¹⁶ Rada Ministrów nie wprowadziła przewidzianego w Konstytucji RP stanu klęski żywiołowej uznając, że nie uzasadnia tego sytuacja w kraju. Jednak na podstawie specustawy z dnia 2 marca 2020 r. uchwalonej przez Sejm RP na wniosek Rady Mini-

¹⁶ Stan epidemii ogłoszony został z dniem 20 marca 2020 r. i odwołany 15 maja 2022 r.

strów, wprowadzono regulacje pozwalające na nakładanie na obywateli ograniczeń (np. zawieszenia działalności przedsiębiorców) wydawanie nakazów (np. ewakuacji, poddania się kwarantannie, badaniom lekarskim i stosowania środków profilaktycznych) i zakazów (organizacji imprez masowych, przemieszczania się, przebywania w określonych obiektach), analogicznych do istniejących rozwiązań dotyczących stanu kłęski żywiołowej¹⁷.

Ponadto na podstawie art. 10, 10a i 11h *specustawy* organy administracji rządowej uzyskały nieprzewidziane wcześniej w przepisach ustawy o stanie kłęski żywiołowej, prawo do wydawania wiążących poleceń (decyzji) skierowanych w praktyce do wszystkich podmiotów – w tym przedsiębiorców i jednostek samorządu terytorialnego. Wobec braku kompleksowego planu działania w warunkach epidemii, zarządzanie systemem ochrony zdrowia w tym czasie było oparte właśnie o te indywidualne rozstrzygnięcia organów administracji rządowej, wydawane na podstawie przepisów *specustawy*.

I.2.3. W okresie po 3 września 2020 r. zmian w organizacji opieki szpitalnej dokonywano *ad hoc*, na podstawie indywidualnych rozstrzygnięć Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia i wojewodów, którzy tworzyli i likwidowali oddziały i łóżka tzw. covidowe w funkcjonujących szpitalach oraz tworzyli szpitale tymczasowe. Działania organów państwa w tym zakresie nosiły znamiona nieskoordynowanych, a podejmowane decyzje nie opierały się na merytorycznych podstawach i rzetelnych analizach danych o sytuacji epidemiologicznej. Tworząc nieracjonalnie duże rezerwy łóżek covidowych wyłączano z udzielania świadczeń dla pozostałych pacjentów nadmierną w stosunku do potrzeb liczbę łóżek szpitalnych i niezbędny do ich zabezpieczenia personel medyczny. Przyczyniło się to w efekcie do istotnego ograniczenia dostępu do leczenia szpitalnego osób, które nie były zakażone wirusem SARS-CoV-2.

Według oficjalnych danych na COVID-19 zmarło ponad 119 tys. Polaków¹⁸. Według danych GUS w 2020 r. odnotowano 477 tys. zgonów, czyli o 67,1 tys. więcej niż w 2019 r., natomiast w 2021 r. liczba zgonów przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 5 lat (519,5 tys. do 366 tys.). Ta nadmierna śmiertelność (*excess mortality*¹⁹) była zarówno bezpośrednim skutkiem choroby COVID-19, jak i skutkiem ograniczenia dostępu do świadczeń leczniczych dla pacjentów ze schorzeniami innymi niż COVID-19.

¹⁷ Art. 21 ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej zawiera listę takich ograniczeń.

¹⁸ Według oficjalnych danych, do 26 kwietnia 2023 r. na COVID-19 w Polsce zmarło 119 540 osób.

¹⁹ Nadmierna śmiertelność w populacji to różnica pomiędzy liczbą zgonów jaka wystąpiła podczas danego okresu czasu a liczbą zgonów, jakiej należałoby się spodziewać na podstawie danych z poprzednich okresów – zwykle do porównania przyjmuje się średnią z pięciu lat poprzedzających.

II. Przez cały okres epidemii Minister Zdrowia nierzetelnie wykonywał funkcję koordynatora działań pozostałych organów państwa i instytucji, wynikającą z roli podmiotu wiodącego²⁰, przypisanej mu w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego na wypadek epidemii o ogólnopolskim zasięgu.

Podczas pierwszych sześciu miesięcy epidemii MZ, pomimo trwania kryzysu wywołanego epidemią COVID-19, nie zwoływał Zespołu Zarządzania Kryzysowego w Ministerstwie i nie przygotował sektora ochrony zdrowia na nawrót epidemii. Minister nie wykonał kluczowej decyzji RZZK, czyli gremium właściwego w sprawach koordynacji działań w ramach zarządzania kryzysowego, dotyczącej przygotowania planu tworzenia szpitali tymczasowych. Natomiast w późniejszym okresie Minister nie koordynował tworzenia ST i nie zapewnił korelacji liczby łóżek covidowych z potrzebami wynikającymi z przebiegu epidemii, zarówno w odniesieniu do szpitali tymczasowych, jak i do całego systemu opieki szpitalnej.

W efekcie, we wszystkich szpitalach (włączając tymczasowe) w okresie od 4 marca 2020 r. do 31 marca 2022 r. koszty utrzymania gotowości do udzielania świadczeń dla pacjentów z COVID-19 (utrzymania wydzielonych łóżek i personelu medycznego) wyniosły ok. 7,0 mld zł, a koszty faktycznie udzielonych świadczeń zdrowotnych dla tych pacjentów wyniosły 4,9 mld zł. Nadmierne koszty utrzymania gotowości w stosunku do kosztów ponoszonych na rzeczywistą pomoc pacjentom wynikały, m.in. z przepływu lekarzy i pielęgniarek z jednostek i oddziałów szpitalnych, których działalność ograniczono – do oddziałów covidowych i szpitali tymczasowych, które nie były w pełni wykorzystywane.

III. NIK negatywnie ocenia działania organów państwa związane z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych.

III.1. Utworzenie ST nie zostało przygotowane i w październiku 2020 r. przystąpiono do działań w tym zakresie bez żadnego planu, bez analiz dostępności kadr medycznych i bez kalkulacji kosztów. Decyzje administracyjne w sprawie utworzenia i organizacji ST objętych niniejszą kontrolą były wydawane przez Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia i skontrolowanych wojewodów na podstawie art. 11h *specustawy* z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*²¹.

²⁰ Funkcja podmiotu wiodącego została szczegółowo zdefiniowana w KPZK. W tzw. siatce bezpieczeństwa w KPZK Cz. A, str. 49–51 i w Cz. B, str. 7–10 Minister Zdrowia wskazany jest jako podmiot wiodący w przypadku epidemii. Podmiot wiodący to organ, który ze względu na zakres kompetencji realizuje zadania kluczowe dla skuteczności działania w danej fazie zarządzania kryzysowego, najczęściej we współpracy z innymi organami (instytucjami) szczebla równorzędnego lub niższego, niepodporządkowanymi temu organowi pod względem służbowym (podmioty współpracujące). Rolą podmiotu wiodącego jest monitorowanie przypisanych mu zagrożeń, inicjowanie działań właściwych dla danej fazy zarządzania kryzysowego oraz koordynowanie przedsięwzięć wykonywanych przez podmioty współpracujące.

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 775, ze zm., dalej: k.p.a.

Decyzje te wydawane były nie tylko z naruszeniem przepisów, lecz także bez dochowania należytej staranności, częstokroć bez dokładnego rozpoznania potrzeb wynikających z przebiegu epidemii, co skutkowało m.in. niegospodarnymi lub niecelowymi wydatkami w łącznej kwocie 31,5 mln zł²², poniesionymi na tworzenie szpitali, które wobec braku zapotrzebowania na łóżka covidowe w danym regionie nie zostały uruchomione.

III.2. Minister Aktywów Państwowych i Minister Szef KPRM zawierali umowy ze spółkami z udziałem Skarbu Państwa, wskazanymi w decyzjach Prezesa Rady Ministrów najczęściej po zakończeniu adaptacji i przyjęciu przez szpital pierwszych pacjentów (10 z 12 szczegółowo badanych umów zawartych przez te organy). W rezultacie postanowienia zawartych umów nie chroniły interesów Skarbu Państwa podczas realizacji prac adaptacyjnych. Do grudnia 2022 r. nie zakończono procesu rozdysponowania składników majątkowych zakupionych przez spółki z udziałem Skarbu Państwa, z którymi umowy zawierali MAP i Minister Szef KPRM. Do października 2022 r. ww. organy nie rozliczyły ostatecznie wydatków poniesionych przez większość²³ spółek na powyższy cel.

III.3. Minister Zdrowia gromadził i dysponował codziennie danymi na temat liczby zakażeń, hospitalizacji i dostępnych łóżek. Szczegółowa analiza tych danych pozwala na stwierdzenie, że nawet bez ST w obiektach wielkopowierzchniowych była zachowana bezpieczna rezerwa łóżek covidowych, odpowiadająca od 13,8% do 95,2% liczby pacjentów z COVID-19, hospitalizowanych danego dnia w Polsce. Zatem utrzymywanie w ST wielkopowierzchniowych rezerwy łóżek covidowych wraz z obsadą personelu medycznego nie było celowe i uzasadnione oraz przyczyniło się do ograniczenia dostępu do leczenia szpitalnego dla pacjentów z innymi schorzeniami niż COVID-19.

Czternaście szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych było nieefektywnym narzędziem zwalczania COVID-19 z punktu widzenia nakładów poniesionych na ich tworzenie, funkcjonowanie i likwidację w kwocie 612,6 mln zł (co stanowiło prawie 2/3 z sumy 941,6 mln zł wydatków poniesionych na wszystkie 33 szpitale tymczasowe). Nakłady te nie przyniosły trwałych rezultatów w postaci wzmocnienia infrastruktury polskich szpitali i zostały ostatecznie utracone po likwidacji ST i przywróceniu obiektów wielkopowierzchniowych do pełnienia ich dawnych funkcji. Do podwyższenia kosztów funkcjonowania ST w obiektach wielkopowierzchniowych przycy-

²² Dotyczy ST w Hali Netto Arena w Szczecinie – 29 162,2 tys. zł (utworzony, nieuruchomiony) ST w Tarnowie (niedokończony, zmieniony na punkt szczepień – 099,0 tys. zł) i ST w hali Tauron Arena w Krakowie (niedokończony, zaniechany – 206,6 tys. zł).

²³ Do końca września 2022 r. nie rozliczono wydatków poniesionych na podstawie umów zawartych przez MAP z pięcioma spółkami (spośród ośmiu spółek) i jednej z dwóch umów zawartych przez Ministra Szefa KPRM z jedną spółką.

niło się m.in. utrzymywanie szpitali w tych lokalizacjach w czasie, gdy nie udzielano w nich świadczeń leczniczych (szpitale utrzymywane w tzw. stanie pasywnym²⁴), co kosztowało łącznie 28,5 mln zł²⁵.

Kwota 165,7 mln zł, stanowiąca ok. 1/3 środków przeznaczonych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na finansowanie świadczeń w szpitalach tymczasowych, została niecelowo wydatkowana na pokrycie kosztów utrzymywania *gotowości do udzielania świadczeń* przez szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych.

III.4. Finansowaniu wydatków m.in. związanych ze szpitalami tymczasowymi służyć miał Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, który został wyłączony ze sfery objętej regulacjami dotyczącymi sektora finansów publicznych, przez co mechanizmy zabezpieczające optymalne wydatkowanie środków publicznych, zawarte w tych regulacjach, nie mogły być stosowane. Prezes Rady Ministrów ani Minister Zdrowia i Minister Aktywów Państwowych, którzy byli upoważnieni do składania dyspozycji wypłaty środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie ustanowili skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej, zapewniających ich gospodarne wydatkowanie.

IV. Odpowiedzialne organy nie przeprowadziły analizy i oceny funkcjonowania szpitali tymczasowych w czasie epidemii COVID-19 w Polsce.

Ani Minister Zdrowia, ani Prezes Rady Ministrów nie przeprowadzili systemowej analizy i oceny tworzenia, działania i likwidacji ST z punktu widzenia efektywności organizacyjnej tego rozwiązania, jak i z punktu widzenia efektywności wydatkowania środków publicznych na ten cel. Zaniechanie to jest szczególnie istotne w przypadku Ministra Zdrowia, którego pozycja (koordynator działań innych organów i instytucji) w przypadku ogólnopolskiego kryzysu wywołanego epidemią jest szczególnie²⁶ i który powinien na bieżąco analizować zagadnienia związane z działalnością ST, a w przypadku wykrycia nieprawidłowości – podejmować działania korygujące i naprawcze.

²⁴ Tzw. *szpital pasywny* to pojęcie nie posiadające definicji legalnej w polskich przepisach. Jak wynika z korespondencji pomiędzy MON i MZ określenie to miało odpowiadać szpitalowi w pełni przygotowanemu do podjęcia działalności, lecz pozbawionemu personelu medycznego (co określono mianem braku zaangażowania kadrowego).

²⁵ Koszty utrzymania ST w tzw. *stanie pasywnym*: ST na Stadionie Narodowym – 11,0 mln zł, ST we Wrocławiu – 6,9 mln zł, w Poznaniu – 6,9 mln zł, ST w Łodzi – 3,7 mln zł.

²⁶ Ministrowi Zdrowia przypisane są w takiej sytuacji następujące funkcje: 1] funkcja Ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialnego za sprawy dotyczące ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o *działach administracji*, 2] funkcja podmiotu wiodącego wyznaczonego w KPZK Cz. B do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i koordynacji działań podmiotów wspierających w przypadku wystąpienia epidemii o zasięgu ogólnokrajowym, 3] funkcja podmiotu upoważnionego, na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej przez PRM, do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19; 4] funkcja organu sprawującego na podstawie art. 162 ust. 1 ustawy o *udzielaniu świadczeń nadzór nad działalnością NFZ*.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Okres poprzedzający wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego (przed 2 marca 2020 r.)

Niespójne i nieaktualne plany

Wojewódzkie Plany Działania na Wypadek Wystąpienia Epidemii²⁷ uwzględniały ryzyko wystąpienia chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych, lecz nie tworzyły spójnej całości, pozwalającej w skali kraju na skuteczne przeciwdziałanie zagrożeniu epidemicznemu. Dokumenty te były sporządzane w sposób zróżnicowany co do stopnia szczegółowości, układu treści, czy też liczby i zawartości załączników. W większości²⁸ skontrolowanych WPDnWWE zawarte były nieaktualne dane o kadrach medycznych, liczbie łóżek w oddziałach zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych, planowanych miejscach kwarantanny i izolatoriach. [str. 42–44]

Zgodnie z KPZK, Minister Zdrowia jest *podmiotem wiodącym*, odpowiedzialnym za koordynację działań pozostałych instytucji i organów administracji w przypadku epidemii o zasięgu ogólnokrajowym. [str. 42]

Niewystarczające zasoby w przededniu COVID-19 i brak działań dla ich zwiększenia

Zasoby kadrowe i organizacyjne, jakimi w okresie poprzedzającym COVID-19 dysponował system ochrony zdrowia w Polsce, były niewystarczające do przeciwdziałania epidemii o ogólnokrajowym zasięgu i zwalczania większej liczby przypadków chorób szczególnie niebezpiecznych. Na ok. 150 tys. praktykujących lekarzy²⁹ w Polsce było tylko ok. 1000 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych. Od 2018 r. do 2020 r. ze 110 do 104 zmalała liczba oddziałów zakaźnych i w ślad za tym także liczba łóżek na tych oddziałach, a Minister Zdrowia nie miał informacji ani o przyczynach tych zmian, ani o zasobach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. [str. 47–48]

Pomimo pozyskania z wyprzedzeniem informacji o zagrożeniu wirusem SARS-CoV-2 Minister Zdrowia i Minister Aktywów Państwowych do końca lutego 2020 r. nie podjęli skutecznych działań dla zwiększenia rezerw ŚOI i aparatury medycznej, czego skutkiem w pierwszych tygodniach epidemii była ograniczona dostępność tych produktów dla podmiotów leczniczych. [str. 50–51]

Działania podejmowane po 2 marca 2020 r.

Zmiany w przepisach

Ograniczenie praw obywatelskich bez wprowadzenia stanu nadzwyczajnego przewidzianego w Konstytucji RP

Przez cały czas epidemii COVID-19 Rada Ministrów nie wprowadziła stanu klęski żywiołowej, opisanego w stosownej ustawie³⁰.

²⁷ Wojewódzkie Plany Działania na Wypadek Wystąpienia Epidemii sporządzane na podstawie art. 44 uożz. W toku kontroli D/21/505 przeglądem objęto wszystkie WPDnWWE w kraju, natomiast przeprowadzono szczegółową analizę Planów dla woj. małopolskiego (R/20/001), wielkopolskiego i podkarpackiego (P/20/062), dolnośląskiego (D/21/505) oraz mazowieckiego i śląskiego (P/20/062 i ponownie D/21/505). Planu działania na wypadek epidemii obejmującego cały kraj nie sporządza się, a KPZK odwołuje się do planów wojewódzkich.

²⁸ W czterech z pięciu planów skontrolowanych u wojewodów: WPDnWWE woj. małopolskiego, mazowieckiego, śląskiego, wielkopolskiego (bez woj. podkarpackiego).

²⁹ Dane dotyczą praktykujących specjalistów bez lekarzy dentyków i specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego i pochodzą z Naczelnej Izby Lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-04.pdf

³⁰ Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej, Dz. U. z 2017 r. poz. 1897. W art. 3 ust. 1 pkt 2 jako katastrofę naturalną zdefiniowano zdarzenie związane z działaniem sił natury (...), masowe występowanie szkodników, chorób roślin lub zwierząt albo chorób zakaźnych ludzi albo też działanie innego żywiołu.

Natomiast specustawą wprowadzono zmiany do uozz, dodając art. 46a i art. 46b, stanowiące podstawę do wydawania rozporządzeń³¹, którymi ustanawiano ograniczenia, nakazy i zakazy analogiczne do tych, które wynikały z ustawy o stanie klęski żywiołowej, w tym dotyczące przemieszczania się, poddania się kwarantannie, ewakuacji, nakazu lub zakazu przebywania w określonych miejscach lub obiektach, zakazu organizowania lub przeprowadzania imprez masowych, a także obowiązku poddania się badaniom lekarskim oraz stosowania środków profilaktycznych i zabiegów oraz szczepień ochronnych³². [str. 52]

Zarządzanie kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 na szczeblu centralnym

W pierwszych sześciu miesiącach od wystąpienia pierwszego potwierdzonego zakażenia w Polsce (4 marca 2020 r.–4 września 2020 r.) nie wdrażano konsekwentnie planów i procedur opracowanych wcześniej m.in. ze względu na nieaktualne dane w nich zawarte i brak spójności pomiędzy nimi³³. Od 4 marca 2020 r. był zwoływany RZZK, jednak kluczowa decyzja tego gremium o przygotowaniu planu budowy szpitali tymczasowych podjęta na jego posiedzeniu 4 kwietnia 2020 r., nie została zrealizowana przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej i Ministra Aktywów Państwowych.

Minister Zdrowia nierzetelnie realizował przypisane mu zadania z zakresu zarządzania kryzysowego i od 4 marca 2020 r. do 4 września 2020 r. nie zwoływał swojego Zespołu Zarządzania Kryzysowego, a działania nieformalnego sztabu kryzysowego przy Ministrze w tym czasie nie były dokumentowane. [str. 56–57]

Podobnie jak Minister Zdrowia, także inne organy administracji (GIS, wojewodowie) nie dokumentowały w sposób rzetelny niektórych działań podejmowanych w celu zwalczania epidemii COVID-19, w efekcie czego nie jest możliwe zidentyfikowanie, jakie były podstawy do przyjmowania przez nie poszczególnych rozstrzygnięć co do środków i sposobów przeciwdziałania kryzysowi, w tym decyzji kluczowych dla całych dziedzin gospodarki i aktywności społecznej. Nie zapewniono w ten sposób w kontrolowanych jednostkach możliwości przeanalizowania, w trakcie epidemii i po jej zakończeniu, gromadzonych informacji i doświadczeń, celem wspierania dobrych praktyk i eliminacji błędów. [str. 57]

Spółeczeństwo nie było z wyprzedzeniem informowane o zamiarach władz dotyczących przeciwdziałania COVID-19. Od ogłoszenia stanu epidemii w dniu 20 marca 2020 r., przez cały okres jego trwania³⁴ tylko raz Rada Ministrów zaprezentowała obywatelom kryteria nakładania lub znosze-

Nierzetelne działania MZ w zakresie zarządzania kryzysowego

Brak dokumentowania działań administracji

Nieinformowanie obywateli o zamiarach władz

³¹ Do 25 marca 2022 r. Rada Ministrów wydała 17 rozporządzeń w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, z czego 12 w 2020 r. Do przepisów tych rozporządzeń wprowadzono 79 zmian (najczęściej, bo 10 razy w czasie dwóch miesięcy zmieniano rozporządzenie z 19 marca 2021 r.).

³² Art. 21 ust. 1 ustawy o stanie klęski żywiołowej.

³³ Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii nie były sporządzane według jednolitego wzorca i zawierały nieporównywalne dane.

³⁴ Do 15 maja 2022 r.

nia ograniczeń³⁵ zakazów i nakazów. Do ogłoszonych zasad stosowano się jednak tylko kilka tygodni (21 listopada–17 grudnia 2020 r.), by następnie powrócić do praktyki informowania o zmianach w przepisach równocześnie z ich wprowadzaniem. [str. 58]

Ograniczone wykorzystanie wsparcia ekspertów

Z pominięciem doświadczeń zespołu specjalistów z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie³⁶ została wydana decyzja o utworzeniu Szpitala Tymczasowego na Stadionie Narodowym (19 października 2020 r.) i w ślad za nią szereg decyzji o tworzeniu wielu innych szpitali tymczasowych, w tym w obiektach wielkopowierzchniowych. Proces tworzenia tych szpitali został wszczęty bez analizy dostępnych zasobów kadrowych, kalkulacji kosztów tworzenia takich jednostek i bez oszacowania kosztów udzielania w nich świadczeń leczniczych. [str. 59–60]

Finansowanie wydatków na zwalczanie COVID-19 w pierwszych miesiącach epidemii

Celem uzupełnienia braków w ŚOI i aparaturze medycznej, w pierwszych miesiącach trwania epidemii władze dokonywały pospiesznych zakupów tych produktów, co wobec wyłączenia wydatków związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 ze stosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych³⁷ generowało ryzyko wydatkowania środków publicznych w sposób niegospodarny, niecelowy i bez zachowania zasady osiągania najlepszego rezultatu z ponoszonych nakładów. Ryzyko takie zmaterializowało się w szeregu przypadkach w trakcie nabywania aparatury medycznej. [str. 60]

Nieprawidłowe zakupy respiratorów

Szczególnym przypadkiem takiego nieprawidłowego wydatkowania środków publicznych były zakupy respiratorów od podmiotów nieposiadających doświadczenia w branży medycznej, dokonane w 2020 r. za pośrednictwem spółek z udziałem Skarbu Państwa lub bezpośrednio u prywatnego przedsiębiorcy przez Ministra Zdrowia za kwotę **44 702,4 tys. zł** i przez Ministra Szefa KPRM za kwotę **37 622,1 tys. zł**. Zakupiony w ten sposób sprzęt ze względu na braki ukompletowania lub wady w niektórych przypadkach mógł zagrażać bezpieczeństwu pacjentów, wobec czego nie został przekazany do użytkowania. [str. 61–62]

Agencja Rezerw Materiałowych (od dnia 23 lutego 2021 r. Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych³⁸) odegrała kluczową rolę w zaopatrywaniu podmiotów leczniczych w sprzęt medyczny, środki ochrony osobistej oraz środki służące dezynfekcji, które były wykorzystywane do zwalczania COVID-19³⁹. Agencja ponadto wykonywała czynności weryfikujące jakość produktów nabywanych przez ministrów i inne podmioty, a następnie przekazywa-

³⁵ Plan 100 dni solidarności z dnia 21 listopada 2020 r.

³⁶ Dalej: WIM.

³⁷ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1843, ze zm.) oraz ustawa z dnia 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych*. (Dz. U. z 2022 r., poz. 1710, ze zm., dalej: PZP).

³⁸ Dalej: RARS. Zmiana nazwy i podporządkowania w wyniku wejścia w życie ustawy z dnia 17 grudnia 2020 r. *o rezerwach strategicznych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 294).

³⁹ Wystąpienie pokontrolne do Prezesa RARS z dnia 15 października 2021 r. zawiera informacje stanowiące tajemnicę objętą klauzulą *Zastrzeżone*.

nych do jej magazynów, co przyczyniło się do wykrycia przypadków dostaw urządzeń niekompletnych, bez odpowiednich certyfikatów i innych dokumentów warunkujących ich dopuszczenie do stosowania w polskich szpitalach. [str. 60–61]

Zarządzanie przez wojewodów kryzysem wywołanym epidemią COVID-19

Skontrolowani wojewodowie⁴⁰, co do zasady skutecznie wywiązywali się z nałożonych na nich różnorodnych obowiązków, związanych z kryzysem wywołanym przez epidemię COVID-19. Jednak ze względu na nieaktualność treści poszczególnych WPDnWWE, działania wojewodów służące uzupełnianiu braków kadrowych w poszczególnych szpitalach wyznaczonych do leczenia pacjentów z COVID-19 nie przyniosły oczekiwanych efektów, ponieważ część z osób zobowiązanych do pracy decyzjami wojewodów, z mocy prawa⁴¹ nie mogła już podlegać takiemu obowiązkowi. Wojewodowie wywiązali się z obowiązku⁴² utworzenia miejsc kwarantanny oraz izolatoriów, jednak niektóre obiekty przewidziane do pełnienia tych funkcji w WPDnWWE nie spełniały podstawowych norm higieny, co skutkowało koniecznością wyznaczenia nowych miejsc do realizacji tych celów. Czterech z pięciu skontrolowanych wojewodów w 2020 r. powołało też korerów dla całych województw⁴³. Jako zwierzchnicy służbowi terenowych struktur Państwowej Inspekcji Sanitarnej wojewodowie udzielali jednostkom terenowym PIS wsparcia materialnego i finansowego. [str. 64–66]

Państwowa Inspekcja Sanitarna

Państwowa Inspekcja Sanitarna nie była organizacyjnie przygotowana do skutecznego przeciwdziałania epidemii.

GIS w niepełnym zakresie wykorzystywał możliwości koordynowania i nadzorowania działań PSSE i WSSE, wynikające z art. 8a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*⁴⁴. Epidemia ujawniła także skalę braków kadrowych i braków w wyposażeniu terenowych stacji PIS, rzutujących negatywnie na możliwość realizacji przez tę Inspekcję zadań wyznaczonych dla niej na wypadek epidemii. Od 20 listopada 2020 r. PIS nie kieruje już Główny Inspektor Sanitarny wyłoniony na podstawie art. 8 ust. 2 *uoPIS*, lecz osoba pełniąca obowiązki GIS w zastępstwie⁴⁵. [str. 67–68]

Nieprzygotowanie organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej

⁴⁰ W ramach kontroli R/20/001 i P/20/062 – wojewodowie małopolski, śląski, mazowiecki, wielkopolski i podkarpacki.

⁴¹ Art. 47 ust. 3 *uozz* stanowi, że określone kategorie osób nie podlegają skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii, tymczasem osoby takie były kierowane do pracy decyzjami wydanymi przez wojewodów, które następnie były uchylane w trybie instancyjnym.

⁴² Obowiązek wynikający z art. 33 ust. 7 *uozz* dotyczy zapewnienia przez wojewodę warunków izolacji lub kwarantanny.

⁴³ Poza wojewodą mazowieckim.

⁴⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 338, dalej: *uoPIS*.

⁴⁵ Stan na 11 lipca 2023 r.

Nierzetelne monitorowanie zakażeń i testów

Od rozprzestrzenienia się pandemii COVID-19 na teren Polski do 23 listopada 2020 r. informacje o liczbie zakażeń i przeprowadzanych testów nie były rzetelnie weryfikowane przez GIS i MZ, wobec czego społeczeństwu były przekazywane w tej materii błędne dane⁴⁶. Największa różnica pomiędzy danymi rzeczywistymi a danymi o liczbie przypadków podawanych przez GIS wyniosła w listopadzie 2020 r. ponad 22 tys. przypadków. [str. 68]

Nieprzygotowanie struktur terenowych PIS

Zasoby kadrowe i sprzętowe, którymi dysponowało osiem z dziewięciu objętych kontrolą, stacji powiatowych PIS⁴⁷ oraz dwie stacje wojewódzkie⁴⁸ wobec skali i dynamiki epidemii COVID-19 okazały się niewystarczające do prowadzenia efektywnej działalności. W działalności sześciu z dziewięciu powiatowych struktur PIS objętych kontrolą wystąpiły także nieprawidłowości w toku prowadzonych postępowań administracyjnych, dotyczących kierowania na kwarantannę i izolację oraz nakładania kar pieniężnych. [str. 70–71]

Planowanie działania systemu ochrony zdrowia w latach 2020–2022 w czasie epidemii

Brak planu dla ochrony zdrowia w okresie marzec–wrzesień 2020 r.

Zarówno czas trwania tzw. pierwszej fali COVID-19 (marzec–kwiecień 2020 r.), jak i czas spadku liczby zakażeń (maj–sierpień 2020 r.), nie został przez Ministra Zdrowia i inne organy wykorzystany do rzetelnego zaplanowania i przygotowania działań na okres prognozowanego na jesień wzrostu liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Nie przeprowadzono szkoleń ani ćwiczeń w szpitalach i nie przygotowano planu rozbudowy bazy łóżek dla pacjentów z COVID-19, wymagających hospitalizacji. [str. 72]

Nierzetelnie opracowana Strategia walki z pandemią COVID-19 jesień 2020 r. z 3 września 2020 r. i następne Strategie

Od września do listopada 2020 r. Minister Zdrowia opublikował kolejno trzy tzw. *Strategie walki z epidemią COVID-19. Jesień 2020 r.* Dokumenty te miały niewielką przydatność dla planowania przeciwdziałania epidemii. Pierwszy z nich został przygotowany nierzetelnie (nie uwzględniał sytuacji i zasobów polskich szpitali) i szybko się zdezaktualizował, a następne (*Strategia 2.0* i *Strategia 3.0*) stanowiły odzwierciedlenie już wcześniej podjętych działań. Ostatnim dokumentem zawierającym elementy planowania długoterminowego dla sektora ochrony zdrowia była *Strategia zwalczania epidemii COVID-19 Zima–wiosna 2022 r.* opublikowana 6 stycznia 2022 r., której istotne założenia dotyczące powrotu do tworzenia szpitali jednoimiennych, leczenia części pacjentów z COVID-19 w sanatoriach i osiągnięcia wyszczepienia społeczeństwa na poziomie 75–80% także nie zostały zrealizowane. [str. 72–75]

⁴⁶ Szczegółowa analiza zagadnień związanych z tą problematyką zawarta została w kontroli D/22/058 - Wykorzystanie zasobów informacyjnych przez Głównego Inspektora Sanitarnego do oceny ryzyka sanitarnego w związku z epidemią COVID-19 oraz I/23/001 - Zapewnienie i wykorzystanie przez Ministra Zdrowia zasobów informacyjnych do oceny epidemii COVID-19,

⁴⁷ Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęte były kontrolami R/20/001 i P/20/062. Ustalenie powyższe dotyczy PSSE Racibórz, PSSE Kalisz, PSSE Poznań, PSSE Jarosławiec, PSSE Łańcut, PSSE Radom, PSSE Warszawa, PSSE Kraków.

⁴⁸ Wojewódzki Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Rzeszów i WSSE Kraków.

Zmiany w organizacji opieki szpitalnej w latach 2020–2022

Zmiany organizacyjne w sposobie udzielania świadczeń w zakresie opieki szpitalnej, niezbędne dla zapewnienia opieki osobom z COVID-19 wymagającym hospitalizacji, były wprowadzane nie na podstawie planu, lecz doraźnie – w odpowiedzi na zmiany liczby zachorowań i hospitalizacji.

Bezpośrednio przed rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 na teren Polski (luty 2020 r.) w każdym województwie zostały wyznaczone szpitale (w województwach objętych kontrolą łącznie 122 placówki⁴⁹), które miały pozostawać w stanie *podwyższonej gotowości*⁵⁰. Jednak większość tych jednostek nie była przygotowana do leczenia pacjentów z COVID-19 ze względu na deficyty w zaopatrzeniu w podstawowe środki ochrony osobistej i aparatury medycznej. [str. 75]

Nieprzygotowane szpitale postawione w stan podwyższonej gotowości

Począwszy od 15 marca 2020 r. część wielospecjalistycznych szpitali postawionych w stan podwyższonej gotowości przekształcono w tzw. *szpitale jednoimienne* (22 szpitale w kraju, dysponujące łącznie 3789 łózkami), do których kierowano wyłącznie chorych zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Potencjał tych jednostek okazał się wystarczający dla zapewnienia opieki pacjentom z COVID-19 wymagającym hospitalizacji w czasie pierwszej fali epidemii⁵¹ (marzec–kwiecień 2020 r.). Powyższe mogło być związane z tym, że pierwsza fala zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce nie przybrała tak masowego charakteru jak w niektórych państwach Europy Zachodniej. [str. 75]

Potencjał szpitali jednoimiennej wystarczający w I fali COVID-19

W okresie od września 2020 r. do końca stanu epidemii dokonywano zmian w organizacji udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, dzieląc istniejące szpitale stacjonarne na określone doraźnie kategorie (tzw. poziomy zabezpieczenia) lub nadając im niezdefiniowane w przepisach powszechnie obowiązujących funkcje (np. *szpital koordynacyjny*). Wprowadzono także nową formę organizacji leczenia szpitalnego – szpital tymczasowy. Zmiany te były wprowadzane w nieuporządkowany sposób i nie opierały się na merytorycznych podstawach i rzetelnych analizach danych o sytuacji epidemiologicznej. [str. 79–80]

Doraźne zmiany w organizacji leczenia szpitalnego

W czasie tzw. drugiej (październik–grudzień 2020 r.) i trzeciej fali COVID-19 (luty–kwiecień 2021 r.) zwiększanie liczby łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19 w ramach funkcjonujących szpitali stacjonarnych odbywało się na podstawie poleceń wydawanych podmiotom leczniczym przez wojewodów, poprzez przekształcanie całych oddziałów lub ich części w poszczególnych szpitalach w oddziały tzw. covidowe⁵². Prowadziło

Zarządzanie bazą szpitalną wydzieloną dla COVID-19 bez planu

⁴⁹ W objętych kontrolami P/20/062 i R/20/001 województwach – mazowieckim, śląskim, podkarpackim, wielkopolskim oraz małopolskim w stan podwyższonej gotowości 28 lutego 2020 r. postawiono 122 szpitale – odpowiednio: 59, 37, 7, 9 i 10.

⁵⁰ Zgodnie z art. 30 ust. 2-3 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz.1541, ze zm., dalej: ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym).

⁵¹ Maksymalna liczba hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 w okresie pomiędzy marcem a wrześniem 2020 r. wynosiła w dniu 22 kwietnia 2020 r. ok. 3500 (dane za www.ourworldindata.com).

⁵² Kontrola NIK *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19* przeprowadzona w 23 szpitalach, w których utworzono w ten sposób łóżka lub oddziały tzw. covidowe wykazała m.in., że były one nieprzygotowane do działania w warunkach epidemii COVID-19, a zmiany w ich organizacji nie zapewniły prawidłowego funkcjonowania. W szczególności zmiany

to do nieracjonalnego tworzenia rezerwy łóżek covidowych nadmiernej w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej. Wyłączone z udzielania świadczeń, lecz niewykorzystane w dużej części łóżka szpitalne, stawały się tym samym niedostępne dla pacjentów z innymi schorzeniami, generując jednocześnie nieefektywne wydatki na pokrycie kosztów *pozostawania w gotowości* zarówno szpitali stacjonarnych, jak i tymczasowych. [str. 122]

Szpitalne tymczasowe

Przygotowanie

Nieprawidłowe przygotowanie tworzenia szpitali tymczasowych

Tworzenie szpitali tymczasowych nie zostało prawidłowo przygotowane przez organy państwa uczestniczące w tym procesie. Odpowiedzialność za powyższe spoczywała głównie na Ministrze Zdrowia – właściwym w sprawach z zakresu administracji rządowej, określonych na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy *o działach administracji*, który jest jednocześnie *podmiotem wiodącym* w zarządzaniu kryzysem wywołanym przez epidemię o ogólnokrajowym zasięgu.

[str. 81]

Brak ST w planach sporządzonych przed epidemią COVID-19

Tworzenie ST nie było przewidziane w sporządzonych przed 2020 r. planach zarządzania kryzysowego i WPDnWWE, w związku z czym przed epidemią COVID-19 nie analizowano i nie testowano takiego rozwiązania. Pojęcie *szpital tymczasowy* nie zostało także zdefiniowane w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

[str. 81]

Zaniechanie przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych

W pierwszym półroczu epidemii nie opracowano planu budowy ST, ponieważ Minister Zdrowia, Minister Obrony Narodowej i Minister Aktywów Państwowych nie wykonali decyzji podjętej w tej sprawie 4 kwietnia 2020 r. przez Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego.

[str. 81]

Brak analiz przed przystąpieniem do tworzenia ST

Przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych Minister Zdrowia nie przeprowadził analizy zasadności i możliwości udzielania w takiej formie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego pacjentom z COVID-19 i nie zatwierdził procedur tworzenia tych jednostek, ani zasad doboru lokalizacji, w których można tworzyć ST.

Minister Zdrowia nie rozpoznał też zasobów kadry medycznej i możliwości zabezpieczenia personelu dla nowych placówek oraz nie zainicjował, przed wydaniem 13 decyzji o przystąpieniu do tworzenia szpitali tymczasowych wielkopowierzchniowych, zmian w obowiązujących przepisach, niezbędnych dla zapewnienia zgodnego z prawem funkcjonowania szpitali tymczasowych w obiektach, które nie spełniały wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Skutkowało to ryzykiem podejmowania działań, które w świetle przyszłych regulacji prawnych mogły okazać się niezasadne i narażać na ryzyko niegospodarnego wydatkowania środków publicznych.

te nie pozwoliły na zabezpieczenie odpowiedniego dostępu pacjentów innych niż zakażeni SARS-CoV-2 do świadczeń zdrowotnych oraz na pełną eliminację ryzyka rozprzestrzeniania się tego patogenu wśród pacjentów i personelu medycznego.

NIK oceniła, że takie postępowanie MZ na etapie poprzedzającym tworzenie ST stanowiło nierzetelną realizację kompetencji ministra właściwego ds. zdrowia i podmiotu wiodącego w ramach zarządzania kryzysowego w czasie epidemii. Wydanie przez PRM decyzji w sprawie tworzenia licznych ST bez określenia celu i wskazania adekwatnych mierników, służących do monitorowania osiągnięcia tych celów oraz bez analizy kosztów i efektywności organizacyjnej i ekonomicznej takiego rozwiązania także oceniono jako postępowanie nierzetelne. [str. 84]

Do tworzenia wszystkich szpitali tymczasowych przystąpiono bez kalkulacji kosztów adaptacji obiektów i określenia limitów wydatków ponoszonych na ten cel (zarówno ogółem, jak i w odniesieniu do poszczególnych szpitali), oraz bez uprzedniego oszacowania kosztów udzielania w nich świadczeń leczniczych i z pominięciem doświadczeń polskich specjalistów z WIM. Takie działanie odpowiedzialnego za tę sferę Ministra Zdrowia NIK oceniła jako nierzetelne wykonanie obowiązków podmiotu upoważnionego do dysponowania środkami z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej. [str. 84]

Pomimo braku analiz dostępności kadr medycznych i kalkulacji kosztów oraz z pominięciem opinii ekspertów krajowych, dysponujących doświadczeniami i materiałem porównawczym na temat organizacji szpitali do zwalczania epidemii COVID-19, jako optymalne w tym zakresie rozwiązanie Minister Zdrowia wskazywał adaptację obiektów wielkopowierzchniowych. [str. 85]

Tworzenie, organizacja i likwidacja Szpitali tymczasowych

Działania organów państwa związane z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją ST nie były prawidłowe.

Decyzje administracyjne w sprawie utworzenia i organizacji ST objętych niniejszą kontrolą były wydawane na podstawie art. 11h *specustawy* przez wszystkie skontrolowane organy administracji z naruszeniem przepisów k.p.a. (w różnym stopniu w odniesieniu do poszczególnych organów). Ogółem co najmniej 41 decyzji zostało wydanych w ten sposób przez: Prezesa Rady Ministrów (12), Ministra Zdrowia (26) i wszystkich trzech skontrolowanych wojewodów (3). [str. 89–90]

W konsekwencji nieprzeprowadzenia rzetelnego postępowania administracyjnego, decyzje o tworzeniu wielu szpitali wydawane były bez związku z bieżącą i prognozowaną sytuacją epidemiologiczną w poszczególnych województwach i w całym kraju. W sześciu przypadkach do utworzenia ST nie doszło ze względu na brak zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów z COVID-19 w danej lokalizacji. Jeden ST został utworzony, lecz z powodu braku takiej potrzeby nie uruchomiono go⁵³. Ponadto z utworzenia jednego⁵⁴ ST zrezygnowano po przeprowadzeniu prac projektowych, gdy oka-

Naruszanie k.p.a. w toku wydawania decyzji dotyczących tworzenia ST

Wydawanie decyzji niepowiązanych z sytuacją epidemiologiczną i częste zmiany liczby i lokalizacji ST

⁵³ Nie utworzono dwóch ST objętych poleceniem PRM dla PKO BP SA, jednego ST objętego poleceniem PRM dla Węgłokoks SA, jednego ST objętego poleceniem PRM dla BGK SA, jednego objętego poleceniem PRM dla Grupy Azoty SA i jednego objętego poleceniem dla Tauron Polska Energia S.A. Utworzono lecz nie uruchomiono objęty decyzją MZ ST w hali Netto Arena w Szczecinie.

⁵⁴ Szpital tymczasowy w Tauron Arena w Krakowie, do którego utworzenia w lokalizacji wskazanej przez wojewodę małopolskiego Tauron Polska Energia S.A. przystąpiła na polecenie PRM.

zało się, że obiekt w którym miał powstać ST jest nadal objęty gwarancją. Także w tym przypadku nie było zapotrzebowania na łóżka covidowe, uzasadniającego utworzenie tego szpitala. W efekcie, w okresie objętym kontrolą, na podstawie decyzji wydanych przez PRM, Ministra Zdrowia, MAP, MON i wojewodę warmińsko-mazurskiego, miało być w całej Polsce utworzonych 40 szpitali tymczasowych, z których ostatecznie utworzono 33 i uruchomiono 32. [str. 86–92]

Łącznie, na tworzenie ST, które nie zostały uruchomione, wydatkowano niegospodarnie kwotę **31 467,8 tys. zł**, z czego **29 162,2 tys. zł** wydatkowano niecelowo na utworzenie i utrzymanie szpitala, w którym nie przyjęto żadnego pacjenta. Ponadto kwotę **2305,6 tys. zł** zwrócono spółkom⁵⁵ w związku z tym, że podjęły, zgodnie z poleceniem PRM, niezwłoczne działania w celu utworzenia ST, a decyzje nie zostały uchylone na tyle wcześnie, by zapobiec poniesieniu przez nie określonych nakładów. Wydatek ten NIK oceniła jako niegospodarny z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19⁵⁶. [str. 90–92]

Nierzetelne zawieranie umów w sprawie tworzenia ST przez organy wskazane w decyzjach

Umowy dotyczące tworzenia ST zawierane były przez organy wskazane w decyzjach administracyjnych PRM nierzetelnie, co dotyczyło zarówno trybu ich podpisywania jak i ich treści i przyczyniło się do ponoszenia nadmiernych nakładów związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem szpitali tymczasowych.

Zawarcie wszystkich 12 umów pomiędzy Ministrami (MAP – 10, Ministra Szefa KPRM – dwie) a spółkami z udziałem Skarbu Państwa, którym polecono utworzenie ST, nastąpiło po upływie długiego okresu od wydania decyzji (od 48 do 525 dni), a w 10 przypadkach już po przyjęciu pacjentów do danego szpitala, co ograniczało możliwości wykorzystania postanowień umownych do zabezpieczenia interesów Skarbu Państwa w czasie prowadzenia prac adaptacyjnych. [str. 92]

Nierzetelne aneksy do umów wprowadzane z mocą wsteczną

Analogicznie do zawieranych umów, także zmiany ich treści w dwóch przypadkach wprowadzane były nierzetelnie *post factum*, co w jednym przypadku doprowadziło do zmiany postanowień umownych na niekorzyść Skarbu Państwa reprezentowanego przez MAP, skutkującej zawyżeniem kwoty zwróconej jednej ze spółek o blisko 350 tys. zł. [str. 94]

Brak postanowień o karach umownych w zawieranych umowach

W umowach zawartych przez MAP, jednej umowie zawartej przez Ministra Szefa KPRM⁵⁷ i w umowie zawartej przez wojewodę śląskiego brak było postanowień o karach umownych, choć tworzenie ST zlecano prawie we wszystkich przypadkach podmiotom, które nie posiadały na tym polu doświadczeń, co wiązało się ze znacznym ryzykiem opóźnień i nieprawidłowej realizacji powierzonych zadań. [str. 95]

⁵⁵ Dotyczy ST w Tarnowie (niedokończony, zmieniony na punkt szczepień – 2099,9 tys. zł) i ST w hali Tauron Arena w Krakowie (niedokończony, zaniechany – 206,6 tys. zł).

⁵⁶ Ponadto zwrot kwoty 658,6 tys. zł według stanu na koniec października 2022 r. stanowił przedmiot negocjacji prowadzonych przez MAP. Kwota dotyczy nakładów poniesionych wg spółki z udziałem SP w tej wysokości na utworzenie przez nią ST w Lubinie. Spółka działała wyłącznie na podstawie decyzji PRM, przed której uchyceniem MAP nie zawarł umowy dotyczącej realizacji decyzji PRM.

⁵⁷ Dot. umowy z BGK.

W przypadku dwóch z trzech adaptacji, ocenionych w toku kontroli⁵⁸ przez biegłych, zastosowane stawki za roboczogodzinę robót były wysokie, lecz mieściły się w przedziale stawek określonych w biuletynach branżowych. Natomiast zastosowanie do rozliczania kosztów adaptacji ST we Wrocławiu stawki za roboczogodzinę, uzgodnionej z wykonawcą przez wojewodę dolnośląskiego spowodowało, że koszt adaptacji był o **ok. 11,0 mln zł** wyższy, niż miałyby to miejsce przy zastosowaniu najwyższych stawek wynikających z biuletynów branżowych. [str. 96–97]

W dwóch z 16 umów w sprawie szpitali tymczasowych strony zawarły postanowienia niezgodne z wydanymi decyzjami o utworzeniu tych jednostek. W efekcie wykraczając poza zakres decyzji we Wrocławiu wydano **11 402,1 tys. zł** na budowę nowych obiektów szpitalnych w sytuacji, gdy decyzja przewidywała jedynie adaptację istniejących obiektów. Natomiast w Tarnowie przez ponad 5 miesięcy (do zmiany decyzji przez PRM w kwietniu 2021 r.) wyznaczona spółka ponosiła koszty najmu obiektu, w którym nie powstał szpital tymczasowy (łącznie kwota wydatkowanych niecelowo i niegospodarnie środków zrefundowanych spółce z tego tytułu przez MAP wyniosła **2099,9 tys. zł**). [str. 98]

Skutkiem zawarcia przez MAP i Ministra Szefa KPRM umów z 10 podmiotami wskazanymi w decyzjach Prezesa Rady Ministrów dopiero po uruchomieniu ST⁵⁹, a z dwoma dalszymi – na końcowym etapie adaptacji obiektów⁶⁰, nie było podstaw umownych do sprawowania przez ww. Ministrów bieżącego nadzoru nad działaniami spółek podczas realizacji decyzji PRM. [str. 99]

Dwóch z trzech skontrolowanych wojewodów⁶¹ nie sprawowało skutecznego nadzoru nad kosztami ponoszonymi na tworzenie i funkcjonowanie ST, podlegającymi zwrotowi ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, choć podpisanie umów z podmiotami tworzącymi te szpitale bezpośrednio po wydaniu decyzji przez MZ dawało im taką możliwość. W rezultacie poniesiono w sposób niegospodarny wydatki na nieuzasadniony zakres prac w kwocie **6,9 mln zł**. [str. 100]

W szczególności przeanalizowanych przez NIK trzech procesach budowlanych, polegających na przeprowadzeniu adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych do funkcji ST, wystąpiły nieprawidłowości dotyczące przestrzegania prawa budowlanego i innych ustaw. Uzyskane efekty rzeczowe nie odpowiadały ponadto w dwóch przypadkach wymogom bezpieczeństwa pożarowego, normom budowlanym i zapisom wynikającym z dokumentacji projektowej. [str. 101–105]

Zawarcie umów o treści niezgodnej z decyzją o utworzeniu ST

Nierzetelny nadzór nad tworzeniem ST we Wrocławiu i Katowicach skutkujący niegospodarnymi wydatkami

Rozpoczęcie i prowadzenie adaptacji z naruszeniem przepisów

⁵⁸ Zakres objęty kontrolą D/21/505 – adaptacje zrealizowane w Katowicach, Wrocławiu i Warszawie – na Stadionie Narodowym.

⁵⁹ Szpitale tymczasowe w Legnicy, Wałbrzychu, Ostrołęce, Płocku, Pyrzowicach, Gdańsku, Krynicy-Zdroju i Radomiu tworzone z udziałem MAP i ST na Stadionie Narodowym i w Siedlcach tworzone z udziałem Ministra Szefa KPRM.

⁶⁰ Umowy zawarte w trakcie tworzenia ST w Radziejowie i Tarnowie (niedokończony ST w Arenie „Jaskółka”).

⁶¹ Wojewoda śląski i wojewoda dolnośląski.

Do grudnia 2022 r.⁶² Ministrowie reprezentujący Skarb Państwa w umowach ze spółkami, w siedmiu przypadkach z 13 nie rozliczyli ich wykonania (sześć umów MAP i jedna umowa Ministra Szefa KPRM), czemu w przypadku MAP sprzyjało nierzetelne sformułowanie postanowień umownych, w których nie zobowiązano spółek do szybkiego zakończenia i rozliczenia zadań. Minister Szef KPRM do tego czasu nie rozliczył także umowy ze spółką odpowiedzialną za utworzenie ST na Stadionie Narodowym w Warszawie. Realizacja umów zawartych z podmiotami wskazanymi w decyzjach MZ dotyczących utworzenia ST natomiast przebiegała bez zakłóceń i do października 2022 r. została w 17 na 20 przypadków rozliczona przez właściwych wojewodów. [str. 105]

Do grudnia 2022 r. nie zakończono procesu rozdysponowania składników majątkowych, zakupionych przez spółki w związku z tworzeniem, organizacją i funkcjonowaniem ST, a następnie nabytych na podstawie 12 umów przez Skarb Państwa, reprezentowany przez MAP i Ministra Szefa KPRM, ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Ze względu na wydłużony czas rozliczenia umów i działalności szpitali ocena tego zakresu została objęta inną kontrolą NIK. [str. 107]

Szpitala tymczasowe jako narzędzie zwalczania COVID-19

Szpitala tymczasowe
– nieefektywnym
narzędziem zwalczania
COVID-19

Szpitala tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych nie były efektywnym narzędziem zwalczania COVID-19 w aspekcie nakładów poniesionych na ich utworzenie, funkcjonowanie i likwidację.

Nakłady na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację wszystkich 33 ST (w tym 32 uruchomionych) wyniosły 941,6 mln zł, z czego kwotę 612,6 mln zł pochłonęło utworzenie i utrzymanie 14 ST w obiektach wielkopowierzchniowych, kwota 174,9 mln zł dotyczyła 15 ST utworzonych w już istniejących obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń, a kwota 154,1 mln zł dotyczyła ST w czterech obiektach modułowych. We wszystkich szpitalach tymczasowych utworzono maksymalnie (według decyzji Ministra Zdrowia lub właściwych wojewodów) 6955⁶³ łóżek dla pacjentów z COVID-19 i leczono w nich łącznie 38 796⁶⁴ pacjentów. W przeliczeniu na jedno łóżko utworzone w ST nakłady te wyniosły **135,4 tys. zł**, a w przeliczeniu na jednego leczonego w tych szpitalach pacjenta – **24,3 tys. zł**.

Nieefektywne
nakłady na tworzenie
ST w obiektach
wielkopowierzchniowych

Nakłady na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST w obiektach wielkopowierzchniowych poniesione w kwocie 612,6 mln zł na 14 szpitali⁶⁵ tymczasowych wielkopowierzchniowych były niecelowe, nieefektywne

⁶² Kontrola D/21/505 zakończona 6 grudnia 2022 r.

⁶³ W wystąpieniu pokontrolnym do Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 r. wykazano liczbę 7439 łóżek w szpitalach tymczasowych, wynikającą z danych przekazanych w toku kontroli przez poszczególnych wojewodów.

⁶⁴ W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia 6 grudnia 2022 r. wykazano liczbę 41965 pacjentów leczonych w ST. Liczba podana w nin. Informacji o wynikach kontroli nie uwzględnia 3169 pacjentów leczonych w Szpitalu w Radziejowie, ponieważ świadczenia lecznicze w tym podmiocie nie były rozliczane wg stawek ustalonych dla szpitali tymczasowych.

⁶⁵ ST utworzone w oparciu o decyzje MZ – w Katowicach, Opolu, Kielcach, Krakowie – Hala Expo, Lublinie, Białymstoku (sala sportowa UMed), Wrocławiu, Poznaniu, Łodzi i Szczecinie (nieuruchomiony ST w Netto Arena); utworzone na podstawie decyzji PRM ze wskazaniem

i nie przyniosły trwałych rezultatów w postaci wzmocnienia infrastruktury szpitalnej kraju. W przeliczeniu na jedno utworzone łóżko nakłady te wyniosły 148,7 tys. zł i były dwukrotnie wyższe niż w szpitalach tymczasowych, utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń. Natomiast w przeliczeniu na jednego leczzonego pacjenta nakłady te wyniosły 35,9 tys. zł i były czterokrotnie wyższe niż w przypadku ST utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń.

[str. 108–109]

Tak wysokie nakłady na utworzenie szpitali wielkopowierzchniowych spowodowane były m.in. przez konieczność ponoszenia w związku z ich działalnością także kosztów opłat czynszowych i kosztów ochrony, których nie ponoszono w przypadku utworzenia szpitala w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych. W przypadku samego tylko ST na Stadionie Narodowym w Warszawie z tytułu czynszów wydatkowano 36,4 mln zł, a ponadto poniesiono koszty opłaty eksploatacyjnej – 8,5 mln zł, koszty ochrony – 4,3 mln zł i koszty z tytułu opłaty technicznej – 1,9 mln zł).

[str. 109–110]

Do wysokich – w porównaniu z innymi rozwiązaniami – kosztów funkcjonowania ST w obiektach wielkopowierzchniowych, przyczyniło się także utrzymywanie tych jednostek w wynajętych obiektach w czasie, gdy nie były w nich udzielane świadczenia ze względu na zawieszenie działalności (tzw. *szpitale pasywne*⁶⁶ – od czerwca do listopada 2021 r.). W przypadku ST na Stadionie Narodowym w Warszawie koszty czynszu i innych opłat za okres gdy szpital nie działał osiągnęły wysokość ponad **11,0 mln zł** ST we Wrocławiu – **6,9 mln zł**, ST w Poznaniu – **6,9 mln zł** i ST w Łodzi – **3,7 mln zł**.

[str. 110]

Niewielka w stosunku do poniesionych nakładów liczba osób leczonych w ST wielkopowierzchniowych powodowała także ponoszenie wysokich kosztów ich utrzymania przypadających na jednego pacjenta i łóżko szpitalne, przy jednoczesnym niskim wykorzystaniu potencjału danego szpitala. Negatywnym przykładem jest utworzenie i utrzymywanie ST w hali Netto Arena w Szczecinie kosztem **29,2 mln zł** w sytuacji, gdy nie było w regionie zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów z COVID-19⁶⁷, w związku z czym gotowy szpital nie został uruchomiony i nie przyjął ani jednego pacjenta.

[str. 111]

Nieefektywne ponoszenie dodatkowych kosztów czynszu i opłat

Nieefektywne ponoszenie kosztów na utrzymanie w stanie pasywnym

Tworzenie szpitali przy braku zapotrzebowania

lokalizacji – Warszawa-Stadion Narodowy oraz w lokalizacji wskazanej przez MZ w odrębnej decyzji Gdańsk i Pyrzowice. Ponadto ST w Warszawie (Żwirki i Wigury) z lokalizacją ustaloną przez MON.

⁶⁶ Podobnie jak *szpital koordynujący*, *łóżka buforowe*, także *szpital pasywny*, to pojęcie nie posiadające definicji legalnej w polskich przepisach. Jak wynika z korespondencji pomiędzy MON i MZ określenie to miało odpowiadać szpitalowi w pełni przygotowanemu do podjęcia działalności, lecz pozbawionego personelu medycznego (co określono mianem braku zaangażowania kadrowego).

⁶⁷ W woj. zachodniopomorskim przez cały czas epidemii odnotowywano jedne z najwyższych w kraju stany rezerwy łóżek dla pacjentów z COVID-19, wyodrębnionych z ogółu łóżek szpitalnych. W Szczecinie działał jeden szpital tymczasowy, który także nie był w pełni wykorzystany.

Nietrwałość nakładów w obiektach wielkopowierzchniowych

Wszystkie ST w obiektach wielkopowierzchniowych zostały zlikwidowane⁶⁸ po zakończeniu działalności, zatem nakłady na ich utworzenie i funkcjonowanie w kwocie **612,6 mln zł** nie przyniosły trwałych efektów i poprawy infrastruktury polskich szpitali. Zdemontowane konstrukcje i instalacje stanowią co do zasady odpad podemontażowy i nie mogą być wykorzystane do nowych celów jako pełnowartościowy materiał budowlany. [str. 113]

Brak koordynacji ze strony Ministra Zdrowia

Główną odpowiedzialność za utworzenie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych ponosił Minister Zdrowia, który bezpośrednio decydował o utworzeniu i utrzymaniu dziesięciu takich jednostek, na które poniesiono nakłady w kwocie 417,7 mln zł (68,2% nakładów poniesionych na szpitale wielkopowierzchniowe), a ponadto uczestniczył w różnej formie w tworzeniu i prowadzeniu działalności przez pozostałe cztery takie jednostki. [str. 113]

Efektywność nakładów na tworzenie ST w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń

Nakłady na utworzenie ST w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych (174,9 mln zł) zostały co do zasady poniesione w sposób celowy, efektywny i przynoszący trwałe rezultaty. Dowodzą tego wskaźniki poniesionych kosztów w przeliczeniu na jedno utworzone łóżko i na jednego leczzonego pacjenta (76,7 tys. zł na łóżko i 9,5 tys. zł na pacjenta) i możliwość dalszego wykorzystywania zaadaptowanych obiektów do prowadzenia działalności leczniczej po zakończeniu epidemii. [str. 116]

Efektywność nakładów na tworzenie ST w obiektach modułowych

Nakłady w kwocie 154,1 mln zł poniesiono na tworzenie czterech ST w technologii modułowej w sposób celowy i przynoszący trwałe efekty. Dwa z tych szpitali są nadal wykorzystywane do udzielania świadczeń, zaś dwa mogą być przekazane innemu użytkownikowi i zmontowane w dowolnym miejscu jako np. szpitale wojskowe. [str. 117]

Finansowanie szpitali tymczasowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

Nieprawidłowe przygotowanie finansowania szpitali tymczasowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

Utworzenie i funkcjonowanie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

Finansowanie tworzenia, organizacji i likwidacji ST oraz udzielania w tych jednostkach świadczeń opieki zdrowotnej z utworzonego w dniu 31 marca 2020 r. Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie zostało prawidłowo przygotowane. Fundusz utworzony na podstawie art. 65 ustawy zmieniającej został powołany 31 marca 2020 r. jako państwowy fundusz celowy. Przepisem art. 75 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. *o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2*, zmieniono brzmienie art. 65 ustawy zmieniającej, w konsekwencji czego Fundusz przestał być państwowym funduszem celowym i stał się jednym z funduszy obsługiwanych przez Bank Gospodarstwa Krajowego. Działania Funduszu nie były objęte regulacjami obowiązującymi w sektorze finansów publicznych, wobec czego wydatkowanie środków

⁶⁸ Dane pozyskane w ramach kontroli D/21/505 przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia na podstawie informacji przekazanych przez wojewodów oraz w Ministerstwie Aktywności Państwowych na podstawie informacji przekazanych przez MAP.

publicznych odbywało się z wykorzystaniem tworzonych *ad hoc* procedur, które nie zapewniły pełnej celowości i efektywności wydatkowania środków pochodzących z tego źródła⁶⁹. [str. 119]

Prezes Rady Ministrów, jak i Minister Zdrowia i Minister Aktywów Państwowych, nie ustanowili skutecznych mechanizmów zapewniających gospodarne wydatkowanie środków publicznych, pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a przeznaczonych na tworzenie, funkcjonowanie, likwidację i udzielanie świadczeń leczniczych w szpitalach tymczasowych. [str. 119]

Prezes Rady Ministrów, realizując nierzetelnie zadania organu upoważnionego na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do dysponowania środkami Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie ustalił ani nie zlecił poszczególnym ministrom upoważnionym do wydawania dyspozycji wypłaty ze środków tego Funduszu, opracowania jednolitych procedur postępowania dla podmiotów zaangażowanych w utworzenie, organizację i likwidację szpitali tymczasowych, zapewniających realizację tego zadania w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. [str. 120]

Minister Zdrowia ze swej strony także nie ustanowił skutecznych i adekwatnych mechanizmów zarządzania wydatkami ponoszonymi z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

W zakresie dotyczącym tworzenia, funkcjonowania i likwidacji ST nie wprowadzono spójnych i jednolitych procedur a istniały tylko niezatwierdzone przez Ministra wytyczne przekazywane przez pracowników Ministerstwa w wiadomościach poczty elektronicznej i fragmentaryczne regulacje zawarte w pismach adresowanych do wojewodów.

Natomiast w zakresie obejmującym finansowanie świadczeń udzielanych przez szpitale, ustanowione przez Ministra Zdrowia procedury nie zapewniły terminowego przekazywania środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 do NFZ, czego wynikiem było m.in. otrzymanie przez NFZ z opóźnieniem łącznej kwoty **1 879 818,0 tys. zł**, pomimo tego, iż środki te były już zabezpieczone w puli pozostającej do dyspozycji MZ. Wynikiem opóźnienia były trudności w regulowaniu zobowiązań przez NFZ. [str. 121]

MAP nie zapewnił skutecznego zarządzania procesem gospodarowania środkami Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przeznaczonymi na tworzenie i funkcjonowanie ST i w jednym przypadku złożył do Prezesa RM wnioski o przekazanie ze środków tegoż Funduszu kwoty przewyższającej o **1012,5 tys. zł** kwotę wynikającą z dowodów księgowych przedstawionych przez spółkę PKO BP SA. [str. 122]

Nieskuteczny system kontroli zarządczej

Nierzetelna realizacja obowiązków dysponenta Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez PMR

Nierzetelna realizacja obowiązków dysponenta przez MZ

Nierzetelna realizacja obowiązków dysponenta przez MAP

⁶⁹ Działalność Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 badano w ramach niniejszej kontroli w kontekście finansowania z jego środków wydatków związanych z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST oraz finansowaniem świadczeń leczniczych pacjentom z COVID-19 udzielanych przez te szpitale, dlatego ustalenia nin. kontroli nie wpływają na wyniki innych kontroli NIK.

Niefektywność udzielania świadczeń w ST w obiektach wielkopowierzchniowych

Niewielki udział ST w zabezpieczeniu łóżek w czasie II fali COVID-19

W ciągu całej epidemii w Polsce nie zabrakło łóżek covidowych, co było głównie wynikiem wydzielenia z zasobu łóżek w szpitalach stacjonarnych miejsc hospitalizacji dla pacjentów z COVID-19, a następnie także utworzenia szpitali tymczasowych.

Szpitala tymczasowe nie odegrały istotnej roli w zabezpieczeniu łóżek dla pacjentów z COVID-19 w okresie tzw. drugiej fali COVID-19 (październik - grudzień 2020 r.). W czasie kulminacji zakażeń wirusem SARS-COV-2 przypadającym na 17 listopada 2020 r., we wszystkich szpitalach przebywało ponad 23 tys. chorych z COVID-19, natomiast ST dysponowały zaledwie 2% łóżek dla pacjentów z COVID-19 utworzonych w całym kraju.

[str. 122–124]

Wystarczające rezerwy bez ST wielkopowierzchniowych

W następnych okresach nasilenia epidemii (tzw. falach – trzeciej przypadającej na okres pomiędzy lutym i kwietniem 2021 r., czwartej – obejmującej okres od listopada do grudnia 2021 r. i piątej – przypadającej na okres od stycznia do lutego 2022 r.) liczba łóżek covidowych, wydzielonych w szpitalach stacjonarnych i utworzonych w szpitalach tymczasowych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń i obiektach modułowych (z pominięciem ST wielkopowierzchniowych) była wystarczająca dla zapewnienia miejsca dla wszystkich pacjentów z COVID-19, wymagających hospitalizacji, z bezpieczną rezerwą, odpowiadającą od 13,8%⁷⁰ do 95,2%⁷¹ liczby pacjentów hospitalizowanych danego dnia. Zatem z punktu widzenia potrzeb wynikających z przebiegu epidemii COVID-19 w Polsce utworzenie i utrzymywanie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych było niecelowe.

[str. 125]

Brak korelacji liczby łóżek covidowych z potrzebami wynikającymi z epidemii

Przez cały czas funkcjonowania ST w szpitalach stacjonarnych i tymczasowych istniała rezerwa łóżek dla pacjentów z COVID-19, która częstokroć była utrzymywana na nieracjonalnie wysokim poziomie. Odpowiedzialność za to ponosił Minister Zdrowia, który dysponował aktualizowanymi na bieżąco danymi o liczbie zakażeń, hospitalizacji i o liczbie wolnych łóżek, a który nie zapewnił bieżącej korelacji liczby łóżek covidowych z potrzebami wynikającymi z sytuacji epidemiologicznej w kraju i nie ustalił mechanizmów zapewniających dostosowywanie poziomu rezerw do zmieniających się potrzeb.

[str. 127]

Utrzymywanie nieracjonalnie wysokiego stanu rezerw wolnych łóżek covidowych we wszystkich szpitalach, w tym w ST w obiektach wielkopowierzchniowych, będące wynikiem zaniechań Ministra Zdrowia, skutkowało poniesieniem z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 kosztów utrzymania niewykorzystanych łóżek szpitalnych wyższych niż koszty leczenia pacjentów z COVID-19.

⁷⁰ Symulacja przeprowadzona przy założeniu, że nie zostały utworzone ST wielkopowierzchniowe. W takiej sytuacji w dniu 6 kwietnia 2021 r. liczba łóżek wolnych wynosiłaby 5571, łóżek zajętych – 34 691.

⁷¹ Przy takim samym założeniu, w dniu 31 lipca 2021 r. liczba łóżek wolnych wyniosłaby bez łóżek w szpitalach wielkopowierzchniowych 5453, a łóżek zajętych było 277.

Ogółem, od 4 marca 2020 r. do 31 marca 2022 r. za utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń zapłacono **6985,4 mln zł**, a za świadczenia udzielone w tym czasie pacjentom z COVID-19 – **4873,3 mln zł**.

Zatem za gotowość zapłacono ogółem o ponad 2112,1 mln zł. więcej niż za leczenie pacjentów.

W ocenie NIK tak znacząca przewaga kosztów utrzymania gotowości nad kosztami faktycznie udzielonych świadczeń dowodzi braku właściwego zarządzania całym systemem opieki szpitalnej przez Ministra Zdrowia w okresie epidemii. [str. 128–129]

Na finansowanie udzielania świadczeń leczniczych przez 31 szpitali tymczasowych⁷² od października 2020 r.⁷³ do dnia 31 marca 2022 r. NFZ przekazał świadczeniodawcom łączną kwotę **1451,6 mln zł**, z czego **866,0 mln zł** zapłacono za udzielone świadczenia, a **585,6 mln zł**⁷⁴ zapłacono z tytułu opłat za *gotowość do udzielania świadczeń*. Z powyższej kwoty na zapłatę za *gotowość do udzielania świadczeń* w ST, utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych, wydatkowano nieefektywnie kwotę **165,7 mln zł**. Skoro bowiem utworzenie szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych było niecelowe (niepotrzebne) w świetle zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów chorych na COVID-19, to także wydatki na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń w tych niepotrzebnie utworzonych jednostkach należy uznać za nieefektywne. [str. 129–130]

Wysokie koszty utrzymania rezerwy łóżek w ST

Wnioski z tworzenia i funkcjonowania ST w czasie epidemii COVID-19 w Polsce nie zostały wyciągnięte.

Ani w czasie trwania stanu epidemii, ani po jego zniesieniu Prezes Rady Ministrów nie przeprowadził, ani też nie zażądał od Ministra Zdrowia lub innego organu przeprowadzenia systemowej oceny rezultatów ponoszenia wydatków finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na tworzenie i funkcjonowanie ST, pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej w przeciwdziałaniu epidemii. Minister Zdrowia także nie podjął takich działań z własnej inicjatywy.

Brak oceny efektywności działań w trakcie i po zakończeniu działalności ST skutkujący dalszymi wydatkami

W ocenie NIK dokonanie takiej oceny na wiosnę 2021 r., poprzez wykazanie nieefektywnego działania ST w obiektach wielkopowierzchniowych, (z których większość finansowana była na podstawie dyspozycji Ministra Zdrowia), mogło zadecydować o wcześniejszej likwidacji tych nieefektywnych jednostek i przyczynić się do celowego i bardziej racjonalnego wydatkowania środków publicznych na przeciwdziałanie COVID-19. Celowa była także ocena efektywności szpitali modułowych, jako uniwersalnego rozwiązania mogącego znaleźć zastosowanie także w czasie klęski żywiołowej lub wojny. [str. 133–134]

⁷² Świadczenia udzielane w szpitalu w Radziejowie nie były rozliczane wg stawek ustalonych dla ST, a ST w Netto Arena w Szczecinie nie udzielał świadczeń leczniczych.

⁷³ Pierwszy ST został uruchomiony w CUMRiK w Krakowie 28 października 2020 r.

⁷⁴ Co stanowiło 40,3% ogółu przekazanych środków dla szpitali tymczasowych na finansowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Ograniczenie dostępności do świadczeń leczniczych w czasie epidemii COVID-19 i nadmierna śmiertelność

Nieskuteczne działania MZ na rzecz utrzymania dostępności do świadczeń niezwiązanych z COVID-19

Działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w czasie epidemii dla utrzymania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej były mało skuteczne, a obywatele nie mogli w pełnym zakresie korzystać z prawa do ochrony zdrowia, wynikającego z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP.

Podmioty udzielające świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, od których zasięgnięto informacji w toku kontroli⁷⁵ nie były przygotowane do funkcjonowania w warunkach epidemii – co skutkowało długotrwałym zamknięciem tych placówek i ograniczeniem dostępu do lekarzy POZ dla pacjentów ze wszystkimi schorzeniami. W ślad za ograniczeniem liczby porad udzielanych przez POZ nastąpił spadek liczby przyjęć w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej⁷⁶ i ograniczenie realizacji świadczeń z zakresu opieki szpitalnej.

Ograniczenie dostępności świadczeń w szpitalach było także efektem wdrożenia przez te jednostki zaleceń Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo⁷⁷. [str. 134–136]

Skutkiem licznych zmian organizacyjnych w opiece szpitalnej było także ograniczenie dostępu do niej osób ze schorzeniami innymi niż COVID-19. Proces ten rozpoczął się już w czasie tworzenia szpitali jednoimiennych w kwietniu 2020 r., które jako jednostki wysokospecjalistyczne po przekształceniu musiały odwołać zaplanowane świadczenia dla pacjentów, którzy nie byli zakażeni wirusem SARS-CoV-2. [str. 138–139]

Wpływ ST na ograniczenie dostępu do pozostałych świadczeń

Utworzenie 33 szpitali tymczasowych, w tym 14 ST w obiektach wielkopowierzchniowych, nie zapobiegło ograniczeniu dostępności do świadczeń leczniczych dla pacjentów ze schorzeniami innymi niż COVID-19, przyczyniło się natomiast do tworzenia nieracjonalnie dużych rezerw łóżek covidowych bez powiązania z sytuacją epidemiologiczną w kraju.

Kreowanie tych rezerw nie pozostało bez wpływu na kondycję całego systemu opieki szpitalnej, gdyż odbywało się kosztem możliwości udzielania świadczeń pacjentom ze schorzeniami innymi niż COVID-19 (ze względu na konieczność zaangażowania do obsługi łóżek covidowych personelu medycznego nawet w przypadku, gdy łóżka te nie były wykorzystywane) i skutkowało wydatkowaniem środków publicznych na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń przez jednostki, które mogłyby zajmować się leczeniem pacjentów ze schorzeniami innymi niż COVID-19. [str. 139]

Konsekwencją wielu okoliczności, w tym ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, jest liczba tzw. nadmiarowych zgonów w Polsce (*excess mortality*). Według danych GUS w 2020 r. odnotowano 477 tysięcy

⁷⁵ Dalej: POZ.

⁷⁶ Dalej: AOS.

⁷⁷ Informacja o wynikach kontroli P/21/055 Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19, str. 28.

zgonów, to jest o 67,1 tys. zgonów więcej niż w 2019 r., natomiast w 2021 roku liczba zgonów przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 5 lat (519,5 tys. do 366 tys.). Do wzrostu liczby zgonów w czasie epidemii przyczynił się także ogólny stan zdrowia Polaków, a zwłaszcza tzw. wielochorobowość (występowanie u pacjentów więcej niż dwóch chorób przewlekłych równocześnie) w populacji 65+⁷⁸. [str. 140–141]

⁷⁸ W Polsce 58% osób powyżej 65. roku życia cierpi na co najmniej dwie choroby przewlekłe, zaś dla porównania w Niderlandach jest to 20%, przy średniej dla państw UE (26) wynoszącej 37% (źródło: Health at a Glance: Europe 2020, str. 133; dane za 2017 r.).

4. WNIOSKI

Wnioski *de lege ferenda*

Ustalenia kontroli wykazały, że w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania państwa w sytuacji wystąpienia zdarzeń kryzysowych o skali ogólnopolskiej (np. epidemii):

1. Prezes Rady Ministrów w uzgodnieniu z ministrem właściwym ds. finansów publicznych

powinien uwzględnić treść Uchwały Kolegium Najwyższej Izby Kontroli z dnia 7 czerwca 2023 r. w sprawie opinii w przedmiocie absolutorium dla Rady Ministrów za 2022 rok, w której w szczególności dokonano negatywnej oceny redystrybuowania środków na finansowanie zadań państwa poza ustawą budżetową i wskazano na konieczność m.in. włączenia do ustawy budżetowej planów finansowych funduszy obsługiwanych przez Bank Gospodarstwa Krajowego.

Uzasadnienie: str. 119–122 Informacji.

2. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji w uzgodnieniu z Ministrem Zdrowia

powinien przeprowadzić analizę doświadczeń zebranych w czasie epidemii COVID-19 i na tej podstawie, wykonując uprawnienia ministra właściwego w sprawach z zakresu administracji rządowej dotyczących zdrowia, określonych na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 29 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 34 ust. 1 ustawy *o działach administracji*, zainicjować zmiany w przepisach rangi ustawowej zmierzające do:

- nałożenia na Ministra Zdrowia obowiązku opracowania Krajowego Planu Działania na Wypadek Wystąpienia Epidemii, stanowiącego zintegrowane narzędzie służące koordynacji działań organów i instytucji zaangażowanych w zwalczanie epidemii, której skutki odczuwalne są na terenie kraju, a z charakterystyki zagrożenia wynika konieczność podjęcia działań interdyscyplinarnych,
- ujednoczenia formy i układu treści Wojewódzkich Planów Działania na Wypadek Wystąpienia Epidemii, o których mowa w art. 44 w przepisach ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*.

Wynikiem postulowanych przez NIK zmian w uozz powinno być zapewnienie Ministrowi Zdrowia narzędzia pozwalającego na skuteczne wykonywanie przez ten organ zadań w zakresie koordynacji działania pozostałych organów i instytucji w przypadku zagrożenia epidemicznego o zasięgu obejmującym większy obszar kraju.

Ustalenie jednolitego układu treści WPDnWWE, liczby jego niezbędnych załączników wraz z określeniem sposobu ich sporządzania, a także zobowiązanie podmiotów, które odpowiadają za sporządzanie tych planów do ich aktualizacji częstszej niż co trzy lata (art. 44 ust.1 uozz) pozwoli na efektywne zarządzanie kryzysem wywołanym przez epidemię na poziomie województwa i współpracę pomiędzy wojewodami.

Uzasadnienie: str. 44–46 Informacji

Wnioski do organów administracji rządowej

Organy państwa, którym na mocy przepisów specustawy powierzono realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, stosownie do posiadanych kompetencji powinny:

1. spowodować przeprowadzenie przeglądu i aktualizacji wszystkich planów zarządzania kryzysowego i WPDnWWE oraz uwzględnić w tych dokumentach doświadczenia nabyte podczas epidemii COVID-19 (dot. MSWiA i MZ oraz wojewodów);
2. dokonać analizy doświadczeń z epidemii COVID-19 celem zapewnienia realizacji Standardu sześciu zasad kontroli zarządczej, w szczególności poprzez przeprowadzanie oceny realizacji celów i zadań, uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności (dot. PRM, MAP, MZ, MSWiA);
3. zapewnić skuteczny nadzór nad przebiegiem procesów legislacyjnych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia i podległe organy, w szczególności dla uniknięcia opóźnień w ustanawianiu aktów prawnych normujących obszar znajdujący się w ich właściwości (dot. MZ, GIS);
4. zapewnić rzetelne prowadzenie i dokumentowanie postępowań administracyjnych w sprawach należących do ich właściwości (dot. PIS, MZ, PRM, wojewodów);
5. zaprzestać przy wydatkowaniu środków publicznych wykorzystywania nieefektywnych i powodujących ryzyko niegospodarności procedur rozpraszających odpowiedzialność, w wyniku rozdzielenia podmiotu podejmującego merytoryczną decyzję o przedmiocie zakupu od podmiotu pokrywającego wydatek ze środków publicznych i wprowadzenia do udziału w procesie decyzyjnym szeregu niepowiązanych ze sobą podmiotów (dot. KPRM, MAP, MZ i pozostałe organy dokonujące zakupów ze środków publicznych);
6. dokonać analizy efektywności działania służb PIS w czasie stanu epidemii COVID-19 pod kątem stworzenia kadrowych, organizacyjnych, materialnych i finansowych warunków, które pozwolą na skuteczną realizację zadań tej Inspekcji w przyszłości, w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemią (dot. GIS, wojewodowie);
7. zapewnić ujmowanie w zawieranych umowach postanowień chroniących należyte wydatkowanie środków publicznych i zabezpieczających interesy Skarbu Państwa oraz zawieranie tych umów w terminach pozwalających na pełne wykorzystanie mechanizmów ujętych w ich treści (dot. KPRM, MAP).

Wskazać należy, że istniejący stan prawny pozwala na skuteczne wdrożenie powyższych wniosków.

Ponadto w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do 32 podmiotów w ramach kontroli P/20/062, 12 podmiotów w ramach kontroli D/21/505 oraz siedmiu w ramach kontroli R/20/001/LKA sformułowano łącznie 44 wnioski pokontrolne (w tym jeden w kontroli objętej klauzulą niejawności). Wnoszono w szczególności o:

1) Prezes Rady Ministrów

W ramach kontroli nr D/21/505

1. Ustalenie obowiązujących procedur w zakresie planowania i monitorowania oraz rozliczania wydatków ponoszonych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez jego dysponenta.

Kancelaria Prezesa
Rady Ministrów

2. Zapewnienie przeprowadzania systemowej oceny rezultatów ponoszenia wydatków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej.

Z uwagi na zmianę uwarunkowań prawnych i organizacyjnych formułowanie wniosków w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości w kontroli P/20/062 w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów stało się bezprzedmiotowe.

Minister Zdrowia

2) Minister Zdrowia

W ramach kontroli nr P/20/062

1. Zapewnienie skutecznego nadzoru nad przebiegiem procesów legislacyjnych prowadzonych przez Ministerstwo i podległe organy, w szczególności dla uniknięcia opóźnień w ustanawianiu aktów prawnych normujących obszar znajdujący się we właściwości MZ.
2. Podjęcie skutecznych działań na rzecz zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Zapewnienie dokonywania zakupów sprzętu medycznego, spełniającego wymagane normy bezpieczeństwa, posiadającego wymaganą przepisami dokumentację i kompletne wyposażenie, przy zapewnieniu realizacji zasady uzyskania najlepszych efektów z poniesionych nakładów, tj. zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 *ufp*.
4. Zapewnienie pisemności umów zawieranych z dostawcami sprzętu medycznego, co pozwoli na wyegzekwowanie odpowiedzialności za dostarczenie sprzętu, który ze względu na braki dokumentacji, stan wyposażenia i niespełnianie norm bezpieczeństwa nie mógł być wykorzystany w celu, dla którego go nabyto.

W ramach kontroli nr D/21/505

Dokonanie kompleksowej oceny działalności Ministra i systemu ochrony zdrowia w Polsce w zakresie dotyczącym tworzenia, funkcjonowania i likwidacji szpitali tymczasowych oraz finansowania świadczeń leczniczych udzielanych w tych szpitalach.

Minister Aktywów
Państwowych

3) Minister Aktywów Państwowych

W ramach kontroli nr D/21/505

1. Zapewnienie mechanizmów efektywnego i skutecznego zarządzania w obszarze gospodarowania środkami Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

W związku z przekazaniem od 21 marca 2020 r. spraw dotyczących rezerw strategicznych Ministrowi Klimatu, NIK odstąpił od sformułowania uwag i wniosków Ministrowi Aktywów Państwowych z kontroli P/20/062.

Główny Inspektor
Sanitarny

4) Główny Inspektor Sanitarny

W ramach kontroli nr P/20/062

1. Zapewnienie terminowej realizacji procedur przy opracowywaniu aktów prawnych, powierzonych do opracowania przez Ministra Zdrowia.
2. Pełne wykorzystywanie własnych uprawnień w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zagrożeń epidemicznych.

Działania Głównego Inspektora Sanitarnego nie były przedmiotem kontroli nr D/21/505.

5) Wojewodowie

Wojewodowie

W ramach kontroli nr P/20/062

1. Uaktualnienie danych w załącznikach do WPDnWWE oraz utrzymywanie na bieżąco aktualnych danych w Wojewódzkim Planie Działania.
2. Zapewnienie we wszystkich obiektach kwarantannowych spełniania wymagań określonych w Planie działania.
3. Zapewnienie rzetelnego opracowywania Planów działania na okres trzech lat.
4. Zapewnienie rzetelnego podejmowania działań wynikających z WPZK i Planów działania oraz załączonych do nich procedur.
5. Sporządzanie WPZK zgodnie z wymogami określonymi w art. 5 *uozk*.
6. Rzetelnego podejmowania działań wynikających z WPZK i Planów działania oraz załączonych do nich procedur.

W ramach kontroli nr D/21/505

1. Niezwłoczne zaktualizowanie Planów działania o rozwiązania służące przeciwdziałaniu i zwalczaniu epidemii COVID-19, w tym zapewnienia odpowiedniej bazy łóżkowej.
2. Wydawanie poleceń w drodze decyzji administracyjnych wyłącznie po przeprowadzaniu postępowania administracyjnego w zakresie wynikającym z przepisów k.p.a.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Działania podejmowane w okresie od 2019 do 2 marca 2020 r. w celu przygotowania się do reagowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych

System reagowania na zagrożenia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju.

Niespójne i nieaktualne plany

Plany Działania na Wypadek Wystąpienia Epidemii⁷⁹ uwzględniały ryzyko wystąpienia chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych, lecz nie tworzyły spójnej całości, pozwalającej w skali kraju na skuteczne przeciwdziałanie zagrożeniu epidemiologicznemu.

W Planie Zarządzania Kryzysowego GIS z grudnia 2018 r. ryzyko związane z zawleczeniem chorób zakaźnych na terytorium RP oceniono jako **średnie lub duże**, w zależności od rodzaju choroby. Przewidywano, że w przypadku zawleczenia do Polski chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych może wystąpić konieczność hospitalizacji dużej liczby osób, liczone się z możliwością wprowadzenia kwarantanny, wystąpieniem ofiar śmiertelnych, zwiększonym zapotrzebowaniem na miejsca w szpitalach i potrzebą dodatkowego zaangażowania personelu medycznego, jak również z możliwością wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na terytorium części kraju bądź w całym kraju. Jednocześnie za **ryzyko rzadkie** uznano możliwość zawleczenia najbardziej groźnych chorób z grupy chorób *szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych*.

System zarządzania kryzysem wywołanym epidemią

Na podstawie art. 146 ust. 3 i 4 pkt 3 Konstytucji RP, Rada Ministrów⁸⁰ kieruje administracją rządową, koordynuje i kontroluje prace organów administracji rządowej. Zgodnie z art. 5 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów⁸¹, w celu wykonania zadań i kompetencji określonych w Konstytucji RP i ustawach, *Prezes Rady Ministrów może w szczególności, żądać informacji, dokumentów i sprawozdań okresowych lub dotyczących poszczególnej sprawy albo rodzaju spraw od ministra (...)*.

Na szczeblu centralnym powołano przewidziane w przepisach *uozk* struktury i instytucje realizujące zadania z zakresu zarządzania kryzysowego: Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego, na czele którego stał Prezes Rady Ministrów oraz obsługujące go Rządowe Centrum Bezpieczeństwa. Zadania poszczególnych organów i instytucji w fazie zapobiegania i przygotowania się do epidemii określa KPZK w części A, a na etapie reagowania i odbudowy – KPZK w części B.

Zadania Ministra Zdrowia w toku kryzysu wywołanego epidemią

Zgodnie z KPZK, Minister Zdrowia jest **podmiotem wiodącym, odpowiedzialnym za koordynację działań instytucji i organów administracji w przypadku epidemii o zasięgu ogólnokrajowym**.

⁷⁹ Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii sporządzane na podstawie art. 44 uozz. W toku kontroli D/21/505 przeglądem objęto wszystkie WPDnWWE w kraju, natomiast przeprowadzono szczegółową analizę Planów dla woj. małopolskiego (R/20/001), wielkopolskiego, i podkarpackiego (P/20/062), dolnośląskiego (D/21/505) oraz mazowieckiego i śląskiego (P/20/062 i ponownie D/21/505). Planu działania na wypadek epidemii obejmującego cały kraj nie sporządza się.

⁸⁰ Dalej: *RM*.

⁸¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1188. Dalej: ustawa o *RM*.

W ramach KPZK Cz. B (etap Reagowania i Odbudowy) Ministrowi Zdrowia zostało przypisanych pięć zadań, w tym m.in. koordynacja dostępności i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych, monitoring wolnych łóżek szpitalnych oraz zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju.

Na wypadek epidemii Minister Zdrowia został wskazany w KPZK jako **podmiot wiodący** – czyli organ, który ze względu na zakres kompetencji realizuje zadania kluczowe dla skuteczności działania w danej fazie zarządzania kryzysowego, najczęściej we współpracy z innymi organami (instytucjami) szczebla równorzędnego lub niższego, niepodporządkowanymi temu organowi pod względem służbowym (podmioty współpracujące). Rolą podmiotu wiodącego jest monitorowanie przypisanych mu zagrożeń, inicjowanie działań właściwych dla danej fazy zarządzania kryzysowego oraz koordynowanie przedsięwzięć wykonywanych przez podmioty współpracujące.

Zadania podmiotu wiodącego w zarządzaniu sytuacją kryzysową

W KPZK Cz. B w pkt 4 (str. 55) zostały ustalone zasady współdziałania między podmiotami uczestniczącymi w realizacji planowanych przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej, gdzie wskazano m.in., że współdziałanie z zasady organizuje organ administracji, który w zidentyfikowanym zagrożeniu i siatce bezpieczeństwa, zawartej w planie zarządzania kryzysowego, został wskazany jako *podmiot wiodący (...)*, natomiast zadaniem (...) wymienionych w siatce bezpieczeństwa podmiotów współpracujących jest uruchomienie i skierowanie do działań na rzecz podmiotu wiodącego wszystkich dostępnych sił, środków i usług będących w dyspozycji organów i jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych, stosownie do zapotrzebowania podmiotu wiodącego i skali zagrożenia.

W KPZK Cz. B w pkt 5 *Tryb uruchamiania niezbędnych sił i środków, uczestniczących w realizacji planowanych przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej* na str. 67 zawarto opis roli podmiotu wiodącego dla danej sytuacji kryzysowej w przypadku zdarzenia, którego skutki są odczuwalne na terenie więcej niż jednego województwa: *Szczególne rola centralnych organów administracji rządowej ma miejsce w przypadku zdarzenia, którego skutki odczuwalne są na terenie kilku województw, a zagrożenie wymaga działań interdyscyplinarnych. Konieczne staje się uruchomienie procedur reagowania przez Radę Ministrów (zgodnie z art. 7 ust. 1 uok Rada Ministrów sprawuje zarządzanie kryzysowe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), w tym przy pomocy Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego. Wskazany przez Prezesa Rady Ministrów minister wiodący dla danej sytuacji kryzysowej, korzystając ze wsparcia innych ministrów i kierowników urzędów centralnych **koordynuje** działania w zakresie usuwania skutków zdarzenia.*

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 3

Raportowanie zagrożeń epidemicznych wg KPZK i PZK MZ



Źródło: opracowanie własne NIK.

Całodobowy monitoring zagrożeń dla bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju
Niespójne i nieaktualne dane w Wojewódzkich Planach na Wypadek Wystąpienia Epidemii (WPDnWWE)

W latach 2019–2020 (do 2 marca 2020 r.) całodobowy monitoring zagrożeń pojawiających się w kraju i na świecie prowadziło Centrum Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia⁸², działające przy Departamencie Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa Zdrowia.

Wojewódzkie Plany Działania były sporządzane w sposób zbyt zróżnicowany co do stopnia szczegółowości, układu treści, czy też liczby i zawartości załączników, by było można na ich podstawie przeciwdziałać epidemii o zasięgu ogólnokrajowym. Epidemia COVID-19 ujawniła także, iż w większości⁸³ skontrolowanych planów ujęte były nieaktualne dane o kadrach medycznych, liczbie łóżek w oddziałach zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych oraz o planowanych miejscach kwarantanny i izolacji.

W okresie poprzedzającym epidemię wszyscy skontrolowani wojewodowie⁸⁴, dysponowali Wojewódzkimi Planami Zarządzania Kryzysowego i *Wojewódzkimi Planami Działania na Wypadek Wystąpienia Epidemii (WPDnWWE)*, które zawierały elementy wymagane przepisem art. 44 ust. 2 *uozz*⁸⁵. Jeden z poddanych szczegółowej analizie WPZK nie zawierał wszyst-

⁸² Dalej: CZK-MZ.

⁸³ W pięciu z sześciu planów skontrolowanych u wojewodów: WPDnWWE woj. małopolskiego, mazowieckiego, śląskiego, wielkopolskiego, dolnośląskiego (bez woj. podkarpackiego).

⁸⁴ Wojewoda mazowiecki, małopolski, śląski, dolnośląski, podkarpacki i wielkopolski.

⁸⁵ Plany te zawierały, zgodnie z ww. przepisem: 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi; 2) wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa zakładów leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać

kich elementów (WPZK dla woj. śląskiego nie zawierał mapy zagrożeń epidemicznych). Układ treści i zawartość poszczególnych planów były jednak bardzo różnicowane (różny stopień szczegółowości, różny układ treści i szczegółowość załączników, nieujednolicone podejście do oceny ryzyka, w której wojewodowie w zróżnicowany i często odmienny sposób oceniali prawdopodobieństwo i skutki wystąpienia epidemii na terenie każdego województwa), co w praktyce uniemożliwiało zarządzanie na ich podstawie w sposób zintegrowany kryzysem wywołanym przez epidemię obejmującą obszar całego kraju, zwłaszcza w warunkach wymagających szybkiego reagowania i koordynacji działań wielu organów i instytucji.

Przykłady

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące WPDnWWE w województwach objętych kontrolą:

1) województwo mazowieckie:

- Nie zaktualizowano WPDnWWE z 2014 r., w wymaganym okresie trzech lat, co było niezgodne z art. 44 ust. 1 uozz oraz nie podano go do publicznej wiadomości, podobnie jak załączników nr 1-4, 6, 8-15 do Planu działania z 2020 r., co było niezgodne z art. 44 ust. 6 ww. ustawy;
- Obowiązujące w okresie objętym kontrolą WPDnWWE zostały sporządzone w sposób nierzetelny. WPDnWWE z 2014 r. zawierał niespójne dane dotyczące liczby łóżek zakaźnych, osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz miejsc izolacji i kwarantanny. WPDnWWE z 2020 r. zawierał nieprawidłowe dane adresowe trzech PSSE, osób, które mogą zostać skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii, szacunkowej liczby osób, które mogą zostać poddane kwarantannie;

2) województwo małopolskie:

- Dane dotyczące łóżek zakaźnych, zamieszczone na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, wyszczególnione w zał. nr 2 i 2a do WPDnWWE (aktualizacja z 5 lutego 2020 r.), nie były zgodne ze stanem faktycznym wykazanym w raporcie do Centrum Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia, sporządzonym na dzień 5 lutego 2020 r. Ponadto WPDnWWE po aktualizacji w lutym 2020 r. zawierał niedokładne dane dotyczące personelu medycznego;

3) województwo wielkopolskie:

WPDnWWE z 2016 r., zaktualizowany 26 października 2016 r., obowiązywał dłużej niż trzy lata określone w art. 44 ust. 1 uozz. Obowiązujące w okresie objętym kontrolą WPDnWWE nie zostały sporządzone w sposób rzetelny i część zawartych w nich informacji była niezgodna ze stanem faktycznym;

4) województwo śląskie:

- dwa spośród 15 obiektów, w których utworzono podczas epidemii COVID-19 miejsca kwarantannowe, nie spełniały wszystkich wymagań określonych w WPDnWWE,

przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie; 3) liczbę osób, które mogą zostać poddane leczeniu, izolacji lub kwarantannie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i innych obiektach użyteczności publicznej; 4) imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego oraz niezbędne do sporządzenia planu.

– w załączniku nr 33 „Organizacja transportu do szpitala podejrzanego o zachorowanie na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną” do WPDnWWE podano niezgodną ze stanem rzeczywistym liczbę izolatorów transportowych;

5) województwo dolnośląskie:

– W związku z aktualizacją WPDnWWE dokonaną w styczniu 2021 r. oraz przyjęciem nowego WPDnWWE, Wojewoda nie zapewnił pełnej realizacji dyspozycji wynikających z art. 44 ust. 2 pkt 2 i art. 44 ust. 3 uozz. Zgodnie z tymi przepisami wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii obejmuje wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa zakładów leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie. Plan jest przygotowywany i aktualizowany na podstawie danych i informacji uzyskanych z jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych i innych dysponentów obiektów użyteczności publicznej. Tymczasem, Wojewoda nie gromadził danych i informacji od jednostek samorządu terytorialnego i innych dysponentów obiektów użyteczności publicznej.

Zdaniem NIK, aby doprowadzić do porównywalności treści WPDnWWE należy wprowadzić odpowiednie zmiany w przepisach uozz, określających sposób opracowania i zawartość tych planów oraz ustanowić obowiązek ich aktualizacji częściej niż 3 lata (art. 44 ust.1 uozz). Przeprowadzenie w tym celu analizy doświadczeń z COVID-19 przez MSWiA w uzgodnieniu z MZ, a także ujednoczenie układu i zawartości WPDnWWE pozwoli na skuteczne wykorzystywanie tych planów w toku zarządzania kryzysem wywołanym przez epidemię w przyszłości.

Brak ciągłości przepisów dotyczących zbierania danych o zakażeniach

Minister Zdrowia nie zapewnił zachowania ciągłości przepisów normujących zbieranie danych dotyczących zakażeń, chorób zakaźnych, a także aktualizacji formularzy do przekazywania danych, w wyniku czego nowe rozporządzenie zostało wydane dopiero po 10 miesiącach od wygaśnięcia przepisów poprzednio normujących te kwestie⁸⁶.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 października 2015 r. *o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw*⁸⁷, w dniu 1 stycznia 2019 r. straciło moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej⁸⁸, w którym ustalona była lista chorób podlegających zgłaszaniu i do którego załączono wzory formularzy zgłoszeń. Minister Zdrowia 28 października 2015 r. upoważnił GIS⁸⁹ do opracowania, przeprowadzenia procesu uzgodnień oraz konsultacji publicznych projektu nowego rozporządzenia w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia

⁸⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. poz. 848), dalej: rozporządzenie w sprawie zgłaszania zakażeń).

⁸⁷ Dz. U. poz. 1991, ze zm.

⁸⁸ Termin utraty mocy rozporządzenia był dwukrotnie zmieniany (art. 48 ustawy zmieniającej).

⁸⁹ Znak: BGP.013.307.2015.WK.

2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu⁹⁰ weszło w życie 19 grudnia 2019 r. Prace nad nowym aktem prawnym nie zakończyły się zatem przed dniem utraty ważności poprzedniego rozporządzenia. Mimo braku aktualnych przepisów, od 2 stycznia 2019 r. do 19 grudnia 2019 r., podmioty zobowiązane do zgłaszania zakażeń na podstawie art. 27 ust. 1 *uozz* nadal zgłaszały zakażenia, opierając się na poprzednio obowiązujących przepisach, wykorzystując formularze, stanowiące załącznik do nieobowiązującego już rozporządzenia z 2013 r. W konsekwencji bieżący nadzór epidemiologiczny na szczeblu powiatowym i wojewódzkim był prowadzony przez PIS za pomocą analizy zgłoszeń dotyczących zarejestrowanych zakażeń, przekazywanych przez lekarzy lub felczerów i z laboratoriów, w części na podstawie nieaktualnych przepisów.

Sekretarz Stanu MZ wyjaśnił, że *pomimo że zaproponowane w projekcie rozwiązania stanowiły kontynuację rozwiązań merytorycznych przyjętych w 2013 r., a niektóre z nich powielały przepisy pozostające w obrocie prawnym od ponad pięciu lat, w trakcie prac nad projektem zostały zgłoszone uwagi i wątpliwości o charakterze legislacyjno-prawnym w zakresie danych, których zbieranie i przetwarzanie jest dopuszczalne w zakresie informacji o drogach nabycia chorób przenoszonych drogą płciową. W związku ze zgłoszonymi przez Rządowe Centrum Legislacji uwagami (21 stycznia 2019 r. dop. NIK), GIS wystąpił o uzyskanie dodatkowego stanowiska do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO) oraz konsultantów krajowych w dziedzinie epidemiologii oraz mikrobiologii lekarskiej. Zmiany w projekcie rozporządzenia w stosunku do jego pierwotnego brzmienia spowodowały konieczność przeprowadzenia dodatkowych uzgodnień, co wpłynęło na przedłużenie prac nad jego treścią.*

Zasoby sytemu ochrony zdrowia w przededniu COVID-19

Zasoby kadrowe i organizacyjne, jakim dysponował polski system ochrony zdrowia w okresie poprzedzającym epidemię były niewystarczające do skutecznego przeciwdziałania zagrożeniu epidemicznemu o ogólnokrajowym zasięgu i zwalczania większej liczby przypadków chorób szczególnie niebezpiecznych.

Według statystyk Polska znajduje się na ostatnim miejscu wśród krajów UE pod względem liczby lekarzy i pielęgniarek przypadających na 100 tys. mieszkańców. W przededniu potwierdzenia pierwszego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce na ok. 150 tys. praktykujących lekarzy⁹¹ było 1124 lekarzy specjalistów w zakresie chorób zakaźnych i 2790 specjalistów chorób płuc.

Niewystarczające zasoby i brak działań w celu ich zwiększenia w przededniu COVID-19

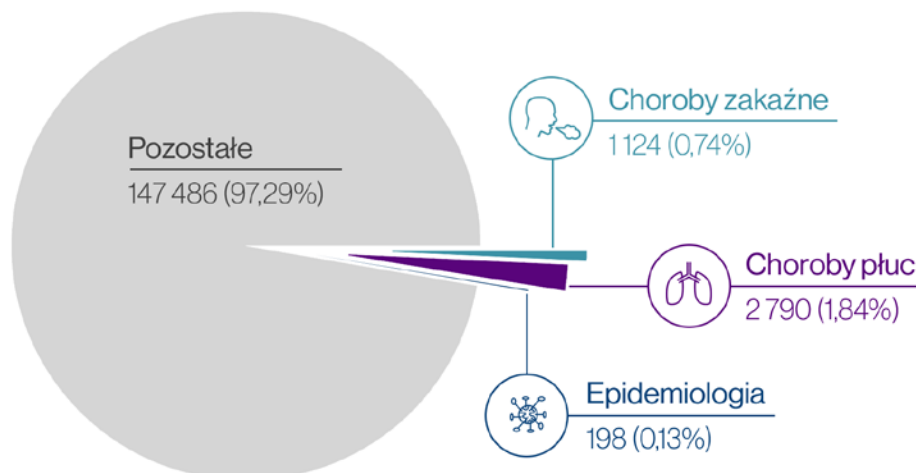
⁹⁰ Dz. U. poz. 2430.

⁹¹ Dane dotyczą praktykujących specjalistów bez lekarzy dentyistów i specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego i pochodzą z Naczelnej Izby Lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-04.pdf.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 4

Liczba lekarzy w Polsce z uwzględnieniem specjalistów wybranych chorób



Źródło: opracowanie własne NIK.

Od 31 grudnia 2018 r. do 2 marca 2020 r. liczba oddziałów zakaźnych w polskich szpitalach zmniejszyła się ze 110 do 104. W ślad za tym zmniejszała się też liczba łóżek, przeznaczonych do leczenia chorób zakaźnych (z 2914 do 2457). Proces ten postępował nawet po pojawieniu się informacji o nowym zagrożeniu epidemiologicznym – jeszcze w dniu 28 lutego 2020 r. wojewoda małopolski wydał zgodę na zamknięcie 20-łóżkowego oddziału zakaźnego w jednym z krakowskich szpitali.

Minister Zdrowia nie posiadał informacji o przyczynach zmniejszania się liczby szpitali zakaźnych oraz oddziałów zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych, ponieważ podmioty wykonujące działalność leczniczą nie były zobowiązane do przekazywania takich informacji (gromadzili je wojewodowie). Minister Zdrowia nie miał też wiedzy dotyczącej zasobów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz stanu wyposażenia szpitali w sprzęt i środki ochrony osobistej⁹². Zdaniem NIK wiedza taka była jednak niezbędna, by właściwie realizować obowiązki nałożone na Ministra Zdrowia w KPZK⁹³.

Sytuacja w kontrolowanych województwach

W dniu 2 marca 2020 r. z 2457 łóżek – w całym kraju wolnych było jeszcze 831 łóżek na oddziałach zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych.

W objętych kontrolą⁹⁴ województwach – mazowieckim, śląskim, podkarpackim, wielkopolskim i małopolskim liczba łóżek na oddziałach zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych wynosiła łącznie 1057⁹⁵, w tym w poszczegól-

⁹² W toku kontroli taki stan wyjaśniano tym, że dane dotyczące zasobów kadrowych, sprzętowych i wyposażenia stacji sanitarno-epidemiologicznych były w dyspozycji wojewodów, gdyż należy to do ich kompetencji, a obowiązek zapewnienia sprzętu i środków ochrony osobistej należy do kierownika podmiotu leczniczego.

⁹³ Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, Cz. A str. 62 – do obowiązków MZ zaliczono przygotowanie w zakresie wolnych łóżek szpitalnych.

⁹⁴ Kontrole R/20/001 i P/20/062.

⁹⁵ Na 18 912,1 tys. mieszkańców, co zabezpieczało miejsca dla 0,005% ludności.

nych województwach odpowiednio: 413, 203, 167, 126 i 148⁹⁶. Natomiast dla pacjentów wymagających hospitalizacji na choroby wysoce zakaźne i szczególnie niebezpieczne w marcu 2020 r. przygotowano – w woj. śląskim – trzy miejsca⁹⁷, w wielkopolskim – dwa, podkarpackim – 10, małopolskim – 10, a w mazowieckim – 199⁹⁸. Każde z objętych kontrolą województw dysponowało tylko kilkoma izolatorami przenośnymi⁹⁹ do transportu pacjentów podejrzanych o zachorowania na choroby wysoce zakaźne i szczególnie niebezpieczne, w tym: w śląskim – były trzy takie urządzenia, w wielkopolskim – cztery, małopolskim – osiem, a w mazowieckim – sześć¹⁰⁰.

Jeszcze przed pojawieniem się pierwszego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce, w większości z kontrolowanych pod tym kątem województw (czterech z pięciu)¹⁰¹ potencjał służący leczeniu chorób zakaźnych w warunkach szpitalnych był w całości wykorzystany.

Zarządzanie kryzysowe bezpośrednio przed COVID-19

Od 10 do 14 stycznia 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała szereg informacji o zagrożeniu nowym rodzajem wirusa. W dniu 30 stycznia WHO ogłosiła, że rozprzestrzenianie się koronawirusa stanowi zagrożenie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym.

14 stycznia 2020 r. Centrum Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia otrzymało z Rządowego Centrum Bezpieczeństwa informację prasową o ww. ostrzeżeniu WHO.

Na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego 23 stycznia 2020 r. zamieszczono *Komunikat po posiedzeniu Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Szczepień Ochronnych z dnia 22 stycznia 2020 r. w sprawie nowego koronawirusa 2019-nCoV*, skierowany do pracowników ochrony zdrowia.

26 lutego 2020 r. MZ zaakceptował, przygotowany przez GIS, *Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zarażenia SARS-CoV-2*. W dokumencie tym określono sposób postępowania, zadania i zakres odpowiedzialności instytucji, organizacji rządowych oraz podmiotów związanych z diagnostyką, nadzorem i kontrolą przypadków zakażeń i zachorowań. Zgodnie z *Krajowym planem działania*, do zadań GIS oraz MZ należała koordynacja realizacji zadań objętych tym *Planem* oraz współdziałanie i bieżąca wymiana informacji z wojewodami, realizującymi WPDnWWE. Plan ostatecznie nie został wprowadzony w życie, natomiast 2 marca 2020 r. Sejm uchwalił specustawę COVID-19, w oparciu o którą wprowadzano dalsze zmiany w przepisach.

Uruchomienie procedur po pierwszych informacjach o zagrożeniu

⁹⁶ Odpowiednio: na 5420 tys. mieszkańców, co zabezpieczało miejsca dla 0,007% ludności; na 4472 tys. mieszkańców, co zabezpieczało miejsca dla 0,004% ludności; na 2115,5 tys. mieszkańców, co zabezpieczało miejsca dla 0,007% ludności; na 3491,4 tys. mieszkańców, co zabezpieczało miejsca dla 0,003% ludności; na 3.408,5 tys. mieszkańców, co zabezpieczało miejsca 0,004% ludności.

⁹⁷ Plus komora izolacyjna Biobox.

⁹⁸ Powyższe dane dotyczą stanowisk zapewniających pełną izolację oddechową.

⁹⁹ Tj. nosze izolacyjne, kapsuły izolacyjne, mobilne izolatoria.

¹⁰⁰ Brak danych dot. woj. podkarpackiego.

¹⁰¹ Mazowieckie, Śląskie, Wielkopolskie i Małopolskie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

28 lutego 2020 r. wojewodowie w całym kraju postawili w stan gotowości szpitale zakaźne i szpitale z oddziałami zakaźnymi.

Nierzetelne informacje
o zagrożeniu
przekazywane przez GIS

Główny Inspektorat Sanitarny w okresie bezpośrednio poprzedzającym rozprzestrzenienie się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Polski przystąpił do realizacji przygotowanych wcześniej planów, jednakże równocześnie GIS za pośrednictwem mediów przekazywał nierzetelne informacje na temat tego zagrożenia, określone w poniższym przykładzie.

Przykład

Przed potwierdzeniem pierwszego przypadku zakażenia w Polsce GIS nierzetelnie informował w najpopularniejszych mediach w kraju (TVP1 i RMF FM) o zagrożeniu epidemicznym i stanie przygotowania systemu ochrony zdrowia na wypadek jego pojawienia się, np.: 28 stycznia 2020 r. na antenie TVP1 GIS wyraził nadzieję, że wirus nie dotrze do Polski i zapewnił, że *jesteśmy przygotowani na każdą ewentualność i mamy zupełnie przyzwoicie zorganizowaną ochronę zdrowia*.

Natomiast 30 stycznia 2020 r. na antenie RMF FM Główny Inspektor Sanitarny zapytany o to, jakie jest ryzyko zarażenia się w Polsce koronawirusem z Chin odpowiedział, że zagrożenie jest zbliżone do zera, bo w Polsce nie ma wirusa. *Wirus jest w Chinach, a my mamy całkiem daleko do Chin. Wiemy, jak wirus się zachowuje. Mamy wiedzę, jak pacjenci są leczeni, że zdrowieją*. Podobne tezy formułował GIS 4 lutego 2020 r. podczas posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia.

Rezerwy na wypadek epidemii

Niewystarczające
zasoby w przededniu
COVID-19 i brak działań
dla ich zwiększenia

Pomimo pozyskania z wyprzedzeniem informacji o zagrożeniu wirusem SARS-CoV-2 Minister Zdrowia i Minister Aktywów Państwowych do końca lutego 2020 r. nie podjęli skutecznych działań dla zwiększenia rezerw ŚOI i aparatury medycznej, czego skutkiem w pierwszych tygodniach epidemii była ograniczona dostępność tych produktów.

Według danych GUS, w 2019 r. 90,9 tys. lekarzy oraz 193,1 tys. pielęgniarek pracujących w całym sektorze ochrony zdrowia miało bezpośredni kontakt z pacjentem. Zaopatrzeniu tej grupy, jak również zabezpieczeniu pracowników PIS na wypadek wystąpienia epidemii służyć miały m.in. rezerwy pozostające w dyspozycji Ministra Zdrowia i Ministra Aktywów Państwowych.

Rezerwy podlegające Ministrowi Zdrowia były gromadzone w Centralnej Bazie Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych¹⁰², której zadaniem¹⁰³ było m.in. *utrzymanie stałej rezerwy i dystrybucja aparatury, środków dezynfekcyjnych, szkła, innych środków medycznych, laboratoryjnych, materiałów oświatowo-zdrowotnych przeznaczonych dla podmiotów leczniczych w razie zagrożenia epidemicznego lub dla zapewnienia właściwego stanu sanitarnego kraju*.

¹⁰² Dalej: CBR.

¹⁰³ Zgodnie z § 2 ust. 1 Statutu CBR, stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia o CBR.

W okresie bezpośrednio poprzedzającym epidemię (na dzień 29 lutego 2020 r.) w CBR znajdowało się 51 000 szt. półmasek filtrujących FFP-3, 7040 szt. rękawic ochronnych oraz 907 szt. kombinezonów ochronnych.

Minister Zdrowia wyjaśniał, że rezerw będących w jego dyspozycji nie powiększono, by nie powiełać zadań realizowanych w ramach systemu rezerw strategicznych, za którego działanie odpowiadał wówczas Minister Aktywów Państwowych¹⁰⁴. MAP jednak, do 2 marca 2020 r. nie podjął działań mających na celu zwiększenie stanu rezerw¹⁰⁵ podstawowych artykułów niezbędnych w przypadku epidemii, zgromadzonych w Agencji Rezerw Materiałowych (obecnie Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych), co tłumaczył m.in. brakiem inicjatywy w tym zakresie ze strony Ministra Zdrowia. Wniosek o utworzenie takiej rezerwy MZ złożył do MAP 27 lutego 2020 r.

Polska nie wzięła udziału w pierwszym wspólnym postępowaniu krajów Unii Europejskiej na zakup środków ochrony osobistej, ogłoszonym 17 lutego 2020 r. w ramach istniejącego od 2014 r. mechanizmu Joint Procurement Agreement to procure medical countermeasures – JPA. Polska złożyła deklarację przystąpienia do tej umowy w lutym 2020 r. a przystąpiła do niej 6 marca 2020 r. Po tej dacie Polska wzięła udział w ogłoszonym 17 marca 2020 r. postępowaniu nr 2020/S 102-245177 na dostawę 110 tys. szt. respiratorów o szacunkowej wartości łącznej 1,4 mld euro.

Późne wdrożenie działań na rzecz zwiększenia rezerw spowodowało w pierwszych dniach epidemii ograniczenie dostępności podstawowych środków ochrony osobistej dla szpitali wyznaczonych do leczenia pacjentów z COVID-19 i innych placówek opieki medycznej, zwłaszcza że lawinowo wzrosło zużycie tych produktów w toku codziennego funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Przykład

Średnie dziennie zużycie środków ochrony osobistej **Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SPZOZ z siedzibą w Poznaniu** w okresie czerwiec–grudzień 2020 r. wynosiło np.: od 745–1570 masek chirurgicznych, 272–759 półmasek FFP3, 256–650 kombinezonów, 101–263 gogli, 255–562 osłon na buty.

W Szpitalu Rejonowym im. dr J. Rostka w Raciborzu średnio dziennie wydawano na poszczególne oddziały: 816 masek chirurgicznych, 223 masek FFP3, 148 półmasek, 4844 rękawic ochronnych, 167 kombinezonów jednorazowych oraz 394 ochron na buty.

W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie średnie zużycie środków wynosiło: 7241 masek chirurgicznych, 889 półmasek, 22 maski FFP3, 29 748 rękawic medycznych, 91 kombinezonów i 894 fartuchów jednorazowych.

¹⁰⁴ Na podstawie ustawy z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych – Dz. U. z 2020 r. poz. 2051, dalej: ustawa o rezerwach strategicznych.

¹⁰⁵ Dane liczbowe o stanie rezerw objętych Rządowym Programem Rezerw Strategicznych (Uchwała Rady Ministrów nr 160/2017 r. z 10 października 2017 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą Rządowy Program Rezerw Strategicznych na lata 2017–2021, zwanym dalej: RPRS) są zastrzeżone.

Nieprzygotowane szpitale postawione w stanie podwyższonej gotowości

Ze względu na deficyty, które wystąpiły w zaopatrzeniu w podstawowe środki ochrony osobistej w pierwszych tygodniach trwania epidemii, szpitale, które zostały wyznaczone jako jednostki mające leczyć pacjentów chorych na COVID-19 zgłaszały brak przygotowania do takich działań. Braki w zaopatrzeniu wystąpiły w każdym województwie¹⁰⁶ objętym kontrolą, w większości szpitali przeznaczonych do leczenia pacjentów z COVID-19.

Przykład

Wszystkie dziesięć szpitali, które decyzją wojewody małopolskiego zostały zobowiązane do pozostawania w stanie podwyższonej gotowości od 28 lutego 2020 r., nie było odpowiednio przygotowanych do realizacji tego zadania. Szpitale te informowały wojewodę o poważnych brakach środków ochronnych dla personelu i ograniczonych możliwościach leczenia zakażonych pacjentów. Trzy z tych 10 szpitali¹⁰⁷ poinformowały o braku możliwości leczenia osób zakażonych koronawirusem. Pomimo tego wojewoda uwzględnił we wnioskach składanych do Ministra Zdrowia tylko część potrzeb sprzętowych i materiałowych tych 10 szpitali.

Niektóre z wyznaczonych jednostek dla uzupełnienia zasobów odwoływały się do ofiarności społeczeństwa – jak np. Szpital Uniwersytecki w Krakowie, który 14 marca 2020 r. został przekształcony w szpital jednoprofesyjny (potem jednoimienny), a który uprzednio pełnił już funkcję szpitala zakaźnego i nie został wcześniej zabezpieczony w odpowiednie wyposażenie i środki ochrony osobistej oraz wystarczające środki finansowe.

5.2. Działania podejmowane w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 (od 2 marca 2020)

Zmiany w przepisach

Ograniczenia praw obywateli bez wprowadzenia żadnego ze stanów nadzwyczajnych przewidzianych w Konstytucji RP

Od rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 na teren Polski Rada Ministrów nie zdecydowała o konieczności wprowadzenia w związku z epidemią żadnego z przewidzianych Konstytucją RP stanów nadzwyczajnych, w szczególności stanu klęski żywiołowej, opisanego w stosownej ustawie.

Sekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia wyjaśnił, że MZ nie wystąpił do Rady Ministrów o wprowadzenie stanu klęski żywiołowej, co wynikało z oceny, że państwo skutecznie zwalcza epidemię na ogólnych podstawach, w zwykłym trybie, zachowując zasadę proporcjonalności. Dowodzić tego miało także to, że art. 46 *uozz* i wydane na jego podstawie rozporządzenia miały zwyczajny charakter, zarówno z powodów formalnych – nie są to przepisy zawarte w ustawach implementujących konstytucyjne stany nadzwyczajne, jak i merytorycznych – przepisy te są integralną częścią systemu ochrony zdrowia (implementują art. 68 ust. 4 Konstytucji RP).

¹⁰⁶ Mazowieckie, Śląskie, Wielkopolskie, Małopolskie i Podkarpackie.

¹⁰⁷ ZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej, Szpital Św. Anny w Miechowie i Szpital im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.

Pomimo że uozz unormowała kwestie związane z ochroną zdrowia publicznego przez jednoznaczne określenie praw i obowiązków podmiotów realizujących nadzór epidemiologiczny oraz wskazanie adresatów danych norm, w ciągu dwóch dni¹⁰⁸, na wniosek Rady Ministrów, Sejm RP uchwalił **specustawę**, która dała organom władzy wykonawczej (w tym Prezesowi Rady Ministrów, Ministrowi Zdrowia i wojewodom) uprawnienia analogiczne dla regulacji stworzonych na wypadek stanu klęski żywiołowej.

Specustawa
z 2 marca 2020 r.

Zastosowane rozwiązania prawne regulujące zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zasady i tryb działania i zapobiegania ww. chorobom oraz uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców, a także osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ujęto głównie w zmienionej (na podstawie specustawy) ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*. Ustawodawca specustawą dokonał zmiany uozz m.in. dodając 8 marca 2020 r. art. 46a i 46b, zawierające delegację ustawową dla Rady Ministrów do wydawania rozporządzeń ustanawiających m.in. określone ograniczenia, obowiązki i nakazy.

Ograniczanie swobód
i praw obywateli
na podstawie uozz

W art. 46b określono początkowo 12 rodzajów nakazów i zakazów¹⁰⁹ możliwych do ustanowienia w rozporządzeniu. Przepis ten był dwukrotnie zmieniany, i tak: 1 kwietnia 2020 r.¹¹⁰ m.in. uchylono pkt 7, czyli zakaz opuszczania miejsca kwarantanny, a 29 listopada 2020 r.¹¹¹ dodano pkt 13, traktujący o nakazie zakrywania ust i nosa. Kwestię odpowiedzialności za naruszenie ustawy w opisanych powyżej obszarach określono w rozdziale 8a „Kary pieniężne”, również dodanym do uozz z dniem 1 kwietnia 2020 r. Na podstawie powyższych przepisów Rada Ministrów wydała 15 rozporządzeń w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii¹¹², z czego 12 w 2020 r. (rozporządzenia z dnia 31 marca¹¹³, 10 kwietnia¹¹⁴, 19 kwietnia¹¹⁵, 2 maja¹¹⁶, 16 maja¹¹⁷, 29 maja¹¹⁸, 19 czerwca¹¹⁹, 7 sierpnia¹²⁰,

¹⁰⁸ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=265>

¹⁰⁹ W art. 46b wymieniono dwa zakazy: zakaz opuszczania miejsca kwarantanny (pkt 7), zakaz opuszczania strefy zero przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie (pkt 11).

¹¹⁰ Dz. U. poz. 567.

¹¹¹ Dz. U. poz. 2112.

¹¹² Dalej zwane rozporządzeniami Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

¹¹³ Dz. U. poz. 566, ze zm.

¹¹⁴ Dz. U. poz. 658, ze zm.

¹¹⁵ Dz. U. poz. 697, ze zm.

¹¹⁶ Dz. U. poz. 792, ze zm.

¹¹⁷ Dz. U. poz. 878, ze zm.

¹¹⁸ Dz. U. poz. 964, ze zm.

¹¹⁹ Dz. U. poz. 1066, ze zm.

¹²⁰ Dz. U. poz. 1356, ze zm.

9 października¹²¹, 26 listopada¹²², 1 grudnia¹²³, 21 grudnia¹²⁴) i trzy rozporządzenia w 2021 r. (26 lutego¹²⁵, 19 marca¹²⁶, 6 maja¹²⁷). Do przepisów tych rozporządzeń wprowadzono prawie 50 zmian (najczęściej, bo 10 razy w czasie dwóch miesięcy zmieniano rozporządzenie z 19 marca 2021 r.). Wiodącą rolę w inicjowaniu prac legislacyjnych i przygotowaniu rozporządzeń Rady Ministrów wprowadzających lub znoszących zakazy, nakazy i ograniczenia służące przeciwdziałaniu COVID-19 miał Minister Zdrowia.

Niektóre z nowych uregulowań, były wprowadzane w życie z dniem ich publikacji, co w naturalny sposób utrudniało obywatelom ich przestrzeganie. Częstokroć obywatele naruszali niejednokrotnie surowe ograniczenia, skutkiem czego było nakładanie przez organy PIS kar finansowych. Jednak ze względu na wady prawne dotyczące aktów, na podstawie których wprowadzono ograniczenia, sądy administracyjne i powszechne w większości przypadków uchylały i uchylają nałożone kary finansowe.

Przykłady

1) Rozporządzeniem w sprawie stanu zagrożenia epidemicznego oraz rozporządzeniem w sprawie stanu epidemii, nałożono na osoby przekraczające granicę państwa obowiązek poddania się kwarantannie. Nakaz odbycia, po przekroczeniu granicy państwowej, obowiązkowej kwarantanny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 uozz, przewidywały także kolejne rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii¹²⁸. Przepisy te stały się przedmiotem rozważań sądów administracyjnych i powszechnych, w związku z zaskarżaniem podstawy wymierzania kar za naruszenia nakazów i zakazów określonych w tych aktach, np. w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2021 r.¹²⁹ wskazano na brak ustawowej podstawy, by zastosować kwarantannę wobec osoby tylko na tej podstawie, że przebywała za granicą.

2) Obowiązek zakrywania, przy pomocy odzieży lub jej części, maski albo maseczki, ust i nosa został wprowadzony od 16 kwietnia 2020 r. na podstawie § 18 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii¹³⁰. Rozporządzenie wydano na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 uozz, które nie uprawniały do wprowadzenia takich ograniczeń. W dniu 28 października 2020 r. Sejm uchwalił zmianę treści uozz, na podstawie której do delegacji ustawowej zawartej w art. 46b dodany został pkt 13 upoważniający do objęcia rozporządzeniem Rady Mini-

¹²¹ Dz.U. poz. 1758, ze zm.

¹²² Dz.U. poz. 2091.

¹²³ Dz.U. poz. 2132.

¹²⁴ Dz.U. poz. 2316.

¹²⁵ Dz.U. poz. 447 ze zm.

¹²⁶ Dz.U. poz. 512, ze zm.

¹²⁷ Dz.U. poz. 861, ze zm.

¹²⁸ Poczynając od wejścia w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 566) w kolejnych rozporządzeniach w tej sprawie zawierano zapis w §2 zobowiązujący do przekazywania funkcjonariuszom Straży Granicznej określonych informacji i do odbycia po przekroczeniu granicy państwowej, obowiązkowej kwarantanny.

¹²⁹ Sygnatura II KK 255/21, <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/ii-kk-255-21-wyrok-sadu-najwyzszego-523301304>.

¹³⁰ Dz. U. poz. 658.

strów także *nakazu zakrywania ust i nosa, w określonych okolicznościach, miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach, wraz ze sposobem realizacji tego nakazu*¹³¹. Zmiana ta przyznawała Radzie Ministrów uprawnienia do ustanowienia ograniczenia w tym zakresie od 29 listopada 2020 r.

Analizie poddano 63 wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego¹³² wydane w okresie od 27 kwietnia 2021 r. do 2 grudnia 2022 r. W 59 przypadkach (w tym w wyniku 55 skarg kasacyjnych złożonych przez właściwe organy państwowej inspekcji sanitarnej¹³³ na wyroki wojewódzkich sądów administracyjnych (WSA), trzech skarg obywateli¹³⁴ na rozstrzygnięcia sądów administracyjnych i jednej skargi komendanta straży granicznej¹³⁵), tj. 94% spraw, NSA orzekł o braku podstaw prawnych do nakładania kar pieniężnych i/lub nakładania, egzekwowania ograniczeń, podstawą których były przepisy kolejnych rozporządzeń *w sprawie nakazów i zakazów...* w związku z normami wynikającymi z art. 46b *uozz*. NSA podnosił w wyrokach m.in. niekonstytucyjność rozwiązań przyjętych w rozporządzeniach *w sprawie nakazów i zakazów...*, przekroczenie upoważnienia ustawowego do stanowienia określonych obowiązków (nakazów/zakazów), brak podstaw prawnych do wymierzania kar pieniężnych.

W większości zbieżną do NSA linię orzeczniczą prezentowały również wojewódzkie sądy administracyjne. Z przeglądu 189 wyroków WSA wydanych w okresie od stycznia do grudnia 2022 r.¹³⁶ dotyczących zagadnień obejmujących ustanawianie i egzekwowanie nakazów oraz zakazów wprowadzonych aktami wykonawczymi wydanymi na podstawie *uozz*, wynika, że w 92% (173 wyroki) sądy uwzględniły skargi obywateli/przedsiębiorców na rozstrzygnięcia/decyzje wydane przez właściwe organy PIS. W wydanych wyrokach sądy orzekały o:

- 1) uchyleniu decyzji organów PIS w przedmiocie nałożenia kar pieniężnych za naruszanie zakazu prowadzenia przez przedsiębiorców lub inne podmioty działalności gospodarczej lub w przedmiocie nakazu zaprzestania prowadzenia takowej i o umorzeniu postępowania administracyjnego w sprawie – 110 spraw (64%)¹³⁷;
- 2) bezskuteczności zaskarżonych czynności organów PIS w przedmiocie nałożenia obowiązku poddania się kwarantannie – 41 spraw (23%)¹³⁸;
- 3) uchyleniu decyzji organów PIS w przedmiocie nałożenia kar pieniężnych za naruszanie obowiązku kwarantanny/izolacji i o umorzeniu postępowania administracyjnego w sprawie – 14 spraw (8%)¹³⁹;

¹³¹ Art. 46b pkt 13 dodany przez art. 15 pkt 2 lit. c ustawy z dnia 28 października 2020 r. (Dz. U. poz. 2112) zmieniającej *uozz* z dniem 29 listopada 2020 r.

¹³² Przypisane w systemie LEX jako wyroki NSA wydane w związku z art. 46b *uozz*.

¹³³ Wymienione w przypisie od 5 do 9, z pominięciem podanych w przypisie 3 i 4.

¹³⁴ Wyroki opublikowane w systemie LEX nr: 3333891, 3335374, 3333821.

¹³⁵ Wyrok opublikowany w systemie LEX nr 3267776.

¹³⁶ Wyroki opublikowane w systemie LEX, dot. m.in. z art. 46b *uozz*, wg stanu na 10 marca 2023 r.

¹³⁷ Wyroki opublikowane w systemie LEX, przykładowo: 3347209, 3345688, 3357193, 3340937, 3337734, 3346705, 3335328, 3324352, 3330990, 3294935, 3406656.

¹³⁸ Wyroki opublikowane w systemie LEX, przykładowo nr: 3388340, 3370567, 3375569, 3347286, 3328836, 3320963, 3404327, 3433422.

¹³⁹ Wyroki opublikowane w systemie LEX, przykładowo nr: 3368344, 3447286, 3447298, 3406485, 3342790, 3420082, 3292276, 3450011.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 4) uchyleniu decyzji organów PIS w przedmiocie nałożenia kar pieniężnych oraz umorzeniu postępowania w sprawach (łącznie 5% wyroków¹⁴⁰) naruszania zakazu: organizowania spotkań/impres (5 spraw), przemieszczania się (2), korzystania z terenów zieleni (1).

Zarządzanie kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 na szczeblu centralnym

Nierzetelne działania MZ w zakresie zarządzania kryzysowego

W pierwszych sześciu miesiącach od wystąpienia pierwszego potwierdzonego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce (4 marca 2020 r.–4 września 2020 r.) nie wdrażano konsekwentnie planów i procedur opracowanych wcześniej na wypadek epidemii.

W całym okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego i stanu epidemii (od 13 marca 2020 r. – stan zagrożenia epidemicznego, a od 20 marca 2020 r. do 16 maja 2022 r. – stan epidemii) Rada Ministrów nie powołała pełnomocnika ds. zwalczania epidemii, o którym mowa w art. 10 ust. 1 ustawy o RM, co Szef KPRM wyjaśnił tym, że trudno byłoby znaleźć uzasadnienie powołania dodatkowo pełnomocnika/koordynatora działań podejmowanych przez poszczególne resorty w ramach walki z pandemią¹⁴¹.

4 marca 2020 r., tj. w dniu potwierdzenia pierwszego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce, odbyło się pierwsze posiedzenie RZZK poświęcone nowemu zagrożeniu. Od tego czasu RZZK zbierał się regularnie, a przebieg posiedzeń był utrwalany w formie protokołu podpisywanego przez PRM, w którym zgodnie z Regulaminem RZZK zawarte były podejmowane decyzje¹⁴².

Niewykonanie decyzji RZZK dot. planu budowy szpitali tymczasowych

W kluczowej sprawie powiększenia zasobu łóżek dla pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 zobowiązani ministrowie (Zdrowia, Aktywów Państwowych i Obrony Narodowej) nie wykonali decyzji RZZK z 4 kwietnia 2020 r., dotyczącej przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych (szerszy opis znajduje się w pkt *Szpitala tymczasowe: przygotowanie*). Temat szpitali tymczasowych nie był następnie poruszany na posiedzeniach RZZK aż do 13 października 2020 r. W dniu 16 października 2020 r. MZ wydał decyzję o utworzeniu pierwszego szpitala tymczasowego (w Rzeszowie), który został uruchomiony 27 listopada 2020 r.

Zarządzanie kryzysem wywołanym przez epidemię było wspierane przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, które m.in. od 26 marca 2020 r. opracowywało z własnej inicjatywy codzienny *Raport COVID-19 o sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie*.

¹⁴⁰ Wyroki opublikowane w systemie LEX nr: 3307030, 3318423, 3325775, 3303752, 3400954, 3400374, 3364404, 3344542.

¹⁴¹ NIK zauważył, że powołano Pełnomocnika do Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19.

¹⁴² Zarządzeniem Nr 67 Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 października 2014 r. w sprawie organizacji i trybu pracy Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego (M.P. z 2014 r. poz. 926). Zgodnie z §4 ust. 1–3 ww. zarządzenia, decyzje RZZK zapadają w drodze uzgodnienia, a zestawienie decyzji podjętych na jego posiedzeniu oraz zgłoszonych stanowisk odrębnych, zawarte jest w protokole.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Kancelarii Prezesa Rady Ministrów działało Centrum Analiz Strategicznych¹⁴³, które od 15 marca 2020 r. gromadziło i przekazywało PRM i Szefowi KPRM informacje o wydarzeniach związanych z epidemią w notatkach przeznaczonych do użytku wewnętrznego oraz raportach zawierających statystyki na temat COVID-19. Do przygotowania analiz, symulacji i prognoz rozwoju epidemii wykorzystywane były modele matematyczne opracowywane i rozwijane w CAS oraz narzędzia informatyczne wykorzystywane przez podmioty zewnętrzne.

W pierwszym półroczu trwania epidemii Minister Zdrowia nierzetelnie realizował przypisane mu zadania z zakresu zarządzania kryzysowego i od 4 marca 2020 r. do 3 września 2020 r. nie zwoływał swojego Zespołu Zarządzania Kryzysowego, a działania nieformalnego tzw. sztabu kryzysowego przy Ministrze w tym czasie nie były dokumentowane.

Decyzje podejmowane przez nieformalny sztab Ministra Zdrowia

Skład grupy osób, nazywanej *sztabem*, nie został określony w żadnym oficjalnym dokumencie, podobnie jak zasady jej zwoływania i pracy oraz kompetencje poszczególnych uczestników. Kontrolerom NIK nie okazano ani dokumentacji przebiegu obrad, list uczestników, ani zapisu dyskusji i podejmowanych decyzji, tak że nie było możliwe stwierdzenie, które z działań i decyzji, wywierających decydujący wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce w pierwszych sześciu miesiącach trwania epidemii zostały podjęte w wyniku prac tzw. *sztabu*.

Dopiero od 4 września 2020 r. działał Sztab Kryzysowy Ministra Zdrowia, powołany na podstawie przepisów ustawy o RM, którego spotkania były dokumentowane, choć w bardzo lakoniczny sposób.

Nierzetelne dokumentowanie działań organów administracji.

Organy administracji (MZ, GIS, wojewodowie) nie dokumentowały w sposób rzetelny niektórych działań podejmowanych w celu zwalczania epidemii COVID-19.

Brak dokumentowania działań administracji

Na szczeblu centralnym niepełne dokumentowanie działań organów władzy (brak dokumentacji, dokumentacja niepełna, bądź zdawkowa) skutkowało tym, że *post factum* nie można zidentyfikować przesłanek, stanowiących podstawę do przyjmowania przez Radę Ministrów poszczególnych rozstrzygnięć co do środków przeciwdziałania epidemii.

Nie można np. stwierdzić, na jakich podstawach została podjęta decyzja o wprowadzeniu zakazu wstępu na teren lasów zarządzanych przez Państwowe Gospodarstwo Leśne Lasy Państwowe w kwietniu 2020 r., ani też na jakiej podstawie nastąpiło wprowadzenie zakazu wstępu na cmentarze na przełomie października i listopada 2020 r.

Przykład

W okolicznościach, których nie można precyzyjnie ustalić, na podstawie istniejących dokumentów, w okresie od 3 do 19 kwietnia 2020 r., wprowadzono zakaz wstępu do lasów i parków narodowych, którym objęto ok. 25%

¹⁴³ Szefem CAS był pełnomocnik PRM.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

powierzchni Polski. Naruszenie tego zakazu przynosiło konsekwencje w postaci wymierzania przez straż leśną mandatów karnych (ogółem w okresie obowiązywania zakazu, tj. pomiędzy 3 a 19 kwietnia na terenie 117 nadleśnictw, Straż Leśna wymierzyła obywatelom, którzy ten zakaz łamali, 238 mandatów na kwotę łączną 49 370,0 zł).

Nie ma także dokumentacji pozwalającej na odtworzenie składu i przebiegu pracy nieformalnego sztabu kryzysowego **Ministra Zdrowia** (przed 4 września 2020 r., o czym mowa wyżej). Nie były też dokumentowane ani rejestrowane posiedzenia i narady grup roboczych i zespołów zwoływanych w związku z tworzeniem i działaniem szpitali tymczasowych z udziałem pracowników Ministerstwa Zdrowia, wojewodów i dyrektorów podmiotów leczniczych zaangażowanych w proces tworzenia szpitali tymczasowych.

W **Głównym Inspektoracie Sanitarnym** nie sporządzano dokumentacji dotyczącej składu i przebiegu obrad zespołów opracowujących wytyczne dla działania wielu gałęzi gospodarki i dziedzin życia i wpływających na życie codzienne praktycznie wszystkich obywateli (opracowano 195 zestawów takich wytycznych tylko w pierwszym roku trwania epidemii).

Nieinformowanie
obywateli o zamiarach
władz

Społeczeństwo nie było z wyprzedzeniem informowane o zamiarach władz dotyczących przeciwdziałania COVID-19.

W pierwszych sześciu miesiącach trwania epidemii władze wprowadzały zmiany w zasadach funkcjonowania wielu dziedzin życia społecznego i gospodarczego, w tym systemu ochrony zdrowia, na podstawie decyzji prezentowanych w momencie wprowadzania ich w życie, wobec czego obywatele nie mieli możliwości przewidywania działań organów państwa. W szczególności nie informowano obywateli o tym, jakie kroki będą podejmowane przez władze w przypadku nasilenia się epidemii (nie wskazywano np. liczby zakażeń po przekroczeniu której będą wprowadzane lub znoszone określone ograniczenia).

Plan 100 dni solidarności

Wyjątek w tym zakresie stanowił tzw. *Plan na 100 dni solidarności*, ogłoszony przez PRM 21 listopada 2020 r., w którym zawarto kryteria, jakimi miały się kierować władze przy wprowadzaniu i znoszeniu restrykcji w poszczególnych obszarach aktywności społecznej. Zgodnie z założeniami ww. Planu, przesłanką wprowadzenia narodowej kwarantanny miała być średnia dzienna liczba zachorowań z siedmiu dni, wynosząca od 27 do 29 tys. przypadków. W sytuacji, gdy codziennie spadała liczba zakażeń i z prognoz wynikało, że trend ten miał utrzymywać się do końca grudnia 2020 r. (z perspektywą wygaszenia postępu zakażeń w marcu 2021 r.), 17 grudnia 2020 r. Minister Zdrowia podczas konferencji prasowej poinformował o zamiarze wprowadzenia tzw. narodowej kwarantanny od 28 grudnia 2020 r.

Od 2 marca 2020 r. do 3 września 2020 r. Minister Zdrowia powoływał do życia i korzystał ze wsparcia m.in. następujących zespołów eksperckich: 1] Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID-19 – powołanego 4 kwietnia 2020 r.; 2] Zespołu do spraw opracowania strategii dzia-

łań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 – powołanego 21 lipca 2020 r.; 3] Zespołu do spraw zakupu szczepionki na COVID-19 – powołanego 19 sierpnia 2020 r.

Minister Zdrowia pismem z dnia 20 marca 2020 r. wystąpił do konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia z prośbą o przekazanie konsultantom wojewódzkim, aby zaprzestali samodzielnego wydawania opinii na bieżące tematy związane z epidemią.

Rada Medyczna przy Prezesie Rady Ministrów została powołana dopiero 6 listopada 2020 r. Rada opublikowała 19 stanowisk i pięć komunikatów, w większości krytycznych wobec polityki władz – szczególnie na przełomie 2021/2022 r. W dniu 14 stycznia 2022 r.¹⁴⁴ 13 z 17 jej członków złożyło rezygnację z uczestnictwa w Radzie ze względu na – jak to określono „brak wpływu rekomendacji na realne działania” i „wyczerpanie się dotychczasowej współpracy”.

W dniu 9 lutego 2022 r. PRM powołał Radę ds. COVID-19, składającą się z 17 lekarzy – reprezentujących różne specjalności medyczne, 13 przedstawicieli oraz sześciu specjalistów z zakresu nauk społeczno-ekonomicznych i sześciu przedstawicieli instytucji (w tym Minister Zdrowia, GIS, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Prezes NFZ, Dyrektor NIZP-PZH, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych).

Do przygotowania systemu ochrony zdrowia na prognozowaną na jesień 2020 r. kolejną falę zakażeń nie wykorzystano doświadczeń z misji do Bergamo w Lombardii, Słowenii i Stanów Zjednoczonych przeprowadzonych przez lekarzy WIM, którzy w kwietniu 2020 r., opracowali model mobilnego modułowego szpitala tymczasowego, mieszczącego się w kontenerach, przeznaczonych dla 60 pacjentów, którego koszt wraz z wyposażeniem i aparaturą medyczną oszacowano na 37 mln zł (w tym aparatura – 20 mln zł). Realizacja projektu została jednak uznana za *bezprzedmiotową* 13 maja 2020 r. przez Ministerstwo Obrony Narodowej. Do koncepcji szpitala wzorowanego na modelu WIM powrócono jednak jesienią 2020 r.¹⁴⁵ w okresie gwałtownego wzrostu liczby hospitalizacji pacjentów z COVID-19.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, odpowiadając z upoważnienia Ministra na pytanie skierowane do MZ wyjaśnił nieskorzystanie przy opracowaniu *Strategii walki z pandemią Covid-19. Jesień 2020 (wersja 3.0)* oraz dokumentu pt. *Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19 z doświadczeń trzech misji WIM*, innymi uwarunkowaniami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Niewykorzystanie doświadczeń WIM

¹⁴⁴ Według danych MZ, 14 stycznia 2022 r. zmarły 423 osoby z COVID-19, w szpitalach pozostawało 15,6 tys. pacjentów z COVID-19.

¹⁴⁵ 13 listopada 2020 r. MON wydał decyzję 366/DWSZdr w sprawie tworzenia ST modułowego w lokalizacji w Warszawie przy ul. Szaserów 128. Szpital przyjął pierwszego pacjenta 14 marca 2021 r.

w Polsce oraz odmiennym przebiegiem epidemii COVID-19 w porównaniu do innych krajów europejskich. W swoich wyjaśnieniach nie wskazał natomiast, dlaczego to rozwiązanie nie mogło być zastosowane.

Zdaniem NIK, koncepcja mobilnego szpitala złożonego z modułów nadawała się do wykorzystania w polskich warunkach organizacyjnych i epidemicznych, a przydatność opracowanego przez WIM modelu udzielania świadczeń w zakresie opieki szpitalnej potwierdza utworzenie w późniejszym czasie w Polsce czterech szpitali tymczasowych w modelu modułowym¹⁴⁶ i ich efektywne wykorzystanie do leczenia pacjentów chorych na COVID-19.

Finansowanie wydatków na zwalczanie COVID-19 w pierwszych miesiącach epidemii

Wyłączenie mechanizmów kontrolnych przy wydatkowaniu środków na przeciwdziałanie COVID-19

Celem uzupełnienia braków w ŚOI i aparaturze medycznej władze dokonywały pospiesznych zakupów, co wraz z wyłączeniem stosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych generowało ryzyko wydatkowania środków publicznych w sposób niegospodarny, niecelowy i bez zachowania zasady osiągnięcia najlepszego rezultatu z ponoszonych nakładów.

Od 8 marca 2020 r., specustawą COVID-19¹⁴⁷, wprowadzono regulacje wyłączające stosowanie przepisów dotyczących zamówień publicznych do wydatków, których przedmiotem są towary lub usługi, a od 31 marca 2020 r. do zamówień na usługi lub dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego.

Zdaniem NIK, przepisy PZP przewidywały możliwość udzielenia zamówienia publicznego w trybie z wolnej ręki ze względu na wyjątkową sytuację niewynikającą z przyczyn leżących po stronie zamawiającego, której nie mógł przewidzieć, a wymagane było natychmiastowe wykonanie zamówienia, a więc umożliwiały zamawiającym szybką reakcję na ich nieoczekiwane potrzeby. Proces zakupowy przeprowadzony w trybie z wolnej ręki, zgodnie z ustawą PZP, jest odpowiednio udokumentowany, a wyrazem udzielenia zamówienia publicznego jest obowiązkowo pisemna umowa. Natomiast całkowite wyłączenie określonych zakupów ze stosowania przepisów o zamówieniach publicznych oznacza brak takich rygorów. Rodzi to ryzyko dowolności postępowania, słabości kontroli wewnętrznej oraz braku jawności postępowania, co może stanowić mechanizm korupcyjny.

Ograniczenie stosowania PZP nie było jednak równoznaczne z uchyleciem wymogu, by wydatki publiczne dokonywane były w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: a) uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, b) optymalnego doboru metod i środków słu-

¹⁴⁶ Szpitale tymczasowe w Legnicy, Płocku, Ostrołęce i Warszawie – ul. Szaserów.

¹⁴⁷ Od 8 marca 2020 r. art. 6, a od 31 marca 2020 r. do czasu uchylecia z dniem 4 września 2020 r. art. 6 ust 1. Od dnia 29 listopada regulacja o możliwości niestosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych wynikała z art. 6a specustawy COVID-19.

zących osiągnięciu założonych celów, określonych w art. 44 ust. 3 pkt 1 *uffp* oraz aby wydatki niezwiązane z przeciwdziałaniem epidemii nadal były ponoszone na podstawie PZP.

W art. 11 ust. 2 *specustawy* Prezes Rady Ministrów uzyskał prawo do wydania określonym podmiotom (wybranym spółkom działającym z udziałem Skarbu Państwa lub stanowiącym jego własność oraz przedsiębiorcom prywatnym), w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, polecenia m.in. zakupów środków ochrony osobistej, testów oraz sprzętu medycznego.

Możliwość dokonywania w powyższy sposób zakupów na potrzeby przeciwdziałania COVID-19 została wykorzystana, szczególnie w pierwszych miesiącach epidemii, przez Ministra Szefa KPRM i Ministra Zdrowia do zakupów ŚOI i aparatury medycznej (głównie respiratorów) od podmiotów spoza branży medycznej.

Nieprawidłowe zakupy respiratorów

Przykład

1. Minister Zdrowia nabył w kwietniu 2020 r. za łączną kwotę **44 702,4 tys. zł** respiratory, które albo nie spełniały norm bezpieczeństwa, albo nie miały wymaganej przepisami dokumentacji, lub też kompletnego wyposażenia, albo były niedostosowane do pracy w polskich warunkach, a ponadto polskie firmy, wyspecjalizowane w handlu wyrobami medycznymi, oferowały w tym czasie sprawne i o wiele tańsze urządzenia:

a) MZ bez podpisania umowy zakupił respiratory JIXI-H-100a (30 szt.) co mogło znacząco utrudnić dochodzenie roszczeń z tytułu dostarczenia wadliwego sprzętu, za które MZ zapłacił 3564,0 tys. zł¹⁴⁸. Sprzęt nie spełniał wymogów bezpieczeństwa wobec czego nie mógł być wykorzystany w Polsce.

b) Została także zawarta umowa na dostawę respiratorów różnych typów, z naruszeniem której wykonawca nie dostarczył 1041 szt. respiratorów pomimo tego, że na jego rzecz została dokonana płatność zaliczkowa w kwo-

¹⁴⁸ Respiratory JIXI-H-100a (30 szt.): Wniosek o ich zakup, z 6 kwietnia 2020 r., podpisał Podsekretarza Stanu w Ministerstwie. We wniosku wskazano, jako dostawcę, KGHM oraz kwotę brutto 3564,0 tys. zł (cena za sztukę 118,8 tys. zł). Wnioskodawcą był Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa. Na ten sam dzień jest datowany protokół odbioru, zgodnie z którym sprzęt został dostarczony do Składnicy ARM w Lublińcu 6 kwietnia 2020 r. Na protokole widnieje podpis Podsekretarza Stanu w Ministerstwie, który wnioskował o zakup. Zakup został dokonany wyłącznie na podstawie wniosku, Minister Zdrowia nie zawarł w tym celu umowy z KGHM. Wg protokołu, dostarczony sprzęt odebrano bez uwag i zastrzeżeń 6 kwietnia 2020 r. Natomiast 8 kwietnia zapłacono za te respiratory 3564,0 tys. zł, zgodnie z wnioskiem i fakturą VAT, wystawioną przez KGHM. Na fakturze z 7 kwietnia 2020 r. widnieje data sprzedaży 4 kwietnia 2020 r., czyli dwa dni przed złożeniem i akceptacją wniosku o zakup tych urządzeń. Sprzęt został dostarczony do Składnicy ARM w Lublińcu 6 kwietnia 2020 r. Podczas przyjmowania tych respiratorów do magazynów ARM, pracownicy Agencji sprawdzili kompletność sprowadzonych urządzeń oraz dołączonej dokumentacji. Kontrola ta wykazała, że respiratory JIXI-H-100a nie miały: oznaczeń CE, oznaczeń producenta na tabliczkach znamionowych, paszportów technicznych, certyfikatów zgodności lub deklaracji zgodności oraz instrukcji w języku polskim. W skład wyposażenia wchodziły przeterminowane (wyprodukowane 31 marca 2018 r. z przydatnością do użytkowania jeden rok od daty produkcji) i niewłaściwie przechowywane czujniki tlenu (powinny być przechowywane w lodówce). W przypadku tych wszystkich 30 szt. urządzeń, w dokumentacji badania technicznego, które 28 października 2020 r. przeprowadzili pracownicy specjalistycznej firmy prowadzącej serwis urządzeń medycznych, wykryto wady i opisano je w następujący sposób: *Parametry pracy urządzenia nie spełniają norm, parametry wentylacji poza wszelkimi progami tolerancji, brak zabezpieczenia przed przypadkową zmianą parametrów, urządzenie niedopuszczone do eksploatacji*. Sekretarz Stanu MZ potwierdził brak pisemnej umowy zakupu tych respiratorów.

Niegospodarne zakupy respiratorów przez KPRM

cie 161,3 mln zł. Łączna wartość respiratorów dostarczonych na podstawie tej umowy (wg ceny zakupu) wyniosła 41 138,3 tys. zł. Podczas odbioru sprzętu w protokołach wskazywano na braki dokumentacji oraz elementów umożliwiających poprawne jego działanie¹⁴⁹.

2. W dniu 16 kwietnia 2020 r., na podstawie art. 11 ust. 3 w związku z art. 6 ust. 1 specustawy, reprezentujący Skarb Państwa **Minister Szef KPRM** zawarł umowę ze spółką z udziałem Skarbu Państwa, na podstawie której przekazała ona do ARM 288 respiratorów (286 szt. Bellavista 1000e i dwa respiratory AEONMED Shangrila 590) o łącznej wartości (wg ceny zakupu) **37 622,1 tys. zł.**

ARM odbierając ww. sprzęt i SOI nie знаła warunków jakim mają odpowiadać respiratory i jedynie była informowana o ilości produktów dostarczonych do jej składnic. Przeprowadzona przez ARM ocena stanu technicznego dostarczonego sprzętu wykazała, że respiratory Bellavista 1000e, za które KPRM zapłacił kwotę łączną 37 368,6 tys. zł, były niekompletne oraz nieprawidłowo oznakowane¹⁵⁰. Ponadto z ustaleń kontroli wynika, że cena tych respiratorów była wyższa od ich ceny oferowanej przez dostawcę krajowego¹⁵¹. Natomiast respiratory Aeonmed Shangrila 590, miały używane kompresory, nie były wyposażone w wymagane paszporty techniczne oraz instrukcje użytkowania (załączono instrukcje w języku chińskim).

W obydwu ww. przykładach zatem sprzęt o łącznej wartości **82 324,5 tys. zł** (wg ceny zakupu) został nabyty od podmiotów spoza branży medycznej z naruszeniem art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 *ufp*, ponieważ ze względu na wady konstrukcyjne, braki w dokumentacji lub wyposażeniu albo stan techniczny nie posłużył celowi, do jakiego został zakupiony, czyli szybkiego uzupełnienia niedoborów aparatury medycznej służącej leczeniu osób z COVID-19.

W przypadku natomiast, gdy dostawcami były podmioty wyspecjalizowane w handlu wyrobami medycznymi, zlecenia zostały wykonane terminowo i bez zastrzeżeń co do jakości sprzętu, który był objęty gwarancją i miał kompletną dokumentację, a zatem mógł zostać wykorzystany do celu w jakim został zakupiony.

¹⁴⁹ Sprzęt był dostarczony do Składnicy ARM w partiach, tj. 30 czerwca 2020 r. – 50 szt. respiratorów Draeger Savina 300 Classic oraz 10 szt. respiratorów MTV 1000 ICU, a także 9 lipca 2020 r. – 140 szt. respiratorów MTV 1000 ICU. Pracownicy Agencji stwierdzili, że respiratory MTV1000 ICU nie mają pełnego wyposażenia (końcówki drenów tlenowych AGD) oraz paszportów technicznych i certyfikatów zgodności lub deklaracji zgodności. Natomiast respiratory Draeger Savina 300 Classic, wg dokumentacji przyjęcia, nie miały niezbędnego oprzyrządowania oraz paszportów technicznych. ARM podjęła działania dla przystosowania urządzeń do pracy w warunkach polskich szpitali, usunięcia wad, braków w dokumentacji i wyposażeniu, umożliwiające ich legalne wykorzystanie. Powodem decyzji zamiany asortymentu z respiratorów marki Boaray 5000D na respiratory Draeger Savina 300 Classic był szybszy termin dostawy oraz wyższa jakość sprzętu.

¹⁵⁰ Tj. nie miały przewodów tlenowych z wtykiem DIN (co uniemożliwiało ich zastosowanie w szpitalach na terenie Polski), nie miały sprawnych baterii, co w przypadku dwóch urządzeń uniemożliwiało ich działanie. 50 respiratorów nie miało rurek z czujnikiem przepływu, dwa urządzenia – stelaży układu oddechowego. W jednym nie było czujników, a w jednym zestawów filtrów piankowych. 20 tych respiratorów nie było prawidłowo oznakowanych.

¹⁵¹ Z informacji uzyskanej od dystrybutora respiratorów Bellavista1000e wynika, że w marcu i kwietniu 2020 r. cena jednostkowa tego urządzenia wynosiła 65,0 tys. zł wraz z dostawą.

Przykład

Respiratory Astral 150 (100 szt.) miały być dostarczone, zgodnie z umową sprzedaży z 14 kwietnia 2020 r., zawartą pomiędzy MZ (w imieniu, którego działał Podsekretarz Stanu) a spółką „R” Polska. Wartość umowy wynosiła 3135,5 tys. zł brutto. Wykonawca miał dostarczyć 100 respiratorów wraz z akcesoriami koniecznymi do ich użytkowania. W toku kontroli ustalono, że wykonawca dostarczył 10 szt. respiratorów 8 maja 2020 r., 29 szt. 25 maja 2020 r. oraz 61 szt. 24 czerwca 2020 r. Odbierający sprzęt przedstawiciele Ministerstwa oraz pracownicy Agencji nie wnieśli uwag co do jakości i kompletności zakupionego sprzętu.

31 marca 2020 r. na podstawie art. 65 ustawy zmieniającej został utworzony Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, którym dysponował Prezes Rady Ministrów i głównie dzięki niemu zapewniono finansowanie działań podejmowanych w tym celu, oraz w innych celach, doraźnie wytyczanych¹⁵².

Mechanizmy utrudniające gospodarne i legalne wydatkowanie środków publicznych

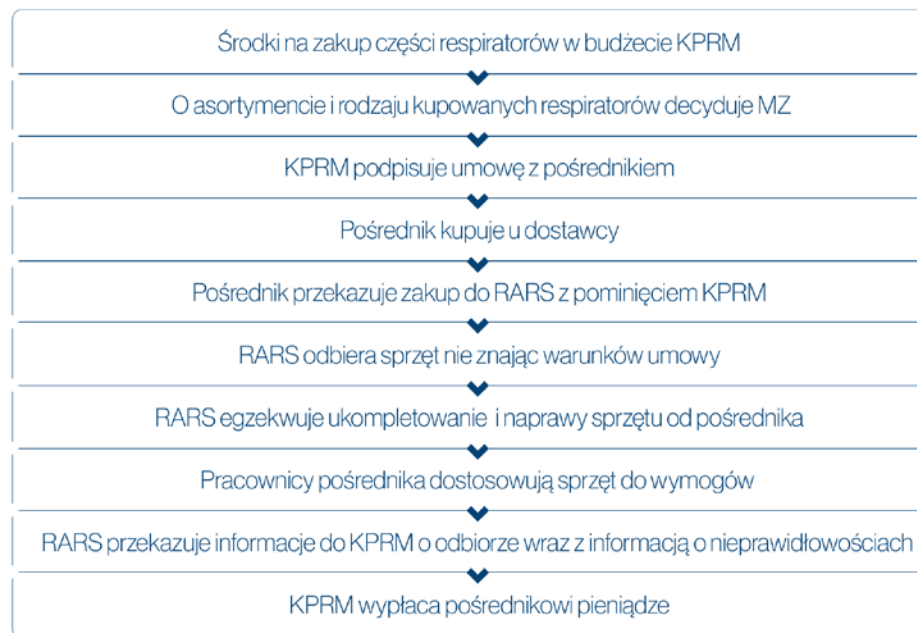
Sprawowaniu skutecznego nadzoru nad gospodarnością wydatkowania środków publicznych nie sprzyjało dokonanie w szeregu przypadkach rozdziału procesu realizacji zadań/czynności pomiędzy wiele niepowiązanych ze sobą organizacyjnie i hierarchicznie podmiotów. Przykładem takiego rozproszenia kompetencji i odpowiedzialności był opisany wyżej zakup respiratorów przez Ministra Szefa KPRM od pośrednika (spółka z udziałem Skarbu Państwa) dostarczonych tej spółce przez dostawcę niedziałającego w branży medycznej. Skomplikowana, wieloetapowa procedura, gdzie decyzje merytoryczne co do liczby i ceny zamawianych respiratorów podejmowały organy różne od tych, które następnie dokonywały płatności, zakup realizowany był bez stosowania trybu konkurencyjnego, lecz z przyrzoną refundacją ze środków publicznych, zaś odbiór jakościowy realizowała jeszcze inna instytucja, dysponująca jedynie ograniczoną wiedzą o oczekiwaniach nabywcy, kreowało mechanizm korupcyjny. Przebieg zakupu i dostawy ilustruje poniższa infografika.

¹⁵² Wśród zadań realizowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 finansowana jest np. wypłata i obsługa dodatku węglowego i rekompensat dla przedsiębiorstw energetycznych (art. 65 ust. 5 pkt 6 ustawy zmieniającej). Ocena finansowania innych działań została dokonana w toku szeregu szczegółowych kontroli przeprowadzonych przez NIK, na przykład P/22/007 *Realizacja zadań finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19*.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 5

Schematyczny przebieg zakupu respiratorów przeprowadzonego przez Ministra Szefa KPRM



Źródło: opracowanie własne NIK.

Zarządzanie kryzysem przez wojewodów

Częściowo prawidłowe i skuteczne działania wojewodów w zakresie zwalczania epidemii COVID-19

Skontrolowani wojewodowie¹⁵³, co do zasady, skutecznie wywiązywali się z nałożonych na nich różnorodnych obowiązków związanych z kryzysem wywołanym przez epidemię COVID-19, choć w ich działaniach wystąpiły nieprawidłowości¹⁵⁴.

We właściwości wojewodów, znajdowały się m.in. sprawy związane z planowaniem kryzysowym na wypadek wystąpienia epidemii¹⁵⁵, kierowanie osób do pracy przy zwalczaniu epidemii, powołanie koronerów, tj. lekarzy i lekarzy dentyków do stwierdzania zgonów osób podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo zakażonych tym wirusem poza szpitalem a także utworzenie miejsc kwarantanny i izolacji.

Wojewodowie odpowiadali też za postawienie szpitali w stan podwyższonej gotowości 28 lutego 2020 r., utworzenie *szpitali jednoimiennych* wiosną 2020 r., udzielanie wsparcia dla *szpitali koordynujących* jesienią 2020 r., uczestniczyli w utworzeniu większości *szpitali tymczasowych* jesienią 2020 r. i na wiosnę 2021 r. oraz przekształcali łóżka i oddziały w poszczególnych szpitalach w tzw. covidowe, co odbywało się bez planu, na podstawie wydawanych indywidualnie bardzo licznych decyzji, kierowanych do podmiotów leczniczych¹⁵⁶.

¹⁵³ W ramach kontroli R/20/001 i P/20/062 – wojewodowie małopolski, śląski, mazowiecki, wielkopolski i podkarpacki.

¹⁵⁴ Tworzenie, organizacja i likwidacja ST oraz udział w tych procesach wojewodów zostały opisane w części Informacji poświęconej szpitalom tymczasowym. Pod takim kątem oceniano wojewodów: śląskiego, dolnośląskiego i mazowieckiego.

¹⁵⁵ Do obowiązków tych należało także opracowanie WPZK i WPDnWWE.

¹⁵⁶ Od września 2020 r. do sierpnia 2021 r. w 14 województwach wydano co najmniej 4387 takich decyzji. Prezentowane dane oparto na trzech dostępnych dokumentach pt. *Sprawozdanie*

Czterej spośród pięciu skontrolowanych wojewodów¹⁵⁷ prawidłowo wykonywało obowiązki wynikające z art. 7g *specustawy* z 2 marca 2020 r., związane z powołaniem koronerów, tj. lekarzy i lekarzy dentyistów powołanych do stwierdzania zgonów poza szpitalem osób podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo zakażonych tym wirusem. Natomiast wojewoda mazowiecki, pomimo że w 2020 r. powołał koronera, to nie zapewnił, by zasięg ich działania obejmował całe województwo mazowieckie, czego wymagał przepis art. 7g ust. 1 i 2 ustawy. Nie powołano lekarzy koronerów na terenie powiatów: żuromińskiego, sierpeckiego, płockiego, płońskiego, gostynińskiego, sochaczewskiego, siedleckiego, łosickiego¹⁵⁸.

Mechanizmy umożliwiające uzupełnianie przez wojewodów w trybie nadzwyczajnym braków kadrowych, występujących w poszczególnych szpitalach wyznaczonych do leczenia pacjentów z COVID-19, w pierwszym okresie epidemii (marzec–październik 2020 r.) nie przyniosły oczekiwanych efektów, ponieważ dane personalne pracowników medycznych, zawarte w WPDnWWE okazały się w wielu aspektach nieaktualne. Wobec tego, we wszystkich skontrolowanych województwach¹⁵⁹ wystąpiły przypadki wydawania decyzji kierujących do pracy osoby, które powinny być zwolnione z tego obowiązku na podstawie obowiązujących przepisów.

Częściowo skuteczne
powoływanie koronerów

Częściowa skuteczność
mechanizmu kierowania
do pracy decyzjami
administracyjnymi

Przykład

W województwie mazowieckim w załącznikach nr 3 „Lista imienna osób skierowanych do prac” do WPDnWWE z 2014 r. i nr 7 „Imienna lista osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi” do WPDnWWE z 2020 r. ujęto odpowiednio 30% i 13% osób, które ze względu na wiek powyżej 60 roku życia nie podlegały, z mocy art. 47 ust. 3 pkt 1 *uozz*, skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii.

Począwszy od listopada 2020 r. problem braku kadr medycznych rozwiązywano poprzez zachętę finansową w postaci tzw. dodatku covidowego, co zostało szczegółowo ocenione w ramach innej kontroli NIK¹⁶⁰.

z realizacji ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych przedstawionych przez Radę Ministrów Sejmowi RP: 1] w listopadzie 2020 – za okres marzec–sierpień 2020 r. (druk sejmowy nr 875 z 2020 r.), 2] w sierpniu 2021 – za okres wrzesień–listopad 2020 i grudzień 2020 – luty 2021 r. (druk sejmowy nr 1523) i 3] w marcu 2022 r. za okres marzec–sierpień 2021 r. (druk sejmowy nr 2153). Dane na temat wydawanych decyzji dla poszczególnych województw prezentowane są w ww. dokumentach w niejednolity sposób, dlatego w zestawieniu nie uwzględniono liczby decyzji wydanych przez wojewodę małopolskiego i wojewodę warmińsko-mazurskiego.

¹⁵⁷ W ramach kontroli R/20/001 i P/20/062 – wojewodowie małopolski, śląski, mazowiecki, wielkopolski i podkarpacki.

¹⁵⁸ Od 4 czerwca 2020 r. powołano koronera dla powiatu piaseczyńskiego, grójeckiego, grodzkiego, żyrardowskiego, warszawskiego zachodniego, pruszkowskiego, od 8 czerwca 2020 r. dla m.st. Warszawy, powiatu legionowskiego i nowodworskiego, od 19 czerwca 2020 r. dla powiatu wołomińskiego, mińskiego, otwockiego, garwolińskiego, od 26 czerwca 2020 r. dla powiatu radomskiego, lipskiego zwoleńskiego, kozienickiego, białobrzeskiego, przysuskiego, szydlowieckiego, ostrowskiego, wyszkowskiego, węgrowskiego, sokołowskiego, od 2 lipca 2020 r. dla powiatu ostrołęckiego, makowskiego, przasnyskiego, mławskiego, ciechanowskiego, pułtuskiego.

¹⁵⁹ Kontrola P/20/062 objęła województwo śląskie, mazowieckie, wielkopolskie i podkarpackie.

¹⁶⁰ Ustalanie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 – D/21/507.

Miejsca kwarantanny i izolatoria

Wojewodowie wywiązali się z obowiązku uruchomienia miejsc kwarantanny oraz izolatoriów, jednak tylko w części stanowiło to realizację wcześniejszych planów. Główną przyczyną dokonywania zmian były nieaktualne dane o obiektach wymienionych w WPDnWWE i stan techniczny tych obiektów.

Przykłady

- W **woj. śląskim** dwa spośród 15 obiektów, w których utworzono miejsca kwarantanny, nie spełniały wszystkich wymagań określonych w zał. nr 20 do WPDnWWE. Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich nie miał pomieszczenia przeznaczonego na izolatkę, a SP ZOZ Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku nie miał sypialni z pełnym węzłem sanitarnym i pomieszczenia przeznaczonego na izolatkę. Było to niezgodne z wymaganiami dla obiektów wyznaczonych na miejsca kwarantannowe, określonymi w WPDnWWE, w których podano, że w budynku powinny znajdować się m.in. sypialnie wyposażone w łóżko, stół lub biurko, krzesło, pełen węzeł sanitarny z ciepłą i zimną wodą oraz pomieszczenie przeznaczone na izolatkę.
- W **woj. wielkopolskim** w WPDnWWE z 2020 r. wskazano niepełne dane, dotyczące miejsc izolacji i kwarantanny oraz szacunkowej liczby osób jaka może zostać poddana kwarantannie i izolacji i pomimo dokonania aktualizacji danych były one niezgodne ze stanem faktycznym.
- W **woj. wielkopolskim** utrzymywano do 6 kwietnia 2021 r. w gotowości do przyjęcia pacjentów izolatorium nr 2 (na 240 miejsc), co było działaniem niecelowym i niegospodarnym, gdyż przesłanki uzasadniające utworzenie tego izolatorium ustały zdaniem NIK najpóźniej w drugiej połowie stycznia 2021 r., kiedy wojewoda zakończył proces zamykania dziewięciu z dziesięciu izolatoriów utworzonych w listopadzie 2020 r. (z wyjątkiem izolatorium nr 2). Wojewoda dysponował poza tym rekomendacją WOW NFZ z dnia 7 grudnia 2020 r., wskazującą na brak uzasadnienia dla dalszego utrzymywania izolatorium nr 2. (...) Koszty utrzymania izolatorium nr 2 w okresie od 1 lutego 2021 r. do 6 kwietnia 2021 r. poniesione przez NFZ wyniosły 133 900,0 zł.

Pomimo tego, że do grudnia 2022 r. od początku epidemii COVID-19 upłynęły już ponad dwa lata, w przeprowadzanych aktualizacjach WPDnWWE w ograniczonym zakresie odnoszono się do nabytych doświadczeń, przy czym nie przyjęto w odniesieniu do tej problematyki jednolitego, spójnego podejścia.

Przykład

Podczas gdy w marcu 2020 r. łącznie we wszystkich WPDnWWE przewidywano możliwość wyodrębnienia we wszystkich szpitalach 17 tys. łóżek, to w wyniku zmian wprowadzonych przez poszczególnych wojewodów w czasie epidemii COVID-19 liczba ta wzrosła do ok. 32 tys. łóżek¹⁶¹. Nie było to jednak efektem proporcjonalnego wzrostu we wszystkich województwach i wynikało głównie ze wzrostu liczby tych łóżek ujętych w planie: woj. małopolskiego – z 1102 do 13 427, woj. mazowieckiego z 461 na 1845 i podlaskiego – z 222 do 1446. Jednocześnie niektórzy wojewodowie zmniejszali liczby łóżek wykazywane w planach – np. w woj. warmińsko-mazurskim ich liczba zmalała z 184 do 106 miejsc i w lubuskim – z 251 zmalała do 35 miejsc.

¹⁶¹ Dane według zapisów WPDnWWE ze wszystkich województw obowiązujących w grudniu 2021 r.

Żaden z WPDnWWE nie przewidywał przed epidemią możliwości poszerzenia bazy szpitalnej służącej leczeniu osób z chorobą zakaźną poprzez tworzenie szpitali w miejscach do tego uprzednio nieprzeznaczonych. Pomimo tego, że we wszystkich województwach jesienią 2020 r. i na wiosnę 2021 r. utworzono i uruchomiono co najmniej jeden szpital tymczasowy, to tylko w dwóch przypadkach aktualizacje do WPDnWWE wprowadzone w trakcie epidemii zawierały zapisy odnoszące się do takich placówek (woj. małopolskie i pomorskie). Należy zaznaczyć także, iż wszystkie szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych powstały w lokalizacjach, które nie były wykazywane w WPDnWWE.

Nadzór i wsparcie dla WSSE i PSSE

Wojewodowie pełnili funkcję zwierzchników służbowych i koordynatorów działań prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, Państwowych Wojewódzkich i Powiatowych Inspektorów Sanitarnych. Zauważyć przy tym należy, że kompetencje GIS w odniesieniu do zarządzania strukturami wojewódzkimi i powiatowymi były istotnie ograniczone przez funkcjonujące w tym zakresie przepisy.

Zgodnie z art. 51 ustawy dnia 23 stycznia 2009 r. o *województwie i administracji rządowej w województwie*¹⁶² Wojewoda jako zwierzchnik rządowej administracji zespolonej w województwie: kieruje nią i koordynuje jej działalność, kontroluje jej działalność, zapewnia warunki skutecznego jej działania i ponosi odpowiedzialność za rezultaty jej działania. Zasady tworzenia stacji sanitarno-epidemiologicznych, powoływania i odwoływania PPIS określa uoPIS. Państwowi Wojewódzcy i Powiatowi Inspektorzy Sanitarni podlegali wojewodom i to od aktywności wojewodów zależało m.in. uzupełnianie ich wyposażenia, zasilanie budżetu i dokonywanie odpowiednich wzmocnień kadrowych. Wszyscy skontrolowani wojewodowie wykazali się aktywnością na tym polu.

Państwowa Inspekcja Sanitarna

Państwowa Inspekcja Sanitarna nie była przygotowana do skutecznego przeciwdziałania epidemii.

Koordynacja i nadzór nad strukturami PIS w kraju

Zgodnie z przepisami GIS jedynie nadzoruje i koordynuje działanie organów wojewódzkich i powiatowych PIS, które podlegają wojewodom. Powyższe uwarunkowania prawne i organizacyjne skutkowały tym, że:

- GIS nie miał i nie gromadził szczegółowych informacji o potrzebach i stanie zasobów będących w dyspozycji PSSE i WSSE (informacje te gromadzili wojewodowie jako zwierzchnicy stacji PIS w ramach administracji zespolonej).
- GIS nie brał udziału w ustalaniu i przekazywaniu środków finansowych dla PSSE i WSSE, również przeznaczonych na doposażenie laboratoriów diagnostycznych znajdujących się w strukturach tych jednostek, a jedynie dokonywał oceny merytorycznej wniosków PIS kierowanych

¹⁶² Dz. U. 2023 r. poz. 190.

przez struktury terenowe Inspekcji do wojewodów – o ile otrzymał je do wiadomości.

- GIS nie miał wpływu na wynagrodzenia pracowników stacji PIS, bo pozostawało to w kompetencji wojewodów.

Od 2 marca 2020 r. GIS także w niepełnym zakresie wykorzystywał możliwości koordynowania i nadzorowania działań PSSE i WSSE wynikające z art. 8a ust. 1 pkt 1 *uoPIS*.

W ramach tych działań GIS wyjaśniał wprawdzie przepisy i udzielał instrukcji nadzorowanym organom, zapewnił utrzymanie łączności i pełnienie całodobowych dyżurów oraz wspierał starania o dofinansowanie i racjonalne wykorzystanie osób zatrudnionych w PSSE i WSSE, jednak w okresie tzw. II fali COVID-19 (październik 2020 r.) nie nadzorował i nie monitorował na bieżąco skali wyłączeń z pracy pracowników Sanepidu czy całych Stacji ani skali zaległości w przeprowadzaniu przez te Stacje wywiadów epidemiologicznych. Informacje takie zgromadził dopiero na polecenie Ministra Zdrowia.

Informowanie społeczeństwa i monitorowanie epidemii

Nierzetelne
monitorowanie zakażeń
i testów

Od rozprzestrzenienia się pandemii COVID-19 na teren Polski do 23 listopada 2020 r. informacje o liczbie zakażeń i przeprowadzanych testów nie były rzetelnie weryfikowane przez GIS i MZ, wobec czego społeczeństwu były przekazywane w tej materii błędne dane. Największa różnica pomiędzy danymi rzeczywistymi a danymi o liczbie przypadków zakażeń, podawanych przez GIS wyniosła w listopadzie 2020 r. ponad 22 tys. przypadków.

Od początku epidemii dane dotyczące sytuacji epidemicznej w poszczególnych powiatach oraz województwach publikowane były na stronach poszczególnych PSSE i WSSE. Na tej podstawie MZ codziennie prezentował oficjalne informacje dotyczące: ogólnej liczby osób, u których stwierdzono obecność wirusa SARS-CoV-2, dziennej liczby nowo wykrytych przypadków zakażenia, liczby osób objętych kwarantanną, liczby osób pozostających pod nadzorem epidemiologicznym, liczby osób hospitalizowanych z powodu COVID-19, liczby ozdowieńców ogółem i na każdy dzień oraz liczby zgonów ogółem i na każdy dzień. Także codziennie, jednocześnie z konferencją prasową MZ, na stronie MZ na portalu Twitter publikowane były oficjalne komunikaty dotyczące m.in. liczby zakażeń, liczby zgonów itp. (z podziałem na województwa). Od marca 2020 r. do 23 listopada 2020 r. ujawniono przypadki nierzetelnego informowania o liczbie przeprowadzonych testów i wykrytych zakażeń:

Przykłady

- 8 sierpnia 2020 r. Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że 230 tysięcy testów zrobionych przez jeden ze szpitali w Kielcach okazało się nieważne. Resort musiał odjąć je od ogólnej puli przeprowadzonych badań. 230 tysięcy stanowiło około 10 proc. testów w skali całego kraju. Liczbę tę trzeba odjąć od 2,4 mln testów, które wykonano od początku pandemii w Polsce¹⁶³. Nie-

¹⁶³ https://twitter.com/MZ_GOV_PL/status/1292025394862981122?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwtterm%5E1292025394862981122%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5E%1&ref_url=https%3A%2F%2Fpulseembed.eu%2Fp2em%2Fy_w4ovud4%2F

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

prawidłowość spowodowana była tym, że w codziennym raporcie sporządzanym przez Szpital do WSSE podawano sumę wszystkich dotychczas wykonanych badań, a nie tylko te, które zostały przeprowadzone danego dnia, a Wojewódzka Stacja przekazywała tę informację do GIS. W tym przypadku błędne dane były przekazywane przez długi czas i nie zostało to wykryte na etapie ich agregowania przed publikacją w oficjalnych komunikatach.

- 16 listopada 2020 r. Rzecznik Prasowy MZ poinformował, że MZ polecił GIS przeanalizowanie wszystkich raportów z ostatnich dni i tygodni na Mazowszu i na Śląsku, gdzie zostały wskazane błędy w raportowaniu¹⁶⁴. W dniu 23 listopada 2020 r., MZ podał w komunikacie zamieszczonym na portalu Twitter, że potwierdzono 15 002 nowe zakażenia wirusem SARS-CoV-2¹⁶⁵. Następnego dnia to samo źródło podało informację o wykryciu 10 139 nowych przypadków¹⁶⁶ oraz o uwzględnieniu ok. 22 tysięcy *niezaraportowanych przypadków*, o których w poprzednim dniu poinformował GIS¹⁶⁷.

Podkreślenia wymaga, że niespójność danych o zakażeniach została ujawniona dzięki weryfikacji przeprowadzonej w toku kontroli obywatelskiej, nie zaś w wyniku działania wewnętrznych procedur kontrolnych, wykorzystanych przez GIS lub inną jednostkę państwową. Od 24 listopada 2020 r. proces ten został scentralizowany, a stacje powiatowe i wojewódzkie zaprzestały publikacji danych, co uniemożliwiało opinii publicznej weryfikację rzetelności prezentowanych liczb.

Loty z Wielkiej Brytanii w dniu 21 grudnia 2020 r.

Główny Inspektor Sanitarny nie wykorzystał w pełni kompetencji wynikających z art. 8a ust. 4 uoPIS i pomimo istniejącego zagrożenia nie polecił organom PIS przeprowadzania na lotniskach testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 u osób powracających transportem lotniczym z Wielkiej Brytanii w dniu 21 grudnia 2020 r. Wprawdzie Rada Ministrów tego dnia zmieniła swoje rozporządzenie, wprowadzając od 22 grudnia 2020 r. zakaz lądowania samolotów z Wielkiej Brytanii, ale działania prewencyjne można było podjąć już w dniu decyzji RM, czego nie uczyniono.

W efekcie jeszcze w dniu 21 grudnia 2020 r. samolotami z Wielkiej Brytanii przyleciało do Polski ponad 8 tys. pasażerów, którzy nie zostali objęci badaniami/testami bezpośrednio po przylocie, a zaproponowana przylatującym możliwość zgłoszenia się na testy nie mogła zapobiec lub spowolnić rozprzestrzenienia się nowego wariantu wirusa¹⁶⁸ SARS-CoV-2, gdyż zgodnie z nią, przybywający do Polski pasażerowie samolotów, przed podaniem się testowi mieli nieograniczone możliwości kontaktu z innymi osobami (np. w środkach transportu zbiorowego, wśród rodziny i znajomych). Samodzielne wykonanie testów mogła ograniczać także skompli-

Niepodjęcie przez GIS działań sprawdzających na lotniskach w grudniu 2020 r.

¹⁶⁴ <https://www.politykazdrowotna.com/67004,do-srody-gis-wyjasni-roznice-w-raportowaniu-przypadkow-koronawirusa>

¹⁶⁵ https://twitter.com/MZ_GOV_PL/status/1330805876970622982

¹⁶⁶ https://twitter.com/mz_gov_pl/status/1331172023855439877

¹⁶⁷ https://twitter.com/MZ_GOV_PL/status/1331172026271363072

¹⁶⁸ Wariant Alfa (B.1.1.7) wirusa SARS-CoV-2.

kowana procedura uzyskania skierowania na test, zgodnie z którą pasażer miał się skontaktować telefonicznie przez infolinię (jeden numer na cały kraj) z właściwą PSSE, by uzyskać skierowanie na test w punkcie *drive-thru*.

Działalność stacji powiatowych i wojewódzkich

Nieprzygotowanie struktur terenowych PIS

Zasoby kadrowe i sprzętowe, którymi dysponowało osiem z dziewięciu objętych kontrolą stacji powiatowych PIS oraz dwie stacje wojewódzkie, wobec skali i dynamiki epidemii COVID-19, okazały się niewystarczające do prowadzenia efektywnej działalności. W działalności sześć z dziewięciu tych jednostek wystąpiły także nieprawidłowości w toku prowadzonych postępowań administracyjnych w sprawie kierowania na kwarantannę i izolację oraz nakładania kar pieniężnych za naruszanie przepisów wprowadzonych w tym czasie.

Realizacja zadań w zakresie nadzoru epidemiologicznego i zapobiegania szerzeniu się COVID-19 musiała ponadto przebiegać w oparciu o ciągle zmieniające się przepisy prawa, a także procedury, wytyczne i polecenia wydane przez GIS oraz wojewodów. Dyrektorzy wszystkich objętych kontrolą Stacji dokonali przeorganizowania pracy, wprowadzając zmianowy system pracy, pracę w nadgodzinach i w dni wolne, zatrudniając dodatkowych pracowników z innych stacji sanitarnych oraz żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej.

Na początku epidemii PWIS zgłaszali do GIS na bieżąco problemy dotyczące np. trudności z uzyskaniem testów diagnostycznych, środków ochrony indywidualnej. Zgłaszano braki kadrowe oraz braki sprzętu, w tym telefonów, komputerów, laptopów. Skala tych braków w zaopatrzeniu wszystkich stacji terenowych PIS znalazła odzwierciedlenie we wnioskach składanych przez GIS od marca 2020 r. o uzupełnienia środków łączności, transportu, środków ochrony osobistej i pieniężnych. W wyniku tych starań stacje zostały wyposażone przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów m.in. w 9 tys. laptopów z pełnym oprogramowaniem, 8 tys. telefonów komórkowych, 4 tys. telefonów systemu VoIP, kilkanaście tysięcy łączy z dostępem do Internetu, a także umożliwiono im bezpłatne korzystanie z platform internetowych.

Stacje terenowe zgłaszały także problemy dotyczące pacjentów, którzy usiłowali uzyskać w PIS poradę lekarską z powodu zamknięcia w kraju przychodni POZ (co nie jest kompetencją PIS). Zgłaszano także brak możliwości nakładania decyzji administracyjnych w formie papierowej na wszystkich obywateli objętych izolacją, kwarantanną i nadzorem epidemiologicznym.

Same stacje borykały się także z przypadkami COVID-19 wśród pracowników, co powodowało zaległości w wykonywaniu bieżących dochodzeń epidemicznych, a niejednokrotnie wyłączenie z funkcjonowania całych stacji.

Przykład

Na polecenie MZ z dnia 29 października 2020 r., Stacje terenowe PIS wprowadziły monitorowanie zaległości w realizacji swoich zadań. W dniach: 29 października 2020 r., 30 października 2020 r., 31 października 2020 r., 1 listopada 2020 r., 2 listopada, 2020 r., 3 listopada 2020 r., 4 listopada 2020 r. i 5 listopada 2020 r., nie działało odpowiednio; 13, 13, 9, 8, 8, 7, 7, 7 Stacji.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczba pracowników wyłączonych w tych dniach z działania z powodu kwarantanny lub/i izolacji wynosiła odpowiednio: 1391, 1480, 2324, 2627, 2628, 2591, 2441, 2616 osób. W tych samych dniach przeprowadzono, odpowiednio: 68 447, 75 446, 71 554, 68 470, 70 025, 77 057, 78 117, 82 832 wywiadów epidemiologicznych. Największy wzrost liczby wywiadów nastąpił 3 listopada 2020 r. (o 7032). Od 1 listopada 2020 r. monitorowano liczbę pracowników realizujących zadania związane z COVID-19. Od 1 do 5 listopada 2020 r. liczba ta wyniosła odpowiednio: 3062, 3263, 8222, 8484, 8604.

W ciągu pierwszych 6 miesięcy epidemii (do września 2020 r.) na stacje powiatowe został nałożony obowiązek kierowania na testy, prowadzenia dochodzeń epidemiologicznych i kierowania pacjentów na kwarantannę oraz izolację domową. Stacje objęte kontrolą przeprowadziły tysiące takich spraw (ok. 220 600 osób objęto kwarantanną¹⁶⁹, 16 700 – izolacją¹⁷⁰, zlecono ponad 32 000 testów¹⁷¹). Oprócz tego Stacje wydały setki decyzji (306 w Stacjach objętych kontrolą¹⁷²) na podstawie art. 48a w związku z art. 46 lub 46b *uozz* oraz 15 *zzz* *specustawy*, dotyczących naruszeń obowiązków nałożonych na obywateli (np. kwarantanny, izolacji, zakazu przemieszczania się, przekroczenia maksymalnej dopuszczalnej liczby w danym pomieszczeniu).

Na funkcjonowanie tych jednostek podczas epidemii COVID-19 miały wpływ również m.in. ograniczone możliwości wykorzystania systemu Ewidencja Wjazdu do Polski¹⁷³. W sześciu na dziewięć objętych kontrolą PSSE wystąpiły nieprawidłowości przy prowadzeniu dochodzeń epidemiologicznych lub nakładaniu kar pieniężnych:

Planowanie działania ochrony zdrowia w latach 2020–2022 w czasie epidemii

Przykłady

- Nie zapewniono stronom czynnego udziału w postępowaniach w sprawie nałożenia administracyjnej kary pieniężnej (PSSE w Jarosławiu i Radomiu).
- Wystąpiły przypadki niewydawania decyzji o kwarantannie i/lub izolacji lub niewłaściwie określano czas przebywania na kwarantannie (PSSE w Kaliszu, Poznaniu, Jarosławiu, Warszawie i Raciborzu).
- W PSSE w Poznaniu, w związku z gwałtownym przyrostem liczby osób zakażonych nie realizowano prawidłowo zadań związanych z bieżącym przeprowadzaniem dochodzeń epidemiologicznych i wprowadzaniem danych do Systemu Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS). Skutkiem

Naruszenia procedury administracyjnej przez PIS

¹⁶⁹ PSSE w Krakowie – 3271, PSSE w Warszawie – 184 819, PSSE w Radomiu – 16 854, PSSE w Kaliszu – 5010, PSSE w Poznaniu – 169 449, PSSE w Tychach – 22 881, PSSE w Raciborzu – 9626, PSSE w Jarosławiu – 5998, PSSE w Łańcucie – 10 458.

¹⁷⁰ PSSE w Krakowie – 285, PSSE w Warszawie – 0, PSSE w Radomiu – 10 497, PSSE w Kaliszu – 502, PSSE w Poznaniu – 602, PSSE w Tychach – 959, PSSE w Raciborzu – 0, PSSE w Jarosławiu – 0, PSSE w Łańcucie – 3861.

¹⁷¹ PSSE w Krakowie – 1074, PSSE w Warszawie – 0, PSSE w Radomiu – 10 206, PSSE w Kaliszu – 5706, PSSE w Poznaniu – 8096, PSSE w Tychach – 13 027, PSSE w Raciborzu – 149, PSSE w Jarosławiu – 6096, PSSE w Łańcucie – 1314.

¹⁷² PSSE w Krakowie – 38, PSSE w Warszawie – 91, PSSE w Radomiu – 76, PSSE w Kaliszu – 10, PSSE w Poznaniu – 37, PSSE w Tychach – 35, PSSE w Raciborzu – 3, PSSE w Jarosławiu – 14, PSSE w Łańcucie – 2.

¹⁷³ Początkowo w systemie Straż Graniczna zamieszczała informacje adresowe i kontaktowe osób powracających do kraju z zagranicy, objętych obowiązkową kwarantanną, następnie system objął cały proces zlecenia badań w kierunku COVID-19 i sprawdzania ich wyników, obsługi kwarantanny oraz izolacji.

tego w dniu 7 stycznia 2021 r. w systemie SEPIS widoczne były 1783 niezatwierdzone przez PSSE sprawy, w tym 1680 dotyczyło osób, u których stwierdzono dodatni wynik zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i nie podjęto jeszcze wywiadu epidemiologicznego. WPWIS pismem z dnia 7 stycznia 2021 r, poleciła PPIS, aby do godz. 24.00 Stacja wyzerowała wszystkie zgłoszenia w systemie dotyczące powiatu poznańskiego, zarówno w zakładce „Zgłoszenia (rozpoczęte i niezakończone sprawy), jak i w zakładce „Plusy” (nowe zakażenia SARS-CoV-2).

Niezrealizowany
Krajowy Plan Działania
z 26 lutego 2020 r.

Zarówno czas tzw. I fali COVID-19 (marzec–kwiecień 2020 r.), jak i czas spadku liczby zakażeń (maj–sierpień 2020 r.), nie zostały przez Ministra Zdrowia i inne organy wykorzystane do rzetelnego zaplanowania i przygotowania działań na okres prognozowanego na jesień 2020 r. wzrostu liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

Wobec braku planu przeciwdziałania epidemii o ogólnokrajowym zasięgu Minister Zdrowia wraz z GIS opracował pod koniec lutego 2020 r. dokument pn. *Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zarażenia SARS-CoV-2*, w którym przewidziano nawet możliwość wprowadzenia stanu klęski żywiołowej, lecz wobec zmian w prawie spowodowanych przez uchwalenie specustawy plan ten stał się nieaktualny.

Brak planu działania
dla systemu ochrony
zdrowia w pierwszym
półroczu epidemii

Od 4 marca do 3 września 2020 r. nie sporządzono żadnego planu zarządzania systemem ochrony zdrowia w czasie epidemii, wprowadzano tylko doraźne zmiany w organizacji szpitali leczących pacjentów z COVID-19. W marcu 2020 r. utworzono 22 szpitale jednoimienne, które miały udzielać pomocy takim pacjentom i uzupełniono braki w aparaturze medycznej (w toku tych działań wystąpiły istotne nieprawidłowości – opisane wyżej).

Brak szkoleń
latem 2020 r.

Nie przeprowadzono szkoleń, ani ćwiczeń w szpitalach i nie przygotowano planu rozbudowy bazy łóżek dla pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji.

Pomimo zwiększonego wykorzystania sprzętu służącego do ratowania życia pacjentów chorych na COVID-19 (np. respiratory i ECMO¹⁷⁴) nie przeszkolono dodatkowego personelu medycznego w obsłudze takiego sprzętu. Wobec spadku liczby zakażeń¹⁷⁵ odnotowanego w lecie 2020 r. nie przystąpiono do przygotowania zmian w strukturach i nie wyznaczono jednostek, które miały podjąć leczenie w sytuacji prognozowanego na jesień 2020 r. wzrostu zakażeń.

Strategie działań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19

Od września do listopada 2020 r. Minister Zdrowia opublikował kolejno trzy tzw. *Strategie walki z epidemią COVID-19. Jesień 2020 r.* Dokumenty te miały niewielką przydatność dla planowania przeciwdziałania epidemii. Pierwszy z nich został przygotowany nierzetelnie i szybko się zdezaktualizował, a następne stanowiły odzwierciedlenie już wcześniej podjętych działań.

¹⁷⁴ Ang. skrót od *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* – pozaustrojowa oksygenacja (utlenowanie) membranowa stosowana w leczeniu m.in. ostrych stanów niewydolności oddechowej związanych z COVID-19.

¹⁷⁵ Np. 28 czerwca 2020 r. 193 wykryte zakażenia, 6 lipca 2020 r. – 205, 20 lipca – 279, 24 sierpnia 2020 r. – 548 (dane MZ uzyskane ze strony www.koronawirusunas.pl).

W sytuacji gdy nie zostały konsekwentnie wdrożone przygotowane uprzednio WPDnWWE i uchwalono specustawę z 2 marca 2020 r., Minister Zdrowia 20 lipca 2020 r., powołał *Zespół ds. opracowania strategii działań związanych z zwalczaniem epidemii COVID-19*.

Niepełny raport z prac Zespołu ds. opracowania strategii

Wynikiem pracy Zespołu był raport z 28 sierpnia 2020 r., w którym m.in. dokonano analizy dotychczasowego przygotowania i funkcjonowania zakaźnych szpitali jednoimiennych oraz praktyki ich działania. Podczas spotkań Zespołu nie analizowano możliwej skali zakażeń w czasie prognozowanej tzw. drugiej fali COVID-19. Wyżej wymienione dokument nie zawierał propozycji rozwiązań takich problemów jak organizacja kierowania na testy na obecność SARS-CoV-2, czy też zwiększanie liczby łóżek szpitalnych przeznaczonych do leczenia hospitalizowanych pacjentów z COVID-19.

Minister Zdrowia na podstawie prac *Zespołu ds. opracowania strategii działań związanych z zwalczaniem epidemii COVID-19*¹⁷⁶ opublikował 3 września 2020 r. *Strategię walki z pandemią COVID-19. Jesień 2020*.

Nierzetelna Strategia walki z pandemią COVID-19. Jesień 2020

Strategia była sporządzona nierzetelnie, ponieważ nie odnosiła się do ograniczonego potencjału i uwarunkowań funkcjonowania polskich szpitali. Dokument ten zawiera opisy oraz kilka graficznych schematów (określonych jako *algorytmy*), ilustrujących tzw. nowe mechanizmy walki z epidemią, polegające m.in. na: 1]rezygnacji ze szpitali jednoimiennych na rzecz *trzy poziomowego* zabezpieczenia szpitalnego; 2]włączeniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do zlecania testów na obecność SARS-CoV-2 pacjentom z infekcją dróg oddechowych; 3]obowiązkowym testowaniu osób z objawami COVID-19 przed rozpoczęciem turnusu leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskiej i przed przyjęciem do placówek opieki długoterminowej; 4] wykorzystaniu testów antygenowych do diagnozy pacjentów z objawami COVID-19 w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych; 5] bezpłatnych szczepieniach przeciwko grypie dla osób 75+ oraz pracowników ochrony zdrowia i farmaceutów. Z map zamieszczonych w tej *Strategii* wynika, że w wyniku jej wdrożenia, łącznie w 90 szpitalach miało być utworzone 6000 łóżek dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

Określone w *Strategii z 3 września 2020 r.* zasady postępowania nie zawierały wyjaśnień kluczowych w tym czasie kwestii: nie wskazano, kto podejmuje i w jakiej formie decyzję o skierowaniu na test na obecność wirusa SARS-CoV-2, a w mechanizmie kierowania pacjentów do szpitali powiatowych celem przeprowadzenia testu nie uwzględniono, że szpitale te przygotowane były dotychczas do obsługi pojedynczych pacjentów z podejrzeniem choroby zakaźnej. Teraz zaś nowy mechanizm miał być stosowany podczas epidemii polegającej na masowych zakażeniach, a zatem wobec znacznie większej liczby pacjentów (przed opracowaniem *Strategii z 3 września 2020 r.* nie analizowano liczby miejsc w szpitalach powiatowych do bezpiecznej izolacji pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej).

¹⁷⁶ Zarządzenie z dnia 20 lipca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania strategii działań związanych z zwalczaniem epidemii COVID-19 (Dz. Urz. MZ poz. 54, ze zm.).

W dniu ogłoszenia *Strategii* w szpitalach przebywało już 2170 osób chorych na COVID-19¹⁷⁷, a jej treść dezaktualizowała się szybko m.in. z powodu coraz większej liczby codziennie raportowanych hospitalizacji, która 14 października 2020 r. przekroczyła poziom 6 tys.¹⁷⁸ i wprowadzenia kolejnych nowych zasad podziału świadczeniodawców na tzw. poziomy zabezpieczenia, wprowadzonych przez Prezesa NFZ.

Strategia 2.0. W dniu 9 października 2020 r. MZ ogłosił tzw. Strategię 2.0., określoną jako *redefinicję Strategii z 3 września 2020 r.* W tym dokumencie przewidziano ułatwienia dla lekarzy POZ w kierowaniu na test (aplikacja gabinet.gov.pl) i rozbudowę sieci punktów wymazowych typu *drive-thru*, utworzenie szpitali koordynacyjnych w każdym województwie i dodatkowych stanowisk intensywnej terapii (nie wskazano liczby i lokalizacji). Zmiany te wynikały przede wszystkim z tego, że wobec wzrostu liczby osób z podejrzeniem COVID-19 dotychczasowy schemat kierowania na test stawał się niewydolny. W tym dniu w szpitalach przebywało 4407 osób chorych na COVID-19¹⁷⁹.

Strategia 3.0. Bardziej realistyczne rozwiązania i dokładniejszą analizę możliwych scenariuszy rozwoju sytuacji zawarto dopiero w dokumencie pt. *Strategia walki z pandemią COVID-19 jesień 2020 wersja 3.0*, ogłoszonym w listopadzie 2020 r. (w szczytowym okresie tzw. drugiej fali zakażeń).

Strategia 3.0. wskazywała tym razem różne scenariusze działania w zależności od natężenia epidemii i odnosiła się do funkcjonowania całego sektora opieki zdrowotnej. W dokumencie opisano dynamikę epidemii, zmiany w modelu opieki nad pacjentem, jakie zaszły jesienią 2020 r. oraz wskazano narzędzia zwalczania epidemii, jakie mają być rozwijane („punkty wymazowe, pulsoksymetria, izolatoria”). Odnosząc się do przyszłości przedstawiono cztery warianty rozwoju sytuacji i odpowiadające im cztery sposoby organizacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w zależności od stanu transmisji wirusa w Polsce (etapy: I zwykłej transmisji, II nasilonej transmisji, III bardzo nasilonej transmisji oraz IV stan krytyczny). Stan krytyczny oznaczał moment, w którym liczba pacjentów hospitalizowanych zbliży się do granicy rezerw łóżkowych, zaplanowanych na poziomie 35% wszystkich łóżek w szpitalach, włączonych do leczenia pacjentów zakaźnych (około 35 000 łóżek w skali kraju). W takim przypadku przewidywano możliwość zwiększenia puli łóżek do 50% (z wyłączeniem szpitali onkologicznych i położniczych).

Strategia 3.0 wskazuje, jako planowane rozwiązanie, wprowadzenie szpitali tymczasowych, choć w dniu jej ogłoszenia zostały wydane już prawie wszystkie decyzje o utworzeniu takich placówek¹⁸⁰. W dniu 3 listopada 2020 r. w szpitalach przebywało 18 160 osób chorych na COVID-19¹⁸¹.

¹⁷⁷ Dane MZ prezentowane na www.koronawirusnas.pl.

¹⁷⁸ 14 października 2020 r. liczba pacjentów z COVID-19 w szpitalach wynosiła 6084 osoby i była wyższa niż maksymalna liczba łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19 według *Strategii walki z pandemią COVID-19 z 3 września 2020 r.*

¹⁷⁹ Dane uzyskane z MZ.

¹⁸⁰ Do 3 listopada 2020 r.

¹⁸¹ Dane uzyskane z MZ.

Ostatnim dokumentem zawierającym elementy planowania długoterminowego dla sektora ochrony zdrowia była *Strategia zwalczania epidemii COVID-19 Zima – wiosna 2022 r.* opublikowana 6 stycznia 2022 r. Niektóre jej istotne założenia nie zostały jednak zrealizowane.

Strategia zimowo-
wiosenna
z 6 stycznia 2022 r.

Publikacja ww. *Strategii* miała miejsce już po wzroście zakażeń, który nastąpił jesienią 2021 r. w wyniku pojawienia się nowego wariantu wirusa SARS-CoV-2 (Omikron). W zakresie dotyczącym organizacji opieki szpitalnej pojawiła się w nim propozycja utworzenia w każdym województwie jednego szpitala *jednoimiennego* (jak w początkowym okresie epidemii) oraz wyznaczenia w infrastrukturze sanatoriów miejsc dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 z lekkim przebiegiem choroby ale wymagających tlenoterapii.

Tym razem szpitale podzielono na dwie grupy – poziom pierwszy miał zapewniać łóżka tzw. buforowe dla pacjentów z podejrzeniem COVID-19 a poziom drugi miał dysponować łóżkami do intensywnej terapii z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Założenia tej *Strategii* w zakresie organizacji opieki szpitalnej nie zostały zrealizowane, w szczególności w odniesieniu do poziomu wyszczepienia populacji (zakładano poziom 75–80%), podziału szpitali na poziomy zabezpieczenia i powrotu do tworzenia szpitali jednoimiennych. Zamiast tego, wobec wzrostu liczby zachorowań, związanego z rozprzestrzenieniem się wariantu wirusa SARS-CoV-2 Omikron, wznowiono działanie szpitali tymczasowych, w których udzielanie świadczeń leczniczych zostało wstrzymane od czerwca 2021 r., a które od tego czasu pozostawały bądź to w tzw. *stanie pasywnym* (nieczynne, najczęściej ST w obiektach wielkopowierzchniowych) lub były wykorzystywane do udzielania świadczeń dla pacjentów ze schorzeniami innymi niż COVID-19.

Zmiany w organizacji opieki szpitalnej w latach 2020–2022

Zmiany organizacyjne w sposobie udzielania świadczeń w zakresie opieki szpitalnej, niezbędne dla zapewnienia opieki osobom z COVID-19 wymagającym hospitalizacji, były wprowadzane nie na podstawie planu lub w oparciu o określony mechanizm, lecz doraźnie, w ślad za zmianami liczby wykrywanych przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i liczby hospitalizacji.

Zmiany organizacji
sposobu udzielania
świadczeń w zakresie
opieki szpitalnej

W Polsce hospitalizowanych było łącznie 525 028 osób z COVID-19 (dane na 31 marca 2022 r.). W czasie obowiązywania stanu epidemii w Polsce (marzec 2020 r.–maj 2022 r.) nie zabrakło łóżek dla pacjentów z COVID-19, co było przede wszystkim wynikiem działań podejmowanych przez organy wydające decyzje w sprawie tworzenia (przekształcania w covidowe) łóżek dla pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji w szpitalach stacjonarnych.

Począwszy od 15 marca 2020 r. część szpitali postawionych w stan podwyższonej gotowości przekształcono w tzw. *szpitale jednoimienne* (22 szpitale w kraju), do których kierowano chorych zarażonych wirusem SARS-CoV-2. Potencjał tych szpitali okazał się wystarczający dla zapewnienia opieki pacjentom z COVID-19 wymagającym hospitalizacji w czasie I fali epidemii (marzec–kwiecień 2020 r.).

Szpitale jednoimienne

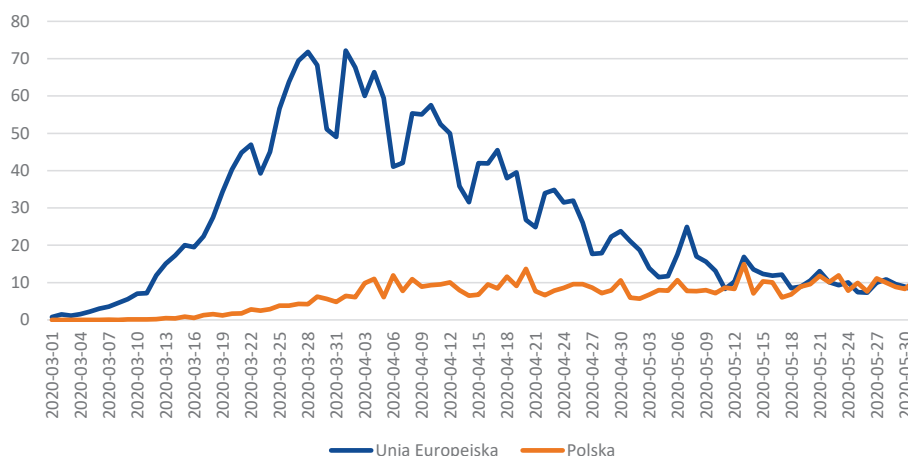
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ogółem zostały utworzone 22 takie szpitale w 16 województwach, z tego 19 – od 12 do 20 marca 2020 r.¹⁸², a kolejne trzy – od 3 kwietnia do 1 maja 2020 r.¹⁸³ W polskim ustawodawstwie szpital jednoimienny nie został zdefiniowany jako forma udzielania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

Szpitale te spełniły swoją funkcję, a potencjał jakim dysponowały wystarczył do zapewnienia miejsca hospitalizacji dla wszystkich pacjentów z COVID-19, którzy tego wymagali, co mogło być związane z tym, że pierwsza fala zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce nie przybrała tak masowego charakteru jak w niektórych państwach Europy Zachodniej, np. we Włoszech, Hiszpanii czy Niemczech. Do takiego stanu przyczynić się mogła, zdaniem naukowców z PAN, *chronologia wydarzeń, mniejsza gęstość zaludnienia i mobilności ludności, jak również różnice w podejściu do diagnostyki*¹⁸⁴. Jako jeden z czynników, które sprawiły, że liczba zakażeń w Polsce w czasie pierwszej fali epidemii nie była wielka, należy także wskazać nakładanie na społeczeństwo ograniczeń w przemieszczaniu się i aktywności w zakresie edukacji i działalności gospodarczej.

Infografika nr 6

Dzienna liczba zakażeń w czasie I fali COVID-19 (marzec-kwiecień 2020 r.) w Polsce na tle Unii Europejskiej



Źródło: <https://ourworldindata.org/covid-cases>

¹⁸² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. Zespół Szpitalny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, Szpital Uniwersytecki Kraków-Prokocim, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o., SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Żyndrama-Kościałkowskiego, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, 7. Szpital Marynarki Wojennej w Przychodnią SPZOZ im. W. Łasińskiego w Gdańsku, MEGREZ sp. z o.o. w Tychach, Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Szpital w Ostródzie Spółka Akcyjna, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym, SPZOZ z siedzibą w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.

¹⁸³ Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego, Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach sp. z o.o., Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy.

¹⁸⁴ Zrozumieć Covid-19, PAN, Warszawa, wrzesień 2020, str. 31, https://informacje.pan.pl/images/2020/opracowanie-covid19-14-09-2020/ZrozumiecCovid19_opracowanie_PAN_interactive.pdf.

Założenia do utworzenia szpitali jednoimiennych zostały przygotowane na podstawie danych NFZ o potencjale szpitali w poszczególnych województwach. Przy wyborze podmiotów leczniczych do przeprofilowania do roli szpitala jednoimiennego zalecano wojewodom kierowanie się: 1] możliwością zapewnienia kompleksowej opieki w ramach leczenia szpitalnego (szpitale wieloprofilowe, zabezpieczające świadczenia wyspospecjalistyczne, które mogły zapewnić dużą liczbę łóżek intensywnej opieki); 2] wykwalifikowaną kadrą i specjalistami różnych dziedzin medycyny dla zapewnienia leczenia pacjentów chorych na COVID-19, z uwzględnieniem chorób współistniejących występujących lub mogących wystąpić u tych osób. Ostateczny wybór podmiotów leczniczych na szpitale jednoimienne był akceptowany przez MZ i MSWiA.

Pomimo powyższych ustaleń, utworzenie szpitali jednoimiennych nie było zawsze skorelowane z dotychczasową specjalizacją przekształcanych jednostek.

Przykład

Z 11 objętych kontrolą¹⁸⁵ podmiotów medycznych (w tym: ośmiu szpitali jednoimiennych i trzech¹⁸⁶ nieprzekształconych w jednoimienne) tylko w czterech szpitalach do marca 2020 r. funkcjonowały oddziały zakaźne a w trzech obserwacyjno-zakaźne, z których dwa¹⁸⁷ nie były przygotowane do leczenia chorób zakaźnych, a jedynie do tymczasowego izolowania pacjenta, do momentu przekazania go do innego szpitala. Natomiast profil działalności pozostałych czterech¹⁸⁸ szpitali nie przewidywał realizacji świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem chorób zakaźnych.

W dwóch szpitalach przekształconych w jednoimienne¹⁸⁹ stwierdzone nieprawidłowości polegały na niespełnianiu części wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁹⁰ oraz wymagań określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹⁹¹ oraz nieuruchomienia izolatki na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, co było niezgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii¹⁹².

Nieprzygotowane szpitale jednoimienne

¹⁸⁵ Kontrola R/20/001 i P/20/062.

¹⁸⁶ ZOZ w Wadowicach oraz Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu nie zostały przekształcone w jednoimienne. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Katowicach pełnił funkcję szpitala koordynującego.

¹⁸⁷ Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego, Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

¹⁸⁸ ZOZ w Wadowicach, MEGREZ sp. z o.o. w Tychach, Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie.

¹⁸⁹ Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego, Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

¹⁹⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, ze zm. Dalej: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r.

¹⁹¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2048, ze zm.

¹⁹² Dz. U. z 2022 r. poz. 392, ze zm.

Początkowo, podobnie jak inne podmioty lecznicze, także szpitale jednoimienne borykały się z problemami w zaopatrzeniu w podstawowe środki ochrony osobistej i aparaturę medyczną. Tylko w połowie skontrolowanych szpitali¹⁹³ środki ochrony osobistej były wystarczające dla zaspokojenia potrzeb związanych z wykonywaniem obowiązków przez pracowników w okresie, gdy nie było zagrożenia epidemicznego. Posiadane przez placówki zasoby środków ochrony osobistej i sprzętowe okazały się natomiast zupełnie niewystarczające wobec skali potrzeb jaka pojawiła się w czasie epidemii COVID-19. Po przekształceniu części tych podmiotów leczniczych w szpitale jednoimienne w marcu 2020 r. konieczne było uzupełnienie ŚOI oraz sprzętu medycznego ze wszystkich możliwych źródeł (od Ministra Zdrowia, wojewodów, samorządów, ARM oraz darczyńców).

Przykłady

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu w okresie od 12 marca do 31 grudnia 2020 r. otrzymał z Agencji Rezerw Materiałowych: 37 050 kombinizonów ochronnych, 21 800 masek ochronnych FPP3, 29 200 masek ochronnych FPP2, 2 200 osłon na buty, 1 830 920 sztuk rękawic (lateksowych, nitrylowych, chirurgicznych oraz sterylnych z długim rantem). Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach przekazał Szpitalowi 14 232 kombinizonów ochronnych, 12 719 masek ochronnych FPP3, 9025 masek ochronnych FPP3, 12 355 par osłon na buty oraz 123 800 sztuk rękawic (sterylnych z długim rantem, lateksowych oraz nitrylowych). Ponadto Szpital otrzymał:

- ze Starostwa Powiatowego w Raciborzu dwie dotacje w łącznej kwocie 1169,1 tys. zł na wydatki majątkowe i wydatki bieżące do walki z COVID-19, z których również kupowano środki ochrony osobistej.
- Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej dotację w wysokości 470 tys. zł na pokrycie kosztów wywozu odpadów szczególnie niebezpiecznych;
- lokalnych gmin za pośrednictwem Starostwa Powiatowego w Raciborzu kwotę 270 tys. zł jako darowiznę na wsparcie do walki z COVID-19;
- podmiotów prywatnych kwotę 7 126 tys. zł darowizn pieniężnych;
- darowizny rzeczowe od różnych podmiotów wycenione na wartość 9377 tys. zł.

Dyrektor **Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. Tytusa Chałubińskiego** od marca 2020 r. występował z prośbą o przekazanie środków finansowych lub przekazanie ŚOI, m.in. do Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, RARS.

Otrzymane ŚOI nie były wystarczające, szczególnie w pierwszym okresie pandemii. Dlatego też Szpital zwracał się do przedsiębiorców o wsparcie rzeczowe i finansowe na zakup ŚOI, środków dezynfekcyjnych i aparatury medycznej niezbędnej do walki z COVID-19.

Dopiero po otrzymaniu w listopadzie 2020 r. z ARM środków ochrony osobistej o wartości 2793,2 tys. zł i po uzyskaniu, w wyniku starań Szpitala, środków finansowych od darczyńców oraz sprzętu medycznego, sytuacja w zakresie ŚOI i sprzętu poprawiła się.

¹⁹³ Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o. Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W związku z przekształceniem skontrolowanych szpitali w *jednoimienne* w marcu 2020 r. nastąpiło w każdym z nich odwołanie lub ograniczenie wykonywania zabiegów operacyjnych oraz nastąpił spadek badań diagnostycznych wykonywanych w laboratoriach analitycznych i w zakładach diagnostyki obrazowej o ok. 30–70%, w porównaniu z 2019 r.

Od 30 maja 2020 r. rozpoczęło się przywracanie szpitali jednoimiennych do ich pierwotnej działalności, co trwało do 15 września 2020 r. Decyzje w tej sprawie podejmowano z uwzględnieniem danych o liczbie łóżek zakaźnych w szpitalach jednoimiennych i na oddziałach zakaźnych innych szpitali, które mogły służyć pacjentom z COVID-19.

W okresie od września 2020 r. do końca stanu epidemii zmian w organizacji udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, dokończono dzieląc istniejące szpitale stacjonarne na określone doraźnie kategorie (tzw. poziomy zabezpieczenia) lub nadając im niezdefiniowane w przepisach funkcje (szpital koordynujący), bądź tworząc tzw. szpitale tymczasowe.

Szpitale poszczególnych poziomów zabezpieczenia szpitalnego

W założeniach Strategii walki z pandemią COVID-19 z 3 września 2020 r., podzielono szpitale na trzy poziomy zabezpieczenia, przy czym do III poziomu (najwyższego) zaliczono w całym kraju tylko dziewięć jednostek dysponujących ok. 2000 łóżek szpitalnych. Drugi poziom miało tworzyć 81 szpitali dysponujących 4000 łóżek na oddziałach zakaźnych lub obserwacyjno-zakaźnych. Poziom najniższy tworzyć miały 374 szpitale, gdzie na wydzielonych miejscach/oddziałach pacjenci mieli oczekiwać na wynik diagnostyki w kierunku SARS-CoV-2, lub gdzie można było udzielić im świadczeń ratujących życie.

Podobnie jak *szpital jednoimienno*, czy też *szpital koordynacyjny*, tak i pojęcia *szpital I, II, III poziomu zabezpieczenia* nie występowały w żadnym akcie rangi ustawowej. Poza *Strategią walki z pandemią COVID-19 – Jesień 2020* zostały one określone częściowo w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2¹⁹⁴, a także w zarządzeniach Prezesa NFZ¹⁹⁵.

Niezdefiniowane szpitale poziomów zabezpieczenia

Pojęcia te były kształtowane opisowo i przypisano im często zmieniające się znaczenie funkcjonalne, bądź z perspektywy świadczeń zdrowotnych, które miały być realizowane, bądź też z uwzględnieniem warunków organizacyjnych. Wywoływało to wiele problemów w posługiwaniu się tymi pojęciami, w szczególności w kształtowaniu przez wojewodów statusu podmiotów leczniczych w ramach tzw. systemu zabezpieczenia COVID-19 w wydawanych przez nich decyzjach (na podstawie art. 10d lub 11h specustawy), a także w określeniu przez Ministra Zdrowia uprawnień do wypłaty tzw. dodatków covidowych dla personelu medycznego. Ten sam problem braku definicji, lub niekonsekwentnego podejścia, dotyczył także tzw. *szpi-*

¹⁹⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 382, ze zm.; uchylone z dniem 29 kwietnia 2022 r.; dalej: rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej.

¹⁹⁵ W sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

tali tymczasowych i tzw. *szpitali pasywnych*. Także funkcja szpitala koordynacyjnego nie wynikała i nie została opisana w żadnych przepisach, wobec czego w jej ramach realizowane były zadania doraźnie wyznaczone przez kierownictwo tych jednostek.

Niezdefiniowane szpitale koordynujące

Cztery szpitale objęte kontrolą¹⁹⁶ pełniły od października 2020 r. funkcję *szpitali koordynujących*, tj. szpitali ukierunkowanych na opiekę nad pacjentem chorym na COVID-19, które w związku z postanowieniami *Strategii walki z pandemią COVID-19. Jesień 2020 wersja 2.0.*, wspólnie z wojewódzkimi zespołami zarządzania kryzysowego miały koordynować w województwie ruch objawowych pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Zakres tych obowiązków nie był jednak zdefiniowany, wobec czego szpitale te realizowały zadania ustalone przez ich kierownictwo.

Przykłady

- **CSK MSWiA** zorganizował w Szpitalu Tymczasowym na Stadionie Narodowym punkt zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz produkty lecznicze¹⁹⁷, zostało tam także zorganizowane i prowadzone tzw. *call center* (koordynację ruchu pacjentów w województwie prowadziło dwóch pracowników Szpitala w trybie 24-godzinnych dyżurów).
- W szpitalu im. Józefa Strusia¹⁹⁸ w Poznaniu do zadań Pełnomocnika koordynującego pracę *call center*, należało przede wszystkim ustalanie, już na etapie transportu pacjentów, miejsca ich docelowej hospitalizacji, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjentów oraz rozstrzyganie ewentualnych kwestii spornych występujących pomiędzy kierownikami podmiotów leczniczych udzielających świadczeń dla pacjentów z COVID-19).
- Działania podejmowane przez Dyrektora **SPZOZ MSWiA w Katowicach** pełniącego funkcję koordynacyjną¹⁹⁹, były typowe dla funkcjonowania podmiotu leczniczego i nie obejmowały koordynowania ruchu pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 na terenie woj. śląskiego. NIK odstąpił nawet w tym przypadku od oceny prawidłowości i skuteczności działań realizowanych przez Szpital w ramach pełnienia funkcji koordynującej.

Szpitale tymczasowe

Termin *szpital tymczasowy*, nie został zdefiniowany w przepisach powszechnie obowiązujących. Dla potrzeb nin. kontroli przyjęto, że termin ten dotyczy w skali kraju 33 obiektów objętych decyzjami PRM, MZ i właściwych wojewodów zawierającymi polecenie, skierowane do określonego podmiotu, utworzenia szpitala tymczasowego celem udzielania świadczeń leczniczych w rodzaju opieka szpitalna chorym na COVID-19. W takim ujęciu szpitale tymczasowe to: 1] zaadaptowane do potrzeb leczenia pacjentów z COVID-19 obiekty przeznaczone wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych (15 przypadków) 2] oddziały szpitalne w obiek-

¹⁹⁶ W ramach kontroli P/20/062 kontrolą objęto cztery szpitale koordynacyjne: Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym, SPZOZ z siedzibą w Poznaniu, Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Katowicach.

¹⁹⁷ Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie,

¹⁹⁸ Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym, SPZOZ z siedzibą w Poznaniu,

¹⁹⁹ Szpital od 8 października 2020 r., na podstawie decyzji Wojewody Śląskiego, pełnił funkcję szpitala koordynującego.

tach wykonanych z kontenerów – modułów (cztery przypadki) i 3] obiekty wielkopowierzchniowe zaadaptowane do celu udzielania świadczeń leczniczych, takie jak Stadion Narodowy, centra konferencyjno-wystawiennicze, hangary, hale widowiskowo-sportowe itp. (14 przypadków) – dalej opisywane jako obiekty wielkopowierzchniowe.

Przygotowanie

Tworzenie szpitali tymczasowych nie zostało prawidłowo przygotowane przez organy państwa, w szczególności przez Ministra Zdrowia, tj. organ właściwy w sprawach z zakresu administracji rządowej określonych na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji rządowej oraz podmiot wiodący w zarządzaniu kryzysem wywołanym przez epidemię o ogólnokrajowym zasięgu.

Tworzenie ST przed 2 marca 2020 r.²⁰⁰ nie było przewidziane w sporządzonych przez wojewodów²⁰¹ WPDnWWE, w związku z czym nie analizowano i nie testowano tego rozwiązania przed rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Polski.

Działania w celu zwiększenia liczby łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19 poprzez tworzenie szpitali tymczasowych były podejmowane od połowy października 2020 r., bez planu i pod presją rosnącej liczby zakażeń i hospitalizacji, ponieważ Prezes Rady Ministrów nie wyegzekwował od Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej i Ministra Aktywów Państwowych wykonania decyzji wydanej 4 kwietnia 2020 r. przez Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego, nakazującej opracowanie planu budowy szpitali tymczasowych w Polsce.

Takie zaniechanie należy ocenić jako nierzetelną realizację przez PRM jego kompetencji do koordynacji działań, do których zobowiązani zostali wskazani Ministrowie, wynikających z art. 148 pkt 5 Konstytucji RP. Natomiast ze strony Ministra Zdrowia zaniechanie to stanowiło nierzetelną realizację koordynacyjnej funkcji *podmiotu wiodącego*, wynikającej z Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego²⁰², w toku zarządzania sytuacją kryzysową wywołaną przez epidemię COVID-19.

Zaniechanie realizacji decyzji RZZK z 4 kwietnia 2020 r. sprawiło, że nie wykorzystano okazji do rozpoznania zasobów rzeczowych i kadrowych oraz nie dokonano przeglądu obiektów/lokalizacji, które mogłyby być wykorzystane jako dodatkowe miejsca udzielania świadczeń leczniczych dla pacjentów chorych na COVID-19 w przypadku zaostrzenia się sytuacji epidemiologicznej w Polsce.

Jesienią 2020 r. do tworzenia szpitali tymczasowych przystąpiono bez określenia celu takiego działania i wskazania adekwatnych mierników służących do monitorowania osiągnięcia tych celów oraz bez analizy kosztów i efek-

Nieprawidłowe przygotowanie tworzenia szpitali tymczasowych

Zaniechanie przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych

Skutki nieprzygotowania planu – nieprzeprowadzenie przeglądu zasobów

²⁰⁰ Data uchwalenia specustawy.

²⁰¹ Na podstawie art. 44 uozz.

²⁰² Dalej jako KPZK – Część B. W KPZK MZ jest wyznaczonym podmiotem wiodącym w *Siatce bezpieczeństwa*, str. 9.

tywności organizacyjnej i ekonomicznej takiego rozwiązania. Skutkowało to niemożnością ustalenia, jakie rozwiązanie było optymalne z punktu widzenia potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej i jednocześnie zapewniało gospodarne wydatkowanie środków publicznych.

Brak wstępnych analiz i kalkulacji

Przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych Minister Zdrowia nie przeprowadził analizy zasadności i możliwości udzielenia w takiej formie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego pacjentom chorym na COVID-19.

Nie ustalono liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19, jakie powinny powstać w skali kraju, jak i w poszczególnych województwach dla zaspokojenia potrzeb w zakresie hospitalizacji pacjentów z COVID-19.

Takie postępowanie MZ na etapie poprzedzającym tworzenie ST stanowiło nierzetelną realizacją kompetencji Ministra właściwego ds. zdrowia do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w obszarze ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej²⁰³, oraz funkcji *podmiotu wiodącego* w ramach zarządzania kryzysowego, odpowiedzialnego, zgodnie z KPZK Cz. B str. 51, pkt 4, za zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i organizację współdziałania innych organów (podmiotów wspierających) w czasie sytuacji kryzysowej wywołanej epidemią.

Za działanie nierzetelne uznano także przystąpienie przez PRM do wydania decyzji w sprawie tworzenia licznych ST bez określenia celu i wskazania adekwatnych mierników służących do monitorowania osiągnięcia tych celów oraz bez analizy kosztów i efektywności organizacyjnej i ekonomicznej takiego rozwiązania.

W rezultacie, bez należytego przygotowania, Prezes Rady Ministrów i Minister Zdrowia podjęli w przedmiotowym przypadku działania skutkujące wprowadzeniem do systemu ochrony zdrowia w Polsce 33 szpitali tymczasowych utworzonych w różnego rodzaju obiektach, w tym w 14 obiektach niewykorzystywanych wcześniej i nieprojektowanych do wykorzystania w celu udzielania świadczeń leczniczych w rodzaju leczenia szpitalne.

Brak zatwierdzonych wytycznych i procedur tworzenia szpitali

Przed przystąpieniem do tworzenia ST Minister nie zatwierdził i nie przekazał do stosowania obowiązujących wytycznych i procedur tworzenia szpitali tymczasowych ani nie określił zasad doboru ich lokalizacji.

Wiążącego charakteru nie miały ani materiały przekazywane do wojewodów, ani wiadomość przesłana pocztą elektroniczną 4 listopada 2020 r. z Wydziału Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia do urzędów wojewódzkich (wojewódzkich centrów zarządzania kryzysowego), pt. *Proces organizacji szpitala tymczasowego 22.10.2020(002)*²⁰⁴. Wiadomość ta zawierała listę kolejnych działań podejmowanych w toku tworzenia szpitala tymczasowego, przez wojewodę, Ministra i kierownika szpitala patro-

²⁰³ Wynikająca z art. 4 ust.2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji.

²⁰⁴ Zwany dalej: „Procedurą organizacji szpitali tymczasowych”.

nackiego, lecz jako nieoficjalny materiał nie stanowiła wiążącej podstawy do podejmowania działań przez pozostałe organy uczestniczące w procesie tworzenia ST.

Takie postępowanie było nierzetelną realizacją kompetencji MZ do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w zakresie ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej, wynikającej z art. 4 ust.1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o *działach administracji rządowej*.

Przed rozpoczęciem tworzenia szpitali tymczasowych Minister Zdrowia nie przeprowadził analizy dostępnych zasobów kadry medycznej.

Brak analizy
zabezpieczenia kadr

Nie rozpoznano możliwości zabezpieczenia personelu medycznego dla nowych miejsc udzielania świadczeń, pomimo tego, że MZ posiadał do swojej dyspozycji niezbędne źródła informacji na ten temat. W ocenie NIK było to nierzetelne działanie Ministra Zdrowia, odpowiedzialnego za koordynację zarządzania kryzysowego w czasie epidemii o ogólnokrajowym zasięgu.

Zdaniem NIK tworzenie nowych miejsc udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej wymagało zabezpieczenia dla nich personelu medycznego w liczbie odpowiedniej do liczby tworzonych w tych jednostkach łóżek. Poprzestawanie na doświadczeniach zdobytych przez personel medyczny w pierwszych miesiącach epidemii nie stanowiło rozwiązania tego problemu, gdyż dane o liczebności lekarzy i pielęgniarek oraz pracowników wykonujących inne zawody medyczne w Polsce dowodzą, że to nie poziom kwalifikacji, lecz deficyt dostępnego personelu medycznego na rynku pracy jest głównym problemem przy zabezpieczaniu opieki dla pacjentów w nowo tworzonych jednostkach.

W związku z ograniczeniem zasobu kadr medycznych w Polsce, tworzenie nowych miejsc udzielania świadczeń było oparte o personel zatrudniony już w innych szpitalach. Wykonywanie przez ten personel obowiązków w nowych jednostkach mogło, w wyniku przepływu kadr medycznych, dezorganizować funkcjonowanie dotychczasowych pracodawców i jak wynika z ustaleń kontroli NIK, skutkowało nadmiernym obciążeniem pracą poszczególnych lekarzy i pielęgniarek.

Minister Zdrowia przed wydaniem pierwszej decyzji o przystąpieniu do tworzenia szpitala tymczasowego²⁰⁵, nie zainicjował z wyprzedzeniem zmian w przepisach prawa, co skutkowało powstaniem ryzyka podejmowania działań, które w świetle przyszłych regulacji prawnych mogły okazać się niezasadne i narażać na ryzyko niegospodarnego wydatkowania środków publicznych²⁰⁶.

²⁰⁵ 16 października 2020 r. Decyzja dotyczyła tworzenia ST w Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie, w obiekcie przeznaczonym do udzielania świadczeń leczniczych.

²⁰⁶ Wprowadzenie zmian w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. i ujęcie szpitali tymczasowych w *Strategii walki z pandemią COVID-19. Jesień 2020 3.0.* nastąpiło 3 listopada 2020 r., tj. już po wydaniu przez Ministra Zdrowia decyzji dotyczących utworzenia piętnastu takich szpitali (do tego dnia natomiast MZ, PRM i wojewoda warmińsko-mazurski łącznie wydali decyzje dotyczące utworzenia 29 szpitali tymczasowych).

Brak podstawy prawnej udzielania świadczeń w obiektach wielkopowierzchniowych

Aktem prawnym powszechnie obowiązującym, dotyczącym ST, było dopiero Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2020 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*²⁰⁷, którego wejście w życie umożliwiło rozpoczęcie udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej w obiektach spełniających tylko niektóre z wymogów określonych przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. Do dnia wejścia w życie ww. rozporządzenia tj. 4 listopada 2020 r. MZ wydał decyzje w sprawie **dziesięciu** ST²⁰⁸ w obiektach wielkopowierzchniowych, a Prezes Rady Ministrów 19 października 2020 r. wydał jedną decyzję²⁰⁹ dla spółki PL.2012+ sp. z o.o. w sprawie utworzenia ST na Stadionie Narodowym w Warszawie.

Na podstawie tych decyzji, podlegających natychmiastowemu wykonaniu, wskazane w nich podmioty podjęły działania zmierzające do utworzenia szpitali tymczasowych, jeszcze w sytuacji, gdy przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r., nie dawały możliwości udzielania świadczeń leczniczych w zakresie opieki szpitalnej w obiektach wielkopowierzchniowych, m.in. ze względu na ich konstrukcję i brak bezpośredniego dostępu do światła słonecznego²¹⁰.

Pierwszy pacjent został przyjęty w ST w obiekcie wielkopowierzchniowym 6 listopada 2020 r., a przepisy umożliwiające leczenie pacjentów w takich obiektach weszły w życie z dniem 4 listopada 2020 r., a zatem nie stwierdzono przypadku prowadzenia przez te placówki nielegalnej działalności leczniczej.

Przystąpienie do tworzenia ST pomimo braku kalkulacji kosztów tworzenia i funkcjonowania i kosztów udzielania świadczeń

Do tworzenia wszystkich szpitali tymczasowych przystąpiono bez kalkulacji kosztów adaptacji i określenia limitów wydatków ponoszonych na ten cel (zarówno ogółem, jak i w odniesieniu do poszczególnych szpitali).

Działania MZ zostały zatem wszczęte bez informacji na temat ich skutków finansowych, co nie pozwalało w chwili ich rozpoczęcia na stwierdzenie, czy mają one ekonomiczne uzasadnienie i czy szpitale tymczasowe stanowią optymalne rozwiązanie organizacyjne, służące zapewnieniu miejsc hospitalizacji dla wszystkich potrzebujących tego chorych na COVID-19.

NIK oceniła takie działania jako nierzetelną realizację przez Ministra Zdrowia zadań podmiotu upoważnionego przez PRM, na podstawie art. 65 ust.3 ustawy zmieniającej do wydawania dyspozycji wypłaty środków z Fundu-

²⁰⁷ Dz. U. poz. 1943. – dalej *Rozporządzenie zmieniające*. Po wejściu ww. *Rozporządzenia zmieniającego*, udzielanie świadczeń stało się możliwe w obiektach spełniających wymogi określone w § 18, § 19, § 25-31 i § 33 rozporządzenia MZ z dnia 19 kwietnia 2019 r.

²⁰⁸ Szpitale tymczasowe w Krakowie, Kielcach, Poznaniu, Katowicach, Wrocławiu, Opolu, Łodzi, Lublinie, Białymstoku i Szczecinie.

²⁰⁹ Decyzja dla PL.2012+ opisana szczegółowo w pkt 1.4.2. ppkt 11.

²¹⁰ Wymóg wynikający z § 34 ww. rozporządzenia, wyłączony w stosunku do pomieszczeń i urządzeń szpitala zlokalizowanego w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania świadczeń zdrowotnych rozporządzeniem MZ z 3 listopada 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

szu Przeciwdziałania COVID-19 w zakresie dotyczącym tworzenia i funkcjonowania adekwatnych, skutecznych i efektywnych narzędzi służących gospodarnemu wykorzystaniu środków publicznych.

Wskazana w wyjaśnieniach składanych w toku kontroli wycena sporządzona przez AOTMiT, której opracowanie MZ zlecił 29 października 2020 r., a która nosi datę 3 listopada 2020 r. została sporządzona już po tym, jak MZ wydał decyzje dotyczącą utworzenia dziesięciu szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych²¹¹, a PRM wydał decyzję o utworzeniu ST na Stadionie Narodowym w Warszawie. To właśnie na podstawie danych dotyczących tego szpitala (jeszcze niegotowego) oparto kalkulacje zawarte w dokumencie AOTMiT.

Nie znając wyceny świadczeń udzielanych w szpitalach tymczasowych, na dzień podjęcia decyzji o utworzeniu tych szpitali, Minister Zdrowia nie mógł mieć uzasadnionej racjonalnie pewności, że wybiera sposób finansowania udzielania pacjentom chorym na COVID-19 świadczeń z zakresu opieki szpitalnej najkorzystniejszy z punktu widzenia dysponowania środkami publicznymi. W wyjaśnieniach złożonych w toku kontroli NIK Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, nie wskazał podstaw takiego postępowania Ministra.

Pomimo braku analiz i wbrew opiniom ekspertów krajowych, dysponujących doświadczeniami i materiałem porównawczym pozyskanym podczas misji zagranicznych, adaptacja obiektu wielkopowierzchniowego była wskazywana przez Ministra jako optymalny sposób tworzenia szpitali tymczasowych.

Preferowanie tworzenia ST w obiektach wielkopowierzchniowych

Choć Minister Zdrowia oficjalnie nie zatwierdził żadnego obowiązującego modelu tworzenia szpitali tymczasowych, to przekazywane z Ministerstwa do wojewodów dokumenty i nieformalne niezatwierdzone procedury wyraźnie wskazywały, że w jego opinii optymalnym modelem tworzenia szpitala tymczasowego jest adaptacja obiektu wielkopowierzchniowego²¹².

Do urzędów wojewódzkich z Ministerstwa Zdrowia nie przekazano ani jednego opracowania/projektu/analizy wskazującego na możliwość tworzenia szpitali tymczasowych w inny sposób, niż poprzez adaptację obiektów

²¹¹ Obiekty halowe w Krakowie, Katowicach, Łodzi, Lublinie, Opolu, Kielcach, Wrocławiu, Białymstoku, Poznaniu i Szczecinie.

²¹² W dniu 16 października 2020 r., a więc w dniu wydania pierwszej decyzji w sprawie tworzenia szpitala tymczasowego z Ministerstwa Zdrowia wysłano do przedstawicieli Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wiadomość elektroniczną wraz z dokumentem pt. *Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19 celem przekazania jej do urzędów wojewódzkich*, opracowanym na podstawie projektu koncepcyjnego adaptacji Centrum AmberExpo w Gdańsku na potrzeby szpitala. Rekomendacje zostały przekazane z uwagą, że przedmiotowe wytyczne stanowią katalog optymalnych rozwiązań, natomiast w sytuacji braku możliwości zastosowania danego rozwiązania należy wdrożyć rozwiązania alternatywne (w toku kontroli NIK nie przedstawiono takich rozwiązań alternatywnych). Ponadto na 27 października 2020 r. datowano dokument pt. *Ogólne wytyczne w zakresie przygotowania i uruchomienia szpitali tymczasowych w obiektach wielofunkcyjnych: arenach, stadionach, centrach kongresowych, centrach wystawienniczo-targowych*, w związku z pogarszaniem się sytuacji epidemicznej wirusa SARS-CoV-2 w Polsce, na przykładzie doświadczeń organizacji placówki na terenie Stadionu PGE Narodowy w Warszawie, który oparty jest na działaniach w ramach prowadzonej jeszcze adaptacji Stadionu Narodowego na potrzeby szpitala tymczasowego. Dokument nie został zatwierdzony ani podpisany przez Ministra Zdrowia jako obowiązujący.

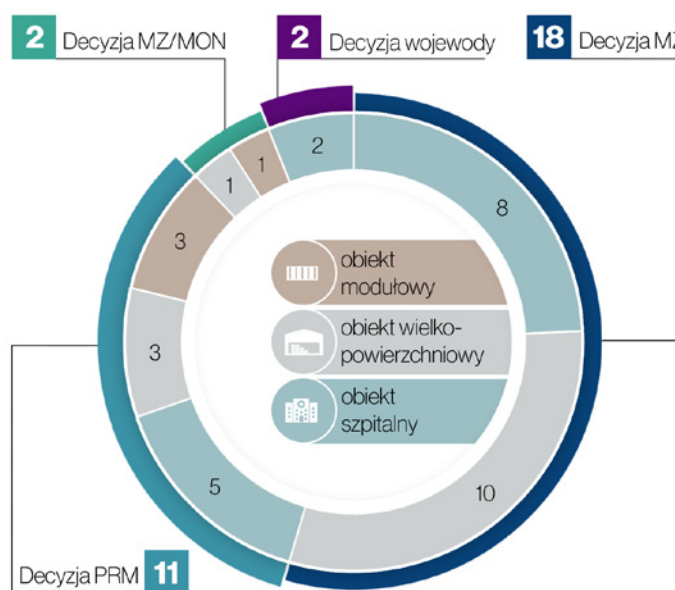
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wielkopowierzchniowych. Do urzędów wojewódzkich nie przekazano także informacji o możliwości wykorzystania modelu szpitala modułowego, zaproponowanego wiosną 2020 r. przez specjalistów WIM.

Zauważyć należy, że choć to MZ przekazał do wojewodów wytyczne co do sposobu tworzenia ST i wydawał decyzje administracyjne polecające dokonanie adaptacji wskazanych obiektów, to w swych wyjaśnieniach dowodził, że za ustalenie lokalizacji ST odpowiedzialność ponosili wojewodowie. Szczegółowo zagadnienie to opisano w pkt *Szpitala tymczasowe jako narzędzie zwalczania COVID-19*.

Infografika nr 7

Utworzone ST z uwzględnieniem przyjętego rozwiązania i organu wydającego decyzję w sprawie



Źródło: ustalenia kontroli NIK.

Tworzenie, organizacja i likwidacja ST

Działania organów państwa związane z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją ST nie były prawidłowe.

Szpitala tymczasowe były tworzone na podstawie decyzji administracyjnych wydawanych przez poszczególne organy, które zawierały: 1] polecenia utworzenia i organizacji szpitali, skierowane do określonych podmiotów, poprzez dostosowanie wybranych obiektów do potrzeb działalności takiego szpitala (decyzje te były wydawane przez PRM, MZ i wojewodów); 2] udostępnienia nieruchomości na potrzeby szpitala tymczasowego (PRM, wojewodowie, MZ); 3] objęcia funkcji tzw. szpitala patronackiego przez podmiot leczniczy (MZ, wojewodowie); 4] ustalenia określonej liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 (PRM, wojewodowie, MZ); 5] zakupów sprzętu i wyposażenia dla potrzeb ww. obiektów (wojewodowie); 6] dokonywania zmian w ww. decyzjach (wszystkie wskazane organy w zakresie wydanych przez siebie decyzji).

Ze względu na stopień komplikacji, udział wielu niezależnie działających podmiotów i brak powiązania odpowiedzialności za sposób wydatkowania środków publicznych z podejmowanymi decyzjami, organizacja procesu

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

tworzenia szpitali tymczasowych stanowiła utrudnienie dla gospodarnego wydatkowanie środków publicznych na przeciwdziałanie COVID-19 wobec czego, w ocenie NIK powinno się zaniechać wykorzystywania podobnych rozwiązań w przyszłości.

W okresie objętym kontrolą, na podstawie decyzji wydanych przez PRM, Ministra Zdrowia, MAP, MON i wojewodę warmińsko-mazurskiego, miało być utworzonych 40 szpitali tymczasowych, w tym: dziewięć w woj. mazowieckim, siedem w woj. małopolskim, cztery w woj. dolnośląskim, trzy w woj. śląskim, po dwa w województwach: warmińsko-mazurskim, pomorskim, zachodniopomorskim, kujawsko-pomorskim i podlaskim oraz po jednym w województwach: świętokrzyskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim, wielkopolskim i lubuskim). Ukazuje to poniższa infografika.

Liczba szpitali tymczasowych objętych decyzjami organów

Infografika nr 8

Rozmieszczenie szpitali tymczasowych wg organów wydających decyzje i osiągniętego zaawansowania realizacji.



Źródło: ustalenia kontroli NIK.

Podstawą do tworzenia ST były decyzje administracyjne wydane przez PRM, MZ, MON i wojewodę warmińsko-mazurskiego:

- Prezes Rady Ministrów wydał, na podstawie art. 11 h ust. 2 i 4 specustawy, 12 decyzji²¹³ polecających wskazanym w nich 11 spółkom z udziałem Skarbu Państwa podjęcie działań w celu utworzenia 17 szpitali tymczasowych, z czego jedna decyzja obejmowała także wskazanie lokalizacji szpitala²¹⁴. Decyzje te dały podstawę do utworzenia 11 szpitali tymczasowych²¹⁵ na terenie całego kraju;
- Minister Zdrowia wydał 36 decyzji²¹⁶ dla 19 podmiotów gospodarczych oraz dziewięciu podmiotów leczniczych, dotyczących udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitali tymczasowych, na podstawie których w okresie objętym kontrolą zostało utworzonych 18 i uruchomionych 17 ST²¹⁷;
- dwa szpitale zostały utworzone i uruchomione na podstawie decyzji wojewody warmińsko-mazurskiego (ST w Nidzicy i ST w Szczytnie – finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie dyspozycji składanych przez MZ);
- dwa szpitale zostały utworzone i uruchomione w Warszawie na podstawie decyzji-poleceń Ministra Obrony Narodowej (ST przy ul. Szaserów i ST przy ul. Żwirki i Wigury).

Różnica pomiędzy liczbą wydanych decyzji i liczbą uruchomionych szpitali

Z 40 szpitali objętych poleceniami ww. organów, faktycznie uruchomione zostały (tj. przyjęły pacjentów i funkcjonowały) 32 szpitale tymczasowe, w tym: osiem w woj. mazowieckim (ST na Lotnisku Okęcie, Modułowy ST w Warszawie, ST Południowy w Warszawie, ST Stadion Narodowy, ST w Ostrołęce, ST w Płocku, ST w Siedlcach i ST w Radomiu), po trzy w woj. małopolskim (ST CUMRiK, ST Expo w Krakowie i ST w Krynicy-Zdroju) i dolnośląskim (ST we Wrocławiu, ST w Wałbrzychu i ST w Legnicy), po dwa w woj. śląskim (ST w Katowicach i ST w Pyrzowicach), pomorskim (ST w Gdańsku i ST w Sopocie), warmińsko-mazurskim (ST w Nidzicy i ST w Szczytnie) i podlaskim (ST Nr 1 w Białymstoku i ST Nr 2 w Białymstoku) i kujawsko-pomorskim (ST w Ciechocinku i ST w Radziejowie) oraz po jednym w pozostałych województwach: łódzkim (ST w Łodzi), podkarpackim (ST w Rzeszowie), wielkopolskim (ST w Poznaniu), lubuskim (ST w Zielonej Górze), zachodniopomorskim (ST PUM w Szczecinie), świętokrzyskim (ST w Kielcach), opolskim (ST w Opolu) i lubelskim (ST w Lublinie).

²¹³ Przyjęto do rachunku decyzje pierwotnie wydane – nie uwzględnia ST Lubin, w którego sprawie decyzja została uchylona po 40 dniach od wydania.

²¹⁴ Decyzja z dnia 19 października 2020 r. dot. utworzenia szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym w Warszawie.

²¹⁵ Z tego dwa ST objęte umowami zawartymi przez Ministra Szefa KPRM: w Warszawie – Stadion Narodowy, ST Siedlcach; oraz dziewięć ST objętych umowami zawartymi przez MAP: w Gdańsku, Pyrzowicach, Płocku, Ostrołęce, Krynicy-Zdroju, Radziejowie, Legnicy, Wałbrzychu i Radomiu.

²¹⁶ W tym 26 wydanych na podstawie art. 11 h ust. 2 i 4 *specustawy* i 10 na podstawie art. 10d ust. 2 *specustawy*.

²¹⁷ Szpital tymczasowy Południowy w Warszawie, ST CUMRiK, ST Expo w Krakowie, ST we Wrocławiu, ST w Sopocie, ST w Katowicach, ST PUM w Szczecinie, ST w Ciechocinku, ST Nr 1 w Białymstoku i ST Nr 2 w Białymstoku, ST w Kielcach, ST w Lublinie, ST w Łodzi, ST w Opolu, ST w Rzeszowie, ST w Poznaniu, ST w Zielonej Górze). Utworzono, lecz nie uruchomiono ST w Szczecinie w hali Netto Arena, który przez cały czas istnienia nie przyjął ani jednego pacjenta.

Przyczyną odstąpienia od utworzenia sześciu szpitali był brak powiązania ich lokalizacji z zapotrzebowaniem na łóżka dla pacjentów chorych na COVID-19, wynikającym z sytuacji epidemiologicznej panującej w poszczególnych województwach²¹⁸). W jednym przypadku utworzenie ST okazało się ponadto zbyt trudne i kosztowne ze względów natury prawnej²¹⁹. Ponadto w jednym przypadku zwiększono z dwóch do trzech liczbę szpitali tymczasowych, do których utworzenia zobowiązana była spółka KGHM (po trzech dniach od wydania pierwotnej decyzji), by następnie (po ok. 40 dniach) zmienić decyzję i zmniejszyć liczbę tworzonych przez ten podmiot szpitali do dwóch (jak nakazywała pierwotna decyzja z 29 października 2020 r.).

Decyzje administracyjne w sprawie utworzenia i organizacji ST objętych nin. kontrolą były wydawane na podstawie art. 11h *specustawy* przez wszystkie organy administracji z naruszeniem przepisów k.p.a. (w różnym stopniu w odniesieniu do poszczególnych organów). Ogółem co najmniej 41 decyzji zostało wydanych w ten sposób przez: Prezesa Rady Ministrów (12), Ministra Zdrowia (26) i wszystkich trzech skontrolowanych wojewodów (3).

PRM i inne organy były zobowiązane do podjęcia wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego (art. 7 k.p.a.) przed wydaniem decyzji administracyjnych, zawierających polecenie przystąpienia do tworzenia poszczególnych szpitali, a ich działania służące zabezpieczeniu łóżek dla chorych na COVID-19, skonkretyzowane w formie poszczególnych decyzji administracyjnych powinny właściwie wykorzystywać informacje o sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych województwach i informacje o istniejących rezerwach łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19, które były pozyskiwane i znajdowały się w posiadaniu MZ i były udostępniane systematycznie pozostałym organom.

Podczas tworzenia ST wystąpiło szereg naruszeń procedury administracyjnej, dotyczących sposobu wydawania przez organy decyzji na podstawie art. 11h *specustawy*.

Przykłady

- Wszystkie 26 decyzji Ministra Zdrowia, w których jako podstawę wskazano art. 11h ust. 2 i 4 *specustawy*, wydanych zostało bez przeprowadzenia postępowań administracyjnych określonych w kodeksie postępowania administracyjnego. Skutkiem takiego działania było naruszenie we wszystkich przypadkach zasad prowadzenia postępowania administracyjnego, w tym zasady legalizmu (art. 6 k.p.a.), zasady prawdy obiektywnej (art. 7 k.p.a.), zasady informowania stron (art. 9 k.p.a.), zasady czynnego udziału strony w postępowaniu (art. 10 k.p.a.) oraz zasady pisemności postępowania (art. 14 k.p.a.).
- Wszystkie 12 decyzji PRM w sprawie tworzenia szpitali tymczasowych, opartych na art. 11h ust. 3 i 4 *specustawy* zostało wydanych z naruszeniem art. 61 §4 k.p.a. i zasady pisemności postępowania, określonej w art. 14 k.p.a.

Przyczyny odstąpienia od tworzenia ST – brak zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów z COVID-19

Naruszanie k.p.a. w toku wydawania decyzji dotyczących tworzenia ST

²¹⁸ Nie utworzono dwóch ST objętych poleceniem PRM dla PKO BP SA, jednego ST objętego poleceniem PRM dla Węgłokoks SA, jednego ST objętego poleceniem PRM dla BGK SA, jednego objętego poleceniem PRM dla Grupy Azoty SA i jednego objętego poleceniem dla Tauron Polska Energia S.A.

²¹⁹ Szpital tymczasowy w hali Tauron Arena w Krakowie – decyzja wydana spółce Tauron Polska Energia S.A.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wobec braku dokumentacji postępowania administracyjnego nie sposób wobec tego ustalić, dlaczego do tworzenia szpitali tymczasowych wybrano te, a nie inne spółki z udziałem Skarbu Państwa.

Także wszyscy trzej skontrolowani wojewodowie²²⁰ naruszali – w zróżnicowanym zakresie – zasady postępowania administracyjnego w toku wydawania decyzji związanych z procesem tworzenia ST, przy czym w przypadku wojewodów śląskiego i mazowieckiego nieprawidłowość dotyczyła braku powiadomienia szpitala patronackiego o wszczęciu postępowania, co stanowiło naruszenie art. 61 §4 k.p.a. Szerszy zakres nieprawidłowości ustalono w odniesieniu do działań podejmowanych przez wojewodę dolnośląskiego.

Przykład

Wydawanie przez Wojewodę, w drodze decyzji administracyjnych, poleceń, w oparciu o które zobowiązywano **Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu** do wykonywania zadań związanych z organizowaniem i funkcjonowaniem ST we Wrocławiu, nie było poprzedzane przeprowadzeniem postępowań administracyjnych w zakresie wynikającym z przepisów k.p.a. W szczególności, przy wydawaniu ww. poleceń (decyzji) nie zrealizowano wymogów: powiadomienia strony o wszczęciu postępowania administracyjnego (art. 61 § 4 k.p.a.), podejmowania wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy (art. 7 k.p.a.) oraz zapewnienia czynnego udziału strony w postępowaniu i zapewnienia jej wypowiedzenia się co do zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego (art. 9 i 10 k.p.a.). Powyższe stało w sprzeczności z zasadą praworządności, o której mowa w art. 7 Konstytucji RP oraz art. 6 k.p.a.

Wojewoda wyjaśnił m.in., że odstępstwa od reguł ustalonych przepisami k.p.a. wystąpiły ze względu na konieczność zapewnienia przez władze publiczne ochrony życia i zdrowia. Wskazał również, że wyposażenie wojewodów w kompetencje do wydawania poleceń umożliwiło sprawną realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, a nadanie tym poleceniom formy decyzji administracyjnej, niewymagającej uzasadnienia i podlegającej natychmiastowemu wykonaniu, zapewniało szybką i skuteczną reakcję organów państwa na wyzwania wynikające z sytuacji epidemicznej.

Odnosząc się to tego argumentu NIK dostrzegła, że wyzwania związane z epidemią w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 wymagały szybkiego podejmowania decyzji. Ustawodawca nie zwolnił jednak przy tym organów administracji publicznej z przestrzegania przepisów proceduralnych, w związku z czym brak było prawnych możliwości podejmowania arbitralnych decyzji w tym zakresie. Decyzje (polecenia) wydawane na podstawie art. 11h specustawy stanowią instrument władczej ingerencji państwa w samodzielność działalności różnych kategorii podmiotów. Powinny one zatem mieć zapewnioną rzeczywistą możliwość korzystania z całokształtu przysługujących im gwarancji procesowych. NIK stoi na stanowisku, że przyjęty przez Wojewodę sposób postępowania nie stwarzał takich warunków.

Wydawanie decyzji
niepowiązanych
z sytuacją
epidemiologiczną

W konsekwencji nieprzeprowadzenia rzetelnego postępowania administracyjnego, polegającego w szczególności na ustaleniu okoliczności faktycznych i prawnych, decyzje o tworzeniu wielu szpitali tymczasowych wydawane były bez związku z bieżącą i prognozowaną sytuacją epidemiologiczną w poszczególnych województwach i w całym kraju.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W rezultacie nieuwzględnienia faktycznego zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów z COVID-19 utworzono szpitale, które przyjęły stosunkowo niewielu pacjentów, lub w skrajnym przypadku – żadnego.

Przykład

Szczególnym przypadkiem niecelowego wydatkowania środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 była adaptacja hali Netto Areny w Szczecinie na szpital tymczasowy (kosztem 29 162,2 tys. zł, w tym koszty utworzenia 22 113,6 tys. zł) w którym ze względu na brak takiej potrzeby nie został przyjęty ani jeden pacjent.

Rzetelne postępowanie, prowadzące do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego (a więc spełniające wymogi określone w art. 7 k.p.a.) powinno skutkować dokładnym ustaleniem tego, ilu łóżek dla pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji potrzeba do uzupełnienia zasobów w danym województwie i jakie powinno być ich rozmieszczenie. Dopiero wtórnym elementem powinna być w takim przypadku decyzja o liczbie i szczegółowej lokalizacji szpitali jakie należy utworzyć. Tymczasem decyzje PRM w sprawie tworzenia ST określały (z wyjątkiem decyzji dot. ST na Stadionie Narodowym) tylko liczbę szpitali jakie miała utworzyć konkretna spółka (nie określano w nich liczby łóżek do utworzenia w poszczególnych województwach).

O braku powiązania wydawanych decyzji z sytuacją w poszczególnych regionach świadczą także decyzje PRM, korygujące treść wcześniejszych poleceń, wydane niejednokrotnie już po kilki dniach od pierwszej decyzji. Jednakże i one nie były w pełni powiązane z sytuacją epidemiologiczną w regionach, których dotyczyły.

Zmiany decyzji PRM
w krótkim czasie
po ich wydaniu

Przykłady

W przypadku decyzji wydanych przez PRM m.in. dokonywano zmian w ich treści, odnoszących się do lokalizacji i liczby ST już po upływie kilku dni od ich wydania²²¹ i tak np.:

- z utworzenia drugiego ST przez BGK zrezygnowano po 10 dniach od wydania decyzji o jego utworzeniu);
- już po trzech dniach od wydania pierwszej decyzji PRM nastąpiło zwiększenie z dwóch do trzech liczby szpitali, jakie w woj. dolnośląskim miał utworzyć KGHM SA a po kolejnych 39 dniach nastąpiła rezygnacja z tworzenia tego szpitala;
- zmiana dokonana po upływie 4 dni od wydania decyzji PRM dla PKO BP SA, spowodowała przeniesienie lokalizacji jednego ze ST, którego utworzenie PRM polecił PKO BP SA, z woj. małopolskiego – do woj. wielkopolskiego, co jednak oznaczało rezygnację z tworzenia szpitala tymczasowego w regionie o mniejszych rezerwach na rzecz utworzenia ST w regionie posiadającym większą liczbę wolnych łóżek dla pacjentów z COVID-19 w danym dniu i nie miało związku z prognozami rozwoju sytuacji epidemiologicznej (PKO BP SA ostatecznie także nie utworzył tego ST w woj. wielkopolskim).

²²¹ Decyzje wydane dla PKO BP SA, KGHM SA, Totalizator Sportowy sp. z o.o., BGK.

Niegospodarne wydatki na nieruchomości ST

Nie w każdym przypadku zmiana decyzji PRM została dokonana na tyle szybko, by można było zapobiec ponoszeniu przez wyznaczone spółki nakładów na tworzenie ST, zbędnych z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.

Przykłady

- W obrocie prawnym przez okres ok. pięciu miesięcy pozostawiono niezrealizowane 4 decyzje²²² PRM, dotyczące pięciu szpitali tymczasowych, co wobec faktu, iż z mocy art. 11h ust. 9 *specustawy* były one objęte cały czas obowiązkiem natychmiastowego wykonania wywoływało ryzyko, iż zobowiązane spółki będą ponosiły niecelowo koszty na tworzenie szpitali, z których utworzenia faktycznie zrezygnowano. Ryzyko to zmaterializowało się w jednym przypadku i kwota 2099,0 tys. zł została wydatkowana na pokrycie kosztów poniesionych przez PKO BP SA na czynsz i opłaty eksploatacyjne w okresie 6 miesięcy tworzenia szpitala tymczasowego w Tarnowie, który ostatecznie nie został uruchomiony, a na miejsce którego utworzono punkt szczepień przeciwko COVID-19.
- W dwóch dalszych przypadkach wyznaczone spółki podjęły niezwłocznie działania w celu realizacji decyzji PRM i poniosły w związku z tym określone koszty. Jednak z tworzenia ST w tych dwóch przypadkach zrezygnowano (w jednym przypadku z uwagi na fakt, iż obiekt w którym chciano utworzyć szpital był jeszcze objęty gwarancją, a w drugim ze względu na brak zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów z COVID-19 w regionie). W efekcie kwotę 206,6 tys. zł wydano na prace projektowe nad adaptacją Hali Tauron Arena w Krakowie, które zostały wstrzymane, a kwotę 658,6 tys. zł spółka KGHM Polska Miedź SA wydatkowała na prace przy adaptacji i likwidację adaptacji w szpitalu w Lubinie, który nie powstał w wyniku zmiany decyzji PRM²²³.

Nierzetelne zawieranie umów w sprawie tworzenia ST przez organy wskazane w decyzjach

Umowy dotyczące tworzenia ST²²⁴ zawierane były przez organy wskazane w decyzjach administracyjnych PRM, a termin ich zawarcia i kształt postanowień umownych przyczyniły się do ponoszenia nadmiernych nakładów związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem szpitali tymczasowych²²⁵.

W celu wykonania decyzji administracyjnych wydanych przez PRM, tj. utworzenia szpitali tymczasowych, Minister Szef KPRM i MAP zawierali, na podstawie art. 11h ust. 7 *specustawy*, umowy ze spółkami z udziałem Skarbu Państwa, których przedmiotem była realizacja polecenia PRM. MAP w tym celu zawarł 11 umów z ośmioma spółkami²²⁶, a Minister Szef KPRM

²²² Decyzje wydane dla PKP BP SA, Węgłokoks SA, Tauron SA, Grupa Azoty SA.

²²³ Kwota ustalona na podstawie korespondencji spółki z MAP, wykazywana przez KGHM SA.

²²⁴ Dotyczy 14 z 16 badanych przypadków umów – poza umową wojewody dolnośląskiego i wojewody mazowieckiego.

²²⁵ Przed zawarciem umów z poszczególnymi spółkami z udziałem Skarbu Państwa, treść każdej umowy była opiniowana przez Prokuratorię Generalną Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie dotyczącym zabezpieczenia interesów Skarbu Państwa. Opiniowanie odbywało się na bieżąco i jego czas nie wpłynął na wydłużenie się czasu uzgadniania postanowień umownych.

²²⁶ W związku z realizacją przez spółki zadań wynikających z decyzji PRM (dotyczących m.in. wyboru lokalizacji oraz utworzenia i organizacji szpitali tymczasowych) MAP zawarł 11 umów z ośmioma spółkami, z tego: 1] trzy umowy dotyczyły rozliczenia kosztów budowy i funkcjonowania obiektów tymczasowych z elementów modułowych (ST Legnica, ST Ostrołęka, ST Płock); 2] dwie umowy dotyczyły rozliczenia przeprowadzonej modernizacji lub przystosowania istniejących obiektów szpitalnych w zakresie m.in. instalacji gazów medycznych (ST Radziejów, ST Wałbrzych); 3] dwie umowy dotyczyły rozliczenia kosztów adaptacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych (ST Pyrzowice, ST Gdańsk); 4] dwie umowy

– dwie umowy z dwiema spółkami z udziałem SP²²⁷. Minister Zdrowia nie zawierał bezpośrednio umów z podmiotami tworzącymi ST, a ich wybór należał do właściwych miejscowo wojewodów – wskazanych w treści decyzji Ministra jako organ odpowiedzialny za zawarcie umowy z adresatem decyzji.

Skontrolowani wojewodowie zawarli w tych sprawach: 1] Wojewoda śląski – dwie umowy (z operatorem Międzynarodowego Centrum Kongresowego w Katowicach i szpitalem MSWiA im. sierżanta Grzegorza Załogi jako szpitalem patronackim); 2] Wojewoda dolnośląski – jedną umowę na udostępnienie nieruchomości i przeprowadzenie prac adaptacyjnych i inwestycyjnych (z podmiotem prywatnym, natomiast Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu wykonywał funkcję szpitala patronackiego na podstawie decyzji wojewody), 3] Wojewoda mazowiecki – jedną umowę (trójstronną ze Szpitalem Solec i Miastem Stołecznym Warszawa).

Na 12 umów zawartych przez Ministrów (MAP – 10, Ministra Szefa KPRM – dwie) ze spółkami z udziałem SP, którym polecono decyzjami utworzenie ST, we wszystkich przypadkach podpisanie umowy nastąpiło po wydaniu decyzji (od 48 do 525 dni), a w 10 przypadkach już po przyjęciu pacjentów do danego szpitala, co ograniczało możliwości wykorzystania postanowień umownych do zabezpieczenia interesów Skarbu Państwa w czasie prowadzenia prac adaptacyjnych.

Z 10 umów zawartych przez MAP w związku z decyzjami PRM w celu utworzenia szpitali tymczasowych osiem zostało zawartych już po zakończeniu prac adaptacyjnych i przyjęciu pierwszych pacjentów, a dwie umowy zostały zawarte na końcowym etapie tych prac. Podobna sytuacja miała miejsce także w przypadku obydwu umów podpisanych w imieniu Skarbu Państwa przez Ministra Szefa KPRM. W rezultacie, w okresie wynoszącym od 48 do 525 dni poszczególne spółki realizowały polecenia PRM wyłącznie na podstawie jego decyzji, a nie na podstawie umów zawartych z Ministrami reprezentującymi Skarb Państwa.

Zawieranie *post factum* umów z podmiotami wyznaczonymi do tworzenia ST było działaniem nierzetelnym, gdyż Skarb Państwa, reprezentowany przez Ministrów, nie miał w okresie gdy prace adaptacyjne prowadzono wyłącznie na podstawie decyzji (tzw. *bezumownym*) do swej dyspozycji mechanizmów zapewniających, by spółki tworzące ST ponosiły wydatki

dotyczyły rozliczenia kosztów utworzenia i funkcjonowania oddziału opieki nad pacjentami chorymi na COVID-19 w przystosowanym obiekcie szpitala w którym prowadzono poprzednio inną działalność leczniczą (ST Krynica-Zdrój, ST Radom); 5] jedna umowa dotyczyła rozliczenia kosztów utworzenia i funkcjonowania szpitala tymczasowego, który został w związku decyzją Prezesa RM zastąpiony punktem szczepień przeciw COVID-19 (obiekt Areny „Jaskółka” w Tarnowie); 6] jedna umowa dotyczyła rozliczenia kosztów przygotowania projektu koncepcji przebudowy oraz zmiany sposobu użytkowania Hali Tauron Arena w Krakowie.

²²⁷ Umowa z PL.2012+ sp. z o.o. w Warszawie dot. adaptacji powierzchni Stadionu Narodowego (obiekt wielkopowierzchniowy) do potrzeb ST i umowa z BGK SA w Warszawie dot. utworzenia ST w Siedlcach na terenie Szpitala Wojewódzkiego (adaptacja oddziału szpitalnego do potrzeb leczenia pacjentów z COVID-19).

celowo, rzetelnie, racjonalnie i oszczędnie z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz w sposób, który zapewni prawidłową i terminową realizację umów.

Od dnia wydania decyzji przez PRM, aż do dnia zawarcia umowy spółki zobowiązane były do natychmiastowego wykonania decyzji Prezesa RM i podejmowały działania w tym celu, w okolicznościach, w których m.in.: 1] nie były znane warunki finansowe przeprowadzenia prac adaptacyjnych, 2] nie znano oczekiwanych terminów ich zakończenia (poza wskazaniem na niezwłoczność przystąpienia do realizacji i objęcie polecenia rygiorem natychmiastowej wykonalności), 3] nie był znany dopuszczalny poziom kosztów, 4] nie zostały określone zasady ponoszenia ewentualnej odpowiedzialności z powodu nienależytego wykonania zadania.

Należy zauważyć, że trzech skontrolowani wojewodowie zawarli umowy w celu utworzenia szpitali tymczasowych w terminach pozwalających na dochowanie kolejności działań, wynikającej ze specustawy (tak by realizacja decyzji odbywała się na podstawie umowy zawartej przez wskazany w niej organ z wyznaczonym podmiotem).

Do dwóch umów zawartych przez Ministrów wskazanych decyzjami PRM wprowadzono w drodze aneksu zmiany sankcjonujące wcześniej dokonane działania stron, co NIK oceniła jako działanie nierzetelne – analogicznie do oceny zawieranych w ten sposób umów.

W powyższy sposób zawarto cztery aneksy²²⁸ do umowy ze spółką PL.2012+ i zawarto jeden aneks do umowy pomiędzy MAP i PKO BP SA, na mocy którego wprowadzono zmiany niekorzystne dla Skarbu Państwa, skutkujące zawyżeniem kwoty zwróconej tej spółce o blisko 350 tys. zł.

Zawyżenie o 347,9 tys. zł
wydatków związanych
z wynajmem hali
w Tarnowie

Przykład

MAP, podpisując w dniu 15 marca 2022 r. z PKO BP SA aneks nr 2, wprowadził do umowy zawartej z tą spółką 20 stycznia 2021 r., z mocą wsteczną, postanowienia wydłużające z 62 do 92 dni termin zwrotu obiektu Hali Jaskółka jej właścicielowi, tj. z 28 września 2021 r. na 28 października 2021 r. Skutkiem tego było usankcjonowanie dokonanego przez MAP w dniu 29 grudnia 2021 r. zwrotu na rzecz PKO BP SA kosztów w kwocie 347,9 tys. zł, poniesionych za czynsz i opłaty eksploatacyjne z tytułu udostępnienia Areny „Jaskółka” w Tarnowie za miesiąc październik 2021 r., a więc za okres, w którym zgodnie z postanowieniami umowy pomiędzy MAP a PKO BP SA, obiekt hali powinien być już zwrócony przez spółkę jego właścicielowi. Zmiana wprowadzona *post factum* naruszała zasady gospodarnego dysponowania środkami publicznymi, ponieważ nie zmieniając efektu, powiększała koszt jego osiągnięcia – nie skutkowała zatem uzyskaniem najlepszego efektu z danych nakładów.

²²⁸ Ww. cztery aneksy do umowy z 10 grudnia 2020 r. odnosiły się do czynności już wcześniej wykonanych lub zaistniałych wcześniej okoliczności: 1] poszerzenia adaptacji o punkty szczepień (aneks nr 1 z 31 marca 2021 r. – a czynności zw. z adaptacją miały być przeprowadzone do 5 lutego 2021 r.); 2] zmiany lokalizacji punktu szczepień (aneks nr 2 z 30 czerwca 2021 r. w którym od 21 marca 2021 r. podwyższono czynsz z tego tytułu o 507 070,08 zł netto), 3] Aneksem nr 5 z 31 sierpnia 2021 r. uregulowano z mocą wsteczną wysokość czynszu za miesiąc czerwiec, lipiec i sierpień 2021 r., choć szpital zawiesił działalności 23 maja 2021 r.; 4] W Aneksie nr 7 z 17 stycznia 2022 r. m.in. uregulowano z mocą wsteczną zasady rozliczania czynszu po wznowieniu działania ST od dnia 24 listopada 2021 r., uznano wznowienie świadczenia obsługi technicznej i przywrócenie zdemontowanych instalacji.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dlatego NIK ocenia takie działanie jako niegospodarne wydatkowanie środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Podobne do powyższych nieprawidłowości nie wystąpiły w odniesieniu do umów podpisanych przez skontrolowanych wojewodów: śląskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego.

W umowach zawartych przez MAP, Ministra Szefa KPRM (z jednym wyjątkiem²²⁹) i wojewodę śląskiego brak było postanowień o karach umownych, choć tworzenie ST zlecano prawie we wszystkich przypadkach podmiotom, które nie posiadały na tym polu doświadczeń, co wiązało się ze znacznym ryzykiem opóźnień i nieprawidłowej realizacji powierzanych zadań.

Brak kar umownych i postanowień dyscyplinujących kontrahentów

Biorąc właśnie te okoliczności pod uwagę, należało ze szczególną starannością zabezpieczyć interesy Skarbu Państwa w zawieranych umowach, także poprzez ujęcie w ich treści zapisów dotyczących kar umownych i terminów.

Jednak w umowach zawieranych przez MAP i Ministra Szefa KPRM ze spółkami wyznaczonymi w decyzjach PRM tylko w jednym przypadku na 12 umów zawartych w celu utworzenia ST ujęto postanowienia dotyczące kar umownych (umowa ze spółką PL.2012+).

We wszystkich 10 umowach zawartych przez MAP nie ustalono także terminu dostarczenia przez spółki kompletu dokumentacji niezbędnej do rozliczenia umowy, a w sześciu przypadkach – terminu zwrotu właścicielom obiektu, w którym tworzone ST.

Przykład

Wszystkie 10 umów zawartych w celu utworzenia ST przez MAP z podmiotami wskazanymi jako odpowiedzialne za utworzenie ST nie zawierało postanowień ustalających termin przekazania przez spółki do MAP kompletu dokumentacji niezbędnej do dokonania ostatecznego rozliczenia tych umów, co skutkowało wydłużeniem w czasie procesu rozliczenia zadań. MAP ponadto, w sześciu przypadkach nie określił w umowach terminu dokonania zwrotu obiektów w których działały ST – ich właścicielom.

Nieujęcie postanowień o: karach umownych, terminach przywrócenia obiektów do ich stanu pierwotnego po likwidacji ST i terminach przedstawienia dokumentacji niezbędnej do rozliczenia umów nie zabezpieczało przed wydłużeniem czasu, w którym spółki dysponowały obiektami ST po ich likwidacji, mając zapewniony zwrot kosztów ponoszonych z tego tytułu ze środków publicznych. Z tego też powodu NIK uznała powyższe działania MAP za nierzetelną realizację obowiązku zawarcia umowy z podmiotami wskazanymi przez PRM w decyzjach dotyczących utworzenia, organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych, określonego w art. 11h ust. 7 pkt 1 *specustawy*.

Brak w umowach MAP ze spółkami zapisów dotyczących terminów składania kompletnej dokumentacji służącej rozliczeniu zadania utrudnił także podmiotowi zatrudnionemu przez MAP kosztem ok. 1,0 mln zł wykonanie zamówio-

²²⁹ Umowa z 10 grudnia 2020 r. dot. adaptacji Stadionu Narodowego w Warszawie do potrzeb szpitala tymczasowego w imieniu Skarbu Państwa zawarta przez Ministra Szefa KPRM.

nej usługi – weryfikacji dokumentacji rozliczenia kosztów tworzenia szpitali²³⁰ (do końca września 2022 r. zostało w ten sposób rozliczonych pięć z 11 umów zawartych przez MAP).

Umowa zawarta przez wojewodę śląskiego także nie posiadała w swej treści postanowień odnoszących się do kar umownych i terminów zwrotu obiektów adaptowanych na cele ST.

Stawki
za roboczogodzinę
robót stosowane
w rozliczeniach
z wykonawcami adaptacji
nie były kształtowane
w oparciu o zasady
rynkowe

W przypadku dwóch z trzech adaptacji ocenionych w toku kontroli²³¹ przez biegłych, zastosowane stawki za roboczogodzinę robót były wysokie, lecz mieściły się w przedziale stawek określonym w branżowych biuletynach Sekocenbud.

Obowiązkiem organów wydatkujących środki publiczne było zapewnienie ponoszenia tych wydatków celowo, rzetelnie, racjonalnie i oszczędnie, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, zasady optymalnego doboru metod, w tym dokonania analizy rynku i środków służących do wykonania usług, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz w sposób, który zapewni prawidłową i terminową realizację umów.

Zawieranie przez **MAP** umów dopiero po wykonaniu zadania nie służyło osiągnięciu tego celu. Na przykład w połowie z 10 umów zawartych przez MAP w celu utworzenia ST²³² postanowiono, że koszty poniesione na realizację prac miały być akceptowane przez Ministra przed ich poniesieniem – na podstawie ich zestawień, co było niemożliwe wobec tego, że umowy zawarto już po zakończeniu prac. Także obydwie umowy zawarte przez **Ministra Szefa KPRM** *post factum* z wykonawcami adaptacji do potrzeb ST Stadionu Narodowego w Warszawie i budynku należącego do Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach odnosiły się do już poniesionych nakładów²³³. Umowy zawierane przez **wojewodów** z podmiotami wyznaczonymi decyzjami do utworzenia ST dopuszczały dodatkowo możliwość korzystania z podwykonawców, co także sprzyja podnoszeniu stawek umownych i cen.

Do weryfikacji wysokości stawek za roboczogodzinę robót i materiałów budowlanych przy tworzeniu ST wytypowano następujące szpitale tymczasowe tworzone na trzy różne sposoby:

²³⁰ Według stanu na dzień 26 września 2022 r., MAP rozliczył w całości realizację pięciu z 11 umów zawartych ze spółkami, z tego trzy dotyczyły utworzenia, organizacji i likwidacji szpitali tymczasowych (ST w Legnicy, Wałbrzychu i Radziejowie), jedna dotyczyła utworzenia, organizacji i likwidacji punktu szczepień przeciwko COVID-19 w Tarnowie (pierwotnie szpital tymczasowy) oraz jedna – przygotowania projektu koncepcyjnego przebudowy i zmiany sposobu użytkowania fragmentu obiektu Tauron Arena w Krakowie na cele szpitala tymczasowego.

²³¹ Zakres objęty kontrolą D/21/505.

²³² Umowy dot. ST w Legnicy, Pyrzowicach i Gdańsku, Radziejowie i Tarnowie (niedokończony ST w Arenie „Jaskółka”).

²³³ Umowa dotycząca utworzenia ST na Stadionie Narodowym zawarta została przez Ministra Szefa KPRM 10 grudnia 2020 r. tj. już po poniesieniu większości kosztów związanych z adaptacją obiektu, który na podstawie kosztorysów powykonawczych określono na 14 662,3 tys. zł netto; 2] umowa dotycząca adaptacji na ST budynku Oddziału Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach została zawarta 19 stycznia 2021 r. tj. po przyjęciu pierwszych pacjentów, wobec tego na podstawie kosztorysów powykonawczych ustalono, że koszt adaptacji i zakupu sprzętu medycznego wyniósł 7247,8 tys. zł brutto. Także i w tym przypadku nie można było stosować bieżących narzędzi weryfikacji ponoszonych kosztów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- Szpital tymczasowy na Stadionie Narodowym w Warszawie, gdzie umowy na roboty budowlane i montażowe zawierała z podwykonawcami spółka PL.2012+ wskazana w decyzji PRM, z którą umowę na podstawie art. 11h ust. 7 specustawy zawarł po zakończeniu adaptacji obiektu, w imieniu Skarbu Państwa, Minister Szef KPRM.
- Szpital tymczasowy w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach, gdzie umowy na roboty budowlane i montażowe zawierała z wykonawcami szpital patronacki (Szpital MSWiA w Katowicach), z którym umowę podpisał wojewoda śląski w celu wykonania decyzji Ministra Zdrowia.
- Szpital tymczasowy we Wrocławiu, ul. Rakietowa 33, gdzie umowę na roboty adaptacyjne i inwestycyjne z podmiotem uznanym za dysponenta nieruchomości, na której miał powstać szpital, zawarł wojewoda dolnośląski, wykonując decyzję Ministra Zdrowia.

Z analizy stawek za roboczogodzinę robót zastosowanych w trzech powyższych przypadkach, przeprowadzonej przez biegłych powołanych przez NIK wynika, że w dwóch pierwszych przypadkach wartości kosztorysów oscylowały w obszarze cenowym wynikającym z zastosowania maksymalnych parametrów składników cenotwórczych w biuletynie SEKOCENBUD. Biorąc pod uwagę specyfikę obiektów, krótki termin realizacji i ryzyka z tym związane uznano, iż stanowiły one ceny rynkowe.

Zastosowanie do rozliczania kosztów adaptacji ST we Wrocławiu stawek uzgodnionych z wykonawcą przez wojewodę dolnośląskiego spowodowało, że koszt adaptacji okazał się o ok. 11,0 mln zł wyższy, niż miałyby to miejsce przy zastosowaniu nawet najwyższych stawek z biuletynów branżowych.

W odniesieniu do szpitala tymczasowego we Wrocławiu ustalono, że „zastosowana przez wykonawcę w kosztorysach wysokość stawki roboczogodzinnej kosztorysowej odbiegała w sposób znaczący od cen rynkowych roboczogodzin co spowodowało, że ceny jednostkowe poszczególnych pozycji kosztorysowych były niewspółmierne do ogólnie funkcjonujących na rynku budowlanym. Stwierdzono, że dla analizowanego zakresu robót wartości kosztorysów wykonanych przez wykonawcę są ponad dwukrotnie większe od wartości wynikających z kosztorysów, w których przyjęto stawki maksymalnej roboczogodzinnej wg publikacji w biuletynie „Sekocenbud”.

Przykład

Szczegółowa analiza kosztorysów powykonawczych na łączną kwotę 21 369,8 tys. zł brutto (tj. 17 373,9 tys. zł netto) wykazała, że przyjęto w nich stawki za roboczogodzinę robót w wysokości 140,55 zł; 90,00 zł; 60,00 zł; 27,50 zł (w zależności od ich rodzaju). Stawki te były stawkami „netto”, tj. nie uwzględniały narzutów kosztów pośrednich oraz zysku. Dla potrzeb kontroli biegły wykonał wariantowe zestawienie kosztorysów z podziałem na trzy zakresy, obrazujące wartość kosztorysową robót z zastosowaniem stawki roboczogodzinnej: (1) przyjętej przez dysponenta nieruchomości (w przedziale od 27,50 zł do 140,55 zł – w zależności od rodzaju robót), (2) stawki średniej – 20,70 zł za roboczogodzinę oraz (3) stawki maksymalnej – 32,0 zł za roboczogodzinę, tj. odpowiadające stawce średniej/maksymalnej według publikacji (informatora cenowego) Sekocenbud. Ceny materiałów i sprzętu,

Zawyżone koszty adaptacji ST we Wrocławiu o ok. 11 mln zł

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

a także wskaźniki dotyczące kosztów pośrednich i zysk, zastosowano jednako w każdym z kosztorysów wariantowych. Przeprowadzona przez biegłego analiza kosztorysowa wykazała, że przy zastosowaniu średniej stawki wynikającej z opracowania Sekocenbud, wartość kosztorysowa robót objętych badaniem wyniosłaby 9105,6 tys. zł brutto (tj. 7402,9 tys. zł netto). Przy przyjęciu stawki maksymalnej (według Sekocenbud) wartość ta wzrosłaby do 10 201,8 tys. zł brutto (tj. 8294,2 tys. zł netto).

Wartość kosztorysowa robót wyceniona według stawki Przedsiębiorcy wyniosła natomiast 21 030,7 tys. zł brutto (tj. 17 098,1 tys. zł netto). Jak wskazał biegły, z powyższego jednoznacznie wynikało, że zastosowana przez Przedsiębiorcę stawka roboczogodziny miała kluczowe znaczenie w zakresie wartości kosztorysów i spowodowała wzrost ich wartości.

Niezależnie od powyższego, biegły wskazał również, że wpływ na wysokość kosztów za roboty rozliczone kosztorysami powykonawczymi, miały ponadto nieprawidłowości stwierdzone w kosztorysach dotyczących sprzętania końcowego. Biegły wskazał, że dla prac dotyczących mycia okien, drzwi, okładzin czy posadzek, zastosowano wskaźniki od cztero- do siedmiokrotności zabiegu, bez podania uzasadnienia. Dodatkowo przyjęte w kalkulacji pracy sprzętu – maszyny do czyszczenia podłóg – normatywy (wskaźniki) spowodowały, że koszt pracy tej maszyny znacząco przewyższył wartość samego urządzenia.

W dwóch z 16 umów strony zawarły postanowienia niezgodne z decyzjami o utworzeniu ST wydanymi przez: MZ (decyzja nakazująca przystosowanie terenu i obiektu do utworzenia ST) i PRM (decyzja nakazująca niezwłoczne zorganizowanie i utworzenie ST w Tarnowie).

Zawarcie umów o treści niezgodnej z decyzją o utworzeniu ST

Przykłady

1. Ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 **województwo dolnośląskie** sfinansował, na podstawie zawartej z Przedsiębiorcą umowy, wydatki na budowę nowych obiektów szpitalnych w kwocie 11 402,1 tys. zł mimo, że budowa tych obiektów bezpodstawnie wykraczała poza zakres polecenia Ministra Zdrowia z 24 października 2020 r. Polecenie Ministra Zdrowia obejmowało „przystosowanie terenu i obiektów” Spółki a nie budowę nowych obiektów, co zawierały znów zapisy umowy. Powyższe stanowiło naruszenie art. 11h ust. 7 *in fine* specustawy, zgodnie z którym „wykonywanie zadań objętych poleceniami wydanymi w stosunku do przedsiębiorców następuje na podstawie umowy zawartej z przedsiębiorcą (...) i jest finansowane ze środków budżetu państwa z części budżetowej, której dysponentem jest, odpowiednio, Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, minister albo wojewoda; finansowanie może odbywać się także ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, na zasadach określonych w ustawie”.

2. MAP zawarł 20 stycznia 2021 r. z PKO BP SA umowę, której postanowienia były niezgodne z decyzją Prezesa RM, bowiem w § 4 ust. 3 zawarta umowa pozwalała na wstrzymanie realizacji decyzji PRM, dotyczącej niezwłocznego zorganizowania i utworzenia szpitala tymczasowego na terenie województwa małopolskiego. Skutkiem realizacji umowy w tej treści było wydłużenie okresu, w którym spółka ponosiła koszty na wynajem powierzchni użytkowych i opłaty eksploatacyjne, bez uzyskania efektu w postaci obiektu, który mógł być wykorzystany do zwalczania epidemii jako szpital tymczasowy. Koszty te w łącznej wysokości 2099,9 tys. zł zostały następnie zwrócone spółce

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przez MAP ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, choć z punktu widzenia celów, dla których utworzony został ten Fundusz, nakłady te nie przyniosły efektu w postaci możliwości leczenia pacjentów z COVID-19 w przypadku zaistnienia takiej potrzeby. NIK ocenia takie działanie jako niezgodne z decyzją PRM i skutkujące niecelowym i niegospodarnym wydatkowaniem środków publicznych w ww. wysokości.

Skutkiem nierzetelnego zawarcia przez MAP i Ministra Szefa KPRM umów z 10 podmiotami wskazanymi w decyzjach PRM do tworzenia ST już po przyjęciu przez nie pacjentów²³⁴, a z dwoma dalszymi na końcowym etapie adaptacji obiektów do potrzeb ST²³⁵, nie było podstaw umownych do sprawowania przez ww. Ministrów bieżącego nadzoru nad działaniami spółek zmierzających do utworzenia ST.

W toku realizacji adaptacji Ministrowie nie mieli także podstaw do bieżącego dokonywania oceny celowości i oszczędności poniesionych przez spółki kosztów pod kątem przestrzegania przez nie zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Tym samym postanowienia umowne kreujące mechanizmy kontrolne i nadzorcze, obejmujące etap prowadzenia robót adaptacyjnych, po wykonaniu przedmiotu umowy stawały się już bezprzedmiotowe, a NIK oceniła takie działania Ministrów jako nierzetelne.

Minister Zdrowia, choć był odpowiedzialny za finansowanie utworzenia i działania 20 ST, nie sprawował bezpośredniego nadzoru nad realizacją adaptacji poszczególnych obiektów do tej funkcji, lecz jako podmiot upoważniony do składania dyspozycji wypłaty środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przeznaczonych na ten cel, weryfikował na bieżąco zestawienia wydatków przekazywane przez wojewodów. Był on także odpowiedzialny za stworzenie ram proceduralnych i organizacyjnych dla realizacji tego procesu.

Natomiast skontrolowani **wojewodowie**, dzięki temu, że umowy w sprawie utworzenia ST zostały przez nich zawarte w stosunkowo krótkim okresie po wydaniu decyzji przez Ministra Zdrowia w sprawie utworzenia szpitali, zapewnili sobie warunki do weryfikacji potrzeb zgłaszanych przez podmioty zaangażowane w tworzenie ST (kontrola *ex ante*) i rozliczania wydatków ponoszonych w związku z tworzeniem ST (kontrola *ex post*).

Dwóch spośród trzech skontrolowanych wojewodów sprawowało jednak ten nadzór w sposób nieskuteczny.

Przykłady

Wojewoda dolnośląski nie zapewnił rzetelnej weryfikacji potrzeb i możliwości utworzenia w ST we Wrocławiu apteki, co w konsekwencji doprowadziło do wybudowania hali (o łącznej powierzchni ok. 600 m²), która nie była użyt-

Nierzetelne umowy skutkujące brakiem podstaw do sprawowania skutecznego nadzoru w trakcie adaptacji obiektów

Nieskuteczny nadzór wojewodów nad prowadzeniem adaptacji ST

²³⁴ Szpital tymczasowy w Legnicy, Wałbrzychu, Ostrołęce, Płocku, Pyrzowicach, Gdańsku, Krynicy-Zdroju i Radomiu tworzone z udziałem MAP i ST na Stadionie Narodowym i w Siedlcach tworzone z udziałem Ministra Szefa KPRM.

²³⁵ Umowy zawarte w trakcie tworzenia ST w Radziejowie i Tarnowie (niedokończony ST w Arenie „Jaskółka”).

kowana w pełni i w sposób pierwotnie założony. Koszt posadowienia obiektu hali apteki wyniósł 1771,2 tys. zł brutto. Dodatkowo, nie ustalił także w sposób rzetelny modelu organizacji i funkcjonowania intensywnego nadzoru w ST we Wrocławiu, co w konsekwencji skutkowało brakiem spójności pomiędzy rozwiązaniami zaprojektowanymi i wybudowanymi, a wyrażonymi w poleceniu Wojewody i zrealizowanymi ostatecznie w ST we Wrocławiu. Wojewoda nie dysponował również rzetelnie przeprowadzoną analizą, uzasadniającą konieczność zapewnienia w ST we Wrocławiu 50 łóżek intensywnej terapii/intensywnej opieki medycznej. W tym celu została wybudowana dodatkowa hala (D), koszt jej posadowienia wyniósł 3542,4 tys. zł brutto, a koszt dostosowania budynku D i wyposażenia w sprzęt (który nie był użytkowany) do potrzeb oddziału intensywnej terapii – co najmniej 1472,9 tys. zł brutto²³⁶.

Wojewoda śląski zaakceptował do sfinansowania ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 wydatek z tytułu świadczenia usług w zakresie opieki medycznej nad pacjentami w okresie od 25 do 30 listopada 2020 r. (6 dni) w kwocie 70,7 tys. zł (tj. 0,1% wszystkich wydatków przeznaczonych na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację szpitala tymczasowego), pomimo tego że w pierwszych sześciu dniach funkcjonowania szpitala tymczasowego (tj. od 25 do 30 listopada 2020 r.) nie było jeszcze pacjentów, a zatem usługi w tym zakresie nie były świadczone.

Nadzorcze działania MAP nad funkcjonowaniem ST utworzonych przez spółki z udziałem SP, prowadzone były także przez powołanie (3 listopada 2020 r.) Zespołu do spraw współpracy ze spółkami w zakresie przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się na terenie kraju choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Zauważyć jednak należy, że do dnia zawarcia umów spółki nie były na jakiegokolwiek podstawie zobowiązane do dokonywania wydatków z uwzględnieniem zasad wynikających z art. 44 ust. 3 ufp. Dopiero zawarcie ze spółkami umów skutkowało ich zobowiązaniem do dokonywania przedmiotowych wydatków na takich samych zasadach jak jednostki sektora finansów publicznych.

Wobec zawarcia umów *post factum* ograniczenie możliwości wykorzystania innych narzędzi nadzoru przez MAP

Także zawarcie umowy z podmiotem zewnętrznym, której przedmiotem było świadczenie usług w zakresie analizy i kontroli kompletności dokumentacji, związanej z organizacją i utworzeniem szpitali tymczasowych, w tym dokumentacji projektowej oraz analizy i weryfikacji kosztów inwestycji mogło przynieść efekty dopiero po ustaleniu jego uprawnień (zasad na jakich reprezentował Ministra wobec spółek) w zawartych umowach.

Zatrudniony przez MAP przedsiębiorca z branży inżyniersko-budowlanej miał przeprowadzić m.in. analizę i weryfikację kosztów wszystkich inwestycji, stanowiące warunek ich końcowego rozliczenia oraz dokonać oceny wydatków dokonanych przez spółki na podstawie wizji lokalnej oraz dokumentacji przedstawionej przez nie po zakończeniu prac budowlanych/adaptacyjnych w poszczególnych obiektach.

²³⁶ W tym koszty zakupu: 16 łóżek OIOM wraz z materacami (13 szt.) w wysokości 269,7 tys. zł brutto, aparatu do znieczulenia w wysokości 199,8 tys. zł, diatermii (2 szt.) w wysokości 41,2 tys. zł, sieci izolowanej dla zasilania stanowiska OIOM w wysokości 432,5 tys. zł brutto, szyn, drążków i uchwytów w wysokości 146,9 tys. zł brutto, zasilaczy bezprzerwowych medycznych UPS w wysokości 83,3 tys. zł, podłogi elektroprowadzącej na podkładzie w wysokości 299,5 tys. zł. Wyszczególniono te koszty, których wydzielenie było możliwe na podstawie przedłożonej do kontroli dokumentacji.

Wobec podpisania przez MAP umów ze spółkami dopiero po utworzeniu i uruchomieniu szpitali tymczasowych, kontrole przeprowadzane przez Doradcę w czasie, gdy był już on umocowany do realizacji swoich zadań mogły objąć co do zasady jedynie weryfikację ilościowo-jakościową wykonanych prac, głównie w oparciu o dokumentację procesu budowlanego. Z tego wynika, że nadzór nad wykonaniem decyzji PRM przez Doradcę nie miał bieżącego charakteru, zwłaszcza w odniesieniu do tzw. robót ulegających zakryciu i zanikających.

Zauważyć należy, że umożliwienie Doradcy przeprowadzania wizji lokalnych w okresie bezumownego realizowania przez spółki decyzji PRM zależało wyłącznie od wykazania przez spółki woli współpracy (ogółem Doradca przeprowadził we wszystkich obiektach łącznie 14 kontroli, z czego cztery kontrole w lokalizacji Radom, Pyrzowice, Gdańsk i Legnica zostały przeprowadzone jeszcze przed podpisaniem przez MAP umów ze spółkami).

Natomiast nadzór nad realizacją dwóch umów zawartych przez **Ministra Szefa KPRM** w okresie przed zawarciem umów z PL.2012+ i BGK (odpowiednio przed 10 grudnia 2020 r. i 19 stycznia 2021 r.) realizowany był poprzez analizę i weryfikację w KPRM dowodów księgowych przedstawianych przez spółki, z którymi zawarto umowy. NIK oceniła te działania jako dokładne i rzetelne.

W szczególności przeanalizowanych przez NIK trzech procesach budowlanych, polegających na przeprowadzeniu adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych do funkcji ST, wystąpiły nieprawidłowości dotyczące przestrzegania prawa budowlanego i innych ustaw. Uzyskane efekty rzeczowe nie spełniały w dwóch przypadkach wymogów bezpieczeństwa pożarowego, norm budowlanych i dokumentacji projektowej.

Rozpoczęcie i prowadzenie adaptacji z naruszeniem przepisów prawa budowlanego, ustawy o zagospodarowaniu przestrzennym i ustawy o działalności leczniczej

Wyniki badań powołanych przez NIK biegłych, wykazały, że roboty budowlane we wszystkich trzech obiektach (ST w Katowicach, Wrocławiu oraz na Stadionie Narodowym) przeznaczonych do utworzenia i organizacji ST zostały rozpoczęte z pominięciem przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane²³⁷, a w przypadku ST we Wrocławiu również z pominięciem ustawy z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym²³⁸ oraz aktów planistycznych, o których mowa w tej ustawie, ustawy z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami²³⁹ oraz przepisów wydanych na podstawie art. 22 ust. 3, 4 i 4a ustawy o działalności leczniczej.

W czasie rozpoczęcia robót budowlanych w kontrolowanych szpitalach tymczasowych nie obowiązywały przepisy umożliwiające odstępianie od stosowania ww. ustaw do projektowania, budowy, przebudowy, remontu, utrzymania i rozbiórki obiektów budowlanych, w tym zmiany sposobu ich użytkowania. Regulujący pierwotnie tę kwestię art. 12 specu-

²³⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 682, ze zm., dalej: *Prawo budowlane*.

²³⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 977, ze zm., dalej: *ustawa o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym*.

²³⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 840, ze zm., dalej: *ustawa o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami*.

stawy obowiązywał do 4 września 2020 r. Kolejne, analogiczne rozwiązanie w tej materii, tj. art. 46c ust. 3 *uozz*, zostało wprowadzone ustawą z 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19²⁴⁰, która weszła w życie z dniem 29 listopada 2020 r. W związku z tym, że prace związane z przystosowywaniem terenów i obiektów na potrzeby funkcjonowania szpitali tymczasowych rozpoczęły się na przełomie października i listopada 2020 r., należało zastosować wszystkie wynikające z przepisów prawa zasady realizowania przedsięwzięć budowlanych.

Przykłady

1. Wojewoda dolnośląski bezpodstawnie dopuścił do rozpoczęcia prac związanych z przystosowywaniem terenu i obiektów na potrzeby funkcjonowania ST we Wrocławiu, bez stosowania przepisów *Prawa budowlanego*, ustawy o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym oraz aktów planistycznych, o których mowa w tej ustawie, ustawy o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami oraz przepisów wydanych na podstawie art. 22 ust. 3, 4 i 4a ustawy o działalności leczniczej.

Do podpisania umowy z Przedsiębiorcą²⁴¹ na realizację przedmiotowego zadania doszło 30 października 2020 r., a do rozpoczęcia prac z początkiem listopada 2020 r. Nie obowiązywały wówczas przepisy umożliwiające odstępianie od stosowania ww. ustaw do projektowania, budowy, przebudowy, remontu, utrzymania i rozbioru obiektów budowlanych, w tym zmiany sposobu użytkowania. Regulujący pierwotnie tę kwestię art. 12 *specustawy* obowiązywał do 4 września 2020 r. Kolejne, analogiczne rozwiązanie legislacyjne w tej materii, tj. art. 46c ust. 3 *uozz*, zostało wprowadzone ustawą o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, która weszła w życie z 29 listopada 2020 r. W związku z tym do prac związanych z przystosowywaniem terenu i obiektów na potrzeby funkcjonowania ST we Wrocławiu, należało zastosować wszystkie wynikające z przepisów prawa zasady realizowania przedsięwzięć budowlanych.

Ponadto 13 listopada 2020 r., Wojewoda dolnośląski bezpodstawnie udzielił Przedsiębiorcy zgody na odstępianie od stosowania ww. ustaw związku z przystosowywaniem terenu i obiektów na potrzeby funkcjonowania ST we Wrocławiu. Działanie to miało bowiem miejsce przed dniem wejścia w życie art. 46c ust. 3 *uozz*, który stanowił podstawę do udzielenia tego typu zgody.

2. Niezależnie od okoliczności wskazanych w przykładzie nr 1, w związku z przyjętymi w praktyce rozwiązaniami, które dotyczyły prac obejmujących przystosowywanie terenu i obiektów na potrzeby funkcjonowania ST we Wrocławiu, polegającymi na stosowaniu do nich rozwiązań prawnych określonych w art. 46c *uozz* w brzmieniu obowiązującym od dnia 29 listopada 2020 r., wojewoda dolnośląski nie zapewnił realizacji obowiązków polegających na:

²⁴⁰ Dz. U. poz. 2112, ze zm.

²⁴¹ Któremu na wniosek wojewody dolnośląskiego MZ wydał w drodze decyzji administracyjnej polecenie, w którym polecił przedsiębiorcy działającemu w formie spółki z o.o. udostępnienie nieruchomości Spółki i przystosowanie terenu i obiektów, w celu realizacji działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, na potrzeby funkcjonowania we wskazanej lokalizacji tymczasowej komórki organizacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez ww. szpital oraz zasadami sztuki budowlanej

- (a) poinformowaniu organu administracji architektoniczno-budowlanej, którym w przedmiotowej sprawie był Prezydent Wrocławia, o prowadzeniu robót budowlanych oraz zmianie sposobu użytkowania obiektu budowlanego lub jego części w związku z przeciwdziałaniem epidemii, czego wymagał art. 46c ust. 4 i 5 *uozz*;
- (b) zapewnieniu objęcia kierownictwa oraz nadzoru nad robotami przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane w odpowiednich specjalnościach, o których mowa w art. 15a *Prawa budowlanego*, czego wymagał art. 46c ust. 7 *uozz*.

Ponadto według biegłych powołanych przez NIK – powykonawcza dokumentacja projektowa nie odzwierciedlała w pełni przebiegu i efektów zrealizowanego przedsięwzięcia²⁴².

3. Roboty związane z adaptacją Stadionu Narodowego w Warszawie na szpital tymczasowy rozpoczęły się 23 października 2020 r. Do tego dnia Spółka PL.2012+ sp. z o. o. nie dokonała skutecznego zgłoszenia zmiany sposobu użytkowania części obiektu na szpital tymczasowy, czego wymagał art. 71 ust. 2 i 4 *Prawa budowlanego*.

²⁴² W zakresie tym według biegłych powołanych przez NIK występował: **[1]** brak dokumentów dotyczących zakresu wykonanych technologii kotłowni gazowych w tym protokołów z czynności sprawdzających wraz z decyzjami zezwalającymi na eksploatację urządzeń ciśnieniowych oraz kotłów wymaganych zgodnie z ustawą z dnia 21 grudnia 2001 r. o dozorze technicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1514, ze zm.); **[2]** brak dokumentów dotyczących zakresu wykonanej instalacji wodociągowej, wodociągowej przeciwpożarowej, kanalizacyjnej i gazowej; **[3]** brak dokumentów dotyczących zakresu zewnętrznych instalacji wod-kan i gaz, a w szczególności inwentaryzacji geodezyjnej powykonawczej; **[4]** brak dokumentacji z zakresu instalacji ogrzewania z oświadczeniem kierownika robót, dokumentacją jakościową zastosowanych materiałów, armatury i urządzeń oraz protokołami odbiorowymi wykonanych robót; **[5]** brak certyfikatów potwierdzających spełnienie wymagań zawartych w Rozporządzeniu Komisji Europejskiej dotyczących minimalnego odzysku ciepła oraz minimalnego zużycia energii co jest niezgodne z zapisami dokumentacji projektowej w części D.3 – Wentylacja mechaniczna; **[6]** brak dokumentów dotyczących central wentylacyjnych obsługujących sale łóżkowe Pawilonów B oraz C co uniemożliwia ocenę ich zgodności z wymogami dokumentacji projektowej i obowiązujących wytycznych; **[7]** brak dokumentów jakościowych zastosowanych urządzeń i materiałów instalacji klimatyzacji, tj. krajowych deklaracji właściwości użytkowych, certyfikatów i aprobat dopuszczających do stosowania w budownictwie, kart katalogowych, instrukcji obsługi, kart gwarancyjnych potwierdzających możliwość ich wbudowania na obiekcie, brak części opisowej, brak części rysunkowej; **[8]** brak dokumentów związanych z układami chłodniczymi zmiennego przepływu zamontowanymi przy centralach dachowych obsługujących pawilony łóżkowe B i C; **[9]** brak informacji o parametrach technicznych zastosowanych układów klimatyzacyjnych co w dalszej konsekwencji uniemożliwia odniesienie się do wymogów opisanych w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. o substancjach zubożających warstwę ozonową oraz o niektórych fluorowanych gazach cieplarnianych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2065), która określa obowiązki oraz konsekwencje związane z eksploatacją urządzeń chłodniczych; **[10]** brak protokołów: **[a]** instalacji odgromowej ochrony odgromowej centrali wentylacyjnej, wymaganych zgodnie z normą PN 62305; **[b]** z pomiarów skuteczności samoczynnego wyłączenia, wymaganych zgodnie z normą PN 60364-6:2016; **[c]** z pomiarów rezystancji izolacji, wymaganych zgodnie z normą PN 60364-6:2016; **[d]** badania wyłączników różnicowoprądowych, wymaganych zgodnie z normą PN 60364-6:2016; **[e]** sprawdzenia ciągłości przewodów ochronnych oraz połączeń wyrównawczych, wymaganych zgodnie z normą PN 60364-6:2016; **[f]** pomiaru rezystancja uziemienia, szyny wyrównawczej – wymaganych zgodnie z normą PN 60364-6:2016; **[g]** pomiaru sieci teletechnicznej, wymaganych zgodnie z normą PN-EN 50173; **[h]** pomiaru natężenia oświetlenia podstawowego, wymaganych zgodnie z normą PN 12464-1; **[11]** brak ochrony przepięciowej wymaganej zgodnie z normą PN 62305-4; **[12]** badania rezystancji uziemienia ochronnego. Hala E Hala E1, Apteka, zaplecze – niezgodny z wymaganiami normy PN 60364-6:2016 – brak wyników, daty badania oraz terminu następnego badania; **[13]** protokół ze sprawdzenia ciągłości połączeń wyrównawczych z dnia 12.03.2021 r. – brak terminu następnego badania, brak wyników badania. Protokół niezgodny z wymaganiami normy PN 60364-6:2016; **[14]** niekompletna metryka instalacji odgromowej z dnia 12.03.2021 r. – brak dokumentacji technicznej instalacji odgromowej wymaganej zgodnie z normą PN 62305-3 pkt. E.7.2 Kolejność przeglądów; **[15]** protokół rozruchu instalacji IT z dnia 18.03.2021 r. – nie zawiera protokołów pomiarów rezystancji izolacji – wymaganych zgodnie z Zaleceniami firmy wykonawczej PRO-MAC.

Efekty adaptacji niezgodne z wymogami ustaw o ochronie przeciwpożarowej i zbiorowym zaopatrzeniu w wodę

4. Roboty związane z adaptacją obiektu Międzynarodowego Centrum Kongresowego w Katowicach na szpital tymczasowy rozpoczęły się 2 listopada 2020 r. Do tego dnia **Dyrektor Szpitala MSWiA w Katowicach** nie dopełnił obowiązku wynikającego z art. 71 ust. 2 *Prawa budowlanego* i nie poinformował organu administracji architektoniczno-budowlanej o zmianie sposobu użytkowania tego obiektu związanego z adaptowaniem go do funkcji ST, a także nie sporządził wymaganej dokumentacji projektowej, która zgodnie z ww. przepisem powinna stanowić załącznik do zgłoszenia.

W przypadku dwóch z trzech szpitali objętych ekspertyzą biegłych stwierdzono również nieprawidłowości dotyczące nieprzestrzegania przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej²⁴³, ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*²⁴⁴, norm budowlanych oraz zapisów dokumentacji projektowej.

Przykłady

1. Wojewoda dolnośląski nie zapewnił obiektowi ST we Wrocławiu w pełni właściwej ochrony przeciwpożarowej, co było niezgodne z art. 3 ust. 1 oraz art. 4 ust. 1 i 1a ustawy o *ochronie przeciwpożarowej*.

Dla budynków ST we Wrocławiu uzyskano wprawdzie 30 kwietnia 2021 r. zgodę Komendy Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej²⁴⁵ we Wrocławiu na spełnienie wymagań w zakresie bezpieczeństwa pożarowego w sposób inny, niż określony w przepisach dotyczących ochrony przeciwpożarowej. Jednakże z 20 wskazań, o których mowa w tych postanowieniach, a stanowiących podstawę wydania tych zgód, jedynie siedem zostało wykonanych. Co najmniej jedno z ww. siedmiu wskazań (dotyczące połączenia instalacji sygnalizacji pożarowej z centrum odbiorczym alarmów pożarowych straży pożarnej) do dnia uruchomienia ST we Wrocławiu nie zostało prawidłowo wykonane – połączenie przyjęło przez Komendę Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej²⁴⁶ we Wrocławiu dopiero 4 stycznia 2022 r. Nie zrealizowano także żadnego z trzech warunków określonych w tych postanowieniach, w tym dotyczącego wykonania prac mających na celu poprawę bezpieczeństwa pożarowego obiektu w postaci detekcji tlenu w salach z instalacją tlenową połączoną z instalacją sygnalizacji pożarowej, zabezpieczenia konstrukcji ścian oddzielenia przeciwpożarowego do wymaganej klasy odporności ogniowej, wydzielenia sal dla chorych D1 (OIOM) oraz E1.1. i E2.1 za pomocą drzwi w klasie odporności ogniowej co najmniej EI 30. Z informacji uzyskanych od KMPSP we Wrocławiu wynikało, że niezrealizowanie choćby jednego wskazania lub warunku określonego w tych postanowieniach udzielających odstępstwa od przepisów, traktowane jest w ten sposób, iż przepisy, od których wnioskowano o odstąpienie, nie zostały spełnione.

Jednocześnie należy wskazać, że postępowanie w sprawie uzyskania zgody na zastosowanie w obiekcie ST rozwiązań zamiennych (zakończone wydaniem ww. postanowień), zostało zainicjowane 9 kwietnia 2021 r., tj. po upływie miesiąca od daty rozpoczęcia działalności (przyjmowania pacjentów) przez ST we Wrocławiu. W dniu uruchomienia tego szpitala Wojewoda nie dyspono-

²⁴³ Dz. U. z 2022 r. poz.2057, ze zm., dalej: *ustawa o ochronie przeciwpożarowej*.

²⁴⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 537, dalej: *ustawy o zaopatrzeniu w wodę i odprowadzaniu ścieków*.

²⁴⁵ Dalej: KWPSP.

²⁴⁶ Dalej: KMPSP.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wał więc formalnym potwierdzeniem, że przyjęte w obiekcie ST rozwiązania zapewniały akceptowalny poziom bezpieczeństwa pożarowego, przy jednoczesnym uwzględnieniu przeznaczenia tego obiektu.

2. Niektóre z rozwiązań architektonicznych, technicznych i budowlanych zastosowane w **ST we Wrocławiu** były niewłaściwe. Jak wynika z ustaleń biegłych powołanych NIK: **[1]** na nowo wybudowanych obiektach, tj. budynkach D, E1, E2 i budynku apteki zastosowano przykrycie dachu z płyt warstwowych o współczynniku przenikania ciepła, który przekraczał dopuszczalne normy²⁴⁷; **[2]** z uwagi na brak obliczeń potwierdzających poprawność posadowienia centrali wentylacyjnej o znacznych gabarytach na dachu dwukondygnacyjnej części hali C nie można potwierdzić, czy rozwiązania konstrukcyjne w tym zakresie były zgodne z obowiązującymi normami, zasadami wiedzy technicznej i sztuką budowlaną; **[3]** w zakresie instalacji ogrzewania, wentylacji mechanicznej, klimatyzacji i chłodzenia oraz instalacji elektrycznej: [a] w obiekcie zastosowano grzejniki płytowe w wersji standard, co było niezgodne z zapisami dokumentacji projektowej, gdyż powinny zostać zamontowane grzejniki w wersji higienicznej bez radiatorów, [b] wykonany sposób montażu orurowania instalacji grzejnikowej w pawilonach B i C był niezgodny z dokumentacją projektową, zaś dla zastosowanych rur tworzywowych pex/al w zwoju nie przedłożono dokumentów potwierdzających możliwość ich montażu jako natynkowe, [c] nie każda centrala wentylacyjna wyposażona była w sekcję lamp i filtrów UV, [d] w halach D oraz E zabudowano kanały wentylacyjne z materiału tekstylnego co było niezgodne z zapisami dokumentacji projektowej oraz nie przedstawiono dokumentów potwierdzających możliwość zastosowania w obszarze o podwyższonych wymaganiach higienicznych, jakim jest OIOM, [e] instalacja odgromowa centrali wentylacyjnej zlokalizowanej na dachu budynku nie zapewniała prawidłowej ochrony odgromowej zgodnej ze stosowaną Polską Normą²⁴⁸. Stwierdzono, że wysokość zabudowanych masztów odgromowych na dachu była niedostosowana do wysokości centrali wentylacyjnej.

3. Wbrew zakazowi określone w art. 9 ust. 2 pkt 6 lit. a ustawy o zaopatrzeniu w wodę i odprowadzaniu ścieków ze **ST utworzonego w obiekcie MCK** w Katowicach wprowadzano do urządzeń kanalizacyjnych ścieki zawierające chorobotwórcze drobnoustroje pochodzące z obiektu, w którym leczeni byli chorzy na chorobę zakaźną. Nie zastosowano również rozwiązań wstępnego podczyszczania ścieków wprowadzanych do kanalizacji ze ST, o którym mowa w art. 10 ust. 2 ww. ustawy. Zdaniem biegłego powołanego do oceny rozwiązań technicznych branży sanitarnej zastosowanych w obiekcie ST, inwestor przed jego uruchomieniem winien był wystąpić do Przedsiębiorstwa Kanalizacyjnego o wydanie warunków technicznych odbioru ścieków odprowadzanych z obiektu ST.

Do grudnia 2022 r. Ministrowie reprezentujący Skarb Państwa w umowach ze spółkami w siedmiu przypadkach z 13 nie rozliczyli ich wykonania (sześć umów MAP i jedna umowa Ministra Szefa KPRM), co w odniesieniu do MAP było konsekwencją nierzetelnego sformułowania postanowień umownych, które nie mobilizowały spółek do szybkiego zakończenia i rozliczenia zadań. Minister Szef KPRM do tego czasu nie rozliczył natomiast umowy ze spółką odpo-

Wydłużone w czasie rozliczanie ST przez MAP i Ministra Szefa KPRM wynikiem nierzetelnie zawartych umów

²⁴⁷ Tj. o współczynniku przenikania ciepła $U=0,22 \text{ W/m}^2\text{K}$ przekraczającym dopuszczalny $U \leq 0,18 \text{ W/m}^2\text{K}$ nie spełniało wymagań rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1225, ze zm.).

²⁴⁸ PN 62305 część 3: Uszkodzenia fizyczne obiektów i zagrożenie życia.

wiedzialną za utworzenie ST na Stadionie Narodowym w Warszawie. Realizacja umów zawartych z podmiotami wskazanymi w decyzjach Ministra Zdrowia dotyczących utworzenia ST przebiegała bez zakłóceń i do końca października 2022 r. została w 17 na 20 przypadków rozliczona przez właściwych wojewodów.

Według stanu na dzień 26 września 2022 r., **MAP** rozliczył w całości realizację pięciu z 11 umów zawartych ze spółkami, z tego trzy dotyczyły utworzenia, organizacji i likwidacji szpitali tymczasowych (ST w Legnicy, Wałbrzychu i Radziejowie), jedna utworzenia, organizacji i likwidacji punktu szczepień przeciwko COVID-19 w Tarnowie (pierwotnie szpital tymczasowy) oraz jedna przygotowania projektu koncepcyjnego przebudowy i zmiany sposobu użytkowania fragmentu obiektu Tauron Arena w Krakowie na cele szpitala tymczasowego. Należy zauważyć, że w zawieranych umowach brakowało zapisów mobilizujących spółki do szybkiego zakończenia zadania (po ustaniu takiej potrzeby) i rozliczenia wykonania umów.

W tej sytuacji według danych **MAP**²⁴⁹, z sumy 183 630,5 tys. zł, wynikającej z 11 umów zawartych przez Ministra ze spółkami, na podstawie przedłożonych przez nie dowodów księgowych, zwrócono im koszty w wysokości 124 473,7 tys. zł, a pozostałe koszty przewidziane w umowach (na kwotę 59 156,9 tys. zł) nie zostały jeszcze rozliczone.

Wystąpiły także dodatkowe okoliczności (po zakończeniu czynności kontrolnych przez NIK) – jak np. zawarcie w dniu 23 września 2022 r. (tj. po ok. 10 miesiącach od zakończenia działalności przez ST w Krynicy Zdroju) aneksu do umowy z Tauron Polska Energia SA, zwiększającego maksymalną wartość umowy do 11 968 319,27 zł. Według informacji przekazanych przez **MAP** w związku ze spodziewanym przekroczeniem maksymalnej wartości umów miały być także zawarte aneksy z Grupą Lotos SA (dot. ST w Gdańsku) i Węglkokoks SA (dot. ST w Pyrzowicach).

Z dwóch umów zawartych przez **Ministra Szefa KPRM**, do końca października 2022 r. rozliczono jedną – nie nastąpiło jeszcze rozliczenie wydatków na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST na Stadionie Narodowym, choć od zaprzestania jego działalności upłynęło wówczas już sześć miesięcy. Przypadek ten obejmuje także rozliczenie zobowiązania do zwrotu tej spółce utraconych przychodów z tytułu rezerwacji i imprez odwołanych z powodu adaptacji Stadionu Narodowego do pełnienia funkcji szpitala tymczasowego, oszacowanego na etapie zawierania umowy na kwotę ok. 16 mln zł.

Minister Zdrowia do końca października 2022 r. dokonał rozliczenia nakładów poniesionych w związku z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST przez wojewodów na zasadach określonych na początku grudnia 2021 r., kiedy to Minister ustalił format i zasady rozliczenia (końcowego) tych wydatków.

²⁴⁹ Na dzień 31 lipca 2022 r.

Do 30 czerwca 2022 r. **województwie** w odniesieniu do większości ST (17 spośród 20 ST sfinansowanych na podstawie dyspozycji MZ) rozliczyli z Ministrem Zdrowia wydatki poniesione na utworzenie, organizację, funkcjonowanie i likwidację ST, finansowych na podstawie dyspozycji wypłaty środków z Funduszu COVID-19 składanych przez MZ. Województwie kujawsko-pomorski, podkarpacki i warmińsko-mazurski wyjaśnili w toku kontroli NIK, że ostateczne rozliczenie wykorzystania otrzymanych środków z Funduszu COVID-19 dla szpitali tymczasowych w Ciechocinku, w Rzeszowie i Szczytnie zostanie sporządzone (zgodnie z zawartymi umowami) odpowiednio do końca wykonania prac odtworzeniowych, do lipca i do listopada 2022 r.

Zdaniem NIK, przedłużanie rozliczenia wydatków ponoszonych przez spółki na tworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST stwarza ryzyko, że koszty z tym związane będą ujawniane jeszcze w 2023 r., pomimo że szpitale tymczasowe, których dotyczyły umowy już od dawna nie istnieją. Tym samym nie zostanie – w odniesieniu do wydatków dokonywanych na podstawie dyspozycji składanych przez Ministrów do Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, zachowana zasada memoriału i współmierności, wynikająca z art. 6 ust. 1 ustawy o *rachunkowości*, zgodnie z którą w księgach rachunkowych jednostki należy ująć wszystkie osiągnięte, przypadające na jej rzecz przychody i obciążające ją koszty związane z tymi przychodami, dotyczące danego roku obrotowego, niezależnie od terminu ich zapłaty.

NIK ocenia, że wydłużenie procesu końcowego rozliczenia umów zawartych ze spółkami i dokonywanie w wydłużonym czasie korekt w tym zakresie, może także wywołać konieczność wprowadzenia zmian do sprawozdania z działania Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 za poprzednie lata.

Do grudnia 2022 r. nie zakończono procesu rozdysponowania składników majątkowych, zakupionych przez spółki w związku z tworzeniem, organizacją i funkcjonowaniem ST, a następnie nabytych na podstawie 12 umów przez Skarb Państwa reprezentowany przez **MAP i Ministra Szefa KPRM**, ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Postanowienia normujące przebieg tego procesu zostały ujęte w 11 spośród 12 umów zawartych w celu utworzenia ST przez ww. Ministrów. Wyjątek stanowiła umowa zawarta 10 grudnia 2020 r. w imieniu Skarbu Państwa przez Ministra Szefa KPRM ze spółką PL.2012+, dotycząca adaptacji Stadionu Narodowego do funkcji ST. Natomiast w § 5 ust. 10 i 11 umowy zawartej przez tego Ministra z BGK, dotyczącej ST w Siedlcach, zawarto postanowienie, zgodnie z którym z chwilą dokonania na rzecz BGK zwrotu kosztów zakupu wyposażenia nabywanego przez BGK, pod warunkiem dokonania dostawy i przekazania do KPRM protokołu odbioru (...) BGK przenosi własność danej partii wyposażenia (...) na KPRM na podstawie Umowy, a KPRM z mocy Umowy własność tę nabywa. Przeniesienie przez KPRM własności Wyposażenia (...) na rzecz Szpitala Macierzystego nastąpi zgodnie z procedurą wynikającą z Rozporządzenia Rady Ministrów

Skutki braku rozliczenia – ryzyko ujawniania kosztów w kolejnych okresach sprawozdawczych

Niezakończony proces rozdysponowania sprzętu nabytego dla ST

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

z dnia 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami majątku ruchomego Skarbu Państwa²⁵⁰ za pośrednictwem i na wniosek uprawnionej jednostki samorządu terytorialnego.

W 10 zawartych przez MAP umowach wskazano, że sprzęt i wyposażenie, po zwrocie spółkom kosztu ich zakupu, miały zostać przekazane protokolarnie na własność Skarbu Państwa reprezentowanego przez MAP, a następnie na podstawie umowy lub protokołu przekazania – szpitalowi patronackiemu, nie został jednak wskazany dokładny tryb przeprowadzenia tej czynności.

Umowa zawarta pomiędzy wojewodą śląskim a SPZOZ MSWiA w Katowicach przewidywała wprost, że *wyposażenie i środki trwałe nabyte w związku z utworzeniem i funkcjonowaniem szpitala tymczasowego pozostaną własnością Szpitala MSWiA.*

Zasadność zastosowania przepisów ustawy o zasadach zarządzania mieniem państwowym

NIK odnosząc się do powyżej omówionej niejednorodności zastosowanych rozwiązań oceniła, że dysponowanie składnikami majątkowymi, które zostały nabyte ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a następnie na podstawie umowy zawartej pomiędzy MAP i Ministrem Szeffem KPRM a spółkami przekazane Skarbowi Państwa reprezentowanemu przez Ministra Szeffa KPRM, powinno odbywać się poprzez zastosowanie powszechnie obowiązujących przepisów w zakresie gospodarowania mieniem państwowym, tj. ustawy o zasadach zarządzania mieniem państwowym oraz ww. rozporządzenia Rady Ministrów z 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami majątku ruchomego Skarbu Państwa.

W ocenie NIK, przedłużający się proces formalnego przekazywania docelowym użytkownikom przez Skarb Państwa tych składników majątkowych (aparatury i sprzętu medycznego, instalacji itp.) opóźni możliwość pełnego wykorzystania ich walorów użytkowych.

Szpitala tymczasowe jako narzędzie zwalczania COVID-19

Szpitala tymczasowe – nieefektywnym narzędziem zwalczania COVID-19

Szpitala tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych nie były efektywnym narzędziem przeciwdziałania COVID-19 w aspekcie poniesionych nakładów na ich utworzenie, funkcjonowanie i likwidację.

Nakłady na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację wszystkich 33 ST (w tym 32 uruchomionych) wyniosły 941,6 mln zł, z czego kwota 612,6 mln zł (65,1%) dotyczyła 14 ST w obiektach wielkopowierzchniowych, kwota 174,9 mln zł (18,6%) dotyczyła 15 ST utworzonych w już istniejących obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń, a kwota 154,1 mln zł (16,4%) dotyczyła ST w czterech obiektach modułowych. Utworzono w nich maksymalnie (według decyzji Ministra Zdrowia lub właściwych wojewodów 6955²⁵¹ łóżek dla pacjentów z COVID-19). Leczonych

²⁵⁰ Dz. U. poz. 2004, ze zm.

²⁵¹ W wystąpieniu pokontrolnym do Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 r. wykazano liczbę 7439 łóżek w szpitalach tymczasowych, wynikającą z danych przekazanych w toku kontroli przez poszczególnych wojewodów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w tych szpitalach było łącznie 38 796²⁵² pacjentów. Nakłady na utworzenia jednego łóżka szpitalnego wyniosły **135,4 tys. zł**, a nakłady przypadające na jednego leczzonego w tych szpitalach pacjenta wyniosły **24,3 tys. zł**.

Nakłady na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST w obiektach wielkopowierzchniowych poniesione w kwocie 612,6 mln zł na 14 szpitali²⁵³ tymczasowych wielkopowierzchniowych były niecelowe, nieefektywne i nie przyniosły trwałych rezultatów w postaci wzmocnienia infrastruktury szpitalnej kraju. W przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka nakłady te wyniosły 148,7 tys. zł i były dwukrotnie wyższe niż w szpitalach tymczasowych utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń, a w przeliczeniu na jednego leczzonego pacjenta nakłady te wyniosły 35,9 tys. zł i były czterokrotnie wyższe niż w przypadku ST utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń.

Nieefektywne nakłady na tworzenie ST w obiektach wielkopowierzchniowych

W szpitalach wielkopowierzchniowych utworzono 59,3% ogółu łóżek jakimi dysponowały ST (4121 łóżek z 6955), ponosząc na ten cel 65,1% nakładów (612,6 mln zł z 941,6 mln zł), co posłużyło leczeniu 43,9% pacjentów szpitali tymczasowych (17,0 z 38,8 tys. pacjentów).

Z ustaleń kontroli wynika, że na niekorzystne kształtowanie się ww. wskaźników miało wpływ szereg czynników scharakteryzowanych poniżej:

Poniesione na utworzenie tych ST nakłady tylko częściowo związane były z uzyskaniem efektów rzeczowych (adaptacja pomieszczeń, instalacje itp.), a w części wynikały z konieczności uiszczania opłat czynszowych, ponoszenia kosztów ochrony i zużycia mediów w wynajętym obiekcie.

Nieefektywne ponoszenie dodatkowych kosztów czynszu i opłat

Przykład

Na utworzenie i funkcjonowanie ST oraz punktów szczepień na Stadionie Narodowym w Warszawie, na podstawie decyzji PRM, wydatkowano kwotę 72 030,7 tys. zł. Na sumę tę złożyły się kwoty dotyczące:

- kosztów adaptacji na szpital tymczasowy – 18 034,7 tys. zł;
- kosztów adaptacji punktów szczepień – 187,3 tys. zł;
- częściowego usunięcia adaptacji – 149,7 tys. zł;
- kosztu readaptacji w związku ze wznowieniem działania szpitala – 337,4 tys. zł;
- czynszu za szpital tymczasowy – 36 437,8 tys. zł;
- czynszu za punkty szczepień 2030,0 tys. zł;
- opłaty eksploatacyjnej 8534,2 tys. zł;
- opłaty technicznej – 1971,3 tys. zł;
- ochrony obiektów – 4348,3 tys. zł.

²⁵² W wystąpieniu kontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia 6 grudnia 2022 r. wykazano liczbę 41 965 pacjentów leczonych w ST. Liczba ujęta w nin. tabeli nie uwzględnia 3169 pacjentów leczonych w Szpitalu w Radziejowie, ponieważ świadczenia lecznicze, w tym podmiocie nie były rozliczane wg stawek ustalonych dla szpitali tymczasowych.

²⁵³ Szpitale tymczasowe utworzone w oparciu o decyzje MZ – w Katowicach, Opolu, Kielcach, Krakowie – Hala Expo, Lublinie, Białymstoku (sala sportowa UMed), Wrocławiu, Poznaniu, Łodzi i Szczecinie (nieuruchomiony ST w Netto Arena); utworzone na podstawie decyzji PRM ze wskazaniem lokalizacji – Warszawa-Stadion Narodowy oraz w lokalizacji wskazanej przez MZ w odrębnej decyzji Gdański i Pyrzowice. Ponadto ST w Warszawie (Żwirki i Wigury) z lokalizacją ustaloną przez MON.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W związku z przystąpieniem do tworzenia ST bez planów i przy niepełnym wykorzystaniu informacji o epidemii będących w dyspozycji Ministra Zdrowia²⁵⁴, NIK oceniła poniesiony w powyższy sposób wydatek jako niecelowy i nieefektywny.

Wśród 10 ST utworzonych (dziewięciu funkcjonujących) w obiektach wielkopowierzchniowych finansowanych na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez **Ministra Zdrowia** koszty funkcjonowania (do których zaliczane są opłaty czynszowe, koszty ochrony i mediów) wyniosły łącznie 154,3 mln zł. Nie są jeszcze znane dane dotyczące rozliczenia części umów z 11 umów zawartych przez **Ministra Aktywów Państwowych**, zatem określenie pełnych kosztów poniesionych na pokrycie opłat czynszowych i innych w pozostałych dwóch ST w obiektach wielkopowierzchniowych (ST Pyrzowice i ST Gdańsk) nie jest jeszcze możliwe.

Nieefektywne ponoszenie kosztów na utrzymanie w stanie pasywnym

Do wysokich kosztów funkcjonowania ST w obiektach wielkopowierzchniowych w porównaniu z innymi rozwiązaniami, przyczyniło się także przenoszenie ich w tzw. stan pasywny²⁵⁵ i utrzymywanie ich w czasie, gdy nie były udzielane świadczenia ze względu na zawieszenie działalności.

W okresie objętym kontrolą spośród 32 uruchomionych szpitali tymczasowych, 22 przeszły w tzw. stan pasywny²⁵⁶, a pozostałe funkcjonowały do ich likwidacji. Spośród powyżej wskazanych 22 szpitali tymczasowych, które zostały wprowadzone w tzw. stan pasywny, 16 zostało ponownie uruchomionych, a sześć uległo likwidacji będąc w stanie pasywnym (w tym cztery w 2021 r.).

Przykłady

Część kosztów funkcjonowania ST na **Stadionie Narodowym w Warszawie** poniesiona została w okresie od 24 maja 2021 r. do 24 listopada 2021 r., czyli w czasie gdy ST na Stadionie Narodowym nie przyjmował pacjentów, a sam Stadion wrócił do swojej funkcji. W czasie kiedy szpital nie udzielał świadczeń, zostały poniesione koszty w wysokości 11 020 275,25 zł, w tym m.in. 7 827 824,99 z tytułu czynszu, 1 611 814,61 zł z tytułu opłaty eksploatacyjnej, a 982 113,87 zł stanowiły koszty ochrony. Koszty te nie uzasadniają utrzymywania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym w czasie, gdy inne podmioty lecznicze zabezpieczały w pełni dostępność łóżek dla pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji (zarówno podczas tzw. III fali COVID-19, po jej wygaśnięciu, jak i w okresie późniejszym).

²⁵⁴ Ustalenie zostało dokonane w ramach kontroli nr D/21/505 przeprowadzonej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ocena działań spółki PL.2012+ sp. z o. o. w zakresie realizacji decyzji PRM dotyczącej utworzenia i organizacji ST na Stadionie Narodowym znajduje się w części Informacji oznaczonej nagłówkiem bocznym: *Stawki za roboczogodzinę robót kosztów stosowane w rozliczeniach z wykonawcami adaptacji nie były kształtowane w oparciu o zasady rynkowe.*

²⁵⁵ Podobnie jak *szpital koordynujący, czy szpitale stopni zabezpieczenia, łóżka buforowe, szpital pasywny* to pojęcie nie posiadające definicji legalnej w polskich przepisach. Jak wynika z korespondencji pomiędzy MON i MZ określenie to miało odpowiadać szpitalowi w pełni przygotowanemu do podjęcia działalności, lecz pozbawionego personelu medycznego (co określono mianem braku zaangażowania kadrowego).

²⁵⁶ Szpitale tymczasowe w Krynicy-Zdroju, Sopocie, Ciechocinku, w Białymstoku, na Lotnisku Okęcie, w Kielcach, Opolu, Wrocławiu, Wałbrzychu, Krakowie – Expo, Warszawie (Stadion Narodowy), Ostrołęce, Płocku, Katowicach, Łodzi, Szczecinie (PUM), Gdańsku, Warszawie (modułowy), Radomiu, Poznaniu, Siedlcach, Pyrzowicach.

NIK oceniła, że koszty pozostawienia szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym były z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19 nieuzasadnione, dlatego też PRM powinien był najpóźniej w czerwcu 2021 r. uchylić decyzję z 19 października 2020 r., na podstawie której spółka PL.2012+ utworzyła szpital tymczasowy na Stadionie Narodowym. Likwidacja ST na Stadionie Narodowym po wygaśnięciu III fali COVID-19 (po 23 maja 2021 r.) była bowiem zgodna z interesem publicznym i dawała możliwość efektywnego wykorzystania środków publicznych na przeciwdziałanie COVID-19 wydawanych w sposób niecelowy na czynsz i opłaty za wynajem obiektu, który nie służył udzielaniu świadczeń.

W taki sam sposób ponoszono koszty utrzymania w tzw. *stanie pasywnym* ST utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych na podstawie decyzji MZ i finansowanych na podstawie składanych przez niego dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19: na **ST we Wrocławiu** – 6926,9 tys. zł, na **ST w Poznaniu**, 6898,8 tys. zł i na **ST w Łodzi** – 3703,5 tys. zł (łącznie utrzymanie tych trzech szpitali w *stanie pasywnym* kosztowało 17 529,2 tys. zł)²⁵⁷.

W przeciwieństwie do niewykorzystywanych, lecz generujących dodatkowe koszty szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych, przenoszonych w tzw. stan pasywny, szpitale tymczasowe utworzone w obiektach służących do udzielania świadczeń w okresie spadku liczby hospitalizacji pacjentów z COVID-19, co do zasady nadal przyjmowały pacjentów z innymi schorzeniami (powracały do podstawowego profilu działalności).

Niewielka w stosunku do poniesionych nakładów liczba osób leczonych w ST w obiektach wielkopowierzchniowych powodowała także ponoszenie wysokich kosztów ich utrzymania, przy jednoczesnym niskim wykorzystaniu potencjału danego szpitala.

Tworzenie szpitali przy braku zapotrzebowania

Tworzenie ST o wielkich rozmiarach w obiektach wielkopowierzchniowych miało miejsce nawet w sytuacji, gdy zapotrzebowanie na łóżka dla pacjentów z COVID-19 było już zaspokojone w wyniku wyodrębnienia wystarczającej liczby łóżek z puli, którą dysponowały szpitale stacjonarne i dzięki działaniu szpitali tymczasowych utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń.

Przykład

Na utworzenie i utrzymanie **ST Netto w Szczecinie** (utworzony na terenie Netto Arena w Szczecinie), pomimo nieprzyjęcia przez cały okres jego funkcjonowania ani jednego pacjenta z CoVID-19 poniesiono nakłady w kwocie **29 162,2 tys. zł** (z czego 75,8% stanowiły koszty jego utworzenia (22 113,6 tys. zł), 21,4% koszty utrzymania (6234,8 tys. zł) i 2,8% koszty likwidacji (813,7 tys. zł).

W związku z tym, że woj. zachodniopomorskie dysponowało przez cały okres epidemii wystarczającymi rezerwami łóżek z zapewnioną opieką kadry medycznej²⁵⁸ i nie było potrzeby organizowania kolejnego szpitala w obiek-

²⁵⁷ Dane pozyskane w ramach kontroli D/21/505 przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia, na podstawie informacji przekazanych przez wojewodów.

²⁵⁸ W woj. zachodniopomorskim przez cały czas epidemii odnotowywano jedno z najwyższych w kraju stany rezerw łóżek dla pacjentów z COVID-19, wyodrębnionych z ogółu łóżek szpitalnych w tym województwie. W Szczecinie działał jeden szpital tymczasowy, który także nie był w pełni wykorzystany.

cie wielkopowierzchniowym i ponoszenia z tego tytułu wysokich kosztów, które nie przyniosły efektów w postaci przeciwdziałania epidemii – NIK oceniła poniesiony w powyższy sposób wydatek jako szczególny przykład niecelowego wydatkowania środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

W odniesieniu do powyższego przypadku NIK zauważyła, że tworzenie nawet największych rezerw łóżek covidowych, bez zabezpieczenia dla ich obsługi odpowiedniej obsady kadrowej nie było skutecznym sposobem przeciwdziałania epidemii COVID-19, bo oprócz miejsca udzielania świadczeń i aparatury medycznej, do funkcjonowania szpitali niezbędna jest odpowiednia liczebnie i jakościowo kadra medyczna.

Przekraczanie zaplanowanych nakładów

W większości przypadków ST w obiektach wielkopowierzchniowych znacznie przekroczone zostały wstępnie (choć już po podjęciu decyzji o tworzeniu konkretnych szpitali) szacowane koszty.

Szczegółowa analiza kosztów utworzenia, funkcjonowania i likwidacji 20 ST finansowanych na podstawie dyspozycji wpłat składanych przez Ministra Zdrowia wykazała, że koszty w tej grupie osiągnęły – według danych uzyskanych przez NIK od wojewodów – wysokość 549 672,0 tys. zł, co stanowiło 183,2% sumy potrzeb zgłoszonych Prezesowi Rady Ministrów przez MZ w październiku 27 października 2020 r. (przewidywano wtedy, że kwota 300 mln zł będzie wystarczająca dla 20 ST, tj. 130 mln zł miało wystarczyć na utworzenie, a 170 mln zł – na ich funkcjonowanie tych szpitali przez okres 6 miesięcy).

Warto wskazać, że koszty samego utworzenia 10 ST w obiektach wielkopowierzchniowych, które ostatecznie wyniosły 252 155,9 tys. zł przewyższały prawie dwukrotnie szacowane koszty utworzenia 20 szpitali finansowanych przez MZ, sygnalizowane do PRM na etapie poprzedzającym przystąpienie do tworzenia ST. Przekroczenie planowanych kosztów wystąpiło w tej grupie w sześciu na dziesięć przypadków gdy ST były tworzone w obiektach wielkopowierzchniowych²⁵⁹.

Przykład

Nakłady na **ST we Wrocławiu** wyniosły łącznie 85 798,4 tys. zł²⁶⁰ (co stanowiło 565,1% kwoty zgłoszonej przez wojewodę dolnośląskiego do MSWiA, następnie ujętej w roboczym zestawieniu przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r. wynoszącej 16 780,0 tys. zł, z czego 77,0% (66 046,3 tys. zł) stanowiły koszty jego utworzenia, 22,9% koszty eksploatacji (19 651,3 tys. zł) i 0,1% koszty jego likwidacji (100,9 tys. zł).

W obydwu poddanych szczegółowej kontroli w szpitalach i urzędach wojewódzkich przypadkach²⁶¹, kiedy ST w obiekcie wielkopowierzchniowym był finansowany na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez MZ, przyczyną podwyższenia poniesionych kosztów były także opisane już wyżej działania niegospodarne.

²⁵⁹ Szpitale tymczasowe we Wrocławiu, Lublinie, Opolu, Katowicach, Kielcach, Poznaniu i Szczecinie

²⁶⁰ Dane pozyskane w ramach kontroli D/21/505 przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia, na podstawie informacji przekazanych przez wojewodę dolnośląskiego.

²⁶¹ Szpital tymczasowy w Katowicach i ST we Wrocławiu.

Wszystkie ST w obiektach wielkopowierzchniowych zostały zlikwidowane po zakończeniu działalności²⁶², zatem nakłady na ich utworzenie i funkcjonowanie w kwocie 612,6 mln zł nie przyniosły trwałych rezultatów. Zdemontowane konstrukcje i instalacje stanowią co do zasady odpad podmontażowy i nie mogą być wykorzystane do nowych celów, jako pełnowartościowy materiał budowlany.

Nietrwałość rezultatów adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych

Nakłady na ST w obiektach wielkopowierzchniowych po zakończeniu działalności ST – jak wynika z ekspertyzy sporządzonej przez powołanych przez NIK biegłych, dotyczącej rozwiązań architektonicznych, technicznych i budowlanych zastosowanych w czterech obiektach przeznaczonych na szpitale tymczasowe²⁶³, w przypadku szpitali zlokalizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych efekty przeprowadzonych adaptacji miały charakter jednorazowy. Ponadto po likwidacji instalacje i elementy konstrukcji nie mogą zostać ponownie wykorzystane m.in. z powodu możliwości powstania uszkodzeń elementów demontowanych, utraty ich właściwości, a tym samym braku gwarancji bezpieczeństwa (w szczególności w zakresie elementów konstrukcyjnych oraz instalacji gazów medycznych). Osiągnięty efekt, okazał się zatem w przypadku tego sposobu tworzenia ST nietrwały.

Główną odpowiedzialność za utworzenie nieefektywnych szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych ponosił Minister Zdrowia, który bezpośrednio decydował o utworzeniu dziesięciu takich jednostek i uczestniczył w różnej formie w tworzeniu i prowadzeniu działalności przez pozostałe cztery ST wielkopowierzchniowe.

Brak koordynacji ze strony Ministra Zdrowia

NIK oceniła, że w odniesieniu do 10 szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych finansowanych na podstawie składanych przez MZ dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, Minister Zdrowia wykonywał w sposób nierzetelny zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju, wynikające z KPZK Cz.B²⁶⁴ i nie zapewnił na etapie wydawania decyzji administracyjnych koordynacji działań wojewodów przy tworzeniu tych szpitali, określaniu skali istniejących potrzeb i ich wielkości.

W rezultacie, akceptując wnioski wojewodów, MZ wydał decyzje, skutkujące m.in. powstaniem dziesięciu szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych²⁶⁵, na których utworzenie, funkcjonowanie i likwidację, na podstawie złożonych przez Ministra dyspozycji wypłaty środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, wydatkowano nieefektywnie kwotę **417 715,3 tys. zł** (ponad 2/3 z całej kwoty **612 596,4 tys. zł** nakładów poniesionych na wszystkie 14 ST w obiektach wielkopowierzchniowych).

²⁶² Dane pozyskane w ramach kontroli D/21/505 przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia na podstawie informacji przekazanych przez wojewodów oraz w Ministerstwie Aktywności Państwowych na podstawie informacji przekazanych przez MAP.

²⁶³ Szpitale tymczasowe w Katowicach, Opolu, Wrocławiu i Stadion Narodowy w Warszawie.

²⁶⁴ Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, Cz. B str. 51, Katalog XXVIII, pkt 4.

²⁶⁵ Szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych w Białymstoku, Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu, Kielcach, Łodzi, Katowicach, Lublinie, Opolu i Szczecinie.

Odpowiadając w toku kontroli na pytanie NIK o brak koordynacji działań organów zaangażowanych w tworzenie szpitali tymczasowych przy doborze lokalizacji, określaniu skali potrzeb i wielkości szpitali zadane MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał na odpowiedzialność innych organów zaangażowanych w tworzenie ST oraz nadzwyczajny charakter okoliczności związanych z COVID-19. Ponadto Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wskazał, że to wojewoda, jako organ właściwy w sprawach zarządzania kryzysowego na terenie województwa, był organem właściwym do realizacji zadania utworzenia szpitala tymczasowego, w tym wyboru lokalizacji szpitala, jego uruchomienia oraz organizacji na terenie województwa.

NIK nie uznała jednak zasadności tych wyjaśnień wskazując m.in. na następujące okoliczności:

- To Minister Zdrowia jako członek Rady Ministrów bierze bezpośredni udział w sprawowaniu zarządzania kryzysowego na poziomie kraju, gdyż to Rada Ministrów wykonuje to zadanie, zgodnie z art. 7 ust. 1 *uozk*. Nadto, w sytuacji kryzysowej wywołanej epidemią, to MZ jest zgodnie z art. 12 *uozk*, odpowiedzialny za realizowanie zadań, dotyczących zarządzania kryzysowego, do których zalicza się zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju²⁶⁶. Z tych też przyczyn nadrzędna pozycja Ministra w stosunku do wojewodów w przypadku kryzysu wywołanego epidemią obejmującą teren całego kraju nie może być kwestionowana.
- To Minister Zdrowia jako podmiot wyznaczony w KPZK do monitorowania dostępności łóżek szpitalnych²⁶⁷, miał dostęp i gromadził informacje o sytuacji epidemicznej, które były niezbędne do właściwego dysponowania w skali kraju zasobami, służącymi do przeciwdziałania COVID-19. Nie mogli tego uczynić wojewodowie, którzy posiadali dostęp do szczegółowych danych o zasobach i sytuacji sanitarno-epidemiologicznej ograniczonej do terenu ich właściwości miejscowej i którzy tylko na tym terenie mogli realizować działania związane z przeciwdziałaniem COVID-19.
- To Minister Zdrowia jako podmiot składający, na podstawie upoważnienia udzielonego mu przez PRM zgodnie z art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej, dyspozycje wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na tworzenie ST we wszystkich województwach i jako organ odpowiedzialny za monitorowanie stanu łóżek szpitalnych w Polsce na podstawie KPZK²⁶⁸, miał dostęp do informacji o bieżących kosztach ponoszonych w związku z tworzeniem i działalnością szpitali tymczasowych w całym kraju oraz o pozostającym w dyspozycji i wykorzystywanym zasobie łóżek. Dzięki temu, jako jedyny podmiot, Minister mógł zauważyć znaczące dysproporcje w tym zakresie, występujące pomiędzy poszczególnymi lokalizacjami i wykorzystywanymi modelami organizacji ST i wyciągnąć z tych obserwacji odpowiednie wnioski zarząd-

²⁶⁶ KPZK Cz. B, str. 51, Katalog XXVIII zadań Ministra właściwego ds. Zdrowia. Analogiczne zapisy w KPZK z 2022, Cz. B, str. 53, Katalog XXIX.

²⁶⁷ KPZK Cz. B, str. 51, Katalog XXVIII, pkt 3.

²⁶⁸ KPZK Cz. B, str. 51, Katalog XXVIII, pkt 3.

cze, które powinny służyć zapewnieniu optymalnego gospodarowania środkami publicznymi. Natomiast niektórzy wojewodowie przeciwnie, ze względu na to, że w części województw²⁶⁹ powstał tylko jeden szpital tymczasowy, mogli nawet nie mieć dostępu do danych, pozwalających na porównanie i ocenę efektywności funkcjonowania konkretnego modelu szpitala tymczasowego w praktyce.

Fakt, że wszystkie ST, w sprawie których decyzje wydawał MZ, zostały utworzone w lokalizacjach wskazywanych we wnioskach wojewodów nie oznacza, iż wojewodowie posiadali w tym zakresie uprawnienia władcze. Wojewodowie nie ponosili też odpowiedzialności za decyzje wydane przez MZ, ponieważ to Minister miał obowiązek²⁷⁰, przed wydaniem decyzji, dokonania weryfikacji zasadności wniosków składanych przez wojewodów co do lokalizacji szpitali, zarówno pod kątem możliwości osiągnięcia celu związanego z przeciwdziałaniem epidemii, jak i zapewnienia efektywnego wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na ten cel.

Zatem bezsprzecznym jest, że to Minister ponosi odpowiedzialność za skutki wydawanych przezeń decyzji dotyczących lokalizacji ST opartych na wnioskach składanych przez wojewodów, także w przypadku gdy w toku ustalania lokalizacji wojewoda popełni szereg błędów i zaniechań, jak miało to miejsce we Wrocławiu.

Przykład

Wojewoda dolnośląski nie zapewnił rzetelnego zorganizowania i przeprowadzenia procesu wyboru lokalizacji dla szpitala tymczasowego we Wrocławiu, a podejmowane w tym zakresie działania nie były transparentne i brak było możliwości potwierdzenia, że wytypowana lokalizacja była najkorzystniejszym z możliwych dostępnych rozwiązań. O powyższym świadczyło że:

- Wojewoda nie dysponował rzetelną analizą potencjalnych lokalizacji dla ST we Wrocławiu przeprowadzoną w oparciu o wytyczne wynikające z opracowanych przez MZ *Rekomendacji adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19*, w wyniku której uznano, że obiekt przy ul. Rakietowej 33 we Wrocławiu spełniał, jak wyjaśnił wojewoda, jako jedyny wszystkie obligatoryjne wymagania.
- Proces wyboru lokalizacji dla ST nie był transparentny, gdyż żadna z kluczowych osób biorących w nim udział nie była w stanie wskazać jednoznacznie z jakiego źródła powzięto informację o możliwości zlokalizowania ST przy ul. Rakietowej 33 we Wrocławiu, a jednocześnie nie wynika to ze zgromadzonej dokumentacji.
- Dokonując wskazania (wytypowania) potencjalnych lokalizacji dla ST, wojewoda posiłkował się powszechnie dostępnymi informacjami, bez przeprowadzenia szerszego rozpoznania w zakresie dostępności, dla potrzeb ST, nieruchomości zlokalizowanych na terenie Wrocławia.

²⁶⁹ Woj. lubuskie, zachodniopomorskie, opolskie, łódzkie, wielkopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie.

²⁷⁰ Art. 7 k.p.a. stanowi, że w toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- W DUW nie dokonano także rzetelnej analizy stanu i możliwości wykorzystania obiektów wielkopowierzchniowych takich, jak hale sportowe, a ten rodzaj obiektów w ogóle nie był brany pod uwagę (mimo, że we Wrocławiu znajdują się np. obiekty Akademii Wychowania Fizycznego przy ul. Paderewskiego czy WKK Sport Center przy ul. Kwidzyńskiej).
- Z uzyskanych w toku kontroli informacji wynikało, że wojewoda nie kierował także do Rektora Uniwersytetu Medycznego zapytań dotyczących możliwości udostępnienia znajdujących się we władaniu uczelni nieruchomości (gruntowych bądź zabudowanych) pod budowę ST we Wrocławiu mimo, że Uniwersytet Medyczny dysponował nieruchomościami, które nie były wykorzystywane do celów działalności statutowej. Powyższe dowodzi, że wojewoda nie miał pełnej wiedzy w zakresie możliwych alternatywnych lokalizacji, które potencjalnie mogły stanowić miejsce dla przyszłego ST we Wrocławiu.
- Wojewoda nie zweryfikował stanu prawnego nieruchomości, na których miał powstać ST we Wrocławiu. Tymczasem, w chwili skierowania przez wojewodę do Ministra wniosku o wydanie polecenia związanego z utworzeniem ST we Wrocławiu przez Przedsiębiorcę, dysponował on tylko jedną z czterech nieruchomości, które wykorzystano dla celów funkcjonowania tego szpitala. Przy czym, Przedsiębiorca nie był właścicielem tej nieruchomości, lecz jej najemcą.
- Wojewoda nie przeprowadził rzetelnych analiz, z których wynikałoby, że uzasadnione było utworzenie we Wrocławiu ST na ok. 400 łóżek. Według NIK stanowiło to kluczowy czynnik, determinujący kierunek poszukiwania i wyboru lokalizacji oraz skalę prowadzonej inwestycji.

Efektywność nakładów na tworzenie ST w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń

Nakłady na utworzenie ST w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych (174,9 mln zł) zostały co do zasady poniesione w sposób celowy, efektywny i przynoszący trwałe rezultaty. Dowodzą tego wskaźniki poniesionych nakładów w przeliczeniu na jedno utworzone łóżko i na jednego leczzonego pacjenta (76,7 tys. zł na łóżko i 9,5 tys. zł na pacjenta) i możliwość dalszego wykorzystywania zaadaptowanych obiektów.

Wskaźniki te kształtowały się najkorzystniej w przypadku przeprowadzanej adaptacji, dokończenia budowy bądź modernizację instalacji w budynku, który był już uprzednio przeznaczony i wykorzystywany do udzielania świadczeń leczniczych (ogółem 15 przypadków²⁷¹). W takich ST koszt utworzenia i zapewnienia funkcjonowania i likwidacji 2280 łóżek (33% ogółu łóżek utworzonych w ST) wyniósł 174 871,6 tys. zł (19% ogółu kosztów utworzenia i funkcjonowania ST). Średnio na jedno utworzone w tych szpitalach łóżko przypadają nakłady w wysokości 76,7 tys. zł. W szpitalach tych było leczonych 18,4 tys. pacjentów (47% ogółu pacjentów leczonych w ST), a średnio nakłady na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację tych szpitali, przypadające na jednego leczzonego pacjenta wyniosły 9,5 tys. zł. Na rzecz tego rozwiązania przemawiają także: brak dodatko-

²⁷¹ Z tego ST utworzone w związku z decyzją PRM: w Krynicy-Zdroju, Siedlcach, Radomiu, Radziejowie i Wałbrzychu; w związku z decyzją MZ – ST w Zielonej Górze, Szczecinie (Szpital PUM), Białymstoku (Szpital UM), Rzeszowie, Warszawie (ST Południowy), Krakowie – CUMRIK, Sopocie i Ciechocinku oraz dwa ST utworzone w oparciu o decyzję wojewody warmińsko-mazurskiego w Szczytnie i Nidzicy.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wych kosztów (wynajmu, opłat, ochrony) oraz możliwość płynnego przechodzenia szpitala do udzielania innych świadczeń w czasie spadku liczby hospitalizacji związanych z COVID-19.

Inwestycje i nakłady poczynione na utworzenie szpitali tymczasowych w ramach tego modelu są nadal wykorzystywane w działalności szpitali patronackich, ponieważ właśnie na terenie ich siedzib najczęściej przeprowadzano adaptacje obiektów do potrzeb związanych z działalnością ST.

Przykład

W okresie objętym kontrolą BGK, któremu PRM polecił utworzenie ST (którego lokalizację wojewoda mazowiecki uzgodnił na terenie **Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach**) w związku z utworzeniem i organizacją wystawił 11 faktur (do 8 grudnia 2021 r.) na łączną kwotę 7560,4 tys. zł, a dotyczących:

- koszty adaptacji na szpital tymczasowy – 5948,9 tys. zł;
- nadzór inwestorski – 127,6 tys. zł;
- koszty eksploatacyjne – 312,6 tys. zł;
- wyposażenie szpitala – 1 171,3 tys. zł.

W związku z działaniem ST w Szpitalu w Siedlcach nie ponoszono natomiast kosztów związanych z opłatami czynszowymi, technicznymi i eksploatacyjnymi. Po zakończeniu działania szpitala tymczasowego jego pomieszczenia wykorzystywane są do udzielania świadczeń przez Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach.

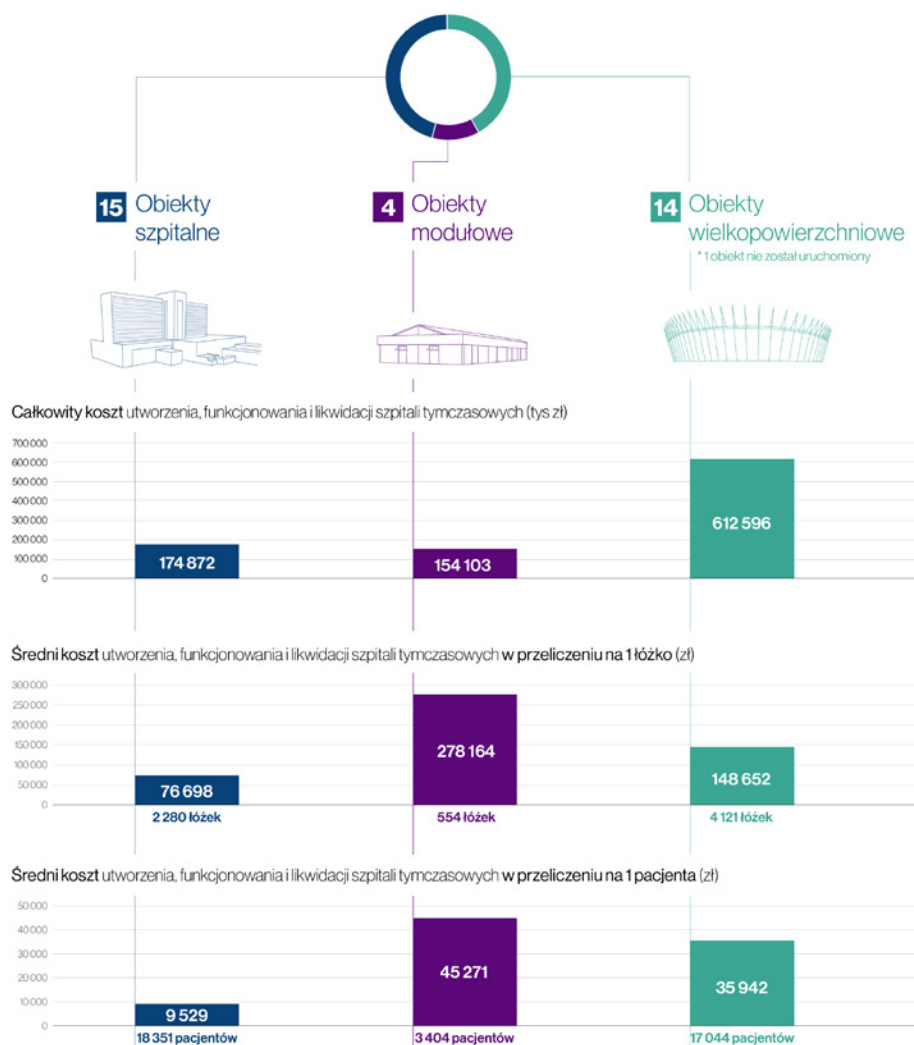
Nakłady w kwocie 154,1 mln zł poniesiono na tworzenie czterech ST w technologii modułowej w sposób celowy i przynoszący trwałe efekty. Dwa z tych szpitali są nadal wykorzystywane do udzielania świadczeń, zaś dwa mogą być przekazane innemu użytkownikowi i zmontowane w dowolnym miejscu jako np. szpitale wojskowe.

Efektywność nakładów na tworzenie ST w obiektach modułowych

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 9

Porównanie podstawowych wskaźników efektywności nakładów na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację szpitali tymczasowych według sposobu ich utworzenia



Źródło: dane NIK.

W czterech przypadkach wykonano szpitale tymczasowe z kontenerów – modułów²⁷², w których nakładem 154 102,9 tys. zł utworzono 554 łóżka – średnio na jedno utworzone w tych szpitalach łóżko przypadają zatem nakłady w kwocie 278,2 tys. zł. W szpitalach tych leczonych było 3404 pacjentów i średnie nakłady na utworzenie tych szpitali, ich funkcjonowanie i likwidację przypadające na jednego leczonego pacjenta wyniosły 45,3 tys. zł.

W tym przypadku stosunkowo wysokie nakłady na utworzenie obiektu służyły osiągnięciu rezultatu charakteryzującego się możliwością długotrwałego wykorzystania, a w razie potrzeby także przeniesienia i ponownego montażu w innym wybranym miejscu. Dwa ST modułowe nadal istnieją

²⁷² Szpitale tymczasowe w Płocku, Legnicy i Ostrołęce – w wykonaniu decyzji PRM w lokalizacji uzgodnionej przez spółki z wojewodą i ST w Warszawie przy WIM, ul. Szaserów – na podstawie decyzji (rozkazu) MON.

w miejscu działania ST – w Legnicy i Warszawie, ul. Szaserów, zaś dwa pozostałe jeszcze w grudniu 2022 r. były w fazie zagospodarowania i rozliczenia (pomiędzy MAP i Orlen SA).

Finansowanie szpitali tymczasowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

Utworzenie i działalność Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

Finansowanie tworzenia, organizacji i likwidacji ST oraz udzielania w tych jednostkach świadczeń opieki zdrowotnej z utworzonego w dniu 31 marca 2020 r. Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 nie zostało prawidłowo przygotowane i było realizowane w sposób niezapewniający celowości i efektywności dokonywanych wydatków.

31 marca 2020 r. w Banku Gospodarstwa Krajowego utworzono Fundusz Przeciwdziałania COVID-19. W latach 2020–2022 do finansowania potrzeb związanych ze zwalczaniem COVID-19, w tym tworzenia i funkcjonowania ST wykorzystywane były środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, który powstał na podstawie art. 65 ust. 1 ustawy zmieniającej. Działalność Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 badano w ramach niniejszej kontroli w kontekście finansowania wydatków związanych z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST oraz finansowaniem świadczeń leczniczych pacjentom z COVID-19 udzielanych przez te szpitale, dlatego ustalenia nin. kontroli nie wpływają na wyniki innych kontroli NIK.

Zgodnie z pierwotnym brzmieniem art. 65 ust. 2 ww. ustawy, Fundusz został określony jako państwowy fundusz celowy, którego dysponentem jest Prezes Rady Ministrów. Przepisem art. 75 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. *o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2*²⁷³, zmieniono brzmienie art. 65 ustawy zmieniającej, w konsekwencji czego Fundusz przestał być państwowym funduszem celowym. Utrata przez Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 statusu państwowego funduszu celowego spowodowała, że nie odnoszą się do jego funkcjonowania zasady gospodarki finansowej obowiązujące w sektorze finansów publicznych.

Tworzenie pozabudżetowych funduszy celowych funkcjonujących poza ramami ustawy budżetowej stwarza ryzyko marginalizacji znaczenia budżetu państwa przez wyłączenie z niego pewnych dochodów i wydatków, które powinny być częścią budżetu jako całościowego planu finansowego państwa.

Prezes Rady Ministrów, jak i Minister Zdrowia i Minister Aktywów Państwowych, w oparciu o których dyspozycje wydatkowane były środki Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w szpitalach tymczasowych, nie zapewnili utworzenia i funkcjonowania w tym obszarze skutecznych mechanizmów zapewniających gospodarne wydatkowanie środków publicznych.

Nieprawidłowe przygotowanie finansowania szpitali tymczasowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

Nierzetelna realizacja obowiązków dysponentów środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19

²⁷³ Dz. U. z 2023 r. poz. 201.

Zarówno Prezes Rady Ministrów, jak i ministrowie którzy zostali upoważnieni przez PRM do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, byli równocześnie, zgodnie z art. 69 *ufp*, zobowiązani do zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w kierowanych przez nich działach administracji rządowej oraz ministerstwie, jako jednostce sektora finansów publicznych. Celem kontroli zarządczej (określonym w art. 68 *ufp*) jest zapewnienie w szczególności: 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi; 2) skuteczności i efektywności działania; 3) wiarygodności sprawozdań; 4) ochrony zasobów; 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania; 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji; 7) zarządzania ryzykiem.

Nierzetelna realizacja obowiązków dysponenta Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez PRM

Prezes Rady Ministrów nierzetelnie realizując zadania organu upoważnionego na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do dysponowania środkami Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie ustalił, ani nie zlecił poszczególnym ministrom upoważnionym do wydawania dyspozycji wypłaty ze środków tego Funduszu, opracowania jednolitych procedur postępowania dla podmiotów zaangażowanych w utworzenie, organizację i likwidację szpitali tymczasowych, zapewniających realizację tego zadania w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

Nie można za taką procedurę uznać zdaniem NIK niepodpisanej wiadomości poczty elektronicznej przesłanej w grudniu 2020 r. z KPRM do podmiotów upoważnionych do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu, zawierającej niepodpisane przez nikogo *Wytyczne w sprawie składania wniosków o zasilenie z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19*. W wiadomości tej została opisana procedura składania tych wniosków podzielona na etapy: 1] informowania o zapotrzebowaniu na środki (podmioty upoważnione powinny informować 15 i ostatniego dnia miesiąca o zapotrzebowaniu na środki w danym miesiącu wraz z szacowaną informacją o zapotrzebowaniu w kolejnym miesiącu), 2] wnioskowania o zasilenie (raz w tygodniu podmioty upoważnione miały składać uzasadnione merytorycznie wnioski co najmniej 7 dni roboczych przed planowaną datą zasilenia rachunku wskazaną we wniosku), 3] wnioskowania o zmianę Planu Finansowego Funduszu COVID-19 (gdy konieczne – podmiot upoważniony zwraca się pisemnie o zmianę do PRM). Cały obieg ww. dokumentów odbywać się miał drogą elektroniczną.

Skutki braku ustalonych i zatwierdzonych procedur przez PRM

Ponadto *Wytyczne* nie zawierały opisu działań, jakie należy podjąć w przypadku przekazania na rachunek podmiotu upoważnionego do wydawania dyspozycji kwoty wyższej, niż wynikająca z rzetelnie zweryfikowanych dokumentów finansowo-księgowych, potwierdzających dokonanie wydatków związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

Skutkiem nieustanowienia narzędzi zarządzania w zakresie planowania i monitorowania oraz rozliczania wydatków ponoszonych ze środków Funduszu było przedłużenie przez PRM w dwóch przypadkach czasu trwania procedury wprowadzania do planu Funduszu zmian, co spowodowało

zagrożenie dla ciągłości finansowania wydatków ponoszonych przez świadczeniodawców w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz zagrożenie utraty płynności przez NFZ²⁷⁴.

Minister Zdrowia w swoim zakresie także nie ustanowił skutecznych i adekwatnych mechanizmów zarządzania wydatkami ponoszonymi z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 m.in. w związku z tworzeniem i funkcjonowaniem ST i finansowaniem świadczeń udzielanych w tych szpitalach.

Skutki braku ustanowienia właściwych mechanizmów przez MZ

W odniesieniu do środków wydatkowanych na tworzenie, organizację, funkcjonowanie i likwidację szpitali tymczasowych roli procedur stanowiących spójny system kontroli zarządczej w odniesieniu do środków pochodzących z Funduszu nie mogły odegrać ani korespondencja prowadzona przez Ministra z wojewodami w toku prac przy tworzeniu ST, ani przekazywane do urzędów wojewódzkich niezatwierdzone przez Ministra tzw. wytyczne²⁷⁵ i procedura tworzenia szpitala tymczasowego²⁷⁶, które nie łączyły się w spójny system narzędzi zapewniających gospodarne wydatkowanie środków publicznych na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST. Ustalenie niektórych mechanizmów mających służyć temu celowi nastąpiło zresztą już po wydaniu szeregu decyzji o utworzeniu szpitali tymczasowych – np. tzw. katalog kosztów możliwych do poniesienia w związku z utworzeniem i funkcjonowaniem szpitali tymczasowych został przekazany wojewodom 23 sierpnia 2021 r. (w piśmie zawierającym tabele), gdy część tych placówek została już zlikwidowana.

W odniesieniu do środków wydatkowanych na finansowanie świadczeń leczniczych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 ustanowione mechanizmy były nieskuteczne i nie zapewniono dzięki nim terminowego przekazania przez MZ do NFZ środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w łącznej kwocie 1879 818,0 tys. zł. Opóźnienie dotyczyło zwrotu kosztów m.in. świadczeń udzielanych w szpitalach tymczasowych, za czerwiec 2021 r. w kwocie 1 043 740,1 tys. zł (opóźnienie wyniosło 93 dni w stosunku do 30-dniowego terminu wynikającego z polecenia MZ z 2 marca 2021 r.) oraz za lipiec 2021 r. w kwocie 836 078,2 tys. zł. (opóźnienie wyniosło 62 dni w stosunku do terminu wynikającego z ww. polecenia MZ). Do opóźnienia doszło pomimo zabezpieczenia środków z Funduszu w puli

²⁷⁴ 1] 29 lipca 2021 r. MZ wystąpił z wnioskiem, w którym, na podstawie szacowanych przez NFZ potrzeb wnioskował o zabezpieczenie środków na finansowanie m.in. świadczeń zdrowotnych za okres do końca sierpnia 2021 r. oraz 8 września 2021 r. wystąpił z pismem, w którym ponowił zgłoszone wcześniej zapotrzebowanie i wnioskował o zabezpieczenie środków na finansowanie m.in. świadczeń zdrowotnych do końca września 2021 r. W tym przypadku zmiana Planu Funduszu nastąpiła 15 listopada 2021 r., tj. 109 dni od pierwszego z ww. wniosków.

2] 9 listopada 2021 r. MZ złożył wniosek, w którym podtrzymał zgłoszone wcześniej potrzeby i wnioskował o zabezpieczenie środków na finansowanie m.in. świadczeń zdrowotnych do końca grudnia 2021 r. oraz 22 listopada 2021 r. wystąpił z pismem, w którym informował Ministra Finansów o zapotrzebowaniu na środki Funduszu do końca 2021 r. i na 2022 r. W tym przypadku zmiana Planu Funduszu nastąpiła 14 grudnia 2021 r., tj. 35 dni od pierwszego z ww. wniosków.

²⁷⁵ Materiał pt. Ogólne wytyczne w zakresie przygotowania i uruchomienia szpitali tymczasowych w obiektach wielofunkcyjnych: arenach, stadionach, centrach kongresowych... datowany na 27 października 2020 r.

²⁷⁶ Np. materiał określany jako Proces organizacji szpitala tymczasowego 22.10.2020 (002).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

pozostającej w dyspozycji MZ, po zmianie w planie finansowym Funduszu dokonanej przez PRM 21 lipca 2021 r. W wyniku opóźnienia w przekazywaniu pieniędzy przez Ministra, w dniu 28 października 2021 r. Prezes NFZ zwrócił się do MZ o przekazanie należnych środków i stwierdził, że nieuregulowanie tych należności może spowodować utratę płynności finansowej NFZ.

Nierzetelna realizacja obowiązków dysponenta przez MAP

Minister Aktywów Państwowych także nie zapewnił skutecznego zarządzania procesem gospodarowania środkami Funduszu przeznaczonymi na tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych w sprawie których podpisał umowy ze spółkami z udziałem Skarbu Państwa. MAP w jednym przypadku bowiem nierzetelnie realizował obowiązki podmiotu upoważnionego na podstawie art. 65 ustawy zmieniającej do wydawania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu COVID-19 i złożył do Prezesa RM wnioski o zasilenie ze środków tegoż Funduszu kwotą przewyższającą o 1012,5 tys. zł sumę wynikającą z dowodów księgowych przedstawionych przez spółkę PKO BP SA, w celu rozliczenia kosztów poniesionych na utworzenie punktu szczepień przeciwko COVID-19 w Arenie „Jaskółka” w Tarnowie. Tym samym MAP nie zapewnił, by wnioski o środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 obejmowały wyłącznie uzasadnione merytorycznie kwoty wydatków, potwierdzonych prawidłowo sporządzonymi i zweryfikowanymi dowodami.

Zdaniem NIK, wprowadzenie regulacji ustawowych określających mechanizmy kontrolne: tworzenia, pozyskiwania środków, planowania i realizacji działań oraz sporządzania sprawozdań z wykorzystania funduszy, których środki przeznacza się na finansowanie zadań związanych ze zdarzeniami kryzysowymi, pozwoliłoby na zapewnienie funkcjonowania sprawnych, skutecznych mechanizmów kontrolnych na wszystkich etapach gromadzenia, dysponowania i sprawozdawania wykorzystania środków nowo powstałych funduszy.

Niefektywność udzielania świadczeń w ST w obiektach wielkopowierzchniowych

Wystarczająca liczba łóżek dla hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 wyodrębniona w polskich szpitalach

W czasie epidemii w Polsce nie brakło łóżek dla pacjentów z COVID-19, co było głównie wynikiem wydzielania miejsc hospitalizacji z zasobu łóżek w szpitalach stacjonarnych a następnie utworzenia szpitali tymczasowych.

Wykres nr 1

Liczba hospitalizacji wywołanych COVID-19 w okresie od 4 marca 2020 r. do 13 września 2020 r.



Źródło: opracowanie NIK na podstawie danych MZ.

Według danych pozyskanych z Centrum e-Zdrowia, ogółem w Polsce z powodu COVID-19 hospitalizowanych było 525 028 osób (dane na 31 marca 2022 r.).

W czasie I fali epidemii (marzec–kwiecień 2020 r.) pacjenci z COVID-19 kierowani byli do 22 szpitali jednoimiennych w całym kraju. Maksymalna liczba pacjentów z COVID-19 hospitalizowanych w tym okresie wyniosła 3505 w dniu 7 kwietnia 2020 r. Następnie liczba pacjentów z COVID-19 zmniejszała się (do minimum wynoszącego 1550 zajętych łóżek w dniu 16 lipca 2020r.), by potem stopniowo wzrastać, co ilustruje powyższy wykres.

Minister Zdrowia w okresie od 7 października 2020 r. do 25 marca 2022 r., otrzymywał prognozy dalszego przebiegu epidemii, opracowywane przez ośrodki naukowe w Polsce, obejmujące dane o przewidywanej liczbie zachorowań, hospitalizacji (w tym pacjentów OIOM) oraz zgonów.

1] Według prognozy z 9 października 2020 r. (wersja pesymistyczna) na dzień 31 października 2020 r. przewidywano wystąpienie około 28 tys. nowych przypadków zachorowań (w rzeczywistości było około 22 tys. nowych przypadków).

2] Według prognozy z 14 października 2020 r. przewidywana liczba nowych przypadków COVID-19 na 21 października miała wynosić około 13 tys., a liczba pacjentów hospitalizowanych 23 października 2020 r. miała wynieść 18 tys. osób przy założeniu 40% transmisyjności. Według danych udostępnianych przez MZ opinii publicznej, w rzeczywistości 23 października 2020 r. w szpitalach było zapewnionych około 18 tys. łóżek dla chorych na COVID-19, natomiast chorych było w tym dniu w szpitalach 10788, a 7644 łóżek było wolnych (żadne z tych łóżek nie zostało zapewnione przez szpitale tymczasowe, które wówczas znajdowały się dopiero na różnych etapach tworzenia).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Prognoza datowana na 14 października 2020 r. przewidywała, że na dzień 2 grudnia 2020 r. przypadnie najwyższa liczba zajętych łóżek szpitalnych i będzie ona wynosić ok. 40 tys. W rzeczywistości 2 grudnia 2020 r. w szpitalach było 20 885 łóżek zajętych i 18 196 łóżek wolnych.

3] Według prognozy z 22 października 2020 r., na początku grudnia 2020 r. maksymalna liczba przypadków miała wynieść ok. 42 tys. Prognoza przewidywała zmniejszanie się od 2 grudnia 2020 r. codziennej liczby zakażeń. W rzeczywistości 2 grudnia 2020 r. odnotowano 13,8 tys. nowych zakażeń, zamiast prognozowanych 40 tys.

4] Według prognozy z 27 października 2020 r. (wariant wyższej transmisyjności w miejscach publicznych), na początek grudnia 2020 r. przewidywano około 24 tys. zakażeń dziennie, a w szpitalach miało przebywać wtedy około 35 tys. pacjentów. W rzeczywistości 2 grudnia 2020 r. odnotowano 13 855 zakażeń, a w szpitalach było hospitalizowanych 20 885 pacjentów z powodu COVID-19 (wolnych było 18 196 łóżek covidowych).

Niewielki udział ST
w zabezpieczeniu łóżek
w czasie II fali COVID-19

W czasie tzw. drugiej fali COVID-19 (październik–grudzień 2020 r. z kulminacją 17 listopada 2020 r., kiedy w szpitalach przebywało ponad 23 tys. chorych z COVID-19), szpitale tymczasowe nie odegrały istotnej roli w zabezpieczeniu łóżek covidowych, dysponowały bowiem zaledwie 2% łóżek dla pacjentów z COVID-19 utworzonych w całym kraju.

Począwszy od 14 września 2020 r. zaczęła wzrastać liczba wykrywanych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i trend ten utrzymał się do 7 listopada 2020 r. Z kilkudniowym przesunięciem w czasie zaczęła się też zwiększać liczba pacjentów z COVID-19, przebywających w szpitalach (systematyczny wzrost liczby hospitalizacji począwszy od 23 września 2020 r., trwający do 17 listopada 2020 r. kiedy w szpitalach przebywało ponad 23 tys. pacjentów z COVID-19).

Pierwszy ST (w Krakowie utworzony w zaadaptowanym budynku Centrum Urazowego, Medycyny Ratunkowej i Katastrof), dysponujący 250 łózkami, został uruchomiony 28 października 2020 r. W listopadzie 2020 r. liczba łóżek dla pacjentów z COVID-19 w ST zwiększyła się o dalszych 738 łóżek (ST na Stadionie Narodowym w Warszawie – 550 łóżek – otwarty 6 listopada 2020 r. i ST Krynica-Zdrój – 28 łóżek w istniejącym obiekcie, Szpital MSWiA w Rzeszowie – 160 łóżek w istniejącym obiekcie). W grudniu 2020 r. zostało uruchomionych jedenaście ST, dysponujących (wg decyzji o ich utworzeniu) łącznie 1603 łózkami, w styczniu 2021 r. – jeden szpital na 200 łóżek, w lutym 2021 r. – trzy szpitale z 993 łózkami, w marcu 2021 r. – 12 szpitali z 2499 łózkami.

W momencie kulminacji tzw. II fali COVID-19 (17 listopada 2020 r.), gdy w polskich szpitalach przebywało 23 tys. pacjentów z COVID-19, utworzony decyzjami właściwych wojewodów i MZ zasób łóżek przeznaczonych dla chorych z COVID-19 osiągnął poziom prawie 37 tys. łóżek, z których wolnych było ponad 13,5 tys. łóżek. Wkład szpitali tymczasowych

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

do zasobu łóżek covidowych w kraju wynosił zatem w tym dniu **2% ogólnej liczby łóżek**, odpowiadał 6% już wtedy powstałej rezerwy łóżek wolnych, obejmującej w tym dniu 37% łóżek covidowych ogółem.

14 lutego 2021 r., gdy liczba chorych z COVID-19 w szpitalach w całej Polsce osiągnęła wartość minimalną po kulminacji II fali COVID-19 (14 928 łóżek zajętych), ST dysponowały 3484 łózkami (w tym 1957 w ST wielkopowierzchniowych), co stanowiło 12% całego zasobu, odpowiadało 23% procentom łóżek wolnych, których liczba w tym czasie (15058) równoważyła liczbę łóżek zajętych.

Wykres nr 2

Liczba hospitalizacji pacjentów z COVID-19 od 14 września 2020 r. do 31 marca 2022 r.



Źródło: ustalenia NIK na podstawie danych MZ.

W następnych okresach epidemii (tzw. falach – trzeciej przypadającej na okres pomiędzy lutym i kwietniem 2021 r., czwartej – obejmującej okres od listopada do grudnia 2021 r. i piątej, przypadającej na okres od stycznia do lutego 2022 r.) liczba łóżek covidowych, wydzielonych w szpitalach stacjonarnych i utworzonych w szpitalach tymczasowych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń i obiektach modułowych była wystarczająca dla zapewnienia miejsca dla wszystkich pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji, z rezerwą, odpowiadającą od 13,8%²⁷⁷ do 95,2%²⁷⁸ liczby pacjentów hospitalizowanych danego dnia.

8 kwietnia 2021 r., gdy liczba chorych z COVID-19 w szpitalach w całej Polsce osiągnęła najwyższą wartość w czasie epidemii (34 864 łóżek zajętych) ST dysponowały 6955 łózkami, co stanowiło 16% całego zasobu, odpowiadało 76% procentom łóżek wolnych, których liczba w tym czasie (9185) stanowiła 20% w stosunku do łóżek zajętych. W tym czasie w ST w obiektach wielkopowierzchniowych było utworzonych 3851 łóżek covidowych, bez których nadal pozostawałoby do dyspozycji w całym kraju ponad 5300 łóżek rezerwy.

²⁷⁷ W dniu 6 kwietnia 2021 r. Liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5571, łóżek zajętych było 34 691.

²⁷⁸ W dniu 31 lipca 2021 r. Liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5453, łóżek zajętych było 277.

Wystarczające rezerwy bez ST wielkopowierzchniowych

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

14 grudnia 2021 r. (w momencie kulminacji IV fali COVID-19 liczba łóżek zajętych w kraju wynosiła 25 542, wolnych było 6905 łóżek, zaś ST w obiektach wielkopowierzchniowych dysponowały w tym momencie liczbą ok. 3100 łóżek²⁷⁹).

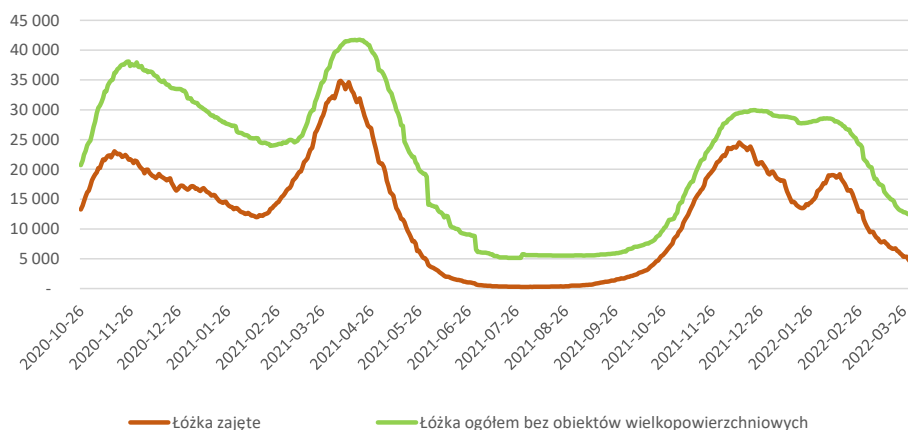
15 lutego 2022 r. (kulminacja V fali COVID-19) liczba łóżek zajętych w szpitalach w całej Polsce wynosiła 19 166, wolnych było 10 899 łóżek, a ST wielkopowierzchniowe dysponowały w tym momencie liczbą ok. 3165 łóżek.

W każdym z powyższych momentów kulminacji kolejnych fal COVID-19 (dni o najwyższej liczbie hospitalizacji w całej Polsce) zabezpieczona była zatem rezerwa łóżek covidowych przekraczająca znacznie liczbę łóżek utworzonych w szpitalach wielkopowierzchniowych.

Do takiego samego wniosku prowadzi przeprowadzona przez NIK szczegółowa analiza danych, jakimi dysponował i prezentował codziennie Minister Zdrowia, dotyczących wszystkich kolejnych dni w okresie działania szpitali tymczasowych (26 października 2020 r.–31 marca 2022 r.). Z analizy tej wynika, że nawet bez utworzenia szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, w polskich szpitalach byłaby zachowana bezpieczna rezerwa łóżek dla pacjentów z COVID-19, odpowiadająca od 13,8%²⁸⁰ do 95,2%²⁸¹ liczby pacjentów hospitalizowanych danego dnia, co ilustruje poniższy wykres (symulacja).

Wykres 3.

Liczba pacjentów z COVID-19 w szpitalach w Polsce w porównaniu z zasobem łóżek – po odjęciu od niego łóżek utworzonych w szpitalach tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych (symulacja).



Źródło: dane MZ i ustalenia kontroli NIK.

²⁷⁹ Po okresie letnim 2021 r. nie wznowił działalności ST w Kielcach (300 łóżek) a ST na Stadionie Narodowym w Warszawie od 25 listopada 2021 r. dysponował 100 łózkami, a od 17 stycznia 2022 r. – 168 łózkami. Różnica pomiędzy maksymalną liczbą łóżek w ST wielkopowierzchniowych a liczbą łóżek jaką dysponowały w grudniu 2021 r. wynosiła - 686 łóżek.

²⁸⁰ 6 kwietnia 2021 r. Liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5571, łóżek zajętych było 34691.

²⁸¹ 31 lipca 2021 r. Liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5453, łóżek zajętych było 277.

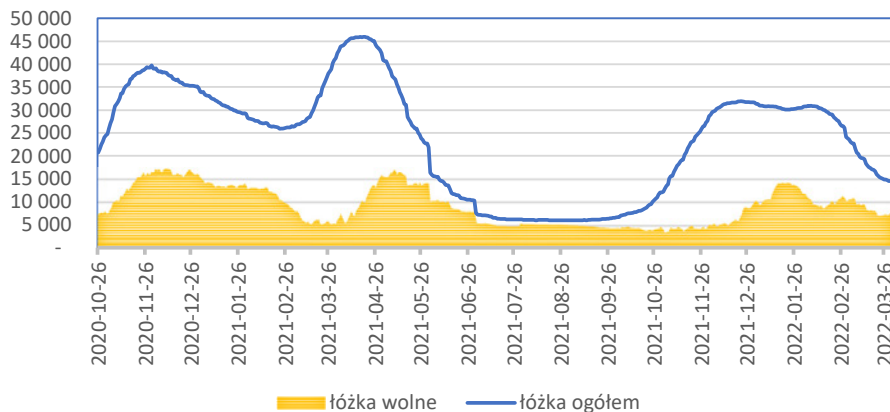
Przez cały czas funkcjonowania ST istniała w szpitalach stacjonarnych i tymczasowych rezerwa łóżek dla pacjentów z COVID-19, która częstokroć utrzymywała się na zbyt wysokim poziomie w stosunku do potrzeb wynikających z rozwoju sytuacji epidemicznej w kraju. Odpowiedzialność za to ponosił Minister Zdrowia, który nie zapewnił bieżącej korelacji liczby łóżek covidowych z potrzebami i nie ustalił mechanizmów dostosowywania do nich poziomu rezerw.

Brak korelacji liczby łóżek covidowych z potrzebami wynikającymi z epidemii

Analiza całości danych które pozyskiwał i którymi dysponował Minister Zdrowia o łóżkach dostępnych dla pacjentów z COVID-19 wskazuje, że przez długie okresy czasu liczba łóżek dla pacjentów z COVID-19 wydzielonych w szpitalach stacjonarnych i utworzonych w szpitalach tymczasowych nie była powiązana i znacząco przewyższała potrzeby wynikające z przebiegu epidemii, co pokazano na poniższym wykresie.

Wykres nr 4

Liczba wolnych łóżek w odniesieniu do bazy łóżek dla pacjentów COVID-19 we wszystkich szpitalach



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Pojawianie się w długich okresach czasu nieracjonalnie wysokich rezerw łóżek covidowych został spowodowany tym, że Minister Zdrowia nie zapewnił umiejętnego wykorzystywania informacji pochodzących z prognoz na temat przewidywanego dalszego przebiegu epidemii i z monitoringu stanu łóżek szpitalnych, sprawowanego przezeń w ramach obowiązków dotyczących zarządzania kryzysowego²⁸², do płynnego kształtowania takiego poziomu liczby łóżek covidowych, który pozwalał w tym samym czasie na zachowanie bezpiecznej rezerwy łóżek wolnych i na zapewnienie maksymalnej dostępności leczenia szpitalnego dla pacjentów bez COVID-19, oczekujących na hospitalizację.

Minister Zdrowia nie ustalił też ani minimalnego ani optymalnego poziomu rezerwy łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19, w relacji do liczby hospitalizacji we wszystkich typach szpitali, np. na pozio-

²⁸² KPZK Cz.B. Katalog XXVIII pkt 3.

mie pozwalającym na *optymalne* funkcjonowanie oddziałów zakaźnych, ustalonym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – od 80 do 85%²⁸³.

Rezerwa tych właśnie rozmiarów, przy skutecznym zarządzaniu ruchem pacjentów w oparciu o prognozy i o dane pozyskiwane w trybie monitoringu wolnych łóżek szpitalnych przez MZ, powinna była wystarczyć do zapewnienia opieki szpitalnej wszystkim pacjentom chorym na COVID-19, nie powodując niepotrzebnego wyłączenia łóżek szpitalnych z udzielania świadczeń dla pacjentów bez COVID-19, potrzebujących hospitalizacji.

W toku kontroli, wyjaśniając przyczyny braku korelacji liczby łóżek covidowych z sytuacją epidemiologiczną²⁸⁴, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia stwierdził m.in. że decyzje o zwiększaniu lub zmniejszaniu liczby łóżek podejmowane były podczas telekonferencji i to wojewodowie byli zobowiązani do zmniejszania liczby łóżek dedykowanych dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ponieważ to oni mieli najlepszy ogłód sytuacji epidemicznej na terenie województw oraz wiedzę w zakresie możliwości podmiotów leczniczych do ewentualnego ponownego rozwinięcia niezbędnych zasobów.

NIK oceniła jednak, że opisane wyżej postępowanie Ministra nie było rzetelne, gdyż pozostawianie wojewodom swobody w obszarze ustalania liczby łóżek covidowych na terenie ich właściwości pozbawiało Ministra (podmiot wiodący, odpowiedzialny za zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie całego kraju) możliwości bilansowania w skali kraju zasobów tych łóżek z potrzebami wynikającymi z rozwoju sytuacji epidemiologicznej. Wojewodowie mogli posiadać dobrą orientację na temat kierunków rozwoju tej sytuacji, jednak ograniczała się ona do obszaru ich właściwości miejscowej. Zatem rezerwując zasoby łóżek szpitalnych na potrzeby związane z przeciwdziałaniem COVID-19 mogli oni nie uwzględniać niewykorzystanych rezerw utworzonych w sąsiednich województwach, co mogło prowadzić do wykreowania nadmiernych rezerw łóżek.

Wysokie koszty utrzymania nadmiernej rezerwy łóżek

Utrzymywanie nieracjonalnie wysokiego stanu rezerw wolnych łóżek covidowych we wszystkich szpitalach, w tym w ST w obiektach wielkopowierzchniowych, będące wynikiem zaniechań Ministra Zdrowia, skutkowało ponoszeniem z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 wysokich kosztów utrzymania niewykorzystanych łóżek szpitalnych

²⁸³ Według opracowań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji stanowiących podstawę wyceny świadczeń w szpitalach tymczasowych, optymalny poziom wykorzystania łóżek na 3 listopada 2020 r. został określony na 80%. W aktualizacji wyceny sporządzonej przez AOTMiT 24 listopada 2021 r. założono natomiast efektywne obłożenie 85% łóżek.

²⁸⁴ Pytanie brzmiało: *Dlaczego, jako organ państwa sprawujący monitoring wolnych łóżek szpitalnych i posiadający z tego tytułu dane, a także podmiot uprawniony przez PRM do wydawania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, Minister nie zapewnił na poziomie kraju bieżącej korelacji liczby łóżek zarezerwowanych dla pacjentów z COVID-19 z rzeczywistym zapotrzebowaniem na te łóżka, wynikającym z sytuacji epidemiologicznej, co spowodowało, że ponoszono ze środków publicznych koszty utrzymania niewykorzystanych łóżek szpitalnych, zarezerwowanych dla pacjentów chorych na COVID-19 (przy jednoczesnym ograniczeniu dostępności do świadczeń leczniczych dla pozostałych pacjentów potrzebujących hospitalizacji z innych przyczyn).*

(z tytułu opłaty za gotowość do udzielania świadczeń) w stosunku do kosztów leczenia pacjentów z COVID-19, faktycznie prowadzonego przez szpitale.

W kontrolowanym okresie, na podstawie wycen świadczeń związanych z leczeniem pacjentów z COVID-19, NFZ pokrywał koszty następujących produktów rozliczeniowych ustalonych przez AOTMiT w opracowaniu z 3 listopada 2020 r.: 1] opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń w wysokości 822,42 zł (za dobową dostępność jednego łóżka), 2] opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w wysokości 3773,70 zł za dobową dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta²⁸⁵, 3] opłaty ryczałtowej za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym w wysokości 18 299,00 zł za dobową gotowość do udzielania świadczeń, 4] hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 pacjenta w wysokości 1026,40 zł za osobodzień, 5] opłaty za hospitalizację związaną z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w wysokości 4321,14 zł.

Od 1 listopada 2021 r. wycena została zmieniona przez AOTMiT w taki sposób, że wyodrębniono trzy produkty rozliczeniowe: 1] opłatę ryczałtową za gotowość do udzielania świadczeń w kwocie 1667,79 zł (za dobową dostępność do łóżka), 2] opłatę za hospitalizację związaną z leczeniem pacjentów chorych na COVID-19 – w kwocie 2428 zł (bez rozróżnienia na łóżko tzw. respiratorowe i zwykłe), 3] opłatę ryczałtową za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym w wysokości 18 299 zł za dobową gotowość do udzielania świadczeń.

Na finansowanie udzielania świadczeń leczniczych przez 31 szpitali tymczasowych²⁸⁶ od października 2020 r.²⁸⁷ do dnia 31 marca 2022 r. NFZ przekazał świadczeniodawcom łączną kwotę **1 451 575,7 tys. zł**, z czego **865 989,5 tys. zł** – za udzielone świadczenia, a **585 586,2 tys. zł**²⁸⁸ z tytułu opłat za gotowość do udzielania świadczeń.

Opłaty za gotowość do udzielania świadczeń przewyższały przy tym koszty poniesione na świadczenia związane z leczeniem COVID-19 w dziewięciu²⁸⁹ z 18 miesięcy funkcjonowania ST²⁹⁰, co świadczy o tym, że ST nie były intensywnie wykorzystywane, poza okresami wzrostu liczby hospitalizacji pacjentów z COVID-19. W siedmiu województwach, koszty opłaty za gotowość do udzielania świadczeń za cały okres epidemii przewyższyły koszty udzielania świadczeń pacjentom chorym na COVID-19²⁹¹.

Nadmierne wydatki na utrzymanie gotowości w ST wielkopowierzchniowych

²⁸⁵ Opłaty wymienione w pkt 1], 2] i 3] dalej określane są jako opłata za gotowość do udzielania świadczeń.

²⁸⁶ Świadczenia udzielane w szpitalu w Radziejowie nie były rozliczane wg stawek ustalonych dla szpitali tymczasowych, a ST w Netto Arena w Szczecinie nie udzielał świadczeń leczniczych.

²⁸⁷ Pierwszy ST został uruchomiony w CUMRiK w Krakowie 28 października 2020 r.

²⁸⁸ Co stanowiło 40,3% ogółu przekazanych środków dla szpitali tymczasowych na finansowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁸⁹ Odpowiednio w okresach: od listopada 2020 r. do marca 2021 r. oraz od lipca 2021 do października 2021 r.

²⁹⁰ Okres od października 2020 r. do marca 2022 r.

²⁹¹ W nast. województwach opłata ryczałtowa za gotowość była wyższa niż za udzielone świadczenia: kujawsko-pomorskie gotowość 78,6%, lubelskie 60,3%, łódzkie 50,4%, podlaskie 59,4%, świętokrzyskie 58,0%, warmińsko-mazurskie 54,6% i zachodniopomorskie 61/9%.

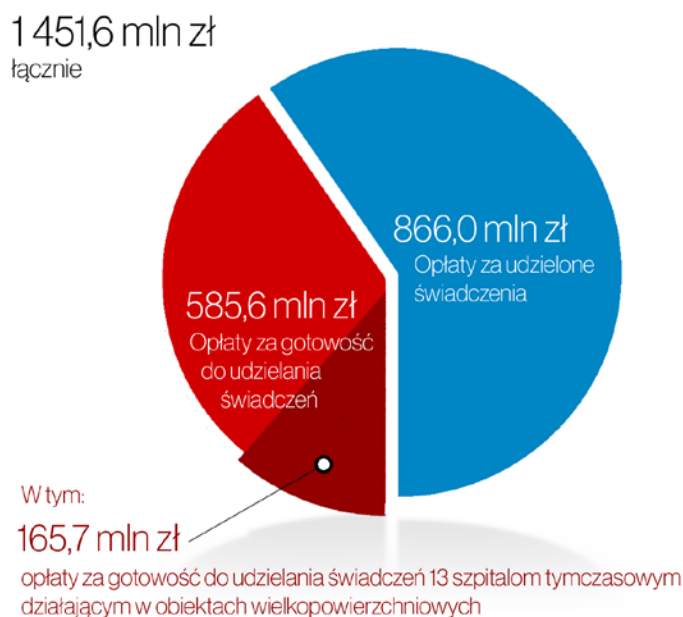
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W okresie od października do grudnia 2020 r. za *gotowość do udzielania świadczeń* zapłacono 26 385,7 tys. zł, co stanowiło 69,6% ogółu kosztów, związanych z udzielaniem świadczeń we wszystkich istniejących wtedy szpitalach tymczasowych, natomiast w całym 2021 r. za *gotowość do udzielania świadczeń* zapłacono 411 707,1 tys. zł, co stanowiło 41,5% ogółu kosztów związanych z udzielaniem świadczeń we wszystkich działających wtedy ST. Od 1 stycznia do 31 marca 2022 r. za *gotowość do udzielania świadczeń* zapłacono 147 493,4 tys. zł, co stanowiło 35,0% ogółu kosztów związanych z udzielaniem świadczeń w 31 szpitalach tymczasowych w tym okresie.

Z sumy **585,6 mln zł** kwota **165,7 mln zł** została wypłacona jako opłata za *gotowość do udzielania świadczeń* 13 szpitalom tymczasowym działającym w obiektach wielkopowierzchniowych, z czego 103,8 mln zł stanowiła kwota zapłacona za *gotowość do udzielania świadczeń* przez dziewięć ST utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych i finansowanych na podstawie dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu COVID-19, składowanych przez MZ.

Wykres nr 5

Koszty utrzymania gotowości i koszty udzielania świadczeń tymczasowych z uwzględnieniem ST wielkopowierzchniowych



Źródło: ustalenia kontroli NIK na podstawie danych NFZ.

W związku z tym, że tworzenie szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych nie było uzasadnione ani sytuacją sanitarno-epidemiologiczną w kraju, ani też efektywnością takiego rozwiązania, wydatki poniesione na utrzymanie w nich gotowości do udzielania świadczeń w kwocie łącznej 165,7 mln zł należy także uznać za nieefektywne z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.

Dopuszczając do takiego wydatkowania środków na przeciwdziałanie COVID-19 Minister nierzetelnie realizował obowiązki organu upoważnionego przez PRM na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do składowania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, odpowiedzialnego za zapewnienie, by wydatkowanie tych środków odbywało się w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów i optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Koszty utrzymania gotowości (utrzymanie rezerwy łóżek dla pacjentów z COVID-19) we wszystkich szpitalach, w całym okresie trwania epidemii COVID-19 przewyższyły koszty udzielania świadczeń (leczenia pacjentów z COVID-19).

Koszty utrzymania gotowości we wszystkich szpitalach

Ogółem w okresie funkcjonowania ST (pomiędzy 26 października 2020 r. a 31 marca 2022 r.) za gotowość do udzielenia świadczeń szpitale stacjonarne i tymczasowe otrzymały z NFZ zapłatę w łącznej kwocie **5 787 960 957,31 zł**²⁹². Natomiast za cały czas od rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 na teren Polski do zakończenia funkcjonowania ST (od 4 marca 2020 r. do 31 marca 2022 r.), za utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń zapłacono wszystkim szpitalom **6985,4 mln zł**²⁹³. **W tym samym czasie za świadczenia udzielone pacjentom z COVID-19 – zapłacono kwotę 4873,3 mln zł**²⁹⁴.

²⁹² Dane NFZ według stanu na dzień 20 kwietnia 2023 r.

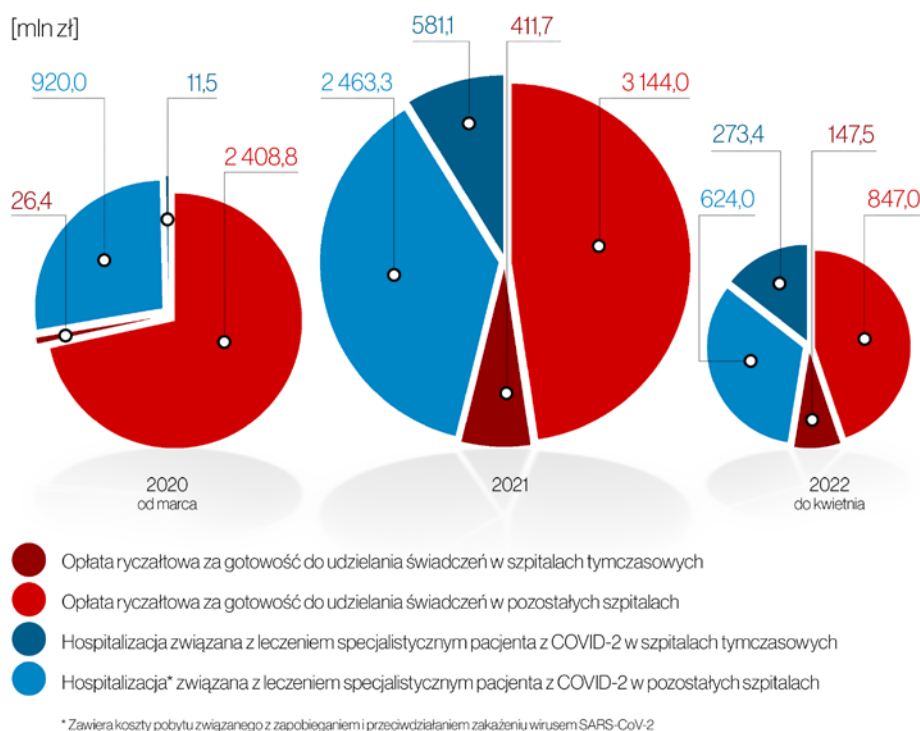
²⁹³ W wartości zawierają się kwoty wypłacone świadczeniodawcom przez NFZ w ramach następujących produktów rozliczeniowych: 19.0319.102.08; 19.0319.104.08; 19.0319.105.08; 19.0319.106.08; 19.0319.110.08; 19.0319.111.08; 19.0319.112.08; 19.0319.114.03; 19.0319.120.08; 19.0319.117.08; 19.0319.118.08; 19.0319.119.08; 19.0319.117.08; 19.0319.122.08

²⁹⁴ W wartości zawierają się kwoty wypłacone świadczeniodawcom przez NFZ w ramach następujących produktów rozliczeniowych: 19.0319.301.02, 19.0319.302.02, 19.0319.401.02, 19.0319.303.02, 19.0319.304.02, 19.0319.305.02, 19.0319.306.02, 19.0319.308.02, 19.0319.311.02, 19.0319.309.02, 19.0319.310.02, 19.0319.312.02, 19.4319.305.02, 19.4319.306.02, 19.4319.308.02, 19.4319.309.02, 19.4319.310.02, 19.4319.311.02, 19.4319.312.02, 19.4319.401.02, 19.4319.316.02.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 6

Oplaty za gotowość i koszty udzielonych świadczeń we wszystkich szpitalach w Polsce w kolejnych latach COVID-19

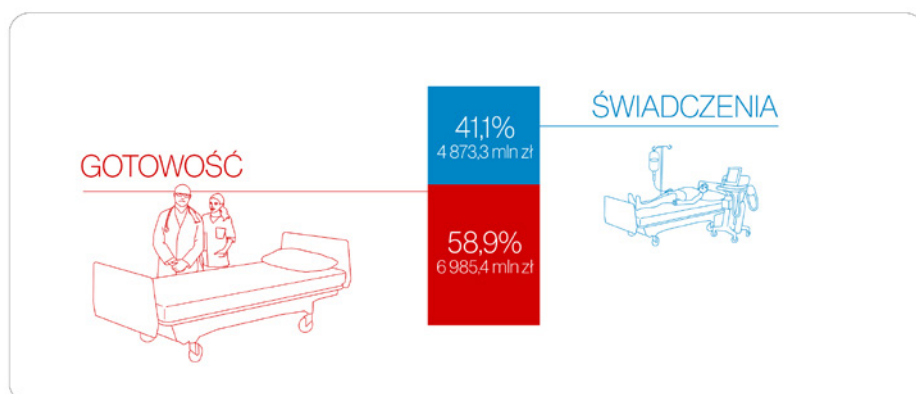


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Analiza ogółu kosztów poniesionych przez NFZ na realizację świadczeń w szpitalach tymczasowych wykazała, że w całym systemie opieki szpitalnej opłaty za gotowość przez cały okres COVID-19 (i w poszczególnych latach) przewyższały znacząco koszty udzielonych świadczeń, co ilustruje poniższa infografika.

Infografika nr 10

Koszty utrzymania gotowości i koszty udzielania świadczeń w szpitalach z uwzględnieniem ST



Źródło: dane NFZ.

W ocenie NIK tak znacząca przewaga kosztów utrzymania gotowości nad kosztami faktycznie udzielonych świadczeń dowodzi braku właściwego zarządzania całym systemem opieki szpitalnej przez Ministra Zdrowia w okresie epidemii.

Brak analizy systemowej działania ST

W czasie trwania stanu epidemii, jak również po jego zniesieniu, Prezes Rady Ministrów nie przeprowadził, ani też nie zażądał od Ministra Zdrowia lub innego organu przeprowadzenia systemowej oceny rezultatów ponoszenia wydatków finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na tworzenie i funkcjonowanie ST, pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej w przeciwdziałaniu epidemii, ani po wygaśnięciu trzeciej fali zachorowań w Polsce (wiosną 2021 r.). Minister Zdrowia także nie podjął takich działań z własnej inicjatywy.

Brak oceny ST jako narzędzia przeciwdziałania COVID-19

Dokonanie takiej oceny na wiosnę 2021 r., poprzez wykazanie nieefektywnego działania ST w obiektach wielkopowierzchniowych, z których większość finansowana była na podstawie dyspozycji Ministra Zdrowia, mogło zadecydować o wcześniejszej likwidacji tych placówek i przyczynić się do bardziej celowego i efektywnego wydatkowania środków publicznych na przeciwdziałanie COVID-19.

W ocenie NIK zaniechanie przez MZ dokonania stosownej oceny było niezgodne ze standardem 6., zawartym w komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych²⁹⁵, w którym zaleca się przeprowadzanie oceny osiągnięcia celów działań, uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności.

W przypadku PRM wyniki bieżącej analizy efektywności ekonomicznej i organizacyjnej wykorzystanych modeli ST (w szczególności porównanie danych o kosztach i wykorzystaniu dwóch ST, które zostały utworzone i były finansowane na podstawie umowy zawartej przez Ministra Szefa KPRM), dawały podstawę do podjęcia decyzji o likwidacji ST na Stadionie Narodowym po wygaśnięciu III fali zakażeń w maju 2021 r., ze względu na koszty ponoszone w sposób nieefektywny na utrzymanie ST w tym obiekcie.

Natomiast w przypadku Ministra Zdrowia ww. zaniechanie miało szersze skutki, gdyż rzutowało na wykonywanie obowiązków jakie Minister Zdrowia realizował zarówno jako członek Rady Ministrów, jak i podmiot wiodący w zakresie zarządzania sytuacją kryzysową wywołaną przez epidemię COVID-19, a mianowicie:

- na wykonywanie funkcji Ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialnego za sprawy z zakresu administracji rządowej dotyczące ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji rządowej – gdyż nie ocenił, które z doświadczeń dotyczących tworzenia szpitali tymczasowych i zarządzania systemem ochrony zdro-

²⁹⁵ Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 184.

wia w czasie epidemii COVID-19 przez Ministra i organy administracji rządowej powinny zostać w przyszłości uwzględnione poprzez zmiany w zasadach organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz nie mógł zidentyfikować obowiązujących regulacji, wymagających korekty;

- na działanie podmiotu wiodącego, wyznaczonego w KPZK Cz. B do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i koordynacji działań podmiotów wspierających w przypadku wystąpienia epidemii o zasięgu ogólnokrajowym – gdyż nie ocenił wdrożonych rozwiązań organizacyjnych pod kątem ich przydatności w zarządzaniu podobnymi sytuacjami kryzysowymi w przyszłości, zwłaszcza skuteczności ich działania na rzecz bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju;
- na wykonywanie funkcji podmiotu upoważnionego na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej przez PRM do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 – gdyż nie ocenił, w oparciu o analizę dostępnej szerokiej populacji przypadków/przykładów, efektywności ekonomicznej poszczególnych modeli działania szpitali tymczasowych, ani nie wykorzystał możliwości przeprowadzenia analizy ryzyka w zakresie dysponowania środkami przeznaczonymi na zwalczanie zagrożenia epidemicznego obejmującego teren całego kraju;
- na wykonywanie obowiązków organu sprawującego na podstawie art. 162 ust. 1 ustawy *o udzielaniu świadczeń*, nadzór nad działalnością NFZ – gdyż nie ocenił skuteczności zastosowanego mechanizmu finansowania świadczeń leczniczych realizowanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, pod kątem możliwości generowania przez ten rodzaj działań ryzyka dla ciągłości realizacji przez NFZ jego podstawowej działalności w ramach ustawy o udzielaniu świadczeń.

W tym świetle należy odrzucić argumentację przywoływaną w toku kontroli przez Ministra Zdrowia, zgodnie z którą za przeprowadzenie oceny ST odpowiedzialność mieli ponosić wojewodowie. Dysponowali oni bowiem dostępem do informacji o epidemii i o ponoszonych kosztach, ograniczonym do ich właściwości miejscowej.

W obliczu ryzyka pojawienia się w przyszłości zagrożeń podobnych do epidemii COVID-19 to Minister Zdrowia powinien przeprowadzić dogłębną, wieloaspektową analizę doświadczeń związanych z funkcjonowaniem ST w ponad dwuletnim okresie pandemii, by usystematyzować nabytą wiedzę i wykluczyć na przyszłość wykorzystywanie rozwiązań nieefektywnych z punktu widzenia organizacji polskiego systemu ochrony zdrowia i wydatkowania środków publicznych.

Ograniczenie dostępności do świadczeń leczniczych w czasie epidemii COVID-19 i nadmierna śmiertelność

Działania podejmowane przez Ministra Zdrowia dla utrzymania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej były mało skuteczne. Podmioty udzielające świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie były przygotowane do funkcjonowania w warunkach epidemii – co skutkowało długotrwałym zamknięciem tych placówek

Nieskuteczne działania MZ na rzecz utrzymania dostępności do świadczeń niezwiązanych z COVID-19

i ograniczeniem dostępu do lekarzy POZ dla pacjentów ze wszystkimi schorzeniami. W ślad za ograniczeniem liczby porad udzielanych przez POZ nastąpił spadek liczby przyjęć w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i realizacja świadczeń z zakresu opieki szpitalnej.

Epidemia nie tylko spowodowała obciążenie systemu ochrony zdrowia masowym napływem pacjentów z COVID-19, lecz spowodowała także zmniejszenie się liczby udzielanych świadczeń z zakresu POZ, AOS i opieki szpitalnej. Działania podejmowane przez Ministra dla utrzymania ciągłości udzielania wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w szczególności POZ, świadczeń opieki kardiologicznej i onkologicznej okazały się mało skuteczne.

Do ograniczenia dostępności do opieki na wszystkich poziomach przyczyniła się konieczność skupienia zasobów systemu ochrony zdrowia na walce z COVID-19, ale także wymuszone epidemią COVID-19 ograniczenie dostępu do POZ, co w dalszej kolejności spowodowało ograniczenie dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego.

Wpływ na skalę ograniczenia dostępu do świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego miało też niezapewnienie przez Ministra Zdrowia korelacji pomiędzy liczbą łóżek covidowych wyłączanych z udzielania pozostałych świadczeń, a rzeczywistym zapotrzebowaniem na łóżka covidowe, wynikającym z przebiegu epidemii, skutkujące utrzymywaniem przez długie okresy nadmiernych w stosunku do potrzeb rezerw łóżek covidowych, wyodrębnionych kosztem potencjału mogącego służyć udzielaniu świadczeń pacjentom z pozostałymi schorzeniami.

Zmniejszenie liczby udzielonych porad w rodzaju POZ było m.in. spowodowane ograniczeniem dostępu do tych placówek, które często były nieprzygotowane do działania w czasie epidemii. Spośród jednostek systemu opieki zdrowotnej nieprzewidzianych początkowo do udziału w przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się zakażeń, procedury takie opracowano i realizowano tylko w niektórych placówkach. Z informacji uzyskanych w toku kontroli od 41 przychodni i poradni lekarza POZ woj. małopolskiego wynikało, że przed wystąpieniem epidemii COVID-19 tylko połowa z nich miała opracowane procedury działania w przypadku stwierdzenia podejrzenia lub wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej²⁹⁶.

Nieprzygotowanie POZ
w 2020 r.

²⁹⁶ Ograniczenie dostępu do POZ znalazło odzwierciedlenie w tematyce skarg przyjmowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta (RPP), a wraz ze skargami dotyczącymi AOS zgłoszenia te stanowiły ponad połowę sygnałów napływających od niezadowolonych pacjentów. Zjawisko to rzutowało negatywnie na dostępność do pozostałych rodzajów świadczeń, zwłaszcza wymagających skierowania od lekarza Poz. Jak z Raportu RPP, treść skarg napływających do Rzecznika wskazywała na to, że pacjenci byli zdezorientowani i nie potrafili się odnaleźć w nowych realiach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności biorąc pod uwagę, że przychodnie POZ zwykle zapewniały największą ze wszystkich rodzajów świadczeń dostępność, do czego pacjenci byli przyzwyczajeni. Wiele obaw było związanych z faktem zamykania przychodni dla pacjentów i koniecznością rezygnacji z tradycyjnego kontaktu z lekarzem – patrz Raport Rzecznika Praw Pacjenta, Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19, s. 23–24,

Poprawa sytuacji spowodowana wprowadzeniem teleporady i ustaleniem standardu jej udzielania

Kluczowym narzędziem w walce z COVID-19 okazała się teleporada, pozwalająca na dokonanie diagnozy bez bezpośredniego kontaktu, na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta. Wprowadzenie rozporządzeniem Ministra standardu udzielania świadczeń w formie teleporad (rozporządzenie z dnia 12 sierpnia 2020 r.²⁹⁷) poprawiło sytuację i zapobiegło paraliżowi opieki zdrowotnej w czasie drugiej fali COVID-19 jesienią 2020 r., gdyż dzięki zmianom przepisów we wrześniu 2020 r. lekarze POZ uzyskali prawo do zdalnego kierowania na testy potwierdzające zakażenie SARS-CoV-2. W następnym okresie ten tryb wykorzystywany był jednak zbyt często przez podmioty lecznicze. Jeszcze w październiku 2020 r. MZ informował, że z przeprowadzonych 8400 wizytacji w przychodniach POZ około 800 zweryfikowano jako niedostępne telefonicznie a około 60 jako niedostępne ani fizycznie ani telefonicznie²⁹⁸.

Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 5 marca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej²⁹⁹ ograniczył liczbę świadczeń udzielanych określonym grupom pacjentów w trybie teleporady. Zmianę uzasadniano koniecznością zwiększenia dostępu do świadczeń realizowanych na poziomie POZ w bezpośrednim kontakcie z właściwym personelem medycznym i wskazano oczekiwany skutek w postaci ograniczenia pogorszenia stanu zdrowia ze względu na opóźnienie rozpoznania choroby lub brak właściwego postępowania diagnostyczno-leczniczego w przypadku dzieci oraz seniorów.

Na zmniejszenie dostępności do świadczeń w rodzaju AOS wpłynęły także działania Centrali NFZ, która 15 marca 2020 r. wydała zalecenie ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania niektórych świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego z zakresu m.in. AOS, badań diagnostycznych (w tym całego zakresu diagnostyki obrazowej), rehabilitacji leczniczej, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stomatologii oraz badań profilaktycznych³⁰⁰.

Podobne jak w przypadku AOS systemowe ograniczenie dostępności świadczeń wprowadzono na podstawie tego samego zalecenia Centrali NFZ z 15 marca 2020 r. także w odniesieniu do leczenia szpitalnego i objęto nim praktycznie wszystkie cele pobytów w szpitalu – diagnostykę oraz zabiegi diagnostyczne, lecznicze i operacyjne³⁰¹. Sekretarz Stanu MZ w odniesieniu do spadku liczby udzielanych świadczeń (poza związanym z COVID-19) wyjaśnił, że w zależności od sytuacji epidemiologicznej Centrala NFZ wydawała komunikaty rekomendujące: wstrzymanie przyjęć pacjentów na zabiegi operacyjne wykonywane planowo (wydany 21 marca 2020 r.)

²⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 1395, ze zm.).

²⁹⁸ RZZK z 20.10.2020 r.

²⁹⁹ Dz. U. poz. 427.

³⁰⁰ Treść zaleceń za Raportem RPP, s. 30 i dalsze oraz <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opiekizdrowotnej%2C7646.html>.

³⁰¹ Ibidem, s. 34

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

oraz ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo (wydane 14 października 2020 r. i 8 marca 2021 r.).

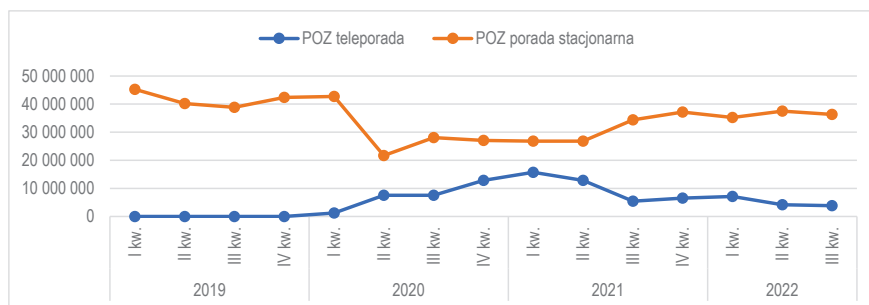
W wyniku zbiegu powyższych przyczyn, według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2020 r., w stosunku do 2019 r., liczba udzielonych świadczeń w zakresie:

- opieki kardiologicznej w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zmniejszyła się o 11,9% (z 5853,6 tys. do 5158,4 tys.), przy czym w II kwartale 2020 r. liczba takich świadczeń zmniejszyła się o 24,3%; a w rodzaju leczenie szpitalne o 22,0% (z 587,2 tys. do 458,0 tys.), przy czym w II kwartale 2020 r. spadek ten wyniósł 37,3%;
- opieki onkologicznej w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zmniejszyła się o 10,5% (z 2853,1 tys. do 2554,0 tys.), przy czym w II kwartale 2020 r. liczba takich świadczeń zmniejszyła się o 23,5%; a w rodzaju leczenie szpitalne o 10,4% (z 141,7 tys. do 127,0 tys.), przy czym w II kwartale spadła o 19,0%;
- podstawowej opieki zdrowotnej zmniejszyła się o 10,8% (z 166 726,9 tys. do 148 653,4 tys., w tym 29 102,7 tys. stanowiły teleporady), przy czym w II kwartale spadek ten wyniósł aż 27,4% (z 40 214,9 tys. do 29 187,9 tys., w tym 7500,3 tys. stanowiły teleporady). Po odliczeniu udzielonych teleporad, liczba udzielonych porad w całym 2020 r. zmniejszyła się o 28,3%, a w II kwartale 2020 r. aż o 46,1%.

Ograniczanie dostępu do świadczeń w wyniku epidemii i nieskuteczności działań MZ

Wykres nr 6

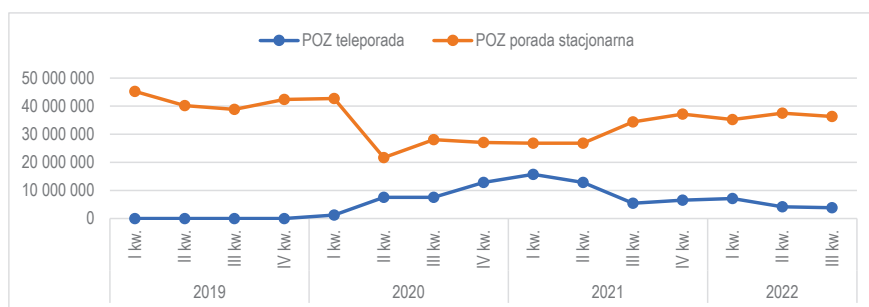
Liczba udzielonych porad przez POZ w latach 2019-2022



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych z NFZ.

Wykres nr 7

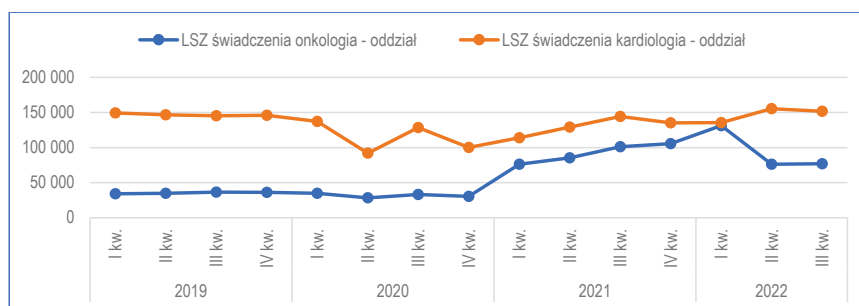
Liczba świadczeń AOS udzielonych w poradni onkologicznej i kardiologicznej w latach 2019-2022



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych z NFZ.

Wykres nr 8

Liczba świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego (LSZ) udzielonych w zakresie onkologii i kardiologii w latach 2019–2022.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych z NFZ.

W 2020 r. w stosunku do 2019 r. o 19,9 tys. (7,7%)³⁰² zmniejszyła się liczba wydawanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego³⁰³. Na poziomie POZ, AOS i leczenia szpitalnego spadek ten wynosił, odpowiednio: 10,9%, 4,8% oraz 7,7%. Największe ograniczenie liczby wydanych kart DİLO w stosunku do roku poprzedniego nastąpiło w kwietniu i maju 2020 r., tj. odpowiednio: o 38,4% i 29,9% oraz w październiku i listopadzie 2020 r., tj. odpowiednio: o 13,3% i 11,9%. W 2021 r. zmniejszenie liczby wystawionych kart DİLO miało miejsce jeszcze w styczniu i lutym, natomiast od marca do czerwca liczba ta była zbliżona lub większa niż w 2019 r.

Ograniczenie dostępu do opieki szpitalnej w wyniku przekształceń organizacyjnych wprowadzonych w odpowiedzi na epidemię COVID-19

Skutkiem licznych zmian organizacyjnych w opiece szpitalnej było także ograniczenie dostępu do niej osób ze schorzeniami innymi niż COVID-19. Proces ten rozpoczął się już w czasie tworzenia szpitali jednoimiennych w 2020 r., które jako jednostki wysokospecjalistyczne po przekształceniu musiały odwołać zaplanowane świadczenia.

Kontrolą NIK objęto cztery takie szpitale i stwierdzono, że w każdym z nich miało miejsce odwoływanie lub ograniczenie wykonywania zabiegów operacyjnych oraz nastąpił spadek badań diagnostycznych wykonywanych w laboratoriach analitycznych i w zakładach diagnostyki obrazowej o ok. 30-70%, w porównaniu z 2019 r.

Przykład

- Przekształcenie **Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. Tytusa Chałubińskiego** w szpital jednoimienno spowodowało ograniczenie wykonywania zabiegów operacyjnych i spadek liczby osób hospitalizowanych. W 2019 r. wykonano 7442 operacje, a w 2020 r. 1869, czyli o 75% mniej (o 5573 osób), a liczba osób hospitalizowanych zmniejszyła się z 28 013 w 2019 r. do 10 001 w 2020 r. tj. o 64% (o 18 012 osób). W 13 oddziałach szpitalnych odwołano w sumie 2058 zabiegów, z tego najwięcej na Oddziale Okulistyki – 1356, Oddziale Urologicznym – 190 oraz 109 koronarografii i 100 usunięcia żylaków. Nastąpił też spadek badań diagnostycznych wykonywanych w Laboratorium Analitycznym CMLD z 1 020 239 w 2019 r. do 451 388 w 2020 r. (o 44,2%) oraz badań wykonywanych w Laboratorium Mikrobiologicznym

³⁰² 258,7 tys. do 238,8 tys.

³⁰³ Dalej: Karty DİLO.

z 48 886 w 2019 r. do 20 632 w 2020 r. (o 42,2%). Spadła także liczba badań wykonanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej – z 85 581 badań w 2019 r. do 27 801 w 2020 r. (o 67% mniej).

- **W Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia w Poznaniu** w związku z wydanym poleceniem przekształcenia w jednoimienny niezwłocznie wstrzymano wszystkie planowe zabiegi oraz przyjęcia. W poszczególnych oddziałach Szpitala odwołano: przyjęcia 232 pacjentów na Oddział Urologii (z pododdziałami), z czego ok. 40 pacjentów w kierunku diagnostyki raka prostaty, a ok. 60 do leczenia kamicy nerkowej; 265 planowych zabiegów oraz 23 kolonoskopie prowadzone w warunkach szpitalnych (Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej); 481 zabiegów planowych w zakresie zespołów zwyrodnieniowych kręgosłupa, z powodu guza mózgu i tętniaków naczyń krwionośnych (Oddział Neurochirurgii); 190 badań angiograficznych tętnic wieńcowych; 37 zabiegów angioplastyki tętnic; 22 zabiegi implantacji kardiostymulatorów, 16 zabiegów implantacji kardiowerterów-defibrylatorów(...), 1400 planowanych przyjęć dotyczących m.in., indukcji lub konsolidacji leczenia immunosupresyjnego oraz celowanej immunoterapii u chorych przewlekle z aktywną fazą choroby (Oddział Reumatologii i Osteoporozy);
- **W Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu** z zaplanowanych operacji zrezygnowało 259 osób. Były to zabiegi głównie w zakresie ortopedii, chirurgii oraz położniczo-ginekologiczne. Nowe terminy zostały ustalone dla 232 osób. W 2019 r. przeprowadzono łącznie 2239 operacji, natomiast w 2020 r. liczba ta zmniejszyła się do 1779 (460 mniej niż w roku poprzednim, o 20%). Nastąpił również spadek liczby badań diagnostycznych: w 2019 r. – w ramach diagnostyki obrazowej wykonano 42 778 badań, natomiast w 2020 r. – 29 942 badania, tj. o 12 836 badań mniej (spadek o 30%); w 2019 r. – endoskopia – 2095 badań, natomiast w 2020 r. – 1327 badań, tj. o 768 mniej (spadek o 36,6%).

Utworzenie i uruchomienie ST, w tym 13 ST w obiektach wielkopowierzchniowych nie zapobiegło ograniczeniu dostępności do świadczeń leczniczych dla pozostałych pacjentów, przyczyniło się natomiast do tworzenia bez powiązania z sytuacją epidemiologiczną w kraju niewykorzystanych rezerw łóżek do których obsady angażowano także personel medyczny. Kreowanie tych rezerw nie było bez wpływu na kondycję całego systemu opieki szpitalnej, gdyż ze względu na niedobory personelu medycznego w całym systemie ochrony zdrowia odbywało się kosztem możliwości udzielania świadczeń pozostałym pacjentom i skutkowało wydatkowaniem środków publicznych na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń przez jednostki, które mogłyby zajmować się leczeniem chorób innych niż COVID-19. Nastąpił przepływ lekarzy i pielęgniarek z jednostek i oddziałów szpitalnych, których działalność ograniczono – do oddziałów covidowych i szpitali tymczasowych, które jednak także nie były w pełni wykorzystywane.

Wykazano już wyżej³⁰⁴, że przekształcenia łóżek i oddziałów szpitali stacjonarnych w covidowe nie miały w pełni racjonalnego wymiaru i prowadziły do powstawania nadmiernych rezerw niewykorzystanych łóżek covidowych w sytuacji, gdy na udzielanie pozostałych świadczeń oczekiwali

Wpływ ST na ograniczenie dostępu do pozostałych świadczeń

³⁰⁴ Do zagadnienia nadmiernych rezerw w ST odniesiono się w pkt. *Niefektywność udzielania świadczeń w ST w obiektach wielkopowierzchniowych*

pacjenci we wszystkich szpitalach. W przypadku niewykorzystania każdego łóżka szpital otrzymywał jednak opłatę za gotowość do udzielenia świadczenia i rozmiar tych opłat obrazuje skalę ograniczenia dostępu pacjentów bez COVID-19 do świadczeń innych niż związane z leczeniem COVID-19. Nie nastąpiła przy tym koncentracja udzielania świadczeń dla pacjentów z COVID-19 w szpitalach tymczasowych, czego dowodzi wysoki poziom opłat za gotowość także w tych placówkach, sięgający 40,4% z kwoty 1451,6 mln zł, jaką łącznie wydatkowano na udzielanie w nich świadczeń.

Ogółem za gotowość do udzielania świadczeń tylko w szpitalach stacjonarnych w okresie od marca 2020 r. do 31 marca 2022 r. ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 zapłacona została kwota **6 245 767,5 tys. zł**, a kwotę **2 535 034,3 tys. zł** zapłacono za udzielenie świadczeń związanych z COVID-19. Przy średniej opłacie za utrzymanie gotowości wynoszącej ok. 1,0 tys. zł za 1 łóżko szpitalne/1 dzień, dla wszystkich typów szpitali (stacjonarnych i tymczasowych) oznacza to, że łącznie z udzielania świadczeń przez jeden dzień było wyłączonych łącznie w szpitalach stacjonarnych ok. 6,4 miliona statystycznych łóżek szpitalnych.

Po przyjęciu, że przeciętny czas hospitalizacji zabiegowej w Polsce w 2020 r. wynosił 3,5 dnia, a przeciętny czas hospitalizacji zachowawczej wyniósł 5,6 dnia³⁰⁵, zasób ten teoretycznie wystarczyłby do zapewnienia miejsca hospitalizacji zabiegowej dla 1,6 mln pacjentów lub do zapewnienia miejsca hospitalizacji zachowawczej dla 1,1 mln pacjentów. Miejsca (łóżka) te jednak nie zostały do tego wykorzystane, tworząc rezerwę, za której utrzymanie trzeba było płacić, bez uzyskania ekwiwalentu w postaci świadczenia.

Nadmierna śmiertelność

Nadmierna śmiertelność

Konsekwencją m.in. ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych jest bardzo wysoka liczba tzw. nadmiernych zgonów w Polsce odnotowanych za lata epidemii COVID-19.

Nadmierna śmiertelność w populacji to różnica pomiędzy liczbą zgonów jaka wystąpiła podczas danego okresu czasu a liczbą zgonów, jakiej należałoby się spodziewać na podstawie danych z poprzednich okresów. Jest to zdaniem naukowców³⁰⁶ bardziej miarodajne narzędzie do zbadania skutków epidemii COVID-19, niż odnoszenie się wyłącznie do liczby osób zmarłych z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, ze względu na różnice w podejściu do tego zagadnienia w poszczególnych państwach.

Według danych GUS w 2020 r. odnotowano 477 tysięcy zgonów, to jest o 67,1 tys. zgonów więcej niż w 2019 r. (wzrost w skali roku o 16,0%). Ponadwymiarowe zgony wystąpiły głównie pomiędzy październikiem a grudniem tego roku, bezsprzeczna jest zatem ich korelacja z okresem epidemii COVID-19. Liczba zgonów zwiększyła się przede wszystkim u osób powyżej 60 roku życia, które stanowiły aż 94,0% nad-

³⁰⁵ Dane za: Raport dotyczący hospitalizacji jednorodnych grup pacjentów – lata 2018–2020 r. opublikowany 14 lipca 2022 r. <https://ezdrowie.gov.pl/12566>.

³⁰⁶ Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21, [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)02796-3/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)02796-3/fulltext).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wyżki liczby zgonów względem roku 2019. Liczba zgonów w 2020 r. przekroczyła o ponad 100 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 5 lat (477 tys. do 364 tys.), natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął najwyższą wartość od 1951 r.

Według danych GUS liczba zgonów w 2021 roku przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich pięciu lat (519,5 tys. do 366 tys.), natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął wartość wyższą o blisko 17% w stosunku do 2020 r.

Zauważyć należy, że 8 listopada 2020 r. incydentalny wskaźnik nadmiernej śmiertelności (dla danego tygodnia) osiągnął w Polsce 108%³⁰⁷ i był najwyższy dla Polski i sąsiadujących z nią krajów UE w czasie całej epidemii i czwarty co do wysokości w całej UE za cały okres trwania epidemii³⁰⁸.

Porównanie z sąsiadującymi krajami UE wskazuje, że zarówno dla Polski, jak i Czech, Słowacji i Litwy charakterystyczny jest wysoki przyrost zgonów w grupach wiekowych 15–64 lata i 65–74, zwłaszcza w porównaniu z danymi dotyczącymi Niemiec. Wskaźnik nadmiarowych zgonów z 8 listopada 2020 r. wynosił dla Polski w tych grupach wiekowych odpowiednio 60 i 144%, podczas gdy dla ww. krajów wyższy wskaźnik odnotowały tylko raz Czechy (grupa 15–64 – 66%, 14 marca 2021 r).

Czynnikiem, który sprzyjał wzrostowi liczby zgonów wśród osób 65+ była także wielochorobowość³⁰⁹, która dotyczy w Polsce 58% osób powyżej 65 roku życia, podczas gdy dla porównania średnia dla 34 krajów OECD wynosi 37%, a w Niderlandach 20%, na Słowacji – 22, a w Portugalii – 27%³¹⁰.

³⁰⁷ <https://ourworldindata.org/grapher/excess-mortality-p-scores-projected-baseline?facet=entity&country=POL~CZE~SVK~LTU~DEU> – odczyt 11.07.2023 r.

³⁰⁸ Dane za <https://ourworldindata.org/grapher/excess-mortality-p-scores-projected-baseline?facet=entity&country=POL~CZE~SVK~LTU~DEU~ESP~ROU~BGR> – odczyt 11.07.2023 r.

³⁰⁹ Zjawisko polegające na jednoczesnym występowaniu u pacjenta więcej niż dwóch chorób przewlekłych.

³¹⁰ Health at a Glance. Europe 2020, State of Health in the EU Cycle (Raport OECD za 2020 r., str. 133, wykres 3.23.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli Głównym celem kontroli nr P/20/062 było zbadanie i dokonanie oceny czy odpowiedzialne organy państwa, instytucje i służby są przygotowane do działania w sytuacji stwierdzenia przypadków wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Celem kontroli R/20/001/LKA była ocena przygotowania ochrony zdrowia do działania w sytuacji stwierdzenia przypadków wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Natomiast celem głównym kontroli D/21/505 była ocena celowości, gospodarności i efektywności rozwiązania polegającego na utworzeniu szpitali tymczasowych do walki z COVID-19.

Cele szczegółowe Zakres badań kontrolnych wyznaczały następujące cele szczegółowe:

Kontrola P/20/062

- 1) Czy organy i instytucje państwa, podmioty lecznicze i służby przygotowały się do działania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych?
- 2) Czy działania podjęte przez organy i instytucje państwa, podmioty lecznicze i służby, w związku z epidemią COVID-19 uwzględniały, wynikającą z liczby osób zakażonych i chorych skalę zadań, jakie przy ich użyciu miały być wykonane na danym etapie zwalczania pandemii?

Kontrola R/20/001/LKA

- 1) Ocena prawidłowości działań, podjętych przez organy państwa na rzecz ochrony zdrowia publicznego przed chorobami szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi.
- 2) Ocena działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych podejmowanych przez kierowników podmiotów leczniczych, portów lotniczych i jednostki ratownictwa medycznego.

Kontrola D/21/505

- 1) Czy utworzenie szpitali tymczasowych zostało przeprowadzone prawidłowo?
- 2) Czy działania związane z organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych były prawidłowe?
- 3) Czy szpitale tymczasowe były efektywnym narzędziem w walce z COVID-19?
- 4) Czy finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 nie zostało prawidłowo przygotowane i jest realizowane z zachowaniem zasad legalności, gospodarności, celowości oraz rzetelności?

Zakres podmiotowy Kontrolą nr P/20/062 – *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych* objęto łącznie 32 jednostki, w tym: Kancelarię Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny, Ministerstwo Aktywów Państwowych, Ministerstwo Klimatu i Środowiska, Rządową Agencję Rezerw Strategicznych, Wyższy Urząd Górniczy, cztery urzędy wojewódzkie (śląski, wielkopolski, podkar-

packi, mazowiecki), 12 Stacji Sanitarnych (WSSE w Katowicach, Rzeszowie i Warszawie; PSSE w Tychach, Raciborzu, Kaliszu, Poznaniu, Jarosławiu, Łańcucie, Warszawie, Radomiu; GSSE w Warszawie), osiem podmiotów medycznych (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Megrez sp. z o.o., SP ZOZ MSWiA im. sierżanta G. Załogi w Katowicach, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym SPZOZ z siedzibą w Poznaniu, Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o., Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Radomski Szpital Specjalistyczny w Radomiu.

W ramach kontroli rozpoznawczej R/20/001/LKA *Przygotowanie systemu ochrony zdrowia do działania w sytuacji stwierdzenia wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych* kontrolą objęto siedem jednostek w województwie małopolskim tj.: Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ZOZ w Wadowicach, Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, Port Lotniczy Kraków-Balice, Wojewódzką i Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną oraz Małopolski Urząd Wojewódzki.

Kontrolą D/21/505 *Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19* objęto 12 podmiotów, w tym Kancelarię Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Aktywów Państwowych, Centralę NFZ, trzy urzędy wojewódzkie (dolnośląski, śląski, mazowiecki), cztery podmioty lecznicze (SP ZOZ im. sierżanta G. Załogi w Katowicach, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Szpital Solec sp. z o.o., Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu) oraz jedną spółkę z udziałem Skarbu Państwa (PL.2012+ sp. z o.o.).

Kontrole przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK: w Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Aktywów Państwowych, Ministerstwie Klimatu, Agencji Rezerw Materiałowych, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i w Centrali NFZ, u Głównego Inspektora Sanitarnego, w Wyższym Urzędzie Górniczym, urzędach wojewódzkich i stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz na podstawie art. 2 ust. 1, 2 lub 3 ustawy o NIK w szpitalach, w zależności od podmiotu tworzącego.

Kryteria kontroli

Działalność skontrolowanych podmiotów oceniono odpowiednio według kryteriów określonych w art. 5 ust. 1, 2 i 3 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą P/20/062 objęto lata 2019–2021, do dnia zakończenia kontroli z możliwością wykorzystania dowodów, w tym danych elektronicznych, istniejących przed lub po tym okresie. W kontroli rozpoznawczej kontrolą objęto lata 2018–2020 do 20 marca. W kontroli D/21/505 objęto okres od października 2020 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych. Badania kontrolne obejmowały również działania i zdarzenia zaistniałe przed 1 października 2020 r., w przypadkach gdy miały wpływ na działalność objętą kontrolą.

**Działania na podstawie
art. 29 ustawy o NIK**

W trakcie kontroli w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK zasię-
gano informacje od różnych podmiotów, m.in.: od Ministra Zdrowia, Naro-
dowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny
– Państwowego Instytutu Badawczego, Agencji Rezerw Materiałowych,
Komendy Głównej Straży Granicznej, konsultantów krajowych i wojewódz-
kich w dziedzinach: chorób zakaźnych, epidemiologii, medycyny ratun-
kowej, medycyny lotniczej, medycyny morskiej i tropikalnej. Zasięgano
również informacji w Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Central-
nej Bazie Rezerw Sanitarно-Przeciwepidemicznych, Komendzie Głównej
Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Polskiej Agencji Żeglugi Powietrznej,
Urzędzie Lotnictwa Cywilnego, Narodowym Funduszu Zdrowia, u Woje-
wody Śląskiego i Podkarpackiego. Ponadto informacje pobrano od jedno-
stek świadczących transport oraz leczenie osób podejrzanych o zakażenie
koronawirusem, firm dystrybuujących sprzęt medyczny, Generalnej Dyrek-
cji Lasów Państwowych oraz regionalnych dyrekcji lasów państwowych,
Związku Miast Polskich, Zespołu Interdyscyplinarnego Centrum Modelo-
wania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego,
Agencji Rozwoju Przemysłu.

**Udział innych organów
kontroli na podstawie
art. 12 ustawy o NIK**

W kontroli nr P/20/062, na podstawie art. 12 ustawy o NIK, wzięły udział
organy nadzoru górniczego (Dyrektor Okręgowego Urzędu Górniczego
w Rybniku oraz Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Katowic-
ach), które na zlecenie NIK przeprowadziły kontrole w Jastrzębskiej
Spółce Węglowej S.A. w Zakładzie KWK „Borynia-Zofiówka” Ruch Zofiówka
oraz w Polskiej Grupie Górniczej S.A. Oddział KWK Staszic-Wujek Ruch
Murcki-Staszic. Kontrola objęła wdrożenie przez Kierowników Ruchu
Zakładów Górniczych zasad bezpieczeństwa, opracowanych przez Nadzwy-
czajny Zespół do spraw zagrożeń w podziemnych zakładach górniczych
w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

W ramach kontroli nr D/21/505 i nr R/20/001/LKA nie przewidziano
udziału innych organów kontroli.

**Zastrzeżenia
do wystąpień
pokontrolnych**

Wyniki kontroli P/20/062 oraz R/20/001/LKA przedstawiono w 39 wystą-
pieniach pokontrolnych (32 w kontroli planowej oraz siedem w kontroli
rozpoznawczej). W ramach kontroli P/20/062 kierownicy dziewięciu kon-
trolowanych jednostek złożyli łącznie 59 zastrzeżenia. W procedurze roz-
patrywania 36 z nich kolegium NIK uwzględniło w całości 12 zastrzeżeń,
w części pięć zastrzeżenia, a oddaliło 19 zastrzeżeń. Natomiast komisje roz-
strzygające uwzględniły w całości osiem zastrzeżeń, jedenaście zastrzeżeń
uwzględniły w części i cztery oddaliło. W jednym przypadku zastrzeżenia
wpłynęły po ustawowym terminie. W ramach kontroli R/20/001/LKA kie-
rownicy jednostek kontrolowanych nie zgłosili zastrzeżeń do treści wystą-
pień pokontrolnych.

Wyniki kontroli nr D/21/505 przedstawiono w 12 wystąpieniach pokon-
trolnych, z czego do czterech kierownicy kontrolowanych jednostek złożyli
łącznie 58 zastrzeżeń. W procedurze rozpatrywania 25 z nich kolegium
NIK uwzględniło w części trzy zastrzeżenia, a oddaliło 22 zastrzeżenia.

ZAŁĄCZNIKI

Natomiast komisje rozstrzygające uwzględniły w całości pięć zastrzeżeń, 12 zastrzeżeń uwzględniły w części i 16 oddaliło. W dwóch przypadkach zastrzeżenia zostały założone przez osobę nieuprawnioną.

Z udzielonych informacji o sposobie realizacji wniosków pokontrolnych i wykorzystania uwag wynika, że według stanu na dzień 29 maja 2023 r. w ramach kontroli:

- P/20/062 sformułowano 39 wniosków pokontrolnych, z tego 15 wniosków (38,5%) zrealizowano, 23 (59,0%) są w trakcie realizacji, a jeden wniosek (2,6%) nie został zrealizowany;
- R/20/001/LKA sformułowano trzy wnioski pokontrolne, z tego dwa wnioski zrealizowano (66,7%), a jeden wniosek (33,3%) jest w trakcie realizacji;
- D/21/505 sformułowano 11 wniosków pokontrolnych, z tego dwa wnioski (18,2%) zrealizowano, siedem (63,6,0%) jest w trakcie realizacji, a dwa wnioski (18,2%) nie zostały zrealizowane.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

W ramach kontroli P/20/062 w czterech skontrolowanych jednostkach odnotowano skutki finansowe kontroli w kwocie **83 830,5 tys. zł**, w tym 82 458,4 tys. zł stanowią kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, a 1 372,1 tys. zł stanowi uszczuplenie środków lub aktywów oraz korzyści finansowe w kwocie **1285,6 tys. zł**.

Efekty finansowe kontroli

W ramach kontroli D/21/505 w siedmiu skontrolowanych jednostkach odnotowano skutki finansowe lub sprawozdawcze kontroli w kwocie **678 823,3 tys. zł**, w tym: 666 000,0 tys. zł stanowią kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, 11 848,9 tys. zł stanowią kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, a 974,4 tys. zł stanowią kwoty nienależnie uzyskane oraz korzyści finansowe w kwocie **939,5 tys. zł**.

Kontrole nr P/20/062, R/20/001/LKA oraz D/21/505 zostały podjęte z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli.

Pozostałe informacje

Kontrola rozpoznawcza R/20/001/LKA prowadzona była przez Delegaturę w Katowicach w okresie od 3 lutego 2020 r. do 21 września 2020 r.

Kontrola P/20/062 była prowadzona w okresie od 2 grudnia 2020 r. do 15 października 2021 r. przez cztery delegatury: Delegaturę w Katowicach, Delegaturę w Warszawie, Delegaturę w Poznaniu oraz Delegaturę w Rzeszowie.

Kontrola D/21/505 była prowadzona w okresie od 9 września 2021 r. do 6 grudnia 2022 r. przez Delegaturę w Katowicach, Delegaturę w Warszawie i Delegaturę we Wrocławiu.

Do 29 maja 2023 r. w wyniku kontroli P/20/062 przekazano do prokuratury cztery zawiadomienia o możliwości popełniani przestępstwa, a w wyniku kontroli D/21/505 dwa zawiadomienia. W związku z kontrolą R/20/001/LKA nie sformułowano takich zawiadomień.

ZAŁĄCZNIKI

Wykaz jednostek kontrolowanych³¹¹

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
Kontrola P/20/062			
1.	Delegatura w Katowicach	Kancelaria Premiera Rady Ministrów	Mateusz Morawiecki Prezes Rady Ministrów
2.		Ministerstwo Zdrowia	Adam Niedzielski Minister Zdrowia
3.		Ministerstwo Aktywów Państwowych	Jacek Sasin Minister Aktywów Państwowych
4.		Ministerstwo Klimatu i Środowiska	Michał Kurtyka Minister Klimatu i Środowiska
5.		Główny Inspektor Sanitarny	Główny Inspektor Sanitarny wz. Krzysztof Saczka Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego
6.		Agencja Rezerw Materiałowych	Michał Kuczmierowski Prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych
7.		Wyższy Urząd Górniczy	Adam Mirek Prezes Wyższego Urzędu Górniczego
8.		Śląski Urząd Wojewódzki	Jarosław Wieczorek Wojewoda Śląski
9.		Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna	Grzegorz Hudzik Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
10.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Tychach	Grzegorz Gołdynia Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Tychach
11.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Raciborzu	Karina Talabska Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Raciborzu
12.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Megrez sp. z o.o	Mariola Szulc Prezes Zarządu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Megrez sp. z o.o.
13.		Szpital Rejonowy im. dr. J. Rostka Raciborzu	Ryszard Rudnik Dyrektor Szpitala Rejonowego im. dr. J. Rostka w Raciborzu
14.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. sierżanta Grzegorza Załogi	Piotr Grażda Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. sierżanta Grzegorza Załogi

³¹¹ W brzmieniu pisma okólnego nr 1/2019 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 19 lutego 2019 r. zmieniającego pismo okólnie w sprawie wzoru informacji o wynikach kontroli.

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
Kontrola P/20/062			
15.	Delegatura w Poznaniu	Wielkopolski Urząd Wojewódzki	Michał Zieliński Wojewoda Wielkopolski
16.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kaliszu	Marek Stodolny Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kaliszu
17.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu	Anna Pawłowska Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu
18.		Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SPZOZ z siedzibą w Poznaniu	Bartłomiej Gruszka Dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SPZOZ z siedzibą w Poznaniu
19.		Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza	Sławomir M. Wysocki Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza
20.	Delegatura w Rzeszowie	Podkarpacki Urząd Wojewódzki	Ewa Leniart Wojewoda Podkarpacki
21.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Jarosławiu	Jadwiga Marycka-Legeny Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Jarosławiu
22.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łańcucie	Anna Skóra Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Łańcucie
23.		Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	Piotr Pochopień Dyrektor Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu
24.		Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o. w Łańcucie	Łukasz Wais Prezes Zarządu Centrum Medycznego w Łańcucie Sp. z o.o. w Łańcucie
25.		Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rzeszowie	Adam Sidor Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
Kontrola P/20/062			
26.	Delegatura w Warszawie	Mazowiecki Urząd Wojewódzki	Konstanty Radziwiłł Wojewoda Mazowiecki
27.		Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie	Przemysław Rzodkiewicz Mazowiecki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
28.		Graniczna Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie	Justyna Kowalczyk Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny w Warszawie
29.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w m. st. Warszawie	Jadwiga Mędelewska Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m st. Warszawie
30.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Radomiu	Lucyna Wiśniewska Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Radomiu
31.		Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	Waldemar Wierzbę Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
32.		Radomski Szpital Specjalistyczny w Radomiu	Marek Pacyna Dyrektor Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
Kontrola P/20/062			
1.	Delegatura w Katowicach	Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Łukasz Kmita Wojewoda Małopolski
2.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie	Adam Jędrzejczyk Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie
3.		Krakowskie Pogotowie Ratunkowe w Krakowie	Małgorzata Popławska Dyrektor Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego w Krakowie
4.		Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie	Jarosław Foremny Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie
5.		Międzynarodowy Port Lotniczy im. Jana Pawła II Kraków-Balice sp. z o. o.	Radosław Włoszek Prezes Zarządu Międzynarodowego Portu Lotniczego im. Jana Pawła II Kraków-Balice sp. z o. o.
6.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	Barbara Bulanowska Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach
7.		Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Marcin Jędrzychowski Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kontrola P/20/062			
1.	Delegatura w Katowicach	Kancelaria Premiera Rady Ministrów	Mateusz Morawiecki Prezes Rady Ministrów
2.		Ministerstwo Zdrowia	Adam Niedzielski Minister Zdrowia
3.		Ministerstwo Aktywów Państwowych	Jacek Sasin Minister Aktywów Państwowych
4.		Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	Filip Nowak Prezes NFZ
5.		Śląski Urząd Wojewódzki	Jarosław Wieczorek Wojewoda Śląski
6.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. sierżanta Grzegorza Załogi	Piotr Grażdą Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. sierżanta Grzegorza Załogi

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
Kontrola P/20/062			
7.	Delegatura w Warszawie	Spółka PL.2012+ sp. z o.o.	Włodzimierz Dola Prezes Spółki
8.		Mazowiecki Urząd Wojewódzki	Konstanty Radziwiłł Wojewoda Mazowiecki
9.		Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	Waldemar Wierzbą Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
10.		Szpital Solec sp. z o.o.	Artur Krawczyk Prezes Zarządu
11.	Delegatura we Wrocławiu	Dolnośląski Urząd Wojewódzki	Jarosław Obremski Wojewoda Dolnośląski
12.		Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	Jakub Berezowski Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek³¹²

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
Kontrola P/20/062				
1.	Kancelaria Premiera Rady Ministrów	W formie opisowej	Utworzenie i funkcjonowanie mechanizmu pozwalającego na rzetelne rozpoznawanie zagrożeń epidemicznych i bieżące ich monitorowanie.	Nabywanie respiratorów przez KPRM, z upoważnienia PRM, z naruszeniem art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ufp.
2.	Ministerstwo Zdrowia	W formie opisowej	Opracowanie planów i procedur umożliwiających prowadzenie działań w sytuacji zagrożenia epidemicznego związanego z wystąpieniem chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, a w szczególności, z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.	Opracowane plany i procedury – niewystarczające w przypadku skali zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Nierzetelny nadzór Ministra nad opracowywaniem przez GIS rozporządzenia w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia(...). Od 25 lutego 2020 r. do 4 września 2020 r. MZ brak posiedzeń Zespołu Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia. Działania tzw. sztabu kryzysowego nie były rzetelnie dokumentowane, Strategia z 3 września 2020 r., została opracowana nierzetelnie. Mało skuteczne działania Ministra dla utrzymania ciągłości udzielania wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Respiratory JIXI-H-100a, MTV 1000 oraz Draeger Savina 300 Classic zostały nabyte przez Ministerstwo, z naruszeniem zasady określonej w art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ufp. Brak pisemnej umowy z dostawcą respiratorów JIXI-H-100a.
3.	Ministerstwo Aktywów Państwowych	W formie opisowej	Nadzór nad realizacją Rządowego Planu Rezerw Strategicznych na lata 2017–2021 (przed epidemią).	Brak działań celem zwiększenia stanu rezerw medycznych niezbędnych dla przeciwdziałania zagrożeniu dla zdrowia publicznego, pomimo posiadanych informacji o koronawirusie SARS-CoV-2. Pierwsza decyzja o utworzeniu rezerw nieobjętych Rządowym Programem Rezerw Strategicznych 4 marca 2020.
4.	Ministerstwo Klimatu i Środowiska	Pozytywna	Prawidłowa realizacja zadań służących tworzeniu, utrzymaniu i udostępnianiu rezerw strategicznych.	
5.	Główny Inspektor Sanitarny	W formie opisowej	Wydawanie opinii i opracowywanie wytycznych służących przeciwdziałaniu epidemii COVID-19 Prowadzenie konsultacji z ekspertami z różnych dziedzin.	Brak przygotowania w terminie przepisów rozporządzenia w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia (...). Niedostateczna ocena prawdopodobieństwa pojawienia się w Polsce na szeroką skalę zachorowań na COVID-19. Nierzetelne weryfikowanie i przekazywanie opinii publicznej danych dotyczących epidemii COVID-19 na terenie Polski do 23 listopada 2020 r. Zaniechanie zlecenia organom PIS przeprowadzania na lotniskach testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 u osób powracających transportem lotniczym z Wielkiej Brytanii w dniu 21 grudnia 2020 r. Brak rejestracji przebiegu konsultacji przy opracowaniu wytycznych.
6.	Agencja Rezerw Materiałowych	W formie opisowej	Wyniki kontroli zastrzeżone	
7.	Wyższy Urząd Górniczy	Pozytywna	Prawidłowe zalecenia dotyczące postępowania przedsiębiorców górniczych w związku z zagrożeniem epidemicznym.	

³¹² W brzmieniu pisma okólnego nr 1/2019 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 19 lutego 2019 r. zmieniającego pismo okólnie w sprawie wzoru informacji o wynikach kontroli.

*) pozytywna/negatywna/w formie opisowej

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
Kontrola D/21/505				
1.	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów	W formie opisowej	<p>Prezes RM koordynując pracę członków Rady Ministrów i biorąc udział w tworzeniu ST, przyczynił się do zabezpieczenia w Polsce wystarczającej liczby hospitalizacji dla pacjentów z COVID-19. Rozliczenie wydatków poniesionych przez spółkę w związku z utworzeniem ST w Siedlcach z Bankiem Gospodarstwa Krajowego zostało przeprowadzone prawidłowo. PRM zapewnił finansowanie procesu tworzenia, organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych ze środków z Funduszu, którego jest dysponentem, na podstawie przepisów art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej. W KPRM prowadzono szczegółową weryfikację wydatków ponoszonych na funkcjonowanie szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym pod kątem ich zgodności z postanowieniami umowy zawartej z PL-2012+ i wprowadzonych do niej aneksów.</p>	<p>PRM nie wyegzekwował od MZ, MON i MAP wykonania decyzji wydanej 4 kwietnia 2020 r. przez RZZK, dotyczącej opracowania planu budowy ST w Polsce. Nie przeprowadzono analiz w tym obszarze i nie oszacowano też kosztów tworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych. Wszystkie dwanaście decyzji PRM w sprawie utworzenia i organizacji ST, opartych na art. 11h ust. 3 i 4 specustawy zostało wydanych z naruszeniem przepisów k.p.a. Przed wydaniem przez PRM tych decyzji nie zostały oszacowane koszty utworzenia żadnego ze szpitali i nie zapewniono, by ich lokalizacja była powiązana z zapotrzebowaniem na łóżka dla pacjentów z COVID-19, wynikającym z sytuacji epidemiologicznej. Decyzja o utworzeniu szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym w Warszawie skutkowała nieefektywnym wydatkowaniem środków publicznych, pochodzących z Funduszu, na utworzenie i funkcjonowanie ST oraz punktów szczepień w tej lokalizacji, w kwocie 72 030,7 tys. zł. PRM nie ustanowił skutecznych i adekwatnych mechanizmów zarządzania w zakresie planowania i monitorowania oraz rozliczania wydatków ponoszonych ze środków Funduszu, ani też nie zapewnił przeprowadzenia systemowej oceny działań podjętych w latach 2020–2022 w związku z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST, pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej. Szef KPRM zawarł umowy z BGK i spółka PL-2012+ sp. z o. o. już po przeprowadzeniu adaptacji obiektów i przyjęciu przez szpitale pierwszych pacjentów, co spowodowało, że postanowienia umowne ustanawiające mechanizmy zabezpieczające interesy Skarbu Państwa, służące zapewnieniu celowości i gospodarności wydatków ponoszonych przez spółki, nie obowiązywały w czasie realizacji prac związanych z tworzeniem szpitali. Minister w wyniku takich działań pozbawił się także prawnych możliwości bieżącego dokonywania oceny celowości i oszczędności wydatków dokonywanych przez spółki pod kątem przestrzegania przez nie zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Proces wzajemnych rozliczeń stron umowy po likwidacji szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym nie został do dnia zakończenia kontroli sfinalizowany, pomimo tego, że od uchylecia decyzji PRM o jego utworzeniu upłynęło już ponad 6 miesięcy</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
2.	Ministerstwo Zdrowia	Negatywna		<p>I. Minister nie przygotował planu budowy ST pomimo tego, że decyzję w tej sprawie podjął RZZK. Wobec nieprzygotowania przedmiotowego planu do tworzenia ST przystąpiono bez planu i pod presją wzrastającej liczby zakażeń i hospitalizacji spowodowanych przez epidemię COVID-19.</p> <p>II. Przed przystąpieniem do tworzenia ST Minister nie wprowadził do przepisów powszechnie obowiązujących zmian, dających podstawę do udzielania świadczeń leczniczych w miejscach niewykorzystywanych uprzednio do tego celu.</p> <p>Przed przystąpieniem do tworzenia ST Minister nie zatwierdził także i nie przekazał do stosowania jako obowiązujących wytycznych i procedur tworzenia ST.</p> <p>III. Minister nierzetelnie wykonywał zadania podmiotu upoważnionego przez PRM do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu i przed przystąpieniem do tworzenia ST nie ustanowił adekwatnych, skutecznych i efektywnych narzędzi służących zarządzaniu wykorzystaniem środków publicznych przekazywanych na podstawie jego dyspozycji na pokrycie kosztów tworzenia, organizacji, funkcjonowania i likwidacji ST.</p> <p>Nie dysponował też kalkulacją kosztów związanych z ich organizacją i funkcjonowaniem, która mogłaby być wykorzystana jako narzędzie do monitorowania i kontrolowania wydatków ponoszonych na te cele, a także, przed przystąpieniem do tworzenia ST nie opracował i nie zatwierdził spójnych, jednolitych i adekwatnych procedur zarządzania, zapewniających gospodarne i celowe wykorzystywanie środków publicznych Funduszu na tworzenie i funkcjonowanie ST.</p> <p>Do tworzenia ST przystąpiono też, gdy nie był oszacowany koszt udziału w nich świadczeń leczniczych.</p> <p>IV. MZ wydał 26 decyzji administracyjnych w sprawie tworzenia ST bez przeprowadzenia postępowania administracyjnego, wymaganego przez przepisy art. 11h ust. 2 i 4 specustawy w związku z art. 104 k.p.a.</p> <p>V. Minister, wypełniając dyspozycję zawartą w art. 12 uoak, wykonywał w sposób nierzetelny zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju. Minister nie zapewnił koordynacji działań wojewodów przy tworzeniu ST, finansowanych na podstawie składanych przez niego dyspozycji wypłaty środków z Funduszu, przy doborze lokalizacji, określeniu skali potrzeb i wielkości tworzonych szpitali, czego wynikiem było wydatkowanie w sposób niecelowy, bez zachowania zasady doboru optymalnych metod i środków służących osiągnięciu założonych celów i bez zachowania zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, kwoty 417 715,3 tys. zł na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację dziesięciu ST w zaadaptowanych obiektach wielkopowierzchniowych.</p> <p>VI. Minister wykonywał w sposób nierzetelny zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i nie spowodował bieżącego powiązania i dostosowywania liczby łóżek covidowych w ST działających w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych do potrzeb wynikających z sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju.</p> <p>VII. Minister nierzetelnie realizował obowiązki podmiotu upoważnionego do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu i nie wprowadził skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem i monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków z Funduszu, służących zapewnieniu ciągłości finansowania kosztów udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 przez podmioty lecznicze.</p> <p>VIII. MZ nierzetelnie wykonywał obowiązki Ministra kierującego działem i kierownika jednostki, odpowiedzialnych z mocy art. 69 ust. 1 pkt 1 i 3 upf za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej, którym kieruje i w kierowanym przez siebie Ministerstwie, ponieważ nie przeprowadził ewaluacji działań podjętych w związku z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych, ani w trakcie epidemii, ani po podjęciu decyzji o likwidacji szpitali tymczasowych 31 marca 2022 r.</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*) W formie opisowej	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
3.	Ministerstwo Aktywów Państwowych	Działania Ministra przyczyniły się do utworzenia dziesięciu szpitali tymczasowych przeznaczonych dla pacjentów chorych na COVID-19 wymagających hospitalizacji. Wykonując obowiązek określony w art. 11h ust. 7 pkt 1 specustawy, Minister zawarł jedenaście umów ze spółkami, z czego dziesięć umów dotyczyło finansowania tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, a jedna umowa dotyczyła rozliczenia kosztów poniesionych na projekt koncepcyjny przebudowy hali Tauron Arena w Krakowie.	Umowy ze spółkami, dotyczące tworzenia 10 szpitali tymczasowych zostały zawarte po upływie od 63 do 525 dni od daty wydania przez PRM decyzji dotyczących tworzenia ST. We wszystkich umowach dotyczących tworzenia ST nie ujęto postanowień dotyczących kar umownych oraz zapisów ustalających termin przekazania przez spółki do MAP kompletu dokumentacji niezbędnej do dokonania ostatecznego ich rozliczenia, natomiast w sześciu umowach nie ustanowiono terminu, do jakiego należy przywrócić obiekty ST do ich pierwotnej funkcji. W jednym przypadku postanowienia umowy zawartej przez Ministra były niezgodne z decyzją PRM, gdyż skutkowały wstrzymaniem tworzenia ST i uzależniały dokończenie prac adaptacyjnych od decyzji organu innego niż PRM. W rezultacie wstrzymania prac, choć szpital nie powstał poniesiono koszty w wysokości 2 099,9 tys. zł, głównie na opłaty czynszowe i eksploatacyjne za udostępnienie hali sportowej, w której po adaptacji miały być, zgodnie z poleceniem PRM, udzielane świadczenia lecznicze. NIK ocenia, że pokrycie ze środków Funduszu kosztów, które nie przyczyniły się do realizację celu w jakim ten Fundusz został założony, było działaniem niegospodarnym. MAP wnioskował o środki z Funduszu do PRM w kwotach wynikających ze składanych przez spółki dokumentów, potwierdzających poniesione koszty, za wyjątkiem jednego przypadku, gdy Minister wnioskował do Prezesa RM o przekazanie kwoty wyższej o 1012,5 tys. zł, niż wynikało to z zapotrzebowania opartego na dowodach księgowych przedstawionych w rozliczeniach przez spółkę, co wskazuje na nieskuteczne działanie systemu zarządzania procesem gospodarowania środkami Funduszu przez MAP.	
4.	Centrala NFZ	Pozytywna	NFZ realizował obowiązki i zadania z zakresu finansowania oraz sprawozdawczości udzielonych przez podmioty lecznicze świadczeń opieki zdrowotnej związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Prezes NFZ wprowadził tzw. produkty rozliczeniowe dla szpitali tymczasowych, a także terminowo przekazywał MZ sprawozdania dotyczące rozliczonych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.	

Poza ocenami sformułowanymi w wyniku kontroli przeprowadzonych w ujętych w powyższym wykazie podmiotach, w przypadku kontroli P/20/062, R/20/001, D/21/505 sformułowano łącznie 40 ocen w formie opisowej, z tego 25 ocen w ramach kontroli P/20/062, siedem w ramach kontroli R/20/001 oraz osiem kontroli D/21/505.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

I. [Specustawa] Na podstawie art. 10, 10a i 11h specustawy organy administracji rządowej otrzymały uprawnienia, nieprzewidziane wcześniej w ustawie o stanie klęski żywiołowej, które objęły wydawanie poleceń nakładających obowiązki w praktyce na wszystkie podmioty, w tym na jednostki samorządu terytorialnego i prywatnych przedsiębiorców.

Analiza stanu prawnego

W art. 10 ust. 1, 2, 3 i 6 specustawy sformułowano uprawnienie dla Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia do władczego nakładania na jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty obowiązku wykonania zadań innych niż zlecone na podstawie ustawy lub przekazane na podstawie porozumienia, w sposób niepodlegający kontroli sądowej lub administracyjnej. W tym samym art. 10 w ust. 2 i 3 zawarto przepisy uprawniające Ministra Zdrowia do ingerencji w funkcjonowanie prywatnych przedsiębiorców.

Art. 10a specustawy przyznawał Ministrowi Zdrowia prawo do podejmowania innych niż wynikające z art. 10 tej ustawy działań – w jeszcze większym zakresie rozszerzając sferę jego kompetencji. Nie został przy tym określony charakter tych działań, a zatem przyjęto domniemanie, że mogą one dotyczyć każdego podmiotu i osoby. Wprowadzono przy tym niedookreślony wymóg, by działania te były związane z przeciwdziałaniem COVID-19.

Art. 11h specustawy, wprowadzony do jej treści z dniem 9 października 2020 r. przez ustawę z 7 października 2020 r. zmieniającą specustawę, przewiduje możliwość wydawania obowiązujących poleceń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 przez wojewodów, Ministra Zdrowia i Prezesa Rady Ministrów w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu. Każdy z tych organów uprawniony został do wydawania wspomnianych poleceń w odniesieniu do różnych grup adresatów.

Część treści art. 11h odnosi się do szeroko pojętej sfery administracji (w tym administracji jednostek samorządu terytorialnego), podczas gdy druga część opisuje uprawnienia organów administracji do wydawania wiążących poleceń podmiotom spoza sfery administracji publicznej (przedsiębiorcom).

II. [Zarządzanie kryzysowe] Działania związane z zagrożeniem związanym z pojawieniem się na terenie Polski osób potencjalnie zakażonych chorobami szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi ujęto w planach zarządzania kryzysowego: *KPZK (plan krajowy)*, *Ministra Zdrowia* oraz *Głównego Inspektora Sanitarnego*. Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego (KPZK) zbudowany jest z modułów zadaniowych opisujących czynności do podjęcia w przypadku różnych zagrożeń, ujętych w dwóch częściach – A i B. Część A dotyczy działań na rzecz minimalizacji ryzyka wystąpienia sytuacji kryzysowej, natomiast część B – określa działania administracji po wystąpieniu kryzysu. Jednym z zagrożeń ujętych w KPZK jest epidemia. Za koordynację działań w przypadku *epidemii* odpowiada *Minister Zdrowia*, jako podmiot wiodący. Dla Ministra Zdrowia w KPZK opracowano

moduły zadaniowe w Części A dotyczącej zapobiegania i przygotowania oraz w Części B dotyczącej monitorowania, koordynacji i kierowania działaniami w sytuacji kryzysowej oraz zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju. W poszczególnych fazach określono zadania każdego uczestniczącego w procesie podmiotu. Minister Zdrowia, w fazie zapobiegania (Część A) powinien dokonywać przeglądu i aktualizacji przepisów dotyczących zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zlecać w drodze umowy stałe monitorowanie i analizę sytuacji epidemiologicznej, utworzyć krajowy punkt kontaktowy wspólnotowego systemu ostrzegania i reagowania dla zapobiegania i kontroli zakażeń oraz chorób zakaźnych, zabezpieczyć dostępność wolnych łóżek w szpitalach, dostępność produktów leczniczych i wyrobów medycznych, Minister Zdrowia, w fazie przygotowania może także zlecać utrzymywanie gotowości do całodobowego świadczenia usług zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych, może nakazać przechowywanie zapasów produktów leczniczych i środków ochrony osobistej oraz zapewnienie transportu sanitarnego z uwzględnieniem transportu chorych na choroby zakaźne. Natomiast w Części B, dotyczącej procedur reagowania kryzysowego, jako zadanie ministra właściwego do spraw zdrowia, zapisano zapewnienie bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego. Stanowi to np. prowadzenie nadzoru nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, zapewnienie osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej, koordynacja dostępności i bezpieczeństwa produktów leczniczych oraz monitoring wolnych łóżek w szpitalach, zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju.

Zgodnie z art. 2 uozk zarządzanie kryzysowe to działalność organów administracji publicznej będąca elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym, która polega na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania nad nimi kontroli w drodze zaplanowanych działań, reagowaniu w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej. Jednym z zadań zarządzania kryzysowego jest opracowanie planów zarządzania kryzysowego. Plany zarządzania kryzysowego podlegają systematycznej aktualizacji, a cykl planowania nie może być dłuższy niż dwa lata. Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy uozk, zarządzanie kryzysowe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej sprawuje Rada Ministrów.

III. [Choroby zakaźne] W części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu³¹³ wymieniono następujące choroby zakaźne: błonica; bruceloza; cholera lub zakażenie toksynotwórczym szczepem *Vibrio cholerae*; choroba wirusowa Ebola (EVD) oraz wirusowe gorączki krwotoczne o wysokiej śmiertelności, w tym Marburg i Lassa; dżuma; gorączka Q; grypa wywołana nowym lub niesubtypowym szczepem wirusa; grypa ptaków u ludzi lub grypa

³¹³ Dz. U. poz. 2430, wcześniej obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. poz. 848), uchylone 1 stycznia 2019 r.

wywołana innymi szczepami pochodzenia zwierzęcego u ludzi itp.; zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Choroby te zgodnie z opinią Krajowego Konsultanta w dziedzinie Epidemiologii są to choroby, które szerzą się szybko, charakteryzują się wysoką śmiertelnością, wpływem na zdrowie publiczne oraz wymagają podjęcia szczególnych działań, czyli można zaliczyć je do chorób wysoko zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych. Zgodnie z jego opinią *Nowy koronawirus należy do kategorii patogenów wywołujących wysoko zakaźną i szczególnie niebezpieczną chorobę ze względu na fakt, że jest to nowo występujący wirus. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń nowym koronawirusem jest dynamiczna. Wynika to z faktu pojawienia się nowego patogenu, który przekroczył barierę gatunkową i szerzy się z człowieka na człowieka wywołując od umiarkowanego do ciężkiego zapalenia płuc.*

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki³¹⁴, w sprawie szkodliwych czynników biologicznych wskazano czynniki biologiczne zagrażające zdrowiu i życiu ludzi, m.in. wirusy, które zakwalifikowano do 3 i 4 grupy zagrożenia. Wirusy z grupy Coronaviridae (koronawirusy) oraz wirus SARS zakwalifikowano do 3 grupy. Natomiast wirusy m.in. Eboli i innych gorączek krwotocznych zakwalifikowano do grupy najbardziej niebezpiecznych wirusów – 4. Do grupy 3 zagrożeń należą czynniki, które mogą wywoływać u ludzi ciężkie choroby, są niebezpieczne dla pracowników, a rozprzestrzenienie ich w populacji ludzkiej jest bardzo prawdopodobne. Zazwyczaj istnieją w stosunku do nich skuteczne metody profilaktyki lub leczenia. Do grupy 4 - czynniki, które wywołują u ludzi ciężkie choroby, są niebezpieczne dla pracowników, a rozprzestrzenienie czynników w populacji ludzkiej jest bardzo prawdopodobne. Zazwyczaj nie istnieją w stosunku do nich skuteczne metody profilaktyki lub leczenia. Dla poszczególnej grupy określono wymagane środki i stopnie hermetyczności dla pomieszczeń izolacyjnych, sposób dostępu do tych pomieszczeń i sposób ich dezynfekcji.

IV. [Zwalczanie chorób zakaźnych] Zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych u ludzi, w tym zasady i tryb rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie, zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych u ludzi określa od 1 stycznia 2009 r. uozz.

³¹⁴ Dz.U. Nr 81, poz. 716, ze zm.

W uoZZ określono rodzaj czynności podejmowanych przez podmioty lecznicze w razie podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zgonu z jej powodu, zasady zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu oraz zgłoszenia sytuacji niebezpiecznej oraz obowiązkowe działania zapobiegające szerszeniu się zachorowań, w tym poddanie hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie osoby przyjmowanej do szpitala (art. 24–40a). Ponadto wskazano działania administracji publicznej w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, m.in. wprowadzono obowiązek sporządzenia przez wojewodę, w celu zapewnienia skuteczności działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi, wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii, na okres trzech lat, z możliwością aktualizacji (art. 44). Plan jest przygotowywany i aktualizowany na podstawie danych i informacji uzyskanych z jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych i innych dysponentów obiektów użyteczności publicznej. Wojewoda podaje plan do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej, z wyjątkiem danych podlegających ochronie w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych. Plan obejmuje: 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi; 2) wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa zakładów leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie; 3) liczbę osób, które mogą zostać poddane leczeniu, izolacji lub kwarantannie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i innych obiektach użyteczności publicznej; 4) imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi; 5) inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego oraz niezbędne do sporządzenia planu.

Zgodnie z art. 48 *uoZZ*, pracownikom podmiotów leczniczych oraz innym osobom podejmującym na zasadach określonych w tej ustawie działania w celu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. W art. 49–53 *uoZZ* wskazano przepisy karne dotyczące przywozu, nabywania, rozprzestrzeniania biologicznych czynników chorobotwórczych, niepodjęcia działań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń szpitalnych i chorób zakaźnych, naruszenia przepisów o obowiązkach informacyjnych, niewykonania decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii. Załącznik do *uoZZ* stanowi wykaz zakażeń i chorób zakaźnych. Specustawa w art. 25 wprowadziła do *uoZZ* zmiany dot. działań w sytuacji stanu zagrożenia epidemiologicznego i stanu epidemii. Ustawa ta wprowadziła ponadto zmiany w 14 ustawach (m.in. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Zarządzaniu Kryzysowym, Finansach publicznych, Rezerwach Strategicznych*).

V. [Przeciwdziałanie chorobom zakaźnym] W 2014 r., w związku z wybuchem epidemii gorączki krwotocznej Ebola w Afryce Zachodniej i rozprzestrzenieniem się wirusa na inne kraje (m.in. USA, Hiszpania, Mali,

Wielka Brytania, Włochy) WHO opracowała *Tymczasowe wytyczne dotyczące zapobiegania i kontroli zakażeń w opiece nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzeniem gorączki krwotocznej filowirusa w placówkach służby zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem wirusa Ebola*³¹⁵ (wrzesień 2014 r.), według których podstawową zasadą postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia chorobą jest bezwzględna **izolacja** podejrzanego lub potwierdzonego przypadku gorączki krwotocznej w pojedynczych pokojach izolacyjnych lub kohortowanie³¹⁶ ich w wyznaczonych zamkniętych obszarach, jednocześnie rygorystycznie oddzielając podejrzone i potwierdzone przypadki.

VI. [Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej] Minister *Zdrowia* zadania dotyczące warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego powierzył podległej mu *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, którą kieruje *Główny Inspektor Sanitarny* jako centralny organ administracji rządowej. Zadania Głównego Inspektora Sanitarnego określa uoPIS. Zadania PIS i sposób ich realizacji określone zostały w art. 1–5 uoPIS, natomiast zadania Głównego Inspektora Sanitarnego; (zalecenia, wytyczne i decyzje nakładające określone obowiązki w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźne) wskazano w art. 8a uoPIS.

Zgodnie z art. 10 uoPIS, zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują następujące organy: 1) Główny Inspektor Sanitarny; 2) państwowy wojewódzki inspektor sanitarny (PWIS), jako organ rządowej administracji zespolonej w województwie; 3) państwowy powiatowy inspektor sanitarny (PPIS), jako organ rządowej administracji zespolonej w powiecie; 4) państwowy graniczny inspektor sanitarny dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych (PGIS).

W KPZK w cz. A, w związku z zagrożeniem Epidemia, w fazie zapobiegania nałożono na PIS zadania, m.in.: sprawowanie zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzenie działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych, prowadzenie działalności oświatowo-zdrowotnej, prowadzenie rejestru zakażeń i zachorowań i zgonów na chorobę zakaźną, sporządzenie i publikacja krajowego raportu liczbowego o zarejestrowanych zakażeniach, zachorowaniach i zgonach na zakażenia i choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu, dokonywanie ocen i analiz epidemiologicznych, opracowanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji zakładom opieki zdrowotnej, wydawanie zarządzeń i decyzji, planowanie i organizowanie sanitarnego zabezpieczenia granic, nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich i lotniczych portach oraz przystaniach. W fazie przygotowania wskazano, że do zadań

³¹⁵ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/268772/Interim-Infection-Prevention-and-Control-Guidance-for-Care-of-Patients-with-Suspected-or-Confirmed-Filovirus-Haemorrhagic-Fever-in-Health-Care-Settings,-with-Focus-on-Ebola-Eng.pdf

³¹⁶ Izolacja zbiorowa.

PIS należy m.in. rozpoznać i monitorować sytuację epidemiologiczną, zapewnić system wcześniejszego powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym, opracować procedury i plany działania organów PIS na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowej.

Jako zadania w zakresie monitorowania zagrożenia wskazano dla GIS monitoring zakażeń i zachorowań na choroby zakaźne. Dane powinny być gromadzone na bieżąco na poziomie lokalnym w rejestrze zakażeń i zachorowań na choroby zakaźne oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego. Jako źródła informacji wskazano m.in.: lekarza, felczera, kierownika laboratorium, kierownika szpitala. Raporty powinny być przekazywane do RCB, MZ i NIZP PZH-PIB oraz Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i WHO.

W związku z COVID-19, art. 17 specustawy dał możliwość GIS oraz PWIS wydawania decyzji, zaleceń i wytycznych osobom prawnym, osobom fizycznym i jednostkom organizacyjnym, które nie mają osobowości prawnej, w szczególności podmiotom wykonującym działalność leczniczą, pracodawcom, podmiotom prowadzącym działalność w zakresie lotnictwa cywilnego, użytkownikom statków powietrznych, użytkownikom cywilnych statków powietrznych niewpisanych do rejestru statków powietrznych oraz zarządzającym lotniskami. Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zostały zobowiązane do stosowania się do zaleceń i wytycznych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

VII. [Zadania wojewodów] Zgodnie z art. 22 pkt 4 ustawy *o wojewodzie*, wojewoda wykonuje i koordynuje zadania w zakresie obronności i bezpieczeństwa państwa oraz zarządzania kryzysowego, wynikające z odrębnych ustaw, m.in. zgodnie z art. 14 uozk: a) w sprawach zarządzania kryzysowego, kieruje, monitoruje, planuje, reaguje i usuwa skutki zagrożeń na terenie województwa, b) w sprawach planowania cywilnego: wydaje starostom zalecenia do powiatowych planów zarządzania kryzysowego, zatwierdza powiatowe plany zarządzania kryzysowego, przygotowuje i przedkłada do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw administracji publicznej wojewódzki plan zarządzania kryzysowego, realizuje wytyczne do wojewódzkich planów zarządzania kryzysowego oraz zarządza, organizuje i prowadzi szkolenia, ćwiczenia i treningi z zakresu zarządzania kryzysowego. Na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy *o wojewodzie* wojewoda mógł utworzyć zespoły doradcze. W związku z COVID-19 tworzone były przez wojewodów Zespoły do spraw koordynacji działań w związku z zagrożeniem wystąpienia koronawirusa COVID-19.

Art. 11h specustawy dał wojewodom możliwość wydawania poleceń obowiązujących wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie, państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne, które nie mają osobowości prawnej. O wydanych poleceniach wojewoda miał niezwłocznie informować właściwego ministra. Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 ogłosił, że zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaź-

nych u ludzi³¹⁷. W dniu 28 lutego 2020 r. w związku z epidemią koronawirusa Premier wydał polecenie wojewodom wprowadzenia w całym kraju podwyższonej gotowości szpitali. W związku z tym wojewoda mógł zlecać działania w szpitalach, które tę podwyższoną gotowość miały utrzymać (np. zwiększenie bazy łóżek zakaźnych, przekształcenie oddziału w oddział zakaźny, czy zwiększenie obsady personelu)³¹⁸.

VIII. [Stan zagrożenia epidemicznego i stan epidemii] W dniu 20 marca 2020 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia odwołano stan zagrożenia epidemicznego³¹⁹. Zgodnie z § 2 decyzje, polecenia, wytyczne i zalecenia wydane w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego na podstawie rozporządzenia uchylanego w § 3 zachowały ważność i mogły być zmieniane na podstawie dotychczasowych przepisów.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 marca 2020 r. ogłoszono stan epidemii³²⁰. W dniu 31 marca 2020 r. po raz pierwszy rozporządzeniem Rady Ministrów ustanowiono określone ograniczenia, nakazy i zakazy w związku z wystąpieniem stanu epidemii³²¹. Natomiast ustawą z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19³²² zmieniono zapisy wielu aktów prawnych w zakresie działania poszczególnych jednostek w stanie zagrożenia epidemicznego lub epidemii. W tym samym dniu kolejną ustawą o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19³²³, zmieniono 64 akty prawne oraz m.in. w art. 65 utworzono Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 – państwowy fundusz celowy, którego dysponentem jest Prezes Rady Ministrów.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego³²⁴ wskazano osoby obowiązkowo podlegające hospitalizacji, tj. 1) osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie; 2) osoby

³¹⁷ Dz. U. poz. 325, ze zm.

³¹⁸ <https://www.isbzdrowie.pl/2020/02/szumowski-wprowadzamy-stan-podwyzszonej-gotowosci-szpitali/>

³¹⁹ Dz. U. poz. 490.

³²⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 340.

³²¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 566 ze zm.); zmiany opublikowano pod poz. 577 i 624; rozporządzenie zostało uchylone 10 kwietnia 2020 r. Wg stanu na dzień 3 listopada 2020 r. wydano 8. kolejnych rozporządzeń wprowadzających ograniczenia, nakazy i zakazy.

³²² Dz. U. poz. 567, ze zm.

³²³ Dz. U. poz. 568, ze zm.

³²⁴ Dz. U. poz. 607, ze zm., zmiany opublikowano pod poz. 1054, 1164 i 1506, 1550, 1748 i 1942. Wcześniej obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. poz. 375, ze zm.); zmiany opublikowano pod poz. 409, 438 i 510. Rozporządzenie to zostało uchylone 7 kwietnia 2020 r. oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 376), uchylone z dniem 7 kwietnia 2020 r.

zakażone lub chore oraz podejrzane o zakażenie lub zachorowanie na m. in. błonicę, cholere, dzumę, Ebolę (EVD), wysoce zjadliwą grypę ptaków u ludzi (HPAI), w szczególności spowodowaną szczepami H7 i H5, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillai-na-Barrégo, wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej, w szczególności: bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS) i zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS), oraz osoby, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zakażenia lub zachorowania, jeżeli nie zostały przez lekarza lub felczera skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych.

Z dniem 16 maja 2022 r. został odwołany stan epidemii³²⁵ i ogłoszony, aż do odwołania, stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2³²⁶.

³²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 1027).

³²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 1028).

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623).
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zabieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284).
4. Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2051, ze zm.), uchylona z dniem 23 lutego 2021 r.
5. Ustawa z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 294)
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 756, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2023 r. poz.1227, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 875, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2023 r. poz. 1541, ze zm.).
13. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 122).
14. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 338).
15. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, ze zm.).
16. Ustawa z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2020 r., poz. 322 ze zm.); wygasła z dniem 1 lipca 2020 r.
17. Ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2023 r. poz. 190).

ZAŁĄCZNIKI

18. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2512).
19. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).
20. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991).
21. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2162); uchylona 10 grudnia 2022 r.
22. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608).
23. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 2112, ze zm.).
24. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 2113).
25. Ustawa z dnia 9 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2255).
26. Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 159).
27. Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o Służbie Więziennej, ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 180).
28. Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2157).
29. Ustawa z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 616, ze zm.).
30. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 981).

ZAŁĄCZNIKI

31. Ustawa z dnia 24 czerwca 2021r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1192).
32. Ustawa z dnia 28 września 1991 r. o lasach (Dz. U. 2023 r. poz. 1356).
33. Ustawa z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych ustaw (Dz. U. poz. 1292).
34. Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1510).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
8. Komisja Zdrowia Sejmu RP
9. Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej Sejmu RP
10. Senacka Komisja Zdrowia
11. Senacka Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej;
12. Minister Zdrowia
13. Minister Aktywów Państwowych
14. Minister Klimatu i Środowiska
15. Prezes Wyższego Urzędu Górniczego
16. Główny Inspektor Sanitarny
17. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
18. Wojewodowie

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister
Zdrowia

NKM.0910.65.2022.21.KCZ
Warszawa, 10 sierpnia 2023

Pan
Marian Banaś
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w odpowiedzi na pismo z dnia 24 lipca 2023 r. o znaku: LKA.430.007.2022, przy którym została przekazana połączona Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) P/20/062 *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych* oraz D/21/505 *Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19*, korzystając z uprawnienia przewidzianego w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

1. Część 2. Ocena ogólna, str. 13.

Stwierdzenia zawarte w Ocenie ogólnej Informacji, w brzmieniu *nie było krajowego planu działania na wypadek epidemii, gdyż jego opracowania nie przewidywały istniejące przepisy* oraz *Nie został także wdrożony żaden ogólnopolski plan przeciwdziałania epidemii* (str.13 Informacji) są nieprawdziwe, gdyż Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zakażenia SARS-CoV-2 powstał w dniu 26 lutego 2020 r. i został zaakceptowany przez Ministra Zdrowia. Dokument ten został przygotowany w oparciu o dane i zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w związku z ogłoszeniem przez Światową Organizację Zdrowia w dniu 30 stycznia 2020 r. epidemii SARS-CoV-2. Powyższy Plan został przekazany do NIK w czasie kontroli pt. *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych*².

Ponadto w kraju od wielu lat funkcjonuje kompleksowy dokument, jakim jest Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, który uwzględnia szeroko rozumiane działania na wypadek

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

² Str. 7 wystąpienia pokontrolnego NIK po kontroli pt. *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych* P/20/062. Dalej: „wystąpienie pokontrolne P/20/062”.

wstąpienia kryzysu, powodowanego różnego typu niekorzystnymi zjawiskami, w tym epidemią.

Podkreślenia wymaga fakt, iż Minister Zdrowia podejmuje działania zgodnie z Krajowym Planem Zarządzania Kryzysowego oraz Planem Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia.

Z kolei Główny Inspektor Sanitarny (zwany dalej także „GIS”) podejmuje działania i koordynuje zadania w oparciu o Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego oraz Plan Zarządzania Kryzysowego Głównego Inspektoratu Sanitarnego opracowane w oparciu o przepisy ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym³ – wyjaśnienia w tym zakresie również przekazano do NIK w czasie kontroli P/20/062.

Należy wskazać, iż: Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, Plan Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia oraz Plan Zarządzania Kryzysowego Głównego Inspektoratu Sanitarnego, uwzględniają zagrożenie epidemią.

W Informacji o wynikach kontroli na str. 13 zawarto jednak wybiórcze informacje, sugerujące nieprawdziwy obraz stanu faktycznego, zawierające błędną tezę, że brak było jakiegokolwiek planu działania na wypadek epidemii na poziomie centralnym. Ponadto ustalenia przedstawione na stronie 13 są niespójne z treściami zawartymi w pozostałych częściach Informacji o wynikach kontroli NIK, np. sformułowaniem zawartym na str. 42 w brzmieniu: *Główny Inspektor Sanitarny w okresie bezpośrednio poprzedzającym rozprzestrzenienie się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Polski przystąpił do realizacji przygotowanych wcześniej planów.*

2.

Część 2. Ocena ogólna

str. 14-15 – I.2.3 oraz str. 16 – III.3,

Część 3. Synteza

str. 23 – Zarządzanie bazą szpitalną wydzieloną dla COVID-19 bez planu,

str. 24 – Wydawanie decyzji niepowiązanych z sytuacją epidemiologiczną i częste zmiany liczby i lokalizacji ST,

str. 30 – Niewielki udział ST w zabezpieczeniu łóżek w czasie II fali COVID-19,

str. 30 – Wystarczające rezerwy bez ST wielkopowierzchniowych,

str. 30 – Brak korelacji liczby łóżek covidowych z potrzebami wynikającymi z epidemii,

str. 32 – Wpływ ST na ograniczenie dostępu do pozostałych świadczeń,

Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli

str. 100 – Wystarczająca liczba łóżek dla hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 wyodrębniona w polskich szpitalach,

str. 101 – Niewielki udział ST w zabezpieczeniu łóżek w czasie II fali COVID-19,

str. 102 – Wystarczające rezerwy bez ST wielkopowierzchniowych.

Ze względu na dynamiczne zmiany w epidemiologii wynikające z ewolucji wirusa SARS-CoV-2, poglądy dotyczące wirusa i wywoływanej przez niego choroby ulegały zmianom w miarę zdobywania szerszej wiedzy (w tym w ramach WHO, UE) w tym obszarze. Ocenianie i negowanie prowadzonych w owym czasie działań po dwóch latach, *post factum*, kiedy z perspektywy czasu wiadomym jest, jak ostatecznie rozwijała się sytuacja epidemiologiczna, nie stanowi sprawiedliwej oceny. Odnosi się to m.in. do opinii NIK, że działania organów państwa w zakresie zmian organizacji opieki szpitalnej były nieskoordynowane, a podejmowane decyzje nie opierały się o merytoryczne podstawy i rzetelne analizy danych o sytuacji epidemiologicznej łóżek dla pacjentów z COVID-19, a także, że tworzone nieracjonalnie duże rezerwy łóżek covidowych. W żaden sposób takiej oceny nie można

³Dz. U. z 2023 r. poz. 122.

było postawić podczas trwania epidemii koronawirusa SARS-CoV-2. Pozostawienie części łóżek niewykorzystywanych dla pacjentów z wirusem SARS-CoV-2 miało pozwolić na skuteczne reagowanie na gwałtowny wzrost liczby osób wymagających hospitalizacji, biorąc pod uwagę m.in. kolejki zespołów ratownictwa medycznego tworzące się do szpitalnych oddziałów ratunkowych. Podczas podejmowania decyzji w zakresie zmniejszania liczby łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 brano pod uwagę czynnik, iż w przypadku likwidacji zbyt dużej liczby łóżek i powrotu podmiotu leczniczego do udzielania świadczeń na rzecz pacjentów z innymi schorzeniami czy przyjęć planowych, w sytuacji nagłego wzrostu zachorowań na COVID-19, wystąpi problem z ponownym uruchomieniem łóżek dla tych pacjentów. Pozostawienie buforu wolnych łóżek pozwalało na zabezpieczenie świadczeń na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 w każdej chwili. Wobec powyższego nie można się zgodzić z subiektywnymi, tendencyjnymi i krzywdzącymi ocenami działań Ministra Zdrowia w tym zakresie.

3.

Część 2. Ocena ogólna

str. 16 – III,

Część 3. Synteza

str. 24 – Naruszanie k.p.a. w toku wydawania decyzji dotyczących tworzenia ST,

str. 24 – Wydawanie decyzji niepowiązanych z sytuacją epidemiologiczną i częste zmiany liczby i lokalizacji ST,

Część 4. Wnioski

str. 34 – Wnioski do organów administracji rządowej – nr 4,

Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli

str. 74 – Naruszanie k.p.a. w toku wydawania decyzji dotyczących tworzenia ST.

W odniesieniu do ww. ocen NIK pozostają aktualne zastrzeżenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2023 r. o znaku: NKM.0910.65.2022.6.KCZ do wystąpienia pokontrolnego NIK przekazanego po kontroli D/21/505, które przytaczam poniżej:

*Należy zauważyć, że przedmiotowe decyzje były wydawane na podstawie art. 11h ust. 2 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁴, (zwanej dalej: „specustawą”), który jest przepisem szczególnym w stosunku do przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego⁵. Zatem znajduje tutaj zastosowanie reguła kolizyjna norm prawnych *lex specialis derogat legi generali*. Dla przykładu można wskazać przepis art. 155 Kpa regulujący kwestie zmiany ostatecznej decyzji administracyjnej. Przepisem zaś szczególnym w stosunku do Kpa jest wskazany przepis art. 11h ust. 5 specustawy regulujący w sposób odmienny zmianę polecenia (decyzji) wydanego przez Ministra Zdrowia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Zgodnie z jego brzmieniem, polecenie wydane zgodnie z zapisami ust. 1 tego przepisu, może być uchylone lub zmienione, jeżeli przemawia za tym interes społeczny lub słuszny interes strony, zaś ich uchylenie lub zmiana nie wymaga zgody stron.*

W związku z wystąpieniem sytuacji epidemicznej w Rzeczypospolitej Polskiej wystąpiła konieczność podjęcia pilnych, nagłych i adekwatnych działań, dostosowanych do aktualnej sytuacji epidemiologicznej na podstawie specjalnie uchwalonej w tym celu ustawy, czyli wspomnianej wyżej specustawy. Należy podkreślić, że Minister Zdrowia, wydając decyzje na podstawie art. 11h specustawy, miał na uwadze, jako priorytet, ochronę zdrowia i życia

⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 i poz. 2185.

ludzkiego. Dlatego też na podstawie art. 10 § 2 Kpa odstąpiono od zasady czynnego udziału strony w postępowaniu (określonej w art. 10 § 1 Kpa), gdyż załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego.

Zauważyć także należy, że w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zaakcentowano gwarancyjne funkcje Państwa w zakresie ochrony życia i zdrowia obywateli, wywodząc z nich obowiązki m.in. zagwarantowania rzeczywistego dostępu do systemu ochrony zdrowia. Oznacza to, że istnieje gwarancyjna treść prawa do ochrony zdrowia, którą z jednej strony utożsamia się z zakazem ingerencji w procesy życiowe człowieka – „stan organizmu”, „zarówno w aspekcie funkcji fizjologicznych, jak i psychicznych”. Z drugiej strony z określonym obowiązkiem ukształtowania systemu ochrony zdrowia w taki sposób, aby skutecznie zabezpieczyć owe procesy życiowe człowieka, w szczególności przez nałożenie obowiązków udzielenia pomocy w sytuacji zagrożenia życia. W świetle powyższego, obowiązkiem Ministra Zdrowia jest dbanie i stanie na straży praw zagwarantowanych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej także w sytuacji wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w postaci ochrony życia i zdrowia obywateli.

Należy ponadto zauważyć, iż wydawane decyzje w sposób jasny określały, że wynikające z nich obowiązki zostały nałożone w granicach uznania administracyjnego. Natomiast przez uznanie administracyjne rozumie się uregulowanie kompetencji organu administracji, że organ ten może rozstrzygnąć sprawę w różny sposób przy tym samym stanie faktycznym i każde rozstrzygnięcie sprawy jest legalne. Akty uznaniowe podlegają kontroli sądowej wyłącznie pod względem zgodności z prawem, a sąd nie może podważać zasadności czy celowości decyzji. Ustawa powierza bowiem organom administracji, a nie sądom czy też NIK, decydowanie, jakie merytoryczne rozstrzygnięcie sprawy będzie najwłaściwsze. Każda ustawa i jej przepisy są wydane dla osiągnięcia pewnych celów społecznych, politycznych, itd. Organ może stosować przepisy tylko dla osiągnięcia tych celów (vide: dr M. Wojtuń, Sądowa kontrola uznania administracyjnego z perspektywy komparatystyki prawniczej; Rozdział I. Pojęcie uznania administracyjnego i jego sądowej kontroli, 2020, Legalis).

Kontrola decyzji opartych na uznaniu administracyjnym dotyczy procesu wydania decyzji, a sądy (wojewódzkie sądy administracyjne czy też Naczelny Sąd Administracyjny) – w niniejszym przypadku NIK – nie są uprawnione do dokonywania oceny takich decyzji pod kątem kryteriów słusznościowych i celowościowych. Pozostawienie organowi możliwości działania w ramach uznania administracyjnego powoduje, że obowiązkiem organu jest ustalenie okoliczności faktycznych sprawy, celem ustalenia, czy ewentualne wydanie decyzji administracyjnej, będzie służyło realizacji celów określonych w przepisach prawa, co bez wątpienia w przedmiotowych postępowaniach nastąpiło. Podkreślenia wymaga, że to indywidualna i konkretna sprawa administracyjna wyznacza organowi administracji publicznej granice korzystania z uznania administracyjnego. Innymi słowy, działając w ramach uznania administracyjnego, jest konieczne każdorazowe dokonanie oceny, czy okoliczności faktyczne sprawy przemawiają za skorzystaniem z uprawnienia organu (vide: wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 1 marca 2017 r., sygn. akt I OSK 1785/16). Należy również podkreślić, że w świetle art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a także art. 6 Kpa, zgodnie z zasadą praworządności, organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Minister Zdrowia właśnie działał na podstawie i w granicach prawa – w celu przeciwdziałania COVID-19.

Nie można się zgodzić z twierdzeniem NIK, że Minister Zdrowia naruszył przepisy/zasady postępowania administracyjnego (praworządności, informowania stron, przekonywania, pisemności), co było spowodowane tym, iż organ przed wydawaniem decyzji administracyjnych w sprawie tworzenia szpitali tymczasowych nie przeprowadził udokumentowanych czynności w celu dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego. Nie można się zgodzić z twierdzeniem NIK, że Minister Zdrowia nie przeprowadził żadnego

postępowania rozpoznawczego ani tym bardziej go nie wszczął. Powyższe pozostaje wprost w sprzeczności z twierdzeniami NIK zawartymi w wystąpieniu pokontrolnym, np. na str. 35: „Wszystkie 26 decyzji MZ, w których jako podstawę wskazano art. 11h ust. 2 i 4 specustawy, dotyczące udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitali tymczasowych oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach szpitali tymczasowych, wydanych zostało przez MZ na wniosek właściwych wojewodów. Decyzje te, za wyjątkiem decyzji dotyczących ST w Gdańsku oraz obu szpitali tymczasowych w Białymstoku, wydane zostały w terminie od jednego do pięciu dni od złożenia przez tych wojewodów wniosków. W przypadku ww. trzech szpitali tymczasowych, Minister wydał decyzję po 24 dniach od złożenia wniosków wojewody pomorskiego (w przypadku ST w Gdańsku) i po 25 dniach od wniosków wojewody podlaskiego (w przypadku decyzji dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach szpitali tymczasowych w obu szpitalach tymczasowych w Białymstoku).” Zgodnie z dyspozycją art. 11h ust. 2 specustawy, w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19 oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu minister właściwy do spraw zdrowia może, z własnej inicjatywy lub na wniosek Wojewody wydawać stosowne polecenia. Tym samym Minister Zdrowia wszczywał i prowadził przedmiotowe postępowania w oparciu o stosowne wnioski. Nie były one rozpatrywane automatycznie, ale w granicach uznania administracyjnego (o czym już była mowa powyżej).

Zgodnie z art. 11h ust. 11 specustawy, polecenia, o których mowa w art. 11h ust. 1-3 specustawy, mogą być wydawane także ustnie, pisemnie w formie adnotacji, telefonicznie, za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną⁶ lub za pomocą innych środków łączności. Istotne okoliczności takiego załatwienia sprawy powinny być utrwalone w formie protokołu. Ponadto, analogiczną regulację zawarto także w art. 14 § 2 Kpa: sprawy mogą być załatwiane ustnie, telefonicznie, za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną lub za pomocą innych środków łączności, gdy przemawia za tym interes strony, a przepis prawny nie stoi temu na przeszkodzie. Treść oraz istotne motywacje takiego załatwienia powinny być utrwalone w aktach w formie protokołu lub podpisanej przez stronę adnotacji. Tym samym przedmiotowe polecenia mogłyby być wydawane nawet w formie ustnej – oczywiście z koniecznością ich utrwalenia w formie protokołu. Natomiast Minister Zdrowia, celem zachowania zasad legalizmu i praworządności, wydawał je w formie stosownych decyzji.

Wymaga stanowczego podkreślenia, że w przedmiotowych sprawach zawiadomienie o wszczęciu danego postępowania, wezwanie do wypowiedzenia się w sprawie, czy też prowadzenie innego niedookreślonego i sugerowanego przez NIK postępowania dowodowego, w tym zasięgnięcia opinii jakiegoś nieokreślonego organu (str. 61 wystąpienia pokontrolnego) nadmiernie przedłużyłoby proces wydawania danej decyzji przez Ministra Zdrowia, podczas gdy szybkość i pilność podejmowanych działań przez Ministra Zdrowia była jak najbardziej konieczna i uzasadniona – co było wielokrotnie wykazywane na etapie prowadzonego postępowania kontrolnego. W tym miejscu należy ponownie wskazać, że Minister Zdrowia działał w granicach uznania administracyjnego. Zgodnie z art. 2 ust. 2 specustawy, ilekroć w ustawie jest mowa o „przeciwdziałaniu COVID-19”, rozumie się przez to wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych, choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Oderwanie wykładni art. 11h ust. 2 i 4 specustawy od celu (określonego w art. 2 ust. 2 specustawy), jakiemu ma ona służyć, prowadzi do nieadekwatnych wniosków NIK, a także do wybiórczej (nie systemowej) interpretacji Kpa. W toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności

⁶Dz. U. z 2020 r. poz. 344.

niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli (art. 7 Kpa). Ponadto, zgodnie z art. 12 § 1 i 2 Kpa, organy administracji publicznej powinny działać w sprawie wnikliwie i szybko, posługując się możliwie najprostszymi środkami prowadzącymi do jej załatwienia. Sprawy, które nie wymagają zbierania dowodów, informacji lub wyjaśnień, powinny być załatwione niezwłocznie. Minister Zdrowia, przed wydaniem przedmiotowych decyzji/poleceń, podejmował wszelkie czynności konieczne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego i prawnego danej sprawy (jednocześnie działając sprawnie, wnikliwie i szybko), co było odzwierciedlane w ich treści. Na powyższe zwróciła uwagę sama NIK w wystąpieniu pokontrolnego: „Decyzje te, za wyjątkiem decyzji dotyczących ST w Gdańsku oraz obu szpitali tymczasowych w Białymstoku, wydane zostały w terminie od jednego do pięciu dni od złożenia przez tych wojewodów wniosków” (str. 35).

Zgodnie z 77 art. § 1 Kpa organ administracji publicznej jest obowiązany w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy. Obowiązek zebrania całego materiału dowodowego przez organ administracji publicznej należy rozumieć w ten sposób, że organ albo czyni to z własnej inicjatywy, jeżeli uważa za konieczne do prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy, albo gromadzi w aktach sprawy dowody wskazane lub dostarczone przez strony, jeżeli mają one znaczenie dla sprawy (vide: wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 30 kwietnia 2021 r. sygn. akt: II SA/Po 893/20).

*Wymaga podkreślenia, że rozwiązania zawarte w art. 11h specustawy mają charakter nadzwyczajny i dlatego powinny być podejmowane w trybie pilnym, najszybciej jak to możliwe. Powyższe ma na celu sprawną realizację działań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Należy zaznaczyć, iż rozwój wirusa SARS-CoV-2 na całym świecie przebiegał i przebiega bardzo dynamicznie, a podejmowane decyzje/polecenia miały nadrzędny cel, tj. ochronę życia i zdrowia ludzi. Wyraźnego podkreślenia wymaga fakt, że regulacje zawarte w przytoczonym powyżej przepisie mają charakter *lex specialis* w stosunku do uregulowań zawartych w Kpa. Nie bez znaczenia powinien pozostać fakt konieczności kierowania się przez Ministra Zdrowia w podejmowaniu decyzji interesem społecznym – pacjentów, rozumianym w tej szczególnej sytuacji wywołanej pandemią COVID-19, jako należyta dbałość o zabezpieczenie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. W zaistniałej sytuacji zawiadomienia o wszczęciu przedmiotowego postępowania, wezwania do złożenia stanowisk w sprawie przez strony, czy też prowadzenie innego, niedookreślonego przez NIK postępowania dowodowego, nadmiernie przedłużyłoby proces wydawania przedmiotowych decyzji przez Ministra Zdrowia, podczas gdy szybkość i pilność podejmowanych działań przez Ministra Zdrowia była jak najbardziej konieczna i uzasadniona.*

Trudno oczekiwać natomiast, aby organ w sposób nieograniczony zbierał materiał dowodowy. Obowiązek Ministra Zdrowia w przedmiotowych sprawach, w zakresie przeprowadzenia dowodów nie był nieograniczony, zaś gromadzenie materiału dowodowego nie może polegać na zbieraniu wszelkich informacji dotyczących zjawisk i zdarzeń, które nie mają bądź mają pośredni wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, a powodowałyby jedynie nieuzasadnione przedłużenie postępowania. To organ decyduje, czy materiał dowodowy został zebrany w sposób wyczerpujący. Jednocześnie przepisy Kpa nie regulują podstaw, o które organ ma oprzeć ocenę dowodów, jednakże w doktrynie wskazuje się, że w tej ocenie powinien kierować się wiedzą oraz zasadami życiowego doświadczenia. Natomiast przedłużanie postępowania dowodowego, gdy istniała konieczność podjęcia pilnych i natychmiastowych działań, prowadziłaby do iluzoryczności instytucji zawartej w art. 11h specustawy. Należy zauważyć, że wnioski właściwych Wojewodów o wydanie decyzji przez Ministra Zdrowia były ocenione jako wystarczające do wydania prawidłowych decyzji w ramach uznania administracyjnego.

Prawa strony danego postępowania (w przypadku jej niezadowolenia z rozstrzygnięcia) były zapewnione także poprzez możliwość złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie lub też skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie. W pouczeniach przedmiotowych decyzji z zasady wskazywano w szczególności że: „Zgodnie z art. 127 § 3 k.p.a., art. 127a k.p.a. i art. 129 § 2 k.p.a. od decyzji nie służy odwołanie, jednakże strona niezadowolona z decyzji może zwrócić się do Ministra Zdrowia z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji. W trakcie biegu ww. terminu strona może zrzec się wobec Ministra Zdrowia prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Jeśli strona skorzysta z tego prawa decyzja stanie się ostateczna i prawomocna z dniem doręczenia Ministrowi Zdrowia przedmiotowego oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Od decyzji, w stosunku do której zrzeczono się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nie przysługuje skarga do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Na podstawie art. 52 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2325), zwanej dalej: „p. p. s. a.”, skargę można wnieść po wyczerpaniu środków zaskarżenia, jeżeli służyły one skarżącemu w postępowaniu przed organem właściwym w sprawie, chyba że skargę wnosi prokurator, Rzecznik Praw Obywatelskich lub Rzecznik Praw Dziecka. Przez wyczerpanie środków zaskarżenia należy rozumieć sytuację, w której stronie nie przysługuje żaden środek zaskarżenia, taki jak zażalenie, odwołanie lub ponaglenie, przewidziany w ustawie. Jednakże jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję, z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa.”

Jednocześnie należy zauważyć, że nawet gdyby nie wskazano treści decyzji/poleceń ww. pouczenia, strona nie byłaby pozbawiona takiego prawa. Zgodnie z art. 112 Kpa błędne pouczenie w decyzji co do prawa odwołania lub skutków zrzeczenia się odwołania albo wniesienia powództwa do sądu powszechnego lub skargi do sądu administracyjnego nie może szkodzić stronie, która zastosowała się do tego pouczenia. Brak pouczenia traktowany jest jak błędne pouczenie w rozumieniu art. 112 Kpa. Takie naruszenie przez organ administracji publicznej obowiązków, nie różni się w skutkach od błędnego wskazania organu odwoławczego (czy sądu właściwego do rozpoznania sprawy) i dlatego nie może być inaczej traktowane przez prawo. W związku z tym brak pouczenia będzie stanowił o możliwości stosowania regulacji zawartej w art. 112 Kpa (wyr. Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 14 lutego 2002 r., II SA 2289/01, Legalis; wyr. Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 13 lutego 2003 r., I SA 1641/01, Legalis). Tak samo należy traktować sytuację niepodania w pouczeniu informacji o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w trybie art. 127 § 3 Kpa od decyzji wydawanych przez naczelny (centralny) organ administracji państwowej (obecnie, ministra w rozumieniu Kpa) – zob. post. Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 18 lipca 2007 r. (I SA/Wa 364/07, Legalis) (vide Komentarz do art. 112 Kodeksu postępowania administracyjnego, red. Hauser 2021, wyd. 7/Dyl, Legalis).

W przypadku, gdyby dana strona postępowania administracyjnego nie zgadzała się z treścią danego rozstrzygnięcia, mogła złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, czy też skargę do sądu administracyjnego.

Jednocześnie należy zauważyć, że przedmiotowe uprawnienie strony nie miało charakteru stricte abstrakcyjnego. Przykładem może być polecenie skierowane do NFZ (ale dot. innego zakresu przedmiotowego – leczenia uzdrowiskowego) - decyzja Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2021 r. o znaku: DLG.745.7.2021.IJ. NFZ, nie zgadzając się z treścią rozstrzygnięcia i korzystając ze swoich uprawnień, złożył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy zakończonej decyzją Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2021 r. W konsekwencji powyższego Minister Zdrowia w decyzji z dnia 29 kwietnia 2021 r. uchylił zaskarżoną decyzję w części i orzekł w tym zakresie co do istoty sprawy.

Powyższe uwagi co do prawidłowości prowadzonego postępowania administracyjnego, a w szczególności w granicach uznania administracyjnego, odnoszą się także do polecenia skierowanego do NFZ z dnia 2 marca 2021 r. dotyczącego prowadzenia wykazu podmiotów leczniczych i finansowania udzielania świadczeń.

4.

Część 2. Ocena ogólna

str. 15 – II,

Część 3. Synteza:

str. 19 – Nierzetelne działania MZ w zakresie zarządzania kryzysowego,

str. 23 – Zaniechanie przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych,

Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli

str. 48 – Niewykonanie decyzji RZZK dot. planu budowy szpitali tymczasowych,

str. 68 – Zaniechanie przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że przedmiotowa rekomendacja/wniosek Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego nie miała charakteru decyzji, ale – zgodnie z rolą Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego – opinii i doradztwa w zakresie zarządzania kryzysowego. Organy, którym przedstawiono przedmiotową rekomendację, podjęły określone czynności, na podstawie których ministrowie doszli do wniosku, że organizacja szpitala tymczasowego we wskazanej lokalizacji jest niezasadna. Stwierdzono szereg problemów, które utrudniały realizację tego typu przedsięwzięcia i wobec powyższego odstąpiono od takiego rozwiązania. Ponadto restrykcyjne działania zapobiegawcze, które zostały wprowadzone w tamtym czasie, spowodowały, iż Polska na początku pandemii musiała mierzyć się z niekorzystnymi wskaźnikami epidemicznymi. Inne podjęte wówczas działania mające na celu zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2, tj. utworzenie szpitali jednoimiennych, okazały się wystarczające do osiągnięcia tego celu. W związku z powyższym, należy podkreślić, że co do zasady rekomendacja Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego została wykorzystana i poddana analizie, mimo że rekomendowane działanie ostatecznie nie zostało zrealizowane. Sformułowania w tym zakresie użyte w połączonej Informacji o wynikach kontroli NIK przedstawiają to zagadnienie w nieprawdziwej perspektywie.

5.

Część 2. Ocena ogólna

str. 15 – III.1,

Część 3. Synteza

str. 23 – Nieprawidłowe przygotowanie tworzenia szpitali tymczasowych,

Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli:

str. 69 – Brak zatwierdzonych wytycznych i procedur tworzenia szpitali,

str. 90 – Szpitale tymczasowe nieefektywnym narzędziem zwalczania COVID-19.

Proces tworzenia szpitali tymczasowych był procesem długofalowym, a odpowiednio wczesne podjęcie działań wstępnych dla utworzenia szpitali tymczasowych miało na celu przygotowanie systemu ochrony zdrowia na wystąpienie prognozowanego wzrostu zakażeń. Wczesne utworzenie szpitali tymczasowych pozwalało elastycznie reagować na gwałtowny wzrost liczby osób wymagających hospitalizacji, zwłaszcza z izolacji domowej. Szpitale tymczasowe były uruchamiane, jak również ich działalność była zawieszana i wznawiana, w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej. W związku z powyższym, podkreślenia wymaga fakt, że szpitale tymczasowe stanowiły rozwiązanie przejściowe i były tworzone wyłącznie z myślą o zapewnieniu wydolności systemu ochrony zdrowia w

momencie wzrostu liczby zakażeń i hospitalizacji, nie były zaś pomyślane jako instrument, który może stać się trwałym elementem systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W odniesieniu do braku wytycznych i procedur tworzenia szpitali tymczasowych, należy zaznaczyć, że w opinii Ministra Zdrowia było zasadne pozostawienie kwestii opracowania procedur/zasad/wytycznych w przedmiotowym zakresie po stronie osób odpowiedzialnych za ich utworzenie i funkcjonowanie, mających wiedzę o docelowym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w tworzonej podmiocie, posiadanych zasobach sprzętowych i infrastrukturalnych poszczególnych obiektów. Ogromna różnorodność warunków udzielania świadczeń na rzecz pacjentów z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 w poszczególnych obiektach nie dawała podstaw do przygotowania jednolitych standardów.

6. Część 2. Ocena ogólna, str. 17 i część 3. Synteza, str. 19 i 29.

Nie można zgodzić się ze stwierdzeniem przez NIK, iż Minister Zdrowia jako organ upoważniony do składania dyspozycji wypłaty środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (zwanego dalej także „Funduszem”) nie ustanowił skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej zapewniających ich gospodarne wydatkowanie, a przeznaczonych na tworzenie, funkcjonowanie, likwidację i udzielanie świadczeń leczniczych w szpitalach tymczasowych.

Należy zwrócić uwagę na szczególny czas, jakim była pandemia COVID-19 i obowiązujące w tym zakresie szczególne przepisy, dotyczące m.in. braku konieczności zachowywania formy pisemnej wydawanych poleceń, braku konieczności zawierania umów, możliwości refundowania wcześniejszych wydatków, co wynikało z potrzeby jak najbardziej elastycznego i szybkiego reagowania na potrzeby dotyczące przeciwdziałania skutkom epidemii. Ocenianie z perspektywy czasu wyłącznie w sposób negatywny działań Ministra Zdrowia przy jednoczesnym wskazywaniu, że nie były wiążące materiały przekazywane do Wojewodów oraz wiadomość przesłana pocztą elektroniczną w dniu 4 listopada 2020 r. z Centrum Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia do urzędów wojewódzkich (wojewódzkich centrów zarządzania kryzysowego), pt. *Proces organizacji szpitala tymczasowego 22.10.2020(002)2*, wskazuje na całkowity brak zrozumienia ze strony NIK niepowtarzalnego w swojej skali zjawiska, jakim był wybuch epidemii COVID-19.

Należy zauważyć, że ustawodawca, tworząc Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 oraz określając ww. szczególne zasady działania w związku z pandemią, miał pełną świadomość, że przy nieprzewidywalności jej przebiegu i związanej z tym faktem konieczności podejmowania natychmiastowych działań, dostosowanych do sytuacji epidemicznej w danym miejscu i czasie, nie będzie możliwe realizowanie tych zadań na zasadach określonych dla warunków niepandemicznych.

W tej sytuacji, bez wzięcia pod uwagę ww. okoliczności, stwierdzenie przez NIK nieprawidłowości *post factum* polegających na tym, że w ramach zadań kontroli zarządczej Minister Zdrowia nie przygotował szeregu procedur i wytycznych, określających szczegółowy sposób postępowania w zakresie realizacji wszystkich zadań, w tym koordynacji budowy szpitali tymczasowych jest niezrozumiałe, bowiem działanie takie stanowiłoby wyzwanie w warunkach normalnej działalności Ministerstwa Zdrowia, a w warunkach pandemicznych było niemożliwe do realizacji.

NIK wielokrotnie stwierdza, że jakiś aspekt nie został uregulowany lub nie przekazano wytycznych, podczas gdy brak tej regulacji i wytycznych w żadnej mierze nie zwalniał Wojewodów z odpowiedzialności za zapewnienie gospodarnego dysponowania przekazanymi środkami. Ma to szczególne znaczenie w kontekście faktu, iż Wojewodowie w ramach rutynowej działalności są równorzędnymi względem Ministra Zdrowia dysponentami części budżetowych, którzy na co dzień w swojej jednostce i jednostkach poległych stosują obowiązujące standardy kontroli zarządczej.

W konsekwencji, ww. podejście NIK wpłynęło na wadliwość oceny w przedmiotowym zakresie. Minister Zdrowia był bowiem odpowiedzialny za zapewnienie wydatkowania środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w sposób celowy i gospodarny w zakresie zadań, które realizował samodzielnie, na podstawie zawartych przez siebie umów, natomiast w przypadku zadań realizowanych lub zleconych do realizacji innym jednostkom sektora finansów publicznych, obowiązek ten spoczywał na tych jednostkach, bowiem to one odpowiadały za wydatkowanie środków.

Każda jednostka sektora finansów publicznych (a takimi są również urzędy wojewódzkie) jest zobowiązana do działania na podstawie i w granicach powszechnie obowiązującego prawa, w tym w szczególności zasad gospodarki finansowej wynikających wprost z przepisów ustawy o finansach publicznych, w tym zwłaszcza do ścisłego i bezwzględnego stosowania się do dyspozycji art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁷, zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, a także w sposób umożliwiający terminową realizację zadań, w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Uwzględniając powyższe to Wojewodowie, zarówno w przypadku kwestii dot. szpitali tymczasowych, jak i wszystkich pozostałych realizowanych przez nich zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, a finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, byli odpowiedzialni za zapewnienie zgodności wydatkowania tych środków z przepisami powszechnie obowiązującego prawa (zawieranie umów, kontrola wydatkowania, rozliczanie) – analogicznie, jak ma to miejsce w przypadku wydatkowania przez nich środków budżetowych.

Należy podkreślić, iż Wojewodowie mieli pełną świadomość tej sytuacji, bowiem Minister Zdrowia, w pismach potwierdzających zabezpieczenie środków na utworzenie, działalność i likwidację szpitali tymczasowych, wskazywał na odpowiedzialność Wojewodów za zapewnienie ich prawidłowego wydatkowania. Dodatkowo, w treści decyzji polecających utworzenie szpitali tymczasowych wyraźnie wskazywano, że finansowanie realizacji polecenia nastąpi ze środków Funduszu, na podstawie umowy zawartej przez Wojewodę z podmiotem, na który nałożono polecenie. Rozliczanie tych umów pozostawało więc we właściwości Wojewodów i fakt określenia przez Ministra Zdrowia terminu na rozliczenie przez Wojewodę otrzymanych z Funduszu środków w żadnej mierze nie oznaczał przejęcia przez Ministra Zdrowia obowiązków Wojewody wynikających z prawidłowego wydatkowania i rozliczenia środków objętych umowami zawartymi przez Wojewodę, a jedynie dbałość o właściwe monitorowanie i zabezpieczenie niezbędnych środków na rachunku Funduszu będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Z uwagi na to, że Minister Zdrowia jedynie przekazywał Wojewodom środki z Funduszu, a Wojewodowie jako dysponenci główni, nimi zarządzali, byli każdorazowo zobowiązani do działania zgodnie z przepisami. Potwierdza to fakt, że np. we wniosku o uruchomienie środków na wydatki bieżące Wojewodów zawarto klauzulę *Środki otrzymane na podstawie niniejszego wniosku są przeznaczone na finansowanie zadań związanych ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 i zostaną wydatkowane oraz szczegółowo rozliczone zgodnie z obowiązującymi zasadami gospodarowania środkami publicznymi i przepisami prawa.*, natomiast w przypadku szpitali tymczasowych przekazywano informacje, że *powyższe środki są przeznaczone na finansowanie zadań związanych ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS.*

⁷Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.

7.

Część 2. Ocena ogólna

str. 17 – IV,

Część 3. Synteza

str. 30 – Brak korelacji liczby łóżek covidowych z potrzebami wynikającymi z epidemii.

Minister Zdrowia od początku pandemii COVID-19 prowadził analizy dotyczące sytuacji epidemiologicznej we współpracy z różnymi jednostkami wspomagającymi proces badawczy.

Jednocześnie informuję, iż podczas epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 Minister Zdrowia wraz z Wojewodami na bieżąco monitorował bazę łóżkową, dedykowaną dla pacjentów z podejrzeniem lub z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2, w tym w szpitalach tymczasowych, co pozwalało na dostosowywanie bazy łóżkowej w zależności od prognoz oraz potrzeb.

Należy dodatkowo wskazać, że w ramach kierunkowej weryfikacji wpisywania się wnioskowanych przez Wojewodów wydatków dotyczących szpitali tymczasowych w katalog kosztów możliwych do poniesienia, wnioski dotyczące zwiększenia potrzeb finansowych były wielokrotnie zwracane w celu uzyskania dodatkowych wyjaśnień, a w konsekwencji wysokość środków była kwestionowana i obniżana przez Ministerstwo Zdrowia. Przykładem jest wniosek Wojewody Dolnośląskiego z dnia 27 października 2021 r., w ramach którego 43.517,80 zł zostało uznane za niekwalifikowalne, ponieważ wymienione we wniosku zadania nie odnosiły się do żadnej z pozycji katalogu kosztów możliwych do sfinansowania w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

8.

Część 2. Ocena ogólna

str. 13 – I.1,

Część 3. Synteza

str. 18 – Niewystarczające zasoby w przededniu COVID-19 i brak działań dla ich zwiększenia,

Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli

str. 42-43 – Niewystarczające zasoby w przededniu COVID-19 i brak działań dla ich zwiększenia.

Nieuzasadnione jest sugerowanie, że przyczyną ograniczenia dostępności środków ochrony indywidualnej w szpitalach było późne podjęcie działań przez Ministra Zdrowia. Główną przyczyną braków środków ochrony indywidualnej była nagła eskalacja pandemii na całym świecie oraz zerwanie łańcuchów dostaw w wymiarze globalnym i ograniczone możliwości gospodarki/rynku światowego. Wymienione powyżej okoliczności były niemożliwe do wcześniejszego przewidzenia i całkowicie niezależne od Ministra Zdrowia.

Problem z dostępnością środków ochrony indywidualnej występował również w krajach, które dużo wcześniej doświadczyły epidemii i najwcześniej podejmowały działania zaradcze w tym zakresie – np. w Chińskiej Republice Ludowej.

Minister Zdrowia uczestniczył w przygotowaniu Rządowego Programu Rezerw Strategicznych na lata 2017-2021 i tym samym zabezpieczył zasoby przeciwepidemiczne na potrzeby podmiotów leczniczych w kraju – adekwatnie do ówczesnych analiz ryzyka wystąpienia zagrożenia.

W związku z epidemią COVID-19 Minister Zdrowia już w lutym 2020 r. podjął działania prowadzące do podniesienia poziomu strategicznych rezerw medycznych. Działania te polegały na analizie potrzeb i dostępności towarów, konsultacjach i ustaleniach z przedstawicielami ówczesnej Agencji Rezerw Materiałowych i właściwych organów m.in. w zakresie rozeznania rynku i możliwości zakupowych/finansowych. Następnie wystosowane zostały wnioski Ministra Zdrowia o utworzenie dodatkowych rezerw.

9.

Część 2. Ocena ogólna

str. 15 – II,

Część 3. Synteza

str. 19 – Nierzetelne działania MZ w zakresie zarządzania kryzysowego,

Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli

str. 48 – Decyzje podejmowane przez nieformalny sztab Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia nie zgadza się z subiektywną oceną NIK o nierzetelnym wykonywaniu funkcji koordynatora działań pozostałych organów państwa i instytucji, wynikającej z roli *podmiotu wiodącego*, przypisanej mu w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego na wypadek epidemii o ogólnopolskim zasięgu. Minister Zdrowia rzetelnie realizował i realizuje powierzoną funkcję w trosce o życie i zdrowie obywateli, a wprowadzane w poszczególnych okresach rozwiązania były zgodne z aktualnym na daną chwilę stanem wiedzy o przebiegu epidemii, adekwatne do poziomu zagrożenia i rozwoju sytuacji oraz możliwie najbardziej efektywne w zakresie zmniejszenia ryzyka gwałtownego rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2.

W okresie styczeń-luty 2020 r. trzy razy zwołano Zespół Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia. Zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia na posiedzeniu Zespołu Zarządzania Kryzysowego w dniu 24 lutego 2020 r. Minister Zdrowia poinformował o *planowanym uruchomieniu sztabu kryzysowego w MZ, który w trybie ciągłym będzie omawiał bieżącą sytuację COVID-19 oraz ustalał kierunki dalszych działań mających na celu zapobieżenie zawleczeniu zagrożenia na teren RP oraz minimalizację skutków w przypadku wystąpienia zagrożenia na terenie RP*, co zostało zawarte w protokole z posiedzenia, który został przekazany NIK. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2017 r. w sprawie powołania zespołu zarządzania kryzysowego⁸, zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 5, umożliwia powoływanie grup roboczych Zespołu Zarządzania Kryzysowego. Taką formę miał w ww. okresie sztab kryzysowy. Tym samym nieuprawnione jest stwierdzenie NIK, że działania sztabu były „nieformalne”.

Funkcje decyzyjno-koordynujące w sztabie pełnili członkowie ścisłego Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, funkcje kierownicze sprawowali wyznaczeni dyrektorzy komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia oraz kierujący organami/jednostkami podległymi lub nadzorowanymi przez Ministra Zdrowia, funkcje eksperckie pełnili głównie konsultanci krajowi w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz przedstawiciele ówczesnego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Dodatkowo koordynacja zadań, przy udziale Ministra Zdrowia, odbywała się również w ramach działań Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego czy codziennych wideokonferencji z Wojewodami.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁹ powołano Sztab Kryzysowy, który zastąpił funkcjonowanie wcześniejszego sztabu (tj. grupy

⁸ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 55.

⁹ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 66.

roboczej Zespołu Zarządzania Kryzysowego). Posiedzeniom Sztabu Kryzysowego przewodniczył Minister Zdrowia, w odróżnieniu od posiedzeń Zespołu Zarządzania Kryzysowego, którym przewodniczył Członek Kierownictwa w Ministerstwie Zdrowia nadzorujący prace komórki organizacyjnej właściwej w zakresie zarządzania kryzysowego. Taki sposób zarządzania – ze swoją wiodącą rolą – przyjął Pan dr n. ekon. Adam Niedzielski – powołany na stanowisko Ministra Zdrowia w dniu 26 sierpnia 2020 r.

10. Część 3. Synteza, Brak dokumentowania działań administracji, str. 19.

Podobnie jak Minister Zdrowia, także inne organy administracji (GIS, wojewodowie) nie dokumentowały w sposób rzetelny niektórych działań podejmowanych w celu zwalczania epidemii COVID-19, w efekcie czego nie jest możliwe zidentyfikowanie, jakie były podstawy do przyjmowania przez nie poszczególnych rozstrzygnięć co do środków i sposobów przeciwdziałania kryzysowi, w tym decyzji kluczowych dla całych dziedzin gospodarki i aktywności społecznej. Nie zapewniono w ten sposób w kontrolowanych jednostkach możliwości przeanalizowania, w trakcie epidemii i po jej zakończeniu, gromadzonych informacji i doświadczeń celem wspierania dobrych praktyk i eliminacji błędów.

W 2020 r. wybuchła pandemia choroby COVID-19, wywoływanej wirusem SARS-CoV-2. W sytuacji pojawienia się tego nowego, nieznanego wcześniej patogenu, bez możliwości weryfikacji jego zakaźności, czyli w sytuacji absolutnie krytycznej z punktu widzenia bezpieczeństwa państwa i jego mieszkańców, GIS, a wraz z nim cała Państwowa Inspekcja Sanitarna (zwana dalej także „PIS” albo „Inspekcją”), będąca jedną z kluczowych instytucji w obszarze zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, była zmuszona do działania pod presją czasu, w istniejących ramach prawnych, bazując jedynie na podawanych na bieżąco i zmieniających się doniesieniach naukowych. Presja czasu, zmienność doniesień co do cech patogenu, w tym jego zakaźności, dróg jego szerzenia się, objawów, a przede wszystkim skutków zakażenia, w kontekście doniesień ze świata, stanowiły okoliczności nietypowe i krytyczne. Okoliczności te należy traktować jako stan wyższej konieczności, zmuszający do podejmowania działań i wybierania najskuteczniejszych rozwiązań, które pozwoliły na zachowanie ciągłości funkcjonowania państwa w różnych jego aspektach.

Ustalenie stanu faktycznego w tym zakresie zostało całkowicie zaniechane przez NIK, co doprowadziło do błędnych wniosków. Zarzut braku dokumentowania działań administracyjnych nie jest adekwatny, biorąc pod uwagę, realia pracy w Głównym Inspektoracie Sanitarnym oraz jednostkach organizacyjnych PIS w czasie całości pandemii COVID-19 (nie tylko w czasie tzw. *fal zachorowań*). Otóż w czasie, kiedy większość pracowników administracji rządowej świadczyło pracę zdalną (w mniejszym lub większym zakresie, mimo otrzymywania tego samego wynagrodzenia, co przy pracy stacjonarnej – i wynikającym z niego natężeniu pracy) *przez drugą, trzecią i część czwartej fali pandemii COVID-19*, pracownicy PIS nie przebywali na pracy zdalnej (za wyjątkiem świadczenia pracy przez nich *z domu* w czasie kwarantanny lub bezobjawowej izolacji – takie sytuacje miały miejsce). Pracownicy ci świadczyli pracę na dwie zmiany, niejednokrotnie na trzy zmiany (całodobowo). Mimo tak radykalnych zmian w organizacji czasu pracy (i skutków z tego wynikających dla zdrowia i życia rodzinnego pracowników), zapewniono realizację zadań Inspekcji. Pracownicy PIS pracowali ponad siły (w systemie dwuzmianowym lub w systemie trzyzmianowym – przez całą dobę). W tym czasie urlopy były im udzielane w miarę możliwości, tj. między głównymi *falami zachorowań*. Jednak nawet w okresach między *falami zachorowań*, pracownicy PIS nadal świadczyli tę samą pracę, praktycznie w niezmięnionej intensywności, ponieważ część personelu odbierała wówczas urlop (niezależnie od tego, jakie miała wcześniej plany urlopowe). W trakcie trwania *fal zachorowań* nie było możliwości skorzystania z urlopu, a odpoczynek był iluzoryczny (notoryczne przepracowanie pracowników i przemęczenie psychiczne, z uwagi na fakt wykonywania niezwykle intensywnej pracy pod presją czasową i emocjonalną). Dopiero

uświadomienie sobie realiów pracy w PIS *przez drugą, trzecią i część czwartej fali pandemii COVID-19* pozwala zrozumieć, jak istotne jest podejmowanie szybkich rozstrzygnięć co do środków i sposobów przeciwdziałania kryzysowi. Fakt zapewnienia możliwości przeanalizowania gromadzonych informacji i doświadczeń oraz uwzględnienia tego na piśmie, jest drugorzędny w stosunku do konieczności ochrony zdrowia i życia ludzkiego.

11. Część 3. Synteza, niewystarczające zasoby w przededniu COVID-19 i brak działań dla ich zwiększenia, str. 18 oraz nieprzygotowanie organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej, str. 21.

Państwowa Inspekcja Sanitarna nie była organizacyjnie przygotowana do skutecznego przeciwdziałania epidemii.

GIS w niepełnym zakresie wykorzystywał możliwości koordynowania i nadzorowania działań PSSE i WSSE, wynikające z art. 8a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹⁰. Epidemia ujawniła także skalę braków kadrowych i braków w wyposażeniu terenowych stacji PIS, rzutujących negatywnie na możliwość realizacji przez tę Inspekcję zadań wyznaczonych dla niej na wypadek epidemii. Od 20 listopada 2020 r. PIS nie kieruje już Główny Inspektor Sanitarny wyłoniony na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy o państwowej inspekcji sanitarnych, lecz osoba pełniąca obowiązki GIS w zastępstwie.

Stwierdzenie zawarte w tym akapicie Syntezy nie jest w pełni prawdziwe. NIK, oceniając organizację Państwowej Inspekcji Sanitarnej, pominęła zupełnie ustalenia dokonane podczas kontroli P/20/062 *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych* (zwanej dalej „kontrolą P/20/062”) i wprowadzenie od listopada 2020 r. Systemu Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (zwanego dalej „SEPIS”).

Działania Głównego Inspektora Sanitarnego zostały docenione na arenie międzynarodowej. Organizacja Narodów Zjednoczonych przyznała Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu nagrodę UN Public Service Award w kategorii specjalnej: *Odporność instytucjonalna i innowacyjna odpowiedź na pandemię COVID-19 (Institutional Resilience and Innovative Response to Covid-19 Pandemic)* za wdrożenie systemu SEPIS – innowacyjnego narzędzia informatycznego wspierającego pracę służb sanitarnych. Nagroda przyznawana jest co roku w Dniu Służby Publicznej i ma na celu promocję innowacji i wysokich standardów w usługach publicznych. Polska ostatnio uzyskała taką nagrodę ponad 10 lat temu (w 2011 r.). O otrzymaniu tej nagrody NIK nie wspomniała na żadnej stronie połączonej Informacji.

Nie ulega wątpliwości, że wiodącą rolę we wdrożeniu SEPIS odegrał Pan Krzysztof Saczka - powołany na stanowisko wz. Głównego Inspektora Sanitarnego. SEPIS docenili również m.in. pracownicy Inspekcji oraz członkowie Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia¹¹. Wdrożenie SEPIS pozwoliło na podjęcie i zakończenie ponad 84% wpływających spraw dotyczących COVID-19 w ciągu 3 godzin, zaś ponad 97% spraw w przeciągu 24 godzin od wpływu sprawy do organów PIS.

Uznanie na forum międzynarodowym oraz pośród pracowników PIS pokazują, że formułowane przez NIK stwierdzenie jest nieuprawnione. Zasady organizacji i funkcjonowania PIS, przygotowanie zawodowe, wykształcenie i doświadczenie pracowników w najwyższym stopniu gwarantowały i gwarantują profesjonalizm i

¹⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 338.

¹¹ Na posiedzeniu Zespołu w dniu 12 września 2022 r. zarówno Pani Maria Ochman (NSZZ „Solidarność”), jak i Pan Andrzej Mądrala (Pracodawcy RP) przekazali wyrazy uznania dla obecnego kierownictwa GIS za działania na rzecz modernizacji Inspekcji oraz poprawy warunków pracy jej pracowników.

skuteczność realizacji zadań, postawionych przed Inspekcją Sanitarną, w tym również zadań okresu pandemii.

GIS kieruje działalnością Inspekcji przy pomocy zastępców: Pani Izabeli Kucharskiej, z wykształcenia magistra pielęgniarstwa, posiadającej tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego i wykształceniem podyplomowym w zakresie zdrowia publicznego oraz organizacji w ochronie zdrowia (obecnie z otwartym przewodem doktorskim) oraz (w okresie pandemii) Pana Macieja Merkisa, z wykształcenia lekarza ze specjalizacją drugiego stopnia w zakresie neonatologii oraz zdrowia publicznego.

Działalność przeciwepidemiczna i zapobiegawcza jest koordynowana przez kierownictwo Departamentu Przeciwepidemicznego i Ochrony Sanitarnej Granic, który jest zarządzany przez Panią dr Annę Baumann-Popczyk, Dyrektora Departamentu, która posiada tytuł doktora nauk o zdrowiu, jak również tytuł specjalisty w dziedzinie epidemiologii, a także przez Pana Michała Ilnickiego, Zastępcę Dyrektora Departamentu, z wykształcenia lekarza medycyny.

Ponadto, w trakcie epidemii GIS był wspierany przez Pana Andrzeja Zielińskiego, profesora dr. hab. nauk medycznych, specjalisty z dziedziny epidemiologii, który był wieloletnim kierownikiem Zakładu Epidemiologii w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny, a także przez wiele lat Krajowym Konsultantem w dziedzinie epidemiologii. Należy podkreślić, że dziedzina epidemiologii chorób zakaźnych jest niezwykle złożoną dziedziną wiedzy specjalistycznej. Z tego też powodu do pracy w PIS w pionie epidemiologii są zatrudniane osoby o konkretnym profilu zawodowym lub wykształceniu (medyczne, biologiczne lub pokrewne). Dodatkowo pracownicy PIS przechodzą szkolenia specjalistyczne prowadzone np. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, co pozwala na ciągłe aktualizowanie i doskonalenie wiedzy w zakresie epidemiologii.

Należy także zauważyć, że w trakcie kontroli: P/20/062 i I/22/006/KZD¹² realizowanych w Głównym Inspektoracie Sanitarnym przedmiotem badania nie były nigdy kompetencje GIS, ani innych osób kierujących Głównym Inspektoratem Sanitarnym, w tym kadry kierowniczej średniego szczebla. Dlatego też stwierdzenia, a także sugestie zawarte w Syntezie, są nieuprawnione.

12. Część 3. Synteza , str. 21 oraz część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, str. 57, Nierzetelne monitorowanie zakażeń i testów .

Od rozprzestrzenienia się pandemii COVID-19 na teren Polski do 23 listopada 2020 r. informacje o liczbie zakażeń i przeprowadzanych testów nie były rzetelnie weryfikowane przez GIS i MZ, wobec czego społeczeństwu były przekazywane w tej materii błędne dane. Największa różnica pomiędzy danymi rzeczywistymi a danymi o liczbie przypadków podawanych przez GIS wyniosła w listopadzie 2020 r. ponad 22 tys. przypadków.

Powyższy wniosek zawarty w Syntezie oraz w ważniejszych wynikach kontroli P/20/062 jest nieobiektywny, bowiem NIK nie wzięła pod uwagę istotnych czynników, jakie miały wpływ na tę sytuację. Na efektywność raportowania danych o przypadkach pozytywnych miała wpływ z całą pewnością liczba interesariuszy¹³ systemu testowania. Istotną rolę w sprawności raportowania odgrywała również liczba czynności oraz czas upływający od

¹² Kontrola NIK pn. „Wykorzystanie zasobów informacyjnych przez Głównego Inspektora Sanitarnego do oceny ryzyka sanitarnego w związku z epidemią COVID-19”; zwana dalej: „kontrolą I/22/006/KZD”.

¹³ Należy tu wskazać przede wszystkim na organy PIS, punkty drive thru niezależne od Inspekcji, tzw. zespoły wymazowe koordynowane albo przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne albo przez urzędy wojewódzkie, laboratoria COVID, laboratoria komercyjne, laboratoria przyszpitalne.

zlecenia testu do jego wyniku. Czynniki te odgrywały kluczową rolę w raportowaniu wyników *dzień do dnia*.

Na wyniki poszczególnych raportów i ostateczne dane (dziennie i godzinowe) miały wpływ: źródła, z których pozyskiwano dane o przypadkach pozytywnych, czas przekazywania danych przez laboratoria COVID do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (zwanych dalej „WSSE”), częstość sporządzania raportów, a także zmiana strategii walki z pandemią COVID-19 na jesieni 2020 r., tj. umożliwienie lekarzom POZ możliwości zlecenia badań. Zwiększyła się zatem liczba interesariuszy systemu mających wpływ na system.

W przypadku braku scentralizowanego systemu odbierania i przetwarzania zgłoszeń jedyną techniczną możliwością codziennego sprawozdawania danych jest ich sprawozdawanie w sposób zagregowany. Częstokroć dochodzi do sytuacji, gdy stacje sanitarno-epidemiologiczne raportują dane dotyczące zarówno dnia poprzedniego, jak również te, które były zgłaszane z opóźnieniem i dotyczą okresów wcześniejszych. Wyżej wymienione przesunięcia czasowe w sprawozdawczości mogą być źródłem powstawania rozbieżności w danych. Jest to zjawisko, które może być istotnie ograniczone jedynie na drodze elektronicznej rejestracji pojedynczych przypadków zachorowań, gdy jest możliwe uwzględnienie zarówno daty rozpoznania zakażenia, jak i daty zaraportowania do stacji.

Próba porównywania danych z poszczególnych raportów, z uwzględnieniem mnogości, wieloaspektowości źródeł danych, czasu ich pozyskiwania i raportowania była niezwykle złożona metodologicznie i mogła skutkować błędnym wnioskowaniem.

Biorąc powyższe pod uwagę, GIS we współpracy z Ministrem Zdrowia, podjęli wysiłki mające na celu przeniesienie całości procesów sprawozdawczych do systemów teleinformatycznych, tak aby było możliwe wyeliminowanie lub ograniczenie błędów. Działania te obejmowały przede wszystkim wprowadzenie elektronicznej sprawozdawczości wyników badań przez laboratoria oraz opracowanie systemów: Ewidencja Wjazdów do Polski (zwanego dalej „EWP”) i SEPIS, w których są przetwarzane indywidualne dane.

Po wprowadzeniu jednolitej elektronicznej zgłoszeń dodatnich wyników laboratoryjnych w EWP, w związku z korektami, które były wprowadzane przez laboratoria w systemie EWP, globalna liczba zakażeń i zgonów raportowanych od początku pandemii może nie być sumą kolejnych dziennych zakażeń lub zgonów. Stosowna informacja w tym zakresie jest umieszczona przez Ministerstwo Zdrowia w opisie metodyki stosowanej przy publikacji Raportu zakażeń koronawirusem (SARS CoV-2).

13.Część 3. Synteza, nieprzygotowanie struktur terenowych PIS, str. 24.

Zasoby kadrowe i sprzętowe, którymi dysponowano 8 z 9 objętych kontrolą, stacji powiatowych PIS oraz dwie stacje wojewódzkie wobec skali i dynamiki epidemii COVID-19 okazały się niewystarczające do prowadzenia efektywnej działalności. W działalności sześciu z dziewięciu powiatowych struktur PIS objętych kontrolą wystąpiły także nieprawidłowości w toku prowadzonych postępowań administracyjnych dotyczących kierowania na kwarantannę i izolację oraz nakładania kar pieniężnych.

Tak sformułowany wniosek przez NIK jest nie w pełni prawdziwy i pomija fakt uruchomienia w listopadzie 2020 r. SEPIS i funkcjonującej w jego ramach „wirtualnej stacji”. Powyższe rozwiązanie pozwalało zoptymalizować efektywność pracy Inspekcji. Pandemia COVID-19 przyspieszyła cyfryzację organów państwa. Służby sanitarne zostały postawione przed wyzwaniem, jakiego nie było nigdy wcześniej. Aby usprawnić i przyspieszyć pracę, niezbędne było wprowadzenie nowego systemu, integrującego

działania wszystkich 345¹⁴ jednostek PIS. Pozwoliło to szybciej i skuteczniej rozpatrywać sprawy wpływające do PIS:

- 1) aż 82% zarejestrowanych spraw zostało obsłużonych w czasie poniżej 3 godzin;
- 2) obywatel mógł skorzystać z obsługi online, bez konieczności dzwonienia na infolinię;
- 3) obsługa systemu jest wygodna i intuicyjna;
- 4) pozwala zarządzać danymi w jednym miejscu, bez konieczności przepisywania danych do różnych przestrzeni;
- 5) umożliwia obsługę cudzoziemców przebywających w Polsce, nieposługujących się językiem polskim poprzez obsługę zgłoszeń w 7 językach.

Podczas epidemii COVID-19 w systemie SEPIS realizowano następujące zadania (zgodnie z obowiązującymi wymogami prawnymi w zakresie kwarantanny i izolacji):

- 1) zgłoszenia z systemu EWP dot. wyników dodatnich w kierunku SARS-CoV-2;
- 2) zgłoszenia, które były dokonywane poprzez centralną infolinię były kierowane do odpowiedniej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Dzięki temu, zlecenie było od razu przypisane do danej stacji i podjęte przez jej pracownika. Ogólnopolski system zgłoszeń z całej Polski pozwalał monitorować realizację zgłoszenia w czasie rzeczywistym;
- 3) zarządzanie i ewidencja zgłoszeń osób na kwarantannę poprzez elektroniczne formularze. Obywatele mieli możliwość dokonywania zgłoszeń telefonicznie lub za pomocą dedykowanej usługi na gov.pl/koronawirus jako osoby zakażone lub mające bliski kontakt z osobą zakażoną. Poza tym, dostępny był formularz zgłoszenia osób na kwarantannę dla instytucji np. szkół, zakładów pracy.

Powyższe zgłoszenia były automatycznie przypisywane do danej stacji sanitarno-epidemiologicznej, w zależności od wskazanego w formularzu miejsca odbywania kwarantanny. Pracownik danej stacji przyjmował zgłoszenie do realizacji i dokonywał nałożenia kwarantanny na osoby zgłoszone.

Dzięki pracy z systemem SEPIS pracownicy WSSE, Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych (zwanych dalej „PSSE”) i Granicznych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych mają wgląd w proces obsługi zgłoszeń, dotyczących m.in.: informacji o pozytywnym lub negatywnym wyniku testu na obecność koronawirusa SARS-CoV-2, informacji o osobach, które miały kontakt z osobą zakażoną lub chorą.

Dzięki wprowadzeniu funkcji generowania statystyk, jest możliwy stały monitoring efektywności wdrożonego procesu – zarówno na poziomie WSSE/PSSE, jak i przez poszczególnych pracowników stacji. W ramach systemu utworzono mechanizm tzw. „stacji wirtualnych”, co oznacza, że w województwie sprawy są załatwiane przez wszystkich delegowanych do stacji wirtualnej pracowników z wszystkich powiatów. Pozwala to na odciążenie stacji, które są w danym czasie najbardziej obciążone zadaniami i nie byłyby w stanie obsłużyć zadań samodzielnie.

Dodatkowo w systemie SEPIS prowadzono rejestr ognisk zakażeń SARS-CoV-2, co umożliwiło bieżące monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, m.in. w placówkach edukacyjno-oświatowych, Domach Pomocy Społecznej, Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych itp. Poza obsługą ww. zgłoszeń oraz rejestrem ognisk, w systemie SEPIS prowadzono i nadal prowadzi się rejestr niepożądanych odczynów poszczeniennych (NOP), w tym po szczepieniach przeciw COVID-19.

14. Część 3. Synteza, str. 29-30.

Należy podkreślić, iż dysponentem głównym Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 jest Prezes Rady Ministrów i jako taki zgodnie z przepisami ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o

¹⁴ tj. Główny Inspektorat Sanitarny, 16 WSSE, 318 Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, 10 Granicznych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych.

zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw¹⁵, posiada wyłączność w zakresie zatwierdzania planu Funduszu i zmian w nim dokonywanych. Jednocześnie plan ten, zgodnie z art. 65 ust. 25 ww. ustawy, stanowi podstawę dokonywania wypłat ze środków Funduszu.

Jak już wielokrotnie informowano NIK, środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej były ujęte w **odrębnej pozycji** planu finansowego Funduszu (poz. 1.4.1), co oznacza, że w przypadku potrzeby dokonania zmiany ich wysokości, w tym poprzez przesunięcia z innych pozycji planu, każdorazowo zachodziła konieczność zmiany planu Funduszu przez Prezesa Rady Ministrów i dopiero w następstwie tego, było możliwe odpowiednie wnioskowanie o uruchomienie tych środków przez Ministra Zdrowia. Minister Zdrowia **nie miał i nie ma uprawnień** do samodzielnego dokonywania zmian pomiędzy poszczególnymi pozycjami planu finansowego, nawet w zakresie środków będących w jego dyspozycji.

Niezrozumiałe jest zatem postępowanie się przez NIK argumentacją o pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia środkach, bowiem nadmiar środków w jednej pozycji planu nie pozwalał na ich wydatkowanie na zadania finansowane z innej pozycji tego planu, do czasu wprowadzenia odpowiednich zmian. Działanie takie byłoby sprzeczne z obowiązującymi przepisami i wątpliwości budzi zarzut NIK skierowany do Ministra Zdrowia, który w rzeczywistości oznacza, że NIK oczekiwałaby terminowego dokonania płatności na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej także „NFZ”), nawet jeśli oznaczałoby to wykroczenie przez Ministra Zdrowia poza zakres posiadanych uprawnień.

Przywołana przez NIK, a dokonana przez Prezesa Rady Ministrów, na wniosek Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2021 r. o znaku: BFC.320.83(2).2021.MG, zmiana planu Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z dnia 21 lipca 2021 r. umożliwiła przekazanie środków do Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie ze złożonym (przez NFZ) **sprawozdaniem za maj 2021 r.** w wysokości 1 385 403 164,52 zł (koszty świadczeń opieki zdrowotnej bez kosztów szczepień).

Wobec powyższego, dokonana zmiana planu Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z dnia 21 lipca 2021 r. **nie dotyczyła sprawozdań NFZ za czerwiec 2021 r. w kwocie 1 043 740,1 tys. zł oraz za lipiec 2021 r. w kwocie 836 078,2 tys. zł**, a jedynie za maj 2021 r., bowiem na dzień wnioskowania przez Ministra Zdrowia o zmianę planu nie były znane ww. koszty świadczeń.

Zmiana planu Funduszu pozwalająca na przekazanie do NFZ środków za czerwiec i lipiec 2021 r. została dokonana w dniu 10 listopada 2021 r., a przekazanie środków nastąpiło w dniu 19 listopada 2021 r., zatem w możliwie najkrótszym terminie, z uwagi na konieczność uprzedniego zawniioskowania do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów o zasilenie rachunku.

Uwzględniając powyższe, było prawidłowe działanie polegające na składaniu przez Ministra Zdrowia wniosków o zasilenie konta pomocniczego Funduszu niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zatwierdzeniu zmiany planu.

Postulowane przez NIK opłacenie przed dniem 10 listopada 2021 r. zobowiązań powstałych w poz. 1.4.1 planu finansowego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 ze środków pozostających w planie poz. 1.4.3 stanowiłoby naruszenie dyscypliny finansów publicznych, co NIK najwyraźniej uznaje za działanie prawidłowe i pożądane.

15. Część 4. Wnioski, wnioski do organów administracji rządowej, wniosek nr 2, str. 33-34.

Uprzejmie informuję, iż biorąc pod uwagę określoną w art. 68 ust. 1 ustawy o finansach publicznych definicję kontroli zarządczej, jeden z najistotniejszych elementów kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej – Zdrowie i w Ministerstwie Zdrowia stanowi

¹⁵ Dz. U. poz. 568.

system wyznaczania celów i zadań dla jednostek podległych lub nadzorowanych oraz dla komórek organizacyjnych w Ministerstwie Zdrowia, a także system monitorowania wykonania wyznaczonych celów i zadań. W ramach realizacji powyższego sporządzono i wdrożono szereg procedur, wytycznych i instrukcji, w tym dotyczących kontroli i obiegu dokumentów w zakresie wydatkowania środków budżetowych. Podkreślić należy, iż procedury opisujące poszczególne działania w ramach systemu kontroli zarządczej w postaci zarządzeń, decyzji, regulaminów, instrukcji zostały przyporządkowane realizacji określonych zadań i osiągnięcia zaplanowanych celów.

Minister Zdrowia nie wprowadził odrębnych, dodatkowych zarządzeń lub decyzji w sprawie systemu kontroli zarządczej, natomiast zostały wprowadzone uzupełniające zapisy w regulaminie organizacyjnym. Zgodnie z § 10 ust. 2 pkt 9 załącznika do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia¹⁶ do zadań komórek organizacyjnych należy w szczególności *realizowanie zadań z zakresu kontroli zarządczej, zgodnie z przepisami o finansach publicznych i komunikatami Ministra Finansów wydanymi na podstawie art. 69 ust. 3-5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, z późn. zm.) oraz współpraca w tym zakresie z Biurem Administracyjnym*. W myśl § 31 ust. 1 pkt 6 cyt. powyżej zarządzenia Ministra Zdrowia, Biuro Administracyjne koordynuje proces analizy ryzyka w Ministerstwie Zdrowia oraz wykonywanie przez komórki organizacyjne zadań z zakresu kontroli zarządczej. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiadają za wdrożenie i przestrzeganie standardów kontroli zarządczej.

Źródłami informacji na temat stanu kontroli zarządczej w Ministerstwie Zdrowia są m.in.:

- 1) wnioski z monitorowania realizacji celów i zadań Ministerstwa, w szczególności w zakresie realizacji celów i zadań ujętych w planie działalności Ministra Zdrowia, w planach wydatków w układzie zadaniowym;
- 2) wyniki samooceny, przeprowadzanej metodą kwestionariuszową zgodnie z wytycznymi Komunikatu nr 3 Ministra Finansów z 16 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych¹⁷;
- 3) analiza procesu oceny ryzyka;
- 4) wyniki zadań audytowych;
- 5) wyniki kontroli wewnętrznych, przeprowadzonych przez komórkę organizacyjną właściwą w sprawach kontroli wewnętrznej;
- 6) wyniki kontroli zewnętrznych, w tym również przeprowadzonych przez komórkę organizacyjną właściwą w sprawach kontroli resortowej;
- 7) oświadczenia o stanie kontroli zarządczej kierowników komórek organizacyjnych Ministerstwa oraz oświadczeń o stanie kontroli zarządczej organów i jednostek sektora finansów publicznych podległych lub nadzorowanych w dziale – Zdrowie;
- 8) analiza dotycząca przyjmowania i załatwiania skarg i wniosków w Ministerstwie oraz w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

Na podstawie powyższego, Minister Zdrowia, realizując obowiązek wynikający z art. 70 ust. 3 ustawy o finansach publicznych sporządził oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za 2020 r. i 2021 r. w zakresie kierowanego działu administracji rządowej – Zdrowie.

Uwzględniając powyższe, uprzejmie informuję, że Biuro Administracyjne wzmocni koordynację procesu analizy ryzyka w Ministerstwie Zdrowia oraz wykonywanie przez komórki organizacyjne zadań z zakresu kontroli zarządczej. W tym celu w aktualnie procedowanym projekcie zarządzenia Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia w sprawie zarządzania ryzykiem oraz sporządzania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w Ministerstwie Zdrowia ustanowione zasady zarządzania ryzykiem dla zapewnienia

¹⁶ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 98, z późn. zm.

¹⁷ Dz. Urz. MF poz. 11.

mechanizmów identyfikowania, określania oddziaływania, prawdopodobieństwa i istotności ryzyka oraz podejmowania adekwatnych działań zapobiegawczych w celu minimalizacji ryzyka przyczynią się do poprawy efektywności i skuteczności realizacji celów i zadań Ministerstwa Zdrowia. Przedmiotowe zmiany pozwolą na skuteczną koordynację procesu oceny ryzyka i przyczynią się także do wzmocnienia działań Ministerstwa Zdrowia w obszarze kontroli zarządczej.

16. Część 4. Wnioski, wnioski pokontrolne do Ministra Zdrowia w ramach kontroli P/20/062, wniosek pokontrolny nr 2, str. 34.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż zabezpieczenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej jest procesem ciągłym. Narodowy Fundusz Zdrowia, w ramach ustawowych zadań, przeprowadza konkursy ofert, rokowania i zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitoruje ich realizację i rozliczanie, jak również przeprowadza kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. w zakresie organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności.

Rozpatrując sformułowany przez NIK wniosek dotyczy zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, nie sposób również nie odnieść się do niego przez pryzmat zebranych doświadczeń już minionej epidemii. Minister Zdrowia w trakcie epidemii COVID-19 podejmował szereg działań i inicjatyw legislacyjnych mających na celu ułatwienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach epidemii. Przykładem takich działań było wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2¹⁸, gdzie w przypadku pacjentów powyżej 60 roku życia, skierowanych do odbycia izolacji w warunkach domowych, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej miał obowiązek udzielenia pacjentowi nie później niż przed upływem 48 godzin odbywania tej izolacji, porady.

Jednocześnie, Narodowy Fundusz Zdrowia od samego początku minionego zagrożenia epidemicznego, rekomendował świadczeniodawcom znalezienie optymalnych rozwiązań, które pozwoliłyby zapewnić maksymalne, możliwe do uzyskania bezpieczeństwo chorego i kontrolę choroby. Aby minimalizować ryzyko transmisji infekcji COVID-19 oraz zapewnić dodatkowe łóżka szpitalne dla pacjentów wymagających pilnego przyjęcia do szpitala, NFZ stosownymi komunikatami zalecił ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo, podkreślając przy tym, że powyższe nie dotyczy planowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Równocześnie wskazano świadczeniodawcom, iż podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia, należało jednak indywidualnie ocenić oraz wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyka dotyczące stanu zdrowia pacjentów, a także prawdopodobieństwo jego pogorszenia i potencjalne skutki.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że to zarządzający podmiotami leczniczymi podejmują decyzje, w oparciu o wydane akty prawne, zalecenia i rekomendacje, dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w podległych im jednostkach. Są zobowiązani w tym zakresie kierować się dobrem pacjentów, aby nie odebrać im szans na wyleczenie, czy nie dopuścić do gwałtownego pogorszenia rokowania.

¹⁸ Dz. U. poz. 151.

17. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, nierzetelne informacje o zagrożeniu przekazywane przez GIS, str. 42.

Główny Inspektorat Sanitarny w okresie bezpośrednio poprzedzającym rozprzestrzenienie się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Polski przystąpił do realizacji przygotowanych wcześniej planów, jednakże równocześnie GIS za pośrednictwem mediów przekazywał nierzetelne informacje na temat tego zagrożenia, określone w poniższym przykładzie (...)

Powyższy zarzut sformułowano na podstawie wypowiedzi Pana Profesora Jarosława Pinkasa, ówczesnego GIS, Konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego. Przedmiotowe cytaty pochodzą z okresu, kiedy w Polsce nie odnotowano ani jednego przypadku zakażenia SARS-CoV-2, a epidemia na świecie rozwinęła się istotnie dopiero w końcu lutego 2020 r. Komunikaty dotyczące rozwoju sytuacji epidemicznej były ściśle związane z liczbą zakażeń i informacjami powziętymi w tamtym czasie przez GIS, zmieniającymi się istotnie – z dnia na dzień. Informacje przekazywane publicznie przez GIS oparte były (i nadal są) przede wszystkim o doniesienia naukowe i analizy epidemiologiczne ECDC, WHO i CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). Wypowiedzi te należy odnosić wyłącznie do czasu, w którym były wypowiedzane. Przyniesione wypowiedzi zawierały informacje, które miały charakter wnioskowania i nie stanowiły zagrożenia ani fałszywego przekazu komunikacyjnego. Podkreślenia wymaga także fakt, iż okres wybuchu i rozwoju epidemii wymusił działania w trybie reagowania kryzysowego, co miało istotny wpływ na jakość i sposób komunikacji publicznej. Równocześnie należy wskazać, że GIS nie publikował analiz lub ocen epidemiologicznych, w których odnosiłby się do kwestii związanych z prawdopodobieństwem zawleczenia przypadków COVID-19 do Polski.

18. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, w przykładach dot. części: „Koordynacja i nadzór na strukturami PIS w kraju”, str. 56.

GIS nie miał i nie gromadził szczegółowych informacji o potrzebach i stanie zasobów będących w dyspozycji PSSE i WSSE (informacje te gromadzili wojewodowie jako zwierzchnicy stacji PIS w ramach administracji zespolonej).

Nie jest prawdą, że GIS nie miał wiedzy o zasobach kadrowych WSSE i PSSE. W okresie objętym kontrolą GIS dysponował danymi dotyczącymi stanu kadrowego w podziale na WSSE i PSSE, według stanu na: 31 grudnia 2019 r., 31 marca 2020 r., 30 czerwca 2020 r., 30 września 2020 r., 31 grudnia 2020 r., 31 marca 2021 r., 30 czerwca 2021 r., ponieważ dane te są zbierane w sprawozdaniu MZ-45A za dany rok sprawozdawczy. GIS zbierał i zbiera również co kwartał informacje o stanie zatrudnienia w poszczególnych WSSE i PSSE. Ostatnie, przed dniem 4 marca 2020 r., posiadane przez GIS dane, dotyczyły okresu październik-grudzień 2019 r., tj.: nie dotyczyły okresu bezpośrednio poprzedzającego wystąpienia pierwszego przypadku COVID-19 w Polsce. Zbieranie takich danych z większą częstotliwością, szczególnie w trakcie epidemii, dodatkowo obciążałoby stacje, co biorąc pod uwagę zaangażowanie zasobów stacji w zwalczanie epidemii, byłoby działaniem niecelowym.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 51 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie¹⁹, to Wojewoda, jako zwierzchnik rządowej administracji zespolonej w województwie, zapewnia warunki skutecznego jej działania. Natomiast do zadań GIS należy ustalanie ogólnych kierunków działania organów PIS oraz koordynacja i nadzór nad działalnością tych organów. Jak wynika z powyższego, w kompetencjach GIS nie leży zapewnienie właściwej obsady kadrowej oraz wyposażenie organów terenowych PIS. Pomimo tego dane te były na bieżąco zbierane, nawet przed ogłoszeniem stanu epidemii.

¹⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 190.

19. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, W przykładach dot. części: „Koordynacja i nadzór na strukturami PIS w kraju”, str. 57.

„W ramach tych działań GIS wyjaśniał wprawdzie przepisy i udzielał instrukcji nadzorowanym organom, zapewnił utrzymanie łączności i pełnienie całodobowych dyżurów oraz wspierał starania o dofinansowanie i racjonalne wykorzystanie osób zatrudnionych w PSSE i WSSE, jednak w okresie tzw. II fali COVID-19 (październik - grudzień 2020 r.) nie nadzorował i nie monitorował na bieżąco skali wyłączeń z pracy pracowników Sanepidu czy całych Stacji ani skali zaległości w przeprowadzaniu przez te Stacje wywiadów epidemiologicznych. Informacje takie zgromadził dopiero na polecenie Ministra Zdrowia”.

Nie można zgodzić się ze stwierdzeniami zawartymi w ocenach, ponieważ nie są zgodne ze stanem faktycznym. Już od dnia 29 października 2020 r., co wprost wskazuje NIK w wystąpieniu pokontrolnym na str. 21²⁰, Główny Inspektorat Sanitarny codziennie monitorował stan zaległości w przeprowadzaniu przez stacje wywiadów epidemiologicznych, jak również wyłączenia pracowników PIS i stacji z działania z powodu izolacji lub kwarantanny, tj. *Od 1 listopada 2020 r. monitorowano liczbę pracowników realizujących zadania związane z COVID-19.*

W okresie przed dniem 29 października 2020 r., w związku z początkiem tzw. drugiej fali epidemii, zaległości i wyłączenia pracowników i stacji PIS miały charakter sporadyczny. Dane te były gromadzone przez Główny Inspektorat Sanitarny. W związku z powyższym nie zaistniała do tego momentu potrzeba realizacji codziennego monitoringu w tym zakresie. Dopiero na koniec października 2020 r. liczba zaległości i wyłączeń zaczęła skokowo wzrastać wraz z gwałtownym wzrostem liczby przypadków zakażeń.

Jak wynika z powyższego, nie można się zgodzić z twierdzeniem, że Główny Inspektorat Sanitarny nie nadzorował i nie monitorował skali wyłączeń i zaległości stacji.

20. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, niepodjęcie przez GIS działań sprawdzających na lotniskach w grudniu 2020 r., str. 58.

„GIS nie wykorzystał w pełni kompetencji wynikających z art 8a ust 4 ustawy o PIS i pomimo istniejącego zagrożenia nie polecił organom PIS przeprowadzania na lotniskach testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 u osób powracających transportem lotniczym z Wielkiej Brytanii w dniu 21 grudnia 2020 r. Wprawdzie Rada Ministrów tego dnia zmieniła swoje rozporządzenie, wprowadzając od 22 grudnia 2020 r. zakaz lądowania samolotów z Wielkiej Brytanii, ale działania prewencyjne można było podjąć już w dniu decyzji RM, czego nie uczyniono.

W efekcie jeszcze w dniu 21 grudnia 2020 r. samolotami z Wielkiej Brytanii przyleciało do Polski ponad 8 tys. pasażerów, którzy nie zostali objęci badaniami/testami bezpośrednio po przylocie, a zaproponowana przylatującym możliwość zgłoszenia się na testy nie mogła zapobiec lub spowolnić rozprzestrzenienia się nowego wariantu wirusa SARS-CoV-2, gdyż zgodnie z nią, przybywający do Polski pasażerowie samolotów, przed poddaniem się testowi mieli nieograniczone możliwości kontaktu z innymi osobami (np. w środkach transportu zbiorowego, wśród rodziny i znajomych). Samodzielne wykonanie testów mogła ograniczać także skomplikowana procedura uzyskania skierowania na test, zgodnie z którą pasażer miał się skontaktować telefonicznie przez infolinię (jeden numer na cały kraj) z właściwą PSSE, by uzyskać skierowanie na test w punkcie drive-thru”.

²⁰ Wystąpienie pokontrolne NIK po kontroli pt. „Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych” P/20/062.

Stwierdzenie, że GIS nie wykorzystał w pełni przysługujących mu kompetencji i na podstawie art. 8a ust. 4 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie zlecił państwowym powiatowym inspektorom sanitarnym objęcia osób powracających z Wielkiej Brytanii obowiązkiem wykonania testów w kierunku SARS-CoV-2 jest nieuprawnione. Wydawane przez GIS polecenia lub wytyczne nie mogą wykraczać poza obowiązujące przepisy prawa. Pobyt w Wielkiej Brytanii, jako obszarze występowania nowego wariantu SARS-CoV-2, nie powodował zaliczenia przybywających do Polski do żadnej z ww. kategorii osób. Zgodnie bowiem z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²¹, obowiązkowe badania sanitarno-epidemiologiczne (art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. d ustawy) mogą być nałożone przez państwowego inspektora sanitarnego, zgodnie z art. 33 ust. 1 ww. ustawy, wyłącznie w odniesieniu do następujących kategorii osób:

- 1) osoby zakażone lub chore na chorobę zakaźną;
- 2) osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną;
- 3) osoby, które miały styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego.

W związku z powyższym, wydanie przez GIS postulowanego przez NIK polecenia organom PIS stanowiłoby naruszenie zasady legalizmu działania. Reasumując, brak było podstaw prawnych dla wydania przez GIS polecenia organom PIS przeprowadzenia na lotniskach obowiązkowych testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 u osób powracających transportem lotniczym z Wielkiej Brytanii w dniu 21 grudnia 2020 r. Dopiero na podstawie § 2 ust. 18 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii²², wprowadzono obowiązek odbycia kwarantanny przez wszystkie osoby przekraczające granicę Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od środka transportu oraz kraju przyjazdu. Przepisy te weszły w życie z dniem 28 grudnia 2020 r.

21. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, naruszenia procedury administracyjnej przez PIS, str. 59.

- *wystąpiły przypadki niewydawania decyzji o kwarantannie i/lub izolacji lub niewłaściwie określano czas przebywania na kwarantannie (PSSE w Kaliszu, Poznaniu, Jarosławiu, Warszawie i Raciborzu).*

Na przykładzie wystąpienia pokontrolnego NIK z kontroli w PSSE w Jarosławiu, NIK przedstawiła uwagę: „Stosownie do art. 5 ust. 1 pkt 4 ustawy w zw. z art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy o PIS do jej obowiązków, należy m.in. wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie o ich wydanie – w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych. NIK zauważa, że rozstrzygnięcie administracyjne nakłada na stronę postępowania administracyjnego obowiązek określonego zachowania, który powinien być wyrażony precyzyjnie i w sposób jednoznaczny dla osoby nim objętej. W związku z powyższym nałożenie obowiązku izolacji w okresie od 9 października 2020 r. do 3 listopada 2020 r. należało dokonywać poprzez wydanie i doręczenie stronom decyzji administracyjnych”.

Odnosząc się do tego przykładu, należy zauważyć, że NIK niejednoznacznie podchodzi do tych kwestii. Zgodnie bowiem z Uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w NIK z dnia 9 listopada 2021 r. (znak: KPK-KPO.443.146.2021) po rozpatrzeniu wniesionego przez PPIS w Tychach zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego z dnia 7 lipca 2021 (znak: nr LKA.410.036.12.2020)²³, Zespół orzekający uwzględnił zastrzeżenie PPIS w Tychach w całości, i uznał że decyzje o których mowa w art. 5 ust. 1 ustawy o

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1284.

²² Dz. U. poz. 2316, z późn. zm.

²³ W związku z przeprowadzoną w PSSE w Tychach kontrolą pn. „Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych”.

zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a zatem także nakładające obowiązek izolacji lub izolacji w warunkach domowych, z mocy art. 33 ust. 3a tej ustawy mogły być wydawane także ustnie, a przekazane w ten sposób, podlegały następnie doręczeniu w formie pisemnej po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie. Celem wprowadzonej regulacji było jak najszybsze powiadomienie osób chorych o konieczności izolacji, celem wyeliminowania styczności z innymi osobami. Nie bez znaczenia dla sprawy jest fakt, że wobec konieczności szybkiego reagowania i komunikacji z chorymi w sposób inny niż pisemny (co wynika z wyżej wskazanych uregulowań) zarówno sporządzanie decyzji o izolacji lub izolacji w warunkach domowych w formie pisemnej po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie decyzji, jak i wydanie przez lekarza druku e-ZLA potwierdzającego niezdolność do pracy osoby chorej i wymagającej izolacji a nie hospitalizacji, ma znaczenie wyłącznie dokumentacyjne – potwierdza prawo do otrzymania świadczenia za okres niezdolności do pracy z powodu choroby wywołanej wirusem COVID-19. Należy stwierdzić, że w odniesieniu do osób podlegających ze względu na chorobę hospitalizacji, izolacji, izolacji w warunkach domowych tryb administracyjnego działania organów PIS w oparciu o ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie ma pierwszeństwa przed działalnością lekarzy koncentrującą się na zdrowiu osoby chorej. O ile organy PIS – izolując poprzez wydaną decyzję osobę chorą – działają prewencyjnie dla ochrony zdrowia publicznego innych osób, to lekarze – stwierdzając konieczność hospitalizacji, izolacji, izolacji w warunkach domowych – czynią to dla ratowania zdrowia chorego pacjenta.

Ponadto, nie można zgodzić się ze sformułowaniem widniejącym na wykresie zatytułowanym *Kalendarium wydarzeń związanych z COVID-19 w brzmieniu 23 listopada 2020 – załamanie systemu raportowania i monitorowania* (str. 10 Informacji).

Należy zauważyć, że w czasie kontroli NIK: P/20/062 i I/22/006/KZD, zidentyfikowano jedynie powstanie pewnych rozbieżności w danych i jak wskazywano wielokrotnie, zostały podjęte czynności mające na celu wyeliminowanie powstawania błędów sprawozdawczych wynikających ze zbiorczego sposobu rejestrowania danych (elektronizacja systemu raportowania). Powstałe błędy nie spowodowały natomiast zaprzestania raportowania i monitorowania sytuacji. Dane zbierane były w sposób ciągły, natomiast w miarę wprowadzania nowych możliwości technicznych zmieniał się jedynie sposób ich sprawozdawania. Tak więc określenie *załamanie systemu raportowania i monitorowania* stanowi daleko idącą nadinterpretację, a także jest to sformułowanie o charakterze oceny nie popartej żadnymi dowodami, ani faktami.

Tym bardziej, że od tego momentu wprowadzono nowo zbudowany system SEPIS, którego możliwości opisano powyżej.

Ponadto, należy zauważyć, że przedstawiona Informacja NIK w zakresie działalności PIS nie jest obiektywna. Zasada prawdy materialnej wynikająca z art. 28 ust. 1 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, nakazuje, aby ustalenia kontroli odzwierciedlały stan rzeczywisty (faktyczny). Powyższe oznacza, że wyniki kontroli powinny być bezstronne, wyważone, neutralne, a także nie wprowadzać w błąd.

Tymczasem połączona Informacja o wynikach ww. kontroli NIK nie pokazuje pozytywnych zmian, w tym informatyzacji, jakie wdrożono dodatkowym nakładem pracy, angażując istotnie zasoby, w trakcie epidemii, w celu udoskonalenia pracy Inspekcji.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LKA.430.7.2022

Warszawa, 9 sierpnia 2023 r.

Opinia

do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie połączonej Informacji o wynikach kontroli P/20/062 *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych oraz D/21/505 Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19*

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia² zawartego w piśmie z dnia 10 sierpnia 2023 r. znak: NKM.0910.65.2022.21.KCZ., podpisanego z upoważnienia Ministra Zdrowia przez Podsekretarza Stanu Macieja Miłkowskiego.

1. Podtrzymuję twierdzenie, że przed rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 na teren Polski (4 marca 2020 r.) nie było dokumentu opisującego w sposób wyczerpujący zasady działania służb, organów i instytucji państwa na wypadek epidemii o ogólnokrajowym zasięgu³. Istniejące dokumenty, sporządzone w oparciu o przepisy prawa, takie jak Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego⁴ i plany zarządzania kryzysowego Głównego Inspektora Sanitarnego⁵ i Ministra Zdrowia traktowały ryzyko wystąpienia epidemii jako jedno z wielu możliwych zagrożeń i nie zawierały dedykowanych temu szczególnemu niebezpieczeństwu rozwiązań organizacyjnych, pozwalających na skuteczne przeciwdziałanie epidemii o charakterystyce COVID-19. Ponadto plany Ministra i GIS dotyczyły tylko funkcjonowania podległych im jednostek organizacyjnych i służb w każdej sytuacji kryzysowej, a zatem nie obowiązywały innych podmiotów (np. podmiotów leczniczych prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego). Natomiast *Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zakażenia SARS-CoV-2*, zaakceptowany przez Ministra Zdrowia 26 lutego 2020 r., został sporządzony bez podstawy prawnej, nie został przyjęty przez pozostałe organy państwa do stosowania i zgodnie z wyjaśnieniami złożonymi przez Ministra w toku kontroli – zawierał tylko kierunkowe propozycje działań związanych z przeciwdziałaniem epidemii. Propozycje te, wśród których znajdowało się m.in. wprowadzenie stanu klęski żywiołowej w Polsce, zostały zarzucone po wejściu w życie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁶.

2. W pełni zasadna jest ocena, zawarta w Informacji, że Minister Zdrowia nierzetelnie wykonywał funkcję koordynatora działań pozostałych organów państwa i instytucji, wynikającą z roli *podmiotu wiodącego*, przypisaną mu w KPZK na wypadek epidemii o ogólnopolskim zasięgu⁷. Spośród wielu okoliczności i ustaleń uzasadniających tę ocenę należy wskazać w szczególności zaniechanie przez Ministra Zdrowia zwoływania ministerialnego Zespołu Zarządzania Kryzysowego przez pierwsze sześć miesięcy epidemii. Zauważyć bowiem należy, że wymienione przez Ministra daty posiedzeń zespołu zarządzania kryzysowego przypadają na okres przed potwierdzeniem

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

² Dalej także: Minister.

³ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 1 stanowiska Ministra Zdrowia.

⁴ Dalej: KPZK.

⁵ Dalej: GIS.

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1327 ze zm. Dalej: Specustawa.

⁷ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 9 stanowiska Ministra Zdrowia.

pierwszego przypadku zakażenia w Polsce (4 marca 2020 r.), natomiast po tej dacie Minister nie zwoływał tego zespołu. Należy podkreślić, że tzw. *sztab kryzysowy*, mający działać w okresie od 4 marca 2020 r. do 3 września 2020 r. zamiast zespołu zarządzania kryzysowego Ministra Zdrowia nie mógł posiadać kompetencji w zakresie zarządzania kryzysowego, bo nie został nigdy formalnie powołany⁸. Do dnia dzisiejszego nie jest znany jego skład, zasady jego zwoływania i pracy oraz kompetencje poszczególnych uczestników. Kontrolerom NIK nie okazano ani dokumentacji przebiegu obrad, list uczestników, ani zapisu dyskusji i podejmowanych decyzji. W związku z powyższym podkreślam stanowczo, że w żadnym wypadku działania przewidzianych przepisami gremiów nie mogą zastępować nieformalne zespoły lub sztaby, nieponoszące żadnej odpowiedzialności za podejmowane decyzje.

3. Podtrzymuję ocenę NIK o nierzetelnym dokumentowaniu przez GIS *niektórych* działań podejmowanych w celu zwalczania epidemii COVID-19⁹. W Informacji o wynikach kontroli wskazano precyzyjnie działania GIS objęte tą oceną, jakim było *niesporządzanie dokumentacji dotyczącej składu i przebiegu obrad zespołów opracowujących wytyczne dla działania wielu gałęzi gospodarki i dziedzin życia, wpływających na życie codzienne praktycznie wszystkich obywateli*. Zatem – wbrew sugestii zawartej w stanowisku Ministra – NIK nie odnosiła się ani do całości działań prowadzonych przez GIS, ani do funkcjonowania terenowych struktur Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹⁰.

4. Zasadne jest ujęcie w Informacji o wynikach kontroli ocen NIK, dotyczących: niepełnego wykorzystania przez GIS, wynikających z art. 8a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹¹, możliwości koordynowania i nadzorowania terenowych organów PIS, nierzetelnej weryfikacji do 23 listopada 2020 r. informacji o liczbie zakażeń i testów oraz niewystarczających zasobów kadrowych i sprzętowych PIS¹². Oceny te zostały zweryfikowane i potwierdzone w toku rozpatrywania zastrzeżeń przez Kolegium NIK 15 grudnia 2021 r. (uchwała nr 67/2021). Także wszelkie powołane przez Ministra okoliczności, towarzyszące powstaniu nieprawidłowości w koordynacji działań i sprawowaniu nadzoru nad strukturami PIS w obszarze raportowania danych o liczbie testów i zakażeń, takie jak wyjątkowy charakter epidemii, obciążenie struktur PIS obowiązkami i wielość źródeł danych były już rozważane zarówno w toku kontroli, jaki i wspomnianego postępowania w sprawie zastrzeżeń i okazały się niewystarczające dla zmiany ocen sformułowanych przez NIK. Natomiast stwierdzenia o niewystarczających zasobach kadrowych i sprzętowych PIS w pierwszej fazie epidemii, mają podstawę w ustaleniach kontroli przeprowadzonych zarówno w GIS, jak i w ośmiu powiatowych i dwóch wojewódzkich stacjach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Należy również zaznaczyć, że w treści Informacji o wynikach kontroli w żadnym miejscu nie odniesiono się krytycznie do przygotowania kierownictwa oraz pracowników GIS do wykonywania ich obowiązków (obszar ten nie był przedmiotem kontroli). W Informacji wskazano jedynie, zgodnie ze stanem faktycznym, że od 20 listopada 2020 r. Głównym Inspektoratem Sanitarnym kieruje osoba pełniąca obowiązki GIS w zastępstwie, a faktu tego Minister nie kwestionuje.

W Informacji o wynikach kontroli odnotowano także fakt użytkowania systemu SEPIS przez struktury terenowe PIS, nie poddano jednak ocenie jego funkcjonalności, ponieważ zakres ten nie był przedmiotem kontroli P/20/062 oraz D/21/505. Ponadto w treści Informacji doprecyzowany został okres, w którym GIS nie nadzorował i nie monitorował na bieżąco skali wyłączeń pracowników PIS, czy całych stacji ani skali zaległości w przeprowadzaniu przez te stacje wywiadów epidemiologicznych¹³.

5. Aktualna jest ocena NIK, dotycząca niepełnego wykorzystania przez GIS jego ustawowych kompetencji określonych w art. 8a ust. 4 ustawy o PIS, odnosząca się do nieprzeprowadzenia na lotniskach testów na obecność wirusa SARS-COV-2 u osób powracających transportem lotniczym z Wielkiej Brytanii w dniu 21 grudnia 2020 r.¹⁴ Działania takie, podjęte w przeddzień wejścia w życie decyzji Rady Ministrów z 21 grudnia 2020 r. o zakazie lotów z Wielkiej Brytanii mogły ochronić skuteczniej Polskę przed szybkim rozprzestrzenianiem się nowego zagrożenia. Powyższa ocena została potwierdzona uchwałą nr 67/2021 Kolegium NIK z 15 grudnia 2020 r.

6. Wbrew sugestiom Ministra w Informacji o wynikach kontroli zapewniono jednolitość podejścia i prezentacji ocen dotyczących nieprawidłowego stosowania art. 5 ust. 1 pkt. 4 uozz (niewydawania pisemnych decyzji

⁸ Zgodnie z art. 12 ust 4 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym Dz. U. z 2023 r. poz. 122. (dalej: uozk), ministrowie określają, w drodze zarządzenia, organizację, skład oraz miejsce i tryb pracy zespołów zarządzania kryzysowego.

⁹ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 10 stanowiska Ministra Zdrowia.

¹⁰ Dalej: PIS.

¹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 338, dalej: ustawa o PIS.

¹² Odpowiedź na zarzuty opisane w punktach 11-13 stanowiska Ministra Zdrowia.

¹³ Odpowiedź na zarzuty opisane w punktach 11, 13 i 19 stanowiska Ministra Zdrowia.

¹⁴ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 20 stanowiska Ministra Zdrowia.

administracyjnych dotyczących obowiązku izolacji przez skontrolowane PSSE)¹⁵. W informacji odniesiono się jedynie do tych prawomocnych wystąpień pokontrolnych, w których treści działania jednostek kontrolowanych w powyższym zakresie zostały ocenione przez NIK jako nieprawidłowe. Nadmieniam jednocześnie, że oceny jednostkowe w wystąpieniach pokontrolnych formułowane są na podstawie ustaleń dotyczących stanu faktycznego często różniących się co do szczegółowych okoliczności i każda taka sprawa podlega indywidualnej ocenie.

7. Ponadto w swoim Stanowisku (w punktach 2-7 i 14) Minister Zdrowia odniósł się do szeregu ustaleń, ocen i uwag sformułowanych przez NIK, które były już w trakcie postępowania kontrolnego przedmiotem wyjaśnień, a następnie zostały potwierdzone w toku postępowania w sprawie rozpatrzenia zastrzeżeń przeprowadzonego przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli. Zastrzeżenia zgłoszone do treści wystąpienia pokontrolnego z 6 grudnia 2022 r. dotyczącego kontroli D/21/505 w Ministerstwie Zdrowia zostały oddalone w całości uchwałą nr 20/2023 z 17 maja 2023 r.¹⁶ przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli. Z powyższego powodu jedynie skrótowo poniżej odniesiono się do najważniejszych zagadnień poruszonych w Stanowisku do Informacji:

- Minister zakwestionował możliwość dokonywania przez kontrolerów NIK obiektywnej oceny ze względu na to, że kontrola dotyczyła zdarzeń już uprzednio zaistniałych. Wbrew twierdzeniu Ministra taka okoliczność nie może być powodem pozbawiania Najwyższej Izby Kontroli prawa do realizacji jej konstytucyjnych obowiązków dotyczących przeprowadzania kontroli i formułowania ocen kontrolowanej działalności¹⁷. W przedmiotowym przypadku sporządzona przez NIK ocena opierała się w całości na danych o liczbie zakażeń, hospitalizacji oraz zajętych i wolnych łóżkach szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19, które w każdym kolejnym dniu były gromadzone przez służby podległe Ministrowi Zdrowia. W powyższej sprawie Kolegium NIK orzekło, że nie można wyciągać wniosku o braku obiektywizmu oceny na podstawie tego, że dokonywana była *ex post*.
- Wbrew twierdzeniom Ministra NIK nie kwestionowała co do zasady faktu utrzymywania tzw. bufora wolnych łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19, natomiast krytycznie oceniła utrzymywanie tej rezerwy w rozmiarach nieracjonalnych w stosunku do potrzeb¹⁸. Zwłaszcza, że ze względu na chroniczny deficyt kadr medycznych w Polsce, działanie takie musiało skutkować ograniczeniem dostępności pozostałych świadczeń dla pacjentów ze schorzeniami innymi niż COVID-19 oraz nieefektywnym wydatkowaniem środków publicznych. Zapisów w Informacji, odnoszących się do tego zagadnienia Minister zresztą nie kwestionuje.
- W zakresie dotyczącym konieczności stosowania procedury administracyjnej opisanej w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego¹⁹ w toku wydawania decyzji o tworzeniu szpitali tymczasowych Minister skupił się jedynie na formalnej stronie zagadnienia i podtrzymuje swój błędny pogląd, zgodnie z którym kluczowe elementy postępowania administracyjnego można było pominąć²⁰. W treści Informacji NIK wyraźnie jednak wskazuje, że niestosowanie procedur administracyjnych, oprócz naruszenia obowiązujących norm, miało daleko idące negatywne skutki organizacyjne i finansowe. W konsekwencji nieprzeprowadzenia rzetelnego postępowania administracyjnego, decyzje o utworzeniu wielu szpitali wydawane były bez związku z bieżącą i prognozowaną sytuacją epidemiologiczną w poszczególnych województwach i całym kraju. Skutkowało to tworzeniem szpitali tymczasowych w nadmiernej liczbie, wprowadzaniem częstych zmian w ich lokalizacji i ponoszeniem w związku z tym nakładów na działania, które nie przyczyniły się do zwalczania epidemii. W związku z tym, że argumenty przytoczone po raz kolejny przez Ministra nie znajdują potwierdzenia w ustaleniach kontroli, aktualny pozostaje także wniosek o zapewnienie rzetelnego prowadzenia i dokumentowania postępowań administracyjnych przez wskazane organy administracji rządowej.
- Kwestionowana przez Ministra ocena dotycząca okoliczności, w których nie została wykonana decyzja Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego²¹ z 4 kwietnia 2020 r. polecająca Ministrowi Zdrowia, Ministrowi Obrony Narodowej i Ministrowi Aktywów Państwowych przygotowanie planu budowy szpitali tymczasowych jest w pełni zasadna²². Argumenty Ministra w tej sprawie (przytoczone po raz kolejny),

¹⁵ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 21 stanowiska Ministra Zdrowia.

¹⁶ Dalej: uchwała z 17 maja 2023 r.

¹⁷ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 2 stanowiska Ministra Zdrowia.

¹⁸ Odpowiedź na zarzut opisany w punktach 2 i 7 stanowiska Ministra Zdrowia.

¹⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 775 ze zm., dalej: kpa.

²⁰ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 3 stanowiska Ministra Zdrowia.

²¹ Dalej: RZZK.

²² Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 4 stanowiska Ministra Zdrowia.

wskazujące na rzekomo fakultatywny charakter decyzji RZZK, zostały już wcześniej odrzucone przez Kolegium NIK, które stwierdziło, że tzw. rekomendacje zawarte w protokołach z posiedzeń RZZK *sformułowane są w sposób właściwy dla wydawania poleceń - określony jest w nich zakres działań do podjęcia i wskazane są podmioty odpowiedzialne za te działania*. Minister pomija jednocześnie w Stanowisku kluczową konsekwencję niewykonania powyższej decyzji RZZK, to jest utratę możliwości rozpoznania zasobów lokalowych, rzeczowych i kadrowych systemu opieki szpitalnej, które mogłyby być wykorzystane jako dodatkowe miejsca udzielania świadczeń leczniczych dla pacjentów chorych na COVID-19 w przypadku zaostżenia się sytuacji epidemiologicznej w Polsce, które nastąpiło jesienią 2020 r.

- Krytyczne oceny NIK, dotyczące braku odpowiedniego przygotowania do tworzenia szpitali tymczasowych (braku analiz, procedur i mechanizmów kontroli zarządczej) należy rozpatrywać właśnie w kontekście zaniechania przez Ministra podjęcia odpowiednich działań przygotowawczych (w tym niewykonania ww. decyzji RZZK) wtedy, gdy pozwalała na to korzystna sytuacja epidemiologiczna w Polsce. Jednak wobec faktycznego zmarnowania ok. 5 miesięcy, jakie upłynęły od pojawienia się w Polsce pierwszego potwierdzonego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do nasilenia się epidemii jesienią 2020 r., działania organizacyjne służące zwiększeniu liczby łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19 prowadzone były od września 2020 r. w pośpiechu, co sprzyjało popełnianiu błędów i podejmowaniu kroków nieadekwatnych w stosunku do potrzeb. Wskazać należy, że wbrew argumentom Ministra²³ zarówno długość procesu tworzenia szpitali tymczasowych, jak i ich zamierzone przejściowe wykorzystywanie nie wykluczały tego, by tworzenie takich jednostek zostało z wyprzedzeniem zaplanowane oraz przebiegało w sposób uporządkowany. Służyć powinny temu wcześniej opracowane, zatwierdzone i wdrożone do stosowania procedury opisujące proces tworzenia szpitali tymczasowych i ich funkcjonowanie, zapewniające jednocześnie gospodarne wydatkowanie środków publicznych.
- Argumentacja Ministra dotycząca okoliczności nieterminowego przekazania przezeń do NFZ środków²⁴ na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej także nie zawiera nowych faktów bądź dowodów, które mogłyby podważać ocenę sformułowaną przez NIK w Informacji o wynikach kontroli w tym obszarze. Nadal bezspornym jest, że MZ nie wprowadził skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem i monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19²⁵, służących zapewnieniu ciągłości finansowania kosztów udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 przez podmioty lecznicze, co skutkowało nieterminowym przekazaniem środków na ten cel do NFZ. Ponadto Kolegium NIK uznało za bezzasadne zastrzeżenia Ministra dotyczące tej kwestii.
- Nie zasługują na uznanie argumenty Ministra na rzecz obciążenia innych podmiotów – w szczególności wojewodów – wyłączną odpowiedzialnością za zarządzanie kryzysowe w czasie epidemii COVID-19²⁶ oraz zapewnienie gospodarnego wydatkowania środków publicznych na utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych²⁷. Kolegium NIK, odnosząc się do szeregu argumentów Ministra wskazujących na rolę i odpowiedzialność wojewodów podniosło, że wywodzenie z roli wojewodów wynikającej z art. 14 ustawy o zarządzaniu kryzysowym ich wiodącej roli i odpowiedzialności w zakresie finansowania działań szpitali tymczasowych *nierzetelnie odzwierciedla układ kompetencji wynikający z przepisów tej ustawy. Wojewoda jest wprawdzie organem właściwym do zarządzania kryzysowego na terenie województwa (art. 14 ustawy o zarządzaniu kryzysowym), jednak to Minister Zdrowia jako członek Rady Ministrów bierze bezpośredni udział w sprawowaniu zarządzania kryzysowego na poziomie kraju, gdyż to Rada Ministrów wykonuje to zadanie, zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy o zarządzaniu kryzysowym. Nadto, w sytuacji kryzysowej wywołanej epidemią to Minister Zdrowia jest zgodnie z art. 12 ustawy o zarządzaniu kryzysowym, odpowiedzialny za realizowanie zadań, dotyczących zarządzania kryzysowego, do których zalicza się zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju.*

Podobnie jak różnicowane były obowiązki i uprawnienia w zakresie zarządzania kryzysowego, tak i różnicowana była odpowiedzialność za celowe, gospodarne i legalne wykorzystanie środków publicznych spoczywająca – stosownie do posiadanych kompetencji i nałożonych obowiązków – na wszystkich podmiotach uczestniczących w procesie ich wydatkowania. Różnice te podkreśliło Kolegium NIK, wskazując że Minister Zdrowia był upoważniony do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu, podczas gdy

²³ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 5 stanowiska Ministra Zdrowia.

²⁴ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 14 stanowiska Ministra Zdrowia.

²⁵ Dalej: Fundusz.

²⁶ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 5 stanowiska Ministra Zdrowia.

²⁷ Odpowiedź na zarzut opisany w punkcie 6 stanowiska Ministra Zdrowia.

województwie w tym zakresie odpowiadali za zapewnienie, by środki finansowe z Funduszu były gromadzone na wydzielonym rachunku dochodów i by były przeznaczone na wydatki związane z przeciwdziałaniem COVID-19 w ramach planu finansowego tego rachunku (art. 65 ust. 11 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw²⁸). Natomiast upoważnienie do finansowania udzielania w tych szpitalach świadczeń leczniczych posiadał tylko Minister Zdrowia.

Należy zatem zauważyć, że odpowiedzialność Ministra Zdrowia, jako organu upoważnionego do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu różniła się od odpowiedzialności pozostałych podmiotów, których Prezes Rady Ministrów nie upoważnił do podejmowania takich czynności – w tym wojewodów. Nie oznaczało to jednak przeniesienia odpowiedzialności za prawidłowe wykorzystanie środków publicznych pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z Ministra Zdrowia na wojewodów.

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

²⁸ Dz. U. poz. 568 ze zm.