



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Marian Banaś

LKA.411.002.01.2021

Pan
Mateusz Morawiecki
Prezes Rady Ministrów

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
Al. Ujazdowskie 1/3
00-583 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

D/21/505 – Utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią
COVID-19

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mateusz Morawiecki Prezes Rady Ministrów ² od dnia 19 grudnia 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Działania związane z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych ³ .
Okres objęty kontrolą	Od października 2020 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych ⁴ . Badania kontrolne obejmowały również działania i zdarzenia zaistniałe przed 1 października 2020 r., w przypadkach gdy miały wpływ na działalność objętą kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Aleksander Górniak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/214/2021 z 20 września 2021 r., LKA/149/2022 z 11 lipca 2022 r. oraz LKA/182/2022 z 8 września 2022 r.2. Karolina Cichy, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/198/2021 z 8 września 2021 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej: *KPRM* lub *Kancelaria Premiera*

² Dalej: *Prezes RM* lub *PRM*

³ Termin *Szpital tymczasowy*, dalej także jako *ST* 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 obiektach wykonanych z kontenerów – modułów (4 przypadki) i 3] obiekty zaadaptowane do celu udzielania świadczeń leczniczych, takie jak Stadion Narodowy, centra wystawiennicze, hangary, hale widowiskowo-sportowe itp. (14 przypadków) – dalej jako *obiekty wielkopowierzchniowe*.

⁴ W dniu 10 października 2022 r.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna⁶ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Prezes Rady Ministrów koordynując⁷ pracę członków Rady Ministrów i biorąc udział w tworzeniu szpitali tymczasowych, przyczynił się do zabezpieczenia w Polsce wystarczającej liczby miejsc dla pacjentów wymagających hospitalizacji z powodu COVID-19.

Działania w celu zwiększenia liczby łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19 poprzez tworzenie szpitali tymczasowych były podejmowane jednak dopiero od połowy października 2020 r., pod presją rosnącej liczby zachorowań i hospitalizacji. Wcześniej bowiem PRM nie wyegzekwował od Ministra Zdrowia⁸, Ministra Obrony Narodowej⁹ i Ministra Aktywów Państwowych¹⁰ wykonania decyzji wydanej 4 kwietnia 2020 r. przez Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego¹¹, dotyczącej opracowania planu budowy szpitali tymczasowych w Polsce. NIK ocenia takie postępowanie jako nierzetelne wykonywanie przez PRM jego kompetencji do koordynacji działań, do których zobowiązani zostali wskazani Ministrowie, wynikających z art. 148 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.¹².

Wobec tego, że nie został sporządzony wspomniany wyżej plan, jesienią 2020 r. do tworzenia szpitali tymczasowych przystąpiono bez przygotowania oraz bez wskazania preferowanego modelu/modeli organizacyjnych ST jakie należało wykorzystać. Nie przeprowadzono analiz w tym obszarze i nie oszacowano też kosztów tworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych w zależności od zastosowanego modelu, co skutkowało niemożnością rzetelnego ustalenia, jakie rozwiązanie jest optymalne z punktu widzenia potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej i zapewnia gospodarne wydatkowanie środków publicznych.

Działania PRM w celu tworzenia szpitali tymczasowych, podjęte jesienią 2020 r., były nieprawidłowe. Wszystkie dwanaście decyzji PRM w tej sprawie, opartych na art. 11h ust. 3 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorobach zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹³ w związku z art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego¹⁴, zostało wydanych z naruszeniem art. 61 §4 k.p.a. i zasady pisemności postępowania, określonej w art. 14 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 chorych na COVID-19, wynikającym z sytuacji epidemiologicznej panującej w poszczególnych województwach.

Zostało utworzonych 11 spośród 17 szpitali objętych pierwotnie decyzjami PRM¹⁵. Nie uruchomiono natomiast sześciu szpitali, które były niepotrzebne w świetle sytuacji epidemiologicznej (pięć ST¹⁶) lub ich utworzenie było utrudnione przez względy natury

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ Wg Słownika Języka Polskiego PWN: 1) koordynacja to organizowanie działań wykonywanych wspólnie przez wiele osób, 2) harmonijny przebieg lub funkcjonowanie czegoś.

⁸ Dalej także: *MZ*.

⁹ Dalej także: *MON*.

¹⁰ Dalej także: *MAP*.

¹¹ Dalej: *RZZK*.

¹² Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm., dalej *Konstytucja RP*.

¹³ Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm. Dalej: *Specustawa*.

¹⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 Dalej: *k.p.a.*

¹⁵ Decyzje w pierwotnym brzmieniu przewidywały utworzenie 17 szpitali tymczasowych, po trzech dniach od wydania decyzji dla KGHM Polska Miedź S.A. skorygowano ją w ten sposób, że przewidywała ona dodatkowo utworzenie ST w Lubinie (18 szpital), którego tworzenia ostatecznie zaniechano.

¹⁶ Po jednym ST objętym decyzjami wydanymi Grupie Azoty S.A., Węglokoksowi S.A., Bankowi Gospodarstwa Krajowego i dwa szpitale objęte decyzją wydaną Polskiej Kasie Oszczędnościowej Banku Polskiego S.A.

prawnej (jeden ST¹⁷). W dwóch przypadkach zostały poniesione wydatki w łącznej kwocie 2 305,6 tys. zł¹⁸ na prace związane z niedokończonym tworzeniem szpitali.

Decyzja o utworzeniu szpitala tymczasowego na PGE Stadionie Narodowym w Warszawie¹⁹ skutkowała nieefektywnym wydatkowaniem środków publicznych, pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, na utworzenie i funkcjonowanie ST oraz punktów szczepień w tej lokalizacji, w kwocie 72 030,7 tys. zł. W przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne, koszt utworzenia i utrzymania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym był prawie dwukrotnie większy od kosztu utworzenia i funkcjonowania szpitala w Siedlcach, czyli drugiego ze szpitali tymczasowych, w których tworzeniu i finansowaniu ze środków Funduszu brał udział Minister Szef KPRM. Ponadto w przeliczeniu na jednego leczzonego pacjenta, koszty utworzenia i funkcjonowania szpitala w Warszawie były prawie czterokrotnie wyższe niż w Siedlcach. Nakłady poniesione na adaptację Stadionu Narodowego do potrzeb ST przyniosły ponadto jednorazowy efekt i nie przyczyniły się do trwałej poprawy stanu infrastruktury polskich szpitali, podczas gdy nakłady na utworzenie szpitala w Siedlcach, w kwocie 7 560,5 tys. zł, przyniosły trwałe wzmocnienie systemu ochrony zdrowia w Polsce, a zmodernizowany obiekt może służyć nadal leczeniu pacjentów.

NIK ocenia, że tworzenia szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, które nie były przeznaczone do udzielania świadczeń, jak np. Stadion Narodowy, nie uzasadniały ani względy ekonomiczne, ani faktyczne zapotrzebowanie na łóżka dla pacjentów z COVID-19, wynikające z sytuacji epidemiologicznej w Polsce w całym okresie funkcjonowania szpitali tymczasowych (tj. od 28 października 2020 r. do 31 marca 2022 r.). Dowodzi tego zarówno porównanie danych dotyczących ST na Stadionie Narodowym z danymi na temat szpitala tymczasowego w Siedlcach, jak i przeprowadzona przez NIK analiza kosztów utworzenia i funkcjonowania wszystkich 33 szpitali tymczasowych utworzonych w Polsce, uwzględniająca także dane o sytuacji epidemiologicznej w kraju, którymi dysponował Minister Zdrowia²⁰.

PRM zapewnił finansowanie procesu tworzenia, organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych ze środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19²¹, którego jest dysponentem, na podstawie przepisów art. 65 ust. 3 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 ustaw²². PRM jednak, nierzetelnie realizując powyższe obowiązki, nie ustanowił skutecznych i adekwatnych mechanizmów zarządzania w zakresie planowania i monitorowania oraz rozliczania wydatków ponoszonych ze środków Funduszu m.in. w związku z tworzeniem i funkcjonowaniem szpitali tymczasowych, ani też nie zapewnił przeprowadzenia systemowej oceny działań podjętych w latach 2020-2022 w związku z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych, pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej w przeciwdziałaniu epidemii COVID-19.

¹⁷ ST w hali Tauron Arena w Krakowie – decyzja wydana spółce Tauron Polska Energia S.A.

¹⁸ Wynajem hali Arena „Jaskółka” w Tarnowie – 2 099,0 tys. zł, zaniechana adaptacja hali Tauron Arena w Krakowie – 206,6 tys. zł. Ponadto, poza wskazanymi wyżej kosztami, KGHM Polska Miedź S.A. zgłosił roszczenie z tytułu kosztów poniesionych na adaptację obiektu w Lubinie – 658,6 tys. zł. Szczegółowo sprawy te zostały opisane w wystąpieniu pokontrolnym z kontroli D/21/505, skierowanym do Ministra Aktywów Państwowych.

¹⁹ Dalej: Stadion Narodowy w Warszawie.

²⁰ Analiza porównawcza modeli funkcjonowania ST zawarta została także w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych po kontroli D/505/21 do MAP i Ministra Zdrowia.

²¹ Dalej także: FPC lub Fundusz

²² Dz.U. z 2020, poz. 568 ze zm. Dalej: Ustawa zmieniająca.

Minister Szef KPRM²³, jako podmiot odpowiedzialny za zawarcie umowy ze spółkami wyznaczonymi do tworzenia ST, wskazany w decyzjach PRM, był zaangażowany w utworzenie, organizację i funkcjonowanie oraz likwidację dwóch spośród 17 szpitali tymczasowych objętych decyzjami PRM. W tych dwóch przypadkach (decyzje dla PL.2012+ Sp. z o.o.²⁴ i Banku Gospodarstwa Krajowego²⁵) Minister Szef KPRM reprezentował także Skarb Państwa jako stronę umów zawartych z ww. spółkami.

W obydwu przypadkach zawarcie umowy ze spółkami, do których adresowana była decyzja PRM, nastąpiło 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.

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.

NIK ocenia, że rozliczenie wydatków poniesionych przez spółkę w związku z utworzeniem ST w Siedlcach z Bankiem Gospodarstwa Krajowego zostało przeprowadzone prawidłowo. Natomiast proces wzajemnych rozliczeń stron umowy po likwidacji szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym nie został do dnia zakończenia kontroli sfinalizowany, pomimo tego, że od uchYLENIA decyzji PRM o jego utworzeniu upłynęło już ponad 6 miesięcy²⁶. W przypadku umowy zawartej z PL.2012+ rozliczenie (zgodnie z umową) może objąć także unikalne w skali wszystkich szpitali tymczasowych zobowiązanie do zwrotu tej spółce utraconych przychodów z tytułu rezerwacji i imprez odwołanych z powodu adaptacji Stadionu Narodowego do pełnienia funkcji szpitala tymczasowego²⁷, a więc zdarzeń dotyczących jeszcze m.in. 2020 r.

Zdaniem NIK, przedłużanie rozliczenia wydatków poniesionych przez PL.2012+ na tworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST na Stadionie Narodowym powoduje ryzyko, że koszty z tym związane będą ujawniane jeszcze w 2023 r., pomimo że ST już od dawna nie istnieje i że nie zostanie – w odniesieniu do wydatków dokonywanych na podstawie dyspozycji, wydawanych przez Ministra Szefa KPRM z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, zachowana zasada memoriału i współmierności, wynikająca z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości²⁸, 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 umowy z PL.2012+ 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.

²³ Ministrem Szefem KPRM był w okresie przeprowadzania czynności kontrolnych pan Michał Dworczyk. Od dnia 13 października 2022 r. stanowisko to zajmuje pan Marek Kuchciński. Dalej zwany również: Minister lub Szef KPRM.

²⁴ Dalej: PL.2012+

²⁵ Dalej: BGK.

²⁶ Decyzje uchylające z dnia 1 kwietnia 2022 r.

²⁷ Spółka PL.2012+ w piśmie z dnia 11 października 2021 r. skierowanym do KPRM oszacowała to roszczenie na kwotę 16,6 mln zł.

²⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 217 ze zm., dalej jako *ustawa o rachunkowości*.

Do dnia zakończenia kontroli nie zamknięto procesu rozdysponowania składników majątkowych, zakupionych przez spółki w związku z utworzeniem, organizacją i funkcjonowaniem ST, a następnie nabytych przez Skarb Państwa reprezentowany przez Ministra Szefa KPRM, ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, co skutkuje niemożnością ich pełnego wykorzystywania do celów, dla których zostały zakupione.

W związku z tym, że do dnia zakończenia kontroli składniki majątkowe szpitali tymczasowych w Siedlcach i na Stadionie Narodowym w Warszawie nie zostały przekazane przez KPRM docelowemu użytkownikowi i nie nastąpiło ostateczne rozliczenie umowy zawartej z PL.2012+, NIK odstępuje od oceny tego zagadnienia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej²⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Przygotowanie do tworzenia szpitali tymczasowych

1.1. Na podstawie art. 146 ust. 3 i 4 pkt 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.³⁰, Rada Ministrów³¹ 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 Ministrów³², 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 (...).

PRM jest także, na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej organem upoważnionym do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i może do tych samych czynności upoważnić innych dysponentów części budżetowych.

Zgodnie z art. 26 ust. 1 pkt 1 ustawy o RM, KPRM zapewnia obsługę RM i Prezesa RM. Zgodnie z art. 11h ust. 6 specustawy zadania PRM w zakresie wydawania poleceń w związku ze zwalczaniem COVID-19 wykonuje Szef KPRM. Do zadań Departamentu Instrumentów Rozwojowych w KPRM, zgodnie z §38 pkt 3 Regulaminu KPRM³³ należała m.in. współpraca z komórkami organizacyjnymi Kancelarii w celu zapewnienia obsługi Prezesa Rady Ministrów podczas wykonywania kompetencji określonych w przepisach specustawy – w zakresie, w jakim wynikają z nich uprawnienia Prezesa Rady Ministrów wobec Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Obecnie obowiązujący Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego został przyjęty 6 marca 2012 r. i był aktualizowany w 2019 r., a następnie w marcu 2022 r.

(akta kontroli str. 927-1151, 1393,1832, 2409-2419)

²⁹ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

³⁰ Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm. Dalej: *Konstytucja RP*.

³¹ Dalej: *RM*

³² Dz. U. z 2022 r. poz. 1188. Dalej: *ustawa o RM*

³³ Zarządzenie nr 14 Szefa KPRM z dnia 24 lipca 2018 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zarządzenie nr 19 Szefa KPRM z dnia 8 listopada 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zarządzenie nr 21 Szefa KPRM z dnia 6 grudnia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zarządzenie nr 1 Szefa KPRM z dnia 15 stycznia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zarządzenie nr 3 Szefa KPRM z dnia 23 stycznia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zarządzenie nr 10 Szefa KPRM z dnia 24 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zarządzenie nr 1 Szefa KPRM z dnia 20 stycznia 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Zarządzenie Nr 14 Ministra Szefa KPRM z dnia 9 listopada 2020 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

1.2. Tworzenie ST nie było przewidziane w sporządzanych przez wojewodów³⁴ w wojewódzkich planach postępowania na wypadek wystąpienia zagrożenia epidemicznego, ustalonych w ramach planów zarządzania kryzysowego przed 2 marca 2020 r³⁵. W związku z brakiem planów utworzenia szpitali tymczasowych nie analizowano i nie testowano tego rozwiązania przed rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Polski.

(akta kontroli str. 927-1151,1393,1832)

1.2.1. RZZK jest organem opiniodawczo-doradczym właściwym w sprawach inicjowania i koordynowania działań podejmowanych w zakresie zarządzania kryzysowego, działającym przy RM, tworzonym na podstawie art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym³⁶. PRM zgodnie z art. 8 ust. 2 pkt 1 *uozk* jest jego przewodniczącym. Regulamin RZZK ustalony został Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 października 2014 r. w sprawie organizacji i trybu pracy Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego³⁷. 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.

Objęte analizą NIK protokoły z posiedzeń RZZK nie zawierają postanowień określanych jako *decyzja*. Natomiast zawarte są w nich postanowienia określane jako *rekomendacje* i *wnioski*, bez rozróżnienia, który z punktów traktowany jest jako rekomendacja, a który jako wniosek. Zdaniem NIK, zgodnie z Regulaminem RZZK, prawidłową formą zajmowania i prezentowania stanowiska tego gremium są decyzje i tak należy interpretować polecenia, przybierające różne nazwy w protokołach z jego posiedzeń.

4 kwietnia 2020 r. na posiedzeniu RZZK została sformułowana decyzja o treści: *Przygotować plan budowy szpitali tymczasowych i rozpocząć przygotowania do utworzenia takiego szpitala w Forcie Wola*. Jako podmioty wskazane do realizacji tej decyzji wymieniono Ministra Aktywów Państwowych, Ministra Obrony Narodowej i Ministra Zdrowia. Protokół z posiedzenia RZZK podpisał jego Przewodniczący, Prezes Rady Ministrów Mateusz Morawiecki.

Decyzja RZZK z 4 kwietnia 2020 r. nie została odwołana ani też zmieniona na kolejnych posiedzeniach i pomimo tego nie została zrealizowana, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 1*.

(akta kontroli str. 1833-1838, 1841-1844, 2210-2211, 2324-2326)

1.2.2. W kwietniu 2020 r. na podstawie doświadczeń z misji lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie³⁸ do Bergamo w Lombardii, Słowenii i Stanów Zjednoczonych, w WIM został opracowany model mobilnego modułowego szpitala tymczasowego, mieszczącego się w kontenerach, przeznaczonego dla 60 pacjentów. Realizacja projektu została uznana za *bezprzedmiotową* 13 maja 2020 r. przez Ministerstwo Obrony Narodowej, a szpital wzorowany na tym modelu rozpoczął działalność 1 marca 2021 r³⁹.

³⁴ Na podstawie art. 44 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2022 r., poz.1657, dalej *uozzz*.

³⁵ Data uchwalenia specustawy.

³⁶ Dz.U. z 2022 r., poz. 261 ze zm. Dalej: *uozk*.

³⁷ M.P. z 2014 r., poz. 926, dalej: Regulamin RZZK.

³⁸ Dalej: *WIM*.

³⁹ 13 listopada 2020 r. MON wydał decyzję 366/DWSZdr w sprawie tworzenia ST modułowego w lokalizacji w Warszawie przy ul. Szaserów 128.

Na pytanie, dlaczego od kwietnia 2020 r. nie wykorzystano gotowego projektu WIM do przygotowania bazy mobilnych szpitali tymczasowych celem zabezpieczenia leczenia pacjentów chorych na COVID-19 w kolejnych falach epidemii ani nie wyeliminowano lokowania ST w obiektach wielkopowierzchniowych jako kosztownego i krótkotrwałego rozwiązania problemu leczenia pacjentów chorych na COVID-19, Minister Szef KPRM odpowiedział m.in., że: *Sprawy dotyczące zabezpieczenia miejsc szpitalnych na wypadek wzrostu hospitalizacji wynikających z epidemii COVID-19 były poruszane podczas posiedzeń Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego, którego obsługę zapewnia Rządowe Centrum Bezpieczeństwa.*

(akta kontroli str. 1558-1559, 1564-1565, 1698-1831, 1845-1850, 2212-2304)

1.2.3. Według wyjaśnień Ministra Szefa KPRM, problematyka organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych w Polsce miała być przedmiotem obrad Rady Medycznej, działającej przy PRM. Minister Szef KPRM dodał, że posiedzenia Rady nie były protokołowane. Rada Medyczna do spraw COVID-19 przy PRM została utworzona 6 listopada 2020 r., czyli już po przystąpieniu do tworzenia szpitali tymczasowych i wydaniu przez PRM 11 poleceń w tej sprawie. Stanowiska i opinie Rady Medycznej nie zawierają odniesień do organizacji i działania ST.

(akta kontroli str. 904-905, 908-910, 1275, 1278, 2327-2328, 2368-2409)

1.2.4. Utworzenie szpitali tymczasowych nie było przedmiotem obrad Rady Ministrów w październiku i listopadzie 2020 r., do tej koncepcji nie odniesiono się także przed 3 listopada 2020 r. w dokumentach planistycznych sporządzanych przez Ministra Zdrowia, ponieważ ani w *Strategii walki z pandemią COVID-19 - jesień 2020* z 3 września 2020 r., ani w *Strategii walki z pandemią COVID-19. Wersja 2.0* z 8 października 2020 r. nie ma wzmianki na ten temat. Natomiast w ogłoszonej przez MZ w dniu 3 listopada 2020 r. *Strategii walki z pandemią COVID-19 - jesień 2020. Wersja 3.0*, zawarto zapis: *Przygotowanie rozwiązań szczególnych jakimi są tzw. szpitale tymczasowe, organizowane ad hoc w budynkach użyteczności publicznej zapewniających warunki lokalowe niezbędne do zapewnienia miejsca i opieki nad pacjentem, w tym umożliwiające natychmiastowe zapewnienie wymaganej terapii zaawansowanej – planowane przy zbliżaniu się do 20 000 zakażeń dziennie. Uruchamiane sukcesywnie w zależności od sytuacji epidemicznej w poszczególnych województwach.*

(akta kontroli str. 1845-1850, 2212-2304, 2504-2542)

1.3. W toku kontroli NIK nie przedstawiono dokumentacji, na podstawie której PRM przystąpił do wydawania decyzji⁴⁰ zawierających polecenia tworzenia szpitali tymczasowych: 1] dokumentacji dotyczącej koncepcji (strategie, analizy, protokoły ze spotkań, konsultacji), 2] kalkulacji rozwiązań przyjętych i alternatywnych, planów lokalizacji, kalkulacji i analiz kosztów utworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, 3] standardów utworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, 4] dokumentacji dotyczącej wyboru podmiotów, którym PRM polecił organizację szpitali tymczasowych (notatek, protokołów, ustaleń w tym przedmiocie).

W odpowiedzi na prośbę o przekazanie tych dokumentów Minister Szef KPRM stwierdził, że *Wnioskowana przez NIK dokumentacja dotyczy okresu sprzed wydania przez PRM poleceń dotyczących organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych (...). Dalej stwierdził, że (...) Wydanie przez Prezesa Rady Ministrów poleceń,*

⁴⁰ Pierwsza decyzja PRM w sprawie utworzenia ST na Stadionie Narodowym w Warszawie jest datowana na 19 października 2020 r., co opisano szczegółowo w pkt 1.4.2. ppkt 11 nin. wystąpienia. Minister Zdrowia wydał pierwszą decyzję w sprawie utworzenia ST w dniu 16 października 2020 r. (dot. ST w Rzeszowie)

mających na celu przeciwdziałanie COVID-19, nie wymaga spełnienia dodatkowych warunków (...) do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 2*.

(akta kontroli str. 1275-1276, 1277-1278)

Minister wyjaśnił również, że problematyka organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych była m.in. przedmiotem posiedzeń RZZK. Według sprawozdania z prac RZZK za 2020 r., posiedzenia Zespołu były zwoływane: w październiku – 22 razy, w listopadzie – 27 razy i w grudniu – 12 razy. Zagadnienia związane z tworzeniem szpitali tymczasowych poruszono po raz pierwszy od kwietnia 2020 r. w dniu 13 października 2020 r.

(akta kontroli str. 1152-1154, 1275-1276, 1277-1278)

1.3.1 Podczas posiedzeń RZZK, obradującego pod przewodnictwem PRM, przekazywane były informacje o sytuacji epidemicznej w Polsce, w tym o dostępności łóżek dla pacjentów z COVID-19 i formułowano decyzje⁴¹ co do dalszego działania, skierowane do poszczególnych organów (ministrów, wojewodów).

Według danych MZ, 5 października 2020 r. w Polsce zajętych było 2 006 z 9 249 łóżek szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów chorych na COVID-19, 15 października 2020 r. zajętych było 6 538 z 14 142 łóżek, 17 października 2020 r. zajętych było 7 612 z 15 166 łóżek, 23 października 2020 r. zajętych było 10 788 z 18 432 łóżek, 31 października 2020 r. zajętych było 7 880 z 24 024 łóżek⁴², 5 listopada 2020 r. zajętych było 19 114 z 28 110 łóżek. Dla porównania: szpital tymczasowy na Stadionie Narodowym dysponował w dniu rozpoczęcia działalności (6 listopada 2020 r.), wg umowy zawartej ze spółką PL.2012+, 550 łózkami, a w Polsce było około 9 tys. wolnych łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19⁴³.

Z analizy danych o liczbie łóżek zajętych i wolnych, wyodrębnionych w szpitalach systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁴, w stałych miejscach udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej (tzw. *szpitalach stacjonarnych*) i w szpitalach tymczasowych utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych oraz w szpitalach modułowych wynika, że od 28 października 2020 r. (kiedy uruchomiono pierwszy ST w Krakowie) do 31 marca 2022 r. (kiedy zaprzestano publikacji codziennych danych), każdego dnia w tych szpitalach była wydzielona liczba łóżek niezbędna dla przyjęcia wszystkich pacjentów z COVID-19 i szpitale te dysponowały ponadto codziennie rezerwą wolnych łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19 większą, niż liczba łóżek utworzonych w ST działających w obiektach wielkopowierzchniowych. Oznacza to, że dla zapewnienia miejsc hospitalizacji dla chorych na COVID-19 nie było potrzebne tworzenie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych.

Przedstawia to wykres poniżej.

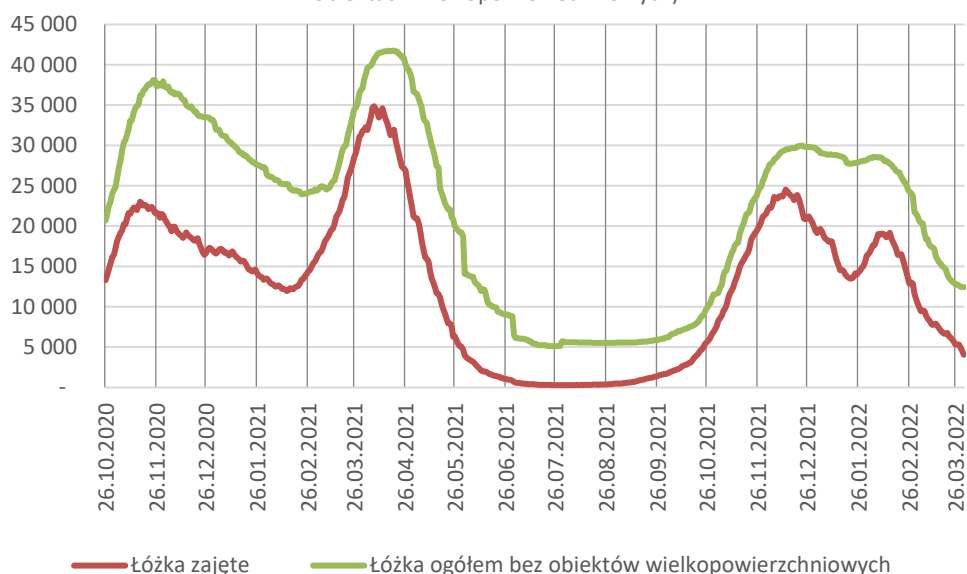
⁴¹ Zgodnie z §4 pkt 1-3 Regulaminu RZZK.

⁴² Dane liczbowe zawarte w Strategii 3.0., str. 22.

⁴³ 28 października 2020 r. przyjęty został pierwszy pacjent do tzw. szpitala tymczasowego w Krakowie, zorganizowanego na bazie Centrum Medycyny Ratunkowej i Katastrof, dysponującego wg. decyzji MZ, 250 łózkami dla pacjentów.

⁴⁴ Dz.U. z 2021, poz. 1285 ze zm., dalej jako ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Liczba hospitalizacji w Polsce w odniesieniu do bazy łóżek dla pacjentów COVID-19 (z wyłączeniem bazy łóżek szpitali tymczasowych zlokalizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych)



Źródło: opracowanie NIK na podstawie danych MZ

(akta kontroli str. 1152-1154, 1207-1274, 2232-2258, 2329-2336)

1.3.2. Temat szpitali tymczasowych nie był poruszany na posiedzeniach RZZK aż do 13 października 2020 r. 19 października 2020 r. PRM wydał decyzję o utworzeniu szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym⁴⁵.

Przed wydaniem decyzji PRM o utworzeniu szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym MZ miał dostęp do materiału pt. *Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19*. Dokument był datowany na 16 października 2020 r., a przy jego opracowaniu wykorzystano szkic koncepcyjny adaptacji centrum wystawienniczo-kongresowego AmberExpo w Gdańsku na potrzeby ST. Dokument dotyczy obiektu wymienionego w tytule, nie zawiera szacunku kosztów utworzenia szpitala i nie został zatwierdzony do stosowania przez MZ, ani inny organ.

(akta kontroli str. 1207-1274, 1322-1323, 1681-1697, 2334-2336)

Po wydaniu przez PRM decyzji o tworzeniu szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym zostały opracowane: *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*. Opracowanie, datowane na 27 października 2020 r., odnosiło się do prowadzonej w tym czasie adaptacji powierzchni i pomieszczeń Stadionu Narodowego do potrzeb szpitala tymczasowego. Jak wyjaśnił Minister Szef KPRM (...) *Opracowanie to udostępniono podmiotom zaangażowanym w przygotowanie i uruchomienie kolejnych szpitali tymczasowych*. Odpowiadając na pytanie o to, kto i kiedy zweryfikował ww. dokument i kto go zatwierdził, Minister Szef KPRM stwierdził, że *za opracowanie wytycznych w zakresie przygotowania i uruchomienia szpitali tymczasowych odpowiadało Ministerstwo Zdrowia*. *Ogólne wytyczne nie zostały formalnie zatwierdzone do stosowania przez MZ*.

(akta kontroli str. 1275, 1278, 1322-1323, 1558-1559, 1564-1565, 1645-1680)

⁴⁵ Szczegółowo opisana w pkt 1.4.2. ppkt 11 poniżej.

1.4. Szpitale 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] dokonywania zakupów sprzętu i wyposażenia dla potrzeb ww. obiektów (województwie), 6] dokonywania zmian w ww. decyzjach. Ogółem organy wydały decyzje w sprawie utworzenia 40 szpitali tymczasowych, z których uruchomione zostały 32 szpitale.

W celu wykonania decyzji administracyjnych wydanych przez PRM, Minister SzeF KPRM i MAP zawierali w sprawach poszczególnych szpitali umowy ze spółkami z udziałem Skarbu Państwa.

(akta kontroli str. 1318-1381, 1570-1571, 2327-2328)

1.4.1. PRM wydał, na podstawie art. 11 h ust. 2 i 4 specustawy, dwanaście decyzji polecających wskazanym w nich jedenastu spółkom z udziałem Skarbu Państwa podjęcie działań w celu utworzenia siedemnastu szpitali tymczasowych, z czego jedna decyzja obejmowała także wskazanie lokalizacji szpitala⁴⁶, co zostało szczegółowo opisane poniżej.

(akta kontroli str. 1318-1381, 1570-1571, 2327-2328)

Obowiązkiem organu prowadzącego postępowanie administracyjne jest dochowanie zasady pisemności określonej w art. 14 k.p.a. Zgodnie z art. 66a k.p.a., w aktach sprawy zakłada się metrykę sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej, w której treści wskazuje się wszystkie osoby, które uczestniczyły w podejmowaniu czynności w postępowaniu administracyjnym oraz określa się wszystkie podejmowane przez te osoby czynności wraz z odpowiednim odesłaniem do dokumentów zachowanych w formie pisemnej lub elektronicznej, określających te czynności (art. 66a §2 k.p.a.). Zgodnie z art. 66a §3 k.p.a. metryka sprawy, wraz z dokumentami do których odsyła, stanowi obowiązkową część akt sprawy i jest na bieżąco aktualizowana.

NIK nie przedłożono dokumentów, na podstawie których decyzje zawierające polecenia utworzenia i organizacji poszczególnych szpitali tymczasowych zostały wydane poszczególnym spółkom działającym z udziałem SP (np. notatki z negocjacji). Minister SzeF KPRM wyjaśnił w tej sprawie, że *Wybór podmiotów, którym Prezes Rady Ministrów polecił organizację szpitali tymczasowych, został dokonany po przeprowadzeniu ustnych konsultacji z wybranymi spółkami Skarbu Państwa, które ze względu na skalę swojej działalności i potencjał organizacyjny pozwalały oczekiwać właściwej realizacji poleceń dotyczących utworzenia szpitali tymczasowych (...).*

(akta kontroli str. 1275, 1278, 1560, 1570-1572)

Kontrolerom NIK nie przedstawiono kopii metryk spraw zakończonych wydaniem decyzji opisanych w pkt 1.4.2., do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 3.*

(akta kontroli str. 1533-1535)

⁴⁶ Decyzja z dnia 19 października 2020 r. dot. utworzenia szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym w Warszawie.

1.4.2. Prezes RM, na podstawie art. 11h ust. 3 i 4⁴⁷ specustawy, w związku z art. 104 k.p.a., w drodze dwunastu decyzji administracyjnych, wydał jedenastu spółkom działającym z udziałem Skarbu Państwa polecenia zorganizowania i utworzenia łącznie 17 szpitali tymczasowych, a mianowicie:

1) Polskiej Grupie Zbrojeniowej S.A. z siedzibą w Radomiu⁴⁸ PRM *polecił niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie kujawsko-pomorskim szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania szpitala tymczasowego* (decyzja⁴⁹ z 10 listopada 2020 r.). Według danych MZ, 10 listopada 2020 r. w woj. kujawsko-pomorskim było 1027 zajętych i 1117 wolnych łóżek dla pacjentów z COVID-19. Polecenie zrealizowano poprzez modernizację instalacji gazów medycznych w szpitalu w Radziejowie. Decyzja ta została uchylona 1 kwietnia 2022 r.⁵⁰ przez PRM.

(akta kontroli str. 1337-1338, 1583-1584, 2329-2333)

2) Polskiemu Koncernowi Naftowemu ORLEN S.A. w Płocku⁵¹ PRM polecił :

a. *Niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w wybranej lokalizacji szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku oraz utrzymaniu funkcjonowania tego szpitala* (decyzja z 28 października 2020 r.⁵²). Według danych MZ, 28 października 2020 r. w woj. mazowieckim było 1728 łóżek zajętych i 562 łóżek wolnych dla pacjentów z COVID-19. Polecenie zrealizowano poprzez budowę szpitala modułowego. Decyzja została uchylona przez PRM 1 kwietnia 2022 r.⁵³

b. *Niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą - lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w Ostrołęce szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla ww. lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania tego szpitala* (decyzja z 29 października 2020 r.⁵⁴). Decyzja ta została zmieniona 22 kwietnia 2021 r.⁵⁵ i po zmianie nakazywała utworzenie szpitala tymczasowego wraz z punktem szczepień oraz utrzymanie funkcjonowania tego szpitala wraz z punktem szczepień. Według danych MZ 29 października 2021 r. w woj. mazowieckim było 1845 łóżek zajętych i 600 łóżek wolnych dla pacjentów z COVID-19.

⁴⁷ Art. 11h został dodany przez art. 17 pkt 4 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 (Dz. U. poz. 1747) zmieniającej nin. ustawę z dniem 9 października 2020 r. Zgodnie z treścią cytowanego przepisu w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu Prezes Rady Ministrów może, z własnej inicjatywy, wydawać polecenia obowiązujące podmioty, tj. m.in. państwowe osoby prawne i osoby prawne. Wydając polecenie wobec przedsiębiorcy, Prezes Rady Ministrów może wyznaczyć organ odpowiedzialny za zawarcie umowy. Polecenia są wydawane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w drodze decyzji administracyjnej i podlegają natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagają uzasadnienia.

⁴⁸ Dalej: PGZ S.A.

⁴⁹ BPRM.222.18.248.2020

⁵⁰ BPRM.222.18.248.2020 (6)

⁵¹ Dalej: PKN ORLEN S.A.

⁵² BPRM.222.18.224.2020

⁵³ BPRM.222.18.224.2020(11)

⁵⁴ BPRM.222.18.228.2020

⁵⁵ BPRM.222.18.228.2020(07)

Polecenie zostało zrealizowane poprzez budowę szpitala modułowego z kontenerów. Decyzja została uchylona przez PRM 1 kwietnia 2022 r.⁵⁶
(akta kontroli str. 1371-1376, 1591-1592, 1601-1602, 2329-2333)

- 3) Grupie Lotos S.A.⁵⁷ PRM polecił *niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie pomorskim szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania szpitala tymczasowego* (decyzja z 2 listopada 2020 r.⁵⁸, zmieniona 22 kwietnia 2021 r.⁵⁹ w ten sposób, że przewidywała teraz także utworzenie i utrzymanie punktu szczepień przeciw COVID-19). Decyzje te w całości zostały przez PRM uchylone 30 sierpnia 2021 r.⁶⁰ W wykonaniu decyzji, na potrzeby szpitala tymczasowego został zaadaptowany obiekt wielkopowierzchniowy hali wystawienniczo-targowej. W dniu wydania decyzji w województwie pomorskim było 708 łóżek dla pacjentów z COVID-19 zajętych i 552 łóżka wolne. Decyzje te w całości zostały przez PRM uchylone 30 sierpnia 2021 r.⁶¹

(akta kontroli str. 1330-1336, 2329-2333)

- 4) Decyzja z 29 października 2020 r.⁶² nakazywała Powszechnej Kasie Oszczędnościowej Bank Polski S.A.⁶³ *niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie małopolskim dwóch szpitali tymczasowych zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania tych szpitali*. Polecenie zostało zmienione 2 listopada 2020 r. decyzją BPRM.222.18.230.2020(2) w taki sposób, że jeden szpital miał być utworzony w woj. małopolskim, a drugi w woj. wielkopolskim. W celu wykonania decyzji przystąpiono do tworzenia szpitala w woj. małopolskim (Hala „Jaskółka” w Tarnowie), lecz szpital nie został utworzony i oddany do użytku. Na czynsz i opłaty za wynajem obiektu hali w Tarnowie, w którym nie powstał szpital wydatkowano od listopada 2020 r. do kwietnia 2021 r. kwotę 2 099,0 tys. zł. Szpital w woj. wielkopolskim, który wskazano w zmienionej decyzji, nie został utworzony, choć polecenie PRM pozostawało w mocy do 22 kwietnia 2021 r., kiedy decyzją PRM BPRM.222.18.230.2020(10) przedmiot polecenia został zmieniony poprzez usunięcie z jego treści dwóch szpitali w dwóch województwach i wprowadzenie w ich miejsce zapisu, przewidującego utworzenie jednego punktu szczepień w województwie małopolskim. W dniu 28 lipca 2021 r.⁶⁴ decyzja ta została uchylona przez PRM. W dniu pierwszej decyzji w woj. małopolskim były 2 072 łóżka dla pacjentów z COVID-19 zajęte i 447 łóżek wolnych, a w woj. wielkopolskim były 1 182 łóżka zajęte i 454 wolne. W dniu decyzji zmieniającej lokalizację (3 listopada 2020 r.) w Małopolsce było 2 535 łóżek dla pacjentów z COVID-19 zajętych i 448 wolnych (co stanowiło 15% całkowitej liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19 w woj. małopolskim) podczas gdy w Wielkopolsce były zajęte 1342 łóżka, a 726 łóżek było wolnych (co stanowiło 35% całkowitej liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19 w woj.

⁵⁶ BPRM.222.18.28.2020(9)

⁵⁷ Dalej: LOTOS S.A.

⁵⁸ BPRM.222.18.234.2020

⁵⁹ BPRM.222.234.2020(10)

⁶⁰ BPRM.222.234.2020(22)

⁶¹ BPRM.222.234.2020(22)

⁶² BPRM.222.18.230.2020

⁶³ Dalej: PKO BP S.A.

⁶⁴ BPRM.222.18.230.2020(16)

wielkopolskim). Oznaczało to, że zmianą decyzji nakazano tworzenie szpitala tymczasowego w województwie, gdzie istniała większa rezerwa łóżek dla pacjentów z COVID-19, w porównaniu z województwem w którym ten szpital miał być pierwotnie utworzony.

(akta kontroli, str. 1347-1353, 2329-2333, 2337-2357)

- 5) Tauron Polska Energia S.A.⁶⁵ 29 października 2020 r. decyzją BPRM.222.18.227.2020 otrzymał polecenie *niezwłocznej realizacji działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie małopolskim dwóch szpitali tymczasowych zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania tych szpitali*. Po tym, jak okazało się, że jedna z lokalizacji wskazanych przez wojewodę małopolskiego nie może być wykorzystana (hala Tauron Arena w Krakowie) ze względu na trwającą gwarancję na obiekt hali, prace zostały wstrzymane po wykonaniu projektu adaptacji. Decyzja PRM pozostawała w niezmienionej treści do 22 kwietnia 2021 r., kiedy została zmieniona decyzją BPRM.18.227.2020(8), a obowiązek nałożony na spółkę został ograniczony do utworzenia jednego szpitala. W związku z tym, że zgodnie z decyzją rozpoczęto *niezwłoczną realizację działań*, a następnie te działania zostały wstrzymane, spółka wydała na projekt adaptacji 206,6 tys. zł, które zostały jej zwrócone na podstawie umowy zawartej z MAP. Decyzja ta została uchylona 7 grudnia 2021 r.⁶⁶ 29 października 2020 r. w woj. małopolskim były 2072 łóżka dla pacjentów z COVID-19 zajęte i 447 łóżek wolnych.

(akta kontroli str. 1359-1362, 2329-2333, 2351-2353, 2543-2552)

- 6) Spółce Węglokoks S.A. PRM wydał polecenie *niezwłocznej realizacji działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie śląskim dwóch szpitali tymczasowych zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania tych szpitala* (decyzja z dnia 29 października 2020 r.⁶⁷). Na tej podstawie przystąpiono do utworzenia jednego szpitala tymczasowego w Międzynarodowym Porcie Lotniczym Katowice w Pyrzowicach. Szpital został uruchomiony 1 kwietnia 2021 r. w terminalu na terenie Międzynarodowego Portu Lotniczego Katowice w Pyrzowicach.

Nie przystąpiono do tworzenia drugiego szpitala, a pomimo to decyzja pozostawała w niezmienionej treści do 22 kwietnia 2021 r.⁶⁸, kiedy PRM zmienił ją decyzją 222.18.229.2020(8), w wyniku czego spółka została zobowiązana do zorganizowania i utworzenia jednego szpitala tymczasowego w woj. śląskim. Decyzja ta została uchylona 1 kwietnia 2022 r.⁶⁹ 29 października 2020 r. w województwie było 1479 łóżek dla pacjentów z COVID-19 zajętych i 415 łóżek wolnych.

(akta kontroli str. 1355-1358, 1589-1590, 2329-2333)

⁶⁵ Dalej: Tauron S.A.

⁶⁶ BPRM.222.18.227.2020(16)

⁶⁷ BPRM.222.18.229.2020

⁶⁸ BPRM.222.18.229.2020(8)

⁶⁹ BPRM.222.18.229.2020 (10)

- 7) KGHM Polska Miedź SA⁷⁰ PRM polecił *niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie dolnośląskim dwóch szpitali tymczasowych zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania tych szpitali* (decyzja z 29 października 2020 r.⁷¹). Decyzja ta została zmieniona decyzją z 2 listopada 2020 r.⁷², w wyniku czego spółka została zobowiązana do zorganizowania i utworzenia trzech szpitali tymczasowych w województwie dolnośląskim. Następnie decyzja została zmieniona 11 grudnia 2020 r.⁷³ i powrócono do obowiązku zorganizowania i utworzenia dwóch szpitali tymczasowych.

21 kwietnia 2021 r. decyzja została zmieniona w taki sposób, że we fragmencie ustalającym Ministra właściwego do podpisania umowy z KGHM (MAP) dodano zdanie: *Zmiany decyzji powodują obowiązek odpowiedniego dostosowania do nich treści umowy. Zmiany decyzji nie mają wpływu na obowiązek rozliczenia przez Skarb Państwa - Ministra Aktywów Państwowych uprzednio zrealizowanych przez spółkę KGHM działań.*

Decyzja ta została uchylona 1 kwietnia 2022 r.⁷⁴ 19 maja 2022 r. decyzją wydaną na podstawie art. 155 w związku z art. 154 § 2 k.p.a., PRM zmienił decyzję z 1 kwietnia 2022 r. w ten sposób, że dodano do niej zdanie w brzmieniu *Uchylenie decyzji z dnia 29 października 2020 r.(...) zmienionej decyzją Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 grudnia 2020 r. (...) oraz decyzją Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 2021 r. (...) nie ma wpływu na obowiązek rozliczenia przez Skarb Państwa – Ministra Aktywów Państwowych uprzednio zrealizowanych przez spółkę KGHM (...) działań.* W uzasadnieniu decyzji powołano się na pismo pełnomocnika KGHM, w którym wnioskowano o zmianę decyzji z dnia 1 kwietnia 2022 r. i wskazano, że spółka wносиła o wskazanie podmiotu, który byłby zobowiązany pokryć poniesione przez nią koszty w sytuacji, gdyby Skarb Państwa nie zawarł z nią umowy wynikającej z treści decyzji. W odniesieniu do dwóch szpitali tymczasowych MAP zawarł z KGHM umowy, które zostały w pełni wykonane i rozliczone, a w zakresie trzeciego szpitala tymczasowego, który nie został utworzony, spółka poniosła określone koszty, a nieruchomości musiała zostać przywrócona do stanu poprzedniego, co miało miejsce za zgodą i akceptacją MAP. Koszty w tym zakresie zostały uzgodnione między stronami, a kosztorysy zaakceptowane, jednak ostateczna treść umowy nie została podpisana przed uchyleniem decyzji, tym samym do dnia uchylenia decyzji w dniu 1 kwietnia 2022 r. nie zawarto umowy.

W konkluzji zawarto zapis, że zmiana decyzji umożliwi zawarcie odpowiedniej umowy i rozliczenie zrealizowanych przez KGHM działań. Z ustaleń kontroli wynika, że koszt poniesiony przez spółkę, związany z realizacją ww. decyzji dot. szpitala tymczasowego w Lubinie i przywrócenia nieruchomości do stanu pierwotnego wyniósł 658,6 tys. zł. Według stanu z dnia 29 października 2020 r. w województwie dolnośląskim były 1002 zajęte łóżka dla pacjentów z COVID-19 i 779 wolnych, 2 listopada 2020 r. były 1523 łóżka zajęte i 1188 łóżek wolnych, a 11 grudnia 2020 r. było 1359 łóżek zajętych i 1501 łóżek wolnych.

(akta kontroli str. 1363-1370, 1595-1600, 2329-2333, 2553-2556)

⁷⁰ Dalej: KGHM S.A.

⁷¹ BPRM.222.18.226.2020

⁷² BPRM.22218.226.2020(2)

⁷³ BPRM.222.18.226.2020(9)

⁷⁴ BPRM.222.18.226.2020(19)

- 8) Totalizatorowi Sportowemu Sp. z o.o. PRM decyzją z 30 października 2020 r.⁷⁵, polecił *niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z wojewodą mazowieckim – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w Warszawie szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla ww. lokalizacji oraz utrzymaniu tego szpitala*. Decyzja ta została zmieniona 2 listopada 2020 r.⁷⁶, tak że obowiązkiem spółki było zorganizowanie i utworzenie jednego szpitala w województwie mazowieckim. Decyzja ta została wykonana poprzez modernizację istniejącego obiektu szpitalnego w Radomiu. Decyzja została uchylona 17 maja 2022 r.⁷⁷ 30 października 2020 r. w województwie mazowieckim było 1859 łóżek dla pacjentów z COVID-19 zajętych i 616 wolnych, 2 listopada 2020 r. było 2035 łóżek zajętych i 664 łóżka wolne.

(akta kontroli str. 1343-1346, 1587-1588, 2329-2333)

- 9) Grupie Azoty S.A. PRM decyzją z 3 listopada 2020 r.⁷⁸ polecił *niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze - w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie małopolskim szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania szpitala tymczasowego*. Do utworzenia tego szpitala tymczasowego nie przystąpiono. Decyzja ta została uchylona w całości 22 kwietnia 2021 r.⁷⁹ 3 listopada w woj. małopolskim było 2535 łóżek dla pacjentów z COVID-19 zajętych i 448 łóżek wolnych. Nie zostały poniesione koszty związane z realizacją decyzji.

(akta kontroli str. 1339-1342, 2329-2333)

- 10) Prezes RM decyzją⁸⁰ z dnia 2 listopada 2020 r. polecił Bankowi Gospodarstwa Krajowego *niezwłoczną realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na wyborze – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu w województwie mazowieckim dwóch szpitali tymczasowych, zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymywaniu tych szpitali*. Decyzją Prezesa RM⁸¹ z 12 listopada 2020 r. zmniejszono do jednego liczbę szpitali, które BGK miał utworzyć na terenie województwa mazowieckiego. 2 listopada 2020 r. w woj. mazowieckim było 2035 łóżek dla pacjentów z COVID-19 zajętych i 664 łóżka wolne a 12 listopada było 2786 łóżek zajętych i 1098 łóżek wolnych. Szczegółowy opis sposobu realizacji decyzji znajduje się w Obszarze 2 nin. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 1318-1321, 1585-1586, 2329-2333)

- 11) Spółce PL.2012+ Sp. z o.o.⁸² PRM polecił *realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na udostępnieniu i przystosowaniu terenu PGE Stadionu Narodowego, w tym obiektu i pomieszczeń, dla szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez Centralny Szpital*

⁷⁵ BPRM.222.18.231.2020

⁷⁶ BPRM.222.18.231.2020(2)

⁷⁷ BPRM.222.18.231.2020(8)

⁷⁸ BPRM.222.18.240.2020

⁷⁹ BPRM.222.18.240.2020(8)

⁸⁰ Decyzja znak: BPRM.222.18.233.2020.

⁸¹ Decyzja znak: BPRM.222.18.233(2).

⁸² Dalej: „PL.2012+”

Kliniczny MSWiA w Warszawie (decyzja z 19 października 2020 r.⁸³ zmieniona decyzjami z 3 listopada 2020 r.⁸⁴, 11 grudnia 2020 r.⁸⁵ i 12 stycznia 2021 r.⁸⁶).

W wyniku realizacji ww. decyzji, ogółem na utworzenie szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym do 31 maja 2022 r. wydatkowano kwotę 72 030 724,58 zł, z czego m.in.: na opłaty czynszowe za wynajem powierzchni obiektu wydatkowano 38 467,8 tys. zł, na adaptację obiektu wydatkowano 18 034,7 tys. zł, na opłatę eksploatacyjną wydatkowano 8 534,2 tys. zł, na pokrycie kosztów ochrony wydatkowano 4 348,3 tys. zł, a na pokrycie opłaty technicznej wydatkowano 1 971,3 tys. zł. Realizacja tej decyzji opisana została szczegółowo w Obszarze 2 nin. wystąpienia pokontrolnego.

Powyższe wydatki zostały dokonane niecelowo i nieefektywnie, do czego odniesiono się w Sekcji *stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli, str. 1322-1329, 1603-1604, 2329-2333)

W przypadku decyzji wymienionych w pkt 1-9, jako minister odpowiedzialny za zawarcie umowy został wskazany MAP, a polecenia wymienione w pkt 10 i 11 wskazywały na Ministra Szefa KPRM.

Uzasadniając wybór konkretnych spółek do realizacji zadań objętych decyzjami PRM Minister Szef KPRM wskazał na *brak podmiotów posiadających doświadczenie w organizowaniu tymczasowych szpitali, ponieważ zadanie to nie było realizowane wcześniej przez podmioty funkcjonujące na rynku, zaś spółki Skarbu Państwa dysponują i dysponowały potencjałem organizacyjnym, który pozwala na realizację tego rodzaju działań*. Minister dodał także, iż w powyższej sprawie prowadzone były tylko ustne konsultacje z wybranymi spółkami.

Zdaniem NIK, dobór podmiotów do realizacji decyzji PRM powinien być dokumentowany – stosownie do wymogów k.p.a., do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 3*. W procesie wyboru adresatów poleceń PRM powinno się także uwzględniać ich potencjał wykonawczy i doświadczenie. Tymczasem w dwóch przypadkach (BGK i PKO BP S.A.) tworzenie szpitali zlecono bankom, które w całym procesie musiały – wobec braku własnego potencjału – zlecać wykonanie prac podmiotom zewnętrznym.

(akta kontroli, str. 1275, 1278, 1318-1376, 1560, 1570-1572, 1583-1604)

Wszystkie ww. decyzje zawierały postanowienie, że pokrycie kosztów poniesionych przez spółki na utworzenie szpitali miało nastąpić ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, na warunkach określonych w art. 65 ustawy zmieniającej, na podstawie umów zawartych przez Skarb Państwa z wyznaczonymi spółkami. W dniu wydania decyzji nie były oszacowane koszty utworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 4*.

(akta kontroli str. 1318-1376, 1275-1278)

W jednym przypadku lokalizacja została wskazana w poleceniu PRM (PGE Stadion Narodowy w Warszawie), do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli str. 1322-1329)

1.4.3. W wykonaniu ww. 12 decyzji, które polecały 11 spółkom utworzenie 17 szpitali tymczasowych w siedmiu województwach oraz podejmowanych na ich podstawie działań utworzono i zorganizowano 11 szpitali: 1] w dwóch przypadkach przeprowadzona została modernizacja w zakresie m.in. instalacji (Radziejów

⁸³ BPRM.222.18.212.2020

⁸⁴ BPRM.222.18.212.2020(2)

⁸⁵ BPRM.222.18.212.2020(7)

⁸⁶ BPRM.222.18.212.2020(19)

i Wałbrzych), 2] w trzech przypadkach utworzono oddział dla chorych na COVID-19 w szpitalu o innym profilu działalności (Siedlce, Krynica-Zdrój, Radom), 3] utworzono trzy szpitale tymczasowe z kontenerów, z czego dwa zlokalizowane w sąsiedztwie istniejących szpitali (Ostrołęka i Legnica) i jeden na terenie innego obiektu (Płock), 4] utworzono trzy szpitale w obiektach wielkopowierzchniowych (Stadion Narodowy w Warszawie, Pyrzowice – terminal na terenie Międzynarodowego Portu Lotniczego Katowice w Pyrzowicach i Gdańsk – centrum wystawiennicze Amber-Expo).

W październiku 2020 r. ogólna liczba łóżek dla pacjentów z COVID-19 została zwiększona w wyniku oddania do użytku jednego szpitala tymczasowego z 250 łózkami (Centrum Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie – na bazie istniejącego obiektu), w listopadzie 2020 r. zwiększyła się o dalszych 738 łóżek (Szpital w Krynicy-Zdroju – 28 łóżek, Szpital MSWiA w Rzeszowie – 160 łóżek i szpital tymczasowy na Stadionie Narodowym w Warszawie – 550 łóżek). W grudniu 2020 r. zostało uruchomionych 11 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.

Ogółem w szpitalach tymczasowych powstałych na podstawie decyzji wydanych przez PRM, MZ i wojewodę warmińsko-mazurskiego utworzono 7439 łóżek dla pacjentów z COVID-19, z czego 4178 łóżek w szpitalach powstałych w obiektach wielkopowierzchniowych.

Z porównania ww. informacji z danymi o zakażeniach i hospitalizacjach wynika, że otwarcie większości ST, za wyjątkiem dwóch, dysponujących łącznie 800 łózkami (ST na Stadionie Narodowym – 550 i ST w CMR w Krakowie - 250) następowało po szczycie liczby zachorowań i hospitalizacji w czasie tzw. II fali COVID-19 w Polsce⁸⁷.

(akta kontroli str. 2329-2333, 2557-2558)

1.4.4. Z 17 szpitali tymczasowych objętych pierwotnymi decyzjami PRM powstało 11 szpitali tymczasowych, natomiast w pozostałych sześciu przypadkach: 1] nie powstały obydwa szpitale, które miało utworzyć PKO BP S.A., 2] nie powstał jeden z dwóch szpitali, które miał utworzyć Węgłokoks S.A., 3] nie powstał jeden z dwóch szpitali, które miał utworzyć Tauron S.A., 4] nie powstał jeden ze szpitali, które miał utworzyć BGK w woj. mazowieckim, 5] nie powstał szpital, który w Krakowie miała utworzyć Grupa Azoty S.A.

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 szpitali do dwóch (jak nakazywała pierwotna decyzja z 29 października 2020 r.).

W woj. małopolskim miało być utworzonych pięć szpitali, z czego powstał jeden (utworzony przez Tauron S.A. w Krynicy-Zdroju). Z pozostałych czterech: w przypadku dwóch szpitali (Hala Tauron Arena w Krakowie i Arena „Jaskółka” w Tarnowie) w związku z realizacją polecenia PRM poniesiono wydatki, które nie skutkowały utworzeniem szpitali, w jednym przypadku zrezygnowano z dalszych działań bez poniesienia kosztów, a lokalizacja jednego szpitala została zmieniona na woj. wielkopolskie (gdzie ostatecznie nie został utworzony i nie poniesiono kosztów). Utworzenie jednego z dwóch szpitali objętych poleceniem miało także miejsce w przypadku BGK i Węgłokoks S.A. (odpowiednio w woj. mazowieckim i śląskim) i nie poniesiono w związku z tym żadnych kosztów przed rezygnacją z ich tworzenia (decyzja dla BGK została zmieniona po 10 dniach, a decyzja dla Węgłokoks S.A. po 5,5 miesiąca). Z tworzenia jednego z trzech szpitali przez KGHM SA

⁸⁷ Najwyższa liczba hospitalizacji w Polsce w czasie tzw. II fali zachorowań wystąpiła 17 listopada 2020 r. kiedy w szpitalach były 23 033 zajęte łóżka dla pacjentów z COVID-19 i 13 697 łóżek wolnych.

zrezygnowano już po poniesieniu na adaptację nakładów w kwocie szacowanej przez spółkę na 658,6 tys. zł.

PRM otrzymywał z MAP informacje o stanie realizacji decyzji w sprawie utworzenia szpitali – po raz pierwszy 14 grudnia 2020 r., następnie 17 lutego 2021 r. i 29 marca 2021 r. oraz 13 kwietnia i 20 kwietnia 2021 r. We wszystkich pismach kierowanych do PRM MAP proponował zakres zmian w treści poszczególnych decyzji, które *miały na celu wsparcie spółek w ramach poprawnej oraz legalnej realizacji poleceń wskazanych w decyzjach Pana Premiera*. Jedno z pism MAP dotyczy w całości problemu realizacji decyzji PRM przez PKO BP S.A.

(akta kontroli str. 1318-1376, 2420-2470, 2557-2558)

W przypadku szpitali tymczasowych objętych poleceniami wydanymi dla: PKO BP S.A. (dwa ST), Tauron S.A. (jeden ST), Azoty S.A. (jeden ST) i Węgłokoks S.A. (jeden ST), decyzje PRM wydane w październiku i listopadzie 2020 r. nie zostały uchylone przez ponad 5 miesięcy (do 22 kwietnia 2021 r.) od dnia wydania, a szpitale nie zostały utworzone.

12 decyzji opisanych wyżej w pkt 1.4.2. wydano bez oszacowania kosztów związanych z ich realizacją i powiązania z liczbą brakujących łóżek dla pacjentów z COVID-19 w poszczególnych województwach, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 4*.

(akta kontroli str. 1318-1376, 2327-2328, 2329-2336)

1.5. 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. 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 rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2⁸⁸, zmieniono brzmienie art. 65 ustawy zmieniającej, w konsekwencji czego Fundusz przestał być państwowym funduszem celowym. Odpowiadając na pytanie, dlaczego rządowy projekt ustawy o szczególnych instrumentach przewidywał utratę przez Fundusz statusu państwowego funduszu celowego, określonego w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁸⁹ Minister stwierdził, że rozwiązania dotyczące Funduszu wpisywały się w cel jakim jest przeciwdziałanie COVID-19 i zmierzały do realizacji tego celu.

(akta kontroli str. 1559, 1567, 1577-1582)

1.5.1. PRM jako organ będący, na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej dysponentem Funduszu, nie ustalił, ani nie zlecił poszczególnym ministrom upoważnionym do wydawania dyspozycji wypłaty ze środków 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 dokonał także systemowej oceny działań podjętych w latach 2020-2022 w związku z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST, finansowanych ze środków Funduszu, pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej. Minister Szefer KPRM wyjaśnił, że PRM uznał, iż z przepisów ustawowych nie wynikał taki obowiązek, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli str. 1577, 1579-1578, 2490-2497)

⁸⁸ Dz.U. z 2020 r. poz. 695, ze zm.

⁸⁹ Dz.U. z 2022, poz. 1634 ze zm. dalej: *uofp*

Na podstawie umowy zawartej z BGK w dniu 21 kwietnia 2020 r. Bank codziennie przekazywał do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów informacje o stanie środków finansowych zgromadzonych na rachunku głównym i rachunkach pomocniczych oraz raport płynności Funduszu, obejmujący szacowane wpływy i wydatki Funduszu. Według wyjaśnień Ministra-Szefa KPRM, raporty te prezentują całość środków Funduszu zgromadzonych na rachunku głównym oraz rachunkach pomocniczych. Prezes RM dokonywał modyfikacji i zmian w planie finansowym Funduszu, tj.:

- w 2020 r. wprowadził 14 modyfikacji oraz 2 zmiany planu;
- w 2021 r. wprowadził 9 modyfikacji oraz 6 zmian planu;
- do 15 maja 2022 r. wprowadził 3 modyfikacje oraz 1 zmianę planu.

(akta kontroli str. 1531-1532, 1539-1546, 1570-1572, 1577-1582, 1869-1870)

1.5.2. W dwóch przypadkach czas wprowadzania zmiany do planu Funduszu spowodował, że wnioskujący o środki na przeciwdziałanie COVID-19 MZ nie był w stanie dotrzymać terminów na przekazanie ich do NFZ, określonych w jego poleceniu z dnia 2 marca 2021 r., skierowanym do Prezesa NFZ⁹⁰:

1] 29 lipca 2021 r. (pismo znak: BFC.320.83.2021.MG) – 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 (znak: BFC.320.83(4).2021.MG), 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, wskutek czego MZ, w związku z brakiem środków w Planie Finansowym Funduszu, przekazał NFZ środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 9 specustawy z 93-dniowym opóźnieniem w stosunku do terminu ustalonego w Poleceniu z 2 marca 2021 r. w odniesieniu do świadczeń sprawozdawanych przez podmioty lecznicze za czerwiec 2021 r. oraz 62-dniowym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w Poleceniu z 2 marca 2021 r. w odniesieniu do świadczeń sprawozdawanych przez podmioty lecznicze za lipiec 2021 r.

2] 9 listopada 2021 r. (w piśmie znak: BFC.320.161.2021.MG) – 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 znak BFC.320.168.2021.MG, 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, wskutek czego MZ przekazał NFZ środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 9 specustawy z 63-dniowym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w Poleceniu z 2 marca 2021 r. w odniesieniu do świadczeń sprawozdawanych przez podmioty lecznicze za sierpień 2021 r. oraz 34-dniowym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w Poleceniu z 2 marca 2021 r. w odniesieniu do świadczeń sprawozdawanych przez podmioty lecznicze za wrzesień 2021 r. Sytuacja taka, wg Prezesa NFZ (pismo z 28 października 2021 r. do MZ) mogła spowodować utratę płynności finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

W odpowiedzi na pytanie o przyczyny dokonywania zmiany w planie Funduszu w powyższy sposób, Minister Szef KPRM wskazał na trwające uzgodnienia

⁹⁰ Polecenie Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. wydane na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 specustawy. Dalej: Polecenie z 2 marca 2021 r. W pkt 10 powołanego Polecenia postanowiono, że *Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Narodowemu Funduszu Zdrowia środki finansowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania.*

i procedury związane z opracowaniem projektu zmian przez BGK oraz konieczność uwzględnienia roli jaką w procesie pełni Minister Finansów. Do powyższych zagadnień odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli str.1606-1607, 1609-1612, 2360-2364a, 2489-2497, 2564-2629)

W grudniu 2020 r. drogą mailową zostały przesłane do podmiotów upoważnionych do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu niepodpisane przez nikogo *Wytyczne w sprawie składania wniosków o zasilenie z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19*, w których 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* (gdy konieczne – podmiot upoważniony zwraca się pisemnie o zmianę do PRM). Cały obieg ww. dokumentów odbywać się miał drogą elektroniczną. *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.

(akta kontroli str. 1869-1870, 2360-2361)

W toku kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Aktywów Państwowych ustalono, że 23 grudnia 2021 r. MAP wnioskował do Prezesa RM o zasilenie ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 sumą przewyższającą o 1 012,5 tys. zł kwotę wynikającą z dowodów księgowych przedstawionych przez spółkę PKO BP S.A. w celu rozliczenia wydatków poniesionych na utworzenie punktu szczepień przeciwko COVID-19 w hali Arena „Jaskółka” w Tarnowie. MAP wyjaśnił, że zdarzenie to było spowodowane zatwierdzeniem do wypłaty na rzecz spółki kwoty niższej niż początkowo była planowana w harmonogramie, (...) *a w wyniku braku akceptacji dokumentów zamówione na płatności środki nie zostały wydatkowane w całości*. Spowodowało to pozostawieniem na rachunku MAP niewykorzystanych środków przez osiem dni, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli str. 2420-2425, 2630-2632)

W poleceniach wydanych przez PRM poszczególnym spółkom nie zawarto zobowiązania organów przekazujących środki z Funduszu (Ministrowie, wojewodowie) do weryfikacji związku wydatków dokonywanych w toku tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych z celem, dla którego utworzono ten Fundusz, co Minister Szef KPRM uzasadnił tym, że wydane polecenia miały za cel nałożenie zobowiązania do wykonania określonego zadania przez ww. spółki i tym samym określały ogólny zakres podejmowanych działań, natomiast szczegółowe rozwiązania dotyczące finansowania wykonywania tych działań, w tym ich rozliczenia, stanowiły przedmiot zawieranych umów. Minister wskazał przy tym, że zasady finansowania tych zadań określone były w specustawie COVID-19 (art. 11h ust. 7), a jednostki sektora finansów publicznych opierają się na gospodarce finansowej, która podporządkowana jest ogólnym zasadom prawa finansowego, jak również zasadom, które szczególnie dotyczą sektora finansów publicznych. Gospodarka środkami publicznymi podlega ścisłej regulacji prawnej, a także szczególnym trybom kontroli procesów związanych z rozdysponowaniem środków publicznych oraz gospodarowaniem nimi (...).

(akta kontroli str. 1318-1376, 1577-1582)

1.5.3. Łączny koszt utworzenia, organizacji, funkcjonowania i likwidacji szpitali tymczasowych w Polsce, rozliczony przez Ministrów upoważnionych do wydawania dyspozycji wypłaty z rachunków pomocniczych Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na dzień 31 lipca 2022 r. wyniósł 885 867,6 tys. zł.

Koszty te zostały poniesione na podstawie dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, składanych przez poszczególnych Ministrów:

- Ministra Szefa KPRM, w wysokości 79 591,2 tys. zł⁹¹ (z tego koszty w wysokości: 72 030,7 tys. zł dotyczyły ST utworzonego na Stadionie Narodowym w Warszawie, a koszty w kwocie 7 560,5 tys. zł dotyczyły ST utworzonego w obiekcie Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach);
- Ministra Aktywów Państwowych, w wysokości 117 488,2 tys. zł⁹² (z tego koszty w wysokości: 47 579,8 tys. zł dotyczyły dwóch ST utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych, 59 705,7 tys. zł dotyczyło trzech ST wybudowanych w technologii modułowej, 10 202,6 tys. zł dotyczyło czterech ST utworzonych w obiektach wykorzystywanych uprzednio do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej). Ponadto, kwotę 6 878,6 tys. zł stanowiły wydatki MAP niezakończone uruchomieniem dwóch szpitali tymczasowych (Arena „Jaskółka” w Tarnowie i hala Tauron Arena w Krakowie);
- MZ w wysokości 549 672,0 tys. zł⁹³ (z tego koszty w wysokości: 417 715,3 tys. zł dotyczyły 10 ST utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych i 131 956,7 tys. zł dotyczyły 10 ST utworzonych w obiektach wykorzystywanych uprzednio do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej);
- MON w wysokości 132 237,6 tys. zł⁹⁴ (z tego koszty w wysokości: 59 611,70 tys. zł⁹⁵ dotyczyły jednego ST utworzonego w obiekcie wielkopowierzchniowym i kwota 72 625,9 tys. zł dotyczyła jednego ST utworzonego w technologii modułowej).

(akta kontroli str. 2669-2670)

Z ustaleń kontroli wynika, iż proces rozliczenia wydatków poniesionych na utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych, które powstały na podstawie decyzji PRM, a były finansowane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, na podstawie dyspozycji Ministra Szefa KPRM i Ministra Aktywów Państwowych nie został sfinalizowany do dnia zakończenia nin. kontroli. Zatem w przypadku zmian w rozliczeniach z podmiotami, które ponosiły wydatki na utworzenie i funkcjonowanie ST wystąpi konieczność skorygowania sprawozdań finansowych Funduszu za okresy, których będą dotyczyć te zmiany. Na dzień zakończenia kontroli nie rozdysponowano także składników majątkowych nabytych przez Skarb Państwa reprezentowany przez Ministra Szefa KPRM i MAP, do czego odniesiono się szczegółowo w obszarze 2 nin. wystąpienia (w części dotyczącej KPRM).

(akta kontroli str. 2420-2471, 2499-2503)

Według stanu na 31 lipca 2022 r., na podstawie ww. 12 decyzji wydanych przez PRM, po uwzględnieniu zmian wprowadzonych decyzjami PRM oraz innych organów, w okresie objętym kontrolą zostało zorganizowanych, utworzonych i funkcjonowało 11 szpitali tymczasowych, dysponujących maksymalnie 2 132 łózkami⁹⁶, na co z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 poniesiono wydatki w wysokości 203 957,9 tys. zł, z czego na KPRM przypadło 79 591,2 tys. zł, a na MAP 124 366,7 tys. zł. Ze środków Funduszu sfinansowano także udzielanie

⁹¹ Dane na 31 maja 2022 r.

⁹² Dane na 31 lipca 2022 r.

⁹³ Dane na 30 czerwca 2022 r.

⁹⁴ Dane na 31 maja 2022 r.

⁹⁵ Uwzględniono szacunkowe koszty likwidacji ST w kwocie 4 381,0 tys. zł.

⁹⁶ Szpitale MAP – 1482 łóżka, szpitale KPRM – 650 łóżek.

świadczeń leczniczych w szpitalach tymczasowych utworzonych na podstawie decyzji PRM, MZ, MON i wojewody warmińsko-mazurskiego, w kwocie 1 146 839,6 tys. zł⁹⁷.
(akta kontroli, str. 1318-1376, 2358-2359, 2645-2647)

Prezes RM upoważnił MAP, MZ i Ministra Szefa KPRM do składania bez ograniczeń dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu. Natomiast PRM nie upoważnił do tego samego wojewodów, którzy są dysponentami części budżetowych, co Szef KPRM uzasadniał tym, że lista dysponentów rachunków pomocniczych Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 została określona zasadniczo na poziomie ministrów kierujących określonymi działami administracji rządowej, co pozwoliło na ograniczenie liczby dysponentów. Natomiast upoważnienie wojewodów rodziłoby konieczność utworzenia w BGK kolejnych 16 rachunków pomocniczych oraz zawarcia przez BGK kolejnych 16 porozumień regulujących zasady dostępu do rachunków pomocniczych Funduszu.

Minister Szef KPRM poinformował, że środki dla wojewodów na finansowanie utworzenia, organizacji i likwidacji szpitali tymczasowych zostały zabezpieczone w ramach planu Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez Ministra Zdrowia, co pozwoliło na scentralizowanie zadań w tym zakresie w ramach jednego ministerstwa, odpowiedzialnego za sektor ochrony zdrowia, a jednocześnie pozwalało na ujednoczenie podejścia do finansowania tych zadań z Funduszu.

(akta kontroli str. 1562-1569)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień ustalono, że wydatki na zadania związane z utworzeniem i organizacją szpitali tymczasowych ze środków Funduszu były pokrywane nie przez jednego, lecz przez co najmniej trzech dysponentów, tj. Ministra Szefa KPRM, MAP i MZ, w tym zakresie nie dokonano zatem centralizacji. W Planie Funduszu nie można tych wydatków zidentyfikować; w wierszach oznaczonych jako *pozycje* ujęto ogólne kwoty środków przyznanych Szefowi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (wiersz nr 1.10), Ministrowi Aktywów Państwowych (wiersz nr 1.9) i Ministrowi ds. Zdrowia (wiersz 1.4). W kwotach przypisanych Ministrom nie wyszczególniono kwot środków na utworzenie i działanie szpitali tymczasowych, ani innych szczegółowych wydatków. We fragmencie Planu odnoszącym się do Ministra Zdrowia, wyszczególniono środki na świadczenia zdrowotne związane z przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się COVID-19, lecz nie wyodrębniono środków na inne cele, w tym na finansowanie tworzenia szpitali tymczasowych.

Wobec braku szczegółowej klasyfikacji wydatków i wyznaczonych limitów dla kategorii odpowiadających paragrafom klasyfikacji budżetowej, na podstawie zestawienia pozycji planu i tytułu kosztów pokrywanych ze środków Funduszu nie można przeprowadzić weryfikacji, czy poszczególne wydatki zostały dokonane zgodnie z celem, dla którego utworzono Fundusz, czy ich limit nie został przekroczony na konkretny moment.

Zauważyć należy, że zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie⁹⁸ to minister właściwy do spraw administracji publicznej (MSWiA) sprawuje nadzór nad działalnością wojewody na podstawie kryterium zgodności jego działania z powszechnie obowiązującym prawem, a także pod względem rzetelności i gospodarności. Doszło zatem do sytuacji, w której MZ przekazywał wojewodom środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a nadzór nad gospodarnością wydatkowania tych środków należał w zasadzie do MSWiA.

⁹⁷ Środki na ten cel przekazywane były do NFZ na podstawie dyspozycji wypłaty wydawanych przez MZ – co zostało opisane i ocenione szczegółowo w wystąpieniu pokontrolnym kierowanym po kontroli D/21/505 do Ministra Zdrowia.

⁹⁸ Dz.U z 2022, poz.135.

Szczegółowa ocena realizacji zadań finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 jest przedmiotem odrębnej kontroli NIK⁹⁹.

(akta kontroli str. 1531-1532, 1558-1559, 1565, 1851-1868)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W powyższym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. PRM nie wyegzekwował od wskazanych Ministrów¹⁰⁰ wykonania decyzji RZZK z 4 kwietnia 2020 r. dotyczącej *przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych*. Decyzja ta (określana w protokole z posiedzenia RZZK jako *rekomendacja*) nie została odwołana, ani też zmieniona na kolejnych posiedzeniach RZZK, a w toku kontroli NIK nie przedstawiono takiego planu, stanowiącego jej realizację. Zaniechanie to, należy ocenić jako nierzetelną realizację kompetencji PRM wynikających z art. 148 pkt 5 Konstytucji RP oraz z art. 5 pkt 2 *ustawy o RM*.

(akta kontroli str. 2210-2211, 2324-2326)

Na pytanie NIK o przyczyny niewyegzekwowania wykonania ww. decyzji (tzw. *rekomendacji*) RZZK przez jej adresatów – członków Rady Ministrów, Podsekretarz Stanu w KPRM odpowiedziała, że właściwi do udzielenia odpowiedzi w tej sprawie są jej adresaci. Na pytanie o przyczyny niewykonania tzw. *rekomendacji* Sekretarz Stanu w MZ odpowiedział z upoważnienia Ministra Zdrowia, że skoro RZZK jest, zgodnie z prawem, ciałem opiniodawczym i doradczym, to jego rekomendacje nie mają mocy wiążącej. MAP odpowiedział, że nie był jedynym organem odpowiedzialnym za wykonanie tej *rekomendacji*, lecz nie wyjaśnił powodów niepodjęcia działań w celu jej realizacji. MON odpowiedział natomiast, że pytania NIK o przyczynę niezrealizowania *rekomendacji* RZZK w zakresie przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych *pozostają poza właściwością* MON.

Odpowiadając na pytanie zadane PRM, o to dlaczego nie wyegzekwował wykonania decyzji RZZK z 4 kwietnia 2020 r. Minister Szef KPRM z upoważnienia PRM wskazał, że (...) *do udzielenia odpowiedzi w zakresie realizacji rekomendacji Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego z dnia 4 kwietnia 2020 r. właściwi są ministrowie, których te rekomendacje dotyczyły*.

Zdaniem NIK, przewidzianą Regulaminem RZZK formą zajmowania i prezentowania stanowiska tego gremium są decyzje, podejmowane w drodze uzgodnienia. W przypadku braku zgody poszczególnych uczestników posiedzenia na podjęte decyzje, mają oni możliwość przedstawienia stanowiska odrębnego. Dlatego też poszczególne nakazy dotyczące wykonania określonych działań, zawarte w protokołach z posiedzeń RZZK, podpisanych przez Przewodniczącego (PRM) należy rozpatrywać w tym kontekście. Bez wątpienia tzw. *rekomendacja* z 4 kwietnia 2020 r. miała charakter decyzji, gdyż w jej treści zawarte było polecenie wykonania określonego zadania, skierowane do jasno wskazanych adresatów, których działania – w ramach Rady Ministrów – Prezes RM koordynuje i kontroluje, na podstawie art. 148 pkt 5 Konstytucji RP i od których może on żądać informacji, dokumentów i sprawozdań okresowych lub dotyczących poszczególnej sprawy albo rodzaju spraw, na podstawie art. 5 pkt 2 *ustawy o RM*. Takich działań PRM w przedmiotowym przypadku nie podjął. Wobec braku planu sporządzonego wcześniej, szpitale tymczasowe były tworzone w październiku i listopadzie 2020 r. bez przygotowania, w trybie *ad hoc*, a decyzje podejmowane w tym obszarze przez PRM były często zmieniane. Inną konsekwencją braku planu, było tworzenie szpitali tymczasowych w lokalizacjach w których nie były potrzebne, czego konsekwencją były przypadki ponoszenia

⁹⁹ P/22/007 Realizacja zadań finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

¹⁰⁰ Minister Zdrowia, Minister Aktywów Państwowych, Minister Obrony Narodowej.

wydatków na szpitala, których nie utworzono. Do tego zagadnienia odniesiono się w opisie nieprawidłowości nr 2, do czego odniesiono się poniżej.

(akta kontroli str. 1605-1614, 1833-1838, 1841-1844, 2210-2211, 2324-2326, 2489, 2492)

2. PRM przystąpił do tworzenia szpitali tymczasowych bez określenia celu takiego działania i wskazania adekwatnych mierników służących do monitorowania osiągania tych celów oraz bez analizy kosztów i efektywności organizacyjnej i ekonomicznej takiego rozwiązania, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Nie ustalono w szczególności liczby łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19, jakie powinny powstać w skali kraju, jak i w poszczególnych województwach dla zaspokojenia potrzeb w zakresie hospitalizacji pacjentów z COVID-19. Jako przyczynę podjęcia zakrojonych na dużą skalę działań bez należytego ich zaplanowania należy wskazać przyjęcie założenia, że wydawanie decyzji w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 nie wymagało spełnienia żadnych warunków wstępnych, na co wskazał w swoich wyjaśnieniach Minister Szef KPRM.

W wyjaśnieniach Minister Szef KPRM stwierdził także, że: w organizacji systemu przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19, w tym utworzenia szpitali tymczasowych, zaangażowani byli przede wszystkim właściwi ministrowie, w szczególności Minister Zdrowia i Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji. Sieć szpitali tymczasowych, która powstała dzięki zaangażowaniu właściwych organów nie obejmowała wyłącznie szpitali utworzonych na podstawie decyzji PRM, ale także m.in. szpitale zorganizowane przez Ministra Zdrowia i wojewodów.

(akta kontroli str. 1275-1277, 1570-1572)

Wyjaśnienia te nie zasługują na uznanie. Zdaniem NIK, fakt uczestniczenia w procesie tworzenia szpitali tymczasowych także innych podmiotów, poza PRM, nie zwalnia tego organu z obowiązku rzetelnego zaplanowanego działania i zapewnienia efektywnego wykorzystania w jego toku powierzonych PRM zasobów. Zauważyć przy tym należy, że decyzje administracyjne wydane przez PRM polecały przystąpienie do tworzenia 17 szpitali tymczasowych¹⁰¹, czyli liczby porównywalnej z liczbą szpitali do których tworzenia przystąpił MZ (18). Zatem odpowiedzialność obydwu organów za uzgodnienie działań w procesie tworzenia szpitali tymczasowych była porównywalna i by uniknąć nieracjonalnych i nieefektywnych działań (np. utworzenia zbyt dużej liczby takich jednostek i stosowania nieefektywnych ekonomicznie rozwiązań) obydwa organy powinny postępować według określonego planu. Opracowania tego planu PRM nie wyegzekwował od MZ i pozostałych adresatów decyzji RZZK z 4 kwietnia 2020 r. Zdaniem NIK, PRM bez należytego przygotowania podjął w przedmiotowym przypadku działania skutkujące wprowadzeniem do systemu ochrony zdrowia w Polsce na dużą skalę formy udzielania świadczeń leczniczych w rodzaju opieki szpitalnej w postaci szpitala tymczasowego. Wobec tego, iż tworzenie nowych miejsc udzielania świadczeń związane było z wysokimi kosztami, na każdym etapie tego procesu powinna być dochowana najwyższa staranność, dla zapewnienia przestrzegania zasady wydatkowania środków publicznych w sposób umożliwiający uzyskanie najlepszych efektów z danych nakładów i gwarantujący optymalny dobór metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Tymczasem, pomimo braku wcześniej sporządzonych analiz i planów, nie ustanowiono skutecznych narzędzi eliminujących ryzyko naruszenia powyższych zasad.

¹⁰¹ Z tej liczby utworzono 11 szpitali a 6 szpitali nie powstało z przyczyn opisanych w nin. wystąpieniu pokontrolnym.

3. W toku postępowań administracyjnych, poprzedzających wydanie decyzji w sprawie szpitali tymczasowych, zakończonych wydaniem przez PRM jedenastu spółkom z udziałem Skarbu Państwa poleceń utworzenia łącznie 17 szpitali tymczasowych, nie była w pełni przestrzegana zasada pisemności, określona w art. 14 k.p.a., bowiem nie sporządzono metryk spraw, wymaganych przepisem art. 66a k.p.a. Nie przeprowadzono też analiz, skutkujących zebraniem materiału dowodowego. Ponadto strony – adresaci decyzji, mimo wymogu określonego w art. 61 §4 k.p.a., nie zostały poinformowane o wszczęciu z urzędu postępowania administracyjnego.

Odpowiadając na pytanie w powyższej sprawie Minister Szef KPRM stwierdził, że decyzje przewidziane w art. 11h wydawane są w tych sprawach, w których szczególnie istotne jest niezwłoczne podjęcie działań zmierzających do przeciwdziałania COVID-19. Z tego też względu ustawodawca przewidział, że decyzje te mogą nie zawierać uzasadnienia, co stanowi odstępstwo od zasad określonych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowanie administracyjnego (art. 107 § 1 pkt 6, dalej: Kpa), ponadto mając na uwadze potrzebę pilnego podjęcia działań, w sytuacji, w której niezbędne jest wydanie decyzji w jak najkrótszym terminie, odstępstwo od zasad Kpa dotyczyć może również zastosowania art. 10 § 1 Kpa, czy też art. 61 § 4 Kpa, a zatem przepisów, które określają czynności poprzedzające wydanie decyzji. Należy bowiem zauważyć, że z uwagi na pilność podejmowanych działań, wydanie decyzji mogłoby wyprzedzać w praktyce skierowanie do strony postępowania ewentualnego zawiadomienia o wszczęciu postępowania, bądź o możliwości wypowiedzenia się w sprawie. Jednocześnie, za niecelowe w praktyce należałoby uznać kierowanie zawiadomień o wszczęciu postępowania oraz o możliwości wypowiedzenia się, wraz z wydaną decyzją. Z tego rodzaju okolicznościami mieliśmy do czynienia w przypadku decyzji dotyczących szpitali tymczasowych, które zostały wydane w celu niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do przeciwdziałania COVID-19. W związku z tym, przed wydaniem decyzji dotyczących szpitali tymczasowych art. 10 § 1 Kpa (umożliwienie wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań) oraz art. 61 § 4 Kpa (zawiadomienie o wszczęciu postępowania) nie mogły znaleźć zastosowania.

(akta kontroli str. 1533-1535)

Prezes Rady Ministrów uzupełnił wyżej przytoczone wyjaśnienia Ministra wskazując, że (...) wydawane polecenia realizują przyjęte przez ustawodawcę założenia, zgodnie z którymi nadrzędnym celem podejmowanych działań jest sprawna i szybka realizacja celów, którym są podporządkowane stosowane procedury oraz czynności podejmowane przez organy administracji publicznej. Zgodnie z art. 11h ust. 4 tej ustawy polecenia, o których mowa w art. 11h ust. 1-3, są wydawane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w drodze decyzji administracyjnej i podlegają natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagają uzasadnienia. Należy podkreślić, że procedura wydawania poleceń przez Prezesa Rady Ministrów nie ma charakteru jurysdykcyjnego, niezależnie od faktu, że ostateczną jej materialną formą jest decyzja administracyjna. Sposób i zakres regulacji wskazanych przepisów wyklucza zatem pełne zastosowanie Kodeksu postępowania administracyjnego. Ponadto wyjaśnił, że (...) w porządku prawnym funkcjonują zbliżone rozwiązania odnoszące się do kwestii braku postępowania jurysdykcyjnego, przy jednoczesnym wydaniu aktu w postaci decyzji administracyjnej. Jako przykład można wskazać ustawę z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902). Zwracam uwagę

na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 listopada 2016 r. (sygn. I OSK 1372/15) w którym NSA wskazał, że postępowanie w sprawie udostępnienia informacji publicznej nie ma charakteru postępowania jurysdykcyjnego, co powoduje, iż decyzja o odmowie udostępnienia informacji publicznej – jako niewydawana w indywidualnej sprawie administracyjnej w rozumieniu art. 1 pkt 1 K.p.a. – nie jest aktem administracyjnym w znaczeniu materialnym. Decyzja której podstawę stanowi art. 16 ust. 2 tejże ustawy jest tylko jedną z postaci zakończenia postępowania o walorze gwarancyjnym, w tym znaczeniu, że umożliwia adresatowi decyzji złożenie środka odwoławczego lub skargi. Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu przedmiotowego wyroku stwierdził, iż decyzja odmowna jest alternatywą dla czynności udostępnienia informacji publicznej i ma charakter odmowy uwzględnienia wniosku inicjującego sprawę o udostępnianie informacji publicznej. W ocenie Sądu nie powoduje to rozstrzygnięcia sprawy administracyjnej co do istoty w całości lub części w rozumieniu art. 104 § 2 K.p.a. W dalszej kolejności Naczelny Sąd Administracyjny zaprezentował pogląd, że ustawa o dostępie do informacji publicznej w ograniczonym zakresie odwołuje się do K.p.a. jak również ma w stosunku do regulacji K.p.a. charakter *lex specialis*. Należy podkreślić, że charakter *lex specialis* odnośnie do przepisów przyjętych w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorobach zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych nie powinien budzić wątpliwości. Omawiana ustawa jest tzw. *specustawą*, co oznacza, że jej postanowienia modyfikują rozwiązania przyjęte w innych aktach rangi ustawowej. Modyfikacja polega na tym, że przepisy *specustawy* normują daną materię w sposób samoistny, wyłączają wprost zastosowanie innych przepisów lub całych ustaw. Ze swej natury *specustawy* są ustawami kompleksowymi, gdyż w jednym akcie w sposób zbiorczy regulują materię wielu ustaw (...).

(akta kontroli str. 2490, 2493-2495)

NIK nie podziela stanowiska przedstawionego w powyższych wyjaśnieniach, w szczególności odnoszącego się do zakresu wyłączeń przepisów k.p.a. wynikających z przepisów *specustawy*. Zdaniem NIK, *specustawa* w odniesieniu do decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 11h przewiduje ich natychmiastową wykonalność z chwilą doręczenia lub ogłoszenia oraz odstępowanie od zasady uzasadnienia decyzji (art.11h ust. 4). Regulacje te służyć miały przyśpieszeniu realizacji celu jakim było przeciwdziałanie COVID-19. Przywołany przepis art. 11h *specustawy* nie zawiera natomiast wyłączeń stosowania przepisów k.p.a., w przeciwieństwie do wynikających wprost z innych regulacji przepisów *specustawy*, na mocy których ustawodawca wyraźnie określił zakres tych wyłączeń (np. nie stosuje się przepisu art. 106 k.p.a. w przypadku wskazanych decyzji [art.15zzb ust.18, art. 15zzc ust. 16, art.15zdd ust. 17, art. 15zda ust.16, art.15ze ust. 17, art. 15ze 2 ust. 18, art.15ze 4 ust.14b *specustawy*], jak również nie stosuje się przepisów art.163 ust. 2-4 k.p.a. w przypadku decyzji Ministra Zdrowia [art. 15zzzzza *specustawy*]). Powyższe świadczy o braku zamiaru Ustawodawcy wyłączenia stosowania innych niż wyraźnie wyłączone przepisów k.p.a. W orzecznictwie sądów przyjmuje się, że *Reguły poprawnej wykładni nie dopuszczają domniemywania istnienia ograniczeń i wyłączeń od powszechnie obowiązujących norm prawnych. Muszą one wynikać wprost i w sposób niebudzący wątpliwości z przepisów prawa*¹⁰². Oznacza to, że wszystkie inne reguły postępowania nie zostały wyłączone i powinny być stosowane w pełnym zakresie. Zatem Prezes RM, wydając decyzje

¹⁰² Por. np. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 29.07.2021 r. Sygn. Akt V SA/Wa 3081/21

administracyjne na mocy specustawy, nakazujące spółkom z udziałem Skarbu Państwa utworzenie szpitali tymczasowych, powinien prawidłowo wszcząć postępowanie, przeprowadzić postępowanie wyjaśniające z czynnym udziałem strony lub stron postępowania, a w razie potrzeby także zasięgnąć opinii (stanowiska) innego organu, zebrać i wnikliwie rozpatrzyć cały materiał dowodowy, by w rezultacie tych czynności zakończyć postępowanie poprzez wydanie decyzji merytorycznie rozstrzygającej sprawę co do jej istoty lub w inny sposób zakończyć postępowanie np. umorzyć prowadzone postępowanie, gdy stało się ono bezprzedmiotowe, z powodu braku (ustania) przesłanki (potrzeby) do wydawania decyzji. Nie ma zatem możliwości pomijania innych elementów postępowania wymaganych przepisami k.p.a., tylko w celu ułatwienia działania organowi wydającemu decyzję. W tym kontekście należy uznać, że ustalony w toku kontroli stan faktyczny nie uzasadnia przeprowadzenia postępowania z pominięciem powiadomienia strony wynikającego z przepisu art. 61§ 4 k.p.a. Powyższy wyjątek nie jest przewidziany również w przepisach *specustawy*.

Ponadto wskazanie w wyjaśnieniach PRM zasady *lex specialis derogat legi generali*, jako mającej uzasadnić wybiórcze stosowanie przepisów k.p.a. przez organy wydające decyzje administracyjne w trybie art.11h *specustawy* nie zasługuje na aprobatę, jak również, zdaniem NIK, w omawianej sytuacji zastosowanie ww. zakresowej reguły kolizyjnej jest nieodpowiednie. W ocenie NIK, kolizja pomiędzy k.p.a. i *specustawą* nie istnieje, skoro przepisy *specustawy* nie normują w ogóle etapu procedury administracyjnej związanego z powiadomieniem strony o wszczęciu postępowania (ani przez wprowadzenie nowej normy, ani poprzez uchylenie odpowiedniego przepisu k.p.a.). Z wykładni systemowej wynika więc, że mają być w tym przypadku stosowane przepisy k.p.a. Nadto, powołany przez PRM przykład orzecznictwa w sprawie dostępu do informacji publicznej jest nieadekwatny do omawianej sytuacji prawnej i faktycznej – w postępowaniu takim początkiem biegu sprawy jest wniosek strony o udostępnienie informacji, zatem strona wnioskująca sama wie, kiedy ma miejsce wszczęcie postępowania. W przypadkach opisanych w nin. wystąpieniu natomiast, postępowanie wszczyna z urzędu organ i to on zobowiązany jest bezsprzecznie do powiadomienia o tym fakcie strony, której prawa i obowiązki kształtować będzie we władczy sposób decyzja, która przygotowana jest w toku prowadzonego postępowania administracyjnego.

(akta kontroli str. 1318-1376, 2648-2664)

Na uznanie nie zasługuje także argument Ministra, że żaden z adresatów dotychczas nie odwołał się od wydanej decyzji ze względu na niedotrzymanie wymogu powiadomienia i że możliwe było wydanie nawet decyzji w formie ustnej z uwagi na fakt, iż brak wykorzystania środków zaskarżenia nie zwalnia z obowiązku przestrzegania procedury administracyjnej. Zauważyć należy ponadto, że także wydanie polecenia w formie ustnej powinno być poprzedzone przeprowadzeniem postępowania administracyjnego w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów.

(akta kontroli str. 1533-1535, 2648-2664)

W ocenie NIK, nie budzi wątpliwości fakt, że nadrzędnym celem podejmowanych działań miało być sprawne i szybkie przeciwdziałanie COVID-19 i temu celowi były podporządkowane podejmowane przez organy administracji publicznej czynności, ustalono jednak, że szybko wydane decyzje nie we wszystkich przypadkach skutkowały przeciwdziałaniem epidemii COVID-19, bo niektóre z nich nie zostały wykonane, pomimo wynikającego z przepisów ustawy obowiązku ich natychmiastowego wykonania, a umowy zawierane były już po wykonaniu poleceń objętych decyzjami w wyniku ich długiego procedowania.

Konieczność szybkiego wydania decyzji nie oznacza jednak zgody na dokonywanie przez organ swobodnego wyboru przepisów, które będzie on stosować.

4. PRM, nierzetelnie realizując zadania organu upoważnionego na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do dysponowania środkami Funduszu Przeciwdziałania COVID-19:

1] nie zapewnił ustanowienia skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem i monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków ponoszonych ze środków tego Funduszu m.in. na utworzenie, organizację i likwidację szpitali tymczasowych,

2] nie przeprowadził, ani też nie zażądał od Ministra Zdrowia ani 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.), ani po podjęciu decyzji o likwidacji szpitali tymczasowych 31 marca 2022 r.

Ad 1] Przyczyną powstania tej nieprawidłowości było przyjęcie przez PRM, że nie jest zobowiązany do tworzenia takich jednolitych w ramach administracji rządowej procedur postępowania dla podmiotów zaangażowanych w obszarze zarządzania planowaniem, monitorowaniem i rozliczaniem wydatkowania środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Jako skutki nieustanowienia tych narzędzi należy wskazać: 1] dwa przypadki przedłużenia czasu trwania procedury wprowadzania do planu Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 zmian, co spowodowało zagrożenie dla ciągłości finansowania wydatków ponoszonych przez świadczeniodawców w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 i zagrożenie utratą płynności NFZ, 2] jeden przypadek tzw. zasilenia rachunku pomocniczego MAP ze środków Funduszu kwotą 2 320,9 tys. zł, wynikającą z harmonogramu płatności, która po weryfikacji dokumentów przedstawionych przez PKO BP S.A. okazała się zawyżona o 1 012,5 tys. zł.

Odpowiadając z upoważnienia PRM na pytanie dlaczego, jako wyznaczony przepisami art. 65 ustawy zmieniającej Dysponent Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie zapewnił adekwatnego i skutecznego narzędzia do planowania i monitorowania wydatków ponoszonych m.in. na tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych, których pokryciu służyły środki Funduszu, a także mechanizmów zapobiegających wystąpieniu ryzyka braku środków pochodzących z tego źródła Minister SzeF KPRM wyjaśnił, że funkcjonowanie Funduszu reguluje art. 65 ustawy zmieniającej.

Zgodnie z przepisami ww. ustawy, Prezes RM może upoważnić do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu dysponenta części budżetowej lub ministra kierującego określonym działem administracji rządowej, określając jednocześnie zakres tego upoważnienia. Korzystając z tego uprawnienia, PRM upoważnił do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu poszczególnych dysponentów, z którymi BGK zawarł stosowne porozumienia, regulujące sposób obsługi rachunku pomocniczego oraz realizacji dyspozycji wypłaty środków. Według ww. wyjaśnień, zgodnie z trybem funkcjonowania Funduszu, wydatki finansowane ze środków Funduszu realizowane były poprzez dysponentów rachunków pomocniczych, zatem monitorowanie poszczególnych wydatków odbywało się w urzędach obsługujących poszczególnych dysponentów. Ponadto, Minister udzielając wyjaśnień z upoważnienia PRM wskazał, że mając na uwadze skalę finansowanych zadań, w celu zapewnienia gospodarnego, efektywnego wykorzystania środków

Funduszu, upoważniał poszczególnych dysponentów rachunków pomocniczych Funduszu do dysponowania środkami w granicach planu finansowego Funduszu. Według ww. wyjaśnień, *gospodarne i efektywne wykorzystanie środków FPC w poszczególnych latach zapewniane było przez proces opracowywania i uzgadniania planu finansowego Funduszu oraz zmian do tego planu, w którym to procesie każdorazowo udział bierze Minister Finansów.*
(akta kontroli str. 2337-2357, 2360-2365, 2491, 2496-2497, 2543-2556, 2564-2629, 2630-2632)

Zdaniem NIK, wskazany w powyższych wyjaśnieniach mechanizm okazał się jednak niewystarczający do zapewnienia stabilnego finansowania wydatków na udzielanie świadczeń leczniczych w ramach przeciwdziałania COVID-19. Brak wiążących regulacji na poziomie ustawowym w zakresie terminów przeprowadzania zmian w planie Funduszu spowodował przedłużenie czasu trwania tych czynności w stopniu, który zagroził utratą płynności przez NFZ. W takich sytuacjach wskazanie terminów na wykonanie poszczególnych czynności w obowiązujących przepisach mobilizuje organy do sprawnego załatwiania spraw – a takie terminy nie zostały przez PRM określone. NIK zwraca uwagę, że takie ryzyko (braku płynności) w odniesieniu do procesu realizacji Budżetu Państwa lub planów finansowych państwowych funduszy celowych jest mitygowane poprzez konieczność wcześniejszego planowania wydatków, nieprzekraczalny charakter ich limitów i ustalone rygory dokonywania zmian w planie finansowym jednostek, których naruszenie może powodować konsekwencje wynikające z ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁰³. Podobny mechanizm ochronny działa także w przypadku NFZ, gdzie zabezpieczenie przez utratą płynności stanowi zasada, że podmioty lecznicze mogą zaciągać zobowiązania do wysokości kontraktów zawartych z Płatnikiem (NFZ). Zasad powyższych nie stosuje się jednak do wydatkowania środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Natomiast wyjaśniając, dlaczego *Wytyczne w sprawie składania wniosków o zasilenie z funduszu przeciwdziałania COVID-19*, nie zostały określone przez Prezesa Rady Ministrów w formie powszechnie obowiązującego w ramach administracji rządowej polecenia, a zamiast tego poprzestano na przekazaniu Ministrom drogą elektroniczną tekstu nieokreślonego autorstwa, pozbawionego cech dokumentu urzędowego, Minister Szef KRPM stwierdził, że taki obowiązek nie wynikał z przepisów ustawowych, a przekazanie *Wytycznych* w sprawie składania wniosków o zasilenie z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w przyjętej formie miało na celu ujednoczenie procesu składania wniosków o zasilenie rachunków pomocniczych.

(akta kontroli str. 1577-1604, 1869-1870)

Zdaniem NIK, przedmiotowe *Wytyczne* także nie okazały się narzędziem skutecznie zapewniającym rzetelność planowania wydatków przez podmioty upoważnione do wydawania dyspozycji wypłat z rachunków w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Tym samym nie tworzyły skutecznego mechanizmu ograniczającego ryzyko zgłaszania zawyżonego zapotrzebowania na środki i pobierania z Funduszu kwot wyższych od tych, które wynikały z rzetelnie zweryfikowanych dokumentów finansowych. Dowodzi tego opisany wyżej przypadek pobrania z rachunku pomocniczego w Funduszu zbyt dużej kwoty, ustalony w toku kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Aktywów Państwowych. I choć kwota, o którą zawyżono zasilenie, jak i długość czasu pozostawienia jej

¹⁰³ Dz.U. z 2021r., poz. 289

na rachunku pomocniczym, do którego dyspozycje wydawał MAP, nie powodowały systemowego zagrożenia dla zdolności pokrywania przez Fundusz zobowiązań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, to jednak sytuacja ta dowodzi niedoskonałości mechanizmu zarządzania planowaniem, monitorowaniem i rozliczaniem wydatków Funduszu.

(akta kontroli str. 1577-1604, 1869-1870)

Ad 2] Natomiast, przyczyną niezapewnienia przez PRM systemowej oceny rezultatów wydatkowania środków z Funduszu na przeciwdziałanie COVID-19 poprzez tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych było uznanie, że zadanie to *wiąże się z zakresem działania Ministra Zdrowia*.

Rezultatem zaniechania systemowej oceny efektywności wydatkowania środków z Funduszu COVID-19 było natomiast niezapewnienie postępowania zgodnego ze standardem 6., zawartym w komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, w którym zaleca się przeprowadzanie oceny osiągania celów działań, uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności.

W ocenie NIK, wyniki systemowej oceny efektywności ekonomicznej i organizacyjnej wykorzystanych modeli ST, 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, do czego odniesiono się w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5* poniżej.

(akta kontroli str. 2329-2333, 2358-2359, 2360-2365, 2490, 2495-2496, 2564-2632, 2669-2670)

W sprawie niezapewnienia systemowej oceny działań finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, podjętych w związku z utworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST w latach 2020 – 2022 pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej w przeciwdziałaniu epidemii, udzielając odpowiedzi z upoważnienia PRM, Minister Szef KPRM wyjaśnił, że (...) *kwestie strategii walki z pandemią COVID-19, w tym oceny funkcjonowania systemu szpitalnego zabezpieczenia przed COVID-19, wiążą się z zakresem działania Ministra Zdrowia. Jak wskazano w Strategii walki z pandemią COVID-19 (zima/wiosna 2022) „Resort zdrowia, w odpowiedzi na stale zmieniającą się sytuację epidemiczną w kraju i na świecie, pojawianie się nowych wariantów wirusa SARS-CoV-2, najnowsze doniesienia naukowe i rekomendacje w sprawach zwalczania COVID-19, wypracowuje i/lub modyfikuje środki służące wzmocnieniu działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.” (...). W ww. dokumencie wskazano również, że „stworzone zostały tzw. szpitale tymczasowe w których udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Świadczenia te realizowane są przez szpitale zlokalizowane w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania tych świadczeń. Tym samym medycznie i organizacyjnie podział podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów COVID-19 obejmuje: • Szpital na poziomie I, • Szpital na poziomie II, • Szpital tymczasowy.” Jak wynika z powyższego dokumentu, system szpitalny zabezpieczenia przed COVID-19 obejmował szpitale, w tym szpitale tymczasowe, z których tylko część była utworzona w związku z poleceniami Prezesa Rady Ministrów. Chciałbym zauważyć, że kwestie strategii walki z pandemią COVID-19 należą do zakresu działania Ministra Zdrowia, który przygotowuje m. in. wspomnianą wyżej Strategię walki z pandemią COVID-19, jednak źródła wypracowywania przez niego środków służących wzmocnieniu działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem*

COVID-19 określa sam Minister Zdrowia. Nie wyklucza to również oceny dokonywanej na poziomie wojewodów, na którą – jak wynika z przytoczonej treści odpowiedzi – wskazywał Minister Zdrowia.

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, że choć sprawy związane z finansowaniem przeciwdziałania epidemii COVID-19 znajdowały się częściowo w zakresie właściwości Ministra Zdrowia, który pełnił w tym obszarze istotną rolę ministra właściwego ds. zdrowia, wynikającą z art. 4 ust. 2 w związku z art. 31 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji rządowej, to finansowanie różnorodnych działań związanych z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST pozostawało także w obszarze właściwości innych Ministrów.

W rezultacie Prezes Rady Ministrów jest jedynym podmiotem, mającym z mocy art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej, samoistne prawo do dysponowania środkami z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i dostęp do całościowej informacji o wydatkowaniu z tego źródła środków na finansowanie tworzenia, funkcjonowania i likwidacji ST. Z tego też tytułu to na nim spoczywa odpowiedzialność za ustanowienie w odniesieniu do całokształtu aktywności finansowanej ze środków Funduszu, ujednoczonych narzędzi planowania, monitorowania i rozliczania wydatków, jak również zapewnienie, by została dokonana ocena oszczędności, efektywności i skuteczności osiągania celów działań finansowanych z Funduszu.

Przytoczony fragment opublikowanej przez MZ *Strategii walki z pandemią COVID-19 (zima/wiosna 2022)* i wskazana w nim przez Ministra Zdrowia rola kierowanego przez niego resortu, nie odnoszą się do spraw związanych z efektywnością wykorzystania środków finansowych pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, lecz do spraw merytorycznych, związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i jego organizacją.

Zaznaczyć należy, że uwzględniając wiodącą rolę Ministra Zdrowia w przeciwdziałaniu COVID-19, PRM mógł także, na podstawie art. 5 pkt 2 ustawy o RM, zażądać od tegoż MZ informacji, na temat efektywności organizacyjnej i ekonomicznej nowej formy udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej, finansowanej ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, jaką były szpitale tymczasowe. W związku z tymi argumentami NIK uznaje, że wyjaśnienia powyższe nie usprawiedliwiają działań PRM.

(akta kontroli str. 2259-2304,2490, 2495-2496)

5. Prezes Rady Ministrów, wykonując nierzetelnie obowiązki organu administracji, przewidziane w art. 11h ust. 3 i 4 specustawy w związku z art. 104 k.p.a., bez dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, do czego zobowiązywał go art. 7 k.p.a, wydał dwanaście decyzji, opisanych szczegółowo w pkt 1.4.2. powyżej, objętych, wynikającym z art. 11h ust. 9 specustawy, obowiązkiem natychmiastowego wykonania, zawierających polecenia utworzenia 17 szpitali tymczasowych dla 11 spółek z udziałem Skarbu Państwa. Decyzje te zostały wydane bez powiązania z zapotrzebowaniem na łóżka dla pacjentów z COVID-19, wynikającego z sytuacji epidemiologicznej w Polsce oraz bez oszacowania kosztów działań wynikających z tych decyzji.

Przyczyną tych nierzetelnych działań było przystąpienie do tworzenia sieci szpitali tymczasowych bez planów i przeprowadzenia analiz, jak również niepełne wykorzystywanie przez PRM informacji na temat sytuacji epidemiologicznej w kraju i poszczególnych województwach, w tym informacji dotyczących liczby hospitalizacji oraz łóżek wolnych i zajętych w kraju i poszczególnych województwach, będących w posiadaniu Ministra Zdrowia. Natomiast skutkiem było:

1] dokonywanie zmian w treści decyzji odnoszących się do lokalizacji i liczby ST, już po upływie kilku dni od ich wydania (4 decyzje¹⁰⁴),

2] pozostawianie niewykonanych decyzji objętych obowiązkiem natychmiastowego wykonania w obrocie prawnym przez okres ok. 5 miesięcy (4 decyzje dotyczące 5 ST¹⁰⁵),

3] wydatkowanie w sposób niecelowy i nieefektywny kwoty 72 030,7 tys. zł. na utworzenie i funkcjonowanie szpitala tymczasowego oraz punktów szczepień na Stadionie Narodowym w Warszawie,

4] niegospodarne wydatkowanie środków publicznych w kwocie 2 305,6 tys. zł na realizację prac przy szpitalach, z których uruchomienia ostatecznie zrezygnowano, finansowanych na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez MAP¹⁰⁶.

Ponadto, w decyzjach (za wyjątkiem jednej – wydanej dla PL.2012+) nie odnoszono się do liczby łóżek (nawet w formie przedziału wartości od-do), jakie należy zapewnić w poszczególnych województwach, ani do szczegółowej lokalizacji ST, lecz odnoszono się do liczby szpitali tymczasowych, jaką miał utworzyć adresat decyzji w danym województwie, co stanowiło nieprecyzyjny miernik osiągania celu, jakim było zabezpieczenie liczby łóżek niezbędnej dla leczenia wszystkich pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji.

(akta kontroli str. 1275-1277, 1318- 1376, 1583-1604, 2327-2357, 2337-2357, 2543-2556, 2630-2632, 2669-2670)

Ad 1] Odpowiadając na pytanie w sprawie zmian w lokalizacji i liczbie szpitali tworzonych na podstawie decyzji PRM we wskazanych przez NIK pięciu przypadkach¹⁰⁷, PRM¹⁰⁸ i Minister SzeF KPRM zgodnie wyjaśnili, że sieć szpitali tymczasowych obejmowała także szpitale zorganizowane przez MZ i wojewodów, a zasoby systemu ochrony zdrowia były przedmiotem analizy na posiedzeniach RZZK. W dalszej części wyjaśnień Minister SzeF KPRM odpowiadając z upoważnienia PRM stwierdził, że *polecenia PRM* i innych organów były wydawane z uwzględnieniem konieczności pilnego podjęcia działań zmierzających do zapewnienia pomocy osobom chorym, a zatem były zgodne z celem określonym w tzw. specustawie COVID-19. Podkreślił, że nie można się zgodzić ze stwierdzeniem, że ze względu na nieutworzenie niektórych szpitali wskazanych w pierwotnych poleceniach, czy dokonywania zmiany decyzji, w chwili wydawania decyzji brak było rzetelnego rozpoznania potrzeb w zakresie organizacji szpitali. Według Ministra Szefa KPRM: *Powyższe nie świadczy o braku rzetelności, lecz wręcz przeciwnie, wskazuje na to, że organizacja systemu przeciwdziałania COVID-19 była na bieżąco weryfikowana w oparciu o aktualną sytuację epidemiologiczną.* Ponadto Minister zaznaczył, że priorytetem podejmowanych działań było niedopuszczenie do tego, by zabrakło w którejkolwiek części Polski możliwości hospitalizacji dla chorych pacjentów.

(akta kontroli str. 1573-1576, 2489-2490, 2498)

Powyższe wyjaśnienia nie stanowią usprawiedliwienia postępowania PRM, ponieważ:

¹⁰⁴ Decyzje wydane dla PKO BP SA, KGHM SA, Totalizator Sportowy Sp. z o.o., BGK.

¹⁰⁵ Decyzje wydane dla PKP BP SA, Węglkokoks SA, Tauron SA, Grupa Azoty SA.

¹⁰⁶ Kwota 2099,0 tys. zł wydatkowana na czynsz i opłaty eksploatacyjne w okresie 6 miesięcy tworzenia szpitala tymczasowego w Tarnowie, który nie został uruchomiony, 206,6 tys. zł na prace projektowe nad adaptacją Hali Tauron Arena w Krakowie. Dodatkowo KGHM złożył roszczenie na kwotę 658,6 tys. zł za prace przy adaptacji i likwidację adaptacji w szpitalu w Lubinie, który nie powstał. Szczegółowe okoliczności wydatkowania ww. kwoty zostały wskazane w wystąpieniu pokontrolnym kierowanym po kontroli D/21/505 do Ministra Aktywów Państwowych.

¹⁰⁷ Polecenia dla KGHM, PKO BP, Węglkokoks SA, Grupa Azoty SA i Tauron S.A.

¹⁰⁸ Odpowiedzi udzielił z upoważnienia PRM – Minister SzeF KPRM.

W ocenie NIK, fakt *podejmowania* decyzji o tworzeniu szpitali tymczasowych podczas posiedzeń RZZK, na co powołano się w wyjaśnieniach, nie zwalnia PRM jako organu administracji z obowiązku podjęcia wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego (art. 7 k.p.a) przed *wydaniem* decyzji administracyjnej, zawierającej polecenie przystąpienia do tworzenia poszczególnych szpitali. Zatem działania PRM, 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 w posiadaniu MZ i były udostępniane systematycznie pozostałym organom (jak również obywatelom).

Konieczność dokonywania szybkich (nawet po upływie kilku dni) zmian w decyzjach wydanych przez PRM, wbrew wyjaśnieniom, świadczy o braku rzetelnego rozpoznania potrzeb w zakresie organizacji szpitali tymczasowych w poszczególnych województwach i miejscach (tak np. w wyniku przeszacowania potrzeb w woj. mazowieckim zrezygnowano z utworzenia drugiego ST przez BGK po 10 dniach od wydania decyzji¹⁰⁹). Innym przykładem jest zwiększenie z dwóch do trzech liczby szpitali, jakie w woj. dolnośląskim miał utworzyć KGHM SA, już po 3 dniach od wydania pierwszej decyzji, i po kolejnych 39 dniach rezygnacja z tworzenia tego szpitala¹¹⁰. W innym jeszcze przypadku, dokonana po upływie zaledwie kilku dni od wydania polecenia PRM zmiana w treści decyzji dla PKO BP SA, spowodowała przeniesienie lokalizacji jednego ze szpitali 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 ST w woj. wielkopolskim).

Rzetelne postępowanie, prowadzące do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego 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 jest w takim przypadku decyzja o liczbie szpitali jakie należy utworzyć. Tymczasem decyzje PRM określały liczbę szpitali jakie należało utworzyć (nie określano w nich liczby łóżek do utworzenia w poszczególnych województwach) i były wydawane nawet wówczas, kiedy w wyniku działań właściwych wojewodów i MZ, z ogółu łóżek szpitalnych w Polsce i poszczególnych województwach wydzielono łóżka w liczbie wystarczającej do zabezpieczenia wszystkich pacjentów chorych na COVID-19 wymagających hospitalizacji.

(akta kontroli str. 1207-1274, 1318- 1376, 2324-2326, 2329-2333)

Ad 2] Kolejnym dowodem na brak powiązania wydawanych decyzji z sytuacją epidemiologiczną było pięć przypadków, kiedy pomimo wydania decyzji o utworzeniu szpitali, wskazane w tych decyzjach podmioty nie wykonały poleceń PRM, a decyzje te nadal pozostawały w mocy przez okres ok. 5 miesięcy.

Odpowiadając z upoważnienia PRM na pytanie, dotyczące przyczyn pozostawienia w obrocie prawnym przez okres ok. 5 miesięcy, niewykonanych decyzji Prezesa Rady Ministrów, objętych ustawowym obowiązkiem natychmiastowego wykonania, Minister Szef KPRM wskazał, że *wydane (...)*

¹⁰⁹ Opisano szczegółowo w pkt 1.4.2. ppkt 10 powyżej.

¹¹⁰ Opisano szczegółowo w pkt 1.4.2. ppkt 7 powyżej.

decyzje obejmowały w pierwszej kolejności dokonanie wyboru – w uzgodnieniu z właściwym wojewodą – lokalizacji, a dopiero w dalszej kolejności zorganizowania i utworzenia szpitali tymczasowych, zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez wyznaczony szpital. Organizacja i utworzenie szpitali tymczasowych były więc uzależnione od wskazania właściwej lokalizacji przez wojewodę, a także związane z realizacją wytycznych wyznaczonego szpitala. W związku z taką konstrukcją poleceń, ich realizacja była powiązana z sytuacją występującą w danym momencie w zakresie bazy szpitalnej w określonym województwie, która ulegała zmianom i wynikała m. in. z przebiegu epidemii. Podtrzymuję, zatem ocenę, iż takie rozwiązanie nie świadczy o braku rzetelności w chwili wydawania decyzji, ale zastosowanie go umożliwiło dostosowaną do zmieniających się potrzeb organizację sieci szpitali, w tym szpitali tymczasowych.

(akta kontroli str. 1318- 1376, 2420-2471, 2490, 2495)

Zdaniem NIK, powyższa argumentacja nie zasługuje na uznanie. Wbrew wyjaśnieniom, zmiany w treści decyzji dotyczących szpitali od których tworzenia faktycznie odstąpiono w wyniku działań adresatów decyzji lub podmiotów w nich wskazanych jako odpowiedzialne (województw, MZ i MAP), nie były wprowadzone na bieżąco, pomimo kilkukrotnego przekazywania z MAP informacji wskazujących na zasadność ich dokonania przez PRM (pierwsze pismo w tej sprawie MAP skierował do PRM 14 grudnia 2020 r).

W odniesieniu do uwag na temat odpowiedzialności wojewodów za wskazanie lokalizacji ST, NIK zauważa, że każda decyzja PRM podlegała z mocy ustawy natychmiastowemu wykonaniu (art. 11h ust. 9 specustawy) i do jej wykonania zobowiązany był także wojewoda. Zatem obowiązkiem wojewody było podjęcie czynności (technicznych, organizacyjnych, administracyjnych) niezbędnych do określenia lokalizacji szpitala w celu jego utworzenia.

Natomiast wojewoda nie uzyskał prawa do dokonywania oceny, czy w świetle zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w województwie nadal konieczne jest utworzenie danego ST. Wojewoda nie miał też prawa swoimi działaniami podważać poleceń PRM. W przypadku zaistnienia okoliczności sprawiających, że wykonanie decyzji stało się bezprzedmiotowe lub nie leżało w interesie społecznym, tylko PRM był uprawniony do jej uchylecia lub zmiany, zgodnie z art. 11h ust. 5 specustawy.

(akta kontroli str. 1318-1376, 2420-2471)

Ad 3] PRM w dniu 19 października 2020 r. wydał decyzję¹¹¹ dla PL.2012+ podlegającą natychmiastowemu wykonaniu, na podstawie której podmiot leczniczy w niej wskazany (CSK MSWiA) i Minister SzeF KPRM podjęli działania zmierzające do jej wykonania w sytuacji, gdy przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹², nie dawały możliwości udzielania świadczeń leczniczych w zakresie opieki szpitalnej w pomieszczeniach Stadionu Narodowego, m.in. ze względu na ich konstrukcję i brak bezpośredniego dostępu do światła słonecznego¹¹³. Decyzja wydana dla PL.2012+, jako jedyna z 12 decyzji PRM opisanych w pkt 1.4.2. powyżej, wskazywała lokalizację ST, który miał być utworzony na jej podstawie i rzutowała w sposób decydujący na wysokość

¹¹¹ Decyzja dla PL.2012+ opisana szczegółowo w pkt 1.4.2. ppkt 11.

¹¹² Dz.U. z 2022 r., poz. 402 ze zm.

¹¹³ 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.

kosztów jakie poniesiono w związku z dostosowaniem obiektu Stadionu Narodowego do funkcji ST i jego funkcjonowaniem.

(akta kontroli str. 1322-1329)

Wyjaśniając, co zdecydowało o wyborze lokalizacji szpitala tymczasowego na terenie Stadionu Narodowego, Minister Szef KPRM wskazał na lokalizację i logistykę i to, (...) że *Stadion jest obiektem wielofunkcyjnym, w którym już na etapie projektowania i budowy przewidziano możliwość wykorzystania w sytuacji kryzysowej. Dzięki systemowi kontroli dostępu, odpowiedniej mocy przyłączeniowej, oddzielnym centralom wentylacyjnym, niezależnej klimatyzacji poszczególnych stref, systemom bezpieczeństwa oraz całodobowej ochronie każda z wydzielonych części jest niezależna i może funkcjonować bez oddziaływania na pozostałe, co pozwalało w szybkim czasie na dostosowanie do potrzeb i funkcjonowania placówki medycznej.*

Zdaniem NIK, wskazane w wyjaśnieniach Ministra sprawy logistyki i wielofunkcyjny charakter obiektu powinny być analizowane w kontekście realnego zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów COVID-19, wynikającego z rozwoju sytuacji epidemiologicznej oraz kosztów utworzenia i utrzymania w działaniu szpitala tymczasowego, ulokowanego w takim obiekcie jak Stadion Narodowy. Jednak przed wydaniem decyzji w tej sprawie nie sporządzono takich analiz i kalkulacji.

(akta kontroli str. 1155, 1158)

W efekcie realizacji decyzji PRM, na utworzenie i funkcjonowanie ST oraz punktów szczepień na Stadionie Narodowym poniesiono do 31 maja 2022 r. z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 wydatki w kwocie 72 030 724,58 zł.

Wydatki te były niecelowe, gdyż działania innych organów (MZ, wojewodów), polegające na wyłączeniu na potrzeby leczenia pacjentów z COVID-19 łóżek w szpitalach stacjonarnych i na tworzeniu szpitali tymczasowych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych i szpitalach modułowych, doprowadziły do tego, że nawet gdyby nie powstały szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych, w tym – na Stadionie Narodowym, to każdego dnia epidemii COVID-19 w Polsce, w tym w woj. mazowieckim i województwach ościennych¹¹⁴, w szpitalach stacjonarnych i pozostałych szpitalach tymczasowych byłyby zabezpieczone łóżka w liczbie wystarczającej do hospitalizacji wszystkich potrzebujących tego pacjentów chorych na COVID-19¹¹⁵. Nawet zatem bez szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych (w tym bez ST na Stadionie Narodowym), była zachowana bezpieczna rezerwa odpowiadająca w skali kraju za cały okres funkcjonowania szpitali tymczasowych od 13,8%¹¹⁶ do 95,2%¹¹⁷ liczby pacjentów hospitalizowanych danego dnia.

Wydatki w kwocie 72 030,7 tys. zł, na utworzenie i funkcjonowanie ST na Stadionie Narodowym nie były także związane z wykorzystaniem optymalnej metody osiągnięcia celu, jakim było zabezpieczenie łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19 wymagających hospitalizacji i były w przeliczeniu na jedno utworzone łóżko 2-krotnie wyższe, a w przeliczeniu na jednego leczonego pacjenta 4-krotnie wyższe, niż średnie wydatki na ten sam cel poniesione

¹¹⁴ W woj. mazowieckim maksymalnie do dyspozycji w 8 ST było (w różnych terminach) 1758 łóżek. Wykorzystano maksymalnie 1096 łóżek (suma maksymalnego wykorzystania łóżek w poszczególnych szpitalach).

¹¹⁵ W dniu 6 listopada 2020 r., tj. dniu uruchomienia ST na Stadionie Narodowym w Warszawie, w woj. mazowieckim (bez tego szpitala) było wolnych 469 łóżek, co stanowiło 16,4% ówczesnej bazy. Natomiast po uwzględnieniu województw sąsiadujących liczba wolnych łóżek wynosiła 3566, co stanowiło 29,6% ogółu łóżek dla pacjentów z COVID-19 zabezpieczonych w tych województwach. 24 listopada 2021 r. (dzień przed ponownym uruchomieniem ST na Stadionie Narodowym) w woj. mazowieckim było 500 łóżek wolnych, co stanowiło 14,4% ówczesnej bazy (bez ST w obiektach wielkopowierzchniowych). Natomiast po uwzględnieniu województw sąsiednich liczba wolnych łóżek wyniosła 2381, co stanowiło 19,6% ogółu łóżek dla pacjentów z COVID-19, zabezpieczonych w woj. kujawsko-pomorskim, łódzkim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i świętokrzyskim.

¹¹⁶ W dniu 6 kwietnia 2021 r. Liczba łóżek wolnych w kraju wynosiła 5571, łóżek zajętych było 34691.

¹¹⁷ W dniu 31 lipca 2021 r. Liczba łóżek wolnych w kraju tego dnia wynosiła 5453, łóżek zajętych było 277.

w ST w Siedlcach i innych szpitalach tymczasowych utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych.

Do tego, że utworzenie i funkcjonowanie ST na Stadionie Narodowym okazało się tak nieefektywne w aspekcie ekonomicznym, przyczyniły się nie tylko koszty adaptacji do funkcji szpitala tymczasowego w kwocie 18 034,7 tys. zł., lecz także: koszty czynszu (łącznie 36 437,8 tys. zł), koszty opłaty eksploatacyjnej (łącznie 8 534,2 tys. zł), koszty ochrony (4 348,3 tys. zł) i koszty opłaty technicznej (1 971,3 tys. zł.), ponoszone także w okresie kiedy w ST nie udzielano świadczeń leczniczych. W odróżnieniu od ST funkcjonujących w lokalizacjach takich jak Stadion Narodowy, koszty takie w ST utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń były pokrywane głównie ze środków uzyskiwanych przez te jednostki za udzielanie świadczeń leczniczych (w ST w Siedlcach koszty te wyniosły 312,6 tys. zł).

Koszty poniesione na utworzenie i funkcjonowanie ST i punktu szczepień na Stadionie Narodowym w kwocie 72 030,7 tys. zł mogą jeszcze ulec zwiększeniu, jeżeli spółce zostanie wypłacona rekompensata za szkodę, o której mowa w § 5 ust. 1 umowy z 10 grudnia 2020 r. (według szacunków spółki opiewająca na kwotę 16,6 mln zł). Zauważyć należy, że taka rekompensata stanowi rozwiązanie unikalne w skali kraju.

(akta kontroli str.50,141-143, 201-361,362-902, 1181, 1182-1183, 1197-1206,1507-1512,1537-1538, 2329-2333, 2358-2359, 2669-2670)

Ponadto, z nakładów poniesionych na utworzenie i funkcjonowanie ST na Stadionie Narodowym nie uzyskano najlepszych efektów, gdyż posłużyły one uzyskaniu rezultatu o jednorazowym¹¹⁸ charakterze, gdyż po zakończeniu działalności Szpital uległ likwidacji. Jednocześnie nakłady na utworzenie pozostałych szpitali tymczasowych, w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych, w tym w ST w Siedlcach, przyniosły trwały efekt w postaci poprawy infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce.

(akta kontroli str. 2358-2359, 2673-2706)

NIK zauważa, że przystąpienie do tworzenia ST na Stadionie Narodowym było konsekwencją decyzji wydanej przez PRM.

Jednym z czynników decydujących o wysokości wydatków związanych z utworzeniem i działaniem tego szpitala były koszty adaptacji, stawki czynszu i opłat ustalone w umowie zawartej przez Ministra Szefa KPRM ze spółką. NIK w toku kontroli przeprowadzonej w PL.2012+ nie stwierdziła w tym zakresie nieprawidłowości i oceniła, że *wydatki związane z adaptacją pomieszczeń były właściwie udokumentowane i posiadały merytoryczne uzasadnienie. Poniesione koszty robót nie odbiegały od cen rynkowych i były uzasadnione specyfiką obiektu, krótkimi terminami wykonania prac i ryzykiem związanym z realizowanym przedsięwzięciem. Spółka wywiązywała się z umowy zawartej z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, obciążała KPRM rzeczywistymi kosztami związanymi z utworzeniem oraz funkcjonowaniem szpitala tymczasowego i zgodnie z jej postanowieniami uzyskiwała przychody¹¹⁹.*

(akta kontroli str. 134-361, 1322-1329,1507-1512, 2358-2359, 2707-2723)

¹¹⁸ Zlecone przez NIK badanie biegłych dotyczące rozwiązań architektonicznych, technicznych i budowlanych zastosowanych w czterech obiektach przeznaczonych na szpitale tymczasowe (Stadion Narodowy w Warszawie, ST we Wrocławiu, Katowicach i Opolu) wykazało, że w przypadku szpitali zlokalizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych efekty przeprowadzonych adaptacji mają charakter jednorazowy i 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).

¹¹⁹ Wystąpienie pokontrolne do PL.2012+ z 26 lipca 2022 r., str. 3.

Drugim czynnikiem, który zdecydował o wysokości wydatków poniesionych na powyższy cel był czas funkcjonowania ST na Stadionie Narodowym.

Z analizy dostępności łóżek dla pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji wynika, że w całym okresie funkcjonowania ST było możliwe zabezpieczenie tych potrzeb bez tworzenia ST w obiektach takich jak Stadion Narodowy (patrz wykres w pkt 2.10.2.). Powyższa okoliczność w połączeniu z wysokością kosztów ponoszonych na funkcjonowanie ST wskazywała na zasadność jak najszybszego podjęcia decyzji o uchyleniu decyzji PRM z 19 października 2020 r. celem likwidacji szpitala tymczasowego w tej lokalizacji.
(akta kontroli str. 2329-2333, 2358-2359, 2669-2670)

Na pytanie dlaczego Prezes RM nie podjął decyzji o likwidacji szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym po trzeciej fali zachorowań na COVID-19 w Polsce (tj. wiosną 2021 r.), skoro czynsz, opłaty eksploatacyjne, a także usługi związane z jego prawidłowym utrzymaniem (np. sprzątanie, ochrona, konserwacja) w zestawieniu z wolumenem udzielanych w nim świadczeń opieki zdrowotnej powodowały, że dalsze funkcjonowanie tego szpitala na Stadionie Narodowym będzie związane z ponoszeniem nadmiernych kosztów, Podsekretarz Stanu w KPRM w zastępstwie Ministra Szefa KPRM odpowiedziała, że *przyjęte rozwiązania uwzględniały możliwość zmiany sytuacji epidemicznej w związku z kolejną falą zachorowań na COVID-19 w zakresie funkcjonowania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym, szczegółowymi informacjami dotyczącymi treści poleceń wydanych przez wojewodę mazowieckiego wobec podmiotu leczniczego – Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, związanych z realizacją przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej, dysponują odpowiednie organy nadzoru oraz sam podmiot leczniczy (...).*

(akta kontroli str. 1605-1614)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia 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 zakażeń, po jej wygaśnięciu, jak i w okresie późniejszym).

Koszty pozostawienia szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym były bowiem z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19 nieuzasadnione, dlatego też PRM powinien był najpóźniej w czerwcu 2021 r. uchylić decyzję z 19 października 2020 r.¹²⁰ na podstawie której spółka PL.2012+ utworzyła szpital tymczasowy na Stadionie Narodowym. Likwidacja ST na Stadionie Narodowym po wygaśnięciu III fali zakażeń (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.

OCENA CZĄSTKOWA

Od MZ, MAP i MON nie wyegzekwowano wykonania decyzji sformułowanej 4 kwietnia 2020 r. przez RZZK, dotyczącej przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych, co NIK ocenia jako nierzetelne wykonywanie przez PRM jego ustawowych kompetencji do koordynacji działań, do których zobowiązani zostali wskazani Ministrowie.

PRM przystąpił do tworzenia szpitali tymczasowych bez określenia celu takiego działania i wskazania adekwatnych mierników służących do monitorowania osiągnięcia

¹²⁰ Na podstawie art. 11h ust. 5 specustawy.

tych celów oraz bez analizy kosztów i efektywności organizacyjnej i ekonomicznej takiego rozwiązania, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

Nie określono, jaka liczba takich miejsc ma powstać w skali kraju i w poszczególnych województwach, jaką liczbę łóżek dla pacjentów należy utworzyć w skali kraju, jak i poszczególnych województw, jaki model (modele) tworzenia i funkcjonowania nowych miejsc udzielania świadczeń leczniczych jest uzasadniony ze względu na posiadane zasoby lokalowe i kadrowe oraz jakie koszty będą związane z wdrożeniem konkretnego modelu. To skutkowało niemożnością rzetelnego ustalenia jakie rozwiązanie jest optymalne z punktu widzenia celowego i gospodarnego wydatkowania środków publicznych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

NIK ocenia, że tworzenie szpitali tymczasowych w obiektach takich jak: Stadion Narodowy, hale widowiskowo-sportowe, czy terminale lotnisk nie było uzasadnione względami ekonomicznymi, bo adaptacja i funkcjonowanie tych jednostek wymagały poniesienia wysokich kosztów. Dowodzi tego zarówno porównanie kosztów dotyczących ST utworzonego na Stadionie Narodowym z ST w Siedlcach, jak i przeprowadzona przez NIK analiza kosztów utworzenia i funkcjonowania wszystkich 33 szpitali tymczasowych utworzonych w Polsce, uwzględniająca także sytuację epidemiczną. Tworzenie takich jednostek nie było uzasadnione także zapotrzebowaniem na łóżka dla pacjentów z COVID-19, wynikającym z sytuacji epidemiologicznej w Polsce w całym okresie funkcjonowania szpitali tymczasowych (od 23 października 2020 r. do 31 marca 2022 r.). W ocenie NIK, istniejąca rezerwa łóżek dla pacjentów z COVID-19 była w całym okresie działania ST wystarczająca dla zabezpieczenia miejsca dla wszystkich osób wymagających hospitalizacji, nawet w przypadku gdyby nie funkcjonowały szpitale tymczasowe utworzone w obiektach wielkopowierzchniowych.

Działania PRM w celu tworzenia szpitali tymczasowych, podjęte jesienią 2020 r., NIK ocenia jako nieprawidłowe, gdyż PRM wydał, w oparciu o art. 11h ust. 3 i 4 specustawy w związku z art. 104 k.p.a. 12 decyzji nakazujących wskazanym w nich 11 podmiotom realizację działań polegających na wyborze lokalizacji, niezwłocznym zorganizowaniu i utworzeniu 17 szpitali tymczasowych w siedmiu województwach. Przy wydawaniu ww. decyzji naruszono art. 61 §4 k.p.a. i nie przestrzegano w pełni zasady pisemności postępowania określonej w art. 14 k.p.a.

Na podstawie decyzji PRM utworzonych zostało 11 szpitali tymczasowych. Natomiast utworzenie pozostałych sześciu z 17 szpitali tymczasowych objętych pierwotnymi decyzjami PRM nie doszło do skutku, przy czym w dwóch przypadkach, w związku z podjętymi działaniami poniesiono niegospodarne wydatki w kwocie 2 305,6 tys. zł¹²¹. Skutkiem realizacji decyzji PRM w sprawie ST na Stadionie Narodowym było wydatkowanie w sposób niecelowy i nieefektywny na jego utworzenie i funkcjonowanie kwoty 72 030,7 tys. zł. gdyż tworzenia szpitala w tym miejscu nie uzasadniały warunki epidemiologiczne w kraju ani dodatkowe koszty jakie związane były z tą lokalizacją (m.in. koszty wynajmu i opłat). Ponadto w dniu wydania decyzji obiekt Stadionu Narodowego nie spełniał wymogów udzielania świadczeń leczniczych określonych w Rozporządzeniu MZ z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Lokalizacja szpitala, o której zdecydował PRM w decyzji z 19 października 2020 r., spowodowała konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów na opłaty czynszowe, za ochronę i media, które

¹²¹ Wynajem hali Arena „Jaskółka” w Tarnowie – 2099,0 tys. zł, zaniechana adaptacja obiektu hali Tauron Arena – 206,6 tys. zł. Ponadto, KGHM złożył roszczenie z tytułu kosztów poniesionych na utworzenie ST w Lubinie – 658,6 tys. zł (nieobjęty pierwotnymi decyzjami PRM). Szczegółowo przypadki te opisano w wystąpieniu pokontrolnym z kontroli D/21/505 skierowanym do Ministra Aktywów Państwowych.

łącznie osiągnęły wysokość 36 437,8 tys. zł, z czego kwota 11 328,1 tys. zł dotyczyła okresu, w którym w szpitalu nie udzielano świadczeń leczniczych.

Niezapewnienia efektywności w wykorzystaniu środków publicznych w przypadku szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym dowodzi w szczególności nieosiągnięcie porównywalnych mierników gospodarności w przypadku wydatków poniesionych na ten cel oraz wydatków na drugi ze szpitali tymczasowych. W przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne koszt utworzenia i utrzymania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym był bowiem prawie dwukrotnie większy od kosztu utworzenia i funkcjonowania ST w Siedlcach, przypadającego na jedno utworzone w nim łóżko. Natomiast w przeliczeniu na jednego leczonego pacjenta, koszty utworzenia i funkcjonowania szpitala w Warszawie były prawie czterokrotnie wyższe niż w Siedlcach.

Ponadto, nakłady poniesione na adaptację Stadionu Narodowego do potrzeb szpitala tymczasowego przyniosły jednorazowy efekt i nie przyczyniły się do trwałej poprawy stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w regionie, podczas gdy inwestycja w Siedlcach przyniosła trwałe wzmocnienie systemu ochrony zdrowia w Polsce, gdyż zmodernizowany oddział szpitalny może nadal służyć leczeniu pacjentów. W ocenie NIK, porównanie wartości tych wskaźników oraz trwałości nakładów dowodzi, że z punktu widzenia wydatkowania środków publicznych inwestycje prowadzące do adaptacji dla celów przeciwdziałania COVID-19 obiektów wykorzystywanych wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych były bardziej efektywne od adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych służących uprzednio innym celom.

PRM zapewnił pełne finansowanie tworzenia, organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, którego był dysponentem, a wydatki na ten cel wyniosły 203 957,9 tys. zł, (w tym na szpitale, których utworzenie i działanie nadzorował KPRM przekazano 79 591,2 tys. zł).

PRM, jednak, nierzetelnie realizując zadania organu upoważnionego na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do dysponowania środkami Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie zapewnił ustanowienia skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem i monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków ponoszonych ze środków tego Funduszu m.in. na utworzenie, organizację i likwidację szpitali tymczasowych. PRM nie zapewnił przeprowadzenia oceny rezultatów tworzenia ST, finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej ani po wygaśnięciu trzeciej fali zachorowań w Polsce (wiosną 2021 r.), ani po podjęciu decyzji o likwidacji szpitali tymczasowych 31 marca 2022 r.

OBSZAR

2. Organizacja, funkcjonowanie i likwidacja szpitali tymczasowych

Opis stanu faktycznego

2.1. W przypadku dwóch decyzji wydanych przez Prezesa RM, skierowanych do spółki PL.2012+ oraz BGK, opisanych wyżej w pkt 1.4., podmiotem odpowiedzialnym za podpisanie umów w imieniu Skarbu Państwa był Minister SzeF KPRM.

Na temat przesłanek merytorycznych, które o tym zadecydowały Minister SzeF KPRM wyjaśnił: *„Decyzja wobec PL.2012+ Sp. z o.o. była wydana jako pierwsza. W celu przyspieszenia procesu tworzenia szpitala tymczasowego, za podpisanie umowy był odpowiedzialny SzeF KPRM jako kierujący urzędem obsługującym Prezesa Rady Ministrów. Kolejne wydawane decyzje zobowiązywały do zawarcia umów Ministra Aktywów Państwowych, poza umową z Bankiem Gospodarstwa Krajowego, wchodzącym w skład Grupy PFR, przy czym terminy realizacji decyzji potwierdzają słusność przyjętego sposobu działania.*

(akta kontroli str. 1155, 1157, 1318-1329)

Umowa pomiędzy Skarbem Państwa a PL.2012+, której szczegółowa analiza jest przedstawiona w pkt 2.2. poniżej, została zawarta 10 grudnia 2020 r., podczas gdy szpital tymczasowy przyjął pierwszego pacjenta 6 listopada 2020 r. Natomiast umowa z BGK, której szczegółowa analiza została ujęta w pkt 2.3. poniżej, została zawarta w imieniu Skarbu Państwa 19 stycznia 2021 r. podczas gdy ten ST przyjął pierwszego pacjenta 9 grudnia 2020 r., do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2*.

(akta kontroli str. 13-49, 134-200, 2305-2323, 2665-2668)

2.2. Szpital tymczasowy na Stadionie Narodowym w Warszawie

Decyzja polecająca utworzenie szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym została wydana przez PRM 19 października 2020 r. MZ decyzją¹²² z dnia 30 października 2020 r. nałożył na Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie¹²³ obowiązek dostosowania do 30 listopada 2020 r. komórek organizacyjnych CSK MSWiA do obowiązku udzielania świadczeń pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2 w lokalizacji tymczasowej na bazie terenu PGE Narodowego, niezbędnego do uruchomienia dodatkowych 700 łóżek, w tym nie mniej niż 50 łóżek intensywnej opieki medycznej dla dorosłych. Szpital został uruchomiony 6 listopada 2020 r. Szpital nie dysponował jednak liczbą łóżek określoną w decyzji MZ z 30 listopada 2020 r., a umowa dotycząca utworzenia szpitala pomiędzy Skarbem Państwa a spółką PL.2012+ przewidywała, że będzie w nim 550 łóżek.

(akta kontroli str. 1322-1329, 1377-1378)

2.2.1. W czasie realizacji prac CSK MSWiA przekazywał spółce PL2012+ wytyczne na temat sposobu i zakresu prac adaptacyjnych na bieżąco, podczas narad koordynacyjnych organizowanych w trybie roboczym. W dokumencie *Plan Operacyjny - Tymczasowy oddział szpitala MSWiA etap I, część I* określono m.in. spis powierzchni i plany ich wykorzystania, imienną listę kontaktową przedstawicieli CSK MSWiA, Agencji Rezerw Materiałowych oraz spółki, informacje dotyczące logistyki (wjazdu i wyjazdu karetka oraz pojazdów technicznych). W zakresie bezpieczeństwa ustalono m.in. procedury: reagowania w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez pacjenta, pojawienia się osoby chorej na COVID-19 lub podającej się za chorą i ewakuacji. W załącznikach przedstawiono ekspertyzę techniczną stanu ochrony przeciwpożarowej i procedurę przekazywania paczek dla pacjentów. Dokument podpisali przedstawiciele CSK MSWiA oraz spółki. Protokołem odebrania Adaptacji z dnia 7 grudnia 2020 r. szpital tymczasowy na PGE Narodowy został przekazany CSK MSWiA.

(akta kontroli str. 1158, 1161-1164, 1871-1912)

7 grudnia 2020 r. spółka przekazała KPRM: 1] informacje na temat kosztu adaptacji obiektu w zakresie prac wykonanych od dnia wydania decyzji do 7 grudnia 2020 r., oparte na kosztorysach powykonawczych, 2] informacje o kosztach eksploatacyjnych związanych z funkcjonowaniem szpitala, 3] informację (Oświadczenie) o zasadach ustalania czynszu za udostępnienie obiektu i zasady naliczania pozostałych kosztów związanych z funkcjonowaniem szpitala. Zgodnie z tym dokumentem, czynsz miał być określany jako *wartość odpowiadająca kosztom utrzymania powierzchni udostępnionych na potrzeby utworzenia i funkcjonowania szpitala tymczasowego; na zasadach preferencyjnych w stosunku do standardowych zasad wynajmowania powierzchni przez PL2012+ Sp. z o.o., w tym w szczególności z wyłączeniem zysku spółki; przy założeniu minimalizacji kosztów wynikających z utrzymania powierzchni udostępnionych, w tym wykorzystania zatrudnionego*

¹²² Decyzja znak: DBO.532.2.22.2020.1.

¹²³ Dalej: CSK MSWiA.

personelu w oparciu o dotychczasowe umowy o pracę oraz usługodawców w oparciu o dotychczasowe umowy cywilnoprawne do wykonywania w zakresie określonym w umowie zadań związanych z zarządzaniem i utrzymaniem przedmiotu udostępnienia (...). Wykaz możliwych kosztów związanych z rekompensatą dla spółki z tytułu utraty przychodów z zawartych wcześniej umów został przekazany do KRPM w październiku 2021 r.

(akta kontroli str. 134-200)

2.2.2. W §2 umowy zawartej 10 grudnia 2020 r. pomiędzy Skarbem Państwa reprezentowanym przez Szefa KRPM a PL.2012+ jako przedmiot wskazano w szczególności: 1] udostępnienie na potrzeby utworzenia szpitala tymczasowego niezbędnych do tego celu lokali, pomieszczeń oraz innych powierzchni wymienionych w załączniku nr 1 umowy¹²⁴; 2] czynności jakie PL.2012+ wykonała do dnia 7 grudnia 2020 r., w porozumieniu z CSK MSWiA, w oparciu o wspólne wizje lokalne, i konieczne do przeprowadzenia czynności przystosowujące do potrzeb związanych z prowadzeniem szpitala tymczasowego - na kwotę 14 662,3 tys. zł netto, 3] przystosowanie pomieszczeń do pełnienia funkcji szpitala tymczasowego dysponującego do 550 łóżek¹²⁵.

W umowie z 10 grudnia 2020 r. przewidziano, w przypadku modyfikacji decyzji Prezesa RM, udostępnienie dodatkowych powierzchni użytkowych oraz przystosowanie ich do pełnienia funkcji szpitala tymczasowego na zasadach określonych w odrębnej umowie.

(akta kontroli str. 137-138)

Umowa została zawarta na czas oznaczony do 31 marca 2021 r. i obowiązywała od dnia jej podpisania ze skutkiem na dzień wydania decyzji Prezesa RM, tj. od 19 października 2020 r. W terminie do 15 lutego 2021 r. KRPM zobowiązał się poinformować PL.2012+, co do przewidywanej potrzeby przedłużenia okresu, na który została zawarta umowa (§7 ust. 1). W §5 umowy KRPM zobowiązał się do zawarcia porozumienia z PL.2012+ dotyczącego poniesionej przez spółkę szkody, wynikającej z konieczności rozwiązania lub zmiany umów zawartych przez PL.2012+ z najemcami oraz innymi kontrahentami. W dniu zawarcia umowy wysokość tego roszczenia nie była znana stronom.

(akta kontroli str. 137-138, 141-143, 148)

Zarząd PL.2012+ pismem z dnia 11 października 2021 r.¹²⁶ przesłał do KRPM zestawienie zawierające szacunkową wysokość szkody („Oszacowanie” w rozumieniu §5 ust 6 Umowy), w tym kosztów niezbędnych do rozwiązania lub zmiany Kontraktów (w rozumieniu §5 ust. 1 Umowy). Wysokość szkody została oszacowana na kwotę 16 553,4 tys. zł brutto. Na dzień zakończenia kontroli sprawa nie została rozstrzygnięta.

(akta kontroli str.1197-1206)

Zgodnie z aneksem nr 6 do Umowy z dnia 29 października 2021 r., umowa rekompensacyjna powinna zostać zawarta w ciągu dziewięciu miesięcy od dnia przekazania Oszacowania, tj. najpóźniej w lipcu 2022 r. Jak wyjaśnił Szef KRPM w piśmie z 29 lipca 2022 r.: (...) zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 Umowy z dnia 10.12.2020 r. zawartej pomiędzy KRPM a PL2012+, zmienionymi Aneksem Nr 8 do Umowy „Strony zobowiązują się, iż w dobrej wierze przystąpią do negocjacji w celu zawarcia Umowy rekompensacyjnej, tak aby jej zawarcie było możliwe w ciągu 12 miesięcy od dnia przekazania Oszacowania, o którym mowa ust. 6.”. W związku z powyższym, umowa rekompensacyjna nie została jeszcze zawarta. KRPM

¹²⁴ Dalej: *Przedmiot Udostępnienia*.

¹²⁵ Dalej: *Adaptacja*.

¹²⁶ Pismo znak: CEO/438/2021

dokonała wyboru audytora w celu przeprowadzenia audytu prawno-finansowego Oszacowania przedstawionego przez PL.2012+, z którym przeprowadzone zostaną negocjacje w przedmiocie szczegółowych warunków i zakresu współpracy oraz treści umowy, co do którego KPRM uzyskała pismem PL.2012+ z dnia 08.07.2022 r. (znak P1.263.2.2022.1.ŁŚ) notyfikację w związku z wymogiem wynikającym z § 5 ust. 8 Umowy. Aktualnie trwają uzgodnienia treści umowy z wybranym przez KPRM audytorem. Po ich zakończeniu nastąpi zawarcie umowy z audytorem, a w dalszej kolejności ewentualne zawarcie umowy rekompensacyjnej.

(akta kontroli str. 1181-1183, 1921, 1925-1926, 2671-2672)

Według danych dostępnych w rejestrach pomocy publicznej, prowadzonych przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK), w okresie od 10 grudnia 2020 r. do 27 sierpnia 2022 r. PL.2012+ otrzymała 6 czerwca 2021 r. pomoc publiczną w formie pożyczki preferencyjnej z Polskiego Funduszu Rozwoju w kwocie 5 900,0 tys. zł z czego 20 grudnia 2021 r. uzyskała umorzenie kwoty 4 016,4 tys. zł. W związku z powyższym udzielenie rekompensaty, wynikającej z §5 ust. 1 umowy z 10 grudnia 2020 r., zdaniem NIK, powinno być poddane wnikliwej analizie, tak by wyeliminować ryzyko podwójnego finansowania ze środków publicznych wypłat na jeden cel (pokrycie straty poniesionej przez spółkę).

(akta kontroli str. 359-360, 1181-1183, 1925-1928, 2644)

W Umowie określono zasady rozliczeń z tytułu realizacji umowy (§8). KPRM zobowiązany był zapłacić PL.2012+: 1] miesięczny czynsz z tytułu udostępnienia części stadionu w wysokości sumy czynszów za poszczególne powierzchnie, szczegółowo wyspecyfikowane w załączniku nr 1 do umowy, PL.2012+ oświadczyła, że czynsz został ustalony zgodnie z zasadami wskazanymi w opisanym wyżej Oświadczeniu z dnia 7 grudnia 2020 r., stanowiącym załącznik nr 11 do umowy, 2] zwrot kosztów z tytułu obciążeń za media związanych z użytkowaniem udostępnionej części stadionu; 3] koszty z tytułu realizacji adaptacji obiektu na szpital tymczasowy; 4] zwrot kosztów z tytułu zapewnienia obsługi technicznej udostępnionej części obiektu; 5] zwrot kosztów z tytułu zapewnienia usługi zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia.

Koszty adaptacji poniesione przez PL.2012+ do dnia 7 grudnia 2020 r. zostały określone na 18 034,7 tys. zł brutto. Koszty adaptacji poniesione przez spółkę po 7 grudnia 2020 r. miały zostać wskazane w Uzupełniających Zestawieniach Wydatków. Strony ustaliły, że maksymalna wartość tych prac nie przekroczy kwoty 184,0 tys. zł brutto. Ustalono, że czynsz płatny będzie miesięcznie z góry, począwszy od dnia protokolarnego przekazania części obiektu, w wysokości 2 065,4 tys. zł netto + VAT za miesiąc.

(akta kontroli str.149-153, 2358-2359)

W umowie zawarto także postanowienia mające chronić interesy Skarbu Państwa reprezentowanego przez Ministra Szefa KPRM, w szczególności: 1] dające KPRM możliwość naliczenia kary umownej (w §4 ust. 13) w przypadku *nienależytego wykonania Umowy*, 2] zapewniające KPRM w §6 ust. 18 (...) *prawo kontrolowania postępu prac objętych Umową*, 3] dające KPRM możliwość żądania od PL.2012+ *zapłaty kary umownej w wysokości 5% kwoty brutto określonej w §8 ust. 2 Umowy, w przypadku odstąpienia od Umowy lub jej wypowiedzenia przez KPRM, z przyczyn leżących po stronie PL.2012+, za które PL.2012+ ponosi odpowiedzialność (§10 ust. 1)*, 4] dające KPRM *żądania zapłaty kary umownej w wysokości 5% kwoty brutto, określonej w §8 ust. 2 Umowy, w przypadku złożenia przez PL.2012+ oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy, o rozwiązaniu Umowy bez wypowiedzenia bez ważnej przyczyny lub odstąpieniu od Umowy (§10 ust. 2).*

Umowa nie zawiera postanowień co do sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, nabytych na rzecz szpitala tymczasowego przez spółkę, za które następnie, na podstawie umowy, Minister Szef KPRM działających w imieniu Skarbu Państwa dokonał zwrotu PL.2012+ z środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Do zawierania umów po wykonaniu prac przy adaptacji obiektu i uruchomieniu szpitala odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2*.

(akta kontroli str. 140-141, 146, 149-153, 155-156, 157)

12 stycznia 2021 r. Prezes RM w swojej decyzji z dnia 19 października 2020 r., znak BPRM.222.18.212.2020, zmienionej decyzją z dnia 3 listopada 2020 r., znak BPRM.222.18.212.2020(2) oraz decyzją z dnia 11 grudnia 2020 r., znak BPRM.222.18.212.2020(7) zmienił określenie przedmiotu decyzji, poprzez nadanie poleceniu nakładanemu na PL.2012+ brzmienia: *realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na udostępnieniu i przystosowaniu terenu PGE Narodowego, w tym obiektu i pomieszczeń, dla szpitala tymczasowego o pojemności od 500 do 1200 łóżek oraz dla 12 punktów szczepień przeciw COVID-19, zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.*

(akta kontroli str. 1322-1329)

2.2.3. W okresie od 10 grudnia 2020 r. do 17 stycznia 2022 r. strony wprowadziły zmiany do ww. umowy na podstawie siedmiu aneksów, z których treść w 4 przypadkach (aneksy nr 1, 2, 5, 7) odnosiła się do wcześniejszych zdarzeń lub wprowadzała zmiany do postanowień umowy z mocą wsteczną, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2*.

(akta kontroli str. 201-361, 1507-1512)

2.2.3.1. Aneksem nr 1 z dnia 31 marca 2021 r. czas trwania umowy został wydłużony z 31 marca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r. (§7 ust. 1), a przedmiot umowy rozszerzono od *dnia 5 lutego 2021 r.* o dokonanie adaptacji *Przedmiotu Udostępnienia do pełnienia funkcji 12 punktów szczepień przeciw COVID-19 za kwotę 25.720,16 zł brutto*. Określono liczbę łóżek, które prowadził szpital na 550 (§1 pkt 1 Aneksu). Aneks odnosił się częściowo do wcześniej dokonanych czynności i prac w zakresie udostępnienia obiektu PGE Narodowy, przeprowadzonych prac adaptacyjnych oraz kosztów poniesionych na adaptację.

(akta kontroli str. 203-206)

2.2.3.2. Aneksem nr 2 z dnia 30 czerwca 2021 r., który wszedł w życie ze skutkiem prawnym od dnia 21 marca 2021 r. wprowadzono postanowienia odnoszące się do zaistniałego w marcu 2021 r. przeniesienia punktu szczepień do nowej lokalizacji. W związku z powyższym w umowie z 10 grudnia 2020 r. postanowiono w nowym §8 ust. 9a i ust. 21 że *czynsz płatny będzie miesięcznie z góry, począwszy od dnia protokolarnego przekazania Dodatkowego Przedmiotu Udostępnienia Punkty Szczepień wskazanego w §3 ust 4, w wysokości 507 070,08 zł (pięćset siedem tysięcy siedemdziesiąt złotych osiem groszy) netto + VAT za miesiąc (...)*. Ustalono też, że *Koszty Adaptacji Dodatkowego Przedmiotu Udostępnienia Punkty Szczepień wyniosą do 114 506,97 zł brutto, a maksymalna wartość kosztów objętych ewentualnym Zestawieniem Uzupełniającym dotyczącym Adaptacji Dodatkowego Przedmiotu Udostępnienia Punkty Szczepień nie przekroczy kwoty 123.000,00 zł (...)* brutto.

(akta kontroli str. 220-221, 227-229)

Wojewoda mazowiecki decyzją z dnia 10 maja 2021 r.¹²⁷ polecił CSK MSWiA w okresie od 31 maja 2021 r. przejście ST w stan pasywny, a następnie decyzją¹²⁸ z 28 maja 2021 r. polecił CSK MSWiA pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń, bez obowiązku realizowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 przez ten szpital. Ostatni pacjenci przed okresem zawieszenia działalności szpitala tymczasowego zostali wypisani 23 maja 2021 r.

(akta kontroli str. 232, 1186, 2365-2367, 2727-2751)

2.2.3.3. Aneksem nr 3 z 30 czerwca 2021 r., z uwagi na zawieszenie w dniu 23 maja 2021 r. funkcjonowania szpitala tymczasowego, wprowadzono zmiany w umowie w §7 ust. 1, który przyjął brzmienie: *Umowa niniejsza zawarta zostaje na czas oznaczony do 31 lipca 2021 roku i obowiązuje od dnia jej podpisania ze skutkiem na dzień wydania Decyzji¹²⁹. W terminie do 20 lipca 2021 roku KPRM poinformuje PL.2012+ co do przewidywanej potrzeby przedłużenia okresu, na który została zawarta niniejsza Umowa. Okres przedłużenia zostanie potwierdzony aneksem do niniejszej Umowy. Wprowadzenie zmiany uzasadniano koniecznością zabezpieczenia infrastruktury celem sprawnego przywrócenia działania szpitala tymczasowego, jeżeli będzie wymagała tego zmiana sytuacji epidemiologicznej. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania, ze skutkiem od dnia 23 maja 2021 r.*

(akta kontroli str. 232)

Do skutków pozostawiania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym, w okresie od 24 maja 2021 r. do 24 listopada 2021 r. w sytuacji gdy nie były w tej lokalizacji udzielane świadczenia dla chorych na COVID-19, odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

2.2.3.4. Aneksem nr 4 z 29 lipca 2021 r. wydłużono termin obowiązywania umowy do dnia 31 sierpnia 2021 r.

(akta kontroli str. 235)

2.2.3.5. Aneksem nr 5 z 31 sierpnia 2021 r. przedłużono obowiązywanie umowy do 31 października 2021 r. Jako podstawę zawarcia aneksu nr 5 podano poprawę sytuacji epidemicznej w kraju i zawieszenie funkcjonowania szpitala tymczasowego oraz częściowe umożliwienie przywrócenia pierwotnych funkcji Stadionu Narodowego i wynikającą z tego faktu konieczność zmniejszenia powierzchni objętej umową oraz częściowego demontażu *Adaptacji*, z jednoczesnym pozostawieniem części infrastruktury celem sprawnego przywrócenia działania szpitala tymczasowego na PGE Narodowym, jeżeli będzie wymagała tego sytuacja epidemiczna. W związku z powyższymi okolicznościami, w umowie dodano §7a, w którym wskazano czynności zrealizowane już przez strony umowy przed zawarciem Aneksu nr 5, tj. 1] zmniejszenie użytkowanej przez szpital tymczasowy powierzchni Stadionu, m.in. o ciągi komunikacyjne i toalety, filię apteki CSK MSWiA, parking dla pacjentów, punkt szczepień oraz lądowisko dla helikopterów wraz z drogami dojazdowymi, 2] PL.2012+ dokonanie demontażu części instalacji ST, w tym infrastruktury gazowej i elektrycznej znajdującej się na trybunie dolnej oraz zbiornika z tlenem z płyty boiska. Szacowany na dzień podpisania Aneksu koszt demontażu nie mógł przekroczyć kwoty 6,7 tys. zł; 3] dokonanie z dniem 30 czerwca 2021 r. zwrotu Przedmiotu Udostępnienia Punkty Szczepień. Od 1 lipca 2021 r. punkty szczepień przeciw COVID-19, działające w Przedmiocie Udostępnienia Punkty Szczepień, miały działać w ramach powierzchni stanowiących Przedmiot Udostępnienia, 4] zawieszenie od dnia 1 czerwca 2021 roku świadczenia przez PL.2012+ obsługi technicznej Przedmiotu

¹²⁷ Decyzja znak: WZ-II.967.660.2020-4

¹²⁸ Decyzja znak WZ-II.967.660.2020-5

¹²⁹ Dotyczy decyzji z 19 października 2020 r. nr BPRM.222.18.212.2020

Udostępnienia oraz Przedmiotu Udostępnienia Punkty Szczepień; 5] ustalenie, że PL.2012+ dokona usunięcia usterek wynikających z działalności szpitala tymczasowego, koniecznych do korzystania z tych powierzchni przez PL.2012+ lub jej kontrahentów za kwotę 603,6 tys. zł brutto. Koszty usunięcia usterek miały być uwzględnione przy rozliczeniu przez strony kosztów przywrócenia stanu pierwotnego udostępnionych powierzchni; 7] uzgodnienie, że w przypadku otrzymania przez PL.2012+ informacji o konieczności wznowienia działania szpitala tymczasowego, PL.2012+ ponownie udostępni ww. powierzchnie. W takiej sytuacji PL.2012+ przywróci zdemontowane instalacje w najkrótszym możliwym terminie po otrzymaniu od KPRM informacji o wznowieniu działania szpitala; 8] W części umowy dotyczącej rozliczenia stron w §8 ust. 9 dodano nowe postanowienia dotyczące wysokości czynszu, także odnoszące się do już minionego okresu, i tak:

- od 1 czerwca 2021 r. do 30 czerwca 2021 r. czynsz ustalono na 1 850,2 tys. zł netto, uwzględniając zmniejszenie powierzchni Przedmiotu Udostępnienia oraz niekorzystanie z części powierzchni w związku z organizacją na Stadionie Narodowym imprezy masowej Narodowa Strefa Kibica w dniu 19 czerwca 2021 r.
- Od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2021 r. czynsz ustalono w wysokości 858,7 tys. zł netto, uwzględniając zmniejszenie powierzchni Przedmiotu Udostępnienia w lipcu 2021 r.
- Od 1 sierpnia 2021 r. do dnia poprzedzającego ponowne udostępnienie powierzchni, w wysokości 847,8 tys. zł netto + VAT za miesiąc.
- Od dnia ponownego udostępnienia powierzchni, w wysokości 2 065,4 tys. zł netto za miesiąc (w wartości takiej samej jak w czasie gdy szpital tymczasowy miał pojemność 550 łóżek).

(akta kontroli str. 306-313)

2.2.3.6. Aneksem nr 6 z 29 października 2021 r. wydłużono okres obowiązywania umowy do dnia 28 lutego 2022 r.

(akta kontroli str. 359)

Decyzje wojewody mazowieckiego z dnia 15 listopada 2021 r. (WZ-II-967.660.2020-10) oraz z dnia 16 listopada 2021 r. (WZ-II-967.660.2020.11) nakazywały CSK MSWiA w okresie od dnia 25 listopada 2021 r. do odwołania stanu epidemii, realizację świadczeń opieki zdrowotnej w lokalizacji podmiotu leczniczego przy Al. Księcia J. Poniatowskiego 1 w Warszawie (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń) poprzez zapewnienie w tym podmiocie 100 łóżek, w tym 10 łóżek respiratorowych. Od 17 stycznia 2022 r. decyzją¹³⁰ wojewody mazowieckiego zwiększono liczbę łóżek do 168.

W dniu 15 listopada 2021 r. w woj. mazowieckim było 2379 łóżek dla pacjentów z COVID-19 zajętych i 515 łóżek wolnych (pula łóżek nie obejmowała łóżek w ST na Stadionie Narodowym, który nie wznowił jeszcze działalności). Od 25 listopada 2021 r. do 6 grudnia 2021 r., kiedy w szpitalach woj. mazowieckiego było najwięcej zajętych łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19, wg danych Ministra Zdrowia liczba łóżek wolnych wynosiła nie mniej niż 489 (25 listopada 2021 r.) i po tym dniu rosła. W dniu 25 listopada do puli łóżek włączono 100 łóżek utworzonych w ST na Stadionie Narodowym. 14 stycznia 2022 r. liczba łóżek zajętych (1747) była mniejsza od liczby łóżek wolnych (1820). Podobnie sytuacja kształtowała się w sąsiednich województwach, gdzie na dzień 25 listopada 2021 r. było łącznie 2166 łóżek wolnych dla pacjentów z COVID-19. Z powyższych danych wynika, że w woj. mazowieckim i województwach sąsiadujących, we wskazanych wyżej datach, była zabezpieczona liczba łóżek wystarczająca do zapewnienia miejsc wszystkim

¹³⁰ Decyzja z 14 stycznia 2022 r. WZ-II.967.660.2020-14.

pacjentom z COVID-19 wymagającym hospitalizacji nawet w przypadku, gdyby nie uruchomiono ponownie szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym.

(akta kontroli str. 2365-2367, 2329-2333, 2724-2751)

2.2.3.7. 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. Zmieniono także termin obowiązywania umowy z 31 października 2021 r. na 30 czerwca 2022 r. Czynsz za okres od 24 listopada 2021 r. został ustalony na kwotę 1 978 337 zł netto miesięcznie.

(akta kontroli str. 1507-1512)

Wznowienie funkcjonowania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym po 25 listopada 2021 r. w zakresie ograniczonym początkowo do 100 łóżek, a od 17 stycznia 2022 r. do 168 łóżek (to jest o ponad 50% w stosunku do liczby łóżek wynikającej z umowy – 550) nie spowodowało ponoszenia proporcjonalnie mniejszych kosztów czynszu, opłat i ochrony w porównaniu do czasu, gdy szpital dysponował 550 łóżkami.

Odpowiadając na pytanie o przyczyny zawierania aneksów odnoszących się do faktów, które miały już miejsce i przyczynę naliczania czynszów w wysokości takiej jak za cały obiekt, w sytuacji gdy działalność prowadzona była w mniejszym zakresie (dot. okresu po 25 listopada 2021 r.). Podsekretarz Stanu w KPRM wyjaśniła, że zgodnie z umową czynsz miał być naliczany zgodnie z zasadami przekazanymi KRPM w dniu 7 grudnia 2020 r. i wskazała na Aneks nr 7 z 17 stycznia 2022 r., w którym ustalono faktyczną powierzchnię niezbędną dla funkcjonowania ST na Stadionie Narodowym od 24 listopada 2021 r. oraz dodała, że jej wielkość *była ustalana w uzgodnieniu z CSK MSWiA. Według Podsekretarz Stanu postanowienia aneksów (w tym również Aneksu Nr 7), wymagały uzgodnień ze strony szpitala patronackiego, tj. CSK MSWiA, dotyczących (...) w szczególności rzetelnego ustalenia powierzchni niezbędnej do udostępnienia dla sprawnego i bezpiecznego zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu medycznego, funkcjonowania szpitala tymczasowego na PGE Narodowym, a w konsekwencji także wielu szczegółowych i pracochłonnych załączników, m.in. związanych ze zmianą stawek czynszu.*

(akta kontroli str. 1921-1922, 1926-1928)

2.2.4. PL.2012+ do dnia 31 maja 2022 r. na podstawie umowy z 10 grudnia 2020 r. i aneksów do niej, wystawiła KPRM 90 faktur na łączną kwotę (po korektach) 72 030 724,58 zł, dotyczących:

- 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 2 030,0 tys. zł;
- opłaty eksploatacyjnej 8 534,2 tys. zł;
- opłaty technicznej – 1 971,3 tys. zł;
- ochrony obiektów – 4 348,3 tys. zł.

Ponadto, na dzień zakończenia kontroli rozpatrywane było roszczenie spółki o zwrot za szkodę w rozumieniu §5ust. 1 umowy z 10 grudnia 2020 r. wstępnie oszacowaną przez spółkę na kwotę 16,6 mln zł, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5.*

(akta kontroli str. 362-902, 1197-1206, 1932-2111, 2358-2359)

Zasady rozliczeń stron z tytułu realizacji umowy zostały określone w §8 umowy, co opisano w pkt. 2.2.2. i 2.2.3 powyżej. Weryfikacja faktur dokonywana była przez Departament Instrumentów Rozwojowych¹³¹, a w razie wątpliwości przez Departament Prawny KPRM. W wyniku analizy dokumentacji służącej rozliczeniom wydatków i uruchomieniu środków dla PL.2012+ stwierdzono, że każdorazowo realizacja płatności za faktury wystawione przez PL.2012+ poprzedzona była akceptacją przez Ministra Szefa KPRM szczegółowo opracowanej, wg jednolitego wzoru, notatki służbowej sporządzonej przez DIR, zawierającej wnioski i rekomendacje odnośnie do przedłożonych przez PL.2012+ faktur, w zakresie ich zgodności z postanowieniami umowy oraz szereg załączników – kopii dokumentów źródłowych.

Kontrola przeprowadzona przez NIK w PL.2012+ wykazała, że wydatki związane z adaptacją pomieszczeń były właściwie udokumentowane i posiadały merytoryczne uzasadnienie. Ponadto według biegłych powołanych przez NIK, poniesione koszty robót nie odbiegały od cen rynkowych i były uzasadnione specyfiką obiektu, krótkimi terminami wykonania prac i ryzykiem związanym z realizowanym przedsięwzięciem.

(akta kontroli str. 363-368, 409-410, 437-439, 446-449, 470-473, 492-495, 520-524, 554-557, 592-595, 613-620, 671-674, 708-724, 808-812, 834-838, 843-846, 855-858, 873-877, 889-891, 1401-1404, 1414-1417, 1429-1432, 1447-1455)

2.2.4.1. W okresie od przejęcia powierzchni na Stadionie Narodowym, tj. od października 2020 r. do końca maja 2021 r. na utrzymanie Szpitala Tymczasowego wraz z punktami szczepień KPRM wydatkowało ogółem 28 210 378,54 zł (nie wliczając w to kosztów adaptacji w kwocie 18 034 660,98 zł) ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Z kwoty tej 1 468 703,95 zł przypadło na czynsz za powierzchnię wynajętą pod punkty szczepień, a pozostałą sumę stanowią opłaty: czynszowa za powierzchnie szpitala, eksploatacyjna, techniczna i koszty ochrony. Do końca maja 2021 r. kwota zapłaconego czynszu (18 848 769,17 zł) przewyższyła ww. koszty adaptacji. Wszystkie koszty zostały pokryte i nie powstały zobowiązania po stronie KPRM.

Do kosztów poniesionych w okresie do 23 maja 2021 r. odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli str. 149-153, 362-902, 1932-2111, 2358-2359)

2.2.4.2. W okresie od 24 maja 2021 r. do 24 listopada 2021 r., 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. Wydatki te zostały poniesione pomimo tego, że na Stadionie nie była prowadzona w tym czasie działalność związana z udzielaniem świadczeń z zakresu opieki szpitalnej (za wyjątkiem okresu od 25-30 listopada 2021 r.), do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli str. 362-902, 1562-1569, 1932-2111, 2329-2333, 2358-2359)

2.2.4.3. Od 25 listopada 2021 r. do 31 marca 2022 r. na funkcjonowanie Szpitala Tymczasowego na Stadionie Narodowym zostały poniesione koszty w kwocie 14 120 185,06 zł, w tym m.in. 9 761 213,60 zł z tytułu czynszu, a 1 237 825,74 zł z tytułu ochrony.

Wojewoda mazowiecki na pytanie dlaczego nie spowodował zakończenia działania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym po wygaszeniu zachorowań i hospitalizacji na przełomie kwietnia i maja 2021 r., pomimo zabezpieczenia dla pacjentów z COVID-19 wystarczającej liczby łóżek na terenie woj. mazowieckiego,

¹³¹ Dalej: DIR

odpowiedział, że w tym okresie, wobec *wyciszenia epidemii* szpitale tymczasowe (w tym szpital na Stadionie) w większości zostały przeniesione w stan pasywny. Na zamknięcie wszystkich obiektów nie pozwalał natomiast *przewidywany ponowny wzrost liczby zakażeń* oraz poniesione na ich utworzenie nakłady finansowe. Zdaniem wojewody, słuszność tych założeń potwierdził wzrost liczby zakażeń jesienią 2021 r., kiedy to szpitale tymczasowe zostały ponownie uruchomione.

Z ustaleń kontroli wynika, w okresie bezpośrednio poprzedzającym wznowienie udzielania świadczeń na Stadionie Narodowym w woj. mazowieckim, warmińsko-mazurskim, lubelskim, podlaskim, świętokrzyskim, łódzkim i kujawsko-pomorskim była liczba łóżek wolnych, która wystarczała do zabezpieczenia opieki wszystkim wymagającym hospitalizacji pacjentom z COVID-19¹³².

(akta kontroli str. 2362-2364)

2.3. Szpital tymczasowy w Siedlcach

2.3.1. Celem realizacji ww. decyzji Prezesa RM wydanej dla BGK w dniu 2 listopada 2020 r. w sprawie przystąpienia do tworzenia szpitali tymczasowych w woj. mazowieckim¹³³, MZ decyzją¹³⁴ z dnia 16 listopada 2020 r. polecił Mazowieckiemu Szpitalowi Wojewódzkiemu w Siedlcach Sp. z o.o. od dnia 4 grudnia 2020 r. do odwołania stanu epidemii realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, poprzez zapewnienie w lokalizacji szpitala tymczasowego mieszczącego się w Siedlcach 100 łóżek dla pacjentów z SARS-CoV-2, w tym 10 respiratorowych.

(akta kontroli str. 1318-1321, 1379-1381)

Lokalizacja szpitala w Siedlcach, w budynku Oddziału Rehabilitacji Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. została ustalona przez wojewodę mazowieckiego po konsultacjach m.in. z Prezydentem Miasta. Jak wyjaśnił Dyrektor Zarządzania Zakupami i Kontraktami BGK: *Za tym wyborem przemawiał również fakt, iż Szpital Macierzysty miał w planach przebudowę ww. budynku z przeznaczeniem go na Oddział Chorób Płuc i dysponował aktualną dokumentacją techniczno-wykonawczą. Ważnym pozostaje, że przeprowadzone prace adaptacyjne nie mają charakteru rozwiązania tymczasowego. Mają one charakter trwały i zgodnie z decyzją Szpitala Macierzystego szpital tymczasowy nie zostanie zlikwidowany po ustaniu przyczyny jego utworzenia, a zostanie przekształcony w Oddział Chorób Płuc. Będzie na stałe służył pacjentom zgodnie z jego przeznaczeniem, podobnie jak środki trwałe, w tym instalacja gazów medycznych, które po wygaszeniu epidemii będą w dalszym ciągu wykorzystywane do prowadzenia normalnej działalności leczniczej.*

(akta kontroli str. 1386-1388)

Wojewoda mazowiecki w powyższej kwestii wyjaśnił m.in., że wybierając tę lokalizację *uwzględniono możliwość zapewnienia przez szpital wielospecjalistycznej opieki nad pacjentem, czy dojazd karetek do szpitali, co przekłada się bezpośrednio na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom.*

(akta kontroli str. 912-914)

Protokół odbioru końcowego inwestycji związanej z budową szpitala tymczasowego w Siedlcach został podpisany w dniu 3 grudnia 2020 r., a MZ decyzją z dnia 12 lipca 2021 r.¹³⁵ zobowiązał Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach do pozostawienia szpitala tymczasowego w stanie gotowości do udzielania świadczeń, bez obowiązku

¹³² Patrz także pkt 2.2.3.6 powyżej.

¹³³ Decyzja opisana w pkt 1.4.2. ppkt 10 powyżej.

¹³⁴ Decyzja znak: DBO.532.2.129.2020.1.

¹³⁵ Decyzja znak: DBC.532.2.129.2020.4.1.

realizowania świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Według stanu na 30 kwietnia 2022 r., łączny koszt utworzenia i utrzymania szpitala tymczasowego zorganizowanego przez BGK wyniósł 7 560,5 tys. zł, z czego koszty adaptacji i zakupu sprzętu medycznego wyniosły 7 247,8 tys. zł, a koszty utrzymania wyniosły 312,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 1188-1196, 1379-1381, 1389-1392, 2305-2323, 2665-2668)

2.3.2. Umowa pomiędzy Skarbem Państwa reprezentowanym przez Ministra Szefa KPRM a BGK, dotycząca utworzenia i organizacji szpitala tymczasowego w Siedlcach, została zawarta 19 stycznia 2021 r., tj. po zakończeniu procesu adaptacji i przyjęciu w dniu 9 grudnia 2020 r. pierwszego pacjenta, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2*.

W preambule umowy powołano się na decyzję Prezesa RM z dnia 2 listopada 2020 r. zobowiązującą BGK, w uzgodnieniu z właściwym wojewodą, do utworzenia szpitala tymczasowego oraz decyzję MZ¹³⁶ polecającą Mazowieckiemu Szpitalowi Wojewódzkiemu im. Św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.¹³⁷ zapewnienie we współpracy z BGK w lokalizacji szpitala tymczasowego 100 łóżek dla pacjentów z SARS-CoV-2. Wskazano również, że BGK wspólnie ze Szpitalem Macierzystym zidentyfikował budynek, który po niezbędnej adaptacji będzie spełniał warunki dla utworzenia i organizacji szpitala tymczasowego (budynek Oddziału Rehabilitacji).

(akta kontroli str.13-14)

W odniesieniu do przedmiotu umowy (§2) strony ustaliły m.in., że w celu realizacji decyzji PRM BGK wykona następujące czynności, w porozumieniu i zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez Szpital Macierzysty: 1] przeprowadzi ustalenia odnośnie czynności przystosowujących obiekt do potrzeb związanych z prowadzeniem szpitala tymczasowego i opracuje dokument zawierający opis wszystkich prac niezbędnych do jego utworzenia i uruchomienia¹³⁸ wraz z określeniem szacunkowych kosztów poszczególnych czynności¹³⁹; 2] po przeprowadzeniu wskazanych czynności BGK prześle do akceptacji KPRM *Zestawienie czynności wraz z Kosztorysem Adaptacji* oraz oświadczeniem Szpitala Macierzystego, że przyjmuje te dokumenty do wiadomości i nie wnosi do nich zastrzeżeń; 3] przystosuje obiekt do pełnienia funkcji szpitala tymczasowego, zgodnie z zaakceptowanym przez Szpital Macierzysty i KPRM *Zestawieniem czynności*; 4] utrzyma funkcjonowanie szpitala tymczasowego, w okresie obowiązywania umowy, na zasadach w niej ustalonych.

(akta kontroli str. 15)

BGK zobowiązał się przekazać do KPRM, celem akceptacji, następujące dokumenty przygotowane na podstawie wytycznych przekazanych przez Szpital Macierzysty: 1] projekt wykonawczy lub koncepcję prac zawierającą m.in. przebieg niezbędnych instalacji, w tym instalacji sanitarnych, elektrycznych, gazometrycznych i słaboprądowych; 2] plan szpitala tymczasowego, zawierający w szczególności rozmieszczenie pokoi (wraz z podaniem liczby łóżek i urządzeń), naniesiony na przekazaną przez Szpital Macierzysty dokumentację budowlaną obiektu; 3] kopię dokumentów potwierdzających uprawnienia osoby/osób opracowujących *Zestawienie czynności* oraz oświadczenie o jej/ich doświadczeniu, o ile jest to wymagane.

Minister Szef KPRM zastrzegł w umowie, że przed akceptacją ww. dokumentów może poddać weryfikacji Kosztorys Adaptacji wraz z *Zestawieniem Czynności* przez

¹³⁶ Decyzja z dnia 16 listopada 2020 r.

¹³⁷ Dalej: *Szpital Macierzysty*

¹³⁸ Dalej: *Zestawienie czynności*

¹³⁹ Dalej: *Kosztorys Adaptacji*

powołanego w tym celu biegłego posiadającego wiedzę specjalistyczną z dziedziny wymagającej zweryfikowania. Czynności, których konieczność podjęcia w zakresie Adaptacji dla prawidłowego funkcjonowania szpitala tymczasowego ujawni się po uzgodnieniu treści Zestawienia Czynności, podlegać będą potwierdzeniu na podstawie zestawienia dodatkowego. W umowie wskazano również, że KPRM przysługuje prawo do sprawowania samodzielnego nadzoru nad realizacją umowy w każdym jej aspekcie, a w przypadku rozbieżności pomiędzy stanowiskiem Szpitala Macierzystego oraz BGK, stanowisko KPRM będzie rozstrzygające. Dodatkowo wskazano, że z chwilą zwrotu kosztów Adaptacji na rzecz BGK, Bank przenosi własność wszystkich przedmiotów przekazanych na potrzeby szpitala tymczasowego w ramach Adaptacji na KPRM.

(akta kontroli str. 16-17)

W części umowy dotyczącej wyposażenia szpitala tymczasowego w sprzęt, materiały medyczne lub inne towary niezbędne dla świadczenia usług zdrowotnych (§5 ust. 1) ustalono, że zapewnia je Agencja Rezerw Materiałowych lub Szpital Macierzysty. *Lista dodatkowych pozycji wyposażenia*, którym nie dysponowała ani Agencja Rezerw Materiałowych ani Szpital Macierzysty wraz z kosztami została określona w załączniku nr 3 do Umowy. Poniesione przez BGK wydatki na zakup tego wyposażenia zostały uwzględnione w maksymalnej wartości Umowy w §8 ust. 3¹⁴⁰. Ponadto zgodnie z §5 ust. 3 Umowy *lista dodatkowych pozycji wyposażenia* mogła ulegać zmianie w trakcie trwania umowy w zakresie niezbędnym do funkcjonowania ST. W takim przypadku BGK, mógł w drodze odrębnych uzgodnień ze Szpitalem Macierzystym zapewnić zakup takiego wyposażenia, za akceptacją KPRM, w drodze aneksu do Umowy zawartym przez Strony przed dokonaniem przez BGK zakupu. Przed zawarciem umowy BGK kupił 81 sztuk pomp strzykawkowych na potrzeby szpitala tymczasowego za 358,7 tys. zł brutto.

Zgodnie z postanowieniami §5 ust. 7 Umowy, w przypadku gdy łączna planowana wartość dodatkowego wyposażenia miała być równa lub przekraczała kwotę 130,0 tys. zł netto dla tego samego rodzaju wyposażenia – BGK zobowiązany był do przesłania KPRM do akceptacji zestawienia planowanych zamówień uzgodnionego ze Szpitalem Macierzystym. BGK mógł nabyć ww. wyposażenie jedynie po uzyskaniu zgody KPRM.

W §5 ust. 10 i 11 uregulowano procedurę przekazywania mienia zakupionego przez spółkę na potrzeby szpitala tymczasowego – *Z chwilą dokonania na rzecz BGK zwrotu kosztów zakupu Wyposażenia Nabywanego przez BGK, pod warunkiem dokonania dostawy i przekazania do KPRM protokołu odbioru zgodnie z ust. 9, 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 w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami majątku rzeczowego Skarbu Państwa¹⁴¹ za pośrednictwem i na wniosek uprawnionej jednostki samorządu terytorialnego.*

(akta kontroli str.19-30)

Na pytanie NIK o podstawę zawarcia w umowie ww. postanowień Minister SzeF KPRM odpowiedział, że problem ten pojawił się w trakcie prac nad umowami (...) *W tym zakresie zasadnicze znaczenie posiadało rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami rzeczowymi majątku ruchomego Skarbu Państwa i okoliczność, że skoro Skarb Państwa ponosi z tytułu umowy określone wydatki, to również Skarb Państwa staje się właścicielem zakupionych za jego środki rzeczy ruchomych. Ewentualna zatem możliwość odmiennego uregulowania zasad*

¹⁴⁰ Maksymalna wartość Umowy wynosiła 7 870 tys. zł

¹⁴¹ Dz.U. z 2019 r. poz. 2004.

przejścia prawa własności nie była brana pod uwagę. Uwzględniając powyższe okoliczności stwierdzić należy, że Szef KPRM w zakresie zawieranych z polecenia Prezesa Rady Ministrów umów nie potrzebował dodatkowego upoważnienia do regulowania zakresu stosunków prawnych, który wynikał bezpośrednio z treści decyzji i był do wskazania w umowie, również w opinii PG RP, niezbędny (...) Warto również zwrócić uwagę, że, jak wynika z przepisów powszechnie obowiązujących i zapisów umów, właścicielem zakupionych sprzętów stawał się Skarb Państwa reprezentowany przez Szefa KPRM, bo to on zawierał umowę. Z tego zaś wtórnie wynika, że dysponentem takich składników majątkowych z mocy prawa stawał się Szef KPRM¹⁴².

(akta kontroli str. 2499-2503)

Pismem z 18 listopada 2020 r.¹⁴² Minister Finansów Funduszy i Polityki Regionalnej odpowiedział na pytanie MAP¹⁴³ o zasady prowadzenia ewidencji środków trwałych nabytych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i stwierdził, m.in. że sprawy te powinny być rozstrzygane w oparciu o indywidualną analizę stanu faktycznego i prawnego dotyczącą poszczególnych składników majątku przekazywanych określonej szpitalowi. Nie rozstrzygnął natomiast tego, czy mienie nabyte ze środków Funduszu stanowi mienie Skarbu Państwa.

(akta kontroli str. 2431-2435)

Zdaniem NIK, dysponowanie składnikami majątkowymi, które zostały nabyte ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a następnie na podstawie umowy zawartej pomiędzy Szefem KPRM a BGK przekazane Skarbowi Państwa reprezentowanemu przez Ministra Szefa KPRM, powinno odbywać się poprzez zastosowanie powszechnie obowiązujących przepisów w zakresie gospodarowania mieniem państwowym, tj. ustawy z 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym¹⁴⁴ oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami majątku ruchomego Skarbu Państwa¹⁴⁵. Ponadto, jednak należy zapewnić, by wydatki na utworzenie i działalność szpitali tymczasowych, pokryte z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, jak i zdarzenia gospodarcze dotyczące zagospodarowania składników majątkowych nabytych przez Skarb Państwa od spółek tworzących ST, były ujmowane w księgach rachunkowych właściwych podmiotów zgodnie z przepisami ustawy o rachunkowości.

Umowa pomiędzy Skarbem Państwa reprezentowanym przez Ministra Szefa KPRM a BGK została zawarta na czas niezbędny do zapewnienia funkcjonowania szpitala tymczasowego oraz dokonania niezbędnych rozliczeń pomiędzy Stronami. Na zasadach określonych w umowie BGK wykonywać miał obowiązki wskazane w umowie w okresie do dnia zakończenia obowiązywania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej aktów prawnych, stwierdzających istnienie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z COVID-19, lub wygaśnięcia lub uchylecia Decyzji Prezesa RM (§7 ust. 1 i 2).

(akta kontroli str. 23)

W postanowieniach umowy normujących zasady rozliczeń Stron (§8) ustalono, że KPRM dokona zwrotu na rzecz BGK następujących poniesionych przez BGK wydatków: 1] z tytułu kosztów eksploatacyjnych związanych z używaniem obiektu i funkcjonowaniem szpitala tymczasowego, tj.: centralnego ogrzewania naliczanego od powierzchni użytkowej obiektu, w tym koszty stałe płatne przez cały rok oraz koszty zmienne płatne w okresie grzewczym, zużycia zimnej i ciepłej wody oraz ścieków w okresach miesięcznych, zużycia energii elektrycznej w okresach miesięcznych,

¹⁴² Znak DWR7.5101.55.2020

¹⁴³ Pismo z 9 listopada 2020 r. DBF.I.0313.4.2020.IK:534836

¹⁴⁴ Dz. U. z 2021 r., poz. 1933, ze zm.

¹⁴⁵ Dz. U. z 2022 r., poz. 998, ze zm.

korzystania z innych mediów, zgodnie z rozliczeniami otrzymanymi od dostawców tych mediów, koszty ochrony osób i mienia, koszty ochrony przeciwpożarowej szpitala tymczasowego oraz inne koszty poniesione przez BGK, niezbędne do prawidłowego funkcjonowania szpitala tymczasowego; 2] z tytułu realizacji Adaptacji i usunięcia Adaptacji; 3] z tytułu zakupu wyposażenia szpitala tymczasowego, wyszczególnionego w załączniku nr 3 do umowy. Maksymalna należność do zapłaty z tytułu refundacji za Adaptację miała nie przekroczyć równowartości kwoty 6 200,0 tys. zł brutto.

Maksymalna wartość umowy obejmująca należności z tytułu kosztów eksploatacyjnych¹⁴⁶, kosztów realizacji i usunięcia Adaptacji oraz z tytułu wyposażenia szpitala nie przekroczy równowartości kwoty 7 870,0 tys. zł brutto.

Koszty refundacji za Adaptację (§8 ust. 5) – obejmują wszelkie koszty, wydatki i zobowiązania, jakie powstaną w związku z wykonaniem Adaptacji oraz jej usunięciem, w tym w szczególności, lecz niewyłącznie koszty wynagrodzenia pośredników handlowych, robót budowlanych, materiałów, sprzętu, ubezpieczeń, rozliczeń międzybankowych, akredytów, dostaw, transportu, wywózki, utylizacji i innych usług, oraz wszelkie inne koszty chociażby pośrednio związane z realizacją Adaptacji.

(akta kontroli str. 24-27)

Dodatkowo w umowie zostały zawarte następujące postanowienia: 1] §8 ust. 8 - *Strony zgodnie postanawiają, iż przesłanką zawarcia Kosztorysu dodatkowego oraz podwyższenia na jego podstawie wynagrodzenia nie może być niewłaściwe oszacowanie przez BGK wysokości kosztów związanych z wykonaniem prac ujętych w zaakceptowanym uprzednio przez KPRM Zestawieniu Czynności oraz Kosztorysie, chyba że to niewłaściwe oszacowanie wynikać będzie z okoliczności, które w normalnym toku działania oraz przy zachowaniu należytej staranności nie mogłyby zostać uwzględniane*"; 2] §8 ust. 16 – *„Dokonanie odbioru Adaptacji nie wpływa na możliwość wykonywania przez KPRM uprawnień wynikających z Umowy. W szczególności, jeśli Adaptacje objęte Refundacją okażą się niezgodne z Umową, w tym pod względem jakościowym lub posiadają wady lub usterki, BGK lub jego cesjonariusz (którym może być wyłącznie Szpital Macierzysty) będzie niezwłocznie wykonywał przysługujące mu uprawnienia z tytułu gwarancji lub rękojmi udzielonej przez Wykonawców. Dodatkowo, w przypadku gdy wady nie zostaną usunięte przez Wykonawcę w ustalonym terminie, BGK zobowiązany jest na własny koszt naprawić je lub zastąpić zużyte materiały lub urządzenia wolnymi od wad i spełniającymi właściwe wymagania jakościowe, w terminie uzgodnionym przez Strony, uzasadnionym racjonalną gospodarką oraz faktycznie istniejącymi możliwościami w aktualnych warunkach rynkowych i uwzględniającym w najszerszym możliwym zakresie cel zawarcia Umowy, w szczególności potrzebę niezwłocznego zapewnienia leczenia chorym na COVID-19.*

(akta kontroli str. 26, 27)

W umowie nie zawarto postanowień dotyczących kar umownych, co Minister - Szef KPRM tłumaczył specyficznymi relacjami pomiędzy Skarbem Państwa - KPRM a Bankiem Gospodarstwa Krajowego, którego cele określone są ustawowo i który jest państwową osobą prawną(...) Bank przeznaczony do dysponowania środkami Skarbu Państwa z zasady wypełnia wymogi uznania za z gruntu dysponujący odpowiednim zaufaniem w zakresie zawieranej umowy. W zgodnej opinii podmiotów reprezentujących interes Skarbu Państwa (tj. KPRM i PG RP) zabezpieczenie w formie kar umownych nie było w tym wypadku konieczne dla zabezpieczenia interesu Skarbu Państwa. Dodatkowo, rezygnacja z kar umownych zaplanowana

¹⁴⁶ Za okres do 30 czerwca 2021 r.

w trakcie negocjacji, pozwoliła na przekonanie kontrahenta do rezygnacji z konkretnych zapisów trudnych do przyjęcia z kolei przez KPRM, w szczególności w zakresie prawa do wypowiedzenia przez BGK umowy. Dodatkowo Minister - Szef KPRM poinformował, że: *W toku realizacji Umów zawartych pomiędzy KPRM a PL.2012+ Sp. z o.o. i BGK, nie zidentyfikowano dotychczas przesłanek, które powodowałyby potrzebę wystąpienia z żądaniem wobec tych podmiotów dotyczącym usunięcia nieprawidłowości w zakresie realizacji Umów. Żaden ze szpitali macierzystych nie zgłaszał do KPRM uwag dotyczących współpracy ze spółką czy Bankiem. Potwierdzeniem zrealizowania adaptacji obiektów na potrzeby szpitali tymczasowych były protokoły odbioru, w których potwierdzono wykonanie czynności adaptacyjnych oraz dokumentacja powykonawcza (w tym zdjęciowa).*

Zdaniem NIK, postanowienia umowne, chroniące interes Skarbu Państwa, powinny być zawierane we wszystkich umowach, dając narzędzie wywierania skutecznego wpływu na działania wykonawców, zwłaszcza w przypadku niedotrzymywania przez nich warunków umowy.

(akta kontroli str. 1156-1159)

2.3.3. W okresie objętym kontrolą BGK wystawił 11 faktur (do 8 grudnia 2021 r.) na łączną kwotę 7 560,4 tys. zł, a dotyczących:

- koszty adaptacji na szpital tymczasowy – 5 948,9 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 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, a w razie wątpliwości przez Departament Prawny KPRM.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji służącej rozliczeniom wydatków i uruchomieniu środków dla BGK stwierdzono, że rozliczenie przeprowadzono zgodnie z warunkami umowy. Każdorazowo realizacja płatności za faktury wystawione przez bank była poprzedzona akceptacją przez Ministra Szefa KPRM szczegółowo opracowanej, wg jednolitego wzoru, notatki służbowej sporządzonej przez DIR, zawierającej wnioski i rekomendacje odnośnie do przedłożonych przez bank faktur, w zakresie ich zgodności z postanowieniami umowy oraz szereg załączników – kopii dokumentów źródłowych.

(akta kontroli str. 50, 55-76)

Pismem z dnia 8 lutego 2021 r. BGK wystąpił do KPRM z prośbą o akceptację Kosztorysu Adaptacji wraz z Zestawieniem Czynności, zgodnie z postanowieniem §4 ust. 4 umowy, przekazując jednocześnie dokumenty potwierdzające wykonanie przez BGK umowy, celem rozliczenia kosztów poniesionych przez Bank w związku z realizacją decyzji Prezesa RM z dnia 2 listopada 2020 r. Dyrektor DIR w notatce służbowej z dnia 15 marca 2021 r., skierowanej do Ministra - Szefa KPRM, przedstawiła wnioski wynikające z analizy nadesłanych przez BGK dokumentów i przedstawiła rekomendacje o zaakceptowanie przedłożonego przez BGK Zestawienia Czynności wraz z Kosztorysem Adaptacji dla szpitala tymczasowego w Siedlcach na łączną kwotę 5 948,9 tys. zł brutto, do których DIR nie zgłosił zastrzeżeń, a ich przyjęcie do wiadomości potwierdził Szpital Macierzysty.

(akta kontroli str. 51, 55-61)

8 kwietnia 2021 r. do KPRM wpłynęły wystawione przez BGK - zgodnie z §8 ust. 8 umowy - dwie faktury dotyczące refundacji kosztów poniesionych przez Bank na Adaptację szpitala tymczasowego:

- faktura nr FV/DR/000031/21 z dnia 6 kwietnia 2021 r. na kwotę 5 948,9 tys. zł brutto za kompleksowe zrealizowanie prac związanych z Adaptacją szpitala tymczasowego przez Generalnego Wykonawcę, tj. za czynności określone w zaakceptowanym przez KPRM Zestawieniu Czynności i Kosztorysie Adaptacji;
- faktura nr FV/DR/000032/21 z dnia 6 kwietnia 2021 r. na kwotę 127,6 tys. zł brutto za kompleksowy, wielobranżowy nadzór inwestorski prowadzony w imieniu BGK, związany z przeprowadzeniem Adaptacji.

DIR wystąpił do Departamentu Prawnego KPRM¹⁴⁷ z prośbą o potwierdzenie wyrażonej przez BGK opinii, iż koszty nadzoru inwestorskiego prowadzonego w imieniu Banku przedstawione przez BGK w kwocie 127,6 tys. zł brutto można rozliczyć jako wydatki pośrednio związane z przeprowadzeniem Adaptacji, tj. zgodnie z §8 ust. 5 umowy, całkowicie zrealizowane w fazie Adaptacji. Ponadto BGK wskazał, iż zgodnie z §8 ust. 2 umowy maksymalna należność do zwrotu z tytułu Refundacji za Adaptację nie może przekroczyć kwoty 6 200,0 tys. zł brutto, a przesłane zestawienie poniesionych przez BGK kosztów, z uwzględnieniem wydatków poniesionych przez BGK na wynagrodzenie dla Inwestora Zastępczego, mieści się w zakładanej kwocie i wynosi 6 076,6 tys. zł brutto.

W dniu 15 kwietnia 2021 r. DP KPRM przedstawił opinię, w której wskazano, iż Inwestor zastępczy, który wykonuje obowiązki BGK w zakresie procesu inwestycyjnego generuje wydatek po stronie BGK, który jest pośrednio związany z realizacją Adaptacji. Dyrektor DIR w notatce służbowej z dnia 20 marca 2021 r., skierowanej do Ministra - Szefa KPRM, przedstawiła wnioski wynikające z analizy nadesłanych przez BGK dokumentów i przedstawiła rekomendacje:

- zaakceptowania przedłożonego przez BGK Zestawienia Czynności wraz z Kosztorysem Powykonawczym Adaptacji dla szpitala tymczasowego na łączną kwotę 5 948,9 tys. zł brutto, w którym Szpital Macierzysty potwierdził wykonanie wszystkich czynności;
- zaakceptowania kosztów nadzoru inwestorskiego prowadzonego w imieniu Banku w kwocie 127,6 tys. zł brutto jako wydatków pośrednio związanych z przeprowadzeniem Adaptacji, tj. zgodnych z §8 ust. 5 umowy, całkowicie zrealizowanych w fazie Adaptacji;
- wypłatę w całości kwot wskazanych w fakturach BGK.

(akta kontroli str. 62-67)

W dniu 11 czerwca 2021 r. do KPRM wpłynęły cztery wystawione przez BGK - na podstawie §8 ust. 1 umowy - faktury dotyczące refundacji poniesionych przez Bank w okresie grudzień 2020 r. - marzec 2021 r. kosztów eksploatacyjnych związanych z użytkowaniem i funkcjonowaniem szpitala tymczasowego na łączną kwotę 209,9 tys. zł. DIR, dokonując weryfikacji ww. faktur, zwrócił uwagę na dwie pozycje, tj.:

- w poz. 5 faktury nr FV/DR/000046/21 z dnia 7 czerwca 2021 r., tj. inne koszty poniesione przez Bank zgodnie z §8 ust. 1 lit. a) pkt. vi. umowy, w kwocie 5,9 tys. zł, obejmujący koszt wynajmu firmy ochroniarskiej;
- w poz. 5 faktury nr FV/DR/000049/21 z dnia 7 czerwca 2021 r., tj. inne koszty poniesione przez Bank zgodnie z §8 ust. 1 lit. a) pkt. vi. umowy, w kwocie 18,5 tys. zł, obejmujący koszt wynajmu dwóch kontenerów.

DIR wystąpił do DP KPRM z prośbą o stanowisko odnośnie do możliwości rozliczenia wskazanych wyżej kosztów oraz jednocześnie zwrócił się do BGK o dodatkowe wyjaśnienia. Dyrektor DIR w notatce służbowej z dnia 5 lipca 2021 r., skierowanej do Ministra - Szefa KPRM, przedstawiła wnioski wynikające z analizy nadesłanych

¹⁴⁷ Dalej: DP

przez BGK dokumentów i przedstawiła rekomendacje wypłaty w całości kwot wskazanych w fakturach.

(akta kontroli str. 68-76)

W dniu 15 września 2021 r. do KPRM wpłynęły trzy faktury na łączną kwotę 102,7 tys. zł, dotyczące kosztów eksploatacyjnych funkcjonowania szpitala tymczasowego.

(akta kontroli str. 1513-1530)

W dniu 9 grudnia 2021 r. do KPRM wpłynęły dwie faktury FV/DR/00096/21 na kwotę 666,9 tys. zł brutto oraz FV/DR/00097/21 na kwotę 504,4 tys. zł brutto, obejmujące zwrot wydatków poniesionych przez Bank za zakup wyposażenia dodatkowego związanego z funkcjonowaniem szpitala tymczasowego, który został określony w załączniku nr 3 do Umowy. Dyrektor DIR w notatce służbowej z dnia 21 grudnia 2021 r., skierowanej do Ministra - Szefa KPRM, przedstawiła wnioski wynikające z analizy nadesłanych przez BGK dokumentów i przedstawiła rekomendacje wypłaty w całości kwot wskazanych w fakturach.

(akta kontroli str. 113-117)

2.4. Na dzień zakończenia kontroli nie zostało przeprowadzone końcowe rozliczenie umowy dotyczącej działania ST na Stadionie Narodowym. Natomiast umowa z BGK dotycząca utworzenia i funkcjonowania ST w Siedlcach została rozliczona.

Natomiast w przypadku szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym, wg wyjaśnień Ministra Szefa KPRM, *trwają działania związane z uzgodnieniami treści porozumień określających sposób oraz tryb uregulowania i zakończenia wzajemnych zobowiązań Stron w związku z rozwiązaniem Umów.*

Należy jednak zauważyć, że przedłużanie rozliczenia wydatków PL.2012+ dokonywanych na podstawie umowy z 10 grudnia 2020 r. spowoduje ryzyko, że koszty związane z tymi działaniami będą ujawniane jeszcze w 2023 r., pomimo że ST dawno już został zlikwidowany. Tym samym powstaje ryzyko, że w odniesieniu do wydatków dokonywanych na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez Ministra Szefa KPRM z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie zostanie zachowana zasada memoriału i współmierności, wynikająca z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁴⁸, 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 umowy z PL.2012+ 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.

Zarówno w odniesieniu do składników mienia nabytych przez Skarb Państwa ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w wyniku realizacji umowy z PL.2012+, jak i umowy zawartej z BGK nie podjęto decyzji o ich rozdysponowaniu. Przedłużający się proces formalnego przekazywania docelowym użytkownikom przez Skarb Państwa tych składników majątkowych (aparatury i sprzętu medycznego, instalacji itp.) może opóźnić możliwość pełnego wykorzystania ich walorów przez docelowego użytkownika.

W związku z tym, że do dnia zakończenia kontroli składniki majątkowe szpitali tymczasowych w Siedlcach i na Stadionie Narodowym w Warszawie nie zostały

¹⁴⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 217 ze zm.

przekazane przez KPRM docelowemu użytkownikowi, i nie nastąpiło ostateczne rozliczenie umowy zawartej z PL.2012+, NIK odstępuje od oceny tego zagadnienia.
(akta kontroli str. 2499, 2503)

2.5. W tabeli przedstawiono porównanie danych na temat funkcjonowania szpitali tymczasowych, dla których decyzje wydał Prezes Rady Ministrów, a umowy ze spółkami podpisał Minister Szef KPRM.

Dane	Warszawa – Stadion Narodowy	Siedlce Szpital Wojewódzki
Data uruchomienia	06.11.2020	09.12.2020
Okresy funkcjonowania	06.11.2020 – 23.05.2021; 25.11.2021 – 31.03.2022	09.12.2020 – 14.07.2021; 04.10.2021 – 31.03.2022
Liczba łóżek wg umowy	550	100
Maksymalne obłożenie	308	100
Liczba przyjętych pacjentów ogółem	3014	1271
Koszty utworzenia i utrzymania ogółem	72 030 724,58 zł	7 560 484,84 zł
Koszt utworzenia i utrzymania na 1 pacjenta	23 898,71 zł	5 948,45 zł
Koszt utworzenia i utrzymania na 1 łóżko	130 964,95 zł	75 604,85 zł
Adaptacja i jej usunięcie	18 184 324,31 zł	5 948 900,00 zł (bez usunięcia)
Koszty poniesione na podstawie umowy w czasie funkcjonowania szpitala		
Czynsz	38 467 838,29 zł	0,00 zł
Ochrona	4 348 306,77 zł	0,00 zł
Koszty/Oplaty eksploatacyjne	8 534 208,63 zł	312 600,00 zł
Trwałość nakładów (Przeznaczenie instalacji i elementów konstrukcyjnych po zamknięciu szpitala tymczasowego)	Całkowita likwidacja adaptacji, przywrócenie hali do poprzedniej funkcji. Zlecone przez NIK badanie biegłych dotyczące rozwiązań architektonicznych, technicznych i budowlanych zastosowanych w czterech obiektach przeznaczonych na szpitala tymczasowe wykazało, że w przypadku szpitali zlokalizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych efekty przeprowadzonych adaptacji mają charakter jednorazowy i 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).	Wykorzystane w toku działania Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach do udzielania świadczeń.

Z przedstawionych danych wynika, że w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne koszt utworzenia i utrzymania szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym był prawie dwukrotnie większy od kosztu utworzenia i funkcjonowania ST w Siedlcach, przypadającego na jedno utworzone w nim łóżko. Natomiast w przeliczeniu na jednego leczonego pacjenta, koszty utworzenia i funkcjonowania szpitala w Warszawie były prawie czterokrotnie wyższe niż w Siedlcach.

Proporcje te są niekorzystne w porównaniu z pozostałymi szpitalami tymczasowymi, finansowanymi z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez MZ i MAP, utworzonymi w Polsce zarówno w obiektach wielkopowierzchniowych, jak i w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń. W skali kraju bowiem na jedno łóżko utworzone w szpitalach tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych (na Stadionie Narodowym, w halach widowiskowych, targowych, terminalach lotniskowych) wydatkowano średnio 193,5 tys. zł, podczas gdy w przeliczeniu na jedno łóżko utworzone w ST działających w zaadaptowanych obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń koszt ten wyniósł średnio 90,9 tys. zł. Natomiast w przeliczeniu na jednego leczonego pacjenta koszt poniesiony na działanie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych

wyniósł 52,0 tys. zł, a w szpitalach tymczasowych działających w obiektach przeznaczonych uprzednio do udzielania świadczeń – 24,9 tys. zł.

Ponadto, nakłady poniesione na adaptację Stadionu Narodowego i innych podobnych obiektów do potrzeb szpitala tymczasowego przyniosły jednorazowy efekt i nie przyczyniły się do trwałej poprawy stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w regionie, podczas gdy inwestycja w Siedlcach i innych obiektach szpitalnych, przyniosła trwałe wzmocnienie systemu ochrony zdrowia w Polsce

Do wyników powyższej analizy odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 5*.

(akta kontroli str. 50, 362-902, 1324-1329, 1537-1538, 1932-2111, 2329-2333, 2669-2670, 2673- 2706)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W powyższym zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Minister Szef KPRM w sposób nierzetelny wykonał określony w art. 11h ust. 7 pkt 1 specustawy obowiązek zawarcia umowy z podmiotami wskazanymi przez PRM w decyzjach dotyczących utworzenia, organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych i zawarł umowy ze spółkami, dotyczące tworzenia obydwu szpitali tymczasowych już po przyjęciu przez te jednostki pacjentów.

Umowa z PL2012+ została zawarta w dniu 10 grudnia 2020 r., tj. 52 dni po wydaniu przez PRM decyzji w tej sprawie i 34 dni po przyjęciu pierwszego pacjenta, a umowa z BGK została zawarta w dniu 19 stycznia 2021 r., tj. 48 dni po wydaniu przez PRM polecenia w tej sprawie oraz 41 dni od przyjęcia pierwszego pacjenta. Zatem w okresie przed zawarciem umowy spółki realizowały polecenia PRM wyłącznie na podstawie jego decyzji¹⁴⁹, która tylko w bardzo ogólny sposób regulowała obowiązki spółek. Tym samym, w toku prac prowadzących do utworzenia obydwu ST Szef KPRM nie określił szczegółowego zakresu przedmiotowego realizowanych przez PL.2012+ i BGK zadań ani nie ustalił mechanizmów umownych zabezpieczających interesy Skarbu Państwa i zapewniających gospodarne wykorzystanie środków publicznych na ten cel.

W przypadku umowy z PL.2012+ nierzetelnie zawarto cztery aneksy do umowy z 10 grudnia 2020 r.¹⁵⁰, bowiem odnosiły się one do czynności już wcześniej wykonanych lub zaistniałych wcześniej okoliczności:

- np. 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.), 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),
- 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 działalność 23 maja 2021 r. 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.

(akta kontroli str. 13-49, 134-230, 306-357, 1318-1329, 1507-1512, 2305-2323, 2665-2668)

Na pytanie o przyczyny podpisywania umów i aneksów dotyczących tworzenia szpitali tymczasowych z mocą wsteczną Minister Szef KPRM odpowiedział, że (...) *umowy zostały podpisane po uprzednim wydaniu poleceń przez Prezesa Rady Ministrów, ponieważ polecenia, będące decyzjami administracyjnymi, stanowiły podstawę prawną dla podpisania takich umów. Dopiero po wydaniu decyzji możliwe było*

¹⁴⁹ Decyzje PRM zostały szczegółowo opisane w pkt 1.4.2 ppkt 10 i 11.

¹⁵⁰ Aneksy nr 1,2,5,7 opisane odpowiednio w punktach 2.2.3.1, 2.2.3.2, 2.2.3.5, 2.2.3.7. powyżej

podjęcie działań zmierzających do zapisania treści stosunku prawnego łączącego strony w wyniku wydanego polecenia. Polecenie wymagało działań niezwłocznych, wynikających z charakteru polecanych działań i wagi zadania, odpowiadającej sytuacji kryzysowej wywołanej epidemią (...) Zasadnicze aspekty stosunku prawnego wynikały z samej decyzji i bieżących uzgodnień pomiędzy stronami. Zawarcie umów podlega zaś zasadom prawa cywilnego i polega na wymianie zgodnych oświadczeń woli stron. O ile kwestie zasadnicze pozwalające na rozpoczęcie działań organizacyjnych i prac inwestycyjnych - jak stwierdzono wyżej - ustalone zostały przez strony niezwłocznie, o tyle szczegóły i precyzyjny zapis poszczególnych zakresów umownych wymagał skrupulatnych analiz i uzgodnień. Taka konstrukcja skutkowała przedłużaniem się negocjacji w zakresie niezależnym od organu. Na termin sporządzenia umów w formie pisemnej wpłynęła również konieczność przygotowania załączników do umów zawierających szczegółowe opisy niezbędnych prac, spisy niezbędnych do zakupu produktów, kosztorysy i plany sytuacyjne. (...) Umowy na poszczególnych etapach uzgodnień opiniowane były również przez Prokuratorię Generalną Rzeczypospolitej Polskiej, która w sposób możliwie niezwłoczny, ale jednak wymagający określonych zakresów czasowych przedstawiała swoje stanowisko.

(akta kontroli str. 1394, 1398, 1923-2111)

NIK uznaje powyższe wyjaśnienia jako niewystarczające do usprawiedliwienia postępowania dotyczącego zawierania umów i aneksów związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem ST, ponieważ w przypadku obydwu szpitali, w okresie po wydaniu przez PRM decyzji, a przed zawarciem umowy, działania związane z utworzeniem i organizacją szpitali tymczasowych, podjęte niezwłocznie przez spółki, były wykonywane bez ustalenia szczegółowych zasad oceny celowości i gospodarności poniesionych przez spółki wydatków podlegających zwrotowi ze środków publicznych. Ponadto, w wyniku zawarcia obydwu umów już po zakończeniu procesu adaptacji obiektów i rozpoczęciu działania przez ST, ich niektóre postanowienia, mające na celu ochronę interesów Skarbu Państwa były bezprzedmiotowe, jak np. zapisy dające KPRM możliwość bieżącego sprawdzania zakresu wykonywanych prac i kontroli wyprzedzającej poniesienie wydatków na sprzęt o wartości przekraczającej kwotę 130 tys. zł. Natomiast po stronie PL.2012+ i BGK powstawało ryzyko ponoszenia wydatków, które nie zostaną im zwrócone. Także zawieranie aneksów *post factum* skutkowało tym, że objęte nimi czynności w obiekcie (np. zwiększenie zakresu adaptacji), dokonywane były bez ustalenia zasad i warunków współpracy pomiędzy stronami umowy.

OCENA CZĄSTKOWA

Działania Ministra Szefa KPRM, doprowadziły do utworzenia obydwu szpitali tymczasowych objętych poleceniami wydanymi przez PRM, dysponującymi łącznie 650 łózkami dla pacjentów chorych na COVID-19.

Jednak umowy z PL.2012+ i BGK zostały zawarte w obydwu przypadkach już po przeprowadzeniu prac związanych z adaptacją obiektów do roli szpitala i po przyjęciu przez te szpitale pierwszych pacjentów, co było działaniem nierzetelnym. Umowa z PL2012+ została zawarta 10 grudnia 2020 r., tj. prawie dwa miesiące po wydaniu przez PRM decyzji i miesiąc po przyjęciu pierwszego pacjenta, a umowa z BGK została zawarta w dniu 19 stycznia 2021 r., tj. po ponad dwóch miesiącach od wydania przez PRM decyzji w tej sprawie i po ponad 5 tygodniach od przyjęcia pierwszego pacjenta.

W efekcie postanowienia umowne, mające chronić interesy Skarbu Państwa, w tym m.in. dotyczące kar umownych (umowa z PL.2012+) lub nakładające na spółkę obowiązek uzyskiwania zgody na zakupy sprzętu o większej wartości (dot. umowy z BGK) nie mogły być wykorzystane w czasie procesu budowy szpitali tymczasowych; nie można było stosować zwłaszcza mechanizmów służących weryfikacji

gospodarności, celowości i rzetelności postępowania spółek przy wykonywaniu prac adaptacyjnych i dokonywaniu określonych zakupów. Minister w wyniku takich działań pozbawił się bowiem 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.

Na podstawie tak zawartych umów i aneksów do nich wydatkowano ogółem 79 591,2 tys. zł¹⁵¹.

Rozliczenie wydatków na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST na Stadionie Narodowym nie zostało na dzień kontroli zakończone pomimo tego, że od zaprzestania jego działalności upłynęło już ponad 6 miesięcy, przy czym w przypadku umowy zawartej 10 grudnia 2020 r z PL.2012+ rozliczyć należy także zobowiązanie do zwrotu tej spółce utraconych przychodów z tytułu rezerwacji i imprez odwołanych z powodu adaptacji Stadionu Narodowego do pełnienia funkcji szpitala tymczasowego.

NIK zwraca uwagę, że wydłużający się czas rozliczenia tworzenia i funkcjonowania ST na Stadionie Narodowym powoduje ryzyko, że koszty z tym związane będą ujawniane jeszcze w 2023 r., pomimo że ST już od dawna nie istnieje i że nie zostanie – w odniesieniu do wydatków dokonywanych na podstawie dyspozycji, wydawanych przez Ministra Szefa KPRM z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, zachowana zasada memoriału i współmierności określona w art. 6 ustawy o rachunkowości. Może także wystąpić konieczność wprowadzania korekt do sprawozdań z wykonania planu finansowego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 za poprzednie lata.

Do dnia zakończenia kontroli nie zamknięto procesu rozdysponowania składników majątkowych, zakupionych przez spółki w związku z utworzeniem, organizacją i funkcjonowaniem ST, a następnie nabytych przez Skarb Państwa reprezentowany przez Ministra Szefa KPRM, ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, co skutkuje niemożnością ich pełnego wykorzystywania do celów, dla których zostały zakupione.

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę:

1. W obszarze zarządzania kryzysowego - na konieczność egzekwowania wykonywania decyzji podejmowanych przez RZZK od ich adresatów.
2. W obszarze planowania i realizacji przedsięwzięć skutkujących ponoszeniem wydatków ze środków publicznych - na konieczność podejmowania działań dopiero po określeniu ich celu i sformułowaniu adekwatnych mierników służących ocenie ich osiągania, w oparciu o rzetelne analizy ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej.
3. W obszarze wykonywania obowiązków organu administracji - na konieczność przeprowadzania postępowania administracyjnego z uwzględnieniem zasad wynikających z k.p.a. i modyfikacji procedury administracyjnej, wynikających z przepisów szczególnych (w tym specustawy).
4. W obszarze zawierania i egzekwowania umów - na konieczność ich zawierania w terminach pozwalających na wykorzystywanie postanowień umownych do zabezpieczenia interesów Skarbu Państwa.

¹⁵¹ Stan rozliczeń na dzień 31 marca 2022 r.

Wnioski

Jednocześnie, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o:

1. ustalenie obowiązujących procedur w zakresie planowania i monitorowania oraz rozliczania wydatków ponoszonych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez jego dysponenta,
2. zapewnienie przeprowadzania systemowej oceny rezultatów ponoszenia wydatków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 pod kątem ich efektywności organizacyjnej i ekonomicznej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosku

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

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

Warszawa, grudnia 2022 r.

Prezes
Najwyższa Izba Kontroli
Marian Banaś