



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
Marian Banaś

LKA.411.002.05.2021

Pan  
Adam Niedzielski  
Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Niedzielski, Minister Zdrowia od 26 sierpnia 2020 r. <sup>2</sup>
Zakres przedmiotowy kontroli	Działania związane z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych <sup>3</sup> .
Okres objęty kontrolą	Od października 2020 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych <sup>4</sup> . Badania kontrolne objęły 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 <sup>5</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Aleksander Górniak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/281/2021 z dnia 13 grudnia 2021 r. 2. Waldemar Góra, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/9/2022 z 14 stycznia 2022 r. 3. Andrzej Pakuła, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/55/2022 z 14 marca 2022 r., nr LKA/147/2022 z 11 lipca 2022 r. oraz LKA/186/2022 z 13 września 2022 r.

(akta kontroli str. 1-2 i 1168-1170, 2147)

<sup>1</sup> Dalej: Ministerstwo.

<sup>2</sup> Dalej: Minister, Minister Zdrowia lub MZ.

<sup>3</sup> 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 opisywane jako *obiekty wielkopowierzchniowe*.

<sup>4</sup> Dzień zakończenia kontroli 10 października 2022 r.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

**Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działania Ministra Zdrowia związane z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych.**

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

I. Minister nie przygotował planu budowy szpitali tymczasowych pomimo tego, że decyzję w tej sprawie 4 kwietnia 2020 r. podjął Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego<sup>7</sup> pod przewodnictwem Prezesa Rady Ministrów<sup>8</sup> i polecił jej wykonanie m.in. Ministrowi Zdrowia. Zaniechanie przez Ministra działań wynikających z decyzji RZZK stanowiło nierzetelną realizację przez MZ koordynacyjnej funkcji *podmiotu wiodącego*, wynikającej z Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego<sup>9</sup>, w toku zarządzania sytuacją kryzysową wywołaną przez epidemię COVID-19. Ponadto takie postępowanie osłabiało inicjującą i koordynującą rolę RZZK, wynikającą z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym<sup>10</sup>.

Minister, pełniąc funkcję *podmiotu wiodącego*, powinien był zainicjować prace nad planem i koordynować działania podejmowane w tym zakresie przez pozostałych Ministrów wskazanych przez RZZK w decyzji z 4 kwietnia 2020 r. odpowiedzialnych za jego przygotowanie. W toku tych prac można było rozważyć kilka wariantów organizacji udzielania świadczeń w zakresie opieki szpitalnej w czasie epidemii i na wypadek pogorszenia się sytuacji sanitarno-epidemiologicznej, wybrać do realizacji najlepszy z tych wariantów z punktu widzenia organizacji ochrony zdrowia w Polsce i wymogu efektywnego dysponowania środkami publicznymi. Wobec nieprzygotowania przedmiotowego planu do tworzenia szpitali tymczasowych przystąpiono bez planu i pod presją wzrastającej liczby zakażeń i hospitalizacji spowodowanych przez epidemię COVID-19.

II. Pierwszą decyzję o przystąpieniu do tworzenia szpitala tymczasowego Minister wydał 16 października 2020 r.<sup>11</sup> Przed przystąpieniem do tworzenia ST Minister nie wprowadził do przepisów powszechnie obowiązujących zmian, dających podstawę do udzielania świadczeń leczniczych w miejscach niewykorzystywanych uprzednio do tego celu. Zapisów odnoszących się do szpitali tymczasowych nie ujęto też w *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020*<sup>12</sup>. Przed przystąpieniem do tworzenia ST Minister nie zatwierdził także i nie przekazał do stosowania jako obowiązujących wytycznych i procedur tworzenia szpitali tymczasowych. NIK ocenia postępowanie Ministra jako nierzetelną realizację jego kompetencji do inicjowania i opracowywania polityki Rządu w zakresie ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej, wynikającej z art. 4 ust.1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej<sup>13</sup>.

Wprowadzenie zmian w przepisach *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*<sup>14</sup> i ujęcie szpitali tymczasowych w *Strategii walki z pandemią COVID-19. Jesień 2020 3.0.* nastąpiło 3 listopada 2020 r., tj. już po wydaniu przez Ministra Zdrowia decyzji dotyczących utworzenia piętnastu takich szpitali (do tego dnia łącznie MZ, PRM i wojewoda warmińsko-mazurski wydali decyzje dotyczące utworzenia 29 szpitali

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

<sup>7</sup> Dalej zwany RZZK.

<sup>8</sup> Dalej także jako PRM.

<sup>9</sup> Dalej jako KPZK – Część B. W KPZK MZ jest wyznaczonym podmiotem wiodącym w *Siatce bezpieczeństwa*, str. 9. Obowiązki podmiotu wiodącego szczegółowo omówiono w Obszarze 1 nin. wystąpienia pokontrolnego.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 261 ze zm., zwana dalej *uozk*.

<sup>11</sup> Decyzja dotyczyła tworzenia ST w Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie, w obiekcie przeznaczonym do udzielania świadczeń leczniczych.

<sup>12</sup> Aż do 3 listopada 2020 r.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1893 ze zm., dalej: *Ustawa o działach administracji*.

<sup>14</sup> Dz.U. poz. 595 ze zm., dalej: Rozporządzenie MZ z 26 marca 2019 r.

tymczasowych) i w okresie zaostrzenia się sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w Polsce. Natomiast wytyczne i procedury, które opracowano, nie zostały oficjalnie zatwierdzone do stosowania przez Ministra. Minister przed przystąpieniem do wydawania decyzji o utworzeniu szpitali tymczasowych nie przeprowadził także rozpoznania możliwości zabezpieczenia dla tych jednostek personelu medycznego, co NIK ocenia także jako działanie nierzetelne.

III. Minister nierzetelnie wykonywał zadania podmiotu upoważnionego przez PRM (na podstawie 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 ustaw<sup>15</sup>) do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i przed przystąpieniem do tworzenia ST nie ustanowił adekwatnych, skutecznych i efektywnych narzędzi służących zarządzaniu wykorzystaniem środków publicznych przekazywanych na podstawie jego dyspozycji na pokrycie kosztów tworzenia, organizacji, funkcjonowania i likwidacji szpitali tymczasowych.

W szczególności nie dysponował kalkulacją kosztów związanych z ich organizacją i funkcjonowaniem, która mogłaby być wykorzystana jako narzędzie do monitorowania i kontrolowania wydatków ponoszonych na te cele, a także, przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych nie opracował i nie zatwierdził spójnych, jednolitych i adekwatnych procedur zarządzania, zapewniających gospodarne i celowe wykorzystywanie środków publicznych Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych. Zauważyć należy, że choć pewne elementy służące zapewnieniu gospodarnego wydatkowania środków publicznych zostały przez Ministra ustalone w okresie późniejszym, to jednak nie łączyły się w spójny system narzędzi zapewniających gospodarne wydatkowanie środków publicznych na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST.

Do tworzenia szpitali tymczasowych przystąpiono też, gdy nie był oszacowany koszt udzielania w nich świadczeń leczniczych, który został przedstawiony przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji<sup>16</sup> 3 listopada 2020 r., to jest w sytuacji, gdy MZ wydał decyzje dotyczące utworzenia piętnastu szpitali tymczasowych, z czego dziesięć decyzji dotyczyło utworzenia ST w halach sportowych, targowych i podobnych obiektach wielkopowierzchniowych<sup>17</sup>.

Zdaniem NIK, podejmowanie przez MZ działań mających na celu utworzenie ST, bez analiz dotyczących skutków finansowych w zakresie kosztów prac adaptacyjnych, funkcjonowania i likwidacji oraz kosztów udzielania w nich świadczeń leczniczych, było sprzeczne z zasadami gospodarowania środkami publicznymi, a w szczególności z zasadą optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Należy zwrócić uwagę, że przy ograniczonych zasobach służących finansowaniu walki z epidemią COVID-19, wydatkowanie pieniędzy na nieefektywne działania zmniejszało pulę dostępnych środków finansowych, które mogły być spożytkowane na inne zadania.

IV. Minister Zdrowia wydał 26 decyzji administracyjnych w sprawie tworzenia szpitali tymczasowych bez przeprowadzenia postępowania administracyjnego, wymaganego przez przepisy art. 11h ust. 2 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorobach zakaźnych oraz wywołanych nimi*

<sup>15</sup>Dz. U. poz. 568 ze zm., dalej: *ustawa zmieniająca*.

<sup>16</sup> Dalej: AOTMiT.

<sup>17</sup>Obiekty zaadaptowane do celu udzielania świadczeń leczniczych, takie jak centra wystawiennicze, hangary, hale widowiskowo-sportowe – zwane dalej *obiettami wielkopowierzchniowymi*.

sytuacji kryzysowych<sup>18</sup>, w związku z art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>19</sup>.

V. Minister, wypełniając dyspozycję zawartą w art. 12 *uozk*, stanowiącą zobowiązanie do realizacji, zgodnie z zakresem jego właściwości, zadań dotyczących zarządzania kryzysowego, wykonywał w sposób nierzetelny zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju, wynikające z KPZK Cz. B<sup>20</sup>. Minister nie zapewnił bowiem koordynacji działań wojewodów przy tworzeniu szpitali tymczasowych, finansowanych na podstawie składanych przez niego dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, przy doborze lokalizacji, określaniu skali potrzeb i wielkości tworzonych szpitali<sup>21</sup>, czego wynikiem było wydatkowanie w sposób niecelowy, bez zachowania zasady doboru optymalnych metod i środków służących osiągnięciu założonych celów i bez zachowania zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, kwoty 417 715,3 tys. zł na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację dziesięciu ST w zaadaptowanych obiektach wielkopowierzchniowych<sup>22</sup>.

W ocenie NIK, sytuacja sanitarno-epidemiologiczna w Polsce nie uzasadniała utworzenia szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, ponieważ w wyniku m.in. działań MZ, PRM, MON i wojewodów, każdego dnia w szpitalach systemu zabezpieczenia<sup>23</sup>, o którym mowa w art. 95l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>24</sup> i pozostałych szpitalach tymczasowych<sup>25</sup> zabezpieczono łóżka w liczbie wystarczającej do hospitalizacji wszystkich potrzebujących tego pacjentów chorych na COVID-19. Łóżek tych nie brakłoby nawet w przypadku, gdyby nie powstały szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych, ponieważ nawet bez tych szpitali codziennie byłaby zachowana bezpieczna rezerwa, odpowiadająca od 13,8%<sup>26</sup> do 95,2%<sup>27</sup> liczby pacjentów hospitalizowanych danego dnia.

Ponadto koszty ponoszone w szpitalach zorganizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych finansowanych przez MZ były w przeliczeniu na utworzone jedno łóżko i jednego leczonego pacjenta odpowiednio dwukrotnie i czterokrotnie wyższe, niż w pozostałych szpitalach tymczasowych, finansowanych na podstawie dyspozycji składanych przez Ministra. Miało to przyczynę zarówno w wysokich kosztach adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych, jak i w ponoszeniu w tych obiektach wysokich kosztów wynajmu pomieszczeń, opłat za media i ochronę i kosztów likwidacji, których nie trzeba było ponosić w porównywalnym rozmiarze w pozostałych szpitalach tymczasowych, finansowanych na podstawie dyspozycji składanych przez MZ. Ogółem te koszty w szpitalach działających w obiektach wielkopowierzchniowych, finansowanych na podstawie dyspozycji składanych przez MZ, pochłonięły kwotę 154,3 mln zł<sup>28</sup>. Ponadto nakłady poniesione na podstawie dyspozycji składanych przez Ministra z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na organizację i funkcjonowanie szpitali tymczasowych w obiektach

<sup>18</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm. Dalej: *Specustawa*.

<sup>19</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 2000, ze zm. Dalej: k.p.a.

<sup>20</sup> KPZK, Cz.B. str. 51, Katalog XXVIII, pkt 4.

<sup>21</sup> MZ finansował z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 utworzenie, funkcjonowanie i likwidację 20 ST, powołanych na podstawie jego decyzji (18 ST) i decyzji Wojewody Warmińsko-Mazurskiego (2 ST). Szczegółowo te ST są scharakteryzowane w pkt 2.1. nin. wystąpienia pokontrolnego.

<sup>22</sup> ST w obiektach halowych w Krakowie, Katowicach, Opolu, Łodzi, Szczecinie, Poznaniu, Kielcach, Lublinie, Białymstoku i Wrocławiu – opisane szczegółowo w pkt. 2.1.1. poniżej. Koszty te nie dotyczą udzielania świadczeń leczniczych finansowanych za pośrednictwem NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

<sup>23</sup> Dalej także jako szpitale stacjonarne

<sup>24</sup> Dz.U. z 2021, poz. 1285 ze zm., dalej jako ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

<sup>25</sup> ST utworzone w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych i szpitalach modułowych.

<sup>26</sup> W dniu 6 kwietnia 2021 r. liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5571, łóżek zajętych było 34691.

<sup>27</sup> W dniu 31 lipca 2021 r. liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5453, łóżek zajętych było 277.

<sup>28</sup> W przypadku szpitali tymczasowych utworzonych w obiektach wcześniej przeznaczonych do udzielania świadczeń koszty związane m.in. czynszem, ochroną, opłatami za media nie były ponoszone ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 tylko z przychodów za udzielanie świadczeń w ramach działalności szpitala.

wielkopowierzchniowych dały nietrwały efekt, gdyż szpitale te uległy likwidacji po zakończeniu działalności. Natomiast wydatki poniesione na utworzenie szpitali tymczasowych w obiektach wykorzystywanych uprzednio do udzielania świadczeń (łącznie na kwotę 131,9 mln zł), przyczyniły się do trwałej poprawy infrastruktury szpitalnej w różnych regionach Polski.

VI. Minister, wypełniając dyspozycję zawartą w art. 12 *uozk*, stanowiącą zobowiązanie do realizacji, zgodnie z zakresem jego właściwości, zadań dotyczących zarządzania kryzysowego, wykonywał w sposób nierzetelny zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju, wynikające z KPZK Cz. B<sup>29</sup> i nie spowodował bieżącego powiązania i dostosowywania liczby łóżek covidowych w szpitalach tymczasowych działających w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych do potrzeb wynikających z sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju.

W rezultacie, ze środków przeznaczonych w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na udzielanie świadczeń leczniczych, za utrzymanie *gotowości do udzielania świadczeń* przez szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych przez Ministra, nieefektywnie wydatkowano kwotę 103,8 mln zł, a w szpitalach tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych przez inne organy, wydatkowano z tego tytułu nieefektywnie dalszych 52,1 mln zł<sup>30</sup>.

NIK ocenia bowiem, że skoro dla zapewnienia miejsc hospitalizacji dla chorych na COVID-19 i utrzymania bezpiecznego poziomu rezerw łóżek covidowych nie było potrzebne tworzenie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, to wydatki poniesione na utrzymanie w nich *gotowości do udzielania świadczeń* należy także uznać za nieefektywne z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.

W ocenie NIK, dopuszczając do opisanego wyżej nieefektywnego wydatkowania środków na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST (pkt V) oraz na udzielanie w nich świadczeń leczniczych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (pkt VI), Minister nierzetelnie realizował obowiązki organu upoważnionego przez PRM na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, odpowiedzialnego za zapewnienie, by wydatkowanie tych środków odbywało się w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów i optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

VII. Minister nierzetelnie realizował obowiązki podmiotu upoważnionego przez PRM, na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej, do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i nie wprowadził skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem i monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, służących zapewnieniu ciągłości finansowania kosztów udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 przez podmioty lecznicze. W rezultacie łączna kwota 1 879 818,3 tys. zł nie została przekazana do Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>31</sup> w terminie<sup>32</sup>, wynikającym z Polecenia Ministra z 2 marca 2021 r. skierowanego do Prezesa NFZ pomimo tego, że środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na ten cel zostały zabezpieczone w puli pozostającej w dyspozycji MZ.

<sup>29</sup> KPZK, Cz.B. str. 51, Katalog XXVIII, pkt 4

<sup>30</sup> Ogółem na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń przez szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych utworzonych na podstawie decyzji MZ (9 przypadków), PRM (3 przypadki) i MZ we współpracy z MON (1 przypadek) wydatkowano w 155,9 mln zł.

<sup>31</sup> Dalej także: NFZ.

<sup>32</sup> Termin wynoszący 30 dni od złożenia przez Prezesa NFZ *Sprawozdania z udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*, został określony w Poleceniu Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. skierowanym do Prezesa NFZ.

VIII. MZ nierzetelnie wykonywał obowiązki Ministra kierującego działem i kierownika jednostki, odpowiedzialnych z mocy art. 69 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>33</sup> za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej, którym kieruje i w kierowanym przez siebie Ministerstwie, ponieważ nie przeprowadził ewaluacji działań podjętych w związku z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych, ani w trakcie epidemii, ani po podjęciu decyzji o likwidacji szpitali tymczasowych 31 marca 2022 r.

Tym samym MZ odstąpił od ewaluacji sposobu wykonywania także szeregu innych obowiązków, nałożonych na niego mocą innych ustaw, takich jak: 1] funkcja Ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialnego za sprawy dotyczące ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji, 2] funkcja *podmiotu wiodącego* wyznaczonego w KPZK Cz. B do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i koordynacji działań podmiotów wspierających w przypadku wystąpienia epidemii o zasięgu ogólnokrajowym, 3] funkcja podmiotu upoważnionego, na podstawie art. 65 ust 3 przez PRM, do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, 4] funkcja organu sprawującego na podstawie art. 162 ust. 1 ustawy o udzielaniu świadczeń nadzór nad działalnością NFZ.

W ocenie NIK, pozycja Ministra w polskim systemie prawnym i dostęp do informacji o przebiegu epidemii w Polsce i wynikających z niego potrzebach oraz o zasobach niezbędnych do przeciwdziałania COVID-19 sprawiają, że to MZ powinien przeprowadzić taką wszechstronną ewaluację i w razie potrzeby podjąć niezbędne działania naprawcze.

---

<sup>33</sup> Dz.U. z 2022, poz. 1634 ze zm., dalej: *ufp*

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>34</sup> kontrolowanej działalności

Obszar

#### 1. Przygotowanie do tworzenia szpitali tymczasowych.

Opis stanu faktycznego

1.0. Zgodnie z art. 7 ust.1 *uozk* Rada Ministrów sprawuje zarządzanie kryzysowe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zadania Rady Ministrów i poszczególnych jej członków w fazie zapobiegania i przygotowania kraju do epidemii określa KPZK Część A, natomiast w fazie reagowania i odbudowy - Część B tego dokumentu. Obecnie obowiązujący KPZK został opracowany i przyjęty 6 marca 2012 r. oraz aktualizowany w 2019 r. i 2022 r. Najnowsza aktualizacja pochodzi z 3 marca 2022 r. Szpitale tymczasowe nie zostały uwzględnione ani w KPZK Cz. B zaktualizowanej w 2019 r., ani też w najnowszej aktualizacji KPZK z 2022 r.

Tworzenie szpitali tymczasowych nie było też przewidziane w Wojewódzkich planach działania na wypadek wystąpienia epidemii (WPDnWWE), sporządzanych przez wojewodów na podstawie art. 44 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>35</sup> przed uchwaleniem specustawy, tj. przed 2 marca 2020 r. Na dzień zakończenia kontroli wzmianki o szpitalach tymczasowych znalazły się w WPDnWWE sporządzonych dla woj. małopolskiego (aktualizacja z 31 maja 2021 r.) i podlaskiego (aktualizacja z 20 kwietnia 2021 r.). W związku z brakiem planów utworzenia szpitali tymczasowych, nie poddano analizie i nie testowano tego rozwiązania przed okresem rozprzestrzenienia się wirusa SARS- CoV-2 na terenie Polski.

(akta kontroli str. 1417-1427, 2844-2846)

1.1. W ramach KPZK Cz. B (etap *Reagowania i Odbudowy*) Ministrowi Zdrowia zostało przypisanych pięć zadań, z których trzy dotyczyły kontrolowanego obszaru: 1] Nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie kraju, w tym Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, 2] Zapewnienie osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej i długofalowej opieki medycznej, 3] Koordynacja dostępności i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz monitoring wolnych łóżek szpitalnych, 4] Zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju<sup>36</sup>.

Zgodnie z zapisami ujętymi w KPZK Cz. A i Cz. B<sup>37</sup>, Minister Zdrowia jest *podmiotem wiodącym* w przypadku wystąpienia zagrożenia spowodowanego epidemią. Zgodnie z definicją zawartą w KPZK Cz. B podmiot wiodący to organ (instytucja), która ze względu na zakres kompetencji prawnych realizuje zadania kluczowe dla skuteczności działania w danej fazie zarządzania kryzysowego, najczęściej we współpracy z innymi organami (instytucjami) szczebla równorzędnego lub niższego, niepodporządkowanymi jej pod względem służbowym (zwanymi podmiotami współpracującymi). Rolą podmiotu wiodącego jest monitorowanie przypisanych mu zagrożeń, inicjowanie działań właściwych dla danej fazy zarządzania kryzysowego oraz koordynowanie przedsięwzięć wykonywanych przez podmioty współpracujące<sup>38</sup>.

W KPZK Cz. B w pkt 4 (str. 55) zostały ustalone zasady współdziałania między siłami uczestniczącymi w realizacji planowanych przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej<sup>39</sup>, gdzie wskazano m.in., że *współdziałanie z zasady organizuje organ administracji, który w zidentyfikowanym zagrożeniu i siatce bezpieczeństwa, zawartej*

<sup>34</sup> 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.

<sup>35</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 1657, dalej *uozzz*.

<sup>36</sup> KPZK, cz. B, str. 51, Katalog XXVIII Zadania Ministra właściwego ds. Zdrowia.

<sup>37</sup> KPZK Cz. A str. 49 i KPZK Cz. B, str. 9.

<sup>38</sup> KPZK Cz. B str. 4.

<sup>39</sup> Analogiczny zapis znalazł się w KPZK Cz. B po aktualizacji w 2022 r. na str. 58.



w planie zarządzania kryzysowego, został wskazany jako podmiot wiodący(...), natomiast zadaniem (...) wymienionych w siatce bezpieczeństwa podmiotów współpracujących jest uruchomienie i skierowanie do działań na rzecz podmiotu wiodącego wszystkich dostępnych sił, środków i usług będących w dyspozycji organów i jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych, stosownie do zapotrzebowania podmiotu wiodącego i skali zagrożenia<sup>40</sup>.

W KPZK Cz. B, w pkt 5 Tryb uruchamiania niezbędnych sił i środków, uczestniczących w realizacji planowanych przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej na str. 67 zawarto opis roli podmiotu wiodącego dla danej sytuacji kryzysowej w przypadku zdarzenia, którego skutki są odczuwalne na terenie jednego województwa:

*Eskalacja zagrożenia i narastające potrzeby wojewody są głównymi przesłankami do reakcji ministra kierującego określonym działem administracji rządowej (...) wskazanego w siatce bezpieczeństwa jako wiodący dla danego rodzaju zagrożenia. Jego główną rolą jest zorganizowanie i skierowanie do dyspozycji wojewody specjalistycznych sił i środków wsparcia oraz uruchomienie dodatkowych narzędzi (prawnych, finansowych, itp.), umożliwiających szybkie i skuteczne opanowanie sytuacji kryzysowej (...).*

*Szczególne role centralnych organów administracji rządowej ma miejsce w przypadku zdarzenia, którego skutki odczuwalne są na terenie kilku województw, a zagrożenie wymaga działań interdyscyplinarnych. Konieczne staje się uruchomienie procedur reagowania przez Radę Ministrów (zgodnie z art. 7 Rada Ministrów sprawuje zarządzanie kryzysowe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), w tym przy pomocy Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego. Wskazany przez Prezesa Rady Ministrów minister wiodący dla danej sytuacji kryzysowej, korzystając ze wsparcia innych ministrów i kierowników urzędów centralnych koordynuje działania w zakresie usuwania skutków zdarzenia. Analogiczny zapis znalazł się w KPZK Cz. B po aktualizacji w 2022 r<sup>41</sup>.*

(akta kontroli str. 1417-1427)

1.1.1. Minister Zdrowia realizował ww. zadania m.in. poprzez uczestnictwo w pracach RZZK, który jest organem opiniodawczo-doradczym właściwym w sprawach inicjowania i koordynowania działań podejmowanych w zakresie zarządzania kryzysowego, działającym przy Radzie Ministrów, tworzonym na podstawie art. 8 ust. 1 uozk.

Prezes RM 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 Kryzysowego<sup>42</sup>. 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. Poddane analizie 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 §4 ust. 1-3 ww. Zarządzenia, formą zajmowania i prezentowania stanowiska przez to gremium są decyzje.

(akta kontroli str. 1428-1429, 1448-1449)

Od 4 marca 2020 r. posiedzenia RZZK zwoływane były codziennie i brał w nich udział MZ lub jego przedstawiciel. 4 kwietnia 2020 r. na posiedzeniu RZZK została sformułowana decyzja (tzw. *rekomendacja*) o treści: *Przygotować plan budowy*

<sup>40</sup> W KPZK Cz.B. str. 9 wojewodowie wskazani są jako podmioty współpracujące w przypadku wystąpienia epidemii

<sup>41</sup> KPZK z 2022 r. Cz.B. str. 76.

<sup>42</sup> M.P. z 2014., poz. 926. Dalej: Regulamin RZZK.

szpitali tymczasowych i rozpocząć przygotowania do utworzenia takiego szpitala w Forcie Wola. Jako podmioty właściwe do realizacji tej decyzji w protokole wskazano Ministra Aktywów Państwowych, Ministra Obrony Narodowej i Ministra Zdrowia. Protokół podpisał Przewodniczący RZZK, Prezes Rady Ministrów Mateusz Morawiecki. Decyzja z 4 kwietnia 2020 r. nie została odwołana, ani zmieniona na kolejnych posiedzeniach. Według wyjaśnień MZ, w wyniku przeprowadzonej wideokonferencji oraz wizytacji Fortu Wola, ministrowie doszli do wniosku, że organizacja szpitala tymczasowego w tej lokalizacji jest niezasadna. W toku kontroli NIK nie przedstawiono planu budowy szpitali tymczasowych, ponieważ nie został opracowany ani do października 2020 r., kiedy rozpoczęto tworzenie szpitali tymczasowych, ani do odwołania stanu epidemii w Polsce (16 maja 2022 r.) do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 1*.

(akta kontroli str. 3-6, 1174-1175, 1430-1432, 1448-1455)

W kwietniu 2020 r., na podstawie doświadczeń z misji lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie<sup>43</sup> 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, którego koszt wraz z wyposażeniem i aparaturą medyczną oszacowano na 37 mln zł (w tym aparatura – 20 mln zł). Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając z upoważnienia Ministra na pytanie skierowane do MZ wyjaśnił nieskorzystanie przy opracowaniu *Strategii walki z pandemią Covid-19 (wersja 3.0)* oraz dokumentu pt. *Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19* z doświadczeń trzech misji WIM, innymi uwarunkowaniami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz odmiennym przebiegiem epidemii COVID-19 w porównaniu do innych krajów europejskich. W swoich wyjaśnieniach nie wskazał natomiast, dlaczego to rozwiązanie nie mogło być zastosowane.

(akta kontroli str. 518-523, 1433-1443)

Zdaniem NIK, koncepcja mobilnego szpitala złożonego z modułów nadawała się do wykorzystania w polskich warunkach organizacyjnych i epidemicznych, a przydatność opracowanego przez WIM modelu udzielania świadczeń w zakresie opieki szpitalnej potwierdza utworzenie w późniejszym czasie w Polsce czterech szpitali tymczasowych w modelu modułowym<sup>44</sup> i ich wykorzystanie do leczenia pacjentów chorych na COVID-19.

1.1.2. W okresie poprzedzającym utworzenie szpitali tymczasowych Minister otrzymywał informacje o wolnych i zajętych łóżkach dla pacjentów z COVID-19 m.in. od wojewodów<sup>45</sup>. W celu monitorowania przebiegu pandemii COVID-19, Departament Analiz i Strategii Ministerstwa korzystał z danych zawartych w systemach: 1] EWP (testy na obecność SARS-CoV-2, kwarantanny, zgony) od maja 2020 r. (w tym zgony z powodu COVID-19 od grudnia 2020 r.), 2] raportów Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych (w zakresie zakażeń, zgonów i ozdowień) – od listopada 2020 r., 3] Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 – od maja 2020 r., i bieżących raportów MSWiA na temat dostępności i obłożenia łóżek dla pacjentów z COVID-19 – przez cały czas epidemii.

(akta kontroli str. 120-121, 520-522)

Minister Zdrowia miał dostęp do danych zgromadzonych w Krajowym Rejestrze Pacjentów z COVID-19, prowadzonym przez Narodowy Instytut Kardiologii

<sup>43</sup> Dalej: WIM.

<sup>44</sup> ST w Legnicy, Płocku, Ostrołęce i Warszawie – ul. Szaserów.

<sup>45</sup> Łóżka wyodrębnione w szpitalach stacjonarnych i tymczasowych, przeznaczone dla pacjentów chorych na COVID-19 – dalej także jako *łóżka covidowe*.

im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy<sup>46</sup>. Ocena utworzenia i funkcjonowania Rejestru była przedmiotem odrębnej kontroli NIK<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 121-122, 124-129, 183-185)

1.1.3. Zarządzeniem Ministra Zdrowia z 2 września 2020 r.<sup>48</sup> powołany został Zespół do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 w Rzeczypospolitej Polskiej, pod przewodnictwem Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego. Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając z upoważnienia Ministra na prośbę o przekazanie danych i wyników dotyczących powołania i wyników prac zespołów analitycznych powołanych przez MZ, które wykorzystywały dane zgromadzone w Krajowym Rejestrze Pacjentów z COVID-19 wyjaśnił, że w wyniku prac ww. Zespołu, Ministrowi Zdrowia dostarczane były informacje wykorzystywane do planowania działań przeciwepidemicznych, przede wszystkim raporty, prognozy, scenariusze dotyczące aktualnego i przewidywanego przebiegu epidemii COVID-19 w Rzeczypospolitej Polskiej, m.in. wraz z uwzględnieniem nakładanych restrykcji, a także innych kluczowych czynników mających bezpośredni, bądź pośredni wpływ na przebieg epidemii w kraju.

(akta kontroli str. 181, 213-215)

1.1.4. Począwszy od 14 września 2020 r. zaczęła wzrastać liczba zakażeń i trend ten utrzymał się do 7 listopada 2020 r. Z kilkudniowym przesunięciem w czasie zaczęła się też zwiększać liczba pacjentów chorych na COVID-19, przebywających w szpitalach. Od 13 października 2020 r. do sprawy utworzenia szpitali tymczasowych nawiązywano podczas posiedzeń RZZK w toku dyskusji oraz w ramach tzw. *wniosek i rekomendacji*, kierowanych także do MZ. 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 wydawano decyzje co do dalszego działania, skierowane do poszczególnych organów (ministrów, wojewodów).

Według danych MZ, 5 października 2020 r. dla pacjentów chorych na COVID-19 było wydzielonych 9249 łóżek szpitalnych, z czego 2006 łóżek było zajętych, 15 października 2020 r. zajętych było 6538 z wydzielonych 14142 łóżek covidowych, 17 października 2020 r. zajętych było 7612 z 15166 łóżek covidowych, 23 października 2020 r. zajętych było 10788 a wolnych 7644 łóżek covidowych, 31 października 2020 r. zajętych było 7880 z wydzielonych 24024 łóżek covidowych<sup>49</sup>, 5 listopada 2020 r. było 19114 łóżek covidowych zajętych i 8996 łóżek wolnych. Dla porównania, szpital tymczasowy na Stadionie Narodowym dysponował w dniu rozpoczęcia działalności (6 listopada 2020 r., wg umowy zawartej ze spółką PL.2012+ sp. z o. o.) 550 łózkami, a w Polsce było ok. 9 tys. wolnych łóżek dla pacjentów z COVID-19<sup>50</sup>.

Z analizy danych o liczbie łóżek zajętych i wolnych, wyodrębnionych w szpitalach stacjonarnych i w szpitalach tymczasowych, utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych wynika, że od 28 października 2020 r. (dnia uruchomienia pierwszego szpitala tymczasowego w Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie) do 31 marca 2022 r. (kiedy zaprzestano publikacji codziennych danych na temat łóżek dla pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji) każdego dnia w tych szpitalach była

<sup>46</sup> Z siedzibą w Warszawie, zwany dalej „NIKARD”.

<sup>47</sup> I/22/001/KPZ.

<sup>48</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. Urz. MZ poz. 64).

<sup>49</sup> Dane ujęte w dokumencie Strategia walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 r. wersja 3.0., str. 22.

<sup>50</sup> 28 października 2020 r. przyjęty został pierwszy pacjent do szpitala tymczasowego w Krakowie, zorganizowanego na bazie Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof, dysponującego wg decyzji MZ 250 łózkami.

wydzielona liczba łóżek niezbędna dla przyjęcia wszystkich pacjentów z COVID-19, nawet w przypadku gdyby nie zostały utworzone szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych. Ponadto, zarówno w kraju, jak i w poszczególnych województwach była zapewniona rezerwa łóżek covidowych, odpowiadająca w skali kraju od 13,8% do 95,2% liczby zajętych łóżek covidowych w danym dniu<sup>51</sup>.

(akta kontroli str. 14-40, 1444-1449)

1.1.5. Na posiedzeniach RZZK po 16 października 2020 r., tj. po dniu wydania decyzji MZ o utworzeniu szpitala tymczasowego w Rzeszowie, jak i później, temat tworzenia i organizowania ST został poruszony wielokrotnie, a MZ był podmiotem decyzji m.in. dotyczących: 1] opracowania listy obiektów, które mogą zostać zaadaptowane na tymczasowe szpitale i dokonania analizy efektywności ekonomicznej w przypadku korzystania z budynków prywatnych (17 października 2020 r.) oraz 2] pilnego wytypowania i przygotowania na terenie wszystkich województw lokalizacji szpitali tymczasowych dedykowanych COVID-19 i odpowiednio wyboru szpitali patronackich, tj. szpitali, w których struktury organizacyjne będą wchodziły utworzone szpitale tymczasowe (z 18 października 2020 r.).

(akta kontroli, str. 1180-1183, 1448-1455)

**1.2.** MZ jest właściwy w sprawach z zakresu administracji rządowej dotyczących ochrony zdrowia i zasad organizacji ochrony zdrowia (art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. pkt 1. i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji) i do jego kompetencji należy inicjowanie i opracowywanie polityki Rządu, a także przedkładanie inicjatyw, projektów założeń projektów ustaw i projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów.

1.2.1. NIK nie przedstawiono dokumentów na temat inicjatyw i projektów, dotyczących utworzenia, organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych, sporządzonych przed przystąpieniem do ich tworzenia. Aktem prawnym powszechnie obowiązującym, dotyczącym ST, było Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2020 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*<sup>52</sup>. Wejście w życie tego rozporządzenia umożliwiło rozpoczęcie udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej w obiektach spełniających tylko niektóre z wymogów określonych przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>53</sup>. Do 3 listopada 2020 r. MZ wydał decyzje w sprawie dziesięciu ST<sup>54</sup> w obiektach wielkopowierzchniowych, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 2*.

(akta kontroli str. 41-43, 307-327, 2148-2827)

1.2.1.1. Przystąpienie do tworzenia szpitali tymczasowych od 16 października 2020 r. nie zostało ujęte w planach przeciwdziałania COVID-19, sporządzonych przez MZ przed tą datą. Do tej sprawy brak jest odniesień w tzw. *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020* z 3 września 2020 r. i *Strategii walki z pandemią COVID-19 Wersja 2.0 Jesień 2020* z 8 października 2020 r., opublikowanych przez MZ. W toku kontroli NIK zwróciła się do MZ o przedstawienie dokumentacji, na podstawie której podjęto decyzję o utworzeniu szpitali tymczasowych, jako formy udzielania świadczeń z zakresu opieka szpitalna dla pacjentów chorych na COVID-19 (analizy, notatki,

<sup>51</sup> Ilustracja graficzna i szczegółowy opis znajdują się w Obszarze 2, pkt 2.10.2.

<sup>52</sup> Dz. U. poz. 1943. – dalej *Rozporządzenie zmieniające*. Po wejściu ww. Rozporządzenia zmieniającego, udzielanie świadczeń stało się możliwe w obiektach spełniających wymogi określone w § 18, § 19, § 25-31 i § 33 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2019 r.

<sup>53</sup> Dz. U. poz. 595 ze zm. Dalej: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r.

<sup>54</sup> ST w Krakowie, Kielcach, Poznaniu, Katowicach, Wrocławiu, Opolu, Łodzi, Lublinie, Białymstoku i Szczecinie.

protokoły ze spotkań, maile). W odpowiedzi Sekretarz Stanu w Ministerstwie stwierdził, że sytuacja epidemiczna była monitorowana i analizowana przez MZ i całą Radę Ministrów oraz przekazał *Strategię walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 r. Wersja 3.0*<sup>55</sup> z 3 listopada 2020 r.

(akta kontroli, str. 3-6, 14-40, 1456-1475)

W ogłoszonej przez MZ w dniu 3 listopada 2020 r. *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 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*<sup>56</sup> – planowane przy zbliżaniu się do 20 000 zakażeń dziennie. Szpitale tymczasowe miały być (...) uruchamiane sukcesywnie w zależności od sytuacji epidemicznej w poszczególnych województwach. Do 3 listopada 2020 r. MZ wydał 15<sup>57</sup> decyzji w sprawie tworzenia szpitali tymczasowych w różnych lokalizacjach, z czego dziesięć dotyczyło organizacji ST w obiektach wielkopowierzchniowych.

(akta kontroli str. 13-40, 307-309, 2148-2827)

1.2.1.2. Na pytanie skierowane do MZ o analizy, na bazie których oparto przyjęte rozwiązania w zakresie tworzenia szpitali tymczasowych i o standardy, jakie miały spełniać te jednostki w zakresie bezpieczeństwa, zapewnienia personelu medycznego, pomieszczeń szpitali, dostępności, lokalizacji i kryteriów przyjęcia do szpitali, Sekretarz Stanu w Ministerstwie odpowiedział z upoważnienia Ministra, że 16 października 2020 r. przesłał do *przedstawicieli Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wiadomość elektroniczną wraz z dokumentem pt. Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19 celem przekazania jej do urzędów wojewódzkich*.

Ponadto, Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając na pytania zadane Ministrowi o modele i standardy jakie miały spełniać ST, wskazał na dokument pt. *Proces organizacji szpitala tymczasowego*.

Dokument pt. *Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19* jest datowany na 16 października 2020 r. i powstał na podstawie projektu koncepcyjnego adaptacji Centrum AmberExpo w Gdańsku na tymczasowy szpital, zrealizowanego na zlecenie Urzędu Miasta Gdańska i przesłanego do Ministerstwa dzień wcześniej. W dokumencie liczącym 17 stron tekstu, odniesiono się do takich zagadnień jak: zakres adaptacji, warunki techniczne, program obiektu po adaptacji, lecz nie odniesiono się do kosztu adaptacji obiektu na szpital. MZ nie zatwierdził dokumentu w sposób formalny do stosowania. 16 października 2020 r. *Rekomendacje* zostały przekazane drogą mailową wojewodom, z uwagą, że *przedmiotowe wytyczne stanowią katalog optymalnych rozwiązań, natomiast w sytuacji braku możliwości zastosowania danego rozwiązania należy wdrożyć rozwiązania alternatywne*. NIK nie przedstawiono takich rozwiązań alternatywnych.

(akta kontroli str. 7, 49-67, 116-117, 120, 131-164, 181, 211-212)

W dniu 4 listopada 2020 r. z Wydziału Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia do urzędów wojewódzkich (wojewódzkich centrów zarządzania kryzysowego) została przesłana niepodpisana wiadomość obejmująca 1,5 strony tekstu pt. *Proces organizacji szpitala tymczasowego 22.10.2020(002)*<sup>58</sup>. Wiadomość ta zawierała listę kolejnych działań podejmowanych w toku tworzenia szpitala tymczasowego.

<sup>55</sup> Dalej: *Strategia 3.0*.

<sup>56</sup> Posiadających dostęp do tlenu i łóżka intensywnej terapii.

<sup>57</sup> Oprócz ST w obiektach wielkopowierzchniowych, także ST w Rzeszowie, Krakowie, Zielonej Górze, Ciechocinku i Sopocie

<sup>58</sup> Zwany dalej: „Procedurą organizacji szpitali tymczasowych”.

W wiadomości tej zostały wymienione zadania wojewody, Ministra i kierownika szpitala patronackiego. Zgodnie z treścią tej wiadomości, do zadania Ministra należało wydawanie poleceń (na podstawie art. 10d i art. 11h ust. 2 i 4 specustawy<sup>59</sup>) wykonawcy/przedsiębiorcy w zakresie przeprowadzenia procesu budowy i wyposażania szpitala tymczasowego (z warunkiem, że szczegóły dotyczące realizacji polecenia zostaną określone w umowie, którą zawrze z wykonawcą/przedsiębiorcą wojewoda<sup>60</sup>), wraz z pisemnym poinformowaniem wojewodów o wydaniu takiej decyzji ze wskazaniem, że realizacja polecenia będzie finansowana z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a środki będą zabezpieczone w planie finansowym Funduszu (po zebraniu zapotrzebowania na środki od wojewodów). Przekazana do urzędów wojewódzkich pocztą elektroniczną, wiadomość z 4 listopada 2020 r. nie została podpisana, ani w inny sposób autoryzowana przez Ministra. Do tego dnia MZ wydał decyzje<sup>61</sup> dotyczące tworzenia 15 szpitali tymczasowych.

Minister nie potwierdził, że wojewodowie zostali zobowiązani do stosowania ww. procedury, a z ustaleń kontroli wynika, że zawarte w *Procedurze organizacji szpitala tymczasowego* zalecenia nie były stosowane przez wszystkich wojewodów w całości<sup>62</sup>.

(akta kontroli str. 46-47, 511-521, 1512-1519, 1531-1553, 2148-2827)

Na 27 października 2020 r. datowano dokument pt. *Ogólne wytyczne w zakresie przygotowania i uruchomienia szpitali tymczasowych w obiektach wielofunkcyjnych: arenach, stadionach, centrach kongresowych, centrach wystawienniczo-targowych, w związku z pogarszaniem się sytuacji epidemicznej wirusa SARS-CoV-2 w Polsce, na przykładzie doświadczeń organizacji placówki na terenie Stadionu PGE Narodowy w Warszawie*, który odnosi się do adaptacji Stadionu Narodowego na potrzeby szpitala tymczasowego. W tym dokumencie przedstawiono m.in. zagadnienia związane z: identyfikacją i wyborem obiektu przeznaczonego na szpital tymczasowy, wymogami medycznej operacyjności obiektu, organizacją prac i podziałem odpowiedzialności pomiędzy interesariuszami i prawnymi aspektami funkcjonowania szpitala. Dokument nie został zatwierdzony ani podpisany przez Ministra Zdrowia jako obowiązujący. Do dnia sporządzenia *Wytycznych* MZ wydał dziewięć z dziesięciu decyzji dotyczących tworzenia szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych<sup>63</sup>.

Do tworzenia szpitali tymczasowych przystąpiono, zanim ten sposób udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej został uwzględniony w *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 r*<sup>64</sup>. oraz bez zatwierdzonych procedur,

<sup>59</sup> 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. z 2020 r. 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. Art. 10d został dodany przez art. 17 pkt 3 ww. ustawy z dnia 7 października 2020 r.

<sup>60</sup> Zgodnie z art. 11h ust. 7 pkt 2 specustawy.

<sup>61</sup> Dot. ST: Rzeszów, Kraków – 2 szpitale, Wrocław, Kielce, Poznań, Łódź, Opole, Lublin, Katowice, Białystok – 2 szpitale, Szczecin.

<sup>62</sup> Z trzech kontrolowanych w ramach nin. kontroli wojewodów w jednym przypadku wojewoda śląski poinformował NIK, że nie stosował się do nich podczas organizacji szpitala tymczasowego w Katowicach w zakresie dot. powołania pełnomocnika, ponieważ nie przewidywały tego obowiązujące przepisy prawa. Pozostali wojewodowie (dolnośląski i mazowiecki) realizowali czynności opisane w tym dokumencie.

<sup>63</sup> ST w Krakowie, Wrocławiu, Kielcach, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Lublinie, Katowicach i Białymstoku.

<sup>64</sup> Odniesienie do szpitali tymczasowych znalazło się w *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 r.* w jej wersji określonej jako 3.0.

rekomendacji i wytycznych<sup>65</sup>, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 2*.

(akta kontroli str. 310-327, 1476-1511, 2148-2827)

1.2.2.3. W latach 2020-2022 Ministerstwo posiadało dostęp do informacji o zasobach kadrowych lekarzy m.in. z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów<sup>66</sup> i z Centrum e-Zdrowia<sup>67</sup>, a o zasobach pielęgniarek i położnych – m.in. z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych.

(akta kontroli str. 328-329, 335-339)

Przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych w październiku 2020 r.<sup>68</sup> MZ nie prowadził rozpoznania zabezpieczenia personelu medycznego, co Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wyjaśnił: *Szpitala tymczasowe powstały w ponad pół roku od wykrycia w Polsce pierwszych przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w okresie, kiedy personel medyczny posiadał już możliwą do uzyskania w tamtym czasie wiedzę na temat transmisji koronawirusa i stosownych rozwiązań oraz zabezpieczeń minimalizujących jej ryzyko. (...)W momencie podjęcia decyzji o zasadności utworzenia szpitali tymczasowych, były już dostępne i powszechnie stosowane przez personel medyczny oraz przez pacjentów środki ochrony indywidualnej, jak również personel medyczny posiadał już pewne doświadczenia związane z dotychczasowym przebiegiem epidemii, a co za tym idzie z koniecznością zapewnienia takiej organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, by była ona, w sposób maksymalnie możliwy do osiągnięcia, bezpieczna pod względem epidemiologicznym zarówno dla pacjentów, jak i dla samego personelu medycznego*". Do powyższego zagadnienia odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 2*.

(akta kontroli str. 165-166, 172-173)

1.2.3. Minister uczestniczył w procesie tworzenia szpitali tymczasowych, poprzez wydawanie decyzji: 1] nakazujących przystąpienie do adaptacji pomieszczeń, 2] nakazujących udostępnienie nieruchomości na cele związane z tworzeniem szpitali, 3] ustalających liczbę łóżek w poszczególnych szpitalach. Szczegółowo opisano to zagadnienie w Obszarze 2 nin. wystąpienia pokontrolnego.

W odpowiedzi na pytanie o sposób wykonywania przez MZ funkcji koordynacji w toku tworzenia szpitali tymczasowych, wskazano na opisane poniżej fakty.

(akta kontroli str. 307-327, 2148-2827)

23 października 2020 r. Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w Ministerstwie, przekazał wojewodom wskazówki, w których oszacowano wielkość zbiorników na tlen ciekły, którymi powinny dysponować poszczególne szpitale.

(akta kontroli str. 3, 6-7, 68-72)

28 października 2020 r. zostało zorganizowało spotkanie on-line z pełnomocnikami wojewodów, na którym wymieniano doświadczenia nt. utworzenia szpitali tymczasowych, a pełnomocnicy zasięgali opinii i zapoznawali się z rozwiązaniami

<sup>65</sup> Tzw. *Proces organizacji szpitala tymczasowego 22.10.2020 (002)*, *Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19 z 16 października 2020 r. 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 z 27 października 2020 r.* Żaden z tych dokumentów nie został zatwierdzony do stosowania przez MZ.

<sup>66</sup> Zwany dalej: „NIL”.

<sup>67</sup> Zwane dalej: „CeZ”.

<sup>68</sup> Pierwsza decyzja w sprawie utworzenia ST została wydana przez MZ 16 października 2020 r. w sprawie utworzenia ST w CUMRIK w Krakowie.

stosowanymi w innych województwach. Jak wyjaśnił Sekretarz Stanu w Ministerstwie, ww. spotkanie nie było protokolowane, ani nie sporządzono notatki służbowej z jego przebiegu.

(akta kontroli str. 3, 6, 48, 165, 172)

Departament Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia<sup>69</sup> prowadził w grudniu 2020 r. oraz w styczniu i marcu 2021 r. korespondencję mailową z urzędami wojewódzkimi i szpitalami patronackimi, w ramach której m.in. zbierał informacje o zakończeniu etapu przygotowawczego do utworzenia szpitali tymczasowych, odbioru szpitala tymczasowego przez szpital patronacki, planowanej liczbie łóżek, zapewnienia obsady kadrowej oraz o podjętych działaniach celem zmniejszenia planowanej do utworzenia liczby łóżek w szpitalach tymczasowych (w związku z sytuacją epidemiologiczną). Nie opracowano w tym zakresie planów czy procedur, a spotkania miały charakter informacyjny i sprawozdawczy. Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając z upoważnienia Ministra na pytania zadane MZ przez NIK wyjaśnił, że zbierane przez Departament Oceny Inwestycji dane służyły do analizy etapów przygotowawczych tworzenia szpitali tymczasowych oraz kierunkowej weryfikacji, czy wnioskowane przez wojewodów wydatki na uruchamianie szpitali tymczasowych były zgodne z *Katalogiem kosztów możliwych do poniesienia*. Taki katalog został przekazany pismem MZ do wojewodów 23 sierpnia 2021 r. NIK zauważa, że gromadzenie ww. danych i analizy prowadzone przez Departament Oceny Inwestycji dotyczyły już wykonanych działań i nie zostały przeprowadzone przed przystąpieniem do tworzenia ST.

(akta kontroli str. 165, 171, 287-288, 329, 335, 341-510)

Na pytanie skierowane do Ministra o to, kto i w jakim zakresie zarządzał procesem przygotowania i organizacji szpitali tymczasowych i kto był głównym koordynatorem działań, Sekretarz Stanu w Ministerstwie odpowiedział z upoważnienia MZ, że uruchomienie, organizacja i ponowne uruchomienie po okresie pozostawania szpitala w stanie tzw. pasywnym znajdowały się we właściwości wojewodów, ponieważ to oni zawierali umowy z wykonawcami i szpitalami patronackimi. Minister wskazał, że nie był stroną umowy (zawieranej przez wojewodę z podmiotem odpowiedzialnym za utworzenie ST), a więc miał ograniczone możliwości dotyczące zarządzania w toku przygotowania i organizacji szpitali tymczasowych.

NIK zauważa, że zgodnie z KPZK Cz. B pkt 5, str. 67, w przypadku gdy zdarzenie powodujące kryzys obejmuje kilka województw, to (...) *minister wiodący dla danej sytuacji kryzysowej, korzystając ze wsparcia innych ministrów i kierowników urzędów centralnych koordynuje działania w zakresie usuwania skutków zdarzenia*. Ministrem wyznaczonym jako podmiot wiodący na wypadek zagrożenia wywołanego epidemią jest, zgodnie z KPZK, Minister Zdrowia.

Do zagadnienia podziału odpowiedzialności za tworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST odniesiono się szczegółowo w Obszarze 2 nin. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 181, 211-212)

**1.3.** Minister w dniu 11 maja 2020 r. został na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej upoważniony przez PRM do składania dyspozycji wypłaty środków z rachunku pomocniczego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 bez ograniczeń.

(akta kontroli, str. 199-200)

1.3.1. Na prośbę NIK o przekazanie kalkulacji i analiz kosztów utworzenia, organizacji, likwidacji i ponownego uruchomienia szpitali tymczasowych, skierowaną do Ministra, Sekretarz Stanu w Ministerstwie z upoważnienia MZ odpowiedział, że *Ministerstwo Zdrowia nie dokonuje kalkulacji i analiz kosztów utworzenia, organizacji, likwidacji*

<sup>69</sup> Zwany dalej: „Departamentem Oceny Inwestycji”.



oraz ponownego uruchomienia szpitali tymczasowych. Zadanie to zgodnie z przyjętym procesem tworzenia szpitali tymczasowych finansowane jest przez wojewodów na podstawie decyzji, w których polecono utworzenie szpitali tymczasowych, wydanych przez Ministra Zdrowia zgodnie z wnioskami wojewodów. (...) W związku z powyższym analiza kosztów utworzenia, organizacji, likwidacji oraz ponownego uruchomienia szpitali tymczasowych pozostaje we właściwości wojewody, który jest stroną umowy, na podstawie której jest realizowane, finansowane i rozliczane to zadanie. Do powyższego zagadnienia odniesiono się w sekcji stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 3.

Pismem z 27 października 2020 r. MZ zwrócił się do PRM o zabezpieczenie w planie finansowym Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 kwoty 300 mln zł, z przeznaczeniem na zapewnienie finansowania kosztów utworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych. Według wyjaśnień Sekretarza Stanu w Ministerstwie, udzielonych z upoważnienia Ministra, kwota oparta była o przedstawione przez MSWiA robocze zestawienie dotyczące utworzenia szpitali tymczasowych zgłoszonych przez wojewodów, w którym przewidywano wydatkowanie 130 mln zł na utworzenie 20 szpitali (bez kosztów aparatury medycznej i wyposażenia, które miały być dostarczone przez Agencję Rezerw Materiałowych/Rządową Agencję Rezerw Strategicznych) i 170 mln zł z tytułu kosztów eksploatacji przez 6 miesięcy ich funkcjonowania.

We wspomnianym wyżej roboczym zestawieniu nie przewidziano poniesienia żadnych kosztów likwidacji ST, podczas gdy wg stanu na 30 czerwca 2022 r. w odniesieniu do 14 ST, koszty likwidacji wyniosły 15,4 mln zł, natomiast faktyczne wydatki na utworzenie 20 szpitali tymczasowych wyniosły nie 130 mln zł, lecz 364,3 mln zł. Tylko faktyczne koszty funkcjonowania okazały się zbliżone do kalkulacji ujętych w piśmie MZ z 27 października 2020 r. skierowanym do PRM.

Zdaniem NIK, skala różnic pomiędzy nakładami na tworzenie szpitali, planowanymi w październiku 2020 r., a kwotami faktycznie wydatkowanymi wynikała z braku rzetelnych szacunków wysokości tych nakładów przed przystąpieniem do tworzenia ST, do czego odniesiono się w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości obszar 1 pkt 3.

(akta kontroli str. 3, 7-9, 186-191, 194-197, 2837)

1.3.2. Minister, będąc podmiotem upoważnionym przez PRM do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, był równocześnie, zgodnie z art. 69 *ufp*, zobowiązany do zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w kierowanym przez niego dziale administracji rządowej oraz ministerstwie, jako jednostce sektora finansów publicznych. Celem kontroli zarządczej (określonym w art. 68 *ufp*) jest zapewnienie w szczególności: 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi; 2) skuteczności i efektywności działania; 3) wiarygodności sprawozdań; 4) ochrony zasobów; 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania; 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji; 7) zarządzania ryzykiem.

Na pytanie o ustanowione procedury postępowania dla podmiotów zaangażowanych w tworzenie, organizację i likwidację szpitali tymczasowych, mające zapewnić realizację tego zadania w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, odpowiadając na pytanie zadane MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał na:

1] przekazaną w dniu 28 października 2020 r. drogą mailową do urzędów wojewódzkich informację dotyczącą zasad przekazywania środków z Funduszu COVID-19, wraz z wzorem wniosku o zabezpieczenie środków na realizację poleceń Ministra w tej sprawie,

2] informację przekazaną wojewodom drogą elektroniczną w dniu 4 listopada 2020 r. przez dyżurnego Centrum Zarządzania Kryzysowego Ministerstwa, zawierającą spis czynności w ramach tworzenia szpitali tymczasowych,

3] pismo do wojewodów z dnia 25 listopada 2020 r.<sup>70</sup>, w którym MZ polecił im, by kierowane do Ministra wnioski o przekazanie środków z Funduszu COVID-19 uwzględniały wyłącznie wydatki, które ocenione zostały przez wojewodów jako niezbędne do prawidłowej realizacji zadań, wynikających z wydanych przez Ministra poleceń, dotyczących utworzenia szpitali tymczasowych. W piśmie MZ stwierdził, że *mając na uwadze, że kolejne przedkładane aktualizacje Państwa wniosków wiążą się z zaangażowaniem coraz większych środków finansowych, uprzejmie przypominam o konieczności przeprowadzania rzetelnej analizy zgłaszanych zapotrzebowań zarówno pod względem celowości jak i przestrzegania zasady oszczędnego i gospodarnego dysponowania środkami publicznymi.*

4] Ponadto w piśmie z 23 sierpnia 2021 r. skierowanym do wojewodów MZ przypomniał, że *katalog kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego możliwych do sfinansowania ze środków Funduszu COVID-19 różni się w zależności od kategorii szpitala.* W tabeli zawarto spis kategorii kosztów możliwych do rozliczenia z podziałem na szpitale aktywne i pasywne. Dla szpitali aktywnych przewidziano możliwość rozliczenia wydatków na czynsz, ochronę i media, natomiast dla szpitali pasywnych oprócz powyższych, przewidziano także finansowanie kosztów ubezpieczenia, serwisu sprzętu medycznego i usług sprzątania. W przypadku szpitali aktywnych te trzy kategorie miały być finansowane przez NFZ w ramach stawki za udzielanie świadczeń leczniczych.

5] W piśmie z 8 grudnia 2021 r. Minister ustalił format i zasady rozliczenia (końcowego) wydatków poniesionych na tworzenie, organizację i funkcjonowanie szpitali tymczasowych (w formie tabelarycznej).

(akta kontroli str. 107-111, 287-288, 1182-1188)

W Ministerstwie prowadzono bieżącą korespondencję z wojewodami na temat oceny celowości poszczególnych wydatków ponoszonych na utworzenie szpitali tymczasowych<sup>71</sup>. Minister przyjmował wnioski wojewodów o zabezpieczenie środków, sporządzane na wzorze przekazanym do urzędów wojewódzkich 28 października 2020 r., a następnie zabezpieczał środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

NIK zauważa, że opisany wyżej w pkt 4] *katalog kosztów* został opracowany i przekazany do wojewodów w czasie, gdy niektóre ze szpitali tymczasowych zostały już zlikwidowane<sup>72</sup>, czyli zbyt późno, by mógł stanowić narzędzie zapewniające gospodarne wykorzystanie środków publicznych w czasie tworzenia i organizacji ST podczas wykonywania prac adaptacyjnych i dokonywania zakupów sprzętu i aparatury medycznej dla tworzonych jednostek.

Do planowania i wydawania dyspozycji oraz rozliczania środków pochodzących z ww. Funduszu odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 3.*

(akta kontroli str. 107-111, 287-288, 1182-1188)

1.3.3. Do zadań MZ, zgodnie z art. 31v ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, należy nadzór nad AOTMiT, a na podstawie art. 162 ust. 1 ww. ustawy – nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia. Na pytanie o wycenę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom z COVID-19 w szpitalach tymczasowych, Minister przekazał pismo Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 3 listopada 2020 r. Według ww. dokumentu wycena została zlecona AOTMiT przez

<sup>70</sup> Pismo IK.2282646.MG sygnowane przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie.

<sup>71</sup> Np. wojewoda śląski pytał o możliwość rozliczenia zakupu filtrów przez szpital patronacki.

<sup>72</sup> Np. ST w Katowicach, ST w Kielcach, Krakowie (Hala EXPO Kraków).

MZ 29 października 2020 r, tj. po wydaniu przez MZ 15 decyzji w sprawie utworzenia szpitali tymczasowych<sup>73</sup>. Agencja na podstawie danych finansowo-księgowych udostępnianych jej przez świadczeniodawców<sup>74</sup> oraz biorąc pod uwagę dane ze szpitala MSWiA w Warszawie w zakresie organizacji ST na Stadionie Narodowym, przygotowała propozycję modelu szacowania kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego (w przeliczeniu na oddział oraz łóżko wolne i zajęte)<sup>75</sup>. Według ww. modelu szacowane całkowite koszty miesięczne funkcjonowania 500-łóżkowego szpitala tymczasowego (w tym 50 łóżek intensywnej terapii), przy założeniu 80% obłożenia na oddziałach zwykłych i intensywnej terapii wyniosły ponad 21,5 mln zł (wliczając w to koszt udzielania świadczeń leczniczych).

24 listopada 2021 r. AOTMiT dokonała aktualizacji kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego dla modułu (obejmującego 28 łóżek, w tym 3 respiratorowych) szpitala tymczasowego<sup>76</sup>. W sporządzonej aktualizacji określono dobowe koszty hospitalizacji pacjenta w szpitalu tymczasowym dla ww. modułu na kwotę 2 428 zł oraz oszacowano miesięczny koszt funkcjonowania tego modułu (przy założeniu efektywnego 85% obłożenia, tj. przy zajętych 24 łóżkach) na 1,8 mln zł.

MZ przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych nie znał kosztów udzielania w nich świadczeń leczniczych z zakresu opieki szpitalnej, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 3*.

(akta kontroli str. 3, 7-8, 73-106)

#### Stwierdzone nieprawidłowości

#### **W przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości.**

1. Minister Zdrowia, postępując nierzetelnie, nie przygotował planu budowy szpitali tymczasowych, pomimo iż RZZK na posiedzeniu 4 kwietnia 2020 r pod przewodnictwem PRM podjął taką decyzję i wskazał w Protokole z posiedzenia, że realizacja<sup>77</sup> tej decyzji należy do Ministra Zdrowia, Ministra Aktywów Państwowych i Ministra Obrony Narodowej.

Jako przyczynę tego zaniechania, odpowiadając na pytanie NIK zadane MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał uwarunkowania prawne działania RZZK i jego opiniodawczo-doradczy charakter, wynikający z przepisów art. 8 *uozk*. Minister podkreślił, że *formułowane podczas posiedzeń RZZK rekomendacje i wytyczne stanowią swego rodzaju propozycje i postulaty, których zasadność i możliwość wykonania jest następnie weryfikowana przez właściwe organy administracji rządowej, zaś same posiedzenia RZZK ułatwiają przepływ informacji między organami administracji rządowej i koordynację ich działań (...)*. Dalej Sekretarz Stanu wyjaśnił, że w Polsce zastosowano środki zapobiegawcze, dzięki którym ograniczono rozprzestrzenianie się koronawirusa tak, że (...) *aż do trzeciej dekady września 2020 r. dobowy poziom zakażeń nie przekraczał w skali kraju tysiąca przypadków, a sytuacja epidemiczna była stabilna i znajdowała się pod kontrolą (...)*. W konkluzji Sekretarz Stanu stwierdził, że *biorąc pod uwagę ówczesną sytuację epidemiologiczną*

<sup>73</sup> ST w Rzeszowie, dwa ST w Krakowie, ST w Poznaniu, Wrocławiu, Kielcach, Łodzi, Katowicach, Zielonej Górze, Lublinie, Białymstoku, Ciechocinku, Opolu, Sopocie i Szczecinie.

<sup>74</sup> Z lat 2017-2019 zaktualizowanych do roku 2020 za pomocą wskaźników zmian kosztów (wskaźnika zmian kosztu wynagrodzeń, wskaźnika inflacyjnego, wskaźnika średnioważonego kosztu kapitału).

<sup>75</sup> Uwzględniające modyfikacje w zakresie:

- liczby łóżek na oddziale zwykłym oraz na OIT;
- liczby personelu w podziale na kategorie (niezbędnej liczby personelu jednoczasowo na oddziale);
- stawki wynagrodzenia personelu;
- źródła finansowania poszczególnych pozycji kosztów funkcjonowania szpitala;
- obłożenia łóżek na poszczególnych oddziałach.

<sup>76</sup> Na podstawie danych dot. pozapłacowych kosztów funkcjonowania szpitali tymczasowych w okresie listopad 2020 r. – styczeń 2021 r. oraz standardowych wynagrodzeń personelu.

<sup>77</sup> W pkt 13 protokołu z posiedzenia RZZK w dniu 4 kwietnia 2020 r. zawarto zapis: Przygotować plan budowy szpitali tymczasowych i rozpocząć przygotowania do utworzenia takiego szpitala w Forcie Wola. Realizują: Minister Aktywów Państwowych, Minister Obrony Narodowej, Minister Zdrowia.

w Polsce, nie istniała konieczność tworzenia szpitali tymczasowych, gdyż leczenie pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2 odbywało się w sposób, który był adekwatny do istniejących potrzeb, natomiast powstanie szpitali tymczasowych było pomysłem rozpatrywanym i dyskutowanym jako jeden z możliwych scenariuszy działania na wypadek gwałtownego rozwoju epidemii i nagłego wzrostu liczby hospitalizacji. Sekretarz Stanu wyjaśnił dalej, że samo niezrealizowanie którejs z rekomendacji, jaka została sformułowana podczas licznych posiedzeń RZZK, nie może być jednak traktowane jako okoliczność obciążająca Ministra Zdrowia, ponieważ na efektywność walki z pandemią należy spojrzeć w sposób holistyczny, uwzględniając fakt, że w momencie pogorszenia sytuacji epidemicznej powstała sieć szpitali tymczasowych, co pozwala na stwierdzenie, iż rekomendacje z posiedzeń RZZK dotyczące utworzenia szpitali tymczasowych zostały wykonane.

(akta kontroli str. 1171-1176, 1430-1432)

Wyjaśnienia złożone przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie z upoważnienia Ministra Zdrowia nie usprawiedliwiają odstąpienia przez MZ od wykonania decyzji RZZK z następujących przyczyn:

1] Zapis zawarty w protokole z posiedzenia RZZK, któremu przewodniczył PRM, określony jako *rekomendacja*, skierowany m.in. do MZ, był w świetle przepisów §4 ust. 1-3 Regulaminu RZZK *decyzją*, którą wskazane podmioty miały wykonać. Decyzja ta nakazywała przygotowanie planu budowy szpitali tymczasowych i utworzenie jednego szpitala w Forcie Wola<sup>78</sup>. Zauważyć należy, że tzw. *rekomendacje i wnioski* zawarte w protokołach z posiedzeń RZZK także ze względu na formę językową<sup>79</sup> mają charakter poleceń/decyzji i w późniejszym okresie trwania epidemii Minister co do zasady je wykonywał.

2] RZZK posiada określone ustawowo kompetencje, do których należy inicjowanie działań organów administracji odpowiedzialnych za przypisane im obszary zarządzania kryzysowego (art. 8 *uozk*). Zatem niepodjęcie przez MZ działań zmierzających do przygotowania planu budowy szpitali tymczasowych uniemożliwiło w tym zakresie spełnienie przez RZZK przypisanej mu ustawowo funkcji.

3] To MZ był odpowiedzialny, zgodnie z zapisami w KPZK Cz. B str. 55, pkt 4, za organizację współdziałania pozostałych organów (podmiotów wspierających) wskazanych w decyzji RZZK jako odpowiedzialne za przygotowanie planu budowy ST, gdyż zgodnie z KPZK Cz. B str. 55, współdziałanie z zasady organizuje organ administracji, który w zidentyfikowanym zagrożeniu i siatce bezpieczeństwa, zawartej w planie zarządzania kryzysowego, został wskazany jako *podmiot wiodący*. Minister takich działań jednak nie podjął, pomimo tego, że był oznaczony jako podmiot wiodący w znajdującej się w KPZK Cz. A i B siatce bezpieczeństwa w ramach zagrożenia *epidemia*.

4] NIK, pomimo takiej prośby nie udostępniono dokumentacji, na podstawie której podjęto decyzję o utworzeniu ST (dot. koncepcji, analizy modeli i kalkulacji); nie okazano też żadnych materiałów czy dokumentów, potwierdzających dokonanie weryfikacji zasadności i możliwości sporządzenia planu budowy ST w Polsce.

5] Stwierdzenie zawarte w wyjaśnieniach złożonych przez Sekretarza Stanu, iż *rekomendacje z posiedzeń RZZK dotyczące utworzenia szpitali tymczasowych zostały wykonane*, nie dotyczy decyzji RZZK z 4 kwietnia 2020 r., bowiem dotyczyła ona przygotowania planu tworzenia szpitali tymczasowych, a taki plan nie powstał przez cały okres trwania stanu epidemii w Polsce (tj. do 16 maja 2022 r.)

<sup>78</sup> W ramach przygotowania do utworzenia ST w Forcie Wola, przeprowadzono wizję lokalną i telekonferencję.

<sup>79</sup> W decyzjach RZZK używane są czasowniki w formie bezokolicznika, np. *przygotować, włączyć, wykonać, rozesłać, uruchomić, utworzyć* i używane jest czasownik *realizują*; a po dwukropku wskazany jest podmiot odpowiedzialny.

a tworzenie, funkcjonowanie i likwidacja szpitali tymczasowych odbyła się bez takiego planu.

W świetle m.in. złożonych wyjaśnień, zdaniem NIK, przyczyną ww. nieprawidłowości była nieprawidłowa realizacja zadań MZ wynikających z przepisów dot. zarządzania kryzysowego i błędna interpretacja roli, jaką w strukturach państwa na wypadek sytuacji kryzysowej wywołanej epidemią pełnić powinien Minister Zdrowia. Podobnie niezasadne w świetle przepisów było uznanie fakultatywnego charakteru decyzji podejmowanych przez RZZK<sup>80</sup>.

Zaniechanie realizacji decyzji RZZK sprawiło natomiast, że nie wykorzystano okazji do rozpoznania zasobów rzeczowych i kadrowych oraz nie dokonano przeglądu obiektów/lokalizacji, które mogłyby być wykorzystane jako dodatkowe miejsca udzielania świadczeń leczniczych dla pacjentów chorych na COVID-19 w przypadku zaostrzenia się sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Z okazji tej nie skorzystano, w wyniku czego jesienią 2020 r., w sytuacji gwałtownego wzrostu liczby zakażeń i hospitalizacji spowodowanych COVID-19, przystąpiono pod presją czasu do tworzenia szpitali tymczasowych bez opartej na planie racjonalnej pewności, że taka forma udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej okaże się efektywna w przeciwdziałaniu epidemii COVID-19.

(akta kontroli str. 1430-1432)

2. W zakresie dotyczącym szpitali tymczasowych MZ nierzetelnie realizował kompetencję Ministra właściwego ds. zdrowia do inicjowania i opracowywania polityki Rządu w obszarze ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej, wynikającą z art. 4 ust.2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji i obowiązki *podmiotu wiodącego* w ramach zarządzania kryzysowego, odpowiedzialnego, zgodnie z KPZK Cz. B str. 51, pkt 4, za zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i organizację współdziałania innych organów (*podmiotów wspierających*) w czasie sytuacji kryzysowej. *Podmiot wiodący* zgodnie z pkt 5 KPZK Cz. B, jest bowiem zobowiązany do koordynowania działań innych podmiotów uczestniczących w przeciwdziałaniu COVID-19.

2.a. Minister przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych nie przeprowadził analiz możliwości udzielania w takiej formie świadczeń z zakresu opieki szpitalnej pacjentom chorym na COVID-19 i nie zatwierdził procedur tworzenia tych jednostek, ani zasad doboru lokalizacji, w których można tworzyć ST. MZ nie ujął także szpitali tymczasowych w *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 r.* (aż do 3 listopada 2020 r.). Możliwość organizowania opieki szpitalnej w formie ST nie była także przewidziana w KPZK Cz. B.

Powyższe postępowanie, w odpowiedzi na pytanie zadane MZ, Sekretarz Stanu w MZ wyjaśnił tym, że *na bieżąco, w zależności od prognozowanego rozwoju sytuacji, były podejmowane działania kierunkowe, w tym zapewniające opiekę zdrowotną pacjentom z COVID-19.* Sekretarz Stanu następnie stwierdził: *Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną, jaka zaistniała na jesieni 2020 r., została podjęta decyzja (II połowa października 2020 r.) dotycząca utworzenia tymczasowych szpitali dla pacjentów z COVID-19, o której mowa w Strategii walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020 r. wersja 3.0.*

---

<sup>80</sup> W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do MZ po kontroli Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych (P/20/062) zawarta została m.in. ocena o treści: *Od 2 marca 2020 r. Minister nierzetelnie realizował zadania wynikające z ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym i z Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego - nie zwoływał swojego Zespołu Zarządzania Kryzysowego, a decyzje dotyczące zwalczania epidemii i koordynacji działań początkowo podejmowało nieformalne gremium, którego spotkania nie były rzetelnie dokumentowane.*

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, co następuje:

1] Wspomniana w wyjaśnieniach *Strategia 3.0.* została opublikowana 3 listopada 2020 r., tj. już po wydaniu przez MZ decyzji dotyczących utworzenia 15 szpitali tymczasowych<sup>81</sup>. Dokument ten nie był zatem planem i podstawą przystąpienia do tworzenia szpitali tymczasowych, lecz odnosił się do dokonanych już faktów.

2] Ustalenia dot. trybu tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, a także określenie standardów, jakie należy osiągnąć w tych obiektach oraz ich lokalizacji, były dokonywane w trakcie działań mających na celu utworzenie tych jednostek.

Informacje mailowe, zawierające opis procesu tworzenia szpitali tymczasowych, dokumenty określane jako *wytyczne* i *rekomendacje*, wskazane w wyjaśnieniach, nie zostały ponadto zatwierdzone przez MZ i nie nadano im charakteru oficjalnych zaleceń Ministra.

Zdaniem NIK, brak jasnych, zatwierdzonych przez MZ zasad postępowania i procedur oraz podejmowane *ad hoc* działania, prowadziły do utworzenia nadmiernej liczby łóżek szpitalnych w zbyt dużej liczbie szpitali tymczasowych w porównaniu do potrzeb wynikających z sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju, oraz prowadziły do tworzenia ST w lokalizacjach generujących dodatkowe wysokie koszty niezwiązane bezpośrednio z działalnością leczniczą (czyli z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19 nieefektywnych).

3] Wszystkie trzy ww. dokumenty, wskazywane w wyjaśnieniach<sup>82</sup> zostały sporządzone pomiędzy 17 a 27 października 2020 r., a jeden z nich (tzw. *procedura tworzenia szpitali z 22 października 2020 r.*) został przekazany do urzędów wojewódzkich 4 listopada 2020 r., tj. po tym, jak MZ wydał już decyzje dotyczące utworzenia 15 szpitali tymczasowych.

4] Do urzędów wojewódzkich nie przekazano ani jednego opracowania/projektu/analizy wskazującego na możliwość tworzenia szpitali tymczasowych w inny sposób, niż poprzez adaptację obiektów wielkopowierzchniowych. Do urzędów wojewódzkich nie przekazano także informacji o możliwości wykorzystania modelu szpitala modułowego, zaproponowanego wiosną 2020 r. przez Dyrektora WIM (patrz opis stanu faktycznego pkt 1.2.2.).

Zdaniem NIK, prace nad koncepcją zwiększenia bazy łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19 nie powinny być ograniczone do jednego modelu i powinny zostać przeprowadzone przed wydaniem stosownych decyzji o utworzeniu ST, w tym – jako realizacja decyzji RZZK z 4 kwietnia 2020 r.

5] Lokalizację poszczególnych ST ustalano już po przystąpieniu do wydawania decyzji o ich utworzeniu (MZ otrzymał polecenie sporządzenia takiej listy na posiedzeniu RZZK 18 października 2020 r., czyli dwa dni po wydaniu pierwszej decyzji w sprawie tworzenia szpitala tymczasowego w Rzeszowie).

(akta kontroli str. 14-40, 46-47, 49-67, 116, 120, 511-523, 1430-1443, 1476-1511)

**2.b.** Przed rozpoczęciem tworzenia szpitali tymczasowych nie przeprowadzono analizy dostępnych zasobów kadry medycznej i ryzyk z tym związanych. Nie rozpoznano też możliwości zabezpieczenia personelu medycznego dla nowych miejsc udzielania świadczeń, pomimo tego, że MZ posiadał do swojej dyspozycji niezbędne źródła informacji na ten temat (opisane w pkt. 1.2.2.3. powyżej).

<sup>81</sup> Dot. ST: Rzeszów, Kraków – 2 szpitale, Wrocław, Kielce, Poznań, Łódź, Opole, Lublin, Katowice, Białystok – 2 szpitale, Szczecin, Ciechocinek, Sopot.

<sup>82</sup> Proces organizacji szpitala tymczasowego przesłany do urzędów wojewódzkich 4 listopada 2020 r., Rekomendacje adaptacji obiektów halowych... z 17 października 2022 r., Ogólne wytyczne w zakresie przygotowania i uruchomienia szpitali tymczasowych w obiektach wielofunkcyjnych... z 27 października 2020 r.

W złożonych wyjaśnieniach Sekretarza Stanu w Ministerstwie w odpowiedzi na pytania NIK, skierowane do MZ wskazał na fakt, iż wobec długiego czasu trwania epidemii personel medyczny dysponował już wiedzą na temat koronawirusa.

(akta kontroli str. 165-166, 172, 1554-1594)

W odniesieniu do ww. wyjaśnień NIK zauważa co następuje:

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

2] Przytoczone wyjaśnienia w powyższej sprawie nie uwzględniają ograniczeń w dostępie do zasobu kadr medycznych w Polsce i faktu, że tworzenie nowych miejsc udzielania świadczeń musiało być oparte w mniejszym lub większym stopniu o personel zatrudniony już w innych szpitalach. Wykonywanie przez ten personel obowiązków w nowych jednostkach mogło dezorganizować pracę dotychczasowych pracodawców i jak wynika z ustaleń kontroli NIK, skutkowało nadmiernym obciążeniem pracą poszczególnych lekarzy i pielęgniarek<sup>83</sup>. W tej sytuacji najbardziej racjonalnym rozwiązaniem było powiązanie organizowanego szpitala tymczasowego z istniejącym już świadczeniodawcą (co nastąpiło) i ustalanie lokalizacji ST w miejscu jak najbliższym jego *szpitala patronackiego*, by w ten sposób zminimalizować niedogodności związane z transportem personelu medycznego i zapewnieniem dostępu pacjentów ST do specjalistów.

**2.c.** Pomimo że przepisy powszechnie obowiązujące nie przewidywały możliwości udzielania świadczeń leczniczych w miejscach do tego nieprzystosowanych, przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych, do końca października 2020 r., MZ nie zainicjował zmian w obowiązującym prawie, niezbędnych dla zapewnienia zgodnego z prawem funkcjonowania szpitali tymczasowych w obiektach, które nie spełniały wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W rezultacie, MZ wydał decyzje administracyjne w związku z utworzeniem dziesięciu szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych<sup>84</sup> w sytuacji, gdy udzielanie w nich świadczeń leczniczych było niemożliwe ze względu na ich konstrukcję i wyposażenie (np. ze względu na brak bezpośredniego dostępu do światła dziennego w halach widowiskowych lub targowych, pomimo wymogu wynikającego z § 34 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w ówczesnym brzmieniu). Dopiero zmiana ww. rozporządzenia z dniem 4 listopada 2020 r. umożliwiła udzielanie świadczeń leczniczych przez szpitale tymczasowe umiejscowione w zaadaptowanych obiektach wielkopowierzchniowych, a podmioty, które zostały zobowiązane do utworzenia szpitali tymczasowych w takich miejscach mogły od tego dnia określić rzeczywisty zakres wymagań, jakie muszą spełnić tworzone przez nie szpitale.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w odpowiedzi na pytania skierowane do MZ wyjaśnił, że *uznano za bezprzedmiotowe podjęcie działań na rzecz zmiany przepisów, ponieważ tworzenie dodatkowych, specjalnych rozwiązań nie znajduje*

<sup>83</sup> W toku kontroli w szpitalu tymczasowym w Katowicach ujawniono przypadki świadczenia pracy nieprzerwanie w wymiarze nawet 56 godzin.

<sup>84</sup> Obiekty halowe: w Krakowie, Katowicach, Łodzi, Lublinie, Opolu, Kielcach, Wrocławiu, Białymstoku, Poznaniu i Szczecinie – decyzje w sprawie realizacji świadczeń, udostępnienia i przystosowania obiektu itp.

uzasadnienia systemowego i prawnego, a stan epidemii ma charakter przejściowy. Według tych wyjaśnień eksploatacja szpitali tymczasowych miała charakter czasowy, stanowiąc rozwiązanie doraźne, mające na celu efektywne wykorzystanie szpitalnictwa w czasie znaczącego i dynamicznego wzrostu zapotrzebowania na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach leczenia szpitalnego. Dodatkowo wskazał, że w każdym przypadku stroną umowy tzw. szpitala tymczasowego był podmiot – zwany szpitalem patronackim, który prowadził już szpital, a nowa komórka organizacyjna, prowadząca działalność określaną jako szpital tymczasowy wchodziła w skład szpitala patronackiego, do którego zastosowanie miały przepisy ustawy o działalności leczniczej. Wobec powyższego, brak było podstaw prawnych dla przygotowania ustawy regulującej zagadnienie „szpitali tymczasowych”.

(akta kontroli str. 212-213, 2148-2827)

Ponadto, w odniesieniu do wydanych przez MZ decyzji dotyczących udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości, terenu, obiektów, pomieszczeń lub instalacji wewnętrznych na potrzeby szpitali tymczasowych i zobowiązujących szpital patronacki do utworzenia miejsc udzielania świadczeń w miejscach do tego nieprzewidzianych, z tego także w lokalizacjach niebędących placówkami leczniczymi, w sytuacji kiedy obowiązujące przepisy nie zezwalały na udzielanie świadczeń w takich miejscach, Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając na pytania zadane przez NIK Ministrowi Zdrowia wyjaśnił, że wydanie ww. decyzji (...) miało za zadanie niezwłoczne przygotowanie infrastruktury do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. (...) Proces tworzenia szpitala tymczasowego nie jest procesem kilkudniowym, a długotrwałym. Od momentu przyjęcia rozwiązania dotyczącego organizacji w Polsce szpitali tymczasowych (...) działania były prowadzone równoległe, co pozwalało na osiągnięcie krótszego terminu realizacji całego projektu. Wczesne wydanie decyzji w przedmiotowych zakresach miało na celu uruchomienie szpitali tymczasowych w czasie prognozowanego wzrostu zakażeń. W tym samym czasie prowadzono prace legislacyjne. Podjęcie działań objętych decyzjami dopiero po zakończeniu procesu legislacyjnego skutkowałoby późniejszym rozpoczęciem funkcjonowania i udzielania świadczeń dla pacjentów z COVID-19 w szpitalach tymczasowych. Ponadto należy zauważyć, iż treść decyzji wskazywała, że powierzony obowiązek ma być zrealizowany nie później niż 30 dni od wydania decyzji. Tym samym zakończenie realizacji nałożonego na podmioty obowiązku odbyło się już po wydaniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Żaden ze szpitali tymczasowych (...) nie rozpoczął przyjmowania pacjentów przed wejściem w życie ww. przepisów, w związku z tym czynienie zarzutu z przyjętego sposobu postępowania jest niezrozumiałe i bezzasadne. Należy zauważyć, iż (...) podejmowane działania miały na celu umożliwienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem bez znacznego ograniczania udzielanych świadczeń dla pacjentów z innymi schorzeniami.

(akta kontroli str. 1951-1952, 1960-1961, 2148-2827)

NIK nie może uznać tych wyjaśnień za usprawiedliwienie postępowania MZ przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych, a także za uzasadnienie przystąpienia do tworzenia ST w miejscach, które nie spełniały wymogów technicznych i dotyczących wyposażenia, wynikających z przepisów ustanowionych przez tegoż Ministra, ponieważ wszelkie działania organów władzy publicznej powinny być prowadzone na podstawie i w granicach prawa (art. 7 Konstytucji RP), bez względu na to, czy dotyczą fazy planowania, czy też realizacji planów. Może bowiem wystąpić sytuacja, że przepisy warunkujące legalność określonych działań



nie wejdą w życie<sup>85</sup>. Zauważyć także należy, że na przygotowanie odpowiednich przepisów przed przystąpieniem do działania było wystarczająco dużo czasu od wiosny 2020 r.

W świetle złożonych wyjaśnień jako przyczynę powstania nieprawidłowości, o której mowa wyżej w pkt 2, należy wskazać niewykonanie skierowanej do MZ decyzji RZZK z kwietnia 2020 r. w sprawie przygotowania planu budowy ST i niepodjęcie przez MZ inicjatywy w tym zakresie, aż do tzw. II fali zakażeń, która wystąpiła jesienią 2020 r.

W Ministerstwie podejmowano tylko działania *kierunkowe w zależności od prognozowanego rozwoju sytuacji*. Natomiast działania dotyczące planowania w dłuższym horyzoncie czasowym, które służyć miały przygotowaniu na jesienną falę zakażeń okazały się niewystarczające<sup>86</sup>. Błędna też była interpretacja roli Ministra Zdrowia jako podmiotu wiodącego w sferze zarządzania sytuacją kryzysową wywołaną przez epidemię, w wyniku czego MZ prezentował bierną postawę w obszarach, w których powinien był sporządzać plany na dalszą walkę z COVID-19 na rzecz całej administracji.

Skutkiem powyższego zaniechania był brak planu i niepodjęcie skutecznych działań na rzecz przygotowania kraju na okoliczność zagrożenia jesienną falą COVID-19. Stąd też wynikała konieczność opracowywania niezbędnych wytycznych, procedur i przepisów pod presją rosnącej liczby zakażeń jesienią 2020 r., bez wypracowanych wcześniej wzorów i przetestowanych modeli postępowania. W efekcie przekazane z Ministerstwa do stosowania przez inne podmioty rozwiązania, określone m.in. w dokumencie pn. *Rekomendacje adaptacji obiektów halowych na tymczasowe szpitale dla chorych na COVID-19* skupiały się na modelu szpitala tymczasowego w obiekcie wielkopowierzchniowym, co było rozwiązaniem błędnym.

**3.** Minister nierzetelnie wykonywał zadania podmiotu upoważnionego przez PRM, na podstawie art. 65 ust.3 ustawy zmieniającej, do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i nie zapewnił utworzenia i funkcjonowania adekwatnych, skutecznych i efektywnych narzędzi, służących gospodarnemu zarządzaniu wykorzystaniem środków publicznych, przekazywanych na podstawie składanych przez niego dyspozycji na pokrycie kosztów tworzenia, organizacji, funkcjonowania i likwidacji ST, mianowicie:

**3.a.** Do tworzenia szpitali tymczasowych przystąpiono bez kalkulacji kosztów takich działań i określenia limitów wydatków ponoszonych na ten cel (zarówno ogółem, jak i w odniesieniu do poszczególnych szpitali). Działania zostały zatem wszczęte bez informacji na temat ich skutków finansowych, co nie pozwalało w chwili ich rozpoczęcia na stwierdzenie, czy mają one ekonomiczne uzasadnienie i czy szpitale tymczasowe stanowią optymalne rozwiązanie organizacyjne, służące zapewnieniu miejsc hospitalizacji dla wszystkich potrzebujących tego chorych na COVID-19.

NIK zauważa, że jesienią 2020 r. jedyną dostępną kalkulacją kosztów utworzenia ST była kalkulacja zawarta w projekcie mobilnego szpitala modułowego, sporządzonym przez WIM. Wśród decyzji dotyczących tworzenia szpitali tymczasowych, których koszty miały być finansowane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie

<sup>85</sup> Sytuacja taka wystąpiła w toku organizacji wyborów Prezydenta RP w 2020 r. Więcej, patrz: Bogdan Skwarka, Kontrola przygotowania wyborów korespondencyjnych Prezydenta RP [w:] Kontrola Państwowa, Nr 5 z 2021, str. 38-53, Warszawa 2021.

<sup>86</sup> W Wystąpieniu pokontrolnym do MZ, skierowanym 7 października 2021 r. po kontroli Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych P/20/062 na str. 19 zawarto ocenę, cyt.: *Strategia z 3 września 2020 r., do której przygotowano przystąpiono w lipcu 2020 r. nie była kompleksowym planem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w okresie oczekiwanej tzw. drugiej fali zakażeń, uwzględniającym różne warianty rozwoju sytuacji, w tym wariant tzw. czarnego scenariusza. Projektowane rozwiązania nie odnosiły się do ograniczonego potencjału i uwarunkowań funkcjonowania polskich szpitali, a przepisy, które miały umożliwić jej wdrożenie, jak np. uprawnienie lekarzy POZ do kierowania pacjentów na testy w kierunku COVID-19, zaczęto przygotowywać dopiero po jej ogłoszeniu. Przewidziane w Strategii z 3 września 2020 r. rozwiązania okazały się niewystarczające i konieczne było pilne wprowadzenie do nich bardzo istotnych zmian (...).*

dyspozycji składanych przez Ministra, nie było jednak ani jednego szpitala modułowego.

Pismem z dnia 27 października 2020 r. MZ zgłosił do PRM *potrzeby w zakresie zabezpieczenia w planie finansowym Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z przeznaczeniem na zapewnienie finansowania kosztów utworzenie i funkcjonowania szpitali tymczasowych*. Zgodnie z wyjaśnieniami Sekretarza Stanu koszty te oszacowane na podstawie przekazanego przez MSWiA, tzw. *roboczego zestawienia*). Miało to zatem miejsce już po wydaniu przez MZ decyzji dotyczących utworzenia 11 ST. Zestawienie to nie obejmowało kosztów likwidacji ST, a koszty ich tworzenia zostały w nim niedoszacowane. Skutkiem takiego działania było znaczne przekroczenie pierwotnie szacowanych nakładów na tworzenie i organizację szpitali tymczasowych<sup>87</sup>. NIK ocenia, że prezentowanie niskich (niedoszacowanych) kosztów we wniosku o zapewnienie środków w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, skierowanym do PRM, mogło stanowić podstawę do uzyskania pozytywnej decyzji PRM w tej sprawie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, odpowiadając na pytanie zadane przez NIK w powyższej kwestii, z upoważnienia MZ wyjaśnił, że zgodnie z decyzjami (wydawany przez MZ na wniosek wojewodów), polecającymi utworzenie szpitali tymczasowych, wojewodowie byli obowiązani na podstawie zawartych przez nich umów do finansowania działań związanych z tworzeniem, organizacją i likwidacją oraz ponownym uruchomieniem szpitali tymczasowych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

(akta kontroli str. 3-13, 73-106, 2148-2827)

NIK uznaje takie usprawiedliwienie działań MZ za niewystarczające z następujących powodów:

1] To Minister, a nie wojewodowie, był odpowiedzialny za finansowanie tworzenia szpitali tymczasowych, ponieważ to Ministrowi, a nie wojewodom, PRM udzielił upoważnienia do składania dyspozycji wypłaty środków z rachunku pomocniczego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 bez ograniczeń. Natomiast umowy zawarte przez wojewodów miały charakter dokumentów techniczno-organizacyjnych, w których ustalano szczegółowe warunki realizacji obowiązków, nałożonych na adresatów decyzji Ministra. Zatem nawet bez zawarcia tych umów odpowiedzialność za finansowanie kosztów związanych z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST, spoczywała na Ministrze, zgodnie z art. 11h ust. 9 specustawy. Pamiętać także należy, że nawet w przypadku niezawarcia umowy, decyzja MZ podlegała natychmiastowemu wykonaniu.

2] Ponieważ decyzje o lokalizacji szpitali tymczasowych, która miała decydujący wpływ na koszty utworzenia i funkcjonowania tych jednostek, zostały w 16 przypadkach wydane przez Ministra Zdrowia, to właśnie on w tych przypadkach jako organ ponosi odpowiedzialność za rzetelność ich przygotowania oraz ich treść i konsekwencje, jakie niosły dla wydatkowania środków publicznych. Do rzetelnego wydania takich decyzji niezbędne było dokładne oszacowanie ogółu kosztów utworzenia szpitali tymczasowych, jak i kosztów dotyczących utworzenia poszczególnych takich jednostek, tak by dysponent środków publicznych znał potencjalne koszty realizacji wydawanej przez siebie decyzji w momencie jej wydania.

---

<sup>87</sup> Szacunkowe wartości MZ ustalił na podstawie danych MSWiA, a następnie wystąpił 27 października 2020 r. do PRM o ujęcie w planie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 łącznej kwoty 300 mln zł na utworzenie i funkcjonowanie ST w okresie 6 miesięcy – patrz Pkt 1.3.1. powyżej. Szczegółowe omówienie i porównanie kwot wstępnie szacowanych wydatków na tworzenie szpitali tymczasowych z wydatkami rzeczywistymi zawarte zostało w pkt 2.6.1. wystąpienia.

Jednak przed przystąpieniem do tworzenia ST nie było planu określającego, ile i w jakich lokalizacjach zostaną powołane takie szpitale<sup>88</sup>, ani nie określono ich planowanej pojemności (liczby łóżek przypadającej na każdy ze szpitali) – nieznane były zatem podstawowe parametry wpływające na wysokość kosztów, jakie należało ponieść na ich utworzenie i funkcjonowanie. Ponadto porównanie kwoty, o jaką MZ wnioskował do PRM 27 października 2020 r. na podstawie danych uzyskanych z MSWiA, z rzeczywiście poniesionymi wydatkami dowodzi, że na etapie przystępowania do tworzenia szpitali tymczasowych Minister nie znał potencjalnych realnych kosztów ich organizacji<sup>89</sup>.

**3.b.** Minister Zdrowia, jako podmiot upoważniony przez PRM do składania dyspozycji wypłaty środków Funduszu COVID-19, przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych nie opracował i nie zatwierdził spójnych, jednolitych i adekwatnych procedur zarządzania, zapewniających gospodarne i celowe wykorzystywanie środków publicznych, pochodzących z ww. źródła na tworzenie, funkcjonowanie i likwidację szpitali tymczasowych<sup>90</sup>. Procedury te powinny były objąć wszystkie działania związane z ww. procesem, w tym określać zasady planowania wysokości wydatków, ustalać zasady i procedury wnioskowania przez właściwych wojewodów o środki oraz katalog kosztów podlegających pokryciu ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i wskazywać zasady rozliczania ponoszonych kosztów.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając na pytanie NIK w tej sprawie skierowane do MZ, w swoich wyjaśnieniach wskazał, że (opisane w pkt 1.3.2. powyżej) pisma/materiały, zawierały mechanizmy nadzoru, dowodzące ustalenia przez MZ jednolitych i skutecznych procedur w zakresie jego działalności, to jest uruchamiania środków w celu zapewnienia finansowania utworzenia, organizacji i likwidacji szpitali tymczasowych. Wskazał także, jako przykład skuteczności mechanizmów kontrolnych, negatywną weryfikację wniosku jednego z wojewodów, w ramach którego uznano za niekwalifikowalny wydatek 43,5 tys. zł, ponieważ wymienione we wniosku zadania nie odnosiły się do żadnej z pozycji katalogu kosztów możliwych do sfinansowania w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

(akta kontroli str. 3-4, 11-12, 211-212, 1182-1193)

NIK nie może uznać, że wskazane przez Sekretarza Stanu dokumenty i pisma tworzyły spójne procedury i narzędzia zarządzania wydatkowaniem środków publicznych w związku z tworzeniem ST, z następujących przyczyn:

1] Materiały z 28 października<sup>91</sup>2020 r. i 4 listopada 2020 r.<sup>92</sup> wskazane w wyjaśnieniach Sekretarza Stanu w Ministerstwie, to niepodpisane wiadomości poczty elektronicznej przesłane na adresy merytorycznych komórek w urzędach wojewódzkich przez pracowników Ministerstwa Zdrowia. Oczywiście jest, że wiadomości te nie mogły być podstawą do nakładania obowiązków i przez niektórych adresatów nie były one traktowane jako polecenie (np. przez wojewodę śląskiego w zakresie dot. powołania pełnomocnika ds. tworzenia szpitala), gdyż organy władzy publicznej działają w granicach i na podstawie przepisów prawa<sup>93</sup>.

<sup>88</sup> Decyzje RZZK z 17 i 18 października 2020 r. skierowane do MZ polecały dopiero przygotowanie listy takich lokalizacji i analizy efektywności ekonomicznej w przypadku korzystania z nieruchomości należących do osób prywatnych – patrz pkt 1.1.1. powyżej).

<sup>89</sup> Szczegółowe omówienie i porównanie kwot wstępnie szacowanych wydatków na tworzenie szpitali tymczasowych z wydatkami rzeczywistymi zawarte zostało w pkt 2.6.1. wystąpienia.

<sup>90</sup> Nie dotyczy kosztów udzielania świadczeń przez podmioty lecznicze.

<sup>91</sup> Przekazana drogą mailową do urzędów wojewódzkich informacja dotycząca zasad przekazywania środków z Funduszu COVID-19, wraz z wzorem wniosku o zabezpieczenie środków na realizację poleceń Ministra w tej sprawie,

<sup>92</sup> Przekazana drogą elektroniczną przez dyżurnego Centrum Zarządzania Kryzysowego Ministerstwa wojewodom informacja zawierająca spis czynności w ramach tworzenia szpitali tymczasowych.

<sup>93</sup> Art. 7 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r.

2] Pisma z 25 listopada 2020 r.<sup>94</sup> i 8 grudnia 2021 r.<sup>95</sup> nie mają charakteru polecenia Ministra, lecz stanowią zwykłą korespondencję, zawierającą ogólne wytyczne (prośbę) w sprawie gospodarnego dysponowania środkami przekazywanymi przez MZ.

3] Wspomniany w wyjaśnieniach *Katalog kosztów* przesłany został do wojewodów 23 sierpnia 2021 r., czyli w sytuacji gdy część szpitali tymczasowych utworzonych jesienią 2020 r. została już zlikwidowana. Materiał ten nie mógł zatem stanowić skutecznego narzędzia oceny celowości wydatków dokonywanych w toku tworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych. Przyjmując do wiadomości zawartą w wyjaśnieniach informację, dotyczącą przykładu skuteczności w nadzorowaniu wydatków ponoszonych na tworzenie szpitali tymczasowych, NIK zauważa, że przykład ten pochodzi z okresu przypadającego już po 23 sierpnia 2021 r. i stanowi zarówno dowód tego, że taki *katalog* był przydatny, jak i dowód na to, że mógł on być opracowany wcześniej.

W toku kontroli NIK ujawniono przypadki nieprawidłowego wydatkowania środków publicznych pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, których można było uniknąć, gdyby taki *katalog* został opracowany i przekazany wcześniej do wojewodów. Istnienie takiego *katalogu* i fakt, że MZ wykorzystał go skutecznie w przywołanym przypadku dowodzi, że rola Ministra nie ograniczała się do akceptowania kosztów ponoszonych przez wojewodów, i że jako podmiot upoważniony przez PRM do składania dyspozycji wypłaty środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, mógł wywierać skuteczny wpływ na ich rozliczanie.

(akta kontroli str. 46-47, 49-67, 107-111, 287-288, 1476-1511)

**3.c.** Do tworzenia wszystkich szpitali tymczasowych przystąpiono bez uprzedniego oszacowania kosztów udzielania w nich świadczeń leczniczych, czego Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając na pytania zadane w tej sprawie MZ, nie wyjaśnił, wskazując tylko wycenę sporządzoną przez AOTMiT, której opracowanie zlecił 29 października 2020 r., a która nosi datę 3 listopada 2020 r. Należy zauważyć, że do tego dnia MZ wydał decyzje dot. utworzenia dziesięciu szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych<sup>96</sup>. Kalkulacje zawarte w dokumencie AOTMiT oparte były m.in. na przykładzie tworzonego szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym w Warszawie.

Przystąpienie do tworzenia ST bez uprzedniego oszacowania kosztów udzielania w nich świadczeń leczniczych należy uznać za działanie nierzetelne i sprzeczne z zasadami gospodarnego dysponowania środkami publicznymi. Nie znając wyceny świadczeń udzielanych w szpitalach tymczasowych, na dzień podjęcia decyzji o utworzeniu tych szpitali, Minister nie mógł bowiem mieć uzasadnionej racjonalnie pewności, że wybiera sposób finansowania udzielania pacjentom chorym na COVID-19 świadczeń z zakresu opieki szpitalnej najkorzystniejszy z punktu widzenia dysponowania środkami publicznymi.

(akta kontroli str. 3, 7-8, 97-106, 528,531-536)

W świetle złożonych wyjaśnień, za przyczynę powstania nieprawidłowości, o której mowa wyżej w pkt 3, należy uznać nieuzasadnione przyjęcie przez MZ, że rola Ministra Zdrowia, jako organu upoważnionego przez PRM do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, odpowiedzialnego za

<sup>94</sup> Pismo do wojewodów, w którym MZ polecił im, by kierowane do Ministra wnioski o przekazanie środków z Funduszu COVID-19 uwzględniały wyłącznie wydatki, które ocenione zostały przez wojewodów jako niezbędne do prawidłowej realizacji zadań, wynikających z wydanych przez Ministra poleceń, dotyczących utworzenia szpitali tymczasowych.

<sup>95</sup> Pismo Ministra do wojewodów określające format i zasady rozliczenia (końcowego) wydatków poniesionych na tworzenie, organizację i funkcjonowanie szpitali tymczasowych (w formie tabelarycznej).

<sup>96</sup> Obiekty halowe w Krakowie, Katowicach, Łodzi, Lublinie, Opolu, Kielcach, Wrocławiu, Białymstoku, Poznaniu i Szczecinie.

zapewnienie gospodarnego wydatkowania środków pochodzących z tego źródła na tworzenie ST, jest drugorzędna w stosunku do roli, jaką pełnią wojewodowie. Podejście takie skutkowało zaniechaniem tworzenia spójnych mechanizmów umożliwiających Ministrowi dokonywanie wydatków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów i zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Nawet po wypracowaniu pewnych elementów tego systemu MZ odstąpił jednak od ich całościowego ujęcia w ramach zatwierdzonej przez siebie procedury.

Skutkiem powyższego podejścia było uzupełnianie ww. braków w zakresie procedur kalkulacji i wytycznych oraz narzędzi zarządzania wydatkowaniem środków publicznych poprzez prowadzenie korespondencji z urzędami wojewódzkimi lub poprzez przekazywanie niezatwierdzonych procedur, już po przystąpieniu do tworzenia poszczególnych szpitali. Proces ten trwał jeszcze w sierpniu 2021 r. Efekty podjętych starań w postaci opracowanych zestawień dopuszczalnych kosztów, szacunków, procedur planowania i rozliczania wydatków nie tworzyły jednak narzędzia zapewniającego efektywne wydatkowanie środków publicznych, co przyczyniło się do powstania nieprawidłowości na etapie finansowania i tworzenia konkretnych ST<sup>97</sup>. Skupiono się przy tym – zwłaszcza w zakresie kalkulacji kosztów udzielania świadczeń w ST, na modelu szpitala tymczasowego utworzonego w obiekcie wielkopowierzchniowym, co było rozwiązaniem błędnym.

#### OCENA CZĄSTKOWA

#### **NIK ocenia negatywnie działania Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania warunków do tworzenia, funkcjonowania i finansowania szpitali tymczasowych.**

Minister nie przygotował planu budowy szpitali tymczasowych pomimo tego, że decyzję w tej sprawie 4 kwietnia 2020 r. podjął RZZK, działający pod przewodnictwem Prezesa RM, i wyznaczył do realizacji tego zadania m.in. Ministra Zdrowia. Zaniechanie działań poleconych Ministrowi przez RZZK podważało inicjującą i koordynującą rolę tego gremium, wynikającą z art. 8 ust. 1 *uozk*, w toku zarządzania sytuacją kryzysową wywołaną przez epidemię COVID-19 w Polsce.

NIK ocenia także zaniechanie także za nierzetelną realizację przez MZ funkcji *podmiotu wiodącego*, wyznaczonej dla tego Ministra w KPZK w przypadku epidemii, w procesie zarządzania kryzysem, wywołanym epidemią COVID-19. Pełniąc tę rolę MZ powinien zainicjować prace nad planem i koordynować działania podejmowane w tym zakresie przez pozostałych Ministrów wskazanych przez RZZK w decyzji z 4 kwietnia 2020 r. W ocenie NIK, przygotowanie takiego planu dawało możliwość wcześniejszej identyfikacji przepisów wymagających nowelizacji, dokładnego rozpoznania pozostających w dyspozycji i niezbędnych zasobów kadrowych i sprzętowych, wytypowania dogodnych miejsc lokalizacji takich jednostek, określenia preferowanego modelu (modeli) takiej formy udzielania świadczeń z zakresu opieki szpitalnej wraz z kalkulacją kosztów i procedurą ich tworzenia i funkcjonowania oraz kalkulacją kosztów udzielania w nich świadczeń.

Do przygotowania planu można było wykorzystać także gotowy od maja 2020 r. projekt mobilnego szpitala modułowego, opracowany w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie, po misjach do Włoch, USA i Słowenii, przeprowadzonych przez lekarzy z tej jednostki. Wobec nieprzygotowania przedmiotowego planu aż do października 2020 r. do tworzenia ST przystąpiono bez planu i pod presją

<sup>97</sup> Np. w Katowicach dokonano niecelowego zakupu samochodu osobowego dla ST, który był wykorzystywany w innych celach niż przeciwdziałanie COVID-19, a zakup ten został rozliczony przez wojewodę, a środki na zakup zostały zwrócone szpitalowi patronackiemu (więcej w: Wystąpienie pokontrolne do SPZOZ Szpitala MSWiA w Katowicach z dnia 14 lipca 2022 r., str. 18-20.

wzrastającej liczby zakażeń i hospitalizacji spowodowanych przez epidemię COVID-19.

Przed przystąpieniem do tworzenia ST Minister nie wprowadził do przepisów powszechnie obowiązujących zmian, dających podstawę do tworzenia szpitali tymczasowych w miejscach niewykorzystywanych uprzednio do udzielania świadczeń leczniczych, nie wprowadził zapisów odnoszących się do takiej formy udzielania świadczeń leczniczych w zakresie opieki szpitalnej do *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020* oraz nie opracował i nie zatwierdził obowiązujących wytycznych i procedur tworzenia takich szpitali. NIK ocenia takie postępowanie jako nierzetelną realizację kompetencji Ministra do inicjowania i opracowywania polityki Rządu w zakresie ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej, wynikającej z art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji<sup>98</sup>.

W efekcie większość wytycznych, procedur oraz zapisy odnoszące się do szpitali tymczasowych w *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 wersja 3.0.* powstały już po tym, jak wydano decyzje w sprawie utworzenia wielu takich jednostek i rozpoczęto prace adaptacyjne w niektórych obiektach. Tym samym wytyczne i procedury te nie stanowiły podstawy (elementów planu) na przyszłość, lecz odnosiły się do już dokonanych wcześniej działań. Dokumenty te nie były także oficjalnie zatwierdzone przez MZ do stosowania. Pomimo tego że procedury i wytyczne nie zostały oficjalnie zatwierdzone do wykorzystania przez MZ, to ich treść wskazywała, że tworzenie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych było rozwiązaniem preferowanym przez Ministra, pomimo tego, że było to rozwiązanie niecelowe i niekorzystne z punktu widzenia efektywności wydatkowania środków publicznych na przeciwdziałanie COVID-19 (co zostało ocenione w obszarze 2. nin. wystąpienia).

Jako działanie nierzetelne NIK ocenia przystąpienie przez MZ do wydawania decyzji w sprawie udostępnienia i adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych na szpitale tymczasowe bez uprzedniego wprowadzenia zmian w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ustalającego wymogi techniczne, jakie muszą spełniać m.in. pomieszczenia i wyposażenie szpitali tymczasowych. Zmiana taka nastąpiła 4 listopada 2020 r. i w rezultacie dopiero od tego dnia podmioty, które były adresatami decyzji wydanych w związku z tworzeniem 17 szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych i modułowych<sup>99</sup>, mogły określić precyzyjnie wymogi, jakie muszą spełnić tworzone przez nie szpitale. Nadmienić należy, że w jednym przypadku wymagania te zostały zmienione rozporządzeniem Ministra, na 2 dni przed oddaniem ST do użytku<sup>100</sup>.

Jako działanie niespełniające kryterium rzetelności należy ocenić także rozpoczęcie przez MZ tworzenia nowych szpitali bez uprzedniego rozpoznania możliwości zabezpieczenia dla nich personelu medycznego dysponującego wymaganymi kwalifikacjami. Minister jest przy tym jedynym w kraju podmiotem/organem, który ma dostęp do informacji na temat kadr medycznych, pozwalających zaplanować rzetelne i celowe wykorzystywanie tego deficytowego zasobu.

Minister nierzetelnie wykonywał zadania podmiotu upoważnionego przez PRM, na podstawie art. 65 ust.3 ustawy zmieniającej, do wydawania dyspozycji wypłaty

<sup>98</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1893 ze zm., dalej: *Ustawa o działach administracji*

<sup>99</sup> ST w obiektach wielkopowierzchniowych utworzone na podstawie decyzji 1] PRM: w Warszawie – Stadion Narodowy, Pyrzowice, Gdańsk, Tamów; 2] utworzone na podstawie decyzji MZ: Katowice, Wrocław, Lublin, Szczecin Netto Arena, Białystok hala Uniwersytetu Medycznego, Opole, Kraków Hala Expo, Łódź, Poznań, Kielce. ST w obiektach modułowych (decyzje PRM): Ostrołęka, Płock, Legnica.

<sup>100</sup> Szpital Tymczasowy utworzony na PGE Stadionie Narodowym w Warszawie uruchomiony 6 listopada 2020 r.

ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i nie zapewnił funkcjonowania adekwatnych, skutecznych i efektywnych narzędzi służących zarządzaniu wykorzystaniem środków publicznych przekazywanych na podstawie jego dyspozycji na pokrycie kosztów tworzenia, organizacji, funkcjonowania i likwidacji ST przez podmioty do tego wyznaczone.

Na etapie przystępowania do tworzenia szpitali tymczasowych w październiku 2020 r. MZ nie posiadał żadnej kalkulacji kosztów związanych z ich organizacją i funkcjonowaniem, która mogłaby być wykorzystana jako narzędzie służące monitorowaniu i kontrolowaniu kosztów ponoszonych na ten cel. Następnie kontynuował działania w powyższym celu, w oparciu o kalkulację (tzw. *robocze zestawienie* przedstawione przez MSWiA), w której pominięto koszty (likwidacji) i nie doszacowano kosztów utworzenia ST. Tylko szacunek dotyczący kosztów funkcjonowania szpitali tymczasowych był w tej kalkulacji zbliżony do kosztów poniesionych w rzeczywistości.

Minister także, przed przystąpieniem do tworzenia szpitali tymczasowych nie opracował i nie zatwierdził spójnych, jednolitych i adekwatnych procedur zarządzania, zapewniających gospodarne i celowe wykorzystywanie środków publicznych pochodzących z ww. źródła na tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych. Procedury te powinny były objąć wszystkie działania związane z ww. procesem, w tym zasady planowania wysokości wydatków, zasady i procedury wnioskowania przez właściwych wojewodów o środki oraz katalog kosztów podlegających pokryciu ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i zasady rozliczania ponoszonych kosztów.

W ocenie NIK, ani korespondencja prowadzona przez Ministra z wojewodami w toku prac przy tworzeniu ST, ani przekazywane do urzędów wojewódzkich niezatwierdzone przez Ministra tzw. *wytyczne*<sup>101</sup> i *procedura tworzenia szpitala tymczasowego*<sup>102</sup> nie łączyły się w spójny system narzędzi zapewniających gospodarne wydatkowanie środków publicznych na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST. Ustalenie niektórych mechanizmów mających służyć temu celowi nastąpiło zresztą już po wydaniu szeregu decyzji o utworzeniu szpitali tymczasowych – np. katalog kosztów możliwych do poniesienia w związku z utworzeniem i funkcjonowaniem szpitali tymczasowych został przekazany wojewodom 23 sierpnia 2021 r., gdy część tych placówek została już zlikwidowana.

Do tworzenia szpitali tymczasowych przystąpiono, gdy nie był oszacowany koszt udzielania w nich świadczeń leczniczych, który został przedstawiony przez AOTMiT 3 listopada 2020 r. Należy zauważyć, że do tego dnia MZ wydał decyzje dot. utworzenia 10 szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, a PRM – dalszych czterech – co oznacza, że o tworzeniu szpitali tymczasowych zdecydowano, nie znając kosztów udzielania w nich świadczeń. Nie można było przez to stwierdzić, czy rozwiązanie takie jest korzystniejsze z ekonomicznego punktu widzenia niż leczenie pacjentów z COVID-19 w szpitalach stacjonarnych.

Zdaniem NIK, podejmowanie przez MZ działań mających na celu utworzenie ST bez analiz dotyczących skutków finansowych w zakresie kosztów prac adaptacyjnych, funkcjonowania i likwidacji oraz kosztów udzielania w nich świadczeń leczniczych było sprzeczne z zasadami gospodarowania środkami publicznymi, a w szczególności z zasadą optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Skoro bowiem nie znano podstawowych parametrów kształtujących koszty i preferowano jedno rozwiązanie, nie można mówić o sytuacji, w której możliwy był wybór rozwiązania optymalnego.

<sup>101</sup> Materiał pt. Ogólne wytyczne w zakresie przygotowania i uruchomienia szpitali tymczasowych w obiektach wielofunkcyjnych: arenach, stadionach, centrach kongresowych... datowany na 27 października 2020 r., opisany w pkt 1.3.2. powyżej.

<sup>102</sup> Np. materiał określany jako *Proces organizacji szpitala tymczasowego 22.10.2020 (002)*, opisany w pkt 1.3.2. powyżej.

## 2. Organizacja, funkcjonowanie i likwidacja szpitali tymczasowych.

2.1. W toku tworzenia szpitali tymczasowych nw. organy wydawały decyzje, zawierające polecenia podjęcia różnego rodzaju działań, związanych z tworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją ST, w szczególności:

1] PRM wydał spółkom z udziałem Skarbu Państwa 12 decyzji zawierających polecenie niezwłocznego podjęcia działań w celu utworzenia, organizacji i funkcjonowania szpitali tymczasowych<sup>103</sup>,

2] Minister Zdrowia wydał różnym podmiotom decyzje zawierające polecenia udostępnienia i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitala tymczasowego (36 decyzji Ministra – opisanych w pkt 2.1.2.),

3] Minister Zdrowia wydał podmiotom leczniczym decyzje zawierające polecenia objęcia funkcji tzw. *szpitala patronackiego* (16 decyzji Ministra opisanych w pkt 2.1.2.),

4] Minister Zdrowia wydawał podmiotom leczniczym decyzje w sprawie zapewnienia określonej liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 (dotyczyło to także ST, których finansowanie odbywało się na podstawie dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, złożonych przez Ministra Szefa KPRM i Ministra Aktywów Państwowych i MON (decyzje opisane w pkt 2.1.3.). Poza PRM i Ministrem Zdrowia decyzje w analogicznych sprawach wydawali także właściciwi wojewodowie<sup>104</sup>.

(akta kontroli str. 41-43, 167-171, 307-327, 2148-2827)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie, w wyjaśnieniach złożonych w odpowiedzi na pytania zadane MZ, uzasadnił wydawanie decyzji w zakresie tworzenia szpitali tymczasowych przez różne organy obowiązującymi przepisami, które dawały podstawę prawną do wydawania ww. poleceń zarówno PRM, jak i Ministrowi oraz wojewodom. Wskazał także, iż przepisy stanowiące podstawę poleceń ulegały zmianom i każdy przypadek należało rozpatrywać indywidualnie, mając na względzie stan prawny aktualny na dzień wydania polecenia.

Zdaniem NIK, sytuacja taka wymagała od MZ ścisłej koordynacji działań, podejmowanych przez inne organy i podmioty uczestniczące w tym procesie ze względu na zakres jego odpowiedzialności, z KPZK (podmiot wiodący w toku zarządzania sytuacją kryzysową związaną z epidemią<sup>105</sup>), wynikający z ustawy o działach administracji (Minister właściwy ds. Zdrowia), z przepisów specustawy (podmiot zobowiązany do zapewnienia finansowania udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 i uprawniony do wydawania decyzji na podstawie art. 10d i 11h specustawy m.in. w sprawie tworzenia szpitali tymczasowych), z przepisów ustawy zmieniającej (podmiot upoważniony na podstawie art. 65 ust.3 do składania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z rachunku pomocniczego na cele związane z przeciwdziałaniem COVID-19) i z przepisów ustawy o udzielaniu świadczeń (jako organ sprawujący nadzór nad NFZ).

(akta kontroli str. 3-4, 6, 41-43, 167-171)

2.1.1. W okresie objętym kontrolą, na podstawie decyzji wydanych przez PRM, Ministra Zdrowia, MAP, MON i wojewodę warmińsko-mazurskiego, miało być utworzonych 40 szpitali tymczasowych (w tym: dziewięć w woj. mazowieckim<sup>106</sup>,

<sup>103</sup> Zagadnienie opisane szczegółowo w wystąpieniu z kontroli D/21/505 przeprowadzonej w KPRM.

<sup>104</sup> Kontrole w tym zakresie przeprowadzono w śląskim, mazowieckim, dolnośląskim Urzędach Wojewódzkich. W zakresie podlegającym finansowaniu na podstawie dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez MZ, opisanym w nin. wystąpieniu pokontrolnym decyzje w sprawie utworzenia ST wydał wojewoda warmińsko-mazurski.

<sup>105</sup> Co zostało opisane w pkt 1.0. powyżej.

<sup>106</sup> W tym: cztery w Warszawie: Szpital Tymczasowy przy ul. Żwirki i Wigury 1c (zwany dalej ST na Lotnisku Okęcie), Szpital Tymczasowy przy ul. Szaserów 128 (zwany dalej Modułowy ST w Warszawie), Szpital Tymczasowy przy ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego 99 (zwany dalej ST Południowy w Warszawie), Szpital Tymczasowy przy al. Księcia J. Poniatowskiego 1 (zwany dalej



siedem w woj. małopolskim<sup>107</sup>, cztery w woj. dolnośląskim<sup>108</sup>, trzy w woj. śląskim<sup>109</sup>, po dwa w województwach: warmińsko-mazurskim<sup>110</sup>, pomorskim<sup>111</sup>, zachodniopomorskim<sup>112</sup>, kujawsko-pomorskim<sup>113</sup> i podlaskim<sup>114</sup> oraz po jednym w województwach: świętokrzyskim<sup>115</sup>, lubelskim<sup>116</sup>, łódzkim<sup>117</sup>, opolskim<sup>118</sup>, podkarpackim<sup>119</sup>, wielkopolskim<sup>120</sup> i lubuskim<sup>121</sup>).

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

Różnica pomiędzy liczbą szpitali objętych decyzjami (40), a liczbą szpitali faktycznie uruchomionych (32) wynikała z następujących okoliczności: 1] w woj. małopolskim z siedmiu szpitali nie utworzono czterech, objętych decyzjami PRM (dwa zleczone PKO BP S.A., po jednym zleconym Tauron PE S.A. i Grupie Azoty S.A.), 2] w woj. mazowieckim nie utworzono jednego z dziewięciu szpitali objętych

---

ST Stadion Narodowy) oraz po jednym w Płocku przy ul. Łukasiewicza 35 (zwany dalej ST w Płocku), w Siedlcach przy ul. Józefa Poniatowskiego 26 (zwany dalej ST w Siedlcach), w Radomiu w Centrum Rehabilitacji (zwany dalej ST w Radomiu, pierwotna lokalizacja wg decyzji PRM w Warszawie) i w Ostrołęce przy ul. Jana Pawła II nr 120A (zwany dalej ST w Ostrołęce). Dziewięć szpitali miało być tworzone wg. pierwotnej decyzji przez BGK z 2 grudnia 2020 r., ale 12 grudnia 2020 r. decyzja PRM została zmieniona i zredukowano liczbę szpitali objętych poleceniem dla BGK do jednego.

<sup>107</sup> W tym: Szpital Tymczasowy na bazie Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie (zwany dalej ST CUMRIK) i Szpital Tymczasowy w Hali Expo w Krakowie (zwany dalej ST Expo w Krakowie), szpital w hali Tauron Arena w Krakowie, który miał być utworzony przez Tauron PE SA na podstawie decyzji PRM z 29 października 2020 r. a nie został utworzony z/w na koszty – decyzja PRM uchylona w tej części 22 kwietnia 2021 r. oraz jeden szpital, który miał być utworzony w Krakowie przez Grupę Azoty SA ale nie powstał (decyzja PRM z 3 listopada 2020 r., uchylona 22 kwietnia 2021 r.) oraz po jednym w Krynicy-Zdroju - utworzony na bazie 20. Wojskowego Szpitala Uzdrawiskowo – Rehabilitacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (zwany dalej ST w Krynicy-Zdroju) i w Tamowie w Arenie Jaskółka Tamów (zwany dalej ST w Tamowie) a także jeden ST, którego tworzenie PRM polecił 29 października PKO BP, a który nie powstał, bo jego lokalizacja została 3 listopada 2020 r. przeniesiona decyzją PRM do woj. wielkopolskiego, gdzie zaniechano jego tworzenia (decyzję PRM uchylił 22 kwietnia 2021 r.).

<sup>108</sup> Po jednym: we Wrocławiu – Szpital Tymczasowy przy ul. Rakietowej 33 (zwany dalej ST we Wrocławiu), w Wałbrzychu – w budynku Specjalistycznego Szpitala im. Alfreda Sokołowskiego (zwany dalej ST w Wałbrzychu), Lubinie – w hali Regionalnego Centrum Kultury (zwany dalej ST w Lubinie – dodany do decyzji wydanej przez PRM dla KGHM 2 listopada 2020 r.) i w Legnicy – modułowy budynek na parkingu Szpitala Specjalistycznego (zwany dalej ST w Legnicy).

<sup>109</sup> Szpital Tymczasowy w Katowicach pl. Sławika i Antalla 1 (zwany dalej ST w Katowicach) i Szpital Tymczasowy w Międzynarodowym Porcie Lotniczym w Pyrzowicach (zwany dalej ST w Pyrzowicach), nie powstał szpital tymczasowy w Ustroniu, objęty poleceniem PRM dla Węgłokoks SA – decyzja PRM w tej sprawie uchylona 22 kwietnia 2021 r.

<sup>110</sup> Szpital Tymczasowy w Nidzicy (zwany dalej ST w Nidzicy) i Szpital Tymczasowy w Szczytnie (zwany dalej ST w Szczytnie).

<sup>111</sup> Szpital Tymczasowy w Centrum Wystawienniczo Kongresowym w Gdańsku (zwany dalej ST w Gdańsku) i Szpital Tymczasowy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Sopocie (zwany dalej ST w Sopocie).

<sup>112</sup> Szpital Tymczasowy w budynku „M” Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (zwany dalej ST PUM w Szczecinie) i Szpital Tymczasowy w hali Netto Arena w Szczecinie (zwany dalej ST Netto w Szczecinie).

<sup>113</sup> Szpital Tymczasowy na bazie 22. Wojskowego Szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego w Ciechocinku (zwanego dalej ST w Ciechocinku) oraz Szpital Tymczasowy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (zwany dalej ST w Radziejowie).

<sup>114</sup> Szpital Tymczasowy Nr 1 w budynku E1 Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (zwany dalej ST Nr 1 w Białymstoku) i Szpital Tymczasowy Nr 2 w hali sportowej Uniwersytetu w Białymstoku (zwany dalej ST Nr 2 w Białymstoku).

<sup>115</sup> świętokrzyski Szpital Tymczasowy w Kielcach (zwany dalej ST w Kielcach).

<sup>116</sup> Szpital Tymczasowy na bazie obiektów Targów Lublin SA w Lublinie (zwany dalej ST w Lublinie).

<sup>117</sup> W hali Expo-Łódź w Łodzi (zwany dalej ST w Łodzi).

<sup>118</sup> Tymczasowy Szpital COVID-19 w Opolu (zwany dalej ST w Opolu).

<sup>119</sup> W Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie (zwany dalej ST w Rzeszowie).

<sup>120</sup> Szpital Tymczasowy w obiektach Międzynarodowych Targów Poznańskich w Poznaniu (zwany dalej ST w Poznaniu).

<sup>121</sup> Szpital Tymczasowy w Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Zielonej Górze (zwany dalej ST w Zielonej Górze).

pierwotnie wskazanymi decyzjami (jeden z dwóch szpitali zleconych BGK), 3] w woj. dolnośląskim nie utworzono jednego z czterech szpitali pierwotnie objętych decyzjami (jeden z trzech szpitali zleconych KGHM S.A.– w Lubinie), 4] w woj. śląskim nie utworzono jednego z trzech szpitali pierwotnie objętych decyzjami (drugi szpital zlecony Węgłokoks S.A.), 5] nie uruchomiono jednego w pełni przygotowanego szpitala w woj. zachodniopomorskim (Netto Arena w Szczecinie).

Trzy szpitale były wykazywane w całym kontrolowanym okresie jako *pozostające w stanie pasywnym*<sup>122</sup>, choć dwa z nich nie zostały przygotowane do uruchomienia (ST w Lubinie i Tarnowie), a ST w hali Netto Arena w Szczecinie, pomimo że został utworzony i wyposażony, nie przyjął pacjentów. Spośród utworzonych i funkcjonujących ww. 32 szpitali tymczasowych: trzynaście ST zostało utworzonych w wyniku adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych (Stadionu Narodowego w Warszawie, hal targowych i centrów kongresowych, hal sportowych, terminali lotniskowych itp.), piętnaście ST zostało utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych, a cztery ST zostały utworzone w modułowych obiektach wykonanych z kontenerów.

(akta kontroli str. 41-44, 307-327, 2148-2830)

2.1.2. Minister Zdrowia wydawał decyzje dotyczące ST, których utworzenie, organizacja, funkcjonowanie i likwidacja finansowane były z Funduszu COVID-19 na podstawie składanych przez niego dyspozycji wypłaty z rachunku w BGK.

Na podstawie 36 decyzji<sup>123</sup> Ministra wydanych dla 19 podmiotów<sup>124</sup> gospodarczych oraz 9 podmiotów leczniczych<sup>125</sup>, dotyczących udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitali tymczasowych, zostało utworzonych 17 szpitali<sup>126</sup> tymczasowych funkcjonujących w okresie objętym kontrolą (ST Południowy w Warszawie, ST CUMRiK, ST Expo w Krakowie, ST we Wrocławiu, ST w Sopocie, ST w Katowicach, ST PUM w Szczecinie, ST w Ciechocinku, ST Nr 1 w Białymstoku i ST Nr 2 w Białymstoku, ST w Kielcach, ST w Lublinie, ST w Łodzi, ST w Opolu, ST w Rzeszowie, ST w Poznaniu, ST w Zielonej Górze). We wszystkich decyzjach Minister wskazał, że finansowanie ich realizacji miało następować ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ustawy zmieniającej oraz na podstawie umowy zawartej pomiędzy podmiotem a właściwym wojewodą.

Minister w badanym okresie wydał również na podstawie art. 10d ust. 2 pkt 2, ust. 3 i 5 i art. 11h ust. 2 i 4 specustawy decyzje zobowiązujące 16 podmiotów leczniczych<sup>127</sup> do realizacji świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach tymczasowych (tj. w utworzonych szpitalach tymczasowych).

<sup>122</sup> Termin ten nie jest zdefiniowany w przepisach powszechnie obowiązujących. Natomiast w korespondencji MZ z MAP jako szpital pasywny opisywany był *obiekt w pełni wyposażony i gotowy do udzielania świadczeń leczniczych bez personelu medycznego*.

<sup>123</sup> W tym 26 wydanych na podstawie art. 11 h ust. 2 i 4 specustawy i 10 na podstawie art. 10d ust 2 specustawy.

<sup>124</sup> 1) Dynamic Congress Centre Sp. z o.o., 2) Targi Lublin S.A., 3) DAROL Sp. z o.o., 4) SKB S.A., 5) EXPO-Łódź Sp. z o.o., 6) Targi w Krakowie Sp. z o.o., 7) Przedsiębiorstwo Budownictwa Przemysłowego „Chemobudowa-Kraków” S.A., 8) Warszawskie Centrum EXPO XXI Sp. z o.o., 9) MOSTOSTAL Zabrze Gliwickie Przedsiębiorstwo Budownictwa Przemysłowego S.A., 10) LINDE GAZ Polska Sp. z o.o., 11) BUDIMEX S.A., 12) MAR-BUD Sp. z o.o. Budownictwo Sp. komandytowa, 13) Międzynarodowe Targi Gdańskie S.A., 14) Szpital Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., 15) PTWP EVENT CENTER Sp. z o.o., 16) Górnos Śląskie Towarzystwo Lotnicze S.A., 17) TARGI Kielce S.A., 18) Międzynarodowe Targi Poznańskie Sp. z o.o., 19) PTB NICKEL Sp. z o.o.

<sup>125</sup> 1) 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny w Ciechocinku, 2) Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o., 3) Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, 4) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (2 lokalizacje), 5) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrawiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Sopocie, 6) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Gdańsku, 7) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Katowicach, 8) Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, 9) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie.

<sup>126</sup> Ponadto dwa szpitale zostały utworzone na podstawie decyzji wojewody warmińsko-mazurskiego (ST w Nidzicy i ST w Szczytnie).

<sup>127</sup> W tym: 1) Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi (dotyczyło ST w Łodzi), 2) Szpital Specjalistyczny Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o. (ST Expo w Krakowie), 3) Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

W wydanych decyzjach Minister polecił podmiotom leczniczym (tzw. *szpitalom patronackim*) w powyżej wymienionych lokalizacjach szpitali tymczasowych, objęcie ich pełnym nadzorem administracyjnym i medycznym oraz zapewnienie w nich realizacji świadczeń opieki zdrowotnej (w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19) z wykorzystaniem wskazanej w tych decyzjach liczby łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (w tym liczbie łóżek intensywnej terapii z kardiomonitarami oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej). W decyzjach tych polecano adresatom również utrzymywanie w gotowości obsady kadrowej oraz dostępnych łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, gotowych do udzielania świadczeń zgodnie z zapotrzebowaniem/wytycznymi właściwego wojewody, w uzgodnieniu z dyrektorem właściwego oddziału NFZ.

Wszystkie 26 decyzji MZ, w których jako podstawę wskazano art. 11 h ust. 2 i 4 specustawy, dotyczące udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitali tymczasowych oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach szpitali tymczasowych, wydanych zostało przez MZ na wniosek właściwych wojewodów. Decyzje te, za wyjątkiem decyzji dotyczących ST w Gdańsku oraz obu szpitali tymczasowych w Białymstoku, wydane zostały w terminie od jednego do pięciu dni od złożenia przez tych wojewodów wniosków. W przypadku ww. trzech szpitali tymczasowych, Minister wydał decyzję po 24 dniach od złożenia wniosków wojewody pomorskiego (w przypadku ST w Gdańsku) i po 25 dniach od wniosków wojewody podlaskiego (w przypadku decyzji dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach szpitali tymczasowych w obu szpitalach tymczasowych w Białymstoku).

Obowiązkiem organu prowadzącego postępowanie administracyjne jest przestrzeganie zasad określonych w k.p.a., w tym zasady pisemności wynikającej z art. 14 k.p.a. Wszystkie decyzje wydane na podstawie art. 11 h ust. 2 i 4 specustawy wydane zostały przez Ministra bez przeprowadzenia postępowań administracyjnych określonych w k.p.a., do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 1*.

(akta kontroli str. 41-44, 307-327, 1899-1904, 2148-2827)

2.1.3. Ponadto Minister wydawał także decyzje dotyczące ST, których utworzenie, organizacja, funkcjonowanie i likwidacja finansowane były z Funduszu COVID-19 na podstawie dyspozycji wypłaty z rachunków pomocniczych przez innych Ministrów, a mianowicie:

- w przypadku ST utworzonych na podstawie decyzji wydanych przez PRM i powierzonych do realizacji przez Ministra Szefa KPRM – MZ wydał 1] decyzję skierowaną do Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA, zawierającą polecenie dostosowania komórek organizacyjnych CSK MSWiA do udzielania świadczeń na Stadionie Narodowym w wymiarze 700 łóżek<sup>128</sup>, 2] od 16 listopada 2020 r. do 17 listopada 2021 r. wydał siedem decyzji<sup>129</sup>, w których ustalał liczbę łóżek

(2 lokalizacje: ST na Lotnisku Okęcie i Modułowy ST w Warszawie ), 4) Szpital Solec Sp. z o.o. (ST Południowy w Warszawie), 5) Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku (ST w Płocku), 6) Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach (ST w Siedlcach), 7) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu (ST w Opolu), 8) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie (ST w Rzeszowie), 9) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Gdańsku (ST w Sopocie), 10) Szpital COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. (ST w Gdańsku), 11) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Katowicach (ST w Katowicach), 12) Szpital Specjalistyczny w Chorzowie (decyzja uchylona), 13) Gómośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (ST w Pyrzowicach), 14) Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach (ST w Kielcach), 15) Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (ST w Poznaniu) oraz 16) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie ( ST CUMRIK).

<sup>128</sup> Decyzja wydana na podstawie art. 10d ust. 2 pkt 2 specustawy, z dnia 30 października 2020 r. DBO.532.2.22.2020.1,

<sup>129</sup> Decyzje wydane w dniach: 16 listopada 2020 r. nr DBO.532.2.129.2020.1, 4 grudnia 2020 r. nr DBC.532.2.129.2020.2(2), 11 marca 2021 r. nr DBC.532.2.129.2020.3, 12 lipca 2021 r. nr DBC.532.2.129.2020.4.1, 1 października 2021 r. nr DBC.532.2.129.2020.5.1, 15 października 2021 r. nr DBC.532.2.129.2020.7, 17 listopada 2021 r. nr DBC.532.2.129.2020.8.

jakie ma zapewnić ST w Siedlcach. Decyzja z 16 listopada 2020 r. zawierała także polecenie współpracy z BGK w zakresie realizacji działań polegających na zorganizowaniu i utworzeniu ST,

- w przypadku ST utworzonych na podstawie decyzji wydanych przez PRM i powierzonych do realizacji przez Ministra Aktywów Państwowych – MZ wydał: 1] pięć decyzji<sup>130</sup> skierowanych do Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Płocku, w których ustalał liczbę łóżek jakie ma zapewnić ten Szpital w ST, a w pierwszej decyzji z 31 października 2020 r. także polecono Szpitalowi współpracę z PKN Orlen S.A. w zakresie realizacji działań polegających na zorganizowaniu i utworzeniu szpitala tymczasowego; 2] 11 decyzji skierowanych do Międzynarodowych Targów Gdańskich S.A. (cztery decyzje w sprawie udostępnienia obiektu na potrzeby ST)<sup>131</sup> i do Szpitala COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. (siedem decyzji w sprawie utworzenia ST i ustalających liczbę łóżek, jakimi miał dysponować ST)<sup>132</sup>; 3] 11 decyzji skierowanych do Górnośląskiego Towarzystwa Lotniczego S.A.<sup>133</sup>, Przedsiębiorstwa Uzdrawiskowego Ustroń S.A.<sup>134</sup>, Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie<sup>135</sup> i Górnośląskiego Centrum Medycznego im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach<sup>136</sup>, które dotyczyły ustalenia liczby łóżek, powierzenia funkcji szpitala patronackiego, udostępnienia nieruchomości,
- w przypadku ST, o których utworzeniu i funkcjonowaniu zdecydował Minister Obrony Narodowej – MZ wydał 12 decyzji<sup>137</sup>, skierowanych do Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, w których zawarł polecenia dotyczące: zmiany sposobu użytkowania i przystosowania obiektów do pełnienia funkcji ST, zapewnienia określonej liczby łóżek i świadczenia opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 307-327, 2148-2834)

W kontrolowanym okresie właściwi miejscowo wojewodowie wydawali również na podstawie art. 11 h ust. 1 i 4 specustawy decyzje, dotyczące zarówno realizacji świadczeń leczniczych<sup>138</sup>, jak i organizacji szpitali tymczasowych (wojewoda warmińsko-mazurski wydał decyzję dotyczącą organizacji dwóch szpitali tymczasowych: w Nidzicy i ST w Szczytnie). Spośród 32 funkcjonujących szpitali

<sup>130</sup> Decyzje wydane w dniach: 31 października 2020 r. nr DBC.532.2.57.2020.1.(1), 28 maja 2021 r. nr DBC.532.2.57.2020.1.(2) 05 listopada 2021 nr DBC.532.2.57.2020.1.(3), 28 listopada 2021 r. nr DBC.532.2.57.2020.1.(4), 4 grudnia 2021 r. nr DBC.532.2.57.2020.1.(5),

<sup>131</sup> Decyzje wydane w dniach: 12 listopada 2020 r. nr DBC.532.2.137.2020.ŻK, 1 grudnia 2020 r. nr DBC.532.2.137.2020.(4), 14 grudnia 2021 r. nr DBR.532.296.2021.MC(2), 29 czerwca 2021 r. nr DBC.532.2.137.2020.MC(3).

<sup>132</sup> Decyzje wydane w dniach: 12 listopada 2020 r. nr DBC.532.2.137.2020.ŻK, 14 grudnia 2021 r. nr DBR.532.296.2021.MC(1), 3 marca 2021 r. nr DBC.532.2.31.2021.MC, 11 marca 2021 r. nr DBC.532.2.31.2021.MC(2), 26 marca 2021 r. nr DBC.532.2.31.2021.MC(3), 17 czerwca 2021 r. nr DBC.532.2.31.2021.MC(4), 29 czerwca 2021 r. nr DBC.532.2.137.2020.MC(2),

<sup>133</sup> Decyzje wydane w dniach: 14 listopada 2020 r. nr DBC.532.2.135.2020, 25 listopada 2020 r. nr DBC.532.2.135.2020(3), 11 czerwca 2021 r. nr DBC.532.2.135.2020(7), 2 sierpnia 2021 r. nr DBC.532.2.95.2021.RM.

<sup>134</sup> Decyzje wydane w dniach: 14 listopada 2020 r. nr DBC.532.2.135.2020, 25 listopada 2020 r. nr DBC.532.2.135.2020(2), 13 czerwca 2021 r. nr DBC.532.2.135.2020(6).

<sup>135</sup> Decyzje wydane w dniach: 10 grudnia 2020 r. nr DBC.532.2.135.2020(5), 25 listopada 2020 r. nr DBC.532.2.135.2020.ŻK(4),

<sup>136</sup> Decyzje wydane w dniach: 24 marca 2021 r. nr DBC.532.2.62.2021(1), 10 listopada 2021 r. nr DBC.532.2.62.2021(2).

<sup>137</sup> Decyzje wydane w dniach: 6 listopada 2020 r. nr DBC.532.1.2.2020.MK(3), 26 lutego 2021 r. nr DBC.532.2.49.2021.MC(1), 8 marca 2021 r. nr DBC.532.1.2.2020.MK(4), 31 marca 2021 r. nr DBC.532.2.49.2021.MC(2), 31 marca 2021 r. nr DBC.532.1.2.2020.MK(5), 30 kwietnia 2021 r. nr DBC.532.1.2.2020.MC(6), 12 maja 2021 r. nr DBC.532.2.49.2021.MC(3), 21 czerwca 2021 r. nr DBC.532.2.49.2021.MC(4), 15 października 2021 r. nr DBC.532.2.49.2021.MC(5), 4 listopada 2021 r. nr DBR.532.257.2021.MC(1), 25 listopada 2021 r. nr DBR.532.257.2021.MC(3),

<sup>138</sup> 1) Specjalistycznemu Szpitalowi im. Dr Alfreda Sokolowskiego Wałbrzych (dotycząca ST w Wałbrzychu), 2) Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Legnicy (dotycząca ST w Legnicy), 3) Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu nr 1 w Lublinie (dotycząca ST w Lublinie), 4) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie (dotycząca ST w Rzeszowie), 5,6) Uniwersytetowi Medycznemu w Białymstoku (dotyczące ST Nr 1 i ST Nr 2 w Białymstoku), 7) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej MSWiA w Katowicach (dotycząca ST w Katowicach), 8,9) Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu nr 2 pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (dotyczące ST PUM i ST Netto Arena), 10) 22. Wojskowemu Szpitalowi Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny w Ciechocinku (dotycząca ST w Ciechocinku).

tymczasowych, po dwa szpitale tymczasowe (w Warszawie<sup>139</sup> i w Białymstoku<sup>140</sup>) miały te same szpitale patronackie<sup>141</sup>. W pozostałych 28 przypadkach każdy ze szpitali patronackich realizował świadczenia w związku z COVID-19 w jednym szpitalu tymczasowym.

(akta kontroli str. 307-327, 2823-2830)

**2.3.** Według zapisów zawartych w decyzjach PRM, MZ i wojewody warmińsko-mazurskiego w sprawie utworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, we wszystkich 32 uruchomionych szpitalach tymczasowych miało być utworzonych łącznie 7 439 łóżek szpitalnych<sup>142</sup>, w tym 1 106 respiratorowych<sup>143</sup> oraz 10 pediatrycznych.

W trakcie funkcjonowania szpitali tymczasowych, liczba faktycznie utworzonych łóżek ulegała zmianom i wynosiła w kontrolowanym okresie od (minimalnie) 4 288 do (maksymalnie) 6 361 łóżek, w tym od (minimalnie) 838 do (maksymalnie) 1 059 łóżek respiratorowych oraz niezmiennie przez cały badany okres 10 łóżek pediatrycznych. W trakcie całego okresu funkcjonowania szpitali tymczasowych rzeczywiste wykorzystanie utworzonych łóżek<sup>144</sup> wyniosło maksymalnie 3 889 łóżek szpitalnych<sup>145</sup>.

(akta kontroli str. 41-44, 307-327, 650-1167, 1444-1445, 2148-2827)

Według danych pozyskanych z Centrum e-Zdrowia, ogółem w Polsce z powodu COVID-19 hospitalizowanych było 525 028 osób (dane na 31 marca 2022 r.). Przez cały okres funkcjonowania 32 szpitale tymczasowe przyjęły łącznie 41 965 pacjentów, z których 8 847 zmarło, a 32 712 pacjentów wypisano<sup>146</sup> (różnica pomiędzy liczbą

<sup>139</sup> ST na Lotnisku Okęcie i Modułowy ST w Warszawie.

<sup>140</sup> ST Nr 1 w Białymstoku i ST Nr 2 w Białymstoku.

<sup>141</sup> Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie.

<sup>142</sup> W tym: 1 708 łóżek szpitalnych w szpitalach tymczasowych w woj. mazowieckim, 877 w woj. wielkopolskim, 838 w woj. małopolskim, 644 w woj. śląskim, 500 w woj. pomorskim, 419 w woj. dolnośląskim, 337 w woj. zachodniopomorskim, 300 w woj. świętokrzyskim, 272 w woj. łódzkim, 282 w woj. kujawsko-pomorskim, 180 w woj. podlaskim, 170 w woj. lubuskim, 160 w woj. podkarpackim, 150 w woj. opolskim, 120 w woj. warmińsko-mazurskim i 482 łóżka w woj. lubelskim

<sup>143</sup> W tym: 242 łóżek respiratorowych w szpitalach tymczasowych w woj. mazowieckim, 48 w woj. wielkopolskim, 90 w woj. małopolskim, 110 w woj. śląskim, 31 w woj. dolnośląskim, 50 w woj. zachodniopomorskim, 50 w woj. świętokrzyskim, 100 w woj. łódzkim, 62 w woj. kujawsko-pomorskim, 20 w woj. podlaskim, 35 w woj. lubuskim, 30 w woj. podkarpackim, 38 w woj. opolskim i 120 w woj. warmińsko-mazurskim.

<sup>144</sup> W 31 szpitalach tymczasowych (bez ST w Radziejowie).

<sup>145</sup> Przyjęto dane o największej i najmniejszej liczbie dziennej wykorzystanych łóżek odrębnie dla każdego województwa, z całego okresu funkcjonowania ST. W poszczególnych województwach wykorzystanie łóżek w szpitalach tymczasowych wynosiło: w mazowieckim od zera do 1 069 łóżek (w tym respiratorowych od jednego do 189), w łódzkim od jednego do maks. 170 łóżek (w tym od zera do maks. 15 łóżek respiratorowych), w podkarpackim od jednego do maks. 98 łóżek, w kujawsko-pomorskim (bez ST w Radziejowie) od jednego do maks. 57 łóżek (w tym respiratorowych od zera do maks. 12), w wielkopolskim od zera do maks. 259 łóżek, w śląskim od zera do 306 łóżek, w małopolskim od siedmiu do maks. 192 (w tym respiratorowych od 7 do maks. 67 łóżek), w lubuskim od pięciu do 104, w podlaskim od 1-2 do maks. 113-66 odpowiednio w ST Nr 1 i ST Nr 2, w zachodniopomorskim od 27 do maks. 60 łóżek (w tym respiratorowych od 9 do maks. 18), w świętokrzyskim maks. 104 łóżka (w tym maks. 20 respiratorowe), w opolskim od jednego do maks. 143 (w tym od dwóch do maks. 30 respiratorowych), w Lubelskim od zera do maks. 141 łóżek, w warmińsko-mazurskim od pięciu do maks. 163 (w tym respiratorowych od dwóch do 33), w pomorskim od 28 do maks. 287 i dolnośląskim od 11 do maks. 557 (w tym respiratorowych od dwóch do maks. 18).

<sup>146</sup> W tym w szpitalach tymczasowych w poszczególnych województwach:

- w woj. mazowieckim przyjęto 10 777 pacjentów, z których 1 945 zmarło, a 8 883 wypisano,
- w woj. dolnośląskim przyjęto 3 632 pacjentów, z których 741 zmarło, a 2 754 wypisano,
- w woj. wielkopolskim przyjęto 3 116 pacjentów, z których 527 zmarło, a 2 589 wypisano,
- w woj. śląskim przyjęto 2 978 pacjentów, z których 777 zmarło, a wypisano 2 242,
- w woj. warmińsko-mazurskim przyjęto 2 704 pacjentów, z których 756 zmarło, a 1 948 wypisano,
- w woj. małopolskim przyjęto 2 319 pacjentów, z których 425 zmarło, a 1 894 wypisano,
- w woj. lubuskim przyjęto 2 298 pacjentów, z których 604 zmarło, a 1 778 wypisano,
- w woj. podlaskim przyjęto 1 885 pacjentów, z których 281 zmarło, a 1 633 wypisano,
- w woj. opolskim przyjęto 1 844 pacjentów, z których 806 zmarło, a 1 010 wypisano,
- w woj. zachodniopomorskim przyjęto 1 728 pacjentów, z których 341 zmarło, a wypisano 1 085,
- w woj. podkarpackim przyjęto 1 601 pacjentów, z których 456 zmarło, a 1 145 wypisano,
- w woj. pomorskim przyjęto 1 580 pacjentów, z których 251 zmarło, a 1 329 wypisano,
- w woj. łódzkim przyjęto 884 pacjentów, z których 99 zmarło, a 690 wypisano,
- w woj. świętokrzyskim przyjęto 209 pacjentów, z których 31 zmarło, a 169 wypisano,
- w woj. kujawsko-pomorskim przyjęto 3 352 pacjentów, z których 739 zmarło, a 2 580 zostało wypisanych.

pacjentów przyjętych, a sumą liczby pacjentów zmarłych i wypisanych wynika z ruchu pacjentów pomiędzy oddziałami tzw. szpitali patronackich).

(akta kontroli str. 41-44, 307-327, 650-1167, 1520-1521, 2835-2836)

**2.4.** W odniesieniu do wszystkich 18 szpitali tymczasowych utworzonych w oparciu o decyzje MZ, Minister akceptował wnioski wojewodów o wyznaczenie podmiotów, którym zlecano tworzenie szpitali tymczasowych. Odpowiadając na pytanie o to, w jaki sposób i na jakiej podstawie dokonano wyboru podmiotów, którym zlecono organizację szpitali tymczasowych i w jaki sposób weryfikowano propozycje wojewodów w zakresie organizacji szpitali tymczasowych (...) oraz czy przed wyborem podmiotu odpowiedzialnego za utworzenie szpitala tymczasowego kierowano się doświadczeniem tego podmiotu w realizacji podobnych projektów, Sekretarz Stanu wyjaśnił, że wybór podmiotów, którym zlecono organizację szpitali tymczasowych był dokonywany przez wojewodów, którzy w jego opinii mieli pełny obraz działalności leczniczej, zasobów kadrowych, sprzętowych oraz możliwości organizacyjnych na terenie województwa.

Na podstawie wyników kontroli<sup>147</sup> NIK zauważa, że akceptowanie przez Ministra, bez wyjątku, wniosków wojewodów w zakresie wyboru podmiotów odpowiedzialnych za przeprowadzenie prac adaptacyjnych przy tworzeniu szpitali tymczasowych, nie zapobiegło niegospodarnemu wydatkowaniu środków na ten cel, pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19<sup>148</sup>.

(akta kontroli str. 181-182, 215, 2847-2905)

**2.5.** Wydawane przez Ministra decyzje dotyczące udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitali tymczasowych oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach szpitali tymczasowych były, z jednym wyjątkiem, zgodne z wnioskami właściwych wojewodów.

Wyjątkiem była decyzja Ministra z dnia 24 października 2020 r.<sup>149</sup>, polecająca Spółce Dynamic Congress Centre Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, udostępnienie nieruchomości spółki i przystosowanie terenu i obiektów, w celu realizacji działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, na potrzeby funkcjonowania we wskazanej lokalizacji tymczasowej komórek organizacyjnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (ST we Wrocławiu), zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez ten szpital oraz zasadami sztuki budowlanej, która nie zawierała szczegółowych wskazań dotyczących organizacji tego szpitala tymczasowego (znajdujących się we wniosku wojewody dolnośląskiego). Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając na pytanie zadane MZ wyjaśnił, że w ocenie Ministra zasadne było w tym przypadku nałożenie obowiązku udostępnienia nieruchomości bez wskazywania szczegółowych informacji (wnioskowanych przez wojewodę), z uwagi na to, iż w treści decyzji zawarto informację o konieczności zawarcia umowy pomiędzy wojewodą dolnośląskim

<sup>147</sup> Kontrola nr SI/22/001 – *Wybrane aspekty przeciwdziałania w województwie opolskim pandemii COVID-19, w tym wydatkowania środków publicznych na utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych i izolatoriów.*

<sup>148</sup> W wystąpieniu pokontrolnym z 8 lipca 2022 r. skierowanym do wojewody opolskiego opisano nieprawidłowości w zakresie niezapewnienia przez ww. wojewodę rzetelnej weryfikacji oferty cenowej przedstawionej przez wybraną spółkę, dotyczącej adaptacji budynku Centrum Wystawienniczo-Kongresowego w Opolu do potrzeb szpitala tymczasowego. Uzyskanej ceny nieporównani z wartością rynkową przewidywanych robót budowlanych, np. poprzez zweryfikowanie jej w oparciu o kosztorys inwestorski i/lub pozyskanie ofert od innych potencjalnych wykonawców, czy też włączenie ich do negocjacji. W rezultacie wydatki poniesione przez wojewodę na dostosowanie obiektu wielkopowierzchniowego do potrzeb ST, zostały zawyżone o 2 689,5 tys. zł.

<sup>149</sup> Nr DBO.532.2.22.2020.10.

a Spółką, w której należało wyszczególnić obowiązki (gdyż każda zmiana zakresu robót wiązałyby się z koniecznością zmiany decyzji).

Wybór lokalizacji szpitali miał decydujący wpływ na efektywność wydatkowania środków publicznych na przeciwdziałanie COVID-19, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2*.

(akta kontroli str. 216, 2148-2827)

**2.6.** Zgodnie z art. 65 ustawy zmieniającej, dysponentem Funduszu COVID-19 był PRM, który upoważnił (na podstawie art. 65 ust. 3 tej ustawy) Ministra<sup>150</sup> do wydawania dyspozycji wypłaty środków z rachunku pomocniczego utworzonego w Funduszu, w ramach określonych w planie Funduszu COVID-19 puli środków przypisanych Ministrowi Zdrowia. Zatwierdzanie pierwotnego planu Funduszu COVID-19 oraz wprowadzanie w nim zmian dokonywane było przez Prezesa Rady Ministrów, na podstawie potrzeb zgłaszanych przez Ministra. *Zapotrzebowania* takie formułowane były przez Ministra na podstawie wniosków wojewodów o zabezpieczenie środków na utworzenie i uruchamianie szpitali tymczasowych oraz ich zmian. Jednocześnie Minister na podstawie ww. wniosków wojewodów potwierdzał zabezpieczenie tych potrzeb w ramach środków Funduszu COVID-19 będących w jego dyspozycji. Ww. wnioski wojewodów wskazywały harmonogramy *uruchomienia* tych środków, które to harmonogramy, po zweryfikowaniu zgodności z wysokością kwoty zgłoszonej do MZ, stanowiły podstawę dla Ministra do ich *uruchomienia* (zgodnie z ww. harmonogramem) na wyodrębniony rachunek bankowy właściwego wojewody. Dyspozycje wypłat wydane przez MZ realizowane były przez BGK z rachunku pomocniczego Funduszu COVID-19 prowadzonego w Banku Gospodarstwa Krajowego<sup>151</sup>.

(akta kontroli str. 107-111, 194-210, 515-516)

2.6.1. Szczegółowej analizie poddano koszty tworzenia, organizacji, funkcjonowania i likwidacji 20 szpitali tymczasowych<sup>152</sup>, sfinansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie dyspozycji złożonych przez MZ. W przypadku 18 z tych szpitali MZ wydawał decyzje dotyczące udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitali tymczasowych oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach szpitali tymczasowych, a dwa szpitale (w Nidzicy i Szczytnie) zostały utworzone na podstawie decyzji wojewody warmińsko-mazurskiego.

2.6.1.1. Szacowanie kosztów dotyczących utworzenia, funkcjonowania i likwidacji ST przedstawiało się następująco.

Według pisma z 27 października 2020 r.<sup>153</sup>, które na podstawie roboczego zestawienia, otrzymanego od MSWiA, MZ skierował do PRM w sprawie zabezpieczenia środków z Funduszu COVID-19, na utworzenie ST i ich funkcjonowanie przez 6 miesięcy potrzebne było ogółem 300 mln zł (z czego 130 mln zł na utworzenie a 170 mln zł na funkcjonowanie).

<sup>150</sup> Odpowiednio: upoważnienie bez ograniczeń Ministra Łukasza Szumowskiego sygnatura DIR.ZOP.5112.2.2020.AF(10) z 11 maja 2020 r. oraz upoważnienie bez ograniczeń Ministra Adama Niedzielskiego sygnatura DIR.ZOP.1104.8.2021.AF z 5 maja 2021 r.

<sup>151</sup> Na podstawie porozumienia z 4 maja 2020 r.

<sup>152</sup> 1) ST Południowy w Warszawie, 2) ST CUMRIK w Krakowie, 3) ST Expo w Krakowie, 4) ST we Wrocławiu, 5) ST w Katowicach, 6) ST w Sopocie, 7) ST w Nidzicy (woj. W-M) i 8) ST w Szczytnie (woj. W-M), 9) ST Nr 1 w Białymstoku i 10) ST Nr 2 w Białymstoku, 11) ST w Ciechocinku, 12) ST w Łodzi, 13) ST w Rzeszowie, 14) ST w Poznaniu, 15) ST w Zielonej Górze, 16) ST PUM w Szczecinie, 17) ST Netto Arena Szczecin, 18) ST w Kielcach, 19) ST w Opolu i 20) ST w Lublinie.

<sup>153</sup> O sygnaturze BFC.320.193.2020.MG.

Według informacji przekazanych kontrolerom przez MZ, pierwotnie szacowane potrzeby wojewodów na dzień 27 października 2020 r. w związku utworzeniem i funkcjonowaniem 20 ST przez okres 6 miesięcy miały wynieść 313 535,4 tys. zł.

Według informacji otrzymanych przez NIK od wojewodów, na dzień 30 czerwca 2022 r. przewidywane przez nich koszty utworzenia, funkcjonowania i likwidacji 20 ST miały wynieść 611 207,6 tys. zł.

Na dzień 30 czerwca 2022 r. koszty utworzenia, funkcjonowania i likwidacji ww. 20 szpitali tymczasowych (pokryte z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie dyspozycji wypłaty środków składanych przez MZ), w których sprawie decyzje wydawał Minister lub wojewoda warmińsko-mazurski, osiągnęły - według danych uzyskanych przez NIK od wojewodów – wysokość 549 672,0 tys. zł, co stanowiło 183,2 % sumy potrzeb zgłoszonych Prezesowi Rady Ministrów przez MZ w piśmie z 27 października 2020 r. (kwota 300 mln zł).

Kwota 549 672,0 tys. zł stanowiła natomiast 89,9% ogółu kosztów przewidywanych do poniesienia przez wojewodów w związku z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją ST wg stanu na 30 czerwca 2022 r.<sup>154</sup>.

Największy udział w kwocie 549 672,0 tys. zł, bo 66,3% stanowiły koszty utworzenia szpitali, które wyniosły 364 334,9 tys. zł, a na funkcjonowanie ST wydatkowano łączną kwotę 169 904,6 tys. zł (co stanowiło 30,9% całości tych kosztów). Na likwidację 14<sup>155</sup> spośród tych 20 szpitali tymczasowych wydatkowano (do 30 czerwca 2022 r.) 15 432,4 tys. zł (2,8% całości tych kosztów).

(akta kontroli str. 112-115, 186-191, 643-1167, 1200-1400, 2837)

Według wyjaśnień Sekretarza Stanu w Ministerstwie, udzielonych w odpowiedzi na pytania zadane MZ, koszty utworzenia, eksploatacji i likwidacji szpitali tymczasowych zostały oszacowane na podstawie przekazanego przez MSWiA *roboczego zestawienia*, dotyczącego utworzenia zgłoszonych przez wojewodów szpitali tymczasowych (opisane w pkt 1.3.1. powyżej), które zakładały: 1] wstępne koszty adaptacji szpitali tymczasowych w wysokości 130 000,0 tys. zł (w których nie uwzględniono kosztów ich wyposażenia, które w części miało być dostarczone przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych),

2] koszty eksploatacji w wysokości 170 mln zł, (przez okres sześciu miesięcy, przy założeniu kosztów funkcjonowania wszystkich szpitali tymczasowych na poziomie 28 mln zł miesięcznie [łącznie 168 mln zł a nie 170 mln zł – przyp. NIK].

W wyjaśnieniach złożonych w odpowiedzi na pytanie zadane MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał, że ówczesne szacunki zakładały eksploatację szpitali tymczasowych przez sześć miesięcy, a ostatecznie oprócz wydłużenia okresów funkcjonowania tych szpitali na wzrost kosztów ich utworzenia i funkcjonowania miały wpływ koszty częściowego ich wyposażenia oraz zabezpieczenie kosztów przywrócenia obiektów do stanu pierwotnego.

Zauważyć należy, że w opisanym wyżej w pkt 1.3.1. piśmie z 27 października 2020 r. do PRM, na utworzenie 20 szpitali przewidziano 130 mln zł (podczas gdy faktycznie wydano na ten cel 364,3 mln. zł), nie przewidziano poniesienia żadnych kosztów likwidacji ST, które faktycznie wyniosły w odniesieniu do 14 szpitali na dzień 30 czerwca 2022 r. 15,4 mln zł, a tylko faktyczne koszty eksploatacji okazały się zbliżone do kosztów ujętych w piśmie MZ z 27 października 2020 r. Zdaniem NIK,

<sup>154</sup> W odpowiedzi na zapytanie skierowane do wojewodów o planowane i wykonane przez nich koszty utworzenia, funkcjonowania i likwidacji ST na dzień 30 czerwca 2022 r. NIK otrzymała odpowiedź, że planowane koszty ww. działań wyniosły 611 207,6 tys. zł. a wykonane 549 672,0 tys. zł.

<sup>155</sup> ST we Wrocławiu, Lublinie, Zielonej Górze, Łodzi, Expo-Kraków, Opolu, Rzeszowie, Sopocie, Katowicach, Kielcach, Nidzicy, Poznaniu i obydwu ST w Szczecinie (w tym ST Netto Arena, który nie przyjął pacjentów). W pozostałych przypadkach – ST w Ciechocinku, Szpitalu Południowym w Warszawie, CUMRIK w Krakowie, ST w Szczytnie (ST w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń) obydwu ST w Białymstoku, nie wykazano kosztów likwidacji na 30 czerwca 2022 r.).



skala różnic pomiędzy nakładami na tworzenie szpitali, planowanymi w październiku 2020 r. a kwotami faktycznie wydatkowanymi wynikała z braku sporządzenia rzetelnych szacunków co do wysokości tych nakładów przed przystąpieniem do tworzenia ST.

Koszty poniesione na tworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST na podstawie decyzji Ministra i wojewody warmińsko-mazurskiego (20 takich szpitali tymczasowych w tym 19 funkcjonujących<sup>156</sup>) wyniosły ogółem 549 672,0 tys. zł, z czego kwota 417 715,3 tys. zł (tj. 76,0%) wydatkowana została na utworzenie, utrzymanie i likwidację dziesięciu szpitali tymczasowych (w tym dziewięciu, które zostały uruchomione<sup>157</sup>) w obiektach wielkopowierzchniowych (halach targowych, wystawienniczych, widowiskowo-sportowych itp.).

Do nieefektywnych wydatków na tworzenie i organizację szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych w porównaniu z ST utworzonymi w obiektach przeznaczonych wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2*.

(akta kontroli str. 186-191, 194-197, 2837)

2.6.1.2. Na dzień 30 czerwca 2022 r. koszty poniesione na utworzenie ww. dziesięciu szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych wyniosły: 252 155,9 tys. zł (co stanowiło 69,2% kosztów utworzenia wszystkich ww. 20 szpitali tymczasowych, które wyniosły 364 334,9 tys. zł), na ich eksploatację (w tym na koszty związane z ich przejściem w tzw. *stan pasywny*) wydano 154 317,6 tys. zł (co stanowiło 90,8% kosztów eksploatacji, poniesionych we wszystkich ww. 20 szpitalach tymczasowych w kwocie 169 904,6 tys. zł). Na likwidację dziesięciu ST w obiektach wielkopowierzchniowych (przywrócenie tych obiektów do ich pierwotnej funkcji) wydatkowano 11 241,8 tys. zł (co stanowiło 72,8% całości takich kosztów poniesionych na likwidację ww. 14 szpitali tymczasowych<sup>158</sup> – 15 432,4 tys. zł). Łącznie utworzenie, funkcjonowanie i likwidacja ww. 10 szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych kosztowała 417 715,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 112-114, 188-190, 2837)

2.6.1.3. Łącznie w 20 szpitalach tymczasowych, których utworzenie i działanie było finansowane na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez MZ do rachunku pomocniczego w Funduszu COVID-19 prowadzonego w BGK, miało powstać maksymalnie (wg decyzji o utworzeniu tych szpitali<sup>159</sup>) 4 665 łóżek szpitalnych, z czego 2 927 łóżka zostały utworzone w ST w obiektach wielkopowierzchniowych (62,7%), a 1 738 łóżek (37,2%) zostało utworzonych w obiektach przeznaczonych wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych.

Z 20 ST, których utworzenie i działanie było finansowane na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez MZ do rachunku pomocniczego w Funduszu COVID-19 prowadzonego w BGK, 19 szpitali zostało uruchomionych i przyjęło ogółem 25 733 pacjentów, z czego na ST utworzone w obiektach wielkopowierzchniowych przypadło 10 639 pacjentów (41,3%), a na szpitale tymczasowe w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń – 15 094 pacjentów (58,7%).

<sup>156</sup> Bez ST w Hali Netto Arena w Szczecinie.

<sup>157</sup> Nie został uruchomiony ST w Hali Netto Arena w Szczecinie.

<sup>158</sup> ST we Wrocławiu, Lublinie, Zielonej Górze, Łodzi, Expo-Kraków, Opolu, Rzeszowie, Sopocie, Katowicach, Kielcach, Nidzicy, Poznaniu i obydwu ST w Szczecinie (w tym ST Netto Arena, który nie przyjął pacjentów). W pozostałych przypadkach – ST w Ciechocinku, Szpitalu Południowym w Warszawie, CUMRIK w Krakowie, ST w Szczytnie (ST w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń) obydwu ST w Białymstoku, nie wykazano kosztów likwidacji na 30 czerwca 2022 r.).

<sup>159</sup> Według decyzji przed zmianami.

Dla poszczególnych szpitali tymczasowych utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych poniesione na nie nakłady (wg stanu na 30 czerwca 2022 r.) wynosiły:

- ST we Wrocławiu (działający w obiekcie Terminala Hotelu Centrum Konferencyjnego we Wrocławiu) łącznie 85 798,4 tys. zł (co stanowiło 565,1% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>160</sup>), z czego 77,0% (66 046,3 tys. zł) stanowiły koszty jego utworzenia, 22,9% koszty eksploatacji (19 651,3 tys. zł) i 0,1% koszty jego likwidacji (100,9 tys. zł – co może świadczyć o tym, że zabudowane instalacje i konstrukcje pozostały na miejscu), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 273 łóżek szpitalnych<sup>161</sup> i zapewnienie miejsca do leczenia w całym okresie jego funkcjonowania 1 294 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 314,3 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>162</sup> oraz 66,3 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu (licząc całość poniesionych nakładów).
- ST w Poznaniu (działający na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich) w kwocie 69 588,9 tys. zł (co stanowiło 349,2% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>163</sup>), z czego 31,4% kosztów (21 846,4 tys. zł) stanowiły koszty jego utworzenia, a 1,0% koszty jego likwidacji (691,2 tys. zł), a 67,6% koszty jego eksploatacji (47 051,3 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 597 łóżek szpitalnych<sup>164</sup> i leczenie przez cały okres jego funkcjonowania 3 116 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 116,6 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>165</sup> oraz 22,3 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu (licząc całość poniesionych nakładów).
- ST w Lublinie (utworzony w obiektach Targów Lublin) w kwocie 65 418,3 tys. zł (co stanowiło 276,3% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>166</sup>), z czego 45,5% stanowiły koszty jego utworzenia (29 738,3 tys. zł), 1,5% kosztów jego likwidacji (1 001,8 tys. zł), 53,0% koszty jego eksploatacji (34 678,3 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 482 łóżek szpitalnych<sup>167</sup> i leczenie w całym okresie jego funkcjonowania 1 058 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 135,7 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>168</sup> oraz 61,8 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu (licząc całość poniesionych nakładów).
- ST w Katowicach (utworzony w obiektach Międzynarodowego Centrum Kongresowego w Katowicach) w kwocie 55 373,1 tys. zł (co stanowiło 184,0% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku

<sup>160</sup> Wynoszącego 16 780,0 tys. zł.

<sup>161</sup> Wg pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>162</sup> Licząc koszty utworzenia i likwidacji tego szpitala tymczasowego ww. pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>163</sup> W wysokości 19 928,9 tys. zł.

<sup>164</sup> Na dzień uruchomienia tego szpitala (wg pierwotnej decyzji utworzonych miało być w tym szpitalu 877 łóżek).

<sup>165</sup> Na dzień uruchomienia tego szpitala.

<sup>166</sup> W wysokości 23 677,7 tys. zł.

<sup>167</sup> Wg pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>168</sup> Licząc koszty utworzenia i likwidacji tego szpitala tymczasowego ww. pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

2020 r.<sup>169</sup>), z czego 74,2 % (41 201,1 tys. zł) stanowiły koszty jego utworzenia, 7,0% koszty jego likwidacji (3 910,4 tys. zł), a 18,7% stanowiły koszty jego eksploatacji (10 388,6 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 500 łóżek szpitalnych<sup>170</sup> i leczenie w całym okresie jego funkcjonowania 1 317 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 110,7 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>171</sup> oraz 42,0 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu.

- ST Netto w Szczecinie (utworzony na terenie Netto Arena w Szczecinie), pomimo nieprzyjęcia przez cały okres jego funkcjonowania ani jednego pacjenta z CoVID-19 poniesiono nakłady w kwocie 29 162,2 tys. zł (co stanowiło 160,7% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>172</sup>), z czego 75,8% stanowiły koszty jego utworzenia (22 113,6 tys. zł), 21,4% koszty utrzymania (6 234,8 tys. zł) i 2,8% koszty likwidacji (813,7 tys. zł). Powyższe nakłady (wg informacji wojewody Zachodniopomorskiego) posłużyły do zorganizowania w tym obiekcie punktu szczepień i podania zainteresowanym osobom 123 125 dawek szczepionki przeciw COVID-19.
- ST w Kielcach (utworzony w obiektach Targi Kielce S.A.) w kwocie 27 233,0 tys. zł (co stanowiło 230,8% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>173</sup>), z czego 57,4% stanowiły koszty jego utworzenia (15 621,3 tys. zł), 40,1% stanowiły koszty jego eksploatacji (10 909,8 tys. zł) i 2,6% koszty jego likwidacji (701,9 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 300 łóżek szpitalnych<sup>174</sup> i leczenie w całym okresie jego funkcjonowania 209 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 90,8 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>175</sup> oraz kosztów 130,3 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta, przyjętego do tego szpitala (licząc całość poniesionych nakładów).
- ST w Łodzi (utworzony w obiektach Expo-Łódź Sp. z o.o.) w kwocie 27 027,8 tys. zł (co stanowiło 143,2% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>176</sup>), z czego 55,8% stanowiły koszty jego utworzenia (15 070,9 tys. zł), 35,0% koszty eksploatacji (9 467,3 tys. zł) i 9,2% koszty likwidacji (2 489,6 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 272 łóżek szpitalnych<sup>177</sup> i leczenie w całym okresie jego funkcjonowania 884 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 99,4 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>178</sup> oraz 30,6 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu (licząc całość poniesionych nakładów).

<sup>169</sup> W wysokości 30 086,6 tys. zł.

<sup>170</sup> Wg pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>171</sup> Licząc koszty utworzenia i likwidacji tego szpitala tymczasowego ww. pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>172</sup> W wysokości 18 147,9 tys. zł. – koszt dotyczył utworzenia obydwu ST w Szczecinie.

<sup>173</sup> W wysokości 11 800,0 tys. zł.

<sup>174</sup> Wg pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>175</sup> Licząc koszty utworzenia i likwidacji tego szpitala tymczasowego ww. pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>176</sup> W wysokości 18 870,0 tys. zł.

<sup>177</sup> Wg pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>178</sup> Licząc koszty utworzenia i likwidacji tego szpitala tymczasowego ww. pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

- ST w Opolu (utworzony w Centrum Wystawienniczo-Kongresowym w Opolu) w kwocie 26 206,9 tys. zł (co stanowiło 157,9% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>179</sup>), z czego 94,2% stanowiły koszty jego utworzenia (24 678,4 tys. zł), 5,5% stanowiły koszty jego eksploatacji (1 430,2 tys. zł) i 0,3% koszty jego likwidacji (89,3 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 150 łóżek szpitalnych<sup>180</sup> i leczenie w całym okresie jego funkcjonowania 1 844 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 174,7 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>181</sup> oraz 14,2 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu (licząc całość poniesionych nakładów).
- ST Expo w Krakowie (utworzony w obiektach Expo Kraków) w kwocie 24 013,2 tys. zł (co stanowiło 34,5% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>182</sup>), z czego 34,5% stanowiły koszty jego utworzenia (8 296,0 tys. zł), 59,3% stanowiły koszty jego eksploatacji (14 251,1 tys. zł) i 6,1% koszty likwidacji (1 466,1 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 375 łóżek szpitalnych<sup>183</sup> i leczenie przez cały okres jego funkcjonowania 452 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 64,0 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>184</sup> oraz 53,1 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu (licząc całość poniesionych nakładów).
- ST Nr 2 w Białymstoku utworzony w hali sportowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w kwocie 7 893,5 tys. zł (94,5% kwoty zgłoszonej przez właściwego wojewodę do MSWiA, następnie ujętej w *roboczym zestawieniu* przekazanym przez MSWiA do MZ w październiku 2020 r.<sup>185</sup>), z czego 95,5% stanowiły koszty jego utworzenia (7 534,7 tys. zł) i 4,5% jego eksploatacji (358,8 tys. zł), powyższe nakłady poniesiono na utworzenie 80 łóżek szpitalnych<sup>186</sup> i leczenie w całym okresie jego funkcjonowania 464 pacjentów, co skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 98,7 tys. zł w przeliczeniu na utworzenie jednego łóżka szpitalnego do leczenia COVID-19<sup>187</sup> oraz 17,0 tys. zł w przeliczeniu na jednego pacjenta leczonego w tym szpitalu (licząc całość poniesionych nakładów).

(akta kontroli str. 188-190, 307-327, 650-1167, 1200-1400, 2837)

Na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację pozostałych dziesięciu szpitali tymczasowych (z dwudziestu ST, których utworzenie i działanie było finansowane na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez MZ z Funduszu COVID-19) poniesiono wydatki w łącznej wysokości 131 956,7 tys. zł, co stanowiło 24,0% ogółu kosztów utworzenia, funkcjonowania i likwidacji 20 szpitali tymczasowych finansowanych z Funduszu COVID-19 na podstawie dyspozycji wypłaty wydawanych przez MZ.

<sup>179</sup> W wysokości 16 596,0 tys. zł.

<sup>180</sup> Wg pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>181</sup> Licząc koszty utworzenia i likwidacji tego szpitala tymczasowego ww. pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>182</sup> W wysokości 43 578,8 tys. zł. – koszt określony łącznie dla ST w CUMRiK i Expo-Kraków.

<sup>183</sup> Na dzień uruchomienia tego szpitala (wg pierwotnej decyzji utworzonych miało być w tym szpitalu 877 łóżek).

<sup>184</sup> Na dzień uruchomienia tego szpitala.

<sup>185</sup> W wysokości 8 351,6 tys. zł. – kwota łączna oszacowana jako koszt utworzenia obydwu ST w Białymstoku.

<sup>186</sup> Wg pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

<sup>187</sup> Licząc koszty utworzenia i likwidacji tego szpitala tymczasowego ww. pierwotnej decyzji o liczbie łóżek szpitalnych do uruchomienia w tym szpitalu tymczasowym.

Porównanie nakładów i efektów poniesionych i uzyskanych w szpitalach tymczasowych finansowanych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez MZ zawiera poniższa tabela.

Kategoria	Ogółem	Szpitaly w obiektach wielkopowierzchniowych	Pozostałe szpitale tymczasowe finansowane z Funduszu COVID-19 na podstawie dyspozycji MZ
<b>Nakłady ogółem</b>	549 672 035,98 zł	417 715 316,13 zł	131 956 719,85 zł
<b>Pacjenci</b>	25 733	10 639	15 094
<b>Łóżka</b>	4 665	2 927	1 738
<b>Średni koszt utworzenia 1 łóżka</b>	117 828,95 zł	142 711,07 zł	75 924,46 zł
<b>Średni koszt przypadający na 1 pacjenta</b>	21 360,59 zł	39 262,65 zł	8 742,33 zł

Utworzenie i funkcjonowanie w obiektach wielkopowierzchniowych 2927 łóżek dla pacjentów z COVID-19 (z ogólnej liczby 4665 łóżek utworzonych w 20 szpitalach tymczasowych finansowanych ze środków Funduszu na podstawie dyspozycji wydawanych przez MZ) kosztowało ogółem 417 715,3 tys. zł, co stanowiło 76,0% kosztów utworzenia i funkcjonowania wszystkich łóżek w szpitalach tymczasowych finansowanych na podstawie dyspozycji wydawanych przez MZ (549 672 035,98 zł), a nakłady te posłużyły leczeniu mniej niż połowy (41,3%) pacjentów wszystkich szpitali tymczasowych, finansowanych na podstawie dyspozycji wypłaty z Funduszu COVID-19, wydawanych przez MZ (10 639 pacjentów z ogólnej liczby 25 733 pacjentów).

Do powyższych różnic w efektywności wydatków na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację poszczególnych modeli szpitali tymczasowych odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2.*

(akta kontroli str. 188-193, 307-327, 650-1167, 1200-1400)

**2.7.** W okresie objętym kontrolą spośród 32 uruchomionych szpitali tymczasowych, 22 przeszły w tzw. *stan pasywny* (z czego jeden<sup>188</sup> dwukrotnie): w lutym 2021 r.<sup>189</sup>, w kwietniu 2021 r.<sup>190</sup>, w maju 2021 r.<sup>191</sup>, w czerwcu 2021 r.<sup>192</sup>, w lipcu 2021 r.<sup>193</sup>, w grudniu 2021 r.<sup>194</sup> oraz w marcu 2022 r.<sup>195</sup>), a pozostałe funkcjonowały przez cały okres do ich likwidacji. Spośród powyżej wskazanych 22 szpitali tymczasowych, które zostały wprowadzone w tzw. *stan pasywny*, 16 zostało ponownie uruchomionych (w tym 14 w okresie od 4 października do 1 grudnia 2021 r. oraz 24 marca 2021 r.<sup>196</sup>

<sup>188</sup> ST Stadion Narodowy 17 maja 2021 r. i 25 lutego 2022 r.

<sup>189</sup> Z dniem 8 lutego 2021 r. ST w Krynicy-Zdroju.

<sup>190</sup> Z dniem 29 kwietnia 2021 r. ST w Sopocie.

<sup>191</sup> Z dniem 14 maja 2021 r. ST w Ciechocinku, 15 maja 2021 r., ST Nr 2 w Białymstoku, 17 maja 2021 r. ww. ST na Lotnisku Okęcie (który po ponownym uruchomieniu przeszedł ponownie w *stan pasywny* z dniem 25 lutego 2022 r.) oraz 31 maja 2021 r. szpitale tymczasowe: ST w Kielcach i ST w Opolu.

<sup>192</sup> Z dniem 1 czerwca 2021 r. siedem szpitali tymczasowych (ST we Wrocławiu, ST w Wałbrzychu, ST Expo, ST Stadion Narodowy, ST w Ostrołęce, ST w Płocku i ST w Katowicach), a z dniem 11 czerwca 2021 r. ST w Łodzi i ST PUM.

<sup>193</sup> Z dniem 1 lipca 2021 r. dwa szpitale tymczasowe: ST w Gdańsku i Modułowy ST w Warszawie, z dniem 8 lipca 2021 r. ST w Radomiu, z dniem 9 lipca 2021 r. ST w Poznaniu oraz 15 lipca 2021 r. ST w Siedlicach.

<sup>194</sup> ST w Pyrzowicach – z dniem 31 grudnia 2021 r.

<sup>195</sup> ST Nr 1 w Białymstoku – z dniem 21 marca 2022 r.

<sup>196</sup> ST w Krynicy-Zdroju (następnie zlikwidowany z dniem 31 maja 2021 r.).

i 19 stycznia 2022 r.<sup>197</sup>), a sześć uległo likwidacji będąc w *stanie pasywnym* (w tym cztery w 2021 r.<sup>198</sup>).

(akta kontroli str. 222-226, 2823-2834)

Spośród uruchomionych 19 szpitali tymczasowych, których utworzenie, funkcjonowanie i likwidacja były finansowane na podstawie dyspozycji wypłaty składanych przez MZ do rachunku pomocniczego w Funduszu COVID-19 prowadzonego w BGK, siedem ST zostało przeniesionych w tzw. *stan pasywny*: ST w Łodzi w okresie od 11 czerwca do 31 listopada 2021 r.<sup>199</sup> oraz od 1 do 21 marca 2022 r. (likwidacja tego szpitala tymczasowego nastąpiła z dniem 22 marca 2022 r.<sup>200</sup>), ST Expo w Krakowie w okresie od 31 października 2020 r. (tj. od dnia jego utworzenia – jako szpital zabezpieczający) do 18 marca 2021 r.<sup>201</sup>, ST we Wrocławiu w okresie od 1 czerwca do 17 listopada 2021 r.<sup>202</sup>, ST Nr 2 w Białymstoku w okresie od 15 maja do 21 października 2021 r.<sup>203</sup>, ST w Poznaniu w okresie od 29 lipca do 1 listopada 2021 r.<sup>204</sup>, ST w Ciechocinku w okresie od 15 maja do 30 listopada 2021 r.<sup>205</sup>, ST w Kielcach od 1 czerwca do 8 czerwca 2021 r.<sup>206</sup> (tj. po dwóch miesiącach i czterech dniach od jego uruchomienia w dniu 27 marca 2021 r.).

Ponadto w całym okresie funkcjonowania ST Netto w Szczecinie<sup>207</sup> pozostawał w tzw. *stanie pasywnym*.

(akta kontroli str. 222-226, 2823-2834)

Minister nie dokonywał kalkulacji i analizy kosztów utworzenia, organizacji, likwidacji oraz ponownego uruchamiania szpitali tymczasowych po przejściu ze *stanu pasywnego* do *aktywnego*. W wyjaśnieniach, udzielonych w odpowiedzi na pytanie NIK skierowane do MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie z upoważnienia Ministra stwierdził, że powyższe zadania były finansowane przez wojewodów, na podstawie decyzji polecających utworzenie tych szpitali (wydanych na ich wnioski) i takie analizy pozostawały w gestii tych wojewodów. W swoich wyjaśnieniach podał również, że Minister w piśmie z 23 sierpnia 2021 r.<sup>208</sup> wskazał katalog kosztów możliwych do sfinansowania ze środków Funduszu COVID-19 w przypadku szpitali tymczasowych pozostających w *stanie pasywnym*.

Tworzenie, organizacja i funkcjonowanie oraz likwidacja ww. 20 ST były finansowane przez MZ ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, na podstawie wydawanych przez Ministra dyspozycji wypłaty z rachunku pomocniczego w BGK. Minister nie przekazał swoich upoważnień w tym zakresie wojewodom.

Do kwestii odpowiedzialności za tworzenie i finansowanie ST odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2*.

(akta kontroli str. 221-227)

<sup>197</sup> ST w Gdańsku.

<sup>198</sup> ST w Krynicy-Zdroju (z dniem 31 maja 2021 r.), ST w Kielcach (z dniem 1 lipca 2021 r.), ST Expo (z dniem 15 lipca 2021 r.) i ST Sopot (z dniem 30 września 2021 r.).

<sup>199</sup> Na podstawie decyzji Ministra nr DBC.532.2.60.2021(2) z 10 czerwca 2021 r. i nr DBC.532.2.60.2021(3) z 1 grudnia 2021 r. (rozpoczynające i kończące *stan pasywny* tego szpitala).

<sup>200</sup> Na podstawie decyzji Ministra nr DBC.532.2.60.2021(4) z 14 marca 2022 r.

<sup>201</sup> Na podstawie decyzji Ministra nr DBC.532.2.22.2020 z 31 października 2020 r.

<sup>202</sup> Na podstawie decyzji wojewody dolnośląskiego nr ZP.ZPSM.966.661.2020BP(2) z 27 maja 2021 r. i nr ZP.ZPSM.966.679.2020BP(2) z 17 listopada 2021 r. (rozpoczynające i kończące *stan pasywny* tego szpitala).

<sup>203</sup> Na podstawie decyzji wojewody podlaskiego nr PS-III.960.38.2021JS z 11 maja 2021 r. oraz nr PS-III.960.38.2021JS z 19 października 2021 r. (rozpoczynające i kończące *stan pasywny* tego szpitala).

<sup>204</sup> Na podstawie decyzji Ministra nr DBC.532.2.12.2021(2) z 29 lipca 2021 r. i nr DBC.532.2.12.2021(3) z 27 października 2021 r. (rozpoczynające i kończące *stan pasywny* tego szpitala).

<sup>205</sup> Na podstawie decyzji wojewody kujawsko-pomorskiego nr WZ.II.967.54.2021 z 11 maja 2021 r. i nr WZ.IV.960.36.21.2021 z 21 listopada 2021 r. (rozpoczynające i kończące *stan pasywny* tego szpitala).

<sup>206</sup> Decyzjami Ministra nr DBC.532.2.87.2020.2(2) z 27 maja 2021 r. w sprawie zawieszenia działalności oraz nr DBC.532.2.22.2020.9(1) z 8 czerwca 2021 r. uchylająca decyzje dotycząca udostępnienie nieruchomości.

<sup>207</sup> Od 17 grudnia 2020 r. do 17 czerwca 2021 r.

<sup>208</sup> OIF.07.18.2021.

Poszczególni wojewodowie w następujący sposób wyjaśniali decyzje o utrzymywaniu w stanie gotowości szpitali tymczasowych zlokalizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych, po zmniejszeniu liczby zakażeń i hospitalizacji na przełomie kwietnia i maja 2021 r.:

- 1) Wojewoda łódzki (pozostawienie w *stanie pasywnym* od 11 czerwca 2021 r. ST w Łodzi) – dużym prawdopodobieństwem wystąpienia kolejnych fali epidemii.
- 2) Wojewoda wielkopolski - decyzją Ministra o zakończeniu działalności ST w Poznaniu.
- 3) Wojewoda lubelski - posiadany na przełomie kwietnia i maja 2021 r. zasobem wiedzy oraz panującymi w tym czasie warunkami epidemiologicznymi oraz przygotowywaniem się do szybkiego reagowania na najmniej korzystny wariant rozwoju sytuacji kryzysowej.
- 4) Wojewoda małopolski – priorytetem w zakresie zabezpieczenia zdrowia i życia ludzi na wypadek zmiany sytuacji epidemiologicznej w dynamicznie zmieniającej się sytuacji oraz trwającymi w ST Expo w Krakowie hospitalizacjami pacjentów (wynikającymi m.in. z wystąpienia wojewody małopolskiego<sup>209</sup> do szpitali z terenu Miasta Krakowa o przenoszenie pacjentów „covidowych” do ST Expo w Krakowie, celem zwolnienia łóżek szpitalnych dla pacjentów „niecovidowych”). Ponadto, wojewoda małopolski w swoich wyjaśnieniach wskazał, że w związku z potencjałem ST Expo w Krakowie wydał szpitalowi patronackiemu nakaz utworzenia w tym obiekcie punktu szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 (celem wykonywania min. 200 szczepień dziennie w okresie od 25 stycznia 2021 r.)<sup>210</sup>.
- 5) Wojewoda świętokrzyski – oceną sytuacji epidemiologicznej w województwie (zmieniającej się dynamicznie), co skutkowało złożeniem 17 maja 2021 r. wniosku do Ministra o zakończeniu działalności ST w Kielcach z dniem 1 czerwca 2021 r.
- 6) Wojewoda podlaski – wykorzystywaniem od 15 maja 2021 r. infrastruktury ST Nr 2 w Białymstoku (w związku z zainteresowaniem pacjentów) do prowadzenia szczepień przeciwko SARS-CoV-2 oraz sytuacją na granicy Polski i Białorusi, wymagającą hospitalizacji migrantów w szpitalach zlokalizowanych przy wschodniej granicy państwa.
- 7) Wojewoda mazowiecki – monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej w województwie i przewidywanym ponownym wzrostem liczby zakażeń, co uniemożliwiało podejmowanie radykalnych decyzji o zakończeniu funkcjonowania szpitali tymczasowych (wobec dużych nakładów poniesionych na ich organizację).

(akta kontroli str.1202, 1208-1209, 1228-1231, 1283-1284, 1297-1298 i 1305-1306)

2.7.1. Spośród siedmiu szpitali tymczasowych (powstałych na podstawie decyzji Ministra lub wojewody warmińsko-mazurskiego), które po zmniejszeniu się liczby zakażeń związanym z wygaszeniem III fali COVID-19 w maju 2021 r. przeszły w *stan pasywny*, ponownie uruchomionych zostało pięć szpitali tymczasowych: ST we Wrocławiu od 17 listopada 2021 r.<sup>211</sup> (który funkcjonował do 8 marca 2022 r.<sup>212</sup>), ST Nr 2 w Białymstoku od 22 października 2021 r.<sup>213</sup> (który funkcjonował do 1 kwietnia 2022 r.<sup>214</sup>), ST w Poznaniu od 2 listopada 2021 r.<sup>215</sup> (który funkcjonował

<sup>209</sup> Pismami z 16,23 i 24 kwietnia 2021 r.

<sup>210</sup> Co skutkowało wg informacji wojewody małopolskiego wykonaniem w kwietniu i maju łącznie 49,3 tys. szczepień przeciwko COVID-19.

<sup>211</sup> W wyniku decyzji wojewody dolnośląskiego ZP-ZPSM.966.679.2020.BP(4) z 17 listopada 2021 r.

<sup>212</sup> Zgodnie z decyzją wojewody dolnośląskiego ZP-ZPSM.966.679.2020.SK(u3).

<sup>213</sup> W wyniku decyzji wojewody podlaskiego PS-III.960.38.2021.JS z 19 października 2021 r.

<sup>214</sup> Zgodnie z decyzją wojewody podlaskiego PS-III.960.22.2022.JS z 21 marca 2022 r. uchylającą decyzję polecającą udzielanie świadczeń i opieki zdrowotnych w obu szpitalach tymczasowych.

<sup>215</sup> W wyniku decyzji Ministra DBC.532.2.12.2021(3) z 27 października 2021 r., wydanej na wniosek wojewody wielkopolskiego z 13 października 2021 r. (pismo ZD-IV.967.172.2020.1(21)).

do 31 marca 2022 r.<sup>216</sup>), ST w Ciechocinku od 1 grudnia 2021 r.<sup>217</sup> (który funkcjonował do 1 kwietnia 2022 r.<sup>218</sup>) i ST w Łodzi od 1 grudnia 2021 r.<sup>219</sup> (funkcjonował do 21 marca 2022 r.<sup>220</sup>).

(akta kontroli str. 752-776, 867-872, 949-974, 1034-1092)

Odpowiadając na pytanie zadane MZ przez NIK, Sekretarz Stanu w Ministerstwie z upoważnienia Ministra wyjaśnił, że przyczyną ponownego uruchomienia szpitali tymczasowych w IV kwartale 2021 r. był prognozowany wzrost zakażeń wirusem SARS-CoV-2 oraz konieczność zapewnienia możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem tym wirusem. W swoich wyjaśnieniach Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał ponadto, że przed podejmowaniem decyzji o przejściu szpitali tymczasowych w *stan pasywny*, ich ponownym uruchomieniu oraz ich likwidacji, Minister na bieżąco zasięgał opinii Głównego Inspektora Sanitarnego w kwestiach związanych z przebiegiem epidemii i prognozowanym rozwojem sytuacji epidemiologicznej. W swoich wyjaśnieniach wskazał, że kontakty i współpraca w tym zakresie miały charakter niesformalizowany i niepisemny oraz były m.in. konsekwencją udziału Głównego Inspektora Sanitarnego w posiedzeniach Kierownictwa Ministerstwa.

NIK zwraca uwagę, że posiedzenia gremiów decyzyjnych, których decyzje wywołują wpływ na działalność innych jednostek, powinny być rzetelnie dokumentowane, co daje możliwość analizy działań podejmowanych przez organ w celu wyciągnięcia wniosków na przyszłość (ang. *Lessons learned*), identyfikacji decyzji błędnych i dobrych praktyk, jak również zapewnia przejrzystość i rozliczalność działań podejmowanych przez organy administracji.

(akta kontroli str. 528, 536-537)

Wojewodowie podejmujący decyzje o ponownym uruchomieniu szpitali tymczasowych pozostających w *stanie pasywnym* wskazywali, że przyczyną podejmowania takich decyzji była dynamika (zwiększenie liczby) zachorowań na COVID-19 w tych województwach oraz konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

(akta kontroli str. 752-776, 867-872, 949-974, 1034-1092)

2.7.2. Koszty utrzymania pięciu (ST w Łodzi, ST we Wrocławiu ST Nr 2 w Białymstoku, ST w Poznaniu i ST w Ciechocinku) spośród ww. siedmiu szpitali tymczasowych, w okresie, w którym ich działalność została zawieszona, wyniosły łącznie 17 962,4 tys. zł, z czego najwyższe wydatki poniesiono na utrzymanie obiektów wielkopowierzchniowych: ST we Wrocławiu – 6 926,9 tys. zł, ST w Poznaniu – 6 898,8 tys. zł i ST w Łodzi – 3 703,5 tys. zł. (łącznie utrzymanie tych trzech szpitali w *stanie pasywnym* kosztowało 17 529,2 tys. zł). Koszty te w przypadku ST Nr 2 w Białymstoku wyniosły 358,8 tys. zł, a ST w Ciechocinku – 74,4 tys. zł.

Koszty utrzymania ST Netto w Szczecinie, będącego przez cały okres funkcjonowania w *stanie pasywnym*, wyniosły 6 234,8 tys. zł. W przypadku ST Expo w Krakowie, wojewoda małopolski prowadził łączną ewidencję kosztów utrzymania obu szpitali tymczasowych i brak było możliwości wyodrębnienia tych kosztów dla ST Expo w Krakowie za okres pozostawania w *stanie pasywnym*, a w przypadku ST w Kielcach wojewoda świętokrzyski nie wskazał takich kosztów.

<sup>216</sup> Zgodnie z decyzją Ministra DBC.532.2.12.2021(4) z 14 marca 2022 r., wydaną na wniosek wojewody wielkopolskiego z 4 marca 2022 r. oraz zgody stron z 8 marca 2022 r.

<sup>217</sup> Zgodnie z decyzją wojewody kujawsko-pomorskiego WZ.IV.960.36.21.2021 z 26 listopada 2021 r.

<sup>218</sup> Zgodnie z decyzją wojewody kujawsko-pomorskiego WZ.IV.960.36.21.2021 z 14 marca 2022 r.

<sup>219</sup> Zgodnie z decyzją Ministra DBC.532.2.60.2021(3) z 1 grudnia 2021 r., wydaną na wniosek wojewody łódzkiego ZD-II.6310.257.2021 z 23 listopada 2021 r. oraz zgodą strony z 25 listopada 2021 r.

<sup>220</sup> Zgodnie z decyzją Ministra DBC.532.2.60.2021(14) z 14 marca 2022 r. wydaną na wniosek wojewody łódzkiego z 7 marca 2022 r. oraz zgodą strony z 10 marca 2022 r.



Koszty powyższe (utrzymania szpitali tymczasowych, których działalność została zawieszona<sup>221</sup>) oraz koszty ponownego uruchomienia tych szpitali były finansowane z Funduszu COVID-19 w ramach łącznej kwoty środków przeznaczonych na ich funkcjonowanie (zabezpieczonych na wnioski właściwego wojewody). W odpowiedzi na pytania skierowane do MZ Sekretarz Stanu w Ministerstwie podał, że Ministerstwo nie prowadziło kalkulacji tych kosztów i ich odrębnej ewidencji, jednocześnie ponownie wskazując wojewodów jako podmioty dysponujące takimi danymi oraz strony umów, na podstawie których były realizowane, finansowane i rozliczane te zadania.

(akta kontroli str. 226-227, 287-288 i 294-295, 752, 755, 777, 781, 813, 867, 871, 919, 922, 931, 934, 949, 951-952, 1034, 1038, 1074, 1077)

Do kosztów utrzymania szpitali tymczasowych w formie tzw. szpitali pasywnych, jako czynnika pogarszającego efektywność nakładów na ST i roli wojewodów w procesie tworzenia i finansowania ST odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2*.

**2.8.** Podsekretarz Stanu w Ministerstwie wyjaśnił, że rozliczenie środków na utworzenie, organizację i likwidację szpitali tymczasowych było zadaniem wojewodów, którzy byli stronami zawartych w tym zakresie umów, na podstawie których realizowano, finansowano i rozliczano te zadania. Pierwotnie przyjęto, że rozliczenie zostanie przeprowadzone po likwidacji szpitali tymczasowych, a następnie (ze względu na przedłużającą się epidemię i wydłużenie okresu funkcjonowania szpitali tymczasowych) termin ten przedłużono początkowo do 15 stycznia 2022 r.<sup>222</sup>, a następnie<sup>223</sup> przeniesiono na okres po zakończeniu funkcjonowania tych szpitali.

Zdaniem NIK, podmiotem upoważnionym na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do składania dyspozycji wypłaty z rachunku Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 jest Minister Zdrowia, a nie wojewodowie i to on odpowiada za zapewnienie, by wydatkowanie środków publicznych pochodzących z Funduszu na przeciwdziałanie COVID-19 odbywało się w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów i optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Ponadto, skoro MZ ustalał terminy rozliczania tworzenia, funkcjonowania i likwidacji ST wojewodom to tym samym uznawał swoje uprawnienie do kierowania i koordynacji tego procesu, choć funkcję tą wykonywał nierzetelnie, do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 3* powyżej oraz *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2*.

(akta kontroli str. 194-210, 301-302 i 638-640)

Według informacji uzyskanych przez NIK od wojewodów, na dzień 30 czerwca 2022 r., na sfinansowanie kosztów utworzenia, utrzymania i likwidacji 20 szpitali tymczasowych, na podstawie dyspozycji złożonych przez MZ ze środków z Funduszu COVID-19, wydatkowano w województwach:

- mazowieckim (dot. ST Południowego w Warszawie) - łącznie 15 846,4 tys. zł na utworzenie tego szpitala, z kwoty 25 722,1 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra<sup>224</sup> na realizację tego zadania<sup>225</sup>,

<sup>221</sup> W piśmie Ministra do wojewodów nr OIF.07.18.2021 z 23 sierpnia 2021 r. wskazano wydatki możliwe do sfinansowania ze środków Funduszu COVID-19 w przypadku pasywnych szpitali tymczasowych, wskazując wydatki na: czynsz, ochronę, media, ubezpieczenia, serwis sprzętu medycznego oraz usługi sprzątania.

<sup>222</sup> Pismem BFC.320.177.2021.PJ z 8 grudnia 2021 r.

<sup>223</sup> Pismem BFC.320.38.2022.MG z 1 marca 2022 r.

<sup>224</sup> Tryb rozliczania wydatków związanych z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją ST do MZ został ustalony przez Ministra w piśmie z 8 grudnia 2021 r. – opisanym w pkt 1.3.2. nin. wystąpienia.

<sup>225</sup> W tym: 22 722,1 tys. zł na utworzenie tego szpitala oraz 3 000,0 tys. zł na przywrócenie do pierwotnej funkcji lokalizacji tego szpitala.

- łódzkim (dot. ST w Łodzi) - łącznie 27 027,8 tys. zł<sup>226</sup> (z kwoty 27 806,9 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację tego zadania),
- wielkopolskim (dot. ST w Poznaniu) - łącznie 69 589,0 tys. zł<sup>227</sup> (z kwoty 73 794,9 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację tego zadania),
- pomorskim (dot. ST w Sopocie) - łącznie 23 951,8 tys. zł<sup>228</sup> (z kwoty 28 000,0 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację tego zadania),
- lubelskim (dot. ST w Lublinie) - łącznie 65 418,3 tys. zł<sup>229</sup> (z kwoty 67 141,3 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację zadania),
- dolnośląskim (dot. ST we Wrocławiu) - łącznie 85 798,4 tys. zł<sup>230</sup> (z kwoty 94 831,0 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację tego zadania),
- zachodniopomorskim łącznie (na oba szpitale tymczasowe) 54 989,3 tys. zł<sup>231</sup> (z kwoty 55 764,4 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na oba zadania), w tym: na ST Netto w Szczecinie łącznie 29 162,1 tys. zł, z czego: 22 113,6 tys. zł na jego utworzenie (w tym 7 665,7 tys. zł na jego wyposażenie), 6 234,8 tys. zł na jego utrzymanie oraz 813,7 tys. zł na jego przywrócenie do pierwotnej funkcji (likwidację),
- kujawsko-pomorskim (dot. ST w Ciechocinku) 5 042,1 tys. zł<sup>232</sup> (przy kwocie 4 649,0 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra, w tym: 4 087,4 tys. zł na jego utworzenie i 954,8 tys. zł na utrzymanie<sup>233</sup>),
- małopolskim łącznie (na oba szpitale tymczasowe) 29 215,9 tys. zł<sup>234</sup> (z kwoty 43 578,8 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na obydwie zadania), w tym na ST Expo w Krakowie: 8 296,0 tys. zł na jego utworzenie, 14 251,1 tys. zł na jego eksploatację i 1 466,1 tys. zł na jego likwidację (przywrócenie do pierwotnej funkcji),
- podkarpackim (dot. ST w Rzeszowie) 11 017,2 tys. zł<sup>235</sup> (przy kwocie 14 871,3 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra) w tym: koszt jego utworzenia 9 260,0 tys. zł, jego eksploatacji 957,2 tys. zł i jego likwidacji – 800,0 tys. zł,
- świętokrzyskim (dot. ST w Kielcach) 27 233,0 tys. zł (z kwoty 35 581,5 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację tego zadania), w tym: 15 621,3 tys. zł na jego utworzenie (z czego 5 456,9 tys. zł na wyposażenie), 10 909,8 tys. zł na jego utrzymanie i 701,9 tys. zł na jego likwidację,

<sup>226</sup> W tym: 15 070,9 tys. zł na utworzenie (koszty zaprojektowania, adaptacji, rozbudowy, nadzoru inwestorskiego), 9 463,3 tys. zł utrzymania (najmu pomieszczeń, mediów, wynajmu kontenerów, w tym na pomieszczenia dodatkowe: izba przyjęć, laboratorium, magazyny odzieży itp.) oraz 2 489,6 tys. zł na likwidację (przywrócenie do pierwotnej funkcji lokalizacji tego szpitala).

<sup>227</sup> W tym: 21 846,4 tys. zł na jego utworzenie (w tym: 10 595,3 tys. zł na zakup wyposażenia), 47 051,3 tys. zł na jego utrzymanie i 691,2 tys. zł na jego likwidację.

<sup>228</sup> W tym: 17 914,3 tys. zł na jego utworzenie, 4 976,7 tys. zł na jego utrzymanie i 1 060,8 tys. zł na jego likwidację.

<sup>229</sup> W tym: 29 738,3 tys. zł dostosowania do udzielania świadczeń zdrowotnych, 34 678,3 tys. zł utrzymania oraz 1 001,8 tys. zł koszty jego likwidacji.

<sup>230</sup> W tym: 66 046,3 tys. zł na jego utworzenie, 19 651,3 tys. zł na użytkowanie i 100,9 tys. zł na jego likwidację.

<sup>231</sup> W tym: 47 525,5 tys. zł na ich utworzenie, 6 650,1 na ich użytkowanie i 813,7 tys. zł na ich likwidację.

<sup>232</sup> Przewidywany na koniec 2022 r. w związku z brakiem ostatecznego rozliczenia w kwocie 5 347,2 tys. zł.

<sup>233</sup> Do ww. poniesionych kosztów na utworzenie i utrzymanie ST w Ciechocinku, wojewoda kujawsko – pomorski oszacował, że do końca 2022 r. poniesione będą koszty likwidacji tego szpitala tymczasowego w kwocie 305,1 tys. zł.

<sup>234</sup> W tym: na ich utworzenie (dostosowanie) 9 811,6 tys. zł, 17 938,3 tys. zł na ich utrzymanie oraz 1 466,1 tys. zł na likwidację.

<sup>235</sup> Z planowanej na realizację tego zadania kwoty 14 871,3 tys. zł.

- lubuskim (dot. ST w Zielonej Górze) 8 645,9 tys. zł (z kwoty 9 022,7 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację tego zadania), w tym: 4 553,5 tys. zł na jego utworzenie, 2 647,2 tys. zł na jego utrzymanie i 1 445,3 tys. zł na jego likwidację,
- opolskim (dot. ST w Opolu) 26 206,9 tys. zł (z kwoty 34 274,2 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na to zadanie), w tym: 24 687,4 tys. zł na jego utworzenie, 1 430,2 tys. zł na jego funkcjonowanie i 89,3 tys. zł na jego likwidację,
- warmińsko-mazurskim łącznie (na oba szpitale tymczasowe) 20 742,4 tys. zł<sup>236</sup>, (z kwoty 21 703,6 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra) z czego: ST w Nidzicy łącznie 9 767,1 tys. zł (w tym: utworzenie – 8 113,5 tys. zł, utrzymanie – 1 316,0 tys. zł i likwidacja – 337,6 tys. zł) i ST w Szczytnie łącznie 10 975,3 tys. zł (w tym: utworzenie – 10 342,6 tys. zł, utrzymanie – 632,6 tys. zł),
- śląskim (dot. ST w Katowicach) 55 373,1 tys. zł (z kwoty 55 500,0 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra na realizację tego zadania), w tym na jego: utworzenie - 41 201,1 tys. zł, użytkowanie – 10 284,7 tys. zł i likwidację – 3 887,3 tys. zł,
- podlaskim łącznie (na oba szpitale tymczasowe) 23 027,5 tys. zł<sup>237</sup>, (z kwoty 30 311,6 tys. zł zgłoszonej przez wojewodę i zaakceptowanej przez Ministra) w tym: na ST Nr 1 w Białymstoku wydatkowano łącznie 15 134,0 tys. zł (całość na utworzenie), z czego 11 942,6 tys. zł na wyposażenie, a na ST Nr 2 w Białymstoku wydatkowano łącznie 7 893,5 tys. zł, z czego: na utworzenie 7 534,7 tys. zł (w tym 5 566,7 tys. zł na wyposażenie) i 358,8 tys. zł na jego utrzymanie.

NIK zauważa, że w przypadku ST w Ciechocinku kwota wypłacona na dzień 30 czerwca 2022 r. przewyższała o 393,1 tys. zł kwotę wnioskowaną przez właściwego wojewodę i zaakceptowaną przez MZ.

Wojewodowie kujawsko-pomorski, podkarpacki i warmińsko-mazurski wyjaśnili, że ostateczne rozliczenie wykorzystania otrzymanych środków z Funduszu COVID-19 dla szpitali tymczasowych w Ciechocinku, w Rzeszowie i Szczytnie zostanie sporządzone (zgodnie z zawartymi umowami) odpowiednio do końca wykonania prac odtworzeniowych, do lipca i do listopada 2022 r.

W związku z tym, że to wojewodowie podpisywali umowy na tworzenie szpitali tymczasowych z wyznaczonymi do tego podmiotami, na nich ciążyła odpowiedzialność za zagospodarowanie składników majątkowych nabytych na rzecz ST, których koszty zostały pokryte z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie dyspozycji wypłaty wydanych przez MZ.

Zdaniem NIK, dysponowanie składnikami majątkowymi, które zostały nabyte ze środków Funduszu przeciwdziałania COVID-19 (przez wojewodów i/lub jednostki odpowiedzialne za utworzenie i organizację szpitali tymczasowych), powinno odbywać się poprzez zastosowanie powszechnie obowiązujących przepisów w zakresie gospodarowania mieniem państwowym, tj. ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym<sup>238</sup> oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami majątku ruchomego Skarbu Państwa<sup>239</sup>. W związku z tym, że MZ nie był podmiotem odpowiedzialnym za dysponowanie ww. składnikami majątkowymi, NIK odstępuje od oceny tego obszaru.

<sup>236</sup> Z łącznie na oba szpitale tymczasowe zaplanowanej kwoty 21 703,7 tys. zł.

<sup>237</sup> Z zaplanowanej kwoty na oba szpitale tymczasowe w wysokości 30 311,6 tys. zł.

<sup>238</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 1933 ze zm., dalej: ustawa o zasadach zarządzania mieniem państwowym.

<sup>239</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 998, ze zm.

Należy jednak zauważyć, że przedłużanie rozliczenia kosztów ponoszonych przez podmioty zobowiązane decyzjami do tworzenia, zapewnienia funkcjonowania i do likwidacji ST spowoduje ryzyko, że koszty związane z tym działaniami będą ujawniane jeszcze w 2023 r., pomimo że ST te już od dawna nie istnieją i że nie zostanie – w odniesieniu do wydatków dokonywanych na podstawie dyspozycji wydawanych przez MZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 zachowana zasada memoriału i współmierności, wynikająca z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>240</sup>, zgodnie z którą w księgach rachunkowych jednostki należy ująć wszystkie osiągnięte, przypadające na jej rzecz przychody i obciążające ją koszty związane z tymi przychodami dotyczące danego roku obrotowego, niezależnie od terminu ich zapłaty. NIK ocenia, że wydłużenie procesu końcowego rozliczenia umów zawartych ze spółkami i dokonywanie w wydłużonym czasie korekt w tym zakresie, może także wywołać konieczność wprowadzenia zmian do sprawozdania z działania Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 za poprzednie lata.

(akta kontroli str. 643-1167 i 1200-1400)

**2.9.** Na podstawie art. 9 ust. 5 specustawy MZ wydał rozporządzenie z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19<sup>241</sup>, w którym określił zasady finansowania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Na podstawie art. 9 ust. 3 ww. ustawy Prezes NFZ określił w zarządzeniu z 8 marca 2020 r. nr 32/2020/DSOZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19<sup>242</sup>.

Rozporządzenie MZ z 12 marca 2020 r. wydane na podstawie art. 9 ust. 5 specustawy utraciło moc po upływie 365 dni od wejścia w życie specustawy, tj. 8 marca 2021 r.

Po utracie mocy ww. rozporządzenia MZ z 12 marca 2020 r., Minister Zdrowia 2 marca 2021 r. wydał Prezesowi NFZ polecenie (obowiązujące od 9 marca 2021 r.) na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 specustawy, w którym nakazał Prezesowi NFZ określenie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Polecenie to zostało zmienione poleceniami Ministra Zdrowia z dnia: 7 czerwca 2021 r.<sup>243</sup>, 21 czerwca 2021 r.<sup>244</sup>, 28 czerwca 2021 r.<sup>245</sup>, 5 października 2021 r.<sup>246</sup>, 17 listopada 2021 r.<sup>247</sup>, 1 grudnia 2021 r.<sup>248</sup>, 20 stycznia 2022 r.<sup>249</sup>, 26 stycznia 2022 r.<sup>250</sup>, 27 stycznia 2022 r.<sup>251</sup> oraz z dnia 25 lutego 2022 r.<sup>252</sup>

Decyzja (Polecenie MZ z 2 marca 2021 r.) zawierało liczne postanowienia tożsame z treścią przepisów rozporządzenia MZ z 12 marca 2020 r., ustalające np. termin złożenia przez Prezesa NFZ do MZ sprawozdania za miesiąc poprzedni na 20 dzień każdego miesiąca (pkt 8 decyzji) oraz ustalenia 30-dniowego terminu przekazania środków przez MZ do NFZ, licząc od dnia złożenia przez Prezesa NFZ zweryfikowanego sprawozdania (pkt 10 decyzji).

Do dnia wydania ww. decyzji przez MZ sposób i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 był ustalony

<sup>240</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 217 ze zm.

<sup>241</sup> Dz. U. poz. 420, dalej: rozporządzenie MZ z 12 marca 2021 r.

<sup>242</sup> Dz. NFZ poz. 32 ze zm.

<sup>243</sup> Pismo DLU.736.191.2021.KB.

<sup>244</sup> Pismo DLU.736.210.2021.KB.

<sup>245</sup> Pismo DLU.736.222.2021.KB.

<sup>246</sup> Pismo DLU.736.302.2021.KB.

<sup>247</sup> Pismo DLU.736.642.2021.AŻ.

<sup>248</sup> Pismo DLU.736.620.2021.KB.

<sup>249</sup> Pismo DLU.736.15.2022.KB.

<sup>250</sup> Pismo DLU.736.24.2022.KM.

<sup>251</sup> Pismo DLU.736.26.2022.KM.

<sup>252</sup> Pismo DLU.736.63.2022.KB.

w przepisach powszechnie obowiązujących tylko w stosunku do środków pochodzących z budżetu państwa, gdyż tego zakresu dotyczyły przepisy rozporządzenia MZ z 12 marca 2020 r. wydanego na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 9 ust. 5 specustawy<sup>253</sup>. Do 2 marca 2021 r. nie był natomiast ustalony sposób i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Wydanie przez MZ decyzji z 2 marca 2021 r. nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem postępowania administracyjnego zgodnego z k.p.a., do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 1*.

(akta kontroli str. 216-217, 1744-1803, 2831-2834)

2.9.1. Prezes NFZ określił zasady sprawozdawania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich rozliczania (w szczególności produkty rozliczeniowe i ich wartości) w Zarządzeniu nr 187/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19<sup>254</sup>. Warunki rozliczenia świadczeń udzielanych w szpitalach tymczasowych określono z uwzględnieniem opisanego powyżej (w pkt 1.3.3. nin. wystąpienia pokontrolnego) modelu szacowania kosztów funkcjonowania ST, opracowanego 3 listopada 2020 r. przez AOTMiT, zaktualizowanego z dniem 1 listopada 2021 r.

(akta kontroli str. 97-106,217-218)

2.9.2. W okresie, w którym funkcjonowały ST<sup>255</sup>, Minister przekazywał do NFZ środki na finansowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (na sfinansowanie wydatków określonych w art. 9 ust. 1 specustawy) w terminie od 13 do 127 dni od otrzymania miesięcznych sprawozdań NFZ dotyczących tych wydatków. W ww. kontrolowanym okresie w 10 przypadkach<sup>256</sup> Minister uruchamiał te środki z zachowaniem terminów ustalonych w rozporządzeniu w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz w poleceniu Ministra z 2 marca 2021 r. (po utracie mocy przepisu art. 9 specustawy), tj. 30 dni od otrzymania tych sprawozdań z NFZ. W siedmiu badanych miesiącach (za okres od kwietnia 2021 r. do października 2021 r.) Minister uruchomił środki w łącznej kwocie 5 445 008,6 tys. zł po upływie ww. terminu, z opóźnieniem od 4 do 93 dni. W dniu 28 października 2021 r. Prezes NFZ zwrócił się do MZ o przekazanie należnych środków w kwocie 6 438 524,9 tys. zł i stwierdził, że nieregulowanie tych należności *może spowodować utratę płynności finansowej NFZ*.

(akta kontroli str. 473-477, 525-526, 540, 2838-2843)

Dwukrotnie opóźnienie w przekazaniu środków do NFZ na łączną kwotę 1 879 818,3 tys. zł wystąpiło, pomimo tego że Minister posiadał zapewnione środki w puli pozostającej do jego dyspozycji w planie finansowym Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, do czego odniesiono się w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 5*.

<sup>253</sup> Art. 9 ust. 5 specustawy stanowił, że Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, mając na celu zapewnienie rzetelności i gospodarności wydatkowania środków publicznych, w tym utrzymania wydatków w przewidzianych limitach, oraz skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>254</sup> Dz. NFZ poz. 187 ze zm.

<sup>255</sup> Październik 2020 – marzec 2022.

<sup>256</sup> Odpowiednio za miesiące z okresów: październik 2020 – marzec 2021 r. i listopad 2021 – styczeń 2022 r.

**2.10.** NIK udostępnił prognozy, którymi dysponował MZ m.in. w okresie od 7 października 2020 r. do 25 marca 2022 r., a które obejmowały dane o przewidywanej liczbie zachorowań, hospitalizacji (w tym pacjentów OIOM) oraz zgonów.

2.10.1. W czasie podejmowania decyzji o tworzeniu szpitali tymczasowych (II fala zakażeń COVID-19) prognozy kształtowały się następująco:

1] Według prognozy Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego (dalej ICM) z 9 października 2020 r. wersja *pesymistyczna* na dzień 31 października 2020 r.: było spodziewanych około 28 tys. nowych przypadków zachorowań (w rzeczywistości było około 22 tys. nowych przypadków).

2] Według prognozy ICM z 14 października 2020 r. przewidywana liczba nowych przypadków zachorowania na COVID-19 na 21 października miała wynosić około 13 tys., a liczba pacjentów hospitalizowanych 23 października 2020 r. miała wynieść 18 tys. osób przy założeniu 40% transmisyjności. Według danych udostępnianych przez MZ opinii publicznej, w rzeczywistości 23 października 2020 r. w szpitalach było zapewnionych około 18 tys. łóżek dla chorych na COVID-19, natomiast chorych było w tym dniu w szpitalach 10788, a 7644 łóżek było wolnych (żadne z tych łóżek nie zostało zapewnione przez szpitale tymczasowe, które wówczas znajdowały się na różnych etapach tworzenia).

Prognoza ICM z 14 października 2020 r. przewidywała, że na dzień 2 grudnia 2020 r. przypadnie najwyższa liczba zajętych łóżek szpitalnych i będzie ona wynosić ok. 40 tys. W rzeczywistości 2 grudnia 2020 r. w szpitalach było 20 885 łóżek zajętych i 18 196 łóżek wolnych.

3] Według prognozy ICM z 22 października 2020 r., na początku grudnia 2020 r. maksymalna liczba przypadków miała wynieść ok. 42 tys. Prognoza przewidywała zmniejszanie się od 2 grudnia 2020 r. codziennej liczby zakażeń. W rzeczywistości 2 grudnia 2020 r. odnotowano 13,8 tys. nowych zakażeń, zamiast prognozowanych 40 tys.

4] Według prognozy ICM z 27 października 2020 r. (wariant *wyższej transmisyjności w miejscach publicznych*), na początek grudnia 2020 r. przewidywano około 24 tys. zakażeń dziennie, a w szpitalach miało przebywać wtedy około 35 tys. pacjentów. W rzeczywistości 2 grudnia 2020 r. odnotowano 13855 zakażeń, a w szpitalach było hospitalizowanych 20 885 pacjentów z powodu COVID-19 (wolnych było 18 196 łóżek covidowych).

Zdaniem NIK, prognozy posiadają istotną wartość przy przewidywaniu rozwoju epidemii, ponieważ stanowią tylko narzędzie szacowania ryzyka. Wymagają one jednak stałej konfrontacji z danymi empirycznymi, dla zapewnienia jak najściślejszej korelacji skali podejmowanych działań z rzeczywistymi zagrożeniami.

(akta kontroli str. 1444-1447)

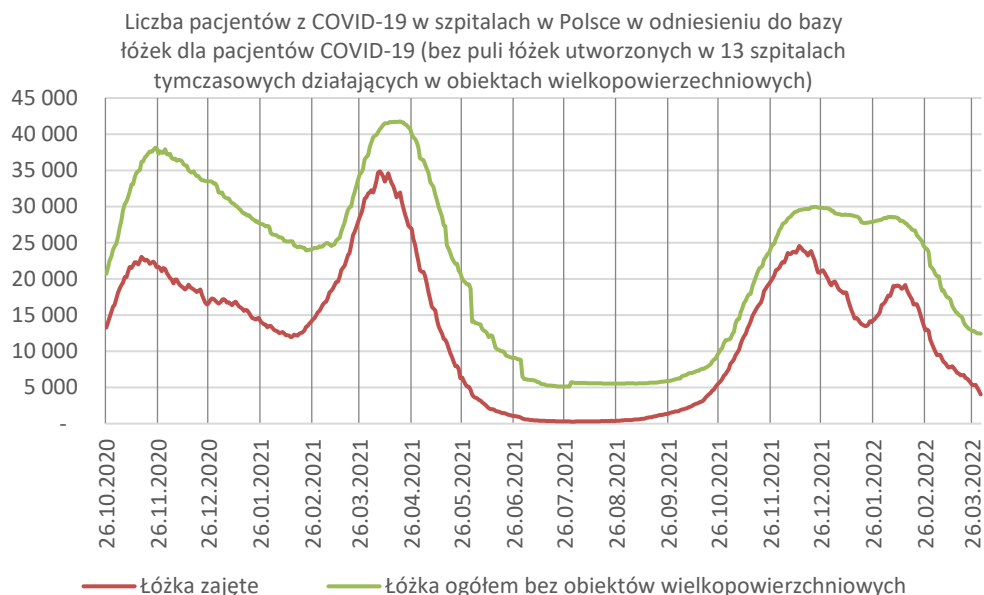
2.10.2. Na podstawie danych na temat działania szpitali tymczasowych oraz informacji o liczbie łóżek wyodrębnionych dla pacjentów z COVID-19 we wszystkich szpitalach na terenie kraju za okres od 1 października 2020 r. do 31 marca 2022 r. otrzymanych przez NIK z Ministerstwa stwierdzono, że w październiku 2020 r. liczba łóżek dla pacjentów z COVID-19 została zwiększona w wyniku oddania do użytku jednego szpitala tymczasowego z 250 łózkami (Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie – na bazie istniejącego obiektu), w listopadzie 2020 r. zwiększyła się o dalszych 738 łóżek (Krynica-Zdrój – 28 łóżek w istniejącym obiekcie, Szpital MSWiA w Rzeszowie – 160 łóżek w istniejącym obiekcie i szpital na Stadionie Narodowym w Warszawie – 550 łóżek). W grudniu 2020 r. zostało uruchomionych jedenaście ST dysponujących (wg decyzji o ich utworzeniu) łącznie

1603 łózkami, w styczniu 2021 r. – jeden szpital na 200 łózek, w lutym 2021 r. – 3 szpitale z 993 łózkami, w marcu 2021 r. – 12 szpitali z 2499 łózkami.

Ogółem maksymalnie w 32 szpitalach tymczasowych utworzono 7 439 łózek dla pacjentów z COVID-19, z czego 4 178 łózek powstało w szpitalach zlokalizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych. Z porównania ww. informacji o potencjale szpitali tymczasowych, wynikających z decyzji wydanych przez MZ i wojewodów w sprawie ich utworzenia z danymi o zakażeniach i hospitalizacjach opisanymi powyżej, pochodzącymi z monitoringu prowadzonego przez MZ w ramach jego zadań określonych w KPZK Cz. B wynika, że otwarcie szpitali tymczasowych, za wyjątkiem dwóch, dysponujących łącznie 800 łózkami (ST na Stadionie Narodowym – 550 i ST w CUMRiK w Krakowie - 250) następowało po okresie, w którym odnotowano najwyższą liczbę zakażeń i hospitalizacji w czasie tzw. II fali zakażeń.

(akta kontroli str. 307-309, 1444-1445)

W późniejszym okresie szpitale stacjonarne i szpitale tymczasowe utworzone w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń i obiektach modułowych dysponowały liczbą łózek covidowych wystarczającą do hospitalizacji wszystkich wymagających tego pacjentów, nawet gdyby szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych nie zostały utworzone, co przedstawia poniższy wykres.

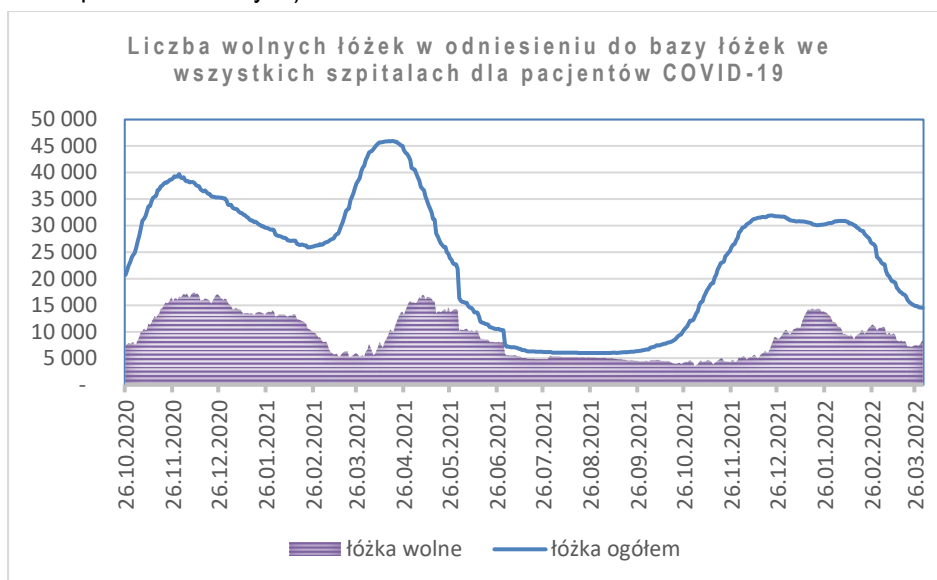


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ

Analiza całości danych o łózkach dostępnych dla pacjentów z COVID-19, przekazanych kontrolerom NIK przez Ministra wskazuje, że w szeregu okresów dostosowanie liczby łózek wydzielonych z ogólnej puli łózek istniejących w polskich szpitalach następowało z opóźnieniem, a liczba niewykorzystanych łózek szpitalnych wyodrębnionych dla pacjentów z COVID-19 codziennie znacząco przekraczała zapotrzebowanie na te łóżka, wynikające z sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju. Na przykład w okresie od 8 listopada 2020 r. do 17 lutego 2021 r. średnio pozostawało wolnych ok. 10-15 tys. łózek covidowych, podobnie w okresie wygaszania III fali zakażeń (kwiecień – maj 2021 r.), kiedy codziennie pozostawało wolnych od ok. 7 do 12 tys. łózek szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19. Stan niewykorzystanych łózek dla pacjentów z COVID-19 ilustruje poniższy wykres.

W okresie funkcjonowania ST (28 października 2020 r. – 31 marca 2022 r.) najmniejsza liczba wolnych łózek covidowych w szpitalach stacjonarnych i tymczasowych wynosiła 4452 łóżka (24 października 2021 r. - co w tym dniu stanowiło 46,9% łózek covidowych ogółem we wszystkich szpitalach).

Jeżeli przyjąć założenie, że do puli łóżek covidowych nie wlicza się łóżek w szpitalach tymczasowych utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych, to najmniejsza liczba wolnych łóżek w szpitalach stacjonarnych i tymczasowych utworzonych w miejscach przeznaczonych do udzielania świadczeń i modułowych wyniosła 3479 łóżek (2 listopada 2021 r. co w tym dniu stanowiło 29,6% łóżek covidowych w szpitalach stacjonarnych i tymczasowych – poza utworzonymi w obiektach wielkopowierzchniowych).



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ

Zarówno niewykorzystanie każdego łóżka covidowego, wyodrębnionego w szpitalach stacjonarnych, jak i niewykorzystanie każdego łóżka covidowego utworzonego w szpitalach tymczasowych, powodowało konieczność dokonania zapłaty za gotowość do udzielania świadczeń podmiotowi leczniczemu, który dysponował tymi łóżkami. Do kwestii utrzymywania niewykorzystanych łóżek w szpitalach tymczasowych odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 3.*

(akta kontroli str. 524, 1444-1445)

Minister nie ustalił minimalnego ani optymalnego poziomu rezerwy łóżek dla pacjentów chorych na COVID-19, w relacji do liczby hospitalizacji we wszystkich typach szpitali. Według opracowań AOTMiT stanowiących podstawę wyceny świadczeń w szpitalach tymczasowych, optymalny poziom wykorzystania łóżek na 3 listopada 2020 r. został określony na 80%. W aktualizacji wyceny sporządzonej przez AOTMiT 24 listopada 2021 r. założono efektywne obłożenie 85% łóżek<sup>257</sup>.

Po odliczeniu od ogólnej puli łóżek przeznaczonych dla pacjentów chorych na COVID-19, łóżek utworzonych w ST działających w obiektach wielkopowierzchniowych, w całym okresie funkcjonowania szpitali tymczasowych (28 października 2020 r. – 31 marca 2022 r.) odnotowano wskaźnik obłożenia łóżek dla pacjentów z COVID-19 w pozostałych szpitalach tymczasowych i szpitalach stacjonarnych wyższy niż 85% tylko w 5 dniach, to jest: 28, 29 i 31 marca 2021 r. – odpowiednio wskaźnik wynosił: 85,1%, 85,1% i 85,8% oraz 6 i 7 kwietnia 2021 r. kiedy wskaźnik wyniósł: 86,2% i 85,7%. W przeliczeniu na liczby bezwzględne oznaczało to natomiast, że w każdym z tych dni było od 5250 do 5836 wolnych łóżek dla pacjentów z COVID-19 w szpitalach stacjonarnych, szpitalach tymczasowych działających w obiektach przeznaczonych wcześniej do udzielania świadczeń i w szpitalach modułowych.

<sup>257</sup> W Propozycji modelu szacowania kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego z 3 listopada 2020 r. sporządzonej przez AOTMiT przyjęto poziom 80% obłożenia łóżek zwykłych i łóżek intensywnej terapii. Natomiast AOTMiT w Aktualizacji kosztów funkcjonowania modułu szpitala tymczasowego z 24 listopada 2021 r. przewidywał poziom obłożenia ww. łóżek na 85%.



Zdaniem NIK, taka rezerwa, przy skutecznym zarządzaniu ruchem pacjentów w oparciu o dane pozyskiwane w trybie monitoringu przez MZ, powinna była wystarczyć do zapewnienia opieki szpitalnej wszystkim pacjentom chorym na COVID-19.

(akta kontroli str. 103-104, 1444-1445)

W kontrolowanym okresie, na podstawie wycen świadczeń związanych z leczeniem pacjentów z COVID-19, NFZ pokrywał koszty następujących produktów rozliczeniowych ustalonych przez AOTMiT w opracowaniu z 3 listopada 2020 r., o którym mowa w pkt 1.3.3 powyżej: 1] opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń w wysokości 822,42 zł (za dobową dostępność jednego łóżka), 2] opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w wysokości 3 773,70 zł za dobową dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta<sup>258</sup>, 3] opłaty ryczałtowej za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym w wysokości 18 299,0 zł za dobową gotowość do udzielania świadczeń, 4] hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 pacjenta w wysokości 1 026,40 zł za osobodzień, 5] opłaty za hospitalizację związaną z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w wysokości 4 321,14 zł.

Od 1 listopada 2021 r. wycena została zmieniona przez AOTMiT w taki sposób, że wyodrębniono trzy produkty rozliczeniowe: 1] opłatę ryczałtową za gotowość do udzielania świadczeń w kwocie 1667,79 zł (za dobową dostępność do łóżka), 2] opłatę za hospitalizację związaną z leczeniem pacjentów chorych na COVID-19 – w kwocie 2428,00 zł (bez rozróżnienia na łóżko tzw. respiratorowe i zwykłe), 3] opłatę ryczałtową za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym w wysokości 18 299,0 zł za dobową gotowość do udzielania świadczeń.

Odpowiadając na pytanie zadane w tej sprawie MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie wyjaśnił wprowadzenie zmian w wycenie świadczeń od 1 listopada 2021 r. tym, że przyjęte w okresie od 5 listopada 2020 r. do 31 października 2021 r. zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 zgodne były z propozycją modelu opracowanego przez AOTMiT (opisane powyżej w pkt 1.3.3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego) z zastosowaniem ściśle określonych produktów rozliczeniowych i ich cen dedykowanych. W swoich wyjaśnieniach wskazał, że 15 stycznia 2021 r. Minister zlecił AOTMiT przygotowanie aktualizacji powyższego modelu szacowania kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego, której termin sporządzenia miał zostać na wniosek AOTMiT przesunięty na koniec marca 2021 r. *Jednocześnie był to okres szczytu zachorowań o znaczącej słabnącej dynamice i Ministerstwo Zdrowia myślało o zamykaniu szpitali w tej fali. Wyniki przeprowadzonych analiz wskazywały na znaczną rozbieżność kosztów uzależnionych bardzo licznymi czynnikami organizacyjnymi i ustalenie średniej wartości byłoby nieadekwatne do realnych i uzasadnionych kosztów. Dopiero w kolejnej fali jesiennej, przy konieczności uruchomienia powtórnego szpitali, Ministerstwo Zdrowia prace kontynuowało i zakończyło wydaniem nowych wycen.*

NIK nie przedstawiono analiz, o których wspomina wyżej Sekretarz Stanu. Ponadto, czynniki różnicujące koszty funkcjonowania poszczególnych ST nie zostały zlikwidowane do jesieni 2021 r. i wycena obowiązująca od 1 listopada 2021 r. także dotknięta była wadą wskazaną w wyjaśnieniach – brakiem adekwatności *do realnych i uzasadnionych kosztów.*

(akta kontroli str. 524, 528 i 534-536)

<sup>258</sup> Opłaty wymienione w pkt 1], 2] i 3] dalej określane są jako *opłata za gotowość do udzielania świadczeń.*

W obydwu wycenach sporządzonych przez AOTMiT zakładano, że finansowanie gotowości do udzielania świadczeń rozpoczynać się będzie od przyjęcia przez ST pierwszego pacjenta i będzie obejmować wtedy 56 łóżek, nawet w przypadku gdyby 55 z nich było wolnych. Sukcesywne uruchomienie kolejnego modułu, tym razem liczącego 28 łóżek miało nastąpić w momencie, gdy zajętych będzie 49 łóżek (87,5%). Zdaniem NIK mechanizm ten mógł przyczynić się do zwiększenia kosztów utrzymania gotowości w szpitalach tymczasowych, ponieważ przyjęcie tylko jednego pacjenta powodowało ponoszenie kosztów utrzymania w gotowości 55 dalszych łóżek niewykorzystanych.

(akta kontroli str. 73-106)

2.10.3. Na finansowanie udzielania świadczeń leczniczych przez 31 szpitali tymczasowych<sup>259</sup> od października 2020 r.<sup>260</sup> do dnia 31 marca 2022 r. NFZ przekazał świadczeniodawcom łączną kwotę 1 146 839,6 tys. zł, z czego 542 700,2 tys. zł<sup>261</sup> zapłacił z tytułu opłat za *gotowość do udzielania świadczeń* oraz 604 139,4 tys. zł – za udzielone świadczenia.

Analiza ogółu kosztów poniesionych przez NFZ na realizację świadczeń w szpitalach tymczasowych wykazała, że opłaty za *gotowość do udzielania świadczeń* przewyższały koszty poniesione na świadczenia związane z leczeniem COVID-19 w dziewięciu<sup>262</sup> z 18 miesięcy funkcjonowania ST<sup>263</sup>. w siedmiu województwach z szesnastu, koszty opłaty za *gotowość do udzielania świadczeń* za cały okres epidemii przewyższyły koszty udzielania świadczeń pacjentom chorym na COVID-19<sup>264</sup>.

W okresie od października do grudnia 2020 r. za *gotowość do udzielania świadczeń* zapłacono 26 385,7 tys. zł, co stanowiło 69% ogółu kosztów, związanych z udzielaniem świadczeń we wszystkich istniejących wtedy szpitalach tymczasowych. W całym 2021 r. za *gotowość do udzielania świadczeń* zapłacono 368 821,1 tys. zł, co stanowiło 53,6% ogółu kosztów związanych z udzielaniem świadczeń we wszystkich działających wtedy ST. Od 1 stycznia do 31 marca 2022 r. za *gotowość do udzielania świadczeń* zapłacono 147 493,4 tys. zł, co stanowiło 35,0% ogółu kosztów związanych z udzielaniem świadczeń w 31 szpitalach tymczasowych w tym okresie.

Z sumy 542,7 mln zł kwota 155,9 mln zł została wypłacona jako opłata za *gotowość do udzielania świadczeń* 13 szpitalom tymczasowym działającym w obiektach wielkopowierzchniowych<sup>265</sup>, z czego 103,8 mln zł stanowiła kwota zapłacona za *gotowość do udzielania świadczeń* przez dziewięć ST utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych i finansowanych na podstawie dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu COVID-19, składanych przez MZ. Wysokie koszty utrzymania *gotowości do udzielania świadczeń* w szpitalach tymczasowych, w szczególności utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych w okresach, gdy utrzymywał się wysoki poziom rezerwy wolnych łóżek dla chorych na COVID-19 w całym systemie opieki szpitalnej, dowodzą, że w skali kraju nie nastąpiła koncentracja leczenia pacjentów chorych na COVID-19 w szpitalach tymczasowych i w efekcie ich

<sup>259</sup> Świadczenia udzielane w szpitalu w Radziejowie nie były rozliczane wg stawek ustalonych dla szpitali tymczasowych, a ST w Netto Arena w Szczecinie nie udzielał świadczeń leczniczych.

<sup>260</sup> Pierwszy ST został uruchomiony w CUMRIK w Krakowie 28 października 2020 r.

<sup>261</sup> Co stanowiło 47,0% ogółu przekazanych środków dla szpitali tymczasowych na finansowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>262</sup> Odpowiednio w okresach: od listopada 2020 r. do marca 2021 r. oraz od lipca 2021 do października 2021 r.

<sup>263</sup> Okres od października 2020 r. do marca 2022 r.

<sup>264</sup> W nast. województwach opłata ryczałtowa za gotowość była wyższa niż za udzielone świadczenia: kujawsko-pomorskie gotowość 78,6%, lubelskie 60,3%, łódzkie 50,4%, podlaskie 59,4%, świętokrzyskie 58,0%, warmińsko-mazurskie 54,6% i zachodniopomorskie 61/9%.

<sup>265</sup> Utworzonym na podstawie decyzji: PRM – trzy przypadki, MZ i MON – dwa przypadki, MZ – dziewięć przypadków (nie wliczony do tej liczby ST w Netto Arena w Szczecinie nie został uruchomiony).

funkcjonowania nie nastąpiło pełne odblokowanie łóżek wcześniej wyłączonych dla pacjentów chorych na COVID-19 w szpitalach stacjonarnych.

Do nieefektywnych wydatków na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń w ST w obiektach wielkopowierzchniowych odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 3*.

(akta kontroli str. 524, 528, 534-536, 2102-2146)

**2.11.** Minister dokonał 21 grudnia 2021 r. aktualizacji Planu Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia<sup>266</sup> poprzez modyfikację niektórych załączników<sup>267</sup>. Plan po aktualizacji nie zawiera odniesień do szpitali tymczasowych.

Według wyjaśnień Sekretarz Stanu w Ministerstwie, aktualizację PZK MZ z 2021 r. uzgodniono z Zespołem Zarządzania Kryzysowego Ministerstwa oraz z organami i jednostkami podległymi lub nadzorowanymi przez Ministerstwo i była ona w trakcie uzgodnień z Rządowym Centrum Bezpieczeństwa.

W wyjaśnieniach udzielonych na pytania zadane MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał na wojewodów jako odpowiedzialnych w zakresie przygotowania odpowiedniej liczby miejsc hospitalizacji pacjentów, niezależnie od skali epidemii. Powyższe uzasadnił obowiązkiem sporządzenia przez wojewodów, zgodnie z art. 44 *uozzz* wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii, obejmujących m.in. wykaz i rozmieszczenie na terenie województwa zakładów leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie oraz liczbę osób, które mogą zostać poddane leczeniu, izolacji lub kwarantannie w takich obiektach.

W odniesieniu do przytoczonych wyjaśnień NIK zauważa, co następuje:

1] Obowiązek wojewodów, wynikający z art. 44 *uozzz* dotyczy sporządzenia WPDnWWE na podstawie informacji i danych uzyskanych z jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych i innych dysponentów obiektów użyteczności publicznej. Nie można jednak tego obowiązku utożsamiać z odpowiedzialnością za zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w szpitalach, ponieważ w polskich przepisach normujących zarządzanie kryzysowe (*uozk*) i zapobieganie zakażeniom (*uozzz*) odpowiedzialność ta rozłożona jest bowiem na wiele podmiotów i organów, z Ministrem Zdrowia na czele.

2] W przepisach cytowanej *uozzz* ustawodawca wskazał natomiast precyzyjnie obszary, za które odpowiada wojewoda - np. z art. 33 *uozzz* wynika, że w przypadku konieczności poddania izolacji lub kwarantannie osób, o których mowa w art. 33 ust. 1 i 5 tej *uozzz* (dot. osób objętych kwarantanną na podstawie decyzji właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego), *wojewoda* zapewnia warunki izolacji lub kwarantanny przez zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, wyposażenia oraz skierowanie do pracy osób posiadających odpowiednie kwalifikacje.

3] Postanowień nakładających na wojewodów odpowiedzialność za zapewnienie miejsc hospitalizacji, o której wspomniano w wyjaśnieniach nie ma także w KPZK.

---

<sup>266</sup> Zwanego dalej: PZK MZ. Plan obejmuje zawarty włączony Plan Zarządzania Kryzysowego Głównego Inspektora Sanitarnego, oraz zadania Ministra Zdrowia, komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia, konsultantów krajowych, Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny-Państwowego Instytutu Badawczego (PZH).

<sup>267</sup> Umowa na 2021 r. pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym a PZH w sprawie prowadzenia nadzoru epidemiologicznego dot. chorób zakaźnych, w szczególności zapewnienia całodobowego funkcjonowania Krajowego Punktu Centralnego do spraw Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych oraz Krajowego Punktu Kontaktowego Wspólnotowego Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania. Umowa taka podpisywana jest corocznie.

Natomiast to MZ zobowiązany jest, na podstawie przepisów KPZK Cz. B do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju w przypadku kryzysu wywołanego epidemią.

(akta kontroli str. 227-229, 295)

Według wyjaśnień Sekretarz Stanu w Ministerstwie, zdobyte od marca 2020 r. doświadczenia związane z przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii COVID-19 wykorzystywano do: przygotowań do II fali tej epidemii oraz przygotowania kolejnych *Strategii walki z pandemią COVID-19* (dobór konkretnych rozwiązań uwzględnionych w tych strategiach był ściśle uzależniony od uwarunkowań i przebiegu sytuacji epidemiologicznej). W wyjaśnieniach Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał, że szpitale tymczasowe były tworzone i likwidowane na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>268</sup> (obowiązujących przed ogłoszeniem stanu epidemii) i nie wymagały podjęcia działań mających na celu aktualizację lub sporządzenie nowych dokumentów strategicznych. Ponadto, w swoich wyjaśnieniach wskazał, że prowadzona jest nowelizacja prawa międzynarodowego w obszarze zagrożeń transgranicznych, których przyjęcie do międzynarodowego porządku prawnego będzie miało wpływ na organizację systemów ochrony zdrowia państw członkowskich w sytuacji zagrożenia lub wystąpienia sytuacji kryzysowej o skali masowej, co spowoduje potrzebę aktualizacji i uzgodnienia dokumentów na poziomie krajowym i międzynarodowym.

NIK zauważa, że choć ST były tworzone na podstawie obowiązujących przepisów ustawy o działalności leczniczej, to wbrew przywołanemu wyżej stwierdzeniu, do zapewnienia legalnego działania części z nich (ST utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych i modułowych) konieczna była zmiana w przepisach powszechnie obowiązujących (która przybrała postać rozporządzenia zmieniającego z 3 listopada 2020 r.) a ponadto odniesienie do szpitali tymczasowych zostało zawarte w *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020 Wersja 3.0.*, zatem sam Minister uznał za konieczne dokonanie pewnych zmian w istniejących regulacjach i dokumentach o charakterze planistycznym.

Do braku oceny przez MZ doświadczeń związanych z utworzeniem i funkcjonowaniem szpitali tymczasowych w czasie trwania epidemii COVID-19 odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 4.*

(akta kontroli str. 219-220, 229, 295)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Wszystkie 26 decyzji, w których jako podstawę wskazano art. 11 h ust. 2 i 4 specustawy, wydanych zostało przez Ministra bez przeprowadzenia postępowań administracyjnych określonych w kodeksie postępowania administracyjnego. Skutkiem takiego postępowania było naruszenie we wszystkich przypadkach zasad prowadzenia postępowania administracyjnego, w tym zasady legalizmu (art. 6 k.p.a.), zasady prawdy obiektywnej (art. 7 k.p.a.), zasady informowania stron (art. 9 k.p.a.), zasady czynnego udziału w postępowaniu (art.10 k.p.a.) oraz zasady pisemności postępowania (art. 14 k.p.a.). Ta sama nieprawidłowość dotyczy decyzji z dnia 2 marca 2021 r. skierowanej do Prezesa NFZ, dot. prowadzenia wykazu podmiotów leczniczych i finansowania udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 1194-1199, 1401-1416, 2148-2822)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie wyjaśnił, że Minister przed wydawaniem decyzji w trybie art. 11h specustawy, co do zasady nie stosował ogólnych procedur

<sup>268</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.

wynikających z k.p.a. Powyższe miało wynikać z konieczności podejmowania przez Ministra pilnych, nagłych i adekwatnych działań wynikających z sytuacji epidemiologicznej w Polsce, przyjmując jako priorytet, ochronę zdrowia i życia ludzkiego. W swoich wyjaśnieniach Sekretarz Stanu wskazał, że przepis art. 11h specustawy jest przepisem szczególnym w stosunku do k.p.a., regulującym przykładowo w sposób odmienny zmianę polecenia/decyzji wydanego/nej przez Ministra w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemiologicznego lub stanu epidemii (uchylenie lub zmiana takiego polecenia/ decyzji jeśli przemawia za tym interes społeczny nie wymaga na podstawie art. 11 h ust. 5 specustawy zgody stron, ale wymaga przeprowadzenia całej procedury wydania decyzji o zmianie decyzji).

(akta kontroli str. 1194-1199)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia nie uzasadniają działań MZ niezgodnych z przepisami. W odniesieniu do decyzji, o których mowa w art. 11h specustawy COVID-19, modyfikacja (ograniczenie) procedury przewidzianej w k.p.a. wynikająca z art. 11h ust. 4 i 5 specustawy COVID-19 może polegać na każdorazowym stosowaniu rygoru natychmiastowej wykonalności, możliwości odstąpienia od uzasadnienia, możliwości stosowania szczególnej formy doręczania oraz (wskazane w wyjaśnieniach) braku obowiązku uzyskania zgody strony na zmianę decyzji na podstawie której strona nabyła prawa. Oznacza to, że wszystkie inne przepisy k.p.a. regulujące przebieg postępowania nie zostały wyłączone i powinny być stosowane w pełnym zakresie. Zatem Minister wydając na mocy specustawy decyzje administracyjne nakazujące udostępnienie nieruchomości oraz przystosowanie terenów, obiektów, pomieszczeń i instalacji na potrzeby tworzonych 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.

Ponadto, wskazanie w wyjaśnieniach zasady *lex specialis derogat legi generali*, jako mającej uzasadnić niestosowanie 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.

(akta kontroli str. 1401-1416)

W kontekście decyzji wydanych przez Ministra, NIK krytycznie odnosi się także do przywoływanego argumentu, że nadrzędnym celem podejmowanych działań miało być pilne, nagłe i adekwatne działanie wynikające z sytuacji epidemiologicznej COVID-19 i temu celowi były podporządkowane podejmowane przez organy administracji publicznej czynności i stosowane procedury. Organy władzy publicznej bowiem zobowiązane są do działania w ramach i na podstawie obowiązujących przepisów (zasada praworządności – art. 6 k.p.a.) i jednocześnie zobowiązane są do postępowania sprawnego (art. 12 k.p.a.) i zasad tych należy przestrzegać łącznie,

bowiem jedna nie wyklucza drugiej. Nadzwyczajne okoliczności powinny były wpłynąć na szybkość postępowania, lecz nie ze szkodą dla jego legalności i wnikliwości.

(akta kontroli str. 1401-1416)

W świetle wyjaśnień złożonych w toku kontroli, za przyczynę powstania opisanej wyżej nieprawidłowości należy uznać przyjęcie nieuzasadnionej wykładni przepisów ustawy i nieprawidłowe zastosowanie reguły kolizyjnej w sytuacji, która tego nie uzasadniała. Było to wynikiem przyjęcia założenia prymatu szybkości postępowania nad jego rzetelnością i wnikliwością, co prowadziło do dalszych błędów.

W rezultacie, wydanie decyzji dotyczących tworzenia ST w lokalizacjach zgodnych z wnioskami wojewodów skutkowało w dziesięciu przypadkach<sup>269</sup> ulokowaniem szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, które w dniu decyzji MZ nie spełniały wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. Zdaniami NIK, takie okoliczności powinny być zidentyfikowane w toku postępowania administracyjnego prowadzonego zgodnie z przepisami k.p.a. i specustawy. Wobec nieprzeprowadzenia postępowania i nieustalenia istotnych uwarunkowań dotyczących stanu faktycznego, w dniu wydawania decyzji w sprawie tworzenia szpitali tymczasowych w poszczególnych lokalizacjach nie był znany ani zakres prac jakie należało wykonać w celu adaptacji poszczególnych obiektów do funkcji ST, ani związane z tym koszty (do czego odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 2*).

**2.** Minister, wypełniając dyspozycję zawartą w art. 12 *uozk*, zobowiązującą go do realizacji, zgodnie z zakresem jego właściwości, zadań dotyczących zarządzania kryzysowego, wykonywał w sposób nierzetelny zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju, wynikające z KPZK Cz.B<sup>270</sup>. Minister nie zapewnił bowiem na etapie wydawania decyzji administracyjnych koordynacji działań wojewodów przy tworzeniu ST finansowanych na podstawie składanych przez niego dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, określaniu skali istniejących potrzeb i wielkości tworzonych szpitali.

W rezultacie, akceptując wnioski właściwych wojewodów, MZ wydał decyzje, skutkujące m.in. powstaniem dziesięciu szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych<sup>271</sup> (dysponujących maksymalnie 2 927 łóżkami dla pacjentów chorych na COVID-19), na których utworzenie, funkcjonowanie i likwidację, na podstawie złożonych przez Ministra dyspozycji wypłaty środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, wydatkowano kwotę 417 715,3 tys. zł.

**2.a.** Utworzenie szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych było niecelowe (niepotrzebne) w świetle zapotrzebowania na łóżka dla pacjentów chorych na COVID-19, wynikającego z przebiegu epidemii w Polsce, bowiem działania Ministra i innych organów (PRM, wojewodów, MON i MSWiA), polegające na wyłączeniu na potrzeby leczenia pacjentów z COVID-19 łóżek w szpitalach stacjonarnych i 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, to każdego dnia epidemii COVID-19 w Polsce w szpitalach stacjonarnych i pozostałych szpitalach tymczasowych byłyby zabezpieczone łóżka w liczbie wystarczającej do hospitalizacji wszystkich potrzebujących tego pacjentów chorych na COVID-19. Nawet bowiem bez szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych byłaby zachowana bezpieczna rezerwa

<sup>269</sup> Obiekty halowe: w Krakowie, Katowicach, Łodzi, Lublinie, Opolu, Kielcach, Wrocławiu, Białymstoku, Poznaniu i Szczecinie – decyzje w sprawie realizacji świadczeń, udostępnienia i przystosowania obiektu itp.

<sup>270</sup> KPZK, Cz. B str. 51, Katalog XXVIII, pkt 4.

<sup>271</sup> ST w obiektach wielkopowierzchniowych w Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu, Kielcach, Łodzi, Katowicach, Lublinie, Opolu i Szczecinie.

odpowiadająca od 13,8%<sup>272</sup> do 95,2%<sup>273</sup> liczby pacjentów hospitalizowanych danego dnia.

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

**2.b.** Utworzenie ST w obiektach wielkopowierzchniowych nie było optymalną metodą osiągnięcia celu, jakim było zabezpieczenie łóżek dla wszystkich pacjentów chorych na COVID-19 wymagających hospitalizacji, ponieważ wydatki poniesione na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST w tych obiektach 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 ponoszone w pozostałych szpitalach tymczasowych finansowanych na podstawie dyspozycji składanych przez MZ<sup>274</sup>. Oprócz wysokich kosztów adaptacji i przywrócenia obiektów do ich poprzedniej funkcji, w związku z funkcjonowaniem ST w obiektach wielkopowierzchniowych konieczne było uiszczanie opłat czynszowych, eksploatacyjnych oraz ponoszenie kosztów ochrony (w dziesięciu ST w obiektach wielkopowierzchniowych zapłacono z powyższych tytułów łącznie 154,3 mln zł). Te dodatkowe koszty były ponoszone także w czasie, gdy w związku z obniżeniem się liczby zakażeń i hospitalizacji w kraju w 2021 r., w ST w obiektach wielkopowierzchniowych zawieszono udzielanie świadczeń leczniczych. W efekcie na utrzymanie w stanie tzw. *pasywnym* trzech szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych<sup>275</sup>, po wygaśnięciu III fali zakażeń w maju 2021 r. wydatkowano łącznie 17,2 mln. zł<sup>276</sup>. Jednocześnie w szpitalach tymczasowych, utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych dodatkowe koszty były o wiele niższe lub nie trzeba ich było ponosić wcale.

**2.c.** Z nakładów poniesionych na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST w obiektach wielkopowierzchniowych nie uzyskano najlepszych efektów, gdyż posłużyły one uzyskaniu rezultatu o jednorazowym<sup>277</sup> charakterze, bowiem ST w obiektach wielkopowierzchniowych uległy likwidacji po zakończeniu działalności. Jednocześnie nakłady na utworzenie pozostałych szpitali tymczasowych, w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych (łącznie 131,9 mln zł), przyniosły trwałe efekty w postaci poprawy infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce.

(akta kontroli str. 188-193, 226-227, 287-288 i 294-295, 307-327, 650-1167, 1200- 1400, 1444-1445, 2837)

Odpowiadając na pytanie NIK o brak koordynacji działań organów zaangażowanych w tworzenie szpitali tymczasowych przy doborze lokalizacji, określaniu skali potrzeb i wielkości szpitali zadane MZ, Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazał, że decyzja o utworzeniu sieci szpitali tymczasowych została podjęta w październiku 2020 r., podczas posiedzeń RZZK, a polecenia utworzenia i organizacji szpitali tymczasowych

<sup>272</sup> W dniu 6 kwietnia 2021 r. Liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5571, łóżek zajętych było 34691.

<sup>273</sup> W dniu 31 lipca 2021 r. Liczba łóżek wolnych tego dnia wynosiła 5453, łóżek zajętych było 277.

<sup>274</sup> Wśród 20 ST, których utworzenie, funkcjonowanie i likwidacja zostały sfinansowane na podstawie dyspozycji MZ nie było szpitali modułowych.

<sup>275</sup> ST we Wrocławiu, Poznaniu i Łodzi.

<sup>276</sup> Z kwoty 154,3 mln zł wydatkowanej ogółem na opłaty za czynsz, media, ochronę w ST zorganizowanych w obiektach wielkopowierzchniowych.

<sup>277</sup> 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).

nie były wydawane wyłącznie przez Ministra, lecz także przez inne organy. Podkreślił również, że wszystkie działania w tym zakresie były podejmowane w *bezprecedensowych okolicznościach, w sytuacji, w której rozwój wydarzeń był nieprzewidywalny, a decydenci dysponowali prognozami sporządzanymi – z konieczności – w oparciu o niepełne i niepewne dane, które zawierały różne (...) scenariusze dalszego przebiegu pandemii*. W konsekwencji wszystkie decyzje były podejmowane w warunkach zaistnienia bezsprzecznej potrzeby pilnego podejmowania działań zmierzających do zapewnienia opieki medycznej pacjentom chorym na COVID-19, przy jednoczesnej konieczności zagwarantowania możliwie stabilnego i niezakłóconego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ukierunkowanego na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pozostałych pacjentów.

Ponadto, Sekretarz Stanu wskazał, że wojewoda jako organ właściwy w sprawach zarządzania kryzysowego na terenie województwa był organem właściwym do realizacji zadania utworzenia szpitala tymczasowego, w tym wyboru lokalizacji szpitala, jego uruchomienia oraz organizacji na terenie województwa, bo to wojewodowie posiadali pełny obraz działalności leczniczej, zasobów kadrowych, sprzętowych oraz możliwości organizacyjnych na terenie województwa, a nie Minister Zdrowia i to oni byli stronami umów, na podstawie których było realizowane, finansowane i rozliczane ww. zadanie.

Sekretarz Stanu dodał, że kwestie sprawnego zorganizowania i utworzenia szpitali tymczasowych, w tym również kosztów związanych z tym procesem, były w dużej mierze uzależnione od wskazanej przez wojewodę lokalizacji, a także od realizacji wytycznych udzielonych przez szpital patronacki. Tworzenie szpitali tymczasowych było nadto ściśle powiązane z dostępną w określonym województwie bazą szpitalną. Wojewodowie, jako strony ww. umów, dokonywali oceny funkcjonowania szpitali tymczasowych i w oparciu o wiedzę jaką posiadali, z uwagi na sprawowanie nad nimi nadzoru, mieli możliwości i kompetencje do szybkiej analizy modeli i procedur działania szpitali tymczasowych oraz eliminacji ewentualnych rozwiązań nieefektywnych m.in. z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowia publicznego na terenie województwa. Minister uznał za zrozumiałe różnice w kosztach utworzenia i utrzymania szpitali tymczasowych powstałych w obiektach wielkopowierzchniowych i szpitali tymczasowych zorganizowanych w obiektach przeznaczonych wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych, bo rozpoczęcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach pierwotnie do tego nieprzeznaczonych wiąże się z koniecznością wykonania większego zakresu prac adaptacyjnych.

(akta kontroli str. 1178, 1180)

Odpowiadając na pytanie NIK o przyczyny wnioskowania i zatwierdzenia wypłaty środków na utworzenie szpitala tymczasowego w hali Netto Arena w Szczecinie, pomimo tego, że w całym okresie COVID-19 nie leczono tam pacjentów, Sekretarz Stanu wskazał właściwego wojewodę jako odpowiedzialnego za realizację tego zadania, łącznie z utrzymaniem i likwidacją szpitala i odpowiedział, że szpital ten był szpitalem *pasywnym to znaczy pozostającym w gotowości do udzielania świadczeń (został utworzony i wyposażony, natomiast nie posiadał zaplecza kadrowego)*. Tym samym stanowił swojego rodzaju rezerwę do uruchomienia w sytuacji pogorszenia sytuacji epidemiologicznej w kraju lub regionie. Powyższe rozwiązanie pozwalało nie ograniczać dostępności kadry medycznej w szpitalach patronackich oraz innych podmiotach leczniczych.

(akta kontroli str. 1942-1949)

Powyższe wyjaśnienia nie usprawiedliwiają działań MZ, z następujących powodów:

1] Fakt wydawania decyzji w sprawie tworzenia ST także przez inne podmioty nie zmniejsza odpowiedzialności MZ, wyznaczonego w KPZK do pełnienia roli *podmiotu*



wiodącego, za organizację współdziałania pomiędzy organami, którym w KPZK wyznaczono rolę *podmiotów współpracujących* oraz za koordynację ich działań, podejmowanych w sytuacji kryzysowej wywołanej przez epidemię o ogólnokrajowym zasięgu. Koordynacja powinna skutkować nie tylko osiągnięciem celu działań podejmowanych przez różne podmioty, lecz także służyć zapewnieniu, że cel ten będzie osiągany w sposób zgodny z prawem i zasadami gospodarnego dysponowania środkami publicznymi.

2] Bezprecedensowy charakter sytuacji związanej z COVID-19 podnoszony był od dnia rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Polski i był przyczyną m.in. podjęcia nadzwyczajnych działań legislacyjnych (np. uchwalenie przez Sejm RP specustawy). Okoliczności te powinny były skłonić MZ do zachowania nadzwyczajnej przezroczności i podejmowania z wyprzedzeniem wszelkich działań służących przygotowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce na pogorszenie się sytuacji epidemicznej. Minister takich działań nie podjął i nie przygotował planu budowy szpitali tymczasowych wiosną 2020 r., wobec czego w sytuacji *zaistnienia bezsprzecznej potrzeby pilnego podejmowania działań* realizował te działania bez przygotowania, pod presją okoliczności związanych ze wzrostem liczby zakażeń i hospitalizacji. Było to jednak konsekwencją jego własnego zaniechania i nie może służyć jego usprawiedliwieniu.

3] Wobec nieprzewidywalnego rozwoju wydarzeń i istnienia różnych scenariuszy rozwoju sytuacji, to MZ dysponował większym niż pozostałe zaangażowane podmioty, dostępem do informacji o zasobach systemu ochrony zdrowia i dynamice zjawisk epidemiologicznych, które były konieczne do koordynacji działań pozostałych podmiotów uczestniczących w zwalczaniu epidemii. Z tego też tytułu ponosił szczególną odpowiedzialność za umiejętne wykorzystanie tych informacji.

4] Cel działań podejmowanych przez MZ, jakim było wg wyjaśnień *zagwarantowanie możliwie stabilnego i niezakłóconego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ukierunkowanego na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pozostałych pacjentów* nie został osiągnięty. Utworzenie bowiem ST w obiektach wielkopowierzchniowych nie zapobiegło ograniczeniu dostępności świadczeń z zakresu opieki szpitalnej dla pozostałych pacjentów, czego dowodzą wyniki innej kontroli NIK<sup>278</sup>.

5] Nie jest uzasadnione obarczanie przez Sekretarza Stanu wojewodów pełną odpowiedzialnością za wybór lokalizacji szpitali tymczasowych i ich uruchomieniem ze względu na to, że wg wyjaśnień posiadali oni pełny obraz działalności leczniczej, zasobów kadrowych, sprzętowych oraz możliwości organizacyjnych na terenie województwa i byli stronami umów, na podstawie których było realizowane, finansowane i rozliczane ww. zadanie, w sytuacji, kiedy kryzys wywołany przez COVID-19 objął teren całej Polski. Była to bowiem sytuacja, w której zarządzanie kryzysowe, zgodnie z zasadami opisanymi w KPZK, przechodzi na poziom Rady Ministrów, a (...) *minister wiodący dla danej sytuacji kryzysowej, korzystając ze wsparcia innych ministrów i kierowników urzędów centralnych koordynuje działania w zakresie usuwania skutków zdarzenia*<sup>279</sup>.

Wojewoda jest wprawdzie organem właściwym do zarządzania kryzysowego na terenie województwa (art. 14 *uozk*), jednak to Minister Zdrowia jako członek Rady Ministrów bierze bezpośredni udział w sprawowaniu zarządzania kryzysowego na poziomie kraju, gdyż to Rada Ministrów wykonuje to zadanie, zgodnie z art. 7 ust. 1 *uozk*. Nadto, w sytuacji kryzysowej wywołanej epidemią, to MZ jest zgodnie z art. 12 *uozk*, odpowiedzialny za realizowanie zadań, dotyczących zarządzania kryzysowego, do których zalicza się zapewnienie bezpieczeństwa

<sup>278</sup> Informacja o wynikach kontroli P/21/055/KZD Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19.

<sup>279</sup> KPZK Cz.B., str. 67.

sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju<sup>280</sup>. Z tych też przyczyn nadrzędna pozycja Ministra w stosunku do wojewodów w przypadku kryzysu wywołanego epidemią, obejmującą teren całego kraju nie może być kwestionowana.

6] Poszczególni wojewodowie byli odpowiedzialni za utworzenie ST na terenie swojej właściwości nie tylko jako organy właściwe w sprawach zarządzania kryzysowego na terenie województwa, lecz także jako podmioty odpowiedzialne za zawarcie umów i/lub uzgodnienie lokalizacji, zgodnie z art. 11h ust. 7 pkt 2 specustawy, wskazane w decyzjach Ministra Zdrowia lub Prezesa Rady Ministrów, zawierających polecenia skierowane do przedsiębiorców wyznaczonych do udostępnienia i/lub zaadaptowania nieruchomości na cele związane z funkcjonowaniem ST lub skierowane do podmiotów leczniczych, wyznaczonych do pełnienia funkcji tzw. *szpitala patronackiego*.

Wojewodowie nie byli tym samym *właścivi* do wyboru lokalizacji szpitala, gdyż to MZ, na podstawie art. 11h ust. 2 specustawy był uprawniony do zawarcia stosownego polecenia w tym przedmiocie w treści wydawanej decyzji, skierowanej do podmiotów gospodarczych i/lub podmiotów leczniczych, obejmującej także wskazanie lokalizacji szpitala. Fakt, że wszystkie ST, w sprawie których decyzje wydawał MZ, zostały utworzone w lokalizacjach wskazywanych we wnioskach wojewodów nie oznacza, iż wojewodowie posiadali w tym zakresie uprawnienia władcze. Wojewodowie nie ponosili też odpowiedzialności za decyzje wydane przez MZ, ponieważ to Minister miał obowiązek<sup>281</sup>, przed wydaniem decyzji, dokonania weryfikacji zasadności wniosków składanych przez wojewodów co do lokalizacji szpitali, zarówno pod kątem możliwości osiągnięcia celu związanego z przeciwdziałaniem epidemii, jak i zapewnienia efektywnego wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na ten cel. Zatem bezsprzecznym jest, że to Minister ponosi odpowiedzialność za skutki wydawanych przezeń decyzji.

7] Jak już wykazano wyżej, decyzje Ministra w sprawie tworzenia ST, wydane na podstawie art. 11h ust. 2 i ust 4 specustawy, podlegały natychmiastowemu wykonaniu na mocy art. 11h ust. 9 specustawy, nawet w przypadku gdy umowa w sprawie tworzenia szpitala nie została zawarta przez podmiot wskazany w decyzji MZ i wojewodę. Zawierane przez wojewodów umowy nie rozstrzygały zatem o tworzeniu ST w danej lokalizacji, lecz miały za zadanie określenie szczegółowych warunków realizacji decyzji Ministra w tej sprawie.

8] Minister Zdrowia, jako podmiot wyznaczony w KPZK do monitorowania dostępności łóżek szpitalnych<sup>282</sup>, dysponował dostępem do informacji o sytuacji epidemicznej, które były niezbędne do właściwego dysponowania w skali kraju zasobami, służącymi do przeciwdziałania COVID-19. Nie mogli tego uczynić wojewodowie, którzy posiadali dostęp do szczegółowych danych o zasobach i sytuacji sanitarno-epidemiologicznej ograniczony do terenu ich właściwości miejscowej i którzy tylko na tym terenie mogli realizować działania związane z przeciwdziałaniem COVID-19.

9] MZ, jako podmiot składający, na podstawie upoważnienia udzielonego mu przez PRM zgodnie z art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej, dyspozycje wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na tworzenie ST we wszystkich województwach i jako organ odpowiedzialny za monitorowanie stanu łóżek szpitalnych w Polsce na podstawie KPZK<sup>283</sup>, miał dostęp do informacji o bieżących kosztach ponoszonych w związku z tworzeniem i działalnością szpitali

<sup>280</sup> KPZK Cz. B, str. 51, Katalog XXVIII zadań Ministra właściwego ds. Zdrowia. Analogiczne zapisy w KPZK z 2022, Cz. B, str. 53, Katalog XXIX.

<sup>281</sup> Art. 7 k.p.a. stanowi, że w toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli.

<sup>282</sup> KPZK Cz.B, str. 51, Katalog XXVIII, pkt 3.

<sup>283</sup> KPZK Cz. B, str. 51 Katalog XXVIII, pkt 3.

tymczasowych w całym kraju oraz o pozostającym w dyspozycji i wykorzystywanym zasobie łóżek. Dzięki temu, jako jedyny podmiot, Minister mógł zauważyć znaczące dysproporcje w tym zakresie, występujące pomiędzy poszczególnymi lokalizacjami i wykorzystywanymi modelami organizacji ST i wyciągnąć z tych obserwacji odpowiednie wnioski zarządcze, które powinny służyć zapewnieniu optymalnego gospodarowania środkami publicznymi. Natomiast niektórzy wojewodowie przeciwnie, ze względu na to, że w części województw<sup>284</sup> powstał tylko jeden szpital tymczasowy, mogli nawet nie mieć dostępu do danych, pozwalających na porównanie i ocenę efektywności funkcjonowania konkretnego modelu szpitala tymczasowego w praktyce.

10] Stwierdzenie zawarte w wyjaśnieniach Sekretarza Stanu, zgodnie z którym zrozumiałe są różnice w kosztach utworzenia i utrzymania szpitali tymczasowych powstałych w obiektach wielkopowierzchniowych i szpitali tymczasowych zorganizowanych w obiektach przeznaczonych wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych, bo rozpoczęcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach pierwotnie do tego nieprzeznaczonych wiąże się z koniecznością wykonania większego zakresu prac adaptacyjnych wskazuje, że Ministerstwo przyjmuje ten fakt jako oczywisty.

Jednak, zdaniem NIK, posiadając tę świadomość, MZ powinien był, jako organ zobowiązany do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu COVID-19, zapewnić gospodarne ich wydatkowanie poprzez zapewnienie wyboru lokalizacji ST w miejscach, gdzie zakres prac adaptacyjnych i nakłady niezbędne do uruchomienia szpitala cechowały się najwyższą efektywnością, zarówno w aspekcie ich wysokości, jak i ich trwałości. Zwrócić należy uwagę na fakt, że wytyczne i rekomendacje przesyłane z Ministerstwa Zdrowia do wojewodów odnosiły się wyłącznie do tworzenia szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych, co mogło wskazywać wojewodom, jaki model rozwiązania preferuje Minister.

11] Utworzenie, utrzymanie w *stanie pasywnym* i likwidacja ST Netto Arena w Szczecinie i poniesienie na ten cel kosztów w kwocie 29 162,2 tys. zł nie może być usprawiedliwione tym, że dzięki pozostawieniu szpitala po utworzeniu w *stanie pasywnym* nie ograniczono dostępności kadry medycznej w szpitalach patronackich. Celem działania Ministra nie mogło być wszak samo utworzenie takiej jednostki jako *swojego rodzaju rezerwy*, lecz zapewnienie miejsc dla wszystkich pacjentów wymagających hospitalizacji z powodu COVID-19, w powiązaniu z sytuacją epidemiczną w kraju i regionie działania szpitala. Tymczasem woj. zachodniopomorskie dysponowało przez cały okres epidemii wystarczającymi rezerwami łóżek z zapewnioną opieką kadry medycznej<sup>285</sup> i nie było potrzeby organizowania kolejnego szpitala w obiekcie wielkopowierzchniowym i ponoszenia z tego tytułu wysokich kosztów, które nie przyniosły efektów w postaci przeciwdziałania epidemii. Powyższy przypadek dowodzi też, że tworzenie nawet największych *rezerw* łóżek covidowych, bez zabezpieczenia dla ich obsługi odpowiedniej obsady kadrowej nie było skutecznym sposobem przeciwdziałania epidemii COVID-19, bo oprócz miejsca udzielania świadczeń i aparatury medycznej, do funkcjonowania szpitali niezbędna jest odpowiednia liczebnie i jakościowo kadra medyczna. Fakt niewykorzystania ST w Netto Arena przez ani jeden dzień świadczy o niecelowości utworzenia tego szpitala i ponoszenia kosztów związanych z jego utrzymaniem, a tym samym dowodzi, że środki zapewnienia opieki szpitalnej dla pacjentów z COVID-19 nie zostały w tym przypadku dobrane optymalnie.

<sup>284</sup> Woj. lubuskie, zachodniopomorskie, opolskie, łódzkie, wielkopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie.

<sup>285</sup> W woj. zachodniopomorskim przez cały czas epidemii odnotowywano jedno z najwyższych w kraju stany rezerw łóżek dla pacjentów z COVID-19, wyodrębnionych z ogółu łóżek szpitalnych w tym województwie. W Szczecinie działał jeden szpital tymczasowy, który także nie był w pełni wykorzystany.

Minister słusznie zwraca przy tym uwagę na fakt, iż uruchomienie szpitali, w których udzielane były świadczenia dla pacjentów chorych na COVID-19, tworzyło ryzyko osłabienia kadrowego pozostałych świadczeniodawców w regionie. Zdaniem NIK, ważnym czynnikiem pogłębiającym to ryzyko były lepsze warunki płacowe oferowane personelowi medycznemu przez szpitale leczące pacjentów z COVID-19.

W ocenie NIK, jako przyczyny powyższej nieprawidłowości należy wskazać brak opracowanego wcześniej planu budowy ST oraz nieumiejętne wykorzystywanie na etapie podejmowania decyzji o utworzeniu poszczególnych szpitali przez MZ informacji o liczbie zakażeń, hospitalizacji i liczbie łóżek covidowych (do których Minister miał dostęp jako podmiot wykonujący zadanie monitorowania wolnych łóżek szpitalnych, wynikające z KPZK Cz. B<sup>286</sup>).

Powyższe wyjaśnienia złożone przez Sekretarza Stanu w odpowiedzi na pytanie skierowane do MZ wskazują, że przyczyną opisanej wyżej nieprawidłowości była, poza powyższą okolicznością, także błędna interpretacja roli Ministra Zdrowia w procesie zarządzania kryzysowego w czasie epidemii o zasięgu ogólnokrajowym. Z wyjaśnień wynika bowiem, że Minister wychodził z założenia, że wiodącą rolę w tym zakresie odgrywają wojewodowie i to oni, zarządzając kryzysem na terenie swojego województwa, mają decydujący wpływ na lokalizację szpitali tymczasowych i przyjmowany model ich tworzenia oraz odpowiadają za kalkulację i rozliczanie kosztów związanych z funkcjonowaniem szpitali tymczasowych na terenie swojej właściwości miejscowej. Podejście takie skutkowało m.in. zaakceptowaniem przez Ministra wszystkich wniosków wojewodów dotyczących utworzenia ST w obiektach wielkopowierzchniowych<sup>287</sup>, nawet w sytuacji gdy posiadane przez MZ dane o natężeniu epidemii w danym regionie nie uzasadniały takich działań. Ponadto podejście takie (przyjęcie wiodącej roli wojewodów) skutkowało zaniechaniem utworzenia spójnego mechanizmu planowania, weryfikacji i rozliczania kosztów ponoszonych z Funduszu Przeciwdziałania COVID na tworzenie, funkcjonowanie i likwidację szpitali tymczasowych<sup>288</sup>. Kolejnym dowodem na błędne postrzeganie przez MZ jego roli w zarządzaniu sytuacją kryzysową wywołaną przez epidemię, jest oczekiwanie od wojewodów dokonania ewaluacji działań związanych z utworzeniem i funkcjonowaniem szpitali tymczasowych, pomimo tego, że to Minister Zdrowia, zgodnie z art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji, odpowiada za zasady organizacji ochrony zdrowia w Polsce.

Dopuszczając do opisanego wyżej nieefektywnego wydatkowania środków na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST w obiektach wielkopowierzchniowych oraz na udzielanie w nich świadczeń opieki zdrowotnej Minister także nierzetelnie realizował obowiązki organu upoważnionego przez PRM na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, odpowiedzialnego za zapewnienie, by wydatkowanie tych środków odbywało się w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów i optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

**3.** Minister, wypełniając dyspozycję zawartą w art. 12 *uozk*, zobowiązującą go do realizacji, zgodnie z zakresem jego właściwości, zadań dotyczących zarządzania kryzysowego, wykonywał nierzetelnie zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i nie spowodował bieżącego powiązania i dostosowywania liczby łóżek covidowych w szpitalach tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych do potrzeb wynikających z sytuacji sanitarno-

<sup>286</sup> KPZK, Cz. B, str. 51, Katalog XXVIII, pkt 3.

<sup>287</sup> Opisano wyżej w pkt. 2.5. Różnica pomiędzy wnioskiem wojewody a treścią decyzji wydanej przez MZ w/s ST we Wrocławiu dotyczyła szczegółowych postanowień, których uregulowanie nastąpiło w umowie, nie dotyczyła natomiast wyznaczenia lokalizacji ST.

<sup>288</sup> O czym mowa w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 3.

epidemiologicznej w kraju. W efekcie w szpitalach tych utrzymywana była wysoka liczba wolnych łóżek, za których *gotowość do udzielania świadczeń* Minister ponosił wydatki z puli przeznaczonej w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na finansowanie świadczeń leczniczych. Miało to miejsce w sytuacji, gdy także w pozostałych szpitalach tymczasowych i szpitalach stacjonarnych ponoszone były wysokie wydatki na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń.

W rezultacie, ze środków przeznaczonych w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na udzielanie świadczeń leczniczych, za utrzymanie *gotowości do udzielania świadczeń* przez szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych przez Ministra, nieefektywnie wydatkowano kwotę 103,8 mln zł, a w szpitalach tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych przez inne organy, wydatkowano z tego tytułu nieefektywnie dalszych 52,1 mln zł<sup>289</sup>. Z analizy danych o liczbie łóżek zajętych i wolnych uzyskanych od MZ wynika bowiem, 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 szpitalach stacjonarnych i szpitalach tymczasowych utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń i modułowych była wydzielona liczba łóżek wystarczająca dla przyjęcia wszystkich pacjentów z COVID-19 (wykres w pkt 2.10.2 powyżej). Szpitale stacjonarne i tymczasowe utworzone w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń i modułowych 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 i bezpiecznego poziomu rezerw łóżek covidowych nie było potrzebne tworzenie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych.

W związku z tym, że tworzenie szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych nie było uzasadnione ani sytuacją sanitarno-epidemiologiczną w kraju, ani też względami natury ekonomicznej<sup>290</sup>, wydatki poniesione na utrzymanie w nich *gotowości do udzielania świadczeń* należy także uznać za nieefektywne z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.

Dopuszczając do takiego wydatkowania środków na przeciwdziałanie COVID-19 Minister nierzetelnie realizował także obowiązki organu upoważnionego przez PRM na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, odpowiedzialnego za zapewnienie, by wydatkowanie tych środków odbywało się w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów i optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

(akta kontroli str. 198-203, 1444-1447, 2102-2146)

Na pytanie dlaczego, jako organ państwa sprawujący monitoring wolnych łóżek szpitalnych i posiadający z tego tytułu dane, a także podmiot uprawniony przez PRM do wydawania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, Minister nie zapewnił na poziomie kraju bieżącej korelacji liczby łóżek zarezerwowanych dla pacjentów z COVID-19 z rzeczywistym zapotrzebowaniem na te łóżka, wynikającym z sytuacji epidemiologicznej, co spowodowało, że ponoszono ze środków publicznych koszty utrzymania niewykorzystanych łóżek szpitalnych, zarezerwowanych dla pacjentów chorych na COVID-19 (przy jednoczesnym ograniczeniu dostępności do świadczeń leczniczych dla pozostałych pacjentów potrzebujących hospitalizacji z innych przyczyn), w wyjaśnieniu Sekretarz Stanu stwierdził, że *sytuacja dotycząca rozwoju epidemii, liczby zakażeń oraz*

<sup>289</sup> Ogółem na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń przez szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych utworzonych na podstawie decyzji MZ (9 przypadków), PRM (3 przypadki) i MZ we współpracy z MON (1 przypadek) wydatkowano w 155,9 mln zł.

<sup>290</sup> O czym mowa wyżej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2.

konieczności zabezpieczenia udzielania świadczenia na rzecz pacjentów z COVID-19 była na bieżąco monitorowana. (...) Podczas odbywających się wideokonferencji z Wojewodami w sposób bieżący i adekwatny do sytuacji epidemicznej poruszano przedmiotowe zagadnienie oraz wskazywano na konieczność zmniejszania lub zwiększania liczby łóżek (...) w zależności od aktualnych potrzeb w zakresie hospitalizacji pacjentów. (...) W sytuacji spadku liczby zakażeń, Wojewodowie byli zobowiązani do zmniejszania liczby łóżek dedykowanych dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Decyzje co do zakresu zmniejszenia/zwiększenia były pozostawiane w gestii Wojewodów, którzy mieli najlepszy ogłód sytuacji epidemicznej na terenie województw oraz wiedzę w zakresie możliwości podmiotów leczniczych do ewentualnego ponownego rozwinięcia niezbędnych zasobów.

Ponadto, zaznaczył, iż (...) podczas zmniejszania lub zwiększania liczby łóżek nie można było brać pod uwagę jedynie wskaźnika zachorowań. Ważne były także inne uwarunkowania, jak np. przystosowanie podmiotów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 czy sytuacja kadrowa. Znaczne zmniejszenie liczby łóżek w sytuacji spadku zachorowań mogło spowodować brak możliwości ponownego udzielania świadczeń w przedmiotowym zakresie w podmiocie leczniczym, z uwagi na niedobór personelu czy przywrócenie infrastruktury do pierwotnego stanu. Należy również podkreślić, że zakończenie działalności szpitali tymczasowych w sytuacji, gdy obywatele nie byli w odpowiednim stopniu zaszczepieni przeciwko COVID-19 mogło doprowadzić do sytuacji, jakie były obserwowane w innych krajach europejskich, gdzie liczba osób wymagających hospitalizacji znacznie przewyższała możliwości tamtejszej opieki zdrowotnej. Tym samym było konieczne utrzymanie liczby łóżek w większej liczbie w celu zapewnienia opieki wszystkim potrzebującym jej obywatelom, również w sytuacji gdyby eskalacja zagrożenia nastąpiła w sposób nagły.

Z perspektywy czasu należy zauważyć, iż zakończenie działalności wszystkich szpitali tymczasowych po zakończeniu III fali zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 spowodowałoby konieczność podjęcia ponownych działań w celu uruchomienia tych szpitali przed wystąpieniem kolejnych wzrostów zachorowań i potrzeb w zakresie hospitalizacji, co w znacznym stopniu podwyższyłoby poniesione koszty (...).

(akta kontroli str. 1950, 1954-1956)

Powyższe wyjaśnienia nie usprawiedliwiają działań Ministra, z następujących względów:

1] Monitorowanie sytuacji epidemicznej poprzez organizację telekonferencji z wojewodami nie okazało się skutecznym narzędziem pozwalającym na płynne dostosowanie liczby łóżek zarezerwowanych w szpitalach wszystkich rodzajów do bieżących potrzeb wynikających z sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju, o czym świadczą długie okresy pozostawania nadmiernych rezerw niewykorzystanych łóżek w szpitalach tymczasowych i stacjonarnych (co zostało opisane w pkt 2.10.2.).

2] Pozostawianie wojewodom swobody w obszarze ustalania liczby łóżek covidowych na terenie ich właściwości pozbawiało Ministra (podmiot wiodący, odpowiedzialny za zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju) możliwości bilansowania w skali kraju zasobów tych łóżek z potrzebami wynikającymi z rozwoju sytuacji epidemicznej. Wojewodowie mogli posiadać dobrą orientację na temat kierunków rozwoju tej sytuacji, jednak ograniczała się ona do obszaru ich właściwości miejscowej. Zatem rezerwując zasoby łóżek szpitalnych na potrzeby związane z przeciwdziałaniem COVID-19 mogli oni nie uwzględnić

niewykorzystanych rezerw utworzonych w sąsiednich województwach, co mogło prowadzić do wykreowania nadmiernych rezerw łóżek.

3] W wyjaśnieniach Sekretarz Stanu przyznaje, że jedną z przyczyn pozostawiania zarezerwowanych łóżek covidowych, w tym w szpitalach tymczasowych, pomimo spadku liczby zakażeń była obawa, że *znaczne zmniejszanie liczby łóżek w sytuacji spadku zachorowań mogło spowodować brak możliwości ponownego udzielania świadczeń w przedmiotowym zakresie w podmiocie leczniczym, z uwagi na niedobór personelu czy przywrócenie infrastruktury do pierwotnego stanu.*

Zdaniem NIK, obawa ta mogła jednak dotyczyć wyłącznie szpitali tymczasowych tworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych. To na ich potrzeby bowiem konieczna była tymczasowa adaptacja pomieszczeń, którą należałoby zlikwidować w przypadku likwidacji miejsca udzielania świadczeń (ST) i tylko w ich przypadku konieczna była na dużą skalę rekrutacja personelu medycznego spoza *szpitala patronackiego*. Natomiast w pozostałych szpitalach tymczasowych konstrukcje i instalacje, które posłużyły do adaptacji pomieszczeń na potrzeby szpitala tymczasowego mogły być, co do zasady, nadal wykorzystywane do udzielania świadczeń. Także osoby, które poprzednio pracowały w oddziałach tzw. covidowych mogły powrócić do poprzednich zajęć, a w przypadku powstania takiej konieczności można było je w sposób elastyczny skierować do opieki nad pacjentami z COVID-19.

4] Jesienią 2020 r., po upływie ponad pół roku od ogłoszenia stanu epidemii w Polsce, wiedza na temat specyfiki rozwoju koronawirusa SARS-CoV-2 posiadana przez środowiska medyczne i ośrodki zajmujące się modelowaniem matematycznym i sporządzaniem prognoz była wystarczająca, by wykluczyć nagłą i zaskakującą eskalację zachorowań, możliwość ta ograniczała się także z każdą kolejną falą zakażeń, której rozwój i specyfikę można było obserwować na całym świecie.

5] Zdaniem NIK, utrzymanie określonej liczby łóżek zarezerwowanych dla pacjentów wymagających hospitalizacji przez cały czas epidemii było uzasadnione, jednak rezerwy te nie powinny przybierać nadmiernego wymiaru, nieuzasadnionego potrzebami wynikającymi z realnej sytuacji epidemiologicznej w kraju. Zwłaszcza, że kreowanie tych rezerw odbywało się kosztem możliwości udzielania świadczeń pozostałym pacjentom ze względu na niedobory personelu medycznego i skutkowało wydatkowaniem środków publicznych na utrzymanie *gotowości do udzielania świadczeń* przez jednostki, które mogły zajmować się leczeniem chorób innych niż COVID-19. Zauważyć należy przy tym, że Minister nie ustalił optymalnego rozmiaru rezerwy łóżek covidowych na wypadek nawrotu epidemii, w stosunku do bieżącej i prognozowanej liczby hospitalizacji.

6] Z powyższych względów NIK nie sugeruje, że było konieczne zakończenie działalności wszystkich szpitali tymczasowych utworzonych w związku z COVID-19 po zmniejszeniu się liczby zakażeń wiosną 2021 r. Z utworzonych ST, po dokonaniu analizy efektywności organizacyjnej i ekonomicznej ich funkcjonowania w okresie III fali zakażeń (zima – wiosna 2021 r.) należało do dalszego działania jednak wybrać te, których utrzymanie i funkcjonowanie nie niosło ze sobą dodatkowych kosztów związanych z koniecznością pokrywania opłat czynszowych, opłat za media i ochronę. Ale informacji na temat tego, które jednostki należy zlikwidować Minister nie posiadał, bo po zaniknięciu tzw. III fali zakażeń w maju 2021 r. nie przeprowadził ewaluacji działań podjętych w związku z tworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych, do czego odniesiono się w pkt 4 nieprawidłowości poniżej.

W ocenie NIK, do powstania opisanej wyżej nieprawidłowości przyczyniło się nierzetelne wykonywanie przez MZ (*podmiot wiodący*, wyznaczony w KPZK Cz. B.), funkcji koordynującej działania pozostałych podmiotów (wyznaczonych w KPZK jako *współpracujące*) w zakresie ustalania modelu, lokalizacji oraz wielkości szpitali tymczasowych tworzonych na terenie całego kraju, czego wynikiem było utworzenie

14 szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych (z czego 13 zostało uruchomionych) dysponujących łącznie maksymalnie 4178 łózkami covidowymi. W utworzeniu i finansowaniu w oparciu o środki pochodzące z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 dziesięciu z tych szpitali, posiadających 2927 łóżek, brał udział MZ poprzez wydawanie m.in. decyzji rozstrzygających o ich lokalizacji. Przyczyną utrzymywania nadmiernych rezerw łóżek covidowych było także nieokreślenie przez MZ zasad ustalania poziomu rezerwy łóżek dla pacjentów z COVID-19, jaką należało utrzymać w zależności od bieżącej i prognozowanej liczby hospitalizacji w szpitalach stacjonarnych i tymczasowych na terenie całego kraju (choćby przez wskazanie odpowiedniego wskaźnika). MZ nie zapewnił także umiejętnego wykorzystywania informacji pochodzących z monitoringu stanu łóżek szpitalnych sprawowanego przezeń w ramach obowiązków dotyczących zarządzania kryzysowego<sup>291</sup>, do płynnego kształtowania takiego poziomu liczby łóżek covidowych, który pozwalałby jednocześnie na zachowanie bezpiecznej rezerwy łóżek wolnych i zapewnienie efektywnego wydatkowania środków na udzielanie świadczeń leczniczych pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

(akta kontroli str. 1444-1447, 2102-2146)

4. W zakresie dotyczącym finansowania świadczeń leczniczych udzielanych pacjentom z COVID-19, m.in. w szpitalach tymczasowych, Minister nierzetelnie realizował obowiązki podmiotu upoważnionego przez PRM, na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej, do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i nie wprowadził skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem i monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, służących zapewnieniu ciągłości finansowania kosztów udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 przez podmioty lecznicze.

W rezultacie, pomimo zabezpieczenia środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w puli pozostającej w jego dyspozycji, w wyniku zmiany w planie finansowym Funduszu dokonanej przez PRM 21 lipca 2021 r., Minister nie przekazał do NFZ w terminie 30 dni od złożenia przez NFZ *sprawozdania dotyczącego rozliczonych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19*, wynikającym z polecenia z 2 marca 2021 r. następujących kwot:

- Za czerwiec 2021 r. – kwoty 1 043 740,1 tys. zł na wypłatę środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w tym m.in. świadczeń udzielanych w szpitalach tymczasowych w poprzednim okresie rozliczeniowym, a opóźnienie wyniosło 93 dni w stosunku do terminu wynikającego z polecenia Ministra,
- Za lipiec 2021 r. – kwoty 836 078,2 tys. zł. na wypłatę środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w tym m.in. świadczeń udzielanych w szpitalach tymczasowych w poprzednim okresie rozliczeniowym, a opóźnienie wyniosło 62 dni w stosunku do terminu wynikającego z polecenia Ministra.

W wyniku opóźnienia w przekazywaniu środków przez Ministra wystąpiły trudności w regulowaniu zobowiązań przez NFZ, w związku z czym, w dniu 28 października 2021 r. Prezes NFZ stwierdził, że nieuregulowanie tych należności *może spowodować utratę płynności finansowej NFZ*, a 19 listopada 2021 r. Minister przekazał do NFZ zaległe środki za czerwiec i lipiec 2021 r.

(akta kontroli str. 525-526 i 540, 574-637, 2828-2831)

<sup>291</sup> KPZK Cz.B. Katalog XXVIII pkt 3



Sekretarz Stanu w Ministerstwie, odpowiadając na pytanie zadane MZ w sprawie przyczyn powstania opóźnień w przekazywaniu środków do NFZ, wskazał na to, że przebieg pandemii COVID-19 cechował się dużym poziomem nieprzewidywalności (w tym liczbą zachorowań i hospitalizacji) w związku z czym niemożliwe było precyzyjne oszacowanie poziomu wydatków z Funduszu COVID-19. Jednocześnie wskazał, że dokonywanie zmian w planie tego Funduszu jest procesem czasochłonnym, wymagającym każdorazowo przed zmianą przez KPRM zasięgnięcia opinii Ministra Finansów i Banku Gospodarstwa Krajowego oraz uzyskania akceptacji PRM. Minister mając na uwadze konieczność zapewnienia finansowania zadań w tym zakresie, kierował wnioski o zmianę w planie Funduszu COVID-19 w trybie pilnym, często już na etapie wstępnych szacunków NFZ oraz przekazywał te środki do NFZ niezwłocznie, po otrzymaniu zatwierdzonego planu po zmianach.

(akta kontroli str. 527-534 i 574-578)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa co następuje:

1] Za powstanie opisanego wyżej opóźnienia w przekazywaniu do NFZ środków na finansowanie kosztów udzielania świadczeń leczniczych, w tym w szpitalach tymczasowych odpowiada wyłącznie Minister, gdyż w wyniku dokonanej przez PRM zmiany w planie Funduszu (21 lipca 2021 r.) środki niezbędne do uregulowania zaległości wobec NFZ znalazły się już w puli pozostającej do dyspozycji Ministra.

2] Zmienność sytuacji epidemiologicznej była, po ponad roku od rozprzestrzenienia się epidemii COVID-19 na teren Polski, okolicznością znaną, co powinno zadecydować o traktowaniu jej jako ryzyko, które Minister powinien mitygować. Minister ponadto, jako podmiot wykonujący w zakresie zarządzania kryzysowego zadanie monitorowania stanu wolnych łóżek w szpitalach<sup>292</sup>, miał dostęp do bieżących danych na temat liczby zakażeń i hospitalizacji, co pozwalało na precyzyjne przewidywanie, jakiego rzędu koszty będzie trzeba ponieść w związku z udzielaniem świadczeń dla pacjentów z COVID-19 podlegających hospitalizacji.

Zdaniem NIK, okoliczności powyższe powinny były spowodować podjęcie przez Ministra działań mających na celu ograniczenie ryzyka powstawania opóźnień w przekazywaniu do NFZ środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

3] Zakłócenie ciągłości finansowania udzielania świadczeń leczniczych w toku realizacji przez podmioty lecznicze kontraktów zawieranych z NFZ, co do zasady, nie mogłoby mieć miejsca, ze względu na konieczność uprzedniego planowania wydatków, nieprzekraczalny charakter ich limitów i ustalone rygory dokonywania zmian w umowie zawieranej przez NFZ i świadczeniodawcę.

W świetle wyjaśnień złożonych w toku kontroli, za przyczynę powstania nieprawidłowości należy uznać nieskuteczność mechanizmów funkcjonujących w Ministerstwie, mających służyć zapewnieniu ciągłości finansowania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

5. MZ nierzetelnie wykonywał obowiązki Ministra kierującego działem i kierownika jednostki, odpowiedzialnych z mocy art. 69 ust. 1 pkt 1 i 3 upr za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej, którym kieruje i w kierowanym przez niego Ministerstwie, ponieważ nie przeprowadził ewaluacji działań podjętych w związku z tworzeniem funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych, która służyłaby modyfikacji zastosowanych modeli i procedur działania oraz eliminacji rozwiązań nieefektywnych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowia publicznego i wydatkowania środków publicznych ani po wygaśnięciu trzeciej fali zachorowań w Polsce (wiosną 2021 r.) ani po podjęciu decyzji o likwidacji szpitali tymczasowych 31 marca 2022 r. Było to postępowanie wbrew standardowi 6. zawartemu w komunikacie nr 23 Ministra

<sup>292</sup> KPZK Cz. B, str. 51, pkt 3.

Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych<sup>293</sup>, w którym zaleca się przeprowadzanie oceny osiągnięcia celów działań, uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności.

Zdaniem NIK, skutkiem tego zaniechania była ponadto nierzetelna realizacja następujących funkcji Ministra, wynikających z innych przepisów:

- Funkcji Ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialnego za sprawy dotyczące ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o działach – gdyż nie ocenił, które z doświadczeń dotyczących tworzenia szpitali tymczasowych i zarządzania systemem ochrony zdrowia w czasie epidemii COVID-19 przez Ministra i organy administracji rządowej powinny zostać w przyszłości uwzględnione poprzez zmiany w zasadach organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz nie mógł zidentyfikować obowiązujących regulacji, wymagających korekty;
- podmiotu wiodącego, wyznaczonego w KPZK Cz. B do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i koordynacji działań podmiotów wspierających w przypadku wystąpienia epidemii o zasięgu ogólnokrajowym – gdyż nie ocenił wdrożonych rozwiązań organizacyjnych pod kątem ich przydatności w zarządzaniu podobnymi sytuacjami kryzysowymi w przyszłości, zwłaszcza skuteczności ich działania na rzecz bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju;
- podmiotu upoważnionego na podstawie art. 65 ust 3 przez PRM do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 – gdyż nie ocenił, w oparciu o analizę dostępnej szerokiej populacji przypadków/przykładów, efektywności ekonomicznej poszczególnych modeli działania szpitali tymczasowych, ani nie wykorzystał możliwości przeprowadzenia analizy ryzyka w zakresie dysponowania środkami przeznaczonymi na zwalczanie zagrożenia epidemicznego obejmującego teren całego kraju;
- organu sprawującego na podstawie art. 162 ust. 1 ustawy o udzielaniu świadczeń, nadzór nad działalnością NFZ – gdyż nie ocenił skuteczności zastosowanego mechanizmu finansowania świadczeń leczniczych realizowanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, pod kątem możliwości generowania przez ten rodzaj działań ryzyka dla ciągłości realizacji przez NFZ jego podstawowej działalności w ramach ustawy o udzielaniu świadczeń.

Na pytanie w tej sprawie Sekretarz Stanu w Ministerstwie odpowiedział, że do przeciwdziałania epidemii wykorzystywano mechanizmy przewidziane już wcześniej w polskich przepisach w zakresie organizacji udzielania świadczeń leczniczych. Sekretarz Stanu podkreślił także bezprecedensowy charakter pandemii COVID-19 i stwierdził, że celem utworzenia szpitali tymczasowych było zwalczanie epidemii przy jednoczesnym umożliwieniu realizacji świadczeń na rzecz pacjentów z COVID-19 przy jednoczesnym pozostawieniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów z innymi schorzeniami. Minister podkreślił dalej odpowiedzialność wojewodów za wydatkowanie środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, ponieważ byli oni stroną umów na podstawie których było rozliczane to zadanie. Minister podsumował, że w świetle powyższego zasadnym wydaje się, by to wojewodowie, jako strony ww. umów dokonywali oceny funkcjonowania szpitali tymczasowych i w oparciu o wiedzę, jaką posiadali z uwagi na sprawowanie nad nimi nadzoru, proponowali zmodyfikowanie dotychczasowych modeli i procedur działania oraz eliminacji ewentualnych rozwiązań nieefektywnych

---

<sup>293</sup> Dz. Urz. MF z 2009 r. Nr 15, poz. 84.

z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowia publicznego oraz wydatkowania środków publicznych.

(akta kontroli, str. 1522-1525)

Wyjaśnienia powyższe nie usprawiedliwiają postępowania MZ z następujących powodów:

1] Wbrew twierdzeniu zawartemu w wyjaśnieniach, do przeciwdziałania epidemii wykorzystywano nie tylko mechanizmy przewidziane już wcześniej w polskich przepisach. Oparto się wprawdzie w szerokim zakresie na przepisach ustawy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych, lecz konieczne było także wprowadzenie szeregu zmian w obowiązujących przepisach, czego przykładem jest m.in. ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu<sup>294</sup>.

2] W wyjaśnieniach Ministra pominięto także fakt, iż w sytuacji kryzysowej spowodowanej epidemią COVID-19 był on zobowiązany do wykonywania obowiązków i zadań wynikających także z innych przepisów – ustawy o działach administracji, uozk, ufp, k.p.a., czy też specustawy i ustawy zmieniającej. Właśnie ze względu na nakładanie się wielu przepisów i konieczność wykonywania przez MZ obowiązków dotyczących różnych obszarów działalności państwa, tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych zasługiwało na wnikliwą analizę ze strony MZ.

3] Także z uwagi na fakt, że epidemia wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 miała bezprecedensowy charakter, Minister Zdrowia ze względu na zakres jego odpowiedzialności<sup>295</sup> powinien ze szczególną pieczołowitością przanalizować zebrane w jej toku doświadczenia i wyciągnąć odpowiednie wnioski zarządcze.

4] Jak już wspomniano wyżej<sup>296</sup>, cel utworzenia szpitali tymczasowych, jakim miało być zapewnienie dodatkowych miejsc hospitalizacji dla chorych na COVID-19, tak by można było udzielać świadczeń z zakresu opieki szpitalnej pacjentom z innymi schorzeniami w tzw. stacjonarnych szpitalach został osiągnięty w ograniczonym stopniu. Dowodzi tego ponoszenie wysokich kosztów utrzymania gotowości we wszystkich szpitalach tymczasowych, w tym zwłaszcza w szpitalach tymczasowych utworzonych w obiektach wielkopowierzchniowych i równoczesne utrzymywanie się dużej liczby łóżek wolnych, wydzielonych dla pacjentów z COVID-19, we wszystkich pozostałych szpitalach. Skutkowało to wyłączeniem tych niewykorzystanych łóżek z udzielania pozostałych świadczeń i ograniczeniem dostępności tych świadczeń dla pacjentów. Zagadnienie to podlegało ocenie w toku innej kontroli NIK<sup>297</sup>.

5] Minister Zdrowia, jako minister właściwy w tym obszarze, odpowiada za sprawy ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej w Polsce, zgodnie z art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust.1 pkt 1 i art. 34 ust.1 ustawy o działach administracji.

6] To Minister, a nie wojewodowie, został upoważniony przez PRM na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do składania dyspozycji wypłaty z Funduszu

<sup>294</sup> Dz. U. poz. 1493

<sup>295</sup> Zakres odpowiedzialności MZ wynikał m.in. z art. 33 ustawy o działach administracji, w świetle którego spoczywały na nim zadania ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialny za sprawy ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej. Na podstawie KPZK MZ był podmiotem wiodącym w toku zarządzania sytuacją kryzysową związaną z epidemią, z przepisów specustawy wynikała odpowiedzialność MZ jako podmiotu zobowiązanego do zapewnienia finansowania udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 i organu uprawnionego do wydawania decyzji na podstawie art. 10d i 11h m.in. w sprawie tworzenia szpitali tymczasowych. Ponadto z przepisów ustawy zmieniającej wynikała możliwość udzielenia MZ upoważnienia na podstawie art. 65 ust.3 do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z rachunku pomocniczego na cele związane z przeciwdziałaniem COVID-19. Natomiast z przepisów ustawy o udzielaniu świadczeń wynikała odpowiedzialność MZ za sprawowanie nadzoru - na podstawie art. 162 ust. 1 tej ustawy - nad NFZ.

<sup>296</sup> Sekcja stwierdziła nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2 argument 4.

<sup>297</sup> Informacja o wynikach kontroli P/21/055/KZD Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19, str. 28 i dalsze.

Przeciwdziałania COVID-19 środków przeznaczonych nie tylko na tworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST, lecz także na udzielania świadczeń leczniczych.

Tę drugą funkcję wykonywał za pośrednictwem i przy pomocy NFZ, a środki na ten cel zostały wyodrębnione w planie finansowym Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i wojewodowie nie mieli wpływu na ich wydatkowanie. Z tego powodu był odpowiedzialny za stworzenie spójnego systemu zarządzania wydatkowaniem obejmującego planowanie i sprawozdawanie wydatków i zapewnienie dokonywania wydatków na cele zgodne z celami, dla których utworzono Fundusz Przeciwdziałania COVID-19.

Przeprowadzenie oceny skuteczności działania tego systemu w kontekście osiągania założonych celów jest także zadaniem Ministra właściwego ds. kierowania działem administracji, określonym w pkt. 6. standardów kontroli zarządczej ogłoszonych w komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych<sup>298</sup>.

7] Do zadań Ministra, jako podmiotu wiodącego odpowiedzialnego w świetle KPZK za koordynację działań *podmiotów wspierających* i za zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju należało także określenie sposobu, trybu i metod zapewnienia wystarczającej liczby łóżek szpitalnych dla pacjentów w czasie epidemii i podjęcie racjonalnej decyzji o tym, w jaki sposób będzie ten cel realizowany – czy poprzez tworzenie szpitali tymczasowych w miejscach niewykorzystywanych uprzednio do udzielania świadczeń, czy też poprzez adaptację obiektów służących już wcześniej udzielaniu świadczeń, czy też przez realizację szpitali mobilnych w technologii modułowej lub też z wykorzystaniem wszystkich tych modeli. Wojewodowie ograniczeni ich właściwością miejscową, nie mogli podejmować takich decyzji systemowych, dotyczących całego kraju w sytuacji gdy epidemia przybiera zasięg ogólnokrajowy (do tego zagadnienia odniesiono się także w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 2 pkt 2*).

8] Wskazując wojewodów jako podmioty odpowiedzialne za ocenę szpitali tymczasowych z tego względu, że podpisywali oni umowy z podmiotami odpowiedzialnymi za ich tworzenie i funkcjonowanie Sekretarz Stanu pomija także fakt, że w wielu przypadkach umowy były podpisywane nie przez wojewodów, lecz przez MAP (9 przypadków), czy też Ministra Szefa KPRM (2 przypadki). Także udział w tworzeniu szpitali tymczasowych centralnych organów państwa w sposób oczywisty wymaga, by równorzędny im organ, do którego właściwości należą sprawy z zakresu ochrony zdrowia, prowadził koordynację podejmowanych działań i by był to organ wiodący, w rozumieniu norm obowiązujących w obszarze zarządzania kryzysowego, właściwy do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i koordynacji działań podejmowanych przez inne podmioty. Zasada taka została jasno sformułowana w KPZK<sup>299</sup> Cz. B.

9] Na Ministrze Zdrowia spoczywała odpowiedzialność za gospodarne wydatkowanie środków przeznaczonych na przeciwdziałanie COVID-19 w ST, zarówno w przypadku gdy jego udział w tworzeniu szpitala ograniczył się do wydania decyzji nakazującej udostępnienie obiektu i/lub jego dostosowanie do potrzeb ST, a pozostałe działania regulowała stosowna umowa pomiędzy wskazanymi w niej podmiotami, jak i w przypadku, gdyby do zawarcia umowy nie doszło i tworzenie i organizacja szpitala musiała odbywać się wyłącznie na podstawie decyzji wydanej przez Ministra, zgodnie z art. 11h ust. 9 specustawy. W świetle bowiem powyższych zasad, umowa jedynie konkretyzowała sposób wykonania obowiązku nałożonego przez Ministra.

<sup>298</sup> 8 ST prowadzonych było przez państwowe uczelnie medyczne podlegające nadzorowi Ministra Zdrowia w ramach działu zdrowie.

<sup>299</sup> KPZK Cz. B. str. 67 – patrz także pkt 1.1. nin. wystąpienia.

Z uwagi na wszystkie te okoliczności, a także w obliczu ryzyka pojawienia się w przyszłości zagrożeń podobnych do epidemii COVID-19 Minister powinien przeprowadzić dogłębną, wieloaspektową analizę doświadczeń z ponad dwuletniego okresu pandemii, by usystematyzować nabytą wiedzę i wykluczyć na przyszłość wykorzystywanie rozwiązań nieefektywnych z punktu widzenia organizacji polskiego systemu ochrony zdrowia i wydatkowania środków publicznych.

W świetle złożonych w toku kontroli wyjaśnień, za przyczynę zaniechania przez MZ dokonania oceny realizacji przez niego ww. zadań w czasie epidemii COVID-19, należy uznać m.in. przyjęcie przez MZ stanowiska, że epidemia jest zjawiskiem o *przejściowym charakterze*, a eksploatacja ST ma *charakter czasowy, stanowiąc rozwiązanie doraźne*. Stwierdzenie to, mające uzasadniać odstępianie od regulowania w drodze ustawy specjalnego statusu szpitali tymczasowych<sup>300</sup> wskazuje bowiem na traktowanie doświadczeń okresu epidemii jako epizodycznych, co jest podejściem błędnym wobec skutków i zmian spowodowanych przez trwającą dwa lata epidemię.

Sam Sekretarz Stanu w Ministerstwie wskazuje w jednych z wyjaśnień, że *na efektywność walki z pandemią należy spojrzeć w sposób holistyczny*<sup>301</sup>, potwierdzając przez to, iż zagadnienie wymaga holistycznej oceny ze strony organu, któremu przypisano kluczową rolę w zwalczaniu epidemii. Ponadto – o czym wspomniano już wyżej, MZ niezasadnie przypisywał nadmierną rolę w procesie zarządzania tworzeniem szpitali tymczasowych wojewodom, pomimo tego, że to on jako jedyny organ był wskazany do koordynacji działań *podmiotów wspierających* służących przeciwdziałaniu epidemii i jako jedyny posiadał dostęp do szerokiego zakresu danych o zasobach (personelu medycznym, sprzęcie itp.) oraz potrzebach jakie należało zaspokoić w skali kraju w celu skutecznego zwalczania COVID-19.

#### OCENA CZĄSTKOWA

#### **NIK ocenia negatywnie działania Ministra podejmowane na etapie organizacji, funkcjonowania i likwidacji szpitali tymczasowych, co uzasadniają następujące oceny szczegółowe:**

Na etapie organizacji ST, które były finansowane na podstawie dyspozycji wypłaty składanej przez MZ w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, Minister nieprawidłowo wykonywał obowiązki organu administracji, odpowiedzialnego za wydawanie poleceń skierowanych do podmiotów określonych w art. 11h ust. 2 i 4 w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 i wydał wszystkie 26 decyzji administracyjnych związanych z tworzeniem szpitali tymczasowych bez przeprowadzenia postępowania administracyjnego, przewidzianego w art. 11h ust. 2 i 4 specustawy, w związku z art. 104 k.p.a. To podejście, które nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach, stosowane jako zasada, skutkowało naruszeniem podstawowych reguł postępowania administracyjnego (praworządności, informowania stron, przekonywania, pisemności) i sprawiło, iż organ przed wydawaniem decyzji administracyjnych w sprawie tworzenia ST nie przeprowadził udokumentowanych czynności w celu dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, dotyczącego warunków organizacji szpitali ST, w tym ich lokalizacji.

Minister, wypełniając dyspozycję zawartą w art. 12 *uozk*, zobowiązującą go do realizacji, zgodnie z zakresem jego właściwości, zadań dotyczących zarządzania kryzysowego, wykonywał w sposób nierzetelny zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju, w tym wynikające z KPZK Cz. B<sup>302</sup>. Na etapie wydawania decyzji administracyjnych MZ nie zapewnił bowiem koordynacji

<sup>300</sup> Sekcja Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 2.

<sup>301</sup> Sekcja Stwierdzone nieprawidłowości Obszar 1 pkt 1.

<sup>302</sup> KPZK, Cz.B. str. 51, Katalog XXVIII, pkt 4

działań wojewodów przy doborze lokalizacji, określaniu skali potrzeb i wielkości tych szpitali.

Minister akceptował co do zasady propozycje lokalizacji poszczególnych szpitali, zawarte we wnioskach wojewodów, co skutkowało powstaniem dziesięciu<sup>303</sup> ST w obiektach wielkopowierzchniowych. W rezultacie na koszty związane z utworzeniem, funkcjonowaniem i likwidacją tych dziesięciu szpitali tymczasowych, na podstawie złożonych przez Ministra dyspozycji wypłaty środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, kwotę 417 715,3 tys. zł wydatkowano niecelowo, bez zachowania zasady doboru optymalnych metod i środków służących osiągnięciu założonych celów i bez zachowania zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

Sytuacja sanitarno-epidemiologiczna w Polsce nie uzasadniała bowiem tworzenia na szeroką skalę ST w obiektach wielkopowierzchniowych, skoro staraniem MZ, PRM, MON i wojewodów oraz pozostałych organów, każdego dnia w szpitalach stacjonarnych i pozostałych szpitalach tymczasowych<sup>304</sup> zabezpieczono łóżka w liczbie wystarczającej do hospitalizacji wszystkich potrzebujących tego pacjentów chorych na COVID-19.

Rozpoczęcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach pierwotnie do tego nieprzeznaczonych wiązało się z koniecznością wykonania większego zakresu prac adaptacyjnych i związanych z likwidacją oraz powodowało konieczność uiszczania opłat za wynajem, media i pokrywania kosztów ochrony ST<sup>305</sup>, co łącznie pochłonęło 154,3 mln zł. W pozostałych szpitalach tymczasowych finansowanych na podstawie dyspozycji Ministra, opłaty te były znacząco niższe lub nie występowały wcale. Z tego też powodu koszty ponoszone w szpitalach w obiektach wielkopowierzchniowych były w przeliczeniu na utworzone jedno łóżko i jednego leczonego pacjenta odpowiednio dwu- i czterokrotnie wyższe niż w pozostałych szpitalach tymczasowych, finansowanych na podstawie dyspozycji składanych przez MZ.

Ponadto, wydatki na ST w obiektach wielkopowierzchniowych posłużyły uzyskaniu rezultatu o krótkotrwałym charakterze, bowiem ST w obiektach wielkopowierzchniowych uległy likwidacji po zakończeniu działalności, a koszty poniesione na ich utworzenie, funkcjonowanie i likwidację zostały tym samym utracone. Tymczasem nakłady na utworzenie pozostałych szpitali tymczasowych, w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych, w kwocie 131,9 mln zł, przyniosły trwały efekt w postaci poprawy infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Minister, wypełniając dyspozycję zawartą w art. 12 *uozk*, zobowiązującą go do realizacji, zgodnie z zakresem jego właściwości, zadań dotyczących zarządzania kryzysowego, wykonywał nierzetelnie zadanie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i nie spowodował bieżącego powiązania i dostosowywania liczby łóżek covidowych w utworzonych szpitalach tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych do potrzeb wynikających z sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w kraju, w wyniku czego w szpitalach tych utrzymywana była wysoka liczba wolnych łóżek, za których *gotowość do udzielania świadczeń* Minister ponosił wydatki z puli przeznaczonej w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na finansowanie świadczeń leczniczych. Miało to miejsce w sytuacji, gdy także w szpitalach tymczasowych utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych i szpitalach modułowych ponoszone były wysokie wydatki na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń.

<sup>303</sup> Obiekty halowe: w Krakowie, Katowicach, Łodzi, Lublinie, Opolu, Kielcach, Wrocławiu, Białymstoku, Poznaniu i Szczecinie – decyzje w sprawie realizacji świadczeń, udostępnienia i przystosowania obiektu itp.

<sup>304</sup> ST utworzone w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych i szpitalach modułowych.

<sup>305</sup> W dziesięciu ST w obiektach wielkopowierzchniowych zapłacono łącznie 154,3 mln zł za czynsz, opłaty za media i ochronę i koszty likwidacji.

W rezultacie, że środków przeznaczonych w Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na udzielanie świadczeń leczniczych, za utrzymanie *gotowości do udzielania świadczeń* przez szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych przez Ministra, nieefektywnie wydatkowano kwotę 103,8 mln zł, a w szpitalach tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, utworzonych przez inne organy, wydatkowano z tego tytułu nieefektywnie dalszych 52,1 mln zł<sup>306</sup>.

NIK uznaje bowiem, że skoro dla zapewnienia miejsc hospitalizacji dla chorych na COVID-19 i bezpiecznego poziomu rezerw łóżek covidowych nie było potrzebne tworzenie szpitali tymczasowych w obiektach wielkopowierzchniowych, to wydatki poniesione na utrzymanie w nich *gotowości do udzielania świadczeń* należy także uznać za nieefektywne z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.

Dopuszczając do opisanego wyżej nieefektywnego wydatkowania środków zarówno na utworzenie, funkcjonowanie i likwidację ST jak i na udzielanie w nich świadczeń mających na celu przeciwdziałanie COVID-19, Minister nierzetelnie realizował obowiązki organu upoważnionego przez PRM na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej do składania dyspozycji wypłaty środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, odpowiedzialnego za zapewnienie, by wydatkowanie tych środków odbywało się w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów i optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Minister nierzetelnie realizował obowiązki podmiotu upoważnionego przez PRM, na podstawie art. 65 ust. 3 ustawy zmieniającej, do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i nie wprowadził skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem i monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków z powyższego źródła, służących zapewnieniu ciągłości finansowania kosztów udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 przez podmioty lecznicze, w tym również świadczeń udzielanych w szpitalach tymczasowych. W rezultacie łączna kwota 1 879 818,3 tys. zł nie została przekazana do NFZ w terminie wynikającym z polecenia Ministra z 2 marca 2021 r. pomimo tego, że w wyniku zmiany w planie finansowym Funduszu dokonanej przez PRM 21 lipca 2021 r., środki na ten cel zostały zabezpieczone w puli pozostającej w dyspozycji MZ.

MZ nierzetelnie wykonywał obowiązki Ministra kierującego działem i kierownika jednostki odpowiedzialnych z mocy art. 69 ust. 1 pkt 1 i 3 ufp za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej, którym kieruje i w kierowanym przez siebie Ministerstwie, ponieważ nie przeprowadził ewaluacji działań podjętych w związku z tworzeniem funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych ani w trakcie epidemii, ani po podjęciu decyzji o likwidacji szpitali tymczasowych 31 marca 2022 r.

Tym samym MZ odstąpił od ewaluacji sposobu wykonywania przez Ministra i Ministerstwo szeregu obowiązków, nałożonych na niego mocą ustaw, takich jak: 1] funkcja Ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialnego za sprawy dotyczące ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej na podstawie art. 4 ust. 2 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 1 ustawy o działach administracji, 2] funkcja *podmiotu wiodącego* wyznaczonego w KPZK Cz.B. do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju i koordynacji działań podmiotów wspierających w przypadku wystąpienia epidemii o zasięgu ogólnokrajowym, 3] funkcja podmiotu upoważnionego na podstawie art. 65 ust 3 przez PRM do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, 4] funkcja organu

<sup>306</sup> Ogółem na utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń przez szpitale tymczasowe w obiektach wielkopowierzchniowych utworzonych na podstawie decyzji MZ (9 przypadków), PRM (3 przypadki) i MZ we współpracy z MON (1 przypadek) wydatkowano w 155,9 mln zł.

sprawującego na podstawie art. 162 ust. 1 ustawy o udzielaniu świadczeń nadzór nad działalnością NFZ.

#### IV. Uwagi i wniosek

Uwagi

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

1. Wykonywania decyzji podjętych przez RZZK w czasie zarządzania kryzysowego.
2. Zapewnienia podejmowania z odpowiednim wyprzedzeniem działań mitygujących ryzyka dla bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju.
3. Rzetelnego wykonywania obowiązków *podmiotu wiodącego* wyznaczonego w KPZK do koordynacji i inicjowania działań w czasie sytuacji kryzysowej wywołanej epidemią o zasięgu ogólnokrajowym.
4. Rzetelnego wykorzystywania kompetencji ministra właściwego ds. zdrowia do inicjowania i opracowywania polityki Rządu w zakresie ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej, wynikającej z art. 33 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji, do dokonywania zmian w przepisach powszechnie obowiązujących przed przystępowaniem do działań, dla których zmiana tych przepisów jest niezbędna dla zapewnienia ich legalności.
5. Opracowywania kompletnych i rzetelnych procedur i wytycznych dla *podmiotów współpracujących* w toku zarządzania sytuacją kryzysową z uwzględnieniem wyników przeprowadzonych analiz, zwłaszcza w sytuacji, gdy projektowane metody i narzędzia działań mają być zastosowane po raz pierwszy.
6. Opracowania, wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania adekwatnych, skutecznych i efektywnych narzędzi służących gospodarnemu zarządzaniu wykorzystaniem środków publicznych w sytuacji gdy procedury kontroli zarządczej istniejące w Ministerstwie nie obejmują danej kategorii wydatków lub źródeł środków.
7. Zapewnienia wydatkowania środków publicznych pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w sposób celowy i zgodny z zasadą doboru optymalnych metod i środków służących osiągnięciu celów i zasadą uzyskiwania najlepszych efektów z poniesionych nakładów, i pozwalający na terminowe regulowanie zobowiązań wobec podmiotów udzielających świadczeń leczniczych związanych z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19.
8. Zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w dziale administracji rządowej za który odpowiada MZ i w Ministerstwie, w szczególności poprzez dokonywanie, zgodnie ze standardem 6. kontroli zarządczej, określonym w Komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej, oceny podejmowanych działań, uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i celowości.
9. Przeprowadzania postępowania administracyjnego w sprawach związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 z zachowaniem praw stron i zgodnie z zasadami wynikającymi z k.p.a., z uwzględnieniem zmian wprowadzonych na podstawie specustawy.

Wniosek

Uwzględniając, że Minister Zdrowia realizuje w czasie stanu epidemii szereg zadań i funkcji wynikających z regulacji dotyczących różnych obszarów działania Państwa, dla zapewnienia warunków dla rzetelnego wykonywania: zadań ministra właściwego ds. zdrowia, odpowiedzialnego za sprawy dotyczące ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej, zadań podmiotu wiodącego wyznaczonego



do zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju, zadań podmiotu upoważnionego, na podstawie art. 65 ust. 3 specustawy przez PRM do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz zadań organu sprawującego nadzór nad działalnością NFZ, na podstawie art. 162 ust. 1 ustawy o udzielaniu świadczeń, wskazując także na konieczność doskonalenia działania administracji publicznej, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o dokonanie kompleksowej oceny działalności Ministra i systemu ochrony zdrowia w Polsce w zakresie dotyczącym tworzenia, funkcjonowania i likwidacji szpitali tymczasowych, oraz finansowania świadczeń leczniczych udzielanych w tych szpitalach.

## 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 wniosku pokontrolnego 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