



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Marian Banaś

LKA. 410.009.01.2023

Pan
Donald Tusk
Prezes Rady Ministrów

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

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/055 – Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych
w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 50 00, F +48 22 444 57 93
nik@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Donald Tusk, Prezes Rady Ministrów ² od dnia 13 grudnia 2023 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Mateusz Morawiecki w okresie od 11 grudnia 2017 r. do 13 grudnia 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2023 (I kwartał) do dnia zakończenia czynności kontrolnych ³ , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie oraz danych za okresy wcześniejsze lub późniejsze mające bezpośredni związek z badanym zagadnieniem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Andrzej Pakuła, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr LKA/79/2023 z 3 kwietnia 2023 r., nr LKA/206/2023 z 21 września 2023 r., nr LKA/250/2023 z 7 grudnia 2023 r., LKA/33/2024 r. z 22 stycznia 2024 r., nr LKA/111/2024 z 16 maja 2024 r. oraz nr LKA/178/2024 z 27 sierpnia 2024 r. 2. Stanisław Tarnowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/85/2023 z 14 kwietnia 2023 r. (akta kontroli str. 1-8, 418-421 i 927)

¹ Dalej: KPRM lub Kancelaria Premiera.

² Dalej: Prezes RM lub PRM.

³ W dniu 29 sierpnia 2024 r.

⁴ Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działania Prezesa Rady Ministrów dotyczące szacowania potrzeb, pozyskiwania, udostępniania i przekazywania sprzętu i aparatury medycznej w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19, a także działania w zakresie zagospodarowania tego sprzętu i aparatury medycznej.

W pierwszych 11 miesiącach trwania epidemii COVID-19 w Polsce (od marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r.) w zakresie dotyczącym zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w sprzęt i aparaturę medyczną Prezes RM nierzetelnie realizował – wynikający z art. 148 pkt 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁶ – obowiązek koordynacji działań Ministra Zdrowia⁷ oraz ministrów odpowiedzialnych za stan rezerw państwa służących przeciwdziałaniu epidemii na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych⁸. Kolejni ministrowie bezpośrednio odpowiedzialni za rezerwy strategiczne⁹ oraz MZ i Minister Szef KPRM¹⁰ od marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r. bez rzetelnego oszacowania potrzeb co do wielkości i asortymentów rezerw strategicznych, jak również związanych z tym kosztów, dokonywali samodzielnie zakupów sprzętu i aparatury medycznej celem uzupełnienia braków w zaopatrzeniu¹¹, bądź wydawali polecenia w tym przedmiocie Agencji Rezerw Materiałowych¹².

W okresie od wejścia w życie ustawy z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych¹³ (23 lutego 2021 r.) do odwołania stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce (1 lipca 2023 r.¹⁴) PRM nierzetelnie koordynował działania MZ w zakresie tworzenia rezerw strategicznych (w związku z epidemią) oraz nierzetelnie realizował obowiązki organu odpowiedzialnego bezpośrednio za rezerwy strategiczne i nadzór nad Rządową Agencją Rezerw Strategicznych¹⁵.

Powyższe doprowadziło do dokonywania nadmiernych zakupów sprzętu i aparatury medycznej przeznaczonych do zapobiegania i zwalczania COVID-19. Zakupy te realizowane były na taką skalę, że po zaspokojeniu zgłoszonych w tym zakresie potrzeb¹⁶ w zasobach RARS – po czterech miesiącach od odwołania stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce (na dzień 31 października 2023 r.) – pozostał

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483, ze zm., dalej: *Konstytucja RP*.

⁷ Dalej: MZ. Minister właściwy ds. zdrowia nadzorował działanie Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych, stanowiącej rezerwę na wypadek wystąpienia epidemii (vide: wystąpienie pokontrolne do MZ z kontroli P/20/062 z dnia 7 października 2021 r. pkt 1.7. str. 11). Ponadto MZ uzyskał niezależne od PRM prawo do tworzenia i dysponowania rezerwami medycznymi na cele zwalczania COVID-19 na podstawie art. 46d ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023 r. poz. 1284, ze zm.), dalej: *ustawa o zapobieganiu zakażeniom*.

⁸ Dz.U. z 2020 r. poz. 2051, dalej: *ustawa o rezerwach strategicznych z 2010 r.*

⁹ W okresach: od 15 lutego 2019 r. do 20 marca 2020 r. Ministrem odpowiedzialnym za stan rezerw strategicznych był Minister Aktywów Państwowych, od 21 marca 2020 r. do 5 października 2020 r. Minister Klimatu, od 6 października 2020 r. do 22 lutego 2021 r. Minister Klimatu i Środowiska, a od 23 lutego 2021 r. do 1 lipca 2024 r. Prezes Rady Ministrów.

¹⁰ Na podstawie upoważnienia udzielonego przez PRM Minister Szef KPRM 13 kwietnia 2020 r. zawarł z KGHM Polska Miedź SA (dalej: KGHM) umowę na dostawy wyposażenia i sprzętu medycznego oraz środków ochrony osobistej, co zostało szczegółowo opisane i ocenione w wystąpieniu pokontrolnym z kontroli P/20/062 z 7 października 2021 r. pkt 2.9.1. str. 20.

¹¹ MZ i Minister Szef KPRM samodzielnie dokonywali zakupów sprzętu i aparatury medycznej od podmiotów działających na rynku (także pośredników), co zostało kompleksowo opisane w Informacji o wynikach kontroli P/20/062 *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19*, Warszawa, wrzesień 2023, str. 60 i dalsze. Dalej: Informacja covidowa NIK.

¹² Dalej: ARM lub Agencja. Zgodnie z art. 46d *ustawy o zapobieganiu zakażeniom* rezerwy medyczne, których utworzenie polecił Minister Zdrowia, podlegały odtworzeniu z mocy prawa, wobec czego dla wstrzymania uzupełniania rezerw konieczne było wydanie przez MZ polecenia uchylającego decyzję poprzednią. Pozostawanie w mocy powyższych poleceń prowadziło do automatycznego uzupełniania stanu rezerw do poziomu wyznaczonego w wydanym poleceniu, nawet w przypadku zaspokojenia potrzeb zgłaszanych przez podmioty lecznicze w tym zakresie. Do zagadnienia odniesiono się szczegółowo w wystąpieniu z niniejszej kontroli skierowanym do Ministra Zdrowia.

¹³ Dz.U. z 2023 r. poz. 294, dalej: *ustawa o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

¹⁴ Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. poz. 1118), dalej: *rozporządzenie w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19 lub rozporządzenie z dnia 14 czerwca 2023 r.*

¹⁵ Dalej: RARS lub Agencja.

¹⁶ Potrzeby były zgłaszane głównie przez wojewodów i podmioty lecznicze.

sprzęt i aparatura medyczna o wartości (według cen zakupu) nie mniejszej niż 350 mln zł¹⁷. W ocenie NIK środki publiczne przeznaczone na zakup urządzeń w liczbie znacznie wykraczającej poza obiektywne potrzeby wynikające z przebiegu epidemii (z uwzględnieniem konieczności utrzymania odpowiedniego poziomu rezerw) nie zostały wydane w sposób optymalny, tj. celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, a ich wydatkowanie nie przyczyniło się do realizacji celu, na który zostały wyasygnowane, tj. do przeciwdziałania epidemii COVID-19.

Skutkiem braku należytej realizacji przez PRM obowiązku koordynacji było również niezapewnienie przyjęcia przez Radę Ministrów w wymaganym terminie *Rządowego Programu Rezerw Strategicznych na lata 2022-2026* (opóźnienie wyniosło 115 dni w stosunku do terminu wyznaczonego ustawą na dzień 31 maja 2022 r.¹⁸).

Niezgodnie z art. 3 w związku z art. 14 ust. 1 pkt 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* wydano decyzję PRM zobowiązującą RARS do utworzenia poza ww. *Programem* rezerwy złożonej łącznie z 20 sztuk specjalistycznej aparatury diagnostycznej o wielomilionowej wartości¹⁹. Decyzja ta została wydana 4 lipca 2023 r., tj. po odwołaniu od 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego, zatem nie występowały, już określone we wskazanych przepisach okoliczności uzasadniające tworzenie pozaplanowych rezerw strategicznych, w postaci zagrożenia zdrowia publicznego, klęski żywiołowej lub innej sytuacji kryzysowej. Ponieważ Minister Zdrowia, działający jako podmiot wiodący w trakcie sytuacji kryzysowych wywołanych epidemią²⁰, *rozporządzeniem z dnia 14 czerwca 2023 r.* odwołał stan zagrożenia epidemicznego na terenie kraju, od tego momentu zaopatrywanie podmiotów leczniczych w sprzęt powinno być zapewnione w ramach standardowych – opartych o przepisy dotyczące zamówień publicznych – konkurencyjnych procedur, umożliwiających optymalne wydatkowanie środków publicznych, a nie z wykorzystaniem do tego celu szczególnych mechanizmów przewidzianych dla tworzenia rezerw strategicznych.

PRM z naruszeniem przepisów prawa, skutkującym niegospodarnością, realizował zadania dotyczące udostępniania rezerw strategicznych. Podejmując obowiązki organu upoważnionego na podstawie art. 19 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* do dysponowania rezerwami strategicznymi PRM (lub osoby działające z jego upoważnienia) wydał w okresie od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. łącznie 655 decyzji w sprawie udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej. Przyczyniło się to do zapewnienia zaopatrzenia w te produkty świadczeniodawców zaangażowanych w zwalczanie epidemii COVID-19, jednak:

- w przypadku 480 decyzji PRM, wbrew dyspozycji art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, nie wskazano czy udostępnienie rezerwy następuje z obowiązkiem zwrotu. Zamiast tego w 480 przedmiotowych decyzjach – bez podstawy prawnej – wyposażono wojewodów w możliwość władczego

¹⁷ W stosunku do całości zakupionego przez ARM/RARS sprzętu i aparatury medycznej (w okresie od marca 2020 r. do końca czerwca 2023 r.) według stanu na 31 października 2023 r. nie wykorzystano następującego asortymentu: 77,4% stołów operacyjnych, 65,7% analizatorów markerów, 67,6% laryngoskopów i laryngoskopów z łyżkami, 55,3% wideolaryngoskopów, 35,3% aparatów RTG, 30,2% kardiomonitorów i monitorów do monitorowania funkcji życiowych pacjenta, 29,3% aparatów do wysokoprzepływowej terapii donosowej, 27,6% aparatów EKG, 23,2% respiratorów oraz 81,3% urządzeń do transportu chorych zakaźnie i 36,0% kabin izolacyjnych.

¹⁸ Zgodnie z ówczesnie obowiązującym brzmieniem art. 10 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, Rada Ministrów, na wniosek Prezesa Rady Ministrów złożony w terminie nie później niż do dnia 30 kwietnia danego roku, w drodze uchwały, przyjmuje RPRS lub jego aktualizację nie później niż do dnia 31 maja danego roku.

¹⁹ Decyzja z dnia 4 lipca 2023 r. Nr 138/R/23.

²⁰ Zgodnie z Krajowym Planem Zarządzania Kryzysowego w Cz. A i Cz. B, 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.

rozstrzygania o charakterze rozdysponowania rezerw (z obowiązkiem zwrotu bądź bez takiego obowiązku zwrotu). Ponadto decyzje te posługiwały się niejednoznacznymi sformułowaniami odnoszącymi się do dysponowania sprzętem i aparaturą medyczną („bezzwrotność”, „bezpłatność”, „bezterminowość” przekazania), co dodatkowo pozwalało wojewodom na niejednolitą interpretację postanowień tych aktów administracyjnych.

W konsekwencji zarówno wojewodowie, jak i podmioty, którym przekazano poszczególne urzędnienia, nie mogli określić w sposób bezsporny, jakie uprawnienia przysługują im w stosunku do udostępnionego lub wydanego do użycia asortymentu. Skutkiem tego jest brak pewności, czyją własność stanowią urzędnienia wydane do użycia i kto ponosi koszty ich utrzymania, a także ryzyko, że choć urzędnienia te mogą stanowić własność Skarbu Państwa, to pozostają faktycznie w dyspozycji podmiotów leczniczych, nie będąc przy tym odpowiednio zabezpieczone czy utrzymywane w należyłym stanie technicznym;

- w 332 decyzjach PRM nie określono obowiązku zwrotu udostępnianego asortymentu po ustaniu okoliczności uzasadniających wykorzystanie rezerw strategicznych (zwalczanie epidemii COVID-19), mimo że przekazywany sprzęt i aparatura medyczna posiadały wysoką wartość jednostkową (łączna wartość urzędzeń wynosiła co najmniej 1 203,1 mln zł) i nadawały się do wieloletniego użytkowania²¹. Tymczasem PRM – do którego obowiązków należało zabezpieczenie interesów majątkowych Skarbu Państwa również w zakresie rezerw strategicznych (art. 148 pkt 1 i 2 w zw. z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP* oraz w zw. z art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych 2020 r.*) – powinien zadbać, by nabyty ze środków publicznych asortyment rezerw strategicznych, po zrealizowaniu celu udostępnienia, został do tych rezerw zwrócony, w celu umożliwienia ponownego wykorzystania w przypadku zaistnienia takiej potrzeby. Brak tej dbałości stanowił przejaw niegospodarności;
- działaniem pozbawionym podstawy prawnej było wydanie w okresie od 7 sierpnia 2023 r. do 23 października 2023 r. 19 decyzji PRM o udostępnieniu wojewodom z rezerw strategicznych 19 szt. aparatury diagnostycznej²² o wysokiej wartości jednostkowej (8 rezonansów magnetycznych²² i 11 tomografów komputerowych²³) i łącznej wartości ewidencyjnej 69 833,5 tys. zł. W dacie wydania tych decyzji nie zachodziły przesłanki do dalszego stosowania procedur właściwych dla sytuacji kryzysowych (przewidzianych w powołanym w decyzjach art. 19 ust. 1 i 2 w zw. z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*), bowiem z dniem 1 lipca 2023 r. odwołano stan zagrożenia epidemicznego wywołany COVID-19.

W istocie, pod pretekstem tworzenia i udostępniania rezerw strategicznych, uzupełniano wyposażenie określonych placówek medycznych. Wskazane urzędnienia z założenia nie miały bowiem stanowić składnika rezerw, gdyż od samego początku asortyment miał już wyznaczonego końcowego użytkownika, a ustalone z nim parametry techniczne urzędzeń nie pozwalały na ich relokację pomiędzy podmiotami leczniczymi bez ponoszenia znacznych kosztów. W takiej sytuacji Agencja stawiała się jedynie pośrednikiem w procesie dokonywania zakupu, za to niestosującym konkurencyjnych procedur, jakie musiałby zastosować podmiot leczniczy w przypadku pozyskania środków

²¹ Zatem spełniały kryteria dla środków trwałych wskazane w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.) oraz w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2805, ze zm.).

²² Z 20 szt. asortymentów z utworzonych rezerw po 1 lipca 2023 r.

²³ Dalej: MR.

²⁴ Dalej: TK.

na zakup takich urządzeń (konieczność samodzielnego przeprowadzenia przetargu).

Ponadto termin rozdysponowania części sprzętu objętego tymi decyzjami zbiegł się z kampanią wyborczą przed zaplanowanymi na 15 października 2023 r. wyborami do parlamentu. W 14 przypadkach o przekazaniu sprzętu podmiotom leczniczym informowali społeczności lokalne i media ówcześni wojewodowie, bądź inni politycy ubiegający się o mandat z okręgu, w którym funkcjonowała placówka wskazywana w decyzjach jako odbiorca sprzętu;

- decyzje PRM o udostępnianiu rezerw wydawano ze zwłoką, co było nierzetelne. Dotyczyło to 26% badanej próby (50) takich decyzji, które zostały wydane po ponad dwunastu dniach (od 13 do 54 dni) od zgłoszonych wniosków o udostępnienie rezerw, w sytuacji gdy art. 19 ust. 6 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* wymagał niezwłocznego działania. Zauważyć należy, że zarówno same opóźnienia w wydawaniu decyzji, jak również ich skala, mogły rzutować na skuteczność działań podejmowanych przez właściwe podmioty lecznicze w zakresie zwalczania epidemii COVID-19.

W okresie objętym kontrolą PRM nierzetelnie wykonywał obowiązki organu odpowiedzialnego za zabezpieczenie interesów majątkowych Skarbu Państwa, w tym za gospodarne i celowe wykorzystanie powierzonych mu środków publicznych (art. 148 pkt 1 i 2 w związku z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP* oraz art. 4 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*) oraz za tworzenie i dysponowanie rezerwami strategicznymi (na podstawie art. 13, 14 i 19 w związku z art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*), a także podmiotu upoważnionego do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (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*²⁴) i z tego tytułu odpowiedzialnego za wykorzystanie środków tego funduszu w sposób celowy i gospodarny.

PRM nie opracował procedur opisujących zasady i tryb zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z epidemią COVID-19 i udostępnionych wojewodom do wydania do użycia przez podmioty lecznicze, w szczególności po zakończeniu realizacji celu dla którego sprzęt ten i aparatura zostały udostępnione (zwalczanie epidemii). Nie zostały także przekazane wojewodom zasady oceny stanu technicznego, rozstrzygania o przydatności do dalszego pozostawiania w rezerwach strategicznych lub przekazywania podmiotom leczniczym na własność udostępnionych w wielkiej liczbie urządzeń i aparatury medycznej. Stanowiło to również nierzetelną realizację spoczywających na PRM (do 30 czerwca 2024 r.) obowiązków organu właściwego do dysponowania rezerwami strategicznymi (art. 13, 14 i 19 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*) oraz do sprawowania nadzoru nad działalnością RARS (art. 30 ust. 4 *tej ustawy*). W efekcie dopuszczono do sytuacji, w której znaczna ilość sprzętu i aparatury medycznej udostępnionych z rezerw strategicznych służy nadal, pomimo odwołania stanu zagrożenia epidemicznego, do zwykłej, bieżącej działalności zarobkowej prowadzonej przez podmioty lecznicze (świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), mimo że status prawny tych urządzeń pozostaje nierozstrzygnięty, a koszty ich utrzymania mogą obciążać Skarb Państwa.

PRM nie sprawował rzetelnego nadzoru nad zagospodarowaniem mienia Skarbu Państwa (sprzętu i aparatury medycznej) nabytego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z tworzeniem i późniejszą likwidacją szpitali

²⁴ Dz.U. z 2020 r. poz. 568, ze zm., dalej: *ustawa zmieniająca*.

tymczasowych. W szczególności w okresie objętym kontrolą PRM nie określił żadnych zasad (procedur, wytycznych) w przedmiocie sposobu zagospodarowania składników majątkowych nabytych przez Ministra Aktywów Państwowych²⁵ i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie szpitali tymczasowych z wykorzystaniem środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, jak również nie nadzorował sposobu realizacji przez tych ministrów decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych. PRM nie wykorzystał również, wynikających z art. 5 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów²⁶, uprawnień do pozyskania informacji o przebiegu tego procesu, w tym co do sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej nabytych ze środków przeciwdziałania COVID-19 w związku z tworzeniem i działaniem szpitali tymczasowych. Pomimo znacznego upływu czasu od wydania przez PRM decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych, proces rozliczenia działalności tych szpitali nie został zakończony.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej²⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Oszacowanie potrzeb oraz pozyskanie i rozdysponowanie sprzętu oraz aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19

Opis stanu faktycznego

Na podstawie art. 146 ust. 3 i ust. 4 pkt 3, 4 i 7 *Konstytucji RP* Rada Ministrów²⁸ kieruje administracją rządową, w szczególności koordynuje i kontroluje prace organów administracji rządowej, chroni interesy Skarbu Państwa oraz zapewnia bezpieczeństwo wewnętrzne państwa oraz porządek publiczny. Zgodnie z art. 148 pkt 1, 2, 3, 5 i 7 *Konstytucji RP* PRM reprezentuje RM, kieruje jej pracami, zapewnia wykonywanie jej polityki, a także koordynuje i kontroluje pracę członków RM oraz pozostaje zwierzchnikiem służbowym pracowników administracji rządowej. Przywołaną regulację ustrojową doprecyzowuje art. 5 pkt 1 i 2 *ustawy RM*, w myśl którego w celu wykonania zadań i kompetencji określonych w *Konstytucji RP* i ustawach, PRM *może w szczególności (...) wyznaczyć ministrowi zakres spraw, w których minister ten działa z upoważnienia Prezesa Rady Ministrów oraz żądać informacji, dokumentów i sprawozdań okresowych lub dotyczących poszczególnej sprawy albo rodzaju spraw od ministra (...)*.

Zgodnie z art. 26 ust. 1 pkt 1 *ustawy o RM* obsługę RM i Prezesa RM zapewnia KPRM, do zadań której należy w szczególności *opracowywanie ocen funkcjonalności struktur państwa i sprawności ich działania, a także przygotowywanie innych analiz, prognoz, koncepcji, programów i ocen, zleconych przez Prezesa Rady Ministrów* (art. 29 pkt 1c i 1d ww. ustawy). Ma to doniosłe znaczenie w świetle badanego zagadnienia, bowiem – stosownie do art. 11h ust. 6 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorobach zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²⁹ – poza PRM zadania w zakresie wydawania poleceń w związku ze zwalczaniem COVID-19 (w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu) wykonywał Szef KPRM. Z kolei do zadań Departamentu Instrumentów Rozwojowych³⁰ w KPRM, zgodnie z § 38 pkt 3

²⁵ Dalej: MAP.

²⁶ Dz.U. z 2024 r. poz. 1050, dalej także: *ustawa o RM*

²⁷ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

²⁸ Dalej: RM.

²⁹ Dz.U. z 2024 r. poz. 340, ze zm., dalej: *specustawa*.

³⁰ Dalej: DIR.

*Regulaminu KPRM*³¹ należała m.in. współpraca z komórkami organizacyjnymi Kancelarii Premiera w celu zapewnienia obsługi PRM podczas wykonywania kompetencji określonych w przepisach ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym³², ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o kontroli niektórych inwestycji³³ oraz *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

Zgodnie z art. 3 obu obowiązujących w okresie objętym kontrolą *ustaw o rezerwach strategicznych* rezerwy te tworzy się na wypadek zagrożenia w szczególności bezpieczeństwa, porządku i zdrowia publicznego oraz wystąpienia klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej, w celach wsparcia wykonywania zadań w zakresie bezpieczeństwa państwa, złagodzenia zakłóceń w ciągłości dostaw służących funkcjonowaniu gospodarki i zaspokojeniu podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia. W myśl art. 4 rezerwy strategiczne mogą stanowić m.in. urządzenia, maszyny, wyroby medyczne, produkty lecznicze – niezbędne do realizacji celów, o których mowa w art. 3. Jednocześnie ustawodawca w art. 5 wskazał, że rezerwy strategiczne stanowią wyodrębniony majątek Skarbu Państwa.

Zadania w zakresie określonym *ustawami o rezerwach strategicznych* realizowała i realizuje Agencja, która do 22 lutego 2021 r. podlegała ministrowi właściwemu do spraw energii (zgodnie z art. 26 ust. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r.*), a od 23 lutego 2021 r. jej działalność nadzorował Prezes RM (na mocy art. 30 ust. 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*). Z dniem 1 lipca 2024 r. po wejściu w życie ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji rządowej³⁴ organem właściwym w sprawie rządowych rezerw strategicznych stał się minister właściwy ds. wewnętrznych. Minister ten sprawuje obecnie nadzór nad RARS.

(akta kontroli str. 433-434)

1.1. W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwa Rządowe Programy Rezerw Strategicznych³⁵, przyjęte przez RM: 10 października 2017 r.³⁶ (*Rządowy Program Rezerw Strategicznych na lata 2017-2021*³⁷) oraz 23 września 2022 r.³⁸ (*Rządowy Program Rezerw Strategicznych na lata 2022-2026*³⁹). Oba programy w okresie objętym kontrolą nie były aktualizowane.

(akta kontroli str. 18-19)

PRM przekazał projekt RPRS na lata 2022-2026 do rozpatrzenia przez RM 29 kwietnia 2022 r., tj. dzień przed upłynięciem terminu (30 kwietnia 2022 r.) określonego w art. 10 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

(akta kontroli str. 19 i 282)

³¹ Zarządzenie nr 14 Szefa KPRM z dnia 24 lipca 2018 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, zmienione zarządzeniami: Nr 19 z 8 listopada 2018 r., Nr 21 z 6 grudnia 2018 r., Nr 1 z 15 stycznia 2019 r., Nr 3 z 23 stycznia 2019 r., Nr 10 z 24 czerwca 2019 r. Zarządzenie Nr 1 Szefa KPRM z dnia 20 stycznia 2020 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Zarządzenie Nr 14 Ministra Szefa KPRM z dnia 9 listopada 2020 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, zmienione zarządzeniami: Nr 3 z 10 marca 2021 r., Nr 8 z 24 marca 2021 r., Nr 10 z 13 maja 2021 r., Nr 12 z 13 lipca 2021 r., Nr 17 z 29 lipca 2021 r., Nr 20 z 22 września 2021 r., Nr 29 z 31 grudnia 2021 r. Zarządzenie Nr 2 Szefa KPRM z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Zarządzeniem Nr 8 Szefa KPRM z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, zmienione zarządzeniami: Nr 14 z 1 czerwca 2022 r., Nr 20 z 25 lipca 2022 r., Nr 22 z 19 sierpnia 2022 r., Nr 28 z 5 października 2022 r., Nr 30 z 18 listopada 2022 r., Nr 32 z 23 listopada 2022 r., Nr 2 z 20 stycznia 2023 r., Nr 20 z 10 sierpnia 2023 r., Nr 24 z 21 września 2023 r. Zarządzenie Nr 28 Szefa KPRM z dnia 8 grudnia 2023 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, zmienione zarządzeniem Nr 30 z 11 grudnia 2023 r. Zarządzenie Nr 3 Szefa KPRM z dnia 26 marca 2024 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

³² Dz.U. z 2024 r. poz. 125, ze zm., dalej: *ustawa o zasadach zarządzania mieniem państwowym*.

³³ Dz.U. z 2023 r. poz. 415, ze zm.

³⁴ Dz.U. z 2024 r. poz. 834.

³⁵ Dalej: RPRS.

³⁶ Uchwałą nr 160/2017.

³⁷ Dalej: RPRS na lata 2017-2021.

³⁸ Uchwałą nr 192/2022.

³⁹ Dalej: RPRS na lata 2022-2026.

Do nierzetelnej realizacji przez PRM, wynikającego z art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP*, obowiązku koordynowania przez PRM prac RM skutkującej przyjęciem RPRS na lata 2022-2026 z naruszeniem terminów określonych w *ustawach o rezerwach strategicznych* odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 2.

W RPRS na lata 2017-2021 w części dotyczącej analiz i ocen możliwości wystąpienia zagrożeń bezpieczeństwa i obronności państwa, porządku i zdrowia publicznego, klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej, wskazano możliwość zaistnienia m.in. zagrożenia biologicznego w postaci: pandemii, epidemii, epizootii i epifitozy. W przypadku epidemii wskazano na ryzyko ich wystąpienia z wysokim, a pandemii z umiarkowanym prawdopodobieństwem. W obu przypadkach skutki obu zagrożeń określono jako katastrofalne. W *Programie* ustalono przewidywane koszty tworzenia, przechowywania i likwidacji rezerw strategicznych oraz wykaz asortymentów rezerw strategicznych wraz z ilością ich tworzenia i utrzymywania (z wyszczególnieniem kategorii, asortymentu i ilości docelowych na lata 2017-2021). W RPRS na lata 2017-2021 zaplanowano utworzenie rezerw strategicznych w postaci trzech asortymentów sprzętu medycznego i jednego asortymentu aparatury medycznej⁴⁰.

W RPRS na lata 2022-2026 przedstawiono m.in. ogólną charakterystykę środowiska bezpieczeństwa i zagrożeń wpływających na strukturę rezerw strategicznych, w której wskazano na istotne niedoskonałości RPRS na lata 2017-2021⁴¹. W dokumencie tym sformułowano wnioski o charakterze ogólnym, dotyczące asortymentów medycznych: (1) likwidacja rezerwy niektórych rodzajów specjalistycznego sprzętu ochronnego, nienadającego się do powszechnego wykorzystania i wymagającego wcześniejszego specjalistycznego wykorzystania; (2) ograniczenie środków medycznych stosowanych w leczeniu chorób przewlekłych (z możliwością utworzenia takich rezerw poza RARS); (3) przegląd i zmiana posiadanych zestawów chirurgicznych (z możliwością skompletowania zestawów narzędzi chirurgicznych o charakterze uniwersalnym), celem uniknięcia wysokich kosztów utylizacji niektórych asortymentów. W RPRS na lata 2022-2026 ustalono również wykaz asortymentów rezerw medycznych z ich ilością docelową oraz działania dotyczące: tworzenia rezerw, utrzymywania nadwyżek do czasu udostępnienia i utrzymania w poszczególnych latach tego okresu. Zaplanowano także trzy (te same co w RPRS na lata 2017-2021) asortymenty sprzętu medycznego oraz 14 asortymentów aparatury medycznej⁴².

W latach 2020-2023 (do 31 października) utworzono łącznie 37 asortymentów rezerw medycznych w postaci sprzętu i aparatury medycznej. Rezerwy te utworzono w wyniku realizacji decyzji⁴³ wydanych przez MAP, Ministra Klimatu i Środowiska⁴⁴ i działającego w imieniu PRM przez Szefa KPRM Ministra – Członka RM Michała Dworczyka oraz Podsekretarzy Stanu Izabelę Antos i Rafała Siemianowskiego, a także dyspozycji⁴⁵ wydanych przez Sekretarza Stanu w MZ Waldemara Krasnę oraz Podsekretarzy Stanu w MZ Macieja Miłkowskiego i Janusza Cieszyńskiego (opisanych w pkt 1.2 niniejszego wystąpienia).

(akta kontroli str. 422-423)

⁴⁰ Szczegółowy wykaz asortymentów, ich ilości oraz kosztów utworzenia i przechowywania przedstawiono w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Prezesa RARS.

⁴¹ Wskazano na: [1] brak wyraźnie określonego profilu RPRS na lata 2017-2021, który został skonstruowany jako wypadkowa interesów i oczekiwań poszczególnych resortów uczestniczących w jego przygotowaniu oraz długim procesem uzgodnień (lata 2011-2017), skutkującym brakiem spójności i aktualności programu; [2] brak jego aktualizacji, pomimo ujęcia asortymentów, które nie były zakupione (okazały się niepotrzebne), przy jednoczesnym tworzeniu rezerw poza Programem (szczególnie w związku z epidemią COVID-19), co skutkowało m.in. wydatkowaniem ogromnych środków (w latach 2020-2022 do ARM i później do RARS wpłynęło 11,5 mld zł z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19).

⁴² Szczegółowy wykaz asortymentów, ich ilości oraz kosztów utworzenia i przechowywania przedstawiono w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Prezesa RARS.

⁴³ Wydanych na podstawie art. 14 obu *ustaw o rezerwach strategicznych*.

⁴⁴ Dalej: MKiŚ

⁴⁵ Wydanych w oparciu o art. 46d ust. 4 *ustawy o zapobieganiu zakażeniom*.

1.2. Z ustaleń poprzednich kontroli NIK wynika, że bezpośrednio przed rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 na teren Polski, pomimo pozyskania z wyprzedzeniem informacji o zagrożeniu powodowanym przez tego wirusa, Ministrowie Zdrowia oraz ministrowie odpowiedzialni za rezerwy strategiczne nie podjęli skutecznych działań dla zwiększenia rezerw środków ochrony osobistej i aparatury medycznej, czego skutkiem w pierwszych tygodniach epidemii była ograniczona dostępność tych produktów dla podmiotów leczniczych.

Celem uzupełnienia powyższych braków w pierwszych miesiącach trwania epidemii, tj. w okresie od 4 marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r., MZ, Minister SzeF KPRM z upoważnienia PRM, a także minister właściwy ds. energii, dokonywali (samodzielnie bądź zlecając Agencji) pospiesznych – niekoordynowanych przez PRM (*vide* art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP*) – zakupów sprzętu i aparatury medycznej, bez rzetelnego oszacowania potrzeb w zakresie ich wielkości i asortymentów. Generowało to ryzyko wydatkowania środków publicznych w sposób niegospodarny, niecelowy i bez zachowania zasady osiągania najlepszego rezultatu z ponoszonych nakładów, które to ryzyko zmaterializowało się w szeregu przypadkach w trakcie nabywania sprzętu i aparatury medycznej⁴⁶. Szerzej do efektów braku koordynacji ze strony PRM, odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 1.

(akta kontroli str. 287-290, 414-417 i 937-941)

Powyższe okoliczności potwierdził były PRM Mateusz Morawiecki w wyjaśnieniach z dnia 29 sierpnia 2024 r. przyznając, że w rezerwach strategicznych w asortymencie sprzętu i aparatury medycznej występowały braki na początku epidemii COVID-19, które uzupełniane były na podstawie transakcji zawieranych *według stawek, które odbiegały od cen sprzed okresu pandemii*.

(akta kontroli str. 928-936)

Od marca 2020 r. PRM na posiedzeniach Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego otrzymywał bieżące informacje o stanie medycznych rezerw strategicznych. Ponadto od 26 marca 2021 r. KPRM otrzymywała z RARS cotygodniowy „Raport RARS z realizacji decyzji i dyspozycji udostępnienia rezerw medycznych”. Raporty zawierały informacje o numerze i dacie decyzji lub dyspozycji MZ, o podmiocie, któremu miały zostać przekazane rezerwy medyczne, o rodzaju, a także o stanie realizacji decyzji i dyspozycji. Raporty przekazywane od 26 marca 2021 r. zawierały również informacje o liczbie środków ochrony osobistej oraz sprzętu i aparatury medycznej do przekazania zgodnie z decyzjami lub dyspozycjami MZ lub PRM.

RARS informował cotygodniowo DIR, jako komórkę organizacyjną KPRM zapewniającą obsługę PRM w zakresie wykonywania kompetencji określonych w przepisach *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, o:

1) realizacji dyspozycji w sprawie utworzenia rezerw strategicznych, w postaci niejawnych zestawień, zawierających informacje o:

- aktualnym stanie rezerw strategicznych w zakresie asortymentu mogącego znaleźć zastosowanie w czasie epidemii COVID-19,
- planowanych dostawach do rezerw strategicznych (ze wskazaniem kontrahentów, terminów i wielkości dostaw) w zakresie asortymentu mogącego znaleźć zastosowanie w czasie epidemii COVID-19,
- dostawach ww. asortymentu rezerw strategicznych zrealizowanych w ostatnim tygodniu – od dnia przekazania poprzedniej informacji;

⁴⁶ Informacja NIK o wynikach kontroli P/20/062 - Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19, str. 14, 22.

2) realizacji decyzji i dyspozycji udostępnienia rezerw medycznych (informacje sporządzane i przesyłane do KPRM przez RARS począwszy od 26 marca 2021 r.); w tym zakresie przekazywano informacje o numerze i dacie decyzji lub dyspozycji MZ, o podmiocie, któremu miały zostać przekazane rezerwy medyczne, o rodzaju, a także o stanie realizacji decyzji i dyspozycji oraz o liczbie środków ochrony osobistej, sprzętu i aparatury medycznej do przekazania zgodnie z decyzjami lub dyspozycjami MZ lub PRM.

(akta kontroli str. 849-861)

W okresie od 23 lutego 2021 r.⁴⁷ do 31 października 2023 r. PRM łącznie 14 decyzjami⁴⁶ – podpisanymi w jego imieniu przez Szefa KPRM Ministra Członka RM Michała Dworczyka oraz Podsekretarza Stanu w KPRM Izabelę Antos i Rafała Siemianowskiego – utworzył rezerwy strategiczne dla przeciwdziałania COVID-19 na podstawie art. 14 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, tj. poza RPRS. Z tego dziesięć decyzji⁴⁷ dotyczyło utworzenia rezerw strategicznych w asortymentach sprzętu i aparatury medycznej (w tym: dwie w 2021 r.⁴⁸, pięć w 2022 r.⁴⁹ i trzy w 2023 r.⁵⁰), a cztery dotyczyły asortymentów medycznych niebędących sprzętem i aparaturą medyczną.

W odniesieniu do powyższych dziesięciu decyzji dotyczących utworzenia rezerw strategicznych w asortymentach sprzętu i aparatury medycznej ustalono, że:

- dwie decyzje były wydane na wniosek uprawnionych podmiotów (RARS i Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego), a pozostałe z własnej inicjatywy PRM w związku z wnioskami Ministra Edukacji i Nauki, wojewodów i świadczeniodawców (szpitali);
- we wszystkich dziesięciu decyzjach określono rodzaj asortymentu, jego ilość, parametry techniczne (bądź wymogi, które winny spełniać) oraz przeznaczenie;
- we wszystkich dziesięciu decyzjach jako cel tworzenia rezerw określono ratowanie zdrowia i życia ludzkiego w związku: (1) z epidemią COVID-19 (dwie decyzje z 2021 r. i jedna z 2022 r.⁵¹), (2) ze stanem zagrożenia epidemicznego COVID-19 (cztery decyzje z 2022 r.⁵² i dwie z 2023 r.⁵³) oraz (3) z przeciwdziałaniem COVID-19 (decyzja z 4 lipca 2023 r.⁵⁴ – po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego na terenie Polski z dniem 1 lipca 2023 r.);
- wykonanie wszystkich dziesięciu decyzji powierzono RARS, a jako źródło ich finansowania wskazano Fundusz Przeciwdziałania COVID-19;
- w ośmiu decyzjach wskazano, że asortyment nie podlega odtworzeniu po jego udostępnieniu, a w dwóch (wydanych w 2021 r.) nie ustalono wymogów w tym zakresie (wskazując jedynie termin ich wykonania lub wejścia w życie);
- w trzech decyzjach o utworzeniu rezerwy obejmującej specjalistyczną aparaturę diagnostyczną wskazano, że asortyment ma posiadać cechy pozwalające na jego przemieszczanie i zawarto wykaz tych cech⁵⁵.

⁴⁷ Wejście w życie *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

⁴⁶ W tym trzy decyzje w 2021 r., siedem decyzji w 2022 r. i cztery w 2023 r. do 31 października.

⁴⁷ Wszystkie są dokumentami niejawnymi. Asortymenty sprzętu i aparatury medycznej i ich ilości utworzone w ramach rezerwy strategicznej przedstawiono w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym w ramach niniejszej kontroli do Prezesa RARS.

⁴⁸ Nr 259/R/21 z 15 lipca 2021 r. i nr 283/R/21 z 10 sierpnia 2021 r.

⁴⁹ Nr 220/R/22 z 29 kwietnia 2022 r. (w części dotycząca utworzenia rezerw strategicznych przeznaczonych do użycia w celu ratowania zdrowia i życia ludzkiego, w szczególności w związku z epidemią COVID-19, a w części w celu udzielenia pomocy humanitarnej i wsparcia Ukrainy z uwagi na agresję zbrojną Federacji Rosyjskiej na ten kraj), nr 304/R/22 z 19 maja 2022 r., nr 332/R/22 z 3 czerwca 2022 r., nr 366/R/22 z 15 lipca 2022 r. i nr 443/R/22 z 20 października 2022 r.

⁵⁰ Nr 96/R/23 z 11 maja 2023 r., nr 103/R/23 z 12 czerwca 2023 r. i nr 138/R/23 z 4 lipca 2023 r.

⁵¹ Nr 220/R/22.

⁵² Nr 304/R/22, nr 332/R/22, nr 366/R/22 i nr 443/R/22.

⁵³ Nr 96/R/23 i 103/R/23.

⁵⁴ Nr 138/R/23 z 4 lipca 2023 r.

⁵⁵ Decyzje: Nr 259/R/21, Nr 220/R/22 i Nr 366/R/22.

Jedna z tych decyzji⁵⁶ o utworzeniu rezerwy strategicznej została wydana po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego na terenie Polski (po dniu 1 lipca 2023 r.), mimo braku uzasadnienia dla udzielania nadzwyczajnego wsparcia podmiotom leczniczym, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* w pkt 3.
(akta kontroli str. 19, 187-191)

Dziesięć wyżej wymienionych decyzji o utworzeniu rezerw strategicznych (w asortymentach sprzętu i aparatury medycznej) w uzasadnieniu wskazywało na: (1) konieczność uzupełnienia wyposażenia w sprzęt medyczny (cztery decyzje), (2) wsparcie działań w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzkiego w związku z zagrożeniem SARS-CoV-2 i epidemią COVID-19 (dwie decyzje), (3) utworzenie rezerw sprzętu medycznego (dwie decyzje) oraz (4) zapewnienie odpowiedniego wsparcia wykonywanych zadań w zakresie bezpieczeństwa i zaspokajania podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia, poprzez zapewnienie odpowiedniego wyposażenia medycznego (dwie decyzje, w tym ostatnia badana decyzja z 4 lipca 2023 r. dotycząca utworzenia rezerw strategicznych w dwóch asortymentach aparatury diagnostycznej o wysokiej wartości jednostkowej).

(akta kontroli str. 19, 187-191)

W wyniku realizacji ww. 14 decyzji PRM oraz wcześniejszych 36 decyzji i dyspozycji (poleceń) MAP i MKiŚ, a także poleceń wydanych w imieniu MZ o utworzeniu rezerw medycznych oraz uzupełniania ilościowego stanu rezerw ustalonych w RPRS, Agencja w latach 2020-2023 (do 31 października) zakupiła łącznie 37 asortymentów rezerw medycznych.

Dokonana przez NIK analiza faktycznego wykorzystania wybranych 21 asortymentów (z 37 utworzonych) medycznych rezerw sprzętu i aparatury medycznej o największej wartościach wykazała, że po czterech miesiącach⁵⁷ od odwołania z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2, niewykorzystanych w dalszym ciągu pozostawało 18 asortymentów tych rezerw. W szczególności niewykorzystanych pozostało (w stosunku do całości zakupionego przez ARM/RARS sprzętu i aparatury medycznej w okresie od marca 2020 r. do końca czerwca 2023 r.): 77,4% zakupionych stołów operacyjnych, 65,7% zakupionych analizatorów markerów, 67,6% zakupionych laryngoskopów i laryngoskopów z łyżkami, 55,3% zakupionych wideolaryngoskopów, 35,3% zakupionych aparatów RTG, 30,2% zakupionych kardiomonitorów i monitorów do monitorowania funkcji życiowych pacjenta, 29,3% zakupionych aparatów do wysokoprzepływowej terapii donosowej, 27,6% zakupionych aparatów EKG, 23,2% zakupionych respiratorów oraz 81,3% zakupionych urządzeń do transportu chorych zakaźnie i 36,0% zakupionych kabin izolacyjnych⁵⁸.

(akta kontroli str. 232-233 i 424)

PRM, pomimo uzyskiwania z RARS informacji o stanie rezerw strategicznych i danych o udostępnianiu asortymentów na potrzeby przeciwdziałania COVID-19, nie spowodował, by wolumen zakupów RARS był na bieżąco dostosowywany do postępującego zaspokojenia potrzeb zgłaszanych przez świadczeniodawców (najczęściej za pośrednictwem właściwych wojewodów). Nie podjął także działań, by powstrzymać narastanie zapasów rezerw w asortymentach sprzętu i aparatury medycznej, spowodowane m.in. tym, że rezerwy tworzone na podstawie poleceń MZ wydanych na podstawie art. 46d *ustawy o zapobieganiu zakażeniom* z mocy prawa

⁵⁶ Decyzja Nr 138/R/23 z dnia 4 lipca 2023 r.

⁵⁷ Tj. na dzień 31 października 2023 r.

⁵⁸ Szczegółowa analiza ilościowa i wartościowa ww. sprzętu i aparatury medycznej pozostałych po formalnym ustaniu stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2 przedstawiona została w wystąpieniu pokontrolnym do Prezesa RARS.

podlegały natychmiastowemu uzupełnieniu po wydaniu (udostępnieniu) asortymentów do użycia. Powyższe wskazuje na brak koordynacji działań ministrów ze strony PRM, a także na nierzetelne wykonywanie przez PRM obowiązków organu odpowiedzialnego za rezerwy strategiczne, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* w pkt 1.

1.3. W okresie od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. wydanych zostało łącznie 655⁵⁹ decyzji PRM w sprawie udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych dla przeciwdziałania COVID-19 (w tym: 417⁶⁰ w 2021 r., 173⁶¹ w 2022 r., 24⁶² w I półroczu 2023 r. i 41⁶³ po 1 lipca 2023 r., tj. po zakończeniu stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2⁶⁴). Decyzje te podpisali – działający z upoważnienia PRM – Minister Szef KPRM Michał Dworczyk oraz Podsekretarze Stanu w KPRM Izabela Antos i Rafał Siemianowski.

W decyzjach w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych powołano się na podstawę prawną (art. 19 ust. 1 i 2 w związku z art. 3 i art. 19 ust. 5, 6 i 7 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*), wskazano podmioty, na rzecz których udostępniano asortyment oraz (w części tych decyzji, co przedstawiono poniżej) ostatecznych odbiorców asortymentu. W decyzjach tych zawarto również dane wnioskodawców⁶⁵, szczegółowe warunki udostępnienia rezerw strategicznych, źródła finansowania kosztów⁶⁶ transportu, załadunku i wyładunku wskazanego w decyzji asortymentu oraz ewentualnego podatku od towarów i usług, jeśli obowiązek zapłaty tego podatku powstał na skutek udostępnienia tych rezerw strategicznych, a także wykonawcę (RARS) tych decyzji. W uzasadnieniach tych decyzji powoływano się na treść wniosków składanych przez uprawnione organy, a począwszy od 14 kwietnia 2022 r.⁶⁷ zawierano również opinie właściwych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia⁶⁸ o przydatności sprzętu i aparatury na terenie danego województwa oraz odniesienie do wytycznych MZ⁶⁹ (w których wskazywano m.in. na kluczowe znaczenie systemu ochrony zdrowia dla obszaru bezpieczeństwa publicznego, zaspokajania podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia, konieczność zapewnienia odpowiedniego wyposażenia medycznego o wysokiej jakości, trwałości i bezawaryjności urządzeń medycznych dla realizacji zwiększonej liczby świadczeń medycznych).

W ogólnym piśmie datowanym na 11 kwietnia 2022 r. MZ nie odnosił się do poszczególnych decyzji PRM o udostępnieniu rezerw strategicznych dla przeciwdziałania COVID-19, natomiast wyraził *aprobatę dla wniosków kierowanych przez wojewodów do PRM, dotyczących udostępnienia z rezerw strategicznych wyspospecjalistycznego sprzętu medycznego, jeśli dotyczyły one doposażenia podmiotów leczniczych o kluczowym i strategicznym znaczeniu dla danego województwa*. W piśmie tym zawarto także stwierdzenie, według którego pozytywna opinia dla udostępnienia rezerw wyrażona przez właściwy wojewódzki oddział NFZ była równoznaczna z wyrażeniem aprobaty przez MZ dla udostępnienia rezerw objętych wnioskami wojewodów.

⁵⁹ W tym 581 decyzji o udostępnieniu oraz 74 decyzje zmieniające uprzednio wydane decyzje w tym zakresie.

⁶⁰ Odpowiednio 376 decyzji o udostępnieniu i 41 decyzji zmieniające uprzednio wydane decyzje w tym zakresie.

⁶¹ Odpowiednio 143 decyzji o udostępnieniu i 30 decyzji zmieniające uprzednio wydane decyzje w tym zakresie.

⁶² Odpowiednio 22 decyzji o udostępnieniu i dwie decyzje zmieniające uprzednio wydane decyzje w tym zakresie.

⁶³ Odpowiednio 40 decyzji o udostępnieniu i jedną decyzję zmieniającą decyzję w tym zakresie MKiŚ Nr 11/R/21 z 10 lutego 2021 r.

⁶⁴ Na mocy *rozporządzenia w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19*.

⁶⁵ Ze wskazaniem daty i oznaczenia wniosku.

⁶⁶ Środki finansowe RARS.

⁶⁷ Data wydania decyzji Nr 266/R/22 dotyczącej udostępnienia tomografu komputerowego na rzecz Wojewody Kujawsko-Pomorskiego, celem przekazania Szpitalowi NOVUM-MED Sp. z o.o. im. dr. A. Gacy i dr. J. Łaskiego NZOZ w Więcborku.

⁶⁸ Dalej: NFZ.

⁶⁹ Pismo DBO.531.10.2022.KJ z 11 marca 2022 r.

Ponadto w decyzjach w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych wskazywano, że do decyzji tych nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁷⁰ oraz wymieniono podmioty otrzymujące te decyzje (w tym do wiadomości), tj. RARS, MZ, właściwych wojewodów lub inne organy i podmioty, którym udostępniono asortyment.

Spośród wszystkich 655 decyzji PRM (wydanych w okresie od 17 marca 2021 r. do 31 października 2023 r.) 600 decyzji (91,6%) dotyczyło udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej na rzecz wojewodów, a 55 decyzji⁷¹ dotyczyło udostępnienia takiego asortymentu rezerw medycznych na rzecz innych organów/podmiotów (m.in.: MSWiA⁷², Rządowego Centrum Bezpieczeństwa⁷³, RARS, Ministra Obrony Narodowej⁷⁴, Komendanta Straży Granicznej, Ministra Edukacji Narodowej⁷⁵, MZ, MKiŚ, Marszałka Województwa Małopolskiego oraz przekazania przez PRM⁷⁶ pomocy w postaci sprzętu i aparatury, głównie respiratorów, do innych krajów, m.in. do Syrii, Rumunii, Tunezji, Łotwy i na Ukrainę).

W wydanych 600 decyzjach PRM o udostępnieniu z rezerw na rzecz wojewodów sprzętu i aparatury medycznej zawarto następujące postanowienia, tzw. szczegółowe warunki udostępnienia, dotyczące:

- 1) celu, na jaki udostępniany asortyment miał być wykorzystywany:
 - w 272 decyzjach⁷⁷ ustalono, że udostępniony asortyment mógł być wydany przez wojewodów podmiotom w celu przeciwdziałania i zwalczania COVID-19,
 - w pozostałych 328 decyzjach ustalono, że udostępniany asortyment miał być przekazany podmiotom w celu ratowania życia i zdrowia ludzkiego, w tym przeciwdziałania epidemii COVID-19;
- 2) zasad wykorzystywania udostępnionych asortymentów:
 - w 467 decyzjach⁷⁸ wskazano, że udostępniany asortyment miał być wykorzystywany zgodnie z ich przeznaczeniem (w tym: w 256 decyzjach⁷⁹ wskazano, że niewykorzystana część przekazywanego asortymentu podlegała zwrotowi do RARS),
 - w pozostałych 133 decyzjach brak było określenia zasad wykorzystywania przekazywanego sprzętu i aparatury;
- 3) zasad relokacji udostępnianego sprzętu i aparatury:
 - w 423 decyzjach wskazano, że udostępniany asortyment na rzecz wojewodów powinien podlegać relokacji, jeśli było to konieczne do zabezpieczenia potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województw,
 - w pozostałych 177 decyzjach nie wskazano takiego obowiązku.

Żadna z ww. 600 decyzji nie zawierała postanowień zobowiązujących do zawarcia umowy o udostępnienie aparatury ani rozstrzygnięć w zakresie podmiotów właściwych do ponoszenia kosztów ich prawidłowej eksploatacji (ubezpieczeń, przeglądów i napraw).

(akta kontroli str. 34-39 i 425)

Natomiast w 55 decyzjach PRM o udostępnieniu z rezerw sprzętu i aparatury medycznej na rzecz innych organów/podmiotów nie określono zasad

⁷⁰ Dz.U. z 2024 r. poz. 572, dalej: *Kpa*.

⁷¹ Z czego 38 (w tym dziewięć zmieniające uprzednio wydane decyzje w tym zakresie) z 2021 r., 10 (w tym trzy zmieniające) z 2022 r. i siedem (w tym dwie zmieniające) z 2023 r. (do 31 października).

⁷² 12 decyzji dotyczących udostępnienia m.in. sprzętu i aparatury medycznych do szpitali MSWiA.

⁷³ Dalej: RCB.

⁷⁴ Dalej: MON.

⁷⁵ Dalej: MEN.

⁷⁶ 12 decyzji

⁷⁷ Wydanych wyłącznie w 2021 r. (do 29 czerwca).

⁷⁸ W tym: 285 z 2021 r., 140 z 2022 r. i 42 z 2023 r. (wydanych do końca października).

⁷⁹ W tym: 120 z 2021 r., 129 z 2022 r. i siedmiu wydanych w 2023 r. do końca października.

wykorzystywania udostępnionych asortymentów, a także obowiązku ich relokacji. Spośród ww. 55 decyzji w 37 ustalono, że udostępniany asortyment przekazywany był podmiotom na cel walki z COVID-19 nie podlegał on zwrotowi, natomiast w 18 decyzjach ustalono, że udostępniany asortyment wyposażenia medycznego przekazywany był podmiotom w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz ratowanie zdrowia i życia ludzkiego i również nie podlegał zwrotowi. Żadna z ww. 55 decyzji nie zawierała postanowień zobowiązujących do zawarcia umowy o udostępnienie aparatury ani rozstrzygnięć w zakresie podmiotów właściwych do ponoszenia kosztów ich prawidłowej eksploatacji (ubezpieczeń, przeglądów i napraw).

(akta kontroli str. 34-39 i 425)

Realizując ww. 655 decyzji PRM, w okresie od 17 marca 2021 r. do 31 października 2023 r. RARS przekazała łącznie⁸⁰ w 14 asortymentach⁸¹ sprzęt i aparaturę medyczną w liczbie: czterech szt. analizatorów markerów⁸², 167 szt. analizatorów parametrów krytycznych⁸³, 155 szt. aparatów do terapii nerkozastępczej⁸⁴, 222 szt. aparatów RTG⁸⁵, 8 516 szt. kardiomonitorów i monitorów do monitorowania funkcji życiowych⁸⁶, 10 287 szt. różnych rodzajów łóżek szpitalnych i rehabilitacyjnych⁸⁷, 4 822 szt. respiratorów⁸⁸, trzech MR⁸⁹, 58 TK⁹⁰, 422 szt. różnych aparatów do EKG⁹¹, 161 szt. różnych aparatów do USG⁹², 133 szt. wideolaryngoskopów⁹³, 53 szt. stołów operacyjnych⁹⁴ oraz 16 438 szt. pomp infuzyjnych, zestawów pomp infuzyjnych i pomp do odżywiania pozajelitowego⁹⁵.

(akta kontroli str. 34-39 i 425, 565-581)

Spośród wszystkich 655 decyzji PRM (wydanych w okresie od 17 marca 2021 r.⁹⁶ do 31 października 2023 r.) dotyczących udostępniania rezerw strategicznych, w 332 decyzjach⁹⁷ (50,7%) udostępniono aparaturę i sprzęt medyczny o wysokiej jednostkowej wartości i wieloletnim okresie użytkowania, w tym 315 decyzji dotyczyło udostępnienia asortymentu na rzecz wojewodów, a 17 na rzecz innych organów/podmiotów. Na podstawie tych decyzji RARS przekazała w latach 2021-2023 (do 31 października) 14 z 15 objętych badaniami szczegółowymi asortymentów aparatury i sprzętu medycznego⁹⁸ (w liczbie od czterech⁹⁹ do 16 438 szt.¹⁰⁰ lub kompletów tej aparatury lub sprzętu) o łącznej wartości ewidencyjnej 1 203 126,3 tys. zł (o łącznej wartości badanych poszczególnych asortymentów od 313,7 tys. zł¹⁰¹ do 455 494,4 tys. zł¹⁰²). Jedynie aparaty do terapii ECMO nie znajdowały się w decyzjach udostępniających je bez obowiązku zwrotu.

⁸⁰ Z objętego badaniami kontrolnymi 15 asortymentów sprzętu i aparatury medycznej.

⁸¹ W decyzjach tych brak było udostępnień aparatów do terapii ECMO.

⁸² Wszystkie w 2022 r.

⁸³ W tym: 97 szt. w 2021 r., 66 szt. w 2022 r. i 4 szt. w I półroczu 2023 r.

⁸⁴ W tym: 119 szt. w 2021 r., 32 szt. w 2022 r. i 4 szt. w I półroczu 2023 r.

⁸⁵ W tym: 154 szt. w 2021 r., 49 szt. w 2022 r. i 19 szt. w 2023 r. (w tym 6 szt. po 1 lipca 2023 r.).

⁸⁶ W tym: 4 805 szt. w 2021 r., 3 598 szt. w 2022 r. i 113 szt. w 2023 r. (w tym 48 szt. po 1 lipca 2023 r.).

⁸⁷ W tym: 5 882 szt. w 2021 r., 3 669 szt. w 2022 r. i 736 szt. w 2023 r. (w tym 217 szt. po 1 lipca 2023 r.).

⁸⁸ W tym: 1 701 szt. w 2021 r., 3 077 szt. w 2022 r. i 44 szt. w 2023 r. (w tym 14 szt. po 1 lipca 2023 r.).

⁸⁹ W tym: jeden w 2021 r. i dwa w 2022 r.

⁹⁰ W tym: 12 w 2021 r., 30 w 2022 r. i 16 w 2023 r. (w tym 10 po 1 lipca 2023 r.).

⁹¹ W tym: 289 szt. w 2021 r., 100 szt. w 2022 r. i 33 szt. w 2023 r. (w tym 13 szt. po 1 lipca 2023 r.).

⁹² W tym: 76 szt. w 2021 r., 47 szt. w 2022 r. i 38 szt. w 2023 r. (w tym 6 szt. po 1 lipca 2023 r.).

⁹³ W tym: 68 szt. w 2021 r., 64 szt. w 2022 r. i jeden w I półroczu 2023 r.

⁹⁴ W tym: 27 szt. w 2021 r., 11 szt. w 2022 r. i 15 szt. w I półroczu 2023 r.

⁹⁵ W tym: 6 063 szt. w 2021 r., 3 321 szt. w 2022 r. i 7 054 szt. w 2023 r. (w tym 21 szt. po 1 lipca 2023 r.).

⁹⁶ Data wydania pierwszej decyzji dotyczącej udostępniania medycznych rezerw strategicznych nr 1/R/21, po wejściu w życie ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.

⁹⁷ W tym: 200 decyzji w 2021 r., 87 w 2022 r. i 45 w 2023 r. (do 31 października).

⁹⁸ Na 15 takich asortymentów objętych badaniami szczegółowymi (sposób objętych badaniami jedynie aparaty do terapii ECMO nie znajdowały się w decyzjach udostępniających je bez obowiązku zwrotu).

⁹⁹ W przypadku analizatorów markerów i MR.

¹⁰⁰ W przypadku pomp infuzyjnych, zestawów pomp infuzyjnych lub pomp do podawania żywienia pozajelitowego.

¹⁰¹ W przypadku udostępnionych czterech analizatorów markerów.

¹⁰² W przypadku udostępnionych w ten sposób łącznie 4 822 szt. respiratorów.

W ww. 332 decyzjach nie był formułowany obowiązek zwrotu do rezerw danego asortymentu po ustaniu celu na jaki został udostępniony (zwalczanie epidemii COVID-19), co stanowiło działanie nierzetelne i niespełniające kryterium gospodarności – szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 4.

Ponadto z ww. 332 decyzji w 62¹⁰³ decyzjach (w tym 48 dotyczących udostępnienia bez obowiązku zwrotu TK i MR¹⁰⁴) wskazano konkretne podmioty lecznicze, które miały wykorzystywać ten asortyment.

Jak wyjaśnił działający w imieniu Prezesa RARS S. Dębski, Dyrektor Biura Finansowo-Księgowego RARS, minimalne parametry kupowanych przez Agencję TK i MR ustalano zgodnie z wnioskami podmiotów leczniczych, stanowiącymi podstawę do wydanych decyzji PRM o ich udostępnieniu.

Zdaniem NIK przyjmowanie przy nabywaniu przez Agencję (w wykonaniu decyzji PRM lub poleceń MZ) wysokocennej aparatury diagnostycznej, parametrów tych urządzeń ustalonych przez podmioty lecznicze, skutkowało w wielu przypadkach nabywaniem i przekazywaniem sprzętu, który ze względu na swoje właściwości (przeznaczenie do trwałego zamontowania) nie mógł podlegać relokacji (zwrotowi do rezerw i skierowaniu do ponownego wykorzystania). Ponadto w takich przypadkach zachodziła konieczność wykonania czasochłonnnych i kosztownych prac poprzedzających jego uruchomienie, zatem niemożliwe było natychmiastowe przystąpienie do realizacji zadania (przeciwdziałanie epidemii), na które zostały wyasygnowane środki publiczne.

(akta kontroli str. 838-848)

W 120 decyzjach z 600 decyzji o udostępnieniu na rzecz wojewodów sprzętu i aparatury medycznej, w szczegółowych warunkach udostępnienia wskazano:

- w 75 decyzjach¹⁰⁵, że udostępniony asortyment przekazany w celu doposażenia szpitali tymczasowych, podlega zwrotowi po ustąpieniu zagrożenia, jeśli jego stan techniczny pozwalał na jego dalsze użytkowanie, a w 29 decyzjach¹⁰⁶ wskazano, że udostępniany asortyment nie podlega zwrotowi;
- pięć decyzji¹⁰⁷ dotyczyło zmiany decyzji MKiŚ¹⁰⁸ (w zakresie udostępnianego wojewodom asortymentu sprzętu i aparatury medycznej);
- dziewięć decyzji (wszystkie z 2023 r.) dotyczyło udostępnienia sprzętu na potrzeby banków tlenu, który podlegał zwrotowi po zużyciu w nim tlenu (nie później jednak niż do końca 2024 r.);
- w jednej decyzji¹⁰⁹ ustalono termin udostępnienia aparatury medycznej (do 30 sierpnia 2022 r.).

Dwie decyzje dotyczyły udostępnienia wojewodom sprzętu i aparatury medycznej w celu ratowania zdrowia i życia ludzkiego oraz pomocy humanitarnej dla osób poszkodowanych i uchodźców w wyniku wojny rosyjsko-ukraińskiej.

(akta kontroli str. 34-39 i 425)

Podsekretarz Stanu w KPRM Izabela Antos wyjaśniła, że zmiana celu wykorzystania udostępnionych rezerw strategicznych w asortymencie sprzętu i aparatury medycznej *z przeciwdziałania epidemii COVID-19 na ratowanie zdrowia i życia ludzkiego, w tym (lub oraz) przeciwdziałania epidemii COVID-19* w decyzjach wydanych po 29 czerwca 2021 r. wynikała ze zgłoszonych wątpliwości podmiotów, którym sprzęt ten został

¹⁰³ Odpowiednio: 21 z 2021 r., 18 z 2022 r. i 23 wydanych w 2023 r. do końca października.

¹⁰⁴ Odpowiednio: dziewięć z 2021 r., 16 z 2022 r. i wszystkie 23 z 2023 r.

¹⁰⁵ W tym 14 zmieniających wcześniejsze takie decyzje (z czego w 2021 r. 53 decyzje o udostępnieniu takiego asortymentu i trzy decyzje zmieniające, a w 2022 r. – osiem decyzji o udostępnieniu i 11 zmieniające wcześniejsze takie decyzje).

¹⁰⁶ W tym: 26 decyzjach o udostępnieniu i dwóch decyzjach z 2021 r. oraz jednej decyzji o udostępnieniu z 2022 r.

¹⁰⁷ W tym cztery w 2021 r. i jedna w 2023 r.

¹⁰⁸ Nr 19/R/21.

¹⁰⁹ Z 2022 r.

udostępniony (podmioty podnosiły kwestię, czy po zakończeniu epidemii COVID-19 przekazany sprzęt i aparatura będą mogły być w dalszym ciągu wykorzystywane do ratowania życia i zdrowia ludzi). Przy zmianie celu wykorzystania tych rezerw – wg wyjaśnień – wzięto pod uwagę zarówno możliwość ich wykorzystania do ciągłego ratowania życia i zdrowia ludzi (a nie przechowywania ich w magazynach RARS po zakończeniu epidemii), jak i konieczność poniesienia dodatkowych nakładów finansowych (w przypadku ich zwrotów do RARS) na ich przechowywanie i przystosowanie do ponownego udostępnienia. Ponadto wyjaśniła, że zgodnie z art. 2 ust. 2 *specustawy* przeciwdziałaniem COVID-19 były wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenienia się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków tej choroby.

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, co następuje:

1] W art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* sformułowano zasadę (a jednocześnie przesłankę) tworzenia rezerw strategicznych w określonych okolicznościach (na wypadek zagrożenia zdrowia publicznego oraz wystąpienia klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej) oraz cel, któremu rezerwy powinny służyć (w tym przypadku ratowanie życia i zdrowia obywateli). Zdaniem NIK zwyczajna, powszednia działalność podmiotów leczniczych o charakterze ciągłym, tj. realizowana przed i po zakończeniu epidemii COVID-19, na którą wskazała Podsekretarz Stanu w KPRM, nie spełnia powyższych warunków ustawowych, a jej prowadzenie regulowane jest odrębnymi przepisami – np. ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹¹⁰ czy ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹¹. Podmioty lecznicze w ramach tych przepisów udzielają świadczeń zdrowotnych, finansowanych w ramach kontraktów zawartych z NFZ (lub realizują programy zdrowotne z takim samym źródłem finansowania). W czasie trwania stanu epidemii i następnie stanu zagrożenia epidemicznego, udzielanie świadczeń dla pacjentów z COVID-19, utrzymywanie gotowości świadczeniodawców do udzielania świadczeń, podobnie jak wypłata specjalnych dodatków tzw. covidowych dla pracowników ochrony zdrowia, a także finansowanie zakupów produktów leczniczych, sprzętu i aparatury medycznej, finansowane były ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Po ustaniu stanu epidemii i zagrożenia epidemicznego wywołanego COVID-19 działalność podmiotów leczniczych nie jest już finansowana w ten (ekstraordynaryjny) sposób, lecz w ramach standardowo realizowanych kontraktów zawartych z NFZ. Zakończone zostały też programy finansowania rehabilitacji pocovidowej¹¹².

2] Rząd RP nie wprowadził w związku z epidemią COVID-19 żadnego ze stanów nadzwyczajnych przewidzianych w *Konstytucji RP*, w tym stanu klęski żywiołowej, przez cały czas trwania tej epidemii. Uznano tym samym, że zwalczanie zagrożenia epidemicznego odbywać się powinno z wykorzystaniem zwykłych środków konstytucyjnych. Wprowadzono natomiast stan epidemii, a następnie stan zagrożenia epidemicznego, których rygory odnosiły się do okoliczności wskazanych w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych* i stanowiły upoważnienie dla właściwych organów do wykorzystania rezerw gromadzonych na wypadek zaistnienia nadzwyczajnych okoliczności. Z tych też przyczyn uzasadnienie dla wykorzystania rezerw strategicznych w celu zwalczania epidemii COVID-19 immanentnie należy wiązać wyłącznie z okolicznościami powodującymi wprowadzenie i utrzymywanie stanu epidemii lub zagrożenia epidemicznego. Okoliczności te ustały ostatecznie z dniem 1 lipca 2023 r.

¹¹⁰ Dz.U. z 2024 r. poz. 799, dalej: *ustawa o działalności leczniczej*.

¹¹¹ Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm., dalej: *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

¹¹² Informacja o wynikach kontroli nr P/22/057 - Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

3] Dodatkowe nakłady, które zdaniem Podsekretarz Stanu w KPRM Izabeli Antos miałyby zostać poniesione w związku ze zwrotem udostępnionego asortymentu do rezerw (koszty demontażu i transportu), są bezwzględnie mniejsze niż koszty odtworzenia rezerw w tych samych asortymentach sprzętu i aparatury medycznej (w szczególności diagnostycznej) o wysokiej wartości i długotrwałym okresie użytkowania, takich jak TK i MR.

4] Charakterystyka techniczna nabywanego sprzętu i aparatury medycznej w niektórych asortymentach mogła faktycznie powodować trudności w wyegzekwowaniu ich zwrotu do rezerw i skierowaniu do ponownego wykorzystania, jak wskazano w wyjaśnieniach. Było to jednak przede wszystkim konsekwencją treści samych decyzji o udostępnieniu rezerw przekazywanych do RARS, które odnosiły się do sprzętu stacjonarnego w przypadku aparatury diagnostycznej (TK, RM, RTG stacjonarne), a którego uruchomienie wymagało od podmiotu leczniczego (któremu sprzęt ten został udostępniony) uprzedniego przeprowadzenia czasochłonnych i kosztochłonnych prac (z wybudowaniem nowego obiektu łącznie)¹¹³.

(akta kontroli str. 234-235)

NIK zauważa również, że przekazywanie sprzętu i aparatury medycznej z zasobów rezerw strategicznych do podmiotów leczniczych następowało za pośrednictwem wojewodów lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji¹¹⁴, mimo określenia we wnioskach o ich udostępnienie precyzyjnych danych tych podmiotów, co wydłużało realizację celu wynikającego z decyzji PRM, jakim było zwalczanie COVID-19.

Na pytanie o zasadność przyjęcia takiej procedury były PRM Mateusz Morawiecki wyjaśnił, że wynikała ona z wniosków i kompetencji wojewodów, którzy jako terenowe organy administracji rządowej realizują politykę zdrowotną RM w obszarze regionu. Według tych wyjaśnień realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego obejmuje m.in. – zgodnie z art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹¹⁵ – analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpatrywanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Ówczesny PRM zaznaczył, że to właśnie wojewodowie posiadali największą wiedzę na temat potrzeb w zakresie doposażenia placówek medycznych z ich terenu i ich aktualnego obłożenia. Były PRM wskazał również, że wojewodowie i MSWiA na mocy art. 8 ust. 2 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r. byli organami uprawnionymi do składania wniosków o udostępnienie rezerw strategicznych. W złożonych wyjaśnieniach ówczesny PRM ponownie podkreślił, że decyzje w sprawie udostępniania rezerw strategicznych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 podejmowane były w bardzo szczególnej, nieznanej do tej pory sytuacji, związanej z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz choroby wywołanej tym wirusem, a także przeciwdziałaniem negatywnym konsekwencjom wynikającym z tej epidemii.

(akta kontroli str. 293-294)

Spośród ww. 600¹¹⁶ decyzji o udostępnieniu rezerw strategicznych wojewodom (w tym 540 dotyczących udostępnienia nowego sprzętu¹¹⁷ i 60 zmieniających

¹¹³ Modernizację i przebudowę istniejących pomieszczeń na potrzeby przekazanych TK przeprowadziły: Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tamowskich Górach, SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary Prezydenckiej w Pionkach, Warmińsko – Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie, Regionalne Centrum Zdrowia w Lublinie, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Szpital Zdrowie w Kwidzynie. Natomiast w Przypadku Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A. w Polkowicach, przekazany RM miał zostać zainstalowany w nowo budowanych pomieszczeniach Pracowni RM i Poradni Geriatrycznej.

¹¹⁴ Dalej: MSWiA.

¹¹⁵ Dz.U. z 2022 r. poz. 1608, ze zm., dalej: *ustawa o zdrowiu publicznym*.

¹¹⁶ Z czego: 379 wydanych w 2021 r., 163 wydanych w 2022 r. i 58 wydanych w 2023 r. (do 31 października).

¹¹⁷ W tym: 370 w 2021 r., 146 w 2022 r. i 24 w 2023 r.

wcześniejsze takie decyzje¹¹⁸) w 408 decyzjach¹¹⁹ (68%) wskazano tych wojewodów jako odbiorców, w 166¹²⁰ decyzjach wskazano jako odbiorców danego asortymentu konkretne podmioty lecznicze, a w 26¹²¹ decyzjach wskazywano jako odbiorców tych asortymentów w części wojewodów i w części podmioty lecznicze, w tym szpitale prowadzące szpitale tymczasowe.

(akta kontroli str. 34-39, 250-251, 425 i 585-594)

Spośród ww. 600 decyzji w sprawie udostępnienia na rzecz wojewodów sprzętu i aparatury medycznej w 480 decyzjach (w tym w 440 decyzjach dotyczących nowych udostępnień i 40 decyzjach zmieniających te decyzje)¹²², w szczegółowych warunkach udostępnienia asortymentu sprzętu i aparatury medycznej zawarte zostało postanowienie, że (...) *asortyment ten nie podlegał zwrotowi, jeśli Wojewoda, któremu udostępniono ten asortyment, w wyniku własnej analizy sytuacji uznałby takie udostępnienie za właściwe i celowe (...)*. W decyzjach tych wskazano też, że udostępniany sprzęt i aparatura medyczna powinny podlegać relokacji, jeśli jest to konieczne do zabezpieczenia potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województwa.

(akta kontroli str. 34-39 i 425)

W treści części wydanych decyzji (np. decyzje nr: 331/R/21, 371/R/22, 387/R/22) zawarto postanowienia m.in., że (1) *udostępniany asortyment wyposażenia medycznego z uwagi na właściwości i cel wykorzystania (przekazanie podmiotowi w celu ratowania zdrowia i życia ludzkiego, w tym w związku z zagrożeniem epidemii COVID-19) nie podlega zwrotowi, jeśli Wojewoda w wyniku własnej analizy sytuacji uznaje takie udostępnienie za właściwe i celowe*, (2) *sprzęt medyczny udostępniony na rzecz Wojewody powinien podlegać relokacji, jeśli jest to konieczne do zabezpieczenia potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województwa*, (3) *zgodnie z ustawą z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych podmiot, któremu udostępnione rezerwy strategiczne zostały wydane, wykorzystuje je zgodnie z ich przeznaczeniem*. W innych decyzjach w tym zakresie, w szczegółowych warunkach ich przekazywania ustalono m.in., że: (1) *udostępniany asortyment wyposażenia medycznego z uwagi na właściwości i cel wykorzystania (przekazanie podmiotowi w celu ratowania zdrowia i życia ludzkiego, w tym w związku z zagrożeniem epidemii COVID-19) nie podlega zwrotowi, jeśli Wojewoda w wyniku własnej analizy sytuacji uznaje takie udostępnienie za właściwe i celowe*, (2) *zgodnie z ustawą z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych podmiot, któremu udostępnione rezerwy strategiczne zostały wydane, wykorzystuje je zgodnie z ich przeznaczeniem*.

Przedmiotowe decyzje nie zawierały postanowień zobowiązujących do zawarcia umowy o udostępnienie tej aparatury oraz rozstrzygnięć w zakresie podmiotów właściwych do ponoszenia kosztów ich prawidłowej eksploatacji (ubezpieczeń, przeglądów i napraw).

(akta kontroli str. 34-39)

Zdaniem NIK wskazanie w 480 decyzjach PRM, że udostępniany asortyment *nie podlega zwrotowi, jeżeli wojewoda, któremu udostępniono ten asortyment, w wyniku własnej analizy sytuacji uzna takie udostępnienie za właściwe i celowe*, nie

¹¹⁸ W tym: 38 w 2021 r., 20 w 2022 r. i dwie w 2023 r.

¹¹⁹ W tym 32 decyzji zmieniających wcześniej wydane decyzje tego typu, z czego 255 decyzji w 2021 r. (w tym 22 zmieniające wcześniejsze takie decyzje), 125 decyzji w 2022 r. (w tym 15 zmieniające wcześniej) i 28 decyzji w 2023 r. do 31 października (w tym jedna decyzja zmieniająca wcześniej wydaną).

¹²⁰ Z czego 102 w 2021 r. (w tym dziewięć zmieniających wcześniejsze tego typu decyzje), 34 w 2022 r. (w tym 11 zmieniających wcześniejsze tego typu decyzje) i 30 w 2023 r. (do 31 października).

¹²¹ W tym 22 z 2021 r. (z czego jedna zmieniająca) i cztery z 2022 r. (z czego jedna zmieniająca).

¹²² W tym: 291 decyzjach w 2021 r. (w tym 23 zmieniających wcześniejsze tego typu decyzje), 140 w 2022 r. (w tym 16 zmieniających wcześniejsze tego typu decyzje) oraz 49 w 2023 r. do końca października (w tym jedna zmieniająca wcześniejszą decyzję).

jest równoznaczne z rozstrzygnięciem, czy udostępnienie asortymentu następuje z obowiązkiem zwrotu czy bez takiego obowiązku. W konsekwencji w decyzjach o udostępnieniu rezerw strategicznych wojewodom, adresaci tych decyzji, czyli właściwi wojewodowie, zostali bez podstawy prawnej wyposażeni w możliwość władczego rozstrzygnięcia o przeznaczeniu tego asortymentu oraz o charakterze jego rozdysponowania. Stanowiło to naruszenie art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który prawo do decydowania o charakterze udostępnienia nadawał wyłącznie PRM, jako organowi upoważnionemu do wydania przedmiotowych decyzji. Powyższe nielegalne działanie i jego skutki opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 5.

NIK zauważa przy tym, że przyjęciu opisanej powyżej, niewłaściwej i nieznajdującej oparcia w przepisach prawa praktyki pozostawiania w gestii wojewodów rozstrzygnięcia co do charakteru udostępnionych im przez PRM rezerw (zwrotne czy bezzwrotne), nie towarzyszyło jednocześnie ustalenie przez PRM jednolitych (obowiązujących wszystkich wojewodów) zasad/procedur rozstrzygnięcia powierzonej im kwestii, jak i zasad trwałego, bezterminowego i bezpłatnego przekazywania podmiotom leczniczym sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych w czasie trwania epidemii i w czasie trwania stanu zagrożenia epidemicznego. Abstrahując od wykazanego wyżej braku podstaw prawnych do delegowania ustawowych kompetencji w treści decyzji PRM, opracowanie wspomnianych zasad/procedur mogło stanowić czynnik, który przyczyniłby się do wprowadzenia jednolitego podejścia do tego, w jakich warunkach organy (wojewodowie) mogą uznać sprzęt i aparaturę za zbędne do dalszej realizacji celu polegającego na zwalczaniu epidemii COVID-19. Brak natomiast takich regulacji, z jednoczesnym (bezprawnym) wyposażeniem wojewodów w możliwość dysponowania składnikami majątkowymi Skarbu Państwa wysokiej wartości, skutkowało przekazywaniem przez wojewodów rezerw strategicznych w postaci sprzętu i aparatury medycznej (w tym wysokocennej) bez wskazania kto jest odpowiedzialny za zapewnienie prawidłowej ich eksploatacji, zabezpieczenia i ubezpieczenia. Przyjęta praktyka nie zapewniała również, że udostępniony wysokocenny sprzęt zostanie odzyskany do rezerw strategicznych (zgodnie z art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* rezerwy strategiczne stanowią wyodrębniony majątek Skarbu Państwa).

(akta kontroli str. 586-587)

Po dniu 30 czerwca 2023 r. (po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego na terenie Polski z dniem 1 lipca 2023 r.) PRM wydał 22 decyzje – podpisane z upoważnienia PRM przez Podsekretarz Stanu w KPRM Izabelę Antos – o udostępnieniu sprzętu i aparatury diagnostycznej, z czego 19 decyzji dotyczyło aparatury diagnostycznej (TK i MR) o wysokiej wartości – jednostkowa wartość urządzenia przekraczała w każdym przypadku kwotę 2 mln zł.

Powyższe decyzje zostały wydane z powołaniem się na art. 19 ust. 1 i 2, 5, 6 i 7 w związku z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* i stanowiły, że aparaty diagnostyczne w postaci MR i TK udostępniane były wojewodom, celem przekazania i wydania do użycia wskazanym w tych decyzjach podmiotom leczniczym. W warunkach szczegółowych udostępniania wskazano, że (1) *aparatura diagnostyczna (przekazywana celem ratowania zdrowia i życia ludzkiego) nie podlega zwrotowi, jeśli wojewodowie (którym udostępniono tę aparaturę) w wyniku własnej analizy sytuacji uznali takie udostępnienia za właściwe i celowe*, (2) *podmiot leczniczy, któremu aparatura ta została wydana wykorzystuje ją zgodnie z jej przeznaczeniem*, (3) *udostępniony asortyment zostanie wydany po uzgodnieniu z RARS wszystkich szczegółów dotyczących terminów i sposobów przekazania*.

Ponadto w decyzjach wskazano środki finansowe RARS, jako źródło finansowania kosztów transportu, załadunku i wyładunku udostępnionych rezerw oraz zapłaty

podatku od towarów i usług, jeżeli obowiązek zapłacenia takiego podatku powstał na skutek udostępnienia rezerw strategicznych.

Decyzje nie zawierały postanowień zobowiązujących do zawarcia umowy o udostępnienie tej aparatury oraz rozstrzygnięć w zakresie podmiotów właściwych do ponoszenia kosztów ich prawidłowej eksploatacji (ubezpieczeń, przeglądów i napraw).

(akta kontroli str. 326-382)

W związku z wydaniem ww. 19 decyzji o udostępnieniu medycznych rezerw strategicznych, informacje o udostępnieniu podmiotom leczniczym wysokocennej aparatury diagnostycznej (pięciu MR o łącznej wartości 26 119,0 tys. zł i dziewięciu TK o łącznej wartości 20 520,6 tys. zł) przekazywali – w trakcie kampanii wyborczej przed wyborami parlamentarnymi ogłoszonymi na dzień 15 października 2023 r. – kandydaci na parlamentarzystów. Informacje te przekazywali oni podmiotom leczniczym zlokalizowanym w okręgach wyborczych, w których kandydowali w wyborach, w szczególności:

- Ewa Leniart ówczesna Wojewoda Podkarpacka: 1] w dniu 10 października 2023 r. – o udostępnieniu MR o wartości 5 165,1 tys. zł, na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy, przyznanego decyzją nr 223/R/23 z 9 października 2023 r.; 2] w dniu 27 września 2023 r. wraz ze Stanisławem Ożogiem ówczesnym senatorem RP – o udostępnieniu TK na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnym, przyznanego decyzją nr 157/R/23 z 27 września 2023 r.;
- Jarosław Wieczorek ówczesny Wojewoda Śląski: w dniu 22 września 2023 r. – o udostępnieniu TK o wartości 2 550,2 tys. zł na rzecz Górnośląskiego Centrum Rehabilitacyjnego „Repty”, przyznanego decyzją nr 177/R/23 z 21 września 2023 r.;
- Maciej Małecki ówczesny Sekretarz Stanu w Ministerstwie Aktywów Państwowych: w dniu 13 października 2023 r. – o udostępnieniu MR o wartości 5 195,8 tys. zł na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Sochaczewie, przyznanego decyzją nr 160/R/23 z 3 października 2023 r.;
- Waldemar Buda ówczesny Minister Rozwoju i Technologii: w dniu 22 września 2023 r. – o udostępnieniu MR o wartości 5 343,4 tys. zł na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej, przyznanego decyzją nr 141/R/23 z 21 września 2023 r.;
- Adam Andruszkiewicz ówczesny Sekretarz Stanu w Ministerstwie Cyfryzacji: 1] w dniu 12 października 2023 r. – o udostępnieniu MR o wartości 5 165,1 tys. zł na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku im. Mariana Żyndram-Kościńskiego, przyznanego decyzją nr 226/R/23 z 12 października 2023 r.; 2] w dniu 13 września 2023 r. – o udostępnieniu TK o wartości 2 598,2 tys. zł na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, przyznanego decyzją nr 201/R/23 z 12 września 2023 r.;
- Janusz Cieszyński ówczesny Minister Cyfryzacji: 1] w dniu 27 września 2023 r. – o udostępnieniu TK o wartości 2 550,2 tys. zł na rzecz Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie, przyznanego decyzją nr 179/R/23 z 27 września 2023 r.; 2] w dniu 6 października 2023 r. wraz z Bogusławą Orzechowską ówczesną Senatorek RP – o udostępnieniu MR o wartości 5 165,1 tys. zł, na rzecz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Popowskiego w Olsztynie, przyznanego decyzją nr 242/R/23 z 4 października 2023 r.;

- Jan Krzysztof Kubów ówczesny Sekretarz Stanu w KPRM: 1] w dniu 12 października 2023 r. – o udostępnieniu MR o wartości 5 249,6 tys. zł na rzecz Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych, przyznanego decyzją nr 249/R/23 z 11 października 2023 r.; 2] w dniu 22 września 2023 r. – o udostępnieniu TK o wartości 2 792,8 tys. zł na rzecz regionalnego Centrum Zdrowia w Lubinie, przyznanego decyzją nr 144/R/23 z 21 września 2023 r.;
- Łukasz Schreiber były Minister-Członek Rady Ministrów: w dniu 7 sierpnia 2023 r. – o udostępnieniu TK o wartości 2 699,7 tys. zł na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, przyznanego decyzją nr 151/R/23 z 7 sierpnia 2023 r.;
- Krzysztof Szczucki ówczesny Prezes Rządowego Centrum Legislacji: w dniu 12 października 2023 r. – o udostępnieniu TK o wartości 2 550,2 tys. zł przeznaczonego na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, przyznanego decyzją wydaną nr 252/R/23 z 17 października 2023 r.;
- Małgorzata Gośniowska-Kola ówczesna radna wojewódzka: w dniu 13 października 2023 r. – o udostępnieniu TK w wartości 1 986,5 tys. zł przeznaczonego na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli, przyznanego decyzją nr 248/R/23 z 10 października 2023 r.

Ponadto ówcześni parlamentarzyści w okręgu wyborczym nr 17 (Radom i część woj. Mazowieckiego) wraz z ówczesnym PRM w dniu 21 września 2023 r. poinformowali m.in. o udostępnieniu MR dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach im. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary Prezydenckiej, przyznanego decyzją nr 156/R/23 z 20 września 2023 r.

(akta kontroli str. 668-693)

Ze względu na niezbędne do przeprowadzenia we wszystkich 19 przypadkach przekazania wysokocennej aparatury diagnostycznej (TK i MR) procedury dostosowania obiektów podmiotów leczniczych do wymogów udostępnianej aparatury oraz do potrzeb poszczególnych świadczeniodawców (przeprowadzenie prac adaptacyjnych w istniejących obiektach, wybudowanie nowych czterech obiektów) oraz konieczność przeprowadzenia postępowań rekrutacyjnych celem zapewnienia prawidłowej obsługi (w pięciu przypadkach), natychmiastowe rozpoczęcie wykorzystywania udostępnionego asortymentu do udzielania świadczeń (zwłaszcza w celu zwalczania epidemii COVID-19) nie było możliwe.

Według informacji dyrektorów podmiotów leczniczych¹²³, którym w wyniku decyzji PRM wydanych po 30 czerwca 2023 r. udostępniono wysokocenną aparaturę diagnostyczną, poniesiony lub planowany koszt uruchomienia¹²⁴ pracowni (MR i TK) wynosił co najmniej 66 380 tys. zł. Ponadto wskazali oni, że na dzień 22 kwietnia 2024 r. RARS przekazała siedem sztuk TK¹²⁵, natomiast przekazanie pozostałych czterech TK planowane było w okresie kwiecień-wrzesień 2024 r., a wszystkich ośmiu MR w okresie kwiecień-październik 2024 r. Z przekazanych siedmiu TK na dzień 22 kwietnia 2024 r. uruchomione zostały jedynie trzy¹²⁶, a uruchomienie pozostałych

¹²³ Informacje zostały pozyskane według stanu na koniec kwietnia 2024 r.

¹²⁴ Adaptacji, modernizacji, dostosowania i wyposażenia istniejących pomieszczeń, wybudowania nowych lub zakupu kontenerów oraz budowa lub przebudowa infrastruktury.

¹²⁵ Do: (1) Regionalnego Centrum Zdrowia w Lubinie 7 grudnia 2023 r., (2) Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. E. Warmińskiego w Bydgoszczy 25 marca 2024 r., (3) Szpitala „Zdrowie” w Kwidzynie 22 stycznia 2024 r., (4) Górnoląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty” 2 kwietnia 2024 r., (5) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku 3 kwietnia 2024 r., (6) Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli 13 grudnia 2023 r. i (7) SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie 23 lutego 2024 r.

¹²⁶ W Szpitalu „Zdrowie” w Kwidzynie 12 lutego 2024 r., w Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ w Nowej Soli 29 lutego 2024 r. i SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie 8 marca 2024 r.

ośmiu TK i ośmiu MR planowane było w okresie od kwietnia 2024 r. do początku 2025 r.¹²⁷

(akta kontroli str. 694-837)

Stwierdzone przypadki wydawania przez PRM (lub z jego upoważnienia) decyzji o udostępnieniu sprzętu i aparatury medycznej po odwołaniu (z dniem 1 lipca 2023 r.) stanu zagrożenia epidemicznego na terenie Polski, w szczególności skutkujących koniecznością zakupu przez RARS kolejnych egzemplarzy urządzeń, szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 7.

(akta kontroli str. 305-310, 565 i 580)

1.4. Prawdliwość wydawania przez PRM (lub z jego upoważnienia) decyzji o udostępnieniu sprzętu i aparatury medycznej została oceniona m.in. na podstawie badania losowo wybranej próby 50 takich decyzji, spośród 655 decyzji wydanych od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. Próba obejmowała decyzje udostępniające sprzęt i aparaturę na rzecz wojewodów (48 decyzji¹²⁸) oraz MON¹²⁹ i RCB¹³⁰.

W wyniku analizy ww. decyzji stwierdzono, że PRM udostępnił na ich podstawie: 1] na rzecz wojewodów łącznie 36 asortymentów sprzętu i aparatury medycznej (w tym m.in. cztery TK, trzy RM, 201 respiratorów, 49 aparatów EKG, 19 aparatów RTG, 11 aparatów USG, 10 aparatów do terapii nerkozastępczej, 10 analizatorów parametrów krytycznych, siedem wideolaryngoskopów, 368 kardiomonitorów, 290 urządzeń do wysokoprzepływowej terapii oraz 834 szt. różnych łóżek szpitalnych); 2] na rzecz MON (sześć kompletów zestawów polowej placówki medycznej) oraz 3] na rzecz RCB siedem asortymentów sprzętu i aparatury medycznej (w tym 13 respiratorów i 10 kardiomonitorów). Ponadto ustalono, że:

- wszystkie badane decyzje wydane zostały z powołaniem się na art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r., tj. na pisemne wnioski organów (województw, MON) lub instytucji (RCB), na rzecz których zostały te asortymenty wydane;
- w przypadku decyzji wydanych na wniosek wojewodów – wnioski te zawierały wskazania, do których podmiotów leczniczych asortyment dany miał zostać przekazany lub sformułowanie, że sprzęt zostanie rozdysponowany przez wojewodę w ramach koordynacji działań związanych ze zwalczaniem COVID-19;
- badane decyzje PRM zawierały oznaczenie organów, na rzecz których asortymenty sprzętu i aparatury medycznej miały być udostępnione (województwie, MON, RCB);
- jako odbiorców udostępnianego asortymentu w 30 przypadkach wskazano wojewodów (bez wskazania np. docelowych podmiotów leczniczych, które miały wykorzystywać ten sprzęt do prowadzenia działalności leczniczej);
- w 15 przypadkach wskazano konkretne podmioty lecznicze jako użytkowników wydawanych rezerw;
- w trzech przypadkach¹³¹ w decyzjach rozdzielono asortymenty przeznaczone do przekazania wojewodom i podmiotom leczniczym;
- w decyzji w sprawie udostępnienia rezerwy RCB wskazano ten podmiot jako odbiorcę przekazywanego asortymentu, a w decyzji udostępniającej rezerwy

¹²⁷ W przypadku rezonansu magnetycznego udostępnianego SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndram-Kościakowskiego, ze względu na planowany termin zakończenia robót budowlanych i montażowych w październiku 2024 r.

¹²⁸ Decyzje PRM nr: 4/R/21, 23/R/21, 36/R/21, 53/R/21, 65/R/21, 78/R/21, 91/R/21, 105/R/21, 117/R/21, 132/R/21, 145/R/21, 157/R/21, 170/R/21, 183/R/21, 195/R/21, 220/R/21, 260/R/21, 279/R/21, 304/R/21, 325/R/21, 344/R/21, 358/R/21, 390/R/21, 407/R/21, 423/R/21, 437/R/21, 458/R/21, 476/R/21, 510/R/21, 5/R/22, 19/R/22, 40/R/22, 56/R/22, 77/R/22, 114/R/22, 206/R/22, 267/R/22, 312/R/22, 371/R/22, 487/R/22, 8/R/23, 88/R/23, 95/R/23, 142/R/23, 163/R/23, 200/R/23, 230/R/23 i 249/R/23.

¹²⁹ Decyzja PRM nr 372/R/21.

¹³⁰ Decyzja PRM nr 233/R/21.

¹³¹ Decyzje nr: 170/R/21, 390/R/21 i 40/R/22.

strategiczne na rzecz MON jako odbiorców wskazano sześć wojskowych oddziałów gospodarczych, a jako użytkowników brygady Obrony Terytorialnej. We wszystkich badanych decyzjach wskazano, że udostępnienie rezerwy następuje nieodpłatnie oraz ustalono szczegółowe warunki udostępnienia, z czego:

- w 37 decyzjach (wszystkich udostępniających rezerwy wojewodom) ustalono, że udostępniony asortyment z uwagi na cel wykorzystania (ratowanie zdrowia i życia ludzkiego, w tym w związku z przeciwdziałaniem COVID-19) nie podlega zwrotowi, *jeśli wojewodowie w wyniku własnej analizy sytuacji uznali takie udostępnienie za właściwe i celowe* oraz że sprzęt ten powinien podlegać relokacji, jeśli konieczne to było do zabezpieczenia potrzeb podmiotów leczniczych na terenie danego województwa;
- w siedmiu decyzjach¹³² ustalono, że udostępniony asortyment przekazywany był celem doposażenia szpitali tymczasowych i ma podlegać zwrotowi po ustąpieniu zagrożenia, jeśli jego stan techniczny pozwalał na jego dalsze użytkowanie;
- w pięciu decyzjach¹³³ ustalono, że udostępniony asortyment ze względu na jego właściwości i cel nie podlegał zwrotowi;
- w jednej decyzji¹³⁴ (pierwszej dotyczącej udostępniania TK) ustalono termin eksploatacji i zwrotu udostępnionego TK.

Badane decyzje wydane zostały średnio w ciągu 10,5 dnia od złożenia wniosku, z czego 31 decyzji do siedmiu dni od złożenia wniosku lub jego korekty, sześć decyzji od ośmiu do 10 dni, a 13 decyzji od 13 do 54 dni od złożenia wniosku lub jego uzupełnienia. Wydawanie decyzji po ponad 10 dniach od złożenia wniosku lub jego uzupełnienia naruszało art. 19 ust. 6 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 6.

(akta kontroli str. 41-186)

1.5. W okresie objętym kontrolą w KPRM nie opracowano procedur, regulaminów, instrukcji, wytycznych czy innych dokumentów wewnętrznych, mających na celu zapewnienie eliminacji ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w toku zlecenia i realizacji zakupów sprzętu i aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19, a także procedur dotyczących zasad zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej pozyskanej w związku z epidemią COVID-19.

Audyt wewnętrzny KPRM nie planował i nie przeprowadził (także poza planem audytów) zadań audytowych sprawdzających prawidłowość działań podejmowanych w związku z epidemią COVID-19, w tym w zakresie zakupu i udostępniania sprzętu i aparatury medycznej. Zasady udostępniania oraz zagospodarowania udostępnianych urządzeń wynikały jedynie ze szczegółowych warunków udostępnienia, określanych w indywidualnych decyzjach PRM, co przedstawiono w pkt 1.3 niniejszego wystąpienia.

Jak wyjaśniła I. Antos Podsekretarz Stanu w KPRM, w Kancelarii Premiera nie opracowano ww. procedur, ponieważ w KPRM nie realizowano bezpośrednich zakupów sprzętu i aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19. Wskazała również, że wprawdzie przedmiotem planu audytu czy programu zadania audytowego nie były zadania podejmowane przez KPRM wynikające z epidemii COVID-19, ale Zespół Audytu Wewnętrznego w Biurze Dyrektora Generalnego KPRM¹³⁵ przy projektowaniu i wykonywaniu poszczególnych zadań audytowych uwzględniał uwarunkowania mające wpływ na ocenę danego obszaru, w tym ryzyka i skutki

¹³² Decyzje nr: 4/R/21, 105/R/21, 117/R/21, 157/R/21, 260/R/21, 304/R/21 i 358/R/21.

¹³³ Decyzjach nr 183/R/21 (dotyczącej udostępnienia generatora tlenu), 220/R/21 (dotyczącej udostępnienia bramki do dezynfekcji), 279/R/21 (dotycząca udostępnienia dwóch analizatorów parametrów krytycznych) oraz w decyzjach wydanych na wniosek MON i RCB.

¹³⁴ Decyzji nr 312/R/22.

¹³⁵ Dalej: BDG KPRM.

wynikające z pandemii (m.in. opóźnienia w realizacji zadań, konieczność zmiany założeń realizowanych projektów, wprowadzanie alternatywnych planów działania). W wyjaśnieniach podała, że jedyną procedurą w zakresie udostępnienia rezerw strategicznych, była procedura opracowana przez RARS (na podstawie art. 24 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*) i zatwierdzona przez PRM, w której określono zadania realizowane przez RARS w procesie udostępniania tych rezerw.

(akta kontroli str. 20, 233 i 241-249)

1.6. W latach 2020-2023 (do 30 czerwca) KPRM nie dokonywała zakupów sprzętu i aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19.

(akta kontroli str. 20)

1.7. W okresie objętym kontrolą, na podstawie decyzji PRM z dnia 2 kwietnia 2020 r.¹³⁶, wydanej z powołaniem się na art. 11 ust. 2 i 3 *specustawy*, Szef KPRM polecił¹³⁷ KGHM nabywanie (w kraju i za granicą) i dostarczanie do podmiotów wskazanych przez MZ i KPRM m.in. wyrobów medycznych w rozumieniu art. 1 obowiązującej w tym okresie ustawy z dnia 20 maja 2020 r. o wyrobach medycznych¹³⁸.

Realizując tę umowę KGHM w okresie od 30 kwietnia do 7 listopada 2020 r. zakupił i dostarczył do ARM w sześciu partiach łącznie 288 szt. respiratorów¹³⁹, za zakup i dostarczenie których KPRM wypłacił KGHM kwotę 45 568,8 tys. zł brutto oraz (zgodnie z ww. umową) prowizję w wysokości 1,5% kosztów netto powiększonych o VAT (23%).

Wyżej wymienione zlecone zakupy zostały skontrolowane przez NIK w ramach wcześniej przeprowadzonej kontroli¹⁴⁰.

(akta kontroli str. 21)

PRM, na podstawie art. 11h ust. 3 i 4 *specustawy* i w związku z art. 104 *Kpa*, w drodze 12 decyzji administracyjnych wydał 11 podmiotom działającym z udziałem Skarbu Państwa¹⁴¹ polecenia zorganizowania i utworzenia łącznie 17 szpitali tymczasowych, w tym dwóm państwowym osobom prawnym, z którymi KPRM miał zawrzeć umowy w celu finansowania działań podjętych przez te podmioty, tj.:

1. Bankowi Gospodarstwa Krajowego, decyzją z dnia 2 listopada 2020 r. – polegających na zorganizowaniu i utworzeniu w województwie mazowieckim dwóch szpitali tymczasowych, zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez szpital wyznaczony jako właściwy dla danej lokalizacji oraz utrzymaniu funkcjonowania tych szpitali. Wskutek zmiany 12 listopada 2020 r.¹⁴² ww. decyzji, zamiast dwóch miał powstać jeden szpital tymczasowy;
2. Spółce PL.2012+ Sp. z o.o., decyzją z 19 października 2020 r.¹⁴³ – *polegających na udostępnieniu i przystosowaniu terenu PGE Stadionu Narodowego, w tym obiektu i pomieszczeń, dla szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie.*

W pozostałych przypadkach umowy w imieniu Skarbu Państwa miał zawrzeć MAP.

¹³⁶ Nr BPRM.222.22.71.2020 (którą poprzedziła decyzja PRM z 31 marca 2020 r. nr BPRM.222.2250.2020 uchylona decyzją PRM nr BPRM.222.2250.2020(4) z 4 kwietnia 2020 r.), zmieniona decyzjami PRM nr 222.22.71.2020(4) z 4 kwietnia 2020 r. i nr BPRM.222.71.2020(6) z 9 kwietnia 2020 r.

¹³⁷ Na podstawie umowy z 16 kwietnia 2020 r., zawartej przez ówczesnego Szefa KPRM działającego z upoważnienia PRM.

¹³⁸ Dz.U. z 2021 r. poz. 1565, uchylona z dniem 26 maja 2022 r. poz. 974, ze zm., dalej: *ustawa o wyrobach medycznych z 2010 r.*

¹³⁹ W tym: 286 szt. respiratorów Bellavista 1000e i dwa AEONMED Shangrila 590 (w tym jeden respirator nieodpłatnie).

¹⁴⁰ P/20/062 - Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

¹⁴¹ Polskiej Grupie Zbrojeniowej S.A., Polskiemu Koncernowi Naftowemu ORLEN S.A., Grupie Lotos S.A., Powszechnej Kasie Oszczędnościowej Bank Polski S.A., Tauron Polska Energia S.A., Spółce Węglukoks S.A., KGHM, Totalizatorowi Sportowemu Sp. z o.o., Grupie Azoty S.A., Bankowi Gospodarstwa Krajowego i Spółce PL.2012+ Sp. z o.o.

¹⁴² Decyzja znak: BPRM.222.18.233.2020, zmieniona decyzją PRM nr BPRM.222.18.233(2) z 12 listopada 2020 r.

¹⁴³ BPRM.222.18.212.2020, zmienioną decyzjami PRM: nr BPRM.222.18.212.2020(2) 3 listopada 2020 r., nr BPRM.222.18.212.2020(7) z 11 grudnia 2020 r. i BPRM.222.18.212.2020(19) z 12 stycznia 2021 r.

Szczegółowo treść tych decyzji PRM została opisana i oceniona w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do PRM w dniu 6 grudnia 2022 r. po kontroli nr D/21/505 *Utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19*.

(akta kontroli, str. 22-25)

1.8. W latach 2020-2023 (do 30 czerwca) PRM nie wydawał ARM/RARS decyzji powierzających zakup, magazynowanie i wydawanie sprzętu i aparatury medycznej w związku z COVID-19 w trybie art. 25a ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r. i (od 23 lutego 2021 r.) art. 29 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.

Jedyną decyzją PRM dotyczącą przekazania sprzętu i aparatury medycznej, niestanowiących asortymentu rezerw strategicznych, była decyzja z 5 października 2022 r.¹⁴⁴, wydana na podstawie art. 11h ust. 3 *specustawy*, w której PRM polecił RARS przekazać właściwym wojewodom lub szpitalom, które organizowały funkcjonowanie szpitali tymczasowych w województwach, na ich wniosek, nieodpłatnie i bezterminowo wyposażenia i sprzętu medycznego pozostałego po zlikwidowanych szpitalach tymczasowych¹⁴⁵. Decyzja powyższa została zrealizowana, co potwierdził Prezes RARS w piśmie¹⁴⁶ z 17 kwietnia 2023 r.

Decyzja powyższa, pomimo tego, że została wydana na podstawie przepisów *specustawy* w trybie Kpa, nie spełniała wymogów wynikających z przepisów Kpa, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 8.

(akta kontroli str. 22 i 409-413)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. PRM nie realizował rzetelnie wynikającego z art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP* obowiązku koordynowania działań ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne i MZ, a od 23 lutego 2021 r. nierzetelnie realizował nadzór nad RARS w zakresie tworzenia rezerw strategicznych w asortymentach sprzętu i aparatury medycznej wynikający z art. 30 ust. 4 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r., w szczególności:

- a) w okresie od 4 marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r. nierzetelnie koordynował działania ministrów właściwych ds. energii i ministra właściwego ds. zdrowia, którzy w tym okresie wydali łącznie 34 decyzje i dyspozycje (polecenia) o utworzeniu rezerw medycznych oraz uzupełnianiu ilościowego stanu rezerw,
- b) w okresie od 23 lutego 2021 r. do 30 czerwca 2023 r. nierzetelnie koordynował i nadzorował działania Ministra Szefa KPRM oraz Zastępców Ministra Szefa KPRM wykonujących zadania PRM¹⁴⁷ i MZ, którzy w tym czasie wydali łącznie 12 decyzji i dyspozycji (poleczeń) o utworzeniu rezerw medycznych oraz uzupełnianiu ilościowego stanu rezerw, pomimo posiadania przez PRM miesięcznych informacji, składanych przez Prezesa RARS o stanie tych rezerw.

(akta kontroli str. 287-290 i 414-417)

W wyniku realizacji w okresie od marca 2020 r. do 30 czerwca 2023 r. przez Agencję (ARM, następnie RARS) 10 decyzji PRM o utworzeniu rezerw strategicznych, 36 decyzji i dyspozycji (poleczeń) o utworzeniu rezerw medycznych oraz uzupełnianiu ilościowego stanu rezerw wydanych przez MAP, MKiŚ i MZ, w magazynach Agencji

¹⁴⁴ Nr DIR.ZRARS.06124.1.2022.

¹⁴⁵ Przekazany przez ARM tym wojewodom lub szpitalom w wykonaniu ustnej decyzji PRM z 14 października 2020 r., polecającej ARM podjęcie działań celem przeciwdziałania epidemii COVID-19, w postaci dostarczenia wyposażenia i sprzętu medycznego wraz z ewentualnym transportem, usługami instalacyjnymi i serwisowymi na potrzeby organizacji szpitali tymczasowych.

¹⁴⁶ Nr BRT.4420.3.2020/150.

¹⁴⁷ Działającego (w przypadku Szefa KPRM) z upoważnienia PRM nr DIR.ZOP.1104.4.2021.AF z 12 marca 2021 r. w zakresie podpisywania w imieniu PRM m.in. decyzji o utworzeniu rezerw strategicznych na podstawie art. 13 i art. 14 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r., (a w przypadku Zastępców Szefa KPRM) z upoważnienia PRM nr DIR.ZOP.1104.5.2021.AF z 12 marca 2021 r., nr DIR.ZOP.1104.25.2021.AF z 3 listopada 2021 r. oraz nr DIR.ZOP.1104.3.2023.AF z 24 lutego 2023 r.

– w rezultacie nadmiernych zakupów – gromadzono sprzęt i aparaturę medyczną w określonych asortymentach (rodzajach) i o znacznej wartości oraz utrzymywano ich zapas w liczbie przekraczającej wielkość potrzeb (nawet w kilku tysiącach egzemplarzy)¹⁴⁸, zarówno racjonalnie oszacowanych na moment składania zamówienia, jak i dających się przewidzieć na podstawie istniejących prognoz. Skutkiem powyższego po czterech miesiącach¹⁴⁹ od odwołania z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2¹⁵⁰, pomimo zaspokojenia potrzeb związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 zgłaszanych przez podmioty lecznicze, niewykorzystane lub nieprzekazane pozostawały znaczne ilości sprzętu i aparatury medycznej w 18 rodzajach asortymentów tych rezerw. W szczególności niewykorzystanych pozostawało (w stosunku do całości zakupionego przez ARM/RARS sprzętu i aparatury medycznej w okresie od marca 2020 r. do końca czerwca 2023 r.): 77,4% zakupionych stołów operacyjnych, 65,7% zakupionych analizatorów markerów, 67,6% zakupionych laryngoskopów i laryngoskopów z łyżkami, 55,3% zakupionych wideolaryngoskopów, 35,3% zakupionych aparatów RTG, 30,2% zakupionych kardiomonitorów i monitorów do monitorowania funkcji życiowych pacjenta, 29,3% zakupionych aparatów do wysokoprzepływowej terapii donosowej, 27,6% zakupionych aparatów EKG, 23,2% zakupionych respiratorów oraz 81,3% zakupionych urządzeń do transportu chorych zakaźnie i 36,0% zakupionych kabin izolacyjnych¹⁵¹.

Powyższe dane świadczą o tym, że dokonywane przez ARM/RARS – w wykonaniu decyzji ministrów właściwych ds. rezerw i MZ oraz PRM – przez osoby upoważnione oraz Ministra Zdrowia, zakupy asortymentów sprzętu i aparatury medycznej doprowadziły do nagromadzenia zapasów znacząco przekraczających zapotrzebowanie systemu ochrony zdrowia wynikające z 3-letniej epidemii COVID-19 i to w sytuacji, gdy świadczeniodawcom przekazano w tym czasie sprzęt i wyposażenie pozwalające na zapewnienie opieki wszystkim hospitalizowanym pacjentom z COVID-19, jak również na utworzenie rezerw łóżek „covidowych” pozostających w tzw. stanie gotowości do udzielania świadczeń¹⁵².

Zastępca Prezesa RARS M. Wasilewski w wyjaśnieniach złożonych w imieniu Prezesa RARS podał, że PRM w okresie objętym kontrolą nie odwołał i nie zmienił wielkości rezerw strategicznych ustalonych 16 dyspozycjami MZ wydanymi w latach 2020-2021¹⁵³ na podstawie art. 46d ust. 1 *ustawy o zapobieganiu zakażeniom*, a MZ w przypadku dwóch dyspozycji¹⁵⁴ w dniu 27 marca 2020 r.¹⁵⁵ zwiększył ilość tworzonego asortymentu rezerw strategicznych.

(akta kontroli str. 287-290 i 937-941)

¹⁴⁸ Stan medycznych rezerw strategicznych jest informacją niejawną, zatem nie jest możliwe wskazanie w treści wystąpienia pokontrolnego dokładnej informacji o licznie i rodzaju rezerw tworzonych przez Agencję.

¹⁴⁹ Na dzień 31 października 2023 r.

¹⁵⁰ Na mocy rozporządzenia w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19.

¹⁵¹ Szczegółowa analiza ilościowa i wartościowa ww. sprzętu i aparatury medycznej pozostających po formalnym ustaniu stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2 przedstawiono w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym w ramach niniejszej kontroli do Prezesa RARS.

¹⁵² Sprawa tzw. gotowości do udzielania świadczeń opisana szczegółowo w informacji o wynikach kontroli P/20/062 Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19, str. 128 i dalsze.

¹⁵³ ROO.531.10.12.2020/Z-40/2020 z 12 marca 2020 r., ROO.531.10.6.2020/Z-49/2020 z 18 marca 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-219/2020 z 29 kwietnia 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-355/2020 z 14 października 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-357/2020 z 15 października 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-360/2020 z 21 października 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-362/2020 z 27 października 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-366/2020 z 29 października 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-369/2020 z 3 listopada 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-370/2020 z 4 listopada 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-374/2020 z 9 listopada 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-377/2020 z 17 listopada 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-381/2020 z 23 listopada 2020 r., ROO.531.10.12.2020/Z-387/2020 z 4 grudnia 2020 r., DBO.531.10.1.2021/Z-46/2021 z 19 marca 2021 r. i DBO.531.10.1.2021/Z-61/2021 z 2 kwietnia 2021 r.

¹⁵⁴ ROO.531.10.12.2020/Z-40/2020 z 12 marca 2020 r. i ROO.531.10.6.2020/Z-49/2020 z 18 marca 2020 r.

¹⁵⁵ ROO.531.10.12.2020.KJ.

Dyrektor DIR wyjaśnił, że odwołanie na obszarze RP stanu epidemii/zagrożenia epidemicznego nie oznaczało całkowitego braku zagrożenia oraz zakończenia realizacji działań związanych ze zwalczaniem wirusa SARS-CoV-2. Wskazał, że po 30 czerwca 2023 r., kiedy doszło do zakończenia stanu zagrożenia epidemicznego, do KPRM w dalszym ciągu wpływały wnioski uprawnionych organów o udostępnienie rezerw strategicznych. Zdaniem Dyrektora DIR wnioski te oraz decyzje PRM o udostępnieniu rezerw mogły powodować konieczność prowadzenia przez RARS postępowań zakupowych w celu utrzymania wymaganych stanów magazynowych. Według jego wyjaśnień RARS, która była odpowiedzialna za wykonywanie decyzji PRM, nie występowała do KPRM o zmianę wydanych decyzji w zakresie postanowień dotyczących odtwarzania rezerw strategicznych.

Powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie z następujących względów:

1] Z dniem 1 lipca 2023 r. zagrożenie COVID-19 zostało uznane przez właściwy organ (Ministra Zdrowia¹⁵⁶) za równe poziomem zagrożeniu generowanemu przez pozostałe choroby zakaźne, którym zapobiega się i które zwalcza się w trybie „zwykłego”, powszedniego funkcjonowania odpowiedzialnych za to podmiotów i organów. Stan taki nie stanowi zatem uzasadnienia dla powszechnego i ciągłego wykorzystania rezerw strategicznych, gromadzonych – jak określa to jednoznacznie art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* – na wypadek sytuacji nadzwyczajnych. Zatem wskazywane w wyjaśnieniach wnioski organów, wpływające do KRPM po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego COVID-19 w Polsce (tj. po 1 lipca 2023 r.), miały w istocie na celu uzupełnienie zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną poszczególnych świadczeniodawców potrzebnego do bieżącego, standardowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich podstawą nie była natomiast konieczność przeciwdziałania epidemii COVID-19, która w tym czasie zakończyła się. Uznanie argumentacji zaprezentowanej w wyjaśnieniach prowadziłoby do konkluzji, że nie istnieją okoliczności odróżniające stan zagrożenia epidemicznego od stanu zwykłego funkcjonowania struktur państwa oraz że każdy przypadek wystąpienia choroby zakaźnej, bez względu na natężenie jej występowania i zagrożenie jakie powoduje, może być uznany za wystarczający powód do użycia środków gromadzonych przez państwo na okoliczność zdarzeń nadzwyczajnych. Przyjęcie takiego założenia stoi w oczywistej sprzeczności z celem gromadzenia i przeznaczeniem rezerw, określonym we wskazanym wyżej art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

2] W tzw. zwykłych okolicznościach pozyskiwanie nowego sprzętu i aparatury przez podmioty lecznicze powinno następować w ramach procedur właściwych dla sytuacji standardowych i być prowadzone z zachowaniem warunków optymalnego wydatkowania środków publicznych (w ramach przejrzystej konkurencyjnej procedury, po obiektywnej ocenie realnych potrzeb w ramach procedur obowiązujących w systemie ochrony zdrowia). W świetle bowiem dyrektyw ustawodawcy, wyrażonych w *ustawach o rezerwach strategicznych*, wyłącznie nadzwyczajny i nagły charakter potrzeb i zagrożeń uzasadnia wykorzystanie rezerw strategicznych, zaś ich gromadzenie w takich okolicznościach może być dokonywane w trybie, w którym efektywność i oszczędność nie stanowią najważniejszych kryteriów przy dysponowaniu środkami publicznymi, lecz w pierwszej kolejności uwzględniać konieczność szybkiego zapewnienia dostępności określonych produktów (asortymentów).

3] Wskazywanie na brak wniosków RARS, jako przyczynę utrzymywania mechanizmów powodujących dokonywanie nadmiernych zakupów, pomija charakter tej Agencji, jako agencji wykonawczej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r.

¹⁵⁶ Jako podmiot wiodący zgodnie z Krajowym Planem Zarządzania Kryzysowego w Cz. A i Cz. B.

o finansach publicznych¹⁵⁷, odpowiedzialnej za wykonywanie decyzji wydawanych przez uprawnione organy (PRM, MZ, minister właściwy ds. rezerw). Należy zwrócić uwagę, że RARS na bieżąco przekazywała do komórki organizacyjnej KPRM odpowiedzialnej za nadzór nad RARS wszelkie informacje niezbędne do zarządzania procesem pozyskiwania nowych asortymentów i utrzymania bezpiecznego poziomu rezerw strategicznych w kontekście zmian natężenia epidemii COVID-19 w kraju. Tym samym PRM i podległe mu struktury organizacyjne dysponowały danymi o zgromadzonych i niewykorzystanych rezerwach, które to dane powinny skorelować ze spływającymi do nich równolegle wiadomościami o bieżących i prognozowanych potrzebach (w tym niezaspokojonych) ściśle związanych z przeciwdziałaniem epidemii. Informacje te powinny być posłużyć do moderowania stanu rezerw strategicznych (uzupełnień realizowanych i gromadzonych przez RARS), tak by uniknąć dokonywania zakupów i związanych z tym wydatków nadmiernych w stosunku do potrzeb wynikających z przebiegu epidemii COVID-19 („na zapas”).

4] Do nabycia i gromadzenia rezerw niektórych asortymentów w rozmiarach znacznie przekraczających dające się oszacować, możliwe maksymalne zapotrzebowanie podmiotów leczniczych („na zapas”), w znacznym stopniu przyczynił się brak koordynacji działań PRM w zakresie dysponowania rezerwami strategicznymi przez MZ, upoważnionego na podstawie incydentalnych przepisów (art. 46d *ustawy o zapobieganiu zakażeniom*) do tworzenia i udostępniania strategicznych rezerw medycznych w stopniu nieograniczonym procedurami, do których przestrzegania zobowiązany był PRM. Ustalenia kontroli dowodzą, że utrzymanie takiego dualizmu decyzyjnego w sferze zarządzania rezerwami strategicznymi jest nieuzasadnione (niecelowe) i prowadzi do niegospodarności.

(akta kontroli str. 414-417)

W odpowiedzi na pytanie kontrolera: *Dlaczego nie zapewnił koordynacji działań ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne¹⁵⁸ (w szczególności ministra właściwego ds. zdrowia i ministra właściwego ds. energii, a od 23 lutego 2021 r. Ministra Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów wykonującego zadania Prezesa Rady Ministrów) w zakresie rzetelnego oszacowania potrzeb w zakresie tworzenia rezerw strategicznych celem zapobiegania i przeciwdziałania COVID-19? W efekcie braku koordynacji działań Ministrowie bez rzetelnego oszacowania potrzeb dokonywali zakupu sprzętu i aparatury medycznej lub wydawali polecenia/decyzje dokonania takich zakupów Agencji Rezerw Materiałowych (ARM) i następnie Rządowej Agencji Rezerw Materiałowych (RARS). Skutkiem powyższego nastąpiło nagromadzenie poszczególnych asortymentów rezerw w liczbie nadmiernej w stosunku do potrzeb – były PRM Mateusz Morawiecki wyjaśnił, że minęło ponad cztery lata od czasu, kiedy w Polsce zaczęto się zmagać ze skutkami pandemii COVID-19, tj. pandemii uznawanej za największe zagrożenie epidemiczne na świecie od ponad 100 lat. Wskazał, że ówczesny rząd RP był wśród tych, które działały najszybciej. Już 12 marca 2020 r. (dzień po komunikacie WHO¹⁵⁹ o pandemii COVID-19) podjęto radykalne kroki: zamknięcie wszystkich szkół i przejście na tryb zdalny, wprowadzenie kontroli sanitarnych na przejściach granicznych (jako jedne z pierwszych w Europie) oraz ograniczenie imprez masowych. Mimo podejmowanych szybkich działań w kolejnych dniach obserwowano w Polsce i na świecie wzrost zachorowań i hospitalizacji. Z powodu braku łóżek szpitalnych i niezbędnego sprzętu medycznego w niektórych szpitalach na zachodzie Europy decydowano się na segregację chorych. W związku z tym istotne stało się pozyskanie niezbędnego*

¹⁵⁷ Dz.U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm., dalej: *uofp*.

¹⁵⁸ W okresie od 21 marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r. ministrem właściwym był MKiŚ, a od 23 lutego 2021 r. PRM. Ponadto na podstawie art. 46d *ustawy o zapobieganiu zakażeniom* MZ uzyskał niezależne od PRM uprawnienie do tworzenia i dysponowania rezerwami medycznymi na cele zwalczania COVID-19.

¹⁵⁹ Światowa Organizacja Zdrowia.

sprzętu oraz środków ochrony indywidualnej dla służby zdrowia, w tym poprzez wydanie poleceń, o których mowa w art. 11 ust. 2 *specustawy*, niektórym podmiotom pozostającym w domenie Skarbu Państwa (Grupa Lotos, KGHM, Agencja Rozwoju Przemysłu S.A.). Według byłego PRM dzięki tym działaniom zapewniono polskiej ochronie zdrowia odpowiednią liczbę łóżek szpitalnych, respiratorów oraz sprzętu medycznego, bowiem „Nie chcieliśmy, aby ktokolwiek cierpiał przez brak sprzętu, bo godność człowieka i ludzkie życie było największą wartością”. Były PRM wyjaśnił, że „decyzje o pilnej potrzebie uzupełnienia stanów magazynowych asortymentów ochronnych były podejmowane z uwzględnieniem ówczesnego stanu zasobów strategicznych będących w zasobach państwa, jednak stan ten był dalece niewystarczający w stosunku do potrzeb zgłaszanych przez jednostki ochrony zdrowia i instytucje publiczne. W związku z tym decyzje podejmowane w pierwszej połowie 2020 r. o potrzebie uzupełnienia stanów magazynowych, a w konsekwencji zrealizowane przez ww. spółki dostawy środków ochronnych należy uznać za w pełni uzasadnione i celowe”. Ponadto w swoich wyjaśnieniach M. Morawiecki wskazał, że zakupy środków ochrony indywidualnej wykorzystywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 realizowane były w warunkach wzmożonego popytu na rynkach całego świata przy ograniczonej podaży oraz przy utrudnieniach transportowych zakłócających terminowość dostaw. Produkcja urządzeń medycznych i środków ochrony osobistej nie była przy tym wystarczająca do zaspokojenia światowych potrzeb, co w konsekwencji powodowało, że towary te były kupowane z dużym wyprzedzeniem, a także obowiązywała kolejka dostaw konkretnych partii produktów. Zwrócił również uwagę na przypadki „podkupowania” przez jedno państwo towaru zarezerwowanego uprzednio dla innego kraju. Były PRM podkreślił, że wszystkie struktury państwa walcząc z epidemią COVID-19 działały w stanie wyższej konieczności, a obecnie wszystkie podejmowane wówczas działania są łatwo z dzisiejszej perspektywy, bezrefleksyjnie podważane przez polityków i urzędników, gdy zagrożenie minęło oraz kraj dzięki działaniom państwa, samorządu oraz solidarności społecznej przeszedł walkę z koronawirusem w miarę dobrze.

(akta kontroli str. 426-432)

Powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie z następujących względów:

1] Podkreślanie szybkości działań rządu RP podczas pierwszej fali epidemii COVID-19 (marzec-maj 2020 r.), w szczególności tempa wprowadzania i surowego charakteru nakładanych na społeczeństwo ograniczeń, jako samoistnej wartości, jest nieuzasadnione w świetle wyników kontroli przeprowadzonych przez NIK w obszarze przeciwdziałania COVID-19¹⁶⁰. Również przytaczane przez byłego PRM argumenty o dokonywaniu rzekomej selekcji pacjentów przez szpitale „na zachodzie Europy” nie znajdują potwierdzenia w świetle informacji pochodzących od ekspertów i świadków¹⁶¹.

2] Nie kwestionując zasadności pozyskania dla Polski niezbędnego sprzętu medycznego i środków ochrony osobistej, NIK zwraca uwagę, że do realizacji tego celu przyczyniły się w głównej mierze działania Agencji, natomiast zakupy przeprowadzane przez spółki nieprowadzące na co dzień działalności w sferze medycznej zostały krytycznie ocenione przez NIK, m.in. ze względu na niegospodarność dokonywanych przez nie wydatków, niską jakość pozyskiwanego sprzętu, uniemożliwiającą niejednokrotnie jego wykorzystanie, jak również niedostosowanie sprzętu do polskich warunków¹⁶².

¹⁶⁰ Informacja o wynikach kontroli P/20/062 - Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19, str. 52 i dalsze.

¹⁶¹ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/bilans-po-pandemii-covid-19-debata-w-nik.html> Data pobrania 26.08.2024r.

¹⁶² Informacja o wynikach kontroli P/20/062 - Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19.

3] Zawarte w wyjaśnieniach ówczesnego PRM stwierdzenie, że produkcja światowa sprzętu i aparatury nie była wystarczająca do zaspokojenia potrzeb, jest zasadne wyłącznie w odniesieniu do pierwszego okresu pandemii (marzec-maj 2020 r.). Natomiast już od jesieni 2020 r. problemy z zaopatrzeniem w specjalistyczny sprzęt (np. respiratory, TK i MR) nie miały miejsca, a dostawcy realizowali zamówienia składane przez ARM/RARS. Podobnie ustabilizowana została podaż środków ochrony osobistej w skali świata i skali lokalnej, gdyż jesienią 2020 r. można było je nabywać bez problemów także w polskich sklepach¹⁶³.

4] W warunkach nierównowagi, jaka występowała na rynku sprzętu i aparatury medycznej w pierwszym okresie COVID-19, do obowiązków organów odpowiedzialnych za zaopatrzenie w ten asortyment należało dostosowanie wielkości składanych zamówień do rzeczywistego zapotrzebowania wynikającego z przebiegu zdarzeń związanych z epidemią, tak by zapobiec dokonywaniu zakupów „na zapas” po cenach zawyżonych w efekcie przewagi popytu nad podażą poszczególnych produktów. Taka przewaga powodowała bowiem znaczny, choć krótkotrwały, wzrost cen tych produktów, które następnie ustabilizowały się¹⁶⁴. Tymczasem brak odpowiedniej koordynacji ze strony PRM działań MZ i ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne (od 23 lutego 2021 r. był to sam PRM) sprawił, że pomimo narastającego zaspokajania potrzeb w tym zakresie, w dalszym ciągu ARM/RARS dokonywała zakupów sprzętu i aparatury medycznej. W świetle bowiem art. 46d ust. 3 *ustawy o zapobieganiu zakażeniom* ARM/RARS była bezwzględnie obowiązana – na podstawie raz wydanej decyzji przez MZ – do stałego uzupełniania asortymentu medycznego rezerw strategicznych w najkrótszym możliwym terminie, co oznaczało, że na miejsce wydanego sprzętu i aparatury medycznej Agencja zobowiązana była nabyć nowy, tak by został osiągnięty poziom rezerw danego asortymentu ustalony w ww. decyzji MZ.

5] Nadmierne w stosunku do potrzeb zakupy na poczet rezerw strategicznych stoją w jawnej sprzeczności z, wynikającym z art. 44 ust. 3 *uofp*, obowiązkiem dokonywania wydatków publicznych w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, gdyż: a] środki przeznaczone na zakup nieużywanego (a przez to niepotrzebnego) sprzętu mogły zostać przeznaczone na inne cele związane z przeciwdziałaniem COVID-19, b] w związku z realizacją zakupów z wyłączeniem konkurencyjnych procedur zamówień publicznych (w niejawnym rygorze obowiązującym w obszarze rezerw strategicznych) ceny asortymentów nie były porównywane z ofertami innych dostawców.

Zdaniem NIK wyjaśnienia złożone w powyższej sprawie przez byłego PRM wskazują, że przyczyną zaistniałej nieprawidłowości było faktyczne zaniechanie przez ówczesnego PRM podjęcia działań na rzecz skoordynowania poczynań ministrów odpowiedzialnych za rezerwy oraz ministrów, którzy uczestniczyli w zakupach aparatury medycznej (w szczególności respiratorów) poza systemem rezerw strategicznych. Przedmiotem koordynacji powinny być jednak przede wszystkim działania podejmowane z upoważnienia samego PRM, który od 23 lutego 2021 r. miał z tytułu nadzoru nad RARS – sprawowanego na podstawie art. 30 ust. 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* – bieżący dostęp do aktualnych informacji o stanie rezerw. W tych warunkach uznać należy, że przyczyną niepodjęcia przez PRM działań ograniczających rozmiary nabywanych asortymentów rezerw było także niedostateczne wykorzystanie informacji o stanie rezerw strategicznych, dostarczanej do KPRM przez RARS.

2. PRM nie realizował rzetelnie wynikającego z art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP* obowiązku koordynowania prac RM w celu dochowania ustawowego terminu

¹⁶³ <https://blog.osoz.pl/raport-osoz-sprzedaz-maseczek-medycznych-w-latach-2002-2021>, data pobrania 26.08.2024 r.

¹⁶⁴ <https://blog.osoz.pl/raport-osoz-sprzedaz-maseczek-medycznych-w-latach-2002-2021>, data pobrania 26.08.2024 r.

przyjęcia RPRS na lata 2022-2026. Program ten RM przyjęła uchwałą w dniu 23 września 2022 r.¹⁶⁵, tj. 115 dni po terminie (31 maja 2022 r.) określonym w art. 10 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

(akta kontroli str. 19 i 282-283)

Wniosek o przyjęcie projektu RPRS na lata 2022-2026¹⁶⁶ złożony został 29 kwietnia 2022 r., tj. dzień przed upływem terminu (30 kwietnia 2022 r.) przewidzianego w art. 10 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* W wyniku uwag zgłoszonych do tego projektu przez MON oraz Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi¹⁶⁷, po dodatkowych konsultacjach pomiędzy KPRM, RARS, MON i MRiRW¹⁶⁸ oraz wprowadzeniu zmian w tym projekcie¹⁶⁹, RPRS na lata 2022-2026 został przez RM przyjęty uchwałą podjętą 115 dni po terminie określonym w art. 10 ust. 1 ww. ustawy.

(akta kontroli str. 273-275 i 282-286)

Na pytania kontrolera o działania podejmowane celem przyjęcia RPRS na lata 2022-2026 w ustawowym terminie, ówczesny PRM Mateusz Morawiecki wyjaśnił, że prace nad RPRS na lata 2022-2026 rozpoczęły się już w marcu 2021 r. roboczymi ustaleniami z RARS. W grudniu 2021 r. przekazano organom i podmiotom uczestniczącym w procesie przygotowania RPRS do konsultacji część opisową. Po konsultacjach projekt RPRS na lata 2022-2026 został przekazany pod obrady RM w dniu 29 kwietnia 2022 r. W trakcie jego rozpatrywania przez RM sformułowane zostały propozycje zmian i uzupełnień przez Ministra Finansów, MSWiA, MZ, MON, MRiRW oraz Sekretarza Komitetu Rady Ministrów ds. Bezpieczeństwa Narodowego i Spraw Obronnych. Po rozpatrzeniu tych uwag KPRM i RARS skorygowały projekt i w dniu 26 lipca 2022 r. projekt uchwały RM w sprawie ustalenia RPRS na lata 2022-2026 skierowany został ponownie do Sekretarza RM. W wyniku zgłoszenia ponownych uwag przez MRiRW, po dodatkowych konsultacjach pomiędzy KPRM, RARS, MON i MRiRW, ostateczny projekt RPRS na lata 2022-2026 skierowany został ponownie do Sekretarza RM w dniu 12 września 2022 r., a 23 września 2022 r. przyjęty przez RM.

W dalszej części wyjaśnień ówczesny PRM wskazał, że w trakcie opracowania RPRS na lata 2022-2026 dynamicznie zmieniała się sytuacja w kraju i na świecie, co spowodowało zgłoszenie uwag do projektu tego RPRS przez podmioty, których zadania statutowe wprost odnoszą się do szeroko pojętego bezpieczeństwa i obronności państwa oraz bezpieczeństwa, porządku i zdrowia publicznego. Spowodowało to wydłużenie prac nad ostatecznym brzmieniem tego programu.

(akta kontroli str. 273-275)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie usprawiedliwiają naruszenia ustawowego terminu przyjęcia RPRS na lata 2022-2026. Należy podkreślić, że kompetencje przyznane PRM na mocy art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP* w zakresie koordynacji pracy członków RM były wystarczające dla zapewnienia, by RPRS na lata 2022-2026 został przyjęty w ustawowym terminie – tym bardziej, że okoliczności wynikające z trwania epidemii COVID-19 w 2022 r. stanowiły w czasie opracowywania projektu tego dokumentu powszechną wiedzę, można zatem było je uwzględnić do takiego planowania prac nad RPRS, by terminy jego sporządzenia i opiniowania zostały dochowane.

¹⁶⁵ Uchwałą nr 192/2022.

¹⁶⁶ Pismo nr DP.06111.76.2022.MT(1) z 29 kwietnia 2022 r.

¹⁶⁷ Dalej: MRiRW.

¹⁶⁸ Skutkujących uzgodnieniem projektu RPRS na lata 2022-2026 przez MRiRW 30 sierpnia 2022 r. i MON 7 września 2022 r.

¹⁶⁹ Wynikających z uwag MON i uzgodnień pomiędzy KPRM, MON i RARS.

3. Wydanie w dniu 4 lipca 2023 r., tj. po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego¹⁷⁰, decyzji¹⁷¹ (podpisanej w imieniu PRM przez Podsekretarz Stanu, Zastępcę Szefa KPRM Izabelę Antos) zobowiązującej RARS do utworzenia rezerwy złożonej łącznie z 20 sztuk specjalistycznej aparatury diagnostycznej o wielomilionowej wartości¹⁷², z powołaniem się na art. 14 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, było działaniem niegospodarnym i niezgodnym z przepisami.

W uzasadnieniu powyższej decyzji PRM o utworzeniu rezerw strategicznych powołano pismo MZ z 11 marca 2022 r.¹⁷³, wskazujące na konieczność zapewnienia odpowiedniego wyposażenia medycznego niezbędnego dla właściwego i efektywnego wykonywania zadań przez podmioty lecznicze. Podkreślono również konieczność zapewnienia wsparcia wykonywania zadań w zakresie bezpieczeństwa i zaspokajania podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia oraz uwzględnienie wniosków wojewodów skierowanych do PRM o udostępnienie rezerw strategicznych, w szczególności nowoczesnego i wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (podano również stan rezerw strategicznych dotyczących tych asortymentów). W decyzji nie przywołano jednak konkretnych wniosków wojewodów w tym zakresie. Jako źródło sfinansowania utworzenia tych rezerw określono środki finansowe pochodzące z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

NIK zauważa, że ww. pismo MZ z 11 marca 2022 r. wydane zostało w czasie trwania epidemii COVID-19 i dotyczyło opiniowania kierowanych w tamtym okresie wniosków wojewodów do PRM o udostępnienie medycznych rezerw strategicznych, w szczególności nowoczesnego i wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego. Bezsporne jest zatem, że pismo to nie odnosiło się do czasu, w którym nie obowiązywał (został odwołany) stan zagrożenia epidemicznego i po 1 lipca 2023 r. nie mogło znaleźć zastosowania. Zdaniem NIK wydanie przedmiotowej decyzji PRM z 4 lipca 2023 r. było zatem niezgodne z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który – określając cele utworzenia rezerw strategicznych – jako okoliczność uzasadniającą utworzenie takich strategicznych rezerw wskazywał wsparcie realizacji zadań ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

Wydanie ww. decyzji było również niezgodne z art. 14 ust. 1 pkt 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który wprost przewidywał możliwość wydania przez PRM decyzji o utworzeniu rezerw strategicznych nieobjętych RPRS w przypadku zagrożeń, o których mowa w art. 3 i przy jednoczesnym wystąpieniu braku albo znacznego deficytu rezerw niepodlegających odtworzeniu, niezbędnych do zapobieżenia lub usunięcia skutków tych zagrożeń. Ustalenia kontroli świadczą o tym, że w momencie wydawania decyzji przez PRM (4 lipca 2023 r.) dyspozycja art. 14 ust. 1 pkt 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* nie została wypełniona, bowiem: 1] w świetle *rozporządzenia w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19* na terenie kraju nie występowały wówczas zagrożenia, o których mowa w art. 3 tej ustawy; 2] uzasadnienie decyzji nie potwierdza faktu wystąpienia braku albo znacznego deficytu rezerw w określonych w tej decyzji asortymentach (nie odwołano się do wniosków wojewodów wskazujących na konkretne braki/deficyty w tym zakresie), przeciwnie – w rezerwach już po zaspokojeniu potrzeb zgłaszanych przez poszczególne jednostki pozostawało wiele asortymentów sprzętu i aparatury medycznej. Tym samym, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2, od 1 lipca 2023 r. brak było podstaw prawnych do tworzenia kolejnych rezerw celem zwalczania epidemii COVID-19.

¹⁷⁰ Na mocy *rozporządzenia w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19*.

¹⁷¹ Nr 138/R/23.

¹⁷² Decyzja z dnia 4 lipca 2023 r. Nr 138/R/23.

¹⁷³ Znak DBO.531.10.12.2022.KJ.

Skutkiem powyższej decyzji PRM było przystąpienie przez RARS do procedury zakupu ww. asortymentu z przeznaczeniem do jego wydania – nie zaś dla realizacji ustawowego (art. 14 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*) celu jakim było utworzenie (uzupełnienie) rezerw strategicznych – na rzecz podmiotów leczniczych, które nie realizowały już zadań w ramach przeciwdziałania epidemii COVID-19. Stwierdzono bowiem, że parametry techniczne każdego z urządzeń nabytych w realizacji decyzji z 4 lipca 2023 r. były ustalane przez RARS na podstawie wniosków podmiotów leczniczych, którym aparatura miała być (i faktycznie była) wydana do użycia, co skutkowało brakiem możliwości zwrotu tych urządzeń do rezerw i ich ponownej relokacji pomiędzy świadczeniodawcami. Ponadto w związku realizacją przez RARS zakupów z wyłączeniem przepisów dotyczących zamówień publicznych (w niejawnym, niekonkurencyjnym rygorze obowiązującym w obszarze rezerw strategicznych) ceny asortymentów nie były porównywane z ofertami innych dostawców. Szerzej opisano to w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 7.

Dyrektor DIR wyjaśnił, że omawiana decyzja PRM wydana została zgodnie z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, celem ratowania zdrowia i życia ludzkiego, w tym przeciwdziałania epidemii COVID-19 w kontekście przeciwdziałania długofalowym negatywnym skutkom zagrożenia, jakim była pandemia COVID-19 i powstałym w związku nią konsekwencjom zdrowotnym. Według niego odwołanie stanu epidemii/zagrożenia epidemicznego nie oznaczało braku zagrożenia oraz zakończenia realizacji działań związanych ze zwalczaniem wirusa SARS-CoV-2, a asortyment określony w decyzji mógł być wykorzystywany do przeciwdziałania COVID-19 w rozumieniu art. 2 ust. 2 *specustawy* (tj. do działań w zakresie zwalczania, zapobiegania rozprzestrzenianiu się, profilaktyki oraz zwalczania skutków, w tym społeczno-gospodarczych), realizowanych niezależnie od wprowadzenia stanu epidemii. Dyrektor DIR przytoczył również pismo MZ z 11 marca 2022 r., w którym MZ uznał za kluczowe znaczenie systemu ochrony zdrowia dla bezpieczeństwa zdrowia publicznego, zaspokajania podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia. Wyjaśnił, że do tego konieczne jest zapewnienie odpowiedniego wyposażenia medycznego (w tym urządzeń medycznych o wysokiej jakości, trwałości i bezawaryjności), a MZ w swoim piśmie pozytywnie oceniał wszelkie działania służące wzmocnieniu potencjału polskich szpitali oraz zwiększeniu jakości udzielanych świadczeń w razie wystąpienia zagrożenia, w tym dotyczące udostępnienia im medycznych rezerw strategicznych.

(akta kontroli str. 403-404 i 407)

Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM Izabela Antos podała, że nie może ustosunkować się do zadanych pytań (dotyczących przyczyn wydania decyzji z 4 lipca 2023 r. w sprawie utworzenia rezerw strategicznych po ustaniu z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV), ponieważ z dniem 13 grudnia 2023 r. przestała pełnić funkcje Ministra Członka RM oraz Szefa KPRM, a stosunek pracy z KPRM ustał z dniem 31 stycznia 2024 r. Wskazała, że w związku z tym nie ma dostępu do żadnej dokumentacji związanej z wykonywaniem funkcji w KPRM, a oprócz braku wglądu w dokumentację w KPRM odpowiedź na zadane pytania uniemożliwia jej upływ czasu.

Powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie z następujących względów:

1] Pogląd Dyrektora DIR o zgodności podjętych działań z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* jest chybiony i bezpodstawny. Decyzję o odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego podjął organ wyłącznie do tego uprawniony, tj. MZ, nie tylko na podstawie kompetencji przyznanej mu przez ustawodawcę (art. 46 ust. 2

ustawy o zapobieganiu zakażeniom), lecz równocześnie jako podmiot wiodący w sprawach zarządzania kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 (*vide* przypis 20). W świetle powszechnie obowiązującego aktu prawnego jakim jest *rozporządzenie w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19* nie można jako przyczyny gromadzenia rezerw, przeznaczonych wszakże do jak najszybszego wykorzystania (zwalczania zagrożeń dla życia i zdrowia związanych z epidemią COVID-19), wskazywać konieczności przeciwdziałania „długofalowym negatywnym skutkom zagrożenia i konsekwencjom zdrowotnym”. Rezerwy tworzy się bowiem w ściśle określonych przez ustawodawcę celach (art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*), tj. na wypadek sytuacji kryzysowej, w celu niwelowania doraźnych skutków zagrażających bezpieczeństwu zdrowotnemu w konkretnym momencie. Likwidowaniu długofalowych skutków i przeciwdziałaniu konsekwencjom zdrowotnym służy zwykła, bieżąca działalność podmiotów leczniczych, finansowana m.in. w ramach kontraktów z NFZ, jak również programów o długofalowym charakterze obejmujących profilaktykę, leczenie pacjentów z COVID-19 i ich rehabilitację¹⁷⁴.

2] Działania podjęte w celu realizacji decyzji z 4 lipca 2023 r. nie prowadziły do natychmiastowego przeciwdziałania epidemii COVID-19, ponieważ stan zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2 został odwołany przez MZ z dniem 1 lipca 2023 r. W tej samej dacie ustały zatem podstawy do stosowania do zwalczania COVID-19 środków nadzwyczajnych, takich jak wykorzystanie rezerw strategicznych do zaopatrzenia wybranych świadczeniodawców w sprzęt i aparaturę medyczną. Odwołanie się w przedmiotowej decyzji PRM do pochodzącego z czasu trwania epidemii COVID-19 pisma MZ z 11 marca 2022 r., jako uzasadnienia dla działań podejmowanych po zakończeniu obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce było nieadekwatne i świadczy o braku faktycznych podstaw do wydania tej decyzji.

Co więcej, wobec tego, że faktyczna realizacja decyzji z 4 lipca 2023 r. wymagała: wdrożenia procedury zakupu aparatury przez RARS, uzgodnienia parametrów technicznych z odbiorcami końcowymi, przeprowadzenia procedury udostępnienia asortymentu, przekazania sprzętu odbiorcom i jego uruchomienia (z długotrwałymi pracami przygotowawczymi związanymi z przystosowaniem lub budową nowych pomieszczeń włącznie) do wykorzystywania aparatury do jakiegokolwiek celu można było przystąpić dopiero po znacznym upływie czasu, niezbędnego do przeprowadzenia procedury zakupu. Według informacji podmiotów leczniczych, którym udostępniono urządzenia w wyniku decyzji PRM, na dzień 22 kwietnia 2024 r. RARS przekazała siedem z jedenastu udostępnionych sztuk TK (uruchomione zostały trzy z przekazanych siedmiu) i żadnego MR z ośmiu udostępnionych podmiotom leczniczym w wyniku decyzji PRM.

3] Decyzja PRM z 4 lipca 2023 r. stanowiła *de facto* polecenie zakupu przez RARS konkretnych urządzeń medycznych dla określonych podmiotów leczniczych (o parametrach zdefiniowanych przez tych odbiorców) wydane przez Podsekretarza Stanu, Zastępcę Szefa KPRM Izabelę Antos. Decyzja ta nie wskazywała bowiem, że nabywany sprzęt powinien mieć cechy umożliwiające jego przemieszczanie i użytkowanie w zmieniających się lokalizacjach i obejmowała sprzęt o ogólnie określonych cechach. Z kolei wydane później decyzje o udostępnieniu sprzętu na rzecz konkretnych świadczeniodawców zawierały treść, z której wynikało, że sprzęt będzie posiadał określone precyzyjnie parametry techniczne. Parametry te były uzgadniane z przyszłymi użytkownikami, bowiem RARS przed przystąpieniem do realizacji procedury udostępnienia sprzętu musiał dokonać jego zakupu (14 z 19 udostępnionych jednostek sprzętu).

¹⁷⁴ Informacja o wynikach kontroli nr P/22/057 - Dostępność i jakość świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

Zdaniem NIK wyjaśnienia złożone przez osoby odpowiedzialne za wydanie decyzji PRM z 4 lipca 2023 r. wskazują, że przyczyną zaistniałej nieprawidłowości było błędne wykorzystanie przepisów *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, zaś przeciwdziałanie COVID-19 nie było realnym uzasadnieniem, a jedynie pretekstem dla dokonania przez RARS zakupu urządzeń nie w ustawowym celu gromadzenia rezerw, lecz *de facto* ich przekazania określonym podmiotom leczniczym. Tym samym działania PRM stanowiły nieuzasadnione wykorzystanie mechanizmów i zasobów przeznaczonych do rozwiązywania problemów związanych z sytuacjami kryzysowymi do celów związanych ze zwykłym funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce.

4. W okresie od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r., w 332 decyzjach¹⁷⁵ o udostępnieniu rezerw strategicznych (w tym 315 decyzji dotyczących udostępnienia asortymentu na rzecz wojewodów, a 17 na rzecz innych organów/podmiotów) na 655 decyzji PRM, nie zawarto wskazania, że udostępniany asortyment ma po zakończeniu realizacji celu udostępnienia zostać zwrócony do rezerw strategicznych, choć decyzje obejmowały sprzęt i aparaturę medyczną spełniające przesłanki do uznania za środki trwałe w rozumieniu odrębnych przepisów, niejednokrotnie o wysokiej wartości jednostkowej i wieloletnim czasie użytkowania. Oznaczało to nierzetelną realizację obowiązku nałożonego na organ udostępniający rezerwy w art. 19 ust. 5 pkt 4 i 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, w myśl którego decyzja powinna zawierać wskazanie czy udostępnienie rezerw strategicznych następuje z obowiązkiem zwrotu, a w takim przypadku – stanowić o konieczności zawarcia umowy dotyczącej udostępnienia.

Na podstawie ww. 332 decyzji w latach 2021-2023 (do 31 października) RARS przekazała wskazanym w nich podmiotom m.in. 14 asortymentów aparatury i sprzętu medycznego o wysokiej jednostkowej wartości i wieloletnim okresie użytkowania (na 15 takich asortymentów objętych badaniami) o wartości ewidencyjnej 1 203 126,3 tys. zł, w tym:

- 4 822 szt. respiratorów o wartości ewidencyjnej 455 494,4 tys. zł,
- 8 516 kompletów kardiomonitorów i monitorów do monitorowania funkcji życiowych o wartości ewidencyjnej 252 886,1 tys. zł,
- 58 szt. TK o wartości ewidencyjnej 159 108,9 tys. zł,
- 222 szt. aparatów RTG o wartości ewidencyjnej 105 684,0 tys. zł,
- 16 438 kompletów pomp infuzyjnych, zestawów pomp infuzyjnych lub pomp do podawania żywienia pozajelitowego o wartości ewidencyjnej 94 245,7 tys. zł,
- 10 387 kompletów łóżek szpitalnych (różnych rodzajów) lub łóżek rehabilitacyjnych z wyposażeniem o wartości ewidencyjnej 57 548,8 tys. zł,
- 4 szt. MR o wartości ewidencyjnej 25 719,0 tys. zł,
- 161 szt. aparatów USG o wartości ewidencyjnej 21 522,5 tys. zł,
- 155 kompletów aparatów do terapii nerkozastępczej o wartości ewidencyjnej 16 035,4 tys. zł,
- 153 szt. analizatorów POCT o wartości ewidencyjnej 9 290,3 tys. zł,
- 373 szt. aparatów EKG o wartości ewidencyjnej 2 663,7 tys. zł,
- 53 szt. stołów operacyjnych o wartości ewidencyjnej 1 314,5 tys. zł,
- 130 szt. wideolaryngoskopów z łyżkami o wartości ewidencyjnej 1 299,4 tys. zł,
- 4 szt. analizatorów markerów o wartości ewidencyjnej 313,7 tys. zł.

Opisane zaniechanie doprowadziło do tego, że nie został zagwarantowany zwrot do rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej o wysokiej wartości

¹⁷⁵ W tym: 200 decyzji w 2021 r., 87 w 2022 r. i 45 w 2023 r. (do 31 października).

jednostkowej i łącznej, które po zakończeniu zagrożenia epidemicznego ze względu na swoje właściwości (możliwość długiego użytkowania) powinny być powrócić do rezerw strategicznych i pozostawać w pogotowiu, na wypadek pojawienia się innego zagrożenia w przyszłości. Niewprowadzenie wymogu zwrotu udostępnionego asortymentu do rezerw skutkowało brakiem obowiązku zawarcia przez RARS (na podstawie art. 19 ust. 5 pkt 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*) umowy z podmiotem, któremu przekazano asortyment do wykorzystania, określającej prawa i obowiązki tego podmiotu wynikające z udostępnienia sprzętu, w tym także – zasady ponoszenia kosztów z tym związanych.

Zauważyć należy, że zgodnie z zatwierdzoną przez PRM procedurą RARS z 30 lipca 2021 r.¹⁷⁶ umowa taka powinna była zawierać postanowienia chroniące dostatecznie interesy Skarbu Państwa (stosownie do art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* rezerwy strategiczne stanowią wyodrębniony majątek Skarbu Państwa), w tym dotyczące przedmiotu, okresu obowiązywania, terminu i miejsca udostępnienia, zobowiązania podmiotu, któremu udostępniono rezerwy do poniesienia wszelkich kosztów związanych z udostępnieniem i zwrotem rezerw oraz ich eksploatacją w okresie udostępnienia, zwrotu udostępnionych rezerw w stanie niepogorszonym, przestrzegania określonych zasad używania, przeglądów, bieżącej konserwacji i innych warunków wynikających z zaleceń technicznych określonych w odrębnych przepisach, ponoszenia kosztów napraw powstałych z niewłaściwego używania rezerw.

Powyższe zaniechanie ze strony ówczesnego PRM (upoważnionych przez niego pracowników KPRM) nie tylko stanowiło niewłaściwe (nierzetelne) wypełnienie dyspozycji art. 19 ust. 5 pkt 4 i 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, ale także było przejawem niegospodarności, gdyż jego skutkiem było nienależyte zabezpieczenie interesów majątkowych Skarbu Państwa. Interesy te wymagały w tym przypadku zapewnienie optymalnego wykorzystania środków publicznych wydatkowanych na rezerwy strategiczne (ich utworzenie) i możliwości wielokrotnego wykorzystywania określonego asortymentu rezerw w razie potrzeby wynikającej z sytuacji kryzysowej (art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*). Nie spełniono przez to wymogów prawidłowej gospodarki i zachowania szczególnej staranności, o której mowa w art. 4 ust. 2 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*, co krytycznie należy ocenić w świetle art. 148 pkt 1 i 2 w związku z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP*.

Na pytanie kontrolera dlaczego w decyzjach PRM (wydawanych na podstawie art. 19 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*) dotyczących udostępnienia aparatury i sprzętu medycznego o wysokiej wartości jednostkowej (MR, TK itp.) nie zawarto wskazania, że udostępnienie tego asortymentu następuje z obowiązkiem zwrotu, Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM Izabela Antos wyjaśniła, że w ww. decyzjach ustalono szczególne warunki udostępnienia rezerw (na podstawie art. 19 ust. 5 pkt 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*) poprzez wskazanie m.in., że udostępniony sprzęt z uwagi na cel wykorzystywania nie podlegał zwrotowi, jeżeli wojewodowie (którym ten sprzęt był udostępniany) w wyniku własnej analizy sytuacji uznali takie udostępnienie za właściwe i celowe. Zdaniem I. Antos o dopuszczalności takiego działania świadczył brak kwestionowania tak wydanych decyzji przez MZ, wojewodów lub RARS. W swoich wyjaśnieniach Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM wskazała również:

- na przepis art. 20 ust. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który stanowi, że w przypadku udostępnienia rezerwy strategicznej z obowiązkiem

¹⁷⁶ Procedura przyjęta zarządzeniem Prezesa RARS nr 70/2021.

zwrotu, udostępnienie następuje na podstawie umowy zawartej między RARS, a podmiotem, któremu udostępnione rezerwy zostały wydane;

- że w przyjętej praktyce udostępniania rezerw strategicznych uwzględniono zadania i obowiązki wojewodów w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego (w szczególności w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) oraz organów administracji rządowej realizujących politykę zdrowotną RM na obszarze regionu (w tym analizy adekwatności i efektywności udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa);
- na wojewodów jako organy właściwe (na podstawie art. 14 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym¹⁷⁷) w sprawach zarządzania kryzysowego na terenie województwa, w tym kierowania monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożeń na terenie województwa. Zdaniem I. Antos wojewodowie byli zatem właściwymi do analizy i oceny potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województwa w zakresie zapotrzebowania na określony sprzęt medyczny, alokowania go oraz do ustalenia, czy udostępniony sprzęt jest stale niezbędny na ich terenie;
- że udostępniany sprzęt i aparatura medyczna był i nadal jest niezbędny w celu ratowania życia i zdrowia ludzi w kontekście przeciwdziałania długofalowym, negatywnym skutkom zagrożenia, jakim była pandemia COVID-19 i konsekwencjom zdrowotnym powstałym w związku z tą pandemią. Według I. Antos zniesienie stanu epidemii czy stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego COVID-19 nie jest równoznaczne z brakiem zachorowań na COVID-19 i nie znosi konieczności przeciwdziałania negatywnym skutkom zdrowotnym tej epidemii;
- że udostępniony z rezerw sprzęt i aparatura medyczna przedstawiają swoją największą wartość wówczas, gdy mogą być wykorzystywane do ciągłego ratowania życia i zdrowia ludzi, a nie wtedy gdy są zwracane i magazynowane w składnicach RARS (w szczególności gdy były wcześniej używane). Zwróciła przy tym uwagę na zużycie funkcjonalne (związane z intensywnym postępowaniem technologicznym i zmianami realizowanych procedur medycznych), konieczność serwisowania oraz koszty utylizacji magazynowanego sprzętu oraz poniesione nakłady podmiotów leczniczych, celem przyjęcia do prawidłowej eksploatacji (organizowanie pracowni i zapewnienie jego właściwego działania). Zdaniem I. Antos po latach eksploatacji brak jest podstaw do zwrotu sprzętu do RARS, która jednocześnie w okresie eksploatacji tego sprzętu musi pełnić rolę podmiotu odpowiedzialnego za jego serwis, a po zwrocie ponosić koszty utylizacji.

(akta kontroli str. 652-659)

Natomiast na pytanie kontrolera skierowanie do ówczesnego PRM, dotyczące przyczyn wydawania decyzji, w których nie zawarto wskazania, że udostępnienie tego asortymentu następuje z obowiązkiem zwrotu, były PRM Mateusz Morawiecki wskazał na powyższe wyjaśnienia Podsekretarz Stanu, Zastępcy Szefa KPRM jako udzieloną odpowiedź szczegółową.

(akta kontroli str. 292 i 652-659)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, co następuje:

1] Bezsporne jest ustalenie, że w większości (332 na 655) decyzji PRM dotyczących udostępnienia aparatury i sprzętu medycznego o znacznej lub wielkiej jednostkowej wartości oraz o wieloletnim okresie użytkowania nie zawarto wymaganego przepisem art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* postanowienia

¹⁷⁷ Dz.U. z 2023 r. poz. 122, ze zm., dalej: *ustawa o zarządzaniu kryzysowym*.

o udostępnieniu asortymentu z obowiązkiem zwrotu. Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM I. Antos uznała trafność ustalenia poczynionego przez kontrolerów w tym zakresie.

2] W wyjaśnieniach I. Antos nie wskazała racjonalnej, znajdującej oparcie w obowiązujących przepisach prawa i zasadach gospodarowania mieniem państwowym (zachowania w tym zakresie szczególnej staranności) przyczyny nieformułowania obowiązku zwrotu przedmiotowej aparatury i sprzętu medycznego do rezerw strategicznych, po ich wykorzystaniu do przeciwdziałania COVID-19.

3] Niekwestionowanie przez wojewodów, MZ lub RARS decyzji o udostępnieniu rezerw niezawierających postanowień o obowiązku zwrotu asortymentu nie świadczy o dopuszczalności takiej praktyki, a jedynie dowodzi powszechności popełnianego przez te instytucje i organy błędu w interpretacji obowiązujących przepisów. Podkreślana w wyjaśnieniach akceptacja mogła też wynikać z podległości służbowej wobec organu wydającego decyzję (PRM), natomiast w przypadku MZ dopuszczenie, by wysokocenny sprzęt był wydawany z rezerw strategicznych bez obowiązku zwrotu, związane było z przekonaniem, że działania RARS zapewniły *wystarczający poziom dostępności sprzętu medycznego*¹⁷⁸.

Natomiast do bezpodstawnego wyposażenia przez PRM wojewodów w możliwość władczego rozstrzygania o przeznaczeniu asortymentu oraz o charakterze jego rozdysponowania (z obowiązkiem zwrotu bądź bez obowiązku zwrotu) odniesiono się w pkt 5 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

4] Realizacja zasady zwrotnego udostępniania rezerw strategicznych w asortymentach obejmujących wysokocenną aparaturę i sprzęt nie stała na przeszkodzie realizacji zadań i obowiązków, jakie w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego spoczywają na wojewodach. Co więcej, w takim przypadku realizacja tych zadań mogła być zapewniona w większym stopniu, zwłaszcza w odniesieniu do sprzętu o wysokiej wartości jednostkowej przeznaczonego do wieloletniego użytkowania, gdyż wojewodowie dysponowaliby większą elastycznością w zakresie relokacji rezerw (również umowy zawarte przez RARS z podmiotami używającymi rezerw mogły precyzyjnie opisywać uprawnienia wojewodów w zakresie monitoringu, trybu relokacji sprzętu pomiędzy podmiotami wykorzystującymi i nadzoru nad stanem technicznym poszczególnych urządzeń). Zdaniem NIK celowe było zatem udostępnianie określonych asortymentów rezerw z zachowaniem możliwości dysponowania nimi przez ich wojewodów, w tym relokowania pomiędzy podmiotami leczniczymi.

5] Niezależnie od wskazanej w pkt 4] argumentacji, dalsze wykorzystywanie sprzętu przez podmioty lecznicze po odwołaniu stanu epidemii/zagrożenia epidemicznego do prowadzenia zwykłej, codziennej działalności (udzielania świadczeń w ramach kontraktów zawartych z NFZ) byłoby także możliwe w przypadku zastrzeżenia, że dany asortyment powinien zostać zwrócony do rezerw. Warunki w tym zakresie mogła i powinna była określać umowa z RARS, której zawarcie jest obligatoryjne w przypadku zwrotnego udostępnienia rezerw, a która zabezpieczałaby/powinna była zabezpieczać interesy ekonomiczne Skarbu Państwa, jednocześnie stanowiąc o prawach i obowiązkach stron (np. poprzez wprowadzenie zasady, że koszty utrzymania sprawności technicznej sprzętu, remontów, naprawy, wymiany zużytych elementów itp. ponosi korzystający z urządzeń). Po odwołaniu stanu zagrożenia

¹⁷⁸ Odpowiadając na pytanie kontrolera zadane w toku kontroli Ministerstwa Zdrowia odnośnie do podstawy prawnej oraz zasad, na podstawie których dokonano w dyspozycjach wskazania, że dany sprzęt i aparatura medyczna mają być przekazane bezzwrotnie lub zwrotnie, a także określenia zasady relokacji sprzętu i aparatury medycznej przez wojewodów oraz przesłanek do bezzwrotnego udostępniania przez nich tego sprzętu, Sekretarz Stanu Waldemar Kraska wyjaśnił m.in. *W związku z faktem, że działania ARM w zakresie tworzenia rezerw strategicznych w pewnym momencie zapewniły wystarczający poziom dostępności sprzętu medycznego, a prognozy wskazywały na falowy i długotrwały przebieg epidemii COVID-19 oraz konieczność długoczasowego korzystania ze sprzętu medycznego wykorzystywanego w leczeniu i przeciwdziałaniu COVID-19, uznano za zasadne udostępnienie specjalistycznego sprzętu medycznego bez obowiązku późniejszego zwrotu do ARM/RARS, pozostawiając jednak ostateczną decyzję w tej sprawie do oceny odbiorcy/użytkownika rezerw strategicznych.*

epidemicznego przekazany z rezerw sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywane były bowiem do bieżącego udzielania świadczeń w ramach standardowych kontraktów zawartych przez świadczeniodawców z NFZ. Obecnie nie ma zatem uzasadnienia dla bezterminowego ponoszenia przez RARS kosztów funkcjonowania (utrzymywania) tych urządzeń z jednoczesnym bezwarunkowym pozostawieniem wszelkich korzyści związanych z realizacją świadczeń w ramach kontraktu po stronie świadczeniodawców.

6] Argumenty o ryzyku zużycia funkcjonalnego sprzętu, kosztach jego utylizacji i nakładach poniesionych przez podmioty lecznicze celem organizacji pracowni, w których miał być wykorzystywany specjalistyczny sprzęt, pomijają poruszoną w pytaniu kontrolera kwestię wieloletniego okresu użytkowania i wysokiej jednostkowej wartości sprzętu, którym powinno się gospodarować ze szczególną starannością i dbałością o środki publiczne. W przypadkach wysokocennej aparatury diagnostycznej (MR, TK, RTG, analizatory parametrów krytycznych itp.) czy służącej monitorowaniu stanu pacjenta (kardiomonitorzy) lub bieżącemu wsparciu terapii (respiratory) nie może być zatem mowy o „utylizowaniu” w przypadku jej zwrotu do rezerw. Wspomniany asortyment rezerw nie zostałby przecież zniszczony, lecz – po ocenie stanu technicznego i dokonaniu niezbędnych napraw – zasiliłby stan rezerw strategicznych do ponownego wykorzystania w sytuacji krytycznej. Zauważyć należy, że nawet łączny okres trwania stanu epidemii i stanu zagrożenia epidemicznego (3,5 roku) był zbyt krótki, by najnowocześniejszy sprzęt i aparatura medyczna, nabyte, wyprodukowane i dostarczone do podmiotów leczniczych dla przeciwdziałania COVID-19, zostały w tym czasie w pełni zużyte, zwłaszcza, że chodzi o środki trwałe, których normalny czas użytkowania wynosi nie mniej niż 10 lat (istnieją przykłady, że wydawany asortyment zastępował urządzenia użytkowane dłużej niż 10 lat¹⁷⁹).

7] Argument, że niewprowadzenie zasady zwrotności spowodowane było ciągłym pojawianiem się zachorowań na COVID-19 i ograniczyło koszty przygotowania pracowni przez podmioty lecznicze, w istocie dowodzi, iż intencją organu udostępniającego rezerwy nie było wykonanie zadania, o którym mowa w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, lecz doposażenie wybranych podmiotów leczniczych na czas prowadzenia przez nich „zwykłej”, codziennej działalności, tj. udzielania standardowych świadczeń leczniczych, z którego to tytułu świadczeniodawcy uzyskują wszakże przychody w ramach kontraktów zawartych z NFZ. Na to samo wskazuje wynikająca z wyjaśnień akceptacja, by sprzęt i aparatura podlegały zabudowie i stanowiły wyposażenie pracowni specjalistycznych tych podmiotów leczniczych.

(akta kontroli str. 850-855)

W świetle wyjaśnień Podsekretarz Stanu w KPRM, podtrzymanych przez ówczesnego PRM, przyczyną powstania nieprawidłowości było niewłaściwe wykorzystanie przepisów *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* do faktycznego doposażenia wybranych podmiotów leczniczych, zamiast dysponowania rezerwami strategicznymi w celach określonych w tej ustawie.

W wyniku opisanych powyżej zaniechań popełnionych przez ówczesnego PRM i osoby przez niego upoważnione, w sposób niespełniający kryterium gospodarności, gdyż bez należytego zabezpieczenia interesów Skarbu Państwa, podmiotom leczniczym wydano do korzystania znaczne ilości sprzętu, w tym aparatury i sprzętu medycznego o wysokiej jednostkowej wartości i wieloletnim okresie użytkowania (o łącznej wartości ewidencyjnej co najmniej 1 203 126,3 tys. zł).

¹⁷⁹ Np. wg. Informacji prasowej, w Dębicy przekazywany lokalnemu świadczeniodawcy aparat do rezonansu magnetycznego miał zastąpić sprzęt eksploatowany od 13 lat. <https://radio.rzeszow.pl/52935/mieszkancy-beda-mogli-korzystac-z-nowego-rezonansu-magnetycznego/> Odczyt na dzień 27.08.2024 r.

5. W okresie po 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. wydano 480 decyzji PRM o udostępnieniu rezerw strategicznych wojewodom, w których adresaci tych decyzji, czyli właściwi wojewodowie, zostali bez podstawy prawnej wyposażeni w możliwość władczego rozstrzygnięcia o przeznaczeniu tego asortymentu oraz o charakterze jego rozdysponowania (z obowiązkiem zwrotu bądź bez obowiązku zwrotu). Stanowiło to naruszenie art. 19 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, w myśl którego wydawanie decyzji o udostępnieniu rezerw strategicznych, zawierających wszystkie wymagane przepisami elementy (zgodnie z art. 19 ust. 5 decyzja PRM „zawiera co najmniej”, a zatem przepis ten ustanawia minimalną, obligatoryjną treść takiej decyzji), należy do wyłącznych kompetencji PRM. Cedowanie możliwości rozstrzygnięcia w tej kwestii na inne organy – zwłaszcza w drodze decyzji administracyjnej, tj. aktu niższego rzędu względem ustawy – było niedopuszczalne. Naruszony został również art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który stanowi, że decyzja o udostępnieniu rezerw zawierać musi co najmniej wskazanie, czy udostępnienie rezerw strategicznych następuje z obowiązkiem zwrotu, lub zobowiązanie do zwrotu niewykorzystanej części udostępnionych rezerw strategicznych.

W toku kontroli ustalono, że w 480 decyzjach PRM (podpisanych z upoważnienia PRM przez podsekretarzy stanu w KPRM) o udostępnieniu na rzecz wojewodów sprzętu i aparatury medycznej (na 600 takich decyzji wydanych od 23 lutego 2021-2023, r. do 31 października 2023 r.), organ (PRM) określił, że udostępniony w ten sposób asortyment nie podlega zwrotowi, chyba że wojewoda, któremu udostępniono ten asortyment, w wyniku własnej analizy sytuacji uzna takie udostępnienie za właściwe i celowe. Nie tylko nie rozstrzygało to ostatecznie czy udostępnienie asortymentu na podstawie ww. 480 decyzji PRM nastąpiło z obowiązkiem zwrotu czy bez takiego obowiązku, ale także było niezgodne z art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który prawo do decydowania o charakterze udostępnienia nadawał wyłącznie PRM, jako organowi upoważnionemu do wydania przedmiotowych decyzji.

Tak wydawanymi decyzjami PRM bezpodstawnie wyposażono wojewodów w możliwość władczego rozstrzygnięcia, czy w danych przypadkach, a więc w odniesieniu do konkretnego sprzętu i aparatury medycznej udostępnionych konkretnemu podmiotowi leczniczemu, sprzęt ma podlegać zwrotowi czy nie. Należy zauważyć, że ustawodawca mógł przewidzieć uprawnienie do delegowania określonych kompetencji przez PRM na inne organy (np. wojewodów), jednak musiałoby ono zostać wprost ustalone w konkretnym przepisie ustawy, tymczasem *ustawa o rezerwach strategicznych z 2020 r.* takiego prawa PRM nie przyznała. Co więcej, z art. 19 ust. 5 pkt 4 tej ustawy wywieść można zasadę, że omawiane udostępnienie rezerw strategicznych powinno następować z obowiązkiem zwrotu, natomiast wyjątkiem jest udostępnienie bezzwrotne.

(akta kontroli str. 34-39, 196-198)

Nieustanowienie przez PRM – jako zasady – obowiązku zwrotu wykorzystanego asortymentu do rezerw strategicznych skutkowało nienależytym zabezpieczeniem interesów Skarbu Państwa i było niezgodne z wymogiem zachowania szczególnej staranności w gospodarowaniu mieniem Skarbu Państwa, do czego odniesiono się w *sekcji Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 4. W wyniku bowiem zawarcia w 480 decyzjach PRM niejednoznacznych, niekonkretnych postanowień, wskazujących alternatywne sposoby postępowania, przy jednoczesnym pozostawieniu wojewodom swobody w interpretowaniu/ustalaniu, czy wystąpiły przesłanki egzekwowania zwrotu do rezerw udostępnionego asortymentu, czy też zostały one wojewodom udostępnione bez obowiązku zwrotu, poszczególni wojewodowie postępowali w odmienny sposób w takich samych okolicznościach

stanu faktycznego. W szeregu przypadków, na skutek błędnej interpretacji niejednoznacznych postanowień decyzji PRM, wojewodowie przekazali – na podstawie w ich mniemaniu uzyskanych uprawnień – podmiotom leczniczym „bezzwrotnie”, „bezpłatnie” i „bezterminowo” wysokocenną aparaturę i sprzęt medyczny udostępnione z rezerw strategicznych, mimo że w świetle obowiązujących przepisów uprawnieniami takimi nie dysponowali.

W efekcie zatem zaniechań popełnionych przez ówczesnego PRM i osoby przez niego upoważnione podmiotom leczniczym wydano do korzystania znaczne ilości sprzętu, którego status prawny nie jest nadal rozstrzygnięty. Zaniechania te tym samym spowodowały brak skutecznego zabezpieczenia interesów majątkowych Skarbu Państwa (por. art. 148 pkt 1 i 2 w związku z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP*) oraz niespełnienie wymogów prawidłowej gospodarki i zachowania szczególnej staranności, o której mowa w art. 4 ust. 2 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*. Należy zwrócić uwagę, że skutki prawne bezterminowego, bezpłatnego i bezzwrotnego przekazania jakiegokolwiek przedmiotu w świetle przepisów *Kodeksu cywilnego* mogą być zrównane z przekazaniem prawa własności.

Kolejnym skutkiem niedopełnienia przez ówczesnego PRM obowiązku wydawania decyzji o udostępnieniu rezerw strategicznych zawierających wszystkie wymagane przepisami elementy (brak postanowień rozstrzygających kwestię zwrotu sprzętu) było to, że podmioty, którym udostępniono/przekazano sprzęt i aparaturę medyczną o wysokiej jednostkowej wartości i wieloletnim okresie użytkowania, nie miały możliwości rzetelnego zidentyfikowania, jakie przysługują im uprawnienia względem tego sprzętu i aparatury. W praktyce wystąpiły rozbieżności co do kwestii, czy przekazany asortyment stanowi własność podmiotów, którym został wydany do użycia, a brak pewności co do zakresu prawa do władania może w dalszej kolejności utrudniać tym podmiotom prawidłowe wykorzystywanie otrzymanych z rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej. W szczególności świadczeniodawcy zgłaszają wątpliwości co do tego, czy mogą ponosić koszty ubezpieczenia sprzętu i aparatury medycznej oraz ich utrzymania w należytym stanie technicznym (ze względu m.in. na wysokie koszty zakupu części zamiennych itp.).

Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM Izabela Antos, odpowiadając na pytanie, dlaczego w większości wydanych decyzji¹⁸⁰ dotyczących takiego asortymentu przekazano wojewodom uprawnienia w zakresie charakteru rozdysponowania (podjęcia decyzji, czy udostępnienie ma mieć bezzwrotny lub zwrotny charakter), wyjaśniła, że decyzje zawierały wszystkie wymagane przepisami prawa elementy, a ich treść (np. dotycząca okresów udostępnienia czy też możliwości relokacji sprzętu udostępnianego z rezerw strategicznych) dostosowana była do informacji zawartych we wnioskach, stanu rezerw strategicznych, specyfiki udostępnianego sprzętu czy dodatkowych uzgodnień dokonywanych pomiędzy KPRM, MZ, RARS, czy też podmiotów wnioskujących o ten sprzęt. W swoich wyjaśnieniach wskazała również:

- że decyzje w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 podejmowane były w bardzo szczególnej, nieznanej do tej pory sytuacji, związanej z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz choroby wywołanej tym wirusem. Pandemia COVID-19 stanowiła wyzwanie bez precedensu dla systemu ochrony zdrowia i całego państwa, wymagające od władz publicznych podejmowania szybkich, zdecydowanych i ponadstandardowych działań celem ochrony zdrowia i życia obywateli;
- na ekstraordynaryjność przejęcia przez PRM nadzoru (z dniem 23 lutego 2021 r.) nad RARS, w okresie największej zachorowalności na COVID-19 (szczyt trzeciej

¹⁸⁰ W trakcie kontroli stwierdzono przykładowo wydanie decyzji nr 312/R/22 z 28 maja 2022 r., w której wskazano termin zwrotu udostępnionego tomografu komputerowego.

fali zachorowalności przypadający na okres marzec-kwiecień 2021 r.) i związanej z tym największej liczby wpływających wniosków o udostępnienie rezerw strategicznych celem przeciwdziałania COVID-19;

- że w okresie od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. wydanych zostało łącznie 1 313 decyzji, w większości dotyczących udostępnienia rezerw medycznych w związku z koniecznością ochrony życia i zdrowia ludzi, w tym przede wszystkim przeciwdziałania COVID-19;
- że *udostępniony w tym trybie sprzęt i aparatura nadal jest niezbędny do ratowania zdrowia i życia ludzi, w kontekście przeciwdziałania długofalowym, negatywnym skutkom zagrożenia, jakim była pandemia COVID-19 i konsekwencjom zdrowotnym powstałym w związku z pandemią. Zniesienie stanu epidemii czy stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego COVID-19 nie jest równoznaczne z brakiem zachorowań na COVID-19 i nie zwalnia z konieczności przeciwdziałania negatywnym skutkom zdrowotnym COVID-19 (zgodnie z art. 2 ust. 2 specustawy, w którym „przeciwdziałaniem” określono wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzeniania się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych)*;
- że udostępnianie sprzętu i aparatury medycznej odbywało się zgodnie z wnioskami składanymi przez wojewodów, którzy *własnymi decyzjami dokonywali rozstrzygnięcia o przyjęciu bezzwrotnym tego sprzętu i aparatury medycznej*, gdyby zatem analiza dokonana przez wojewodów wykazała niewłaściwość i niecelowość takiego udostępnienia, sprzęt ten powinien podlegać zwrotowi do zasobów rezerw strategicznych, co wynika z art. 20 ust. 2 pkt 5 i 6 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który stanowi, że podmiot, któremu udostępniono rezerwy strategiczne, wykorzystuje je zgodnie z ich przeznaczeniem, a także zwraca Agencji niewykorzystaną część udostępnionych rezerw strategicznych;
- że przyjęta przez ówczesnego PRM praktyka w zakresie udostępniania rezerw strategicznych uwzględniała również przepisy określające zadania i obowiązki wojewodów, w tym w przestrzeni bezpieczeństwa zdrowotnego. Wymieniła aspekt aktywności wojewodów w zakresie zarządzania kryzysowego (kierowanie monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożenia na terenie województwa)¹⁸¹, zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (w tym ogłaszanie w granicach swojej właściwości terytorialnej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na obszarze województwa lub jego części, sporządzania wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii)¹⁸² oraz wykonywania polityki RM w województwie (w szczególności zapewnienie współdziałania wszystkich organów administracji rządowej oraz samorządowej i kierowania ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia)¹⁸³. Według I. Antos zadania te przemawiały za wskazaniem wojewodów jako organów właściwych do analizy i oceny potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województwa, zarówno w zakresie zapotrzebowania na określony sprzęt medyczny, alokowanie go do określonych podmiotów, jak również określenia czy udostępniony sprzęt jest stale niezbędny na jego terenie. Zdaniem wyjaśniającej włączenie wojewodów do realizacji zadań w zakresie monitorowania wykorzystania rezerw strategicznych i oceny ich dalszej przydatności było niezbędne z punktu

¹⁸¹ Zgodnie z *ustawą o zarządzaniu kryzysowym*.

¹⁸² Zgodnie z *ustawą o zapobieganiu zakażeniom*.

¹⁸³ Zgodnie z *ustawą z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie* (Dz.U. z 2023 r., poz. 190), dalej: *ustawą o wojewodzie*.

widzenia efektywnego przeciwdziałania skutkom pandemii, a przyjęta praktyka w wydawaniu decyzji PRM pozwalała na dodatkową weryfikację potrzeb zgłaszanych przez podmioty lecznicze;

- że postanowienia w decyzjach o relokacji były stosowane podczas podwyższonego zapotrzebowania na ten sprzęt i aparaturę medyczną i miały na względzie jak najbardziej racjonalne ich wykorzystanie (na wypadek kolejnych zgłoszonych potrzeb) oraz umożliwiały reagowanie na bieżące zagrożenia, przy jednoczesnym ciągłym wykorzystywaniu tych zasobów (w odróżnieniu od ich zwrotu i magazynowania w składnicach RARS, generujących dodatkowe koszty).

(akta kontroli str. 389-399)

Ówczesny PRM Mateusz Morawiecki ustosunkowując się do powyższych pytań wyjaśnił, że szczegółowych odpowiedzi w tym zakresie udzieliła I. Antos, a dodatkowo wskazał na wojewodów jako odbiorców przekazanych im rezerw strategicznych, uprawnionych do dysponowania nimi, którzy – według byłego PRM – kierując się obowiązującymi przepisami prawa decydowali, na jakich warunkach rezerwy te przekazywane były do użytkowników. Podał również, że wojewodowie jako terenowe organy administracji rządowej, realizowali na obszarze regionu (województwa) politykę zdrowotną RM oraz byli organem właściwym w sprawach zarządzania kryzysowego, w szczególności na mocy art. 22 pkt 2 *ustawy o wojewodzie* odpowiadali za wykonywanie polityki RM w województwie, w tym zapewniali współdziałanie wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej, które działają na terenie województwa i kierowali ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia, a także zapobiegania klęskom żywiołowym, jak też innym nadzwyczajnym zagrożeniom oraz zwalczania i usuwania ich skutków. M. Morawiecki zaznaczył, że wojewodowie niejednokrotnie kontaktowali się z RARS, celem otrzymania stosownych informacji o zasadach przekazywania rezerw. Według wyjaśnień ówczesnego PRM powyższe jednoznacznie przemawiało za tym, że to wojewoda był właściwym organem do analizy i ocen potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województwa w zakresie zapotrzebowania na określony sprzęt medyczny, alokowania go do określonych podmiotów, jak również ustalenia, czy udostępniony sprzęt jest stale niezbędny na jego terenie. Przyjęta praktyka decyzyjna pozwalała również na dodatkową weryfikację potrzeb zgłoszonych przez podmioty lecznicze (były przypadki braku rekomendacji przez wojewodów przekazywania rezerw na rzecz niektórych podmiotów leczniczych), co potwierdzało, że praktyka ta była zasadna i właściwa. Były PRM wskazał również na zatwierdzoną na podstawie art. 24 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* procedurę udostępnienia rezerw strategicznych, jako właściwą w tym zakresie.

(akta kontroli str. 291-296)

Zdaniem NIK powyższa argumentacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Wbrew twierdzeniom zawartym w przywołanych wyjaśnieniach – decyzje pozbawione rozstrzygnięcia czy udostępniany asortyment podlega zwrotowi, nie zawierały elementów niezbędnych do uznania tych decyzji za kompletne i odpowiadające wymogom wynikającym z przepisów.

Zgodnie z art. 19 ust. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* każda decyzja o udostępnieniu rezerw strategicznych musi zawierać „co najmniej” (ustawodawca zastosował kategorię zwrotu „zawiera”, co oznacza obligatoryjne ujęcie wymienionych po nim w minimalnym zakresie elementów w decyzji): oznaczenie organu lub podmiotu, na którego rzecz rezerwy strategiczne są udostępnione, określenie udostępnionego asortymentu rezerw strategicznych i jego ilości, oznaczenie organu lub podmiotu, któremu udostępnione rezerwy strategiczne będą

wydane do użycia, wskazanie, czy udostępnienie rezerw strategicznych następuje z obowiązkiem zwrotu, lub zobowiązanie do zwrotu niewykorzystanej części udostępnionych rezerw strategicznych, a także inne szczególne warunki udostępnienia rezerw strategicznych, w tym dotyczące obowiązku przetransportowania rezerw lub ich przetworzenia lub obowiązku zawarcia umowy dotyczącej udostępnienia z obowiązkiem zwrotu, jeżeli jest to konieczne ze względu na właściwości udostępnionego asortymentu rezerw strategicznych lub jest uzasadnione innymi względami.

Powyższe unormowania są jasne i nie wymagają interpretacji, w szczególności użycie przez ustawodawcę zwrotu „co najmniej” wskazuje dokładnie, jakie kluczowe zagadnienia podlegają rozstrzygnięciu w treści decyzji wydawanej przez uprawniony organ (PRM) i nie mogą być rozstrzygane w innej formie (ani przez inny organ). Wyklucza to możliwość przekazania w treści decyzji wydanej na podstawie art. 19 ust. 1 i 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* innemu organowi kompetencji przypisanych wyłącznie dysponentowi rezerw strategicznych. Jakkolwiek piastun organu (PRM *in personam*) może upoważnić do wydawania w jego imieniu decyzji administracyjnych inne osoby (w oparciu o art. 268a *Kpa*), co w istocie miało miejsce w opisywanych przypadkach, gdy decyzje w imieniu PRM podpisywali Podsekretarze Stanu w KPRM, to jednak nie zmienia to faktu, iż decyzja PRM – dla uznania jej kompletności i zgodności z przepisem materialnym – musi zawierać minimum elementy wskazane w art. 19 ust. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

Ponadto, w odniesieniu do argumentacji podniesionej w powyższych wyjaśnieniach, NIK zauważa, co następuje:

1] W trzeciej dekadzie lutego 2021 r., a więc w czasie, gdy ówczesny PRM przejmował bezpośredni nadzór nad RARS i stał się na mocy przepisów *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* dysponentem tych rezerw, zasadnicze uwarunkowania związane z COVID-19 były już znane ekspertom, organom administracji i społeczeństwu. Ponad 10 miesięcy, jakie upłynęło od początku rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 na teren Polski (pierwszy przypadek zakażenia potwierdzono 4 marca 2020 r.) do 23 lutego 2021 r., mogły być zatem wykorzystane do opracowania, przetestowania i wdrożenia mechanizmów, które pozwoliłyby na skuteczne działanie we wszystkich sferach aktywności państwa. Okres ten nie został jednak należycie wykorzystany, na co wskazują ustalenia kontroli przeprowadzonych przez NIK¹⁸⁴.

2] Przytaczana w wyjaśnieniach liczba decyzji w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych, podzielona przez liczbę dni roboczych we wskazanym okresie (681 dni), oznacza, że statystycznie codziennie wydawane były dwie decyzje. W ocenie NIK wykonywanie zadań w takiej liczbie, nawet jeżeli natężenie aktywności w zakresie udostępnienia rezerw zmieniało się w zależności od bieżącej dynamiki zachorowań i hospitalizacji, nie przekraczało możliwości organizacyjnych KPRM. W żadnym zaś przypadku dane te nie stanowią usprawiedliwienia dla przyjętego pozaprawnego rozwiązania polegającego na wyposażeniu wojewodów (delegowaniu na nich) w uprawnienia do rozstrzygania kwestii zastrzeżonych wyłącznie dla PRM.

3] NIK jest świadoma odpowiedzialności i roli jaka w toku zarządzania kryzysowego, a w szczególności przeciwdziałania epidemii COVID-19 w Polsce spoczęła na wojewodach jako organach administracji rządowej i realizatorach polityki rządu. Podkreślenia jednak wymaga, że nałożenie na wojewodów zadań obejmujących *analizę i ocenę potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województwa, zarówno w zakresie zapotrzebowania na określony sprzęt medyczny, alokowanie go do określonych podmiotów, jak również określenia, czy udostępniony sprzęt jest stale niezbędny na jego terenie*, jak również uprawnienia do wnioskowania

¹⁸⁴ Patrz kontrola P/20/062 cytowana wyżej.

o udostępnienie rezerw strategicznych oraz obowiązku dokonania zwrotu ich niewykorzystanej części, wynikający z art. 20 ust. 2 pkt 5 i 6 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* nie kreują po stronie wojewodów możliwości władczego rozstrzygnięcia czy rezerwy strategiczne zostaną udostępnione z obowiązkiem zwrotu czy bezzwrotnie. Jak już wykazano, wyłączne prawo do podejmowania decyzji w tym zakresie *ustawa o rezerwach strategicznych z 2020 r.* przyznaje PRM¹⁸⁵.

4] Przywołana w wyjaśnieniach ówczesnego PRM *Procedura udostępnienia rezerw strategicznych* dotyczy wyłącznie czynności podejmowanych przez RARS (a nie PRM czy wojewodów), realizowanych w procesie udostępnienia rezerw strategicznych na rzecz określonych organów, celem zapewnienia prawidłowości, rzetelności i sprawnego realizowania powierzonych RARS zadań. Należy zaznaczyć, że w przypadkach, gdy – bez podstawy prawnej i z naruszeniem zasad określonych w art. 19 ust. 5 pkt 4 i 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* – możliwość władczego rozstrzygnięcia czy udostępnienie następuje z obowiązkiem zwrotu została przekazana wojewodom, nie było właśnie możliwe wykorzystanie tej procedury, bowiem nie dochodziło do zawarcia umowy pomiędzy RARS a odbiorcom asortymentu. Tym samym wyłączona została możliwość (a zarazem obowiązek) zabezpieczenia interesów majątkowych Skarbu Państwa¹⁸⁶.

W świetle złożonych wyjaśnień jako przyczynę zaistniałej nieprawidłowości należy uznać błędną interpretację przez ówczesnego PRM (osoby przez niego upoważnione) przepisów dotyczących dysponowania rezerwami strategicznymi państwa.

6. Decyzje PRM o udostępnieniu rezerw strategicznych wydawane były z naruszeniem art. 19 ust. 6 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Badanie terminowości wydawania decyzji udostępniających rezerwy strategiczne w asortymentach sprzętu i aparatury medycznej wykazało, że 13 decyzji PRM (26% badanej próby z 50 decyzji) zostało wydanych – decyzje podpisała działająca w imieniu PRM Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM – po ponad dwunastu dniach (od 13 do 54 dni) od zgłoszonych wniosków wojewodów lub RCB¹⁸⁷ (dotyczyło to pięciu takich decyzji wydanych w 2021 r.¹⁸⁸, dwóch decyzji wydanych w 2022 r.¹⁸⁹ oraz sześciu decyzji wydanych w 2023 r.¹⁹⁰). Wskazany przepis art. 19 ust. 6 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* wymagał wydawania takich decyzji niezwłocznie.

(akta kontroli str. 41-42, 56-57, 92-98, 101-111, 117-119, 153-156, 160-180)

¹⁸⁵ Przytaczany wielokrotnie art. 46d *ustawy o zapobieganiu zakażeniom* stanowi wyjątek od tej zasady. Wyjątek ten w żadnym przypadku nie obejmuje jednak wojewodów.

¹⁸⁶ Procedura udostępnienia rezerw strategicznych z dnia 30 lipca 2021 r. zatwierdzona przez PRM w rozdziale 4 zawiera opis sposobu działania RARS w przypadku udostępnienia rezerw z obowiązkiem zwrotu. Umowa taka, zgodnie z § 15 powinna zawierać m.in. postanowienia dot. przedmiotu, okresu obowiązywania, terminu i miejsca udostępnienia, zobowiązania podmiotu, któremu udostępniono rezerwy do poniesienia wszelkich kosztów związanych z udostępnieniem i zwrotem rezerw oraz ich eksploatacją w okresie udostępnienia, zwrotu udostępnionych rezerw w stanie niepogorszonym, przestrzegania określonych zasad używania, przeglądów, bieżącej konserwacji i innych warunków wynikających z zaleceń technicznych określonych w odrębnych przepisach, ponoszenia kosztów napraw powstałych z niewłaściwego używania rezerw.

¹⁸⁷ W tym osiem takich decyzji spośród badanych 31 decyzji z 2021 r. (25,8% badanych decyzji z 2021 r.), cztery z 11 badanych decyzji z 2022 r. (36,4% badanych decyzji z 2022 r.) i siedem spośród ośmiu badanych decyzji z 2023 r. (87,5% badanych decyzji z 2023 r.).

¹⁸⁸ Odpowiednio: (1) nr 260/R/21 z 13 lipca 2021 r. wydanej po 47 dniach od wniosku Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z 27 maja 2021 r., (2) nr 233/R/21 z 19 maja 2021 r. wydanej po 37 dniach od wniosku RCB, (3) nr 325/R/21 z 5 października 2021 r. wydanej po 18 dniach od wniosku Wojewody Lubelskiego z 17 września 2021 r., (4) nr 304/R/21 z 24 września 2021 r. wydanej po 16 dniach od wniosku Wojewody Mazowieckiego z 8 września 2021 r. oraz (5) nr 4/R/21 z 22 marca 2021 r. wydanej po 13 dniach od wniosku Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z 9 marca 2021 r.

¹⁸⁹ Odpowiednio: (1) nr 371/R/22 z 19 lipca 2022 r. wydanej po 54 dniach od wniosku Wojewody Łódzkiego z 26 maja 2022 r. i (2) nr 487/R/22 z 8 grudnia 2022 r. wydanej po 13 dniach od wniosku Wojewody Wielkopolskiego z 25 listopada 2022 r. (uzupełniającego uprzedni wniosek z 9 listopada 2022 r.).

¹⁹⁰ Odpowiednio: (1) nr 163/R/23 z 6 września 2023 r. wydanej po 42 dniach od wniosku Wojewody Małopolskiego z 26 lipca 2023 r., (2) nr 230/R/23 z 2 października 2023 r. wydanej po 32 dniach od wniosku Wojewody Podkarpackiego z 31 sierpnia 2023 r., (3) nr 8/R/23 z 19 stycznia 2023 r. wydanej po 29 dniach od wniosku Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z 21 grudnia 2022 r., (4) nr 200/R/23 z 25 sierpnia 2023 r. wydanej po 22 dniach od wniosku Wojewody Lubelskiego z 3 sierpnia 2023 r., (5) nr 95/R/23 z 31 maja 2023 r. wydanej po 16 dniach od wniosku Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z 15 maja 2023 r. i (6) nr 142/R/23 z 11 lipca 2023 r. wydanej po 14 dniach od wniosku Wojewody Lubelskiego z 27 czerwca 2023 r.

Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM Izabela Antos podała, że nie może ustosunkować się do zadanych pytań (dotyczących przyczyn opóźnienia w wydaniu w latach 2021-2023 wskazanych 13 decyzji o udostępnieniu rezerw strategicznych), ponieważ z dniem 13 grudnia 2023 r. przestała pełnić funkcje Ministra Członka RM oraz Szefa KPRM, a stosunek pracy z KPRM ustał z dniem 31 stycznia 2024 r. Wskazała, że w związku z tym nie ma dostępu do żadnej dokumentacji związanej z wykonywaniem funkcji w KPRM, a oprócz braku wglądu w dokumentację w KPRM, odpowiedź na zadane pytania uniemożliwia jej upływ czasu.

(akta kontroli str. 383-385)

Dyrektor DIR wyjaśnił, że wydanie ww. decyzji z naruszeniem terminu ustawowego spowodowane było bardzo szczególną, dynamiczną i nieznaną dotychczas sytuacją związaną z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz choroby nim wywołanej COVID-19. Według niego pandemia COVID-19 stanowiła wyzwanie bez precedensu dla całego aparatu państwa i systemu ochrony zdrowia. Charakter i nieprzewidywalność zagrożeń spowodowanych wirusem SARS-CoV-2 skutkowały koniecznością dokonywania każdorazowo wnikliwej analizy dostępności poszczególnych asortymentów i zapewnienia sprzętu na potrzeby zgłaszane przez podmioty z całego kraju (celem zabezpieczenia życia i zdrowia ludzi w każdej placówce w Polsce) oraz możliwości ich transportu do wnioskodawców. Dyrektor DIR wskazał, że każda ze spraw dotyczących udostępnienia rezerw podejmowana była na podstawie wniosków zgłaszanych przez różne organy i podmioty oraz wymagała indywidualnego podejścia, zarówno pod względem zgłoszonych potrzeb, specyfikacji asortymentów i możliwości ich udostępnienia. Zwrócił również uwagę na małą liczbę pracowników realizujących zadania nadzorcze nad RARS w KPRM po przejęciu przez PRM z dniem 23 lutego 2021 r. tego nadzoru (dwie osoby z ministerstwa właściwego do spraw energii). Podkreślił, że opóźnienia w wydaniu poszczególnych decyzji wynikały z: konieczności szczegółowych ustaleń z wnioskodawcami i RARS w zakresie dostępności, szczegółowej specyfikacji lub jej uszczegółowienia w zakresie zgłaszanych do udostępnienia asortymentów¹⁹¹, ustalenia organizacji, zasad i procedur realizacji w KPRM zadań w zakresie nadzoru nad RARS w związku z przejęciem tych zadań¹⁹² oraz braku w RARS wnioskowanego asortymentu rezerw¹⁹³.

(akta kontroli str. 400-403 i 406-407)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie usprawiedliwiają naruszenia ustawowych terminów w toku wydawania decyzji PRM udostępniających rezerwy strategiczne. Istota rezerw strategicznych polega bowiem na możliwości skorzystania z nich w sytuacjach zagrożenia, o których mowa w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Wystąpienie takiej sytuacji wymaga od właściwych organów podejmowania stosownych działań niemal natychmiast, bez zbędnej zwłoki, co w przypadku udostępniania rezerw strategicznych znalazło wyraz w art. 19 ust. 1 i 6 tej ustawy. Wskazane w wyjaśnieniach uwarunkowania organizacyjne (niewielka obsada etatowa w komórkach organizacyjnych KPRM odpowiedzialnych za współdziałanie z RARS) obciążają kierownictwo Kancelarii Premiera i nie stanowią obiektywnych (niezależnych od jednostki kontrolowanej) okoliczności usprawiedliwiającej zaistniałe nieprawidłowości. W kluczowym bowiem okresie epidemii, jakim był I i II kwartał 2021 r. (tzw. trzecia fala zachorowań i hospitalizacji), do zadań związanych z dysponowaniem rezerwami strategicznymi przeznaczonymi do zwalczania COVID-19 powinny były zostać wyasygnowane adekwatne zasoby kadrowe,

¹⁹¹ Dotyczy decyzji PRM nr 260/R/21, 233/R/21, 325/R/21, 371/R/22, 487/R/22, 163/R/23, 230/R/23, 8/R/23, 200/R/23, 95/R/23 i 142/R/23.

¹⁹² Dotyczy decyzji PRM nr 4/R/21 z 22.03.2021 r.

¹⁹³ Dotyczy decyzji PRM nr 304/R/21.

pozwalające na płynne i bezzwłoczne udostępnianie rezerw. Przytoczone wyjaśnienia dowodzą jednak, że działania w tym celu nie zostały podjęte, co stanowiło zaniechanie ze strony kierownictwa KRPM.

7. We wrześniu i październiku 2023 r., tj. po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2, wydano łącznie 19 decyzji PRM w sprawie udostępnienia wysokocennej diagnostycznej aparatury medycznej (ośmiu MR o łącznej wartości w cenie zakupu brutto 41 614,3 tys. zł¹⁹⁴ i jedenastu TK o łącznej wartości w cenie zakupu brutto 28 219,3 tys. zł¹⁹⁵) w celu przekazania jej podmiotom leczniczym, w okolicznościach niespełniających przesłanek odnoszących się do celu wykorzystania rezerw strategicznych określonego w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

Powyższe decyzje podpisała Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM działająca z upoważnienia PRM, nierzetelnie realizując uprawnienia PRM do dysponowania rezerwami strategicznymi wynikające z art. 19 ust. 1 i 2 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* oraz działając niegospodarnie z punktu widzenia dysponowania środkami publicznymi przeznaczonymi na rezerwy strategiczne. Doprowadziło to bowiem do zakupu i wydania bez jednoznacznie sformułowanego obowiązku zwrotu do rezerw strategicznych środków trwałych znacznej wartości, a także bez ustalenia warunków ich udostępnienia, zabezpieczających interesy Skarbu Państwa w okolicznościach, które nie uzasadniały podjęcia takich działań – zatem z punktu widzenia rezerw strategicznych poniesione koszty stanowiły nie tylko nadmierny, ale przede wszystkim nieuzasadniony wydatek.

Pomimo odwołania stanu zagrożenia epidemicznego, omawiane decyzje wydane zostały ze wskazaniem art. 19 ust. 1 i 2 w związku z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* jako podstawy prawnej oraz z powołaniem się na wnioski wojewodów i MSWiA skierowane do PRM, tj.:

- w przypadku MR decyzje dotyczyły: czterech wniosków skierowanych w okresie od 2 marca do 12 czerwca 2023 r.¹⁹⁶ i czterech wniosków skierowanych w okresie od 31 sierpnia do 10 października 2023 r.¹⁹⁷;

¹⁹⁴ W tym decyzjami: [1] nr 141/R/23 z 21.09.2023 r. Województwo Łódzkie na rzecz SP ZOZ w Rawie Mazowieckiej (o wartości brutto 5 343,4 tys. zł), [2] nr 156/R/23 z 20.09.2023 r. Województwo Mazowieckie na rzecz SP ZOZ w Pionkach im. Lecha i Marii Kaczyńskich Pary Prezydenckiej (o wartości brutto 5 165,1 tys. zł), [3] nr 160/R/23 z 3.10.2023 r. Województwo Mazowieckie na rzecz ZOZ Szpitala Powiatowego w Sochaczewie (o wartości brutto 5 195,8 tys. zł), [4] nr 223/R/23 z 9.10.2023 r. Województwo Podkarpackie na rzecz ZOZ w Dębicy (o wartości brutto 5 165,1 tys. zł), [5] nr 226/R/23 z 12.10.2023 r. MSWiA na rzecz SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. M. Zyndrama-Kościałkowskiego (o wartości brutto 5 165,1 tys. zł), [6] nr 230/R/23 z 2.10.2023 r. Województwo Podkarpackie na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. F. Chopina w Rzeszowie (o wartości brutto 5 165,1 tys. zł), [7] nr 242/R/23 z 4.10.2023 r. Województwo Warmińsko-Mazurskie na rzecz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Popławskiego w Olsztynie (o wartości brutto 5 165,1 tys. zł) i [8] nr 249/R/23 z 11.10.2023 r. Województwo Dolnośląskie na rzecz Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych (o wartości brutto 5 249,6 tys. zł).

¹⁹⁵ W tym decyzjami: [1] nr 144/R/23 z 21.09.2023 r. Województwo Dolnośląskie na rzecz Regionalnego Centrum Zdrowia w Lubinie (o wartości brutto 2 792,8 tys. zł), [2] nr 151/R/23 Województwo Kujawsko-Pomorskie na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy (o wartości brutto 2 699,7 tys. zł), [3] nr 152/R/23 z 23.10.2023 r. Województwo Warmińsko-Mazurskie na rzecz Warmińsko-Mazurskiego Centrum Choroby Płuc w Olsztynie (o wartości brutto 2 550,2 tys. zł), [4] nr 153/R/23 Województwo Pomorskie na rzecz Szpitala Zdrowie w Kwidzynie (o wartości brutto 2 550,2 tys. zł), [5] nr 157/R/23 z 27.09.2023 r. Województwo Podkarpackie na rzecz SP ZOZ „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio (o wartości brutto 2 792,8 tys. zł), [6] nr 177/R/23 z 27.09.2023 r. Województwo Śląskie na rzecz Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty” (o wartości brutto 2 550,2 tys. zł), [7] nr 179/R/23 z 27.09.2023 r. Województwo Warmińsko-Mazurskie na rzecz Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie (o wartości brutto 2 550,2 tys. zł), [8] nr 201/R/23 z 12.09.2023 r. Województwo Podlaskie na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (o wartości brutto 2 598,2 tys. zł), [9] nr 248/R/23 z 10.10.2023 r. Województwo Lubuskie na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli (o wartości brutto 1 986,5 tys. zł), [10] nr 252/R/23 z 17.10.2023 r. Województwo Kujawsko-Pomorskie na rzecz ZOZ w Chełmnie (o wartości brutto 2 550,2 tys. zł) i [11] nr 259/R/23 z 23.10.2023 r. MSWiA na rzecz SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie (o wartości brutto 2 598,2 tys. zł).

¹⁹⁶ Wnioski: Województwo Warmińsko-Mazurskie z 2.03.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Popławskiego w Olsztynie, Województwo Mazowieckie z 24.04.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz SP ZOZ w Pionkach im. Lecha i Marii Kaczyńskich Pary Prezydenckiej, MSWiA z 26.04.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. M. Zyndrama-Kościałkowskiego i Województwo Łódzkie z 12.06.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz SP ZOZ w Rawie Mazowieckiej.

¹⁹⁷ Wnioski: Województwo Podkarpackie z 31.08.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. F. Chopina w Rzeszowie, Województwo Podkarpackie z 15.09.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz ZOZ w Dębicy, Województwo Mazowieckie z 25.09.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz ZOZ Szpitala Powiatowego w Sochaczewie i Województwo Dolnośląskie z 10.10.2023 r. dot. przekazania MR na rzecz Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych.

- w przypadku TK decyzje dotyczyły: ośmiu wniosków skierowanych w okresie od 22 października 2022 r. do 30 czerwca 2023 r.¹⁹⁸ oraz trzech wniosków wojewodów skierowanych w okresie od 4 sierpnia do 10 października 2023 r.¹⁹⁹

Jednostki aparatury miały być udostępniane z rezerw strategicznych utworzonych na podstawie decyzji nr 103/R/23 z 12 czerwca 2023 r. oraz 138/R/23 z 4 lipca 2023 r. (akta kontroli str. 326-382)

W decyzjach tych, jako cel wydania rezerw wskazywano *ratowanie życia i zdrowia ludzkiego, w tym w związku z przeciwdziałaniem COVID-19*, czyli okoliczności, które już faktycznie nie miały miejsca (przeciwdziałanie epidemii COVID-19), bądź takie, które nie mogły być samoistną podstawą do udostępnienia rezerw strategicznych, gromadzonych na okoliczność wystąpienia sytuacji określonych w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Cel wskazany w decyzjach o udostępnieniu rezerw strategicznych wydawanych po 30 czerwca 2023 r. (ratowanie życia i zdrowia ludzkiego) realizowany jest co do zasady przez podmioty lecznicze w ramach przepisów *ustawy o działalności leczniczej* oraz *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, w związku z czym nie może on stanowić samoistnej podstawy do asygnowania rezerw strategicznych, które gromadzone są na okoliczność wystąpienia sytuacji zagrożenia (kryzysowych). Tym samym zakupy sprzętu i aparatury medycznej w sytuacjach innych niż opisane w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* powinny być dokonywane zgodnie z przepisami regulującymi tryb rozpoznania potrzeb²⁰⁰, określenia priorytetów, planowania wydatków, pozyskiwania środków i ich wydatkowania zgodnie z zasadami celowości i oszczędności, a także zasadami konkurencyjności, wynikającymi z przepisów o zamówieniach publicznych. Jest to uzasadnione tym bardziej, że zakupy te były dokonywane *de facto* dla jednostek systemu ochrony zdrowia, a nie do rezerw strategicznych. Spośród udostępnionych 19 urządzeń (MR i TK) w przypadku sześciu podmiotów²⁰¹ w systemie IOWISZ zaopiniowano bowiem pozytywnie celowość zakupu ze środków publicznych, co wskazuje, że potrzeba nabycia aparatury diagnostycznej wynikała z działalności podmiotów leczniczych realizowanej w zwykłych okolicznościach i zgłaszana była wcześniej.

W toku kontroli ustalono, że na koniec listopada 2023 r. w RARS, w odniesieniu do 19 decyzji PRM w sprawie udostępnienia wysokocennej diagnostycznej aparatury medycznej, zakończone zostały (zawarto umowy z dostawcami sprzętu) postępowania w sprawie nabycia 11 TK i jednego MR, natomiast w siedmiu przypadkach umowy na zakup MR nie zostały jeszcze podpisane.

(akta kontroli str. 582-583)

¹⁹⁸ Wnioski: Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z 22.10.2022 r. dot. przekazania TK na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy, Wojewody Śląskiego z 15.01.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty”, Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z 2.03.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz Warmińsko-Mazurskiego Centrum Choroby Płuc w Olsztynie, Wojewody Pomorskiego z 21.03.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz Szpitala Zdrowie w Kwidzynie, MSWiA z 26.04.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie, Wojewody Dolnośląskiego z 28.04.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz Regionalnego Centrum Zdrowia w Lubinie, Wojewody Podlaskiego z 18.05.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku i Wojewody Podkarpackiego z 30.06.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz SP ZOZ „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio.

¹⁹⁹ Wnioski: Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z 4.08.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie, Wojewody Lubuskiego z 6.10.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli oraz Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z 10.10.2023 r. dot. przekazania TK na rzecz ZOZ w Chełmnie.

²⁰⁰ Gospodarstwu planowaniu inwestycji sprzętowych w ochronie zdrowia służy Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Jest to system teleinformatyczny, w którym są przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia finansowanych ze środków publicznych. Patrz art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 2465, ze zm.). Ocena takich wniosków zajmuje się Komisja oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, będąca organem opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z art. 95ea *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

²⁰¹ W przypadku MR: (1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej, (2) Zespół Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Sochaczewie, (3) Polkowickie Centrum usług Zdrowotnych oraz (4) samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach im. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary Prezydenckiej w Pionkach, a w przypadku TK: (5) Górnośląskie Centrum Rehabilitacyjne „Repty” i (6) Uniwersytecki Szpital kliniczny w Białymstoku.

W związku z powyższym kontroler NIK w dniu 27 listopada 2023 r. skierował do PRM w trybie art. 51 ust. 1 *ustawy o NIK* pismo wskazujące, że pomimo odwołania z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego rozprzestrzenieniem się COVID-19²⁰², w KPRM z upoważnienia PRM podpisywane były przez Podsekretarza Stanu decyzje²⁰³ o udostępnieniu rezerw strategicznych ze wskazaniem art. 19 ust. 1 i 2 w związku z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* jako ich podstawy prawnej, co mogło wyrządzić wielkie szkody w mieniu, w przypadku konieczności ponoszenia przez RARS kosztów uzupełnienia rezerw strategicznych na zakup aparatury w miejsce udostępnionych rezerw.

(akta kontroli str. 582, 662-663)

Odpowiadając na pismo z 27 listopada 2023 r. ówczesny PRM Mateusz Morawiecki, wskazując na art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* oraz przepisy rozdziału 4 tej ustawy normujące zasady udostępniania rezerw, dowodził, że w porównaniu do uprawnień MZ, ograniczonych w odniesieniu do dysponowania rezerwami strategicznymi do rezerw medycznych udostępnianych w celu przeciwdziałania zakażeniom u ludzi, uprawnienia PRM są szersze, *niejednokrotnie przy zbiegu wielu powodów udostępnienia asortymentu*. Ówczesny PRM zaznaczył, że przedmiotowy asortyment został nabyty poza RPRS, tj. na podstawie art. 14 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* i nie podlega odtworzeniu. Następnie wskazał, że odwołanie na obszarze RP stanu epidemii/zagrożenia epidemicznego nie oznacza braku zagrożenia oraz zakończenia realizacji zadań związanych ze zwalczaniem wirusa SARS-CoV-2. Zgodnie bowiem z art. 2 ust. 2 *specustawy* przez przeciwdziałanie COVID-19 rozumie się wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych tej choroby. Powołał się także na pisma Głównego Inspektora Sanitarnego²⁰⁴ z 20 kwietnia 2023 r. (wniosek o odwołanie stanu epidemii COVID-19 w Polsce) i MZ z 11 marca 2022 r., w którym MZ wyraził *aprobatę dla wniosków kierowanych przez wojewodów do Prezesa Rady Ministrów dotyczących udostępnienia z rezerw strategicznych wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego, jeżeli dotyczą one doposażenia podmiotów leczniczych o kluczowym i strategicznym w ocenie wojewody – znaczeniu dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowia publicznego na terenie województwa*.

(akta kontroli str. 250-251, 310-325 i 595)

Na skierowane do Ministra Szefa KPRM pytanie kontrolera o przyczyny wydania po 1 lipca 2023 r. (po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2) 19 decyzji o udostępnieniu wysokocennej diagnostycznej aparatury medycznej, Dyrektor DIR wyjaśnił, że udostępnienia te realizowane były celem ratowania życia i zdrowia ludzkiego, w tym przeciwdziałania epidemii COVID-19 i konsekwencjom zdrowotnym powstałym w związku z tą pandemią. Wskazał, że odwołanie stanu epidemii i zagrożenia epidemicznego nie oznaczało braku zagrożenia oraz zakończenia realizacji działań związanych ze zwalczaniem wirusa SARS-CoV-2. Odwołał się również do art. 2 ust. 2 *specustawy*, w którym określono działania rozumiane jako przeciwdziałanie COVID-19, jako wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych tej choroby. Podkreślił również, że prawidłowość takiego postępowania potwierdził MZ w piśmie z 11 marca 2022 r.

(akta kontroli, str. 400-408)

²⁰² Rozporządzeniem w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19.

²⁰³ Wskazano 19 takich decyzji, w wyniku których udostępniono osiem MR i 11 TK o łącznej wartości co najmniej 70,0 mln zł.

²⁰⁴ Dalej: GIS.

Argumenty przedstawione w odpowiedzi byłego PRM na pismo kontrolera z 23 listopada 2023 r., które są zbieżne z wyjaśnieniami Dyrektora DIR, nie zasługują na uwzględnienie z następujących względów:

1] Sytuacja, w której wydano 19 decyzji o udostępnieniu przedmiotowego asortymentu, nie odpowiadała celowi i okolicznościom gromadzenia rezerw strategicznych określonym w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Decyzje te zostały wydane już po ustaniu okoliczności powodujących sytuację kryzysową w kraju (zagrożenie epidemiczne COVID-19), uzasadniających – według ustawodawcy – korzystanie z rezerw strategicznych.

2] Uprawnienia ówczesnego PRM do dysponowania rezerwami były rzeczywiście szersze niż MZ (obejmowały nie tylko medyczne asortymenty), natomiast w przedmiotowych przypadkach decyzje dotyczyły wyłącznie aparatury medycznej, a w ich uzasadnieniu odwoływano się do przeciwdziałania COVID-19 jako przyczyny udostępnienia rezerw. Tym samym podniesione przez byłego PRM argumenty o innych, szerszych uprawnieniach pozostają bez znaczenia dla istoty omawianego zagadnienia.

3] Zgadzając się ze spostrzeżeniem, że zagrożenie COVID-19 istnieje nadal, podobnie jak zagrożenie innymi chorobami zakaźnymi, w tym o potencjale mogącym wywołać kolejną epidemię, NIK zauważa, że o tym, czy natężenie niekorzystnych zdarzeń o charakterze epidemicznym (np. wzrastająca liczba zachorowań i hospitalizacji na oddziałach zakaźnych z powodu COVID-19) powoduje spełnienie przesłanek do uznania sytuacji za kryzysową, do zażegnania której konieczne i uzasadnione jest wykorzystanie procedur i środków gromadzonych przez państwo na taką okoliczność (rezerw strategicznych), decyzje podejmuje właściwy organ – podmiot wiodący w zakresie zarządzania kryzysem spowodowanym przez epidemię. Jak już wskazano wyżej podmiotem tym, w rozumieniu KPZK, jest minister właściwy ds. zdrowia. MZ uznał natomiast, że latem 2023 r. zagrożenie powodowane przez COVID-19 było na tyle małe, iż uzasadniało odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego z dniem 1 lipca 2023 r. W konsekwencji z tym też dniem powinno się – wobec zażegnania kryzysu – przywrócić normalne zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poczynsz od finansowania świadczeń, a skończywszy na zaopatrywaniu podmiotów leczniczych w sprzęt i aparaturę medyczną. Przywrócenie „zwykłego”, standardowego trybu działania oznaczało także powrót do weryfikacji zasadności zakupów sprzętu i aparatury finansowanych ze środków publicznych (system IOWISZ), jak i powrót do przejrzystych, konkurencyjnych procedur dokonywania zakupów, co nie było zapewnione przy dokonywaniu zakupów w niejawnym warunkach przez RARS i udostępnianiu sprzętu ww. 19 decyzjami. Dowodzi tego sposób rozdysponowania rezerwy utworzonej decyzją 4 lipca 2023 r. na rzecz wojewodów zaangażowanych w kampanię wyborczą przed wyborami do parlamentu ogłoszonymi na dzień 15 października 2023 r.

4] Brak jest podstaw do uznania, że przedmiotowe decyzje o udostępnieniu przyniosły natychmiastowy skutek i mogły przyczynić się do szybkiego przeciwdziałania COVID-19. Objęty tymi decyzjami sprzęt nie został we wszystkich przypadkach niezwłocznie uruchomiony (w niektórych nie został uruchomiony do czasu zakończenia czynności kontrolnych). Jakkolwiek art. 2 ust. 2 *specustawy* odnosi się również do skutków COVID-19, to jednak nie wszystkie zadania wskazane w tym przepisie (jako wyjaśnienie ustawowego określenia „przeciwdziałania COVID-19”) uzasadniają wykorzystanie rezerw strategicznych. Jak już wielokrotnie dowiedziono w treści niniejszego wystąpienia pokontrolnego, wykorzystywanie rezerw strategicznych uzasadnia jedynie sytuacja odpowiadająca przesłankom wskazanym w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Z analizy treści tego przepisu wynika, że COVID-19 (choroba wywołana wirusem SARS-CoV-2, a nie epidemia) nie w każdym przypadku stanowi usprawiedliwienie do korzystania z rezerw

strategicznych państwa. Ze względu na szczególny charakter rezerw strategicznych przepisy *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* należy interpretować ściśle, a nie traktować je jako pretekst i sposób na omijanie ograniczeń wynikających z innych regulacji, w szczególności dotyczących wyposażania jednostek ochrony zdrowia w trybach konkurencyjnych. Zdaniem NIK nadzwyczajne procedury (zwłaszcza zakupy wysokocennego sprzętu dokonywane przez RARS w niekonkurencyjnych i nietransparentnych procedurach), wykorzystywane w warunkach „zwykłego”, codziennego funkcjonowania państwa, przyczyniają się do powstania ryzyka wystąpienia zjawisk korupcyjnych czy pomijania hierarchii potrzeb poszczególnych jednostek. Dają także pole do pełnej dowolności w wykorzystaniu środków publicznych, co stoi w jawnej sprzeczności z dyrektywą ochrony interesów Skarbu Państwa, wyrażoną w art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP*. 5] Pismo MZ z 11 marca 2022 r. (wielokrotnie przytaczane) stanowi ogólną wytyczną, w której wyrażono aprobatę dla wykorzystania sprzętu z rezerw strategicznych państwa dla uzupełnienia wyposażenia jednostek systemu ochrony zdrowia. Po raz kolejny należy podkreślić, że pismo to pochodzi jednak z czasu trwania sytuacji kryzysowej, jaką była epidemia COVID-19. Jego treści nie można zatem przytaczać jako uzasadnienia działań prowadzonych w „zwykłych” okolicznościach, tj. po tym, jak *rozporządzeniem w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19* MZ uznał, że nie ma powodów do stosowania nadzwyczajnych środków właściwych dla czasu kryzysu wywołanego przez epidemię tej choroby. Z kolei przywołane przez ówczesnego PRM pismo GIS z 20 kwietnia 2023 r. także zawiera ogólne wskazówki dotyczące dalszego przeciwdziałania COVID-19, jednak kontekst tego pisma (jest ono w istocie wnioskiem uzasadniającym zniesienie stanu zagrożenia epidemicznego) wskazuje, że jest w nim mowa o konieczności dalszego przeciwdziałania COVID-19 w toku „zwykłej” działalności organów państwa. 6] W opisanych przypadkach nie zachodziła konieczność odtworzenia rezerw i nie było potrzeby nabywania kolejnych egzemplarzy MR i TK na miejsce aparatury medycznej udostępnionej decyzjami wydanymi po 1 lipca 2023 r. Sama ta okoliczność stanowi podstawę do negatywnej oceny działań podjętych w zakresie dysponowania tymi rezerwami strategicznymi państwa i uznanie ich za niegospodarne oraz nieznaledujące uzasadnienia w okolicznościach stanu faktycznego. Utworzono bowiem rezerwy, a następnie sprzęt rozdysponowano – wydano decyzje o udostępnieniu, wszczęto postępowania na ich zakup, podpisano umowy i dokonano przekazania do odbiorców – w sytuacji, gdy organy państwa nie powinny już działać w trybie ekstraordynaryjnym i korzystać z rezerw strategicznych państwa, a cały system ochrony zdrowia powrócił do funkcjonowania w zwykłych warunkach, na standardowych zasadach.

(akta kontroli, str. 400-408)

W świetle powyższych wyjaśnień jako przyczynę powstania nieprawidłowości należy wskazać błędną interpretację zarówno przepisów *specustawy* (art. 2 ust. 2), jak i *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Zdaniem NIK odniesienie do epidemii COVID-19 w powyższych decyzjach sprowadzało się do wykorzystania jej jako pretekstu do udostępnienia danego asortymentu z rezerw. Podkreślić bowiem należy, że wskazany w tych decyzjach cel (*ratowanie zdrowia i życia ludzkiego*), w sytuacji (czasie) kiedy nie istniał stwierdzony właściwym przepisem prawa²⁰⁵ stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, realizowany jest co do zasady przez podmioty lecznicze w ramach przepisów *ustawy o działalności leczniczej* czy *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, natomiast nie może stanowić samoistnej podstawy do asygnowania rezerw strategicznych, które są gromadzone

²⁰⁵ Wydanym na podstawie art. 46 *ustawy o zapobieganiu zakażeniom*.

na okoliczność wystąpienia sytuacji szczególnych wymienionych w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

Niezależnie od powyższego NIK zwraca uwagę, że termin rozdysponowania sprzętu objętego opisanymi wyżej 19 decyzjami zbiegł się z udziałem niektórych wojewodów – jako kandydatów ówczesnej partii rządzącej – w kampanii wyborczej przed wyborami do parlamentu zaplanowanymi na 15 października 2023 r. Informacje o przekazaniu sprzętu świadczeniodawcom w konkretnych miejscach (w 14 przypadkach na 19 wydanych jednostek sprzętu) przekazywali społecznościom lokalnym i mediom bądź sami wojewodowie (kandydaci), bądź inni politycy ubiegający się o mandat z okręgu, gdzie funkcjonowała placówka wskazana w danej decyzji jako użytkownik sprzętu. W ocenie NIK oznacza to, że sprzęt i aparatura medyczna, których nabycie pod pretekstem zwalczania epidemii COVID-19 generowało wielomilionowe koszty po stronie finansów publicznych, były wykorzystywane jako narzędzie do prowadzenia kampanii wyborczej.

8. W dniu 5 października 2022 r. ówczesny PRM wydał decyzję²⁰⁶ skierowaną do RARS, w której polecił tej agencji przekazać właściwym wojewodom lub szpitalom, które organizowały funkcjonowanie szpitali tymczasowych w województwach, na ich wniosek, nieodpłatnie i bezzwrotnie wyposażenie i sprzęt medyczny pozostały po zlikwidowanych szpitalach tymczasowych²⁰⁷. Sprzęt ten nie stanowił rezerw strategicznych, a był dostarczony przez Agencję na podstawie decyzji PRM z 14 października 2020 r. W uzasadnieniu decyzji wskazano, że wyposażenie i sprzęt zostały zakupione przez ARM (RARS) na podstawie polecenia PRM ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. W decyzji tej PRM nie określił jednakże, którzy wojewodowie i które szpitale będą odbiorcami tego sprzętu i aparatury medycznej oraz o jaki konkretny sprzęt i aparaturę chodzi. Tym samym nierzetelnie zrealizował przepisy art. 11h ust. 3 *specustawy* oraz art. 104 *Kpa*, bowiem w decyzji nie zostały określone prawa i obowiązki stron postępowania, zatem jej treść sformułowana została z naruszeniem zasady podwójnej konkretności decyzji administracyjnej, w myśl której akt administracyjny powinien wskazywać konkretnego adresata w konkretnie oznaczonej sprawie.

(akta kontroli str. 217-222 i 302-304)

W wyniku wydania ww. decyzji PRM, działając w imieniu Skarbu Państwa, przekazał nieodpłatnie samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz jednostce samorządu terytorialnego majątek ruchomy po szpitalach tymczasowych oraz po punktach szczepień, na czas nieoznaczony oraz bez zastrzeżenia obowiązku zwrotu. Skutkiem tego RARS wydał podmiotom leczniczym wyposażenie i sprzęt (w postaci 1 251 łóżek szpitalnych i rehabilitacyjno-pielęgniarskich) o łącznej wartości 5 491,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 409-410 i 413)

Według wyjaśnień ówczesnego PRM Mateusza Morawieckiego powyższy tryb rozdysponowania sprzętu i aparatury medycznej (na podstawie art. 11h *specustawy*) wynikał z jego zakupu przez ARM na podstawie polecenia PRM poza rezerwami strategicznymi ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a nie w trybie *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Sprzęt ten wydano następnie wojewodom lub szpitalom patronackim, na potrzeby funkcjonowania poszczególnych szpitali tymczasowych. Po likwidacji szpitali tymczasowych RARS zwróciło się do ówczesnego PRM o wydanie decyzji na podstawie art. 11h *specustawy* o nieodpłatne i bezzwrotne przekazanie sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby

²⁰⁶ Nr DIR.ZRARS.06124.1.2022.

²⁰⁷ Przekazany przez ARM tym wojewodom lub szpitalom w wykonaniu ustnej decyzji PRM z 14 października 2020 r., polecającej ARM podjęcie działań celem przeciwdziałania epidemii COVID-19, w postaci dostarczenia wyposażenia i sprzętu medycznego wraz z ewentualnym transportem, usługami instalacyjnymi i serwisowymi na potrzeby organizacji szpitali tymczasowych.

województw i szpitali patronackich, które wystąpiły do RARS o nieodpłatne jego przekazanie na czas nieoznaczony, celem dalszego zwalczania COVID-19. Po wykonaniu przedmiotowej decyzji Agencja w dniu 17 kwietnia 2023 r.²⁰⁸ przekazała do KPRM informację o sposobie jej realizacji.

(akta kontroli str. 291-292)

Ówczesna Podsekretarz Stanu w KPRM I. Antos wyjaśniła, że tryb wydania ww. decyzji został zaproponowany przez RARS²⁰⁹ oraz że RARS posiadała informację o podmiotach, których ta decyzja dotyczyła oraz asortymentach sprzętu i aparatury medycznej, o przekazanie których podmioty te wnioskowały. Natomiast przyczyny przekazania tego sprzętu z naruszeniem przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami rzeczowymi majątku ruchomego Skarbu Państwa²¹⁰ wyjaśniła wydaniem powyższej decyzji PRM z dnia 5 października 2022 r. zgodnie z wnioskiem RARS, celem *dalszego skutecznego przeciwdziałania COVID-19*. Dla realizacji tego celu, wyposażenie i aparaturę medyczną przekazano wojewodom lub szpitalom, które organizowały funkcjonowanie szpitali tymczasowych w poszczególnych województwach, zgodnie z ich wnioskami.

(akta kontroli str. 415-417)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Każda decyzja administracyjna (nie wyłączając decyzji wydawanych na podstawie *specustawy*) w świetle art. 104 *Kpa* powinna cechować się podwójną konkretnością, tj. wskazywać adresata oraz określać przedmiot, czyli opisywać konkretną sytuację/sprawę, którą ten akt rozstrzyga²¹¹. Ogólnikowy charakter decyzji wydanej przez PRM nie odpowiada wymogom stawianym takiego rodzaju aktom władczym. W ocenie NIK decyzja ta powinna wskazywać zarówno konkretnych wojewodów, jak i konkretne szpitale, a także zawierać szczegółowy wykaz przekazywanego sprzętu (z uwzględnieniem stanu technicznego, wartości i lokalizacji). W celu sporządzenia przedmiotowej decyzji należało wykorzystać informacje będące w dyspozycji Agencji.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działania Prezesa Rady Ministrów dotyczące szacowania potrzeb, pozyskiwania, udostępniania i przekazywania sprzętu i aparatury medycznej w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19.

W okresie od marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r. Prezes RM nie koordynował skutecznie działań podejmowanych w zakresie tworzenia rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej przeznaczonej do zapobiegania i zwalczania COVID-19 przez ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne²¹² oraz Ministra Zdrowia, przez co nierzetelnie realizował obowiązek wynikający z art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP*. Ministrowie bezpośrednio odpowiedzialni za rezerwy strategiczne oraz MZ i Minister Szef KPRM²¹³ od marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r. bez rzetelnego oszacowania potrzeb co do wielkości i asortymentów rezerw strategicznych, jak również związanych z tym kosztów, dokonywali samodzielnie zakupów sprzętu

²⁰⁸ Pismem BRT.4420.3.2020/152.

²⁰⁹ W piśmie z 5 sierpnia 2022 r.

²¹⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 2303, ze zm.; dalej: *rozporządzenie w sprawie gospodarowania majątkiem SP*.

²¹¹ Cz. Martysz, G. Łaszczyca, A. Matan, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, Warszawa tom 2 str. 14.

²¹² Ministrem właściwym ds. rezerw strategicznych był w okresach: od 15 lutego 2019 r. do 20 marca 2020 r. MAP, od 21 marca 2020 r. do 5 października 2020 r. Minister Klimatu, od 6 października 2020 r. do 22 lutego 2021 r. MKiŚ, a od 23 lutego 2021 r. PRM. Ponadto na podstawie art. 46d *ustawy o zapobieganiu zakażeniom* MZ uzyskał niezależne od PRM prawo do tworzenia i dysponowania rezerwami medycznymi na cele zwalczania COVID-19.

²¹³ Na podstawie upoważnienia udzielonego przez PRM Minister Szef KPRM 13 kwietnia 2020 r. zawarł z KGHM Polska Miedź SA (dalej: KGHM) umowę na dostawy wyposażenia i sprzętu medycznego oraz środków ochrony osobistej, co zostało szczegółowo opisane i ocenione w wystąpieniu pokontrolnym z kontroli P/20/062 z 7 października 2021 r. pkt 2.9.1. str. 20.

i aparatury medycznej celem uzupełnienia braków w zaopatrzeniu²¹⁴, bądź wydawali polecenia w tym przedmiocie Agencji Rezerw Materiałowych. W okresie od wejścia w życie ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r. (23 lutego 2021 r.) do odwołania stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce (1 lipca 2023 r.²¹⁵) PRM nierzetelnie koordynował działania MZ w zakresie tworzenia rezerw strategicznych (w związku z epidemią) oraz nierzetelnie realizował obowiązki organu odpowiedzialnego bezpośrednio za rezerwy strategiczne i nadzór nad Rządową Agencją Rezerw Strategicznych.

Pomimo posiadania bieżącego dostępu do informacji o poziomie rezerw strategicznych pozostających w dyspozycji Agencji, PRM nie wykorzystał swoich kompetencji wynikających z *Konstytucji RP* i obu *ustaw o rezerwach strategicznych* do tego, by moderować napływ nowego asortymentu do rezerw. W efekcie, po zaspokojeniu zgłaszanych w trakcie epidemii potrzeb w magazynach RARS pozostał sprzęt i aparatura medyczna o wartości (w cenie zakupu) co najmniej 350 mln zł²¹⁶. NIK ocenia, że środki publiczne przeznaczone na zakup ww. sprzętu i aparatury w liczbie znacznie wykraczającej poza rzeczywiste, obiektywne potrzeby wynikające z przebiegu epidemii (z uwzględnieniem konieczności zachowania rezerw) nie zostały wydatkowane w sposób optymalny, tj. celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów. Ponadto konieczne było i jest stałe asygnowanie dodatkowych zasobów celem utrzymania sprzętu pozostającego w rezerwach w sprawności technicznej.

Jako działanie niezgodne z art. 3 w związku z art. 14 ust. 1 pkt 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* należy uznać wydanie, już po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego, decyzji PRM zobowiązującej RARS do utworzenia rezerwy złożonej łącznie z 20 sztuk specjalistycznej aparatury diagnostycznej o wielomilionowej wartości²¹⁷. NIK stwierdza, że art. 14 ust. 1 pkt 1 daje wprawdzie PRM prawo do tworzenia rezerw strategicznych poza RPRS, jednak musi to następować w okolicznościach określonych w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Tymczasem po odwołaniu od 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego nie występowało zagrożenie zdrowia publicznego, z powodu którego należałoby wspierać wykonywanie zadań w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb obywateli oraz ratowania ich życia i zdrowia, wykorzystując do tego celu szczególne mechanizmy związane z tworzeniem rezerw strategicznych. Przeciwnie, odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego przez właściwy organ, będący jednocześnie podmiotem wiodącym w toku zarządzania kryzysem wywołanym epidemią, dowodziło, że nie ma już potrzeby zwalczania epidemii COVID-19 z wykorzystaniem nadzwyczajnych środków i procedur, a zaopatrzenie jednostek ochrony zdrowia w sprzęt i aparaturę medyczną służące diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z tą chorobą, powinno być już realizowane w trybie konkurencyjnym, uwzględniającym konieczność zapewnienia jawności i przejrzystości oraz optymalnego wykorzystania środków publicznych.

Ponadto PRM, nierzetelnie wykonując obowiązki wynikające z art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP* dotyczące koordynacji pracy członków Rady Ministrów, nie zapewnił przyjęcia przez Radę Ministrów w wymaganym terminie *RPRS na lata 2022-2026*

²¹⁴ MZ i Minister Szef KPRM samodzielnie dokonywali zakupów sprzętu i aparatury medycznej od podmiotów działających na rynku (także pośredników), co zostało kompleksowo opisane w Informacji o wynikach kontroli P/20/062 *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19*, Warszawa, wrzesień 2023, str. 60 i dalsze. Dalej: Informacja covidowa NIK.

²¹⁵ Na mocy rozporządzenia w sprawie odwołania zagrożenia epidemicznego COVID-19.

²¹⁶ Szczegółowe dane dotyczące ilości poszczególnych asortymentów sprzętu i aparatury medycznej przedstawiono w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym w ramach niniejszej kontroli do Prezesa RARS.

²¹⁷ Decyzja z dnia 4 lipca 2023 r. Nr 138/R/23.

(opóźnienie wyniosło 115 dni w stosunku do terminu wyznaczonego ustawą na dzień 31 maja 2022 r.²¹⁸).

PRM w skontrolowanym zakresie realizował zadania dotyczące udostępniania rezerw strategicznych, które choć przyczyniły się do zapewnienia zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną świadczeniodawców zaangażowanych w zwalczanie epidemii COVID-19, to jednak były podejmowane z naruszeniem przepisów prawa, co skutkowało niegospodarnością (brakiem zabezpieczenia interesów majątkowych Skarbu Państwa). Spośród wydanych od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. łącznie 655 decyzji PRM w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych:

- w 332 decyzjach PRM o udostępnieniu sprzętu i aparatury medycznej o wysokiej jednostkowej wartości i wieloletnim okresie użytkowania, wydanych na podstawie art. 19 ust. 1 i 2 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, nie zawarto postanowień ustanawiających obowiązek zwrotu do rezerw danego asortymentu po ustaniu celu na jaki został udostępniony (zwalczanie epidemii COVID-19). Takie samo podejście przyjęto zarówno w przypadku udostępniania np. TK, RM i aparatów RTG, jak i rzeczy przeznaczonych do jednorazowego użytku lub zużywalnych (maseczki, fartuchy, płyn do dezynfekcji), co generowało ryzyko trwałej utraty przez Skarb Państwa majątku o wysokiej wartości. Zaniechanie to dotyczyło sprzętu o wartości co najmniej 1 203,1 mln zł i było efektem nierzetelnej realizacji art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, gdyż w zakresie kompetencji PRM jako organu dysponującego rezerwami strategicznymi było ustanowienie obowiązku zwrotu udostępnionego asortymentu do rezerw ze względu na jego wysoką wartość i możliwość długotrwałego wykorzystywania.

W wyniku nieustalenia w decyzji PRM obowiązku zwrotu udostępnionego sprzętu/aparatury medycznej do rezerw po jego wykorzystaniu, RARS nie była zobowiązana do zawarcia z podmiotem używającym sprzętu i aparatury medycznej umowy określającej stronę odpowiedzialną za utrzymanie urządzeń w należytym stanie technicznym, sfinansowanie niezbędnych remontów itp. Ponadto w sytuacji, gdy jednocześnie obowiązywały decyzje zakładające odtwarzanie stanu rezerw, bezzwrotne udostępnianie sprzętu i aparatury wielkiej wartości, wywoływało konieczność zakupu nowych egzemplarzy tego samego asortymentu;

- w 480 decyzjach PRM (z 600 skierowanych do wojewodów), wbrew dyspozycji art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* nie wskazano czy dany asortyment ma być udostępniony z obowiązkiem zwrotu czy bezzwrotnie, natomiast bez podstawy prawnej zawarto postanowienia, według których wojewodowie mieli rozstrzygać o charakterze udostępnienia (zwrotny czy bezzwrotny). Stanowiło to naruszenie art. 19 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, w myśl którego wydawanie decyzji o udostępnieniu rezerw strategicznych należy do wyłącznej kompetencji PRM.

W wyniku wydania wadliwych (niekompletnych) decyzji o udostępnieniu rezerw strategicznych i ujęcia w ich treści niejednoznacznych postanowień dotyczących prawa do dysponowania sprzętem („bezzwrotność”, „bezpłatność”, „bezterminowość” przekazania), zarówno wojewodowie, jak i podmioty, którym wydano dane asortymenty, nie mieli możliwości rzetelnego zidentyfikowania, jakie przysługują im uprawnienia w stosunku do udostępnionego (wojewodowie) lub wydanego do użycia (podmioty lecznicze) sprzętu i aparatury medycznej. W szczególności wystąpiły rozbieżności co do kwestii, czy przekazany asortyment stanowi własność podmiotów, którym został wydany

²¹⁸ Termin 31 maja wyznaczony w art. 10 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

(świadczeniodawcy zgłaszają wątpliwości co do tego, czy mogą ponosić koszty ubezpieczenia urządzeń oraz ich utrzymania w należyтым stanie technicznym, ze względu na wysokie koszty zakupu części zamiennych, serwisu itp.). W ocenie NIK brak pewności co do zakresu prawa do władania może utrudniać podmiotom leczniczym prawidłowe wykorzystywanie otrzymanych z rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej, może również być źródłem roszczeń podmiotów leczniczych wobec Skarbu Państwa o zwrot ww. kosztów;

- 26% badanej próby decyzji PRM o udostępnianiu tych rezerw (50 takich decyzji) zostało wydawanych ze zwłoką, tj. po ponad dwunastu dniach (od 13 do 54 dni) od zgłoszonych wniosków o udostępnienie rezerw, co stanowiło wadliwą realizację dyspozycji art. 19 ust. 6 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*;
- w okresie od 7 sierpnia 2023 r. do 23 października 2023 r. 19 decyzji PRM o udostępnieniu wojewodom z rezerw strategicznych 19 szt. aparatury diagnostycznej o wysokiej jednostkowej wartości (ośmiu RM i 11 TK) i o łącznej wartości ewidencyjnej 69 833,5 tys. zł wydanych zostało bez podstawy prawnej. Przedmiotowe decyzje zostały wydane z powołaniem się na art. 19 ust. 1 i 2 w związku z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* pomimo odwołania stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego rozprzestrzenianiem się COVID-19 z dniem 1 lipca 2023 r., a jako cel wydania decyzji wskazano *ratowanie życia i zdrowia ludzkiego, w tym w związku z przeciwdziałaniem COVID-19*.

W ocenie NIK odniesienie do epidemii COVID-19 w powyższych decyzjach miało wyłącznie charakter pretekstu uzasadniającego udostępnienie danego asortymentu rezerw. Wskazany w tych decyzjach cel (*ratowanie zdrowia i życia ludzkiego*), w czasie, kiedy nie istnieje stwierdzone prawem zagrożenie epidemiczne, realizowany jest co do zasady przez podmioty lecznicze w ramach przepisów *ustawy o działalności leczniczej* oraz *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* i jako taki nie może stanowić samoistnej podstawy do asygnowania rezerw strategicznych. Te są bowiem gromadzone na okoliczność wystąpienia sytuacji wymienionych w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Tym samym przekazywanie sprzętu i wyposażenia dla publicznych jednostek systemu ochrony zdrowia w sytuacjach innych niż opisane w tym przepisie, musi być dokonywane zgodnie z przepisami regulującymi tryb rozpoznania potrzeb, określania priorytetów, planowania wydatków, pozyskiwania środków i ich wydatkowania zgodnie z zasadami konkurencyjnych procedur (*vide* *ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych*²¹⁹), umożliwiającących optymalne wydatkowanie środków publicznych.

Ponadto termin rozdysponowania sprzętu objętego ww. 19 decyzjami zbiegł się z kampanią wyborczą przed wyborami parlamentarnymi zaplanowanymi na 15 października 2023 r., a informacje o przekazaniu sprzętu świadczeniodawcom (w 14 przypadkach na 19 jednostek sprzętu) przekazywali społecznościom lokalnym i mediom wojewodowie, bądź inni politycy ubiegający się o mandat z okręgu, w którym funkcjonowała placówka wskazywana w decyzjach jako odbiorca sprzętu. W ocenie NIK oznacza to, że sprzęt i aparatura medyczna, której nabycie pod pretekstem zwalczania epidemii COVID-19 generowało wielomilionowe koszty po stronie finansów publicznych, a informacje o przekazaniu tego sprzętu były wykorzystywane do prowadzenia kampanii wyborczej.

OBSZAR

²¹⁹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1605, ze zm.

2. Zagospodarowanie sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych w związku z epidemią COVID-19

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. na podstawie 480 decyzji PRM o udostępnieniu na rzecz wojewodów sprzętu i aparatury medycznej (w których to decyzjach wojewodowie zostali bez podstawy prawnej wyposażeni w możliwość władczego rozstrzygnięcia o przeznaczeniu tego asortymentu oraz o charakterze jego rozdysponowania, tj. z obowiązkiem zwrotu bądź bez obowiązku zwrotu), RARS przekazał łącznie²²⁰ w 14 asortymentach²²¹ sprzęt i aparaturę medyczną w ilościach: czterech szt. analizatorów markerów²²², 167 szt. analizatorów parametrów krytycznych²²³, 155 szt. aparatów do terapii nerkozastępczej²²⁴, 222 szt. aparatów RTG²²⁵, 8 516 szt. kardiomonitorów i monitorów do monitorowania funkcji życiowych²²⁶, 10 287 szt. różnych rodzajów łóżek szpitalnych i rehabilitacyjnych²²⁷, 4 822 szt. respiratorów²²⁸, trzech MR²²⁹, 58 TK²³⁰, 422 szt. różnych aparatów do EKG²³¹, 161 szt. różnych aparatów do USG²³², 133 szt. wideolaryngoskopów²³³, 53 szt. stołów operacyjnych²³⁴ oraz 16 438 szt. pomp infuzyjnych, zestawów pomp infuzyjnych i pomp do odżywiania pozajelitowego²³⁵. Łączna wartość sprzętu i aparatury medycznej, objętych analizą, wynosiła co najmniej 1 203,1 mln zł.

(akta kontroli str. 563-564, 585-588)

Proces udostępniania sprzętu, jak wykazano na podstawie ustaleń opisanych w obszarze I. niniejszego wystąpienia pokontrolnego, dotknięty był szeregiem nieprawidłowości.

W decyzjach PRM o udostępnieniu rezerw (w tym podpisanych z jego upoważnienia), jak i w decyzjach o utworzeniu rezerw, obejmujących asortymenty w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, jako źródło finansowania wskazywany był Fundusz Przeciwdziałania COVID-19. Na podstawie art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej* PRM został wskazany jako organ upoważniony do wydawania dyspozycji wypłaty środków tego Funduszu (dysponent Funduszu – do dnia 1 lipca 2024 r.).

Z ustaleń poprzednich kontroli NIK²³⁶ wynika, że PRM, jako organ będący dysponentem Funduszu, nie zapewnił skutecznych i adekwatnych narzędzi zarządzania planowaniem, monitorowaniem oraz rozliczaniem wydatków ponoszonych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, m.in. na wydatki związane z utworzeniem, organizacją i likwidacją szpitali tymczasowych, co zostało krytycznie ocenione przez NIK²³⁷.

PRM w okresie objętym kontrolą nie określił również procedur (regulaminów, instrukcji, wytycznych lub innych dokumentów w tym zakresie) opisujących zasady i tryb zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej zakupionych przez ARM/RARS ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, udostępnionych

²²⁰ Z objętego badaniami kontrolnymi 15 asortymentów sprzętu i aparatury medycznej.

²²¹ W decyzjach tych brak było udostępnień aparatów do terapii ECMO.

²²² Wszystkie w 2022 r.

²²³ W tym: 97 szt. w 2021 r., 66 szt. w 2022 r. i 4 szt. w I półroczu 2023 r.

²²⁴ W tym: 119 szt. w 2021 r., 32 szt. w 2022 r. i 4 szt. w I półroczu 2023 r.

²²⁵ W tym: 154 szt. w 2021 r., 49 szt. w 2022 r. i 19 szt. w 2023 r. (w tym 6 szt. po 1 lipca 2023 r.).

²²⁶ W tym: 4 805 szt. w 2021 r., 3 598 szt. w 2022 r. i 113 szt. w 2023 r. (w tym 48 szt. po 1 lipca 2023 r.).

²²⁷ W tym: 5 882 szt. w 2021 r., 3 669 szt. w 2022 r. i 736 szt. w 2023 r. (w tym 217 szt. po 1 lipca 2023 r.).

²²⁸ W tym: 1 701 szt. w 2021 r., 3 077 szt. w 2022 r. i 44 szt. w 2023 r. (w tym 14 szt. po 1 lipca 2023 r.).

²²⁹ W tym: jeden w 2021 r. i dwa w 2022 r.

²³⁰ W tym: 12 w 2021 r., 30 w 2022 r. i 16 w 2023 r. (w tym 10 po 1 lipca 2023 r.).

²³¹ W tym: 289 szt. w 2021 r., 100 szt. w 2022 r. i 33 szt. w 2023 r. (w tym 13 szt. po 1 lipca 2023 r.).

²³² W tym: 76 szt. w 2021 r., 47 szt. w 2022 r. i 38 szt. w 2023 r. (w tym 6 szt. po 1 lipca 2023 r.).

²³³ W tym: 68 szt. w 2021 r., 64 szt. w 2022 r. i jeden w I półroczu 2023 r.

²³⁴ W tym: 27 szt. w 2021 r., 11 szt. w 2022 r. i 15 szt. w I półroczu 2023 r.

²³⁵ W tym: 6 063 szt. w 2021 r., 3 321 szt. w 2022 r. i 7 054 szt. w 2023 r. (w tym 21 szt. po 1 lipca 2023 r.).

²³⁶ Wyniki kontroli: P/20/062, P22/007 oraz I/21/002/LSZ.

²³⁷ Wystąpienie do PRM z kontroli nr D/21/505. Utworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19 z 6 grudnia 2022 r.

województw w związku z epidemią COVID-19 i wydanych do użycia przez podmioty lecznicze na czas po zakończeniu realizacji celu, dla którego sprzęt ten i aparatura zostały udostępnione (tj. po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego). W szczególności nie zostały przekazane wojewodom zasady oceny stanu technicznego, rozstrzygania o przydatności do dalszego pozostawiania w rezerwach strategicznych lub przekazywania podmiotom leczniczym na własność udostępnionych w wielkiej liczbie wysokocennych urządzeń i aparatury medycznej. Zaniechanie to świadczyło o niewłaściwym (nierzetelnym) podejściu do realizacji obowiązków organu właściwego w sprawie rezerw strategicznych, jak i zadań dysponenta Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

(akta kontroli str. 18-32)

Wyniki kontroli przeprowadzonych w siedmiu z 16 urzędów wojewódzkich (dolnośląskim, małopolskim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim) wykazały, że wojewodowie w różny sposób realizowali decyzje PRM dotyczące udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych, tj.:

- Wojewodowie: Śląski, Świętokrzyski i Małopolski przekazywali podmiotom leczniczym sprzęt i aparaturę medyczną na podstawie dokumentów WZ lub PO, które nie określały okresu oraz warunków udostępnienia tego sprzętu i aparatury;
- Wojewodowie: Zachodniopomorski i Wielkopolski przekazywali „bezzwrotnie i nieodpłatnie” sprzęt i aparaturę medyczną podmiotom, które nie znajdowały się w katalogu podmiotów uprawnionych do otrzymania takich zasobów określonych w § 38 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie gospodarowania majątkiem SP*;
- Wojewoda Dolnośląski przekazywał sprzęt i aparaturę medyczną podmiotom leczniczym na podstawie decyzji, w których jako podstawę prawną wskazano art. 11h ust. 1 i 4 *specustawy*;
- Wojewoda Podlaski w związku z nieposiadaniem rzetelnych danych ilościowo-rodzajowych o ponad jednej trzeciej przekazanego wyposażenia medycznego otrzymanego z RARS (ponad 4,3 tys. sztuk sprzętu o łącznej wartości 18 016,4 tys. zł do 10 stycznia 2024 r. było nadal w trakcie uzgadniania ewidencji w tym zakresie) nie podjął decyzji o sposobie zagospodarowania sprzętu.

(akta kontroli str. 942-944)

Z ustaleń kontroli wynika ponadto, że podmioty lecznicze korzystające ze sprzętu wydanego z rezerw strategicznych (udostępnionego wojewodom) niejednolicie interpretowały swoje uprawnienia do sprzętu i aparatury, co znajdowało odzwierciedlenie także w różnorodnym sposobie ujmowania otrzymanych asortymentów w prowadzonej przez nie ewidencji finansowo-księgowej. Z informacji udzielonych przez 100 podmiotów leczniczych wynika, że:

- 53 podmioty wprowadziły do ewidencji środków trwałych wyłącznie sprzęt i aparaturę medyczną otrzymane w formie darowizny;
- 32 podmioty wprowadziły do ewidencji środków trwałych asortyment otrzymany „bezzwrotnie” i w formie darowizny;
- 10 podmiotów wprowadziło do ewidencji środków trwałych sprzęt i aparaturę medyczną otrzymane w formie darowizny, a do ewidencji pozabilansowej asortyment pozyskany „bezzwrotnie”;
- dwa podmioty niezależnie od formy prawnej otrzymania sprzętu i aparatury medycznej, wykazały go w ewidencji pozabilansowej;
- trzy podmioty, do czasu udzielenia odpowiedzi na pytanie NIK nie zaewidencjonowały otrzymanego sprzętu.

Powyższe oznacza, że tylko 32 jednostki uznały przekazany im bezzwrotnie sprzęt za swoją własność (wprowadziły go do ewidencji bilansowej środków trwałych jako

własny i ponoszą koszty jego utrzymania). W pozostałych przypadkach prawo do wykorzystywania danego sprzętu do bieżącej działalności, jeżeli nie został przekazany w formie darowizny lub użyczenia²³⁸, nie zostało obwarowane postanowieniami co do tego, kto ponosi koszty utrzymania, remontów i ubezpieczenia konkretnych jednostek sprzętu.

(akta kontroli str. 856-861)

Wobec braku wiążących wytycznych PRM (wydanych w ramach wykonywania obowiązków dysponenta Funduszu Przeciwdziałania COVID-19), jak również braku pisemnych uzgodnień pomiędzy RARS a podmiotami wykorzystującymi sprzęt i aparaturę medyczną, istnieje ryzyko, że utrzymanie przekazanego asortymentu w należytym stanie technicznym oraz ponoszenie kosztów z tym związanych może obciążać Skarb Państwa (*vide* art. 5 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.). Dzieje się to w sytuacji, gdy podmioty korzystające z asortymentu pochodzącego z rezerw strategicznych nie wykonują już zadania, na poczet którego sprzęt ten został im przekazany w warunkach sytuacji kryzysowej (przeciwdziałanie COVID-19), lecz realizują standardowo i w zwyczajnych warunkach kontrakty na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z NFZ, stanowiące źródło ich przychodów w ramach podstawowej działalności.

NIK zauważa, że ze względu na skalę udostępnienia rezerw strategicznych, w tym zarówno liczbę, jak i wartość udostępnionego asortymentu, opracowanie takich zasad przez podmiot odpowiedzialny za rezerwy strategiczne było uzasadnione, co opisano niżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 20 i 862-926)

2.2. W okresie objętym kontrolą PRM nie wydawał decyzji w sprawie likwidacji rezerw strategicznych stanowiących sprzęt i aparaturę medyczną zakupioną lub pozyskaną w celu przeciwdziałania COVID-19.

(akta kontroli str. 22)

2.3. PRM w okresie od 22 kwietnia 2021 r. do 2 sierpnia 2022 r. wydał decyzje uchylające 12 decyzji polecających spółkom działającym z udziałem Skarbu Państwa zorganizowanie i utworzenie szpitali tymczasowych (wskazanych w pkt 1.7 niniejszego wystąpienia), tj.:

- PGZ S.A. w dniu 1 kwietnia 2022 r.²³⁹ uchylającą decyzję z 10 listopada 2020 r., polecającą zorganizowanie i utworzenie w województwie kujawsko-pomorskim szpitala tymczasowego;
- PKN ORLEN S.A. w dniu 1 kwietnia 2022 r., uchylającą obie decyzje polecające zorganizowanie i utworzenie szpitali tymczasowych w Płocku²⁴⁰ (z 28 października 2020 r.) i w Ostrołęce²⁴¹ (z 29 października 2020 r.);
- LOTOS S.A. w dniu 30 sierpnia 2021 r.²⁴², uchylającą decyzję z 2 listopada 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie szpitala tymczasowego w województwie pomorskim;
- PKO BP S.A. w dniu 22 kwietnia 2021 r.²⁴³, uchylającą decyzję z 29 października 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie dwóch szpitali tymczasowych (jednego w województwie małopolskim i jednego w województwie wielkopolskim²⁴⁴);

²³⁸ W świetle przepisów prawa cywilnego dotyczących użyczenia (§ 710 kc) przez umowę użyczenia użyczający zobowiązuje się zezwolić biorącemu przez czas oznaczony lub nieoznaczony na bezpłatne używanie oddanej mu w tym celu rzeczy. Ponadto biorący do używania ponosi zwykle koszty używania rzeczy użyczanej (§713 kc).

²³⁹ Decyzja BPRM.222.18.248.2020(6).

²⁴⁰ Decyzja BPRM.222.18.224.2020(11).

²⁴¹ Decyzja BPRM.222.18.228.2020(9).

²⁴² Decyzja BPRM.222.18.234.2020(22).

²⁴³ Decyzja BPRM.222.18.230.2020(10).

²⁴⁴ W wyniku zmian pierwotnej decyzji przewidującej zorganizowanie dwóch szpitali tymczasowych w województwie małopolskim.

- Tauron S.A. w dniu 7 grudnia 2021 r.²⁴⁵, uchylającą decyzję z 29 października 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie szpitala tymczasowego w województwie małopolskim;
- Spółce Węgłokoks S.A. w dniu 1 kwietnia 2022 r.²⁴⁶, uchylającą decyzję z 29 października 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie szpitala tymczasowego w województwie śląskim;
- KGHM w dniu 1 kwietnia 2022 r.²⁴⁷, uchylającą decyzję z 29 października 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie dwóch szpitali tymczasowych w województwie dolnośląskim;
- Totalizatorowi Sportowemu Sp. z o.o. w dniu 17 maja 2022 r.²⁴⁸, uchylającą decyzję z 30 października 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie szpitala tymczasowego w województwie mazowieckim;
- Grupie Azoty S.A. w dniu 22 kwietnia 2021 r.²⁴⁹, uchylającą decyzję z 3 listopada 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie szpitala tymczasowego w województwie małopolskim;
- BGK w dniu 1 kwietnia 2022 r.²⁵⁰, uchylającą decyzję z 3 listopada 2020 r. polecającą zorganizowanie i utworzenie szpitala tymczasowego w województwie mazowieckim;
- PL 2012+ w dniu 15 kwietnia 2022 r., uchylającą decyzję z 19 października 2020 r. polecającą udostępnienie i przystosowanie terenu i pomieszczeń PGE Narodowy dla szpitala tymczasowego.

Jako podstawę decyzji uchylających w ich treści wskazano art. 155 i 154 *Kpa* w związku z art. 11h ust. 3-5 *specustawy*. Przepisy art. 154 i 155 *Kpa* określają ogólne zasady uchylania decyzji przez organ wydający, natomiast art. 11h ust. 5 *specustawy* stanowi, że polecenia mogą być uchylane lub zmieniane jeżeli przemawia za tym interes społeczny lub słuszny interes strony. Ich uchylenie lub zmiana nie wymaga zgody stron.

(akta kontroli str. 22-25)

Według decyzji (w sprawie utworzenia szpitali tymczasowych) wydanych przez PRM dziewięciu spółkom z udziałem Skarbu Państwa, uchylonych powyższymi decyzjami, do zadań MAP i Ministra Szefa KPRM należało zawarcie umów z tymi spółkami oraz na ich podstawie – finansowanie ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 działań podejmowanych przez te spółki w celu zorganizowania, utworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych. W żadnej z decyzji w sprawie utworzenia szpitali tymczasowych nie zawarto postanowień normujących zasady postępowania w celu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, nabytych przez spółki organizujące szpitale tymczasowe z ich środków własnych i następnie zrefundowanego tym podmiotom przez Ministra Szefa KPRM i MAP ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

PRM nie określił także w tym zakresie żadnych zasad (procedur, wytycznych) pozwalających ministrom na jednolite postępowanie w toku zagospodarowania mienia po szpitalach tymczasowych, ani dostarczania PRM informacji o przebiegu tego procesu. W KPRM kontrolerom nie udostępniono dokumentów (sprawozdań dla PRM, raportów, informacji) potwierdzających sposób realizacji decyzji PRM uchylających decyzje polecające spółkom działającym z udziałem Skarbu Państwa zorganizowanie i utworzenie szpitali tymczasowych, co zostało opisane niżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

²⁴⁵ Decyzja BPRM.222.18.227.2020(16).

²⁴⁶ Decyzja BPRM.222.18.229.2020(10), zmieniona decyzją PRM BPRM.222.18.229.2020(16) z 2 sierpnia 2022 r.

²⁴⁷ Decyzja BPRM.222.18.226.2020(19), zmieniona decyzją PRM BPRM.222.18.226.2020(22) z 19 maja 2022 r.

²⁴⁸ Decyzja BPRM.222.18.231.2020(8).

²⁴⁹ Decyzja BPRM.240.18.231.2020(8).

²⁵⁰ Decyzja BPRM.240.18.233.2020(8).

(akta kontroli str. 22-25 i 31)

Według wyjaśnień obecnej Dyrektora Generalnej Ministerstwa Aktywów Państwowych, MAP nie przekazywał PRM i KPRM informacji/sprawozdań z likwidacji i rozliczenia zawartych umów na tworzenie i organizację szpitali tymczasowych. Wynikało to z nieokreślenia takich obowiązków w decyzjach PRM w sprawie utworzenia tych szpitali oraz braku wytycznych w tym zakresie wydanych MAP, jako jednemu z dysponentów Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Wyjaśniła również, że KPRM nie określiła trybu przekazywania informacji/sprawozdań z realizacji środków objętych planem finansowym Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, pomimo wystąpienia w tej sprawie przez MAP 29 marca 2021 r.²⁵¹

(akta kontroli str. 386-388)

Z ustaleń kontroli przeprowadzonych w Ministerstwie Aktywów Państwowych i KPRM wynika, że nabyty w powyższy sposób sprzęt został przekazany przez MAP i Ministra Szefa KPRM (dot. Szpitala w Siedlcach) podmiotom leczniczym odpowiedzialnym za utworzenie szpitali tymczasowych, przy czym wystąpiły w tym zakresie nieprawidłowości opisane niżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W powyższym zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie objętym kontrolą PRM nierzetelnie wykonywał obowiązki organu odpowiedzialnego za zabezpieczenie interesów majątkowych Skarbu Państwa, w tym za gospodarnie i celowe wykorzystanie powierzonych mu środków publicznych (*vide* art. 148 pkt 1 i 2 w związku z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP* oraz art. 4 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*) oraz za tworzenie i dysponowanie rezerwami strategicznymi (na podstawie art. 13, 14 i 19 w związku z art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*), a także podmiotu upoważnionego do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (na podstawie art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej*) i z tego tytułu odpowiedzialnego za wykorzystanie środków tego funduszu w sposób celowy i gospodarny przez to, że:

- 1) nie opracował procedur (regulaminów, instrukcji, wytycznych lub innych dokumentów) opisujących zasady i tryb zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych przez ARM/RARS ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z epidemią i udostępnionych wojewodom do wydania do użycia – po zakończeniu realizacji celu, dla którego sprzęt ten i aparatura zostały udostępnione podmiotom leczniczym. Nie zostały także przekazane wojewodom zasady oceny stanu technicznego, rozstrzygania o przydatności do dalszego pozostawiania w rezerwach strategicznych lub przekazywania podmiotom leczniczym na własność udostępnionych w wielkiej liczbie urzędów i aparatury medycznej;
- 2) nie ustalił zasad co do sposobu zagospodarowania składników majątkowych nabytych przez MAP i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie szpitali tymczasowych, ani nie nadzorował sposobu realizacji przez tych ministrów decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych, w szczególności nie wykorzystał uprawnień, wynikających z art. 5 ust. 1 pkt 2 *ustawy o RM*, do żądania od MAP i Ministra Szefa KPRM, informacji, dokumentów i sprawozdań na temat sposobu realizacji decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych (opisanych w obszarze II pkt 2.3.) w tym przebiegu ich likwidacji i rozliczenia umów dotyczących tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, a także sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej.

²⁵¹ Pismem DBF.I.0322.1.2021.IK:580631.

Ad 1. Zaniechanie to świadczyło o nierzetelnej realizacji przez ówczesnego PRM zadań organu odpowiedzialnego – na podstawie art. 13, 14 i 19 w związku z art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* – za tworzenie i dysponowanie tymi rezerwami, a także wynikających z art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej*, tj. obowiązków organu upoważnionego do składania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i z tego tytułu odpowiedzialnego za zapewnienie wydatkowania tych środków w sposób gospodarny i zgodny z przeznaczeniem.

W efekcie wojewodowie, których PRM bezprawnie wyposażył w 480 decyzjach w możliwość władczego rozstrzygania czy udostępniony z rezerw strategicznych na cele przeciwdziałania COVID-19 asortyment podlega zwrotowi (patrz nieprawidłowość nr 5 w obszarze I), po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego nie podjęli skoordynowanych działań na rzecz ustalenia statusu prawnego i materialnego (stanu technicznego) aparatury i sprzętu wydanych do użycia podmiotom leczniczym. Wobec braku wiążących, powszechnie obowiązujących w ramach administracji rządowej i spójnych procedur normujących sposób postępowania w zakresie rozliczenia sprzętu i aparatury medycznej zakupionych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, które przez wojewodów zostały bezzwrotnie przekazane do podmiotów leczniczych z rezerw strategicznych, wystąpiły istotne rozbieżności w podejściu do zakresu uprawnień, jakimi te podmioty dysponują w stosunku do udostępnionych urządzeń i aparatury medycznej (niektóre z nich korzystają z nich, prowadząc działalność zarobkową, podczas gdy koszty ich utrzymania w sprawności technicznej może ponosić Skarb Państwa).

Zdaniem NIK nie zapewniono w ten sposób adekwatnych mechanizmów kontroli, zabezpieczających przed wystąpieniem ryzyka związanego z nierzetelnym dysponowaniem mieniem Skarbu Państwa, a przez to: 1] nie zabezpieczono skutecznie interesów majątkowych Skarbu Państwa jako właściciela (art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*) udostępnionego asortymentu rezerw oraz 2] nie zapewniono poszanowania i optymalnego wykorzystania towarów, dóbr (asortymentów rezerw) nabytych na rzecz Skarbu Państwa ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, za co odpowiedzialny był PRM jako dysponent tych środków (art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej*). W konsekwencji nie tylko nie zostały spełnione wymogi prawidłowej gospodarki mieniem Skarbu Państwa z zachowaniem szczególnej staranności, o której mowa w art. 4 ust. 2 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*, jak również nie przestrzegano art. 148 pkt 1 i 2 w związku z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP*.

(akta kontroli str. 20)

Odpowiadając na pytania kontrolerów o treści: *Dlaczego nie ustalił Pan jednolitych zasad/procedur rozdysponowania sprzętu i aparatury medycznej udostępnionych wojewodom do wydania do użycia przez podmioty lecznicze po zakończeniu realizacji celu, dla którego sprzęt ten i aparatura zostały udostępnione?*, ówczesny PRM Mateusz Morawiecki wyjaśnił, że podstawowym celem udostępniania z rezerw strategicznych asortymentu w postaci sprzętu i aparatury medycznej było ratowanie życia i zdrowia ludzkiego, w tym przeciwdziałanie epidemii COVID-19, w kontekście przeciwdziałania długofalowym, negatywnym skutkom zagrożenia jakim była pandemia COVID-19 oraz konsekwencjom zdrowotnym powstałym w związku z tą pandemią. Zdaniem b. PRM odwołanie na obszarze RP stanu epidemii/zagrożenia epidemicznego nie oznaczało braku zagrożenia oraz zakończenia realizacji działań związanych ze zwalczaniem wirusa SARS-CoV-2, o czym świadczył wzrost liczby osób chorujących na COVID-19 (na dzień składania wyjaśnień, tj. 29 listopada 2023 r.). W wyjaśnieniach M. Morawiecki wskazał również na opinię GIS z 20 kwietnia

2023 r.²⁵², w której – równolegle z wnioskiem do MZ o odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego – wskazano na potrzebę dalszej realizacji działań bezpośrednio związanych ze zwalczaniem wirusa wywołującego COVID-19. Były PRM powołał się na art. 2 ust. 2 *specustawy*, w którym przeciwdziałanie COVID-19 zdefiniowane zostało jako realizacja wszelkich czynności związanych ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzeniania się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków (w tym społeczno-gospodarczych) tej choroby. Podkreślił, że po zniesieniu stanu epidemii i zagrożenia epidemicznego na terenie kraju prowadzone są działania celem efektywnego zagospodarowania i wykorzystania sprzętu udostępnionego do walki z COVID-19 (w wyniku uzgodnień pomiędzy KPRM, MZ, RARS i wojewodami).

(akta kontroli str. 291-301)

Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM Izabela Antos podała, że nie może ustosunkować się do zadanych pytań (dotyczących przyczyn braku ustalenia przez KPRM jednolitych zasad/procedur rozdysponowania sprzętu i aparatury medycznej udostępnionej wojewodom po zakończeniu stanu epidemii), ponieważ z dniem 13 grudnia 2023 r. przestała pełnić funkcje Ministra Członka RM oraz Szefa KPRM, a stosunek pracy z KPRM ustał z dniem 31 stycznia 2024 r. W związku z tym nie ma dostępu do żadnej dokumentacji związanej z wykonywaniem funkcji w KPRM, a oprócz braku wglądu w dokumentację w KPRM odpowiedź na zadane pytania uniemożliwia jej upływ czasu.

(akta kontroli str. 383-385)

Dyrektor DIR, brak określenia jednolitych zasad/procedur rozdysponowania sprzętu i aparatury medycznej udostępnionej wojewodom po zakończeniu stanu epidemii, wyjaśnił wykorzystywaniem tego asortymentu do przeciwdziałania COVID-19 w rozumieniu art. 2 ust. 2 *specustawy* (tj. działań w zakresie zwalczania, zapobiegania rozprzestrzeniania się, profilaktyki oraz zwalczania skutków, w tym społeczno-gospodarczych), realizowanych niezależnie od wprowadzenia stanu epidemii. Wskazał również na pismo MZ z 11 marca 2022 r., w którym MZ uznał za kluczowe znaczenie systemu ochrony zdrowia dla bezpieczeństwa zdrowia publicznego, zaspokajania podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia, w realizacji których konieczne jest zapewnienie odpowiedniego wyposażenia medycznego (w tym urządzeń medycznych o wysokiej jakości, trwałości i bezawaryjności). Dyrektor DIR zaznaczył, że MZ pozytywnie oceniał wszelkie działania służące wzmocnieniu potencjału polskich szpitali oraz zwiększenie jakości udzielanych świadczeń w razie wystąpienia zagrożenia, w tym dotyczące udostępnienie im medycznych rezerw strategicznych.

(akta kontroli str. 404-408)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, gdyż żadna z osób poproszonych o ich złożenie nie odniosła się w nich do przyczyn nieustalenia zasad/procedur zagospodarowania sprzętu zakupionego z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz udostępnionego wojewodom z rezerw strategicznych w celu przeciwdziałania COVID-19, co było istotą pytania zadanego przez kontrolera. Jedna z osób wskazała przy tym na brak wiedzy na temat objętych żądaniem kontrolera. Natomiast ówczesny PRM i Dyrektor DIR po raz kolejny odwołali się do wybranych przez siebie okoliczności i zdarzeń dowodzących – w ich mniemaniu – ocenie zasadności wykorzystania rezerw strategicznych także po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce od dnia 1 lipca 2023 r.

Niezależnie od powyższego NIK, na kanwie złożonych wyjaśnień, zauważa, co następuje:

²⁵² Pismo PR.72.1.2023.

1] Zgadając się z tezą, że odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego nie oznaczało likwidacji ryzyka rozprzestrzeniania się COVID-19 na terenie Polski, ani też nie została zakończona realizacja zadań związanych ze zwalczaniem wirusa SARS-CoV-2, podkreślić należy, że po dniu 1 lipca 2023 r. nie zachodziła sytuacja kryzysowa w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów w szczególności *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r., ustawy o zarządzaniu kryzysowym, ustawy o zapobieganiu zakażeniom*. Oznacza to, że od wskazanej daty wszelkie działania podejmowane przez właściwe organy, a także uprawnione podmioty lecznicze, związane z przeciwdziałaniem COVID-19 powinny być podejmowane w ramach zwykłych rygorów prawnych, tj. przy traktowaniu tej choroby jak każdej innej choroby zakaźnej, której zapobiega się i którą zwalcza się w trybie normalnego, standardowego funkcjonowania (i finansowania) systemu ochrony zdrowia i pozostałych struktur państwa. Stan ten potwierdza także postępowanie MZ w rządzie byłego PRM Mateusza Morawieckiego, który do 13 grudnia 2023 r. nie wprowadził stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z rzeczywście wzrastającą w tym czasie liczbą zakażeń SARS-CoV-2²⁵³.

2] Wskazane ogólnie w ww. wyjaśnieniach działania na rzecz zagospodarowania i wykorzystania sprzętu udostępnionego do walki z COVID-19, podejmowane wraz z wojewodami – wobec nieustalenia reguł przez PRM (dysponenta środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, które posłużyły finansowaniu zakupu rezerw i organu do 30 czerwca 2024 r. odpowiedzialnego za tworzenie i dysponowanie rezerwami strategicznymi państwa) – odbywają się w sposób, który jest indywidualnie ustalany w praktyce przez uczestniczące w tym procesie podmioty. Wprawdzie wojewodowie na mocy art. 22 pkt 2 *ustawy o wojewodzie* współdziałają z samorządem, m.in. w zakresie polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia, a na podstawie art. 14 ust. 1 i 2 *ustawy o zarządzaniu kryzysowym* wojewoda jest organem właściwym do zarządzania kryzysowego na terenie województwa, w tym kierowania monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożeń na terenie województwa, to jednak zadaniem wojewodów nie jest ustalanie zasad zagospodarowania należących do Skarbu Państwa asortymentów wydanych z rezerw strategicznych. Zdaniem NIK brak jednoznacznych procedur/zasad rozdysponowania sprzętu i aparatury medycznej zakupionej z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, udostępnionej wojewodom w celu zapobiegania rozwojowi epidemii COVID-19, po zakończeniu realizacji tych zadań powodował, że nie zabezpieczono skutecznie interesów majątkowych Skarbu Państwa (art. 148 pkt 1 i 2 w związku z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP*) oraz nie wypełniono wymogów prawidłowej gospodarki z zachowaniem szczególnej staranności (art. 4 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*), a także nie zapewniono optymalnego wykorzystania asortymentów zakupionych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej*).

Choć powyższe wyjaśnienia nie zawierają odpowiedzi na pytania kontrolera, to w ich świetle można wskazać, że przyczyną zaistniałej nieprawidłowości była nieprawidłowa interpretacja przez PRM obowiązków organu odpowiedzialnego za dysponowanie rezerwami strategicznymi państwa, jak również zaniechanie realizacji obowiązku dbałości o interesy majątkowe Skarbu Państwa, w tym związanych z odpowiedzialnością dysponenta środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 za ich gospodarne wykorzystanie, przez co należy

²⁵³ Według danych dostępnych w dniu 29 listopada 2023 liczba nowych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wyniosła 3123 osoby, 6 osób zmarło. W opisywanym okresie apogeum liczby nowych wykrytych zakażeń wyniosło w dniu 13 grudnia 2023 r. 4780 osób (8 przypadków zgonu). Także i w tym dniu (ostatnim dniu urzędowania rządu tzw. przejściowego Minister Zdrowia, będących zgodnie z KPZK podmiotem wiodącym w zarządzaniu kryzysem wywołanym epidemią nie zdecydował o wprowadzeniu stanu zagrożenia epidemicznego. Źródło: <https://koronawirusunas.pl> Odczyt na 28.08.2024 r.

rozumieć także zapewnienie poszanowania i trwałego optymalnego wykorzystania towarów, dóbr (asortymentów rezerw) nabytych na rzecz Skarbu Państwa przy wykorzystaniu tych środków.

W ocenie NIK udostępnienie podmiotom leczniczym z rezerw dziesiątek, setek lub nawet tysięcy (w przypadku respiratorów) sztuk i kompletów wysokocennego sprzętu i aparatury medycznej, pociągało za sobą konieczność ustalenia przez PRM – jako organu właściwego i odpowiedzialnego we wskazanym powyżej zakresie – jednolitych dla wszystkich podmiotów zasad, reguł i procedur gospodarowania wydanych do użycia asortymentem (stanowiącym wszakże majątek Skarbu Państwa – *vide* art. 5 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.), tak by został on optymalnie wykorzystany zgodnie z jego przeznaczeniem (art. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.), a jednocześnie by został odtworzony poziom rezerw strategicznych niezbędny dla zapewnienia bezpieczeństwa na wypadek przyszłych sytuacji kryzysowych wywołanych przez choroby zakaźne. Wiążącego dla wszystkich, jednolitego i jasnego rozstrzygnięcia wymagały także kwestie związane z własnością wydanych do użycia urządzeń oraz odpowiedzialność finansowa za ich utrzymanie w należyłym stanie technicznym, ubezpieczenie oraz niezbędne naprawy i przeglądy.

Ad 2. Zaniechania PRM świadczą o niesprawowaniu przez PRM rzetelnego nadzoru nad zagospodarowaniem mienia Skarbu Państwa nabytego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z tworzeniem i późniejszą likwidacją szpitali tymczasowych. W szczególności ówczesny PRM nie zapewnił warunków do przeciwdziałania ryzyku nierzetelnego i niezgodnego z prawem wykorzystania tego mienia. Ryzyka te zmaterializowały się w postaci nieprawidłowości stwierdzonych w toku niniejszej kontroli w Ministerstwie Aktywów Państwowych i KPRM, dotyczących przekazywania w sposób nierzetelny i niezgodny z przepisami ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym oraz rozporządzenia w sprawie gospodarowania majątkiem SP majątku ruchomego pozostałego po szpitalach tymczasowych i punktach szczepień oraz niezgodnego z zawartymi umowami przekazania takiego majątku MON (przez MAP) lub niepodejmowania działań w celu jego zagospodarowania po zakończeniu działalności szpitala tymczasowego (Minister SzeF KPRM).

(akta kontroli str. 945-952)

Ówczesny PRM Mateusz Morawiecki w piśmie z dnia 29 sierpnia 2024 r. nie odpowiedział na zadane pytania o treści: [1] *Dlaczego nie wydał Pan wytycznych dla MAP i Ministra Szefa KPRM, co do sposobu zagospodarowania składników majątkowych nabytych przez tych ministrów od spółek z udziałem Skarbu Państwa (wskazanych w Pana decyzjach w sprawie zorganizowania i utworzenia szpitali tymczasowych) po likwidacji tych szpitali tymczasowych?* [2] *Dlaczego, pomimo tego, że dysponował prawem wynikającym z art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów, nie żądał Pan od Ministra Aktywów Państwowych i Ministra Szefa KPRM informacji, dokumentów i sprawozdań dotyczących procesu realizacji decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych (opisanych w pkt I powyżej) w tym – przebiegu ich likwidacji i rozliczenia umów dotyczących tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, a także sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej zakupionego w związku z realizacją wydanych decyzji ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19?*

W szczególności były PRM nie wyjaśnił przyczyn nieustalenia zasad postępowania z mieniem nabytym ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na rzecz szpitali tymczasowych utworzonych na podstawie decyzji PRM – po ich likwidacji. Natomiast w swoim piśmie: [1] wskazał, że nie pełni już funkcji PRM i nie ma dostępu do wszystkich dokumentów i materiałów, [2] podał jakie kroki podjął kierowany przez niego rząd w celu przeciwdziałania zagrożeniu epidemią COVID-19, [3] powtórzył

informacje o przebiegu epidemii na zachodzie Europy, [4] podtrzymał pogląd o zasadności zlecenia zakupów środków ochrony osobistej i sprzętu medycznego (respiratorów) spółkom z udziałem Skarbu Państwa wobec niezadowalającego stanu zapasów strategicznych będących w zasobach państwa, [5] nadmieniał, że zakupy środków ochrony indywidualnej i sprzętu następowały w warunkach przewagi popytu nad podażą i przy utrudnieniach transportowych, a towary były kupowane z *dużym wyprzedzeniem*, zaś w sytuacji ubiegania się wielu państw o ten sam asortyment transakcje były zawierane *również według stawek, które odbiegały od cen sprzed okresu pandemii*, co zilustrował przykładem cen masek ochronnych.

(akta kontroli str. 928-936)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, że w większości powielają one treść wyjaśnień złożonych uprzednio przez byłego PRM odnośnie do przyczyn powstania nieprawidłowości nr 1 opisanej w obszarze 1 niniejszego wystąpienia pokontrolnego, wobec czego powtarzanie argumentacji NIK jest zbędne. Uznając natomiast zasadność wyjaśnień wskazanych w pkt [5] należy zauważyć, że ich prawdziwość ogranicza się wyłącznie do pierwszego okresu trwania epidemii COVID-19 (marzec-czerwiec 2020 r.). Po tym czasie bowiem, w warunkach mniejszego natężenia zjawisk epidemicznych (lato 2020 r.), ceny środków ochrony osobistej znacząco spadły, podobnie jak poprawiła się dostępność sprzętu i aparatury medycznej. Z dostępności tej Rząd RP, jego ministrowie oraz Agencja korzystali jednak w sposób nieskoordynowany, tworząc nadmierne zapasy sprzętu i aparatury medycznej, które nadal zalegają nieużywane w magazynach. Wyjaśnienia byłego PRM w ogóle nie odnoszą się natomiast do precyzyjnie postawionego pytania, dotyczącego braku określenia sposobu postępowania podległych PRM ministrów w toku likwidacji szpitali tymczasowych i rozdysponowania mienia nabytego na ich potrzeby ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Podsekretarz Stanu, ówczesna Zastępca Szefa KPRM Izabela Antos podała, że nie może ustosunkować się do zadanych pytań (dotyczących przyczyn nieprowadzenia przez KPRM nadzoru nad likwidacją szpitali tymczasowych organizowanych decyzjami PRM, w tym niezadania przekazywania takich sprawozdań/informacji przez MAP realizujących decyzje PRM dot. organizowania takich szpitali przez spółki z udziałem Skarbu Państwa), ponieważ z dniem 13 grudnia 2023 r. przestała pełnić funkcje Ministra Członka RM oraz Szefa KPRM, a stosunek pracy z KPRM ustał z dniem 31 stycznia 2024 r. Wyjaśniła również, że w związku z tym nie ma dostępu do żadnej dokumentacji związanej z wykonywaniem funkcji w KPRM, a oprócz braku wglądu w dokumentację w KPRM odpowiedź na zadane pytania uniemożliwia jej upływ czasu.

(akta kontroli str. 383-385)

Dyrektor DIR, brak nadzoru nad realizacją wydanych przez PRM decyzji uchylających decyzje polecające spółkom działającym z udziałem Skarbu Państwa zorganizowanie i utworzenie szpitali tymczasowych, wyjaśnił brakiem określenia takiego obowiązku w *specustawie*. Według niego *specustawa* nie zobowiązywała KPRM do nadzoru nad realizacją poleceń przez wskazanych w tych decyzjach ministrów, a co za tym idzie do żądania sprawozdań lub informacji w tym zakresie. Dyrektor DIR wskazał na art. 11h ust. 7 *specustawy*, w myśl którego wykonywanie zadań objętych poleceniami PRM następowało na podstawie umów zawartych z przedsiębiorcami przez wskazany w tych decyzjach organ (w przypadku szpitali tymczasowych był to MAP oraz Szef KPRM w odniesieniu do dwóch szpitali tymczasowych). Potwierdził, że KPRM nie otrzymał w okresie objętym kontrolą korespondencji w zakresie nadzoru KPRM nad likwidacją szpitali tymczasowych.

(akta kontroli str. 404-408)

Powyższe argumenty nie zasługują na uznanie z następujących względów:

1] Błędne i bezpodstawne jest uzasadnianie braku nadzoru ze strony PRM nad procesem likwidacji i zagospodarowania mienia szpitali tymczasowych utworzonych na podstawie jego (PRM) decyzji niesformulowaniem wprost takiego obowiązku w *specustawie*. Obowiązek sprawowania przez PRM nadzoru wynika bowiem z jego pozycji ustrojowej, w ramach której PRM posiada uprawnienie (a zarazem obowiązek) do kontrolowania ministrów i koordynacji ich działań (art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP*) oraz do żądania dokumentów i sprawozdań dotyczących działań prowadzonych przez ministrów (art. 5 *ustawy o RM*). Uprawnienia te – łącznie z kompetencjami dysponenta Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz organu odpowiedzialnego za dysponowanie rezerwami strategicznymi państwa (do dnia 1 lipca 2024 r.) – składają się na mechanizm sprawowania nadzoru nad działaniami pozostałych podmiotów i zwłaszcza organów administracji, realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania COVID-19 – w tym przypadku tworzenia szpitali tymczasowych i zagospodarowania pozostałego po nich mienia nabytego z wykorzystaniem środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

2] PRM odpowiada bezsprzecznie za gospodarne i celowe wykorzystanie powierzonych do jego dyspozycji środków publicznych (*vide* art. 148 pkt 1 i 2 w związku z art. 146 ust. 4 pkt 4 *Konstytucji RP* oraz art. 4 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*), przez co należy także rozumieć podejmowanie odpowiednich działań na rzecz ochrony zasobów (sprzętu i aparatury medycznej) pozyskanych z wykorzystaniem publicznego źródła finansowania. Odpowiedzialność ta nie kończy się wraz ze sfinansowaniem wydatku, lecz rozciąga się także na działania podejmowane w celu zagospodarowania z należytą dbałością mienia pozostającego w gestii Skarbu Państwa (*vide* art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*).

W świetle złożonych wyjaśnień przyczyną stwierdzonej nieprawidłowości była nietrafna (zawężona) interpretacja uprawnień PRM w zakresie nadzoru nad sposobem wykorzystania środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Zdaniem NIK to PRM, jako dysponent tych środków, odpowiadał za gospodarne ich wykorzystanie, także w aspekcie pozyskanych składników majątkowych, wykorzystywanych przez szpitale tymczasowe utworzone w wyniku realizacji wydanych przezeń poleceń, tj. za wykorzystanie ich zarówno na etapie funkcjonowania szpitali tymczasowych, jak i po ich likwidacji – czyli na etapie zagospodarowania nabytego mienia tego funduszu.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK negatywnie ocenia działania PRM w zakresie zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej nabytych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19.

PRM nie sprawował rzetelnego nadzoru nad zagospodarowaniem mienia Skarbu Państwa (sprzętu i aparatury medycznej) nabytego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. PRM nie opracował procedur opisujących zasady i tryb zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych przez ARM/RARS ze środków ww. Funduszu oraz udostępnionych wojewodom do wydania do użycia przez podmioty lecznicze, w szczególności po zakończeniu realizacji celu (przeciwdziałania epidemii) dla jakiego sprzęt ten i aparatura zostały udostępnione. Nie zostały także przekazane wojewodom zasady oceny stanu technicznego, rozstrzygania o przydatności do dalszego pozostawiania w rezerwach strategicznych lub przekazywania podmiotom leczniczym na własność udostępnionych w wielkiej liczbie urządzeń i aparatury medycznej.

W ocenie NIK stanowiło to nierzetelną realizację przez PRM (do 1 lipca 2024 r.) obowiązków organu, na podstawie art. 13, 14, 19 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* właściwego do dysponowania rezerwami strategicznymi oraz na podstawie

art. 30 ust. 4 tej ustawy organu właściwego do sprawowania nadzoru nad działalnością RARS, jak również obowiązków spoczywających na PRM jako podmiocie upoważnionym do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej*). W wyniku niedopełnienia przez PRM tych obowiązków dopuszczono do sytuacji, w której znaczne ilości sprzętu i aparatury medycznej udostępnionej przez PRM z rezerw strategicznych wojewodom są wykorzystywane przez podmioty lecznicze w toku zwykłej działalności zarobkowej (w ramach kontraktów z NFZ), pomimo że status prawny tych urządzeń pozostaje nierozstrzygnięty, a koszty ich utrzymania mogą obciążać Skarb Państwa.

PRM nie ustalił także zasad (nie wydał wytycznych) określających sposób zagospodarowania składników majątkowych nabytych przez MAP i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie szpitali tymczasowych z wykorzystaniem środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, ani też nie nadzorował sposobu realizacji przez tych ministrów decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych. PRM nie wykorzystał także uprawnień wynikających z art. 5 ust. 1 pkt 2 *ustawy o RM*, do pozyskania od MAP i Ministra Szefa KPRM informacji o przebiegu tego procesu jak również o sposobie zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej nabytych ze środków przeciwdziałania COVID-19 w związku z tworzeniem i działaniem szpitali tymczasowych. Tym samym nie zapewnił warunków do przeciwdziałania ryzyku niegospodarnego wykorzystania tego mienia.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami – uwzględniając: konstytucyjne obowiązki Prezesa Rady Ministrów w zakresie kierowania pracami Rady Ministrów, wykonywania polityki Rady Ministrów i określenia sposobów jej wykonywania oraz sprawowania zwierzchnictwa służbowego pracowników administracji rządowej; konieczność skutecznego zabezpieczenia interesów majątkowych Skarbu Państwa oraz zarządzania mieniem państwowym zgodnie z zasadami prawidłowej gospodarki, z zachowaniem szczególnej staranności, a także aktualne uwarunkowania prawne w obszarze rezerw strategicznych – na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli:

Uwagi zwraca uwagę na konieczność zapewnienia:

- 1) w sytuacjach wystąpienia stanów zagrożenia – rzetelnego koordynowania pracy członków Rady Ministrów, w szczególności ministra odpowiedzialnego za rezerwy strategiczne, w tym odnoszącego się do:
 - dokonywania wydatków środków publicznych w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
 - wydawania decyzji o utworzeniu rezerw strategicznych nieobjętych RPRS w przypadku zagrożeń, o których mowa w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, przy jednoczesnym wystąpieniu braku albo znacznego deficytu rezerw niepodlegających odtworzeniu, niezbędnych do zapobieżenia lub usunięcia skutków tych zagrożeń,
 - udostępniania asortymentu rezerw strategicznych w sytuacjach, o których mowa w przepisach *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* (w szczególności art. 3);
- 2) koordynowania pracy członków Rady Ministrów w celu dochowania ustawowych terminów przyjęcia dokumentów o charakterze programowym lub strategicznym;

- 3) terminowego wydawania decyzji administracyjnych zawierających wszystkie wymagane przepisami prawa elementy, w szczególności decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 11h ust. 3 *specustawy*;

Wnioski

wnioskuje o:

- 1) zainicjowanie procesu inwentaryzacji udostępnionych asortymentów medycznych rezerw strategicznych oraz uregulowanie stanu prawnego sprzętu i aparatury medycznej przekazanych podmiotom leczniczym;
- 2) podjęcie działań w celu zweryfikowania sposobu realizacji przez MAP i Szefa KPRM decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych, w tym przebiegu ich likwidacji oraz związanego z tym sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej.

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 wniosków

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

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

Warszawa, 7 października 2024 r.

Prezes
Najwyższa Izba Kontroli
Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/