



LKA.430.5.2024

Nr ewid. 133/2024/P/23/055/LKA

Informacja o wynikach kontroli

**ZAKUP I WYKORZYSTANIE WYBRANYCH
RODZAJÓW SPRZĘTU I APARATURY
MEDYCZNEJ, POZYSKANYCH W ZWIĄZKU
Z ZAPOBIEGANIEM
I ZWALCZANIEM COVID-19**

DELEGATURA W KATOWICACH

MISJA

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

p.o. Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach

Marcin Wesoły

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, marzec 2025 r.

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA.....	7
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	10
4. WNIOSKI	17
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	19
5.1. Oszacowanie potrzeb oraz pozyskanie i rozdysponowanie sprzętu oraz aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19.....	19
5.2. Monitorowanie wykorzystania i utrzymania sprawności technicznej zakupionego i otrzymanego sprzętu oraz aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19.....	37
5.3. Zagospodarowanie sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych w związku z epidemią COVID-19.....	41
6. ZAŁĄCZNIKI	55
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	55
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	67
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	72
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	73

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

ARM/RARS lub Agencja	Agencja Rezerw Materiałowych/Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych;
COVID-19	choroba zakaźna wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 (Coronavirus Disease 2019);
epidemia	wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących;
KPRM	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów;
KPZK	Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, opracowany na podstawie art. 5 ust. 1 <i>uozk</i> . Dokument planistyczny przygotowany przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa we współpracy z ministerstwami, urzędami centralnymi i województwami, w oparciu o ustawę o zarządzaniu kryzysowym;
MAP	Minister Aktywów Państwowych;
MZ	Minister Zdrowia;
POiŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020;
PRM	Prezes Rady Ministrów;
przeciwdziałanie COVID-19	wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych, choroby COVID-19 (art. 2 ust. 2 <i>specustawy</i>);
RM	Rada Ministrów;
rozporządzenie o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP	rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami rzeczowymi majątku ruchomego Skarbu Państwa (Dz.U. z 2023 r. poz. 2303, ze zm.);
RPRS na lata 2022–2026	Rządowy Program Rezerw Strategicznych na lata 2022–2026, przyjęty przez Radę Ministrów uchwałą nr 192/2022 z dnia 23 września 2022 r.;
SARS-CoV-2	wirus należący do grupy koronawirusów, który wywołuje ostrą chorobę układu oddechowego – COVID-19. Jest to siódmy znany chorobotwórczy dla ludzi gatunek z tej grupy wirusów;
specustawa	ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2024 r. poz. 340, ze zm.);
ST lub Szpital Tymczasowy	termin niezdefiniowany w przepisach powszechnie obowiązujących, dla potrzeb nin. kontroli przyjęto, że dotyczy w skali kraju 33 obiektów objętych decyzjami PRM, MZ i właściwych wojewodów zawierającymi polecenie, skierowane do określonego podmiotu, dotyczące utworzenia szpitala tymczasowego dla udzielania świadczeń leczniczych w rodzaju opieka szpitalna pacjentom chorym na COVID-19. W takim ujęciu szpitale tymczasowe to: 1] zaadaptowane do potrzeb leczenia pacjentów z COVID-19 obiekty przeznaczone wcześniej do udzielania świadczeń leczniczych (15 przypadków), 2] oddziały szpitalne w obiektach wykonanych z kontenerów – modułów (cztery przypadki) i 3] obiekty zaadaptowane do celu udzielania świadczeń leczniczych, takie jak Stadion Narodowy, centra wystawiennicze, hangary, hale widowiskowo-sportowe itp. (14 przypadków) – dalej opisywane jako obiekty wielkopowierzchniowe lub szpitale wielkopowierzchniowe;

stan epidemii	sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w <i>uozz</i> działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii;
stan zagrożenia epidemicznego	sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w <i>uozz</i> działań zapobiegawczych;
Szef KPRM	Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
szpital patronacki	szpital, w którego strukturze organizacyjnej został utworzony szpital tymczasowy.
uozk	ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2023 r. poz. 122, ze zm.);
uozz	ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2024 r. poz. 924, ze zm.);
ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2022 r. poz. 623);
ustawa o rezerwach strategicznych z 2010 r.	ustawa z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2051);
ustawa o rezerwach strategicznych z 2020 r.	ustawa z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1598, ze zm.);
ustawa o zasadach zarządzania mieniem państwowym	ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 125, ze zm.)
ustawa zmieniająca	ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 568, ze zm.);

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy gospodarnie wydatkowano środki na zakup sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby zwalczania COVID-19 oraz czy zapewniono ich optymalne wykorzystanie?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy kontrolowane jednostki w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 prawidłowo oszacowały potrzeby oraz pozyskiwały i rozdysponowały sprzęt i aparaturę medyczną?
2. Czy kontrolowane jednostki prawidłowo monitorowały wykorzystanie oraz prawidłowo ponosiły koszty utrzymania sprawności technicznej sprzętu oraz aparatury medycznej zakupionej i otrzymanej w związku z epidemią COVID-19?
3. Czy w sposób prawidłowy zagospodarowano sprzęt i aparaturę medyczną zakupioną w związku z epidemią COVID-19?

Jednostki kontrolowane

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów,
Ministerstwo Zdrowia,
Ministerstwo Aktywów Państwowych,
Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych,
siedem urzędów wojewódzkich,
siedem podmiotów leczniczych.

Okres objęty kontrolą

Lata 2020–2023¹,
do 29 sierpnia 2024 r.

Pandemia COVID-19 wywołała kryzys zdrowotny i gospodarczy na skalę ogólnoświatową, który wywarł znaczny wpływ na niemal wszystkie sfery funkcjonowania społeczeństw i działania władz publicznych, w tym największy na obszar związany z ochroną zdrowia publicznego. Od grudnia 2019 r. do 1 lipca 2023 r. na świecie potwierdzono 767,2 mln przypadków zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 i ponad 6,95 mln zgonów związanych z COVID-19, w Polsce – 6,52 mln zakażeń i ponad 119,6 tys. zgonów².

Wzrost liczby pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji wymusił konieczność rozszerzenia bazy szpitalnej z uwagi na niewystarczające zasoby kadrowe, infrastrukturalne i techniczne istniejącej bazy³. Wiązało się to z uruchamianiem nowych oddziałów szpitalnych i szpitali tymczasowych lub przekształcaniem już istniejących oddziałów szpitalnych w oddziały zakaźne dla pacjentów z COVID-19. W Polsce powstały 33 szpitale tymczasowe, z czego faktycznie uruchomiono 32. W związku z koniecznością wyposażenia nowo tworzonej bazy obiektów, a także uzupełniania braków w już funkcjonującej bazie miejsc szpitalnych, zakupiono znaczne ilości sprzętu i aparatury medycznej do opieki nad pacjentem z COVID-19. Zakupów dokonywały różne organy i podmioty, w tym m.in. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Aktywów Państwowych, Agencja Rezerw Materiałowych/Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych⁴, spółki z udziałem Skarbu Państwa, wojewodowie i podmioty lecznicze. Zakupów tych dokonywano bez koordynacji, niezależnie od siebie, co stwarzało ryzyko nabycia większej ilości sprzętu niż było potrzeba.

NIK przeprowadziła w ostatnich latach kontrolę działania najważniejszych organów państwa w sytuacji kryzysowej, jaką była epidemia COVID-19. Kontrola ta wykazała m.in. niecelowe i niegospodarne zakupy sprzętu i aparatury medycznej, np. niekompletnych, niesprawnych lub nieodpowiadających polskim wymogom respiratorów, a także opóźnienia w rozliczaniu i zagospodarowywaniu sprzętu i aparatury medycznej po likwidowanych szpitalach tymczasowych⁵.

NIK podjęła niniejszą, planową kontrolę, mając na uwadze dużą skalę zakupów sprzętu i aparatury medycznej, dokonanych w celu przeciwdziałania i leczenia COVID-19, bez systemowych rozwiązań szacowania potrzeb i monitorowania wykorzystania tego sprzętu. Uwzględniono również rozpoznane problemy z jego zagospodarowaniem po zakończeniu epidemii COVID-19.

¹ Z uwzględnieniem dowodów, w tym danych elektronicznych, istniejących przed lub po tym okresie.

² <https://ourworldindata.org/covid-cases> – data pobrania danych 28 listopada 2024..

³ IV kw. 2020 r. (II fala zachorowań), I kw. 2021 r. (III fala) oraz IV kw. 2021 r. (IV fala).

⁴ Zakupów dokonywano na podstawie dyspozycji Ministra Zdrowia oraz do 22 lutego 2021 r. decyzji ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne, a od 23 lutego 2021 do 30 czerwca 2024 r. decyzji Prezesa Rady Ministrów.

⁵ Szerzej na ten temat w informacjach o wynikach kontroli pn. 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 (P/20/062).

2. OCENA OGÓLNA

Niegospodarne
wydatkowanie
i niezapewnienie
optymalnego
wykorzystania
sprzętu i aparatury
medycznej
zakupionych
do przeciwdziałania
COVID-19, a także
nieokreślenie
jednolitych zasad
zagospodarowania
tych urządzeń
po zakończeniu
sytuacji kryzysowej

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia działalność organów państwa w zakresie zakupu oraz wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby zwalczania epidemii COVID-19.

W związku z COVID-19 zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną o wartości nie mniejszej niż 1811,4 mln zł, jednak zakupy te okazały się nadmierne, a w konsekwencji – w części – niegospodarne. Z powodu nierzetelnego szacowania potrzeb jednostek systemu ochrony zdrowia oraz nieskoordynowania działań organów odpowiedzialnych za tworzenie rezerw strategicznych, po zakończeniu epidemii w rezerwach strategicznych pozostały bowiem niewykorzystane urządzenia o wartości nie mniejszej niż 350 mln zł, a dalszy asortyment przekazany z rezerw strategicznych do podmiotów leczniczych pozostawał nieużywany. Dodatkowo, pod pretekstem przeciwdziałania COVID-19 kontynuowano zakupy specjalistycznych urządzeń, pomimo odwołania przez Ministra Zdrowia z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego. Zakupy te realizowane były w związku z dyspozycjami o udostępnieniu z rezerw strategicznych specjalistycznych urządzeń o łącznej wartości 69,8 mln zł. Wobec zakończenia sytuacji kryzysowej asortyment ten powinien być pozyskany w ramach zwykłej działalności podmiotów leczniczych, a nie w szczególnym trybie za pośrednictwem rezerw strategicznych.

W trakcie epidemii COVID-19 organy państwa nie zapewniły, by udostępniany z rezerw strategicznych sprzęt i aparatura medyczna były optymalnie i gospodarnie wykorzystane, a także nierzetelnie monitorowano wykorzystanie udostępnionych urządzeń. W szczególności:

- sprzęt i aparaturę medyczną udostępniano bez określenia statusu prawnego oraz uprawnień i obowiązków podmiotów leczniczych w zakresie ewidencjonowania, wykorzystania oraz ponoszenia kosztów utrzymania urządzeń;
- nie zagwarantowano zwrotu do rezerw strategicznych asortymentu o wartości co najmniej 1 203,1 mln zł, który ze względu na właściwości (wartość, czas eksploatacji, wielokrotność użytkowania) mógł zostać ponownie wykorzystany w przypadku wystąpienia kolejnej sytuacji kryzysowej;
- nie zapewniono zwrotu do rezerw strategicznych nieużywanego przez podmioty lecznicze asortymentu o wartości co najmniej 7,7 mln zł;
- nie ustalono jednolitych procedur opisujących zasady i tryb zagospodarowania sprzętu i aparatury po zakończeniu realizacji celu w jakim zostały zakupione, co skutkowało bezzwrotnym przekazaniem podmiotom leczniczym asortymentu o wartości co najmniej 64,7 mln zł bez uprzedniej analizy jego przydatności do dalszego wykorzystania oraz niezasadnym wydłużeniem czasu końcowego rozliczenia sprzętu pozostałego po likwidacji szpitali tymczasowych.

Pomimo iż od odwołania stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce upłynęło 14 miesięcy⁶ nie zakończono procesu:

- zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, co do których brak było jednoznacznej decyzji Prezesa Rady Ministrów o zakwalifikowaniu ich jako niepodlegające zwrotowi do rezerw strategicznych;

⁶ Według stanu na dzień zakończenia czynności kontrolnych, tj. 29 sierpnia 2024 r.

- zagospodarowania i rozliczenia zakupu urządzeń pozyskanych na potrzeby utworzenia szpitali tymczasowych.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli konieczne jest uregulowanie statusu prawnego sprzętu i aparatury medycznej zakupionych na potrzeby zwalczania epidemii COVID-19 a następnie udostępnionych z rezerw strategicznych, ich końcowego rozliczenia i oceny stanu technicznego, w tym określenia możliwości ich dalszego wykorzystania.

I. Nierzetelne szacowanie potrzeb oraz nieprawidłowe pozyskiwanie i rozdysponowanie sprzętu i aparatury medycznej w trakcie epidemii COVID-19.

Po czterech miesiącach od odwołania stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce⁷ w zasobach Agencji pozostały nowo zakupione rezerwy strategiczne sprzętu i aparatury medycznej o wartości nie mniejszej niż 350 mln zł. Pomimo odwołania przez Ministra Zdrowia stanu zagrożenia epidemicznego kontynuowano zakupy sprzętu pod pretekstem przeciwdziałania COVID-19. Nadmierne zakupy były spowodowane nierzetelnym szacowaniem potrzeb jednostek systemu ochrony zdrowia⁸ oraz brakiem koordynacji działań organów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne (minister właściwy ds. energii, PRM) a działaniami MZ. Zwłaszcza nadanie Ministrowi Zdrowia w marcu 2020 r. uprawnień do wydawania Agencji dyspozycji w sprawie utworzenia i udostępnienia medycznych rezerw strategicznych (na podstawie art. 46d uozz), nakładających się na wynikające z ustawy o rezerwach strategicznych analogiczne uprawnienia ministra odpowiedzialnego za rezerwy strategiczne, zaburzyło koordynację decyzji odnoszących się do rezerw, podejmowanych przez wymienionych ministrów.

W czasie epidemii COVID-19 w decyzjach wydanych z upoważnienia Prezesa Rady Ministrów przez pracowników KPRM nie ustanowiono obowiązku zwrotu do rezerw strategicznych rozdysponowanego sprzętu i aparatury medycznej o znacznej wartości jednostkowej i łącznej (co najmniej 1203,1 mln zł), które powinny powrócić do rezerw strategicznych po zakończeniu zagrożenia epidemicznego, ze względu na swoje właściwości, tj. wysoką wartość jednostkową i możliwości długiego i wielokrotnego użytkowania oraz ponownego wykorzystania w przypadku wystąpienia kolejnej sytuacji kryzysowej. Było to spowodowane brakiem wskazania w dyspozycjach udostępniających ten sprzęt i aparaturę medyczną obowiązku zwrotu po zakończeniu działań związanych z epidemią COVID-19. Ponadto bez podstawy prawnej Prezes Rady Ministrów wyposażył wojewodów w możliwość władczego rozstrzygnięcia o tym, czy przekazane z rezerw urządzenia podlegają zwrotowi, czy też nie. W wyniku tego wojewodowie w wielu przypadkach przekazali bezzwrotnie podmiotom leczniczym asortyment o wysokiej wartości, mimo że w świetle obowiązujących przepisów uprawnieniami takimi nie dysponowali. W efekcie podmiotom leczniczym wydano znaczne ilości sprzętu i aparatury medycznej, których status prawny nie jest nadal rozstrzygnięty.

Po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce upoważnieni przez Prezesa Rady Ministrów pracownicy KPRM wydali decyzje w sprawie udostępnienia podmiotom leczniczym z rezerw strategicznych diagnostycznej aparatury medycznej o wartości 69 833,5 tys. zł (osiem rezonansów magnetycznych i 11 tomografów komputerowych). Było to niezgodne z ustawowym celem wykorzystania rezerw strategicznych⁹. Urządzenia te w czasie wydania decyzji w sprawie ich udostępnienia musiały być dopiero zakupione przez Agencję. Ponieważ wskazany w decyzjach cel wykorzystania tego sprzętu i aparatury medycznej dotyczył

⁷ Tj. na dzień 31 października 2023 r.

⁸ Potrzeby były zgłaszane głównie przez wojewodów i podmioty lecznicze.

⁹ Określonym w art. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.

przeciwdziałania COVID-19, zakup tych urządzeń mógł zostać przeprowadzony z pominięciem jawnych procedur konkurencyjnych.

II. Częściowo rzetelny monitoring wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz nieustalenie podmiotów odpowiedzialnych za ponoszenie kosztów utrzymania sprawności technicznej asortymentu udostępnionego w związku z epidemią COVID-19.

Wojewodowie w części nierzetelnie analizowali wykorzystanie przez podmioty lecznicze przekazanego im sprzętu i aparatury medycznej, bowiem stwierdzono przypadki, gdy nieużytkowany asortyment (o łącznej wartości 7,7 mln zł¹⁰) ani nie był relokowany do mogących go potrzebować podmiotów, ani nie został zwrócony do rezerw strategicznych. Urządzenia te nie zostały więc wykorzystane w sposób optymalny.

Wojewodowie rozdysponowując bezzwrotnie asortyment pozyskany z rezerw strategicznych nie ustalili zasad jego wykorzystania przez podmioty lecznicze, w tym w szczególności sposobu jego ewidencji, utrzymania oraz bieżącej konserwacji. Skutkiem tego podmioty lecznicze korzystające ze sprzętu i aparatury medycznej wydanych z rezerw strategicznych (udostępnionego wojewodom) niejednolicie interpretowały swoje uprawnienia do otrzymanych urządzeń, co znajdowało odzwierciedlenie w różnorodnym sposobie ich ujmowania w prowadzonej ewidencji finansowo-księgowej.

III. Sprzęt i aparatura medyczna zakupione w związku z epidemią COVID-19 nie zostały prawidłowo zagospodarowane po zakończeniu realizacji celu, dla którego urządzenia te zostały zakupione.

Prezes Rady Ministrów nie opracował jednolitych zasad zagospodarowania oraz sposobu rozliczenia sprzętu i aparatury medycznej po zakończeniu realizacji celu, dla którego asortyment ten został zakupiony. Dotyczy to urządzeń:

- zakupionych przez Agencję z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w ramach rezerw strategicznych, a następnie udostępnionych wojewodom do rozdysponowania wśród podmiotów leczniczych,
- pozostałych po likwidacji 11 szpitali tymczasowych nabytych przez Ministra Aktywów Państwowych i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie szpitali tymczasowych z wykorzystaniem środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Wskutek powyższego – bez uprzedniej analizy przydatności dla rezerw strategicznych, a także bez zapewnienia możliwości relokacji udostępnionego asortymentu – wojewodowie przekazali bezzwrotnie podmiotom leczniczym sprzęt i aparaturę medyczną o wartości co najmniej 64,7 mln zł, w tym podmiotom niepublicznym o wartości 24,6 mln zł. Natomiast nieustalenie zasad zagospodarowania i rozliczenia urządzeń pozostałych po zlikwidowanych szpitalach tymczasowych skutkowało brakiem końcowego rozliczenia tego asortymentu, licznymi nieprawidłowościami dotyczącymi sposobu oraz trybu przekazania sprzętu i aparatury medycznej¹¹, a także nieuwjęciem ich części w ewidencji księgowej o wartości 1,2 mln zł – w przypadku KPRM, a 864,0 tys. zł w przypadku Ministerstwa Aktywów Państwowych.

¹⁰ Dotyczy dwóch objętych kontrolą NIK podmiotów leczniczych oraz jednego wojewody.

¹¹ M.in. dotyczące bezzwrotnego przekazania asortymentu dziewięciu podmiotom leczniczym o wartości 7 mln zł, wobec których niemożliwe było zastosowanie trybu określonego w § 7 ust. 2a rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP (w brzmieniu obowiązującym do 28 lipca 2023 r.), gdyż nie miały statusu nieposiadających osobowości prawnej państwowych jednostek sektora finansów publicznych oraz przekazania na rzecz Ministra Obrony Narodowej niezgodnie z zawartymi porozumieniami kontenerów modułowych o łącznej wartości 38 419,1 tys. zł.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

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

System zarządzania kryzysem wywołanym epidemią oraz tworzenia rezerw strategicznych

Tworzenie i udostępnianie rezerw strategicznych w sytuacjach kryzysowych

Istotnym elementem zarządzania kryzysowego jest możliwość wykorzystania rezerw strategicznych, co znalazło wyraz w *ustawie o rezerwach strategicznych*. Zgodnie z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych*¹² 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.

Wskutek przeprowadzonej w czasie pandemii modyfikacji systemu zarządzania rezerwami strategicznymi, w *ustawie o rezerwach strategicznych z 2020 r.* wprowadzono przepis (art. 23), uprawniający ministra odpowiedzialnego za rezerwy strategiczne do odpłatnego udostępnienia specjalistycznych rezerw medycznych bezpośrednio każdemu podmiotowi realizującemu zadania w zakresie ochrony zdrowia, tj. również w przypadku gdy nie występuje sytuacja kryzysowa. Oznacza to możliwość wykorzystywania zasobów gromadzonych w nadzwyczajnym trybie (np. z pominięciem jawnych procedur konkurencyjnych) i przeznaczonych do wykonywania nadzwyczajnych zadań do realizacji zwykłych celów, których osiągnięciu powinny służyć standardowe (zwykłe) procedury. Zdaniem NIK – mając na uwadze spójność z pozostałymi przepisami ustawy, a także z punktu widzenia celu i trybu gromadzenia rezerw strategicznych – należy ocenić krytycznie wprowadzenie art. 23 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* [str. 19]

Zadania MZ jako podmiotu wiodącego w zarządzaniu sytuacją kryzysową

Od 8 do 31 marca 2020 r. MZ – na podstawie art. 46d ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – mógł polecić Agencji wydawanie, zakup, a także utrzymywanie danego asortymentu rezerw w określonej ilości (tj. produktów leczniczych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych lub środków ochrony osobistej). Natomiast od 1 kwietnia 2020 r. – po kolejnej zmianie przepisów *uozz* – MZ, w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, mógł polecić Agencji utworzenie i udostępnienie niezbędnego asortymentu rezerw strategicznych, określając: 1) rodzaj tego asortymentu i jego ilości; 2) organ, na rzecz którego rezerwy strategiczne zostaną udostępnione, lub podmiot, któremu udostępnione rezerwy strategiczne będą wydane do użycia. [str. 20]

Zdaniem NIK – w sytuacji, gdy problematykę wykorzystania rezerw strategicznych dla zwalczania lub zapobiegania sytuacjom kryzysowym kompleksowo reguluje *ustawa o rezerwach strategicznych* – art. 46d *uozz* stanowi wyłom w systemie gospodarowania rezerwami. Przepis ten nadaje MZ dodatkowe uprawnienia, nakładające się na kompetencje do utworzenia i udostępnienia rezerw przynależne ministrowi odpowiedzialnemu za rezerwy strategiczne, co faktycznie doprowadziło do tworzenia rezerw niepotrzebnych (z pominięciem przepisów o zamówieniach publicznych) i w zawyżonej ilości, czego efektem było niegospodarne wydatkowanie środków publicznych. [str. 20]

¹² Z 2010 r. i 2020 r.

Tworzenie rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej

Nadmierne
gromadzenie
rezerw sprzętu
i aparatury
medycznej

MZ przed wydaniem, na podstawie art. 46d ust. 4 *uozz*, dyspozycji o utworzeniu rezerw strategicznych nie zapewnił rzetelnego szacowania potrzeb jednostek systemu ochrony zdrowia na sprzęt i aparaturę medyczną do walki z COVID-19. Nie wykorzystywał też otrzymywanych informacji z Agencji o bieżącym stanie rezerw tworzonych na podstawie jego dyspozycji, a także w wyniku realizacji decyzji wydanych przez MAP, Ministra Klimatu i Środowiska¹³ oraz PRM. [str. 21]

Z kolei zadaniem PRM¹⁴ było koordynowanie działań ministrów w zakresie ustalenia niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej do przeciwdziałania COVID-19 oraz nadzorowanie RARS. PRM nie wywiązał się rzetelnie z tych zadań. Spowodowało to gromadzenie nadmiernych zapasów, w wyniku czego, po zaspokojeniu potrzeb związanych z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 oraz po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego, w zasobach RARS pozostała znaczna część niewykorzystanego sprzętu i aparatury medycznej o wartości co najmniej 350 mln zł (według cen zakupu). [str. 22]

Udostępnianie rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, w maju 2020 r., niezgodnie z art. 46d ust. 1 *uozz*, wydał dyspozycję przekazania na pomoc humanitarną dla Białorusi 30 szt. respiratorów transportowych o łącznej wartości 386,9 tys. zł¹⁵, podczas gdy wskazany przepis nie uprawniał Ministra Zdrowia do wydania Agencji dyspozycji w sprawie udostępnienia sprzętu z rezerw strategicznych w ramach współpracy międzynarodowej. W tym czasie, na mocy art. 18 ust. 1 ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r., takie uprawnienia miał minister właściwy do spraw energii, tj. MKiŚ. [str. 25]

Niezagwarantowanie
zwrotu do rezerw
strategicznych
sprzętu i aparatury
medycznej o wysokiej
wartości

PRM wydał 655 decyzji o udostępnieniu sprzętu i aparatury medycznej¹⁶, z tego 600 decyzji dotyczyło udostępnienia urządzeń na rzecz wojewodów, a 55 decyzji dotyczyło udostępnienia takiego asortymentu rezerw medycznych na rzecz innych organów/podmiotów¹⁷.

W 332¹⁸ decyzjach nie wskazano, że udostępniany asortyment po zakończeniu realizacji celu udostępnienia¹⁹ ma 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. W efekcie nie zagwarantowano zwrotu do rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej o znacznej wartości jednostkowej i łącznej (**co najmniej 1 203,1 mln zł**), które powinny powrócić do rezerw strategicznych po zakończeniu zagrożenia epidemicznego, ze względu na swoje właściwości (możliwość długotrwałej i wielokrotnej eksploatacji). Nie spełniono przez to wymogów prawidłowej gospodarki i zachowania szczególnej

¹³ Dalej: MKiŚ.

¹⁴ Z dniem 1 lipca 2024 r., organem właściwym w sprawie rządowych rezerw strategicznych stał się minister właściwy ds. wewnętrznych, który również obecnie sprawuje nadzór nad RARS.

¹⁵ Za pośrednictwem Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

¹⁶ Podpisane z upoważnienia PRM przez Szefa KPRM lub podsekretarzy stanu w KPRM.

¹⁷ M.in.: MSWiA, Rządowego Centrum Bezpieczeństwa, RARS, Ministra Obrony Narodowej, Komendanta Straży Granicznej, Ministra Edukacji Narodowej, MZ, MKiŚ, Marszałka Województwa Małopolskiego oraz przekazania przez PRM pomocy w postaci sprzętu i aparatury, głównie respiratorów, do innych krajów, m.in. do Syrii, Rumunii, Tunezji, Łotwy i na Ukrainę.

¹⁸ Z 655 wydanych.

¹⁹ Wynikającego z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, w tym przypadku w celu przeciwdziałania COVID-19.

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*. [str. 27]

W 480²⁰ decyzjach PRM²¹ wbrew dyspozycji art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* nie wskazano czy udostępnienie rezerwy sprzętu i aparatury medycznej na rzecz wojewodów następuje z obowiązkiem zwrotu. Zamiast tego, w przedmiotowych decyzjach – nie mając ku temu podstawy prawnej – wyposażono wojewodów w możliwość władczego rozstrzygnięcia o charakterze rozdysponowania rezerw (z obowiązkiem zwrotu bądź bez takiego obowiązku). [str. 28]

W efekcie zaniechań popełnionych przez PRM i osoby przez niego upoważnione podmiotom leczniczym wydano znaczne ilości sprzętu i aparatury medycznej, których status prawny nie jest nadal rozstrzygnięty. W praktyce wystąpiły rozbieżności co do kwestii czy przekazany asortyment stanowi własność podmiotów, którym został wydany do użycia, co w dalszej kolejności może utrudniać tym podmiotom prawidłowe wykorzystywanie otrzymanych z rezerw strategicznych urządzeń. Świadczeniodawcy wskazywali przede wszystkim na 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.). [str. 28]

Tworzenie i udostępnianie rezerw sprzętu i aparatury medycznej po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego

Tworzenie i udostępnianie przez PRM rezerw aparatury medycznej o znacznej wartości po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce

PRM niezgodnie z art. 3 w związku z art. 14 ust. 1 pkt 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* wydał²² decyzję zobowiązującą RARS do utworzenia poza RPRS na lata 2022–2026 rezerwy złożonej łącznie z 20 sztuk specjalistycznej aparatury diagnostycznej o wielomilionowej wartości. Następnie po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM, działająca z upoważnienia PRM, wydała 19 decyzji²³ w sprawie udostępnienia tej aparatury i przekazania jej podmiotom leczničym w okolicznościach, które nie spełniały celu wykorzystania rezerw strategicznych, określonego w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Decyzje dotyczyły udostępnienia ośmiu rezonansów magnetycznych o łącznej wartości 41 614,3 tys. zł²⁴ oraz jedenastu tomografów komputerowych o łącznej wartości 28 219,3 tys. zł²⁵.

W istocie bowiem – pod pretekstem tworzenia i udostępniania rezerw strategicznych – uzupełniano wyposażenie określonych placówek medycznych. Wskazane urządzenia z założenia nie miały stanowić składnika rezerw strategicznych, gdyż od samego początku asortyment miał już wyznaczonego końcowego użytkownika, a ustalone z nim parametry techniczne urządzeń nie pozwalały na ich relokację do innych podmiotów leczniczych bez ponoszenia znacznych kosztów. W takiej sytuacji Agencja stała się jedynie pośrednikiem w procesie dokonywania zakupu, za to niestosującym konkurencyjnych procedur, jakie musiałby zastosować podmiot leczniczy w przypadku uzyskania środków na zakup takich urządzeń (wymóg samodzielnego przeprowadzenia przetargu). [str. 31]

NIK zauważa, że informacja o udostępnieniu aparatury medycznej o wysokiej wartości poszczególnym podmiotom leczniczym zbiegła się z trwającą kampanią wyborczą do Sejmu i Senatu RP. W przypadku 14 na 19 wydanych jednostek sprzętu (sześciu rezonansów magnetycznych o łącznej wartości 31 284,1 tys. zł i ośmiu tomografów komputerowych o łącznej wartości 20 520,6 tys. zł) informacje o udostępnieniu sprzętu świadczeniodawcom w konkretnych

²⁰ Z 600 wydanych.

²¹ Podpisanych z upoważnienia PRM przez podsekretarzy stanu w KPRM.

²² Decyzję podpisała w imieniu PRM ówczesna Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM.

²³ dotyczących 20 szt. asortymentów z rezerw utworzonych po 1 lipca 2023 r.

²⁴ W cenie zakupu brutto.

²⁵ W cenie zakupu brutto.

miejscach przekazywali społecznościom lokalnym i mediom bądź sami wojewodowie, bądź inne osoby ubiegające się o mandat z okręgu, gdzie funkcjonowała placówka wskazana w danej decyzji jako użytkownik sprzętu²⁶.
[Str. 33]

Monitorowanie wykorzystania i utrzymania sprawności technicznej zakupionego i otrzymanego sprzętu oraz aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19

Nierzetelne monitorowanie przez wojewodów wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej

Wojewodowie częściowo nierzetelnie analizowali wykorzystanie przez podmioty lecznicze przekazanego im sprzętu i aparatury medycznej. W toku kontroli stwierdzono, że nieużywany asortyment o wartości 7,7 mln zł (znajdujący się w siedmiu podmiotach leczniczych) nie był relokowany do innych podmiotów, które mogłyby zgłosić na niego zapotrzebowanie, ani nie podlegał zwrotowi do rezerw strategicznych. Brak informacji o aktualnym wykorzystaniu przekazanych urządzeń doprowadziło do zakupu kolejnych urządzeń tego samego rodzaju, w sytuacji gdy aparatura spełniająca te same funkcje pozostawała niewykorzystana w innym podmiocie. Zatem koszty zakupu nowych, kolejnych urządzeń nie były uzasadnione z punktu widzenia wymogu gospodarnego wydatkowania środków publicznych. Nieprowadzenie bieżącej relokacji sprzętu i aparatury medycznej wskazuje na brak skoordynowanego systemu monitorowania i zarządzania rezerwami strategicznymi.

Nieustalenie zasad wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej przez podmioty lecznicze

Wojewodowie rozdysponowując bezzwrotnie asortyment pozyskany z rezerw strategicznych nie ustalili zasad jego wykorzystania przez podmioty lecznicze, w tym w szczególności sposobu jego ewidencji, utrzymania oraz bieżącej konserwacji. Skutkiem tego podmioty lecznicze korzystające ze sprzętu i aparatury medycznej wydanych z rezerw strategicznych (udostępnionych wojewodom) niejednolicie interpretowały swoje uprawnienia do otrzymanych urządzeń, co znajdowało odzwierciedlenie m.in. w różnorodnym sposobie ich ujmowania w prowadzonej ewidencji finansowo-księgowej. [str. 38]

Minister Zdrowia²⁷, reprezentując Skarb Państwa, dopiero po dacie fizycznego przekazania urządzeń zawierał z podmiotami leczniczymi umowy darowizny, a z wojewodami porozumienia o przekazaniu sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych w ramach POIŚ lub z budżetu państwa i Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Było to działanie nierzetelne.

Do czasu zawarcia ww. umów darowizny/porozumień nie zapewniono mechanizmów zabezpieczających majątek Skarbu Państwa, a podmioty lecznicze wykorzystywały otrzymany sprzęt i aparaturę medyczną bez podstawy prawnej. Nie były więc odpowiedzialne np. za ponoszenie kosztów napraw, przeglądów i eksploatacji otrzymanych urządzeń. Zwłoka MZ w zawarciu tych umów świadczy o braku właściwych mechanizmów kontroli zarządczej, o których mowa w art. 68 ust. 2 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁸. [str. 39]

Nieterminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych

W pięciu²⁹ z siedmiu objętych kontrolą podmiotów leczniczych stwierdzono przypadki nieterminowego przeprowadzenia przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanych do udzielania świadczeń pacjentom z COVID-19. Zdaniem NIK nieterminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych tych urządzeń może mieć negatywny wpływ na poprawność

²⁶ Wystąpienie pokontrolne z 7 października 2024 r. skierowane do Prezesa Rady Ministrów w związku z kontrolą nr P/23/055 pn. Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19, str. 19-21 i 43-49.

²⁷ Oświadczenia woli w sprawie zawarcia umów były składane przez pracowników Ministerstwa na podstawie stosownych upoważnień MZ.

²⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm., dalej: *ufp*.

²⁹ Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Szpital Specjalistyczny w Krakowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.

ich działania i bezpieczeństwo użytkowania, a co za tym idzie właściwą diagnostykę i leczenie pacjentów. Sytuacja spowodowana epidemią COVID-19 nie usprawiedliwia tolerowania zagrożenia życia i zdrowia pacjentów leczonych lub diagnozowanych z wykorzystaniem potencjalnie niesprawnego sprzętu lub aparatury medycznej. [str. 40]

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

Nieustalenie przez PRM procedur opisujących sposób zagospodarowania składników majątkowych zakupionych w związku z COVID-19

Nieokreślenie procedur normujących formę oraz warunki zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej po zakończeniu realizacji celu

PRM odpowiadał za zabezpieczenie interesów majątkowych Skarbu Państwa, w tym za gospodarne i celowe wykorzystanie powierzonych mu środków publicznych oraz za tworzenie i dysponowanie rezerwami strategicznymi. Był także podmiotem upoważnionym do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19³⁰ i z tego tytułu odpowiedzialnym za wykorzystanie środków tego funduszu w sposób celowy i gospodarny.

PRM nie opracował procedur (regulaminów, instrukcji, wytycznych lub innych dokumentów) opisujących zasady i tryb zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej – zakupionych przez Agencję ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z epidemią i udostępnionych wojewodom do wydania do użycia – po zakończeniu realizacji celu, dla którego urządzenia te zostały udostępnione podmiotom leczniczym. Wojewodom nie przekazano zasad oceny stanu technicznego udostępnianego asortymentu, rozstrzygania o przydatności do dalszego pozostawiania w rezerwach strategicznych lub przekazywania podmiotom leczniczym na własność.

PRM nie ustalił zasad określających sposób 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. Nie wykorzystał uprawnień, wynikających z art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów³¹, do żądania od MAP i Szefa KPRM, informacji, dokumentów i sprawozdań na temat sposobu realizacji decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych. Nie żądał również informacji o przebiegu ich likwidacji i rozliczenia umów dotyczących tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych oraz sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej. Powyższe NIK uznaje za nierzetelne. [str. 41–41]

Zagospodarowanie sprzętu i aparatury medycznej przez wojewodów

Wojewodowie w różny sposób interpretowali zakres uprawnień do dysponowania asortymentem z rezerw strategicznych na cele przeciwdziałania COVID-19, który udostępniono im na podstawie decyzji ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne, decyzji PRM i dyspozycji MZ. Było to konsekwencją braku wiążących procedur, powszechnie obowiązujących w ramach administracji rządowej, w sposób spójny normujących sposób rozliczenia sprzętu i aparatury medycznej zakupionych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 lub budżetu państwa. Z tego powodu niejednolite były również rozstrzygnięcia wojewodów dotyczące statusu prawnego i materialnego (stanu technicznego) sprzętu i aparatury medycznej wydanych do użycia podmiotom leczniczym. [str. 43]

³⁰ Z dniem 1 lipca 2024 r. podmiotem upoważnionym do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 jest minister ds. finansów.

³¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1050 ze zm., dalej: *ustawa o RM*.

W toku kontroli w siedmiu urzędach wojewódzkich³² stwierdzono następujące nieprawidłowości, które były skutkiem zaniechania przez PRM rozstrzygnięcia w decyzjach o udostępnieniu czy przekazane z rezerw urządzenia podlegają zwrotowi oraz nieustalenie procedur opisujących sposób zagospodarowania składników majątkowych zakupionych w związku z COVID-19:

- niezawarcie przez czterech wojewodów³³ z podmiotami leczniczymi umów, a także niesporządzenie protokołów, które regulowałyby formę oraz warunki udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej uzyskanych z Agencji w związku z decyzjami ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne, decyzjami PRM i dyspozycjami MZ;
- niezapewnienie przez trzech wojewodów³⁴ możliwości relokacji udostępnionego decyzjami PRM sprzętu i aparatury medycznej podmiotom leczniczym oraz zagospodarowanie tego asortymentu z naruszeniem zasad (procedur) określonych w *ustawie o zasadach zarządzania mieniem państwowym* oraz w *rozporządzeniu o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*;
- naruszenie przez dwóch wojewodów³⁵ § 38 ust. 1 *rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP* poprzez bezzwrotne przekazywanie podmiotom nieuprawnionym do ich otrzymania (w tym podmiotom prywatnym) sprzętu i aparatury medycznej pochodzących z rezerw strategicznych;
- nieujęcie w ewidencjach księgowych (ewidencjach środków trwałych) czterech urzędów wojewódzkich³⁶ sprzętu i aparatury medycznej uzyskanych z rezerw strategicznych lub zakupionych przez wojewodów ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. [str. 44–47]

Zagospodarowanie sprzętu i aparatury medycznej po likwidacji szpitali tymczasowych utworzonych przez spółki z udziałem Skarbu Państwa

Nierzetelne zagospodarowanie sprzętu i aparatury medycznej po ST przez MAP i Szefa KPRM

Nieustalenie przez PRM jednolitych zasad co do sposobu zagospodarowania składników majątkowych nabytych w imieniu Skarbu Państwa przez MAP i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie ST, a także brak nadzoru nad sposobem realizacji przez tych ministrów decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych, spowodowało liczne nieprawidłowości w dysponowaniu tym mieniem, stwierdzone w czasie kontroli NIK:

- MAP w okresie od 18 października 2022 r. do 27 marca 2023 r. przekazał nieodpłatnie, na czas nieoznaczony oraz bez zastrzeżenia obowiązku zwrotu majątek ruchomy po ST i po punkcie szczepień, o łącznej wartości 8522,5 tys. zł. Był w tym sprzęt i aparatura medyczna o wartości 7050,1 tys. zł, które przekazano dziewięciu podmiotom, wobec których niemożliwe było zastosowanie trybu określonego w § 7 ust. 2a *rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*³⁷, gdyż nie miały statusu nieposiadających osobowości prawnej państwowych jednostek sektora finansów publicznych. Przekazując ten asortyment MAP nie przeprowadził również uprzednich czynności wymaganych przez § 2a ust. 3, § 5 oraz § 7 ust. 5 pkt 1 ww. *rozporządzenia*;
- MAP nierzetelnie i niezgodnie z zawartymi porozumieniami podjął działania w celu nieodpłatnego przekazania na rzecz MON kontenerów modułowych po zlikwidowanych ST w Płocku i ST w Ostrołęce, o łącznej wartości 38 419,1 tys. zł. Protokoły zdawczo-odbiorcze dla tych kontenerów zostały

³² Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach, Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie.

³³ Wojewoda Małopolski, Śląski, Świętokrzyski, Wielkopolski.

³⁴ Wojewoda Małopolski, Wielkopolski, Zachodniopomorski

³⁵ Wojewoda Zachodniopomorski, Wielkopolski.

³⁶ Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie.

³⁷ W brzmieniu obowiązującym do 28 lipca 2023 r.

podpisane przez przedstawicieli MAP odpowiednio po 433 i 345 dniach od zawarcia porozumień z MON w tej sprawie. Służby podlegające MON przetransportowały kontenery do miejsc docelowych przed podpisaniem protokołów, co było niezgodne z § 6 zawartych porozumień;

- MAP i Szef KPRM ze znacznym opóźnieniem³⁸ podjęli działania dotyczące zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej trzech³⁹ z 11 zlikwidowanych szpitali tymczasowych. Dotyczyło to także uregulowania tytułu prawnego szpitali patronackich do wykorzystywanego przez nie asortymentu. Doprowadzenie przez MAP i Szefa KPRM do sytuacji, w której szpitale dysponowały urządzeniami, do których nie miały tytułu prawnego, było działaniem nierzetelnym;
- MAP i Szef KPRM nie w pełni rzetelnie ewidencjonowali sprzęt i aparaturę medyczną przekazane na rzecz Skarbu Państwa przez podmioty wyznaczone w decyzjach PRM do utworzenia szpitali tymczasowych. Wartość początkowa składników majątkowych nieujętych w ewidencji księgowej wynosiła 1 171,3 tys. zł w przypadku KPRM oraz 864,0 tys. zł w przypadku Ministerstwa Aktywów Państwowych. [str. 51–54]

³⁸ Wynoszącym 20 miesięcy w przypadku ST w Pyrzowicach oraz 19 miesięcy w przypadku ST w Siedlcach od daty decyzji PRM o likwidacji tych szpitali. Natomiast w przypadku ST w Radomiu 16 miesięcy od pierwszego wniosku szpitala patronackiego o nieodpłatnym przekazaniu sprzętu.

³⁹ ST w Pyrzowicach, ST w Radomiu oraz ST w Siedlcach.

4. WNIOSKI

Wnioski *de lege ferenda*

W celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania państwa w przypadku wystąpienia ogólnokrajowych zdarzeń kryzysowych i konieczności optymalnego zabezpieczenia i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej, a także uwzględniając: [1] 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; [2] konieczność skutecznego zabezpieczenia interesów majątkowych Skarbu Państwa oraz zarządzania mieniem państwowym zgodnie z zasadami prawidłowej gospodarki, z zachowaniem szczególnej staranności, a także [3] aktualne uwarunkowania prawne w obszarze rezerw strategicznych, Najwyższa Izba Kontroli dostrzega potrzebę zainicjowania przez **Prezesa Rady Ministrów w uzgodnieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji**:

1. Zmiany przepisów *uozz*, poprzez uchylenie art. 46d, uprawniającego ministra właściwego do spraw zdrowia do decydowania (wydawania poleceń) w sprawie tworzenia i udostępniania rezerw strategicznych tak, aby tworzenie i dysponowanie rezerwami strategicznymi następowało wyłącznie na podstawie przepisów *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, które w sposób kompleksowy regulują powyższe kwestie.
 - Należy przy tym wskazać, że minister właściwy ds. zdrowia ma wynikającą z przepisów *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* możliwość:
 - współpracy, obok innych organów i podmiotów wymienionych w art. 8 ust. 2, z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych w opracowaniu projektu Rządowego Programu Rezerw Strategicznych (art. 8 ust. 2 pkt 15),
 - wystąpienia z wnioskiem do ministra ds. wewnętrznych o udostępnienie rezerw strategicznych (art. 19 ust. 2),
 - powierzenia RARS, w drodze decyzji, dokonania zakupu, magazynowania, dystrybucji lub wydawania określonych asortymentów towarów, w imieniu MZ i na jego rzecz, w sytuacji wystąpienia lub wysokiego ryzyka wystąpienia zagrożeń, o których mowa w art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* (art. 29).

Uzasadnienie: str. 20 Informacji.

2. Zmiany przepisów *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, poprzez uchylenie art. 23, uprawniającego ministra właściwego do spraw wewnętrznych do odpłatnego udostępniania, w drodze decyzji, specjalistycznego asortymentu medycznego rezerw strategicznych, w przypadku wystąpienia potrzeby wsparcia realizacji celów związanych z ochroną zdrowia.
 - Należy zauważyć, że przepis ten umożliwia udostępnienie rezerw strategicznych również w przypadku, gdy nie występuje zagrożenie bezpieczeństwa i obronności państwa, bezpieczeństwa, porządku i zdrowia publicznego oraz klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej, co jest sprzeczne z celem tworzenia rezerw strategicznych wynikającym z art. 3 tej ustawy, przez co art. 23 cyt. ustawy stanowi zaburzenie konstrukcji zawartej w pozostałych przepisach tego aktu.

Uzasadnienie: str. 19 Informacji.

**Wnioski
do Ministra Spraw
Wewnętrznych
i Administracji**

**Wniosek
do Ministra
Aktywów
Państwowych
i Szefa KPRM**

W przypadku organów państwa, którym powierzono realizację zadań związanych z pozyskiwaniem, rozdysponowywaniem i zagospodarowaniem sprzętu i aparatury medycznej przeznaczonych do przeciwdziałania COVID-19, stosownie do ich kompetencji, Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na konieczność:

1. zainicjowania procesu inwentaryzacji udostępnionych asortymentów rezerw strategicznych, w tym oceny ich stanu technicznego oraz możliwości dalszego wykorzystania;
2. uregulowania statusu prawnego sprzętu i aparatury medycznej zakupionych na potrzeby zwalczania epidemii COVID-19 i udostępnionych podmiotom leczniczym z rezerw strategicznych;
3. zapewnienia zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej pozostałych po likwidacji 11 szpitali tymczasowych (nabytych przez MAP i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie szpitali tymczasowych), a także ich końcowego rozliczenia.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W związku z COVID-19 zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną o wartości nie mniejszej niż 1 811,4 mln zł. Zakupy te okazały się nadmierne, a w konsekwencji niegospodarne. W trakcie epidemii COVID-19 organy państwa nie zapewniły, by udostępniany z rezerw strategicznych sprzęt i aparatura medyczna były optymalnie i gospodarnie wykorzystane, w tym nierzetelnie monitorowano wykorzystanie udostępnionych urządzeń. Pomimo odwołania przez Ministra Zdrowia z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego nie zakończono procesu:

- zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, co do których brak było jednoznacznej decyzji Prezesa Rady Ministrów o zakwalifikowaniu ich jako niepodlegające zwrotowi do rezerw strategicznych;
- zagospodarowania i rozliczenia zakupu urządzeń pozyskanych na potrzeby utworzenia szpitali tymczasowych.

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

System tworzenia rezerw strategicznych

System tworzenia rezerw strategicznych

Istotnym elementem planu zarządzania kryzysowego jest możliwość wykorzystania rezerw strategicznych. 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 PRM (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 rządowej⁴⁰, organem właściwym w sprawie rządowych rezerw strategicznych stał się minister właściwy ds. wewnętrznych, który również obecnie sprawuje nadzór nad RARS.

Zgodnie z art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych*⁴¹, rezerwy te tworzy się na wypadek zagrożenia 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 np. 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. Określony w art. 3 tej *ustawy* cel tworzenia rezerw, powinien być odzwierciedlony w decyzjach o utworzeniu i udostępnieniu rezerw strategicznych, wydawanych przez ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne oraz PRM (na podstawie art. 14 i 18 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r.* lub art. 14 i 19 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*).

Tworzenie i udostępnianie rezerw strategicznych w sytuacjach kryzysowych

Mając na względzie spójność z pozostałymi przepisami ustawy, a także z punktu widzenia trybu i celu gromadzenia rezerw strategicznych NIK krytycznie ocenia wprowadzenie w ogłoszonej 8 lutego 2021 r. *ustawie o rezerwach strategicznych z 2020 r.* art. 23 umożliwiającego odpłatne udostępnienie specjalistycznego asortymentu medycznego rezerw strategicznych bezpośrednio każdemu podmiotowi realizującemu zadania w zakresie ochrony zdrowia. Oznacza to, że w odróżnieniu od udostępniania rezerw na podstawie art. 19 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który powiązany jest ściśle

⁴⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 834.

⁴¹ Z 2010 r. i 2020 r.

z art. 3 odnoszącym się do sytuacji kryzysowych, art. 23 odnosi się do sytuacji, które nie mają takiego charakteru, czyli raczej do zwykłych sytuacji życiowych i stanów faktycznych.

Zdaniem NIK, zasoby rezerw strategicznych nie powinny służyć zaspokajaniu bieżących potrzeb, czy uzupełnianiu ewentualnych braków sprzętu medycznego, ujawniających się w toku realizacji zwykłych zadań jednostek wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia. Szczególnie, że dla zapewnienia gospodarnego dysponowania środkami przeznaczonymi np. na inwestycje sprzętowe w ochronie zdrowia powstał już system planowania oraz oceny celowości projektowanych inwestycji⁴². Zawarcie w treści art. 23 określenia, że udostępnienie specjalistycznego asortymentu medycznego rezerw strategicznych ma nastąpić ze względu na potrzebę wsparcia realizacji celów związanych z ochroną zdrowia wskazuje, że daje on możliwość wykorzystywania zasobów gromadzonych w nadzwyczajnym trybie (np. z pominięciem jawnych procedur konkurencyjnych) i przeznaczonych do wykonywania nadzwyczajnych zadań — do realizacji zwykłych celów, których osiągnięciu powinny służyć standardowe (zwykłe) procedury. W tym zakresie art. 23 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* stanowi zaburzenie konstrukcji zawartej w pozostałych przepisach tego aktu.

**Tworzenie
i udostępnianie
medycznych rezerw
strategicznych
przez MZ**

Od 8 do 31 marca 2020 r., w związku ze zmianą *uozz*, MZ na podstawie art. 46d ust. 1 *uozz*, mógł polecić ARM wydanie produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych lub środków ochrony osobistej podmiotom leczniczym prowadzącym szpitale, stacjom sanitarno-epidemiologicznym, aptekom ogólnodostępnym lub punktom aptecznym. Mógł też nałożyć na ARM (art. 46d ust. 4 *uozz*) obowiązek zakupu takich produktów, środków lub wyrobów oraz utrzymywanie danego asortymentu w określonej ilości. Od 1 kwietnia 2020 r., po kolejnej zmianie wskazanych przepisów *uozz*, MZ mógł polecić Agencji utworzenie i udostępnianie rezerw strategicznych w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Do udostępnienia asortymentu rezerw na podstawie tego przepisu, nie mają zastosowania przepisy *ustawy o rezerwach strategicznych*.

**Niepotrzebna
regulacja
– art. 46d *uozz***

Zdaniem NIK – w sytuacji, gdy problematykę wykorzystania rezerw strategicznych dla zwalczania lub zapobiegania sytuacjom kryzysowym kompleksowo reguluje ustawa o rezerwach strategicznych – art. 46d *uozz* stanowi wyłom w systemie gospodarowania rezerwami. Przepis ten nadaje MZ dodatkowe uprawnienia, skutkujące dublowaniem kompetencji o utworzeniu i udostępnieniu rezerw przynależnych ministrowi odpowiedzialnemu za rezerwy strategiczne, co faktycznie doprowadziło do tworzenia rezerw niepotrzebnych (z pominięciem przepisów o zamówieniach publicznych) i w zawyżonej ilości, czego efektem było niegospodarne wydatkowanie środków publicznych.

Należy zwrócić uwagę na brak spójności uprawnień Ministra Zdrowia do wydawania dyspozycji Agencji⁴³, w kontekście art. 31 i 32 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Według art. 31 ust. 1 pkt 2 do zadań RARS należy bowiem wykonywanie decyzji ministra właściwego do spraw wewnętrznych (a do 30 czerwca 2024 r. decyzji PRM) dotyczących tworzenia, udostępniania i likwidacji rezerw strategicznych. W przepisie tym nie ma mowy, że RARS może wykonywać również decyzje (polecenia) innych ministrów. Co więcej, na podstawie art. 32 tej ustawy tylko minister właściwy do spraw

⁴² System teleinformatyczny IOWISZ, w którym są przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia finansowanych ze środków publicznych. Zob. art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 ze zm.). Oceną tych wniosków zajmuje się Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, będąca organem opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z art. Art. 95ea ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.).

⁴³ Wynikających z art. 46d *uozz*.

wewnętrznych (a nie jakikolwiek inny minister), może powierzyć RARS, w drodze decyzji, realizację innych zadań niż określone w art. 31 w związku z tworzeniem, utrzymywaniem, udostępnianiem i likwidacją rezerw strategicznych. Wynikające z przepisu art. 29 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r. uprawnienie do wydawania decyzji przez organy i podmioty wskazane w art. 8 ust. 2 (w tym ministra właściwego ds. zdrowia) dotyczy wyłącznie sytuacji dokonania przez RARS zakupu, magazynowania, dystrybucji lub wydawania określonych asortymentów towarów, w imieniu i na rzecz tych organów i podmiotów.

Tworzenie rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej

**Nierzetelna
koordynacja przez
PRM działań
ministrów
odpowiedzialnych
za rezerwy
strategiczne i MZ**

PRM nierzetelnie realizował wynikający z art. 148 pkt 5 *Konstytucji RP* obowiązek 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 wyniku realizacji w okresie od 4 marca 2020 r. do 30 czerwca 2023 r. przez Agencję (ARM, następnie RARS) 10 decyzji PRM o utworzeniu rezerw strategicznych, 36 decyzji i dyspozycji (poleceń) o utworzeniu rezerw medycznych oraz uzupełnianiu ilościowego stanu rezerw wydanych przez MAP, MKiŚ i MZ, w magazynach Agencji zgromadzono za dużo sprzętu i aparatury medycznej w określonych asortymentach (rodzajach) i o znacznej wartości oraz utrzymywano ich zapas przekraczający wielkość potrzeb (nawet kilka tysięcy egzemplarzy), zarówno racjonalnie oszacowanych na moment składania zamówienia, jak i dających się przewidzieć na podstawie prognoz.

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 *uozz* z mocy prawa 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.

Skutkiem nierzetelnej realizacji przez PRM obowiązku koordynowania prac RM było też niezapewnienie przyjęcia przez RM w wymaganym terminie *RPRS na lata 2022-2026* (opóźnienie wyniosło 115 dni w stosunku do terminu określonego w art. 10 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, przypadającym na dzień 31 maja 2022 r.⁴⁴).

**Nadmierne
gromadzenie
rezerw sprzętu
i aparatury
medycznej**

MZ nie zapewnił rzetelnego szacowania potrzeb w zakresie sprzętu i aparatury medycznej do walki z COVID-19.

Minister Zdrowia nie wykorzystywał otrzymywanych z Agencji informacji o bieżącym stanie rezerw tworzonych na podstawie jego dyspozycji⁴⁵ oraz o realizacji decyzji⁴⁶ wydanych przez MAP, MKiŚ oraz PRM do ustalenia

⁴⁴ Zgodnie z ówczesnie obowiązującym brzmieniem art. 10 ust. 1 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, Rada Ministrów, na wniosek Prezesa Rady Ministrów, złożony nie później niż do 30 kwietnia danego roku, przyjmuje w drodze uchwały RPRS lub jego aktualizację, nie później niż do 31 maja danego roku.

⁴⁵ Wydanych w oparciu o art. 46d ust. 4 *uozz*.

⁴⁶ Wydanych na podstawie art. 14 ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r. i art. 14 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.

i dostosowania poziomu zapotrzebowania na sprzęt i aparaturę medyczną przed wydawaniem⁴⁷ kolejnych dyspozycji w sprawie utworzenia rezerw.

W trakcie kontroli NIK w Ministerstwie Zdrowia nie otrzymano dokumentów potwierdzających przeprowadzania analiz i konsultacji będących podstawą określenia zapotrzebowania (liczby i rodzaju) sprzętu i aparatury medycznej do walki z COVID-19⁴⁸. Z tego powodu nie można ustalić w jaki sposób MZ określił liczbę i rodzaj sprzętu oraz aparatury medycznej wymienionych w 16 dyspozycjach w sprawie utworzenia rezerw strategicznych, wydanych Agencji, na podstawie art. 46d ust. 4 *uozz*, w okresie od 12 marca 2020 r. do 2 kwietnia 2022 r. Dyspozycje te zwiększały poziom rezerw strategicznych tego samego asortymentu, co rezerwy utworzone na podstawie wcześniejszych dyspozycji MZ. Ponadto zgodnie z art. 46d ust. 3 *uozz*, Agencja była zobowiązana do odtworzenia udostępnionego asortymentu rezerw strategicznych w najkrótszym możliwym terminie do poziomu określonego w decyzjach w sprawie utworzenia rezerw strategicznych, co powodowało, że gromadzono i utrzymywano sprzęt i aparaturę tego samego rodzaju (nawet kilka tysięcy egzemplarzy).

Wyniki przeprowadzonych analiz i konsultacji, na podstawie których podejmowane są decyzje mające znaczny wpływ na finanse publiczne, ze względu na wysokie koszty zakupu sprzętu i aparatury medycznej (zwłaszcza w czasie kryzysu), powinny być rzetelnie dokumentowane, dając tym samym możliwość zbadania działań podejmowanych przez organ w celu wyciągnięcia wniosków na przyszłość (ang. *Lessons learned*) oraz identyfikacji i odróżnienia decyzji błędnych oraz właściwych, jak również zapewnia przejrzystość i rozliczalność działań podejmowanych przez organy administracji i poszczególne osoby. Ponadto do zakupów asortymentu stanowiących rezerwy strategiczne nie stosuje się przepisów Prawa zamówień publicznych, co tworzy ryzyko braku transparentności, ale i nabycia po cenach wyższych, niż można byłoby osiągnąć przy wykorzystaniu procedur konkurencyjnych.

MZ w okresie od 12 marca 2020 r. do 18 września 2020 r. nie zapewnił również, by dyspozycje w sprawie utworzenia rezerw strategicznych, o których mowa w art. 46d ust. 4 *uozz*, były wydawane na polecenie osób do tego upoważnionych (odpowiednie upoważnienia zostały wydane przez MZ dopiero 18 września 2020r.). Skutkiem tego nielegalnie wydano ARM trzy dyspozycje w sprawie utworzenia rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej oraz jedną zmianę do tych dyspozycji.

**Gromadzenie
rezerw sprzętu
i aparatury
medycznej
w nadmiernej ilości**

Zaniechania PRM w kwestii koordynacji działań odpowiednich ministrów dotyczące ustalenia potrzeb sprzętu i aparatury medycznej do przeciwdziałania COVID-19 oraz nadzoru nad RARS spowodowały gromadzenie nadmiernych zapasów. Z tego powodu po zaspokojeniu potrzeb sektora opieki zdrowotnej, związanych z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 oraz po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego, w zasobach RARS pozostała znaczna część niewykorzystanego sprzętu i aparatury medycznej.

Zdaniem NIK, stan rezerw strategicznych oraz poziom rezerw podlegających odtworzeniu powinien być stale monitorowany, a także dostosowywany do faktycznych potrzeb. Nadmierne w stosunku do potrzeb zakupy asortymentu oraz jego późniejsze utrzymywanie, które wiąże się z ponoszeniem przez Agencję ze środków publicznych dodatkowych kosztów magazynowania oraz dokonywania przeglądów i napraw, stoi w sprzeczności z obowiązkami wynikającym z art. 44 ust. 3 *ufp*, gdyż środki wykorzystane na zakup

⁴⁷ Na podstawie art. 46d ust. 4 *uozz*.

⁴⁸ W szczególności nie udokumentowano: 1] wyników spotkań, wykonanych ekspertyz oraz wydanych opinii w ramach konsultacji z ekspertami, w tym z konsultantami krajowymi w dziedzinach medycyny, konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych, Konsultantem Krajowym w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 2] wyników analiz stanu wyposażenia podmiotów leczniczych w kraju w odniesieniu do stwierdzonego zapotrzebowania na sprzęt i aparaturę medyczną oraz prognoz przebiegu epidemii oraz 3] wyników analiz podejmowanych w ramach prac sztabu kryzysowego Ministra.

i utrzymanie nieużywanego lub niepotrzebnego sprzętu mogłyby zostać przeznaczone na inne cele.

Zakupy te realizowano na taką skalę, że po zaspokojeniu zgłoszonych potrzeb, w zasobach RARS – cztery miesiące od odwołania stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce⁴⁹ – pozostał sprzęt i aparatura medyczna o wartości co najmniej 350 mln zł (według cen zakupu).

Przykład

Analiza faktycznego wykorzystania wybranych 21 rodzajów asortymentów medycznych rezerw sprzętu i aparatury medycznej o największej wartościach wykazała⁵⁰, że cztery miesiące⁵¹ od odwołania 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2, 18 asortymentów tych rezerw pozostawało w dalszym ciągu niewykorzystane. W stosunku do całości zakupionego przez ARM/RARS sprzętu i aparatury medycznej w okresie od marca 2020 r. do końca czerwca 2023 r. niewykorzystane pozostało: 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 izolacyjnych.

Udostępnianie rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej

Od marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r. rezerwy strategiczne były udostępniane na podstawie decyzji wydanych przez ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne (art. 18 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r.*), a od 23 lutego 2021 r. przez PRM (art. 19 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*). Natomiast Minister Zdrowia od kwietnia 2020 r. mógł wydawać dyspozycje w sprawie udostępnienia medycznych rezerw strategicznych.

W latach 2020–2023 (do końca października) w 15 badanych przez NIK asortymentach, na podstawie dyspozycji tych organów, przekazano z magazynów Agencji 67 011 sztuk sprzętu i aparatury medycznej o wartości 1 802 743,6 tys. zł (wg średnich cen zakupu).

**Udostępnione
rezerwy strategiczne
do przeciwdziałania
COVID-19**

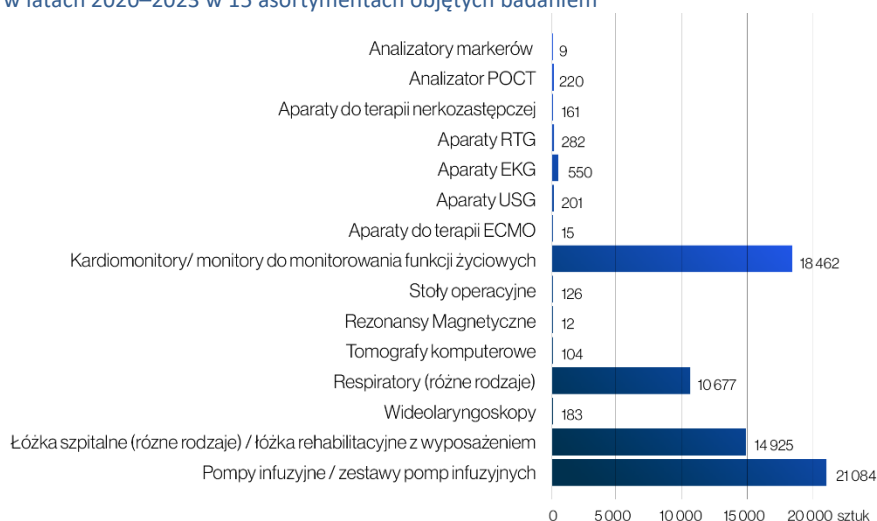
⁴⁹ Na dzień 31 października 2023 r.

⁵⁰ Z 37 utworzonych w wyniku realizacji 14 decyzji PRM oraz 36 decyzji i dyspozycji MAP i MKiŚ, a także poleceń wydanych w imieniu MZ o utworzeniu rezerw medycznych oraz uzupełnianiu ilościowego stanu rezerw ustalonych w RPRS.

⁵¹ Tj. na dzień 31 października 2023 r.

Infografika nr 1

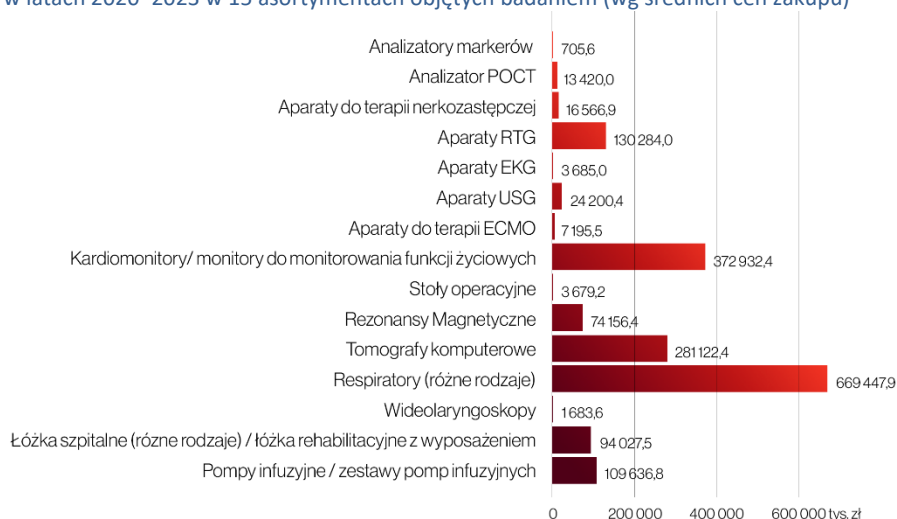
Liczba udostępnionego sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych w latach 2020–2023 w 15 asortymentach objętych badaniem



Źródło: ustalenia kontroli NIK.

Infografika nr 2

Wartość udostępnionego sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych w latach 2020–2023 w 15 asortymentach objętych badaniem (wg średnich cen zakupu)



Źródło: ustalenia kontroli NIK.

Nierzetelne dyspozycje MZ w sprawie udostępnienia rezerw sprzętu i aparatury medycznej

MZ w okresie od marca 2020 r. do listopada 2022 r. nie zapewnił, by wydawanie Agencji dyspozycji w sprawie udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej wyznaczonym podmiotom lub organom było zgodne z art. 46d ust. 1 uozz.

Od marca 2020 r. do końca 2022 r.⁵² Minister Zdrowia wydał⁵³ Agencji 123 dyspozycje oraz 25 korekt tych dyspozycji⁵⁴, dotyczących udostępnienia rezerw strategicznych w postaci sprzętu i aparatury medycznej. Dyspozycje te były wydawane na polecenia Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, na podstawie wniosków zainteresowanych organów i podmiotów lub z urzędu, a następnie przekazywane Agencji przez pracowników Ministerstwa. W marcu i na początku kwietnia 2020 r. dyspozycje były przekazywane do ARM w formie wiadomości elektronicznej (e-mail) oraz

⁵² W I półroczu 2023 r. nie wydawano RARS dyspozycji o udostępnianiu rezerw strategicznych.

⁵³ Na podstawie art. 46d ust. 1 uozz w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

⁵⁴ W 2020 r. wydano 65 dyspozycji oraz 15 korekt, w 2021 r. 53 dyspozycje oraz 10 korekt, a w 2022 r. pięć dyspozycji.

zbiorczo w formie pism podpisywanych podpisem elektronicznym przez Sekretarza lub Podsekretarza Stanu.

Od 4 kwietnia 2020 r. do 14 listopada 2022 r. dyspozycje w sprawie udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej były przekazywane Agencji wyłącznie w formie przesyłanych przez pracownika Ministerstwa Zdrowia wiadomości elektronicznych, które nie zawierały elektronicznego podpisu MZ lub osoby przez niego upoważnionej. Zgodnie z art. 46d ust. 1 *uozz*, w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, minister właściwy do spraw zdrowia może polecić Agencji udostępnienie niezbędnego asortymentu rezerw strategicznych. W przepisie tym ustawodawca nie określił jednak formy wydania polecenia w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych, wskazał natomiast osobę uprawnioną do ich wydawania – ministra właściwego ds. zdrowia. W związku z tym dyspozycje powinny nosić wyraźne cechy wskazujące na to, że zostały wydane przez MZ lub osobę przez niego upoważnioną. Dyspozycje przekazywane do Agencji jako treść wiadomości elektronicznej (e-mail) z konta pracownika Ministerstwa Zdrowia nie zawierały podpisu, tym samym nie można było na ich podstawie jednoznacznie stwierdzić, kto wydał polecenie Agencji. Korespondencja ta nie była również oznaczona, wynikającym z Jednolitego Rzecznego Wykazu Akt jednostki, znakiem sprawy oraz kolejnym numerem pisma, co zdaniem NIK generowało ryzyko ponownego wyasygnowania asortymentu na podstawie dwóch różnych dyspozycji wydanych przez pracowników Ministerstwa Zdrowia.

Niezależnie od powyższego, od 18 marca 2020 r. do 21 sierpnia 2020 r., dyspozycje w sprawie udostępniania rezerw były wydawane na polecenie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, który nie był do tego upoważniony przez MZ. Dopiero 21 sierpnia 2020 r. PRM upoważnił Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia do wydawania dyspozycji na podstawie art. 46d ust. 1 *uozz*. Natomiast Podsekretarz Stanu, który wydawał dyspozycje od 18 marca 2020 r. do 21 sierpnia 2020 r. nigdy nie dostał takiego upoważnienia.

Skutkiem nierzetelnych działań MZ było nieuprawnione wydanie dyspozycji w sprawie udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej o znacznej wartości, co wskazuje na brak właściwych mechanizmów kontroli zarządczej, o których mowa w art. 68 ust. 2 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 1 *ufp*. Tylko w okresie od 18 marca 2020 r. do 21 sierpnia 2020 r. w imieniu MZ wydano ARM 11 dyspozycji w sprawie udostępnienia: 4444 termometrów elektronicznych, 201 respiratorów, 95 kardiomonitorów i pięciu pomp infuzyjnych.

Nieuprawnione przekazanie rezerw strategicznych z przeznaczeniem na pomoc humanitarną dla Białorusi

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia⁵⁵, niezgodnie z art. 46d ust. 1 *uozz*, polecił przekazać 30 szt. respiratorów transportowych, o łącznej wartości 386,9 tys. zł, za pośrednictwem Ministerstwa Spraw Zagranicznych z przeznaczeniem na pomoc humanitarną dla Białorusi, podczas gdy wskazany przepis nie uprawniał Ministra Zdrowia do wydania Agencji dyspozycji w sprawie udostępnienia sprzętu z rezerw strategicznych w ramach współpracy międzynarodowej.

MZ ani tym bardziej Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia nie mieli uprawnień do wydania przedmiotowej dyspozycji, ponieważ stosownie do art. 46d ust. 1 *uozz*, MZ mógł polecić Agencji udostępnienie niezbędnego asortymentu rezerw strategicznych na cele wskazane w ustawie, jednakże przepis ten nie daje możliwości udostępniania rezerw strategicznych na cele międzynarodowej pomocy humanitarnej. Natomiast zgodnie z art. 18 ust. 1 obowiązującej w tym czasie *ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r.*, uprawnienia do udostępnienia rezerw strategicznych, np. w związku z wypełnieniem zobowiązań międzynarodowych Rzeczypospolitej Polskiej, miał minister właściwy ds. energii (którym w tym czasie był MKiŚ) i to wyłącznie on mógł wydać decyzję w tym zakresie.

⁵⁵ Na podstawie dyspozycji z 29 maja 2020 r.

**Udostępnianie
przez PRM rezerw
strategicznych
sprzętu i aparatury
medycznej**

PRM realizując obowiązki organu upoważnionego na podstawie art. 19 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r. do dysponowania rezerwami strategicznymi wydał w okresie od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r. łącznie 655 decyzji w sprawie udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej. Decyzje te podpisali – działający z upoważnienia PRM – Szef KPRM oraz dwóch Podsekretarzy Stanu w KPRM.

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 decyzji⁵⁶ dotyczyło udostępnienia takiego asortymentu rezerw medycznych na rzecz innych organów/podmiotów (m.in.: MSWiA⁵⁷, Rządowego Centrum Bezpieczeństwa⁵⁸, RARS, Ministra Obrony Narodowej⁵⁹, Komendanta Straży Granicznej, Ministra Edukacji Narodowej⁶⁰, MZ, MKiŚ, Marszałka Województwa Małopolskiego) oraz przekazania przez PRM⁶¹ pomocy w postaci sprzętu i aparatury, głównie respiratorów, do innych krajów, m.in. do Syrii, Rumunii, Tunezji, Łotwy i na Ukrainę.

RARS, realizując te 655 decyzji PRM, w okresie od 17 marca 2021 r. do 31 października 2023 r. przekazała łącznie⁶² w 14 rodzajach asortymentów sprzęt i aparaturę medyczną o wartości co najmniej 1 203,1 mln zł. Były to: cztery sztuki analizatorów markerów, 167 sztuk analizatorów parametrów krytycznych, 155 sztuk aparatów do terapii nerkozastępczej, 222 sztuk aparatów RTG⁶³, 8 516 sztuk kardiomonitorów i monitorów do monitorowania funkcji życiowych⁶⁴, 10 287 sztuk różnych rodzajów łóżek szpitalnych i rehabilitacyjnych⁶⁵, 4 822 sztuk respiratorów⁶⁶, trzy rezonanse magnetyczne, 58 tomografów komputerowych⁶⁷, 422 sztuk różnych aparatów do EKG⁶⁸, 161 sztuk aparatów do USG⁶⁹, 133 sztuk wideolaryngoskopów, 53 sztuki stołów operacyjnych oraz 16 438 sztuk pomp infuzyjnych, zestawów pomp infuzyjnych i pomp do odżywiania pozajelitowego⁷⁰.

Przykład

W 600 decyzjach wydanych w imieniu PRM o udostępnieniu z rezerw na rzecz wojewodów sprzętu i aparatury medycznej zawarto szczegółowe warunki udostępnienia rezerw, dotyczące:

1. celu, na jaki udostępniany asortyment miał być wykorzystywany:
 - w 272 decyzjach⁷¹ 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:

⁵⁶ 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).

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

⁵⁸ Dalej: RCB.

⁵⁹ Dalej: MON.

⁶⁰ Dalej: MEN.

⁶¹ 12 decyzji

⁶² Z objętego badaniami kontrolnymi NIK 15 asortymentów sprzętu i aparatury medycznej.

⁶³ W tym 6 szt. po 1 lipca 2023 r.

⁶⁴ W tym 48 szt. po 1 lipca 2023 r.

⁶⁵ W tym 217 szt. po 1 lipca 2023 r.

⁶⁶ W tym 14 szt. po 1 lipca 2023 r.

⁶⁷ W tym 10 po 1 lipca 2023 r.

⁶⁸ W tym 13 szt. po 1 lipca 2023 r.

⁶⁹ W tym 6 szt. po 1 lipca 2023 r.

⁷⁰ W tym 21 szt. po 1 lipca 2023 r.

⁷¹ Wydanych wyłącznie w 2021 r. (do 29 czerwca).

- w 467 decyzjach⁷² wskazano, że udostępniany asortyment miał być wykorzystywany zgodnie z ich przeznaczeniem (z tego w 256 decyzjach⁷³ wskazano, że niewykorzystana część przekazywanego asortymentu podlegała zwrotowi do RARS),
 - w pozostałych 133 decyzjach nie określono 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 tych 600 decyzji nie zawierała postanowień zobowiązujących do zawarcia umowy o udostępnienie aparatury ani rozstrzygnięć wskazujących podmioty właściwe do ponoszenia kosztów ich prawidłowej eksploatacji (ubezpieczeń, przeglądów i napraw).

Natomiast w 55 decyzjach PRM o udostępnieniu z rezerw sprzętu i aparatury medycznej na rzecz innych organów/podmiotów nie określono zasad wykorzystywania udostępnionych asortymentów, a także obowiązku ich relokacji. Spośród tych 55 decyzji, w 37 zapisano, że udostępniany asortyment przekazywany był podmiotom na rzecz walki z COVID-19 i nie podlegał zwrotowi, natomiast w 18 decyzjach zapisano, że udostępniany asortyment wyposażenia medycznego przekazywany był podmiotom w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz ratowaniem zdrowia i życia ludzkiego i również nie podlegał zwrotowi. Żadna z tych 55 decyzji nie zawierała postanowień zobowiązujących do zawarcia umowy o udostępnienie aparatury ani rozstrzygnięć wskazujących podmioty właściwe do ponoszenia kosztów ich prawidłowej eksploatacji (ubezpieczeń, przeglądów i napraw).

Nieustalenie
obowiązku zwrotu
rezerw
strategicznych
o znacznej
jednostkowej
wartości

W 332 z 655 ww. decyzji, nie zawarto wskazania, że udostępniany asortyment ma po zakończeniu realizacji celu udostępnienia⁷⁴ zostać zwrócony do rezerw strategicznych. 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.

Brak takich zapisów spowodował, że nie zagwarantowano zwrotu do rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej o znacznej wartości jednostkowej i łącznej (**w sumie co najmniej 1 203,1 mln zł**), które po zakończeniu zagrożenia epidemicznego, ze względu na swoje właściwości (możliwość długiego użytkowania), powinny były powrócić do rezerw strategicznych i pozostawać w pogotowiu, na wypadek pojawienia się innego zagrożenia w przyszłości. Z tego powodu RARS nie była zobowiązana do zawarcia 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.

Zdaniem NIK, takie 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 powodowało nienależyte zabezpieczenie interesów majątkowych Skarbu Państwa. Interesy te wymagały zapewnienia optymalnego wykorzystania środków publicznych wydatkowanych na rezerwy strategiczne (ich utworzenie) i możliwości wielokrotnego wykorzystywania określonego asortymentu rezerw w razie

⁷² W tym: 285 z 2021 r., 140 z 2022 r. i 42 z 2023 r. (wydanych do końca października).

⁷³ W tym: 120 z 2021 r., 129 z 2022 r. i siedmiu wydanych w 2023 r. do końca października.

⁷⁴ Wynikającego z art. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r., w tym przypadku w celu przeciwdziałania COVID-19.

Bezpodstawne
wyposażenie
województw
w możliwość
władczego
rozstrzygnięcia
o charakterze
rozdysponowania
rezerw

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*.

W 480⁷⁵ decyzjach PRM (podpisanych z upoważnienia PRM przez podsekretarzy stanu w KPRM), wbrew dyspozycji art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, nie wskazano czy udostępnienie rezerwy sprzętu i aparatury medycznej na rzecz wojewodów następuje z obowiązkiem zwrotu. Zamiast tego w przedmiotowych decyzjach – bez podstawy prawnej – wyposażono wojewodów w możliwość władczego rozstrzygnięcia o rozdysponowaniu rezerw (z obowiązkiem zwrotu bądź bez takiego obowiązku zwrotu).

W decyzjach o udostępnieniu na rzecz wojewodów sprzętu i aparatury medycznej (480 na 600 takich decyzji wydanych od 23 lutego 2021 r. do 31 października 2023 r.)⁷⁶, PRM wskazał, 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*. Decyzje zawierały również niejednoznaczne sformułowania odnoszące się do dysponowania sprzętem i aparaturą medyczną („bezzwrotność”, „bezpłatność”, „bezterminowość” przekazania), co dodatkowo pozwalało wojewodom na niejednołą interpretację postanowień tych aktów administracyjnych. 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 należy do wyłącznych kompetencji PRM (zgodnie z art. 19 ust. 5 decyzja PRM „zawiera co najmniej”, a zatem przepis ten ustanawia minimalną, obligatoryjną treść takiej decyzji).

Zdaniem NIK, niedopuszczalne jest cedowanie możliwości dokonania rozstrzygnięcia w tej kwestii na inne organy, zwłaszcza w drodze decyzji administracyjnej, tj. aktu niższego rzędu względem ustawy. Naruszony został również art. 19 ust. 5 pkt 4 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*, który stanowi, że decyzja o udostępnieniu rezerw musi zawierać co najmniej wskazanie, czy udostępnienie rezerw strategicznych następuje z obowiązkiem zwrotu, lub zobowiązanie do zwrotu niewykorzystanej części udostępnionych rezerw strategicznych. Ustawodawca mógł przewidzieć uprawnienie do delegowania określonych kompetencji przez PRM na inne organy (np. wojewodów), jednak musiałoby to zostać zamieszczone 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.

Niejednorodna
realizacja
decyzji PRM
o udostępnieniu
rezerw
strategicznych
przez wojewodów

Nieustanowienie przez PRM – jako zasady – obowiązku zwrotu wykorzystanego asortymentu do rezerw strategicznych nie zabezpieczyło należycie interesów Skarbu Państwa i było niezgodne z wymogiem zachowania szczególnej staranności w gospodarowaniu mieniem Skarbu Państwa. W wyniku zawarcia w 480 decyzjach PRM niejednoznacznych postanowień, wskazujących alternatywne sposoby postępowania, przy jednoczesnym pozostawieniu wojewodom swobody w 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 w decyzji PRM, wojewodowie przekazali podmiotom leczniczym

⁷⁵ Z 600 wydanych wojewodom.

⁷⁶ Podpisanych z upoważnienia PRM przez podsekretarzy stanu w KPRM.

„bezzwrotnie”, „bezpłatnie” i „bezterminowo” aparaturę i sprzęt medyczny o znacznej wartości, udostępnione z rezerw strategicznych, mimo że w świetle obowiązujących przepisów nie mieli takich uprawnień.

Przykład

Wyniki kontroli przeprowadzonych w siedmiu urzędach 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. I tak:

- 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 o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym 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 tym, że nie miał rzetelnych danych ilościowo-rodzajowych, dotyczących ponad jednej trzeciej przekazanego wyposażenia medycznego otrzymanego z RARS, nie podjął decyzji o sposobie zagospodarowania sprzętu. Do 10 stycznia 2024 r. uzgadniano nadal ewidencje jeszcze ponad 4,3 tys. sztuk sprzętu o łącznej wartości 18 016,4 tys. zł.

W efekcie zaniechań popełnionych przez PRM i osoby przez niego upoważnione, podmiotom leczniczym wydano do wykorzystania 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*.

To, że nie zawarto w decyzjach PRM postanowień rozstrzygających kwestię zwrotu sprzętu spowodowało, że podmioty, którym udostępniono/przekazano sprzęt i aparaturę medyczną o znacznej jednostkowej wartości i wieloletnim okresie użytkowania, nie miały możliwości rzetelnego zidentyfikowania, jakie uprawnienia im przysługują względem tego sprzętu i aparatury. W praktyce wystąpiły rozbieżności co do kwestii, czy przekazany asortyment stanowi własność podmiotów, którym został wydany do użycia, co w dalszej kolejności może utrudniać tym podmiotom prawidłowe wykorzystywanie otrzymanych z rezerw strategicznych sprzętu i aparatury medycznej. Świadczeniodawcy wskazywali na przede wszystkim 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.).

Przykład

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 otrzymany „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.

Oznacza to, 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 użyczenia⁷⁷, nie zostało obwarowane postanowieniami co do tego, kto ponosi koszty utrzymania, remontów i ubezpieczenia konkretnych jednostek sprzętu.

Zwłoka w udostępnianiu medycznych rezerw strategicznych

Decyzje PRM o udostępnianiu rezerw wydawano ze zwłoką, co było 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 wydanych w imieniu PRM⁷⁸ (26% badanej próby z 50 decyzji) wydano po ponad dwunastu dniach (od 13 do 54 dni) od zgłoszenia wniosków przez wojewodów lub RCB (dotyczyło to pięciu takich decyzji wydanych w 2021 r., dwóch decyzji wydanych w 2022 r. oraz sześciu decyzji wydanych w 2023 r.). Wskazany przepis art. 19 ust. 6 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r. wymagał wydawania takich decyzji niezwłocznie. Zauważyć należy, że zarówno same opóźnienia w wydawaniu decyzji, jak również ich skala, mogły rzutować na skuteczność działań podejmowanych przez właściwe podmioty lecznicze dotyczących zwalczania epidemii COVID-19. 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.

Tworzenie i udostępnianie rezerw sprzętu i aparatury medycznej po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego

Tworzenie przez PRM rezerw sprzętu i aparatury medycznej jeszcze po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce

Nie zgodnie z art. 3 w związku z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r. PRM wydał⁷⁹ decyzję zobowiązującą RARS do utworzenia poza RPRS na lata 2022-2026, rezerwy złożonej łącznie z 20 sztuk specjalistycznej aparatury diagnostycznej o wielomilionowej wartości.

PRM wydał decyzję o tworzeniu pozaplanowej rezerwy strategicznej 4 lipca 2023 r., tj. po odwołaniu od 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego. Zatem nie występowały już, określone w art. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r., okoliczności uzasadniające tworzenie pozaplanowych rezerw strategicznych, w postaci zagrożenia zdrowia publicznego, klęski żywiołowej lub innej sytuacji kryzysowej. Ponieważ MZ, działający jako podmiot wiodący w trakcie sytuacji kryzysowych wywołanych epidemią, odwołał stan

⁷⁷ W świetle przepisów prawa cywilnego (§ 710 kc) przez umowę użyczenia użyczający zobowiązuje się zezwolić biorącemu przez czas oznaczony lub nieoznaczony na bezpłatne używanie oddanej mu w tym celu rzeczy. Biorący do używania ponosi zwykłe koszty używania rzeczy użyczonej (§713 kc).

⁷⁸ Decyzje podpisała działająca w imieniu PRM Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM.

⁷⁹ Decyzja była podpisana w imieniu PRM przez ówczesną Podsekretarz Stanu, Zastępcę Szefa KPRM.

zagrożenia epidemicznego na terenie kraju⁸⁰, to od tego momentu zaopatrywanie podmiotów leczniczych w sprzęt powinno odbywać się w ramach standardowych procedur – opartych o przepisy dotyczące zamówień publicznych umożliwiających optymalne wydatkowanie środków publicznych, a nie z wykorzystaniem szczególnych mechanizmów, przewidzianych dla tworzenia rezerw strategicznych.

Na skutek nieuprawnionej decyzji wydanej w imieniu PRM RARS przystąpiła do procedury zakupu łącznie 20 sztuk specjalistycznej aparatury diagnostycznej o wielomilionowej wartości, przeznaczonej do wydania podmiotom leczniczym, które nie realizowały już zadań w ramach przeciwdziałania epidemii COVID-19, a nie dla realizacji ustawowego celu jakim było utworzenie (uzupełnienie) rezerw strategicznych⁸¹. Stwierdzono bowiem, że parametry techniczne każdego z urządzeń nabytych na skutek 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. Z tego powodu nie było możliwości zwrotu tych urządzeń do rezerw i ich ponownej relokacji pomiędzy świadczeniodawcami.

**Udostępnienie
przez PRM rezerw
aparatury
medycznej
o znacznej wartości
po odwołaniu stanu
zagrożenia
epidemicznego
w Polsce**

Podsekretarz Stanu, Zastępca Szefa KPRM działająca z upoważnienia PRM po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego wywołanego wirusem SARS-CoV-2, wydała 19 decyzji⁸² w sprawie udostępnienia diagnostycznej aparatury medycznej o znacznej wartości 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.

Decyzje te zostały wydane w okresie od 7 sierpnia 2023 r. do 23 października 2023 r. Dotyczyły udostępnienia ośmiu rezonansów magnetycznych o łącznej wartości⁸³ 41 614,3 tys. zł⁸⁴ oraz jedenastu tomografów komputerowych o łącznej wartości⁸⁵ 28 219,3 tys. zł⁸⁶. Łączna wartość ewidencyjna tej aparatury

⁸⁰ Rozporządzeniem 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.*

⁸¹ Art. 14 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.

⁸² Z 20 szt. asortymentów z utworzonych rezerw po 1 lipca 2023 r.

⁸³ W cenie zakupu brutto.

⁸⁴ Decyzje: [1] nr 141/R/23 z 21 września 2023 r. Województwo Łódzkie na rzecz SP ZOZ w Rawie Mazowieckiej (o wartości brutto 5343,4 tys. zł), [2] nr 156/R/23 z 20 września 2023 r. Województwo Mazowieckie na rzecz SP ZOZ w Pionkach im. Lecha i Marii Kaczyńskich Pary Prezydenckiej (o wartości brutto 5165,1 tys. zł), [3] nr 160/R/23 z 3 października 2023 r. Województwo Mazowieckie na rzecz ZOZ Szpitala Powiatowego w Sochaczewie (o wartości brutto 5195,8 tys. zł), [4] nr 223/R/23 z 9 października 2023 r. Województwo Podkarpackie na rzecz ZOZ w Dębicy (o wartości brutto 5165,1 tys. zł), [5] nr 226/R/23 z 12 października 2023 r. MSWiA na rzecz SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. M. Żyndrama-Kościałkowskiego (o wartości brutto 5165,1 tys. zł), [6] nr 230/R/23 z 2 października 2023 r. Województwo Podkarpackie na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. F. Chopina w Rzeszowie (o wartości brutto 5165,1 tys. zł), [7] nr 242/R/23 z 4 października 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 października 2023 r. Województwo Dolnośląskie na rzecz Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych (o wartości brutto 5249,6 tys. zł).

⁸⁵ W cenie zakupu brutto.

⁸⁶ Decyzje: [1] nr 144/R/23 z 21 września 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 października 2023 r. Województwo Warmińsko-Mazurskie na rzecz Warmińsko-Mazurskiego Centrum Choroby Płuc w Olsztynie (o wartości brutto 2550,2 tys. zł), [4] nr 153/R/23 Województwo Pomorskie na rzecz Szpitala Zdrowie w Kwidzynie (o wartości brutto 2550,2 tys. zł), [5] nr 157/R/23 z 27 września 2023 r. Województwo Podkarpackie na rzecz SP ZOZ „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnym (o wartości brutto 2792,8 tys. zł), [6] nr 177/R/23 z 27 września 2023 r. Województwo Śląskie na rzecz Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty” (o wartości brutto 2550,2 tys. zł), [7] nr 179/R/23 z 27 września 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 września 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 października 2023 r.

medycznej wynosiła 69 833,6 tys. zł. Na dzień wydania tych 19 decyzji przez Podsekretarza Stanu, z upoważnienia PRM, 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.

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 z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Doprowadziło to 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.

W tych 19 decyzjach 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸⁷ oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁸, 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 potrzeb⁸⁹, określenia priorytetów, planowania wydatków, zdobywania środków i ich wydatkowania zgodnie z zasadami celowości i oszczędności, a także zasadami konkurencyjności, wynikającymi z przepisów o zamówieniach publicznych.

Zdaniem NIK, pod pretekstem tworzenia i udostępniania rezerw strategicznych, uzupełniano wyposażenie określonych placówek medycznych. Wskazane urządzenia z założenia nie miały bowiem stanowić składnika rezerw, gdyż od samego początku asortyment miał już wyznaczonego końcowego użytkownika, a ustalone z nim parametry techniczne urządzeń nie pozwalały na ich relokację pomiędzy podmiotami leczniczymi bez ponoszenia znacznych kosztów. W takiej sytuacji Agencja stała się jedynie pośrednikiem w procesie

Wojewodzie Lubuskiemu na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli (o wartości brutto 1 986,5 tys. zł), [10] nr 252/R/23 z 17 października 2023 r. Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu na rzecz ZOZ w Chełmnie (o wartości brutto 2 550,2 tys. zł), [11] nr 259/R/23 z 23 października 2023 r. MSWiA na rzecz SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie (o wartości brutto 2 598,2 tys. zł).

⁸⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 799, dalej: *ustawa o działalności leczniczej*.

⁸⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm., dalej: *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

⁸⁹ Gospodarnemu planowaniu inwestycji sprzętowych w ochronie zdrowia służy Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Jest to system teleinformatyczny, w którym przetwarzane są 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*.

Wykorzystanie informacji o udostępnieniu świadczeniodawcom aparatury medycznej z rezerw strategicznych jako narzędzie do prowadzenia kampanii wyborczej Polsce

dokonywania zakupu, który – ze względu na swoją specyfikę – nie stosuje konkurencyjnych procedur, jakie musiałby zastosować podmiot leczniczy w przypadku uzyskania środków na zakup takich urządzeń, ze względu na wymóg przeprowadzenia przetargu. Na koniec listopada 2023 r. w RARS zakończono postępowania zakupowe, w odniesieniu do tych 19 decyzji. Podpisano umowy z dostawcami na zakup 11 tomografów komputerowych i jednego rezonansu magnetycznego, natomiast w siedmiu przypadkach umowy na zakup rezonansów magnetycznych nie były jeszcze podpisane.

NIK zauważyła, że informacja o udostępnieniu aparatury medycznej o wysokiej wartości poszczególnym podmiotom leczniczym zbiegła się z trwającą kampanią wyborczą do Sejmu i Senatu RP.

W 14 na 19 wydanych jednostek sprzętu (tj. sześciu rezonansów magnetycznych o łącznej wartości 31 284,1 tys. zł i ośmiu tomografów komputerowych o łącznej wartości 20 520,6 tys. zł) informacje o udostępnieniu sprzętu świadczeniodawcom w konkretnych miejscach przekazywali społecznościami lokalnym i mediom bądź sami wojewodowie, bądź inne osoby ubiegające się o mandat z okręgu, gdzie funkcjonowała placówka wskazana w danej decyzji jako użytkownik sprzętu⁹⁰.

Informacje o udostępnieniu 14 jednostek aparatury medycznej znacznej wartości podmiotom leczniczym były przekazywane po 1 lipca 2023 r., tj. po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego:

- 7 sierpnia 2023 r. – o udostępnieniu tomografu komputerowego o wartości 2699,7 tys. zł na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr Emila Warmińskiego w Bydgoszczy;
- 13 września 2023 r. – o udostępnieniu tomografu komputerowego o wartości 2598,2 tys. zł na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku;
- 22 września 2023 r. – o udostępnieniu: tomografu komputerowego o wartości 2 550,2 tys. zł na rzecz Górnośląskiego Centrum Rehabilitacyjnego „Repty”, tomografu komputerowego o wartości 2792,8 tys. zł na rzecz regionalnego Centrum Zdrowia w Lubinie oraz rezonansu magnetycznego o wartości 5343,4 tys. zł na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej;
- 27 września 2023 r. – o udostępnieniu: tomografu komputerowego o wartości 2550,2 tys. zł na rzecz Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie oraz tomografu komputerowego o wartości 2 792,8 tys. zł na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnym;
- 6 października 2023 r. – o udostępnieniu rezonansu magnetycznego o wartości 5165,1 tys. zł, na rzecz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Popowskiego w Olsztynie;
- 10 października 2023 r. – o udostępnieniu rezonansu magnetycznego o wartości 5165,1 tys. zł, na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy;
- 12 października 2023 r. – o udostępnieniu: rezonansu magnetycznego o wartości 5249,6 tys. zł na rzecz Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych, rezonansu magnetycznego o wartości 5165,1 tys. zł na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndram-Kościałkowskiego oraz tomografu komputerowego o wartości 2550,2 tys. zł na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie;
- 13 października 2023 r. – o udostępnieniu: rezonansu magnetycznego o wartości 5 195,8 tys. zł na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Sochaczewie oraz tomografu komputerowego w wartości 1986,5 tys. zł na rzecz Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli.

⁹⁰ Wystąpienie pokontrolne z 7 października 2024 r. skierowane do Prezesa Rady Ministrów w związku z kontrolą nr P/23/055 pn. Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19, str. 19–21 i 43–49.

**Nierzetelne
prowadzenie
postępowań
zakupowych
sprzętu i aparatury
medycznej**

Zakup sprzętu i aparatury medycznej w celu przeciwdziałania COVID-19

W *specustawie* wprowadzono regulacje umożliwiające ograniczenie stosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych. Postępowania w sprawie zakupu sprzętu i aparatury medycznej przeznaczonych do przeciwdziałania COVID-19 prowadzono jednak nierzetelnie.

Od 8 marca 2020 r., *specustawą*⁹¹ wprowadzono regulacje wyłączające stosowanie przepisów dotyczących zamówień publicznych na usługi lub dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego.

Ograniczenie stosowania przepisów zamówień publicznych nie było jednak równoznaczne z uchynieniem wymogu, by wydatki publiczne dokonywane były celowo i oszczędnie, z zachowaniem zasad: a) uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, b) optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, określonych w art. 44 ust. 3 pkt 1 *ufp* oraz aby wydatki niezwiązane z przeciwdziałaniem epidemii nadal były ponoszone na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁹².

Przykład⁹³:

1. **Minister Zdrowia** w 2020 r. poniósł wydatki w wysokości 44 702,4 tys. zł na zakup respiratorów, które nie spełniały norm bezpieczeństwa, nie miały wymaganej przepisami dokumentacji lub kompletnego wyposażenia, albo były niedostosowane do pracy w polskich warunkach (w tym czasie polskie firmy, wyspecjalizowane w handlu wyrobami medycznymi, oferowały sprawne i o wiele tańsze urządzenia), tj.:
 - w dniu 6 kwietnia 2020 r. MZ zakupił bez zawarcia umowy (co mogło znacząco utrudnić dochodzenie roszczeń z tytułu dostarczenia wadliwego sprzętu) 30 szt. respiratorów JIXI-H-100a za kwotę 3 564,0 tys. zł. Sprzęt ten nie spełniał wymogów bezpieczeństwa, wobec czego nie mógł być wykorzystany do leczenia pacjentów;
 - 14 kwietnia 2020 r. MZ zawarł umowę ramową na dostawę 1041 szt. respiratorów. Jej wykonawca nie dostarczył tych respiratorów, pomimo że przelano zaliczkę na jego rzecz w kwocie 161,3 mln zł. Łączna wartość respiratorów dostarczonych na podstawie tej umowy wyniosła 41 138,3 tys. zł (wg ceny zakupu). Podczas odbioru sprzętu w protokołach wskazywano na braki dokumentacji oraz elementów umożliwiających jego poprawne działanie.
2. W dniu 16 kwietnia 2020 r., na podstawie art. 11 ust. 3 w związku z art. 6 ust. 1 *specustawy*, reprezentujący Skarb Państwa **Szef KPRM** zawarł umowę ze spółką z udziałem Skarbu Państwa, na podstawie której Spółka przekazała do ARM 288 respiratorów (286 szt. Bellavista 1000e i dwa respiratory Aeonmed Shangrila 590) o łącznej wartości 37 622,1 tys. zł (wg ceny zakupu). ARM odbierając ww. sprzęt nie знаła warunków jakim mają odpowiadać respiratory i jedynie była informowana o liczbie produktów dostarczonych do jej składnic. Przeprowadzona przez ARM ocena stanu technicznego dostarczonego sprzętu wykazała, że respiratory Bellavista 1000e, za które KPRM zapłaciła kwotę łączną 37 368,6 tys. zł, były niekompletne oraz nieprawidłowo oznakowane. Ponadto z ustaleń kontroli wynika, że cena tych respiratorów była wyższa od ich ceny oferowanej przez

⁹¹ Od 8 marca 2020 r. art. 6, a od 31 marca 2020 r. do czasu uchynienia z dniem 4 września 2020 r. art. 6 ust. 1. Od dnia 29 listopada regulacja o możliwości niestosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych wynikała z art. 6a *specustawy*.

⁹² Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, dalej: *pzp*.

⁹³ Poniższe nieprawidłowości zostały szczegółowo opisane w Informacji o wynikach kontroli nr 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. 60-63.

dostawcę krajowego. Natomiast respiratory Aeonmed Shangrila 590, miały używane kompresory, nie były wyposażone w wymagane paszporty techniczne oraz instrukcje użytkowania (załączono instrukcje w języku chińskim).

Szef KPRM, MZ, a także wojewodowie i podmioty lecznicze powszechnie wykorzystywali możliwość dokonywania zakupów na potrzeby przeciwdziałania COVID-19 z wyłączeniem stosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych. Zmiany wprowadzone *specustawą* spowodowały, że podmioty/organy mogły realizować postępowania zakupowe w bardzo uproszczonej formie⁹⁴, a jednym ustawowym wymogiem było zamieszczenie w Biuletynie Zamówień Publicznych informacji o udzieleniu zamówienia.

Pomimo tego w trzech podmiotach⁹⁵ (na 11 skontrolowanych), które dokonywały zakupów sprzętu i aparatury, stwierdzono nieprawidłowości dotyczące nierzetelnej realizacji zakupów.

Przykłady:

1. **Minister Zdrowia** w przypadku sześciu z dziewięciu (66,67%) postępowań zakupowych objętych kontrolą NIK przekroczył od 3 do 33 dni termin upublicznienia informacji o udzieleniu zamówienia, wynikający z art. 6 ust. 4 *specustawy*. Zgodnie z tym przepisem, zamawiający, w terminie 14 dni od dnia udzielenia zamówienia, zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej informację o udzieleniu zamówienia.
2. W **Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku** proces wyboru wykonawcy zamówienia, którego przedmiotem była dostawa respiratora o wartości 344,7 tys. zł brutto, przeprowadzono bez rozeznania rynku (np. zapytania ofertowego), tj. z pominięciem zasad określonych w wewnętrznym regulaminie jednostki dotyczącym zamówień, które są niezbędne do zapobiegania, zwalczania lub przeciwdziałania epidemii. Umowa na dostawę tego sprzętu została zawarta 15 marca 2022 r. Natomiast sprzęt został dostarczony 28 marca 2022 r., tj. na trzy dni przed wygaśnięciem umowy zawartej pomiędzy Dyrektorem Szpitala a Wojewodą Podlaskim w sprawie wyposażenia obiektów przeznaczonych na funkcjonowanie szpitali tymczasowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.
3. Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy:
 - w przypadku sześciu z 10 zbadanych zamówień na zakup sprzętu i aparatury medycznej, udzielonych z wyłączeniem stosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych, nie zawarł umów w sprawie zamówienia publicznego w formie pisemnej, albo za zgodą zamawiającego, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, co było niezgodne z art. 15r ust. 10 *specustawy*.
 - w przypadku zamówienia dotyczącego zakupu sześciu respiratorów o łącznej wartości 411,8 tys. zł, nie dokonał pisemnego uzasadnienia odstąpienia od stosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych na mocy art. 6 *specustawy*.
 - nie zamieścił w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala informacji o dwóch zamówieniach udzielonych na dostawę dwóch kardiomonitorów za kwotę 16,0 tys. zł każdy, co było niezgodne z obowiązującym od 29 listopada

⁹⁴ W przypadku spełniania przesłani wysokiego prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub konieczności ochrony zdrowia publicznego.

⁹⁵ MZ, RARS, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.

2020 r. art. 6a *specustawy*, według którego przedmiotową informację należało zamieścić w terminie 7 dni od dnia udzielenia zamówienia.

Ponadto w trzech podmiotach (z 11 skontrolowanych) stwierdzono naruszenia przepisów dotyczących zamówień publicznych.

Przykłady

1. W dwóch, na siedem szpitali (tj. w **Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.**⁹⁶ oraz **Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu**) stwierdzono po jednym przypadku opóźnienia przekazania informacji o złożonych ofertach Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych, co było niezgodne z art. 81 ust. 1 *pzp*.
2. W trzech, na siedem szpitali (tj. w Szpitalu Specjalistycznym w Krakowie, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu oraz Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku) stwierdzono łącznie sześć przypadków opóźnień zamieszczenia w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszeń o wykonaniu umowy, co było niezgodne z art. 448 *pzp*⁹⁷.
3. W trzech, na siedem szpitali (tj. w Szpitalu Specjalistycznym w Krakowie, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu oraz Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku) ze zwłoką przekazano ogłoszenie o udzieleniu zamówienia do publikacji Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej, co było niezgodne z art. 265 ust.1 *pzp*.

**Przekazanie przez
MZ sprzętu
i aparatury
medycznej do ARM
niezgodnie
z przepisami
ustawy o rezerwach
strategiczych
z 2010 r.**

Poza nieprawidłowościami dotyczącymi procesu zakupu sprzętu i aparatury medycznej, wystąpiły również problemy z jego magazynowaniem oraz rozdysponowaniem do końcowych odbiorców.

MZ w okresie od 8 maja do 30 września 2020 r. przekazał do ARM sprzęt i aparaturę medyczną o wartości 22 199,8 tys. zł, nabyte w wyniku przeprowadzonych w Ministerstwie Zdrowia postępowań zakupowych, do magazynowania, dystrybucji lub wydawania w jego imieniu i na jego rzecz. Pomimo tego, że [1] od 8 do 16 maja 2020 r. nie miał do tego ustawowego uprawnienia, natomiast [2] w okresie po 16 maja 2020 r. sprzęt ten był przekazywany ARM niezgodnie z art. 25a ust. 1-2 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2010 r.*, tj. bez wydania decyzji wskazującej: rodzaj i ilość przekazanego asortymentu, zakres i czas jego magazynowania oraz organy lub podmioty, którym dany asortyment miał zostać wydany oraz warunki ich wydania.

Przykłady:

1. w okresie od 8 maja do 16 maja 2020 r. do Składowic ARM przekazano: 20 namiotowych stanowisk dekontaminacji pojazdów oraz 10 respiratorów o łącznej wartości **1740,4 tys. zł**;
2. w okresie od 17 maja do 30 września 2020 r. do Składowic ARM przekazano: 90 respiratorów, 550 kardiomonitorów, 10 000 pulsoksymetrów, 35 namiotowych stanowisk do dekontaminacji, tomograf komputerowy, osiem jednosegmentowych kabin do dekontaminacji, osiem trzysegmentowych kabin do dekontaminacji o łącznej wartości **20 459,4 tys. zł**.

Zdaniem NIK, przekazanie tego sprzętu i aparatury medycznej poza regułami określonymi dla rezerw strategicznych spowodowało obciążenie Agencji dodatkowymi obowiązkami, obejmującymi magazynowanie oraz dystrybucję asortymentu niewchodzącego w skład rezerw strategicznych. Natomiast w tym czasie Agencja była znacznie obciążona realizacją decyzji dotyczących tworzenia i udostępniania rezerw strategicznych w związku z epidemią COVID-19, zakupem znacznych ilości asortymentów, organizacją ich wydania, utrzymaniem i magazynowaniem.

⁹⁶ Dalej: Szpital Specjalistyczny w Krakowie.

⁹⁷ W Szpitalu Specjalistycznym w Krakowie – dwa przypadki, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu – trzy przypadki oraz w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku – jeden przypadek.

5.2. Monitorowanie wykorzystania i utrzymania sprawności technicznej zakupionego i otrzymanego sprzętu oraz aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19

Nierzetelne wykorzystywanie danych z Agencji dotyczących stanu medycznych rezerw strategicznych

Monitorowanie poziomu wykorzystania medycznych rezerw strategicznych

Organy odpowiedzialne za stan rezerw strategicznych monitorowały poziom medycznych rezerw strategicznych na podstawie otrzymywanych na bieżąco informacji z Agencji o realizacji decyzji w sprawie:

- utworzenia medycznych rezerw strategicznych, także o aktualnym stanie rezerw strategicznych asortymentu mogącego znaleźć zastosowanie w czasie epidemii COVID-19, planowanych dostawach do rezerw strategicznych (ze wskazaniem kontrahentów, terminów i wielkości dostaw); dostawach asortymentu rezerw strategicznych, zrealizowanych w kolejnym tygodniu – od dnia przekazania poprzedniej informacji;
- udostępnienia medycznych rezerw strategicznych, także danych dotyczących liczby środków ochrony osobistej oraz sprzętu i aparatury medycznej do przekazania według decyzji lub dyspozycji MZ lub PRM.

Informacje przekazywane na bieżąco przez Agencję nie miały wpływu na szacowanie przez organy odpowiedzialne za rezerwy strategiczne zapotrzebowania na sprzęt i aparaturę medyczną, zgłaszane Agencji w decyzjach i dyspozycjach w sprawie utworzenia rezerw. Spowodowało to nadmierne zakupy sprzętu i aparatury rezerw strategicznych.

W latach 2021-2022 z Ministerstwa Zdrowia⁹⁸ oraz Kancelarii Prezesa Rady Ministrów⁹⁹ wystosowano do wojewodów polecenia dokonania szczegółowego przeglądu możliwości i sposobu dalszego wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej przekazanych na potrzeby podmiotów leczniczych. Na podstawie tych analiz wojewodowie mieli podjąć decyzję o zagospodarowaniu lub relokowaniu sprzętu i aparatury medycznej, a w przypadku asortymentu pochodzącego z rezerw strategicznych decyzję o ich zwrocie.

Nierzetelne monitorowanie przez wojewodów wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej przez podmioty lecznicze

Wojewodowie zwracali się do podmiotów leczniczych o dokonanie przeglądu otrzymanego asortymentu pod kątem potrzeby ich dalszego wykorzystania do leczenia pacjentów z COVID-19. Na podstawie danych uzyskiwanych od podmiotów leczniczych, wojewodowie dokonywali sukcesywnej relokacji sprzętu i aparatury medycznej.

Ustalono, że jeden wojewoda - podlaski – nie relokował części niewykorzystanego sprzętu, pomimo że otrzymywał od podmiotów leczniczych informacje, który sprzęt czy aparatura są im niepotrzebne.

Przykład:

Wojewoda Podlaski nie relokował części sprzętu udostępnionego z rezerw strategicznych ani nie zwrócił go do RARS. Dotyczyło to sprzętu o łącznej wartości ewidencyjnej 449,2 tys. zł. Niewykorzystany sprzęt znajdował się w pięciu podmiotach leczniczych na terenie województwa podlaskiego, tj. w:

- SP ZOZ WSPR w Białymstoku wyposażenie medyczne o wartości ewidencyjnej 16,8 tys. zł;
- Samodzielnym Szpitalu Miejskim im. PCK w Białymstoku wyposażenie o wartości ewidencyjnej 40,8 tys. zł (kontener socjalno-medyczny);
- SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej wyposażenie o wartości ewidencyjnej 71,2 tys. zł (pięć butli tlenowych, kardiomonitor i respirator);
- SPSP ZOZ w Suwałkach wyposażenie o wartości ewidencyjnej 238,8 tys. zł (izolatorium podciśnieniowe oraz segment kontenerowy);

⁹⁸ Pisma z 25 maja 2021 r., 18 sierpnia 2021 r., 10 listopada 2021 r.

⁹⁹ Pismo z 13 grudnia 2022 r.

- Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku wyposażenie o wartości ewidencyjnej 81,6 tys. zł (dwa kontenery socjalno-medyczne).

Pomimo relokowania przez wojewodów sprzętu i aparatury medycznej, otrzymanych w celu przeciwdziałania COVID-19, w dwóch szpitalach (z siedmiu kontrolowanych) stwierdzono przypadki nieużytkowania sprzętu udostępnionego z rezerw strategicznych.

Przypadki niewykorzystania otrzymanego sprzętu przez szpitale

Przykłady:

1. W **Szpitalu Specjalistycznym w Krakowie** nie wykorzystywano efektywnie całości sprzętu i aparatury medycznej pochodzących z Agencji o łącznej wartości 2 419,7 tys. zł. Część sprzętu i aparatury medycznej, pochodzących z rezerw udostępnionych czasowo do szpitala tymczasowego i następnie przekazanych temu szpitalowi na podstawie umowy zawartej z Wojewodą Małopolskim nie była użytkowana i znajdowała się w magazynach lub w pomieszczeniach Działu Aparatury Medycznej Szpitala. W dniu 24 lipca 2023 r. znajdowało się tam m.in.:
 - 107 (ze 180 otrzymanych z RARS) kardiomonitorów Vista 120 model A, o wartości 1 213,4 tys. zł, w tym 92 (1 043,3 tys. zł) były dotychczas nieużywane i znajdowały się w pudłach, otwartych jedynie z powodu dokonania przeglądu technicznego;
 - 17 (z 20) dotychczas nieużywanych kardiomonitorów Q7/II, o wartości 312,6 tys. zł, w tym 16 w pudłach otwartych tylko z powodu przeglądów technicznych i jeden bez opakowania;
 - 19 (z 50) nieużywanych ssaków elektrycznych, o wartości 237,5 tys. zł;
 - 43 (z 50) zestawy do terapii wysokoprzepływowej, o wartości 656,2 tys. zł, z czego 20 urządzeń (o wartości 265,6 tys. zł) było oryginalnie zapakowanych w pudłach (nieotwierane), a 23 zestawy były złożone (używane).
2. W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy**, według stanu na 31 marca 2023 r. nie wykorzystano 90 z 316 sztuk (28,5%) otrzymanych asortymentów sprzętu i aparatury medycznej o łącznej wartości brutto 4808,2 tys. zł, w tym:
 - na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala znajdowało się 81 sztuk niewykorzystywanego sprzętu i aparatury medycznej, o łącznej wartości brutto 4 608,3 tys. zł, w tym: 30 aparatów do wysokoprzepływowej tlenoterapii, o wartości 479,0 tys. zł; 44 kardiomonitorów, o wartości 1548,1 tys. zł; pięć respiratorów o wartości 500,0 tys. zł; tomograf komputerowy, o wartości 1 501,2 tys. zł; mobilny aparat RTG, o wartości 580,0 tys. zł.
 - w pomieszczeniu Sekcji Aparatury Medycznej Szpitala przechowywano dziewięć kardiomonitorów o łącznej wartości brutto 200,0 tys. zł. Urządzenia te znajdowały się w otwartych, oryginalnych fabrycznych kartonach. Nie stwierdzono na nich numerów inwentarzowych. Kardiomonitorów nie były wykorzystywane z powodu ich niekompatybilności z urządzeniami zamontowanymi na Oddziale intensywnej opieki medycznej Szpitala, a ich wykorzystanie wymagałoby kosztownych działań modernizacyjnych.

Stwierdzone nieprawidłowości wskazują na brak skoordynowanego systemu monitorowania i zarządzania rezerwami strategicznymi. Należy wskazać, że w przypadku wystąpienia braku rezerw danego sprzętu czy aparatury, konieczny jest ich ponowny zakup, co powoduje znaczny wydatek ze środków publicznych. Dlatego sprzęt i aparatura medyczna z rezerw strategicznych powinny być udostępniane jedynie podmiotom, które rzeczywiście go potrzebowały do ratowania zdrowia i życia pacjentów z COVID-19. W przypadku, gdy nie był już on potrzebny w danej jednostce, powinien być przesunięty inne miejsce. Rezerwy strategiczne nie powinny być wykorzystywane w celu zabezpieczania ewentualnych, przyszłych, ówczesnie niezidentyfikowanych potrzeb sprzętowych podmiotów leczniczych, a jedynie

w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, o których mowa w art. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.

Utrzymanie sprawności technicznej sprzętu oraz aparatury medycznej

Nieustalenie zasad wykorzystania sprzętu i aparatury przez podmioty lecznicze

Minister Zdrowia¹⁰⁰, reprezentując Skarb Państwa, po terminie przekazania sprzętu zawierał umowy darowizny z podmiotami leczniczymi, a z wojewodami porozumienia o przekazaniu sprzętu i aparatury medycznej, zakupionej w ramach POIŚ lub z budżetu państwa i Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, co było postępowaniem nierzetelnym.

Sprzęt i aparaturę medyczną zakupioną przez MZ w ramach POIŚ przekazano w formie darowizny 501 podmiotom leczniczym w celu wykorzystania w związku z ochroną zdrowia publicznego, przede wszystkim z przeciwdziałaniem dynamicznemu rozprzestrzenianiu się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce. Jako podstawę prawną przekazania tego sprzętu w umowach wskazywano art. 46g uoz. Działający w imieniu Skarbu Państwa Minister Zdrowia, w latach 2020–2021, zawarł 1042 umowy darowizny. Umowy te zostały jednak zawarte ze znaczną zwłoką w stosunku do daty fizycznego przekazania tego sprzętu. MZ nie ponosił kosztów związanych z utrzymaniem i wykorzystaniem zakupionego przez niego sprzętu i aparatury medycznej. Zgodnie z postanowieniami umów darowizny, to obdarowane podmioty lecznicze i wojewodowie byli odpowiedzialni za utrzymanie sprawności technicznej otrzymanego sprzętu i aparatury.

W przypadku sprzętu i aparatury medycznej zakupionych w ramach POIŚ, od daty ich przekazania podmiotom leczniczym (potwierdzonej protokołem przekazania lub odbioru) do daty zawarcia 57 z 68 (83,8%) skontrolowanych umów darowizny minęło ponad 30 dni, w tym: 25 umów darowizny zawarto od 31 do 100 dni od otrzymania przez podmiot leczniczy sprzętu i aparatury medycznej, 21 od 101 do 200 dni po dacie ich otrzymania, a 11 umów zawarto po upływie ponad 200 dni od dnia ich otrzymania. Natomiast w przypadku sprzętu i aparatury medycznej zakupionych z budżetu państwa i Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 czas pomiędzy datą jego przekazania podmiotom leczniczym, a datą zawarcia siedmiu skontrolowanych umów/postanowień wyniósł od 293 do 640 dni.

Zawieranie umów darowizny/porozumień z podmiotami/organami otrzymującymi sprzęt i aparaturę zakupioną w ramach POIŚ, budżetu państwa lub Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z tak znacznym opóźnieniem było nierzetelnym działaniem Ministra Zdrowia. Do czasu zawarcia umów darowizny/porozumień nie zapewniono mechanizmów zabezpieczających majątek Skarbu Państwa, a podmioty lecznicze wykorzystywały otrzymany sprzęt bez podstawy prawnej. Nie były więc odpowiedzialne np. za ponoszenie kosztów napraw, przeglądów i eksploatacji otrzymanego sprzętu i aparatury medycznej.

Mechanizmy zapewniające gospodarne wydawanie środków publicznych, których elementem są m.in. zabezpieczenia określone w zawieranych umowach, rozkładające ryzyko oraz chroniące interesy obu stron umowy powinny zostać zapewnione w każdych warunkach. Dodatkowo należy wskazać, że środki pochodzące z programów operacyjnych Unii Europejskiej podlegają szczególnej ochronie, tj. nie tylko wynikającej z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, ale również z decyzji o dofinansowaniu, wydawanej przez instytucję zarządzającą lub pośredniczącą oraz szeregu wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków poniesionych w związku z realizacją danego projektu. Zwłoka MZ w zawarciu tych umów darowizny świadczy o braku

¹⁰⁰ Oświadczenia woli w sprawie zawarcia umów były składane przez pracowników Ministerstwa na podstawie stosownych upoważnień MZ.

Nieterminowe
przeprowadzanie
przeglądów
technicznych

właściwych mechanizmów kontroli zarządczej, o których mowa w art. 68 ust. 2 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 1 *ufp*.

W pięciu podmiotach leczniczych z siedmiu objętych kontrolą stwierdzono przypadki nieterminowego przeprowadzenia przeglądów technicznych sprzętu i aparatury wykorzystywanej do udzielania świadczeń pacjentom z COVID-19.

Wszystkie objęte kontrolą podmioty lecznicze miały dokumentację potwierdzającą wykonywane instalacje, naprawy, przeglądy techniczne używanego do wykonywania świadczeń zdrowotnych sprzętu i aparatury medycznej. Niezależnie od formy prawnej otrzymania danego sprzętu i aparatury medycznej (zwrotne/bezzwrotne udostępnienie, darowizna, użyczenie) koszty przeglądów technicznych były ponoszone ze środków finansowych szpitali.

Przykłady:

Nieterminowe przeprowadzenie przeglądów technicznych sprzętu i aparatury stwierdzono w:

- **Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach** w przypadku 10 z 20 (50,0%) badanych urządzeń. Opóźnienie wynosiło od dwóch do 139 dni;
- **Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie** w przypadku sześciu z 20 (tj. 33,3%) badanych urządzeń. Opóźnienie wynosiło od trzech do 90 dni;
- **Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku** w przypadku dwóch z 20 (10,0%) badanych urządzeń. Opóźnienie wynosiło 12 i 45 dni;
- **Szpitalu Specjalistyczny w Krakowie** w przypadku jednego z 20 (5,0%) badanych urządzeń. Dwa przeglądy tego urządzenia zostały przeprowadzone 11 dni i 5 dni po upływie zalecanych terminów, wynikających z wpisów w paszporcie technicznym;
- **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy** w przypadku trzech z 20 (15,0%) badanych urządzeń. Opóźnienie wynosiło od 26 do 182 dni.

Zdaniem NIK, nieterminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej może mieć negatywny wpływ na ich poprawność działania i bezpieczeństwo użytkowania, a także co za tym idzie właściwą diagnostykę i leczenie pacjentów. Sytuacja spowodowana epidemią COVID-19 nie usprawiedliwia możliwego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów leczonych lub diagnozowanych potencjalnie niesprawnym sprzętem lub aparaturą medyczną. Należy zaznaczyć, że przepisy *specustawy*, która zawierała wiele udogodnień związanych ze zmianą terminów wykonywania określonych czynności czy przedłużenia ważności różnych dokumentów, jednak nie uprawniała do zaniechania przeprowadzania wymaganych przeglądów technicznych.

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

	Nieustalenie przez PRM procedur opisujących sposób zagospodarowania składników majątkowych zakupionych w związku z COVID-19
Nieokreślenie procedur normujących formę oraz warunki zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych po zakończeniu epidemii	PRM w czasie epidemii, a także po jej zakończeniu nie zapewnił, by zostały opracowane procedury opisujące zasady i tryb zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych przez Agencję ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z epidemią. Wojewodom nie przekazano zasad oceny stanu technicznego sprzętu i aparatury medycznej, których znaczną liczbę udostępniono na potrzeby walki z COVID-19. Nie przekazano im także zasad rozstrzygania o przydatności tego sprzętu do dalszego pozostawiania w rezerwach strategicznych lub przekazywania podmiotom leczniczym na własność. Takie zaniechanie świadczy, że PRM nierzetelnie realizował swoje zadania jako organu odpowiedzialnego za tworzenie i dysponowanie tymi rezerwami¹⁰¹ oraz 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 przeznaczeniem¹⁰². W związku z tym, wojewodowie, którym PRM w 480 decyzjach dał uprawnienia władczego rozstrzygania czy sprzęt i aparatura udostępnione z rezerw strategicznych na cele przeciwdziałania COVID-19 podlegają zwrotowi (patrz str. 28 niniejszej <i>Informacji</i>), po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego nie podjęli skoordynowanych działań na rzecz ustalenia statusu prawnego i materialnego (stanu technicznego) tego sprzętu i aparatury wydanych podmiotom leczniczym na potrzeby zwalczania epidemii COVID-19. Z powodu braku takich procedur wystąpiły istotne rozbieżności w podejściu do zakresu uprawnień, jakimi te podmioty dysponują w stosunku do udostępnionych urządzeń i aparatury medycznej. 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 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. W konsekwencji nie zostały spełnione wymogi prawidłowej gospodarki mieniem Skarbu Państwa z zachowaniem szczególnej staranności.
Nieokreślenie zasad zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej po likwidacji ST	PRM nie zapewnił, by ustalono zasady zagospodarowania składników majątkowych nabytych przez MAP i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie ST ani nie nadzorował sposobu realizacji przez tych ministrów decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych. PRM nie wykorzystał uprawnień, wynikających z art. 5 ust. 1 pkt 2 <i>ustawy o RM</i>, do żądania od MAP i Szefa KPRM informacji, dokumentów i sprawozdań na temat sposobu realizacji decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych, w tym przebiegu ich likwidacji i rozliczenia umów dotyczących tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, a także sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej.

¹⁰¹ Na podstawie art. 13, 14 i 19 w związku z art. 5 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.*

¹⁰² Na podstawie art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej.*

Świadczy to, że PRM nie sprawował rzetelnego nadzoru nad zagospodarowaniem mienia Skarbu Państwa nabytego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z tworzeniem i późniejszą likwidacją szpitali tymczasowych. PRM nie zapewnił przede wszystkim warunków do przeciwdziałania ryzyku nierzetelnego i niezgodnego z prawem¹⁰³ wykorzystania tego mienia. Spowodowało to nieprawidłowości stwierdzone w Ministerstwie Aktywów Państwowych i KPRM, dotyczące nierzetelnego i niezgodnego z prawem przekazywania majątku ruchomego pozostałego po szpitalach tymczasowych i punktach szczepień oraz niezgodnego z zawartymi umowami przekazania takiego majątku Ministrowi Obrony Narodowej¹⁰⁴ przez MAP. Efektem tego było również niezagospodarowanie przez Szefa KPRM wyposażenia szpitala tymczasowego po zakończeniu jego działalności (patrz str. 53–54 niniejszej *Informacji*).

MZ na podstawie wniosków wojewodów lub podmiotów leczniczych o zagospodarowaniu niewykorzystanego sprzętu i aparatury medycznej oraz przekazania go podmiotom leczniczym, które zgłosiły brak takich urządzeń, dokonywał zmian i korekt dyspozycji w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych, wydawanych na podstawie art. 46d ust. 1 *uozz*.

Minister, jako podmiot wiodący w koordynacji dostępności i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych¹⁰⁵, przekazywał również wojewodom wytyczne dotyczące sposobu dalszego wykorzystania i zagospodarowania tego sprzętu. Jednakże w kierowanej do nich korespondencji nie odnosił się do przepisów określających sposób przekazania sprzętu dalszym odbiorcom ani do zasad zwrotu sprzętu do RARS. Wskazywał jednak na konieczność przeprowadzania przez wojewodów analizy zapotrzebowania i wykorzystania udostępnionego sprzętu oraz dokonywania relokacji sprzętu do podmiotów, w których był najbardziej potrzebny, na podstawie wyników tej analizy.

Nieustalenie zasad formalnoprawnego przekazania sprzętu do jego ostatecznych odbiorców oraz zwrotu tego sprzętu do Agencji ogranicza możliwość jego rzetelnego rozliczenia. Niedookreślony status sprzętu i aparatury medycznej przekazanych podmiotom leczniczym za pośrednictwem wojewodów powoduje, że nie jest jasne, kto na podstawie jakiego tytułu prawnego nimi dysponuje, a także kto ma ponosić koszty ich utrzymania, remontów i modernizacji.

**Bezzwrotne
przekazanie sprzętu
podmiotom
prywatnym**

Przykład

Sekretarz Stanu w imieniu MZ wydał, na podstawie art. 46d ust. 1 *uozz*, dwie dyspozycje (30 grudnia 2020 r. i 4 lutego 2021 r.), zmieniające wcześniejsze dyspozycje w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych, w następstwie których umożliwiono bezzwrotne przekazanie przez Agencję sprzętu i aparatury medycznej podmiotom niepublicznym, co było niezgodne z ówczesnie obowiązującymi przepisami.

Sprzęt i aparatura medyczna stanowiące rezerwy strategiczne są majątkiem Skarbu Państwa. Zatem do czasu, gdy dany asortyment wchodzi w skład rezerw strategicznych, podlega on zasadom gospodarowania określonym w przepisach art. 26 ust. 1 w zw. z art. 21 ust. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.* Natomiast w przypadku bezzwrotnego przekazania wojewodzie sprzętu, który następnie uznano za zbędny, można go przekazać innym podmiotom stosując przepisy określające zasady zarządzania mieniem państwowym, w szczególności § 38 ust. 1 *rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*. W żadnym z tych trybów nie przewidziano, aby składniki majątku Skarbu Państwa mogły zostać bezzwrotnie przekazane podmiotom niepublicznym.

¹⁰³ Z przepisami ustawy o zasadach zarządzania mieniem państwowym oraz rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP.

¹⁰⁴ Dalej: MON.

¹⁰⁵ Zgodnie z KPZK, cz. B, str. 51, Katalog XXVIII Zadania ministra właściwego ds. zdrowia.

Należy zaznaczyć, że bezzwrotne przekazanie jakiegoś przedmiotu oznacza bezwarunkowe wyrażenie woli nieubiegania się o zwrot danego składnika majątkowego z jakiegokolwiek powodu. Podmiot, któremu w taki sposób przekazano składnik mienia, może traktować to jako przekazanie trwałe. Podmiot ten może uważać się za uprawniony do tego, by traktować taki składnik majątkowy jako własny, ujmując go w swoich księgach rachunkowych jako składnik aktywów własnych oraz odzwierciedlając jego wartość w ogólnej wartości całego swojego majątku.

Zagospodarowanie sprzętu i aparatury medycznej przez wojewodów

Nieustalenie formy oraz warunków udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej

W okresie realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19 wojewodowie nie ustalali rzetelnie formy oraz warunków udostępnienia podmiotom leczniczym sprzętu i aparatury medycznej otrzymanych z Agencji.

W związku z brakiem wiążących, powszechnie obowiązujących w administracji rządowej i spójnych procedur normujących postępowanie dotyczące rozliczenia sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, wystąpiły istotne rozbieżności w podejściu poszczególnych wojewodów do zakresu uprawnień do dysponowania asortymentem udostępnionym z rezerw strategicznych na cele przeciwdziałania COVID-19 na podstawie decyzji ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne, decyzji wydanych w imieniu PRM i dyspozycji MZ. W efekcie wojewodowie niejednolicie działali w kwestii ustalenia statusu prawnego i materialnego (stanu technicznego) aparatury i sprzętu wydanych do użycia podmiotom leczniczym. Zdaniem NIK, we wszystkich przypadkach dysponowanie udostępnionym mieniem państwowym powinno odbywać się z uwzględnieniem art. 4 *ustawy o zasadach zarządzania mieniem państwowym*, wedle której należy nim zarządzać zgodnie z zasadami prawidłowej gospodarki, z zachowaniem szczególnej staranności.

W toku prowadzonych kontroli stwierdzono przypadki niezawarcia przez wojewodów z podmiotami leczniczymi umów, a także niesporządzenia protokołów, które powinny regulować formę oraz warunki udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej otrzymanej z Agencji, w związku z decyzjami ministrów odpowiedzialnych za rezerwy strategiczne, PRM i dyspozycji MZ. Było to postępowanie nierzetelne. Asortyment był przekazywany na podstawie dowodów księgowych WZ (wydanie zewnętrzne towaru) lub dokumentów potwierdzających odbiór przez wybrane podmioty lecznicze.

Przykłady

W okresie realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19 czterech wojewodów z siedmiu skontrolowanych przekazało sprzęt i aparaturę medyczną otrzymaną z Agencji, bez ustalenia formy i warunków ich udostępnienia (w szczególności odnoszących się do utrzymania sprawności technicznej sprzętu, jego ubezpieczenia oraz okresu na jaki sprzęt jest udostępniany):

- potwierdzeniem przekazania przez **Wojewodę Śląskiego** sprzętu były dowody księgowe WZ, w których wskazywano rodzaj i liczbę asortymentu oraz podmiot, któremu wydano sprzęt medyczny. W taki sposób **Wojewoda Śląski** przekazał, wybrany do kontroli, sprzęt i aparaturę medyczną o łącznej wartości początkowej **88 077,1 tys. zł.**
- **Wojewoda Małopolski** przekazywał sprzęt na podstawie dokumentów *potwierdzających odbiór*, w których wskazywano rodzaj i liczbę asortymentu, a dopiero od 21 kwietnia 2021 r. zamieszczano w nich informacje wynikające z decyzji PRM, że: udostępniany sprzęt może być wykorzystywany wyłącznie w celu przeciwdziałania i zwalczania COVID-19, podlega zwrotowi (chyba, że wojewoda wyda inną decyzję), może podlegać relokacji, w związku z czym należy zachować opakowania w jakich sprzęt

**Niezapewnienie
relokacji sprzętu
i aparatury
medycznej**

- został odebrany z magazynu. Dokumenty te nie zawierały jednak wartości przekazanego sprzętu.
- **Wojewoda Świętokrzyski** przekazał 21 podmiotom leczniczym z terenu województwa świętokrzyskiego, na podstawie dokumentów WZ, sprzęt i aparaturę medyczną o wartości początkowej **16 820,7 tys. zł.**
 - **Wojewoda Wielkopolski** (upoważnieni przez niego pracownicy) na podstawie protokołów przekazania wydał podmiotom leczniczym 42 szt. sprzętu o łącznej wartości początkowej **1528,30 tys. zł.**

Nie zgodne z treścią decyzji PRM trzech wojewodów¹⁰⁶ (z siedmiu objętych kontrolą) nie zapewniło możliwości relokacji sprzętu i aparatury medycznej udostępnionych podmiotom leczniczym. Ponadto sprzęt i aparatura medyczna były przez nich zagospodarowane z naruszeniem zasad określonych w ustawie o zasadach zarządzania mieniem państwowym oraz w rozporządzeniu o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP.

Jak wskazano wcześniej na str. 28, PRM w 480 decyzjach wskazał, że udostępniony asortyment nie podlega zwrotowi, chyba że wojewoda, któremu został on udostępniony, w wyniku własnej analizy sytuacji uzna takie udostępnienie za właściwe i celowe. W tych decyzjach (423 z 480) PRM wskazał też, że udostępniany na rzecz wojewodów asortyment powinien podlegać relokacji, jeśli było to konieczne do zabezpieczenia potrzeb podmiotów leczniczych na terenie województwa. W takim przypadku, wojewoda mógł odebrać sprzęt przekazany wcześniej danemu podmiotowi i przekazać go innemu, także niewskazanemu w decyzji PRM. Przekazany asortyment miał być jednak wykorzystywany zgodnie z celem określonym w decyzji PRM, jakim było *przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 oraz ratowanie życia i zdrowia ludzkiego, w tym przeciwdziałanie epidemii COVID-19*.

Po zakończeniu realizacji zadania (celu) wskazanego w decyzji o udostępnieniu rezerw, sprzęt i aparatura medyczna, w przypadku których wojewoda uznał, że nie podlegają zwrotowi do zasobów rezerw strategicznych, mogły zostać rozdysponowane na zasadach określonych w *ustawie o zasadach zarządzania mieniem państwowym* oraz w *rozporządzeniu o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*. Zgodnie z treścią decyzji PRM, asortyment ten został udostępniony wojewodom, a nie konkretnym podmiotom leczniczym. Nawet w przypadku, gdy określony sprzęt został udostępniony bez konieczności jego zwrotu, to nie stał się on własnością podmiotu leczniczego, któremu ten sprzęt przekazano, ale pozostaje w dyspozycji wojewody.

W okresie od marca 2020 r. do października 2023 r. *rozporządzenie o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP* było wielokrotnie nowelizowane. Zmieniano przede wszystkim przepisy dotyczące podmiotów, którym sprzęt mógł zostać bezzwrotnie przekazany, a także zasady ich przekazania, takie jak konieczność: przeprowadzania bieżącej analizy stanu majątku ruchomego, z uwzględnieniem jego stanu technicznego oraz przydatności do dalszego użytkowania oraz powołania komisji oceny przydatności tych składników do dalszego użytkowania; podjęcia próby sprzedaży majątku ruchomego, który został zakwalifikowany jako zbędny, przed jego nieodpłatnym przekazaniem; zgłoszenia Prezesowi Prokuratury Generalnej RP zamiaru zagospodarowania zbędnych składników rzeczowych majątku ruchomego.

Przykłady

Wojewodowie Małopolski, Wielkopolski i Zachodniopomorski przed bezzwrotnym przekazaniem (darowizna) podmiotom leczniczym sprzętu i aparatury medycznej nie dochowali obowiązków, o których mowa w *rozporządzeniu o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*.

1. **Wojewoda Małopolski** przed przekazaniem w dniu 2 sierpnia 2021 r., w drodze darowizny, na rzecz Województwa Małopolskiego sprzętu

¹⁰⁶ Wojewoda Małopolski, Wojewoda Wielkopolski, Wojewoda Zachodniopomorski.

medycznego oraz wyposażenia zakupionego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 o łącznej wartości **3 088,6 tys. zł** nie dokonał oceny przydatności tych składników do dalszego użytkowania (§ 5 ust. 2), nie zamieścił w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej informacji o każdym zbędnym składniku rzeczowym majątku ruchomego (§ 6 ust. 2), nie podjął próby sprzedaży tego majątku (§ 2a ust. 3) i nie zgłosił Prezesowi Prokuratury Generalnej RP zamiaru zagospodarowania składników o wartości powyżej 200 000 zł.

2. **Wojewoda Wielkopolski** w okresie od 12 września do 15 grudnia 2022r., przekazał, w pięciu dyspozycjach, czterem szpitalom województwa wielkopolskiego 2220 szt. sprzętu o łącznej wartości **12 935,6 tys. zł**, otrzymanego z rezerw strategicznych. Wcześniej nie podjął próby sprzedaży tego majątku (§ 2a ust. 3). Natomiast w okresie od 3 sierpnia 2022 r. do 3 lipca 2023 r. Wojewoda Wielkopolski przekazując sprzęt szpitalom nie zamieścił wcześniej w Biuletynie Informacji Publicznej na stosownej stronie, informacji o każdym zbędnym składniku rzeczowym majątku ruchomego (§ 6 ust. 2) i nie podjął próby sprzedaży tego majątku (§ 2a ust. 3), a także nie zgłosił Prezesowi Prokuratury Generalnej RP zamiaru zagospodarowania składników o wartości powyżej 100 000 zł¹⁰⁷.
3. W okresie od 7 kwietnia 2021 r. do 2 sierpnia 2022 r. **Wojewoda Zachodniopomorski** przed przekazaniem sprzętu szpitalom nie dokonał oceny przydatności tych składników do dalszego użytkowania (§ 5 ust. 2), nie zamieścił w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej informacji o każdym zbędnym składniku rzeczowym majątku ruchomego (§ 6 ust. 2), nie podjął próby sprzedaży tego majątku (§ 2a ust. 3) i nie zgłosił Prezesowi Prokuratury Generalnej RP zamiaru zagospodarowania składników o wartości powyżej 200 000 zł. W tym okresie, w drodze łącznie trzydziestu sześciu dyspozycji Wojewody Zachodniopomorskiego (wydanych przez upoważnionych pracowników Urzędu) 20 szpitalom przekazano bezzwrotnie 156 sztuk sprzętu i aparatury medycznej, o łącznej wartości **12 813,3 tys. zł**, otrzymanych bezzwrotnie z rezerw strategicznych oraz zasobów MZ.

Bezzwrotne przekazanie przez wojewodów sprzętu podmiotom leczniczym

Sprzęt i aparatura medyczna były przekazywane bezzwrotnie podmiotom leczniczym (w tym podmiotom prywatnym), z naruszeniem rozporządzeniem o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP.

Ostatecznie przepisy *rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*, po nowelizacji z 21 lipca 2023 r., umożliwiły organom administracji publicznej nieodpłatne przekazanie¹⁰⁸, na rzecz wskazanych w tym przepisie podmiotów leczniczych, zbędnych lub zużytych składników rzeczowych majątku ruchomego bez względu na ich wartość i bez wcześniejszej próby ich sprzedaż. Podmiotami tymi mogą być jednak tylko podmioty publiczne, a więc państwowe jednostki sektora finansów publicznych, które nie mają osobowości prawnej, podmioty lecznicze prowadzone w formie określonej w art. 6 ust. 1, 2 lub 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰⁹, a także podmioty lecznicze będące instytutami badawczymi, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych¹¹⁰. Zgodnie z § 7 ust. 2 tego rozporządzenia, przy podejmowaniu decyzji o zagospodarowaniu zbędnych lub zużytych składników rzeczowych majątku ruchomego przez nieodpłatne przekazanie lub darowiznę, w pierwszej kolejności należy uwzględnić potrzeby jednostek sektora finansów publicznych.

¹⁰⁷ Po dniu 3 sierpnia 2022 r. można było – bez podjęcia próby sprzedaży- przekazać praktycznie każdy składnik mienia ruchomego podmiotowi należącemu do sektora finansów publicznych, pod warunkiem, że był on państwowy i nie posiadał osobowości prawnej. W innym przypadku, zbędne składniki majątku ruchomego można było przekazać jedynie w sytuacji gdy sprzedaż nie doszłaby do skutku.

¹⁰⁸ Na podstawie § 7 ust. 2a rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP.

¹⁰⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799.

¹¹⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 534.

Z omawianego wykazu podmiotów, które mogą otrzymać taką drogą sprzęt i aparaturę medyczną wyłączone zostały jedynie podmioty prywatne.

Dwóch wojewodów (zachodniopomorski i wielkopolski) przekazało bezzwrotnie sprzęt i aparaturę medyczną podmiotom do tego nieuprawnionym, w tym również podmiotom niepublicznym, co było niezgodne z § 38 ust. 1 *rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*. W myśl tego przepisu, składniki majątku ruchomego można było przekazać nieodpłatnie (po spełnieniu określonych warunków) wyłącznie jednostkom sektora finansów publicznych lub państwowym osobom prawnym.

Przykład:

1. W okresie 15 października 2020 r. - 25 marca 2021 r. **Wojewoda Zachodniopomorski** (upoważnieni pracownicy urzędu wojewódzkiego) w drodze 61 dyspozycji polecił wydać bezzwrotnie szpitalom województwa zachodniopomorskiego składniki rzeczowe majątku ruchomego Skarbu Państwa, tj. 670 sztuk sprzętu i aparatury medycznej otrzymanych z rezerw strategicznych oraz zasobów Ministra Zdrowia, o łącznej wartości **11 741,1 tys. zł**, mimo że szpitale te nie znajdowały się w katalogu podmiotów uprawnionych do otrzymania takich zasobów (w tym 16 sztuk o wartości ogółem 433,7 tys. zł podmiotowi prywatnemu). Według § 38 ust. 1 *rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*, nieodpłatne przekazanie mogło nastąpić na rzecz organu administracji publicznej, jednostki administracji publicznej lub jednostki samorządu terytorialnego
2. W okresie od 20 kwietnia 2021 r. do 18 stycznia 2022 r. **Wojewoda Zachodniopomorski** (upoważnieni pracownicy urzędu wojewódzkiego) wydali bezzwrotnie **podmiotowi prywatnemu**, w drodze dziewięciu dyspozycji, składniki majątku ruchomego Skarbu Państwa, tj. 117 sztuk sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych o łącznej wartości **5 107,3 tys. zł**. W wyniku oględzin w tej placówce 18 lipca 2023 r. stwierdzono niewykorzystywanie części zasobów, tj. sprzętu i aparatury medycznej o wartości 2588,8 tys. zł i przechowywanie ich w nierozpakowanych kartonach w pomieszczeniach magazynowych.
3. **Wojewoda Wielkopolski** od 12 września 2022r. do 2 marca 2023 r. wydał bezterminowo i bezzwrotnie 10 niepublicznym podmiotom leczniczym, prowadzonym w formie spółek prawa handlowego, składniki rzeczowe majątku ruchomego Skarbu Państwa, tj. łącznie 2 282 szt. sprzętu i aparatury medycznej otrzymanych z rezerw strategicznych o łącznej wartości **10 153,2 tys. zł**.

W jednym przypadku wojewoda nie wystąpił o zwrot sprzętu udostępnionego prywatnym podmiotom leczniczym po odwołaniu stanu zagrożenia epidemią z dniem 1 lipca 2023 r.

Przykład:

Wojewoda Śląski nie wystąpił do 10 niepublicznych podmiotów leczniczych (tj. podmiotów niewymienionych w §§: 2a, 7, 38 i 39 *rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*) z prośbą o zwrot udostępnionego im sprzętu medycznego dla przeciwdziałania epidemii COVID-19, w łącznej kwocie **8 864,2 tys. zł**, mimo że z dniem 1 lipca 2023 r. zniesiono stan zagrożenia epidemicznego, a więc sprzęt ten nie był już potrzebny do zwalczania epidemii.

NIK nie kwestionuje przekazania przez wojewodów, w okresie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego¹¹¹, niepublicznym podmiotom leczniczym sprzętu medycznego, udostępnionego z RARS, w celu przeciwdziałania epidemii COVID-19. Podmioty te, na podstawie przepisów *specustawy*, zostały zobowiązane do przeciwdziałania i zwalczania epidemii. Jednak z dniem odwołania stanu zagrożenia epidemicznego (od 1 lipca 2023 r.) nie realizowały już tego obowiązku. Zatem otrzymany z Agencji sprzęt medyczny nie był

¹¹¹ Tj. w sytuacji określonej w art. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.

Nierzetelne
ujmowanie
sprzętu i aparatury
medycznej
w ewidencji
księgowej urzędów
wojewódzkich

wykorzystywany do realizacji celu wskazanego w decyzjach PRM w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych i powinien być zwrócony. Nie ma przy tym znaczenia fakt, że podmioty te aktualnie wykonują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych na podstawie umowy zawartej z NFZ, w tym leczą pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

W czterech, z siedmiu skontrolowanych urzędów wojewódzkich sprzęt i aparatura medyczna otrzymane z rezerw strategicznych lub zakupione przez wojewodów ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, nie były ujmowane w ewidencjach księgowych (ewidencjach środków trwałych).

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 42 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*, mienie Skarbu Państwa podlega ewidencjonowaniu, a ewidencję prowadzi się z uwzględnieniem właściwych dla danego podmiotu zasad ewidencji, określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹¹². Natomiast zgodnie z *ustawą o rachunkowości*, zestawienie obrotów i sald kont księgi głównej oraz zestawienia sald kont ksiąg pomocniczych, sporządzone na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych, spełniają rolę spisu inwentarza jednostki (art. 19 ust. 1). Do ksiąg rachunkowych okresu sprawozdawczego należy wprowadzić, w postaci zapisu, każde zdarzenie, które nastąpiło w tym okresie sprawozdawczym (art. 20 ust. 1 ustawy). Księgi rachunkowe muszą być prowadzone rzetelnie, bezbłędnie, sprawdzalnie i bieżąco (art. 24 ust. 1).

Brak odpowiednich zapisów w ewidencjach księgowych urzędów wojewódzkich powodował, że nie można było przeprowadzić rzetelnej inwentaryzacji sprzętu i aparatury, zakupionych do przeciwdziałania COVID-19, dokonać odpisów amortyzacyjnych, a także nie można było ustalić podmiotu odpowiedzialnego za jego utrzymanie, naprawy i przeglądy. Było to z kolei niezgodne z określonymi w art. 4 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym* zasadami wykorzystania mienia państwowego. Zgodnie z nimi, takie mienie ma służyć wykonywaniu zadań publicznych, a sposób jego zarządzania ma odpowiadać zasadom prawidłowej gospodarki, z zachowaniem szczególnej staranności.

Trzech wojewodów nie ujęło w ewidencji środków trwałych sprzętu i aparatury medycznej otrzymanych z rezerw strategicznych.

Przykłady

1. Wojewoda Małopolski nie ujął w ewidencji środków trwałych **Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie** przekazanego przez Agencję sprzętu i aparatury medycznej po czterech zlikwidowanych ST, o łącznej wartości **17 712,8 tys. zł**. Sprzęt został Wojewodzie bezzwrotnie udostępniony na podstawie pięciu decyzji wydanych w imieniu PRM.
2. Wojewoda Dolnośląski nie ujął w ewidencji księgowej **Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu** sprzętu i aparatury medycznej o łącznej wartości **29 809,9 tys. zł**. Asortyment ten był udostępniony z rezerw strategicznych na potrzeby siedmiu podmiotów leczniczych, a wojewoda przekazał go tym podmiotom nieodpłatnie i bezzwrotnie.
3. Wojewoda Podlaski nie ujął w ewidencji księgowej **Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku** całości wyposażenia medycznego otrzymanego z rezerw strategicznych. Ewidencja sprzętu i aparatury medycznej była również prowadzona nierzetelnie. Do 10 stycznia 2023 r. Urząd nie miał pisemnego potwierdzenia uzgodnienia sald ilościowo-jakościowych z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Białymstoku. Pomimo tego, że w latach 2020-2023 przekazał temu podmiotowi sprzęt z rezerw strategicznych o łącznej wartości 18 016,4 tys. zł.

¹¹² Dz. U. z 2023 r. poz. 120 ze zm., dalej: *ustawa o rachunkowości*.

Natomiast w przypadku dwóch urzędów wojewódzkich stwierdzono¹¹³, że nie ujęto w ich księgach rachunkowych (ewidencji środków trwałych) sprzętu i aparatury medycznej zakupionych przez wojewodów na rzecz szpitali tymczasowych.

Przykład

Sprzęt i aparatura medyczna zakupione w latach 2020-2021 ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przez:

- **Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki** w Szczecinie na rzecz dwóch szpitali tymczasowych o wartości ogółem **17 233,5 tys. zł**;
- Szpital Specjalistyczny w Krakowie (na rzecz i w imieniu **Wojewody Małopolskiego**) dla potrzeb organizacji szpitala tymczasowego o wartości ogółem **3 659,1 tys. zł**;

nie zostały ujęte w księgach rachunkowych urzędów wojewódzkich (ewidencji środków trwałych), tylko w ich ewidencji pozabilansowej, pomimo tego, że w obu przypadkach nabywcą sprzętu i aparatury medycznej oraz płatnikiem faktur był urząd wojewódzki.

Zagospodarowanie sprzętu i aparatury medycznej po likwidacji szpitali tymczasowych utworzonych przez spółki z udziałem Skarbu Państwa

Podstawą do tworzenia szpitali tymczasowych były decyzje administracyjne wydane przez PRM, MZ, MON i wojewodów¹¹⁴:

- PRM wydał, na podstawie art. 11 h ust. 3 i 4 *specustawy*, 12 decyzji polecających wskazanym w nich 11 spółkom z udziałem Skarbu Państwa podjęcie działań w celu utworzenia 17 szpitali tymczasowych. Decyzje te dały podstawę do utworzenia 11 szpitali tymczasowych na terenie całego kraju¹¹⁵.
- MZ wydał 36 decyzji dla 19 podmiotów gospodarczych oraz dziewięciu podmiotów leczniczych, dotyczących udostępnienia nieruchomości i/lub przystosowania nieruchomości na potrzeby szpitali tymczasowych, na podstawie których w okresie objętym kontrolą utworzono 18 i uruchomiono 17 ST.
- trzy szpitale zostały utworzone i uruchomione na podstawie decyzji dwóch wojewodów: warmińsko-mazurskiego (ST w Nidzicy i ST w Szczytnie) oraz zachodniopomorskiego (ST PUM w Szczecinie). Szpitale te były finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na podstawie dyspozycji składanych przez MZ.
- dwa szpitale zostały utworzone i uruchomione w Warszawie na podstawie decyzji-poleceń Ministra Obrony Narodowej (ST przy ul. Szaserów i ST przy ul. Żwirki i Wigury).

Na podstawie tych decyzji, miało zostać utworzonych 40 szpitali tymczasowych, natomiast faktycznie uruchomiono 32 szpitale, w tym: osiem w województwie mazowieckim (ST na Lotnisku Okęcie, Modułowy ST w Warszawie, ST Południowy w Warszawie, ST Stadion Narodowy, ST w Ostrołęce, ST w Płocku, ST w Siedlcach i ST w Radomiu), po trzy w województwach małopolskim (ST CUMRIK, ST Expo w Krakowie i ST w Krynicy-Zdroju) i dolnośląskim (ST we Wrocławiu, ST w Wałbrzychu i ST w Legnicy), po dwa w województwach śląskim (ST w Katowicach i ST w Pyrzowicach), pomorskim

¹¹³ Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie i Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie.

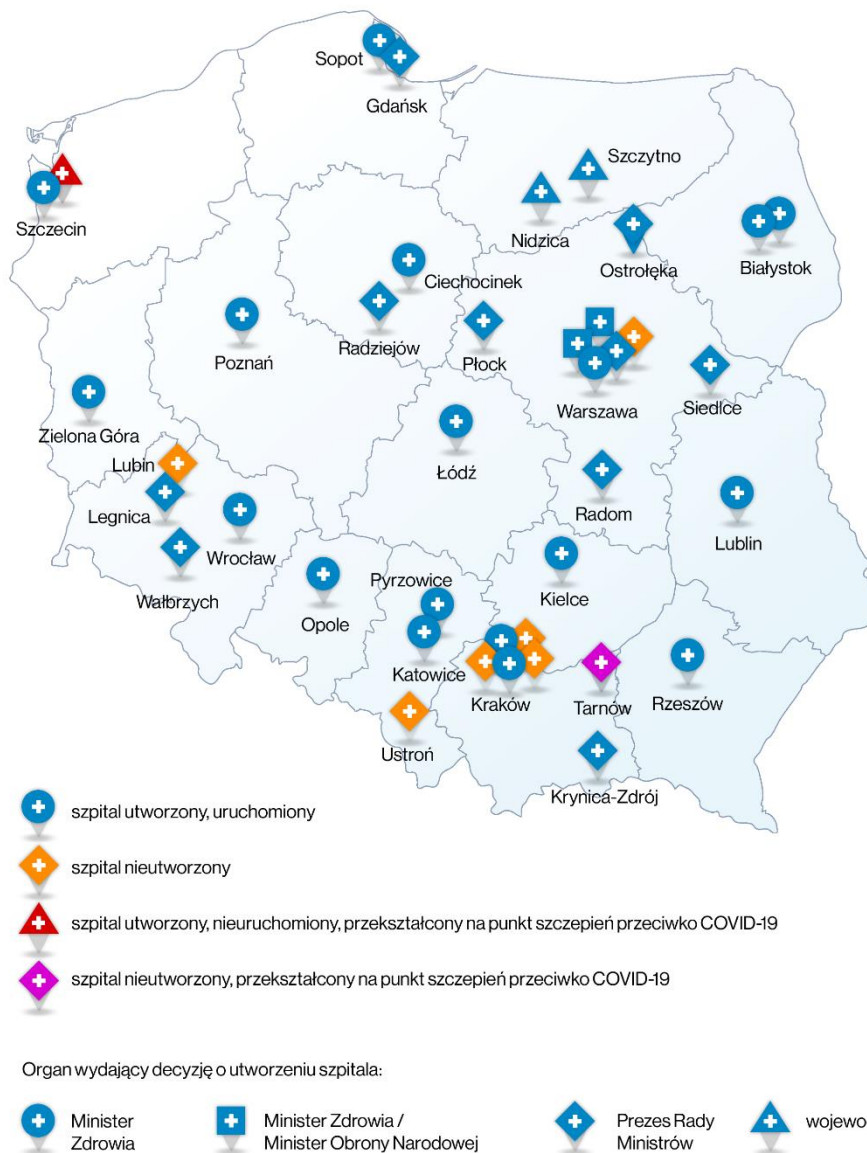
¹¹⁴ Działania odpowiedzialnych organów i podmiotów w zakresie utworzenia, organizacji, funkcjonowania i likwidacji szpitali tymczasowych w Polsce zostały opisane i ocenione w Informacji o wynikach kontroli nr P/20/062 pn. *Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19*.

¹¹⁵ Z tego dwa ST objęte umowami zawartymi przez Ministra Szefa KPRM: w Warszawie – Stadion Narodowy, ST Siedlcach; oraz dziewięć ST objętych umowami zawartymi przez MAP: w Gdańsku, Pyrzowicach, Płocku, Ostrołęce, Krynicy-Zdroju, Radziejowie, Legnicy, Wałbrzychu i Radomiu.

(ST w Gdańsku i ST w Sopocie), warmińsko-mazurskim (ST w Nidzicy i ST w Szczytnie), podlaskim (ST Nr 1 w Białymstoku i ST Nr 2 w Białymstoku) i kujawsko-pomorskim (ST w Ciechocinku i ST w Radziejowie) oraz po jednym w pozostałych województwach: łódzkim (ST w Łodzi), podkarpackim (ST w Rzeszowie), wielkopolskim (ST w Poznaniu), lubuskim (ST w Zielonej Górze), zachodniopomorskim (ST PUM w Szczecinie), świętokrzyskim (ST w Kielcach), opolskim (ST w Opolu) i lubelskim (ST w Lublinie).

Infografika nr 3

Rozmieszczenie szpitali tymczasowych wg organów wydających decyzje i osiągniętego zaawansowania realizacji



Źródło: ustalenia kontroli NIK.

Decyzje te dotyczyły: 1] polecenia utworzenia i organizacji szpitali i były skierowane do określonych podmiotów, które miały dostosować wybrane obiekty do potrzeb działalności takiego szpitala (decyzje te wydawał PRM, MZ i wojewodowie); 2] udostępnienia nieruchomości na potrzeby szpitala tymczasowego (PRM, wojewodowie, MZ); 3] objęcia funkcji tzw. szpitala patronackiego przez podmiot leczniczy (MZ, wojewodowie); 4] ustalenia określonej liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 (PRM, wojewodowie, MZ); 5] zakupów sprzętu i wyposażenia dla potrzeb takich obiektów (województwo); 6] dokonywania zmian w tych decyzjach (wszystkie wskazane organy w zakresie wydanych przez siebie decyzji).

Niezapewnienie
mechanizmów
zabezpieczających
interesy Skarbu
Państwa

MAP i Szef KPRM, pomimo wskazanego w decyzjach PRM obowiązku natychmiastowego podjęcia działań w celu utworzenia i organizacji ST, jedenaście umów¹¹⁶ w sprawie utworzenia ST zawarli ze zwłoką od 63 do 553 dni. Spowodowało to niezapewnienie właściwych mechanizmów zabezpieczających interesy Skarbu Państwa, a także było nierzetelnym wykonaniem obowiązku określonego w art. 11h ust. 7 pkt 1 *specustawy*¹¹⁷.

Dopiero w czasie realizacji zakupów sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby ST, dokonywanych przez wyznaczone decyzjami PRM podmioty, MAP zawarł z ośmioma spółkami z udziałem Skarbu Państwa 10 umów¹¹⁸, dotyczących tworzenia 10 szpitali tymczasowych, a Szef KPRM jedną umowę z państwową osobą prawną (BGK) dotyczącą tworzenia Szpitala Tymczasowego w Siedlcach.

Miało to miejsce po upływie od 63 do 553 dni od daty wydania decyzji przez PRM, pomimo wskazanego w tych decyzjach obowiązku natychmiastowego podjęcia działań w celu utworzenia i organizacji ST. Takie opóźnienia w zawieraniu umów były działaniem nierzetelnym, gdyż spowodowały, że postanowienia umów mające zapewnić gospodarne, efektywne i celowe wydatkowanie środków publicznych nie mogły być stosowane w czasie realizacji zakupów związanych z tworzeniem ST.

MAP i Szef KPRM od dnia wydania decyzji przez PRM do dnia zawarcia umów nie mieli podstaw do bieżącego dokonywania oceny celowości i oszczędności poniesionych przez wyznaczone podmioty kosztów na zakup sprzętu i aparatury medycznej pod kątem przestrzegania przez nie zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Nie zagwarantowano również wyznaczonym podmiotom zwrotu poniesionych kosztów (ponieważ ów zwrot, zgodnie z decyzją, miał następować na podstawie umowy, której w momencie podejmowania działań przez spółki jeszcze nie zawarto). Nie określono również zasad przekazania Skarbowi Państwa asortymentu zakupionego w związku realizacją decyzji PRM.

Działania podjęte w celu wykonania poleceń PRM były finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, na podstawie umów zawartych w imieniu Skarbu Państwa przez MAP (10 umów) i Szefa KPRM (dwie umowy). Łączny koszt wyposażenia, sprzętu i aparatury, za które Ministerstwo Aktywów Państwowych dokonało zwrotu kosztów z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 ośmiu spółkom z udziałem Skarbu Państwa wyniósł **78 802,4 tys. zł**¹¹⁹. Natomiast Kancelaria Prezesa Rady Ministrów zwróciła BGK koszty zakupu sprzętu i aparatury medycznej o wartości początkowej **1 171,3 tys. zł** (sprzęt i aparatura medyczna stanowiąca wyposażenia ST na Stadionie Narodowym w Warszawie, pochodziło z rezerw strategicznych, spółka tworząca ten szpital nie dokonywała zakupów sprzętu).

¹¹⁶ Dotyczy jednego ST objętego umową, zawartą przez Szefa KPRM - ST w Siedlcach; oraz dziewięciu ST i jednego punktu szczepień (pierwotna decyzja dotyczyła utworzenia ST) objętych umowami zawartymi przez MAP: ST w Gdańsku, Pyrzowicach, Płocku, Ostrołęce, Krynicy-Zdroju, Radziejowie, Legnicy, Wałbrzychu i Radomiu oraz punkt szczepień w Tarnowie.

¹¹⁷ Stosownie do tego przepisu, wykonywanie zadań objętych poleceniami wydanymi przez PRM w stosunku do przedsiębiorców następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy wskazanymi w decyzjach PRM przedsiębiorcami i Ministrem. Umowy powinny być zawarta natychmiast po doręczeniu lub ogłoszeniu decyzji PRM.

¹¹⁸ MAP łącznie zawarł trzynaście umów z ośmioma spółkami z udziałem Skarbu Państwa, z czego dziesięć dotyczyło finansowania tworzenia i organizacji ST, dwie rozliczenia kosztów poniesionych na projekt koncepcyjny przebudowy hali Tauron Arena w Krakowie oraz projektu ST, zlokalizowanego w budynku Sanatorium i Szpitala Uzdrowskiego „Równica” w Ustroniu oraz jedna – zwrotu poniesionych przez spółkę kosztów utworzenia i przywrócenia do stanu pierwotnego budynku położonego w Lubinie w związku z odstąpieniem od tworzenia ST na terenie tego miasta.

¹¹⁹ Stan na 30 kwietnia 2024 r.

**Nie w pełni rzetelne
ewidencjonowanie
sprzętu i aparatury
medycznej po ST**

MAP i Szef KPRM nie w pełni rzetelnie ewidencjonowali sprzęt i aparaturę medyczną przekazane na rzecz Skarbu Państwa przez podmioty wyznaczone w decyzjach PRM do utworzenia szpitali tymczasowych.

W postanowieniach ośmiu umów zawartych pomiędzy MAP a spółkami z udziałem Skarbu Państwa¹²⁰ oraz jednej umowy zawartej pomiędzy Szefem KPRM a BGK wskazano procedury gospodarowania zakupionym przez te podmioty sprzętem i wyposażeniem. Zgodnie z nimi, po otrzymaniu od MAP zwrotu kosztów poniesionych na zakup sprzętu i wyposażenie ST, podmioty te miały przenieść na podstawie umowy własność tego sprzętu i wyposażenia na Skarb Państwa, reprezentowany przez odpowiednio - MAP lub Szefa KPRM. Natomiast w jednym przypadku – (umowy zawartej pomiędzy MAP a Totalizatorem Sportowym Sp. z o.o.) przeniesienie własności składników majątkowych na Skarb Państwa, reprezentowany przez MAP, nastąpiło na podstawie umowy dotyczącej rozliczenia działań podjętych przez spółkę w celu realizacji decyzji PRM.

Pomimo przekazania przez te podmioty sprzętu i aparatury medycznej na rzecz Skarbu Państwa, zgodnie z zawartymi umowami, wystąpiły dwa przypadki niewprowadzenia otrzymanych składników majątkowych do ewidencji księgowej urzędów oraz jeden przypadek nieprzeprowadzania inwentaryzacji.

Przykład:

1. Od 28 grudnia 2021 r. (data zwrotu kosztów za zakupiony przez BGK sprzęt i aparaturę medyczną) do dnia jego przekazania, nie ujęto w ewidencji księgowej KPRM składników majątkowych w postaci wyposażenia, sprzętu i aparatury, zakupionych przez BGK na potrzeby ST w Siedlcach, o wartości początkowej **1 171,3 tys. zł.** W latach 2021-2023 w KPRM nie przeprowadzono także ich inwentaryzacji. Było to niezgodne z art. 42 ust. 3 *ustawy o zarządzaniu mieniem* oraz § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2020 r. w sprawie sposobu ewidencjonowania mienia Skarbu Państwa¹²¹, w myśl których stan mienia Skarbu Państwa należy ustalać na dzień 31 grudnia każdego roku. Tym samym Minister **Szef KPRM** naruszył przepis art. 68 ust. 2 pkt 1 w związku z art. 69 ust. 1 pkt 1 *ufp*, zgodnie z którym minister jako kierownik jednostki jest zobligowany do zapewnienia przestrzegania przepisów prawa.
2. Ewidencję księgową w **Ministerstwie Aktywów Państwowych** prowadzono nie w pełni rzetelnie, gdyż w okresie od 30 grudnia 2021 r. do 2 sierpnia 2023 r. (tj. 580 dni) nie ujęto w ewidencji środków trwałych - 10 respiratorów o wartości **864,0 tys. zł**, przekazanych przez Węgłokoks S.A. na własność Skarbu Państwa na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego, podpisanego przez MAP oraz po rozliczeniu tego sprzętu przez pracowników Ministerstwa. Sprzęt ten został zewidencjonowany na koncie 761 *pozostałe koszty operacyjne*, co spowodowało, że ujmowane w sprawozdaniach finansowych za lata 2021 i 2022 dane dotyczące środków trwałych nie odzwierciedlały ich stanu rzeczywistego i tym samym naruszało art. 24 ust. 2 *ustawy o rachunkowości*.

Nieustalenie przez PRM jednolitych zasad co do sposobu zagospodarowania składników majątkowych nabytych w imieniu Skarbu Państwa przez MAP i Szefa KPRM od spółek odpowiedzialnych za utworzenie ST, a także brak nadzoru nad sposobem realizacji przez tych ministrów decyzji uchylających decyzje o utworzeniu szpitali tymczasowych, spowodowało liczne nieprawidłowości dotyczące dysponowania tym mieniem.

Zgodnie treścią decyzji wydanych przez PRM jedenastu spółkom z udziałem Skarbu Państwa, do zadań MAP i Szefa KPRM należało zawarcie umów z tymi

¹²⁰ Polska Grupa Zbrojeniowa S.A., KGHM Polska Miedź S.A. (dwie umowy), Polski Koncern Naftowy ORLEN S.A. (dwie umowy), TAURON Polska Energia S.A., Grupa Lotos S.A., Węgłokoks S.A.

¹²¹ Dz. U. poz. 884.

spółkami oraz na ich podstawie finansowanie ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 działań podejmowanych przez te spółki w celu zorganizowania, utworzenia i utrzymania funkcjonowania szpitali tymczasowych. Ani MAP, ani Szef KPRM nie otrzymali od PRM odrębnych decyzji ani wytycznych dotyczących organizacji ST, w tym zakupu i zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej.

Za wątpliwe należy uznać więc dysponowanie przez ministra właściwego do spraw aktywów państwowych i Szefa KPRM sprzętem i aparaturą medyczną nabytymi przez spółki i objętymi refundacją ze środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Zdaniem NIK, to Prezes Rady Ministrów jako dysponent środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19¹²² był organem właściwy do ustalenia zasad dysponowania – po likwidacji szpitali tymczasowych – sprzętem i aparaturą medyczną, zakupionymi przez spółki na podstawie wydanych przez niego decyzji. Tymczasem MAP i Szef KPRM, w jedenastu umowach dotyczących finansowania tworzenia i organizacji ST¹²³, wyznaczyli podmioty lecznicze, którym ma zostać przekazany sprzęt i aparatura medyczna po zlikwidowanych szpitalach tymczasowych, mimo że pełnomocnictwa im udzielone przez PRM, uprawniały tylko do składania dyspozycji wypłaty środków z rachunku pomocniczego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w BGK.

Bezwrotne
przekazanie sprzętu
i aparatury
medycznej
podmiotom
nieuprawnionym

MAP w okresie od 18 października 2022 r. do 27 marca 2023 r. przekazał nieodpłatnie, na czas nieoznaczony oraz bez zastrzeżenia obowiązku zwrotu, majątek ruchomy po ST i po punkcie szczepień, o łącznej wartości 8522,5 tys. zł. Był w tym sprzęt i aparatura medyczna o wartości 7050,1 tys. zł, przekazane dziewięciu podmiotom z zastosowaniem trybu określonego w § 7 ust. 2a rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP¹²⁴, pomimo że te podmioty nie miały statusu nieposiadających osobowości prawnej państwowych jednostek sektora finansów publicznych.

Przepisy § 7 ust. 2a rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP (w brzmieniu obowiązującym w okresie od 3 sierpnia 2022 r. do 28 lipca 2023 r.) wskazują, że jeżeli wymaga tego interes publiczny, zbędne lub zużyte składniki rzeczowe majątku ruchomego, bez względu na ich wartość, mogą być przedmiotem nieodpłatnego przekazania bez wcześniejszej próby ich sprzedaży. Należy jednak zaznaczyć, że taka możliwość dotyczyła wyłącznie precyzyjnie wskazanego kręgu potencjalnych odbiorców, to jest podmiotów państwowych z sektora finansów publicznych, które nie mają osobowości prawnej. Takie zawężenie kręgu odbiorców wykluczało np. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, spółki samorządowe prowadzące szpitale i same jednostki samorządu terytorialnego, a więc podmioty, którym w tym okresie MAP faktycznie przekazał sprzęt i aparaturę medyczną.

Przykład:

Minister przekazał nieodpłatnie, na czas nieoznaczony oraz bez zastrzeżenia obowiązku zwrotu sprzęt i aparaturę medyczną następującym podmiotom, mimo że nie spełniały one przesłanek określonych w § 7 ust. 2a rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP:

- a) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Radziejowie – wartość sprzętu i aparatury medycznej wynosiła 171,3 tys. zł;
- b) Górnośląskiemu Centrum Medycznemu w Katowicach (SP ZOZ) – wartość wyposażenia medycznego wynosiła 149,8 tys. zł;

¹²² 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 (Dz. U. poz. 568 ze zm.).

¹²³ Umowy dotyczyły tworzenia ST w Radziejowie, Wałbrzychu, Legnicy, Pyrzowicach, Gdańsku, Ostrołęce, Płocku, Radomiu, Krynicy-Zdroju, Tarnowie i Siedlcach.

¹²⁴ Obowiązującego w okresie od 3 sierpnia 2022 r. do 28 lipca 2023 r.

- c) Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu w Płocku (SP ZOZ) – wartość wyposażenia wynosiła 2 481,0 tys. zł, w tym wartość sprzętu medycznego wynosiła 2104,7 tys. zł;
- d) Mazowieckiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Ostrołęce (SP ZOZ) – wartość wyposażenia wynosiła 1 796,0 tys. zł, w tym wartość sprzętu medycznego wynosiła 1 509,8 tys. zł;
- e) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju – wartość wyposażenia wynosiła 380,1 tys. zł, w tym wartość sprzętu medycznego wynosiła 153,5 tys. zł;
- f) Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Legnicy (SP ZOZ) – wartość wyposażenia wynosiła 161,1 tys. zł, w tym wartość sprzętu medycznego 49,7 tys. zł;
- g) Specjalistycznemu Szpitalowi im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu (SP ZOZ) – wartość wyposażenia wynosiła 77,9 tys. zł;
- h) Województwu Pomorskiemu (JST) – wartość wyposażenia wynosiła 3201,8 tys. zł, w tym wartość sprzętu medycznego 2911,3 tys. zł;
- i) Szpitalowi Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie (SP ZOZ) – wartość wyposażenia 394,0 tys. zł.

MAP przekazując ten asortyment nie wykonał również czynności określonych w *rozporządzeniu o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*, tj.: 1] przeprowadzania bieżącej analizy stanu majątku ruchomego, z uwzględnieniem jego stanu technicznego i przydatności do dalszego użytkowania oraz powołania komisji oceny przydatności tych składników do dalszego użytkowania (§ 5); 2] podjęcia próby sprzedaży majątku ruchomego, który został zakwalifikowane jako zbędny, przed jego nieodpłatnym przekazaniem (§ 2a ust. 3) oraz 3] w przypadku pięciu, z dziewięciu podmiotów zgłoszenia Prezesowi Prokuraturii Generalnej RP zamiaru zagospodarowania zbędnych składników rzeczowych majątku ruchomego, których wartość przekraczała kwotę określoną w § 7 ust. 5 pkt 1 tego rozporządzenia.

**Nierzetelne
zagospodarowanie
sprzętu i aparatury
medycznej
po ST przez MAP
i Szefa KPRM**

MAP i Szef KPRM w przypadku sprzętu i aparatury medycznej trzech, z 11 zlikwidowanych szpitali tymczasowych, ze znacznym opóźnieniem podjęli działania w celu zagospodarowania tego asortymentu, w tym uregulowania tytułu prawnego szpitali patronackich do jego wykorzystywania. Doprowadzenie przez MAP i Szefa KPRM do sytuacji, w której szpitale dysponowały sprzętem i aparaturą medyczną, do których nie miały tytułu prawnego, było działaniem nierzetelnym.

Przykłady:

1. W związku z zakończeniem funkcjonowania ST w Pyrzowicach, w okresie od 6 do 11 marca 2022 r., sprzęt medyczny z tego szpitala przetransportowano do Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. Leszka Gieca w Katowicach¹²⁵. Długotrwała procedura rozliczenia kosztów poniesionych przez Węgłokoks S.A. z tytułu realizacji umowy zawartej z MAP, dotyczącej utworzenia i organizacji ST, doprowadziła do podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego dopiero 26 października 2023 r. Skutkiem tego GCM miał tytułu prawnego do użytkowania tego sprzętu przez 590 dni od dnia likwidacji ST na rzecz punktu noclegowego dla uchodźców wojennych z Ukrainy.
2. Dyrektor Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego na podstawie porozumienia z 23 sierpnia 2022 r. zawartego pomiędzy MAP a Miastem Radom w sprawie nieodpłatnego przekazania temu szpitalowi sprzętu po ST w Radomiu, dwukrotnie (19 września 2022 r. i 12 kwietnia 2023 r.) wystąpił do MAP o nieodpłatne przekazanie na rzecz tego szpitala ruchomego wyposażenia medycznego i niemedyceznego zakupionego przez Totalizator Sportowy Sp. z o.o. MAP podpisał protokół zdawczo-odbiorczy przekazania składników majątku ruchomego na rzecz szpitala dopiero 30 października 2023 r., tj. po 480 dniach od pierwszego

¹²⁵ Dalej: GCM.

Nierzetelne przekazanie MON kontenerów modułowych po zlikwidowanych ST w Płocku i ST w Ostrołęce

- wniosku. Skutkiem tego od 19 września 2022 r. do 30 października 2023 r. Szpital nie miał tytułu prawnego do użytkowania tego wyposażenia.
3. Szef KPRM w dniu 25 kwietnia 2023 r., tj. ponad rok od podjęcia decyzji przez PRM o likwidacji ST w Siedlcach, podjął działania w celu oceny przydatności składników rzeczowych wyposażenia medycznego i niemedycznego nabytych przez Skarb Państwa na rzecz ST w Siedlcach. Skutkiem powyższego zaniechania, decyzję o przekazaniu tego wyposażenia na rzecz Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.¹²⁶, Szef KPRM podjął dopiero 9 listopada 2023 r., tj. po upływie ponad 19 miesięcy od powyższej decyzji PRM oraz trzech miesięcy od wniosku Szpitala (z 4 sierpnia 2023 r.) o przekazanie w drodze darowizny tego wyposażenia na jego rzecz.

MAP nierzetelnie przekazał na rzecz MON kontenery modułowe po zlikwidowanych ST w Płocku i ST w Ostrołęce.

MAP 24 maja 2022 r. i 18 stycznia 2023 r. zawarł z MON dwa porozumienia, w dotyczące nieodpłatnego przekazania kontenerów modułowych po zlikwidowanych ST w Płocku i ST w Ostrołęce, o łącznej wartości 38 419,1 tys. zł. Zgodnie z postanowieniami tych porozumień, przekazanie kontenerów modułowych miało nastąpić m.in. poprzez podpisanie przez strony protokołu przyjęcia- przekazania.

MAP niezgodnie z zawartymi porozumieniami podjął działania w celu nieodpłatnego przekazania kontenerów modułowych po zlikwidowanych ST w Płocku i ST w Ostrołęce. Służby podlegające MON przetransportowały kontenery modułowe do miejsc docelowych ze ST w Płocku w maju i czerwcu 2022 r., a ze ST w Ostrołęce w maju 2023 r., mimo że nie podpisano wtedy protokołów zdawczo-odbiorczych. Przedstawiciel Ministerstwa Aktywów Państwowych podpisał protokoły zdawczo-odbiorcze, określające m.in. wartość, liczbę modułów oraz ich elementów składowych z Płocka i Ostrołęki, z dużym opóźnieniem. W sprawie kontenerów modułowych ze ST w Płocku podpisano protokół zdawczo-odbiorczy 31 lipca 2023 r. (433 dni po zawarciu porozumienia), a kontenerów ze ST w Ostrołęce 29 grudnia 2023 r. (345 dni po zawarciu porozumienia). W konsekwencji pomimo fizycznego przekazania kontenerów modułowych MON, MAP nie miał podstaw do spisania ich z księgi inwentarzowej Ministerstwa Aktywów Państwowych.

¹²⁶ Wynikającą z postanowień umowy zawartej z BGK; umowa z 19 stycznia 2021 r. zawarta pomiędzy Szefem KPRM a BGK przewidywała (§ 5 ust. 11) przeniesienie przez Skarb Państwa – Szefa KPRM prawa własności tego wyposażenia na Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. za pośrednictwem i na wniosek Samorządu Województwa Mazowieckiego, na zasadach przewidzianych w rozporządzeniu o sposobie gospodarowania składnikami ruchomymi majątku SP lub (§ 5 ust. 12) – w przypadku niedojścia procedury przeniesienia do skutku – odebranie go przez Szefa KPRM po zakończeniu działalności ST w Siedlcach.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Głównym celem kontroli nr P/23/055 było zbadanie i dokonanie oceny czy gospodarnie wydatkowano środki na zakup sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby zwalczania COVID-19 oraz czy zapewniono ich optymalne wykorzystanie.
Cele szczegółowe	Zakres badań kontrolnych wyznaczały następujące cele szczegółowe: 1) Czy kontrolowane jednostki w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 prawidłowo oszacowały potrzeby oraz pozyskiwały i rozdysponowały sprzęt i aparaturę medyczną? 2) Czy kontrolowane jednostki prawidłowo monitorowały wykorzystanie oraz prawidłowo ponosiły koszty utrzymania sprawności technicznej sprzętu oraz aparatury medycznej zakupionej i otrzymanej w związku z epidemią COVID-19? 3) Czy w sposób prawidłowy zagospodarowano sprzęt i aparaturę medyczną zakupioną w związku z epidemią COVID-19? Kontrolą objęto łącznie 18 jednostek, w tym: Kancelarię Prezesa Rady Ministrów¹²⁷, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Aktywów Państwowych, Rządową Agencję Rezerw Strategicznych, siedem urzędów wojewódzkich (dolnośląski, małopolski, podlaski, śląski, świętokrzyski, wielkopolski, zachodniopomorski) oraz siedem podmiotów leczniczych (Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy).
Kryteria kontroli	Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 <i>ustawy o NIK</i>: w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Aktywów Państwowych, Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych i urzędach wojewódzkich oraz na podstawie art. 2 ust. 1, 2 lub 3 <i>ustawy o NIK</i> w szpitalach, w zależności od podmiotu tworzącego. Działalność skontrolowanych podmiotów oceniono odpowiednio według kryteriów określonych w art. 5 ust. 1, 2 i 3 <i>ustawy o NIK</i>, z uwzględnieniem kryteriów legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto lata 2020–2023 (I kwartał) do 29 sierpnia 2024 r., z uwzględnieniem dowodów, w tym danych elektronicznych, istniejących przed lub po tym okresie. Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 1 marca 2023 r. do 7 października 2024 r.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W trakcie kontroli w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f <i>ustawy o NIK</i> zasięgano informacje od różnych podmiotów, m.in.: Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej, Centrum e-Zdrowia, 16 wojewodów, dziewięciu spółek z udziałem Skarbu Państwa realizujących zadania związane z utworzeniem szpitali tymczasowych, 100 podmiotów leczniczych.
Udział innych organów kontroli na Pozostałe informacje	W ramach kontroli nr P/23/055 nie przewidziano udziału innych organów kontroli. Kontrola pt. <i>Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19</i> została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli.

¹²⁷ W wyniku kontroli w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów były dwa wystąpienia pokontrolne skierowane odpowiednio do Prezesa Rady Ministrów i Szefa KPRM.

Wyniki kontroli przedstawiono w 19 wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano ogółem 58 wniosków pokontrolnych (w tym dwa w kontroli objętej klauzulą niejawności). Wnioski skierowano do:

- 1) Prezesa Rady Ministrów o:
 - zainicjowanie procesu inwentaryzacji udostępnionych asortymentów medycznych rezerw strategicznych oraz uregulowanie stanu prawnego sprzętu i aparatury medycznej przekazanych podmiotom leczniczym;
 - zweryfikowanie realizacji przez MAP i Szefa KPRM decyzji uchylających decyzje o utworzeniu ST, w tym przebiegu ich likwidacji oraz związanego z tym sposobu zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej; przy uwzględnieniu konstytucyjnych obowiązków PRM w zakresie kierowania pracami RM, wykonywania polityki Rady Ministrów i określenia sposobów jej wykonywania oraz sprawowania zwierzchnictwa służbowego pracowników administracji rządowej, konieczności skutecznego zabezpieczenia interesów majątkowych Skarbu Państwa oraz zarządzania mieniem państwowym zgodnie z zasadami prawidłowej gospodarki, z zachowaniem szczególnej staranności, a także aktualnych uwarunkowań prawnych w obszarze rezerw strategicznych.
- 2) Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów o usprawnienie mechanizmów kontroli zarządczej, zgodnie z art. 68 w związku z art. 69 ust. 1 pkt 1 *ufp*, w celu zapewnienia dokonywania czynności związanych z dysponowaniem majątkiem Skarbu Państwa w sposób zgodny z prawem, rzetelny, oszczędny i terminowy.
- 3) Ministra Zdrowia o zapewnienie, zgodnie z art. 68 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 1 *ufp*, skutecznych i adekwatnych mechanizmów kontroli zarządczej w celu zagwarantowania:
 - przygotowania przez pracowników Ministerstwa Zdrowia decyzji/dyspozycji, których forma i zakres będą zgodne z przepisami stanowiącymi podstawę ich wydania;
 - terminowego upubliczniania informacji o udzieleniu zamówienia;
 - prawidłowego zakresu i aktualności upoważnień/ pełnomocnictw wydawanych pracownikom Ministerstwa Zdrowia do podejmowania określonych czynności w imieniu MZ, w oparciu o odpowiednie umocowanie prawne;
 - prawidłowego procesu przekazywania sprzętu i aparatury medycznej niestanowiących rezerw strategicznych do RARS, poprzez każdorazowe określenie rodzaju i liczby przekazywanego asortymentu, zakresu i czasu ich magazynowania oraz organów lub podmiotów, którym dany asortyment miał zostać wydany, a także określenie warunków ich wydania.
 - rzetelnego dokumentowania działań podjętych przez pracowników Ministerstwa Zdrowia, co w późniejszym okresie umożliwiłoby identyfikację dobrych i złych praktyk oraz przypisanie odpowiedzialności za błędy i działania niezgodne z prawem lub niegospodarne;
 - zawierania umów darowizny najpóźniej w dniu przekazania sprzętu danemu podmiotowi lub organowi, tak aby postanowienia dotyczące sposobu i celu wykorzystania sprzętu, w tym zasad ponoszenia kosztów napraw, przeglądów i eksploatacji oraz sprawozdawczości obowiązywały obdarowanego od dnia otrzymania przez niego tego sprzętu.
- 4) Ministra Aktywów Państwowych o usprawnienie mechanizmów kontroli zarządczej, zgodnie z art. 68 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 1 *ufp*, w celu zapewnienia:
 - zawierania w umowach postanowień należycie zabezpieczających interesy Skarbu Państwa;
 - przekazywania majątku ruchomego Skarbu Państwa zgodnie z przepisami ustawy o zasadach zarządzania mieniem państwowym oraz rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP;
 - rzetelnego i terminowego dokonywania czynności związanych z dysponowaniem majątkiem Skarbu Państwa;
 - rzetelnego prowadzenia ewidencji środków trwałych Ministerstwa Aktywów Państwowych.

**Realizacja
wniosków
pokontrolnych**

Ponadto w wyniku kontroli jednostkowych skierowano do siedmiu wojewodów 17 wniosków pokontrolnych, a do sześciu podmiotów leczniczych (z siedmiu kontrolowanych) 22 wnioski.

Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych wynika, że według stanu na 10 stycznia 2025 r. z 58 wniosków pokontrolnych zrealizowano 30 wniosków (51,7%), podjęto działania w celu realizacji kolejnych 22 wniosków (37,9%) oraz nie zrealizowano sześciu wniosków (10,3%).

Kierownicy sześciu kontrolowanych jednostek złożyli łącznie 25 zastrzeżeń, (MZ – siedem, Prezes RARS – siedem, MAP – trzy, Wojewoda Małopolski – pięć, Wojewoda Śląski – dwa, a Wojewoda Dolnośląski – jedno). W jednym przypadku zastrzeżenia wpłynęły po ustawowym terminie (Wojewoda Wielkopolski). W procedurze rozpatrywania 10 z nich, Kolegium Najwyższej Izby Kontroli uwzględniło w części jedno zastrzeżenie (złożone przez Ministra Zdrowia) i oddaliło dziewięć zastrzeżeń. Natomiast komisje rozstrzygające uwzględniły w części trzy zastrzeżenia (złożone przez Prezesa RARS) i 12 oddaliły.

Według stanu na 10 stycznia 2025 r., w ramach kontroli w 12 jednostkach odnotowano finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości na kwotę **2 026 632,8 tys. zł**, w tym 87 264,6 tys. zł stanowią uszczuplenia środków lub aktywów, 87 914,1 tys. zł kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, 1799 116,8 tys. zł kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, 51 888,0 tys. zł sprawozdawcze skutki nieprawidłowości, 449,2 tys. zł potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości. Ponadto w przypadku dwóch jednostek stwierdzono korzyści finansowe w kwocie **69 972,8 tys. zł**.

6.1.1. Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura w Katowicach	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów	Donald Tusk Prezes Rady Ministrów
2.			Jan Grabiec Minister- członek Rady Ministrów, Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
3.		Ministerstwo Zdrowia	Izabela Leszczyna Minister Zdrowia
4.		Ministerstwo Aktywów Państwowych	Jakub Jaworowski Minister Aktywów Państwowych
5.		Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych	Jan Rajchel p.o. Prezesa Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych
6.		Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	Marek Wójcik Wojewoda Śląski
7.		Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	Czesław Płygawko Dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie
8.	Delegatura w Białymstoku	Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	Jacek Brzozowski Wojewoda Podlaski
9.		Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Jan Kochanowicz Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
10.	Delegatura w Kielcach	Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach	Józef Bryk Wojewoda Świętokrzyski
11.		Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	Bartosz Stemplewski Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach
12.	Delegatura w Krakowie	Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Krzysztof Kłęczar Wojewoda Małopolski
13.		Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	Artur Asztabski Prezes Zarządu Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.
14.	Delegatura w Poznaniu	Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	Agata Sobczyk Wojewoda Wielkopolski
15.		Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	dr n. med. Krystyna Mackiewicz Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu
16.	Delegatura w Szczecinie	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	Tomasz Wójcik Wicewojewoda Zachodniopomorski p.o. Wojewody Zachodniopomorskiego
17.		Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	dr n. zdr. Marcin Sygut Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
18.	Delegatura we Wrocławiu	Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	Maciej Awiżeń Wojewoda Dolnośląski
19.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Anna Płotnicka-Mieloch Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów – działania realizowane przez Prezesa Rady Ministrów	negatywna	NIK ocenia negatywnie działania PRM dotyczące szacowania potrzeb, pozyskiwania, udostępniania i przekazywania sprzętu i aparatury medycznej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, a także działania w zakresie zagospodarowania tego sprzętu i aparatury medycznej. Od marca 2020 r. do 22 lutego 2021 r. w zakresie dotyczącym zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w sprzęt i aparaturę medyczną PRM nierzetelnie realizował obowiązki koordynacji działań MZ oraz ministrów odpowiedzialnych za rezerwy. Od 23 lutego 2021 r. do 1 lipca 2023 r. PRM nierzetelnie koordynował działania MZ w zakresie tworzenia rezerw strategicznych oraz nierzetelnie realizował obowiązki organu odpowiedzialnego bezpośrednio za rezerwy strategiczne i nadzór nad Agencją. Doprowadziło to dokonywania nadmiernych zakupów sprzętu i aparatury medycznej przeznaczonych do przeciwdziałania COVID-19. Nie zgodnie 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 RPRS na lata 2022–2026 rezerwy złożonej łącznie z 20 szt. specjalistycznej aparatury diagnostycznej o wielomilionowej wartości. Decyzja ta została wydana po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego, zatem nie występowały okoliczności uzasadniające tworzenie pozaplanowanych rezerw strategicznych. PRM z naruszeniem przepisów prawa, skutkującym niegospodarnością, realizował zadania dotyczące udostępniania rezerw strategicznych, mianowicie: [1] w przypadku 480 decyzji PRM, wbrew dyspozycji art. 19 ust. 5 pkt 4 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r., nie wskazano obowiązku zwrotu udostępnionych rezerw. Zamiast tego w 480 przedmiotowych decyzjach – bez podstawy prawnej – wyposażono wojewodów w możliwość władczego rozstrzygania o charakterze rozdysponowania rezerw. [2] w 332 decyzjach PRM nie określono obowiązku zwrotu udostępnianego asortymentu po ustaniu okoliczności uzasadniających wykorzystanie rezerw strategicznych, mimo że przekazywany sprzęt posiadał wysoką wartość i nadawał się do wieloletniego użytkowania. [3] bez podstawy prawnej wydano 19 decyzji PRM o udostępnieniu wojewodom z rezerw strategicznych 19 szt. aparatury diagnostycznej o łącznej wartości ewidencyjnej 69 833,5 tys. zł. W dacie wydania tych decyzji nie zachodziły przesłanki do dalszego stosowania procedur właściwych dla sytuacji kryzysowych. 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 oraz za tworzenie i dysponowanie rezerwami strategicznymi, a także podmiotu upoważnionego do wydawania dyspozycji wypłaty środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 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 jakiego sprzęt ten i aparatura zostały udostępnione. PRM nie sprawował rzetelnego nadzoru nad zagospodarowaniem mienia Skarbu Państwa nabytego ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z tworzeniem i późniejszą likwidacją ST.
2.	Kancelaria Prezesa Rady Ministrów – działania realizowane przez Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów	negatywna		NIK ocenia negatywnie działania Szefa KPRM dotyczące realizacji decyzji PRM w zakresie pozyskania, rozdysponowania i zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej. Szef KPRM realizował decyzje PRM dotyczące utworzenia i organizacji dwóch ST w zakresie zawarcia umów z państwową osobą prawną i spółką z udziałem Skarbu państwa, zobowiązanymi do wykonania tych decyzji PRM. Szef KPRM nierzetelnie wykonał obowiązki określone w ww. art. 11h ust. 7 pkt 1 w związku z ust. 4 <i>specustawy</i> w czasie realizacji zakupów związanych z tworzeniem ST w Siedlcach. Nie ustanowił mechanizmów zabezpieczających interesy Skarbu Państwa zapewniających celowość i gospodarność ponoszonych przez BGK kosztów oraz zasad pozyskiwania sprzętu i aparatury medycznej. Pomimo że wydana przez PRM decyzja o utworzeniu, organizacji i funkcjonowaniu ST w Siedlcach miała rygor natychmiastowej wykonalności, Szef KPRM zawarł z BGK, zobowiązany do utworzenia tego ST umowę dopiero po 82 dniach od wydania decyzji przez PRM. Spowodowało to, że postanowienia umowne ustanawiające mechanizmy zabezpieczające interesy Skarbu Państwa nie były stosowane w czasie realizacji prac związanych z tworzeniem i wyposażaniem ST w Siedlcach. NIK negatywnie ocenia działalność Szefa KPRM w zakresie zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych w związku z epidemią COVID-19 po zakończeniu działalności ST w Siedlcach. W ewidencji księgowej KPRM nie ujęto składników majątkowych w postaci wyposażenia, sprzętu i aparatury medycznej przekazanych przez BGK na potrzeby ST w Siedlcach o wartości początkowej 1 171,3 tys. zł. W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono również jego inwentaryzacji. Szef KPRM działania w zakresie realizacji postanowień umowy, dotyczących przekazania sprzętu na rzecz Szpitala w Siedlcach, podjął dopiero po upływie ponad roku od podjęcia przez PRM 1 kwietnia 2022 r. decyzji o uchyleniu decyzji zobowiązującej BGK do zorganizowania ST w Siedlcach.
3.	Ministerstwo Zdrowia	negatywna		NIK ocenia negatywnie działania MZ jako podmiotu wiodącego wyznaczonego w KPZK do koordynacji działań służących zwalczaniu epidemii COVID-19 oraz upoważnionego na podstawie przepisów <i>uozz</i> do utworzenia i udostępniania medycznych rezerw strategicznych. MZ nie zapewnił rzetelnego szacowania potrzeb w zakresie sprzętu i aparatury medycznej do walki z COVID-19. Minister nie udokumentował procesu podejmowania decyzji o rozmiarze i rodzaju rezerw strategicznych tworzonych na podstawie art. 46d <i>uozz</i>. Minister z naruszeniem obowiązków przepisów postępował przy wydawaniu dyspozycji związanych z zakupem sprzętu, jego udostępnianiem oraz rozdysponowaniem: 1] od 18 marca 2020 r. do 21 sierpnia 2020 r. dyspozycje udostępnienia sprzętu, o których mowa w art. 46d ust. 1 <i>uozz</i>, były wydawane na polecenie nieupoważnionej do tego osoby; 2] w okresie od 4 kwietnia 2020 r. do 14 listopada 2022 r. łącznie 123 dyspozycje (i 25 korekt do tych dyspozycji) w sprawie udostępnienia sprzętu i aparatury medycznej były wydane ARM/RARS niezgodnie z art. 46d ust. 1 <i>uozz</i>; 3] Podsekretarz Stanu pomimo braku ustawowego uprawnienia przekazał rezerwy strategiczne z przeznaczeniem na pomoc humanitarną dla Białorusi; 4] MZ przekazał ARM do magazynowania i dystrybucji nabyty w wyniku przeprowadzonych w Ministerstwie postępowań zakupowych sprzęt i aparaturę medyczną, pomimo tego, że od 8 do 16 maja 2020 r. nie miał do tego ustawowego upoważnienia, a w okresie od 17 maja do 30 września 2020 r. MZ niezgodnie z art. 25a ust. 1–2 <i>ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r.</i> nie wydał w tym zakresie decyzji. W latach 2020–2022 Minister zawierał umowy darowizny stanowiące podstawę przekazania podmiotom leczniczym lub wojewodom sprzętu i aparatury medycznej zakupionych

				w ramach POIŚ oraz ze środków budżetu państwa lub Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 – po dacie fizycznego przekazania tego sprzętu. Sekretarz Stanu w imieniu MZ wydał, na podstawie art. 46d ust. 1 uoizz, dwie dyspozycje zmieniające wcześniejsze dyspozycje w sprawie udostępnienia rezerw strategicznych, w następstwie których umożliwiono bezzwrotne przekazanie przez Agencję sprzętu i aparatury medycznej podmiotom niepublicznym, co było niezgodne w szczególności z art. 26 ust. 1 w zw. z art. 21 ust. 3 ustawy o rezerwach strategicznych z 2020 r. oraz § 38 ust. 1 rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP.
4.	Ministerstwo Aktywów Państwowych	negatywna		NIK ocenia negatywnie działania MAP dotyczące realizacji decyzji PRM w zakresie pozyskania, rozdysponowania i zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej. MAP nie zapewnił mechanizmów zabezpieczających interesy Skarbu Państwa, wskutek nierzetelnego wykonania obowiązku określonego w art. 11h ust. 7 pkt 1w związku z ust. 4 specustawy. Dopiero w czasie realizacji zakupów sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby ST, dokonywanych przez wyznaczone decyzjami PRM spółki z udziałem Skarbu Państwa, MAP zawarł z ośmioma spółkami 10 umów dotyczących tworzenia 10 ST. Miało to miejsce po upływie od 63 do 553 dni od daty wydania decyzji przez PRM. Zwłoka w zawarciu umów spowodowała, że spółki dokonując zakupów sprzętu i aparatury medycznej nie były związane postanowieniami umownymi mającymi zapewnić gospodarne, efektywne i celowe wydatkowanie środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Do czasu zawarcia umów nie były określone zasady przekazania przez spółki na rzecz Skarbu Państwa sprzętu zakupionego w związku realizacją decyzji PRM. W zakresie rozdysponowania przez MAP wyposażenia, sprzętu i aparatury medycznej po ST stwierdzono nieprawidłowości o wartości 46 941,6 tys. zł (59,6%): 1] w okresie od 3 sierpnia 2022 r. do 28 lipca 2023 r. MAP przekazał 9 podmiotom majątek ruchomy pozostały po ST i punkcie szczepień o łącznej wartości 8522,5 tys. zł nieodpłatnie, na czas nieoznaczony oraz bez zastrzeżenia obowiązku zwrotu, co było działaniem nierzetelnym i nielegalnym. 2] MAP nierzetelnie i niezgodnie z zawartymi 24 maja 2022 r. i 18 stycznia 2023 r. porozumieniami podjął działania w celu nieodpłatnego przekazania na rzecz MON kontenerów modułowych o łącznej wartości 38 419,1 tys. zł po zlikwidowanych ST w Płocku i ST w Ostrołęce. 3] MAP zareagował z opóźnieniem na wnioski Dyrektora GCM oraz Dyrektora Radomskiego Szpitala Specjalistycznego i ze zwłoką dokonał formalnego przekazania wyposażenia medycznego nabytego przez Węgłokoks S.A. i Totalizator Sportowy sp. z o.o. W konsekwencji GCM do dnia 26 października 2023 r. (590 dni), a Radomski Szpital Specjalistyczny do 30 października 2023 r. (480 dni) nie posiadały tytułu prawnego do tego sprzętu. 4] Minister rozdysponował, nie mając do tego uprawnienia, asortyment po likwidacji nieutworzonego ST oraz punktu szczepień w Tarnowie, który był częścią rezerw strategicznych. W ten sposób przekazał na rzecz Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie m.in. 202 kardiomonitorów o wartości co najmniej 2063,9 tys. zł. Ewidencja księgowa środków trwałych w Ministerstwie była prowadzona nie w pełni rzetelnie, gdyż w okresie od grudnia 2021 r. do sierpnia 2023 r. nie ujęto w niej 10 respiratorów o łącznej wartości 864,0 tys. zł. Sprzęt ten nie został zewidencjonowany, co powodowało, że ujmowane w sprawozdaniach finansowych za rok 2021 i 2022 dane dotyczące środków trwałych nie odzwierciedlały ich stanu rzeczywistego.
5.	Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych	w formie opisowej		Wyniki kontroli zastrzeżone

6.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	w formie opisowej	Wojewoda dokonywał bieżącej analizy potrzeb liczby i rodzaju sprzętu oraz aparatury medycznej niezbędnych podmiotom leczniczym wykonującym zadania z zakresu przeciwdziałania COVID-19, a także prowadził skuteczne działania w celu doposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną ww. podmiotów leczniczych. Udostępnione z RARS na rzecz Wojewody rezerwy strategiczne, przekazano 79 podmiotom leczniczym z terenu województwa śląskiego, w tym dwóm szpitalom prowadzącym ST na ich organizację. Wojewoda zapewnił odbiór i ochronę asortymentu dostarczonego przez RARS.	Stwierdzono jednak, że wojewoda w okresie realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19 przekazując podmiotom leczniczym sprzęt i aparaturę medyczną nie dochował należytej staranności, gdyż nie zawarł z tymi podmiotami umów lub nie sporządził protokołów na powyższą okoliczność, w których określony warunki gospodarowania składnikami majątku Skarbu Państwa, w tym dotyczące zasad jego wykorzystywania, przeprowadzania przeglądów technicznych i konserwacji, a także jego ubezpieczenia, co pozwoliłoby na rzetelne zabezpieczenie mienia Skarbu Państwa. Ponadto, przekazany 10 niepublicznym podmiotom leczniczym sprzęt medyczny, o łącznej wartości 8 864,2 tys. zł, udostępniony z RARS w celu przeciwdziałania epidemii COVID-19, nadal pozostawał w tych podmiotach, mimo że zniesiono stan zagrożenia epidemicznego, a podmioty te, zgodnie z przepisami rozporządzenia o sposobie gospodarowania składnikami majątku ruchomego SP, nie były uprawnione do nieodpłatnego otrzymania lub darowizny tego asortymentu.
7.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	w formie opisowej	W ZOZ w Cieszynie określono potrzeby w zakresie sprzętu i aparatury medycznej w związku z epidemią, a zakupów tego sprzętu dokonywano z uwzględnieniem zasady konkurencyjności oraz zgodnie z przeznaczeniem wykorzystywano zakupiony i otrzymany sprzęt. Prawidłowo przechowywano pozyskany sprzęt i aparaturę oraz przeprowadzono jego inwentaryzację.	W ograniczonym zakresie monitorowano utrzymanie sprawności technicznej sprzętu i aparatury medycznej. Szpital nie przekazał w 2021 r. do MZ oświadczenia o wykorzystaniu sprzętu i aparatury, otrzymanych w ramach jednej z trzech umów darowizny, co było niezgodne z postanowieniami zawartej umowy. Nie poinformowano właściciela pozyskanego przez Szpital urządzenia do pozaustrojowego utleniania krwi o wynikach spisów z natury tego urządzenia, mimo obowiązku określonego w art. 26 ust. 2 ustawy o rachunkowości.
8.	Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	w formie opisowej	NIK ocenia pozytywnie Urząd w zakresie pozyskania i rozdystrybucji sprzętu i aparatury medycznej z rezerw strategicznych, bowiem zapewniono jej odbiór, przechowanie oraz dystrybucję do poszczególnych podmiotów leczniczych. Urząd uczestniczył w pozyskiwaniu niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej z RARS, ale samodzielnie nie szacował potrzeb sprzętu i aparatury medycznej dla podmiotów w województwie podlaskim. Opierano się głównie na zgłoszeniach potrzeb poszczególnych szpitali.	NIK negatywnie ocenia bieżące ewidencjonowanie, monitorowanie wykorzystania oraz sposób gospodarowania pozyskanego z rezerw strategicznych, a następnie udostępnionego podmiotom sprzętu i aparatury medycznej. PUW nie posiadał rzetelnych danych ilościowo-rodzajowych o ponad jednej trzeciej przekazanego wyposażenia medycznego otrzymanego z RARS i do dnia zakończenia kontroli NIK był nadal w trakcie uzgadniania ewidencji w tym zakresie. Do końca 2022 r. nie analizowano i nie posiadano informacji o faktycznym wykorzystaniu całości otrzymanego z RARS asortymentu, a niewykorzystywane wyposażenie nie zostało do końca 2023 r. relokowane bądź zwrócone do RARS. Opieszałe podejmowanie działań związane z zagospodarowaniem pozyskanego asortymentu. Poza częścią wyposażenia medycznego formalnie przekazanego dla USK w Białymstoku, nie zagospodarowano pozostałych urządzeń, które były wcześniej wykorzystywane w ST, a także pozostałych podmiotach medycznych województwa podlaskiego. Całość pozyskanego z RARS sprzętu nie została ujęta w ewidencji środków trwałych PUW, ani nie podlegała inwentaryzacji.
9.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	w formie opisowej	USK prawidłowo zrealizował polecenia Wojewody Podlaskiego związane z utworzeniem i prowadzeniem ST oraz zapewnieniem w oddziałach Szpitala łóżek dla pacjentów z COVID-19. Współdziałał również z Wojewodą w zakresie zapewnienia wyposażenia ST i oddziałów Szpitalnych, w tym zwłaszcza poprzez określenie zapotrzebowania na sprzęt i aparaturę medyczną. Środki na zakup sprzętu i aparatury medycznej zostały wydatkowane w sposób celowy i co do zasady zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami oraz przepisami ustawy PZP.	Dokonano zakupu respiratora za kwotę 344,7 tys. zł, bez rozreznania tynku. Przeglądy dwóch respiratorów zostały przeprowadzone z opóźnieniem w stosunku do zalecanego terminu. Szpital nie dochował należytej staranności w nadzorze nad majątkiem używanym mu przez ARM/RARS. Inwentaryzację składników majątkowych udostępnionych z rezerw strategicznych przeprowadzono dopiero na wezwanie Wojewody Podlaskiego (tj. po ponad dwóch miesiącach od likwidacji ST) oraz gdy sprzęt i aparatura medyczna była już w części w nowych lokalizacjach. Skutkiem tego było nieujęcie w protokołach spisowych dwóch składników majątkowych (TK i kardiomonitora) o łącznej wartości 2.809,3 tys. zł. Dodatkowo nie poinformowano RARS o zmianie miejsca przetrzymywania i używania ww. sprzętu z chwilą likwidacji ST i przetransportowaniu części używanego sprzętu do innych obiektów Szpitala.

			Pozyskany sprzęt i aparatura medyczna był wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem.		Wojewoda przekazał podmiotom leczniczym sprzęt i aparaturę medyczną z rezerw strategicznych na podstawie dokumentów magazynowych, a nie umów lub protokołów precyzyjnie określających warunki udostępnienia tego asortymentu. Do czasu kontroli NIK wojewoda nie przeprowadził inwentaryzacji sprzętu medycznego przekazanego podmiotom leczniczym na podstawie dokumentów WZ, pomimo że obowiązek taki wynikał z art. 26 ust. 1 pkt 2 ustawy o rachunkowości. Nie podjęto udokumentowanych działań mających na celu zweryfikowanie wyników inwentaryzacji przeprowadzonej przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach w związku zakończeniem działalności przez ST.
10.	Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach	w formie opisowej	Wojewoda prawidłowo oszacował potrzeby w zakresie sprzętu i aparatury medycznej dla podmiotów leczniczych z terenu województwa świętokrzyskiego. Kierował do PRM wnioski dotyczące przekazania ww. asortymentu z zasobów rezerw strategicznych. Po zakończeniu działalności przez ST zasoby stanowiące jego wyposażenie przekazano na podstawie umów użyczenia podmiotom leczniczym z terenu ww. województwa.		Urządzenia o wartości 2 030,3 tys. zł, otrzymane od Wojewody z zasobów po zlikwidowanym ST nie znalazły zastosowania w działalności leczniczej. Nie wszystkie urządzenia miały na czas przeprowadzone przeglądy techniczne. Opóźnienia w przypadku dziesięciu urządzeń wyniosły od dwóch do 139 dni. Nie dotrzymano terminu inwentaryzacji sprzętu pozyskanego od Wojewody na podstawie umowy użyczenia.
11.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	w formie opisowej	W Szpitalu prawidłowo zorganizowano proces szacowania i określania potrzeb sprzętowych niezbędnych w przeciwdziałaniu COVID-19. Postępowania przetargowe prowadzono rzetelnie, gospodarnie i zgodnie z przepisami wewnętrznymi. Sprzęt pozyskany z RARS był eksploatowany zgodnie z umową i przeznaczony na cele statutowe Szpitala. Zakupiony i pozyskany sprzęt był co do zasady rzetelnie rozdysponowany i wykorzystywany w sposób celowy. Wszystkie urządzenia były ujęte w ewidencji księgowej. Szpital przeprowadził inwentaryzację sprzętu po likwidacji ST.		NIK ocenia negatywnie nieujęcie w ewidencji środków trwałych MUW sprzętu i aparatury medycznej pochodzącej pierwotnie z Agencji pozyskanej bezzwrotnie w 2022 r., po likwidacji ST działających na terenie województwa małopolskiego o łącznej wartości 17,7 mln zł oraz zakupionej przez Wojewodę z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 o wartości ponad 3,6 mln zł. Wojewoda, przekazując podmiotom leczniczym przedmiotowy sprzęt i aparaturę medyczną nie zawierał umów regulujących formę oraz warunki jego udostępnienia, nie prowadził także działań weryfikacyjnych odnośnie do sposobu jego wykorzystania. Wystąpiły przypadki składowania przez okres od 10 do 13 miesięcy w pomieszczeniach magazynowych dwóch szpitali patronackich części sprzętu przekazanego po likwidacji ST, o łącznej wartości 2 681,6 tys. zł, a brak informacji o tym, uniemożliwił Wojewodzie skuteczne realizowanie potencjalnych działań relokacyjnych. Wojewoda dokonał darowizny sprzętu i wyposażenia medycznego o wartości ponad 3 mln zł na rzecz Województwa Małopolskiego bez zastosowania trybu przewidzianego w rozporządzeniu o sposobie gospodarowania składnikami majątku ruchomego SP. NIK ocenia jako nierzetelne i niezgodne z obowiązującymi przepisami nieprzeprowadzenie w latach 2020-2023 inwentaryzacji sprzętu i aparatury medycznej przekazanej przez Agencję.
12.	Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	W formie opisowej	W ocenie NIK Wojewoda Małopolski podejmował właściwe działania w celu oszacowania potrzeb oraz pozyskania sprzętu i aparatury medycznej w związku z epidemią COVID-19, a liczba łóżek szpitalnych oraz sprzętu i aparatury medycznej zabezpieczonych na potrzeby pacjentów z COVID-19 na obszarze województwa małopolskiego była wystarczająca w poszczególnych szczytowych falach epidemii.		Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie
13.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	w formie opisowej	Działania Szpitala dotyczące oszacowania potrzeb oraz pozyskania i rozdysponowania sprzętu i aparatury medycznej w związku z epidemią, co do zasady były prawidłowe. Szpital dokonywał zakupów sprzętu i aparatury medycznej na cele przeciwdziałania COVID-19. Postępowania zmierzające do wyłonienia dostawców, co do zasady, przeprowadzono poprawnie. Sprzęt i aparatura medyczna był użytkowany zgodnie		Znaczną część sprzętu i aparatury medycznej o łącznej wartości 1 859 tys. zł (m.in. 109 z 200 kardiomonitorów, 20 z 50 zestawów do terapii wysokoprężnych), udostępnionych z RARS, nie była używana w ST. Po jego likwidacji (31 maja 2021 r.) nie w pełni zagospodarowano i wykorzystywano przejęty asortyment. Łącznie nie wykorzystano 186 sztuk sprzętu i aparatury medycznej o wartości brutto: 2419,7 tys. zł. Wystąpiły dwa opóźnienia w wykonaniu przeglądów technicznych rezonansu magnetycznego. Wbrew postanowieniom umowy czasowego udostępnienia zawartej z ARM nie przeprowadzono inwentaryzacji na dzień 31 grudnia 2021 r. przedmiotu użyczenia i nie przekazano arkusza

			z celem na jaki zostały zakupione. W Szpitalu dbano o stan techniczny otrzymanego oraz zakupionego sprzętu i aparatury. Nabyte składniki zostały rzetelnie ujęte w ewidencji środków trwałych.	spisu z natury do RARS. Po likwidacji ST nie przeprowadzono, przewidzianej w Instrukcji inwentaryzacyjnej Szpitala, inwentaryzacji doróżnej sprzętu i aparatury medycznej.
14.	Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	negatywna		NIK ocenia negatywnie rozdysonowanie przez Wojewodę Wielkopolskiego składników mienia ruchomego, pozyskanego z RARS w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. NIK negatywnie ocenia również pozyskiwanie i rozdysponowanie sprzętu dla jednostek niemieszkających się w katalogu podmiotów uprawnionych do jego nieodpłatnego otrzymania. W czterech przypadkach II Wicewojewoda Wielkopolski zatwierdził do wypłaty ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 wydatki na łączną kwotę 1 231,8 tys. zł za zakupy dokonane przez Szpital Kliniczny bez ważnego w tym czasie pełnomocnictwa. Nierzetelnie weryfikowano ilość i rodzaj sprzętu i aparatury odbieranej przez Wojewodę od RARS i przekazywanej ST. Sprzęt o łącznej wartości 169,7 tys. zł, zakupiony przez Wojewodę, nie został po likwidacji ST użyczony innym podmiotom leczniczym, a ogłoszenie o jego sprzedaży zamieszczono dopiero po upływie 14 miesięcy od jego odbioru, co było działaniem nierzetelnym i niegospodarnym. W okresie od 20 listopada 2020 r. do 2 marca 2023 r. Wojewoda i Zastępca Dyrektora WBiZK wydali nieodpłatnie 10 szpitalom prowadzonym w formie spółek prawa handlowego składniki rzeczowe majątku ruchomego Skarbu Państwa o łącznej wartości 10 153,20 tys. zł otrzymanych z rezerw strategicznych, mimo że podmioty te nie znajdowały się w katalogu podmiotów uprawnionych do nieodpłatnego otrzymania takich zasobów. Wydając sprzęt podmiotom leczniczym, Wojewoda i Zastępca Dyrektora WBiZK, nie określili obowiązków strony korzystającej, odnoszących się do utrzymania sprawności technicznej sprzętu, jego ubezpieczenia oraz okresu na jaki sprzęt był udostępniany, a w okresie od 13 kwietnia 2021 r. do 3 marca 2022 r. w przypadku 40 szt. sprzętu o łącznej wartości 1 361,50 tys. zł ww. nie wykonali prawidłowo decyzji PRM w zakresie obowiązku jego relokacji. Rozdysponując sprzęt w okresie od 13 kwietnia 2021 r. do 15 grudnia 2022 r. o łącznej wartości 14 076,80 tys. zł otrzymywany z rezerw strategicznych Wojewoda i Zastępca Dyrektora WBiZK nie wykonali w sposób prawidłowy obowiązków wynikających z §2a ust. 1 i 3 pkt 1 rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem SP. Zakupiony przez Wojewodę sprzęt został prawidłowo wpisany do ewidencji środków trwałych i pozostałych środków trwałych, natomiast sprzęt i aparatura medyczna udostępniona z rezerw strategicznych o łącznej wartości 69 248,2 tys. zł została wprowadzona do ewidencji prawie po dwóch latach od faktycznego jego przekazania. Nie przeprowadzono inwentaryzacji środków trwałych po zakończeniu działalności przez ST. Wystąpiły opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów technicznych siedmiu z 20 objętych badaniem sztuk aparatury medycznej. Nie zamieszczono odpowiednich ogłoszeń lub informacji w trakcie oraz po zakończeniu procesu udzielania trzech zamówień publicznych. Dokonano zakupu części sprzętu medycznego na rzecz ST jeszcze przed udzieleniem przez Wojewodę odpowiedniego pełnomocnictwa w tym zakresie.
15.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	w formie opisowej	USK podejmował skuteczne działania związane z pozyskaniem sprzętu i aparatury medycznej do walki z COVID-19, gospodarnie wydatkował środki z tym związane oraz zapewnił ich właściwe wykorzystanie. Dyrektor USK na bieżąco szacował potrzeby USK oraz ST dotyczące niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej. Otrzymany i zakupiony sprzęt odpowiednio rozdysponował w celu wyposażenia zarówno ST, jak i innych oddziałów szpitalnych. Realizując zakupy USK stosował przepisy dotyczące zamówień publicznych oraz własne regulacje zapewniające konkurencyjność i celowość ponoszonych wydatków. W uzasadnionych przypadkach odstępował od stosowania ww. przepisów na podstawie specustawy oraz uożz.	Nie przeprowadzono inwentaryzacji środków trwałych po zakończeniu działalności przez ST. Wystąpiły opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów technicznych siedmiu z 20 objętych badaniem sztuk aparatury medycznej. Nie zamieszczono odpowiednich ogłoszeń lub informacji w trakcie oraz po zakończeniu procesu udzielania trzech zamówień publicznych. Dokonano zakupu części sprzętu medycznego na rzecz ST jeszcze przed udzieleniem przez Wojewodę odpowiedniego pełnomocnictwa w tym zakresie.

			Po zakończeniu funkcjonowania ST otrzymany sprzęt został zwrócony Wojewodzie i RARS.		NIK ocenia negatywnie pozyskiwanie i rozdział przez Wojewodę Zachodniopomorskiego sprzętu i aparatury medycznej dla podmiotów medycznych w związku przeciwdziałaniem COVID-19, w tym na rzecz dwóch ST. Wojewoda zaaprobował koncepcję dotyczącą utworzenia ST w budynku „M”5 Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie i nie odstąpił od wcześniej zainicjowanych działań polegających na utworzeniu ST w hali Netto Arena, mimo że rezerwa łóżek przeznaczonych dla pacjentów leczonych na COVID-19 z zapewnioną opieką kadry medycznej nie wskazywała na konieczność utworzenia dwóch ST. ST w Netto Arenie nie przyjął żadnego pacjenta. Wydatki w łącznej kwocie 29,2 mln zł poniesione w wyniku ww. niecelowego działania na jego utworzenie, utrzymanie i likwidację są niegospodarne. Wojewoda pozyskiwał z rezerw strategicznych i zasobów MZ sprzęt i aparaturę medyczną do przeciwdziałania COVID-19, jednak działania na rzecz rozdziału tych zasobów nie były legalne. W okresie 15 października 2020 r. - 25 marca 2021 r., pracownicy Urzędu przekazali bezzwrotnie szpitalom województwa zachodniopomorskiego asortyment o łącznej wartości 11,7 mln zł (w tym sprzęt o wartości 433,7 tys. zł przydzielono podmiotowi prywatnemu), mimo że jednostki te nie znajdowały się w katalogu podmiotów uprawnionych do otrzymywania takich zasobów, określonym w § 38 ust. 1 rozporządzenia o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP. Wydając bezzwrotnie sprzęt i aparaturę medyczną podmiotom leczniczym, wojewoda pozbawił się możliwości jego relokacji, co było niezgodne z warunkami decyzji PRM o udostępnieniu rezerw strategicznych. W okresie 20 kwietnia 2021 r. – 18 stycznia 2022 r. wydano bezzwrotnie podmiotowi prywatnemu asortyment o łącznej wartości 5,1 mln zł, otrzymany przez Wojewodę z rezerw strategicznych, mimo iż ww. spółka nie była podmiotem o którym mowa § 38 ust. 1 ww. rozporządzenia. W podmiocie tym NIK stwierdziła niewykorzystywanie asortymentu o wartości 2,6 mln zł. Wojewoda nie ujął zakupionych środków trwałych i wyposażenia o wartości 17,2 mln zł w księgach rachunkowych Urzędu.
16.	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	negatywna		Szpital podjął rzetelne działania na rzecz zabezpieczenia sprzętu i aparatury medycznej niezbędnego do utworzenia dwóch ST. SPSK-2 dokonywał we własnym zakresie zakupów sprzętu i aparatury. Postępowania w tym zakresie zostały przeprowadzone rzetelnie, przy zachowaniu zasady konkurencyjności. Sprzęt i aparatura medyczna używane Szpitalowi oraz zakupione przez SPSK-2 były wykorzystywane w poszczególnych jednostkach organizacyjnych działalności szpitalnej. Asortyment używany przez RARS i Wojewodę został właściwie ujęty w ewidencji pozabilansowej, a zakupiony przez Szpital – w ewidencji środków trwałych. Po zakończeniu funkcjonowania ST Szpital przeprowadził inwentaryzację sprzętu i aparatury medycznej używanej mu zarówno przez RARS, jak i przez Wojewodę.	
17.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	pozytywna			
18.	Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	w formie opisowej		W kontrolowanej działalności stwierdzono jednakże nieprawidłowość polegającą na tym, że operacje gospodarcze dotyczące przekazania sprzętu i aparatury medycznej Wojewodzie z rezerw strategicznych, a następnie ich nieodpłatnego i bezzwrotnego przekazywania przez Wojewodę podmiotom leczniczym, nie zostały ujęte w ewidencji księgowej DUW.	

			Rozpoznawał potrzeby podmiotów leczniczych co do wyposażenia w asortyment rezerw strategicznych, a następnie występowaniem do właściwych podmiotów z wnioskami o zabezpieczenie tych potrzeb. W DUW podejmowano również działania związane z zagospodarowaniem sprzętu i aparatury medycznej udostępnionej na rzecz Wojewody Dolnośląskiego.		
19.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	w formie opisowej	Szpital podjął skuteczne działania zapewniające pozyskanie sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby zwalczania epidemii COVID-19 oraz gospodarnie wydatkował środki z tym związane. Sprzęt ten i aparatura pozyskane zostały w głównej mierze od RARS, Wojewody Dolnośląskiego, w formie bezpłatnego udostępnienia przez inne podmioty, a także w wyniku dokonanych zakupów własnych. Szpital przy tym, co do zasady, na bieżąco szacował potrzeby w zakresie sprzętu i aparatury medycznej. Sprawność techniczna pozyskanego sprzętu i aparatury medycznej była na bieżąco monitorowana. Szpital przeprowadził wymagane przeglądy techniczne. Szpital wykorzystywał sprzęt oraz aparaturę medyczną, przestrzegając postanowień umów regulujących te kwestie.		Nie wykorzystano w działalności leczniczej 9 kardiomonitorów o wartości blisko 200 tys. zł z powodu spadku liczby зараzonych pacjentów przyjętych do Szpitala. W następstwie istotnego spadku pacjentów leczonych z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, Szpital nie w pełni wykorzystywał pozyskany sprzęt i aparaturę medyczną. W konsekwencji łącznie 90 sztuk z 316 (28,5%) pozyskanych sprzętów i aparatury medycznej o łącznej wartości brutto 4,8 mln zł pozostawało wyłączonych z eksploatacji. Stwierdzono w działalności Szpitala nieprawidłowości dotyczące m.in.: [1] braku lub niewłaściwego dokumentowania czynności związanych z wyborem dostawcy sprzętu, [2] niezamieszczenia w dwóch przypadkach w BIP Szpitala informacji o udzielonych zamówieniach, [3] nieterminowej realizacji zobowiązań, [4] braku realizacji umów darowizny zawartych z MZ w zakresie składania oświadczeń o wykorzystaniu sprzętu i aparatury medycznej, [5] trzech przypadków opóźnień w przeglądach technicznych sprzętu i aparatury medycznej, sięgających od 26 do 182 dni, [6] braku wpisów przeglądów technicznych wpieciu paszportach technicznych sprzętu, [7] niezastosowania zasad określonych w Zakładowej instrukcji inwentaryzacyjnej, [8] braku przeprowadzenia w drodze spisu z natury inwentaryzacji mienia będącego własnością Szpitala po likwidacji ST.

*/ pozytywna / negatywna / w formie opisowej

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Analiza stanu prawnego	Analiza stanu prawnego
Zadania MZ jako podmiotu wiodącego w zarządzaniu sytuacją kryzysową	System zarządzania kryzysowego
	Na podstawie art. 146 ust. 3 i ust. 4 pkt 3, 4 i 7 <i>Konstytucji RP</i> RM kieruje administracją rządową, w szczególności koordynuje i kontroluje prace organów administracji rządowej, chroni interesy Skarbu Państwa oraz zapewnia bezpieczeństwo wewnętrzne państwa oraz porządek publiczny. Regulację tę doprecyzowuje art. 7 ust. 1 <i>uozk</i>, zgodnie z którym RM sprawuje zarządzanie kryzysowe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zadania RM i poszczególnych jej członków w fazie zapobiegania i przygotowania kraju do epidemii określa KPZK Część A, natomiast w fazie reagowania i odbudowy – Część B tego dokumentu¹²⁸. Zgodnie z art. 148 pkt 1, 2, 3, 5 i 7 <i>Konstytucji RP</i>, 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 z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów¹²⁹, w myśl którego w celu wykonania zadań i kompetencji określonych w Konstytucji RP i ustawach, PRM <i>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 (...)</i>. Zgodnie z art. 26 ust. 1 pkt 1 <i>ustawy o RM</i>, obsługę RM i Prezesa RM zapewnia KPRM, do zadań której należy w szczególności <i>opracowywanie ocen funkcjonalności struktur państwa i sprawności ich działania, a także przygotowywanie innych analiz, prognoz, koncepcji, programów i ocen, zleconych przez Prezesa Rady Ministrów</i> (art. 29 pkt 1c i 1d tej ustawy). Ma to szczególne znaczenie w świetle badanego zagadnienia, bowiem – stosownie do art. 11h ust. 6 <i>specustawy</i> – poza PRM, to Szef KPRM wydawał polecenia 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).
	Minister Zdrowia, zgodnie z KPZK¹³⁰, jest podmiotem wiodącym w przypadku wystąpienia zagrożenia spowodowanego epidemią czyli organem, który ze względu na zakres kompetencji prawnych realizuje zadania kluczowe dla skutecznego działania w danej fazie zarządzania kryzysowego, najczęściej we współpracy z innymi organami (instytucjami) szczebla równorzędnego lub niższego, niepodporządkowanymi mu 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 współpracujące¹³¹. W KPZK Cz. B (etap <i>Reagowania i Odbudowy</i>) MZ przypisano pięć zadań, z których trzy dotyczą obszaru: 1] Zapewnienie osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej i długofalowej opieki medycznej, 2] Koordynacja dostępności i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz monitoring wolnych łóżek szpitalnych, 3] Zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju¹³².

¹²⁸ Obecnie obowiązujący KPZK został opracowany i przyjęty 6 marca 2012 r. oraz aktualizowany w 2019 r. i 2022 r. Najnowsza aktualizacja pochodzi z 3 marca 2022 r.

¹²⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1050 ze zm., dalej: *ustawa o RM*.

¹³⁰ KPZK Cz. A, str. 49 i KPZK Cz. B, str. 9.

¹³¹ KPZK Cz. B, str. 4.

¹³² KPZK, Cz. B, str. 51, Katalog XXVIII Zadania ministra właściwego ds. zdrowia.

Rezerwy strategiczne

Zasady tworzenia i utrzymywania, udostępniania, likwidacji oraz finansowania zostały określone w ustawie o rezerwach strategicznych. Rezerwy są tworzone na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa i obronności państwa, bezpieczeństwa, porządku i zdrowia publicznego oraz wystąpienia klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej, w celach wsparcia wykonywania zadań w zakresie bezpieczeństwa i obronności państwa, odtworzenia infrastruktury krytycznej, złagodzenia zakłóceń w ciągłości dostaw służących funkcjonowaniu gospodarki i zaspokojeniu podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia (art. 3 *ustawy o rezerwach strategicznych*). Rezerwy mogą stanowić m.in. surowce, materiały, urządzenia, maszyny, konstrukcje, elementy infrastruktury krytycznej, wyroby medyczne, produkty lecznicze, produkty lecznicze weterynaryjne oraz substancje czynne w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301), a także inne produkty - niezbędne do realizacji celów ich tworzenia (art. 4). Rezerwy strategiczne stanowią wyodrębniony majątek Skarbu Państwa (art. 5), w przypadkach uzasadnionych rachunkiem ekonomicznym lub szczególnymi względami technologicznymi lub organizacyjnymi dopuszcza się utrzymywanie rezerw strategicznych w postaci asortymentu powierzonego organom administracji publicznej albo stanowiącego własność przedsiębiorców lub podmiotów niebędących przedsiębiorcami, w magazynach będących w ich dyspozycji (art. 6).

Zgodnie z art. 31 *ustawy o rezerwach strategicznych* z 2020 r., do zadań RARS, należy m.in. 1] utrzymywanie rezerw strategicznych, w tym ich przechowywanie, dokonywanie wymiany lub zamiany oraz przeprowadzanie ich konserwacji, 2] wykonywanie decyzji PRM dotyczących tworzenia, udostępniania i likwidacji rezerw strategicznych, przez: a) nabywanie określonych ilości asortymentu rezerw strategicznych, b) organizowanie wydawania udostępnionych rezerw strategicznych, c) sprzedaż zlikwidowanych rezerw albo nieodpłatne przekazanie niesprzedanych rezerw strategicznych jednostkom lub podmiotom, których cele statutowe uzasadniają decyzję o nieodpłatnym przekazaniu, d) poddanie zlikwidowanych rezerw odzyskowi lub przekazanie ich do unieszkodliwienia, e) zawieranie i wykonywanie umów przechowania i utrzymania rezerw strategicznych; 3] wykonywanie decyzji organów lub podmiotów, o których mowa w art. 8 ust. 2, dotyczących zakupu, magazynowania i wydawania określonych asortymentów towarów zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 6 ustawy.

Zasady tworzenia i utrzymywania rezerw strategicznych zostały opisane w art. 13-18 ustawy o rezerwach strategicznych, udostępniania w art. 19-24 ustawy, natomiast likwidacji w art. 25-28 ustawy.

Procedura udostępniania rezerw strategicznych została określona również w części B KPZK w punkcie 14. Zawiera ona m.in. odniesienia do przepisów ustawy o rezerwach strategicznych oraz ustawy o zarządzaniu kryzysowym. Procedura określa szczegółowo obowiązki poszczególnych podmiotów (m.in. PRM, MZ, RARS, wojewodów) w procesie udostępniania rezerw.

Na podstawie art. 46d *uozz*, umożliwiono **Ministrowi Zdrowia** wydawanie poleceń RARS w zakresie udostępnienia niezbędnego asortymentu rezerw strategicznych w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W swoich poleceniach MZ musi określić rodzaj tego asortymentu i jego ilości oraz organ, na rzecz którego rezerwy strategiczne zostaną udostępnione, lub podmiot, któremu udostępnione rezerwy strategiczne będą wydane do użycia. Do udostępnienia tego asortymentu nie stosuje się przepisów *ustawy o rezerwach strategicznych*, a RARS jest obowiązana odtworzyć asortyment rezerw strategicznych udostępniony na podstawie ust. 1, w najkrótszym możliwym terminie.

Zakup sprzętu i aparatury medycznej w związku z poleceniami PRM, MZ i wojewodów wydanymi na podstawie art. 11h specustawy

Zakup sprzętu i aparatury medycznej odbywał się również w związku z wydanymi na podstawie art. 11h *specustawy* poleceniami MZ, PRM oraz wojewodów, m.in. w zakresie utworzenia i organizacji szpitali tymczasowych. Polecenia te były wydawane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w drodze decyzji administracyjnej i podlegały natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagały uzasadnienia (art. 11h ust. 4 *specustawy*). Polecenia te mogły być wydawane także ustnie, pisemnie w formie adnotacji, telefonicznie, za pomocą środków komunikacji elektronicznej lub za pomocą innych środków łączności, a istotne okoliczności takiego załatwienia sprawy powinny być utrwalone w formie protokołu (art. 11h ust. 11 *specustawy*).

Polecenia te mogły być wydawane w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu. **Wojewoda** mógł wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie, państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, a wydanych poleceniach miał niezwłocznie poinformować właściwego ministra (art. 11h ust. 1 *specustawy*). **MZ** mógł z własnej inicjatywy lub na wniosek wojewody, wydawać polecenia obowiązujące: 1) podmioty inne niż wojewoda (wymienione w art. 11h ust. 1), w szczególności osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej oraz przedsiębiorców; 2) państwowe jednostki organizacyjne posiadające osobowość prawną. **PRM** mógł, z własnej inicjatywy, wydawać polecenia obowiązujące podmioty, o których mowa w art. 11h ust. 1 i 2 *specustawy*. Wydając polecenie wobec przedsiębiorcy, PRM mógł wyznaczyć organ odpowiedzialny za zawarcie umowy.

Zgodnie z art. 11h ust. 7 *specustawy* wykonywanie zadań objętych poleceniami wydanymi w stosunku do przedsiębiorców miało następować na podstawie umowy zawartej z przedsiębiorcą, przez wskazanego w decyzji:

- 1) Szefa KPRM, ministra albo wojewodę - w przypadku decyzji wydawanych przez Prezesa Rady Ministrów lub
- 2) ministra albo wojewodę - w przypadku decyzji wydawanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W przypadku niezawarcia umowy zadania objęte poleceniami miały być wykonywane na podstawie decyzji. W takim przypadku decyzja podlega natychmiastowemu wykonaniu (art. 11h ust. 9 *specustawy*).

Finansowanie tych zadań miało odbywać się ze środków budżetu państwa z części budżetowej, której dysponentem jest, odpowiednio, Szef KPRM, minister albo wojewoda lub ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Źródła finansowania sprzętu i aparatury medycznej

Zakup sprzętu i aparatury medycznej przeznaczony do przeciwdziałania COVID-19 był finansowany głównie ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Fundusz ten został utworzony w celu finansowania lub dofinansowania realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 (art. 65 ust. 1 *ustawy zmieniającej*). Wyплаты ze środków Funduszu do 1 lipca 2024 r. były realizowane na podstawie dyspozycji wypłaty składanej do BGK przez PRM, a po tym okresie na podstawie dyspozycji ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Dysponent Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 może upoważnić do składania dyspozycji wypłaty ze środków Funduszu dysponenta części budżetowej lub ministra kierującego określonym działem administracji rządowej, określając jednocześnie zakres tego upoważnienia (art. 65 ust. 3 *ustawy zmieniającej*). Środki Funduszu mogą być przeznaczane na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 (art. 65 ust. 5 pkt 1) oraz zwrot wydatków poniesionych na realizację zadań związanych

z przeciwdziałaniem COVID-19 (art. 65 ust. 5 pkt 4). Stosownie do art. 65 ust. 6a ustawy zmieniającej, środki Funduszu mogą być przeznaczone na finansowanie, dofinansowanie lub zwrot wydatków poniesionych na realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, również w przypadku, gdy ustawa lub przepisy odrębne przewidują finansowanie tego rodzaju zadań z budżetu państwa, w tym w formie wpłat lub dotacji z budżetu państwa.

Wyłączenie przepisów ustawy PZP

Od 8 marca 2020 r. do 1 lipca 2024 r. możliwe było niestosowanie przepisów prawa zamówień publicznych na podstawie:

- 1) art. 6 *specustawy* (w okresie od 8 marca 2020 r. do 20 października 2020 r.) oraz art. 6a *specustawy* (w okresie od 1 stycznia 2021 r. do 1 lipca 2023 r.), w przypadku zamówień na usługi lub dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego;
- 2) art. 46c *uozz* (od 8 marca 2020 r. do 1 lipca 2023 r.) do zamówień na usługi, dostawy lub roboty budowlane udzielanych w związku z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii.

Zagospodarowanie sprzętu po epidemii COVID-19

W art. 65 *ustawy zmieniającej* nie zostały uregulowane kwestie dysponowania mieniem nabytym ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (w tym zakupionym w celu utworzenia i organizacji szpitali tymczasowych) i pozostającym w dyspozycji KPRM, MAP czy wojewody.

Zgodnie z art. 4 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*, wykorzystanie mienia państwowego ma służyć wykonywaniu zadań publicznych, a sposób jego zarządzania ma odpowiadać zasadom prawidłowej gospodarki, z zachowaniem szczególnej staranności. Stosownie do art. 5 ust. 1 tej ustawy organy administracji publicznej oraz kierownicy jednostek gospodarują nabytym lub powierzonym tym organom lub jednostkom mieniem Skarbu Państwa oraz zbywają jego składniki, w tym w szczególności: 1] zapewniają wycenę mienia; 2] zabezpieczają mienie przed uszkodzeniem lub zniszczeniem; 3] wykonują czynności związane z naliczaniem należności za mienie udostępnione przed ich przejęciem oraz prowadzą windykację tych należności; 4] współpracują z innymi organami, które na mocy przepisów odrębnych gospodarują mieniem oraz z właściwymi jednostkami samorządu terytorialnego; 5] zapewniają ochronę tego mienia. Do czasu rozstrzygnięcia o sposobie zagospodarowania mienia państwowego te obowiązki wykonuje właściwy wojewoda (art. 35 *ustawy o zarządzaniu mieniem państwowym*). Szczegółowe zasady gospodarowania mieniem zostały określone w *rozporządzeniu o sposobie gospodarowania majątkiem ruchomym SP*.

Analiza uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Analiza uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Epidemia COVID-19 wywołała kryzys zdrowotny i gospodarczy na ogólnoswiatową skalę, który wywarł znaczny wpływ na wiele obszarów funkcjonowania społeczeństw i działania władz publicznych, w tym największy na obszar związany z ochroną zdrowia publicznego. Od grudnia 2019 r. do 1 lipca 2023 r. na świecie potwierdzono 767,2 mln przypadków zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 i ponad 6,95 mln zgonów związanych z COVID-19, w Polsce – 6,52 mln osób zakażonych i ponad 119,6 tys. zgonów¹³³.

W związku potrzebą wyposażenia nowotworzonych miejsc hospitalizacji, a także uzupełniania braków w już w funkcjonującej bazie szpitalnej w latach 2020-2022 zostały zakupiono znaczne ilości sprzętu i aparatury medycznej do opieki nad pacjentem z COVID-19. Zakupy te były dokonywane przez różne podmioty,

¹³³ <https://ourworldindata.org/covid-cases> – data pobrania danych 28 listopada 2024.

tj. KPRM, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Aktywów Państwowych, Agencję, spółki z udziałem Skarbu Państwa, wojewodów i podmioty lecznicze.

W okresie od października 2020 r. do lipca 2022 r. w związku z utworzeniem, organizacją, funkcjonowaniem i likwidacją szpitali tymczasowych poniesiono z Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 koszty w wysokości 885 867,6 tys. zł, z tego na utworzenia i organizację tych szpitali (w tym zakup sprzętu i aparatury medycznej) wydatkowano łącznie 601 765,8 tys. zł¹³⁴ (co stanowi 67,9% wydatków ogółem). Z utworzonych 33 szpitali zostało uruchomionych 32 szpitale, z tego trzynaście ST zostało utworzonych w wyniku adaptacji obiektów wielkopowierzchniowych (Stadionu Narodowego w Warszawie, hal targowych i centrów kongresowych, hal sportowych, terminali lotniskowych itp.), piętnaście ST zostało utworzonych w obiektach przeznaczonych do udzielania świadczeń leczniczych, a cztery ST zostały utworzone w modułowych obiektach wykonanych z kontenerów. ST w hali Netto Arena w Szczecinie, pomimo że został utworzony i wyposażony, nie przyjął przez cały okres jego funkcjonowania ani jednego pacjenta z COVID-19 – łączne nakłady poniesione na jego adaptację wynosiły 29 162,2 tys. zł, z czego 75,8% stanowiły koszty jego utworzenia (22 113,6 tys. zł), 21,4% koszty utrzymania (6 234,8 tys. zł) i 2,8% koszty likwidacji (813,7 tys. zł). Powyższe nakłady (wg informacji Wojewody Zachodniopomorskiego) posłużyły do zorganizowania w tym obiekcie punktu szczepień i podania zainteresowanym osobom 123 124 dawek szczepionki przeciw COVID-19.

¹³⁴ W tym Ministerstwo Zdrowia wydatkowało na utworzenie 20 ST - 364 334,9 tys. zł, Ministerstwo Aktywów Państwowych na utworzenia dziewięciu ST - 97 576,4 tys. zł, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów na utworzenie dwóch ST - 80 479,1 tys. zł, a Ministerstwo Obrony Narodowej na utworzenie dwóch ST - 59 375,35 tys. zł.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623);
2. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 122 ze zm.);
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924);
4. Ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 125 ze zm.);
5. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 340 ze zm.);
6. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568 ze zm.);
7. Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 2051);
8. Ustawa z dnia z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1598);
9. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565);
10. Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1620 ze zm.);
11. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120 ze zm.);
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 ze zm.);
13. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1370 ze zm.);
14. Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.);
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami rzeczowymi majątku ruchomego Skarbu Państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 2303 ze zm.);
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2020 r. w sprawie sposobu ewidencjonowania mienia Skarbu Państwa (Dz. U. poz. 884 ze zm.);
17. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320);

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
10. Szef Krajowego Biura Wyborczego
11. Minister Zdrowia
12. Minister Aktywów Państwowych
13. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
14. Prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych
15. Wojewodowie



Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

Podsekretarz Stanu
Wiesław Leśniakiewicz

DK-KKN.0740.1.3.2025(8)
Warszawa, /elektroniczny znacznik czasu/

Pan
Marian Banaś
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

zgodnie z art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*¹ przedstawiam swoje stanowisko do *Informacji o wynikach kontroli* nt. *Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19*² w zakresie wniosków skierowanych do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Ad. 1 wniosek - zainicjowanie procesu inwentaryzacji udostępnionych asortymentów rezerw strategicznych, w tym oceny ich stanu technicznego oraz możliwości dalszego wykorzystania.

Informuję, że planowane jest wystąpienie do wojewodów oraz innych organów, na rzecz których asortyment rezerw medycznych był udostępniany, o dokonanie takiej inwentaryzacji wraz z oceną stanu technicznego i możliwości dalszego wykorzystania. Następnie jej wyniki zostaną zweryfikowane przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych na podstawie posiadanych przez Agencję dokumentów wydania. Trzeba wziąć również pod uwagę, że w trakcie trwania pandemii COVID-19 udostępniony sprzęt był intensywnie wykorzystywany, więc może być wyeksploatowany lub uszkodzony. Należy także zaznaczyć, że asortyment przekazany został na rzecz wojewodów bezzwrotnie, co oznacza, że władają oni tym asortymentem jako właściciel, zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie *szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami rzeczowymi majątku ruchomego*

¹ t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 623

² Znak: LKA.430.5.2024

Skarbu Państwa³ i to oni mają obowiązek utrzymywania sprzętu w należytym stanie. Ponadto, wojewodowie mieli uprawnienie do relokacji sprzętu na terenie województwa w zależności od potrzeb.

Ad. 2 wniosek – uregulowanie statusu prawnego sprzętu i aparatury medycznej zakupionych na potrzeby zwalczania epidemii COVID-19 i udostępnionych podmiotom leczniczym z rezerw strategicznych.

Informuję, że w MSWiA trwają prace nad projektem zmiany ustawy o rezerwach strategicznych, który m.in. stanowić będzie wprost, że „w przypadku wydania decyzji o udostępnieniu rezerw strategicznych bez obowiązku zwrotu własność asortymentu rezerw strategicznych przechodzi na organ lub podmiot, na którego rzecz rezerwy strategiczne są udostępnione z chwilą jego wydania.” Niezależnie od powyższego informuję, że w zakresie sprzętu medycznego udostępnionego celem doposażenia szpitali tymczasowych z rezerw strategicznych, stan tego asortymentu został w całości uregulowany, tj. został przekazany bezzwrotnie na rzecz wojewodów celem ratowania zdrowia i życia ludzkiego w związku z zagrożeniem epidemią COVID-19, rozlokowany w placówkach medycznych funkcjonujących na terenie danego województwa lub zwrócony do Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych. Po ustaniu epidemii COVID-19 wojewodowie mieli możliwość zwrotu ww. sprzętu i aparatury medycznej do Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, ale w większości przypadków wskazali oni niezbędną posiadania tego asortymentu na terenie danego województwa w celu ratowania zdrowia i życia ludzkiego oraz zaznaczyli, że jest on w należytym stanie technicznym, umożliwiającym jego dalsze użytkowanie w placówkach medycznych.

Z wyrazami szacunku

Wiesław Leśniakiewicz

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji
(podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym)

³ t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 228



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LKA.430.5.2024

Warszawa, 2025-05-12

Opinia
do stanowiska Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie informacji
o wynikach kontroli P/23/055 Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatur
medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji zawartego w piśmie z 14 kwietnia 2025 r. nr DK-KKN.0740.1.3.2025(8) podpisanego przez Podsekretarza Stanu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Wiesława Leśniakiewicza.

Dziękując za przedstawione stanowisko, pragnę wyrazić nadzieję, że zaprezentowane w nim aktualnie realizowane i planowane w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji przedsięwzięcia dotyczące pracy nad projektem zmian ustawy o rezerwach strategicznych oraz zlecenia wojewodom dokonania inwentaryzacji sprzętu i aparatury medycznej pozyskanych w związku z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19 przyczynią się do wdrożenia rozwiązań oraz zmian legislacyjnych zapewniających zabezpieczenie oraz optymalne wykorzystanie tych urządzeń, również w przypadku przyszłych sytuacji o charakterze kryzysowym.

Jednocześnie informuję, że wbrew twierdzeniom Podsekretarza Stanu, stan asortymentu udostępnionego z rezerw strategicznych w celu doposażenia szpitali tymczasowych, a także innych placówek medycznych nie został w całości uregulowany. Świadczą o tym stwierdzone w ramach niniejszej kontroli przypadki bezzwrotnego przekazania urządzeń świadczeniodawcom z naruszeniem przepisów o zarządzaniu mieniem Skarbu Państwa, przez Ministra Aktywów Państwowych oraz wojewodów, a także zgłaszane przez podmioty lecznicze wątpliwości w zakresie uprawnień do dysponowania otrzymanym sprzętem (w szczególności możliwości ponoszenia kosztów ubezpieczenia oraz utrzymania urządzeń w należytym stanie technicznym ze względu na wysokie koszty zakupu części zamiennych itp.).

Prezes NIK

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/

¹ Dz. U. z 2022 r., poz. 623.



Minister Aktywów Państwowych

DKA.II.092.7.2023

IK: 1095952

Warszawa, 08 kwietnia 2025 r.

Pan
Marian Banaś
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Dotyczy: Informacji o wynikach kontroli nr P/23/055 pn. *Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19*

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z przekazaniem w dniu 27 marca 2025 r., *Informacji o wynikach ww. kontroli*, (pismo Najwyższej Izby Kontroli znak LKA.430.5.2024 z dnia 27 marca 2025 r.), zgodnie z art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, uprzejmie informuję, że prawidłowość działań Ministra Aktywów Państwowych w zakresie dysponowania mieniem została potwierdzona w opinii Prokuratorii Generalnej RP.

Zgodnie z opinią prawną Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10.12.2024 r., (przekazaną do NIK w dniu 11.12.2024 r.)² dotyczącą wskazania podmiotu uprawnionego do dysponowania mieniem, nabytym przez przedsiębiorców (spółki Skarbu Państwa) ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w związku z wykonywaniem poleceń wydanych przez Prezesa Rady Ministrów, na podstawie art. 11h ust. 3 i 4 ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

- 1) wykładnia art. 5 ust. 1 u.z.z.m.p.³ oraz art. 6 ust. 1 u.z.z.m.p. w zw. z art. 8b ust. 2 ustawy o działach i art. 11h ust. 3 w zw. z ust. 7 ustawy o COVID daje podstawy do wniosku, że **Minister Aktywów Państwowych był uprawniony do gospodarowania mieniem Skarbu Państwa**, nabywanym na podstawie umów zawieranych z przedsiębiorcami – adresatami poleceń Prezesa Rady Ministrów, wydawanych na podstawie art. 11h ust. 3 i 4 ustawy COVID;
- 2) ww. wniosku nie zmienia fakt, że nabycie mienia przez Skarb Państwa finansowano ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID – **Minister Aktywów Państwowych był uprawniony do dysponowania Funduszem Przeciwdziałania COVID**, w zw. art. 65 ust. 3 i ust. 7 ustawy z

¹ Dz.U. z 2022 r. poz. 623.

² Pismem znak: DKA.II.062.7.2023, IK:1046512

³ ustawę z 16.12.2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (u.z.z.m.p.).

31.03.2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, **na podstawie upoważnienia Prezesa Rady Ministrów i w określonym tam zakresie.**

Z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Aktywów
Państwowych
Ewa Weber
dyrektor generalny
dokument podpisany elektronicznie
1095952.3994541.3177200

Załączniki:

1. Upoważnienie z dnia 25 kwietnia 2024 r., znak DP.014.184.2024 dla Pani Ewy Weber Dyrektora Generalnego MAP.



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LKA.430.5.2024

Warszawa, 2025-05-12

Opinia

**do stanowiska Ministra Aktywów Państwowych w sprawie informacji o wynikach kontroli
P/23/055 Zakup i wykorzystanie wybranych rodzajów sprzętu i aparatur medycznej,
pozyskanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19**

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Aktywów Państwowych zawartego w piśmie z 8 kwietnia 2025 r. nr DKA.II.092.7.2023 IK:1095952 podpisanego z upoważnienia Ministra Aktywów Państwowych przez Dyrektora Generalnego Ministerstwa Aktywów Państwowych.

Minister Aktywów Państwowych w swoim stanowisku wskazał, że był uprawniony do gospodarowania mieniem Skarbu Państwa, nabywanym na podstawie umów zawartych ze spółkami z udziałem Skarbu Państwa na utworzenie i organizację szpitali tymczasowych (zgodnie z poleceniami Prezesa Rady Ministrów), co – jak dodał - zostało potwierdzone w opinii Prokuratorii Generalnej RP.

W przedmiotowym zakresie Minister Aktywów Państwowych odniósł się do sformułowanych przez NIK w wystąpieniu pokontrolnym z 7 października 2024 r. ustaleń i ocen, które zostały potwierdzone w wyniku przeprowadzonego przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli postępowania w sprawie zastrzeżeń. Zastrzeżenia zgłoszone do treści ww. wystąpienia pokontrolnego dotyczące kwestii dysponowania przez Ministra Aktywów Państwowych sprzętem i aparaturą medyczną nabytymi przez spółki z udziałem Skarbu Państwa i objętymi refundacją ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 zostały oddalone w całości uchwałą nr 70/2024 z 11 grudnia 2024 r. przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli. Ustalenia wskazane w Informacji o wynikach kontroli są w pełni zgodne z treścią przywołanego wystąpienia pokontrolnego.

Zgodnie treścią decyzji wydanych przez Prezesa Rady Ministrów dziewięciu spółkom z udziałem Skarbu Państwa, do zadań Ministra Aktywów Państwowych 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 utrzymania funkcjonowania szpitali tymczasowych. Minister Aktywów Państwowych nie otrzymał od Prezesa

¹ Dz. U. z 2022 r., poz. 623.

Rady Ministrów odrębnych decyzji ani wytycznych dotyczących zagospodarowania sprzętu i aparatury medycznej.

Prezes Rady Ministrów jako dysponent środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 był organem właściwym do ustalenia zasad dysponowania – po likwidacji szpitali tymczasowych – sprzętem i aparaturą medyczną, zakupionymi przez spółki na podstawie wydanych przez niego decyzji. Tymczasem ówczesny Minister Aktywów Państwowych w dziewięciu umowach dotyczących finansowania tworzenia i organizacji szpitali tymczasowych, wyznaczył podmioty lecznicze, którym miał zostać przekazany sprzęt i aparatura medyczna po zlikwidowanych szpitalach, mimo że udzielone mu przez Prezesa Rady Ministrów pełnomocnictwo, uprawniało tylko do składania dyspozycji wypłaty środków z rachunku pomocniczego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w Banku Gospodarstwa Krajowego.

Prezes NIK

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/