



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Małgorzata Motylow

LKA. 410.036.01.2020

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienione zgodnie z treścią Uchwały Nr 64/2021
Kolegium Najwyższej Izby Kontroli z dnia 15 grudnia 2021 r.

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

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

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia ¹ , ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Niedzielski, Minister Zdrowia ² , od 26 sierpnia 2020 r. – obecnie, W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia, od 9 stycznia 2018 r. do 20 sierpnia 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Działania podejmowane w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 2 marca 2020 r.³ w celu przygotowania się do reagowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych⁴.2. Działania podejmowane w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 (od 2 marca 2020 - do dnia zakończenia czynności kontrolnych⁵).
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2021, do dnia zakończenia kontroli, z możliwością wykorzystania dowodów, w tym danych elektronicznych, istniejących przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁶
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Karolina Cichy, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/345/2020 z 14 grudnia 2020 r., nr LKA/158/2021 z 22 lipca 2021 r. oraz nr LKA/179/2021 z 17 sierpnia 2021 r.2. Beata Pękuł, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/344/2020 z 14 grudnia 2020 r. oraz nr LKA/153/2021 z 15 lipca 2021 r. <p>(akta kontroli str.1-8, 2318-2319)</p>

¹ Dalej: Ministerstwo Zdrowia albo Ministerstwo.

² Dalej: Minister Zdrowia albo Minister albo MZ.

³ Data uchwalenia ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, ze zm.), dalej: specustawa COVID-19.

⁴ Tj. chorób zakaźnych łatwo rozprzestrzeniających się, o wysokiej śmiertelności, powodujących szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagających specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa oraz wirusowe gorączki krwotoczne. Na potrzeby niniejszej kontroli przyjęto, że analogiczne cechy dotyczą COVID-19.

⁵ 23 sierpnia 2021 r.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁷ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

1. Minister Zdrowia w roku 2019 oraz do 2 marca 2020 r. opracował plany i procedury umożliwiające prowadzenie działań w sytuacji zagrożenia epidemicznego związanego z wystąpieniem chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, a w szczególności, z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. W tym czasie zapewniono monitorowanie zagrożeń epidemicznych występujących w Polsce i na świecie, istniał i został dwukrotnie zwołany Zespół Zarządzenia Kryzysowego Ministra Zdrowia i systematycznie gromadzono wiedzę o zasobach ratownictwa medycznego i kadry medycznej w Polsce.

Opracowane plany i procedury okazały się jednak niewystarczające w przypadku skali zakażeń wirusem SARS-CoV-2, dlatego dla uwzględnienia okoliczności związanych z charakterystyką choroby COVID-19 26 lutego 2020 r. MZ zaakceptował *Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zarażenia SARS-CoV-2*⁸. W styczniu i lutym 2020 r. Minister zwołał dwukrotnie posiedzenie Zespołu Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia⁹, na których poruszano sprawy związane z zapobieganiem rozprzestrzenianiu się tego wirusa.

MZ nie zapewnił zachowania ciągłości przepisów normujących zbieranie danych dotyczących zakażeń, chorób zakaźnych, a także aktualizacji formularzy do przekazywania danych, w wyniku czego nowe rozporządzenie zostało wydane dopiero po 10 miesiącach od wygaśnięcia przepisów poprzednio normujących te kwestie¹⁰.

2. Od 2 marca 2020 r. Minister nierzetelnie realizował zadania wynikające z ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym¹¹ i z Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego¹² - nie zwoływał swojego Zespołu Zarządzania Kryzysowego, a decyzje dotyczące zwalczania epidemii i koordynacji działań początkowo podejmowało nieformalne gremium, którego spotkania nie były rzetelnie dokumentowane. Dopiero od 4 września 2020 r. działał Sztab Kryzysowy Ministra Zdrowia, powołany na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów¹³, którego spotkania były dokumentowane, choć w bardzo lakoniczny sposób. MZ korzystał także ze wsparcia specjalistów w zakresie chorób zakaźnych i powołał szereg zespołów, do zadań których należało rozwiązywanie określonych problemów lub koordynacja działań w poszczególnych obszarach.

Na podstawie prac jednego z tych Zespołów¹⁴ Minister opracował, opublikowaną 3 września 2020 r. *Strategię walki z pandemią COVID-19. Jesień 2020*¹⁵. Niektóre mechanizmy proponowane w tym dokumencie abstrahowały jednak od realiów polskich szpitali, a inne nie miały jeszcze podstaw w polskim prawie. Bardziej realistyczne rozwiązania i dokładniejszą analizę możliwych scenariuszy rozwoju sytuacji zawarto dopiero w *Strategii 3.0.*, ogłoszonej w listopadzie 2020 r.

MZ gromadził i udostępniał obywatelom dane dotyczące epidemii przekazywane przez GIS. W czasie jej trwania wykorzystywano do tego celu systemy informatyczne – zarówno utworzone wcześniej (EWP) jak i nowe (SEPI).

⁷ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁸ Zaakceptowany przez Ministra Zdrowia, zatwierdzony przez GIS. Dalej: Krajowy plan działania.

⁹ Dalej: ZZK-MZ

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej Dz. U. poz. 848.

¹¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1856, ze zm., dalej: uozk.

¹² Dalej: KPZK.

¹³ Dz. U. z 2021 r. poz. 178, ze zm., dalej: uoRM.

¹⁴ Zespół ds. opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19, powołany zarządzeniem MZ z dnia 20 lipca 2020 r., dalej: Zespół ds. Strategii lub Zespół.

¹⁵ Dalej: Strategia z 3 września 2020 r.

MZ korzystał także ze wsparcia Centralnego Instytutu i Ochrony Pracy - Państwowego Instytutu Badawczego¹⁶ przy weryfikacji jakości produktów stosowanych do zwalczania epidemii, w tym sprowadzanych z zagranicy.

Minister zapewnił przygotowywanie projektów rozporządzeń Rady Ministrów i własnych, normujących zwłaszcza zasady wprowadzania i znoszenia ograniczeń, nakazów i zakazów w reakcji na rozwój sytuacji epidemicznej. Od marca 2020 r. wydawał dyspozycje Agencji Rezerw Materiałowych (później Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych) w sprawie tworzenia i udostępniania rezerw strategicznych wykorzystywanych do zwalczania epidemii. Minister zapewnił też komunikację z obywatelami oraz podmiotami uczestniczącymi w przeciwdziałaniu COVID-19 z wykorzystaniem różnorodnych kanałów i środków technicznych.

Pomimo początkowych trudności, rozbudowano potencjał laboratoriów diagnostycznych wykrywających obecność wirusa SARS-CoV-2, a Minister podjął działania, by skoordynować ich funkcjonowanie. Dopuszono także laboratoria działające w strukturach PIS a wszystkie laboratoria w kraju osiągnęły możliwość analizowania ponad 160 tys. testów dziennie.

Działania podejmowane przez Ministra dla utrzymania ciągłości udzielania wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym POZ, świadczeń opieki kardiologicznej i onkologicznej okazały się mało skuteczne, co wynikało nie tylko z wad strukturalnych systemu ochrony zdrowia w Polsce, lecz także z ograniczenia dostępu do POZ i w konsekwencji do pozostałych rodzajów świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie rozporządzeniem Ministra standardu udzielania świadczeń w formie teleporad poprawiło sytuację, choć ten tryb leczenia po czasie wykorzystywany był zbyt często przez podmioty lecznicze. Minister wprowadził stosowne korekty w marcu 2021 r.

Dokonany przez Ministra w kwietniu 2020 r. zakup respiratorów od podmiotów wyspecjalizowanych w handlu wyrobami medycznymi został przeprowadzony prawidłowo. Sprzęt ten został dostarczony terminowo i nie było zastrzeżeń co do jego sprawności technicznej, był objęty gwarancją i miał kompletną dokumentację, a zatem mógł zostać wykorzystany do celu, w jakim został zakupiony.

Natomiast dokonany przez MZ w tym samym miesiącu zakup respiratorów od firm, które nie specjalizowały się w handlu aparaturą medyczną (KGHM Polska Miedź S.A.¹⁷ oraz od firmy E&K), o łącznej wartości 44 702,4 tys. zł (wg cen zakupu) został przeprowadzony z naruszeniem wymogów art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁸. Zakup respiratorów od KGHM za kwotę 3564,0 tys. zł nie został udokumentowany pisemną umową, a dostarczone respiratory nie mogą być wykorzystane, bo nie spełniają norm bezpieczeństwa. Natomiast respiratory kupione w firmie E&K wymagały napraw, uzupełnienia dokumentacji i adaptacji do pracy w polskich warunkach, dlatego nie było możliwe ich pilne przekazanie użytkownikom, co było zasadniczą okolicznością uzasadniającą ich zakup w nadzwyczajnym trybie.

Ze względu na niedostarczenie kontrolerom informacji i dokumentów, NIK odstępuje od oceny obszaru dotyczącego funkcjonowania, finansowania z dotacji i rozliczenia Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19.

¹⁶ Dalej: CIOP-PIB.

¹⁷ Dalej: KGHM.

¹⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 305, ze zm., dalej: uofp.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Działania podejmowane w roku 2019 oraz do 2 marca 2020 r. w celu przygotowania się do reagowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2019-2020 (do 2 marca 2020 r.) całodobowy monitoring zagrożeń pojawiających się w kraju i na świecie zapewniało, działające przy Departamencie Ratownictwa Medycznego i Obronności - Centrum Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia²⁰. W przypadku działań wymagających decyzji MZ, to do CZK-MZ trafiały informacje o wystąpieniu zdarzeń stanowiących zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowia publicznego, przekazywane przez Głównego Inspektora Sanitarnego²¹, Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych²², Wojewódzkie Centra Zarządzania Kryzysowego²³, Rządowe Centrum Bezpieczeństwa²⁴, Wojewódzkich Koordynatorów Ratownictwa Medycznego²⁵. Źródłem informacji były też doniesienia prasowe o ostrzeżeniach podawanych przez różne instytucje. Na podstawie tych danych CZK-MZ opracowywało raport²⁶, którego zakres obejmował np.: rodzaj zdarzenia lub zagrożenia; źródło informacji; przyczyny, czas oraz miejsce wystąpienia; informacje dotyczące jednostki chorobowej (występowanie, transmisja, zapobieganie, leczenie, objawy); liczbę osób objętych postępowaniem wstępnym, nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną, hospitalizowanych, zmarłych oraz przypadków potwierdzonych laboratoryjnie; zalecenia i prognozy rozwoju sytuacji podawane przez Światową Organizację Zdrowia²⁷ oraz Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób²⁸; rekomendacje dotyczące zwołania ZZK-MZ; działania podjęte przez wojewodów oraz informacje konsultantów krajowych w dziedzinach chorób zakaźnych, epidemiologii i diagnostyki laboratoryjnej. Raport był przekazywany np. do Podsekretarza Stanu nadzorującego prace Departamentu Zdrowia Publicznego, sekretariatu Ministra i Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, GIS, KPC ds. MPZ oraz RCB.

(akta kontroli str.146-159, 298-308)

Jak wyjaśnił Sekretarz Stanu w Ministerstwie: *pierwsze informacje o pojawieniu się w Chinach przypadków zachorowań na zapalenie płuc o nieznaną etiologię wpłynęły do Ministerstwa Zdrowia w ostatnich dniach grudnia 2019 r.* Następnie 14 stycznia 2020 r. CZK-MZ otrzymało z RCB informację prasową o ostrzeżeniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przed rozprzestrzenianiem się nowego koronawirusa. W dniu 15 stycznia 2020 r. na podstawie *Procedury 1.0 – zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowia publicznego: czynniki biologiczne* CZK-MZ wystąpiło do GIS o uzupełnienie informacji na ten temat.

W dniu 4 lutego 2020 r. podczas obrad senackiej komisji zdrowia na temat przygotowań do przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się koronawirusa Sekretarz Stanu powiedział, że choroba wywoływana przez wirus SARS-CoV-2 nie jest pierwszą infekcją wirusową na taką skalę w Polsce, zatem wdrożone procedury

¹⁹ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

²⁰ Dalej: CZK-MZ.

²¹ Dalej: GIS.

²² Dalej: KPC ds. MPZ.

²³ Dalej: WCZK.

²⁴ Dalej: RCB.

²⁵ Dalej: LKRM.

²⁶ Zgodnie z *Procedurą 1.0 – Zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowia publicznego: czynniki biologiczne* z 7 lipca 2016 r.

²⁷ Dalej: WHO.

²⁸ Dalej: ECDC.

nie są nowe ani dla szpitali zakaźnych, ani dla szpitalnych oddziałów ratunkowych, ani dla ratownictwa medycznego. Minister powołał się także na doświadczenia z czasu epidemii tzw. świńskiej grypy sprzed kilkunastu i stwierdził, że po wdrożeniu procedur związanych z bieżącym zagrożeniem zostały wykonane wewnętrzne kontrole sprzętu, jaki mają na wyposażeniu oddziały zakaźne, izby przyjęć, ratownictwo medyczne²⁹.

Informację o pierwszym przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce, przekazał Ministrowi i GIS Dyrektor NIZP-PZH 4 marca 2020 r. telefonicznie, między godziną 0.05 a 0.15. Miało to miejsce niezwłocznie po uzyskaniu dodatniego wyniku badania na obecność wirusa SARS-CoV-2 u pierwszego pacjenta.

(akta kontroli str. 887-888, 890-930, 2164-2189)

Także PIS była organem odpowiedzialnym za bieżące rozpoznawanie i monitorowanie sytuacji epidemiologicznej oraz zapewnienie systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym w kraju, stosownie do art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³⁰ oraz zapisów KPZK. Natomiast GIS i Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny³¹ odpowiadały³² za współpracę z państwami członkowskimi Unii Europejskiej, Komisją Europejską i Europejskim Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób w ramach wspólnotowej sieci nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych, w tym również prowadzenie Punktu Kontaktowego Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania dla Chorób Zakaźnych³³.

(akta kontroli str.24, 35, 298, 882-886)

1.2. W przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego Minister Zdrowia ma do dyspozycji następujące procedury np:

- *Plan Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia*³⁴ z 19 czerwca 2015 r., zaktualizowany w styczniu 2019 r., określający ogólne procedury dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju; monitoringu, koordynacji i kierowania działaniami w sytuacji kryzysowej, uruchomienia zasobów zewnętrznych oraz wnioskowania o zwołanie Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego;
- *Procedurę 1.0 – Zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowia publicznego: czynniki biologiczne* z 7 lipca 2016 r., określającą sposób wymiany informacji na potrzeby zarządzania kryzysowego;
- *Procedurę 6.1 – Baza łóżkowa: Łóżka zakaźne* z 7 lipca 2016 r., określającą sposób wymiany informacji o liczbie łóżek zakaźnych w podmiotach leczniczych;
- *Procedura 8.0 – Zwołanie posiedzenia zespołu zarządzania kryzysowego Ministra Zdrowia* z 7 lipca 2016 r. określająca wytyczne dotyczące zwołań zespołu zarządzania kryzysowego;
- *Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zarażenia SARS-CoV-2* z 26 lutego 2020 r. określający np. system nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi; działania podejmowane na wypadek podejrzenia lub wystąpienia zakażeń SARS-CoV-2 i zachorowań COVID-19 oraz na wypadek stanu zagrożenia

²⁹<https://www.senat.gov.pl/prace/komisje-senackie/przebieg.8539.1.html>

³⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, ze zm., dalej: uozz.

³¹ Dalej: NIZP-PZH. Od 10 lipca 2021 r. obowiązuje nowa nazwa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

³² Zgodnie z art. 25 ust. 1 uozz.

³³ Dalej: KPK-EWRS.

³⁴ Dalej: PZK-MZ

epidemicznego lub stanu epidemii; podmioty uczestniczące w realizacji zadań związanych z bezpieczeństwem epidemiologicznym w kraju.

Na pytanie, dlaczego procedury 1.0, 6.1 i 8.0 nie były aktualizowane od 2016 r. Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: *procedury są narzędziem pomocniczym dla CZK-MZ. Od 2016 r. katalog wysoce zakaźnych czynników biologicznych stanowiących zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi, które są punktem wyjścia do uruchomienia procedury nie wymagał zmian. W procedurze natomiast wprowadzono korekty dotyczące odbiorców informacji, w związku ze zmianami organizacyjnymi w MZ.*

(akta kontroli, str. 40-136, 146-159, 339-362, 787-869, 1709, 1734)

W PZK-MZ uwzględniono możliwość wdrożenia przez Państwową Inspekcję Sanitarną ograniczeń i obowiązków określonych w art. 5 ust. 1 oraz art. 33 ust. 2 uozz³⁵. Natomiast w ramach *Krajowego planu działania*, w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii (na terenie województw lub całego kraju), przewidziano możliwość wdrożenia środków nadzwyczajnych, np. takich jak: czasowe ograniczenie sposobu przemieszczania się i funkcjonowania instytucji lub zakładów pracy; zakaz organizacji widowisk i innych zgromadzeń ludności; obowiązek wykonywania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych i innych obiektów; nakaz udostępniania nieruchomości lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych w wojewódzkich planach przeciwepidemicznych; obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych. Ponadto, w dokumencie przewidziano możliwość wprowadzenia przez Radę Ministrów stanu klęski żywiołowej na wniosek GIS za pośrednictwem Ministra Zdrowia lub wojewody.

(akta kontroli str. 40-136)

Minister Zdrowia, stosownie do art. 12 ust. 4 uozk, w roku 2017 r. powołał Zespół Zarządzania Kryzysowego³⁶. W skład Zespołu wchodził: nadzorujący prace komórki organizacyjnej właściwej w zakresie zarządzania kryzysowego Sekretarz Stanu albo Podsekretarz Stanu w Ministerstwie (Przewodniczący Zespołu); Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa (Wiceprzewodniczący) oraz Dyrektor Generalny i dyrektorzy departamentów Ministerstwa (członkowie). W zależności od potrzeb oraz specyfiki omawianych zagadnień zapraszano również do prac Zespołu np. kierowników pozostałych komórek organizacyjnych Ministerstwa oraz jednostek podległych lub nadzorowanych. Do zadań zespołu należało np.: dokonywanie okresowej oceny zagrożeń na potrzeby sporządzenia *Raportu o zagrożeniach bezpieczeństwa narodowego*, opiniowanie projektu planu zarządzania kryzysowego Ministra, opiniowanie wykazu obiektów, instalacji i urządzeń wchodzących w skład infrastruktury krytycznej w ramach właściwości Ministra oraz wypracowywanie wniosków i propozycji dotyczących zapobiegania i przeciwdziałania zagrożeniom.

W dniu 29 stycznia 2020 r. Przewodniczący Zespołu zwołał posiedzenie Zespołu w celu omówienia m.in. uruchomienia linii diagnostycznej, zakupu testów Novel, transportu Polaków z Wuhan do Polski, koordynacji działań w kraju w związku

³⁵ tj. np. obowiązek poddawania się przez obywateli RP zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym, poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań, nadzorowi epidemiologicznemu, kwarantannie, leczeniu, hospitalizacji, izolacji; zaniechania wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby; wprowadzenie zakazu wstępu do pomieszczeń skażonych; nakaz przeprowadzenia dekontaminacji, dezynsekcji lub deratyzacji nieruchomości lub pomieszczeń; nakaz przeprowadzenia dekontaminacji przedmiotów, a jeżeli nie jest to możliwe – ich zniszczenie;

³⁶ Zarządzenie Ministra Zdrowia z 10 maja 2017 r. w sprawie powołania Zespołu Zarządzania Kryzysowego (Dz. MZ poz. 55.), dalej: Zespół.

z sytuacją kryzysową dot. koronawirusa oraz koordynacji polityki medialnej. W 2020 r. Zespół spotkał się jeszcze jeden raz 24 lutego 2020 r.

(akta kontroli str.160-161, 426-430, 1377)

Zadania i kompetencje organów administracji publicznej i instytucji dotyczące zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych zostały określone w PZK-MZ oraz *Krajowym planie działania*. Podmiotami wyznaczonymi do ich realizacji były np.:

- Minister Zdrowia i GIS – pełniący rolę koordynacyjną;
- RCB – pełniący funkcję krajowego centrum zarządzania kryzysowego, zapewniającego obsługę Rady Ministrów, Prezesa Rady Ministrów, Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- Wojewodowie – w zakresie koordynacji zadań przewidzianych w wojewódzkich planach zarządzania kryzysowego, zgodnie z kompetencjami ustawowymi;
- NIZP-PZH – pełniący rolę naukowo-badawczą i diagnostyczną w zakresie zdrowia publicznego;
- KPC ds. MPZ – zapewniający przepływ informacji do/z instytucji międzynarodowych i krajów członkowskich WHO;
- Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych – zapewniająca przechowywanie i dystrybucję środków ochrony indywidualnej będących w dyspozycji Ministra;
- Agencję Rezerw Materiałowych/Rządową Agencję Rezerw Strategicznych³⁷ – gospodarującą rezerwami strategicznymi.

(akta kontroli str. 113-128, 339-362)

Obowiązujące w Ministerstwie plany i procedury były przystosowane do działania w sytuacji zagrożenia epidemicznego o niewielkiej skali, natomiast były niewystarczające w przypadku skali epidemii COVID-19.

Krajowy plan działania, choć był jedynie *propozycją kierunkową*, zaproponowaną przez GIS i zaakceptowaną przez Ministra Zdrowia, jest dokumentem określającym zasady postępowania, zadania i odpowiedzialność poszczególnych instytucji oraz podmiotów zaangażowanych w przeciwdziałanie epidemii COVID-19 i obejmuje zagadnienia związane z diagnostyką, nadzorem i kontrolą przypadków zakażeń i zachorowań na COVID-19, nie ograniczając się do podmiotów działających w obszarze ochrony zdrowia.

(akta kontroli str. 339-364)

W Ministerstwie nie prowadzono prac dotyczących przygotowania porozumień z podmiotami międzynarodowymi i krajowymi w kwestii procedur postępowania dotyczących rozpoznawania zagrożeń epidemicznych. Natomiast procedury i plany Ministra na wypadek zagrożenia epidemicznego wskazywały konieczność współdziałania oraz wymiany informacji o sytuacji epidemicznej na poziomie międzynarodowym. Wymiana informacji odbywa się poprzez KPC ds. MPZ oraz KPK-EWRS, a także w ramach spotkań Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia.

³⁷ Od 23 lutego 2021 r.

Za przekazywanie danych do ECDC³⁸ oraz do KPC ds. MPZ³⁹ odpowiada NIZP-PZH, a GIS odpowiada za przekaz danych do KPK-EWRS.

(akta kontroli str.113-128, 301-302)

1.3. W całym okresie kontroli Minister czerpał informacje dotyczące kadry medycznej oraz zasobów ratownictwa z różnych raportów. W przypadku kadry medycznej dane te pochodziły z:

- raportów otrzymywanych z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską (w przypadku lekarzy i dentystów) oraz zamieszczonych na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej;
- raportów przekazywanych raz do roku przez samorządy zawodowe diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów i fizjoterapeutów;
- raportów Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych w ramach bieżącego dostępu, kwartalnych raportów otrzymywanych z Centrum e-Zdrowie (w przypadku lekarzy, dentystów, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów i fizjoterapeutów będących w trakcie kształcenia),
- raportów przekazywanych raz do roku z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Informacje o liczbie i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego uzyskiwano z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Sekretarz Stanu Ministerstwa wyjaśnił, że w przypadku konieczności zdobycia aktualnych danych, pracownicy Ministerstwa kontaktowali się w trybie roboczym z samorządami zawodowymi diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów i fizjoterapeutów, a także z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

(akta kontroli str. 304-308, 365-373, 1709, 1734-1736)

Minister Zdrowia nie miał wiedzy dotyczącej zasobów PIS oraz wyposażenia szpitali w sprzęt i środki ochronnych osobistej. Sekretarz Stanu Ministerstwa wyjaśnił, że dane dotyczące zasobów kadrowych, sprzętowych i wyposażenia stacji sanitarno-epidemiologicznych były w dyspozycji wojewodów, gdyż należy to do ich kompetencji. Natomiast, obowiązek zapewnienia sprzętu i środków ochrony osobistej należy do kierownika podmiotu leczniczego.

Ponadto Sekretarz Stanu wskazał, że: *w początkowej fazie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 w kraju Ministerstwo Zdrowia wdrożyło stałe monitorowanie określonych zasobów (m.in. środków ochrony indywidualnej – ŚOI, respiratorów, aparatów ECMO) w szpitalach jednoimiennych oraz szpitalach posiadających oddziały zakaźne i obserwacyjno-zakaźne. MZ nie realizowało takich działań we wszystkich jednostkach/służbach zaangażowanych w przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2.*

W odniesieniu do ŚOI, w sytuacji w której nie występuje zagrożenie braku dostępności ŚOI na rynku krajowym i światowym, nie identyfikuje się potrzeby monitorowania na poziomie centralnym wielkości zasobów ŚOI posiadanych przez podmioty lecznicze ani określania norm zużycia/zapotrzebowania tych zasobów.

³⁸ Na podstawie umowy z Ministerstwem zawartej w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w zakresie celu operacyjnego nr 4 Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki, Zadania 3 pkt. 1) lit. j; koordynacja przekazywania krajowych danych epidemiologicznych o zakażeniach i chorobach zakaźnych do Europejskiego Centrum Zapobiegania oraz Kontroli Chorób Zakaźnych oraz innych instytucji i organizacji międzynarodowych, w tym sporządzenie i przekazywanie raportów zawierających np. indywidualne (zanonimizowane) dane o zachorowaniach na choroby zakaźne zgodnie z definicjami przypadków.

³⁹ Na podstawie umowy z GIS.

Zgodnie z KPZK - cz. A, w fazie zapobiegania do zadań Ministra Zdrowia należy *przygotowanie w obszarze dostępności produktów leczniczych i wyrobów medycznych*. Zdaniem NIK, aby zapewnić odpowiednią liczbę tych produktów, także w formie rezerw, niezbędna była wiedza o aktualnych zasobach podmiotów leczniczych.

(akta kontroli str. 21, 308-310, 2412)

1.4. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw⁴⁰, w dniu 1 stycznia 2019 r. straciło ważność Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej⁴¹, w którym ustalona była lista chorób podlegających zgłaszaniu i do którego załączono wzory formularzy zgłoszeń. Minister Zdrowia 28 października 2015 r. upoważnił GIS⁴² do opracowania, przeprowadzenia procesu uzgodnień oraz konsultacji publicznych projektu nowego rozporządzenia w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu⁴³ weszło w życie 19 grudnia 2019 r. Prace nad nowym aktem prawnym nie zakończyły się zatem przed dniem utraty ważności poprzedniego rozporządzenia. Jak wyjaśnił Sekretarz Stanu Ministerstwa, *pomimo że zaproponowane w projekcie rozwiązania stanowiły kontynuację rozwiązań merytorycznych przyjętych w 2013 r., a niektóre z nich powielają przepisy pozostające w obrocie prawnym od ponad 5 lat, w trakcie prac nad projektem zostały zgłoszone uwagi i wątpliwości o charakterze legislacyjno-prawnym w zakresie danych, których zbieranie i przetwarzanie jest dopuszczalne w zakresie informacji o drogach nabycia chorób przenoszonych drogą płciową*. W związku ze zgłoszonymi przez Rządowe Centrum Legislacji uwagami (21 stycznia 2019 r.- dop. NIK), GIS wystąpił o uzyskanie dodatkowego stanowiska do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO) oraz konsultantów krajowych w dziedzinie epidemiologii oraz mikrobiologii lekarskiej. Zmiany w projekcie rozporządzenia w stosunku do jego pierwotnego brzmienia spowodowały konieczność przeprowadzenia dodatkowych uzgodnień, co wpłynęło na przedłużenie prac nad jego treścią. Rozporządzenie weszło w życie 19 grudnia 2019 r. Mimo braku aktualnych przepisów, od 2 stycznia 2019 r. do 19 grudnia 2019 r., podmioty zobowiązane do zgłaszania zakażeń na podstawie art. 27 ust. 1 uozz nadal zgłaszały zakażenia, opierając się na poprzednio obowiązujących przepisach, wykorzystując formularze, stanowiące załącznik do nieobowiązującego już rozporządzenia z 2013 r. Odniesiono się do tego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 310-311, 323-338, 374, 2259-2269)

1.5. Zgodnie z KPZK - część A, w latach 2019 – 2020 (do 2 marca 2020 r.) Minister Zdrowia zawarł z NIZP-PZH cztery umowy dotyczące realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia publicznego przed chorobami zakaźnymi. Przedmiotem tych umów było np.:

⁴⁰ Dz. U. poz. 1991.

⁴¹ Dz. U. poz. 848, dalej: rozporządzenie w sprawie zgłaszania zakażeń. Termin utraty mocy rozporządzenia był dwukrotnie zmieniany (art. 48 ustawy zmieniającej).

⁴² Znak: BGP.013.307.2015.WK.

⁴³ Dz. U. poz. 2430.

- potwierdzanie podejrzenia albo rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, identyfikacja oraz charakterystyka biologicznych czynników chorobotwórczych, działania profilaktyczne⁴⁴;
- koordynacja przekazywania krajowych danych epidemiologicznych o zakażeniach i chorobach zakaźnych do ECDC oraz innych instytucji i organizacji międzynarodowych⁴⁵;
- utworzenie linii diagnostycznej ostatecznej identyfikacji zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2⁴⁶.

NIZP-PZH terminowo przekazywał sprawozdania z wykonania nałożonych tymi umowami zadań.

(akta kontroli str. 312-313, 882-886, CD1)

W latach 2019 – 2020 (do 2 marca 2020 r.) Minister Zdrowia nie zawierał umów (na podstawie art. 42 ust. 1 uozz), obejmujących przechowywanie zapasów produktów leczniczych i środków ochrony osobistej oraz zapewnienie transportu sanitarnego z uwzględnieniem osób chorych na choroby zakaźne.

(akta kontroli str. 312-313, 882-886, 888)

1.6. W latach 2018-2020 środki na zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych u ludzi, zapisane w budżecie państwa były planowane wyłącznie:

- na szczepionki służące przeprowadzaniu obowiązkowych szczepień ochronnych, stosowanie do art. 18 uozz, w wysokości, odpowiednio: 241 669,0 tys. zł, 161 622,0 tys. zł oraz 273 677,0 tys. zł;
- w ramach polityki zdrowotnej pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021*, na zakup leków antyretrowirusowych oraz monitorowanie ich skuteczności u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, w 2018 r. i w 2019 r. w wysokości 318 800,0 tys. zł, a w 2020 r. w wysokości 348 000,0 tys. zł;
- na finansowanie działalności PIS, w części 46 – Zdrowie (GIS i Graniczne Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne) w wysokości, odpowiednio: 37 372 tys. zł, 41 803,0 tys. zł oraz 56 414,0 tys. zł oraz w części 85 – Wojewodowie (wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne) w wysokości, odpowiednio: 1 045 864,0 tys. zł, 1 161 242,0 tys. zł oraz 1 535 422,0 tys. zł.

W tym okresie w budżecie państwa nie planowano środków przeznaczonych bezpośrednio na przeciwdziałanie wystąpieniu chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

(akta kontroli str. 1701, 1725-1727)

1.7. Od 17 sierpnia 2010 r. Minister nie aktualizował wykazu asortymentowo-ilościowego, na podstawie którego tworzona jest rezerwa na wypadek wystąpienia zagrożenia epidemicznego, która pozostaje w jego dyspozycji. Zgodnie z §1 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych⁴⁷, stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2010 r. w sprawie Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych⁴⁸, należało to do jego właściwości. Obowiązujący w okresie objętym kontrolą wykaz został ustalony przez MZ i przekazany do CBR pismem z 17 sierpnia 2010 r.⁴⁹ i zawierał listę artykułów koniecznych do zgromadzenia, przechowywania i utrzymywania w odpowiednim stanie jakościowym (wraz ze

⁴⁴ nr 6/4/3/NPZ/2018/1094/119 z 11 czerwca 2018 r. oraz nr 6/4/2/NPZ/2018/1094/120 z 11 czerwca 2018 r.

⁴⁵ nr 6/4/4/NPZ/2018/1094/121 z 11 czerwca 2018 r.

⁴⁶ Nr 5/CoV/85195/85195/2020/1094/66 z 24 lutego 2020 r.

⁴⁷ Dalej: CBR.

⁴⁸ Dz. Urz. MZ z 2010 r. nr 8 poz.51. Dalej: zarządzenie o CBR.

⁴⁹ Nr MZ-OKR-RP-078-1794-11/MS/10.

wskazaniem ich liczby/ilności), stanowiących rezerwę na wypadek wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub dla zapewnienia właściwego stanu sanitarnego kraju w sytuacji nadzwyczajnej⁵⁰, w którym ujęto np.:

- kombinezony ochrony biologicznej – 500 szt.,
- gogle – 500 szt.,
- rękawice: gospodarcze – 1 000 par; chirurgiczne – 5 000 szt., sterylne – 100 par,
- buty gumowe ochronne – 500 par,
- maseczki chirurgiczne jednorazowego użytku – 1 000 szt.,
- półmaski filtrujące FFP-3 – 1000 szt.,
- osłony na buty ze wzmocnionym spodem – 500 par,
- środki do dezynfekcji: dużych powierzchni na bazie chloru – 3 000 kg, małych powierzchni i sprzętu – 100 litrów oraz środki do dezynfekcji rąk – 100 litrów.

Zgodnie z treścią tego pisma: *składniki utworzonej rezerwy, które podlegają rotacji ze względu na datę przydatności do użycia, powinny być przekazywane do wykorzystania jednostkom inspekcji sanitarnej nie później niż sześć miesięcy przed końcem daty ważności artykułów. Uzupełnienie ilości rozdysponowanych rezerw powinno odbywać się na bieżąco, w miarę przebiegu procesu ich dystrybucji, dla zapewnienia właściwego zabezpieczenia stanu sanitarnego kraju.*

Do 29 lutego 2020 r. asortyment ten został zwiększony w przypadku półmasek filtrujących FFP-3 do 51 000 szt.; rękawic ochronnych do 7 040 szt. oraz kombinezonów ochronnych do 907 szt. Powyższe świadczy o tym, że Minister przez cały czas mógł uzupełniać rezerwy znajdujące się w CBR ponad minima określone w wykazie.

W odniesieniu do braku aktualizacji wykazu Sekretarz Stanu wskazał, że *podstawowym zadaniem [CBR] jest pełnienie roli centralnego dystrybutora preparatów szczepionkowych na potrzeby świadczeniodawców prowadzących obowiązkowe szczepienia ochronne. Biorąc pod uwagę możliwości techniczno-logistyczne, magazynowe oraz kadrowe CBR, jednostka nie była przewidziana do przechowywania i dystrybucji dużej rezerwy artykułów na wypadek wystąpienia sytuacji nadzwyczajnej. Asortyment określony w wykazie w 2010 r. odpowiada możliwościom CBR i był przewidziany wyłącznie do czasowego i nagłego wsparcia wybranych podmiotów. Ponadto wskazał, że aby nie powielać zadań realizowanych w ramach systemu rezerw strategicznych, nie uznano za konieczne poszerzenie rezerwy artykułów gromadzonych w CBR na wypadek wystąpienia sytuacji nadzwyczajnej.*

W Statucie CBR nie wskazano, że jego podstawowym zadaniem jest pełnienie roli centralnego dystrybutora preparatów szczepionkowych na potrzeby świadczeniodawców prowadzących obowiązkowe szczepienia ochronne. Do zadań tego podmiotu⁵¹ należy również utrzymanie stałej rezerwy i dystrybucja aparatury, środków dezynfekcyjnych, szkła, innych środków medycznych, laboratoryjnych, materiałów oświatowo-zdrowotnych przeznaczonych dla podmiotów leczniczych w razie zagrożenia epidemicznego lub dla zapewnienia właściwego stanu sanitarnego kraju.

(akta kontroli str. 297-298, 317-318, 416-417, 2270, 2423-2424, CD1)

W dniu 30 stycznia 2020 r. WHO ogłosił stan wyjątkowy dotyczący zdrowia publicznego oraz informacje o zagrożeniu nowym koronawirusem. Natomiast Minister Zdrowia, który zgodnie z KPZK cz. A – jest podmiotem wiodącym w fazie

⁵⁰ Dalej: Wykaz lub wykaz asortymentowo-ilościowy stanowiący rezerwę na wypadek wystąpienia zagrożenia epidemicznego.

⁵¹ Zgodnie z §2 ust. 1 Statutu CBR, stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia o CBR.

zapobiegania i przygotowania do epidemii, dopiero 27 lutego 2020 r. podjął działania prowadzące do podniesienia poziomu strategicznych rezerw medycznych, które należały wówczas do zadań⁵² Ministra Aktywów Państwowych⁵³. W tym dniu MZ złożył do MAP wniosek o utworzenie w trybie pilnym rezerwy COVID-19, obejmującej dziewięć asortymentów (z trzech różnych grup), przeznaczonych do przeciwdziałania zagrożeniu epidemicznemu, które spowodował rozprzestrzeniający się koronawirus SARS-CoV-2.

Na pytanie NIK, dlaczego Minister Zdrowia nie wystąpił z takim wnioskiem wcześniej, Minister odpowiedział, że wystąpił właśnie 27 lutego 2020 r., nie wyjaśnił natomiast dlaczego nie zrobił tego w okresie poprzedzającym epidemię.

(akta kontroli str. 1711, 1737, 2272-2274, CD1)

W ramach UE, w roku 2014 wypracowano mechanizm wspólnego zamawiania szczepionek itp. na wypadek pandemii (Joint Procurement Agreement to procure medical countermeasures – JPA). Polska złożyła deklarację przystąpienia do tej umowy w lutym 2020 r. a przystąpiła do umowy w sprawie wspólnych zamówień 6 marca 2020 r. Zatem nie mogła wziąć udziału w ogłoszonym przez Komisję Europejską 17 lutego 2020 r. przetargu na dostawę środków ochrony osobistej. Natomiast po przystąpieniu do tej umowy 6 marca 2020 r., Polska wzięła udział w ogłoszonym 17 marca 2020 r. postępowaniu nr 2020/S 102-245177 na dostawę 110 tys. szt. respiratorów o szacunkowej wartości łącznej 1,4 mld euro.

W tej sprawie Minister odpowiadając 23 kwietnia 2020 r. na interpelację poselską wyjaśnił: *Polska przystąpiła do JPA niezwłocznie po ujawnieniu zagrożenia epidemią koronawirusa. Wstępne deklaracje przystąpienia do JPA zostały złożone już w lutym br. a podpisanie umowy możliwe było na marginesie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO) w dniu 6 marca br. Pierwsza propozycja przystąpienia do JPA pojawiła się już w 2009 roku. Polska wówczas decyzją ówczesnego Ministra Zdrowia, Pani Ewy Kopacz, nie zdecydowała się na przystąpienie do umowy, między innymi ze względu na narzucanie państwom członkowskim dodatkowych opłat za tzw. gotowość. Od tamtej pory na szczeblu unijnym opracowywano różne formy porozumienia o wspólnych zakupach i każdą z nich Ministerstwo Zdrowia starannie analizowało*⁵⁴.

(akta kontroli str. 2275-2294)

Minister Zdrowia otrzymał uprawnienia do wydawania dyspozycji dotyczących zakupu rezerw strategicznych i dysponowania tymi rezerwami 8 marca 2020 r., na mocy przepisów specustawy COVID-19.

1.8. Od 31 grudnia 2018 r. do 2 marca 2020 r. liczba szpitali zakaźnych oraz oddziałów zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych sukcesywnie zmniejszała się. W dniu 31 grudnia 2018 r. w Polsce było 110 oddziałów zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych oraz 87 szpitali zakaźnych, natomiast do 31 grudnia 2019 r. ich liczba zmniejszyła się do 105 oddziałów oraz 83 szpitali, a do 2 marca 2020 r. - do 104 oddziałów i 82 szpitali. Z tego powodu zmniejszyła się też sumaryczna liczba łóżek - 31 grudnia 2018 r. na oddziałach zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych było 2 914 łóżek (z czego 1 112, tj. 38,2% było wolnych), 31 grudnia 2019 r. było 2 490 łóżek (z czego 1 098, tj. 44,1% było wolnych), 2 marca 2020 r. było 2 457 łóżek (z czego 831, czyli 33,8% było wolnych).

(akta kontroli str. 297)

⁵² Na podstawie ustawy z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych - Dz.U. z 2020 r. poz. 2051, dalej „ustawa o rezerwach strategicznych”.

⁵³ Dalej: MAP.

⁵⁴ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/interpelacja.xsp?documentId=389A88511E964B45C1258537004FDD5E>

Sekretarz Stanu w Ministerstwie wyjaśnił, że Ministerstwo Zdrowia nie miało informacji dotyczących przyczyn zmniejszenia liczby szpitali zakaźnych oraz oddziałów zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych, ponieważ podmioty wykonujące działalność leczniczą nie mają obowiązku przekazywania takich informacji. Takie informacje gromadzą właściwi miejscowo wojewodowie.

W KPZK cz. A, już w fazie zapobiegania epidemii, jednym z zadań Ministra jest: *przygotowanie (...) dostępności wolnych łóżek szpitalnych.*

Odnosząc się do działań podjętych w okresie od 14 stycznia do 2 marca 2020 r. dla zwiększenia liczby łóżek zakaźnych dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, Minister wyjaśnił, że: *w związku z ówczesną sytuacją epidemiczną na świecie, po ustaleniach dokonanych 28 lutego 2020 roku podczas odprawy Prezesa Rady Ministrów z wojewodami (z udziałem Ministra Zdrowia), wojewodowie podjęli działania mające na celu wprowadzenie podwyższonej gotowości szpitali (...). Decyzje wydawane przez wojewodów miały na celu np. zwiększenie wolnej bazy łóżkowej oraz przygotowanie do przyjęcia i pozostawanie w stałej gotowości do przyjmowania pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.*

(akta kontroli str. 21, 297, 1662, 1673-1674)

Decyzje wydane przez wojewodów nakładały na podmioty lecznicze⁵⁵ obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia.

(akta kontroli str. 2320-2346)

Do 30 marca 2020 r. diagnostyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2 była oparta na potencjale laboratoriów PIS oraz NIZP-PZH. Od 24 lutego 2020 r. Minister był informowany przez GIS⁵⁶ o bazie laboratoryjnej PIS i postępach w uruchamianiu diagnostyki w kierunku SARS-CoV-2 w laboratoriach Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych⁵⁷, a także o zaopatrzeniu magazynowym laboratoriów WSSE w testy do badania na obecność wirusa SARS-CoV-2⁵⁸. W wyniku działań GIS, do 3 marca 2020 r. diagnostykę w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 wdrożyło siedem z 16 laboratoriów WSSE. Ponadto 24 lutego 2020 r. Minister Zdrowia⁵⁹ zawarł umowę z NIZP-PZH⁶⁰ na realizację zadania obejmującego uruchomienie linii diagnostycznej, w ramach której miały być wykonane badania laboratoryjne diagnostyczne, dotyczące ostatecznej identyfikacji zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 u ludzi. Do 28 lutego 2020 r. CBR zakupiła 25 tys. szt. testów, które 28 i 29 lutego 2020 r. zostały przekazane do NIZP-PZH oraz do dziewięciu wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Jak wyjaśnił Sekretarz Stanu, zawarcie umowy z NIZP-PZH było podyktowane tym, że w Instytucie jest kadra z doświadczeniem w diagnostyce koronawirusów (SARS, MERS) oraz laboratorium (BSL-3), zapewniające warunki do diagnostyki tego typu patogenów.

(akta kontroli str. 311-312, 319-321, 375-390, 870-881)

Sekretarz Stanu wyjaśnił, że w tym okresie materiał diagnostyczny mógł być pobierany wyłącznie w warunkach szpitalnych, a decyzja o hospitalizacji pacjenta oraz przeprowadzeniu diagnostyki w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 należała do uprawnień zawodowych lekarzy. Decyzja ta była podejmowana

⁵⁵ Zgodnie z art. 30 ust. 2-3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz. U. z 2020 r. poz. 882, ze zm., dalej: ustawa o PRM.

⁵⁶ Informacje GIS z 24 lutego 2020 r., 27 lutego 2020 r. oraz 3 marca 2020 r.

⁵⁷ Dalej: WSSE.

⁵⁸ Informacja GIS z 28 lutego 2020 r.

⁵⁹ Reprezentowany przez Sekretarza Stanu Ministerstwa na podstawie pełnomocnictwa z 23 września 2019 r. (znak: PR.013.143.2019.PR).

⁶⁰ Nr 5/CoV/85195/85195/2020/1094/66 z 24 lutego 2020 r.

indywidualnie po przeprowadzeniu badania pacjenta, na podstawie informacji zebranych podczas wywiadu lekarskiego, badania fizykalnego oraz wyników badań dodatkowych. Natomiast na podstawie opracowanej przez ECDC definicji przypadku, zostały przygotowane *Zasady postępowania z osobami podejrzanymi o zakażenie nowym koronawirusem 2019-nCoV*⁶¹, które stanowiły dla lekarzy wytyczne merytoryczne do przeprowadzenia oceny czy zachodzi podejrzenie przypadku zakażenia wirusem 2019-nCoV (później wg WHO – SARS-CoV-2), będące podstawą decyzji o wykonaniu testów na obecność koronawirusa i hospitalizacji.

(akta kontroli str. 311-312, 319-321, 674-693)

W dniach 28 i 29 stycznia 2020 r. Minister Zdrowia wystąpił do działających przy wojewodach Centrów Zarządzania Kryzysowego o weryfikację danych dotyczących urzędów do transportu osób podejrzanych lub chorych na choroby wysoce zakaźne na terenie Polski. Sekretarz Stanu wskazał, że: *w związku z zagrożeniem wystąpienia epidemii wirusa SARS-CoV-2 w Polsce do dnia 2 marca 2020 r. przygotowano ustawę o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (ustawa z dnia 2 marca 2020 r., Dz.U. z 2020 r. poz. 374, która weszła w życie 8 marca 2020 r.), zakładającą wprowadzenie odrębnie finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (art. 7 ww. ustawy). Minister powiedział również, że nie było konieczne wzmocnienie bazy transportowej - ani w związku z odnotowaniem pierwszego przypadku zakażenia 4 marca 2020 r, ani w związku z ogłoszeniem 14 marca 2020 r. stanu zagrożenia epidemicznego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej czy stanu epidemii 20 marca 2020 r. Należy zaznaczyć, że opóźnienie we wzmocnieniu bazy transportowej i co za tym idzie, zabezpieczenie dostaw jest zawsze trudniejsze i bardziej kosztowne, gdy sytuacja kryzysowa w pełni się rozwinie.*

(akta kontroli str.318-321, 418-424)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Minister nierzetelnie nadzorował opracowywanie przez GIS rozporządzenia w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. GIS na przygotowanie tego aktu prawnego miał prawie 40 miesięcy (od października 2015 r. do końca grudnia 2018 r.). Do tego czasu nie zakończono procesu legislacyjnego, co spowodowało, że powstała luka prawna i przez 10 miesięcy w obiegu prawnym nie było rozporządzenia w tej sprawie. W tej sytuacji podmioty zobowiązane do zgłaszania zakażeń⁶², mimo braku aktualnych przepisów, od 2 stycznia 2019 r. do 19 grudnia 2019 r., nadal zgłaszały zakażenia, opierając się na poprzednio obowiązujących przepisach, wykorzystując formularze, stanowiące załącznik do nieobowiązującego już rozporządzenia z 2013 r.

OCENA CZĄSTKOWA

Minister Zdrowia w roku 2019 oraz do 2 marca 2020 r. prawidłowo opracował plany i procedury umożliwiające prowadzenie działań w sytuacji zagrożenia epidemicznego związanego z wystąpieniem chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, a w szczególności, z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. Minister prawidłowo monitorował zagrożenia w Polsce i na świecie,

⁶¹ Zasady te zostały wydane 25 stycznia 2020 r. oraz aktualizowane 27 stycznia 2020 r.

⁶² Na podstawie art. 27 ust. 1 uozz.

powołał Zespół Zarządzania Kryzysowego, miał wiedzę o zasobach ratownictwa medycznego i kadry medycznej. Opracowane plany i procedury okazały się jednak niewystarczające w przypadku skali zakażeń wirusem SARS-CoV-2. W dniu 26 lutego 2020 r. przedstawiono *Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zarażenia SARS-CoV-2*. Minister Zdrowia jeszcze w grudniu 2019 r. otrzymał informacje o nowym, nierozpoznanym jeszcze zagrożeniu. W dniu 29 stycznia 2020 r., zgodnie z uozk, Przewodniczący Zespołu zwołał posiedzenie ZZK-MZ. W 2020 r. Zespół spotkał się jeszcze jeden raz 24 lutego 2020 r. Minister gromadził na bieżąco wiedzę dotyczącą kadry medycznej oraz zasobów ratownictwa medycznego. Nie miał natomiast wiedzy dotyczącej wyposażenia szpitali w sprzęt i środki ochrony osobistej, co wyjaśniano pozostawianiem tych spraw we właściwości wojewodów. Aktualne informacje na ten temat były jednak niezbędne do odpowiedniego planowania rezerw *produktów leczniczych i wyrobów medycznych*, czyli wykonania zadania Ministra Zdrowia wynikającego z KPZK.

MZ dopuścił do powstania w 2019 r. luki prawnej, dotyczącej rozporządzenia będącego podstawą raportowania przypadków zakażeń i chorób zakaźnych. Stare rozporządzenie wygasło 10 miesięcy przed wejściem w życie nowego rozporządzenia w tej sprawie.

OBSZAR

2. Działania podejmowane w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 (od 2 marca 2020 r. - do dnia zakończenia czynności kontrolnych)

Opis stanu faktycznego

2.1. Od 2 marca 2020 r. do zakończenia czynności kontrolnych MZ w ograniczonym stopniu sposób korzystał z istniejących planów i procedur zarządzania kryzysowego. Tworzył też nowe dokumenty, mające stanowić podstawę planowania działania sektora ochrony zdrowia i służb sanitarnych w czasie epidemii COVID-19.

(akta kontroli str. 17-137, 186-284, 339-364, 787-862)

2.1.1. W ramach wykonania zadań zapisanych w KPZK – cz. B, MZ zwołał Zespół Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia (ZZK MZ) 29 stycznia 2020 r. i 24 lutego 2020 r. Od 27 lutego 2020 r. do 3 września 2020 r. decyzje na temat zwalczania epidemii oraz koordynacji działań były podejmowane w ramach spotkań nieformalnej grupy, tzw. *Sztabu kryzysowego Ministerstwa Zdrowia*⁶³. Skład grupy osób, nazywanej *sztabem* nie został określony w żadnym oficjalnym dokumencie, podobnie jak zasady jej zwoływania i pracy, oraz kompetencje poszczególnych uczestników. Kontrolerom NIK nie okazano ani dokumentacji przebiegu obrad, list uczestników, ani zapisu dyskusji i podejmowanych decyzji.

Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: *sposób i forma funkcjonowania sztabu była decyzją Ministra Zdrowia kierującego ówczasie resortem. Zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia w dniu 27 lutego 2020 r. zostało zwołane pierwsze spotkanie sztabu kryzysowego Ministerstwa Zdrowia, który od tego dnia działał w trybie ciągłym (...). Prace sztabu nie były protokołowane, natomiast wybrane zagadnienia i podejmowane działania, m.in. wynikające z prac sztabu, były odnotowywane w codziennym wieczornym raporcie przekazywanym przez MZ do KPRM.*

Na podstawie przekazanych Zespołowi kontrolującemu raportów MZ do KPRM, nie jest możliwe stwierdzenie, które z wymienionych w nim działań i decyzji zostały

⁶³ Dalej: Sztab.

podjęte w wyniku prac Sztabu, jednocześnie raporty te skupiały się głównie na przekazaniu ogólnych danych epidemicznych. Odniesiono się do tego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 27-39, 160-161, 932, 953-959, 1702, 2416, 2480-2611)

Od 2 marca 2020 r. do 3 września 2020 Minister korzystał ze wsparcia następujących zespołów⁶⁴: 1) Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID - powołanego 4 kwietnia 2020 r.; 2) Zespołu do spraw opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 – powołanego 21 lipca 2020 r. 3) Zespołu do spraw zakupu szczepionki na COVID-19 – powołanego 19 sierpnia 2020 r.

Zarządzeniem z 4 września 2020 r. Minister powołał *Zespół ds. spraw działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*⁶⁵. Zespół określany jest w treści tego zarządzenia jako *Sztab kryzysowy* i stanowi organ pomocniczy MZ. W skład Zespołu wchodziło kierownictwo Ministerstwa, GIS, Prezes i zastępcy Prezesa NFZ, Dyrektor NIZP-PZH, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Rzecznik Prasowy Ministra oraz przedstawiciele wybranych komórek organizacyjnych Ministerstwa. Decyzje podejmowane przez *Sztab* były realizowane przez komórki organizacyjne Ministerstwa, grupy robocze i jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra. Z posiedzeń sporządzano robocze notatki, w których wskazywano wyłącznie datę spotkania, rodzaj działania, wykonawcę oraz termin jego realizacji. Notatki te nie zostały zatwierdzone przez żadnego z członków Sztabu.

Sekretarz Stanu wskazał, że: *notatka miała charakter wyłącznie roboczy i nie była dokumentem wiążącym w zakresie realizacji zawartych w niej zapisów (ustalenia sztabu mogły ulegać zmianie z uwagi na dynamiczną sytuację)*.

(akta kontroli str. 162-163, 164-172, 932, 953-959, 1377, 1702, 2416, 2480-2611)

Minister powołał także: 1) Zespół do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 w Rzeczypospolitej Polskiej (4 września 2020 r.), 2) Zespół do spraw dystrybucji szczepionki przeciwko chorobie COVID-19 (20 listopada 2020 r.), 3) Zespół do opracowania planu naprawczego dla odbudowy profilaktyki onkologicznej w związku z pandemią SARS-CoV-2 (26 listopada 2020 r.).

W skład tych zespołów weszli przedstawiciele Ministerstwa i jednostek podlegających MZ lub nadzorowanych przez MZ, specjaliści w zakresie chorób zakaźnych, w tym także konsultanci krajowi i wojewódzcy oraz przedstawiciele ministerstw współpracujących (Ministerstwa Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji, Finansów). Uprawnienia i zasady odpowiedzialności członków tych zespołów każdorazowo były określone przez Ministra w zarządzeniu powołującym dany zespół.

(akta kontroli str. 160-185, 932, 953-959)

2.1.2. Od marca do września 2020 r. MZ nie miał własnego planu, określającego zasady postępowania, zadania i obszar odpowiedzialności poszczególnych instytucji oraz podmiotów zaangażowanych w przeciwdziałanie epidemii COVID-19 w sektorze ochrony zdrowia. Realizował kierunkowe propozycje zawarte w Krajowym planie działania, zaakceptowane 26 lutego 2020 r.⁶⁶.

(akta kontroli str. 339-364)

⁶⁴ Powołanych na podstawie przepisów uoRM.

⁶⁵ Dz. Urz. MZ poz. 66.

⁶⁶ Opisano wyżej, w pkt. 1.2 wystąpienia.

Minister Zdrowia 20 lipca 2020 r., powołał⁶⁷ Zespół ds. opracowania strategii działań związanych z zwalczaniem epidemii COVID-19. Wynikiem pracy Zespołu był raport z 28 sierpnia 2020 r., w którym dokonano przeglądu standardów międzynarodowych dotyczących zwalczania COVID-19 oraz strategii testowania osób pod kątem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, wykorzystywanych przez różne kraje. Dokonano też analizy dotychczasowego przygotowania i funkcjonowania zakaźnych szpitali jednoimiennych oraz strategii ich działania. Podczas spotkań Zespołu nie analizowano możliwej skali zakażeń towarzyszących tzw. drugiej fali COVID-19.

(akta kontroli str. 165-169, 1028-1066)

Zaprezentowana przez Ministra Zdrowia *Strategia z 3 września 2020 r.*, zawiera opisy oraz graficzne schematy (określone jako *algorytmy*), ilustrujące tzw. nowe mechanizmy walki z epidemią, polegające na:

- rezygnacji ze szpitali jednoimiennych na rzecz trzypoziomowego zabezpieczenia szpitalnego;
- włączeniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej⁶⁸ do zlecenia testów na obecność SARS-CoV-2 pacjentom z infekcją dróg oddechowych;
- obowiązkowym testowaniu osób z objawami COVID-19 przed rozpoczęciem tumusu leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskiej i przed przyjęciem do placówek opieki długoterminowej;
- wykorzystaniu testów antygenowych do diagnozy pacjentów z objawami COVID-19 w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych;
- bezpłatnych szczepieniach przeciwko grypie dla osób 75+ oraz pracowników ochrony zdrowia i farmaceutów.

Z map zamieszczonych w tej *Strategii* wynika, że w wyniku jej wdrożenia, łącznie w 90 szpitalach miało być utworzone 6000 łóżek dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. W dniu ogłoszenia dokumentu (3 września 2020 r.) w szpitalach przebywało 2170 osób chorych na COVID-19⁶⁹.

(akta kontroli str. 186-284, 2295-2299)

Określone w *Strategii z 3 września 2020 r.* zasady postępowania nie zawierają wyjaśnień różnych kwestii: 1) na str. 7 nie wyjaśniono, kto podejmuje i w jakiej formie decyzję o skierowaniu na test, 2) w mechanizmie ilustrowanym slajdem na str. 8, opisującym proces kierowania pacjentów do szpitali powiatowych, nie uwzględniono, że szpitale przygotowane były dotychczas do obsługi pojedynczych pacjentów z podejrzeniem choroby zakaźnej⁷⁰. W sytuacji, gdy nawet niektóre wielkie podmioty lecznicze miały przed epidemią tylko jedno pomieszczenie do bezpiecznej izolacji pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej⁷¹, nowy mechanizm miał być stosowany podczas epidemii polegającej na masowych zakażeniach, a zatem wobec znacznie większej liczby pacjentów. Z wyjaśnień Sekretarza Stanu wynika, że przed opracowaniem *Strategii z 3 września 2020* nie analizowano liczby miejsc w szpitalach powiatowych do bezpiecznej izolacji pacjenta z podejrzeniem choroby zakaźnej. Do tych ograniczeń nie odniósł się w też swoim Raporcie Zespół ds. *Strategii*.

(akta kontroli str. 186-284, 1028-1066, 2295-2299, 2305a)

⁶⁷ Zarządzenie z dnia 20 lipca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 (Dz. Urz. MZ, poz. 54, ze zm.).

⁶⁸ Dalej: lekarze POZ.

⁶⁹ Dane uzyskane ze strony <https://koronawirusunas.pl/>, z wykresu pn. Liczba łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19 w Polsce.

⁷⁰ Załącznik nr 1 (rozdział I pkt 4) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595).

⁷¹ Wystąpienie pokontrolne z dnia 10 września 2020 r. do Dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, s. 10, <https://www.nk.gov.pl/kontrde/R/20/001/LKA/>

Strategia z 3 września 2020 r., do której przygotowania przystąpiono w lipcu 2020 r. nie była kompleksowym planem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w okresie oczekiwanej tzw. drugiej fali zakażeń, uwzględniającym różne warianty rozwoju sytuacji, w tym wariant tzw. *czarnego scenariusza*. Projektowane rozwiązania nie odnosiły się do ograniczonego potencjału i uwarunkowań funkcjonowania polskich szpitali, a przepisy, które miały umożliwić jej wdrożenie, jak np. uprawnienie lekarzy POZ do kierowania pacjentów na testy w kierunku COVID-19, zaczęto przygotowywać dopiero po jej ogłoszeniu. Przewidziane w *Strategii z 3 września 2020 r.* rozwiązania okazały się niewystarczające i konieczne było pilne wprowadzenie do nich bardzo istotnych zmian, do czego odniesiono się sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 186-284, 939-940, 1028-1066, 2295-2299, 2300-2303)

Lekarze POZ od 9 września 2020 r., po zmianie rozporządzenia MZ⁷², otrzymali uprawnienia do zlecania pacjentom testów na obecność wirusa SARS-CoV-2, przy spełnianiu klinicznych kryteriów (objawów), stwierdzonych na podstawie badania fizykalnego lub teleporady.

(akta kontroli str. 2236-2239)

Rozporządzeniem z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 Minister Zdrowia określił standard organizacyjny opieki nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym tym wirusem⁷³, w którym przyjęto, że lekarz POZ samodzielnie ocenia zasadność wskazań do wykonania takich badań. Uregulowano przy tym procedury kierowania pacjenta do izolacji; kierowania pacjenta do leczenia w szpitalu; zlecania badań diagnostycznych w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 2300-2303)

Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: *projekt ww. rozporządzenia powstał w związku z koniecznością zapewnienia standardu organizacyjnego opieki nad pacjentem podejrzanym o zakażenie COVID-19. Koniecznym stało się zapewnienie sprawnej i wydolnej opieki medycznej, gwarantującej zarówno diagnostykę, jak i racjonalne prowadzenie pacjenta po potwierdzeniu zakażenia COVID-19 w sytuacji dynamicznego wzrostu liczby pacjentów, u których potwierdzono zakażenie wirusem. Dotychczasowy schemat, zakładający podejmowanie decyzji odnośnie pacjentów z potwierdzonym zakażeniem, okazał się niewystarczający.*

(akta kontroli str. 1709, 1737)

W dniu 9 października 2020 r. MZ ogłosił tzw. *Strategię 2.0.*, jako *redefinicję Strategii z 3 września 2020 r.* W tym dokumencie przewidziano ułatwienia dla lekarzy POZ w kierowaniu na test (aplikacja gabinet.gov.pl) i rozbudowę sieci punktów wymazowych typu drive-through, utworzenie szpitali koordynacyjnych w każdym województwie i dodatkowych stanowisk intensywnej terapii (nie wskazano liczby i lokalizacji). W tym dniu w szpitalach przebywało 4 407 osób chorych na COVID-19⁷⁴.

(akta kontroli str. 186-284, 939-940, 1028-1066, 2295-2299, 2305)

⁷² Zmiana do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. poz. 607, ze zm.); zmiany wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. poz. 1550, dalej: rozporządzenie z 8 września 2020 r.).

⁷³ Dz. U. poz. 1749, dalej: rozporządzenie w sprawie standardu.

⁷⁴ Dane uzyskane ze strony <https://koronawirus.unas.pl/>, z wykresu pn. Liczba łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19 w Polsce.

Sekretarz Stanu w swoich wyjaśnieniach wskazał, że: *zmiana sposobu i strategii walki z pandemią COVID-19 na jesieni 2020 r., w tym w odniesieniu do diagnostyki zakażeń SARS-CoV-2, była konsekwencją zmiany przebiegu i charakteru epidemii. (...) Od początku października sytuacja epidemiczna uległa gwałtownej zmianie, a wzrost poziomu zakażeń, dotychczas o charakterze liniowym, zmienił charakter na wykładniczy. Wobec powyższej sytuacji podstawą organizacji opieki nad pacjentami stało się zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w proces diagnozowania i opieki nad pacjentami z podejrzeniem i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Z czasem podstawowa opieka zdrowotna stała się głównym miejscem diagnozowania nowych zakażeń. Zdecydowały o tym zarówno duża dynamika zlecanych badań, jak i utrzymujący się wysoki współczynnik trafności wyników badań u skierowanych pacjentów. Taka organizacja zastąpiła pierwotny model, w którym za prowadzenie pacjenta odpowiadał personel szpitali z oddziałami zakaźnymi. Zaangażowanie lekarzy POZ w powyższe rozwiązania miało na celu odciążenie szpitali, przynajmniej w zakresie testowania. (...) Wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (...). Wcześniejszy schemat, zakładający podejmowanie decyzji odnośnie pacjentów z potwierdzonym zakażeniem, okazał się niewystraszający. Zaproponowano, zatem aby zarówno kierowanie na badanie w kierunku zakażenia, jak i decyzja odnośnie dalszego postępowania z pacjentem realizowane były przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (...).*

(akta kontroli str. 1667-1668, 1713-1720)

W dniu 3 listopada 2020 r. Minister ogłosił dokument pn. *Strategia 3.0.*, w którym opisano dynamikę epidemii, zmiany w modelu opieki nad pacjentem, jakie zaszły jesienią 2020 r. oraz wskazano narzędzia zwalczania epidemii, jakie mają być rozwijane (punkty wymazowe, pulsoksymetria, izolatoria).

W dokumencie zostały przedstawione cztery warianty rozwoju sytuacji i odpowiadające im cztery sposoby organizacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w zależności od stanu transmisji wirusa w Polsce (etapy: I zwykłej transmisji, II nasilonej transmisji, III bardzo nasilonej transmisji oraz IV stan krytyczny). Stan krytyczny oznaczał moment, w którym liczba pacjentów hospitalizowanych zbliży się do granicy rezerw łóżkowych, zaplanowanych na poziomie 35% wszystkich łóżek w szpitalach, włączonych do leczenia pacjentów zakażonych (około 35 000 łóżek w skali kraju). W takim przypadku przewidywano możliwość zwiększenia puli łóżek do 50% (z wyłączeniem szpitali onkologicznych i położniczych). *Strategia 3.0* zawiera odniesienie do koncepcji utworzenia szpitali tymczasowych dla leczenia pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (28 października 2020 r. ogłoszono otwarcie takiego szpitala na Stadionie Narodowym w Warszawie). W dniu 3 listopada 2020 r. w szpitalach przebywało 18 160 osób chorych na COVID-19⁷⁵. W dokumencie tym wskazano, że (...) *w początkowym okresie jesiennego wzrostu głównym problemem była diagnostyka pacjentów objawowych z podejrzeniem infekcji. Wąskim gardłem okazały się być możliwości szpitalnych izb przyjęć czy oddziałów ratunkowych (...).*

(akta kontroli str. 186-284, 1028-1066, 2295-2299, 2306)

2.1.3. W przepisach rozporządzeń wydawanych przez RM na wniosek MZ nie określano wymaganych kryteriów (np. liczba zakażeń, liczba osób w szpitalach itp.), od których powinno być uzależnione wprowadzenie lub zniesienie określonych ograniczeń. Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: (...) *wprowadzane w poszczególnych okresach rozwiązania – w ocenie Ministra Zdrowia – były zgodne z aktualnym*

⁷⁵ Dane uzyskane ze strony <https://koronawirus.unas.pl/>, z wykresu pn. Liczba łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19 w Polsce.

na daną chwilę stanem wiedzy o przebiegu epidemii, adekwatne do poziomu zagrożenia i rozwoju sytuacji oraz najbardziej efektywne w zakresie zmniejszenia ryzyka gwałtownego rozprzestrzeniania się wirusa. Kierując się powyższymi przesłankami, w Ministerstwie Zdrowia nie zidentyfikowano konieczności opracowania i opublikowania planu (...).

W dniu 21 listopada 2020 r. Prezes Rady Ministrów przedstawił podczas konferencji, *kompleksowy plan działania na nadchodzący czas 100 dni solidarności w walce z COVID-19*⁷⁶, składający się z trzech etapów: *odpowiedzialności* (od 28 listopada do 27 grudnia 2020 r.), *stabilizacji*, czyli powrotu do podziału Polski na trzy strefy – czerwoną, żółtą i zieloną (najwcześniej od 28 grudnia 2020 r.– zależnie od sytuacji epidemicznej), *kwarantanny narodowej* (która zostanie wprowadzona w ostateczności, kiedy trzeba będzie natychmiast i radykalnie ograniczyć transmisję wirusa w społeczeństwie). Poinformowano, że przesłanką wprowadzenia narodowej kwarantanny będzie średnia dzienna liczba zachorowań z siedmiu dni wynosząca od 27 do 29 tys.⁷⁷.

Opracowanie i przedstawienie planu działania zawierającego precyzyjne kryteria nakładania lub znoszenia ograniczeń, zakazów i nakazów pozwalało obywatelom orientować się w poczynaniach władz i stanowiło wyjaśnienie zmienianych często przepisów. Plan taki powinien jednak powstać równoległe do *Strategii z 3 września 2020 r.*, która dotyczyła funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Natomiast zaprezentowano go w listopadzie 2020 r., w momencie kulminacji tzw. drugiej fali zakażeń. Stosowanie zasad postępowania opisanych w *Strategii z 3 września 2020 r.* trwało do 17 grudnia 2020 r. Wtedy Minister Zdrowia ogłosił wprowadzenie od 28 grudnia 2020 r. narodowej kwarantanny⁷⁸. W tym czasie liczba zachorowań nie przekraczała granicznych poziomów wskazanych w *Planie 100 dni*.

(akta kontroli str. 27-39, 339-364, 391-404, 936-939, 1001-1027, 2798-2806)

2.2. Stosownie do art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej⁷⁹, Minister był zobowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do swojego działu, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw, projektów założeń projektów ustaw i projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów. W okresie objętym kontrolą, na wniosek Ministra Zdrowia, Rada Ministrów wydała ogółem 73 rozporządzenia (i rozporządzenia zmieniające) w sprawie ustanowienia ograniczeń, zakazów i nakazów. Rozporządzenia te zawierały regulacje wskazujące, kogo (jakich obszarów, podmiotów, rodzajów działalności itp.) dotyczyć będą przepisy ograniczające (lub znoszące ograniczenia).

(akta kontroli str. 2340-2344, 2347-2353)

Minister Zdrowia do dnia zakończenia kontroli nie wystąpił z wnioskiem do Rady Ministrów o wprowadzenie stanu klęski żywiołowej. Warunki wprowadzenia stanu klęski żywiołowej opisano w art. 2 w zw. art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej⁸⁰. Możliwość jej wprowadzenia uwzględnia także *Krajowy plan działania*. Sekretarz Stanu Ministerstwa wyjaśnił, że: (...) *art. 46 uoZZ realizuje podstawowy obowiązek ustanowiony w art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, zobowiązujący władze publiczne do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji*

⁷⁶ Dalej: Plan 100 dni.

⁷⁷ <https://www.gov.pl/web/premier/premier-przedstawiamy-kompleksowy-plan-dzialania-na-nadchodzacy-czas--100-dni-solidarnosci-w-walce-z-covid-19>

⁷⁸ <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C777936%2Cminister-zdrowia-od-28-grudnia-wprowadzamy-kwarantanne-narodowa.html>

⁷⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1220, ze zm.

⁸⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1897.

środowiska. (...) Jednocześnie art. 228 ust. 1 Konstytucji RP formalnie wyklucza wprowadzenie stanu nadzwyczajnego, gdy zgodnie z zasadą proporcjonalności państwo polskie skutecznie realizuje obowiązki konstytucyjne na ogólnych podstawach, w zwykłym trybie. Dowodzi to, że art. 46 uoZZ i wydane na jego podstawie rozporządzenia mają zwyczajny charakter, zarówno z powodów formalnych - nie są to przepisy zawarte w ustawach implementujących konstytucyjne stany nadzwyczajne, jak i merytorycznych – przepisy te są integralną częścią systemu ochrony zdrowia (implementują art. 68 ust. 4 Konstytucji RP). Ponadto art. 46a i 46b uoZZ ograniczają zakres swobodnego uznania Rady Ministrów przy ocenie konieczności ogłoszenia stanu nadzwyczajnego, wyznaczony normami ustawy zasadniczej (art. 228 Konstytucji RP). Upoważnienie Rady Ministrów do wydawania rozporządzeń ustanawiających czasowe ograniczenia, zakazy i nakazy przeciwepidemiczne – zgodnie z zasadą proporcjonalności - ogranicza możliwość stwierdzenia przez Radę Ministrów, że w ogóle celowe i dopuszczalne jest wprowadzenie stanu nadzwyczajnego ze względu na zagrożenie epidemiczne. Artykuł 46a uoZZ realizuje, zatem konstytucyjną zasadę proporcjonalności działania władzy publicznej.

(akta kontroli str. 339-364, 1662, 1671-1672)

Od 2 marca 2020 r. Minister podejmował działania wymienione w KPZK cz. B, jako zadania organu wiodącego, zapewniając wydawanie zaleceń i wytycznych, współpracując z pozostałymi członkami Rady Ministrów oraz krajowymi i zagranicznymi organami i instytucjami, wnosząc wielokrotnie do ministra właściwego do spraw energii o udostępnienie rezerw strategicznych oraz do ministra właściwego do spraw budżetu o uruchomienie dodatkowych środków finansowych, wymieniał informacje o zagrożeniach z krajowymi i zagranicznymi instytucjami, a także informował społeczeństwo o bieżącej sytuacji epidemiologicznej, w tym o liczbie zakażeń, zgonów, wykonanych testów i o wprowadzanych nakazach, zakazach i ograniczeniach.

Komunikacja z instytucjami odpowiedzialnymi za wykonywanie podejmowanych przez Ministra decyzji odbywała się poprzez kontakty urzędników Ministerstwa z GIS, urzędami wojewódzkimi, szpitalami, stacjami sanitarno-epidemiologicznymi (maile, telefony, komunikatory), w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji i Portalu Świadczeniodawcy oraz w ramach organizowanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji wideokonferencji z wojewodami.

(akta kontroli str. 27-39, 426-430, 472-650, 703-706, 711-716, 946-953)

2.3. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2020 r., w stosunku do 2019 r., liczba udzielonych świadczeń w zakresie:

- a) opieki kardiologicznej w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej **zmniejszyła się** o 11,9% (z 5 853,6 tys. do 5 158,4 tys.), przy czym w II kwartale 2020 r. liczba takich świadczeń zmniejszyła się o 24,3%; a w rodzaju leczenia szpitalnego o 22,0% (z 587,2 tys. do 458,0 tys.), przy czym w II kwartale 2020 r. spadek ten wyniósł 37,3%;
- b) opieki onkologicznej w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej **zmniejszyła się** o 10,5% (z 2 853,1 tys. do 2 554,0 tys.), przy czym w II kwartale 2020 r. liczba takich świadczeń zmniejszyła się o 23,5%; a w rodzaju leczenia szpitalnego o 10,4% (z 141,7 tys. do 127,0 tys.), przy czym w II kwartale spadła o 19,0%;
- c) podstawowej opieki zdrowotnej **zmniejszyła się** o 10,8% (z 166 726,9 tys. do 148 653,4 tys., w tym 29 102,7 tys. stanowiły teleporady), przy czym w II kwartale **spadek** ten wyniósł aż 27,4% (z 40 214,9 tys. do 29 187,9 tys., w tym 7 500,3 tys. stanowiły teleporady). Po odliczeniu udzielonych

teleporad, liczba udzielonych porad w całym 2020 r. zmniejszyła się o 28,3%, a w II kwartale 2020 r. aż o 46,1%.

Zmniejszenie liczby udzielonych porad w rodzaju POZ było spowodowane ograniczeniem dostępu do tych placówek, które często były nieprzygotowane do działania w czasie epidemii. Natomiast ograniczenie porad udzielanych w POZ spowodowało mniejsze korzystanie z innych świadczeń zdrowotnych.

W dniu 29 lipca 2020 r. MZ podjął działania celem ujednoczenia sposobu udzielania teleporad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Rozporządzenie w tej sprawie zostało wydane 12 sierpnia 2020 r.⁸¹. W późniejszym okresie, zwłaszcza w czasie tzw. drugiej fali zakażeń, wzrosła liczba udzielanych teleporad, co wiązało się także z wprowadzoną od 8 września 2020 r. możliwością kierowania pacjentów przez lekarzy POZ na testy w kierunku COVID-19.

(akta kontroli str. 2190-2193, 2240-2258, 2300-2303, 2354-2355, 2362-2390)

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 marca 2021 r.⁸² ograniczył liczbę świadczeń udzielanych określonym grupom pacjentów w trybie teleporady. Zmianę uzasadniano koniecznością zwiększenia dostępu do świadczeń realizowanych na poziomie POZ w bezpośrednim kontakcie z właściwym personelem medycznym i wskazano oczekiwany skutek w postaci ograniczenia pogorszenia stanu zdrowia ze względu na opóźnienie rozpoznania choroby lub brak właściwego postępowania diagnostyczno-leczniczego w przypadku dzieci oraz seniorów.

(akta kontroli str. 2240-2258)

Minister podejmował działania w celu utrzymania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, np. umożliwił zatrudnienie w uproszczonym trybie (na podstawie własnej decyzji) lekarzy i pielęgniarek, którzy stosowne kwalifikacje uzyskali poza terytorium Unii Europejskiej.

Działania podejmowane przez Ministra dla utrzymania ciągłości udzielania rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w szczególności POZ, świadczeń opieki kardiologicznej i onkologicznej były mało skuteczne. Odniesiono się do tego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Sekretarz Stanu Ministerstwa w odniesieniu do spadku liczby udzielanych świadczeń wyjaśnił, że w zależności od sytuacji epidemiologicznej Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia wydawała komunikaty rekomendujące: wstrzymanie przyjęć pacjentów na zabiegi operacyjne wykonywane planowo (wydany 21 marca 2020 r.) oraz ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo (wydane 14 października 2020 r. i 8 marca 2021 r.). Miały one jedynie charakter zalecenia i nie dotyczyły planowanej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Komunikaty miały służyć zapewnieniu zasobów dla ratowania zdrowia i życia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia (zarówno zainfekowanych, jaki i niezainfekowanych wirusem SARS-CoV-2), gdyż w związku z ograniczonymi zasobami kadrowo-sprzętowymi trzeba było ustalić priorytety. Zalecenie to miało również służyć minimalizacji ryzyka szerzenia się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania świadczeń. Ponadto Sekretarz Stanu wskazał, że ograniczenie liczby świadczeń wynikało również z rezygnacji pacjentów z wyznaczonych terminów realizacji świadczeń z uwagi na obawy przed zarażeniem.

(akta kontroli str. 932, 959-978, 1669-1670, 1720-1721, 1784-1790, 2240-2258)

⁸¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2020 r. poz. 1395, ze zm.).

⁸² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustalenia standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 r. poz. 427, dalej: rozporządzenie MZ z 5 marca).

W 2020 r. w stosunku do 2019 r. o 19,9 tys. (7,7%)⁸³ zmniejszyła się liczba wydawanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego⁸⁴. Na poziomie POZ, AOS i leczenia szpitalnego spadek ten wyniósł, odpowiednio: 10,9%, 4,8% oraz 7,7%. Największe zmniejszenie liczby wydanych kart DILO w stosunku do roku poprzedniego nastąpiło w kwietniu i maju 2020 r., tj. odpowiednio: o 38,4% i 29,9% oraz w październiku i listopadzie 2020 r., tj. odpowiednio: 13,3% i 11,9%. W 2021 r. zmniejszenie liczby wystawionych kart DILO miało miejsce jeszcze w styczniu i lutym, natomiast od marca do czerwca liczba ta była zbliżona lub większa niż w 2019 r.

26 listopada 2020 r. Minister powołał, zarządzeniem, Zespół do opracowania planu naprawczego dla odbudowy profilaktyki onkologicznej w związku z pandemią SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 181-183, 2304)

Z racji na zwiększone wykorzystanie sprzętu służącego do ratowania życia pacjentów chorych na COVID-19 (np. respiratory, ECMO) konieczne było przeszkolenie dodatkowego personelu medycznego do obsługi takiego sprzętu - tych, którzy na co dzień nie mają do czynienia z takimi urządzeniami. Mimo tego w okresie zmniejszenia liczby zakażeń i zachorowań na COVID-19 Minister nie zlecił przeprowadzenia szkoleń i ćwiczeń dla personelu medycznego dotyczącego obsługi takiego sprzętu. Okres wakacyjny 2020 r. i spadek liczby⁸⁵ zakażeń w tym okresie, powinny być wykorzystane do przygotowania personelu medycznego do zapowiadanego jesiennego wzmoczenia epidemii.

Minister tłumaczył brak takiego działania tym, że: *Analiza kształcenia przed i podyplomowego, w szczególności specjalizacyjnego i kursów kwalifikacyjnych wskazuje, że kadra medyczna (w szczególności lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni wykonujący swój zawód) szkolona była na różnych etapach edukacji zarówno w zakresie intensywnej opieki nad pacjentem w stanach zagrożenia życia, jak również podejmowania zaawansowanych czynności ratujących życie, w tym pracy z respiratorem. Należy również zauważyć, że standardy kształcenia przygotowujące do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, ratownika medycznego zawierają efekty kształcenia teoretycznego i praktycznego realizowanego w ramach Oddziału Intensywnej Terapii. (...) Ponadto, Minister Zdrowia mając na uwadze wyjątkowo trudną sytuację kadrową związaną z epidemią wirusa SARS-CoV-2, współpracuje z konsultantami krajowymi oraz konsultantami wojewódzkimi w zakresie rozpowszechniania materiałów szkoleniowych wśród personelu medycznego, który na co dzień nie pracuje w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, a pracuje przy zwalczaniu epidemii. Materiały te są pomocne w opiece nad pacjentem chorym na COVID-19.*

(akta kontroli str. 1668, 1676-1679)

NIK bierze pod uwagę obiektywne uwarunkowania, które przyczyniły się do zaburzenia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez wszystkie instytucje wchodzące w skład systemu ochrony zdrowia w Polsce – słabości tego systemu były przez lata przedmiotem jej szczegółowych analiz⁸⁶. NIK dostrzega również, iż zwłaszcza w pierwszym okresie epidemii pacjenci rezygnowali z planowych wizyt u lekarzy specjalistów, a także mieli ograniczony dostęp do POZ i w konsekwencji do leczenia specjalistycznego czy szpitalnego. Ograniczeniu

⁸³ 258,7 tys. do 238,8 tys.

⁸⁴ Dalej: Karty DILO.

⁸⁵ Np. 28 czerwca 2020 r. 193 wykryte zakażenia, 6 lipca 2020 r. - 205, 20 lipca - 279, 24 sierpnia 2020 r. - 548 (dane uzyskane ze strony www.koronawirusnas.pl).

⁸⁶ NIK opracowała w 2020 r. informację podsumowującą wyniki ponad 70 kontroli w obszarze ochrony zdrowia – tzw. megainformację, w której odniesiono się do strukturalnych problemów tego sektora – patrz: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/drogowskazy-dla-sluzby-zdrowia.html>

dostępności do opieki medycznej w ramach POZ Minister przeciwdziałał poprzez uregulowanie standardu udzielania świadczeń w trybie teleporady. Należy przy tym zauważyć, że teleporady stały się w wielu przypadkach niepełnowartościowym substytutem świadczeń udzielanych w tradycyjny sposób. Dostrzegł to sam Minister, ograniczając w marcu 2021 r. zakres świadczeń udzielanych w tym trybie.

Zgodnie z przygotowaną przez Ministerstwo *Informacją o zgonach w Polsce w 2020 roku* z lutego 2021 r., w 2020 r. odnotowano 67,1 tys. zgonów więcej niż w 2019 r. (wzrost w skali roku o 16,0%)⁸⁷. Według danych zawartych w *Informacji* ponadwymiarowe zgony wystąpiły głównie pomiędzy październikiem a grudniem. Liczba zgonów zwiększyła się przede wszystkim u osób powyżej 60 roku życia, które stanowiły aż 94,0% nadwyżki liczby zgonów względem roku 2019. Spośród przyrostu liczby zgonów w 2020 roku względem roku ubiegłego 43,0% stanowiły zgony, zareportowane przez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne z przyczyną SARS-CoV-2, a 27,0% nadwyżki zgony osób, u których poprzednio zdiagnozowano zakażenie SARS-CoV-2. Oznacza to, że ok. 40% pozostałych nadmiernych zgonów nie miało bezpośredniego lub pośredniego związku z zachorowaniem na COVID-19 lecz mogło wynikać z innych przyczyn.

Sekretarz Stanu, wyjaśniając tę kwestię, powiedział, że: (...) *istnieje wiele czynników ściśle korelujących z nadwyżką zgonów. Największe nadwyżki występowały w okresie dynamicznego wzrostu liczby zachorowań, czyli fali jesiennej, zatem był to czynnik w największym stopniu modelujący liczbę zgonów. Wszystkie systemy zdrowotne na świecie doświadczyły w okresie fal wzrostu zachorowań, bezprecedensowego obciążenia i musiały adaptować się do tych okoliczności. Specyfika przebiegu choroby, w której istotne jest wcześniejsze obciążenie chorobami przewlekłymi pacjenta, zwiększała ryzyko zgonu w społecznościach o gorszym stanie zdrowia (...).*

(akta kontroli str. 1670, 1686-1687, 2194-2203, 2391-2398)

2.4. W latach 2019 – 2020 PIS, która podlega MZ, dysponowała 16 laboratoriami mikrobiologii klinicznej działającymi na terenie każdego z województw. W dniu 23 lutego 2020 r. GIS⁸⁸ polecił Państwowym Wojewódzkim Inspektorom Sanitarnym⁸⁹ sprawdzenie, czy w laboratoriach WSSE można wprowadzić diagnostykę na obecność wirusa SARS-CoV-2 oraz niezwłoczne jej wdrożenie. Jednak jeszcze 27 lutego 2020 r. żadna z 16 WSSE nie miała możliwości podjęcia takiej diagnostyki. Takie badania mogły podjąć trzy laboratoria WSSE 2 marca 2020 r., a kolejne siedem (z 16) było przygotowane do takich badań 3 marca 2020 r. W dniu 28 lutego 2020 r. siedem laboratoriów WSSE miało na stanach magazynowych od 25 do 300 (łącznie 1 138 szt.) testów diagnostycznych do badania na obecność wirusa SARS-CoV-2. Liczba i potencjał laboratoriów początkowo nie zaspokajały potrzeb wynikających z rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 na terenie Polski.

(akta kontroli str. 651-700, 2399-2410)

Laboratoria WSSE oraz NIZP-PZH prowadziły badania w kierunku wykrycia wirusa SARS-CoV-2 do czasu poszerzenia listy placówek wykonujących takie badania. 30 marca 2020 r. opublikowano na stronie Ministerstwa listę 49 laboratoriów COVID. Były to laboratoria WSSE oraz podmioty lecznicze, które zgłosiły możliwość wykonywania badań w kierunku SARS-CoV-2. Od 9 kwietnia 2020 r. laboratoria były wpisywane na listę laboratoriów COVID na podstawie wniosku o *wpis medycznego*

⁸⁷ Liczba zgonów w 2019 r. wynosiła 418,1 tys. osób, a w 2020 r. 485,3 tys. osób.

⁸⁸ Pismem znak: BI.72.2.2020.

⁸⁹ Dalej: PWIS.

*laboratorium diagnostycznego do wykazu laboratoriów COVID dla potrzeb Ministra Zdrowia*⁹⁰, po wypełnieniu wyznaczonych przez Zespół ds. koordynacji sieci laboratoriów COVID⁹¹ kryteriów formalnych (tj. prawidłowe złożenie wniosku wraz z wymaganymi dokumentami i oświadczeniami⁹²) i merytorycznych (spełnienie wymogów dotyczących zachowania przez laboratorium środków hermetyczności drugiej grupy zagrożenia⁹³, liczby i specjalizacji personelu oraz wyposażenia).

Bieżąca informacja o warunkach przyjęcia laboratoriów na listę COVID, w tym aktualny wzór wniosku i wymaganych oświadczeń, była umieszczana na stronie internetowej Ministerstwa⁹⁴. Za opiniowanie i zatwierdzanie złożonych wniosków odpowiadał Zespół ds. koordynacji sieci laboratoriów COVID, do którego nie zaproszono GIS ani żadnej osoby reprezentującej PIS. Do 6 lipca 2021 r. liczba laboratoriów mających zdolność potwierdzania obecności wirusa SARS-CoV-2 wzrosła do 319.

Do 31 maja 2021 r. Minister nie określił zasad tworzenia sieci laboratoriów COVID, ich liczby, liczby punktów pobrań, liczby karetek wymazowych itp., ich docelowej wydajności dobowej, a także populacji, którą miały obsługiwać. Nie szacowano też liczby diagnostów i testów koniecznych do obsługi tych laboratoriów. Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: *Laboratoria działające w ramach sieci laboratoriów COVID deklarowały maksymalną przepustowość. Testy były wykonywane zgodnie z wystawionymi skierowaniami na testy. Lista laboratoriów COVID tworzona jest na podstawie wniosków, składanych przez medyczne laboratoria diagnostyczne. Do listy były dopisywane wszystkie laboratoria, które spełniały kryteria włączenia określone przez Zespół do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID.*

(akta kontroli str. 651-700, 1669, 2415)

Główny Inspektor Sanitarny, ani żaden jego przedstawiciel, nie znalazł się w składzie Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID⁹⁵, mimo że sektor sanitarny dysponował potencjałem 16 laboratoriów. Nikt z GIS nie był także zapraszany na posiedzenia tego Zespołu.

Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: *Zespół składa się z ekspertów pracujących w diagnostyce laboratoryjnej oraz Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Nie było uzasadnienia, aby w zespole eksperckim uczestniczyło więcej osób.*

Pracownicy GIS i osoby z WSSE mają praktyczne doświadczenie w diagnostyce laboratoryjnej, także w kwestii organizacji takich placówek, więc tym bardziej przedstawiciel GIS powinien uczestniczyć w pracach takiego Zespołu.

(akta kontroli str. 162-164, 660-665, 1669, 1682)

W 2020 r. Minister Zdrowia w ramach środków z rezerwy ogólnej budżetu państwa przekazał GIS 7 927,0 tys. zł na zakup testów diagnostycznych dla laboratoriów PIS oraz zestawów do w prowadzeniu testowania w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2. W przypadku laboratoriów spoza struktury PIS, dostęp do testów do diagnostyki SARS-CoV-2 zapewniało CBR. W tym okresie na zakup testów wydano

⁹⁰ Dalej: wniosek.

⁹¹ Powołanego 4 kwietnia 2020 r. na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID (Dz. Urz. MZ poz. 31) oraz Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID (Dz. Urz. MZ poz. 110).

⁹² T.j. złożenie zgodnego ze wzorem wniosku wraz z wpisem do Krajowego Rejestru Sądowego oraz oświadczeniami o prawdziwości danych, danych osobowych, poddaniu się kontroli między laboratoryjnej pod nadzorem NIZP-PZH i z doświadczeniem w diagnostyce molekularnej chorób infekcyjnych.

⁹³ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 roku w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81 poz. 716, ze zm.).

⁹⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wniosek-o-wlaczanie-medycznego-laboratorium-diagnostycznego-do-wykazu-laboratoriow-covid>

⁹⁵ Dalej: Zespół ds. laboratoriów.

178 584,8 tys. zł. Natomiast od 1 stycznia 2021 r. do 31 marca 2021 r. środki wydane przez MZ na zakup testów wyniosły 587 279,3 tys. zł. Sekretarz Stanu wyjaśnił, że każde laboratorium mogło zgłaszać zapotrzebowania i na tej podstawie dostarczano im testy.

(akta kontroli str. 651-652, 654-655, 1669, 1682)

2.5. Do 8 września 2020 r. decyzję o przeprowadzeniu testu podejmowali lekarze szpitala zakaźnego lub szpitala z oddziałem zakaźnym w porozumieniu z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym, a od 9 września 2020 r. również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, którzy po przeprowadzeniu u osoby objawowej badania fizykalnego, bądź teleporady, kierowali pacjenta na test do szpitala pierwszego poziomu zabezpieczenia. Takie zmiany ułatwiły dostęp do testów osobom z objawami COVID-19. Nadal jednak osoby bez objawów choroby miały ograniczony dostęp do tych testów. Żadna z przyjętych *definicji przypadku* ani też żadna z obowiązujących procedur nie zakładała powszechnego i bezpłatnego dostępu do badań diagnostycznych w kierunku COVID-19 dla osób, które nie miały objawów zakażenia.

(akta kontroli str. 656-659, 674-697)

Sekretarz Stanu, odnosząc się do ograniczeń w dostępie do bezpłatnych testów dla osób bez objawów choroby i co za tym idzie śledzenia zakażeń po 24 listopada 2020 r. powiedział, że: *jesień 2020 r. była okresem gwałtownego wzrostu zachorowań i eskalacji tzw. drugiej fali zakażeń. Stało się jasne, że dotychczasowe rozwiązania nie są adekwatne do istniejącego zagrożenia i należy wprowadzić dodatkowe środki ograniczające możliwość przenoszenia wirusa. Zgodnie z przyjętą Strategią walki z pandemią COVID-19 3.0, przy spodziewanej zwiększającej się liczbie zakażeń, kluczowe okazało się szybkie i społecznie odpowiedzialne izolowanie osób zakażonych i tych, z którymi mieli oni bliski kontakt. W tym czasie wszystkie środki związane z dostępnością testów i laboratoriów zostały przekierowane na badania osób objawowych. Minister wskazał, że: Wobec podejrzania zakażenia u pacjenta konieczne jest uniemożliwienie mu zarażenia kolejnych osób, a więc do momentu upewnienia się, że nie stanowi on zagrożenia, kierowany jest na kwarantannę. W ten sposób eliminuje się potencjalną dalszą transmisję wirusa przez te osoby, nie dopuszczając do powstawania kolejnych ognisk zakażeń.*

(akta kontroli str.1669,1682-1683)

Do 31 października 2020 r. Ministerstwo uznawało test qPCR (test molekularny⁹⁶), jako wiarygodną i obowiązującą metodę wykrywania wirusa SARS-CoV-2.

Od 1 listopada 2020 r. Ministerstwo umożliwiło zastosowanie testów antygenowych do diagnozy zachorowania na COVID-19. Wpłynęło na to: 1) wydanie przez WHO we wrześniu 2020 r. pierwszych rekomendacji dotyczących zastosowania testów antygenowych do diagnozy COVID-19⁹⁷; 2) wydanie 21 października 2020 r.⁹⁸ przez Zespół do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID stanowiska w sprawie możliwości wykorzystania testów wykrywających antygen SARS-CoV-2 w diagnostyce COVID-19 w Polsce, które określało propozycję zmiany definicji przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, proponowany algorytm wykorzystania testów antygenowych, a także ich poziom czułości i swoistości oraz zasady

⁹⁶ Np. zalecenia opublikowane na stronie WHO: Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance. WHO z 21 marca 2020 r. (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272560/retrieve>) oraz stronie ECDC: Laboratory support for COVID-19 in the EU/EEA (<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus/laboratory-support>).

⁹⁷ Np. Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v. 1.0 z 28 września 2020 r.

⁹⁸ Zaktualizowane 3 listopada 2020 r. w związku ze zmianą definicji przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 przez GIS.

interpretacji wyników; 3) zmiana przez GIS 31 października 2020 r.⁹⁹ krajowej definicji przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, poprzez uwzględnienie dodatniego wyniku antygenowego testu diagnostycznego, jako wystarczającego do laboratoryjnego potwierdzenia wystąpienia zachorowania.

(akta kontroli str. 239-248, 651-652, 656-659, 696-697)

Zwiększający się systematycznie potencjał laboratoriów do przeprowadzania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 nie był w pełni wykorzystywany. Liczba i wydajność laboratoriów w zakresie możliwości przeprowadzania testów stale rosła, np.:

- 23 marca 2020 r. funkcjonowały 33 laboratoria, które mogły przeprowadzić 2 707 testów dziennie;
- 22 kwietnia r. liczba laboratoriów wzrosła do 83 (tj. o 151,5%), a ich dzienna wydajność mogła wzrosnąć do 9 960 testów (tj. o 637,3%);
- 15 maja 2020 r. funkcjonowało 126 laboratoriów (wzrost o 51,8%), które mogły przeprowadzić łącznie 24 425 testów dziennie (wzrost o 22,4%), natomiast średnia dziennej liczby testów z siedmiu dni wynosiła 17 373 testów;
- 19 sierpnia 2020 r. funkcjonowało 177 laboratoriów (wzrost o 40,5%), które mogły wykonać 59 342 testów dziennie (wzrost o 143,0%), natomiast średnia dziennej liczby testów z siedmiu dni wynosiła 21 586 testów;
- 30 października 2020 r. funkcjonowało 221 laboratoriów (wzrost o 24,9%), które mogły wykonać dziennie 79 981 testów (wzrost o 34,8%), natomiast średnia dziennej liczby testów z siedmiu dni wynosiła 60 507 testów;
- 23 grudnia 2020 r. funkcjonowało 269 laboratoriów (wzrost o 21,7%), które mogły wykonać dziennie 115 725 testów (wzrost o 44,7%), natomiast średnia dziennej liczby testów z siedmiu dni wynosiła 28 693 testów,
- 16 lutego 2021 r. funkcjonowało 290 laboratoriów (wzrost o 7,8%), które mogły wykonać dziennie 164 644 testów (wzrost o 42,3%), natomiast średnia dziennej liczby testów z siedmiu dni wynosiła 43 181 testów¹⁰⁰.

Należy zauważyć, że wykonywanie mniejszej liczby testów niż możliwości diagnostyczne laboratoriów miało miejsce zarówno w czasie natężenia epidemii (październik 2020 r.), jak i w miesiącach, kiedy spadała liczba wykrywanych zakażeń (np. w maju, sierpniu i grudniu 2020 r.).

(akta kontroli str. 1668, 1681-1682, 2797-2806)

Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: *w Polsce przyjęto strategię testowania opartą o wykonywanie badań diagnostycznych na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Oznacza to, że początkowo testowani byli jedynie ci pacjenci, którzy z objawami infekcji dającej podejrzenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 zgłosili się do lekarza. W miarę upływu czasu rozwijały się możliwości diagnostyczne w kraju i obecnie wynoszą one 166 tys. testów na dobę. Dodatkowo aktualnie pacjenci sami mogą zapisywać się na test poprzez wypełnienie formularza on-line. Rozbudowano także mobilne punkty wymazowe. Wszystkie te zmiany korelowały ze wzrastającymi liczbami zakażeń i szczytami kolejnych zachorowań podczas drugiej i trzeciej fali epidemii. Z czasem zmieniono także podejście do testowania i zrezygnowano z konieczności wykonania uzyskania negatywnego wyniku powtórnego testu celem zwolnienia z izolacji. W innych krajach wykonuje się także dodatkowe testy osób przebywających na kwarantannie – np. po 48 albo 72 h od skierowania na kwarantannę. W Polsce przyjęto konieczność odbycia 10-dniowej kwarantanny bez*

⁹⁹ Definicja została opublikowana się na stronie internetowej Ministerstwa <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020->

¹⁰⁰ Dane dotyczące wykonanych testów zostały pobrane ze strony <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing> 18 sierpnia 2021 r. Strona prowadzona jest przez organizację non profit the [Global Change Data Lab](https://ourworldindata.org/) z Wielkiej Brytanii we współpracy z Uniwersytetem Oksfordzkim. Pełne dane dotyczące dziennej liczby przeprowadzonych testów w Polsce były zbierane przez organizację od 29 kwietnia 2020 r.

możliwości jej wcześniejszego skrócenia, co także rzutuje na liczbę wykonywanych testów. Dalej Minister wyjaśnił, że: obecny poziom wykonywania testów znacznie wykracza poza poziom nowych zakażeń, co dobitnie świadczy o tym, że aktualnie jest to absolutnie wystarczający wskaźnik. Mówi nam to bowiem o obecnym poziomie transmisji wirusa w społeczeństwie. Powodem do niepokoju byłby wysoki odsetek pozytywnych wyników przy niewielkiej liczbie testów wykonywanych ogółem, co świadczyłoby o tym, że wśród społeczeństwa najprawdopodobniej znajduje się jeszcze wiele osób zakażonych, których nie objęło testowanie.

(akta kontroli str. 1669, 1683)

W czasie epidemii ani razu nie przekroczono liczby 166 tys. testów na dobę, którą wskazał Sekretarza Stanu w swojej wypowiedzi. Wykonanie ponad 100,0 tys. testów diagnostycznych dziennie miało miejsce 11 razy: 25-27 marca 2021 r. (przeprowadzono odpowiednio 102,1 tys., 106,6 tys. oraz 100,3 tys. testów), 31 marca 2021 r. (102,1 tys. testów), 1-2 kwietnia 2021 r. (odpowiednio 108,7 tys. i 100,3 tys. testów), 8-10 kwietnia 2021 r. (odpowiednio 110,6 tys., 106,3 tys., 104,1 tys. testów) oraz 11 czerwca 2021 r. (104,6 tys. testów)¹⁰¹.

2.6. Minister nie określił innych zasad zbierania danych, prowadzenia monitoringu i badań dotyczących sytuacji epidemiologicznej w kraju i na świecie, niż określone w KPZK, uozz oraz jej aktach wykonawczych. Bieżący monitoring sytuacji epidemiologicznej w kraju prowadził GIS, który przekazywał dzienne raporty do Ministerstw za pośrednictwem poczty elektronicznej. Wymiana informacji z krajami sąsiadującymi i Unii Europejskiej odbywała się za pośrednictwem KPK-EWRS oraz KPK ds. MPZ.

(akta kontroli str. 932-933, 979-982)

Dane dotyczące liczby przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2 były oparte na dodatnich wynikach testów diagnostycznych. Zlecenie badań w kierunku SARS-CoV-2 przez lekarzy szpitali/przychodni oraz zgłaszanie wyników badań odbywało się poprzez System Ewidencji Wjazdów do Polski¹⁰². Dane te były wynikiem analizy zgłoszeń¹⁰³ lekarzy lub felczerów oraz laboratoriów¹⁰⁴, przekazywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu. Analizę przeprowadzały Powiatowe i Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne (PSSE i WSSE). System EWP był zintegrowany z Systemem Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹⁰⁵, wykorzystywanym przez PIS do zbierania wywiadów epidemiologicznych.

(akta kontroli str. 932-933, 982-984)

Definicja zgonu związanego z koronawirusem została opublikowana przez NIZP-PZH w *Wytycznych dotyczących kodowania zgonów związanych z epidemią koronawirusa wywołującego COVID-19 1 kwietnia 2020 r.*, aktualizowanych 20.04.2020 r. Zgodnie z tym dokumentem, lekarz – koder nadaje kod wyjściowy przyczyny zgonu. Dokonuje tego na podstawie opisu choroby/chorób czy stanów lub innych okoliczności, które przyczyniły się do zgonu pacjenta, zamieszczonych w karcie zgonu przez lekarza stwierdzającego zgon. Kody przyczyn zgonów

¹⁰¹ Dane dotyczące wykonanych testów zostały pobrane ze strony <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing> 18 sierpnia 2021 r. Strona prowadzona jest przez organizację non profit the Global Change Data Lab z Wielkiej Brytanii we współpracy z Uniwersytetem Oxfordzkim.

¹⁰² Dalej: System EWP

¹⁰³ Zgłoszenia przekazywane na formularzach ZLK - Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby za ka żne lub ZLB - Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych.

¹⁰⁴ W przypadku dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego.

¹⁰⁵ Dalej: SEPIS.

są nadawane zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. W przypadku, gdy wirus SARS-CoV-2 był:

- zidentyfikowany na podstawie badania laboratoryjnego (badanie molekularne metodą RT-PCR) – rekomenduje się użycie kodu U07.1;
- niezidentyfikowany, a COVID-19 został rozpoznany na podstawie objawów klinicznych lub kryteriów epidemiologicznych, natomiast wynik badania laboratoryjnego był niejednoznaczny lub niedostępny – rekomenduje się użycie kodu U07.

(akta kontroli str. 932-933, 984-985, 2307-2314)

Od 4 marca 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. w Polsce wystąpiło 2 879 912 potwierdzonych przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2, zmarło 75 033 osób, a ozdrowiało 2 651 787 osób. W 2020 r. najwyższy wzrost zachorowań i zgonów wystąpił w październiku i w listopadzie, natomiast w 2021 r. - w marcu i kwietniu. Według stanu na 31 października 2020 r., w stosunku do stanu na 30 września 2020 r. liczba osób zakażonych wzrosła o 296,4% i wynosiła 36 2731, zmarło 5 631 osób (wzrost o 124,1%), a ozdrowiało 140 280 osób (wzrost o 101,3%). Liczba osób zakażonych 30 listopada 2020 r. w stosunku do 31 października wzrosła o 173,2% i wynosiła 990 811 osób, zmarło 7 150 osób (wzrost o 204,6%), a ozdrowiało 577 514 osób (wzrost o 311,7%). Liczba osób zakażonych 31 marca 2021 r. w stosunku do 28 lutego 2021 r. wzrosła o 36,0% i wynosiła 2 321 717 osób, zmarło 5 2918 osób (wzrost o 20,9%), a ozdrowiało 1 861 925 osób (wzrost o 30,9%). Liczba osób zakażonych 30 kwietnia 2021 r. w stosunku do 31 marca 2021 r. wzrosła o 20,3% i wynosiła 2 792 142 osoby, zmarło 67 497 osób (wzrost o 27,6%), a ozdrowiało 2 496 810 osób (wzrost o 34,1%)¹⁰⁶. W Polsce wskaźnik zgonów na 1 milion mieszkańców wynosił 18 sierpnia 2021 r. 1993 osoby i plasował nas na 19 miejscu listy, krajów z największą liczbą zgonów z powodu COVID-19 w przeliczeniu na liczbę mieszkańców¹⁰⁷.

(akta kontroli str. 2665-2668)

Od 31 października 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. liczba zajętych łóżek w szpitalach przez pacjentów z COVID-19 kształtowała się następująco: 31 października 2020 r. było zajętych 16 144 z 24 024 łóżek (67,2%); 30 listopada 2020 r. było zajętych 21 504 z 39 236 (54,8%), 31 grudnia 2020 r. było zajętych 16 979 z 35 154 łóżek (48,3%), 31 stycznia 2021 r. było zajętych 13 339 z 29 303 łóżek (45,5%), 28 lutego 2021 r. było zajętych 14 538 z 26 227 łóżek (55,4%), 31 marca 2021 r. było zajętych 31 311 z 40 851 łóżek (76,6%), 30 kwietnia 2021 r. było zajętych 23 469 z 43 058 łóżek (54,5%), 31 maja 2021 r. było zajętych 5 071 z 22 684 łóżek (22,4%), 30 czerwca 2021 r. było zajętych 924 z 10 344 łóżek (8,9%)¹⁰⁸.

(akta kontroli str. 2665-2668)

Od 31 października 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. liczba respiratorów wykorzystywanych do leczenia pacjentów z COVID-19 kształtowała się następująco: 31 października 2020 r. było zajętych 1 305 z 1 807 respiratorów (72,2%), 30 listopada 2020 r. było zajętych 2 118 z 3 074 respiratorów (68,9%), 31 grudnia 2020 r. było zajętych 1 607 z 3 078 respiratorów (52,2%), 31 stycznia 2021 r. było zajętych 1 388 z 2 841 respiratorów (48,9%), 28 lutego 2021 r. było zajętych 1 503 z 2 587 respiratorów (58,1%), 31 marca 2021 r. było zajętych 3 093 z 3 961 respiratorów (78,1%), 30 kwietnia 2021 r. było zajętych 2 831 z 4 405 respiratorów

¹⁰⁶ W związku z nieprzekazaniem przez Ministra Zdrowia danych dotyczących liczby osób zakażonych zgonów oraz ozdrowieńców, zostały one uzyskane ze strony <https://koronawirusunas.pl/> w dniu 18 sierpnia 2021 r.

¹⁰⁷ Dane zostały uzyskane ze strony <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

¹⁰⁸ W związku z nieprzekazaniem przez Ministra Zdrowia danych dotyczących liczby łóżek zajętych przez pacjentów COVID-19, zostały one uzyskane ze strony <https://koronawirusunas.pl/> w dniu 18 sierpnia 2021 r. Dane dotyczące liczby wolnych i zajętych łóżek były przekazywane przez Ministerstwo Zdrowia do publicznej wiadomości od 23 października 2020 r.

(64,3%), 31 maja 2021 r. 681 z 2 382 respiratorów (28,6%), a 30 czerwca 2021 r. 153 z 1 061 (14,4%)¹⁰⁹.

(akta kontroli str. 2665-2668)

2.7. Minister na podstawie uprawnień wynikających z art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b specustawy COVID-19¹¹⁰, od 2 marca 2020 r. do 4 września 2020 r. wydał: 1) jedno zobowiązanie do przekształcenia podmiotu leczniczego w szpital jednoimienny zakaźny, 2) jedno polecenie dotyczące przekazania przez 94 podmioty lecznicze informacji o przychodach, kosztach i wyniku finansowym, nakładach na środki trwałe oraz inwestycjach rozpoczętych od 8 marca 2020 r., których wartość przekraczała 10,0 tys. zł, 3) 44 polecenia zobowiązujące podmioty lecznicze do zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Środki na realizację poleceń i zobowiązania zostały zapewnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

(akta kontroli str. 985, 1393-1488)

Założenia do utworzenia szpitali jednoimiennych zostały przygotowane na podstawie danych NFZ o potencjale szpitali w poszczególnych województwach. Zasady i kryteria wyboru szpitali zostały omówione w dniu 10 marca 2020 r. podczas wideokonferencji z udziałem wojewodów, konsultantów krajowych oraz wojewódzkich w dziedzinach anestezjologii i intensywnej terapii, chorób zakaźnych oraz medycyny ratunkowej. Jak wyjaśnił Sekretarz Stanu Ministerstwa, przy wyborze podmiotów leczniczych do przeprofilowania zalecano wojewodom kierowanie się: 1) możliwością zapewnienia kompleksowej opieki w ramach leczenia szpitalnego (szpitale wieloprofilowe, zabezpieczające świadczenia wysokospecjalistyczne, które mogły zapewnić dużą liczbę łóżek intensywnej opieki); 2) wykwalifikowaną kadrą i specjalistami różnych dziedzin medycyny dla zapewnienia leczenia pacjentów chorych na COVID-19, z uwzględnieniem chorób współistniejących występujących lub mogących wystąpić u tych osób.

Dalsze działania dotyczące typowania szpitali, konsultacji (np. ze środowiskiem medycznym i kierownictwem szpitali) i przygotowania szpitali jednoimiennych oraz analizy wpływu przekształcenia szpitali na ciągłość udzielania świadczeń niezwiązanych z epidemią były prowadzone na poziomie wojewódzkim, koordynowane przez wojewodów i MSWiA. Ostateczny wybór podmiotów leczniczych na szpitale jednoimienne był akceptowany przez MZ i MSWiA¹¹¹. W wyniku tych działań powstały 22 szpitale jednoimienne, z tego 19 - od 12 do 20 marca 2020 r., a kolejne trzy - od 3 kwietnia do 1 maja 2020 r.

(akta kontroli str. 987-990, 1489-1494)

Od 30 maja 2020 r. rozpoczęło się przywracanie szpitali jednoimiennych do ich pierwotnej działalności, co trwało do 15 września 2020 r. Decyzje w tej sprawie podejmowano z uwzględnieniem danych o liczbie łóżek zakaźnych w szpitalach jednoimiennych i na oddziałach zakaźnych innych szpitali, które mogły służyć pacjentom z COVID-19. Żaden ze świadczeniodawców nie zwrócił się do Ministra o środki finansowe na potrzeby przywrócenia i przystosowania szpitali jednoimiennych do ich pierwotnego stanu. Sekretarz Stanu Ministerstwa wskazał, że *szpitale jednoimienne zostały następnie wyznaczone do pełnienia roli szpitali*

¹⁰⁹ W związku z nieprzekazaniem przez Ministra Zdrowia danych dotyczących liczby respiratorów, zostały one uzyskane ze strony <https://koronawirusnas.pl/> w dniu 18 sierpnia 2021 r. Dane dotycząc liczby wdnych i zajętych respiratorów były przekazywane przez Ministerstwo Zdrowia do publicznej wiadomości od 23 października 2020 r.

¹¹⁰Przepis ten obowiązywał do 4 września 2020 r.

¹¹¹ Zaakceptowany w czasie kolejnych, codziennych wideokonferencji – np. przez Ministra Zdrowia.

II, III i IV poziomu zabezpieczenia medycznego, co oznaczało kontynuowanie udzielania świadczeń dla pacjentów z COVID-19. Zmiana wynikała z wdrożenia nowej strategii walki z COVID-19 – tj. odejścia od koncepcji szpitali jednoimiennych i tworzenia poziomów zabezpieczenia szpitalnego.

(akta kontroli str. 989, 990)

Minister Zdrowia nie określił wytycznych/procedur postępowania z pacjentami, których stan zdrowia nie pozwalał na wypis do domu, a którzy byli leczeni w szpitalu w momencie jego przekształcenia w szpital jednoimienny, co uzasadniano zróżnicowaną sytuacją tych placówek. Sekretarz Stanu Ministerstwa wyjaśnił, że: *biorąc pod uwagę zróżnicowaną sytuację, uwarunkowania oraz możliwości w poszczególnych województwach, opracowanie i wydawanie jednolitych wytycznych na poziomie centralnym nie było celowe.*

(akta kontroli str. 1701, 1728)

W 2020 r. finansowanie działalności szpitali jednoimiennych odbywało się przede wszystkim w ramach części budżetu Państwa, których dysponentami byli poszczególni wojewodowie. Według danych Ministerstwa kwota wsparcia dla szpitali, od marca do września 2020 r., wyniosła 41 405,8 tys. zł, z tego 28 553,4 tys. zł stanowiły środki otrzymane przez wojewodów z rezerw celowych, 7 571,8 tys. zł środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz 5 280,6 tys. zł środki z rezerw celowych innych dysponentów części (MZ, MSWiA). Wnioski wojewodów były akceptowane przez MZ.

(akta kontroli str. 993)

Zgodnie z założeniami *Strategii z 3 września 2020 r.*, wszystkim szpitalom podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, które nie prowadziły oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego nadano status szpitala pierwszego poziomu zabezpieczenia. Sekretarz Stanu Ministerstwa wyjaśnił, że (...) *rozpoznanie przygotowania szpitali do pełnienia zadań było realizowane przez przedstawicieli urzędów wojewódzkich. Zgodnie z informacjami od wojewodów stan bezpieczeństwa epidemicznego pacjentów na tym poziomie szpitali nie był zagrożony.*

(akta kontroli str. 186-199, 991)

Minister Zdrowia 10 marca 2021 r. na podstawie art. 47b ust. 1 i 2 uoizz wydał decyzję o: 1) zawieszeniu do 10 września 2021 r. Dyrektora Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr Tytusa Chałubińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radomiu¹¹², 2) wyznaczeniu pełnomocnika do wykonywania praw i obowiązków kierownika Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Minister w uzasadnieniu decyzji wskazał, że przyczyną zawieszenia Dyrektora Szpitala był brak wykonania trzech poleceń wydanych przez Wojewodę Mazowieckiego na podstawie art. 11h specustawy COVID-19, dotyczących zobowiązania Szpitala do współpracy z Totalizatorem Sportowym sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie w celu zorganizowania i utworzenia szpitala tymczasowego oraz ograniczenie dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu, co zgodnie z decyzją: *przejawiało się w przyjmowaniu do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wyłącznie pacjentów z potwierdzonym rozpoznaniem COVID-19.* Decyzja ta wygasła 19 maja 2021 r. w związku ze zrealizowaniem przez pełnomocnika Szpitala zadań dotyczących: uruchomienia

¹¹² Dalej: Radomski Szpital Specjalistyczny lub Szpital.

szpitala tymczasowego, usprawnienia pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, nawiązania współpracy z Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym sp. z o.o.

(akta kontroli str. 1791-1802)

2.8. Minister udzielał również wsparcia finansowego podmiotom leczniczym innym niż szpitale jednoimienne. W 2020 r. Ministerstwo przekazało 566 471 tys. zł, z tego: 2 397 tys. zł w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, 550 700 tys. zł w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko¹¹³ oraz 13 374 tys. zł w ramach rezerw celowych budżetu państwa.

(akta kontroli str. 993-994)

2.9. Od 2 marca 2020 r. do 31 maja 2021 r. polityka informacyjna Ministerstwa była prowadzona w oparciu o procedury określone w KPZK, tj. *Zasady informowania ludności o zagrożeniach – organizacja procesu komunikacji społecznej w sytuacji kryzysowej* oraz *Procedury reagowania kryzysowego, określające sposób postępowania w sytuacjach kryzysowych – zestawienie Katalogów i modułów zadaniowych ministrów i wojewodów*. Minister na bieżąco, na konferencjach prasowych i w mediach społecznościowych informował opinię publiczną o statystykach epidemiologicznych¹¹⁴, wprowadzanych nakazach, zakazach i ograniczeniach oraz rekomendacjach dotyczących postępowania w trakcie trwania epidemii. Informacje te były przekazywane na briefingach organizowanych w Ministerstwie, konferencjach prasowych organizowanych przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów, za pośrednictwem portali społecznościowych (tj. Facebook, Twitter) i strony internetowej¹¹⁵. Ministerstwo opracowało materiały edukacyjne (plakaty, ulotki), które następnie przekazano do aptek, szpitali, sklepów szkół i przedszkoli. Zleciło również przygotowanie i emisję spotu telewizyjnego dotyczącego noszenia maseczek oraz realizację kampanii informacyjnej w Internecie, w tym np. kampanii *Domowa Opieka Medyczna*.

(akta kontroli str. 701-707, 711-716)

Zgodnie z założeniami przedstawionego 21 listopada 2020 r. przez Ministra Zdrowia i Prezesa Rady Ministrów planu działania pn. *100 dni solidarności w walce z COVID-19*, przesłanką wprowadzenia narodowej kwarantanny będzie średnia dzienna liczba zachorowań z siedmiu dni wynosząca od 27 do 29 tys. W sytuacji, gdy codziennie spadała liczba zakażeń i z prognoz ICM wynikało, że trend ten utrzyma się do końca grudnia 2020 r. (z perspektywą wygaszenia postępu zakażeń w marcu 2021 r.¹¹⁶), 17 grudnia 2020 r. Minister podczas konferencji prasowej poinformował o zamiarze wprowadzenia tzw. narodowej kwarantanny od 28 grudnia 2020 r.

(akta kontroli str. 1067-1101, 2382-2383)

Odpowiadając na pytanie kontrolerów NIK: *Czy i jakimi innymi danymi, analizami i prognozami dotyczącymi rozwoju pandemii dysponował wówczas Minister Zdrowia. Jeżeli tak, to dlaczego nie zostały one udostępnione opinii publicznej?* - Sekretarz Stanu wyjaśnił, że: (...) *Ministerstwo Zdrowia dysponuje symulacjami w zakresie efektywności redukcji kontaktów, które wspomagały proces podejmowania decyzji w rozważnym planowaniu rozluźnienia restrykcji po jesiennej fali wirusa SARS-CoV-2 w Polsce. (...) WHO ostrzegła, że przedwczesne zniesienie blokad*

¹¹³ Ministerstwo Zdrowia jest Instytucją Pośredniczącą tego Programu Operacyjnego.

¹¹⁴ Tj. informacje o ogólnej liczbie zakażeń i w poszczególnych województwach, liczbie zgonów (z podziałem na zgodny z chorobami współistniejącymi i bez), liczbie przebadanych próbek i osób, liczbie zakażonych pacjentów, wykonanych w ciągu doby testów (w tym ile testów antygenowych), liczbie zleconych testów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

¹¹⁵ <https://www.gov.pl/web/koronawirus>

¹¹⁶ <https://covid-19.icm.edu.pl/biezace-prognozy/#&gid=1&pid=7>

może wywołać odrodzenie się infekcji i spowodować jeszcze poważniejsze, długoterminowe szkody w gospodarce niż te, które są wynikiem blokad.

<https://www.cnbc.com/2020/04/03/who-says-countries-that-rush-to-lift-coronavirus-containment-risk-more-severe-and-prolonged-damage-to-economy.html>

(akta kontroli str. 1700, 1721-1724)

2.10. Minister Zdrowia, rozporządzeniem z 7 kwietnia 2020 r. utworzył Krajowy Rejestr Pacjentów z COVID-19¹¹⁷, w celu gromadzenia, monitorowania i analizowania danych dotyczących pacjentów z COVID-19, przyjętych na oddziały szpitalne. Podmiotem prowadzącym rejestr był Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Pracownicy Ministerstwa mieli dostęp do systemu, umożliwiający wgląd do części zgromadzonych danych bez możliwości ich edycji oraz eksportowanie danych z tego systemu do przetwarzania ich w innych systemach analitycznych. Minister 31 sierpnia 2020 r. udzielił Narodowemu Instytutowi Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego - Państwowemu Instytutowi Badawczemu¹¹⁸ dotacji celowej na prowadzenie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 za okres od 9 kwietnia 2020 r. do 9 kwietnia 2021 r.¹¹⁹.

Kontrolerom NIK nie przekazano informacji dotyczących zasad finansowania Rejestru ani sposobu obliczenia kwoty dotacji na ten cel przed zawarciem umowy, tj. od 9 kwietnia do 30 sierpnia 2020 r.

W związku z nieprzekazaniem przez MZ informacji i dokumentów na temat podstaw wyznaczenia tej właśnie Instytucji do prowadzenia Rejestru, sposobu nadzoru Ministerstwa, a także kosztów poniesionych na utworzenia Rejestru NIK odstępuje od wydania oceny w tym zakresie.

(akta kontroli str. 707-710, 717-780, 1701, 1703, 2315-2317)

2.11. Od 8 marca 2020 r., specustawą COVID-19¹²⁰, wprowadzono regulacje wyłączające stosowanie przepisów dotyczących zamówień publicznych (wynikających z ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹²¹ oraz z ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych¹²²) do zamówień, których przedmiotem są towary lub usługi, a od 31 marca 2020 r. do zamówień na usługi lub dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego. Rada Ministrów uchwalała nr 33/2020 z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie szczególnych rozwiązań w zakresie zaopatrzenia w środki ochrony indywidualnej, które są niezbędne do przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 upoważniła MZ do dokonywania zakupów środków ochrony indywidualnej i wyrobów medycznych.

Dyrektor Generalny Ministerstwa Zdrowia 6 kwietnia 2020 r. wprowadził zmiany w regulaminie udzielania zamówień publicznych i pracy komisji przetargowej, zgodnie z którymi zamówienia te, niezależnie od wartości, miały być realizowane po zatwierdzeniu wniosku przez ministra właściwego ds. zdrowia lub osobę przez niego umocowaną¹²³.

¹¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (Dz. U. poz. 625, ze zm.).

¹¹⁸ Dalej: Narodowy Instytut Kardiologii.

¹¹⁹ Na podstawie umowy z 31 sierpnia 2020 r., nr ASJ.431.2.2020/101/384.

¹²⁰ Od 8 marca 2020 r. art. 6, a od 31 marca 2020 r. do czasu uchylenia z dniem 4 września 2020 r. art. 6 ust 1. Od dnia 29 listopada regulacja o możliwości niestosowania przepisów dotyczących zamówień publicznych wynikała z art. 6a specustawy COVID-19.

¹²¹ Dz.U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm., dalej Pzp.

¹²² Dz.U. z 2021 r. poz. 1129, dalej: nowe Pzp.

¹²³ Zarządzenie nr 15 z 6 kwietnia 2020 r.

W 2020 r. Minister Zdrowia poniósł wydatki na przeciwdziałanie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w wysokości 2 196 387,3 tys. zł. Źródłem finansowania był budżet państwa lub Fundusz przeciwdziałania COVID-19, z którego pokryto wydatki na kwotę 969 327,9 tys. zł (44,1% całości wydatków poniesionych w Ministerstwie na ten cel).

(akta kontroli str. 2232-2233, 2713-2763)

W ramach tych środków, w kwietniu 2020 r. Minister Zdrowia dokonał zakupu różnych respiratorów:

2.11.1. Respiratory JIXI-H-100a (30 szt.). Wniosek o ich zakup, z 6 kwietnia 2020 r., podpisał Podsekretarza Stanu w Ministerstwie. We wniosku wskazano, jako dostawcę, KGHM oraz kwotę brutto 3 564,0 tys. zł (cena za sztukę 118,8 tys. zł). Wnioskodawcą był Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa. Na ten sam dzień jest datowany protokół odbioru, zgodnie z którym sprzęt został dostarczony do Składnicy ARM w Lublińcu 6 kwietnia 2020 r. Na protokole widnieje podpis Podsekretarza Stanu w Ministerstwie¹²⁴, który wnioskował o zakup. Zakup został dokonany wyłącznie na podstawie wniosku, Minister Zdrowia nie zawarł w tym celu umowy z KGHM.

Wg protokołu, dostarczony sprzęt odebrano bez uwag i zastrzeżeń 6 kwietnia 2020 r. Natomiast 8 kwietnia zapłacono za te respiratory 3 564,0 tys. zł, zgodnie z wnioskiem i fakturą VAT, wystawioną przez KGHM. Na fakturze z 7 kwietnia widnieje data sprzedaży 4 kwietnia 2020 r., czyli dwa dni przed złożeniem i akceptacją wniosku o zakup tych urządzeń. Podsekretarz Stanu na pytanie kto w imieniu MZ podpisał protokół odbioru tego sprzętu odpowiedział, że nie pamięta, czy to on podpisał protokół odbioru.

(akta kontroli str. 1916-1921, 2414, 2424)

Sprzęt został dostarczony do Składnicy ARM w Lublińcu 6 kwietnia 2020 r. Podczas przyjmowania tych respiratorów do magazynów ARM, pracownicy Agencji sprawdzili kompletność sprowadzonych urządzeń oraz dołączonej dokumentacji. Kontrola ta wykazała, że respiratory JIXI-H-100a nie miały: oznaczeń CE, oznaczeń producenta na tabliczkach znamionowych, paszportów technicznych, certyfikatów zgodności lub deklaracji zgodności oraz instrukcji w języku polskim. W skład wyposażenia wchodziły przeterminowane¹²⁵ i niewłaściwie przechowywane¹²⁶ czujniki tlenu.

W przypadku tych wszystkich 30 szt. urządzeń, w dokumentacji badania technicznego, które 28 października 2020 r. przeprowadzili pracownicy specjalistycznej firmy prowadzącej serwis urządzeń medycznych, wykryto wady i opisano je w następujący sposób: *parametry pracy urządzenia nie spełniają norm, parametry wentylacji poza wszelkimi progami tolerancji, brak zabezpieczenia przed przypadkową zmianą parametrów, urządzenie niedopuszczone do eksploatacji.*

Sekretarz Stanu potwierdził niezawarcie pisemnej umowy przy zakupie tych respiratorów. Brak takiej umowy ogranicza możliwość dochodzenia od dostawcy respiratorów odpowiedzialności, korzystania z uprawnień z gwarancji i rękojmi za dostarczenie produktów, które ze względu na wady fizyczne nie miały właściwości jakie rzeczy tego rodzaju powinny mieć, ze względu na ich przeznaczenie nie mogły być z tego powodu udostępnione polskim szpitalom.

(akta kontroli str. 1688-1690, 1925-1944, 2414, 2423-2424)

¹²⁴ Pytany Podsekretarza Stanu w Ministerstwie nie potwierdził i nie zaprzeczył, że podpisał przedmiotowy protokół odbioru.

¹²⁵ Wyprodukowane 31 marca 2018 r. z przydatnością do użytkowania jeden rok od daty produkcji.

¹²⁶ Wymagają przechowywania w lodówce.

2.11.2. Respiratory różnych typów: BOARAY 5000D ICU VENTILATOR – PRUNUS (200 szt.)¹²⁷, MTV1000 ICU VENTILATOR MEKICS CO., LTD Korea (196 szt.)¹²⁸, MV2000 VENTILATOR MEKICS CO., LTD Korea (200 szt.)¹²⁹, Bellavista 1000e (645 szt.) miały być dostarczone na podstawie zamówienia nr 1 do umowy ramowej z 14 kwietnia 2020 r., na sprzedaż i dostawę¹³⁰ respiratorów, którą zawarł Minister Zdrowia (w imieniu którego działał Podsekretarz Stanu) ze spółką E&K sp. z o.o. z siedzibą w Lublinie. Maksymalna wartość umowy ramowej wynosiła 250 000,0 tys. zł brutto. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie, zatwierdzając zamówienie, akceptował płatność w formie przedpłaty. W tym samym dniu wykonano przelewy na kwotę 161 282,7 tys. zł na rzecz E&K Sp. z o.o. Zgodnie z zamówieniem nr 1 wykonawca miał dostarczyć 1241 szt. respiratorów za kwotę 44 427,7 tys. euro¹³¹. Udzielenie zaliczki w ramach tej umowy zostało skontrolowane przez NIK w ramach kontroli wykonania budżetu państwa w 2020 r., przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia w I i II kwartale br.

W toku niniejszej kontroli ustalono natomiast, że wykonawca dostarczył 150 szt. z zamówionych 196 szt. respiratorów MTV1000 (76,5% zamówienia)¹³² oraz 50 z 200 szt. respiratorów Draeger Savina 300 Classic (25,0%)¹³³, które na wniosek wykonawcy zostały dostarczone w zamian za respiratory BOARAY 5000D. Wykonawca nie dostarczył 645 szt. respiratorów Bellavista 1000e (100% zamówienia), 200 szt. respiratorów MTV2000 (100% zamówienia). Łącznie nie dostarczono 1041 szt. respiratorów¹³⁴. Natomiast łączna wartość respiratorów dostarczonych na podstawie tej umowy (wg ceny zakupu) wyniosła 41 138,3 tys. zł.

Odbierający sprzęt przedstawiciele Ministerstwa wskazali w protokołach na braki dokumentacji oraz elementów umożliwiających poprawne działanie sprzętu.

Sprzęt był dostarczony do Składnicy ARM w partiach, tj. 30 czerwca 2020 r. – 50 szt. respiratorów Draeger Savina 300 Classic oraz 10 szt. respiratorów MTV 1000 ICU, a także 9 lipca 2020 r. – 140 szt. respiratorów MTV 1000 ICU. Pracownicy Agencji stwierdzili, że respiratory MTV1000 ICU nie mają pełnego wyposażenia (końcówki drenów tlenowych AGD¹³⁵) oraz paszportów technicznych i certyfikatów zgodności lub deklaracji zgodności. Natomiast respiratory Draeger Savina 300 Classic, wg dokumentacji przyjęcia, nie miały niezbędnego oprzyrządowania oraz paszportów technicznych. ARM podjęła działania dla przystosowania urządzeń do pracy w warunkach polskich szpitali, usunięcia wad, braków w dokumentacji i wyposażeniu, umożliwiające ich legalne wykorzystanie. Do 30 czerwca 2021 r., wg informacji uzyskanej z RARS, szpitalom przekazano osiem respiratorów Draeger Savina 300 Classic (w kwietniu 2021 r.).

(akta kontroli str. 1803-1856, 1922-2159)

W odniesieniu do przyczyn podjęcia decyzji o zmianie asortymentu wskazanego w umowie nr AD.252.9.2020 z 14 kwietnia 2020 r. oraz osób za nią odpowiedzialnych, Sekretarz Stanu wskazał, że: *kwestie te były koordynowane przez Podsekretarza Stanu w MZ Pana Janusza Cieszyńskiego. Ustalenia w przedmiotowej sprawie nie były prowadzone w formie dokumentacji pisemnej.* Przedstawiono natomiast pismo ww. Podsekretarza Stanu z dnia 17 czerwca 2020 r.

¹²⁷ Dalej: BOARAY 5000D.

¹²⁸ Dalej: MTV1000.

¹²⁹ Dalej: MV2000.

¹³⁰ Nr AD.252.9.2020.

¹³¹ Tj. BOARAY 5000D – 206,7 tys. zł za sztukę, MTV1000 – 205,3 tys. zł za sztukę, MV2000 – 202,1 tys. zł za sztukę, BELLAVISTA 1000E – 219,1 tys. zł za sztukę (zastosowano przelicznik kurs sprzedaży euro obowiązujący 14 kwietnia 2020 r., zgodnie z przelewami na zaliczkę dla firmy E&K sp. z o. o.).

¹³² Dostarczono 10 szt. 30 czerwca 2020 r. oraz 140 szt. 9 lipca 2020 r.

¹³³ Dostarczono 30 czerwca 2020 r.

¹³⁴ Prawidłowość zakupu tych respiratorów została zbadana w ramach kontroli P/21/001 – Wykonanie budżetu państwa w 2020 r. w cz. 46 – Zdrowie.

¹³⁵ Do standardów stosowanych w szpitalach na terenie Polski.

do Posła na Sejm RP, w którym wskazał, że powodem decyzji zamiany asortymentu z respiratorów marki Boaray 5000D na respiratory Draeger Savina 300 Classic był szybszy termin dostawy oraz wyższa jakość sprzętu.

(akta kontroli str. 2424)

2.11.3. Respiratory Astral 150 (100 szt.) miały być dostarczone, zgodnie z umową sprzedaży z 14 kwietnia 2020 r., zawartą pomiędzy MZ (w imieniu, którego działał Podsekretarz Stanu) a spółką „R” Polska. Wartość umowy wynosiła 3 135,5 tys. zł brutto. Wykonawca miał dostarczyć 100 respiratorów wraz z akcesoriami koniecznymi do ich użytkowania. W toku kontroli ustalono, że wykonawca dostarczył 10 szt. respiratorów 8 maja 2020 r., 29 szt. 25 maja 2020 r. oraz 61 szt. 24 czerwca 2020 r. Odbierający sprzęt przedstawiciele Ministerstwa oraz pracownicy Agencji nie wnieśli uwag, co do jakości i kompletności zakupionego sprzętu.

(akta kontroli str. 1883-1915)

2.11.4. Respiratory T7 z modułami CO2 (200 szt.) miały być dostarczone, zgodnie z umową na sprzedaż i dostawę respiratorów z 6 kwietnia 2020 r., zawartą pomiędzy Ministrem (w imieniu, którego działał Podsekretarz Stanu), a Przedsiębiorstwem Techniki Medycznej „A”. Wartość umowy wynosiła 18 729,8 tys. zł brutto, z tego 14 088,0 tys. zł brutto zostało uregulowane w formie przedpłaty w dniu zawarcia umowy oraz 4 641,8 tys. zł brutto 18 sierpnia 2020 r., tj. po otrzymaniu całego przedmiotu zamówienia. W toku kontroli ustalono, że wykonawca dostarczył po 100 szt. respiratorów 28 lipca 2020 r. oraz 4 sierpnia 2020 r. Odbierający sprzęt przedstawiciele Ministerstwa oraz pracownicy Agencji nie wnieśli uwag, co do jakości i kompletności zakupionego sprzętu.

(akta kontroli str. 1857-1882)

Respiratory MTV1000, Savina 300 Classic, T-7 i Astral 150 zostały zakupione na podstawie art. 10a ust. 1 i 2 oraz art. 6 ust. 1 specustawy COVID-19, tj. z wyłączeniem przepisów Pzp. Zgodnie z uzasadnieniem wskazanym w zawartych umowach: *zakup towarów objętych przedmiotem umowy jest podyktowany ochroną zdrowia publicznego i niezbędny do przeciwdziałania COVID-19, mając na uwadze stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-COV-2, który został wprowadzony od dnia 20 marca na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii.*

W odniesieniu do sposobu wyboru dostawców respiratorów Sekretarz Stanu wskazał, że: *bardzo dynamiczna sytuacja epidemiczna i doświadczenie pierwszych tygodni epidemii COVID-19 w Polsce wskazywało, że w przypadku ofert zakupu respiratorów decyzje należało podejmować natychmiast, ponieważ takie oferty były krótkoterminowe i bardzo szybko stawały się nieaktualne. Sytuacja na rynku krajowym i światowym była ekstremalnie trudna, nie sprzyjała szczegółowemu rozeznaniu rynku, analizowaniu ofert i dokumentowaniu tych działań, ale wymagała szybkich i odważnych decyzji, kierując się bezpieczeństwem zdrowotnym obywateli.*

NIK zauważa, że w przypadku, gdy umowy zawarto z podmiotami wyspecjalizowanymi w handlu wyrobami medycznymi, zlecenia zostały wykonane terminowo i bez zastrzeżeń co do jakości sprzętu, który był objęty gwarancją i miał kompletną dokumentację, a zatem mógł zostać wykorzystany do celu w jakim został zakupiony.

Natomiast sprzęt kupiony od przedsiębiorcy spoza branży medycznej został dostarczony po terminie bądź z niekompletną dokumentacją i ze względu na nieprzystosowanie do pracy w polskich szpitalach lub braki w wyposażeniu nie mógł być wykorzystany w celu, w jakim go zakupiono. Ponadto ceny jednostkowe

sprzętu tożsamego co do marki i typu były rażąco wyższe niż ceny uzyskiwane za taki sam sprzęt przez ARM.

Do tych zagadnień odniesiono się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1803- 2159, 2160-2162, 2423-2424)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie na pytanie dlaczego respiratory JIXI-H-100a, MTV 1000 oraz Draeger Savina 300 Classic nie były wykorzystane od momentu ich dostarczenia odpowiedział, że: *respiratory były i są wydawane z zasobów rządowych (m.in. zakupionych przez MZ lub KPRM lub stanowiących rezerwy strategiczne) w sposób ciągły, zgodnie z potrzebami i wymaganiami podmiotów leczniczych oraz wnioskami właściwych organów. (...) Zgromadzone zasoby – z uwagi na ich ilość i różną specyfikację – pozwalają na możliwość wyboru rodzaju urządzenia, tak aby był w sposób optymalny dostosowany do potrzeb i warunków ostatecznego odbiorcy. Liczba respiratorów zgromadzonych w zasobach rządowych nie zagraża wystąpieniu braków tego sprzętu do realizacji kolejnych udostępnień i zaspokojeniu zapotrzebowania podmiotów, jednak MZ i RARS/ARM nie planuje narzucać podmiotom konieczności wykorzystania określonego typu respiratora.*

Ustalenia kontroli NIK wskazują, że respiratory te nie zostały udostępnione bądź ze względu na ich stan techniczny, bądź ze względu na konieczność dokonania ich adaptacji do warunków pracy w polskich szpitalach, a nie ze względu na preferencje potencjalnych użytkowników.

(akta kontroli str.1707, 1731)

2.12. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia zlecał CIOP-PIB¹³⁶ przeprowadzanie badań środków ochrony indywidualnej (półmasksi filtrujące, kombinezony ochronne, osłony na obuwie, rękawice winylowe) pod kątem spełnienia wymaganych norm oraz przydatności do ochrony przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Jednostka ta, notyfikowana w wykazie certyfikatów pod nr 1437, jest uprawniona do oceny zgodności według Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/425 z dnia 9 marca 2016 r. w sprawie środków ochrony indywidualnej oraz uchylenia dyrektywy Rady 89/686/EWG (Dz.U. L 81 z 31.03.2016).

(akta kontroli str. 998-1000, 1575-1650)

2.13. Na stronie Ministerstwa Zdrowia, w dniu 7 kwietnia 2020 r. utworzono tzw. Platformę zakupową <https://platformazakupowa.pl/pn/mz>, służącą do ogłaszania przez Ministra zapotrzebowania na produkty do przeciwdziałania COVID-19. Na stronie nie umieszczono zasad wyboru ofert, a ostatni termin składania ofert w odpowiedzi na ostatnie zapotrzebowanie minął 31 maja 2020 r. Minister nie ponosił kosztów związanych z funkcjonowaniem Platformy, a także nie dysponował dokumentacją dotyczącą jej utworzenia oraz zasad wydatkowania środków finansowych na ten cel. Sekretarz Stanu Ministerstwa wyjaśnił, że udział Ministerstwa Zdrowia w procesie zakupu w ramach tej Platformy był ograniczony do kontaktu i współpracy z ekspertami z CIOP-PIB i Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, którzy oceniali dokumenty załączone do ofert złożonych na Platformie zakupowej pod kątem ich zgodności z wymaganiami. Ocena ekspercka dotyczyła tylko ofert wybranych przez zespół KPRM i ARM. Przyczynami rezygnacji z Platformy zakupowej była niewielka liczba ofert wybieranych do dalszego procedowania przez KPRM i ARM oraz ich niska jakość. Organem odpowiedzialnym za wybór ofert do oceny, rozmowy

¹³⁶ Na podstawie umowy ramowej o współpracy nr PL.07.76.2020 z 26 maja 2020 r., zmieniona aneksami z 29 maja 2020 r. oraz 25 czerwca 2020 r.

z oferentami oraz zawarcie kontraktu była KPRM oraz ARM. Narzędziem, które zastąpiło Platformę zakupową była skrzynka mailowa: zakupy@arm.gov.pl, utworzona przez ARM.

(akta kontroli str. 1000)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Od 25 lutego 2020 r. do 4 września 2020 r. MZ nierzetelnie realizował zadania wynikające z uozk i KPZK (część B, Katalog I), ponieważ nie zwoływał Zespołu Zarządzania Kryzysowego Ministra Zdrowia. Dopiero 4 września 2020 r. został powołany przez MZ – na podstawie przepisów uoRM – Zespół ds. spraw działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
2. Działania tzw. sztabu kryzysowego, w okresie od 27 lutego 2020 r. nie były rzetelnie dokumentowane, pomimo że MZ jest - zgodnie z KPZK - organem wiodącym w przypadku wystąpienia kryzysu wywołanego epidemią i podejmuje z tego tytułu decyzje ważne dla sytuacji w Państwie.
3. *Strategia z 3 września 2020 r.*, została opracowana nierzetelnie, tj. zawierała niejasne regulacje i mechanizmy zwalczania epidemii i nie odniesiono się w niej do ograniczeń potencjału polskiego systemu ochrony zdrowia. Zespół odpowiedzialny za opracowanie strategii nie analizował prognoz postępów epidemii, a w Strategii wskazano 6000 osób, jako maksymalną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych. Już 9 października 2020 r. konieczne było wprowadzenie do Strategii istotnych zmian – pod presją czasu i wzrastającej liczby zakażeń.
4. Działania podejmowane przez Ministra dla utrzymania ciągłości udzielania wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w szczególności POZ, świadczeń opieki kardiologicznej i onkologicznej okazały się mało skuteczne. Zmniejszyła się liczba udzielonych świadczeń POZ i pozostałych rodzajów świadczeń, w zakresie objętym kontrolą. Do obniżenia dostępności do opieki na wszystkich poziomach przyczyniła się konieczność skupienia jej zasobów na walce z COVID-19, ale także wymuszone epidemią COVID-19 ograniczenie dostępu do POZ, co powodowało ograniczenie dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego.
5. Respiratory JIXI-H-100a, MTV 1000 oraz Draeger Savina 300 Classic zostały nabyte przez Ministerstwo, od przedsiębiorców spoza branży medycznej, za łączną kwotę 44 702,4 tys. zł z naruszeniem zasady określonej w art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 uofp. Nie uzyskano najlepszych efektów z poniesionych nakładów, bo dostarczone produkty albo nie spełniały norm bezpieczeństwa, albo nie miały wymaganej przepisami dokumentacji, lub też kompletnego wyposażenia, albo były niedostosowane do pracy w polskich warunkach. Polskie firmy, wyspecjalizowane w handlu wyrobami medycznymi, oferowały w tym czasie sprawne i o wiele tańsze urządzenia.
6. Minister nie zawarł pisemnej umowy z dostawcą respiratorów JIXI-H-100a, co mogło znacząco utrudnić dochodzenie roszczeń z tytułu dostarczenia wadliwego sprzętu.

OCENA CZĄSTKOWA

MZ nierzetelnie realizował zadania wynikające z uozk i KPZK. Od marca do września 2020 r. nie był zwoływany ZZK MZ, a decyzje dotyczące sposobów zwalczania epidemii i koordynacji działań podejmowane były nieprzejrzysto, w ramach nieformalnego tzw. *sztabu kryzysowego Ministra Zdrowia*. Formalnie

Sztab taki został powołany zarządzeniem Ministra dopiero 4 września 2020 r., ale jego funkcjonowanie również nie było oparte o przepisy uozk ani nie było transparentne. Minister utworzył natomiast szereg zespołów, do zadań których należało rozwiązywanie określonych problemów (opracowanie strategii) lub koordynacja działań w szczegółowych obszarach (np. funkcjonowania laboratoriów diagnostycznych).

W dniu 20 lipca 2020 r., w okresie poprzedzającym tzw. drugą falę zakażeń, MZ przystąpił do opracowania planu funkcjonowania sektora ochrony i powołał do tego celu specjalny zespół. *Strategia walki z pandemią COVID-19. Jesień 2020* nie została rzetelnie przygotowana. Niektóre spośród wymienionych w *Strategii* mechanizmów nie uwzględniały bądź realnych możliwości polskich szpitali (ograniczona możliwość zapewnienia bezpiecznej izolacji dla osób oczekujących na wynik testu), bądź nie miały jeszcze podstaw w polskim prawie (kierowanie przez lekarzy POZ na testy diagnostyczne wprowadzono dopiero 8 września 2020 r.). Zespół odpowiedzialny za opracowanie strategii nie analizował prognoz postępów epidemii, a w *Strategii* wskazano 6000 osób jako maksymalną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych. Dokument ten, szybko się zdezaktualizował, bardziej realne rozwiązania zaproponowano dopiero w *Strategii 3.0.*, pomimo tego że opracowywano ją pod presją czasu i wzrastającej liczby zakażeń.

Minister przygotowywał projekty rozporządzeń Rady Ministrów i własnych, normujące zasady wprowadzania i znoszenia ograniczeń, nakazów i zakazów w reakcji na rozwój sytuacji epidemicznej. Wydawał dyspozycje Agencji Rezerw Materiałowych (później Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych) w sprawie tworzenia i udostępniania rezerw strategicznych, do czego uzyskał uprawnienie w marcu 2020 r., po zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Minister zapewnił też sprawną komunikację z innymi resortami, służbami i instytucjami.

Działania podejmowane przez MZ dla utrzymania ciągłości udzielania wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym POZ, świadczeń opieki kardiologicznej i onkologicznej były mało skuteczne, co wynikało nie tylko z wad strukturalnych systemu ochrony zdrowia w Polsce, lecz także z ograniczenia dostępu pacjentów do POZ i w konsekwencji do pozostałych rodzajów świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie rozporządzeniem Ministra Zdrowia standardu udzielania teleporad poprawiło sytuację, choć przyczyniło się także do zbyt częstego wykorzystywania tego sposobu leczenia. Minister prawidłowo zareagował na to zjawisko i wprowadził ograniczenia na tym polu w marcu 2021 r.

Pomimo początkowych trudności, rozbudowano potencjał laboratoriów diagnostycznych do wykrywania wirusa SARS-CoV-2, osiągając możliwość analizowania ponad 166 tys. testów dziennie. Minister skoordynował funkcjonowanie tych laboratoriów. Dopuszono także laboratoria działające w strukturach PIS.

MZ gromadził i udostępniał obywatelom dane dotyczące epidemii. W czasie trwania epidemii wykorzystywano do tego celu systemy informatyczne – zarówno utworzone wcześniej (EWP) jak i nowe (SEPIS). MZ korzystał także ze wsparcia CIOP-PIB przy weryfikacji jakości produktów wykorzystywanych do zwalczania epidemii, sprowadzanych z zagranicy. Platforma zakupowa MZ nie przyczyniła się do pozyskania wielu dostawców deficytowych produktów w pierwszym okresie epidemii.

Dokonany przez Ministra w kwietniu 2020 r. zakup respiratorów od podmiotów wyspecjalizowanych w handlu wyrobami medycznymi został przeprowadzony prawidłowo. Sprzęt ten został dostarczony terminowo i nie było zastrzeżeń co do jego sprawności technicznej, był objęty gwarancją i miał kompletną dokumentację, a zatem mógł zostać wykorzystany do celu, w jakim został zakupiony.

Natomiast dokonany przez MZ w tym samym miesiącu zakup respiratorów od firm, które nie specjalizowały się w handlu aparaturą medyczną (KGHM oraz od firmy E&K), o łącznej wartości 44 702,4 tys. zł (wg cen zakupu) został przeprowadzony z naruszeniem wymogów art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 uofp. Zakup respiratorów od KGHM za kwotę 3564,0 tys. zł nie został udokumentowany pisemną umową, a dostarczone respiratory nie mogą być wykorzystane, bo nie spełniają norm bezpieczeństwa. Natomiast respiratory kupione w firmie E&K wymagały napraw, uzupełnienia dokumentacji i adaptacji do pracy w polskich warunkach, dlatego nie było możliwe ich pilne przekazanie użytkownikom, co było zasadniczą okolicznością uzasadniającą ich zakup w nadzwyczajnym trybie.

Ze względu na niedostarczenie informacji i dokumentów, NIK odstępuje od oceny obszaru dotyczącego Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19, jego funkcjonowania, finansowania i rozliczenia.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi

1. Zwoływanie zespołów zarządzania kryzysowego powinno być prowadzone w ramach i na podstawie przepisów, które normują ten obszar, tj. uozk.
2. Działania podejmowane przez organy administracji i zespoły powoływane do określonych zadań powinny być rzetelnie dokumentowane, co po czasie daje możliwość identyfikacji dobrych praktyk oraz przypisania odpowiedzialności za błędy i działania niezgodne z prawem lub niegospodarne.
3. Plany i strategie, będące podstawą wydawanych decyzji i wprowadzanych rozwiązań dotyczących przeciwdziałania i walki z epidemią, powinny być przygotowane rzetelnie.

Wnioski

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

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, 07 października 2021 r.

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym
dokonał:

Piotr Miklis
Dyrektor Delegatury NIK
w Katowicach