



Kornelia Cieśla
Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego nr 2
w Bytomiu
ul. Stefana Batorego 15
41-902 Bytom

ZARZĄD
WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

ul. Ligonia 46
40-037 Katowice

TELEFON +48 32 20 78 290

marszal@slaskie.pl
slaskie.pl

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 121 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.), przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 1331) oraz § 12 ust. 1 *Regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego* stanowiącego załącznik do uchwały nr 1057/229/VII/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 28 kwietnia 2021 r., pracownicy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego przeprowadzili kontrolę w kierowanej przez Panią Jednostce.

Działając na podstawie § 25 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia przedstawiam ustalenia dokonane w trakcie kontroli, ocenę oraz zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub usprawnienia funkcjonowania jednostki.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Szpital Specjalistyczny nr 2 (dalej: *Szpital*)
ul. Stefana Batorego 15, 41-902 Bytom.

Kierownik jednostki kontrolowanej:

Pani Kornelia Cieśla – Dyrektor, powołana na stanowisko uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1703/183/III/2008 z dnia 31 lipca 2008 r., od dnia 1 sierpnia 2008 r. na czas nieokreślony.

Numer kontroli: AU-KN.1711.2.2022

Zakres i okres objęty kontrolą:

Wybrane zagadnienia z zakresu spraw organizacyjno-finansowych za lata 2019-2022.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę:

Departament Audytu i Kontroli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

- Ewa Zwolińska – Inspektor, na podstawie upoważnienia nr 247/AU/2022 z dnia 31.05.2022 r. w dniach od 01.06.2022 r. do 14.06.2022 r.
- Agnieszka Zajączkowska – Główny specjalista, na podstawie upoważnienia nr 246/AU/2022 z dnia 31.05.2022 r. w dniach od 06.06.2022 r. do 14.06.2022 r.

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych: 01.06.2022 r.

Data zakończenia czynności kontrolnych: 30.06.2022 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli *Szpitala* w dniu 01.06.2022 r. pod pozycją nr 8.

(dowód: akta kontroli nr 1 – 7)

II. Ustalenia szczegółowe.

1. **Prawidłowość wdrożenia *Standardów zawierania umów cywilnoprawnych z podmiotami zewnętrznymi przez jednostki organizacyjne Województwa Śląskiego (dalej: Standardy) wprowadzonych uchwałą nr 923/120/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 22 kwietnia 2020 r.***

A. Opis stanu faktycznego:

Szczegółowej weryfikacji pod kątem prawidłowości wdrożenia *Standardów* poddano:

- 1) zapisy trzech losowo wybranych umów zawartych po dacie przyjęcia przez Zarząd Województwa Śląskiego uchwały nr 923/120/VI/2020, tj.:
 - a) umowa nr 13/DO/2022/R z dnia 10.02.2022 r., której przedmiotem był zakup i dostawa 4 kompletów filtrów powietrza do instalacji wentylacji, dostarczanych sukcesywnie w terminie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy lub wcześniejszego wyczerpania asortymentu wskazanego w umowie (wartość umowy: 14 053,48 zł brutto),
 - b) umowa nr 29/DO/2022/R z dnia 25.03.2022 r., której przedmiotem była dostawa artykułów biurowych oraz kopert, obowiązująca od 25.03.2022 r. do 24.03.2023 r. lub wcześniejszego wyczerpania asortymentu wskazanego w umowie (wartość umowy: 111 173,54 zł brutto),
 - c) umowa nr 147/DO/2021/R z dnia 22.11.2021 r. o świadczenie usług prawnych obowiązująca od 22.11.2021 r. do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego (wartość umowy: 2 370,00 zł netto miesięcznie + 23% VAT),zawartych w wyniku postępowań o udzielenie zamówień publicznych w kwotach poniżej 30 000 euro/130 000 zł, w zakresie rekomendacji ujętych w pkt 1.2 (dot. precyzyjnego wskazania terminu realizacji umowy) oraz pkt 1.5 (dot. zabezpieczenia interesów zamawiającego) *Standardów*.

W wyniku przeprowadzonej kontroli potwierdzono prawidłowość wdrożenia ww. rekomendacji ujętych w *Standardach*.

- 2) obowiązujący w *Szpitalu „Regulamin udzielania zamówień publicznych”*, wprowadzony zarządzeniem Nr 1072/2021 Dyrektora Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu z dnia 05.01.2021 r., w zakresie zastosowania w jego zapisach rekomendacji ujętych w nw. punktach *Standardów*:
 - 3.5 - dot. ustalenia wartości szacunkowej zamówienia,
 - 3.10 - dot. zachowania pisemnej formy wszczęcia postępowania,
 - 3.11 - dot. dochowania wymogów informacyjnych związanych z niezwłocznym upublicznieniem ogłoszenia o zamówieniu,
 - 3.13 - dot. udzielenia zamówienia wykonawcy, który spełnił warunki udziału w postępowaniu oraz złożył najkorzystniejszą ofertę,
 - 3.14 - dot. dokumentowania procedury prowadzonego postępowania.

W wyniku przeprowadzonej kontroli, potwierdzono wdrożenie ww. rekomendacji ujętych w *Standardach*.

(dowód: akta kontroli nr 8 – 12)

- B. Ustalone nieprawidłowości/uchybień (przyczyny, zakres, skutki):** nie stwierdzono.
C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

2. Weryfikacja spełnienia wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO).

A. Opis stanu faktycznego:

W trakcie kontroli przeprowadzono weryfikację **spełnienia wymogów RODO w kontekście informacji wpisanych przez Dyrektora Szpitala w Kwestionariuszu oceny (wpływ do tut. Urzędu w dniu 29.01.2020 r.), złożonym w związku z przeprowadzonym przez Departament Audytu zadaniem audytowym pn.: „Diagnoza stopnia wypełnienia wymogów w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji w wojewódzkich samorządowych jednostkach organizacyjnych” – II etap.**

Szczegółowej weryfikacji poddano spełnianie wymogów RODO wynikających z następujących przepisów:

- art. 24 ust. 1, dotyczącego wdrożenia środków zapewniających przetwarzanie danych zgodnie z RODO,
- art. 28 ust. 3, określającego sposób i warunki przetwarzania danych przez podmiot przetwarzający,
- art. 29, dotyczącego przetwarzania danych z upoważnienia,
- art. 30 ust. 1, dotyczącego prowadzenia rejestru czynności przetwarzania danych osobowych i zakresu zawartych w nim informacji,
- art. 32 ust. 2, dotyczącego analizy ryzyka przetwarzania danych,
- art. 33 ust. 1, dotyczącego zgłaszania naruszenia danych osobowych,
- art. 33 ust. 5, dotyczącego dokumentowania wszelkich naruszeń ochrony danych osobowych,
- art. 37 ust. 7, dotyczącego publikacji danych kontaktowych IOD (dalej: IOD),
- art. 38 ust. 3, dotyczącego podległości służbowej IOD,
- art. 38 ust. 6, dotyczącego zapewnienia braku konfliktu interesów w przypadku wykonywania innych zadań przez IOD.

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji nie potwierdzono spełnienia przepisów RODO dotyczących:

1. zakresu polecenia (o którym mowa w art. 29 RODO), które zgodnie z art. 28 ust. 3 RODO powinno wiązać podmiot przetwarzający i administratora. „Polecenia przetwarzania danych osobowych” (dalej: *Polecenie*) wydawane są przez Dyrektora Szpitala na grupę pracowników (np. pracowników Działu Kadr i Płac), tj. bez wskazywania danych personalnych pracownika. *Polecenie* nie zapewnia również zobowiązania osoby upoważnionej do zachowania tajemnicy przetwarzanych danych, o czym mówi art. 28 ust. 3 lit. b RODO;
2. dokumentowania wszelkich naruszeń ochrony danych osobowych – poprzez brak odnotowania w rejestrze naruszeń stwierdzonej nieprawidłowości w zakresie zabezpieczenia fizycznego miejsca przetwarzania danych osobowych, odnotowanej przez IOD w notatce służbowej. Zgodnie z punktem 16 „Instrukcji postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych” (stanowiącej załącznik nr 5 do *Polityki bezpieczeństwa i informacji w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu* przyjętej Zarządzeniem nr 970/2019 z dnia 16.04.2019 r.) -

„za naruszenie ochrony danych uważa się również stwierdzone nieprawidłowości w zakresie zabezpieczenia fizycznego miejsc przetwarzania danych osobowych, np. pozostawienie otwartego pomieszczenia w obszarze bezpieczeństwa; umożliwienie nieautoryzowanego dostępu do urządzeń archiwizujących itp.”. Powyższy zapis wskazuje, że okoliczności odnotowane w notatce służbowej stanowią naruszenie ochrony danych, zatem brak odnotowania tego faktu w rejestrze stanowi niezgodność z wymogami art. 33 ust. 5 RODO. Ponadto, obok obowiązku dokumentowania wszystkich naruszeń ochrony danych, art. 33 ust. 5 RODO wskazuje na obowiązek zbadania i udokumentowania skutków stwierdzonego naruszenia oraz podjętych działań zaradczych;

3. publikacji danych kontaktowych *IOD* – w związku z brakiem na stronie internetowej *Szpitala* wszystkich danych przewidzianym w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781), którą Dyrektor *Szpitala* wskazał w ww. *Kwestionariuszu oceny* jako podstawę spełnienia wymogu art. 37 ust. 7 RODO. Kontrola nie potwierdziła publikacji na stronie internetowej imienia i nazwiska *IOD*, co jest wymagane w świetle art. 11 w związku z art. 10 ust. 1 ww. ustawy (na stronie internetowej zamieszczono jedynie adres poczty elektronicznej *IOD*).
Danych kontaktowych *IOD* nie zamieszczono również w miejscach ogólnodostępnych, tj. na tablicach ogłoszeń: w budynku administracji *Szpitala* (przy Sekretariacie Dyrektora, przy kasie *Szpitala*, przy Portierni głównej), na tablicach ogłoszeń przy Izbie przyjęć, w budynku Poradni specjalistycznych. Na tablicy ogłoszeń przy Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej stwierdzono zamieszczenie informacji dotyczącej *IOD* z danymi innej osoby (imię i nazwisko), niż osoby pełniącej te obowiązki w *Szpitalu*. W świetle powyższego nie potwierdzono spełnienia wymogu art. 37 ust. 7 RODO;
4. braku możliwości wykazania bezpośredniej podległości służbowej *IOD* najwyższemu kierownictwu jednostki. W regulaminie organizacyjnym jednostki oraz w schemacie struktury organizacyjnej nie przewidziano stanowiska *IOD*, a w zawartej umowie na pełnienie funkcji *IOD* brak zapisów wskazujących na bezpośrednią podległość *IOD* Dyrektorowi jednostki. W świetle powyższego, nie potwierdzono spełnienia wymogu art. 38 ust. 3 RODO w zakresie podległości *IOD*.

Do pozostałych zagadnień nie wniesiono uwag w zakresie spełniania wymogów RODO.

(dowód: akta kontroli nr 13 – 22)

B. Ustalone nieprawidłowości i uchybienie (przyczyny, zakres, skutki):

Stwierdzono nieprawidłowości:

1. **Naruszenie art. 29 w związku z art. 28 ust. 3 RODO poprzez wydawanie w *Szpitalu* poleceń przetwarzania danych osobowych** niespełniających części wymogów ww. przepisów, tj. **Polecenia wydawane są bez wskazania danych podmiotu przetwarzającego** – ogólnie na pracowników danej komórki organizacyjnej (brak danych personalnych pracownika), **co powoduje brak powiązania konkretnego pracownika, jako podmiotu przetwarzającego, z administratorem danych. Upoważnienia te nie zawierają również zobowiązania do zachowania tajemnicy przetwarzanych danych przez podmiot przetwarzający.**
2. **Naruszenie art. 33 ust. 5 RODO poprzez brak odnotowania w rejestrze naruszeń stwierdzonej nieprawidłowości w zakresie zabezpieczenia fizycznego miejsca przetwarzania danych osobowych, a także zbadania i udokumentowania skutków stwierdzonego naruszenia oraz podjętych działań zaradczych.**
3. **Naruszenie art. 37 ust. 7 RODO poprzez brak publikacji wszystkich wymaganych danych kontaktowych *IOD***, w tym w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Ponadto stwierdzono **uchybiecie dotyczące wymogu art. 38 ust. 3 RODO w postaci braku możliwości wykazania bezpośredniej podległości służbowej IOD najwyższemu kierownictwu jednostki.**

Przyczyny: Niewłaściwa realizacja obowiązków IOD wynikających z powierzonego zakresu obowiązków.

Skutki: Nieprawidłowe zabezpieczenie dostępu do danych osobowych mogące prowadzić do:

- braku możliwości identyfikacji osoby odpowiedzialnej za naruszenie bezpieczeństwa danych,
- braku podjęcia czynności zaradczych przeciwdziałających ponownemu naruszeniu w zakresie ochrony danych,
- uniemożliwienia realizacji praw osób, których dane są przetwarzane.

Imię i nazwisko, stanowisko osoby odpowiedzialnej za nieprawidłowości i uchybienie:

1. Pan Mateusz Paluch – powołany na stanowisko IOD w Szpitalu Zarządzeniem nr 922/2018 z dnia 25 maja 2018 r. Zgodnie z zakresem czynności stanowiącym załącznik do ww. zarządzenia do obowiązków IOD należy m.in. „*monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityki bezpieczeństwa administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia pracowników oraz powiązane z tym audyty*”.

2. Pani Kornelia Cieśla - Dyrektor Szpitala, która zgodnie z:

- art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.) ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
- art. 5 ust. 2 RODO jest odpowiedzialna za przestrzeganie przepisów i musi być w stanie wykazać ich przestrzeganie.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna, mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybienia.

3. Prawidłowość stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych (dalej: *ustawa Pzp*).

A. Opis stanu faktycznego:

W trakcie kontroli badaniu poddano zgodność przebiegu wybranego postępowania z przepisami *ustawy Pzp* w zakresie:

- 1) ustalania wartości szacunkowej zamówienia,
- 2) prawidłowego opisu przedmiotu zamówienia,
- 3) udzielania zamówień z wykorzystaniem właściwego trybu postępowania,
- 4) terminowej publikacji ogłoszenia o udzieleniu zamówienia,
- 5) sporządzenia protokołu postępowania.

Szczegółowej weryfikacji poddano postępowanie nr 8/8PN/2020 przeprowadzone w trybie przetargu nieograniczonego o wartości zamówienia mniejszej od ustalonej w art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm.).

Ad. 1) Na podstawie informacji zawartej w protokole postępowania ZP-PN oraz notatek służbowych sporządzonych przez Zastępcę Kierownika Apteki Szpitala ustalono, że wartość zamówienia oszacowana została w dniu 30.01.2020 r. na łączną kwotę 260 199,18 PLN netto (tj. 60 946,56 euro). Podstawą szacowania było rozeznanie cenowe przeprowadzone w formie rozmów telefonicznych z przedstawicielami 4 firm (co dokumentują ww. notatki służbowe). Dokumenty te potwierdzają spełnienie wymogów określonych w przepisach art. 32 - 35 *ustawy Pzp*.

Ad. 2) Przedmiotem zamówienia była dostawa gazów medycznych dla potrzeb Szpitala określonych przez zamawiającego według grup asortymentowo – cenowych w 11 pakietach (główny kod ze Wspólnego Słownika Zamówień CPV 24111000-5). Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarto w załączniku A do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. W postępowaniu zastosowano kryterium cenowe przy wyborze ofert – zgodnie z art. 91 *ustawy Pzp*. Uzasadnienie dla zastosowania kryterium ceny jako jedynego kryterium wyboru ofert zawarto w pisemnej informacji Komisji Przetargowej do Dyrektora *Szpitala* z dnia 07.04.2020 r.

Ad. 3) Zamówienie przeprowadzono w trybie przetargu nieograniczonego, który zatwierdził Kierownik zamawiającego w dniu 25.03.2020 r. (uwzględniając zapisy art. 11 ust. 8 *ustawy Pzp* oraz obowiązującego wówczas rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej - Dz.U. z 2019 r. poz. 2450).

Ad. 4) Ogłoszenie o udzieleniu zamówienia nr 510074063-N-2020 opublikowano w Biuletynie Zamówień Publicznych w dniu 30.04.2020 r. – zgodnie z wymogami art. 95 *ustawy Pzp*.

W wyniku przeprowadzonego postępowania udzielono zamówienia na łączną kwotę 241 541,50 PLN netto (260 941,47 PLN brutto), na podstawie umów:

1. umowa nr 24 ZP/8/8 PN/2020 z 30.04.2020 r. - Linde Gaz Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie - pakiety 1, 7, 9 – 217 481,10 PLN brutto,
2. umowa nr 25 ZP/8/8 PN/2020 z 30.04.2020 r. - Messer Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie - pakiety 2, 3, 5, 10 19 – 186,20 PLN brutto,
3. umowa nr 26 ZP/8/8 PN/2020 z 30.04.2020 r. - GOMI Mirosław Opiela z siedzibą w Limanowej - pakiet 6 – 1 361,88 PLN brutto,
4. umowa nr 27 ZP/8/8 PN/2020 z 30.04.2020 r. - Air Liquide Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie - pakiet 8 – 602,64 PLN brutto,
5. umowa nr 28 ZP/8/8 PN/2020 z 01.07.2020 r. - Air Products Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie - pakiet 11 – 22 309,56 PLN brutto.

Na podstawie art. 93 ust. 1 pkt 1 *ustawy Pzp* unieważniono postępowanie prowadzone w ramach pakietu nr 4 – nie złożono żadnej oferty.

Ad. 5) Protokół postępowania o udzielenie zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego nr 8/8PN/2020 został sporządzony na druku ZP-PN i podpisany przez osobę upoważnioną przez kierownika zamawiającego (zgodnie z art. 96 *ustawy Pzp*) w dniu 30.04.2020 r.

(dowód: akta kontroli nr 23 – 27)

B. Ustalone nieprawidłowości/uchybień (przyczyny, zakres, skutki): nie stwierdzono.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

III. Uwagi.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne posiada 7 stron.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazano kierownikowi jednostki kontrolowanej.

V. Zalecenia/wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub usprawnienia jednostki kontrolowanej.

Mając na względzie powyższe ustalenia zalecam:

1. Wydawać polecenia przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 29 w związku z art. 28 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: *RODO*), tj. w sposób zapewniający powiązanie osoby upoważnionej, jako podmiotu przetwarzającego, z administratorem danych, a także zapewniających zachowanie tajemnicy przetwarzanych danych.
2. Dokumentować wszelkie naruszenia ochrony danych osobowych, w tym okoliczności naruszenia ochrony danych osobowych, jego skutki oraz podjęte działania zaradcze, zgodnie z art. 33 ust. 5 *RODO*.
3. Publikować dane kontaktowe inspektora ochrony danych stosownie do art. 37 ust. 7 *RODO*, w tym w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
4. Wykazać podległość służbową inspektora ochrony danych bezpośrednio najwyższemu kierownictwu jednostki poprzez ujęcie ww. stanowiska w Regulaminie Organizacyjnym *Szpitala*.

**Osoba upoważniona przez
Zarząd Województwa Śląskiego:**

Robert Lipka
Dyrektor Departamentu Audytu i Kontroli

POUCZENIE

Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze. Zgodnie z § 30 ust. 1 Regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego stanowiącego załącznik do uchwały nr 1057/229/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 28 kwietnia 2021 r., kierownik jednostki kontrolowanej, w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego, informuje podmiot uprawniony do kontroli o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.