



**Pani
Magdalena Kłoda-Suchoń
p.o. Dyrektor
Śląskiego Centrum
Rehabilitacji i Prewencji
w Ustroniu**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

ZARZĄD
WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

ul. Ligonia 46
40-037 Katowice

TELEFON +48 32 20 78 290
FAKS +48 32 20 78 291

marzszal@slaskie.pl
slaskie.pl
powstania.slaskie.pl

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/VI/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:

Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji, ul. Zdrojowa 6, 43-450 Ustroń (dalej: *Centrum*).

Kierownik jednostki kontrolowanej:

W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełnili:

- 1)** Pan Zbigniew Eysymontt – Dyrektor *Centrum* powołany na to stanowisko od dnia 10.10.2000 r. na czas nieokreślony,
- stosunek pracy z Panem Zbigniewem Eysymonttem został rozwiązany z dniem 26.08.2019 r. na mocy uchwały nr 1255/47/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 14 czerwca 2019 r.;
- 2)** Pan Krzysztof Bestwina – Dyrektor *Centrum* powołany na to stanowisko z dniem 16.09.2019 r. na mocy uchwały nr 2034/68/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 11 września 2019 r., na okres 6 lat,
- stosunek pracy z Panem Krzysztofem Bestwiną został rozwiązany z dniem 20.10.2020 r. na mocy uchwały nr 2372/176/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20 października 2020 r.;

- 3)** Pani Barbara Pierchała – wyznaczona do pełnienia obowiązków Dyrektora *Centrum* z dniem 21.10.2020 r. na mocy uchwały nr 2378/177/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 21 października 2020 r., do czasu powołania Dyrektora *Centrum*, jednak na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania dotychczasowego Dyrektora *Centrum*,
- stosunek pracy z Panią Barbarą Pierchałą został rozwiązany z dniem 31.12.2020 r. na mocy uchwały nr 3016/198/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 23 grudnia 2020 r.;
- 4)** Pan Czesław Kapała – wyznaczony do pełnienia obowiązków Dyrektora *Centrum* z dniem 01.01.2021 r. na mocy uchwały nr 3017/198/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 23 grudnia 2020 r., do czasu powołania Dyrektora *Centrum*, jednak na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania dotychczasowego Dyrektora *Centrum*,
- na mocy uchwały nr 1309/237/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26 maja 2021 r. okres pełnienia obowiązków Dyrektora został przedłużony o czas trwania ogłoszonego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemiologicznego lub stanu epidemii oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania,
- na mocy uchwały nr 929/337/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 1 czerwca 2022 r. Pan Czesław Kapała został powołany z dniem 01.06.2022 r. na stanowisko Dyrektora *Centrum* na okres 6 lat,
- stosunek pracy z Panem Czesławem Kapałą został rozwiązany z dniem 24.02.2023 r. na mocy uchwały nr 71/392/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 18 stycznia 2023 r.;
- 5)** Pani Magdalena Kłoda-Suchoń wyznaczona do pełnienia obowiązków Dyrektora *Centrum* z dniem 25.02.2023 r. na mocy uchwały nr 321/402/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 22 lutego 2023 r., do czasu powołania Dyrektora *Centrum*, jednak na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania dotychczasowego Dyrektora *Centrum*.

Numer kontroli: AU-KN.1711.12.2022.

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:

- Aleksander Lesik – Starszy inspektor, kierownik Zespołu kontrolującego, na podstawie upoważnienia nr 620/AU/2022 z dnia 16.11.2022 r. w dniach: 21-24.11.2022 r. w siedzibie *Centrum*,
- Krzysztof Wycislik – Główny specjalista, na podstawie upoważnienia nr 619/AU/2022 z dnia 16.11.2022 r. w dniach: 21-24.11.2022 r. w siedzibie *Centrum*.

Czynności kontrolne w okresie ważności upoważnień, tj. od dnia 17.11.2022 r. do 13.01.2023 r. były przeprowadzane poza siedzibą *Centrum*, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej i dokumentów w formie elektronicznej, w oparciu o dokumentację źródłową kontrolowanych zagadnień.

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych: 17.11.2022 r.

Data zakończenia czynności kontrolnych: 13.01.2023 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli jednostki w dniu 21.11.2022 r. pod numerem 39.

(dowód: akta kontroli nr 1-7)

II. Ustalenia szczegółowe.

II.1. Prawidłowość przeprowadzenia inwentaryzacji środków finansowych w kasie *Centrum*.

A. Opis stanu faktycznego:

W zakresie realizacji obowiązku wynikającego z art. 26 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości dotyczącego przeprowadzania na ostatni dzień każdego roku obrotowego inwentaryzacji aktywów pieniężnych weryfikacją objęto:

- zarządzenia Dyrektora *Centrum* w sprawie przeprowadzenia inwentaryzacji środków finansowych w kasie *Centrum* wydane w poszczególnych latach objętych kontrolą, tj. nr 24/2019 z dnia 04.11.2019 r. (dalej: *Zarządzenie nr 24/2019*), nr 20/2020 z dnia 08.09.2020 r. (dalej: *Zarządzenie nr 20/2020*) i nr 19/2021 z dnia 11.11.2021 r. (dalej: *Zarządzenie nr 19/2021*),
- wyniki inwentaryzacji w drodze spisu z natury środków finansowych w kasie *Centrum* (arkusze spisu z natury, protokoły rozliczenia inwentaryzacji),
- uzgodnienia stanów środków w kasie ustalonych w drodze spisu inwentaryzacyjnego z saldami konta „kasa” (za poszczególne lata) wynikającymi z ewidencji księgowej oraz ze stanami końcowymi środków wykazywanymi w raportach kasowych na koniec danego roku.

Na podstawie przedłożonej do kontroli dokumentacji ustalono:

1) wewnętrzne regulacje w sprawie organizacji, terminów i metod przeprowadzenia inwentaryzacji aktywów i pasywów *Centrum* określone zostały zarządzeniami Dyrektora *Centrum*:

- w sprawie gospodarki finansowej oraz polityki rachunkowości (nr 27/2008 z dnia 31.12.2008 r. i nr 34/2019 z dnia 21.12.2019 r.) oraz
- w sprawie wprowadzenia Zakładowej instrukcji inwentaryzacyjnej (nr 23/2002 z dnia 10.10.2002 r.).

2) w roku 2019 inwentaryzacja środków finansowych w kasie przeprowadzona została na podstawie i warunkach określonych w *Zarządzeniu nr 24/2019*:

- ustalony w dniu 31.12.2019 r. stan środków finansowych wg zapisów Protokołu inwentaryzacji kasy (nr 0061) z uwzględnieniem danych zawartych w Raporcie kasowym za okres 16.12-31.12.2019 r. (nr 28/12/19) był zgodny z saldem konta księgi głównej - 100 Kasa za grudzień 2019 r.,
- różnic inwentaryzacyjnych nie stwierdzono, co Komisja inwentaryzacyjna przedstawiła w protokole końcowym z dnia 02.01.2020 r., zatwierdzonym przez Dyrektora *Centrum*.

3) w roku 2020 inwentaryzacja środków finansowych w kasie przeprowadzona została na podstawie i warunkach określonych w *Zarządzeniu nr 20/2020*:

- ustalony w dniu 31.12.2020 r. stan środków finansowych wg zapisów Protokołu inwentaryzacji kasy (nr 0065) z uwzględnieniem danych zawartych w Raporcie kasowym za okres 02.12-31.12.2020 r. (nr 19/12/20) był zgodny z saldem konta księgi głównej - 100 Kasa za grudzień 2020 r.,
- różnic inwentaryzacyjnych nie stwierdzono, co Komisja inwentaryzacyjna przedstawiła w protokole końcowym z dnia 11.01.2021 r., zatwierdzonym przez Dyrektora *Centrum*.

4) w roku 2021 inwentaryzacja środków finansowych w kasie przeprowadzona została na podstawie i warunkach określonych w *Zarządzeniu nr 19/2021*:

- ustalony w dniu 31.12.2021 r. stan środków finansowych wg zapisów Protokołu inwentaryzacji kasy (nr 0136) z uwzględnieniem danych zawartych w Raporcie kasowym za okres 02.12-31.12.2021 r. (nr 13/12/21) był zgodny z saldem konta księgi głównej - 100 Kasa za grudzień 2021 r.,
- różnic inwentaryzacyjnych nie stwierdzono, co Komisja inwentaryzacyjna przedstawiła w protokole końcowym z dnia 10.01.2022 r., zatwierdzonym przez Dyrektora *Centrum*.

Zespół kontrolujący nie stwierdził nieprawidłowości bądź uchybień w badanym zakresie.

(dowód: akta kontroli nr 8)

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

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

II.2. Prawidłowość stosowania 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:

Kontrolę przeprowadzono w następujących zakresach normowanych przez Standardy:

- 1) zgodności zapisów umów cywilnoprawnych z rekomendacjami ujętymi w punktach 1.2 i 1.5 rozdziału 1 Standardów;
- 2) stosowania rekomendacji ujętych w punktach 3.5, 3.10, 3.11, 3.13 i 3.14 rozdziału 3 Standardów na podstawie dokumentacji postępowań o udzielenie zamówień publicznych poprzedzających zawarcie umów cywilnoprawnych, o których mowa w pkt 1);
- 3) dostosowania zapisów aktualnie obowiązującej w Centrum wewnętrznej procedury dotyczącej zamówień publicznych do rekomendacji określonych w punktach 3.5, 3.10, 3.11, 3.13 i 3.14 Standardów.

Ad. 1)

Zgodność zapisów umów cywilnoprawnych z wymogami Standardów.

Kontroli w zakresie:

- pkt 1.2 Standardów – dot. precyzyjnego wskazania terminu realizacji umowy,
 - pkt 1.5 Standardów – dot. uwzględnienia w treści umowy warunków zabezpieczających interesy prawne i ekonomiczne zamawiającego,
- poddano 2 umowy, tj.:

- a) nr EDO/04/2021 z dnia 01.03.2021 r. na „*świadczenie usług w zakresie obsługi sieci informatycznej w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji*”. Termin realizacji określono w § 3: „*na czas określony 12 miesięcy, tj. od dnia 01.03.2021 r.*”. Ponadto terminy realizacji indywidualnych zleceń i czynności celem usunięcia zaistniałych awarii i usterek określono w § 5 (pkt 1 ppkt a) - e) oraz w pkt 2).
Warunki zabezpieczające interesy prawne i ekonomiczne Centrum w zakresie obowiązku zapłaty i wysokości kar umownych za „*nie wykonanie lub nienależyte wykonanie usługi*” określono w § 8 (pkt 1, 3 - 6). Ponadto możliwość wstrzymania przez Centrum zapłaty w przypadku stwierdzonych wad dokumentacyjnych w raportach i protokołach dołączanych do miesięcznych faktur określono w § 8 (pkt 2) umowy;
- b) nr EDO/07/2022 z dnia 02.06.2022 r. na „*zakup wraz z dostawą foteli ergonomicznych oraz specjalistycznych do gabinetów medycznych na potrzeby Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji*”. Umowę zawarto na czas określony do „*czasu realizacji zamówienia*”, tj., zgodnie z § 1 pkt 4 umowy: „*do 13.06.2022 r.*”.
Warunki zabezpieczające interesy prawne i ekonomiczne Centrum w zakresie obowiązku zapłaty i wysokości kar umownych za „*zwłokę w dostawie przedmiotu zamówienia*” oraz „*rozwiązanie umowy przez Zamawiającego z winy Wykonawcy*” określono w § 4 (pkt 1, pkt 2a) oraz 2b) umowy.

W wyniku kontroli nie wniesiono uwag w zakresie wdrożenia rekomendacji ujętych w ww. punktach 1.2 i 1.5 Standardów.

Ad. 2)

Prawidłowość udokumentowania procedury udzielania zamówienia publicznego z wymogami Standardów.

Kontroli w zakresie:

- pkt 3.5 *Standardów* – dot. ustalania wartości szacunkowej zamówienia,
 - pkt 3.10 *Standardów* – dot. zachowania pisemnej formy wniosku o wszczęcie procedury udzielenia zamówienia,
 - pkt 3.11 *Standardów* – dot. dochowania wymogów informacyjnych związanych z publikacją ogłoszenia o zamówieniu,
 - pkt 3.13 *Standardów* – dot. warunków udziału w postępowaniu,
 - pkt 3.14 *Standardów* – dot. dokumentowania procedury prowadzonego postępowania,
- poddano dokumentację 2 postępowań poprzedzających zawarcie umów cywilnoprawnych o numerach: EDO/04/2021 z dnia 01.03.2021 r. oraz EDO/07/2022 z dnia 02.06.2022 r.

Przedmiot postępowań o udzielenie zamówień publicznych o wartości poniżej 130 000 złotych obejmował:

- a) „*świadczenie usług w zakresie obsługi sieci informatycznej w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji*”,
- b) „*zakup wraz z dostawą foteli ergonomicznych na potrzeby Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji*”.

Oba kontrolowane postępowania prowadzone były na podstawie wewnętrznej regulacji, tj. „*Regulaminu postępowań w sprawach zamówień publicznych w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji*” (dalej: *Regulamin zamówień*) wprowadzonego do stosowania na podstawie Zarządzenia Dyrektora *Centrum* nr 34/2016 z dnia 30.12.2016 r. z późniejszymi zmianami dokonanymi na podstawie Zarządzeń nr 33/2019 z dnia 23.12.2019 r. i nr 1/2021 z dnia 04.01.2021 r.

Analiza sposobu przygotowania, wszczęcia i przebiegu badanych postępowań potwierdziła ich zgodność z rekomendacjami ujętymi w punktach 3.5, 3.10, 3.13 i 3.14 *Standardów*, natomiast wykazała niezgodność z rekomendacjami ujętymi w pkt 3.11 w związku z brakiem upublicznienia informacji o wszczęciu postępowania wymienionego powyżej w ppkt a) na własnej stronie internetowej. W odpowiedzi na pisemne zapytanie Zespołu kontrolującego z dnia 14.12.2022 r. dotyczące przyczyn powyższego uchybienia Dyrektor *Centrum* w piśmie z dnia 30.12.2022 r. przekazał wyjaśnienie o treści:

„*W przypadku postępowania wymienionego w pkt 1.1.a (tj. postępowania wymienionego powyżej w ppkt a) – przyp. Zespołu kontrolującego), zgodnie z obowiązującym w szpitalu „Regulaminem postępowania w sprawach zamówień publicznych” i zapisami rozdziału VII – kierownik komórki organizacyjnej lub Kierownik Działu Obsługi Szpitala przedstawia Dyrektorowi Szpitala propozycję o udzieleniu zamówienia wybranemu wykonawcy, zgodnie z zasadą celowości, legalności i gospodarności oraz uzyskania najlepszych efektów udzielonego zamówienia. Zamówień takich udziela się na podstawie rozeznania rynkowego. Rozeznanie rynku może być przeprowadzone pisemnie, telefonicznie lub pocztą elektroniczną. W przypadku tegoż postępowania zapytanie ofertowe (zaproszenie do złożenia oferty) zostało przesłane 3 potencjalnym Wykonawcą w sposób mailowy. Od bieżącego roku Szpital udostępnia wszystkie ogłoszenia na stronie internetowej ŚCRiP w zakładce „zamówienia i konkursy”*”.

Ad. 3)

Dostosowanie obowiązującej w *Centrum* wewnętrznej procedury dotyczącej zamówień publicznych do wymogów określonych w punktach 3.5, 3.10, 3.11, 3.13 i 3.14 *Standardów*.

Kontrolą objęto regulacje zawarte w *Regulaminie zamówień*.

W wyniku kontroli stwierdzono uchybienia w zakresie niepełnego dostosowania *Regulaminu zamówień* do rekomendacji ujętych w punktach:

- 3.10 *Standardów* w zakresie zachowania pisemnej formy wniosku o wszczęcie procedury udzielenia zamówienia oraz
- 3.11 *Standardów* w zakresie dochowania wymogów informacyjnych związanych z publikacją ogłoszenia o zamówieniu.

W odpowiedzi na pisemne zapytanie Zespołu kontrolującego z dnia 14.12.2022 r. dotyczące przyczyn powyższego uchybienia Dyrektor Centrum w piśmie z dnia 30.12.2022 r. przekazał poniższe wyjaśnienia:

- w zakresie braku dostosowania *Regulaminu zamówień* do rekomendacji ujętej w pkt 3.10 *Standardów* o treści:

„Szpital jest w trakcie aktualizacji całej procedury zgodnie ze *Standardami*, w tym również aktualizacji zapisów niezbędnych w stosowanych w *ŚCRiP formularzach*”,

- w zakresie braku dostosowania *Regulaminu zamówień* do rekomendacji ujętej w pkt 3.11 *Standardów* o treści:

„Obecnie wszystkie zaproszenia do składania ofert dotyczące postępowań do 130.000,00 zł umieszczane są na stronie internetowej szpitala w zakładce „zamówienia i konkursy”.

Zespół kontrolujący nie wnosi uwag w zakresie wdrożenia pozostałych rekomendacji ujętych w punktach 3.5, 3.13 i 3.14 *Standardów*.

Ponadto kontrolujący stwierdzili brak dostosowania treści zapisów *Regulaminu zamówień* do zmian obowiązujących przepisów prawa w zakresie zamówień publicznych:

- w preambule „*Formularza zgłoszeniowego*” w sprawie udzielenia zamówienia na dostawy, usługi i roboty budowlane, tj. zaktualizowanego Zarządzeniem nr 1/2021 z dnia 04.01.2021 r. Załącznika Nr 5 do *Regulaminu zamówień* jako podstawę wyłączenia stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych wskazano art. 4 pkt 8 – tj. regulacji zawartej w przedmiotowej ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. – obowiązującej do dnia 31.12.2020 r.,
- w preambule „*Protokołu dla zamówień i konkursów, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 EURO*”, stanowiącego Załącznik Nr 6 do *Regulaminu zamówień*, nie został uwzględniony przepis art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych - obowiązującej od dnia 01.01.2021 r. - statuujący, że „(...) przepisy ustawy stosuje się do udzielania zamówień (...) których wartość jest równa lub przekracza kwotę 130 000 zł”.

W odpowiedzi na pisemne zapytanie Zespołu kontrolującego z dnia 14.12.2022 r. dotyczące przyczyn powyższego uchybienia Dyrektor Centrum w piśmie z dnia 30.12.2022 r. przekazał poniższe wyjaśnienia: „W związku z oczywistą omyłką pisarską w Zarządzeniu Dyrektora nr 1/2021 z 04.01.2021 nie został zaktualizowany załącznik nr 6 („*Protokół dla zamówień i konkursów...*”). Biorąc pod uwagę, że szpital jest w trakcie aktualizacji procedury, w związku z obowiązującymi *Standardami*, dokument zostanie dostosowany do obowiązujących wymogów”.

(dowód: akta kontroli nr 9)

B. Ustalone uchybienia (zakres, przyczyny, skutki):

Stwierdzono uchybienia dotyczące:

1. **Braku wprowadzenia w „*Regulaminie postępowań w sprawach zamówień publicznych w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji*”** (dalej: *Regulamin zamówień*, wprowadzony do stosowania na podstawie Zarządzenia Dyrektora Centrum nr 34/2016 z dnia 30.12.2016 r. z późn. zm. dokonany na podstawie Zarządzeń nr 33/2019 z dnia 23.12.2019 r. i nr 1/2021 z dnia 04.01.2021 r.) **wymogu upublicznienia ogłoszenia o zamówieniu poprzez zamieszczenie go na stronie internetowej jednostki.**

W obowiązującym w czasie realizacji czynności kontrolnych *Regulaminie zamówień* przyjęto wyłącznie

fakultatywny tryb udostępniania informacji o wszczęciu postępowania, co wynika z zapisów rozdziału VIII *Regulaminu zamówień* normującego „zasady postępowania w realizacji zamówień do 30 000 euro” (pkt 1 ppkt 3) lit. k) i l), tj.:

- „k) w przypadku dostaw, usług czy robót budowlanych rozpoczęcie analizy rynku - konkursu ofert może nastąpić poprzez wywieszenie ogłoszenia o zamiarze zlecenia dostaw, wykonania usług lub robót,
- l) ogłoszenie może zostać zamieszczone na stronie internetowej Szpitala”.

Przyczyna: niepełne dostosowanie regulacji wewnętrznych *Centrum* dot. udzielania zamówień do rekomendacji ujętej w pkt 3.11 *Standardów* w zakresie obowiązku publikowania informacji o wszczęciu postępowania o udzielenie zamówień publicznych o wartościach niższych niż 130 000 zł.

Skutek: brak dochowania wymogu informacyjnego związanego z upublicznieniem ogłoszenia o zamówieniu na stronie internetowej jednostki może prowadzić do zawężenia kręgu potencjalnych wykonawców zamówienia.

2. Braku wprowadzenia we wzorzec pisemnego wniosku wszczynającego postępowanie o udzielenie zamówienia (tj. „Formularzu zgłoszeniowym”, określonym w zał. nr 5 do *Regulaminu zamówień*), informacji dotyczącej uzasadnienia potrzeby wszczęcia postępowania po analizie rzeczywistych potrzeb i korzyści zamawiającego.

Przyczyna: niepełne dostosowanie regulacji wewnętrznej *Centrum* w zakresie udzielania zamówień do rekomendacji ujętych w pkt 3.10 *Standardów*.

Skutek: brak udokumentowania analizy rzeczywistych potrzeb i korzyści jako wymaganego zakresu informacji zamieszczanej w treści pisemnych wniosków wszczynających procedurę udzielenia zamówienia.

Imię i nazwisko, stanowisko osoby odpowiedzialnej za uchybienie:

Pan Czesław Kapała – Dyrektor *Centrum*, na podstawie 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.), zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych uchybień.

II.3. 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:

Weryfikację spełnienia wymogów *RODO* przeprowadzono w kontekście informacji wpisanych przez Dyrektora *Centrum* w *Kwestionariuszu oceny* wypełnianym w związku z przeprowadzonym przez ówczesny Departament Audytu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego 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. 7 ust. 1 - w zakresie warunków wyrażenia zgody na przetwarzanie danych,
- art. 24 ust.1 - dotyczącego wdrożenia przez jednostkę odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, aby przetwarzanie odbywało się zgodnie z *RODO*,

- art. 28 ust. 3 - określającego sposób i warunki przetwarzania danych przez podmiot przetwarzający,
- art. 29 - dotyczącego przetwarzania danych z upoważnienia administratora,
- 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 osobowych,
- art. 33 ust. 1 - dotyczącego zgłaszania naruszenia danych osobowych,
- art. 33 ust. 5 - dotyczącego dokumentowania wszelkich naruszeń ochrony danych osobowych,
- art. 37 - dotyczącego Inspektora Ochrony Danych (dalej: *IOD*), w szczególności w zakresie publikacji danych kontaktowych *IOD*,
- art. 38 ust. 3 - dotyczącego podległości służbowej *IOD*,
- art. 38 ust. 6 – dotyczącego wykonywania przez *IOD* innych zadań i obowiązków.

Zespół kontrolujący nie wniósł uwag w zakresie spełnienia przez *Centrum* wymogów wynikających z przepisów: art. 7 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28 ust. 3, art. 29, art. 30 ust. 1, art. 32 ust. 2, art. 33 ust. 1 i ust. 5, art. 37, art. 38 ust. 3 i ust. 6 *RODO*.

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych obejmujących weryfikację przeprowadzenia przez Administratora Danych Osobowych *Centrum* działań wymaganych na podstawie art. 37 ust. 7 *RODO*, polegających na publikacji danych kontaktowych *IOD* i zawiadomieniu o nich organu nadzorczego potwierdzono ich przeprowadzenie. Dokonując weryfikacji zgodności zakresu danych kontaktowych *IOD* publikowanych na stronie internetowej *Centrum* z wymaganiami określonymi w art. 11 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) doprecyzowującymi przepis art. 37 ust. 7 *RODO*, stwierdzono nieprawidłowość w zakresie ograniczenia zakresu publikowanych danych do adresu poczty elektronicznej *IOD* (iod@scr-ustron.com.pl).

W odpowiedzi na pisemne zapytanie Zespołu kontrolującego z dnia 14.12.2022 r. dotyczące przyczyn powyższej nieprawidłowości Dyrektor *Centrum* w piśmie z dnia 30.12.2022 r. przekazał wyjaśnienie o treści:

„Zgodnie z art. 11 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., podmiot wyznaczający IOD zobligowany jest do udostępnienia na swojej stronie internetowej lub gdy nie ma strony www w sposób ogólnie dostępny w miejscu prowadzenia działalności imienia i nazwiska inspektora oraz adres e-mail lub numeru telefonu do niego, czyli danych umożliwiających bezpośredni i optymalny z nim kontakt, ŚCRiP w trakcie kontroli uzupełniło na stronie internetowej brakujące dane IOD — imię i nazwisko”.

Zespół kontrolujący potwierdził wskazane w powyższych wyjaśnieniach Dyrektora uzupełnienie strony internetowej *Centrum* o imię i nazwisko *IOD*.

(dowód: akta kontroli nr 10)

B. Ustalona nieprawidłowość (przyczyny, zakres, skutki):

Brak udostępnienia na stronie internetowej *Centrum* imienia i nazwiska Inspektora Ochrony Danych (*IOD*) jednostki czym naruszono przepis art. 11 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

Przyczyna: brak dochowania staranności w zakresie kompletności publikowanych danych.

Skutek: prezentacja na stronie internetowej *Centrum* niepełnego zakresu danych *IOD*.

W trakcie czynności kontrolnych jednostka uzupełniła treść strony internetowej w zakresie brakującej informacji będącej przedmiotem nieprawidłowości.

Imię i nazwisko, stanowisko osoby odpowiedzialnej za nieprawidłowość:

Pan Czesław Kapała – Dyrektor *Centrum*, który 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 odpowiedzialny za przestrzeganie przepisów i musi być w stanie wykazać ich przestrzeganie.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

III. Uwagi.

W niniejszym dokumencie dokonano autokorekty treści Projektu wystąpienia pokontrolnego w części I. „Dane identyfikacyjne kontroli” dotyczącej wskazania osób pełniących funkcję kierownika jednostki, poprzez przedstawienie informacji:

- o rozwiązaniu stosunku pracy z Panem Czesławem Kapałą z dniem 24.02.2023 r. na mocy uchwały nr 71/392/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 18 stycznia 2023 r., oraz
- o wyznaczeniu Pani Magdaleny Kłoda-Suchoń do pełnienia obowiązków Dyrektora *Centrum* z dniem 25.02.2023 r. na mocy uchwały nr 321/402/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 22 lutego 2023 r., do czasu powołania Dyrektora *Centrum*, jednak na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania dotychczasowego Dyrektora *Centrum*.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne posiada 10 stron.

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

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

Mając na względzie powyższe ustalenia zalecam:

1. Przestrzegać przepisów art. 11 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) w zakresie właściwego sposobu udostępnienia danych inspektora ochrony danych.
2. Uwzględnić w regulacjach wewnętrznych dotyczących udzielania zamówień publicznych, do których nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t. jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.), rekomendacje określone w rozdziale 3 *Standardów zawierania umów cywilnoprawnych z podmiotami zewnętrznymi przez jednostki organizacyjne Województwa Śląskiego*, przyjętych uchwałą nr 923/120/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 22 kwietnia 2020 r. (dalej: *Standardy*), w zakresie:
 - a) dochowania obowiązku publikowania informacji o wszczęciu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości niższej niż 130 000 zł (pkt 3.11 *Standardów*),
 - b) uzasadniania potrzeby wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z uwzględnieniem wymagań dotyczących zasadności i racjonalności zlecenia usług na zewnątrz (pkt 3.10 w związku z pkt 3.3 *Standardów*).

**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.