



WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

im. M. Kopernika w Łodzi

Dział Zamówień Publicznych

Tel. (042) 689 59 10

Tel. (042) 689 59 12

Tel. / fax. (042) 689 54 09

EZ/263/66/565/2014

Łódź, dnia 06.06.2014 r.

Numer sprawy: 66/ZP/14

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości przekraczającej 207 000 EURO na świadczenie usług sterylizacji parowej i plazmowej dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi, Regionalnego Ośrodka Onkologicznego w Łodzi oraz Ośrodka Pediatrycznego im. J. Korczaka w Łodzi.

ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIA I MODYFIKACJA SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U z 2013 r. poz. 907) przekazujemy Państwu odpowiedzi na zapytania złożone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług sterylizacji dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi.

W toku postępowania zostały zadane następujące pytania i prośby o wyjaśnienia dotyczące treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

pytania dotyczące umowy

Wzór umowy na świadczenie usługi dezynfekcji, mycia, konserwacji i sterylizacji parowej narzędzi chirurgicznych, usługi sterylizacji bielizny operacyjnej

1. Zważywszy na treść § 1 ust. 4 wzoru umowy - jaką minimalną ilość usług (jaki procent ilości wskazanych w SIWZ) Zamawiający na pewno zamówi?

Odpowiedź na powyższe pytanie ma istotne znaczenie dla odpowiedniej kalkulacji oferowanej ceny. Zgodnie z poglądem Krajowej Izby Odwoławczej wyrażonym m.in. w wyroku z dnia 18 czerwca 2010 r. KIO 1087/10, z art. 29 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych wynika obowiązek dokładnego określenia przez zamawiającego ilości zamawianych produktów; zamawiający nie jest zwolniony z tego obowiązku nawet jeżeli nie jest w stanie przewidzieć dokładnych ilości zamawianych produktów. Powyższy pogląd Krajowej Izby Odwoławczej powinien mieć odpowiednie zastosowanie także w przypadku usług.

Odpowiedź:

Zamawiający wyjaśnia, iż będzie dążył do pełnej realizacji umowy, niemniej jednak z uwagi na specyfikę pracy Szpitala Zamawiający nie jest w stanie dokładnie wskazać jaką minimalną ilość usług na pewno zamówi. W związku z powyższym postanowienia umowy pozostają bez zmian.

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



2. Czy Zamawiający zgadza się aby w § 5 ust. 2 lit. a) wzoru umowy wykreślić słowa „w szczególności”? W razie odmownej odpowiedzi na powyższe pytanie – o jakie konkretnie przypadki niewykonania lub nienależytego wykonania umowy chodzi w § 5 ust. 2 lit. a) wzoru umowy (poza przypadkami wymienionymi w tym przepisie po słowach „w szczególności”)? Aktualna treść § 5 ust. 2 lit. a) wzoru umowy nie precyzuje wystarczająco przesłanek rozwiązania umowy i dlatego wymaga doprecyzowania. Zgodnie z poglądem Krajowej Izby Odwoławczej wyrażonym np. w wyroku z dnia 31 sierpnia 2011 r. KIO 1758/11 „...możliwość odstąpienia od umowy musi być bardzo precyzyjnie określona i nie można grozić zastosowaniem tej sankcji bez względu na okoliczność zawinienia czy przyczynienia się do powstania strat przez wykonawcę.”

Odpowiedź:

Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz. Zamawiający wyjaśnia, iż nie jest w stanie określić wszystkich przypadków niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, stąd też nie wyraża zgody na wykreślenie słów „w szczególności”. Wskazać należy, że § 5 ust. 2 lit. a nie mówi o odstąpieniu od umowy, ale jej rozwiązaniu z jednomiesięcznym wyprzedzeniem, w związku z tym nie jest to sankcja tak dalece idąca jak odstąpienie od umowy.

3. O jakim pogorszeniu sytuacji finansowej Szpitala jest mowa w § 5 ust. 2 lit. b) wzoru umowy? Aktualna treść § 5 ust. 2 lit. b) wzoru umowy jest niejasna i wymaga doprecyzowania.

Odpowiedź:

Zamawiający wyjaśnia, iż w § 5 ust. 2 lit. b) wzoru umowy chodzi o takie pogorszenie sytuacji finansowej szpitala, która uniemożliwi mu regulowanie bieżących zobowiązań bez szkody dla działalności szpitala.

4. O jakich zmianach metod leczenia i o jakich zamówieniach jednostkowych jest mowa w § 5 ust. 2 lit. c) wzoru umowy?

Aktualna treść § 5 ust. 2 lit. c) wzoru umowy jest niejasna i wymaga doprecyzowania.

Odpowiedź:

Zamawiający wyjaśnia, iż w § 5 ust. 2 lit. c) wzoru umowy chodzi o takie zmiany metod leczenia, które będą skutkować zmianą technik operacyjnych, o ile czynniki ekonomiczne, społeczne lub medyczne będą uzasadniać konieczność zmiany takich metod.

5. Czy Zamawiający zgadza się aby w § 5 ust. 2 wzoru umowy zostało dodane zdanie o następującej (lub podobnej) treści: „Przed rozwiązaniem umowy na podstawie ust. 2 lit. a) Zamawiający pisemnie wezwie Wykonawcę do należytego wykonywania umowy.”?

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957





WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

im. M. Kopernika w Łodzi

Dział Zamówień Publicznych

Tel. (042) 689 59 10

Tel. (042) 689 59 12

Tel. / fax. (042) 689 54 09

Zważywszy na doniosłe i nieodwracalne skutki prawne rozwiązania umowy, celowe jest aby przed rozwiązaniem umowy przez Zamawiającego wykonawca został wezwany do należytego wykonywania umowy. Takie wezwanie najprawdopodobniej wystarczająco zmobilizuje wykonawcę do należytego wykonywania umowy i pozwoli uniknąć rozwiązania umowy, a tym samym uniknąć skutków rozwiązania umowy, które są niekorzystne dla obu stron.

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody. Zamawiający wyjaśnia, iż możliwość rozwiązania umowy została uzależniona od powtarzających się przypadków niewykonania lub nienależytego wykonania umowy (więcej niż 3 razy). W związku z powyższym wyznaczenie Wykonawcy dodatkowego terminu na prawidłową realizację umowy nie znajduje uzasadnienia.

6. *Jaka jest treść Polityki Bezpieczeństwa Informacji, o której mowa w § 8 ust. 3 i 4 wzoru umowy?*

Jeżeli wykonawca ma się zobowiązać do przestrzegania Polityki Bezpieczeństwa Informacji, to musi znać jej treść.

Odpowiedź:

Wyciąg z Polityki Bezpieczeństwa stanowi załącznik do niniejszego pisma.

7. *Zważywszy, że § 9 ust. 1 wzoru umowy zawiera oświadczenie wykonawcy, iż jest mu znany stan majątkowy Zamawiającego, jaki jest aktualnie stan majątkowy Zamawiającego? Proszę o krótki opis.*

Odpowiedź:

Sytuacja majątkowa Zamawiającego wg stanu na dzień 28.02.2014 r:

Aktywa trwałe: 176 505 148,82 zł.

Aktywa obrotowe: 87 181 629,18 zł.

Suma pasywów: 263 686 778,00 zł.

Zobowiązania i rezerwy: 314 764 604,41 zł.

Zobowiązania krótkoterminowe: 119 048 440,98 zł w tym wymagalne: 32 793 506,87 zł.

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



8. Czy Zamawiający zgadza się aby w § 9 ust. 3 wzoru umowy w zdaniu drugim zostały dodane następujące słowa „, z tym że Wykonawca może wstrzymać świadczenie usług, jeżeli zwłoka w zapłacie należności za wykonane usługi przekracza 60 dni”?

§ 9 ust. 3 wzoru umowy prawdopodobnie ma na celu zmuszenie wykonawcy do świadczenia usług nawet pomimo braku zapłaty za wcześniejsze usługi. Wykonawca nie powinien być jednak zobowiązany do nieograniczonego w czasie kredytowania Zamawiającego. Mogłoby to bowiem zachwiać płynnością finansową wykonawcy, a w konsekwencji zagrozić zdolności wykonawcy do dalszego wykonywania zamówienia publicznego. Poza tym, skuteczność całkowitego wyłączenia stosowania art. 552 Kodeksu cywilnego może być kwestionowana, np. na podstawie art. 58 Kodeksu cywilnego.

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody. Zamawiający wyjaśnia, iż w sprawach nieuregulowanych do umów wzajemnych mają zastosowanie przepisy ogólne kodeksu cywilnego.

Wzór umowy na świadczenie usługi dezynfekcji, mycia, konserwacji i sterylizacji plazmowej niskotemperaturowej sprzętu termolabilnego

9. Zważywszy na treść § 1 ust. 4 wzoru umowy - jaką minimalną ilość usług (jaki procent ilości wskazanych w SIWZ) Zamawiający na pewno zamówi?

Odpowiedź na powyższe pytanie ma istotne znaczenie dla odpowiedniej kalkulacji oferowanej ceny. Zgodnie z poglądem Krajowej Izby Odwoławczej wyrażonym m.in. w wyroku z dnia 18 czerwca 2010 r. KIO 1087/10, z art. 29 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych wynika obowiązek dokładnego określenia przez zamawiającego ilości zamawianych produktów; zamawiający nie jest zwolniony z tego obowiązku nawet jeżeli nie jest w stanie przewidzieć dokładnych ilości zamawianych produktów. Powyższy pogląd Krajowej Izby Odwoławczej powinien mieć odpowiednie zastosowanie także w przypadku usług.

Odpowiedź:

Zamawiający wyjaśnia, iż będzie dążył do pełnej realizacji umowy, niemniej jednak z uwagi na specyfikę pracy Szpitala Zamawiający nie jest w stanie dokładnie wskazać jaką minimalną ilość usług na pewno zamówi. W związku z powyższym postanowienia umowy pozostają bez zmian.

10. Czy Zamawiający zgadza się aby w § 6 ust. 2 lit. a) wzoru umowy wykreślić słowa „w szczególności”? W razie odmownej odpowiedzi na powyższe pytanie – o jakie konkretne przypadki niewykonania lub nienależytego wykonania umowy chodzi w § 6 ust. 2 lit. a) wzoru umowy (poza przypadkami wymienionymi w tym przepisie po słowach „w szczególności”)?

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



Aktualna treść § 6 ust. 2 lit. a) wzoru umowy nie precyzuje wystarczająco przesłanek rozwiązania umowy i dlatego wymaga doprecyzowania. Zgodnie z poglądem Krajowej Izby Odwoławczej wyrażonym np. w wyroku z dnia 31 sierpnia 2011 r. KIO 1758/11 „...możliwość odstąpienia od umowy musi być bardzo precyzyjnie określona i nie można grozić zastosowaniem tej sankcji bez względu na okoliczność zawinienia czy przyczynienia się do powstania strat przez wykonawcę.”

Odpowiedź:

Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz. Zamawiający wyjaśnia, iż nie jest w stanie określić wszystkich przypadków niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, stąd też nie wyraża zgody na wykreślenie słów „w szczególności”. Wskazać należy, że § 5 ust. 2 lit. a nie mówi o odstąpieniu od umowy, ale jej rozwiązaniu z jednomiesięcznym wyprzedzeniem, w związku z tym nie jest to sankcja tak dalece idąca jak odstąpienie od umowy.

11. *O jakim pogorszeniu sytuacji finansowej Szpitala jest mowa w § 6 ust. 2 lit. b) wzoru umowy?*

Aktualna treść § 6 ust. 2 lit. b) wzoru umowy jest niejasna i wymaga doprecyzowania.

Odpowiedź:

Zamawiający wyjaśnia, iż § 6 ust. 2 lit. b) wzoru umowy chodzi o takie pogorszenie sytuacji finansowej szpitala, która uniemożliwi mu regulowanie bieżących zobowiązań bez szkody dla działalności szpitala.

12. *O jakich zmianach metod leczenia i o jakich zamówieniach jednostkowych jest mowa w § 6 ust. 2 lit. c) wzoru umowy?*

Aktualna treść § 6 ust. 2 lit. c) wzoru umowy jest niejasna i wymaga doprecyzowania.

Odpowiedź:

Zamawiający wyjaśnia, iż w § 6 ust. 2 lit. c) wzoru umowy chodzi o takie zmiany metod leczenia, które będą skutkować zmianą technik operacyjnych, o ile czynniki ekonomiczne, społeczne lub medyczne będą uzasadniać konieczność zmiany takich metod.

13. *Czy Zamawiający zgadza się aby w § 6 ust. 2 wzoru umowy zostało dodane zdanie o następującej (lub podobnej) treści: „Przed rozwiązaniem umowy na podstawie ust. 2 lit. a) Zamawiający pisemnie wezwie Wykonawcę do należytego wykonywania umowy.”?*

Zważywszy na doniosłe i nieodwracalne skutki prawne rozwiązania umowy, celowe jest aby przed rozwiązaniem umowy przez Zamawiającego wykonawca został wezwany do należytego

wykonywania umowy. Takie wezwanie najprawdopodobniej wystarczająco zmobilizuje wykonawcę do należytego wykonywania umowy i pozwoli uniknąć rozwiązania umowy, a tym samym uniknąć skutków rozwiązania umowy, które są niekorzystne dla obu stron.

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody. Zamawiający wyjaśnia, iż możliwość rozwiązania umowy została uzależniona od powtarzających się przypadków niewykonania lub nienależytego wykonania umowy (więcej niż 3 razy). W związku z powyższym wyznaczenie Wykonawcy dodatkowego terminu na prawidłową realizację umowy nie znajduje uzasadnienia.

14. Jaka jest treść Polityki Bezpieczeństwa Informacji, o której mowa w § 9 ust. 3 i 4 wzoru umowy?

Jeżeli wykonawca ma się zobowiązać do przestrzegania Polityki Bezpieczeństwa Informacji, to musi znać jej treść.

Odpowiedź:

Wyciąg z Polityki Bezpieczeństwa stanowi załącznik do niniejszego pisma.

15. Zważywszy, że § 10 ust. 1 wzoru umowy zawiera oświadczenie wykonawcy, iż jest mu znany stan majątkowy Zamawiającego, jaki jest aktualnie stan majątkowy Zamawiającego? Proszę o krótki opis.

Odpowiedź:

Sytuacja majątkowa Zamawiającego wg stanu na dzień 28.02.2014 r:

Aktywa trwałe: 176 505 148,82 zł.

Aktywa obrotowe: 87 181 629,18 zł.

Suma pasywów: 263 686 77800 zł.

Zobowiązania i rezerwy: 314 764 604,41 zł.

Zobowiązania krótkoterminowe: 119 048 440,98 zł w tym wymagalne: 32 793 506,87 zł.

16. Czy Zamawiający zgadza się aby w § 10 ust. 3 wzoru umowy w zdaniu drugim zostały dodane następujące słowa „, z tym że Wykonawca może wstrzymać świadczenie usług, jeżeli zwłoka w zapłacie należności za wykonane usługi przekracza 60 dni”?

§ 10 ust. 3 wzoru umowy prawdopodobnie ma na celu zmuszenie wykonawcy do świadczenia usług nawet pomimo braku zapłaty za wcześniejsze usługi. Wykonawca nie powinien być jednak zobowiązany do nieograniczonego w czasie kredytowania Zamawiającego. Mogłoby to bowiem zachwiać płynnością finansową wykonawcy, a w konsekwencji zagrozić zdolności wykonawcy do dalszego wykonywania zamówienia publicznego. Poza tym, skuteczność całkowitego wyłączenia

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957





WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

im. M. Kopernika w Łodzi

Dział Zamówień Publicznych

Tel. (042) 689 59 10

Tel. (042) 689 59 12

Tel. / fax. (042) 689 54 09

stosowania art. 552 Kodeksu cywilnego może być kwestionowana, np. na podstawie art. 58 Kodeksu cywilnego.

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody. Zamawiający wyjaśnia, iż w sprawach nieuregulowanych do umów wzajemnych mają zastosowanie przepisy ogólne kodeksu cywilnego.

Pozostałe postanowienia Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nie ulegają zmianie.

Z poważaniem

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Zamówień

dr n. med. Przemysław Biliński

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957

Sporządziła

DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH
SPECJALISTA

mgr Agnieszka Ornoch



1. Wstęp

Niniejszy dokument ma na celu sprecyzowanie wytycznych i zasad bezpieczeństwa, niezbędnych do poprawnego ustanowienia i funkcjonowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji zgodnie z wymaganiami normy PN-ISO/IEC 27001:2007. Zapewnienie skutecznego i efektywnego systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji ma na celu ochronę informacji adekwatnie do poziomu ryzyka, z wykorzystaniem najlepszych praktyk oraz przy pełnym uwzględnieniu uwarunkowań prawnych, organizacyjnych i technicznych.

Polityka Bezpieczeństwa Informacji jest dokumentem, który określa podstawowe cele Szpitala w obszarze bezpieczeństwa informacji (w tym danych osobowych) i przedstawia przyjęte podstawowe zasady postępowania i obowiązki pracowników Szpitala w zakresie bezpieczeństwa informacji i posiadanych aktywów.

Niniejszy dokument dotyczy:

- 1) ochrony istotnych informacji i zasobów posiadanych przez Szpital lub jego pracowników w wyniku wykonywanych czynności służbowych z wyłączeniem informacji niejawnych, których zakres, ochronę i przetwarzanie regulują odrębne przepisy prawa,
- 2) wytycznych do zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego, teleinformatycznego i osobowego. Cele i zasady w zakresie bezpieczeństwa informacji są definiowane i uszczegóławiane w funkcjonujących dokumentach (regulaminy, procedury, instrukcje i plany).

Polityka Bezpieczeństwa Informacji oraz inne związane z nią dokumenty (w tym zapisy, będące dowodem wykonania określonych działań) z zakresu bezpieczeństwa informacji nazywane są łącznie dokumentacją bezpieczeństwa informacji.

Struktura dokumentacji bezpieczeństwa informacji przedstawiona jest w dalszej części niniejszego dokumentu.

Użyte w niniejszej polityce sformułowania takie jak: „**obowiązkowe jest**”, „**wymagane jest**”, „**należy**”, „**musi**”, „**powinno być**” oznaczają wymóg stosowania.

Sformułowania takie jak: „**zakazane jest**”, „**nie może**” oznaczają zakaz stosowania, opisanego w dalszej części.

Użyte w niniejszej Polityce sformułowania takie jak „**zalecane jest**” oznaczają, że odstępianie przez pracownika od opisanego w dalszej części trybu postępowania jest dozwolone, jeżeli uzasadniają to okoliczności. Przy braku okoliczności uzasadniających odstępianie, należy stosować postępowanie takie, jak opisano w tym sformułowaniu.

Sformułowania takie jak „**dopuszczalne jest**”, „**dopuszcza się**”, „**może**” oznaczają, że odstępianie od opisanego

w dalszej części trybu postępowania leży w gestii pracownika i nie wymaga uzasadnienia.

Sformułowanie „**niezwłocznie**” oznacza konieczność realizacji zadania tak szybko jak jest to możliwe.

1.1 Zakres obowiązywania dokumentu

Zakres obowiązywania niniejszej Polityki dotyczy:

- ✓ określenia własności aktywów i zasad postępowania z nimi, w szczególności wyposażenia, systemów, urządzeń przetwarzających informacje w dowolnej formie: elektronicznej, papierowej, utrwalonej na slajdach, kliszach itp.,
- ✓ zasad udostępniania dokumentacji bezpieczeństwa informacji, o których decyduje Pełnomocnik ds. Bezpieczeństwa lub Kierownik Pionu organizacji i systemów Zarządzania. O zakresie udostępnienia tej dokumentacji konkretnemu pracownikowi decyduje, z zachowaniem wyżej wymienionych zasad oraz zasady wiedzy niezbędnej, bezpośredni przełożony pracownika,
- ✓ określenia stref bezpieczeństwa fizycznego oraz zasad w nich panujących,
- ✓ zapewnienia ciągłości działania Szpitala.

Nieprzestrzeganie postanowień zawartych w dokumentacji bezpieczeństwa informacji może skutkować sankcjami w pełnym zakresie dopuszczonymi przez stosunek pracy (zawartą umowę) pomiędzy Szpitalem a pracownikiem (lub podmiotem) oraz obowiązujące przepisy prawa. W przypadku informacji i systemów teleinformatycznych zawierających dane osobowe, pierwszeństwo mają przepisy z zakresu ochrony danych osobowych.

1.2 Adresaci dokumentu

Niniejsza Polityka obowiązuje wszystkich pracowników Szpitala oraz podmioty współpracujące ze Szpitalem rozumianych jako Adresaci dokumentu. Każdy z pracowników Szpitala oraz podmiot świadczący usługi dla Szpitala związane z przetwarzaniem danych osobowych, ma obowiązek zapoznać się z tą dokumentacją we właściwym dla niego zakresie i przestrzegać zawartych w niej postanowień (Polityka Bezpieczeństwa Informacji, Regulamin użytkownika systemu informatycznego oraz procedur postępowania w przypadkach naruszenia bezpieczeństwa i pozostałe procedury systemowe).

1.3 Dokumenty powołane

Zidentyfikowano wymagania dotyczące bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w Szpitalu oraz przyporządkowano te wymagania do odpowiednich punktów załącznika A normy PN-ISO/IEC 27001:2007 dotyczącej tworzenia systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Przy opracowaniu niniejszej Polityki uwzględnione zostały przepisy właściwych aktów prawnych. Ich wykaz dostępny jest na stronie wewnętrznej Szpitala.

1.4 Analiza uwarunkowań i ograniczeń

Tam, gdzie ustawodawca przewidział szczególne sankcje za naruszenie wymagań normy prawnej, zostały one wskazane przy opisie konkretnego wymagania. W przeciwnym przypadku należy uznać, iż ewentualna odpowiedzialność za naruszenie przepisu oparta jest o ogólne zasady odpowiedzialności w konkretnym obszarze działalności.

1.5 Słownik pojęć

Dla potrzeb niniejszej Polityki definiuje się następujące pojęcia:

Szpital	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi
Administrator Danych Osobowych (ADO)	Dyrektor Szpitala
użytkownik/pracownik	- osoba zatrudniona w Szpitalu, która podczas wykonywanych obowiązków może przetwarzać dane, posiadająca stosowne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych , - osoba przetwarzająca dane w toku wykonywania umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenia, o dzieło, kontrakt itp.), - pracownik innego podmiotu zewnętrznego, który świadczy usługi na rzecz Szpitala, na podstawie odrębnej umowy z tym podmiotem (np. serwis, zlecenie, przetwarzanie danych, usługa, dostawa itp.)
aktywa	wszystko, co stanowi wartość dla Szpitala (np. zasoby ludzkie, wartość materialna: komputery, bazy danych itp.; wartość niematerialna: dobre imię, itp.); na potrzeby niniejszej Polityki aktywa dzielone są na informacje (np. dokumenty) oraz zasoby (np. pracownicy, wyposażenie)
właściciel aktywa - gestor	kierownik komórki organizacyjnej Szpitala odpowiedzialny za aktywa oraz za określenie zasad dostępu i jego użycia
zasoby	dowolny element systemu przetwarzania danych potrzebny do operacji (np. urządzenia pamięciowe, jednostki centralne, dane, pliki, programy, itp.)
nośniki danych	przedmiot fizyczny, na którym możliwe jest zapisanie informacji, i z którego możliwe jest jej późniejsze odczytanie (np. papier, taśma, klisza, dyskietka, dysk HDD, płyta CD DVD, karta pamięci, pamięć USB, karcidż, kasetta video, itp.)
hasło	ciąg znaków literowych, cyfrowych, lub innych znany jedynie osobie uprawnionej, umożliwiający korzystanie z systemu
identyfikator użytkownika	ciąg znaków literowych, cyfrowych lub innych, jednoznacznie identyfikujący osobę upoważnioną
dane osobowe	wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej, przetwarzane zarówno w systemach informatycznych jak i tradycyjnie (wersja papierowa). osobą możliwą do zidentyfikowania jest osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności przez powołanie się na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne. Informacji nie uważa się za umożliwiające określenie tożsamości osoby tylko wówczas, gdy wymagałoby to nadmiernych kosztów, czasu lub działań
dane osobowe wrażliwe	szczególne dane osobowe np. dane o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, przekonaniach filozoficznych czy religijnych
przetwarzanie danych osobowych	jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie danych osobowych, w szczególności w systemach informatycznych
obszar przetwarzania danych	Infrastruktura, obiekt, pomieszczenie Szpitala, w którym odbywa się przetwarzanie danych

obszar bezpieczny	wydzielona i zabezpieczona powierzchnia, gdzie jest zapewniona ochrona fizyczna przetwarzanych informacji. Obszarem bezpiecznym może być np. serwerownia
dostępność	właściwość bycia dostępnym i użytecznym na żądanie upoważnionego podmiotu
integralność	właściwość polegająca na zapewnieniu dokładności i kompletności aktywów
poufność	właściwość polegająca na tym, że informacja nie jest udostępniana lub wyjawiana nieupoważnionym osobom, podmiotom lub procesom
autentyczność	właściwość zapewniająca, że tożsamość podmiotu lub procesu jest taka, jak deklarowana
rozliczalność	właściwość zapewniająca możliwość przypisania określonego działania w systemie teleinformatycznym konkretnemu użytkownikowi
uwierzytelnienie	uwiarygodnienie swojej tożsamości względem systemu teleinformatycznego
analiza ryzyka	systematyczne wykorzystanie informacji do zidentyfikowania źródeł i oszacowania ryzyka
szacowanie ryzyka	całościowy proces analizy i oceny ryzyka
ocena ryzyka	proces porównania ryzyka z określonymi kryteriami w celu określenia znaczenia ryzyka
audyt	działania mające na celu ocenę danej osoby, Szpitala, systemu, procesu, zabezpieczenia mające na celu potwierdzenie spełnienia konkretnych wymagań
niezgodność	stan systemu lub zabezpieczenia inny niż zdefiniowany w wymaganiach i standardach wewnętrznych i zewnętrznych
działania korygujące	działania podejmowane w celu eliminacji przyczyny niezgodności w celu zapobiegania ich powtórnemu wystąpieniu
działania zapobiegawcze	działania podejmowane w celu eliminacji przyczyny potencjalnych niezgodności w celu zapobiegania ich wystąpienia
zdarzenie	określony stan systemu, usługi lub sieci, który wskazuje na możliwe naruszenie polityki bezpieczeństwa informacji, błąd zabezpieczenia lub nieznaną dotychczas sytuację, która może być związana z bezpieczeństwem informacji
incydent bezpieczeństwa informacji	pojedyncze zdarzenie lub seria niepożądanych lub niespodziewanych zdarzeń związanych z bezpieczeństwem informacji, które stwarzają znaczne prawdopodobieństwo zakłócenia działań biznesowych i zagrażają bezpieczeństwu informacji
zabezpieczenie	środki służące zarządzaniu ryzykiem, łącznie z politykami, procedurami, zaleceniami, praktyką lub strukturami organizacyjnymi, które mogą mieć naturę administracyjną, techniczną, zarządczą lub prawną
zagrożenie	potencjalna przyczyna niepożądanego incydentu, który może wywołać szkodę w Szpitalu
deklaracja stosowania	dokument, w którym opisano cele stosowania zabezpieczeń, które odnoszą się i mają zastosowanie w SZBI
bezpieczeństwo informacji	zachowanie poufności, integralności i dostępności informacji; dodatkowo, mogą być brane pod uwagę inne własności, takie jak autentyczność, rozliczalność, niezaprzeczalność i niezawodność
bezpieczeństwo fizyczne	zespół rozwiązań organizacyjnych i materialnych przeciwdziałających zagrożeniom związanym z nieuprawnionym dostępem do zasobów fizycznych, szkodliwymi czynnikami środowiskowymi oraz zakłóceniami zasilania, które mogą negatywnie wpływać na działanie Szpitala
System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI)	część całościowego systemu zarządzania, oparta na podejściu wynikającym z ryzyka biznesowego, odnosząca się do ustanawiania, wdrażania, eksploatacji, monitorowania, utrzymywania i doskonalenia bezpieczeństwa informacji
Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (ZSZJiZBI)	system zarządzania spełniający wymagania podstawowych elementów systemów oraz możliwości takiego ich kształtowania, aby spełniały jednocześnie kryteria funkcjonowania Szpitala oraz wymagania zawarte w normach ISO serii 9000, ISO serii 27000

Administrator Bezpieczeństwa Teleinformatycznego (ABT)	osoba odpowiedzialna za zarządzanie obszarem bezpieczeństwa teleinformatycznego w Szpitalu
Administrator Bezpieczeństwa Fizycznego i Osobowego (ABFIO)	osoba odpowiedzialna za zarządzanie obszarem bezpieczeństwa fizycznego i osobowego w Szpitalu. Pełni obowiązki Administratora Bezpieczeństwa Informacji
Administrator Systemu (AS)	osoba zarządzająca bieżącą pracą systemu informatycznego i zbiorami danych w Szpitalu
Administrator urządzenia	osoba odpowiedzialna za zarządzanie, konfigurację i konserwację urządzenia
Pełnomocnik ds. Bezpieczeństwa (PB)	osoba odpowiedzialna za funkcjonowanie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji w Szpitalu

1.6 Nienaruszalne zasady bezpieczeństwa

System zarządzania bezpieczeństwem informacji zgodny z wymaganiami niniejszej Polityki opiera się na następujących niezaprzeczalnych zasadach ochrony informacji:

- ✓ **Zasada znajomości wymagań polityki bezpieczeństwa informacji.** Każdy pracownik musi zostać zapoznany z regułami oraz z kompletnymi i aktualnymi procedurami ochrony informacji obowiązujących w jego komórce organizacyjnej i podpisać stosowne oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami obowiązującej Polityki;
- ✓ **Zasada uprawnionego dostępu.** Każdy pracownik stosuje się do obowiązujących zasad ochrony informacji i spełnia kryteria dopuszczenia do informacji;
- ✓ **Zasada przywilejów koniecznych.** Każdy pracownik posiada prawa dostępu do informacji, ograniczone wyłącznie do tych, które są konieczne do wykonywania powierzonych mu zadań;
- ✓ **Zasada wiedzy koniecznej.** Każdy pracownik posiada wiedzę o systemie do którego ma dostęp, ograniczoną wyłącznie do zagadnień, które są konieczne do realizacji powierzonych mu zadań;
- ✓ **Zasada usług koniecznych.** Systemy informacyjne świadczą tylko takie usługi, które są konieczne do realizacji zadań biznesowych i operacyjnych;
- ✓ **Zasada asekuracji.** Każdy mechanizm zabezpieczający musi być ubezpieczony drugim (podobnym). W przypadkach szczególnych może być stosowane dodatkowe (trzecie) niezależne zabezpieczenie. Jako mechanizmy zabezpieczeń dopuszczalne jest stosowanie zabezpieczeń technicznych jak i organizacyjnych;
- ✓ **Zasada wyłączności.** Za konfigurowanie systemów bezpieczeństwa informacji nie może być odpowiedzialna osoba, która jednocześnie odpowiedzialna jest za kontrolę ich funkcjonowania;
- ✓ **Zasada świadomości zbiorowej.** Wszyscy pracownicy są świadomi konieczności ochrony zasobów informacyjnych i aktywnie uczestniczą w tym procesie;
- ✓ **Zasada indywidualnej odpowiedzialności.** Za bezpieczeństwo poszczególnych elementów odpowiadają poszczególne osoby;
- ✓ **Zasada obecności koniecznej.** Prawo przebywania w określonych miejscach mają tylko osoby do tego upoważnione;
- ✓ **Zasada stałej gotowości.** System jest zabezpieczony na wypadek wystąpienia zagrożeń. Niedopuszczalne jest tymczasowe wyłączenie mechanizmów zabezpieczających;
- ✓ **Zasada najsłabszego ogniwa.** Poziom bezpieczeństwa wyznacza najsłabszy (najmniej zabezpieczony) element. Elementy takie są wyznaczone w oparciu o wyniki analizy ryzyka;
- ✓ **Zasada kompletności.** Skuteczne zabezpieczenie jest tylko wtedy, gdy stosuje się podejście kompleksowe, uwzględniające wszystkie stopnie i ogniwa ogólnie pojętego procesu przetwarzania informacji;
- ✓ **Zasada ewolucji.** Każdy system musi ciągle dostosowywać mechanizmy wewnętrzne do zmieniających się warunków zewnętrznych;
- ✓ **Zasada odpowiedniości.** Używane mechanizmy muszą być adekwatne do sytuacji;
- ✓ **Zasada akceptowanej równowagi.** Podejmowane środki zaradcze nie mogą przekraczać poziomu akceptacji;
- ✓ **Zasada świadomej konwersacji.** Nie zawsze i wszędzie trzeba mówić, co się wie, ale zawsze i wszędzie trzeba wiedzieć co, gdzie i do kogo się mówi.

1.7 Dokumentacja bezpieczeństwa informacji

Dokumentacja systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji w Szpitalu obejmuje w szczególności:

- ✓ Księgę Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- ✓ Politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,
- ✓ Ogólną i Szczegółową Politykę Bezpieczeństwa Informacji
- ✓ Deklarację stosowania,
- ✓ Instrukcję zarządzania systemem informatycznym przetwarzającym dane osobowe,
- ✓ Regulamin użytkownika systemów informatycznych,
- ✓ szczegółowe procedury i instrukcje systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, ich wykaz zamieszczono w Załączniku nr 2 do niniejszego dokumentu,

- ✓ cele i zadania w systemie zarządzania bezpieczeństwem informacji,
- ✓ wewnętrzne akty normatywne niezbędne do zapewnienia planowania, realizacji i nadzorowania działalności w obszarze bezpieczeństwa informacji np. zarządzenia, regulaminy, itp.,
- ✓ zapisy w systemie zarządzania bezpieczeństwem informacji.

1.8 Podstawa prawna dokumentu

Niniejsza Polityka Bezpieczeństwa Informacji została zatwierdzona do stosowania w Szpitalu przez Dyrektora stosownym zarządzeniem.