

**Zarządzenie nr 41/2021 r.**

**Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła w Bartoszycach**

**z dnia 15.12.2021r.**

w sprawie: *regulaminu zgłaszania przypadków naruszeń prawa i podejmowanych działań następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach*

Na podstawie Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii (Dz. Urz. UE L.305/17) oraz art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.) zarządzam, co następuje:

§1

Wprowadzam Regulamin zgłaszania przypadków naruszeń prawa i podejmowanych działań następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach, który otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Wykonanie Zarządzenia powierza się Pełnomocnikowi ds. koordynacji procesu akredytacji..

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 4

Zarządzenie podlega ogłoszeniu poprzez doręczenie wg rozdzielnika.

DYREKTOR  
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II  
w Bartoszycach

*Sławomir Wójcik*  
Lecznik

**Regulamin zgłaszania przypadków naruszeń prawa i podejmowanych  
działań następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń  
w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach**

**Rozdział 1**

**Postanowienia ogólne**

§ 1. 1. Regulamin zgłaszania przypadków nieprawidłowości i podejmowanych działań następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń w Szpitalu, zwany dalej „Regulaminem zgłaszania naruszeń prawa”, określa wewnętrzne zasady zgłoszeń naruszeń prawa w Szpitalu, zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii (Dz. Urz. UE L.305/17).

2. W Regulaminie zgłaszania nieprawidłowości uregulowano następujące zagadnienia:

- 1) uprawnionych do zgłaszania nieprawidłowości oraz warunki objęcia ich ochroną,
- 2) zasady i sposoby przyjmowania zgłoszeń oraz potwierdzania ich przyjęcia;
- 3) zasady przeprowadzania działań następczych oraz przekazywania informacji zwrotnej zgłaszającemu;
- 4) zasady dokumentowania procesów zgłaszania nieprawidłowości oraz prowadzenia rejestrów zgłoszeń wewnętrznych,
- 5) zasady publikacji na stronie internetowej Regionalnej Dyrekcji informacji wymaganych w Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii,
- 6) zasady przetwarzania danych osobowych osób biorących udział w procesie zgłaszania naruszenia prawa,
- 7) środki służące ochronie przed działaniami odwetowymi,
- 8) zasady dokonywania okresowego przeglądu procesu zgłaszania naruszenia prawa w celu jego poprawnego i efektywnego funkcjonowania,
- 9) zgłoszenia zewnętrzne do organów publicznych oraz, w stosownych przypadkach, do instytucji, organów lub jednostek organizacyjnych Unii Europejskiej.

**Rozdział 2**

**Słownik pojęć**

§ 2. Występujące w Regulaminie naruszeń prawa pojęcia i skróty oznaczają:

- 1) **działania następcze** – rozumie się przez to działanie podjęte przez odbiorcę zgłoszenia lub organ publiczny w celu oceny prawdziwości zarzutów zawartych w zgłoszeniu oraz, w stosownych przypadkach, w celu przeciwdziałaniu naruszeniu prawa będącemu przedmiotem

zgłoszenia, w tym poprzez dochodzenie wewnętrzne, postępowanie wyjaśniające, wniesienie oskarżenia, działania podjęte w celu odzyskania środków finansowych lub zamknięcie procedury przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń;

- 2) **działania odwetowe** – rozumie się przez to bezpośrednie lub pośrednie działanie lub zaniechanie, które jest spowodowane zgłoszeniem lub ujawnieniem publicznym i które narusza lub może naruszyć prawa zgłaszającego lub wyrządza lub może wyrządzić szkodę zgłaszającemu;
- 3) **dane osobowe** - rozumie się przez to informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej („osobie, której dane dotyczą”); możliwa do zidentyfikowania osoba fizyczna to osoba, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora, takiego jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej;
- 4) **EZD** – rozumienie się przez to elektroniczne zarządzanie dokumentacją, czyli system wykonywania czynności kancelaryjnych, dokumentowania przebiegu załatwiania spraw, gromadzenia i tworzenia dokumentacji w postaci elektronicznej, realizowany w ramach systemu teleinformatycznego;
- 5) **informacje o naruszeniu prawa** – rozumie się przez to informację, w tym uzasadnione podejrzenie, dotyczące zaistniałego lub potencjalnego naruszenia prawa, lub dotyczące próby ukrycia takiego naruszenia prawa;
- 6) **informacje zwrotne** – rozumie się przez to przekazanie zgłaszającemu informacji na temat planowanych lub podjętych działań następczych i powodów takich działań;
- 7) **kontekst związany z pracą** – rozumie się przez to całokształt okoliczności związanych ze stosunkiem pracy lub innym stosunkiem prawnym stanowiącym podstawę świadczenia pracy, w ramach których uzyskano informację o naruszeniu prawa;
- 8) **naruszenie prawa** – rozumie się przez to działania lub zaniechania, które są niezgodne z prawem lub mające na celu obejście prawa;
- 9) **organ centralny** – rozumie się przez to organ administracji publicznej właściwy w sprawach udzielania informacji i wsparcia w sprawach zgłaszania i publicznego ujawniania naruszeń prawa oraz przyjmowania zgłoszeń zewnętrznych o naruszeniach prawa w dziedzinach objętych ustawą o ochronie osób zgłaszających naruszenia prawa, ich wstępnej weryfikacji i przekazania organom właściwym celem podjęcia działań następczych;
- 10) **osoba, której dotyczy zgłoszenie** – rozumie się przez to osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, wskazaną w zgłoszeniu lub ujawnieniu publicznym jako osoba, która dopuściła się naruszenia prawa lub z którą ta osoba jest powiązana;
- 11) **osoba pomagająca w dokonaniu zgłoszenia** – rozumie się przez to osobę fizyczną, która pomaga zgłaszającemu w zgłoszeniu lub ujawnieniu publicznym w kontekście związanym z pracą;
- 12) **pracownik** – rozumie się przez to wszystkich pracowników Szpitala, bez względu na podstawę zatrudnienia;

- 13) **przetwarzanie danych osobowych** – rozumie się przez to operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowany, takich jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie;
- 14) **Pełnomocnik** (skrótowa nazwa funkcji)- rozumie się przez to Pełnomocnika ds. koordynacji procesu akredytacji;
- 15) **Pracodawca** – dyrektor Szpitala Powiatowego w Bartoszycach
- 16) **Szpital** (skrótowa nazwa jednostki) – rozumie się przez to Szpital Powiatowy im Jana Pawła II w Bartoszycach;
- 17) **system informatyczny** – rozumie się przez to zespół współpracujących ze sobą urządzeń, programów, procedur przetwarzania informacji i narzędzi programowych zastosowanych w celu przetwarzania danych;
- 18) **środki techniczne i organizacyjne** – należy przez to rozumieć środki techniczne i organizacyjne niezbędne dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych osobowych;
- 19) **ujawnienie publiczne** – rozumie się przez to podanie informacji o naruszeniu prawa do wiadomości publicznej;
- 20) **usuwanie danych** – rozumie się przez to zniszczenie danych osobowych lub taką ich modyfikację, która nie pozwoli na ustalenie tożsamości osoby, której dane dotyczą;
- 21) **zabezpieczenie danych w systemie informatycznym** – rozumie się przez to wdrożenie, eksploatację stosownych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych przed ich nieuprawnionym przetwarzaniem;
- 22) **zgłaszający** - rozumie się przez to osobę fizyczną, która zgłasza lub ujawnia publicznie informację o naruszeniu prawa uzyskaną w kontekście związanym z pracą;
- 23) **zgłoszenie** – rozumie się przez to zgłoszenie wewnętrzne lub zgłoszenie zewnętrzne;
- 24) **zgłoszenie wewnętrzne** – rozumie się przez to przekazanie informacji o naruszeniu prawa pracodawcy;
- 25) **zgłoszenie zewnętrzne** – rozumie się przez to przekazanie informacji o naruszeniu prawa organowi publicznemu lub organowi centralnemu;
- 26) **zgoda osoby, której dane dotyczą** – oznacza to dobrowolne, konkretne, świadome i jednoznaczne okazanie woli, którym osoba której dane dotyczą, w formie oświadczenia lub wyraźnego działania potwierdzającego, przyzwala na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych.

### Rozdział 3

#### Katalog naruszeń prawa

§ 3. Przedmiotem zgłoszenia w Szpitalu mogą być naruszenia dotyczące:

- 1) zamówień publicznych;
- 2) bezpieczeństwa produktów leczniczych i ich zgodności z wymogami;
- 3) praw pacjenta;
- 4) prywatności i danych osobowych;
- 5) nadużyć finansowych;
- 6) generowania niezgodności w dokumentacji;
- 7) niestosowania się do obowiązków pracowniczych, wynikających z regulacji wewnętrznych oraz przepisów prawa;
- 8) działań o charakterze korupcyjnym, w tym łapownictwo czynne lub bierne, oszustwo, fałszerstwo, wyłudzenie lub użycie poświadczenia nieprawdy, itd.;
- 9) podejmowania działań prowadzących lub mogących prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia pracowników, pacjentów, łamiące obowiązujące zasady bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska;
- 10) nieetycznych zachowań i działań noszących znamiona mobbingu, dyskryminacji, łamania praw człowieka;
- 11) obowiązków publicznoprawnych, w tym podatkowych;
- 12) nierzetelnego przetwarzania danych osobowych lub ich bezprawnego ujawniania.

#### **Rozdział 4**

##### **Uprawnieni do zgłoszeń naruszeń prawa oraz warunki objęcia ochroną**

§ 4. Zgłaszający powinien dokonać zgłoszenia, niezwłocznie po powzięciu informacji o naruszeniu prawa lub potencjalnej możliwości naruszenia prawa.

§ 5. Osobami uprawnionymi do dokonania zgłoszeń naruszeń prawa są w szczególności:

- 1) pracownicy zatrudnieni w Szpitalu oraz byli pracownicy, których stosunek pracy już ustał;
- 2) osoby ubiegające się o zatrudnienie w Szpitalu.;
- 3) osoby świadczące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) osoby świadczącej pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- 5) stażysty;
- 6) wolontariusze.

§ 6. 1 Zgłaszający podlega ochronie, pod warunkiem, że miał uzasadnione podstawy sądzić, że będąca przedmiotem zgłoszenia lub ujawnienia publicznej informacji o naruszeniu prawa jest prawdziwa w momencie dokonywania zgłoszenia lub ujawnienia publicznego i że informacja taka stanowi naruszenie, o którym mowa w § 3.

2. Ochronie podlegają także osoby pomagające w dokonaniu zgłoszenia, osoby trzecie powiązane z osobami dokonującymi zgłoszenia (świadkowie, współpracownicy lub krewni) oraz podmioty prawne, które stanowią własność osoby dokonującej zgłoszenia, dla których osoba pracuje lub z którym jest powiązana w kontekście pracy.

3. Ochronie podlegają także Zgłaszający, którzy dokonali anonimowego zgłoszenia informacji na temat naruszeń lub anonimowo ujawnili publicznie takie informacji, a następnie zostały zidentyfikowane i doświadczyły działań odwetowych, pod warunkiem, że spełniają warunki określone w ust.1.

4. Ujawnienie tożsamości osób, o których mowa w ust. 1-3, może nastąpić tylko w przypadku prowadzonych postępowań sądowych lub gdy osoby te wyraziły zgodę na ujawnienie danych osobowych.

§ 7. 1. Ochronie nie podlegają Zgłaszający, którzy:

- 1) przekazują informacje nieprawdziwe, niepoważne lub stanowiące nadużycie, z uwagi na celowe i świadome przekazywanie błędnych lub wprowadzających w błąd informacji, chyba że zgłoszenia będą wynikały z niezamierzonego błędu Zgłaszającego wynikającego z przekazania niedokładnych informacji na temat naruszeń;
- 2) przekazują informacje w pełni publicznie dostępne;
- 3) przekazują nieuzasadnione plotki lub pogłoski.

2. Zgłaszający przekazujący informacje, o których mowa w ust.1 pkt 1 i 3, mogą być pociągnięci do odpowiedzialności dyscyplinarnej.

§ 8. Zgłaszający zostaje poinformowany pisemnie o objęciu go ochroną w momencie przekazywania informacji zwrotnej. W przypadku odmowy objęcia ochroną Zgłaszającego wymagane jest uzasadnienie decyzji.

## Rozdział 5

### Zasady i sposoby przyjmowania zgłoszeń oraz potwierdzania przyjęcia zgłoszeń

§ 9. 1. Do przyjęcia zgłoszenia wyznacza się Pełnomocnika ds. koordynacji procesu akredytacji (dalej przyjmujący zgłoszenie).

2. W przypadku nieobecności pracownika o którym mowa w ust. 1, kolejną osobą przyjmującą zgłoszenia jest pracownik wyznaczany przez Dyrektora Szpitala.

3. Do obowiązków pracowników, o których mowa w ust. 1 i 2, należy:

- 1) odbiór i wstępna weryfikacja zgłoszenia;
- 2) potwierdzenie zgłaszającemu przyjęcia zgłoszenia, a także przekazanie zgłaszającemu klauzuli informacyjnej, o której mowa w art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych;
- 3) usunięcie z treści dokumentu lub nośnika informacji danych osobowych zgłaszającego,
- 4) zorganizowanie spotkania ze zgłaszającym w celu przyjęcia zgłoszenia;

- 5) rozpatrzenie zgłoszenia, tj. prowadzenie postępowania wyjaśniającego, a także, w uzasadnionych przypadkach za zgodą Dyrektora, powołanie Zespołu ds. naruszeń prawa, którego skład umożliwi kompleksowe wyjaśnienie sprawy;
- 6) zapewnienie bezstronności podczas prowadzonych postępowań;
- 7) prowadzenie rejestru zgłoszeń wewnętrznych;
- 8) przechowywanie dokumentacji papierowej dotyczącej zgłoszenia w wyznaczonym pomieszczeniu, w zamkniętej szafie, uniemożliwiając dostęp osobom nieuprawnionym, zaś nośników informacji w formie zaszyfrowanej, na wyznaczonym sprzęcie komputerowym.

§ 10. Regulamin zgłaszania naruszeń prawa nie przewiduje przyjmowania zgłoszeń anonimowych.

§ 11. Jeżeli zgłoszenie było przedmiotem wcześniejszego zgłoszenia i nie zawarto w nim istotnych i nowych informacji na temat naruszeń, Zespół o którym mowa w § 9 pkt ust 5, wnioskuje do Pełnomocnika o zamknięcie postępowania i nie podejmowanie działań następczych.

§ 12. 1. Zgłoszenia dokonywane mogą być poprzez dedykowane poufne kanały zgłoszeń funkcjonujące w Szpitalu, a w szczególności:

1) listownie na adres Szpitala, z dopiskiem na kopercie „Zgłoszenie naruszeń prawa”;

2) pocztą elektroniczną na adres: [naruszenia@szpital-bartoszyce.pl](mailto:naruszenia@szpital-bartoszyce.pl)

3) telefonicznie do pracownika wspomnianego w § 9. ust. 1.

4) na wniosek Zgłaszającego, za pomocą bezpośredniego spotkania zorganizowanego w terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia. Niniejszy wniosek należy przekazać na adres: [naruszenia@szpital-bartoszyce.pl](mailto:naruszenia@szpital-bartoszyce.pl) w zaszyfrowanym pliku. Hasło odszyfrowujące należy przekazać w kolejnej informacji przysłanej na ten sam adres skrzynki e-mailowej.

2. W przypadku zgłoszenia osobistego, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, przyjmujący ma prawo udokumentować spotkanie za pomocą dokładnego protokołu spotkania. Przyjmujący zgłoszenie zapewnia Zgłaszającemu możliwość sprawdzenia, poprawienia, zatwierdzenia protokołu spotkania poprzez jego podpisanie.

3. Za zaprojektowanie, ustanowienie i obsługę techniczną kanału, o którym mowa w ust.1 pkt 2, odpowiada Administrator Systemów Informatycznych.

4. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, nie podlegają rejestracji w korespondencji przychodzącej w systemie EZD.

5. Wzór formularza zgłoszenia/protokołu spotkania stanowi załącznik nr 2 do regulaminu.

§ 13.1. Zgłoszenie powinno zawierać w szczególności:

- 1) dane osoby zgłaszającej, w tym imię, nazwisko, stanowisko, miejsce pracy, adres do korespondencji;
- 2) datę i miejscowość sporządzenia zgłoszenia;
- 3) dane osób, które dopuściły się naruszenia prawa, tj. imię, nazwisko, stanowisko, miejsce pracy/inna forma świadczenia pracy;

- 4) data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub data i miejsce pozyskania informacji o nieprawidłowościach,
- 5) opis nieprawidłowości, w tym:
  - a) opis sprawy ze wskazaniem istotnych faktów mających znaczenie dla sprawy,
  - b) określenie, które przepisy prawa zostały naruszone,
  - c) wskazanie, czy sprawa już się wydarzyła, czy znane są przypadki innych tego typu naruszeń prawa w przeszłości, ewentualnie czy ma się wydarzyć w przyszłości,
  - d) wskazanie w jaki sposób zgłaszający dowiedział się o sprawie;
  - e) ewentualne wskazanie osób, z którymi zgłaszający kontaktował się w danej sprawie.

2. Zgłoszenie dodatkowo może zostać udokumentowane zebranymi dowodami i wykazem świadków.

§ 14. 1. Potwierdzenie Zgłaszającemu przyjęcia zgłoszenia następuje w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, chyba że zgłaszający nie podał adresu do korespondencji, na który należy przekazać potwierdzenie.

2. Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia, o którym mowa w § 12 ust. 1 pkt 2, odbywa się w formie dokumentu elektronicznego w sposób automatyczny. W przypadku zgłoszeń, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 1, potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia przesyła się na adres korespondencyjny, wskazany przez zgłaszającego. Natomiast w przypadku osobistego zgłoszenia naruszenia, o którym mowa w § 12 ust. 4, podczas spotkania.
3. Do potwierdzenia zgłoszenia załącza się klauzulę informacyjną, o której mowa w art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych.

§ 15. 1. Przyjmujący zgłoszenie dokonuje weryfikacji wstępnej zgłoszenia poprzez sprawdzenie, czy osoba dokonująca zgłoszenia naruszenia prawa jest osobą do tego uprawnioną w rozumieniu § 5 Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa.

2. Przed przekazaniem zgłoszenia Zespołowi przyjmujący zgłoszenie usuwa z treści dokumentu lub nośnika informacji, dane osobowe zgłaszającego. Dane zgłaszającego są rejestrowane w oddzielnym pliku elektronicznym, zawierającym imię, nazwisko i adres korespondencyjny. Plik elektroniczny podlega każdorazowemu szyfrowaniu.

## **Rozdział 6**

### **Powołanie Zespołu ds. naruszeń prawa**

§ 16. Dyrektor na prośbę Pełnomocnika powołuje Zespół ds. naruszeń prawa do rozpatrywania zgłoszeń przypadków naruszeń prawa w Szpitalu.

§ 17. 1. Zespół ds. naruszeń prawa obraduje na posiedzeniach.

2. Posiedzenia Zespołu ds. naruszeń prawa odbywają się w zależności od potrzeb.
3. Posiedzenia Zespołu ds. naruszeń prawa zwołuje Przewodniczący zespołu.
4. Z posiedzenia Zespołu ds. naruszeń prawa sporządza się listę obecności i protokół z dokonanych ustaleń.



5. Posiedzenia Zespołu ds. naruszeń prawa odbywają się w składzie co najmniej 3 osobowym.

6. Z posiedzeń Zespołu ds. naruszeń prawa wyłączany jest członek zespołu, którego bezpośrednio lub pośrednio dotyczy zgłoszenie.

§ 18.1. Do zadań Przewodniczącego Zespołu ds. naruszeń prawa należy w szczególności:

- 1) przewodniczenie posiedzeniom Zespołu ds. naruszeń prawa;
- 2) planowanie i organizowanie prac Zespołu ds. naruszeń prawa;
- 3) dokonywanie podziału pracy między poszczególnych członków Zespołu ds. naruszeń prawa;
- 4) wystąpienie o opinię prawną w zakresie prowadzonego postępowania wyjaśniającego.

2. Podczas nieobecności Przewodniczącego zadania Przewodniczącego realizuje zastępca Przewodniczącego.

§ 19.1. Członkowie Zespołu ds. naruszeń prawa, zobowiązani są do zachowania poufności i ochrony danych osobowych przetwarzanych w zakresie rozpatrywanych postępowań.

2. Członkowie Zespołu ds. naruszeń prawa, przed przystąpieniem do wykonywania czynności, składają oświadczenia o zachowaniu poufności wszelkich informacji pozyskanych w trakcie rozpatrywania zgłoszeń.

## **Rozdział 7**

### **Zasady przeprowadzania działań następczych oraz przekazywania informacji zwrotnej zgłaszającemu**

§ 20. 1. Przyjmujący zgłoszenie po dokonaniu weryfikacji wstępnej zgłoszenia, niezwłocznie przekazuje je do Zespołu ds. naruszeń prawa celem wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

2. Zespół ds. naruszeń prawa w toku prowadzonego postępowania wyjaśniającego jest zobowiązany i uprawniony do:

- 1) przeprowadzenia starannego, rzetelnego i bezstronnego dochodzenia wewnętrznego;
- 2) dokonania oceny prawdziwości zgłoszenia naruszenia prawa;
- 3) wyjaśnienia wszelkich istotnych okoliczności sprawy;
- 4) występowania do zgłaszającego o przekazanie dodatkowych informacji;
- 5) przekazywania zgłaszającemu informacji zwrotnej;
- 6) przekazywanie zgłaszającemu informacji o objęciu lub odmowie przyznania ochrony;
- 7) zebrania wszelkich dowodów w sprawie,
- 8) uzyskiwania ustnych i pisemnych wyjaśnień od pracowników i zleceniobiorców Szpitala,
- 9) dostępu do dokumentów.

- 10) uzyskiwania przetworzonych i nieprzetworzonych informacji od poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
- 11) dostępu do danych ze służbowych komputerów i telefonów,
- 12) dostępu do pomieszczeń Szpitala w celu dokonania wizji lokalnej lub przeszukania i zabezpieczenia dowodów,
- 13) korzystania z pomocy Administratora systemów informatycznych,
- 14) korzystania z pomocy zastępców Dyrektora, koordynatorów/kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w trakcie prowadzonych czynności,
- 15) konsultowania, w niezbędnym zakresie, uzyskanych informacji i danych ze zgłaszającym,
- 16) przedstawienia przyjmującemu rozstrzygnięcia w sprawie poprzez potwierdzenie naruszeń prawa oraz osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości lub braku podstaw do ich stwierdzenia;
- 17) wnioskowanie do przyjmującego o zamknięcie postępowania i nie podejmowanie działań następczych w przypadku:
  - a) skierowania zgłoszenia nie będącego w kompetencjach Zespołu ds. naruszeń prawa oraz konieczności jego przekazania do właściwej instytucji,
  - b) skierowania zgłoszenia już rozpatrywanego przez Zespół ds. naruszeń, do którego nie wniesiono dodatkowych dowodów w sprawie,
  - c) wniesienia niewystarczających dowodów w sprawie.

3. Postępowanie wyjaśniające prowadzone przez Zespół ds. naruszeń prawa powinno być zakończone w terminie umożliwiającym przekazanie informacji zwrotnej zgłaszającemu, o której mowa w § 23 ust. 1.

§ 21.1. Z poczynionych ustaleń Zespołu ds. naruszeń prawa przedkłada protokół Dyrektorowi Szpitala.

2. Protokół zawiera opis ustalonego stanu faktycznego, w tym ustalone nieprawidłowości i ich przyczyny, zakres i skutki oraz osoby za nie odpowiedzialne.

§ 22. Dyrektor Szpitala na podstawie ustaleń Zespołu ds. naruszeń prawa, w przypadku potwierdzenia się naruszenia prawa, podejmuje decyzję o:

- 1) powiadomieniu organów ścigania, i/lub;
- 2) podejmuje decyzję o pociągnięciu do odpowiedzialności dyscyplinarnej wobec winnego naruszenia prawa, i/lub;
- 3) wdrożeniu działań naprawczych celem przywrócenia stanu zgodnego z prawem.

§ 23. 1. Zespół ds. naruszeń prawa przekazuje Zgłaszającemu informację zwrotną w nieprzekraczającym terminie 3 miesięcy od potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia lub, w przypadku nieprzekazania potwierdzenia Zgłaszającemu, 3 miesięcy od upływu 7 dni od dokonania zgłoszenia.

2. Informacja zwrotna powinna zawierać w szczególności:

- 1) ustalenia dokonane w wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego,
- 2) stwierdzenie lub brak stwierdzenia wystąpienia naruszenia prawa,

- 3) planowane lub podjęte działania następcze,
- 4) powody wybrania określonych działań następczych,
- 5) środki, które zostały lub zostaną zastosowane w reakcji na stwierdzone naruszenia prawa.

§ 24.1. Jeżeli zgłoszenie naruszenia prawa przekazane przez Zgłaszającego nie stanowi informacji o naruszeniu prawa w rozumieniu Regulaminu zgłaszania o naruszeniach prawa, Pełnomocnik zawiadamia o tym Zgłaszającego.

## **Rozdział 8**

### **Dokumentowanie procesu oraz prowadzenia rejestrów zgłoszeń wewnętrznych**

§ 25.1. Dokumentacja w procesie zgłaszania naruszeń prawa prowadzona jest w formie pisemnej lub elektronicznej.

§ 26. 1. Rejestr zgłoszeń wewnętrznych prowadzi osoba przyjmująca zgłoszenia, o której mowa w § 9.

2. Rejestr zgłoszeń wewnętrznych prowadzony jest wyłącznie w formie pliku elektronicznego, każdorazowo szyfrowanego. Rejestr opracowywany i przechowywany jest na wyznaczonym komputerze.

3. Rejestr zgłoszeń ma charakter poufny i nie podlega udostępnianiu.

4. Wpisu do rejestru zgłoszeń wewnętrznych dokonuje się na podstawie zgłoszenia wewnętrznego.

5. Rejestr zgłoszeń wewnętrznych zawiera następujące dane:

- 1) numer sprawy;
- 2) datę dokonania zgłoszenia wewnętrznego;
- 3) datę potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia;
- 4) informacja o utajnieniu danych osobowych;
- 5) przedmiot naruszenia;
- 6) datę zakończenia sprawy;
- 7) informację o podjętych działaniach następczych;
- 8) datę przekazania informacji zwrotnej.

6. Wzór rejestru zgłoszeń wewnętrznych stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa.

## **Rozdział 9**

### **Publikacja na stronie internetowej Szpitala informacji**

#### **dotyczących przyjmowania zgłoszeń oraz podejmowania działań następczych**

§ 27. Na stronie internetowej [www.szpital-bartoszyce.pl](http://www.szpital-bartoszyce.pl) publikacji podlegają następujące informacje:

- 1) warunki kwalifikowania się do objęcia ochroną,
- 2) dane kontaktowe zewnętrznych kanałów dokonywania zgłoszeń,

- 3) procedury mające zastosowanie w przypadku zgłaszania naruszeń, o terminach na przekazanie informacji zwrotnych oraz o rodzaju i zawartości takich informacji;
- 4) zasady poufności mające zastosowanie do zgłoszeń, a w szczególności informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zgodnie z art. 17 niniejszej dyrektywy, art. 5 i 13 rozporządzenia (UE) 2016/679, art. 13 dyrektywy (UE) 2016/680 i art. 15 rozporządzenia (UE) 2018/1725 – w zależności od przypadku; L 305/40 PL Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 26.11.2019;
- 5) charakter działań następczych, jakie należy podjąć w związku ze zgłoszeniem;
- 6) środki ochrony prawnej i procedury służące ochronie przed działaniami odwetowymi oraz dostępność poufnej porady dla osób rozważających dokonanie zgłoszenia;
- 7) oświadczenie w którym objaśnia się w sposób zrozumiały warunki, na jakich osoby dokonujące zgłoszenia są chronione przed ponoszeniem odpowiedzialności za naruszenie poufności.

## **Rozdział 10**

### **Zakres przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających naruszenie**

§ 28. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu jest Dyrektor Szpitala, a dotyczących danych osobowych osób zgłaszających naruszenia jest Pełnomocnik.

§ 29.1. Pełnomocnik w celu weryfikacji zgłoszenia oraz podjęcia działań następczych, może przetwarzać dane osobowe osoby której dotyczy zgłoszenie, także bez jej zgody.

2. Przetwarzanie danych osobowych zawartych w zgłoszeniu, odbywa się na zasadach określonych w:

- 1) Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii (Dz. Urz. UE L.305/17);
- 2) Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach.

§ 30. Dane osobowe zgłaszającego oraz inne dane pozwalające na ustalenie jego tożsamości nie podlegają ujawnieniu, chyba że za wyraźną zgodą zgłaszającego, przekazaną na piśmie osobie przyjmującej zgłoszenie.

§ 31.1. Dane osobowe zawarte w zgłoszeniu przetwarzane są w systemach informatycznych oraz w tradycyjnej formie papierowej.

2. Pracownik przyjmujący zgłoszenia, w uzgodnieniu z Pełnomocnikiem ds. bezpieczeństwa informacji (IODO) podejmuje decyzję o zastosowaniu właściwych rozwiązań technicznych i organizacyjnych zapewniających zgodność przetwarzania danych z przepisami określonymi w § 29 ust. 2.

§ 32.1. Dane osobowe przekazane w formie papierowej, a zawarte w zgłoszeniu, przechowywane są w wyznaczonym przez Pełnomocnika pomieszczeniu, w szafie zamykanej na klucz, do której dostęp posiadają tylko upoważnione osoby.

2. Dane osobowe przekazane w formie elektronicznej, a zawarte w zgłoszeniu, przechowywane są na wyznaczonym komputerze.

§ 33.1. Do przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń, podejmowania działań następczych oraz przetwarzania danych osobowych osób wskazanych w zgłoszeniu, mogą być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienia Dyrektora Szpitala.

2. Nadane upoważnienia muszą precyzyjnie wskazywać zakres uprawnień, do których upoważnione będą osoby.

§ 34. Dokumentacja dotycząca zgłoszeń przypadków naruszeń prawa i działań następczych, w tym rejestr zgłoszeń wewnętrznych przechowywane są przez okres 5 lat od dnia przyjęcia zgłoszenia. W przypadku, gdy informacja ze zgłoszenia jest objęta przedmiotem postępowania sądowego, należy ją przechowywać dłużej, aż do wydania prawomocnego wyroku.

## Rozdział 11

### Środki służące ochronie przed działaniami odwetowymi

§ 35.1. Zgłaszającym podlegającym ochronie, o której mowa w § 6 ust. 1-3, przysługują środki ochrony przed działaniami odwetowymi, określonymi w art. 19 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii (Dz. Urz. UE L.305/17), za które uznaje się w szczególności działania podejmowane w następujących formach:

- 1) zawieszenia, przymusowego urlopu bezpłatnego, zwolnienia lub równoważnych środków;
- 2) degradacji lub wstrzymania awansu;
- 3) przekazania obowiązków, zmiany miejsca pracy, obniżenia wynagrodzenia, zmiany godzin pracy;
- 4) wstrzymania szkoleń;
- 5) negatywnej oceny wyników lub negatywnej opinii o pracy;
- 6) nałożenia lub zastosowania jakiegokolwiek środka dyscyplinującego, nagany lub innej kary, w tym finansowej;
- 7) przymusu, zastraszania, mobbingu lub wykluczenia;
- 8) dyskryminacji, niekorzystnego lub niesprawiedliwego traktowania;
- 9) nieprzekształcenia umowy o pracę na czas określony w umowę o pracę na czas nieokreślony, w sytuacji gdy pracownik mógł mieć uzasadnione oczekiwania, że zostanie mu zaoferowane stałe zatrudnienie;
- 10) nieprzedłużenia lub wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę na czas określony;
- 11) szkody, w tym nadszarpnięcia reputacji danej osoby, zwłaszcza w mediach społecznościowych, lub strat finansowych, w tym strat gospodarczych i utraty dochodu;
- 12) wcześniejszego rozwiązania lub wypowiedzenia umowy dotyczącej towarów lub umowy o świadczenie usług.

2. Zapewniając ochronę Dyrektor Szpitala, w szczególności:

- 1) podejmuje działania gwarantujące poszanowanie zasady poufności i anonimowości danych, ochronę tożsamości na każdym etapie postępowania wyjaśniającego, jak i po jego zakończeniu;
- 2) doprowadza do ukarania, zgodnie z Regulaminem pracy pracowników Szpitala, którym udowodnione zostało podejmowanie jakichkolwiek działań represyjnych i odwetowych względem osoby dokonującej zgłoszenia oraz osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia;
- 3) zobowiązuje kierownika Działu Kadr i Organizacji Rozliczeń do stałego (co najmniej przez okres postępowania wyjaśniającego i przez okres 3 miesięcy po jego zakończeniu) monitorowania sytuacji kadrowej osoby dokonującej zgłoszenia oraz osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia. Monitorowanie obejmuje analizę uzasadnienia wszelkich wniosków przelożonych osoby dokonującej zgłoszenia oraz osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia dotyczących zmiany ich sytuacji prawnej i faktycznej w ramach stosunku pracy.

3. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia działań zmierzających do pogorszenia sytuacji prawnej lub faktycznej osoby dokonującej zgłoszenia oraz osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia, kierownik Działu Kadr i Organizacji Rozliczeń zobowiązany jest poinformować o tym Dyrektora Szpitala.

4. Działania, o których mowa w ust. 2 obejmują przede wszystkim:

- 1) ograniczenie dostępu do informacji wyłącznie dla osób uprawnionych w ramach postępowania wyjaśniającego, a także procesu zapewnienia ochrony osobie dokonującej zgłoszenia oraz osobie pomagającej w dokonaniu zgłoszenia;
- 2) odebranie od osób uprawnionych do dostępu do informacji, pisemnych oświadczeń o zobowiązaniu do zachowania w poufności informacji pozyskanych w postępowaniu wyjaśniającym lub w procesie ochrony osoby dokonującej zgłoszenia oraz osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia;
- 3) ukaranie osób, którym udowodnione zostało, że nie dotrzymały zobowiązania, o którym mowa powyżej, zgodnie z Regulaminem pracy pracowników Szpitala.

## **Rozdział 12**

### **Okresowy przegląd procesu w celu jego poprawnego i efektywnego funkcjonowania**

§ 36. Zespół ds. naruszeń prawa dokonuje okresowej analizy Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa nie rzadziej niż raz na 3 lata.

§ 37. Zespół ds. naruszeń prawa przygotowuje propozycje zmian do Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa które przedkłada do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala.

## **Rozdział 13**

**Zgłoszenia zewnętrzne do organów publicznych oraz, w stosownych przypadkach, do instytucji, organów lub jednostek organizacyjnych Unii Europejskiej**

§ 38. Dyrektor Szpitala rekomenduje by w pierwszej kolejności dokonywanie zgłoszeń o naruszeniu prawa, w zakresie określonym w § 3, odbywało się z wykorzystaniem wewnętrznego kanału zgłoszeń, zgodnie z niniejszym Regulaminem zgłaszania naruszeń prawa.

§ 39.1. Do decyzji Zgłaszającego należy wybór organu, do którego dokona zgłoszenia naruszenia prawa.

2. Zgłoszenie może w każdym przypadku nastąpić również do organu publicznego, organu centralnego oraz, w stosownych przypadkach, do instytucji, organów lub jednostek organizacyjnych Unii Europejskiej, z pominięciem niniejszego Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa, w szczególności gdy:

- 1) w terminie na przekazanie informacji zwrotnej ustalonym w niniejszym Regulaminie zgłaszania naruszeń prawa, Pełnomocnik nie podejmie działań następczych lub nie przekaże zgłaszającemu informacji zwrotnej lub,
- 2) zgłaszający ma uzasadnione podstawy by sądzić, że naruszenie prawa może stanowić bezpośrednie lub oczywiste zagrożenie dla interesu publicznego, w szczególności istnieje ryzyko nieodwracalnej szkody, lub
- 3) dokonanie zgłoszenia wewnętrznego narazi zgłaszającego na działania odwetowe.

## Rozdział 14

### Działania informacyjne

§ 40.1. Pracownicy Szpitala zostaną zapoznani z Regulaminem zgłaszania naruszeń prawa poprzez przekazanie dokumentu do wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala. Ponadto Regulamin zostanie umieszczony na intranecie jednostki – na stronie [www.szpital-bartoszyce.pl](http://www.szpital-bartoszyce.pl)

2. Dyrektor Szpitala przed wejściem w życie Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa zorganizuje spotkanie dla przedstawicieli związków zawodowych funkcjonujących w Szpitalu celem omówienia:

- 1) warunków jakie należy spełnić, by zostać objętym ochroną,
- 2) rodzaju naruszeń prawa kwalifikujących się do zgłoszenia,
- 3) możliwości wyboru najkorzystniejszego kanału do zgłoszenia naruszeń prawa,
- 4) procedur obowiązujących przy zgłaszaniu naruszeń prawa.

3. Fakt zapoznania się z Regulaminem zgłaszania naruszeń prawa pracownicy potwierdzają poprzez wypełnienie oświadczenia, stanowiącego załącznik nr 3 do regulaminu.

§ 41. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zgłaszania naruszeń prawa, mają zastosowanie przepisy Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii (Dz. Urz. UE L.305/17).

Sporządził:

Zatwierdził:

PEŁNOMOCNIK  
ds. koordynacji procesów medycznych  
  
mar Stanisława Dunajewska

DYREKTOR  
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II  
w Bartoszycach  
  
Małgorzata Wójcik