

do Zarządzenia Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie nr .../2021  
139  
w sprawie wprowadzenia zaktualizowanej Polityki antykorupcyjnej  
Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie

## POLITYKA ANTYKORUPCYJNA SZPITALA POWIATOWEGO im. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w ZŁOTOWIE

Przewodnym celem naszej polityki antykorupcyjnej jest stałe poszukiwanie i analizowanie potencjalnych zagrożeń korupcyjnych na wszystkich poziomach zarządzania, które mogą wystąpić w realizowanych przez nas zadaniach oraz podejmowanie natychmiastowych środków zaradczych zmniejszających ryzyko wystąpienia zagrożenia.

Tak określoną politykę antykorupcyjną realizujemy poprzez:

1. Wykonywanie zadań, zgodnie z obowiązującym prawem i przyjętą strategią Państwa w zwalczaniu korupcji.
2. Monitorowanie wszystkich procesów realizowanych w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie pod kątem ryzyka wystąpienia w nich zagrożeń korupcyjnych i podejmowanie, w przypadku wystąpienia dużego ryzyka, odpowiednich środków zaradczych.
3. Wprowadzanie przejrzystych i jednoznacznych procedur postępowania zmniejszających prawdopodobieństwo zagrożenia korupcyjnego - znanych i dostępnych zarówno naszym Klientom - Pacjentom, jak i podmiotom współdziałającym oraz pracownikom.
4. Zwiększanie świadomości pracowników i zacieśnianie ich więzi z naszym Szpitalem poprzez podnoszenie kultury organizacyjnej, usprawnianie komunikacji wewnętrznej, doskonalenie systemów motywacyjnych, przywództwo itp.
5. Ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych Pracowników poprzez realizację specjalistycznych szkoleń, w tym szkoleń z zakresu problematyki korupcji i naruszeń prawa.

## INSTRUKCJA

**dotycząca sposobu zgłaszania przez Pacjentów i Pracowników Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie oraz współpracujących podmiotów zewnętrznych przypadków zetknięcia się z sytuacją o znamionach korupcji (w tym postępowania z taką informacją) i przedstawienie jej pracownikom oraz klientom zewnętrznym, pacjentom i kontrahentom Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie**

### ROZDZIAŁ I Przepisy ogólne

#### § 1

Niniejsza Instrukcja określa:

1. Zasady dokonywania zgłoszeń incydentów o charakterze korupcyjnym i Niezgodności w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie (dalej: „Szpital”);
2. Zasady zgłaszania Incydentów o charakterze korupcyjnym i Niezgodności przez podmioty trzecie (m.in. przez pacjentów, kontrahentów);
3. Zasady postępowania ze zgłoszonymi Incydentami o charakterze korupcyjnym i Niezgodnościami;
4. Zasady postępowania pracowników Szpitala w sytuacji podejrzenia popełnienia przestępstwa;
5. Osoby odpowiedzialne za postępowanie ze zgłoszeniem Incydentu o charakterze korupcyjnym lub Niezgodności;
6. Zasady zgłaszania i postępowania z Konfliktem Interesów.

#### § 2

Cele niniejszej Instrukcji są następujące:

1. zwiększenie bezpieczeństwa Szpitala i pracowników poprzez wyeliminowanie lub znaczące ograniczenia ryzyk naruszenia przepisów prawa;
2. określenie zasad postępowania dotyczących otrzymywania korzyści przez pracowników;
3. określenie zasad postępowania w przypadku zaistnienia konfliktu interesów;
4. określenie zasad postępowania w przypadku wystąpienia Incydentu o charakterze korupcyjnym lub innej Niezgodności;
5. ustalenie osób odpowiedzialnych oraz podmiotu wykonującego funkcję nadzoru zgodnie z Instrukcją.

### § 3

Ilećroć w niniejszej instrukcji jest mowa o:

1. **Korupcji** — należy przez to rozumieć czyn o charakterze przestępczym, noszący znamiona działania lub zaniechania działania, jak również obietnicę takiego postępowania w celu uzyskania nienależnej korzyści przekazanej, obiecanej lub domniemanej, zarówno materialnej jak i osobistej, w sposób bezpośredni lub pośredni.
2. **Incydencie o charakterze korupcyjnym** (dalej: „Incydent”) — należy przez to rozumieć każdą niezgodność w wyniku której doszło do podejrzenia naruszenia przepisów prawa lub zapisów zawartych w regulacjach wewnętrznych, mającą znamiona nadużycia funkcji, prowadzącą do uzyskania nienależnych korzyści majątkowych lub osobistych.
3. **Niezgodności** — należy przez to rozumieć naruszenie Kodeksu Etyki lub innych regulacji wewnętrznych Szpitala.
4. **Naruszeniu** – należy przez to rozumieć sytuacje będące Incydem, Niezgodnością lub naruszeniem przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. **Szpitalu** – należy przez to rozumieć Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie.
6. **Pracownika** – należy przez to rozumieć osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę lub osobę świadczącą usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej na rzecz Szpitala.
7. **Korzyści materialnej** – należy przez to rozumieć w szczególności wszelkie korzyści, które posiadają wartość finansową, takie jak np. pieniądze, bony, przedmioty, rabaty, wycieczki, uzyskanie dokumentów, pozwoleń lub zaświadczeń, pozostające w związku z udzielaniem świadczeń medycznych, diagnostycznych lub realizacji innych zadań Szpitala.  
Korzyści osobistej – należy przez to rozumieć w szczególności takie korzyści, jak np. przyznanie odznaczeń, orderów, wyróżnień, dyplomów, obietnica pracy lub zlecenia, awansu, zmniejszenia obowiązków służbowych itp., pozostające w związku z udzielaniem świadczeń medycznych, diagnostycznych lub realizacji innych zadań Szpitala.

Nie uznaje się za Korzyść w ujęciu niniejszej Instrukcji drobnych, zwyczajowo przyjętych dowodów wdzięczności pacjentów o niewielkiej wartości materialnej, pod warunkiem, że (i) taka korzyść nie wpływa w żadnym stopniu na obiektywizm decyzji podejmowanych przez Pracownika ani (ii) nie wpływa negatywnie na dobre imię Szpitala oraz (iii) nie ma powtarzalnego lub trwałego charakteru.

8. **Konflikcie Interesów** – należy przez to rozumieć sytuację, w której możliwe jest, że na działania zawodowe Pracownika, oprócz czynników wynikających z wiedzy, doświadczenia zawodowego i uznanych zasad oraz wartości mogą mieć wpływ oczekiwane lub zrealizowane Korzyści, w szczególności związane z procedurą zamówienia publicznego.

## ROZDZIAŁ II Odpowiedzialność

### § 4

**Dyrektor Szpitala** odpowiada w szczególności za:

1. Powołanie Zespołu ds. Etyki. Skład Zespołu określony jest przez Dyrektora Szpitala w odrębnym zarządzeniu.
2. Zatwierdzenie raportu z posiedzenia Zespołu ds. Etyki, zawierającego propozycje postępowania z Incydentami lub Niezgodnościami.
3. Współdziałanie z Przewodniczącym Zespołu ds. Etyki w zakresie podjęcia decyzji, co do sposobu postępowania z Incydem lub Niezgodnością.

4. Powiadomienie organów ścigania o wystąpieniu Incydentu, jeśli nosi on znamiona przestępstwa ściganego z urzędu.

#### § 5

**Przewodniczący Zespołu ds. Etyki** (dalej: „**Przewodniczący**”) odpowiada w szczególności za:

1. Przyjmowanie zgłoszeń zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń.
2. Weryfikację zgłoszonych Incydentów lub Niezgodności.
3. Zwołanie posiedzeń Zespołu ds. Etyki.
4. Wnioskowanie do Dyrektora Szpitala o powołanie dodatkowych członków Zespołu w przypadku zaistnienia takiej potrzeby.
5. Przedstawienie raportu z posiedzenia Zespołu Dyrektorowi Szpitala.

#### § 6

**Zespół ds. Etyki** (dalej: „**Zespół**”) odpowiada w ramach niniejszej Instrukcji szczególności za:

1. Analizę zgłoszonych Incydentów lub Niezgodności.
2. Określenie sposobu postępowania ze zgłoszonym Incydem lub Niezgodnością.
3. Opracowanie raportu z posiedzenia Zespołu, zawierającego propozycję postępowania z Incydem lub Niezgodnością.

#### § 7

Wszyscy pracownicy oraz osoby świadczące usługi na rzecz Szpitala na podstawie umów cywilnoprawnych (dalej łącznie jako „**Pracownicy**”) odpowiadają za przestrzeganie ustaleń i realizację zadań określonych w niniejszej Instrukcji.

### ROZDZIAŁ III

#### Postępowanie Pracowników w sytuacji zdarzenia noszącego znamiona przestępstwa

#### § 8

1. Pracownik Szpitala nie może uzależniać udzielania świadczeń medycznych, diagnostycznych lub realizacji innych zadań Szpitala od przyjęcia jakiegokolwiek korzyści materialnej, osobistej lub ich obietnicy poprzez podjęcie lub zaniechanie działania lub zobowiązanie się do nich.
2. Pracownikom Szpitala nie wolno przyjmować korzyści ani obietnicy ich wręczenia od pacjentów, ich rodzin lub znajomych w związku z pracą w Szpitalu lub świadczeniem medycznym, diagnostycznym lub realizacją innych zadań Szpitala.
3. W sytuacji jednoznacznego zachowania pacjenta, kontrahenta lub innej osoby trzeciej, wskazującego na zamiar wręczenia korzyści Pracownikowi, Pracownik zobowiązany jest do następujących działań:
  - a. Jednoznacznego poinformowania pacjenta, kontrahenta lub innej osoby trzeciej o swoim sprzeciwie wobec zachowania zmierzającego do wręczenia korzyści Pracownikowi,
  - b. Zgłoszenia sytuacji przełożonemu lub członkowi Zespołu ds. Etyki,
  - c. W sytuacji, w której Pracownikowi pozostawiono mimo jego wyraźnego sprzeciwu Korzyść w formie materialnej – Pracownik jest zobowiązany do zabezpieczenia przedmiotu korzyści oraz niezwłocznego poinformowania przełożonego oraz Zespołu ds. Etyki oraz przekazania im przedmiotu Korzyści. Pozostawienie przekazanego przedmiotu Korzyści poza kontrolą Pracownika

(np. w pomieszczeniu bez dozoru) lub w zasięgu osób postronnych nie może nasuwać żadnego podejrzenia, że Korzyść została przyjęta.

4. Wszyscy Pracownicy zobowiązani są do zachowania w poufności zgłoszeń oraz wszelkich postępowań prowadzonych na mocy niniejszej Instrukcji.

## ROZDZIAŁ IV

### Postępowanie Pracownika w sytuacji wystąpienia Konflikту Interesów

#### § 9

1. Zdarzeniami, które mogą wywołać Konflikt Interesów, mogą być m.in.:
  - a. Przyjęcie od Pracownika wynagrodzenia od podmiotu trzeciego – np. w związku z wygłoszeniem wykładu, przeprowadzeniem badania ankietowego lub szkolenia, udziałem w radzie nadzorczej lub radzie naukowej itp.,
  - b. Sponsorowanie Pracownika przez podmiot trzeci w formie dofinansowania do szkolenia, wyjazdu na konferencję itp.,
  - c. Otrzymanie przez Pracownika innego rodzaju grantu edukacyjnego od podmiotu trzeciego,
  - d. Udział w badaniu klinicznym finansowanym przez podmiot trzeci,
  - e. Występowanie zależności służbowej pomiędzy Pracownikami w relacji pokrewieństwa,
  - f. Podejmowanie przez Pracownika decyzji o zatrudnieniu, świadczeniu usług, dostępie do świadczeń wobec osób pozostających z nim w relacji pokrewieństwa,
  - g. Pracownik zobowiązany jest przez czas pozostawania w stosunku pracy ze Szpitalem do powstrzymywania się od wszelkich czynności faktycznych i prawnych naruszających interes Szpitala.
2. W przypadku wystąpienia Konflikту Interesów, Pracownik zobowiązany jest zgłosić go swojemu przełożonemu oraz Zespołowi ds. Etyki.
3. Zespół ds. Etyki zobowiązany jest do:
  - a. przyjęcia zgłoszenia Konflikту Interesów,
  - b. opracowania protokołu zgłoszenia Konflikту Interesów,
  - c. prowadzenia Rejestru Konflikту Interesów. Wzór Rejestru Konflikту Interesów stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej Instrukcji.
4. Protokół Konflikту Interesów zawiera informacje o dacie zgłoszenia, jego formie, opisie Konflikту Interesów, osobie zgłaszającej oraz inne informacje przydatne w sprawie, a także rekomendacje Zespołu ds. Etyki, jeśli zostały wydane. Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z Instrukcją kancelaryjną.
5. Rejestr Konflikту Interesów zawiera informacje o dacie zgłoszenia, jego formie, zwięzłym opisie Konflikту Interesów, osobie zgłaszającej, rodzaju podjętych działań (jeśli wystąpiły), numerze Konflikту Interesów w ujęciu rocznym. Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z Instrukcją kancelaryjną.
6. Na wniosek Pracownika, jego przełożonego lub innego Pracownika Szpitala, Zespół ds. Etyki wydaje rekomendację w sprawie Konflikту Interesów lub środków mających zminimalizować negatywne skutki Konflikту Interesów.

**ROZDZIAŁ V**  
**Zgłaszanie wystąpienia Incydentów lub Niezgodności**

§ 10

1. Każdy Pracownik ma obowiązek zgłosić wystąpienie Incydentu lub Niezgodności zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń.

§ 11

1. Zgłoszone Incydenty lub Niezgodności są umieszczane w Rejestrze Zgłoszeń Naruszeń zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń.
2. Rejestracji w Rejestrze Zgłoszeń Naruszeń podlegają również Incydenty i Niezgodności zidentyfikowane w trakcie procesu zarządzania ryzykiem.

**ROZDZIAŁ VI**  
**Zgłaszanie wystąpienia Incydentów i Niezgodności przez podmioty trzecie**

§ 12

Podmioty trzecie mają możliwość zgłaszania wystąpienia Incydentów i Niezgodności zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń.

**ROZDZIAŁ VII**  
**Obsługa Incydentu lub Niezgodności**

§ 13

Zgłoszenie o Incydencie lub Niezgodności jest procedowane zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń.

**ROZDZIAŁ VIII**  
**Analiza Incydentów i Niezgodności oraz działania doskonalące**

§ 14

1. W celu realizacji obowiązków określonych w Rozdziale 5 Regulaminu Zgłoszeń Naruszeń, Dyrektor Szpitala, Przewodniczący Zespołu oraz właściciel procesu, w którym pojawił się Incydent lub Niezgodność, wspólnie podejmują działania pozwalające na zminimalizowanie skutku wystąpienia Incydentu lub Niezgodności i eliminację jego przyczyny.
2. Przewodniczący Zespołu rekomenduje działania korygujące Dyrektorowi Szpitala, mające na celu wyeliminowanie przyczyn powstawania Incydentu lub Niezgodności.
3. Po zatwierdzeniu planu działań korygujących przez Dyrektora Szpitala, plan ten jest przekazywany właścicielowi projektu. Zespół analizuje raporty i wpisy zamieszczone w Rejestrze Incydentów i Niezgodności przynajmniej raz w roku, najpóźniej do końca marca. Wnioski sporządzane są w formie notatki z analizy Incydentów i Niezgodności.
4. Na podstawie dokonanej analizy Zespół planuje działania doskonalące, mające na celu wykluczenie możliwości wystąpienia podobnych Incydentów lub Niezgodności w przyszłości.

**ROZDZIAŁ IX**  
**Postanowienia końcowe**

§ 15

1. Wpisy powstające w wyniku prac Zespołu ds. Etyki są traktowane jako dokumenty do użytku wewnętrznego. Przechowywane są one w formie papierowej u Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
2. Archiwizacja wpisów z prac Zespołu ds. Etyki prowadzona jest zgodnie z instrukcją kancelaryjną.