

PROCEDURA ANTYKORUPCYJNA

§ 1.

Zakres Procedury Antykorupcyjnej

1. Cele Procedury Antykorupcyjnej są następujące:
 - a. zwiększenie bezpieczeństwa Szpitala i pracowników poprzez wyeliminowanie lub znaczące ograniczenia ryzyk naruszenia przepisów prawa;
 - b. określenie zasad postępowania dotyczących otrzymywania korzyści przez pracowników;
 - c. określenie zasad postępowania w przypadku zaistnienia konfliktu interesów;
 - d. określenie zasad postępowania w przypadku wystąpienia naruszenia (dalej: „**Naruszenia**”), w tym:
 - i. zaistnienia zdarzenia o charakterze korupcyjnym lub rodzącym możliwość podejrzenia korupcji na terenie Szpitala lub w związku z działaniami Szpitala lub jego Pracowników dokonanych w związku realizacją zadań Szpitala (dalej: „**Zdarzenie Korupcyjne**”);
 - ii. innego zachowania sprzecznego z prawem;
 - iii. zachowania sprzecznego z procedurami wewnętrznymi Szpitala.
 - e. ustalenie osób odpowiedzialnych oraz podmiotu wykonującego funkcję nadzoru w Procedurze Antykorupcyjnej.
2. Procedura Antykorupcyjna dotyczy wszystkich pracowników Szpitala niezależnie od ich stanowiska i wykonywanych lub powierzonych obowiązków.
Pracownik to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub osoba świadcząca usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej (dalej: „**Pracownik**”).

§ 2.

Osoby odpowiedzialne

1. Osobą odpowiedzialną za przyjęcie Procedury Antykorupcyjnej oraz nadzór nad jej wdrożeniem jest Prezes Zarządu (dalej: „**Prezes Zarządu**”).
2. Ordynatorzy/kierownicy/koordynatorzy komórek organizacyjnych są odpowiedzialni za podejmowanie środków organizacyjnych, kadrowych i technicznych mających na celu przeciwdziałanie tworzeniu otoczenia sprzyjającego przypadkom popełnienia przestępstw korupcyjnych.
3. Przewodniczący komisji ds. rozpatrywania zgłoszeń naruszeń prawa jest odpowiedzialny za przygotowanie, opiniowanie dokumentów dotyczących działań antykorupcyjnych, inicjowanie działań na rzecz zwiększenia świadomości pracowników w zakresie zasad odpowiedzialności karnej za przestępstwa, podnoszenie standardów etycznych, wsparcie pracowników i komórek organizacyjnych w obszarze antykorupcyjnym, jak również inicjowaniu działań w zakresie przeciwdziałania korupcji oraz innych zadań określonych w Procedurze Antykorupcyjnej regulującej postępowania w przypadku wystąpienia Naruszenia, innego naruszenia Procedury Antykorupcyjnej lub wystąpienia Konfliktu Interesów.

4. Przewodniczący komisji ds. rozpatrywania zgłoszeń naruszeń prawa jest odpowiedzialny za nadzór nad stosowaniem Procedury Antykorupcyjnej (dalej: „Przewodniczący”).

§ 3.

Postępowanie w przypadku wystąpienia Naruszenia

1. Każdy Pracownik, który jest świadkiem Naruszenia lub posiada wiedzę o Naruszeniu lub sytuacji rodzącej możliwość wystąpienia Naruszenia na terenie Szpitala lub w związku z działaniami Szpitala lub jego Pracowników dokonanych w związku realizacją zadań Szpitala ma obowiązek niezwłocznego dokonania zgłoszenia zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń.
2. Pacjenci, podmioty współpracujące ze Szpitalem lub osoby trzecie mają możliwość zgłoszenia Naruszenia każdemu Pracownikowi, który zobowiązany jest niezwłocznie przekazać uzyskane informacje Koordynatorowi.
3. Przewodniczący zobowiązany jest do przetwarzania zgłoszenia zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń.
4. Po wpłynięciu zgłoszenia Przewodniczący zobowiązany jest do podjęcia działań wyjaśniających. Działania tego mają na celu wyjaśnienie, czy nastąpiło Zdarzenie Korupcyjne, inne naruszenie prawa lub naruszenie wewnętrznych procedur Szpitala. W przypadku oceny, iż zgłoszenie jest zasadne, Koordynator powinien:
 - a. W przypadku wystąpienia Zdarzenia Korupcyjnego - niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego, podjąć działania eliminujące skutki Zdarzenia Korupcyjnego i poinformować Prezesa Zarządu o wystąpieniu ww. Naruszenia;
 - b. W przypadku wystąpienia innego Naruszenia niebędącego Zdarzeniem Korupcyjnym – niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, podjąć działania eliminujące skutki Naruszenia i poinformować Prezesa Zarządu o wystąpieniu ww. Naruszenia.
5. Przewodniczący zobowiązany jest dokonać oceny stanu faktycznego i prawnego, w szczególności w zakresie czy doszło do naruszenia przepisów prawa, oraz do opracowania pisemnych rekomendacji dla Prezesa Zarządu.
6. Wobec pracownika, który zgłosił Naruszenie w dobrej wierze oraz przestrzegał procedur Szpitala, w tym niniejszej Procedury Antykorupcyjnej, nie można wyciągnąć negatywnych konsekwencji służbowych.
7. Pracownikowi, który zgłosił Naruszenie zapewnia się ochronę przed potencjalnymi działaniami odwetowymi zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń

§ 4.

Zasady postępowania związane z otrzymywaniem przez Pracowników korzyści od osób trzecich

1. Korzyścią materialną są 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.
Korzyścią osobistą są 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 Procedury 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.

2. 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.
3. 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.

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 Koordynatorowi Naruszenia zgodnie z Regulaminem Zgłoszeń Naruszeń,
 - 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 Koordynatora o Naruszeniu 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. Pracownik może przyjąć od Przedstawiciela Medycznego przedmiot o wartości rynkowej nieprzekraczającej kwoty 100 złotych brutto, związany z praktyką medyczną lub farmaceutyczną, opatrzony znakiem reklamującym daną firmę lub produkt, nie częściej niż dwa razy do roku.
 5. Postępowanie sprzeczne z niniejszym § 4 może stanowić Naruszenie i podlega obowiązkowi zgłoszenia do Koordynatora zgodnie z § 3.

§ 5.

Zasady postępowania związane z wystąpieniem Konflikty Interesów

1. Konflikt interesów to sytuacja, 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 zdefiniowane w § 4 ust. 1 Procedury Antykorupcyjnej, w szczególności związane z procedurą zamówienia publicznego (dalej: „**Konflikt Interesów**”) oraz relacją z podmiotem trzecim, biorącym udział w zamówieniu publicznym organizowanym przez Szpital lub oferującym w nim swoje produkty („**Podmiot Trzeci**”).
2. 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.
3. Pracownik zobowiązany jest przez czas pozostawania w stosunku pracy ze Szpitalem do powstrzymywania się od wszelkich czynności faktycznych i prawnych naruszających interes Szpitala.
4. W przypadku wystąpienia Konfliktu Interesów, Pracownik zobowiązany jest zgłosić go swojemu przełożonemu lub Koordynatorowi.
5. Koordynator zobowiązany jest do:
 - a. przyjęcia zgłoszenia Konfliktu Interesów,
 - b. opracowania protokołu zgłoszenia Konfliktu Interesów,
 - c. prowadzenia rejestru Konfliktu Interesów („**Rejestr Konfliktu Interesów**”), który stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Procedury.
6. Protokół Konfliktu Interesów zawiera informacje o dacie zgłoszenia, jego formie, opisie Konfliktu Interesów, osobie zgłaszającej oraz inne informacje przydatne w sprawie, a także rekomendacje Koordynatora, jeśli zostały wydane. Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z zasadami archiwizacji przyjętymi w Szpitalu.
7. Rejestr Konfliktu Interesów zawiera informacje o dacie zgłoszenia, jego formie, zwięzłym opisie Konfliktu Interesów, osobie zgłaszającej, rodzaju podjętych działań (jeśli wystąpiły), numerze Konfliktu Interesów w ujęciu rocznym. Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z zasadami archiwizacji przyjętymi w Szpitalu.
8. Na wniosek Pracownika, jego przełożonego lub innego Pracownika Szpitala, Koordynator wydaje rekomendację w sprawie Konfliktu Interesów lub środków mających zminimalizować negatywne skutki Konfliktu Interesów.

§ 6.

Poufność

1. Wszyscy Pracownicy zobowiązani są do zachowania w poufności zgłoszeń Naruszeń i Konfliktu Interesów oraz wszelkich postępowań prowadzonych na mocy niniejszej Procedury.
2. Wgląd do Rejestru Konfliktu Interesów mają wyłącznie Koordynator, Prezes Zarządu, Prokurent, Dyrektor ds. medycznych, Radca prawny Szpitala. Wgląd do Protokołu Konfliktu interesu mają wyłącznie osoba zgłaszająca, inna osoba, która została wzmiankowana w protokole, Koordynator, Prezes Zarządu, Prokurent, Dyrektor ds. medycznych, Radca prawny Szpitala.

§ 7.

Postanowienia końcowe

1. Koordynator raz w roku przeprowadza ewaluację niniejszej Procedury, w ramach której powinien:
 - a. Przeprowadzić analizę zgłoszeń i ocenić skuteczność działań naprawczych;
 - b. Przeprowadzić analizę zmian w obowiązujących przepisach prawa;
 - c. Przeprowadzić analizę ryzyka korupcyjnego.
2. Koordynator raportuje Prezesowi Zarządu wynik ewaluacji i w razie potrzeby rekomenduje wprowadzenie zmian w Procedurze.

PREZES ZARZĄDU
Marcin Misiński

2

