Zarządzenie nr 11 /2015

Dyrektora SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze

z dnia 05.05.- 2015 roku

sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Pracowników SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW i Instrukcji dotyczącej sposobu zgłaszania przez pracowników szpitala, pacjentów, oraz klientów zewnętrznych informacji o zetknięciu się w szpitalu z sytuacją o znamionach korupcji (w tym postępowania z taką informacją) i przedstawienie jej pracownikom oraz klientom zewnętrznym pacjentom i kontrahentom w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSW w Jeleniej Górze

Na podstawie Uchwały nr 37 Rady Ministrów w sprawie Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2014-2019, oraz Strategii działań antykorupcyjnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 12 lutego 2015 roku, zarządzam co następuje:

§ 1.

Wprowadzam Kodeks Etyki Pracowników SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze, stanowiący załącznik numer 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Wprowadzam i Instrukcję dotyczącą sposobu zgłaszania przez pracowników szpitala, pacjentów, oraz klientów zewnętrznych informacji o zetknięciu się w szpitalu z sytuacją o znamionach korupcji (w tym postępowania z taką informacją) i przedstawienie jej pracownikom oraz klientom zewnętrznym pacjentom i kontrahentom w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSW w Jeleniej Górze, stanowiącą załącznik numer 2 do niniejszego Zarządzenia.

§ 3.

Powołuję Zespół ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom korupcyjnym w składzie:

Lp.	Imię i Nazwisko	Komórka organizacyjna/ stanowisko
1.	Renata Ostrowska Stopczyńska	Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
2.	Bożena Ożóg	Główny Księgowy
3.	Małgorzata Mazurek	Kierownik ds. Pielęgniarstwa
4.	Jolanta Piwcewicz	Kierownik Administracyjno-Gospodarczy
5.	Stanisław Krasuski	Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością
6.	Piotr Kędziora	Koordynator Terapeutów, Terapeutów Zajęciowych i Psychologów
7.	Jadwiga Żukowska	Kierownik Oddziału Leczenia Nerwic
8.	Joanna Zamaro	Kierownik CUMiPZ „Przedwiośnie" w Kowarach
9.	Jacek Hyży	Kierownik Działu Usprawnienia Leczniczego
10.	Maria Wilas-Bąk	Kierownik Poradni Leczenia Uzależnień
11.	Irena Zagulska	Kierownik Dziennego Oddziału Psychiatrycznego
12.	Teresa Maciejewska	St. Specjalista ds. Kadr

§ 4.

1) Na Przewodniczącego Zespołu wyznaczam Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych, Panią Renatę Ostrowską Stopczyńską.

2) Na Zastępcę Przewodniczącego Zespołu wyznaczam Głównego Księgowego, Panią Bożenę Ożóg.

§ 5.

Szczegółowe zadania Zespołu zostały określone w Instrukcji, wymienionej w § 2.

§ 6. Zobowiązuję pracowników szpitala do:

1) przestrzegania zapisów dokumentów wymienionych w § 1. I § 2.,

2) informowania o każdym zaistniałym incydencie o charakterze korupcyjnym Przewodniczącego Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym w terminie określonym w Instrukcji,

3) uczestniczenia w razie zaistniałej konieczności w posiedzeniach Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym w celu zapewnienia skutecznej i obiektywnej weryfikacji zidentyfikowanego incydentu o charakterze korupcyjnym,

4) postępowania, w przypadku zaistniałej sytuacji bezwzględnie korupcyjnej zgodnie z zapisami zawartymi w Instrukcji.

§ 7.

Wykonanie Zarządzenia powierzam Zespołowi ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym, kierownikom komórek organizacyjnych i pracownikom szpitala.
§ 8.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 9. Zarządzenie podlega ogłoszeniu na internetowej stronie wewnętrznej SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze.

DYREKTOR
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Specjalistycznego MSW
w Jeleniej Górze
mgr Elżbieta Zakrzewska

Rozdzielnik:

1. Osoby wymienione w § 3. Zarządzenia
2. Internetowa strona wewnętrzna Szpitala
3. Rejestr Zarządzeń

SPECJALISTA
ds. Administracyjno-Gospodarczych
mgr Stanisław Krasuski

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ Szpitala
Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze
Nr ..... z dnia ..... 05.2015 r.

KODEKS ETYKI PRACOWNIKÓW SP ZOZ SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO MSW W JELENIEJ GÓRZE

Kodeks Etyki Pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze, zwanego w dalszej treści Zakładem, stanowi zbiór wartości i zasad, którymi kierują się pracownicy podczas wykonywania zadań służbowych w miejscu pracy, a także poza nim. Celem Kodeksu jest wsparcie pracowników w realizowaniu standardów etycznego postępowania, poprawa jakości udzielanych przez Zakład świadczeń, oraz zwiększenie zaufania pacjentów do wykwalifikowanego personelu medycznego.

Pracownicy Zakładu mają świadomość, że ich praca jest służbą publiczną, której celem nadrzędnym jest dobro każdego pacjenta. Niniejszy Kodeks wspiera i promuje postępowanie pracowników oparte na wartościach i zasadach: szacunku, godności, odpowiedzialności i uczciwości.

Pracownicy realizują swoje obowiązki w sposób nie budzący wątpliwości etycznych i zwiększający zaufanie pacjentów leczonych w Zakładzie, oraz angażują się w rozwój własnych kompetencji i wiedzy w celu jak najlepszego wykonywania obowiązków pracy.

Pracownicy mają obowiązek powiadomić na piśmie bezpośredniego przełożonego lub Dyrektora Zakładu w każdym przypadku, gdy w trakcie wykonywania obowiązków i zadań wystąpił konflikt interesów, lub gdy do takiego konfliktu może dojść, albo też mogą wystąpić inne zdarzenia, mogące doprowadzić do zakłócenia funkcjonowania Zakładu, lub naruszenia dobrego jego imienia, lub reputacji.

Pracownicy zobowiązani są do powstrzymywania się od zachowań wyrażających uprzedzenia wobec innych pracowników. W tym celu pracownicy aktywnie współpracują przy tworzeniu warunków, które gwarantują i promują poszanowanie godności wszystkich osób.

Kierownictwo Zakładu gwarantuje równe szanse, oraz wspiera rozwój zawodowy wszystkich pracowników.

Będący w opracowaniu dokument, określający zarządzanie zasobami ludzkimi, kierując się aktualnymi potrzebami Zakładu, w sposób szczegółowy sprecyzuje proces zatrudniania pracowników.

Nepotyzm, oraz wszelkie inne formy faworyzowania są zabronione podczas naboru i zatrudnienia pracowników.

W celu uniknięcia zdarzeń niepożądanych przy zatrudnianiu nowych pracowników przeprowadzona zostanie analiza zasobów ludzkich, ukierunkowana na spełnienie wymogów kwalifikacyjnych pracowników.

I. ZASADY ETYCZNEGO POSTĘPOWANIA WOBEC PACJENTÓW

1. Pracownicy wykonują swoją pracę mając zawsze na względzie szacunek i poszanowanie godności pacjentów, wykorzystując w maksymalnym stopniu swoją wiedzę i umiejętności.

2. Podczas realizowania określonego świadczenia medycznego pracownicy zgodnie z kompetencjami zawodowymi, wynikającymi z odrębnych przepisów mają obowiązek udzielenia pacjentowi i osobie przez niego upoważnionej wyczerpujących informacji, które mogą mieć wpływ na podjętą przez chorego decyzję i wyrażenie zgody na proponowaną procedurę terapeutyczną.

3. W bezpośrednich kontaktach z pacjentami, pracownicy Zakładu są: taktowni, uprzejmi, życzliwi i dbający o odpowiednią i rzetelną obsługę pacjenta, starający się pomóc w szybkim i sprawnym powrocie do zdrowia.

4. Respektują prawo pacjenta do intymności i godności osobistej.

5. Okazują pacjentowi należny szacunek i nie nadużywają jego zaufania.

6. Przestrzegają praw pacjenta na podstawie ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta, ustawy O ochronie zdrowia psychicznego oraz innych przepisów prawnych.

7. Z kulturą i cierpliwością informują pacjentów o prawach i obowiązkach pacjentów przebywających w danym oddziale lub poradni, zgodnie z obowiązującymi prawnymi uregulowaniami wewnętrznymi.

8. W Zakładzie obowiązuje i jest przestrzegana „Instrukcja dotycząca sposobu zgłaszania przez pracowników, oraz pacjentów informacji o zetknięciu się z sytuacją o znamionach korupcji (w tym również zasady postępowania z taką informacją).

II. ZASADY ETYCZNEGO POSTĘPOWANIA WOBEC WSPÓŁPRACOWNIKÓW

1. Pracownicy przestrzegają ustaleń Kodeksu Etyki i kierują się jego zasadami w bieżącym postępowaniu.

2. Na co dzień pracownicy prezentują w Zakładzie postawę koleżeńską i bezkonfliktową.

3. Swoją lojalną postawą osobistą, zawodową i społeczną pracownicy tworzą kulturę organizacyjną Zakładu.

4. Pełnieniu obowiązków kierowniczych towarzyszy poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy podwładnych.

5. Kierownicy przekazują podwładnym wiedzę i umiejętności zawodowe, oraz wzorce kulturowe i poszanowania człowieka.

6. Pracownicy odnoszą się z szacunkiem do swoich zwierzchników i podwładnych.

7. Pracownicy nie powielają niesprawdzonych i zasłyszanych informacji na temat koleżanek i kolegów.

8. Pracownicy dbają o schludny ubiór i wygląd w miejscu pracy.

9.Pracownicy w sposób wszechstronny i odpowiedzialny współpracują z innymi pracownikami w celu wykonywania obowiązków zawodowych, oraz dążą do usprawnienia funkcjonowania Zakładu i poprawy efektywności podejmowanych działań.

10. Pracownicy nie upowszechniają informacji uzyskanych w toku czynności służbowych w sposób mogący wyrządzić szkodę zakładowi.

III. ZADANIA I ZAKRES PRACY ZESPOŁU DS. ETYKI

Zarządzeniem nr 18/2013 Dyrektora SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW z dnia 14 października 2013 roku powołany został Zespół ds. Etyki. W zarządzeniu szczegółowo zostały określone zadania Zespołu ds. Etyki. W zakresie wynikającym z niniejszego Kodeksu do zadań Zespołu należy:

1. Przyjmowanie wniosków z analizy ankiet badania satysfakcji pacjenta. Wnioski z przeprowadzonej analizy są sporządzane w formie raportu i przedstawiane Kierownikowi Zakładu dwa razy w roku, w okresie jednego miesiąca po zakończeniu każdego półrocza.
2. Przyjmowanie wniosków z analizy ankiet badania satysfakcji zawodowej kierowników i pracowników. Wnioski z przeprowadzonej analizy są sporządzane w formie raportu i przedstawiane Kierownikowi Zakładu jeden raz w roku, w okresie jednego miesiąca po zakończeniu danego roku.

a) Badania ankietowe zapewniają pełną anonimowość pracownikom i są przeprowadzane w okresie od 1 do 31 grudnia danego roku w formie ankiety zamieszczonej na wewnętrznej stronie internetowej Zakładu.

b) Analiza wniosków z badania satysfakcji zawodowej pracowników i kierowników jest przeprowadzana przez Zespół ds. Etyki w terminie do końca I kwartału danego roku za rok poprzedni.

IV. PRZEGLĄD I MONITORING KODEKSU ETYCZNEGO

1. Celem Kodeksu jest zapewnienie przestrzegania zasad etycznego postępowania podczas wykonywania obowiązków pracowniczych.

2. Kodeks Etyki podlega corocznemu przeglądowi, oraz stałemu monitoringowi przez pracowników Zakładu.

3. Z Kodeksem Etyki mają obowiązek zapoznać się wszyscy pracownicy Zakładu. Oświadczenie o zapoznaniu się pracownika z Kodeksem dołącza się do jego akt osobowych.

V. USTALENIA KOŃCOWE

1. Kodeks Etyki jest zamieszczony na stronie internetowej Zakładu.

2. Wszyscy pracownicy uprawnieni są do składania uwag dotyczących Kodeksu Etyki do Dyrektora Zakładu lub Zespołu ds. Etyki.

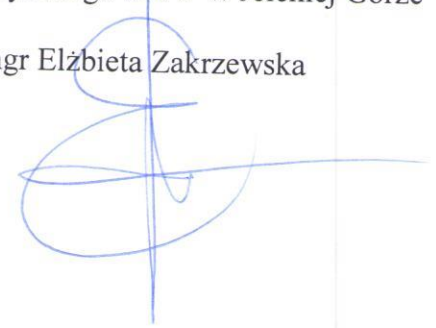
3. Wnioski należy składać do Sekretariatu.

4. Zespół ds. Etyki rozpatruje wnioski w terminie 30 dni od daty wpłynięcia i w formie raportu przekazuje do Dyrektora Zakładu.

5. Kodeks znajduje się u Pełnomocnika ds. SZJ, który odpowiada również za nanoszenie zmian w Kodeksie.

Dyrektor SPZOZ Szpitala
Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze

mgr Elżbieta Zakrzewska



ZAŁĄCZNIK NR 2 do Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Jeleniej Górze Nr ..... z dnia ..... 05.2015 r.

INSTRUKCJA

DOTYCZĄCA SPOSOBU ZGŁASZANIA PRZEZ PRACOWNIKÓW SZPITALA, PACJENTÓW ORAZ KLIENTÓW ZEWNĘTRZNYCH INFORMACJI O ZETKNIĘCIU SIĘ W SZPITALU Z SYTUACJĄ O ZNAMIONACH KORUPCJI (W TYM POSTĘPOWANIA Z TAKĄ INFORMACJĄ), I PRZEDSTAWIENIE JEJ PRACOWNIKOM ORAZ KLIENTOM ZEWNĘTRZNYM – PACJENTOM i KONTRAHENTOM W SP ZOZ SZPITALU SPECJALISTYCZNYM MSW W JELENIEJ GÓRZE

Rozdział I

Przepisy ogólne

§ 1. Niniejsza instrukcja określa:

1) Zasady dokonywania zgłoszeń incydentów o charakterze korupcyjnym w szpitalu,
2) Zasady zgłaszania incydentów o charakterze korupcyjnym przez pacjentów, kontrahentów,
3) Zasady postepowania ze zgłoszonymi incydentami o charakterze korupcyjnym,
4) Zasady postepowania pracowników szpitala w sytuacji bezwzględnej korupcji,
5) Osoby odpowiedzialne za postepowanie ze zgłoszeniem incydentu o charakterze korupcyjnym

§ 2. Celem niniejszej instrukcji jest zapewnienie skutecznego zarządzania – postępowania z identyfikowanymi niezgodnościami, które stanowią w myśl instrukcji incydenty o charakterze korupcyjnym.

§ 3. Ilekroć w niniejszej Instrukcji jest mowa o:

1) Korupcji – należy przez to rozumieć działanie lub zaniechanie działania, jak również obietnicę takiego postępowania w celu uzyskania nienależnej korzyści przekazanej, obiecanej lub domniemanej, zarówno materialnej, jak i niematerialnej, w sposób bezpośredni lub pośredni.
2) Incydencie o charakterze korupcyjnym – należy przez to rozumieć każdą niezgodność, w wyniku której doszło do podejrzenia naruszenia lub naruszenia przepisu prawa lub zapisów zawartych w regulacjach wewnętrznych, mająca znamiona nadużycia funkcji, prowadząca do uzyskania nienależnych korzyści majątkowych lub osobistych.
3) Niezgodności – należy przez to rozumieć niespełnienie wymagania.

Rozdział II

Odpowiedzialności

§ 4. Przewodniczący Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym odpowiada w szczególności za:

1) przyjmowanie zgłoszeń incydentów o charakterze korupcyjnym,
2) prowadzenie rejestru zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym
3) weryfikację zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym,
4) zwoływanie posiedzeń Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym,

5) przedstawianie raportu z posiedzenia Zespołu Dyrektorowi szpitala.

§ 5. Zespół ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym odpowiada w szczególności za:

1) analizę zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym,
2) określenie sposobu postepowania ze zgłoszonym incydentem o charakterze korupcyjnym,
3) opracowanie raportu z posiedzenia Zespołu, zawierającego propozycję postępowania z incydentem o charakterze korupcyjnym.

§ 6. Dyrektor szpitala odpowiada w szczególności za:

1) zatwierdzenie raportu z posiedzenia Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym, zawierającego propozycje postępowania z incydentem o charakterze korupcyjnym,
2) współdziałanie z Przewodniczącym Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym w zakresie podjęcia decyzji, co do sposobu postępowania z incydentem o charakterze korupcyjnym,
3) powiadomienie organów ścigania o wystąpieniu incydentu o charakterze korupcyjnym, jeśli nosi on znamiona przestępstwa ściganego z urzędu.

§ 7. Wszyscy pracownicy szpitala odpowiadają za przestrzeganie ustaleń i realizacje zadań określonych w niniejszej instrukcji.

Rozdział III

Zgłaszanie wystąpienia incydentów o charakterze korupcyjnym w szpitalu

§ 8. Każdy pracownik szpitala ma obowiązek zgłosić wystąpienie incydentu o charakterze korupcyjnym, czyli każdego zdarzenia zgodnego z definicją, które jego zdaniem może mieć wpływ na realizację celów i zadań szpitala.

§ 9. 1. Zgłoszenie wystąpienia incydentu o charakterze korupcyjnym musi nastąpić nie później niż 24 godziny po zidentyfikowaniu zdarzenia, lub powzięciu informacji o zajściu takiego zdarzenia.

2. Sytuacje wystąpienia incydentów o charakterze korupcyjnym w szpitalu zgłaszane są do Przewodniczącego Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym drogą elektroniczną.

3. Zgłoszenie wystąpienia incydentu o charakterze korupcyjnym powinno zawierać następujące informacje:

1) dane personalne osoby zgłaszającej,

2) dane personalne osoby, której dotyczy zgłoszenie,

3) opis wystąpienia incydentu o charakterze korupcyjnym,

4) lokalizacje incydentu o charakterze korupcyjnym, t. wskazanie komórki organizacyjnej lub stanowiska pracy.

§ 10. 1. Zgłoszone incydenty o charakterze korupcyjnym, po weryfikacji przez Przewodniczącego Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym są umieszczane w Rejestrze zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym.

2. Rejestracji podlegają również incydenty o charakterze korupcyjnym, zidentyfikowane w trakcie procesu zarzadzania ryzykiem.

3. Rejestr zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym jest przechowywany u Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością. Dostęp do rejestr maja członkowie Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym, Dyrektor szpitala, oraz Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością. Wzór rejestru stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Instrukcji.

Rozdział IV

Zgłoszenia wystąpienia incydentów o charakterze korupcyjnym przez kontrahentów szpitala

§ 11. Kontrahenci szpitala mają możliwość zgłoszenia wystąpienia incydentu o charakterze korupcyjnym za pomocą:

1) przesyłki wysłanej na adres szpitala za pośrednictwem poczty tradycyjnej,
2) przesyłki złożonej e sekretariacie szpitala,
3) poczty elektronicznej na adres elektroniczny szpitala: sekretariat@szpitalmsw.net

§ 12. 1. Zgłoszenie wystąpienia incydentu o charakterze korupcyjnym z zewnątrz szpitala powinno zawierać takie same dane jak zgłoszenie określone w § 9 punkt 3.

2. Przesyłka ze zgłoszeniem wystąpienia incydentu o charakterze korupcyjnym powinna zawierać dopisek: „Zespół ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym". Przesyłka ta nie podlega otwarciu w sekretariacie szpitala i po zarejestrowaniu w dzienniku korespondencyjnym powinna trafić do Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością, który przekazuje ją bezpośrednio do Przewodniczącego Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym.

§ 13. Zgłoszone incydenty o charakterze korupcyjnym po weryfikacji przez Przewodniczącego Zespołu umieszczane są przez Pełnomocnika ds. Zarzadzania Jakością w Rejestrze zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym.

§ 14. W przypadku złożenia skargi zawierającej informację o incydencie o charakterze korupcyjnym, odnoszącą się do działań szpitala, należy z nią postępować zgodnie z zasadami w sprawie przyjmowania, przekazywania, rozpatrywania i załatwiania skarg, wniosków w szpitalu, z uwzględnieniem treści określonych w § 9 niniejszej instrukcji.

§ 15. Na stronie internetowej szpitala zamieszczono informację o wymaganiach, jakie powinno zawierać zgłoszenie identyfikujące incydent o charakterze korupcyjnym, tak, aby zgodnie z procedurami wewnętrznymi szpitala zostało ono rozpatrzone.

Rozdział V

Obsługa incydentu o charakterze korupcyjnym

§ 16. Po dokonaniu wpisu do rejestr zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym, Przewodniczący Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym informuje wszystkich członków Zespołu oraz Pełnomocnika ds. Zarzadzania Jakością o zwołaniu posiedzenia Zespołu, wskazując najbliższy, możliwy termin i miejsce posiedzenia Zespołu, nie później niż w przeciągu 5 dni roboczych.

§ 17. Zespół ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym, po analizie zgłoszenia podejmuje decyzje, w której stwierdza, że:

1) zgłoszenie jest incydentem o charakterze korupcyjnym, planując sposób postępowania z nim,
2) zgłoszenie nie jest incydentem o charakterze korupcyjnym, w tym wypadku kończy dalsze postepowanie.

§ 18. W każdym przypadku w sytuacji gdy są wątpliwości co do postępowania ze zgłoszeniem, Przewodniczący Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom korupcyjnym konsultuje się z Dyrektorem szpitala.

§ 19. W przypadku, gdy w wyniku zgłoszenia incydentu o charakterze korupcyjnym konieczny jest kontakt z osobami spoza szpitala, decyzję o konieczności, formie i zakresie kontaktu podejmuje Przewodniczący Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym, po wcześniejszym ustaleniu szczegółów z Dyrektorem szpitala.

§ 20. Prace z posiedzenia Zespołu są dokumentowane w postaci Raportu, który powinien zawierać:

1) informacje o zgromadzonych dowodach,
2) dowody, jeśli jest możliwe ich gromadzenie,
3) ocenę zgromadzonych dowodów
4) ostateczną decyzję Zespołu, odnosząca się do zasadności zgłoszonego incydentu o charakterze korupcyjnym.

Wzór Raportu stanowi załącznik nr 2 do niniejszej instrukcji.

§ 21. 1. Raport z posiedzenia Zespołu jest przedstawiany przez Przewodniczącego Zespołu Dyrektorowi szpitala i ma charakter poufny.

2. Dyrektor szpitala zatwierdza Raport z posiedzenia Zespołu, lub nakazuje wprowadzić zmiany w jego treści.

§ 22. W przypadku, gdy zgłoszenie zostało zakwalifikowane jako incydent o charakterze korupcyjnym, będący przestępstwem ściganym z urzędu, Dyrektor szpitala niezwłoczne powiadamia organy ścigania.

§ 23. Termin rozpatrzenia zgłoszenia incydentu o charakterze korupcyjnym powinien być zgodny z przepisami KPA, jednak nie dłuższy niż 14 dni.

Rozdział VI

Analiza incydentów o charakterze korupcyjnym i działania doskonalące

§ 24. Dyrektor Szpitala, Przewodniczący Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym oraz właściciel procesu, w którym pojawił się incydent o charakterze korupcyjnym wspólnie podejmują działania pozwalające na zminimalizowanie skutku wystąpienia incydentu i eliminację jego przyczyny.

§ 25. 1. Przewodniczący Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym rekomenduje działania korygujące Dyrektorowi szpitala, mające na celu wyeliminowanie przyczyn powstawania incydentu o charakterze korupcyjnym.

2. Po zatwierdzeniu planu działań korygujących przez Dyrektora szpitala, plan ten przekazywany jest do realizacji właścicielowi procesu.

§ 26. 1. Zespół ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym analizuje zapisy zamieszczone w rejestrze zgłoszonych incydentów o charakterze korupcyjnym przynajmniej raz na rok, najpóźniej do końca marca. Wnioski przechowywane są w formie notatki z analizy incydentów o charakterze korupcyjnym.

2. Na podstawie dokonanej analizy Zespół planuje działania doskonalące, mające na celu wykluczenie możliwości wystąpienia podobnych incydentów w przyszłości.

Rozdział VII

Postępowanie pracownika szpitala w sytuacji bezwzględnie korupcyjnej

§ 27. 1. W razie jednoznacznego zachowania kontrahenta, wskazującego na zamiar wręczenia korzyści majątkowej, pracownik szpitala powinien traktować tę sytuacje jako fakt zaistnienia przestępstwa korupcyjnego.

2. W opisanej sytuacji pracownik szpitala powinien podjąć niżej wymienione czynności:

1) nie może przyjmować nienależnej korzyści majątkowej lub osobistej,

2) powinien poinformować kontrahenta szpitala o domniemaniu popełnienia przez kontrahenta przestępstwa łapownictwa,

3) powinien niezwłocznie powiadomić o zaistniałej sytuacji bezpośredniego przełożonego,

4) pracownik (w przypadku niemożności natychmiastowego poinformowania bezpośredniego przełożonego), lub jego bezpośredni przełożony niezwłocznie powiadamia o zdarzeniu organy ścigania,

5) w przypadku, gdy nastąpiła próba wręczenia nienależnej korzyści, pracownik wstępnie zabezpiecza miejsce przestępstwa (np. poprzez zamknięcie pomieszczenia) i dowody przestępstwa w sposób uniemożliwiający zatarcie ewentualnych śladów, np. linii papilarnych, w miarę możliwości używa rękawiczek, albo innych zabezpieczeń przed utratą śladów,

6) w trakcie czynności funkcjonariusza organu pracownik pozostaje do jego dyspozycji, celem poddania się czynnościom procesowym (np. złożenie zeznań w charakterze świadka).

7) incydent ten zgłaszany jest także do Przewodniczącego Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym w celu odnotowania go w Rejestrze incydentów o charakterze korupcyjnym.

§ 28. Pracownikowi nie wolno:

1) zachowywać się względem kontrahenta w sposób dający podstawę do uznania tego zachowania za prowokację, nakłanianie lub namawianie do wręczenia nienależnej korzyści,
2) pozostawiać przekazanych banknotów lub przedmiotów poza swoją kontrolą lub w zasięgu osób postronnych, ani chować ich w sposób mogący nasuwać podejrzenie, że korzyść majątkowa została przyjęta, opuszczać pomieszczenia służbowego, pozostawiając w nim osobę zatrzymaną bez dozoru, podejmować dyskusji, tłumaczyć zaistniałych zdarzeń, wyjaśniać swoich decyzji dotyczących dalszego postępowania.

Rozdział VIII

Postanowienia końcowe

§ 29. Pracownik nie ponosi konsekwencji służbowych z powodu zgłoszenia incydentu o charakterze korupcyjnym, o ile zawiera ono prawdziwe informacje.

§ 30. Niniejsza instrukcja podlega przeglądowi i weryfikacji przez Zespół ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym, które dokonywane są co najmniej raz do roku, we współpracy z komórkami organizacyjnymi szpitala.

§ 31. 1. Zapisy powstające w wyniku prac Zespołu ds. Przeciwdziałania zagrożeniom Korupcyjnym są traktowane jako dokumenty do użytku wewnętrznego Zespołu. Przechowywane są one w formie papierowej u Pełnomocnika ds. Zarzadzania Jakością.

2. Archiwizacja zapisów z prac Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym prowadzona jest zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną.

Dyrektor SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW
w Jeleniej Górze

mgr Elżbieta Zakrzewska

Załącznik nr 1 do Instrukcji

DOTYCZĄCEJ SPOSOBU ZGŁASZANIA PRZEZ PRACOWNIKÓW SZPITALA, PACJENTÓW ORAZ KLIENTÓW ZEWNĘTRZNYCH INFORMACJI O ZETKNIĘCIU SIĘ W SZPITALU Z SYTUACJĄ O ZNAMIONACH KORUPCJI (W TYM POSTĘPOWANIA) Z TAKĄ INFORMACJĄ) I PRZEDSTAWIENIE JEJ PRACOWNIKOM ORAZ KLIENTOM ZEWNĘTRZNYM – PACJENTOM i KONTRAHENTOM W SP ZOZ SZPITALU SPECJALISTYCZNYM MSW W JELENIEJ GÓRZE

WZÓR REJESTRU ZGŁASZANYCH INCYDENTÓW O CHARAKTERZE KORUPCYJNYM

Nr	Data	Forma zgłoszenia	Osoba zgłaszająca	Kogo dotyczy zgłoszenie	Opis zgłoszenia	Status	Nr raportu	Data zatwierdzenia raportu	Sposób postepowania

Załącznik nr 2 do ***INSTRUKCJI***

DOTYCZĄCEJ SPOSOBU ZGŁASZANIA PRZEZ PRACOWNIKÓW SZPITALA, PACJENTÓW ORAZ KLIENTÓW ZEWNĘTRZNYCH INFORMACJI O ZETKNIĘCIU SIĘ W SZPITALU Z SYTUACJĄ O ZNAMIONACH KORUPCJI (W TYM POSTĘPOWANIA) Z TAKĄ INFORMACJĄ) I PRZEDSTAWIENIE JEJ PRACOWNIKOM ORAZ KLIENTOM ZEWNĘTRZNYM – PACJENTOM i KONTRAHENTOM W SP ZOZ SZPITALU SPECJALISTYCZNYM MSW W JELENIEJ GÓRZE

Wzór raportu z posiedzenia Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym

Raport z posiedzenia Zespołu ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym	
Data posiedzenia	Skład Zespołu na posiedzeniu: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.
Numer zgłoszenia	Opis zgłoszenia
Wykaz zgromadzonych dowodów	Informacja o zgromadzonych dowodach
Ocena incydentu	Decyzja Zespołu
Sporządził:	Podpisy członków Zespołu biorących udział w posiedzeniu: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

Decyzja Dyrektora Szpitala	
Zatwierdził:	Data: Podpis: