

STANDARD DLA IMPLEMENTACJI SYSTEMU COMPLIANCE W JEDNOSTCE OCHRONY ZDROWIA
WERSJA – LUTY 2015

Spis treści

1.	Wprowadzenie	3
2.	Zakres stosowania	5
3.	Terminy i definicje	6
4.	Metodologia	8
5.	Zarządzanie ryzykiem etyczno-prawnym. Planowanie systemu compliance	9
5.1.	Uwagi ogólne.....	9
5.2.	Wytyczne normatywne	10
	Załącznik. Regulacje ustawowe i branżowe.....	11
5.3.	Program etyczny.....	13
5.4.	Określenie grup interesariuszy.....	14
5.5.	System compliance.....	15
6.	Wdrażanie systemu compliance.....	16
6.1.	Profilaktyka	16
6.1.1.	Analiza zagrożeń.....	17
6.1.2.	Standardy, procedury i mechanizmy.....	18
	6.1.2.1. Kodeks etyczny szpitala	19
	6.1.2.2. Polityka antykorupcyjna.....	20
	6.1.2.3. Zarządzanie konfliktem interesów	21
6.1.3.	Przywództwo i kultura compliance	22
6.1.4.	Dobór kadr i eliminowanie negatywnych zachowań	23
6.1.5.	Szkolenia i komunikacja	24
6.2.	Wykrywanie i polityka ujawniania nadużyć	25
6.3.	Reakcja	26
7.	Monitoring i ocena efektywności systemu.....	27

1. Wprowadzenie

Utrzymywanie wysokich standardów etycznych w życiu zawodowym i w sferze zarządzania instytucją jest nie tylko kwestią dobrych obyczajów czy oczekiwań społecznych. To w coraz większym stopniu niezbędny warunek funkcjonowania placówki ochrony zdrowia, a jednocześnie sposób minimalizowania strat wynikających z naruszania różnego rodzaju norm i powinności.

Tradycyjne ujęcia rzetelności zawodowej w służbie zdrowia oscylują wokół standardów zdefiniowanych w kodeksach etyki zawodowej. Zazwyczaj też dotyczą procesu terapeutycznego

Aktywność lekarza, obarczona jak żadna inna ciężarem misji i służby, zostaje wpisana w porządek instytucjonalnych rozwiązań, zasad finansowania i zarządzania placówką opieki medycznej. Zakres odpowiedzialności lekarza zostaje w konsekwencji rozszerzony. Do wynikającej z powinności zawodowej należytej staranności w całokształcie leczenia i opieki nad pacjentem dodana jest w wielu przypadkach odpowiedzialność przypisana z definicji funkcjonariuszowi publicznemu. Stawia to służbę zdrowia przed koniecznością budowania zaufania nie tylko w relacji pacjent–lekarz, ale również zaufania instytucjonalnego, czyli powszechnego przekonania, że dana instytucja publiczna jest zarządzana w najlepiej pojętym interesie beneficjentów jej usług. Wdrożenie skutecznego mechanizmu eliminacji zagrożeń związanych z szeroko pojętą korupcją w systemie ochrony zdrowia (m.in. przez ustanowienie i wdrożenie standardów etycznych w placówce leczniczej) z pewnością przyczyni się ograniczenia zagrożenia w tej dziedzinie występującego w placówce medycznej.

Zagrożenia

Zwalczanie przestępstw korupcyjnych w obrocie gospodarczym stanowi jedno z głównych zadań, jakie postawiono przed organami ścigania w Polsce. Także wykrywalność tego typu przestępstw stale wzrasta. O ile w 2003 roku wykryto 3,5 tysiąca przestępstw korupcyjnych, o tyle w 2012 już trzykrotnie więcej – blisko 10,8 tysiąca.

W 2012 roku policja wszczęła 5517 postępowań przygotowawczych w sprawach o przestępstwa korupcyjne, co stanowi spadek w porównaniu z 2011 rokiem o 2,4% (5652). W tym samym okresie odnotowano 10 805 stwierdzonych przestępstw korupcyjnych, co oznacza spadek w stosunku do

2011 roku o 11,4% (12 192). Należy podkreślić, że od 2000 do 2010 roku widoczna była tendencja wzrostowa liczby stwierdzonych przestępstw korupcyjnych. Natomiast od 2011 roku odnotowuje się niewielki, ale systematyczny spadek tego rodzaju przestępstw. CBA w 2012 roku wszczęło 113 postępowań przygotowawczych w sprawach korupcyjnych (w 2011 roku było ich 188, a w 2010 – 166). Dodatkową walkę ze zjawiskami korupcyjnymi prowadziły także ABW i prokuratura. W 2012 roku ABW prowadziła 43 śledztwa dotyczące korupcji (62 w 2011 roku), co stanowi spadek o 30,7%. W powszechnych jednostkach organizacyjnych prokuratury w 2012 roku łącznie zakończono 2053 postępowania.

Ogólną ocenę zagrożeń związanych ze zjawiskiem korupcji w danym kraju w sposób obiektywny ocenia Indeks Percepcji Korupcji (Corruption Perception Index – CPI) organizacji Transparency International. Przygotowywany rokrocznie indeks jest czołowym wyznacznikiem percepcji korupcji w sektorze publicznym. W CPI 2013 Polska uzyskała 60 punktów (w 2012 roku – 58) i została sklasyfikowana na 38. miejscu (w 2012 roku była 41.). Nasz kraj systematycznie poprawia swoją pozycję wśród krajów, w których zjawisko korupcji jest eliminowane z życia publicznego. Za Polską znalazły się m.in. Hiszpania (40. miejsce), Litwa (43.), Węgry (47.), Łotwa (49.), Czechy (57.). Dla porównania: Estonia z 68 punktami jest na 28. miejscu.

Poważnym zagrożeniem dla funkcjonowania jednostek leczniczych poza zjawiskiem korupcji są także roszczenia pacjentów. Są oni z roku na rok bardziej świadomi błędów popełnianych przez placówki medyczne oraz funkcjonujący w nich personel i z coraz większą determinacją egzekwują swoje roszczenia.

Zakres odpowiedzialności placówki oraz wykonującego usługi medyczne personelu jest bardzo szeroki i dotyczy nie tylko źle przeprowadzonej terapii czy zabiegu medycznego, ale także błędów w procesie diagnostycznym czy też ewentualnych zakażeń.

Istotna jest również narastająca skala zjawiska. W 1991 roku do sądów trafiło 260 pozwów, z czego 80 uznano za zasadne. Z kolei w latach 2011–2012 wniesiono odpowiednio 613 i 773 pozwy o odszkodowanie, nie licząc spraw, które zostały przekazane do rozstrzygnięcia wojewódzkim

komisjom orzekającym o zdarzeniu medycznym. Zasądzone kwoty różnią się w zależności od skali problemu, stopnia winy sprawców oraz ewentualnych prognoz dotyczących poprawy zdrowia wnoszących skargi. Istotny jest roczny przyrost wytaczanych spraw o około 15%. Szacuje się bowiem, że około 30–40 tysięcy wykonywanych procedur medycznych może być podstawą wytoczenia roszczenia odszkodowawczego.

Tendencje

W instytucjach publicznych idea compliance jest zjawiskiem nowym. Korzystne podłoże dla jej rozwoju przygotowuje tzw. nowe podejście do zarządzania sektorem publicznym, wzorowane na sprawdzonych praktykach zarządzania w sektorze prywatnym. Jednym z elementów nowego podejścia jest definiowanie instytucji publicznej, np. szpitala, jako organizacji uczącej się, czyli otwartej na wszelkie inicjatywy mogące usprawnić jej funkcjonowanie. Dbałość o politykę jakościową jest zazwyczaj elementem samoregulacji. W publicznych zakładach opieki zdrowotnej w zasadzie nie spotyka się form raportowania społecznego czy audytu etycznego. Nadzór nad kwestiami jakościowymi sprawuje Ministerstwo Zdrowia. Jednym z sugerowanych

narzędzi jest akredytacja, czyli dobrowolna ocena zgodności działań z uznanymi wcześniej bądź obowiązującymi standardami. W Polsce praktykę tę realizuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia powołane na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1994 roku. Elementem akredytacji szpitala jest ocena sfery organizacji i zarządzania, w tym m.in. relacje między osobami pełniącymi funkcje kierownicze, ich współdziałanie w zakresie kształtowania jakości i kosztów szpitala

Konkluzje

Nowe trendy zmuszają do skutecznego zarządzania zarówno kapitałem ekonomicznym, jak i społecznym. W tym kontekście zarządzanie ryzykiem reputacyjnym jest równie ważne jak zarządzanie ryzykiem finansowym. Wszystkie te elementy uwidaczniają konieczność dodania do kanonu etyki zawodowej lekarza regulacji i standardów etycznych funkcjonujących w świecie biznesu.

Ważna jest świadomość, że stosowanie norm etycznych można skutecznie kształtować, traktując je jako jeden z elementów zarządzania instytucją. Jest to połączenie działań prewencyjnych ze świadomą polityką jakościową.

2. Zakres stosowania

Niniejszy zestaw wytycznych przeznaczony jest do wykorzystania w jednostkach ochrony zdrowia jako element systemu zarządzania ryzykiem związanym z naruszeniem powszechnie obowiązujących norm prawnych, a także innych reguł rzetelności w sferze zawodowej i obrocie gospodarczym.

Może być też traktowany jako samodzielny system monitorowania i niwelowania ryzyka reputacyjnego, a także jako składowa procesu akredytacji dla jednostek systemu ochrony zdrowia.

Należy podkreślić, że zaproponowane dokumenty mają charakter modułowy, tym samym zainteresowana jednostka będzie posiadała pełną dowolność co do zakresu i czasu wdrożenia zaproponowanych rozwiązań. Poszczególne elementy zaaprobowane przez autorów dokumentu stanowią niezależnie propozycje rozwiązań, a tym samym mogą zostać zaimplementowane w sposób kompleksowy lub też w dowolnej konfiguracji.

3. Terminy i definicje

Compliance – system działań i regulacji, których celem jest zminimalizowanie ryzyka wystąpienia w organizacji nieprawidłowości polegających na naruszaniu norm prawnych oraz ogólnie przyjętych standardów etyczno-moralnych.

Etyczna substancja organizacji – stopień, w jakim organizacja stymuluje i wspomaga personel w działaniach na miarę oczekiwanych standardów etycznych. To, co organizacja dodaje do intencji, intuicji i umiejętności pracowników, aby zapewnić moralną jakość bodźców/hamulców etycznego/nieetycznego postępowania oraz spełnianie uzasadnionych oczekiwań interesariuszy i odpowiedzialne równoważenie konfliktów.

Program etyczny – zbiór narzędzi służących wprowadzaniu i utrwalaniu etycznej substancji organizacji. Do składowych programu etycznego zalicza się najczęściej: kodeks etyczny, procedury zarządzania w sytuacji konfliktu interesów oraz ujawniania nadużyć, elementy audytu etycznego, szkolenia itp.

Konflikt interesów – sytuacja, w której osoba (lub organizacja) zobowiązana jest do podwójnej lojalności, tzn. gdy jej interes (własny lub podmiotu, wobec którego ma zobowiązania) jest lub może być nie do pogodzenia z interesem innego podmiotu, wobec którego także powinna być lojalna.

Kodeks etyki – usystematyzowany zbiór wartości i norm postępowania odnoszący się do różnych podmiotów w obrębie organizacji; określa zachowania, jakie uważa się za właściwe w kontekście realizacji misji organizacji oraz ochrony dóbr członków organizacji.

Interesariusze – osoby, grupy społeczne i instytucje, które mają jakikolwiek wpływ na organizację, oraz te, które są pod pośrednim lub bezpośrednim wpływem organizacji.

Pracownik jednostki medycznej – osoba uprawniona do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej samodzielnie lub też we współpracy z innymi osobami zatrudniona w jednostce leczniczej lub wykonująca na rzecz tej jednostki usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Funkcjonariusz publiczny – każda osoba zatrudniona w jednostce organizacyjnej dysponującej środkami publicznymi, chyba że wykonuje wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba, której uprawnienia i obowiązki w zakresie działalności publicznej są określone lub uznane przez ustawę lub wiążącą RP umowę międzynarodową¹.

Korupcja – w świetle przepisów art. 1 ust. 3a ustawy o CBA to czyn:

- „1) polegający na obiecywaniu, proponowaniu lub wręczaniu przez jakąkolwiek osobę, bezpośrednio lub pośrednio, jakichkolwiek nienależnych korzyści osobie pełniącej funkcję publiczną dla niej samej lub dla jakiegokolwiek innej osoby, w zamian za działanie lub zaniechanie działania w wykonywaniu jej funkcji;
- 2) polegający na żądaniu lub przyjmowaniu przez osobę pełniącą funkcję publiczną

¹ Patrz: http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336149_funkcjonariusz_publiczny.html z 17.12.2011.

W kontekście ochrony zdrowia funkcjonariuszami publicznymi są: **Zatrudnieni w ZOZ-ach** – dotyczy: dyrektorów szpitali i ich zastępców, ordynatorów, osób wykonujących czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, lekarzy, którzy wystawiają recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne podlegające refundacji, udzielają jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Konsultanci krajowi – dotyczy: prognozowania potrzeb zdrowotnych populacji w reprezentowanej dziedzinie, opiniowania projektów aktów prawnych, doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów polityki zdrowotnej, opiniowania wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych za granicą.

Konsultanci wojewódzcy – dotyczy: udziału w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej, doradztwa w zakresie metod leczenia.

Członkowie zespołów oraz grup doradczych powołanych przez Ministra Zdrowia w celu opracowania programów polityki zdrowotnej.

bezpośrednio, lub pośrednio, jakichkolwiek nienależnych korzyści, dla niej samej lub dla jakiegokolwiek innej osoby, lub przyjmowaniu propozycji lub obietnicy takich korzyści, w zamian za działanie lub zaniechanie działania w wykonywaniu jej funkcji;

3) popełniany w toku działalności gospodarczej, obejmującej realizację zobowiązań względem władzy (instytucji) publicznej, polegający na obiecywaniu, proponowaniu lub wręczaniu, bezpośrednio lub pośrednio, osobie kierującej jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych lub pracującą w jakimkolwiek charakterze na rzecz takiej jednostki, jakichkolwiek nienależnych korzyści, dla niej samej lub na rzecz jakiegokolwiek innej osoby, w zamian za działanie lub

zaniechanie działania, które narusza jej obowiązki i stanowi społecznie szkodliwe odwzajemnienie;

4) popełniany w toku działalności gospodarczej obejmującej realizację zobowiązań względem władzy (instytucji) publicznej, polegający na żądaniu lub przyjmowaniu bezpośrednio lub pośrednio przez osobę kierującą jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych lub pracującą w jakimkolwiek charakterze na rzecz takiej jednostki, jakichkolwiek nienależnych korzyści lub przyjmowaniu propozycji lub obietnicy takich korzyści dla niej samej lub dla jakiegokolwiek innej osoby, w zamian za działanie lub zaniechanie działania, które narusza jej obowiązki i stanowi społecznie szkodliwe odwzajemnienie”.

4. Metodologia

Metoda stosowana w niniejszym przewodniku bezpośrednio nawiązuje do uproszczonej wersji cyklu Deminga odnośnie do zarządzania zmianą. Cykl opiera się na czterech powtarzających się elementach: **planowaniu, wdrożeniu, kontroli i poprawie**.

Przewodnik jest teoretycznie oparty na zasadach Deminga dotyczących polityki zarządzania jakością w organizacji. Zostały one sprofilowane na użytek instytucji publicznej z uwzględnieniem specyfiki jednostki ochrony zdrowia. Są to:

- Określenie stałych celów dotyczących zarządzania substancją etyczną szpitala (niezależnych od celów doraźnych).
- Zastosowanie nowej filozofii wobec obecności standardów etyczno-prawnych (myślenie procesem).

- Budowanie relacji z interesariuszami z uwzględnieniem kategorii jakościowych, a nie tylko ilościowych.
- Permanentne działania zorientowane na polepszenie usług i procesów.
- Dbłość o nowoczesne metody doskonalenia zawodowego.
- Etyczne przywództwo.
- Tworzenie atmosfery zaufania przez właściwy dobór metod zarządzania
- Usprawnienie komunikacji wewnątrzorganizacyjnej (znoszenie barier między działami).
- Zaangażowanie wszystkich pracowników w realizację projektu.



Planowanie



Wdrożenie



Kontrola



Poprawa

5. Zarządzanie ryzykiem etyczno-prawnym. Planowanie systemu compliance

5.1. Uwagi ogólne

Standard

Szpital w świadomy sposób definiuje politykę zarządzania standardami etyczno-prawnymi

Uzasadnienie

W sektorze ochrony zdrowia samoregulacji, czyli objęcia systemem compliance, wymagają te obszary, które w najwyższym stopniu zagrożone są korupcją bądź konfliktem interesów. Dotyczy to:

- realizacji zamówień publicznych;
- kontaktów i relacji: lekarz – przedstawiciel sektora biznesowego (przemysł farmaceutyczny, producenci i dostawcy wyrobów medycznych).

Prawidłowo działający system compliance powinien być oparty na trzech typach aktywności: **prewencji, wykrywaniu i reakcji**. Ważnym elementem jest permanentne szkolenie pracowników oraz jasne definiowanie wytycznych w zakresie obowiązujących zasad postępowania. Przyjęte procedury muszą

podlegać okresowej weryfikacji i działaniom korygującym.

Do bardziej szczegółowych kwestii, które powinny być objęte systemem compliance, należą:

- przeciwdziałanie konfliktom interesów;
- przeciwdziałanie korupcji oraz praktykom utrudniającym konkurencję;
- określenie akceptowalnych narzędzi, jakimi może się posługiwać partner biznesowy;
- zasady pozyskiwania usług od osób trzecich;
- zasady przekazywania prezentów i zaproszeń na rzecz osób trzecich, szeroko pojęte zagadnienie poczęstunku;
- zasady przekazywania darowizn oraz wszelkiego rodzaju sponsoring.

Punkt kontrolny 1.

Dowód

Istnienie strategii podnoszenia standardów etyczno-prawnych

Władze szpitala mają świadomość znaczenia standardów etyczno-prawnych dla realizacji misji placówki

Władze szpitala mają świadomość znaczenia standardów etyczno-prawnych w minimalizowaniu ryzyka nadużyć

Władze szpitala są w stanie opisać plany realizacji polityki etycznej i podnoszenia standardów etyczno-prawnych

Planowanie



Wdrożenie



Kontrola



Poprawa

5.2. Wytyczne normatywne

Standard

Szpital jest przygotowany do funkcjonowania w złożonym środowisku normatywnym

Uzasadnienie

Istotą systemu compliance jest określenie priorytetów szpitala wobec obowiązujących systemów normatywnych. Reguły życia społecznego wyrażone są w więcej niż jednym systemie norm różniących się co do źródła, adresata czy rodzaju sankcji. Każdy system normatywny jest zbiorem nakazów i zakazów determinujących zachowania i decyzje również pracowników szpitala.



Zakresy systemów norm są w dużej mierze zbieżne, lecz możliwe są obszary niezgodności lub wręcz wykluczania się określonych norm (np. konflikt normy prawnej z normą religijną). System compliance jest zorientowany na sytuacje:

- potencjalnej niezgodności działań z obowiązującymi normami;
- niepewności decyzji wynikającej z zaistniałego konfliktu norm.

Bazą dla systemu compliance są te systemy normatywne, których źródło i forma w najwyższym stopniu definiują funkcjonowanie instytucji publicznej. Są to obowiązujące regulacje prawne oraz standardy etyki zawodowej dla profesji związanych z sektorem ochrony zdrowia.

Punkt kontrolny 2.

Dowód

Monitoring stanu przepisów prawnych i innych norm współżycia społecznego

Szpital dysponuje procedurą identyfikacji i aktualizacji przepisów prawnych

Szpital dysponuje procedurami monitorowania oczekiwań społecznych

Szpital wdrożył procedury komunikowania pracownikom o zmianach w systemie prawnym

Planowanie



Wdrożenie



Kontrola



Poprawa

Załącznik. Regulacje ustawowe i branżowe

Regulacje ustawowe:

- Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) – zapisy odnoszące się do statusu prawnego udzielanych świadczeń, regulacje antykorupcyjne (analiza zapisów uchylonych ustawą refundacyjną), nadzór NFZ nad wykonywanymi świadczeniami, a także przepisy regulujące dostęp do udzielanych świadczeń (kolejkowe).
- Przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) – zapisy dotyczące przekazywania produktów reklamowych.
- Przepisy ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.) – zapisy dotyczące statusu prawnego użytkowanego sprzętu medycznego.
- Przepisy ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 1384) – etyka zawodowa, postępowanie zgodnie z zasadami wiedzy zawodowej.
- Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) – etyka zawodowa, postępowanie zgodnie z zasadami wiedzy zawodowej.
- Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.) – etyka zawodowa, postępowanie zgodnie z zasadami wiedzy zawodowej.
- Przepisy ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) – zapisy antykorupcyjne.
- Przepisy ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 184) – nieuczciwa konkurencja, rabaty i bonusy w obrocie gospodarczym.
- Ustawa z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 186, z późn. zm.) – zagadnienia związane z pojęciem korzyści majątkowej.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) – problematyka korupcji czynnej i biernej, przestępstwa przeciwko postępowaniom przetargowym.
- Przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 907, z późn. zm.) w zakresie regulującym prawidłowe przeprowadzenie postępowania przetargowego, a także przepisy dotyczące naruszenia ustawy o zamówieniach publicznych.
- Przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.) w zakresie przestrzegania praw pacjenta.
- Ustawa o ochronie danych osobowych.
- Kodeks pracy.

Posiłkowo

- Przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 121, z późn. zm.) – zasady obrotu gospodarczego w ujęciu swobody umów.

Planowanie



Wdrożenie



Kontrola



Poprawa

Regulacje branżowe:

- **Kodeks Etyki Lekarskiej** z dnia 14 grudnia 1991 r. (tekst jedn. z dnia 2 stycznia 2004 r., Warszawa 2004). Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy w Toruniu (19–20 września 2003 r.) dokonał nowelizacji tego kodeksu m.in. przez dodanie rozdziału II a „Związki lekarzy z przemysłem”.
- **Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego** – załącznik do uchwały nr 4/2006 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 stycznia 2006 roku.
- **Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej** – przyjęty uchwałą nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 roku.
- **Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa** – przyjęty uchwałą Walnego Zgromadzenia Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1991 roku.

Planowanie



Wdrożenie



Kontrola



Poprawa

5.3. Program etyczny

Standard

Szpital ma jasną wizję zarządzania standardami etycznymi

Uzasadnienie

Termin „program etyczny” [używane są również pojęcia: „substancja etyczna organizacji” i „infrastruktura etyczna” jest rozumiany jako suma działań i materialnych artefaktów, które w obrębie organizacji prowadzą do zaistnienia i utrwalenia oczekiwanych etycznych norm postępowania. Elementami programów etycznych są najczęściej: misja, kodeks etyczny i inne wewnętrzne regulacje, szkolenia w zakresie etyki, wewnętrzne systemy informacji i doradztwa, a także raportowanie i audyt. Program etyczny instytucji zakłada:

- moralne przywództwo oraz wzorce wpływu etycznego – zachęcanie liderów oraz tych, którzy się na nich wzorują, do większego zaangażowania na rzecz działań etycznych;
- etyczną kulturę pracy oraz potrzebę etycznego oceniania – doceniania – właściwych postaw;

- etykę w strategii organizacji – formułowanie polityki etycznej oraz instytucjonalizację systemów samokontroli przewyższających żądania płynące z zewnątrz;
- formalne określenie podstawowych wartości oraz opracowanie kodeksu zachowań.

Program etyczny może być skutecznym narzędziem kreowania standardów, o ile jest prawidłowo skonstruowany, zaadresowany i wykorzystany. Każdy sprawny system wzorców postępowania powinien:

- poprawnie określać hipotetyczne sytuacje organizacyjne i zachowania, w których pracownik może się znaleźć;
- wskazać, jak ma się wtedy zachować;
- wymusić taki a nie inny sposób postępowania

Punkt kontrolny 3.

Dowód

Zorientowanie szpitala na wartości etyczne i świadome zarządzanie standardami etycznymi

Szpital określa narzędzia podnoszenia świadomości etycznej

Szpital definiuje misję i odwołuje się do niej w podejmowanych działaniach

Misja szpitala jako zbiór nadrzędnych wartości jest komunikowana pracownikom i innym grupom interesariuszy

Planowanie



Wdrożenie



Kontrola



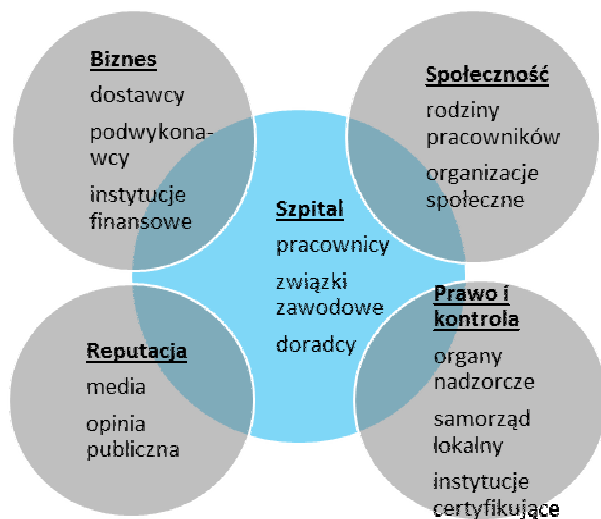
Poprawa

5.4. Określenie grup interesariuszy

Standard

Szpital ma świadomość funkcjonowania w złożonym otoczeniu społecznym

Uzasadnienie



Za interesariusza uznaje się każdą osobę bądź grupę, która pozostaje w jakiejś relacji zależności z daną organizacją.

Do grupy interesariuszy placówki opieki zdrowotnej zaliczani są zwykle:

- Ministerstwo Zdrowia;
- Narodowy Fundusz Zdrowia;
- pracownicy szpitali – zarząd, personel biały i inni;
- pacjenci i ich rodziny;
- lokalna społeczność, w tym media i politycy;
- inni lokalni dostawcy usług medycznych.

Obowiązkiem szpitala jest odpowiedzialne kształtowanie relacji ze wszystkimi grupami interesariuszy. Wynika to z faktu, że:

- szpital działa za przyzwoleniem interesariuszy;
- interesariusze mają nie mniejszy wpływ na funkcjonowanie szpitala niż pracownicy;
- szpital oddziałuje na różnych interesariuszy, a nie tylko właścicieli i pacjentów.

Należy wziąć pod uwagę, że każda grupa interesariuszy ma inną hierarchię celów, co przekłada się na odmienny charakter wzajemnych relacji i inne rodzaje ryzyka, które wymagają monitorowania.

Punkt kontrolny 4.

Dowód

Prowadzenie dialogu z interesariuszami

Szpital określił procedury dialogu z interesariuszami

Szpital określił procedury komunikowania interesariuszom własnych działań

Planowanie



Wdrożenie



Kontrola



Poprawa

5.5. System compliance

Standard

Szpital ma strategię zarządzania ryzykiem prawnym i etycznym

Uzasadnienie

Program compliance, wpisany w struktury zarządzania jednostką opieki zdrowotnej i konsekwentnie egzekwowany, jest w stanie skutecznie przeciwdziałać różnego rodzaju nadużyciom. Jako element polityki etycznej pełni przy tym konkretne funkcje. Należy do nich m.in. prewencja, czyli tworzenie i egzekwowanie formalnych regulacji zabezpieczających daną jednostkę na wypadek nadużyć. Specjaliści compliance są w stanie opiniować projekty oraz prognozować skutki prawne i społeczne podejmowanych decyzji. Inną funkcją jest promowanie takich standardów zachowań, które usprawnią proces decyzyjny i wyeliminują niejasności związane z lukami prawnymi. Skuteczność rozwiązań oferowanych w ramach

programu compliance jest zależna od takich czynników, jak:

- relacja między formą programu a dojrzałością kompetencyjno-etyczną pracowników organizacji;
- konieczność partycypacji pracowników w procesie tworzenia programu etycznego;
- zgodność programu z polityką wewnętrzną i zewnętrzną instytucji, jej kulturą organizacyjną i praktyką zarządzania;
- dostosowanie rozwiązań do uwarunkowań prawnych, kulturowych, środowiskowych;
- konieczność monitoringu i ewaluacji.

Prawidłowo działający system compliance powinien być oparty na trzech regułach. Są to: profilaktyka, wykrywanie, reakcja.

Punkt kontrolny 5.

Dowód

Strategia zarządzania ryzykiem reputacyjnym

Szpital jest przygotowany do wdrożenia procedur compliance

Szpital opracował kanały komunikacji dla systemu compliance



6. Wdrażanie systemu compliance

6.1. Profilaktyka

Standard

Szpital wdrożył procedury zapobiegające i minimalizujące ryzyko nadużyć etyczno-prawnych

Uzasadnienie

Działanie prewencyjne powinno się skupiać na tworzeniu rozwiązań zapobiegających naruszeniu reguł obowiązujących w obrocie gospodarczym (wymiar zewnętrzny) i etycznych standardów pracy (wymiar wewnętrzny). Pierwszym etapem jest opracowanie właściwych procedur. Powinny one w sposób kompleksowy odnosić się do struktury pionowej i poziomej organizacji. Ważne jest, aby opracowano jasne kryteria postępowania dla każdego stanowiska pracy, jak również uświadomiono osobie, która będzie je stosowała w praktyce, ich znaczenie. Istotnym elementem jest wprowadzenie jasnych zasad odpowiedzialności za naruszenie ustanowionych reguł.

Następnym etapem jest wprowadzenie mechanizmów weryfikacji przyjętych procedur, eliminacji zidentyfikowanych rodzajów ryzyka oraz systematyczne podejmowanie działań korygujących. Ważnym elementem w działaniach prewencyjnych jest permanentne szkolenie pracowników oraz jasne definiowanie wytycznych w zakresie obowiązujących zasad postępowania. W wielu organizacjach wytyczne te przybierają postać kodeksu etyki bądź kodeksu postępowania. Co prawda egzekwowalność norm zawartych w kodeksach etyki sprowadza się do

odpowiedzialności typu administracyjnego (wytyk, zwolnienie z pracy), nie zmienia to jednak faktu, że naruszenie norm etycznych traktowane jest jako naruszenie zasad współżycia społecznego i orzecznictwo sądowe cechuje tendencja do podtrzymywania decyzji penalizujących tego typu działania. Kodeks etyczny (dostosowany do specyfiki danej instytucji) określa zasady postępowania w sferach, które nie zostały uregulowane przez prawo, lub też w sytuacjach, gdy ustanowiona norma prawna nie jest czytelna. Szczególnie ważne jest, aby w wytycznych odnieść się do następujących dziedzin:

- przeciwdziałanie konfliktom interesów;
- przeciwdziałanie korupcji oraz praktykom utrudniającym konkurencję;
- akceptowalne narzędzia, jakimi może się posługiwać partner biznesowy;
- zasady pozyskiwania usług od osób trzecich;
- zasady przekazywania prezentów i zaproszeń na rzecz osób trzecich, szeroko pojęte zagadnienie poczęstunku;
- zasady przekazywania darowizn oraz wszelkiego rodzaju sponsoring;
- zasady ochrony danych osobowych.

Punkt kontrolny 6.

Dowód

Monitoring dokumentacji i procedur

Szpital posiada adekwatne dokumenty i procedury (wyszczególnione w dalszej części przewodnika)



6.1.1. Analiza zagrożeń

Standard

Szpital okresowo identyfikuje i monitoruje ryzyko etyczno-prawne zgodnie z posiadanymi procedurami. Szpital jest przygotowany do wprowadzania stosownych zmian w regulacjach wewnętrznych i komunikowania tych zmian

Uzasadnienie

Skutki zaniedbań w sferze zasad etycznych mogą się przełożyć na gorszą jakość pracy, niższą efektywność, straty ekonomiczne i wizerunkowe. Powtarzające się i medialnie głośne afery korupcyjne z udziałem przedstawicieli służby zdrowia, często zakończone postawieniem zarzutów, są wystarczającym powodem do wprowadzania i utrwalania wysokich standardów postępowania.

Jednocześnie ważna jest świadomość, że działaniem profilaktycznym jest już samo zdefiniowanie sytuacji mogących nieść ryzyko nadużycia.

Zagrożenia mogą mieć charakter zewnętrzny:

- zmiany w obszarze systemu prawnego;
- sprzeczności w obrębie regulacji prawnych;

lub wewnętrzny – dotyczący funkcjonowania samego systemu compliance lub zaniedbań w tym zakresie:

- brak autorytetu doradcy ds. compliance;

- nieodpowiednie umiejscowienie funkcji w strukturze organizacji;
- brak swobody działania;
- brak wystarczających uprawnień;
- brak wsparcia ze strony zarządu szpitala;
- rozmyta odpowiedzialność za działania systemu compliance;
- ograniczenie obszaru działań compliance;
- zaniechanie przeprowadzania audytów;
- brak wdrożonych wniosków;
- obawa przed podjęciem akcji dyscyplinującej;
- niedostateczna komunikacja;
- brak udokumentowania przypadków złamania zasad i podjęcia działań naprawczych.

Punkt kontrolny 7.

Dowód

Mapowanie i monitoring zagrożeń dla standardów etyczno-prawnych

Szpital dysponuje procedurą okresowego przeprowadzania analizy zagrożeń standardów etyczno-prawnych

Szpital stosuje procedury pozwalające na bieżące komunikowanie zagrożeń istotnych dla jego funkcjonowania

Szpital przeprowadza okresową analizę funkcjonowania systemu compliance



6.1.2. Standardy, procedury i mechanizmy

Standard

Szpital posiada, adekwatny do potrzeb, zbiór dokumentów, procedur i funkcji niezbędnych do realizacji założeń systemu compliance

Uzasadnienie

Wspólny system wartości obowiązujący wszystkich pracowników.

- Kodeks etyczny – ogólnie dostępny, podkreślający zasady, zrozumiały, o pozytywnym wydźwięku.
- Procedury – jasne, łatwe w stosowaniu, ogólnie dostępne (adaptacja globalnych procedur).
- Wsparcie procedur – osoby wyznaczone do opracowania i odpowiedniej zmiany procedur oraz kontroli ich przestrzegania.

Punkt kontrolny 8.

Dowód

Monitoring istniejących standardów i procedur

Szpital posiada adekwatne dokumenty i procedury

W szczególności:

- Kodeks etyczny szpitala
- Procedury unikania konfliktu interesów i zarządzania nim, gdy wystąpi
- Procedury ujawniania nadużyć
- Wdrożoną funkcję doradcy ds. compliance



6.1.2.1. Kodeks etyczny szpitala

Standard

Szpital posiada odpowiedni do potrzeb Kodeks etyczny

Uzasadnienie

Integralną częścią systemu compliance powinien być kodeks etyczny przygotowany na potrzeby danej jednostki i obejmujący swym zakresem kwestie, które nie zostały uregulowane przez prawo, lub też stosowany w sytuacji, gdy ustanowiona norma prawna nie jest czytelna. Odnośnie do terminu „kodeks etyczny” zaznacza się, że z punktu widzenia teoretycznoprawnego przepisy pozaustawowe nie podlegają procesom kodyfikacji. Z tego też powodu sformułowanie „kodeks” w odniesieniu do zbioru norm etycznych jest często uważane za hasło wywoławcze lub zabieg socjotechniczny, który ma – przez skojarzenia z kodeksem karnym – wytworzyć

oportunistyczny, czy legalistyczny stosunek do obowiązującego prawa.

Kodeks etyczny ma dwojake znaczenie:

- zewnętrzne – kreowanie pozytywnego wizerunku szpitala; budowanie zaufania w relacji z interesariuszami zewnętrznymi;
- wewnętrzne – jednoczenie pracowników wokół misji; wskazywanie systemu wartości; definiowanie relacji w zespole; pomoc w sytuacjach konfliktu interesów i dylematów etycznych.

Punkt kontrolny 9.

Dowód

Funkcjonowanie Kodeksu etycznego

Szpital posiada Kodeks etyczny

Szpital komunikuje posiadanie Kodeksu etycznego

Pracownicy szpitala znają treść Kodeksu etycznego i potwierdzają to stosownym oświadczeniem



6.1.2.2. Polityka antykorupcyjna

Standard

Szpital ma jasno zdefiniowaną politykę antykorupcyjną

Uzasadnienie

Państwo polskie systematycznie tworzy regulacje, które zastrzegają odpowiedzialność za tego typu przestępstwa. Trzon tych przepisów znajduje się w Kodeksie karnym. Są tam definicje łapownictwa czynnego i biernego oraz inne regulacje związane z oszustwem w obrocie gospodarczym. Uzupełnieniem tych przepisów są regulacje antykorupcyjne zawarte początkowo w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym, a obecnie w ustawie refundacyjnej. Posługuje się ona pojęciem korzyści osobistej lub majątkowej. Ustanowione przepisy są jednak często

nieczytelne, a niekiedy wręcz wewnętrznie sprzeczne. Powoduje to, że duża część obrotu gospodarczego odbywa się na gruncie swobodnego prawa zwyczajowego. Formą regulacji tego typu niejasności są komunikaty Ministerstwa Zdrowia, które w założeniu mają wypełniać istniejącą lukę. Nie rozwiązuje to jednak w pełni problemu. Niejasna i wymagająca oddzielnej regulacji (samoregulacji w obrębie systemu compliance) jest kwestia tzw. dowodów wdzięczności ze strony pacjentów szpitala.

Punkt kontrolny 10.

Dowód

Monitoring funkcjonowania polityki antykorupcyjnej

Szpital podejmuje działania popularyzujące wiedzę o zagrożeniach korupcyjnych

Pracownicy szpitala znają pojęcie korupcji czynnej i biernej

Pracownicy szpitala znają zagrożenia prawne i reputacyjne związane z korupcją

Szpital stosuje jasne procedury reagowania w przypadkach podejrzenia lub udokumentowania korupcji



6.1.2.3. Zarządzanie konfliktem interesów

Standard

Szpital stosuje procedury zarządzania konfliktem interesów

Uzasadnienie

Konflikt interesów może mieć charakter realny, gdy decyzje lekarza, motywowane opisanymi wcześniej przyczynami, w istotny sposób godzą w dobro pacjenta, lub jedynie potencjalny – gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, że może dojść do naruszenia dobra pacjenta. Granica jest tu bardzo płynna, a każda z postaci konfliktu interesów generuje negatywne konsekwencje.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na możliwe sposoby radzenia sobie z konfliktem interesów:

- niepodejmowanie żadnych działań, jeżeli stwierdzi się, że potencjalny konflikt jest minimalny i samo ujawnienie go wystarczy, by go kontrolować;
- poinformowanie stron, których mogą dotknąć skutki konfliktu, że został on ujawniony i jest pod kontrolą;

- zaangażowanie strony trzeciej, niezależnego audytora, do zbadania stopnia zagrożenia konfliktem interesów;
- dokooptowanie dodatkowych uczestników do procesu decyzyjnego, w który zaangażowane są osoby pozostające w konflikcie interesów;
- ograniczenie dostępu osobom będącym w konflikcie interesów do poufnych czy tajnych informacji;
- skłonienie osoby będącej w konflikcie interesów do zerwania związków ze stroną, która powoduje ten konflikt;
- odsunięcie osoby będącej w konflikcie interesów od wykonywania pewnych zadań bądź przesunięcie do innego działu;
- w poważnych przypadkach skłonienie do rezygnacji z pracy.

Punkt kontrolny 11.

Dowód

Sprawdzenie procedur zarządzania konfliktem interesów

Szpital komunikuje istnienie ryzyka związanego z konfliktem interesów

Pracownicy szpitala znają typowe sytuacje niosące ryzyko konfliktu interesów

Szpital stosuje procedury informowania o zaistnieniu konfliktu interesów

Szpital wdrożył procedury działań w sytuacji pojawienia się konfliktu interesów



6.1.3. Przywództwo i kultura compliance

Standard

W szpitalu istnieje funkcja/stanowisko osoby odpowiedzialnej za działanie systemu compliance. Osoba ta ma pełne wsparcie ze strony władz szpitala i w kulturze organizacyjnej

Uzasadnienie

Sukces systemu compliance jest w ogromnej mierze uzależniony od wsparcia pracowników. Pracownicy muszą być pewni, że system nie ma charakteru opresyjnego, lecz jest czynnikiem zabezpieczającym i wspomagającym proces decyzyjny. Konieczne jest więc:

- stworzenie przekazu, z którym pracownicy mogą się identyfikować;
- promowanie przykładu przez kierownictwo szpitala;
- przypisanie odpowiedzialności za system compliance i nadzoru jednemu z członków wyższego kierownictwa;
- powołanie stanowiska/funkcji ds. compliance.

Osoba bezpośrednio odpowiedzialna za działanie systemu compliance powinna dysponować określonym zespołem uprawnień:

- niezależność w ramach struktury organizacyjnej;
- możliwość uczestnictwa w kluczowych procesach w charakterze konsultanta;
- prawo do komunikacji z dowolną jednostką/pracownikiem oraz egzekwowania obowiązku współpracy;
- pełny dostęp do informacji, danych, dokumentów, pomieszczeń etc.;

- nielimitowany kontakt z przedstawicielami zarządu oraz osób decyzyjnych;
- zachowanie poufności prowadzonych działań w przypadkach tego wymagających;
- inicjowanie ukierunkowanych badań, weryfikacji i kontroli;
- rekomendowanie działań korygujących i naprawczych oraz monitoring ich realizacji;
- korzystanie w razie potrzeby z usług ekspertów spoza jednostki.

Gros zagadnień w sferze compliance dotyczy obowiązującego prawa stanowionego. Pracownik compliance nie musi być z wykształcenia prawnikiem, niemniej powinien mieć odpowiednie kompetencje, aby wykonywać swoje funkcje rzetelnie i efektywnie. Musi się wykazywać znajomością regulacji prawnych obowiązujących w danej dziedzinie, a także zasad etycznych i powszechnych standardów wpływających na działalność organizacji. Ponadto powinien charakteryzować się cechami, które w jednym słowie można zdefiniować jako przyzwoitość, a składają się na nie uczciwość, dociekliwość i dokładność, neutralność i niezależność sądów. Ważną cechą są zdolności interpersonalne: umiejętność komunikowania się, dyskrecja i takt oraz umiejętność prowadzenia negocjacji.

Punkt kontrolny 12.

Dowód

Wsparcie organizacyjne i bezpośrednia odpowiedzialność za realizację systemu compliance

W szpitalu istnieje stanowisko/funkcja osoby odpowiedzialnej za system compliance

Osoba na ww. stanowisku jest świadoma swojej roli oraz ma formalnie określony zakres uprawnień i obowiązków

Istnieje pełna komunikacja i wsparcie ze strony władz szpitala



6.1.4. Dobór kadr i eliminowanie negatywnych zachowań

Standard

Szpital w odpowiedzialny sposób prowadzi politykę kadrową w kontekście kształtowania substancji etycznej organizacji

Uzasadnienie

Władze szpitala muszą mieć świadomość, że pracownicy wnoszą w miejsce pracy nie tylko wiedzę, doświadczenie i określony poziom zaangażowania, ale również bagaż indywidualnych przekonań moralnych, doświadczeń, uprzedzeń i priorytetów. O ile to możliwe, warto w procesie rekrutacji nowych pracowników położyć nacisk na ich motywację i świadomość standardów etycznych. Jest wysoce prawdopodobne, że wiele przypadków nadużyć może być motywowanych troską o dobro i interes szpitala. Jest to zwykle następstwo:

- przekonania, że działanie mieści się w rozsądnych granicach etycznych i prawnych, że nie jest „tak naprawdę” nielegalne czy niemoralne;
- przekonania, że działanie leży w najlepszym interesie jednostki lub szpitala;

- przekonania, że działanie jest „bezpieczne”, ponieważ nigdy nie zostanie wykryte lub upublicznione;
- przekonania, że skoro działanie pomaga szpitalowi, to szpital „przebaczy” sprawcy, a nawet będzie go chronił.

Wobec powyższego istotne jest:

- zdefiniowanie negatywnych zachowań, które powinny skutkować podjęciem działań;
- wdrożenie działań sprawdzających i informujących wobec obecnych i przyszłych pracowników;
- polityka zero tolerancji w stosunku do naruszania standardów etycznych.

Punkt kontrolny 13.

Dowód

Polityka kadrowa jako element substancji etycznej organizacji

Szpital stosuje odpowiednią politykę doboru kadr

Szpital kształtuje wrażliwość etyczną pracowników

Szpital komunikuje pracownikom oczekiwania względem standardów etyczno-prawnych (np. przez żądanie stosownych oświadczeń)



6.1.5. Szkolenia i komunikacja

Standard

Szpital posiada i realizuje politykę szkoleniową oraz informacyjną w zakresie standardów prawnych i etycznych

Uzasadnienie

Dla sprawnego działania systemu compliance niezbędne jest podjęcie kroków w celu okresowej komunikacji dotyczącej polityki i procedur compliance (dla wszystkich pracowników).

Przykładowe elementy komunikacji to:

- kodeks etyczny;
- procedury przeciwdziałania konfliktowi interesów;
- mechanizmy przeciwdziałania nadużyciom.

Do elementów dobrej praktyki w tym zakresie należą:

- prowadzenie szkoleń wspólnie z członkami kierownictwa i przy ich udziale;
- prowadzenie szkoleń za pomocą przykładów – oparcie kursu na scenariuszach;
- obowiązkowe monitorowanie obecności;
- komunikowanie oraz rozpowszechnianie kodeksu i procedur (również dla innych grup interesariuszy niż pracownicy szpitala);
- podejście niestandardowe: plakaty, ulotki, konkursy.

Punkt kontrolny 14.

Dowód

Szkolenia i komunikacja z wybranymi grupami interesariuszy

Szpital prowadzi cykliczne szkolenia dla pracowników w zakresie:

- standardów etycznych
- regulacji i odpowiedzialności prawnej

Szpital stosuje procedury komunikowania pracownikom wszelkich zmian w otoczeniu prawnym i społecznym, które mogą mieć wpływ na standardy pracy

Szpital realizuje politykę informacyjną wobec wybranych grup interesariuszy, np. pacjentów i przedstawicieli firm



6.2. Wykrywanie i polityka ujawniania nadużyć

Standard

Szpital ma jasną politykę traktowania nadużyć i stosuje właściwą procedurę

Uzasadnienie

Ustanowienie jasnych zasad postępowania powinno sprzyjać procesowi wykrywania ewentualnych naruszeń nie tylko przepisów prawa, ale i przyjętych reguł. Ważne jest, aby obiektywnie oceniać konkretne działania. Istotnym elementem jest także zachowanie poufności w procesie informowania o dostrzeżonych naruszeniach reguł. W wielu przypadkach ustanawia się progi graniczne, których przekroczenie skutkuje uruchomieniem audytu całego procesu, jak również ponowną oceną ustanowionych zasad (np. z zaangażowaniem podmiotu trzeciego). Istotna jest w tym przypadku zewnętrzna, obiektywna ocena ustanowionych reguł. W każdym przypadku należy stwierdzić:

- Czy popełnione nadużycia są dostatecznie poważne (rzeczywista i utajona niezgodność z obowiązującymi standardami)?
- Czy pracownik ujawniający nadużycia zna wszystkie fakty i należyście je interpretuje?

- Czy pracownik wykorzystuje inne sposoby rozwiązania problemu i czy właściwie korzysta z wewnętrznych kanałów komunikacyjnych?
- Jaki sposób ujawnienia nadużyć będzie najkorzystniejszy?
- Jaka jest relacja między obowiązkami pracownika wynikającymi z pełnionej przez niego funkcji służbowej a ujawnianiem nadużyć?
- Jakie są szanse, że ujawnienie zapobiegnie kolejnym tego typu przypadkom?

Punkt kontrolny 15.

Dowód

Wykrywanie i ujawnianie nadużyć

Szpital wpływa na kształtowanie poczucia odpowiedzialności pracowników

Szpital stosuje jasno określone procedury ujawniania nadużyć

Szpital przygotowuje pracowników do przyjmowania zgłoszeń o nadużyciach i właściwego postępowania z nimi

Szpital podejmuje odpowiednie działania w odpowiedzi na informacje o nadużyciach

Szpital udziela gwarancji bezpieczeństwa pracownikom ujawniającym nadużycia



6.3. Reakcja

Standard

Szpital w odpowiedzialny sposób reaguje na przypadki naruszania standardów etyczno-prawnych

Uzasadnienie

W przypadku stwierdzenia naruszenia zasad compliance istotnym elementem jest korekta przyjętych rozwiązań. Zmodyfikowana procedura powinna jeszcze raz zostać poddana ocenie ryzyka. Musi zostać także zakomunikowana ponownie jej adresatom. W pewnych przypadkach niemożliwe jest wyeliminowanie niezgodności. Konieczne się staje transparentne zarządzanie sytuacją konfliktową.

W każdym przypadku reakcja systemu musi być natychmiastowa i zauważalna, zgodnie z zasadami:

- system sankcji powinien zawierać ostrzeżenia;
- mechanizm reakcji musi być wrażliwy i dotyczyć wszystkich w instytucji, bez względu na osobę, jej stosunki, pozycję czy poparcie;
- mechanizm reakcji powinien działać szybko, aby czas między wykroczeniem a konsekwencjami był jak najkrótszy.

Działania szpitala w przypadku udokumentowanego nadużycia powinny iść dwutorowo:

1) Zachęty i podejmowanie akcji dyscyplinujących:

- polityka zero tolerancji dla nieetycznych zachowań;

- wprowadzenie systemu zachęt dla pracowników przestrzegających zasad compliance;
- podejmowanie akcji dyscyplinujących przeciwko pracownikom, którzy postępują nieetycznie albo zapewniają ochronę osobom zachowującym się niezgodnie z zasadami lub przyczyniają się do niewykrycia przypadków nieprzestrzegania zasad compliance (dotyczy głównie kierownictwa);
- określenie ścieżki raportowania regulatorom.

2) Działania naprawcze:

- współpraca z działem prawnym;
- udokumentowanie każdego przypadku złamania zasad compliance;
- analiza każdego przypadku poważnego złamania procedur i usprawnienie kontroli po jego wystąpieniu;
- wprowadzenie standardów postępowania w razie poważnego złamania procedur (ustalenie zasad współpracy z innymi działami).

Punkt kontrolny 16.

Dowód

Diagnoza systemu reagowania na stwierdzone przypadki naruszenia standardów etyczno-prawnych

Szpital ma procedury reagowania w razie stwierdzenia nadużycia



7. Monitoring i ocena efektywności systemu

Standard

Władze szpitala oceniają funkcjonowanie systemu compliance w ustalonych okresach i w razie potrzeby korygują system lub ogólną strategię

Uzasadnienie

Działania mające na celu wykrywanie i wyjaśnianie przypadków naruszeń obowiązujących norm powinny:

- być podejmowane regularnie i cyklicznie;
- oparte na różnych, również anonimowych, źródłach informacji.

Sposób prowadzenia postępowania wyjaśniającego powinien być zakomunikowany pracownikom

Punkt kontrolny 17.

Dowód

Ocena funkcjonowania systemu compliance

Szpital dysponuje procedurami niezbędnymi do przeprowadzenia kontroli systemu

System oceniany jest przynajmniej raz w roku

Wynikiem oceny jest oficjalny raport. Raport jest jawny

Punkt kontrolny 18.

Dowód

Korekta funkcjonowania systemu compliance

Szpital ma procedury wdrażania zmian w systemie

Zmiany są komunikowane pracownikom i, w razie konieczności, innym interesariuszom szpitala