

---

# KODEKS ETYKI

Ogólnopolskiego Stowarzyszenia  
Szpitali Prywatnych (OSSP)

---



OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE  
SZPITALI PRYWATNYCH



POLISH ASSOCIATION  
OF PRIVATE HOSPITALS

## Ladies and Gentlemen

The Board of the National Association of Private Hospitals, recognizing the need for best practice in private healthcare institutions, has developed and adopted **"The Code of Ethics of the National Association of Private Hospitals"** as a guide to ethical behaviour when making medical decisions and conducting business.

The Code is an expression of our common aim to improve our ethical culture and confirms the commitment of the National Association of Private Hospitals to comply with all applicable laws, regulations and relevant codes, as well as for ethical conduct of business entities and ethical procedures by its members. Respect for the law, professionalism, respect for others, transparency and good collaboration – these are principles that are necessary in our association.

The purpose of the Code is to establish general standards which define the fundamentals of ethical and fair dealings with patients as well as the basis for conduct of medical business by private healthcare facilities and the activities of doctors working in these institutions, thus promoting a culture of openness, trust and integrity in private healthcare facilities in Poland.

All members of the Association, their employees, consultants, medical and non-medical personnel

are obliged to comply with the "Code of Ethics of the National Association of Private Hospitals", which is the foundation of our organization.

This edition includes also a third chapter dedicated to standards for counteracting corruption for the members of the Association, prepared in collaboration with Domański Zakrzewski Palinka Sp.k. Legal Office.

Sincerely

Andrzej Sokołowski

President of the National  
Association of Private Hospitals



## Szanowni Państwo,

Zarząd Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych, mając na uwadze najlepszą praktykę prywatnych instytucji opieki zdrowotnej, opracował i przyjął **„Kodeks Etyki Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych”**, jako przewodnik po etycznych zachowaniach przy podejmowaniu decyzji medycznych i biznesowych.

Kodeks jest wyrazem naszego wspólnego dążenia do doskonalenia kultury etycznej i potwierdza zaangażowanie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych w przestrzeganie obowiązujących przepisów, regulacji i odpowiednich kodeksów, a także etycznego prowadzenia działalności i postępowania przez jego członków. Poszanowanie prawa, profesjonalizm, szacunek dla innych, transparentność i dobra współpraca – to zasady niezbędne w naszym stowarzyszeniu.

Celem Kodeksu jest ustanowienie ogólnych standardów, określających podstawy etycznego, uczciwego podejścia do pacjentów oraz prowadzenia biznesu medycznego przez prywatne placówki opieki zdrowotnej a także działania lekarzy zatrudnionych w tych placówkach, promowanie kultury, otwartości, zaufania i integralności prywatnych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce.

Wszyscy członkowie Stowarzyszenia, ich pracownicy, konsultanci, personel medyczny i niemedyczny są zobowiązani do przestrzegania „Kodeksu etyki Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych” – jako fundamentu naszej organizacji.

Wydanie to uzupełniliśmy o rozdział trzeci, mówiący o standardach przeciwdziałania korupcji dla szpitali zgromadzonych w naszej organizacji (rozdział przygotowany przy współpracy z kancelarią Domański Zakrzewski Palinka sp.k.).

Z poważaniem

Andrzej Sokołowski

prezes Ogólnopolskiego  
Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Kodeks Etyki Ogólnopolskiego  
Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych  
został przygotowany przez:

Członków OSSP  
pod przewodnictwem prezesa Andrzeja Sokołowskiego

Prof. UG dr hab. Sebastiana Sykunę i dr Martę Zbucką z Zakładu Praw Człowieka  
i Etyki Prawniczej Uniwersytetu Gdańskiego

Kancelarię SBP Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Prawna  
81-743 Sopot ul. 3-Maja 46

Standardy przeciwdziałania korupcji  
dla członków Ogólnopolskiego Stowarzyszenia  
Szpitali Prywatnych zostały przygotowane przez:

DZP Domański Zakrzewski Palinka sp.k.  
53-413 Wrocław ul. Gwiazdzista 66

# SPIS TREŚCI

<b>1. CELE KODEKSU ETYKI</b> .....	7
<b>2. ZASADY I CHARAKTER KODEKSU ETYKI</b> .....	8
2.1 Zasady .....	8
2.2 Konflikt interesów .....	8
2.2.2 Konflikt zobowiązań .....	8
2.3 Zaangażowanie OSSP i placówek w stałe doskonalenie systemu opieki zdrowotnej .....	9
<b>3. ZASADY POSTĘPOWANIA ETYCZNEGO</b> .....	10
3.1 Relacje z pacjentami .....	10
3.1.1 Zakaz dyskryminacji pacjentów .....	10
3.1.2 Akceptacja lub odmowa przyjmowania pacjentów .....	10
3.1.3 Obowiązek ustalenia i stosowania się do cennika .....	10
3.1.4 Planowanie diagnostyki i leczenia oraz obsługa niespodziewanych przypadków .....	10
3.1.5 Nadmiar świadczeń medycznych .....	11
3.1.6 Nadmierna diagnostyka radiologiczna .....	11
3.1.7 Reklama bezpośrednia leków w placówkach .....	11
3.1.8 Postępowanie w przypadkach podejrzeń o popełnienie błędu medycznego .....	12
3.1.9 Przekazywanie pacjentów .....	12
3.1.10 Zachęty finansowe dla pacjentów, którzy udzielają rekomendacji innym pacjentom .....	12
3.1.11 Opłaty za świadczone usługi .....	12
3.1.12 Koszty leczenia pacjenta .....	12
3.1.13 Obowiązek zachowania poufności danych osobowych .....	12
3.2 Etyka w odniesieniu do innych instytucji i praktyk .....	13
3.2.1 Poszanowanie zasady wolnej konkurencji .....	13
3.2.2 Zbieranie i publikowanie danych o konkurentach .....	13
3.2.3 Ceny świadczonych usług .....	13
3.2.4 Obowiązkowe konsultacje .....	13
3.2.5 Skierowanie w ramach placówki .....	14
3.2.6 Solidarność w ramach profesji .....	14
3.2.7 Reklama i relacje publiczne .....	14
3.3.1 Personel medyczny .....	14
3.3.2 Obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej .....	15
3.3.3 Stosunek organów zarządzających do profesjonalistów służby zdrowia .....	15
3.3.4 Zobowiązania umowne pracowników i umowy z innymi organizacjami opieki zdrowotnej .....	15
3.3.5 Znachorstwo .....	15
3.3.6 Odpowiedzialne miejsce pracy .....	15
3.4 Odpowiedzialność wobec społeczeństwa .....	16
3.5 Odpowiedzialność wobec środowiska .....	16
<b>4. ZNAJOMOŚĆ I DOSTĘPNOŚĆ KODEKSU ETYKI</b> .....	17
<b>5. ZGŁASZANIE WĄTPLIWOŚCI, SUGESTII, NARUSZEŃ KODEKSU ETYKI</b> .....	17
<b>STANDARDY PRZECIWDZIAŁANIA KORUPCJI DLA CZŁONKÓW OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA SZPITALI PRYWATNYCH</b> .....	35



## 1. CELE KODEKSU ETYKI

Kodeks Etyki Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych (dalej: OSSP) jest kierunkowskazem, określającym etyczne zachowania placówek opieki zdrowotnej (dalej: placówka), stowarzyszonych w OSSP, przy podejmowaniu wszystkich decyzji medycznych i biznesowych. Kodeks ma na celu promowanie kultury opartej na zasadach profesjonalizmu, zaufania, szacunku oraz dobrej współpracy.

Kierując się nadrzędną zasadą poszanowania prawa oraz poczuciem odpowiedzialności za dobro pacjentów, OSSP potwierdza wagę przestrzegania obowiązujących przepisów, regulacji i dobrowolnie przyjętych zobowiązań, a także etycznego prowadzenia działalności i postępowania. Nie bierzemy udziału w przedsięwzięciach, które wiążą się z łamaniem prawa i zagrażają dobrej reputacji. Unikamy i zapobiegamy takim sytuacjom, zgłaszając złamanie lub naruszenie prawa.

Stowarzyszenie szanuje obowiązujące normy prawne, ale jest również odpowiedzialne za aktywne uczestnictwo w procesie zmiany przepisów, w szczególności tych, które pozostają w konflikcie z najlepszymi interesami pacjenta.

Etyczne postępowanie to działanie zgodne z najlepszymi praktykami i stanowi bezwzględny obowiązek wszystkich członków Stowarzyszenia oraz kandydatów na członków. Celem Kodeksu jest ustanowienie ogólnych standardów, określających podstawy etycznego działa-

nia i prowadzenia działalności przez placówki medyczne, a także działania lekarzy, pracowników, konsultantów zatrudnionych czy współpracujących z tymi placówkami. Kodeks nie zawiera szczegółowych regulacji, ale zawsze winien być stosowany sposób odzwierciedlający ducha przyjętych w nim zasad.

Kodeks etyki określa standardy postępowania skierowane do wszystkich członków Stowarzyszenia, placówek i ich pracowników, konsultantów, personelu medycznego i niemedycznego bez względu na zajmowane stanowisko, wymiar etatu, miejsce pracy czy rodzaj wykonywanych zadań. Wszyscy są zobowiązani do:

- I. aktywnego promowania etycznego postępowania i prowadzenia działalności,
- II. przestrzegania wszystkich obowiązujących przepisów prawnych i regulacji,
- III. przestrzegania Kodeksu Etyki OSSP,
- IV. zapewnienia dokładnych, obiektywnych, istotnych, terminowych i zrozumiałych informacji wszystkim, z którymi współpracują,
- V. przyjęcia odpowiedzialności za zapobieganie, identyfikowanie i zgłaszanie wszelkich form bezprawnego, nieetycznego zachowania podczas świadczenia usług medycznych.

## 2. ZASADY I CHARAKTER KODEKSU ETYKI

### 2.1 Zasady

Kodeks Etyki stanowi wyraz przekonania, że w codziennej pracy należy odwoływać się do wspólnych, uniwersalnych zasad. Dotyczy to nie tylko postaw pracowników placówek, ale również podmiotów, z którymi współpracujemy. Nasze otoczenie, otrzymując zapewnienie przestrzegania przyjętych zasad, doceni dążenie do zapewnienia jak najwyższych standardów opieki medycznej i współtworzenia rynku. Niniejszy dokument określa reguły, którymi powinniśmy się kierować w codziennej pracy i w relacjach zewnętrznych.

Placówka świadczy usługi medyczne z poszanowaniem godności i praw człowieka, będąc przede wszystkim odpowiedzialna za pacjenta. Placówka szanuje prawo pacjentów, współpracowników i innych pracowników ochrony zdrowia do poszanowania poufności i prywatności pacjenta w granicach określonych prawem.

Placówka jest zaangażowana w rozwój, wdrażanie i doskonalenie wiedzy naukowej i zapewni dostęp do odpowiednich informacji pacjentom, współpracownikom i opinii publicznej.

Placówka wspiera standardy zawodowe, zapewnia, że jej przedstawiciele i personel są uczciwi we wszelkich profesjonalnych kontaktach i bez wahania zgłaszają odpowiednim organom i podmiotom przypadki bezprawnego lub nieetycznego zachowania w ochronie zdrowia.

### 2.2 Konflikt interesów

Stowarzyszeni w OSSP i ich pracownicy powinni przestrzegać najwyższych standardów działania, które kształtują zaufanie publiczne i uczciwość zawodową i są zobowiązani do unikania konfliktu interesów. Konflikt interesów może wystąpić w sytuacji, w której działając na własną korzyść lub korzyść innej osoby czy podmiotu, działamy jednocześnie wbrew interesowi pracodawcy, lub/i OSSP. Jesteśmy uwrażliwieni na wszystkie takie przypadki, ponieważ mogą one godzić w dobre imię organizacji i zaufanie, jakim darzy nas otoczenie.

Przykładami takich działań są m.in.:

- publikowanie dla osobistej korzyści danych pacjenta lub informacji bez uzyskania pozwolenia;

- dostarczanie, oferowanie lub obiecywanie czegokolwiek wartościowego urzędnikom w celu poprawy stosunków z urzędnikami lub urzędami, w których pracują;
- przekazanie materiałów, wyników, danych, informacji i jakichkolwiek innych dóbr osobom lub firmom prywatnym w celu uzyskania osobistej korzyści.

Pracownicy, konsultanci i członkowie ich rodzin nie mogą wykorzystywać informacji poufnych przy wykonywaniu pracy dla uzyskania korzyści dla siebie lub osób powiązanych. W szczególności nie wolno:

- korzystać z majątku placówki dla własnych korzyści;
- wykorzystywać powierzonych informacji dla korzyści własnej lub innych osób;
- nadużywać pozycji dla korzyści własnej lub innych osób;
- wykorzystywać informacji uzyskanych w wyniku piastowanej pozycji;
- dbać o informacje uzyskane przy wykonywaniu obowiązków, które mogły by być istotne z punktu widzenia podejmowania decyzji biznesowych dla placówki lub Stowarzyszenia;
- znajdować się w jakiegokolwiek sytuacji, w której prywatne interesy nie są wyraźnie oddzielone od zakresu zakontraktowanych działań.

W konflikcie interesów mogą znaleźć się pracownicy, konsultanci, którzy pracując dla sektora publicznego, z własnej inicjatywy kierują pacjentów do placówek i praktyk prywatnych. Kierowanie pacjentów do prywatnej placówki zdrowotnej dopuszczalne jest wyłącznie w przypadkach, gdy poprosi o to pacjent. W takim wypadku pracownik służby zdrowia zobowiązany jest do działania wyłącznie w trosce o dobro pacjenta.

#### 2.2.2 Konflikt zobowiązań

Od pracowników i konsultantów oczekuje się pełnego oddania swojemu pracodawcy w czasie pracy, w zakresie swojej wiedzy, czasu i energii. Tym samym winni oni tak organizować swoje zewnętrzne zajęcia i interesy finansowe, by zapewnić rozdzielność między zakontraktowanymi zobowiązaniami wobec pracodawcy.



Stowarzyszenie zawsze będzie uznawało i wspierało fakt, że angażowani eksperci mogą mieć wiele obowiązków zawodowych poza placówkami, jednakże nie powinny one nigdy przekraczać prawnie dozwolonego maksimum. Stowarzyszenie i placówki winny być zawsze świadome potencjalnego konfliktu pomiędzy zobowiązaniami jego pracowników konsultantów i podejmować aktywne działania zapobiegające takim konfliktom.

### **2.3 Zaangażowanie OSSP i placówek w stałe doskonalenie systemu opieki zdrowotnej**

Właściciele, fundatorzy, administratorzy, płatnicy i placówki opieki zdrowotnej mają na celu promowanie bezpieczeństwa pacjentów oraz poprawę jakości i skuteczności świadczonej opieki zdrowotnej. Może to jednak stanowić wyzwanie etyczne dla placówki, w niektórych sytuacjach powodując konflikt interesów pomiędzy pacjentami, placówkami opieki zdrowotnej i lekarzami. Narzucanie nadmiernego lub niewystarczającego leczenia, albo też niedostosowanego do indywidualnych potrzeb pacjenta są przykładami takich działań. Mogą one narazić na naruszenie prawa i zaufania pacjenta, dlatego są uznawane za nieetyczne.

Placówki powinny dążyć do:

- zapewnienia, by źródła finansowania, płatności i świadczenie usług opieki zdrowotnej były przejrzyste i odzwierciedlały opinie i potrzeby wszystkich zaangażowanych stron, w tym pracowników ochrony zdrowia i pacjentów;
- uznania, że zbytnia zależność od zewnętrznych zachęt finansowych może negatywnie wpłynąć na profesjonalne podejście usługodawców;
- promowanie poglądu, że prywatne placówki i praktyki mają przede wszystkim obowiązek wobec swoich pacjentów;
- umożliwianie zaangażowanym profesjonalistom podejmowania działań uwzględniających indywidualne potrzeby każdego pacjenta.



## 3. ZASADY POSTĘPOWANIA ETYCZNEGO

Kodeks Etyki określa podstawy funkcjonowania i postępowania placówki oraz jej pracowników, co obejmuje:

- I. relacje z pacjentami
- II. relacje z innymi placówkami
- III. relacje z pracownikami
- IV. odpowiedzialność wobec społeczeństwa i środowiska

### 3.1 Relacje z pacjentami

Każda placówka jest zobowiązana do zapewnienia pełnego poszanowania praw pacjenta. Czyni to w szczególności poprzez zapewnienie takiej wewnętrznej organizacji, w tym organizacji pracy, przestrzegania praw i obowiązków pracowniczych, aby dbać o poszanowanie praw pacjenta, różnic kulturowych, religijnych i filozoficznych. W relacjach z pacjentami kierujemy się odpowiedzialnością i zaufaniem tak, by każdego dnia dążyć do zapewnienia profesjonalnej i rzetelnej obsługi.

#### 3.1.1 Zakaz dyskryminacji pacjentów

Zasada rzetelności opieki zdrowotnej oraz zakaz dyskryminacji muszą być przestrzegane przy przyjmowaniu pacjentów i świadczeniu usług medycznych. Oznacza to, że nie powinno być żadnego rozróżnienia między pacjentami: nie mogą być traktowani nierówno w szczególności ze względu na rasę, płeć, pochodzenie, narodowość, obywatelstwo lub pochodzenie etniczne, język, religię lub poglądy polityczne, wiek, pochodzenie społeczne, ogólny status majątkowy, kulturę, rodzaj choroby lub niepełnosprawność umysłową bądź fizyczną.

#### 3.1.2 Akceptacja lub odmowa przyjmowania pacjentów

Prywatna placówka lub praktyka mogą przyjmować pacjentów w celu świadczenia usługi opieki zdrowotnej wyłącznie:

- w zakresie jej zarejestrowanej działalności,
- aż do osiągnięcia limitu swoich możliwości wykonywania świadczeń,
- o ile jej kierownictwo lub osoba podejmująca dane działania uważa, że placówka posiada odpowiednie kompetencje i zdolności techniczne do świadczenia niezbędnych usług medycznych,

- zgodnie ze wszystkimi zasadami i normami praktyki lekarskiej, szczególnie w przypadkach, gdy wchodzi w grę konieczność radzenia sobie ze złożonymi przypadkami leczenia.

Nie wolno odmówić udzielenia pomocy medycznej pacjentowi pilnie potrzebującemu opieki zdrowotnej, którego leczenie w tej konkretnej praktyce lub instytucji już trwa, w szczególności, gdy stan pacjenta się pogarsza.

Placówka ma obowiązek zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej, nawet jeśli wymaga to podjęcia nadzwyczajnych działań i/lub poza godzinami pracy oraz wykozystania całego personelu i możliwości technicznych. Podejmowane działania winny być podjęte po uprzednim uzgodnieniu postępowania medycznego i warunków finansowych, mając na uwadze dobro i interes pacjenta.

#### 3.1.3 Obowiązek ustalenia i stosowania się do cennika

Placówki mogą osiągać przychody z realizowanych świadczeń medycznych w oparciu o przepisy prawa i ustalony z odpowiednim wyprzedzeniem cennik, stosowany wobec wszystkich pacjentów. Cennik powinien być dostępny w placówce. Nakładanie dodatkowych opłat, np. w formie nieprzewidzianych kosztów administracyjnych i/lub niemedycznych w celu zagwarantowania pacjentowi przyjęcia do placówki (np. z wyprzedzeniem innych oczekujących), jest nieetyczne.

#### 3.1.4 Planowanie diagnostyki i leczenia oraz obsługa niespodziewanych przypadków

Placówka powinna zapewnić pacjentom możliwość zrozumienia i wyrażenia zgody na wszelkie działania lecznicze, włączając w to sytuacje nieplanowane, które lekarz jest w stanie przewidzieć w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie.

Zaleca się wszystkim placówkom aby:

- przechowywały szczegółową dokumentację związaną z procesami decyzyjnymi, planowaną diagnostyką oraz leczeniem,
- w miarę możliwości angażowały rodziny pacjentów w podjęcie decyzji w kwestii całkowitego kosztu usług medycznych,

- zapewniały regularne przeglądy planów leczenia i dostosowywanie ich do zmieniających się okoliczności.

W przypadku wystąpienia konieczności większej liczby badań czy procedur medycznych, zaleca się by placówka określiła kompleksowy plan leczenia i ramy cenowe.

Tak jak w przypadku pacjentów, których stan się pogarsza, jak również w przypadkach komplikacji wynikających z leczenia, placówka jest zobowiązana do zaangażowania całego swojego potencjału osobowego i technicznego, którym dysponuje, celem wyeliminowania komplikacji. Rozpoczęte leczenie nie powinno zostać przerwane bez uzasadnionego powodu. Jednym z uzasadnionych powodów może być nieopłacenie świadczeń, agresywne lub inne niewłaściwe zachowanie, w tym mające znamiona nadużycia, przestępstwa itp. Zaleca się, by placówka posiadała odpowiednią dokumentację, ułatwiającą podjęcie decyzji o przerwaniu lub odmowie świadczenia medycznego.

Konieczność zaangażowania nadzwyczajnych środków w celu zapewnienia opieki medycznej pacjentowi, którego leczenie trwa, nie stanowi uzasadnionego powodu dla odmowy świadczenia.

### 3.1.5 Nadmiar świadczeń medycznych

Podstawowym obowiązkiem placówki oraz personelu jest zapewnienie jakości świadczonych usług. Personel jest odpowiedzialny za świadczenie usług opieki zdrowotnej zgodnie z prawem i istniejącymi regulacjami. Placówki nie powinny pobierać opłat za opiekę medyczną, o której wiedzą, że jest niepotrzebna lub zbędna. Personel medyczny jest zobowiązany do unikania niepotrzebnych procedur, a w sytuacjach, w których dobro pacjenta stoi w sprzeczności z interesem ekonomicznym placówki, dobro pacjenta winno być zawsze priorytetem.

Placówka nie powinna stosować:

- diagnostyki/leczenia, dla których nie ma wskazań medycznych i które nie przynoszą jakiegokolwiek korzyści dla pacjenta.
- diagnostyki i leczenia, których niedopuszczalność dowiedziono naukowo,
- jeśli niektóre procedury diagnostyczne i/lub medyczne są naukowo uzasadnione, wskazane i oferują rzeczywiste korzyści dla pacjenta, ale są mimo to regulowane szczególnymi przepisami lub zabronione, placówki powinny działać zgodnie z prawem. Jeżeli placówka nie zgadza się z rozwiązaniami prawnymi, powinna aktyw-

nie pracować nad wdrożeniem zmian i przekazać informację w tym zakresie do OSSP,

- jeżeli istnieje kilka naukowo uzasadnionych i wskazanych procedur diagnostycznych i/lub zabiegów medycznych, oferujących rzeczywiste korzyści dla pacjenta, decyzja, na którą należy się zdecydować, powinna zostać podjęta wspólnie przez lekarza i pacjenta.

### 3.1.6 Nadmierna diagnostyka radiologiczna

Placówki powinny przestrzegać wszystkich standardów zawodowych w zakresie świadczenia usługi diagnostyki radiologicznej. W przypadku, gdy pacjent zgłasza się z prośbą o zastosowanie określonej diagnostyki radiologicznej, lekarz/personel medyczny powinni ocenić potrzeby pacjenta, upewnić się, że pacjent rozumie możliwości i ryzyko związane z stosowaną metodą diagnostyczną i przekazać odpowiednie informacje w tym zakresie.

### 3.1.7 Reklama bezpośrednia leków w placówkach

Placówka nie może narzucać swoim lekarzom/pracownikom wyboru konkretnego leku ani nie powinna pozwalać na taki wpływ firm farmaceutycznych na pracowników, który może mieć wywierać negatywny skutek dla pacjentów.

Placówka powinna zachować wszystkie profesjonalne standardy przy przepisywaniu leków. Gdy pacjent zgłasza się z prośbą o konkretny lek, lekarz/personel medyczny powinni wspólnie oceniać potrzeby pacjenta i w sposób zrozumiały wytłumaczyć stosowane procedury lecznicze. Placówka nie powinna być uprzedzona w stosunku do określonych leków i środków medycznych, ale również w żadnym wypadku nie powinna ulegać naciskom, aby przepisywać określone środki medyczne. Placówka powinna odmówić pacjentowi leczenia, które nie jest wskazane, jednocześnie wyjaśniając dlaczego niektóre leki nie są dobrym rozwiązaniem i jakie alternatywy mogą zapewnić lepsze wyniki.

Placówka powinna mieć świadomość faktu, że promocja niektórych leków i urządzeń medycznych prowadzić może do nieuzasadnionych oczekiwań pacjenta. Dlatego placówka powinna powstrzymać się od wszelkiej promocji leków i urządzeń medycznych, które:

- nie obejmują edukacji pacjenta,
- nie zawierają wyraźnych, dokładnych i odpowiedzialnych przekazów edukacyjnych,
- nie instruują pacjentów o dodatkowych konsultacjach z lekarzem lub farmaceutą,
- nie określają ani nie ostrzegają określonych grup populacji o zagrożeniach związanych z tym lekiem.

Placówka może przekazywać swoje obawy i opinie w tych kwestiach Stowarzyszeniu, firmom farmaceutycznym i innym podmiotom, które promują własne leki i środki medyczne.

### **3.1.8 Postępowanie w przypadkach podejrzeń o popełnienie błędu medycznego**

W ramach swoich możliwości członkowie Stowarzyszenia zobowiązują się do udzielenia na żądanie pomocy w przypadku stwierdzenia wystąpienia błędu medycznego. Wszyscy członkowie Stowarzyszenia podejmują czynności, mające na celu rozpoznawanie i uświadomienie różnicy pomiędzy leczeniem nieodpowiedzialnym i nieprofesjonalnym, a niepożądanym efektem leczenia.

Błąd lekarza może wystąpić w jego codziennej pracy, szczególnie podczas inwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. W takiej sytuacji lekarz jest zobowiązany do stosownej reakcji i czynienia wszystkiego, co można zrobić w celu naprawienia błędu. Nieetycznym jest obciążanie pacjenta kosztami dodatkowych usług, wynikających z błędu medycznego.

Placówka jest zobowiązana do zapewnienia przejrzystości postępowania w sprawie błędu medycznego w trosce o interes pacjenta, interes społeczny, interes własny i Stowarzyszenia. Dlatego placówka jest zobowiązana do niezwłocznego poinformowania Stowarzyszenie o każdej sprawie, która może rodzić podstawy do uzasadnionej skargi pacjenta.

### **3.1.9 Przekazywanie pacjentów**

Prywatne zakłady opieki zdrowotnej i prywatne praktyki winny działać tak, aby względy handlowe nie miały decydującego wpływu na przekazywanie pacjentów przez personel medyczny.

Placówka może skierować pacjenta do dalszej diagnostyki i leczenia do innego lekarza lub innej placówki, ilekroć uzna to za korzystne dla niego. Decyzja o skierowaniu powinna być oparta na kompetencjach i autorytecie instytucji/praktyki, do której pacjent jest kierowany, a także jej zdolności do zapewnienia niezbędnych usług. Placówka nie powinna przekazywać pacjenta, gdy nie ma pewności, że usługi medyczne będą świadczone w sposób kompetentny i zgodny z przyjętymi standardami naukowymi oraz wymogami prawnymi.

Placówka nie powinna w jakikolwiek sposób otrzymywać jakiegokolwiek wynagrodzenia z tytułu skierowania pacjenta do skorzystania z usług innych placówek ochrony zdrowia. Jeśli placówka otrzyma opłatę za takie skierowanie,

powinno zostać to uznane za nieetyczne, gdyż rodzi podejrzenie, że powodem jest korzyść ekonomiczna a nie dobro pacjenta. Pacjenci ufają, że udzielona im porada leży w ich najlepszym interesie, dlatego każde skierowanie musi być oparte o najwyższe dobro pacjenta i zasady evidence-based medicine.

### **3.1.10 Zachęty finansowe dla pacjentów, którzy udzielają rekomendacji innym pacjentom**

Placówka nie powinna oferować swoim pacjentom (bezpośrednio lub pośrednio) finansowych lub innych zachęt w zamian za zachęcanie innych pacjentów do korzystania z jej usług. bo może to godzić w zaufanie społeczne, które jest podstawą relacji między pacjentem a lekarzem.

### **3.1.11 Opłaty za świadczone usługi**

Nieetycznym jest gwarantowanie wyniku leczenia.

Nie zaleca się, aby wynagrodzenie za usługi medyczne było uzależnione tylko od tego, jak skuteczne okaże się leczenie. Wynagrodzenie za usługi medyczne powinno opierać się na wartości usługi świadczonej pacjentom, a nie na wynikach. Również wynagrodzenie personelu medycznego nie powinno być uzależnione od efektów leczenia.

### **3.1.12 Koszty leczenia pacjenta**

Rachunek przedstawiony pacjentowi powinien odzwierciedlać rzeczywiste koszty i wykaz wszystkich usług, w tym tych świadczonych przez zewnętrzne podmioty. Opłaty za wykonane usługi powinny być dokładnie wyszczególnione.

### **3.1.13 Obowiązek zachowania poufności danych osobowych**

Placówka nie powinna ujawniać okoliczności usług medycznych świadczonych pacjentom, tożsamości pacjenta lub jakichkolwiek innych danych osobowych, dotyczących świadczonych usług medycznych wobec kogokolwiek, za wyjątkiem osób i podmiotów, które są upoważnione przez prawo do uzyskiwania takich danych.

Sytuacja, w której placówka ujawnia dane, które są wyjątkowo pożądane np. przez media, stanowi szczególnie poważne naruszenie Kodeksu Etyki.

### 3.2 Etyka w odniesieniu do innych instytucji i praktyk

Relacje z konkurentami tworzymy odpowiedzialnie, w oparciu o uczciwość i poszanowanie dobrego imienia innych instytucji i praktyk. Dążymy do współtworzenia rynku, na którym zainteresowane podmioty mają równe szanse i konkurują między sobą jedynie marką, warunkami i jakością oferowanych usług.

Placówka i jej pracownicy są zobowiązani do zachowania zgodnie z zasadami etyki, ale także do wskazywania nieetycznych działań i nieetycznego postępowania innych. Zabronione jest korzystanie z praw, wynikających ze stosunków handlowych, w sposób sprzeczny z celem, dla którego zostały ustanowione lub uznane przez prawo.

#### 3.2.1 Poszanowanie zasady wolnej konkurencji

Świadczenie usług zdrowotnych jest specyficzne w porównaniu do innych rodzajów usług, ponieważ brak poszanowania zasady wolnej konkurencji może mieć szczególnie poważne konsekwencje dla. Dlatego też placówki są szczególnie zobowiązane do okazywania szacunku i uznania we wzajemnych relacjach biznesowych.

Placówki są zobowiązane do prowadzenia działalności w zgodzie z regulacjami, zakazującymi praktyk naruszających wolną konkurencję i nie mogą podejmować się nieuprawnionych działań w zakresie nieuczciwej konkurencji.

Placówka nie powinna wykorzystywać nieuprawnionych form współpracy rynkowej, sprzecznych z prawem i dobrymi praktykami, w szczególności takimi jak: porozumienia cenowe, podział rynku, bojkot partnerów biznesowych, współpracowników, jakiegokolwiek formy tajnych umów mających na celu uzyskanie uprzywilejowanej pozycji rynkowej.

Placówka nie może podejmować działań sprzecznych z przepisami o zakazie nieuczciwej konkurencji, w tym w szczególności:

- w zakresie promocji, reklamy lub oferowania usług poprzez dostarczanie informacji lub używanie terminów, które powodują lub mogą wprowadzać w błąd w odniesieniu do tej usługi.
- przedstawiania nieprawdziwych informacji o innych placówkach i/lub jego pracownikach, szkodząc ich reputacji i działalności;
- ukrywania wad i niedociągnięć własnych usług lub wprowadzania w błąd pacjentów za pomocą innych środków;
- podejmowania działań, mających na celu zakończenie stosunków handlowych z innymi placówkami jak rów-

niez zmierzających do zapobiegania lub utrudniania powstania takich relacji;

- pozyskiwanie usługobiorców poprzez przyznawanie lub obiecywanie nagród, zysków lub korzyści majątkowych przekraczających zwyczajowe standardy.

#### 3.2.2 Zbieranie i publikowanie danych o konkurentach

Placówka może zbierać informacje o konkurentach rynkowych w sposób dozwolony przez prawo lub dobre praktyki w tym zakresie.

Niedozwolonymi i nieetycznymi sposobami gromadzenia informacji są w szczególności nadużycia, przekupstwo pracowników konkurencji, wprowadzanie w błąd i nieodpowiednie wykorzystanie informacji, zebranych podczas świadczenia usług na rzecz konkurencyjnego podmiotu gospodarczego.

Nieetyczne jest podważanie reputacji innej placówki poprzez publikowanie niedokładnych danych czy bezpodstawne rozpowszechnianie informacji o wadach, zagrożeniach lub innych negatywnych cechach tych placówek.

#### 3.2.3 Ceny świadczonych usług

Placówka / lekarz określa przebieg badań i stosowanych procedur medycznych.

Uznajemy za nieetyczne zachowania:

- wyłączające części procedury celem obniżenia ceny badania lub też obciążenia pacjenta za przeprowadzenie całej procedury, gdy tylko jej część jest wykonywana,
- wprowadzanie w błąd pacjenta informacją, że otrzymał całą usługę, gdy w rzeczywistości otrzymał tylko jej część,
- obniżanie ceny usług medycznych ze szkodą dla jakości świadczonych usług,
- świadczenie usług po cenie niższej niż minimalny jej koszt, mając na uwadze poszanowanie konkurencji.

#### 3.2.4 Obowiązkowe konsultacje

Placówka powinna przeprowadzać dodatkowe konsultacje ilekroć jest to wskazane medycznie lub na prośbę pacjenta, bądź jego przedstawiciela. Gdy pacjent zostanie skierowany do konsultanta, placówka powinna udostępnić mu historię choroby i wszelkie inne informacje, których może potrzebować konsultant.

### 3.2.5. Skierowanie w ramach placówki

Prowadzone działania mają na uwadze dobro pacjentów, chęć stałej poprawy jakości świadczonych usług i dostępu do nich. Placówka może przystępować do prawnie dozwolonych uzgodnień czy umów, mających na celu poprawę dostępu do odpowiedniej jakości usług medycznych, zawsze mając na uwadze prawidłowe wypełnienie obowiązków wobec pacjenta.

W przypadku dokonania ustaleń, które umożliwiają skierowanie do swojej placówki, należy uregulować sposób ich weryfikacji tak, by skierowania opierały się na obiektywnych, medycznie istotnych kryteriach.

Należy mieć na uwadze, że nieetycznym jest:

- otrzymywanie przez pracownika, osobę współpracującą gratyfikacji finansowej, uzależnionej od liczby pacjentów skierowanych w ramach placówki, zwłaszcza że takie rozwiązanie może zachęcać do przepisywania zbędnej diagnostyki i/lub świadczeń pielęgnacyjnych,
- stosowanie wobec lekarzy zachęt (finansowych lub innego typu) do kierowania pacjentów do leczenia w ramach placówki; placówka może wskazać preferowanych lekarzy, ale lekarz może zdecydować, że nie uznaje tego wskazania za leżące w interesie pacjenta,
- karanie finansowo lub w inny sposób lekarza, jeżeli z powodu uzasadnionych medycznych lub innych kryteriów uzna, że pacjent nie uzyska odpowiedniej opieki zdrowotnej w ramach placówki lub miejsca z którym placówka współpracuje.

### 3.2.6 Solidarność w ramach profesji

Wzajemne relacje kształtujemy w oparciu o zasady koleżeństwa, szacunku i dobrej współpracy. Podstawę działań stanowi otwarta komunikacja i zaufanie, które obejmują relacje tak ze współpracownikami, jak i podmiotami zewnętrznymi.

Solidarność zawodowa odnosi się do świadczenia usług medycznych na rzecz kolegów z zawodu lub ich rodzin bez pobierania opłat lub w niższej wysokości. Choć praktyka ta ma długotrwałą tradycję w zawodach związanych z opieką zdrowotną, nie stanowi ona wytycznej, pozostawiając to zagadnienie w gestii placówki.

Placówka powinna mieć świadomość, że przyjmowanie wynagrodzenia od towarzystwa ubezpieczeniowego w sytuacji, gdy pacjent jest zwolniony od opłat lub przysługuje mu rabat, może stanowić naruszenie prawa.

### 3.2.7. Reklama i relacje publiczne

Placówka może promować i reklamować swoje usługi zgodnie z prawem pod warunkiem, że taka komunikacja nie wprowadza opinii publicznej w błąd, nie pomija niezbędnych i istotnych informacji, nie zawiera nieprawdziwych lub fałszywych oświadczeń czy budzących nieuzasadnionych oczekiwań medycznych. Komunikacja w zakresie świadczonych usług winna być zrozumiałą i może obejmować kompetencje personelu medycznego, sposób ustalania cen czy sposób pobierania opłat za usługi.

Obiektywne stwierdzenia dotyczące doświadczenia, kompetencji, jakości personelu i usług powinny być oparte faktami. Podobnie twierdzenia o satysfakcji pacjentów można publikować wyłącznie wtedy, gdy są one realistyczne i reprezentatywne, oparte o rzeczywiste doświadczenie pacjenta. Reklama, która sugeruje, że niektóre placówki mają wyłączność na określone metody leczenia, może wprowadzać w błąd opinię publiczną. Podobnie twierdzenia, jakoby niektóre placówki wyleczyły lub z powodzeniem leczą dużą liczbę pacjentów, cierpiących na jakąś poważną chorobę, mogą być zwodnicze, jako że sugerują pewność wyników leczenia i w rezultacie tworzą nieuzasadnione oczekiwania pacjentów.

Dopuszcza się jednak twierdzenia informujące o tym, że wyłącznie placówka świadczy dane usługi na określonym obszarze.

#### 3.3.1 Personel medyczny

Placówka i wszyscy pracownicy oraz współpracownicy są zobowiązani do wykonywania pracy zgodnie z przepisami, wytycznymi, standardami i obowiązującymi regulacjami. Podstawowym zadaniem każdego wykonującego pracę jest troska o bezpieczeństwo pacjenta i jakość świadczonych usług.

Organizacja pracy w ramach placówki jest zgodna z jej specyfiką i zależna od charakteru jej działalności. Praca, lub jej część, może być wykonywana przez lekarza/personel niemedyczny, stałych pracowników i konsultantów, a niektóre usługi mogą być świadczone przez inne instytucje.

Wszyscy pracownicy i współpracownicy są zobowiązani do wymiany informacji w ramach posiadanego upoważnienia, opisu stanowiska pracy i zakresu kompetencji. Nie ujawnianie informacji z zakresu swojej działalności, może być uznane za utrudnianie innym wykonywania swojej pracy.

Wszystkie kwestie zawodowe należy rozpatrywać w duchu dobrych relacji koleżeńskich, a w przypadku sporów czy nieporozumień, strony powinny dążyć do ich polubownego rozwiązania.

### **3.3.2 Obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej**

Szanując przepisy prawa i obowiązujące regulacje oraz mając na uwadze najwyższe dobro pacjentów, Stowarzyszenie dąży do tego, aby wszyscy lekarze byli ubezpieczeni od odpowiedzialności zawodowej.

### **3.3.3 Stosunek organów zarządzających do profesjonalistów służby zdrowia**

Stosunki w miejscu pracy muszą opierać się na wzajemnym zaufaniu i szacunku, a także na dbałości o dobro pacjentów. Pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi, że procedury medyczne są oparte na pracy zespołów i/lub delegowaniu zadań zgodnie z wiedzą i kompetencjami. Biorąc pod uwagę zakres świadczonych usług, pracownicy medyczni ponoszą zawodową odpowiedzialność za jakość całej opieki zdrowotnej, nawet jeśli zaangażowany jest personel niemedyczny.

Dylemat etyczny może powstać w przypadku nadzoru pracy lekarza/pracownika medycznego przez personel niemedyczny, który może przedkładać własne interesy lub kierować się troską o własne zatrudnienie, zamiast interesami pacjenta. Lekarz znajdujący się w takiej sytuacji powinien priorytetowo traktować swoje obowiązki zgodnie z najlepszym interesem pacjenta, w oparciu o posiadaną wiedzę specjalisty medycyny, nawet jeśli mogło by to zrodzić konflikt z osobą go nadzorującą tj. z pracodawcą. Taka sytuacja winna zostać zgłoszona przełożonemu oraz/ rzecznikowi ds. etyki.

### **3.3.4 Zobowiązania umowne pracowników i umowy z innymi organizacjami opieki zdrowotnej**

Placówka ma prawo zawierać umowy z innymi instytucjami/przedsiębiorstwami/ specjalistami np. w zakresie badań klinicznych, umów z farmaceutami, świadczenia usług, w tym z innymi placówkami. Podstawę do nawiązywania tych relacji powinien stanowić profesjonalizm, poszanowanie praw innych podmiotów, dbałość o dobre imię placówki i OSSP.

Pracownik, konsultant może być zatrudniony w oparciu o dopuszczalne, uwzględniające okoliczności wykonywania świadczeń, w zależności od rodzaju profesjonalnej usługi, umiejętności, poziomu wykształcenia, doświadczenia, zakresu zadań, czasu itp.

Lekarz, konsultant nie może mieć żadnych ustaleń finansowych, dotyczących skierowania pacjenta do innej placówki medycznej. Placówka nie może wynagradzać swoich pracowników lub konsultantów za dodatkowo przepisywaną diagnostykę lub leczenie.

### **3.3.5 Znachorstwo**

Nieetycznym jest zachowanie, angażujące, ułatwiające lub promujące procedury, które nie są naukowo udowodnione, niebezpieczne lub mają na celu wprowadzenie w błąd pacjenta, dając mu fałszywe nadzieje lub które mogą skłonić pacjenta do odłożenia w czasie decyzji o poszukiwaniu odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Placówka powinna respektować przepisy zabraniające pracownikom ochrony zdrowia wspierania, zachęcania osób bez licencji do świadczenia usług medycznych lub osób posiadających określone licencje, do wykonywania usług wykraczających poza zakres tych licencji, lub osób leczących pacjentów wspólnie z innymi osobami, nie posiadającymi odpowiednich kwalifikacji.

### **3.3.6 Odpowiedzialne miejsce pracy**

Stale dążymy do poprawy bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia pracowników oraz osób realizujących zadania na rzecz lub w imieniu placówki i OSSP. Dążymy do zapewnienia przyjaznych warunków pracy wierząc, że atmosfera pracy oparta na współdziałaniu daje możliwość pełniejszego wykorzystania zdolności i możliwości pracowników dla dobra pracodawcy i rozwoju osobistego pracownika.

Nie dopuszczamy się dyskryminacji, mobbingu, molestowania i nie akceptujemy stosowania jakiegokolwiek formy jej przejawów wobec współpracowników, pacjentów oraz kontrahentów, zarówno ze względu na wiek, płeć, niepełnosprawność, przynależność rasową, wyznanie, orientację seksualną, narodowość, pochodzenie, jak i ze względu na działalność polityczną lub związkową. Nie tolerujemy żadnych form molestowania i znęcania się, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Celem zapobiegania zabronionym praktykom powinny zostać ustanowione wewnętrzne regulacje, chroniące przed nimi w miejscu pracy oraz zapewniające równe szanse.

Równość szans oznacza, że wszyscy są traktowani z szacunkiem i bez uprzedzeń oraz że w miejscu pracy stworzone są warunki sprzyjające i ceniące różnorodność.

### 3.4 Odpowiedzialność wobec społeczeństwa

Ochrona zdrowia i placówki medyczne pełnią szczególną rolę w społeczności, w ramach której świadczą usługi medyczne. Odpowiedzialność ta jest szczególnie podkreślana w przypadku sytuacji nadzwyczajnych, klęsk żywiołowych i innych podobnych przypadków. W takich sytuacjach placówki i ich pracownicy wykorzystują dostępny personel, możliwości techniczne i każdego, kto jest w stanie zaangażować się w udzielanie wszelkich form pierwszej pomocy, obsługę osób poszkodowanych i rannych.

Mamy na uwadze utrzymywanie długoterminowych, pozytywnych, obustronnie korzystnych relacji z otoczeniem. Wspieramy wartościowe inicjatywy społeczne i zdrowotne, dbamy o zdrowie dzieci i młodzieży.

### 3.5 Odpowiedzialność wobec środowiska

Dbamy o środowisko naturalne podczas wykonywania swoich codziennych obowiązków. Przy podejmowaniu decyzji bierzemy pod uwagę ich wpływ na otoczenie.

Kupujemy sprzęt posiadający odpowiednie atesty i spełniający normy ochrony środowiska. Wykonując prace przestrzegamy regulacji dotyczących ekologii i zasad bezpiecznej pracy. Pracownicy placówek są zobowiązani do zapoznania się i przestrzegania przepisów prawnych, dotyczących odpadów medycznych. W szczególności w placówkach powinny zostać wdrożone procedury postępowania z niebezpiecznymi odpadami medycznymi, w tym regulujące ich do gromadzenie, sortowanie, pakowanie, oznaczanie i transport.





## 4. ZNAJOMOŚĆ I DOSTĘPNOŚĆ KODEKSU ETYKI

Jest ważnym, aby wszystkie placówki i jej pracownicy znali i stosowali w praktyce treść Kodeksu Etyki. Zależy nam, aby wszyscy mieli możliwość zapoznania się z zasadami określonymi w Kodeksie.

Kodeks Etyki jest dostępny na stronie internetowej [www.szpitale.org.pl](http://www.szpitale.org.pl), we wszystkich placówkach stowarzyszonych w OSSP, na ich stronach internetowych oraz u rzecznika ds. etyki.

## 5. ZGŁASZANIE WĄTPLIWOŚCI, SUGESTII, NARUSZEŃ KODEKSU ETYKI

Kodeks Etyki nie zwalnia pracowników z obowiązku dokonywania samodzielnej oceny sytuacji w celu zapewnienia prawidłowego i odpowiedzialnego funkcjonowania Stowarzyszenia/placówki. W każdym przypadku, gdy pojawia się wątpliwość co do naszego zachowania lub osób w naszym otoczeniu, prosimy o zwrócenie się do przełożonego lub do rzecznika ds. etyki, który wspiera Stowarzyszenie/ placówki w kształtowaniu kultury etycznej.

Stowarzyszenie uważa za niezbędne podejmowanie działań, zapobiegających naruszeniom przepisów prawa czy postanowień niniejszego Kodeksu. Dlatego też, w przypadku powzięcia informacji o potencjalnym lub rzeczywistym naruszeniu, należy poinformować o tym przełożonego lub rzecznika ds. etyki.

Pracodawca w żadnym wypadku nie powinien karać, lub w inny sposób szkodzić osobom, które zwracają uwagę na naruszenia Kodeksu Etyki.

W przypadku pytań lub uwag dotyczących Kodeksu Etyki, prosimy o zgłoszenie ich do rzecznika ds. etyki.

### Kontakt do Rzecznika Etyki

listownie:

Pan Adam Rozwadowski  
00-195 Warszawa  
ul. Słomińskiego 19/524  
Centrum Medyczne Enel-Med  
z dopiskiem „rzecznik etyki”

poprzez kontakt elektroniczny:

[adam.rozwadowski@enel.pl](mailto:adam.rozwadowski@enel.pl)  
z dopiskiem w temacie maila „rzecznik etyki”  
telefon +48 602 298 295



---

# THE CODE OF ETHICS

Polish Association  
of Private Hospitals (OSSP)

---

The Code of the Polish Association  
of Private Hospitals was prepared by:

Members of the OSSP chaired  
by the Chairman Andrzej Sokołowski

Professor of U.G. Ph.D. hab. Sebastian Sykuna and Ph.D Marta Zbucka  
from the Department of Human Rights and Legal Ethics of the University of Gdańsk

SBP Sykuna - Barczewski - Legal Office Partners  
3-Maja 46 St., 81-743 Sopot

## TABLE OF CONTENTS

<b>1. AIMS OF THE CODE OF ETHICS</b> .....	23
<b>2. RULES AND CHARACTER OF THE CODE OF ETHICS</b> .....	24
2.1 Rules.....	24
2.2 Conflict of interest.....	24
2.2.2 Conflict of commitments.....	25
2.3. The involvement of OSSP and its institutions in the continuous improvement of the healthcare system.....	25
<b>3. THE RULES OF ETHICAL PROCEDURE</b> .....	26
3.1. Relations with patients.....	26
3.1.1 Prohibition of discrimination against patients.....	26
3.1.2 Acceptance or refusal to admit patients.....	26
3.1.3 Obligation to establish and follow the price list.....	26
3.1.4 Planning for diagnostics and treatment as well as handling unexpected cases.....	26
3.1.5. Excess medical services.....	27
3.1.6. Excessive radiological diagnosis.....	27
3.1.7 Direct advertising of medications in facilities.....	27
3.1.8 Conduct in cases of suspected medical malpractice.....	28
3.1.9. Referral of patients.....	28
3.1.10. Financial incentives for patients who give recommendations to other patients.....	28
3.1.11 Fees for services rendered.....	28
3.1.12 Costs of patient treatment.....	28
3.1.13 Duty of confidentiality of personal data.....	28
3.2 Ethics in relation to other institutions and practices.....	28
3.2.1 Respect for the principle of free competition.....	29
3.2.2. Collection and publication of data about competitors.....	29
3.2.3 Prices of services provided.....	29
3.2.4 Mandatory consultations.....	29
3.2.5. Referral within the facility.....	29
3.2.6. Solidarity within the profession.....	30
3.2.7. Advertising and public relations.....	30
3.3.1 Medical personnel.....	30
3.3.2 Compulsory professional liability insurance.....	30
3.3.3 Relation of management bodies to health professionals.....	31
3.3.4 Contractual obligations of employees and contracts with other healthcare organizations.....	31
3.3.5 Quackery.....	31
3.3.6 Responsible workplace.....	31
3.4 Responsibility towards society.....	32
3.5 Responsibility to the environment.....	32
<b>4. KNOWLEDGE AND AVAILABILITY OF THE CODE OF ETHICS</b> .....	33
<b>5. REPORTING DOUBTS, SUGGESTIONS, VIOLATIONS OF THE CODE OF ETHICS</b> .....	33



## 1. AIMS OF THE CODE OF ETHICS

The Code of Ethics of the Polish Association of Private Hospitals (referred to as OSSP) is a document that defines the ethical behavior of care and health facilities (the facilities), associated in the OSSP, when making all medical and business decisions. The Code aims to promote a culture based on principles of professionalism, trust, respect and good cooperation.

Guided by the overriding principle of respect for law and a sense of responsibility for the well-being of patients, OSSP confirms the importance of complying with applicable laws, regulations and voluntary commitments, as well as ethical and business conduct. We do not take part in projects which involve breaking the law and threaten our good reputation. We avoid and prevent such situations by reporting cases of breaking or violating the law.

The Association respects the applicable legal standards, but is also responsible for active participation in the process of changing the rules, in particular those which are in conflict with the best interests of the patient.

Ethical conduct is defined as activities in accordance with best practices and it is an absolute duty of all members of the Association and candidates for membership. The purpose of the Code is to establish general standards defining the bases of ethical operation and operation of medical facilities, as well as the activities of doctors, employees or consultants employed or cooperating with medical institutions.

The Code does not contain any detailed regulations, but it should always be used in a way which reflects the spirit of the principles adopted in it.

The Code of Ethics sets out the standards of conduct addressed to all members of the Association, their facilities and their employees, consultants, medical and non-medical personnel regardless of their position, whether they work part-time or full-time, regardless of their place of work or type of tasks performed. Under the Code of Ethics everyone is obliged to:

- I. actively promote ethical behavior and conduct of business,
- II. comply with all applicable laws and regulations,
- III. comply with the OSSP Code of Ethics,
- IV. ensure provision of accurate, objective, relevant, timely and transparent information to everyone they work with,
- V. accept responsibility for preventing, identifying and reporting any forms of unlawful or unethical behavior while providing medical services.

## 2. RULES AND CHARACTER OF THE CODE OF ETHICS

### 2.1 Rules

The Code of Ethics is an expression of the conviction that in everyday work one should refer to common, universal principles. This applies not only to the attitude of the employees of facilities, but also to the entities with whom we cooperate. Our environment, when assured of compliance with the adopted rules, will appreciate our desire to ensure the highest standards of medical care and co-create the market. This document specifies rules that should guide us in our daily work and external relations.

A facility providing medical services must respect dignity and human rights, as it is primarily responsible for the patient. The facility respects the rights of patients, colleagues and other health professionals, and respects the confidentiality and privacy of the patient within the scope of the law.

The facility is committed to the development, implementation and improvement of scientific knowledge and will provide access to relevant information to patients, colleagues and the general public.

The facility supports professional standards, ensures that its staff and representatives are honest in all professional dealings and, without hesitation, notifies the relevant authorities and operators about cases of unlawful or unethical behavior in health care.

### 2.2 Conflict of interest

Stowarzyszeni w OSSP i ich pracownicy powinni The OSSP associates and their employees should follow the highest standards of operations which shape public confidence and professional integrity and are committed to avoiding conflicts of interest. A conflict of interest may arise in a situation in which, while acting for our own benefit or the benefit of another person or entity, we act against the interest of the employer and / or the OSSP. We are sensitive to all such cases, since they may be harmful to the good name of the organization and the trust of the society.

Examples of such activities include:

- publishing a patient's data or information for one's own benefit without obtaining consent from the patient;
- providing, offering or promising anything of value to any officials to improve relations with the officials or the offices in which they work;
- transferring materials, results, data, information and any material goods to individuals or private companies for personal gain.

Employees, consultants and members of their families may not use confidential information while working to obtain benefits for themselves or other people. In particular they should not:

- use the assets of a facility for their benefit;
- use information provided for their own benefit or the benefit of other people;
- abuse their position for their own benefit or the benefit of other people;
- use information resulting from holding a particular position;
- withhold information obtained in the performance of duties that could be important from the point of view of making business decisions for an institution or association;
- be in any situation where private interests are not clearly separated from the scope of the activities contracted.

Employees and consultants who work for the public sector may direct their patients to institutions and private practices on their own initiative. Directing patients to a private health facility is only allowed when the patient specifically asks for it. In such a case a health care professional is obliged to act only for the benefit of the patient.



## 2.2.2 Conflict of commitments

Employees and consultants are expected to give their employers their full commitment while working, within the scope of their knowledge, time and energy. Thus, they should organize their external activities and financial interests in such a way as to ensure separation from their contractual obligations to the employer. The association will always recognize and support the fact that engaged experts may have many professional duties outside institutions, however they should never exceed the legally permitted maximum. The Association and its branches should always be aware of the potential conflict between the obligations of their consultants and take active steps to prevent such conflicts.

## 2.3. The involvement of OSSP and its institutions in the continuous improvement of the healthcare system

Owners, funders, administrators, payers and healthcare facilities aim to promote patient safety and improve the quality and effectiveness of the healthcare provided. However, this can be an ethical challenge for the

institution, causing a conflict of interest between patients, healthcare facilities and physicians in some situations. Excessive or inadequate treatment, or treatment which is not customized to individual patient needs, are examples of such activities which may expose persons to the risk of breaking the law and/or breaching patient trust, and therefore are considered unethical.

Medical facilities must strive to:

- ensure that the sources of financing, payment and delivery of health care are to be transparent and reflect the opinions and needs of all parties involved, including health care workers and patients;
- recognize that excessive dependence on external financial incentives may negatively affect the professional approach of service providers;
- promote the view that private facilities and practices are primarily dedicated to the needs of their patients;
- enable their engaged professionals to act in accordance with the individual needs of each patient.



## 3. THE RULES OF ETHICAL PROCEDURE

The Code of Ethics defines the basis for the functioning and conduct of institutions and their employees, which includes:

- I. relationships with patients
- II. relationships with other institutions
- III. relations with employees
- IV. responsibility towards society and the environment

### 3.1. Relations with patients

Each facility is committed to ensuring full respect for their patients' rights. This is done in particular by ensuring internal organization, compliance with employee rights and a duty to ensure the respect for patient's rights and their cultural, religious and philosophical differences. Relations with patients should be guided by responsibility and trust, so that every day should be based on providing a professional and reliable service.

#### 3.1.1 Prohibition of discrimination against patients

The principle of reliability of health care and the prohibition of discrimination must be observed when patients are admitted and medical services are provided. This means that there should be no distinction between patients: they cannot be treated unequally, in particular with regard to their race, sex, origin, nationality, citizenship or ethnicity, language, religious or political views, age, social background, general property status, culture, type of illness or mental or physical disability.

#### 3.1.2 Acceptance or refusal to admit patients

A private facility or practice may only receive patients to provide a health care service:

- within the scope of its registered activity,
- until they reach the limit of their ability to perform services,
- if its management or the person undertaking a given action believes that the facility has the appropriate competence and technical capabilities to provide the necessary medical services,

- in accordance with all the rules and norms of medical practice, especially in cases where there is a need to deal with complex cases of treatment.

The patient may not be refused provision of medical assistance when in urgent need of health care, where treatment of this need in that particular practice or institution is already in progress, in particular when the patient's condition worsens.

A facility is required to provide adequate health care, even if this requires emergency actions and / or outside of working hours, with the use of all personnel and technical capabilities. Actions should be undertaken after prior assessment of medical procedures and financial conditions, bearing in mind the benefit and interest of the patient.

#### 3.1.3 Obligation to establish and follow the price list

Institutions can earn revenues from medical services provided based on legal regulations and a price list established in advance, applicable to all patients. The price list should be available in the facility. Application of additional fees, for example in the form of unforeseen administrative and / or non-medical costs in order to guarantee the patient's admission to the facility (for example to skip a queue of other waiting persons), is unethical.

#### 3.1.4 Planning for diagnostics and treatment as well as handling unexpected cases

A facility should provide patients with the ability to understand and agree to any treatment, including unplanned situations that the physician can predict based on their own knowledge and experience.

It is recommended for all facilities that they:

- keep detailed documentation related to the decision-making processes, planned diagnostics and treatment,
- if possible, involve the patients' families in deciding on the total cost of medical services,
- ensure regular reviews of treatment plans and adapt them to changing circumstances.

If there is a need for more tests or medical procedures, it is recommended that the institution should define a comprehensive treatment plan and a price frame.

As in the case of patients whose condition is deteriorating, as well as in cases of complications arising from treatment, a facility is required to engage its full potential and technical personnel, in order to eliminate complications. Initiated treatment should not be interrupted without a valid reason. One of the justified reasons may be non-payment of benefits, or aggressive or other inappropriate behavior, including those of abuse, crimes, etc. It is recommended that the facility should have appropriate documentation to facilitate the decision to stop or refuse a medical service.

The necessity of involving extraordinary means to provide medical care to a patient whose treatment is ongoing is not a valid reason for refusing the service.

### **3.1.5. Excess medical services**

The primary duty of a facility and its staff is to ensure the quality of services provided. The staff are responsible for providing health care services in accordance with the law and existing regulations. Institutions should not charge for medical care which they know is unnecessary. Medical personnel are obliged to avoid unnecessary procedures and, in situations where the welfare of the patient is contrary to the economic interest of the facility, the patient's good should always be the priority.

The facility should not use:

- diagnosis / treatment for which there are no medical indications and which do not bring any benefit to the patient.
- diagnosis and treatment whose inadmissibility has been scientifically proven,
- if some diagnostic and / or medical procedures are scientifically justified, indicated and offer real benefits to the patient, but are nevertheless prohibited or regulated by special regulations, facilities should operate in accordance with law. If the institution does not agree with legal solutions, it should actively work on the implementation of changes and provide information in this regard to the OSSP,
- if there are several scientifically valid and indicated diagnostic procedures and / or medical procedures that offer real benefits for the patient, the decision to proceed should be taken jointly by the doctor and the patient.

### **3.1.6. Excessive radiological diagnosis**

Institutions should comply with all professional standards in the provision of radiological diagnostic services. In cases where a patient presents with a specific request for the use of diagnostic radiology, a physician / medical personnel should assess the needs of the patient, make sure that the patient understands the opportunities and risks associated with the diagnostic method used and provide relevant information in this regard.

### **3.1.7 Direct advertising of medications in facilities**

Facilities may not impose a specific medication to be recommended by physicians / employees, nor should it allow pharmaceutical companies to exert similar pressure on employees when such medications might have a negative effect on patients.

Facilities should maintain all professional standards when prescribing medications. When a patient requests a specific medicine, the physician / medical staff should jointly assess the patient's needs and explain the applied medical procedures in a understandable way.

Facilities should not be prejudiced against specific medications and medical agents, but at no time should they be under pressure to prescribe certain medical supplies. Facilities should refuse treatment which is not desirable, while explaining to a patient why some medications are not a good solution and what alternatives may provide better results.

Facilities should be aware of the fact that the promotion of certain medicines and medical devices may lead to unjustified expectations on the part of the patient. Therefore, the facility should refrain from any promotion of medications and medical devices which:

- do not consider the instruction of patients;
- do not contain clear, accurate and responsible instructions;
- do not instruct patients on additional consultations with a doctor or a pharmacist;
- do not specify or warn specific groups of the population about the risks associated with that particular medication.

The facility can communicate its concerns and opinions on these issues to the Association, pharmaceutical companies and other entities which promote their own medications and medical supplies.

### **3.1.8 Conduct in cases of suspected medical malpractice**

As part of their duties, members of the Association undertake to provide assistance upon request in the event of a medical error. All members of the Association shall take steps aiming at the recognition and awareness of the difference between irresponsible and unprofessional treatment on one hand and adverse effects of treatment on the other.

A doctor's mistake can occur in his daily work, especially during invasive diagnostic and therapeutic procedures. In this situation, the doctor is obliged to respond appropriately and to do everything he is capable of to rectify a medical error. It is unethical to charge a patient with the costs of additional services resulting from a medical error.

Facilities are obliged to ensure transparency of proceedings regarding a medical error in the interest of the patient, societal interest, the facility's self-interest as well as the interest of the Association. Therefore, facilities are obliged to immediately inform the Association about any matters that may give rise to a legitimate complaint by a patient.

### **3.1.9. Referral of patients**

Private healthcare facilities and private practices should act so that commercial considerations do not have a decisive impact on the transfer of patients by medical personnel.

The facility may refer a patient for further diagnosis and treatment to another doctor or other facility, whenever it deems it beneficial for him/her. The decision to refer should be based on the competences and authority of the institution / practice to which the patient is directed, as well as its ability to provide the necessary services.

The facility should not refer the patient when there is no certainty that medical services will be provided in a competent manner and in accordance with accepted scientific standards and legal requirements.

The facility should not, in any way, receive any remuneration for referring the patient to use the services of other health care facilities. If the institution receives a fee for such a referral, it should be considered unethical as it raises a suspicion that the reason is an economic benefit and not a benefit to the patient. Patients trust that the advice given is in their best interest, therefore each referral has to be based on the best interests of the patient and the principles of evidence-based medicine.

### **3.1.10. Financial incentives for patients who give recommendations to other patients**

The facility should not offer its patients (directly or indirectly) financial or other incentives in exchange for encouraging other patients to use its services. Such activity may affect the information which patients deliver to potential patients and may bear the risk of destroying the social trust which is the basis of the relationship between a patient and a doctor.

### **3.1.11 Fees for services rendered**

It is unethical to guarantee the result of a treatment.

It is not recommended that remuneration for medical services should depend on the success of the treatment. Remuneration for medical services should be based on the value of the services provided to patients, not on the results. In addition,, remuneration of medical personnel should not depend on the effects of treatment.

### **3.1.12 Costs of patient treatment**

A bill presented to a patient should reflect the actual costs and the list of all services, including those provided by external entities. All the fees for services rendered should be accurately detailed.

### **3.1.13 Duty of confidentiality of personal data**

The facility should not disclose the circumstances of medical services provided to patients, the patient's identity or any other personal information relating to medical services to any person, except persons and entities authorized by law to obtain such data.

Any situation in which the institution reveals data which is particularly desirable, for example by the media, is a particularly serious violation of the Code of Ethics.

## **3.2 Ethics in relation to other institutions and practices**

We create relationships with competitors responsibly, based on honesty and respect for the reputation of other institutions and practices. We strive to co-create a market where stakeholders have equal opportunities and compete with each other only by their brand, the conditions of their facility and the quality of the services offered.

Facilities and their employees are obliged to behave in accordance with the principles of ethics, but also to indicate unethical activities and unethical conduct of others. It is forbidden to exercise their rights arising from a business relationship in a manner inconsistent with the purpose for which they were established or recognized by law.

### **3.2.1 Respect for the principle of free competition**

The provision of health services is quite specific, when compared to other types of services, because failure to respect the principle of free competition can have particularly serious consequences for the users of services, i.e. patients. Therefore, centres are especially obliged to show respect and recognition in mutual business relations.

Institutions are required to conduct business in compliance with regulations, prohibiting practices that impede free competition, and cannot undertake unauthorized, unfairly competitive actions.

Facilities should not use unauthorized forms of market cooperation, contrary to the law or regulations, or contrary to good practice, in particular – including, but not limited to – price agreements, market division, boycott of business partners and co-workers, or any form of secret agreements aimed at obtaining a privileged market position.

Institutions may not engage in acts contrary to provisions related to the prohibition of unfair competition, including in particular:

- in the scope of promotion, advertising or offering of services, providing information or using terms that may misrepresent the service or which cause confusion.
- providing false information about other facilities and / or its employees, or otherwise damaging their reputation and activities;
- concealing shortcomings and inadequacies of their services or misleading patients by other means;
- taking actions aimed at closing trade relations with other institutions as well as other measures which prevent or obstruct the creation of such relationships;
- acquiring service recipients by rewarding them with, or promising rewards of, material or property benefits exceeding the usual standards.

### **3.2.2. Collection and publication of data about competitors**

Facilities may collect information about market competitors in a manner permitted by law or good practice in this area.

Illegal and unethical ways of gathering information include, in particular, fraud, bribery of employees of competitors, or misleading or inappropriate use of information gathered during the provision of services for a competitive business entity.

It is unethical to undermine the reputation of another facility by publishing inaccurate data or disseminating unjustified information about defects, threats or other negative features of that facility.

### **3.2.3 Prices of services provided**

A facility or doctor specifies the course of examination and applied medical procedures.

The following behaviour is considered unethical:

- excluding parts of a procedure in order to lower the price of the examination or to charge the patient for carrying out the whole procedure as soon as only a portion of it is done;
- misleading the patient with information that he/she has received the entire service when in fact he/she has received only part of it;
- reducing the price of medical services to the detriment of the quality of services provided; or
- providing services at a price lower than the minimum of its cost, to ward off competition.

### **3.2.4 Mandatory consultations**

A facility should carry out additional consultations whenever it is medically indicated or at the request of the patient or his/her representative. When a patient is referred to a consultant, the facility should provide him/her with the medical history and any other information that the consultant may need.

### **3.2.5. Referral within the facility**

Activities conducted should be intended to consider the benefit of patients, and the desire to constantly improve the quality of services and access to them. The facility may join legal arrangements or agreements aimed at improving access to quality medical services, always considering the proper fulfillment of its obligations towards the patient.

While making arrangements for the referral to their facilities, the manner of their verification as to referral should be based on objective, medically relevant criteria.

In each case it is considered unethical to:

- give a financial bonus to an employee or a cooperating person which depends on the number of patients admitted to the institution, especially since such a solution may encourage to prescription of unnecessary diagnostic and / or care benefits;
- apply incentives (financial or otherwise) to doctors to refer patients for treatment within the facility - the facility may indicate preferred doctors, but the doctor may decide that he/she does not consider this indication to be in the interest of the patient;
- punish a doctor financially or otherwise if, due to justified medical or other criteria, he/she has determined that the patient does not receive adequate health care within the facility or a centre which the facility cooperates with.

### 3.2.6. Solidarity within the profession

We shape mutual relations based on the principles of camaraderie, respect and good cooperation. The basis for our activities is open communication and trust, which include relationships with both colleagues and external parties.

Professional solidarity refers to the provision of medical services to other colleagues of the profession or their families at no charge or at a lower rate. Although this practice has a long-standing tradition in health care professions, it is not a guideline, leaving this issue to the discretion of each institution.

Facilities should be aware that accepting remuneration from an insurance company, in a situation where the patient is exempt from fees or is entitled to a rebate, may be a violation of the law.

### 3.2.7. Advertising and public relations

Facilities may promote and advertise their services in accordance with the law, provided such communication does not mislead the public, does not omit necessary and relevant information, does not contain false statements and does not raise unreasonable medical expectations. Communication of the range of services provided should be comprehensible and may include the competence of medical personnel, the method of setting prices or the method of charging service fees.

Objective statements about experience, competence or the quality of personnel and services should be supported by facts. Similarly, patient satisfaction claims can only be published if they are realistic and representative, based on the patient's actual experience. Advertising which suggests that some centres have exclusive treatment options may mislead the public. Similarly, statements that a facility has cured or successfully treated a large number of patients suffering from a serious illness, can be misleading, as they may suggest certain treatment results and as a consequence create unreasonable expectations on the part of patients.

However, it is permitted to inform the public that only a specific facility provides particular services in a given area.

### 3.3.1 Medical personnel

A facility and all its employees and associates are obliged to perform work in accordance with all rules, guidelines, standards and applicable regulations. The basic task of everyone who performs work in medical institutions should be caring for the patient's safety and the quality of services provided.

The organization of work within the facility must be consistent with its specificity and depends on the nature of its activity. The work, or part of it, can be performed by a doctor / non-medical staff, permanent staff and consultants, and some services may be provided by other institutions.

All employees and associates are required to exchange information with regard to their authority, job description and scope of competence. Non-disclosure of information about their activity may be considered as obstructing the work of the facility.

All professional issues should be considered in the spirit of good relations of colleagues, and in the case of disputes or misunderstandings, the parties should strive for an amicable solution.

### 3.3.2 Compulsory professional liability insurance

While respecting legal and binding regulations, and considering the highest welfare of patients, the Association strives to ensure that all doctors are insured against their professional liability.

### **3.3.3 Relation of management bodies to health professionals**

Relationships in the workplace must be based on mutual trust and respect, as well as on care for the well-being of patients. Employees should be aware that medical procedures are based on the work of teams and tasks are delegated in accordance with knowledge and competence. Given the range of services, professional medical staff bear responsibility for the quality of the health care in its entirety, even if it involves work by non-medical staff.

An ethical dilemma may arise in the case of a doctor or medical professional being monitored by non-medical staff, who may submit to their own interests or be guided by concern for their own employment, rather than the interests of the patient. The doctor or medical professional placed in such a situation should give priority to their duties in accordance with the best interest of the patient, based on their knowledge as medicine specialist, even if this could give rise to a conflict with the supervising person, i.e. with the employer. Such a situation should be reported to a supervisor and / or a code of ethics spokesman.

### **3.3.4 Contractual obligations of employees and contracts with other healthcare organizations**

Every facility has the right to conclude agreements with other institutions / enterprises / specialists, or with other facilities, e.g. in the field of clinical trials, contracts with pharmacists or provision of services. The basis for establishing these relationships should be professionalism, respect for the rights of other entities, and care for the good name of the parties involved and the good name of the OSSP.

An employee or a consultant may be employed on the basis of acceptable rules, taking into account the circumstances of the provision of services, the type of services, skills, level of education, experience, scope of tasks, time, etc.

A doctor or a consultant may not be involved in any financial arrangements in relation to the referral of a patient to another medical facility. Facilities cannot reward its employees or consultants for additional prescribed diagnostics or treatment.

### **3.3.5 Quackery**

It is unethical to preserve, engage, facilitate or promote procedures that are not scientifically proven, dangerous or intended to mislead the patient, by giving him/her false hopes or that may prompt the patient to postpone the decision to seek appropriate health care.

Facilities must respect laws prohibiting health professionals from supporting or encouraging persons without a license from providing medical services, and must respect laws which prohibit persons holding certain licenses from performing services that go beyond the scope of these licenses. They must also respect laws preventing such persons treating patients together with other persons who do not have appropriate qualifications.

### **3.3.6 Responsible workplace**

We are constantly striving to improve work safety and protect the health of employees and people performing tasks for or on behalf of facilities and the OSSP. We strive to provide friendly working conditions, in our belief that a work atmosphere based on cooperation gives the opportunity to more fully utilize the abilities and capabilities of employees for the benefit of the employer and the further personal development of the employee.

We do not allow discrimination or harassment, and we do not accept any form of manifestations of these against co-workers, patients or contractors, regardless of their age, gender, disability, race, religion, sexual orientation, nationality, origin, political affiliation or trade union activity. We do not tolerate any forms of harassment, both physical and mental. In order to prevent any prohibited practices internal regulations should be established that would protect against discrimination or harassment in the workplace and ensure equal opportunities.

Equal opportunities mean that everyone is treated with respect and without prejudice, and that conditions that favor and value diversity in the workplace are created.

### 3.4 Responsibility towards society

Health care and medical facilities play a special role in the community, by providing medical services. This responsibility is particularly emphasized in the event of emergency situations, natural disasters and other similar cases. In such situations, all facilities and their employees will use the available staff, technical capabilities and anyone who is able to engage in all forms of first aid, to provide support for injured people.

We build our association by maintaining long-term, positive, mutually beneficial relations with the community. We support valuable social and health initiatives, and we care for the health of children and adolescents.

### 3.5 Responsibility to the environment

We care about the natural environment while performing our daily duties. When making decisions, we take into account their impact on the environment.

We buy equipment that has appropriate approvals and meets environmental protection standards. While carrying out our work, we comply with regulations regarding ecology and safe work rules. The employees of medical facilities/centres are required to read and comply with the law relating to medical waste. In particular, facilities/centres should follow appropriate procedures for dealing with hazardous medical waste, including those for collecting, sorting, packaging, labeling and transport.





## 4. KNOWLEDGE AND AVAILABILITY OF THE CODE OF ETHICS

It is important that all facilities and their employees are aware of and apply the contents of the Code of Ethics in practice. We would like everyone concerned to be able to read the rules specified in the Code of Ethics.

The Code of Ethics is available on the website [www.szpitale.org.pl](http://www.szpitale.org.pl), in all affiliates of the OSSP, on their websites and from the ethics officer.

## 5. REPORTING DOUBTS, SUGGESTIONS, VIOLATIONS OF THE CODE OF ETHICS

The Code of Ethics does not exempt any employees from their obligation to make an independent assessment of situations in order to ensure the proper and responsible functioning of the Association or institution. In any case, when there is doubt as to any behavior or people in our environment, please ask the manager or the Code of ethics spokesman who supports the Association or institution in the shaping of its ethical culture.

The Association considers it necessary to take actions to prevent violations of the law or the provisions of this Code. Therefore, in the case of obtaining information about potential or actual such violations, you should inform your supervisor or the Code of Ethics spokesman.

The employer in any case should not penalize or otherwise harm people who pay attention to the violation of the Code of Ethics.

If you have questions or comments about the Code of Ethics, please report them to the Ethics Spokesman.

### Contact to ethics spokesman

by mail:

Mr. Adam Rozwadowski  
00-195 Warsaw  
ul. Słomińskiego 19/524  
Medical Center Enel-Med  
with a note "ethics spokesman"

via electronic contact:

[adam.rozwadowski@enel.pl](mailto:adam.rozwadowski@enel.pl)  
with a note in the subject line "ethics spokesman"  
Phone: +48 602 298 295



---

**Standardy przeciwdziałania korupcji  
dla członków  
Ogólnopolskiego Stowarzyszenia  
Szpitali Prywatnych**

---

## 1. WSTĘP

**1.1** Dla zachowania zgodności z przepisami antykorupcyjnymi, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych rekomenduje stowarzyszonym podmiotom stosowanie niniejszych Standardów przeciwdziałania korupcji.

**1.2** Rekomendujemy, aby system przeciwdziałania korupcji pozwalał na: identyfikowanie ryzyk niezgodności, reakcję na zidentyfikowane ryzyka oraz ustawiczną ocenę działania systemu. System przeciwdziałania korupcji powinien uwzględniać ryzyko niezgodności z przepisami prawa, regulacjami wewnętrznymi podmiotu oraz powszechnie obowiązującymi zwyczajami i regułami etycznymi.

## 2. KODEKS ANTYKORUPCYJNY

**2.1** Rekomendujemy, aby stowarzyszone podmioty wdrożyły i swej codziennej działalności stosowały Kodeks Antykorupcyjny.

**2.2** Rekomendujemy, aby Kodeks Antykorupcyjny:

Stanowił deklarację działalności etycznej i wyraźnie odrzucał korupcję

Wskazywał jakie są odmiany korupcji oraz specyfika korupcji w sektorze publicznym i prywatnym

Tłumaczył czym jest korupcja poprzez praktyczne przykłady

Odnosił się zarówno do korzyści majątkowych, jak i osobistych oraz tłumaczył czym one są

Ustanawiał zasady identyfikowania korupcji i jej zapobiegania

Ustanawiał zasady odpowiedzialności za naruszenie Kodeksu

Odnosił się do głównych działań z ryzykiem korupcyjnym prowadzonych przez podmiot

**2.3** Jeśli podmiot stowarzyszony posiada obowiązujące już kodeks etyczny, politykę compliance, politykę antykorupcyjną lub podobny dokument, to rekomendujemy, aby zapisy wskazane w pkt 2.2. stały się częścią takiego dokumentu.

**2.4** Rekomendujemy, aby Kodeks był stosowany przez wszystkich pracowników i współpracowników podmiotów stowarzyszonych, a zobowiązanie do jego stosowania było potwierdzone w sposób umożliwiający weryfikację.

**2.5** Rekomendujemy, aby Kodeks był dostępny na stronie internetowej podmiotu stowarzyszonego oraz aby był elementem wszelkich umów zawieranych przez podmiot stowarzyszony.

## 3. USTANOWIENIE FUNKCJI ZAPEWNIANIA ZGODNOŚCI ANTYKORUPCYJNEJ

**3.1** Rekomendujemy, aby stosowanie systemu przeciwdziałania korupcji było nadzorowane przez osobę zajmującą dedykowane do tego stanowisko w Spółce (np. Compliance Officer).

**3.2** Rekomendujemy, aby osoba ta:

Podlegała bezpośrednio Zarządowi lub była członkiem Zarządu

Zapewniała porady i wytyczne dla personelu w zakresie systemu przeciwdziałania korupcji

Przedstawiała raporty dotyczące funkcjonowania systemu przeciwdziałania korupcji

Była wyposażona w odpowiednie zasoby oraz posiadała odpowiednie kompetencje

## 4. SZKOLENIA Z PRZECIWDZIAŁANIA KORUPCJI

**4.1** Rekomendujemy, aby w podmiotach stowarzyszonych regularnie przeprowadzono szkolenia z zakresu przeciwdziałania korupcji dla całego personelu.

**4.2** Rekomendujemy, aby zakres tych szkoleń obejmował co najmniej:

- polityka antykorupcyjna
- procedury podmiotu
- prawo

### Przepisy

- okoliczności, w których może dojść do korupcji
- szkody dla organizacji wynikające z korupcji

### Kontekst

- jak rozpoznać korupcję i jak zareagować
- narzędzia zapobiegania korupcji
- do kogo zgłaszać wątpliwości

### Reakcja

- jakie konsekwencje może wywołać niezastosowanie się do reguł antykorupcyjnych

### Skutki

**4.3** Rekomendujemy, aby szkolenia były cyklicznie powtarzane w przedziale czasowym dostosowanym do danego stanowiska i ryzyka korupcyjnego związanego z jego piastowaniem.

**4.4** Rekomendujemy, aby szkolenia kończyły się weryfikacją zdobytej wiedzy oraz aby zarówno weryfikacja, jak i udział w szkoleniu możliwy był do odtworzenia za pomocą stosownej dokumentacji.

**4.5** Rekomendujemy, aby zasady realizacji szkoleń określała procedura zintegrowana z ogólną polityką szkoleń podmiotów stowarzyszonych. Rekomendujemy, aby procedura zapewniała, że:

**(5.1.1.a)** Podmiot stowarzyszony w sposób efektywny zapoznaje pracowników z zasadami przeciwdziałania korupcji, biorąc pod uwagę rodzaj wykonywanej przez nich pracy oraz ryzyka charakterystyczne dla danego rodzaju pracy,

**(5.1.1.b)** Szkolenia są adekwatne do ich celów oraz do grupy docelowej uczestników, jak również są efektywne i wydajne. W tym celu możliwe jest organizowanie szkoleń tradycyjnych lub za pomocą elektronicznych systemów szkoleniowych, określanie cykliczności szkoleń oraz określanie charakteru szkoleń – obowiązkowego lub fakultatywnego – dla poszczególnych grup pracowników

**(5.1.1.c)** Wyznaczony jest podmiot/jednostka organizacyjna odpowiedzialny za planowanie, przeprowadzenie i ewidencję szkoleń.

## 5. klauzule umowne

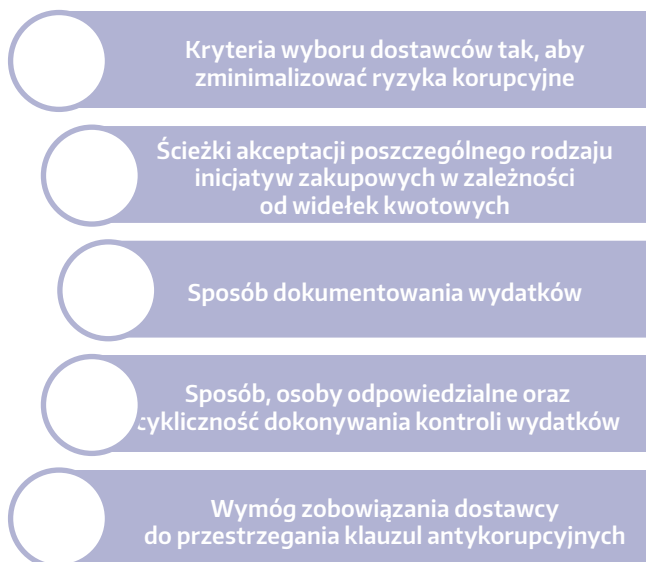
**5.1** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone stosowały odpowiednie klauzule antykorupcyjne we wszystkich umowach z pracownikami, współpracownikami, kontrahentami, partnerami, w tym również biznesowymi i wszystkimi współpracującymi na podstawie umowy cywilnoprawnej oraz wszystkimi osobami wykonującymi jakiegokolwiek czynności w imieniu lub na rzecz podmiotów stowarzyszonych.

**5.2** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone opracowały treść klauzul antykorupcyjnych do stosowania w umowach z podziałem na kategorię umów.

**5.3** Rekomendujemy, aby regulacje wewnętrzne podmiotów stowarzyszonych określały zasady postępowania w przypadku, gdy druga strona odmówi podpisania klauzuli lub zaproponuje klauzulę w innym brzmieniu.

## 6. PROCES ZAKUPOWY

**6.1** Rekomendujemy, aby w podmiotach stowarzyszonych zostały wprowadzone regulacje normujące proces zakupowe, które powinny zawierać:



**6.2** Rekomendujemy, aby w podmiotach stowarzyszonych istniały zasady cyklicznego przeglądu regulacji zakupowych oraz ich uaktualniania ze względu na dokonaną ocenę ryzyk korupcyjnych.

**6.3** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone regularnie dokonywały kontroli aktywności zakupowych w sposób umożliwiający weryfikację, czy faktyczne postępowanie jest zgodne z przyjętymi zasadami.

## 7. RELACJE Z PACJENTAMI

**7.1** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone zapewniały wszystkim pacjentom równy dostęp do świadczonych usług w sposób niedyskryminujący dla jakiegokolwiek osoby lub grupy.

**7.2** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone wymagały od swojego personelu wystrzegania się jakichkolwiek sytuacji w relacjach z pacjentami, które mogą rodzić podejrzenia korupcji.

**7.3** Rekomendujemy, aby zasady kontaktu i postępowania z pacjentami w oparciu o wyrażone powyżej zasady zostały odpowiednio zakomunikowane personelowi podmiotu stowarzyszonego oraz stanowiły element jego obowiązków, którego naruszenie może wiązać się z poniesieniem odpowiedzialności.

## 8. RELACJE MIĘDZY PODMIOTAMI ZEWNĘTRZNYMI A OSOBAMI WYKONUJĄCYMI ZAWÓD MEDYCZNY (HCP)

**8.1** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone dbały o transparentność, jawność i etyczność wszelkich relacji między HCPs, będącymi personelem podmiotu stowarzyszonego a podmiotami zewnętrznymi, szczególnie działającymi w sektorze ochrony zdrowia i farmaceutycznym.

**8.2** Rekomendujemy, aby jakiegokolwiek zaangażowanie HCPs, będących personelem podmiotu stowarzyszonego w działania edukacyjne lub promocyjne na rzecz podmiotów zewnętrznych (np. prowadzenie badań edukacyjnych, spotkań edukacyjnych, udział w konferencji, wydanie publikacji) było:



**8.3** Rekomendujemy, aby powyższe zasady stanowiły element szkoleń pracowniczych dla HCPs, będących personelem podmiotu stowarzyszonego. Nieprzestrzeganie tych zasad powinno dawać podmiotowi stowarzyszonemu możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności.

**8.4** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone dbały o świadomość wagi poprawnej komunikacji wśród HCPs. Zasady czytelnej i przejrzystej komunikacji mogą stanowić element szkoleń antykorupcyjnych lub mogą być personelowi przedstawiane w poradniku/instrukcji. Podmioty stowarzyszone powinny zadbać o weryfikację znajomości tych zasad wśród personelu.

## 9. ZGŁASZANIE INFORMACJI O NIEPRAWIDŁOWOŚCIACH I POSTĘPOWANIE Z TAKIMI INFORMACJAMI

**9.1** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone rozwijały kulturę organizacji poprzez wspieranie sygnalizowania o nieprawidłowościach przez personel.

**9.2** Rekomendujemy, aby wspieranie sygnalizowania odbywało się poprzez stworzenie wewnątrz organizacji systemów zgłaszania nieprawidłowości i rozwijanie programów ochrony sygnalistów.

**9.3** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone wdrożyły wewnętrzną procedurę regulującą zasady zgłaszania odpowiednim osobom lub działom informacji o wszelkich propozycjach korupcyjnych, podejrzaniach działań korupcyjnych oraz innych nieprawidłowościach.

**9.4** Rekomendujemy, aby wdrożony system umożliwiał pracownikom, współpracownikom, kontrahentom, partnerom, w tym biznesowym i wszystkim osobom wykonującym jakiegokolwiek czynności w imieniu lub na rzecz Spółki przekazywanie informacji o nieprawidłowościach w sposób poufny, zapewniający anonimowość w celu ochrony tożsamości sygnalisty. Aby umożliwić dokonywanie zgłoszeń podmioty stowarzyszone powinny zorganizować, utrzymywać i udostępniać kanały dokonywania zgłoszeń, dostosowane do potrzeb organizacji.

**9.5** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone poinformowały wszystkie osoby wskazane w pkt 9.4. o możliwości zgłaszania w sposób poufny i anonimowy wszelkich informacji o propozycjach korupcyjnych, podejrzaniach działań korupcyjnych oraz innych nieprawidłowościach.

**9.6** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone chroniły sygnalistów przed następującymi działaniami:



**9.7** Rekomendujemy, aby podmioty stowarzyszone opracowały i wdrożyły procedurę, określającą zasady przeprowadzania postępowań wyjaśniających oraz działań po ich zakończeniu. przeprowadzały postępowanie wyjaśniające po otrzymaniu zgłoszenia.

**9.8** Rekomendujemy, aby postępowanie rządziło się między innymi następującymi zasadami:



## 10. STANDARDY MIĘDZYNARODOWE

**10.1** Rekomendujemy, aby systemu przeciwdziałania korupcji w podmiotach stowarzyszonych budowane były w oparciu o międzynarodowe standardy zarządzania ryzykiem korupcji takie jak norma ISO 37001:2016 Anti – bribery Management System.

