ANMCS
unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

**CONSILIUL JUDETEAN ARGES**
**SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "SF.ANDREI"**
**Jud. Arges, com.Valea Iasului, CP 117795, CIF 4122019**
**Tel. 0248724431, Fax 0248724430**
**Email: postmaster@spviasului.ro, Web: www.spviasului.ro**

JUDEȚUL ARGEȘ
ROMÂNIA

# ANEXA nr.1 la DECIZIA nr.73 din 09.06.2022
# PLAN DE INTEGRITATE AL SPITALULUI DE PNEUMOFTIZIOLOGIE SF.ANDREI
# STRATEGIA NAŢIONALĂ ANTICORUPŢIE 2021-2025

| Nivel | Descriere | Indicatori de performanta | Surse de verificare | Riscuri | Responsabil | Resurse | Termen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBIECTIV GENERAL 1 – CREŞTEREA GRADULUI DE IMPLEMENTARE A MĂSURILOR DE INTEGRITATE LA NIVEL ORGANIZAŢIONAL** | | | | | | | |
| **Obiectiv specific 1.1. Implementarea masurilor de integritate** | | | | | | | |
| Măsura 1.1.1. | Adoptarea si distribuirea in cadrul institutiei a agendei/declaratiei privind asumarea unei agende de integritate organizationala; | Declaratie adoptata<br>Declaratie distribuita<br>Desemnarea coordonatorului implementarii planului de integritate și a unei/unor persoane de contact, responsabile de implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021-2025 | Declaratie Publicare pe Site-ul spitalului<br>Decizie interna Manageriala emisa la 31.03.2022 | Adoptarea unei declaratii neadaptate contextului institutional<br>Nivel scazut de implicare al angajatilor | Managerul Spitalului<br>Comitetul Director | Nu este cazul | 31.03.2022 |
| Măsura 1.1.2. | Adoptarea si distribuirea in cadrul institutiei a planului de integritate, urmare consultarii angajatilor si a evaluarii de risc conform H.G. nr. 599/2018 si asigurarea resurselor necesare implementarii acestuia; | Aprobarea Plan integritate - implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021-2025<br>Numire responsabil metodologie de evaluare incidentre de integritate si registru incidente la nivel de unitate | Decizie interna manageriala Plan integritate adoptat<br>Lista de difuzare<br>Decizie interna manageriala Numire responsabil evaluare incidente integritate | Nivel scazut de implicare al angajatilor<br>Caracter exclusiv formal al consultarii | Managerul Spitalului<br>Coordonatorul implementarii planului de integritate și a persoanelor, responsabile de implementarea SNA | Nu este cazul | 30.06.2022 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Măsura 1.1.3. | Evaluarea anuala a modului de implementare a planului si adaptarea acestuia la riscurile si vulnerabilitatile nou aparute; | Raport de evaluare intocmit si publicat pe site-ul insitutiei<br>Plan adaptat si publicat pe site-ul institutiei, daca este cazul | Document aprobat<br>Publicare pe Site-ul spitalului | Caracter formal al evaluării<br>Neparticiparea/ neimplicarea Angajaților<br>Absenta aplicarii efective a metodologiei de evaluare a riscurilor | Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA | Nu este cazul | ANUAL |
| Măsura 1.1.4. | Identificarea, analizarea, evaluarea si monitorizarea riscurilor de coruptie, precum si stabilirea si implementarea masurilor de prevenire si control al acestora, conform H.G. nr. 599/2018; | Registrul riscurilor de coruptie completat<br>Nr. de riscuri si vulnerabilitati identificate<br>Nr de masuri de interventie<br>Formarea profesionala a persoanelor responsabile pentru aplicarea efectiva a metodologiei de evaluare a riscurilor | Documente aprobate | Absenta aplicarii efective a metodologiei de evaluare a riscurilor | Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA<br>Responsabil riscuri de corupţie | În limita bugetului aprobat | 31.12.2022 |
| Măsura 1.1.5. | Identificarea, evaluarea si raportarea unitara a incidentelor de integritate, conform H.G. nr. 599/2018, precum si stabilirea unor masuri de prevenire si/sau control urmare producerii acestora; | Rapoarte intocmite<br>Nr. de incidente identificate<br>Nr. si tipul de masuri de prevenire si/sau control luate<br>Publicarea listei incidentelor de integritate şi a măsurilor de remediere pe platforma MS | Documente aprobate | Identificarea gresita a faptelor ca incidente de integritate | Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA<br>Consiliul etic | Nu este cazul | ANUAL |
| **OBIECTIV GENERAL 2 – REDUCEREA IMPACTULUI CORUPŢIEI ASUPRA CETĂŢENILOR** | | | | | | | |
| Măsura 2.1. | Cresterea gradului de educatie anticoruptie a cetatenilor si angajatilor, cu accent pe drepturile acestora in relatia cu institutiile publice si impactul coruptiei asupra serviciilor publice | Cod etic revizuit aprobat<br>Grad de cunoastere de catre angajati a Codului de etica<br>Evaluarea mecanismului de feed-back a pacientului<br>Nr.programe/activitati de informare | Cod etic revizuit<br>Liste de semnaturi pentru luare la cunostiinta a Codului etic<br>Rapoarte de evaluare a | Resurse financiare insuficiente<br>Nivel scazut de implicare al angajatilor privind valorile si principiile de | Consiliul de etica<br>Coordonatorul implementarii planului de integritate şi a persoanelor, responsabile de | Nu este cazul | PERMANENT |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | mecanismului de feed-back a pacientului<br>Site-ul spitalului<br>Afişare la loc vizibil în spital | etica | implementarea SNA | | |
| Măsura 2.2. | Consolidarea profesionalismului in cariera personalului din organizatie, inclusiv prin aplicarea efectiva a mecanismelor de evaluare a performantelor, evitarea numirilor temporare in functiile de conducere, transparentizarea procedurilor de recrutare si asigurarea stabilitatii functiei ; | Nr.evaluari profesionale din total angajati<br>Nr. Si tipul masurilor dispuse urmare evaluarilor<br>Nr.posturi de conducere ocupate prin concurs din total nr.de posturi de conducere din institutie<br>Eficientizarea sistemului de declarare a averilor si a intereselor | Documente specifice<br>Raport masuri in urma evaluarilor | Evaluare formala<br>Neimplicarea angajatilor cu responsabilitati | Managerul Spitalului<br>Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA<br>Biroul RUNOS<br>Consiliul medical | Nu este cazul | . PERMANENT |
| Măsura 2.3. | Asigurarea unei protectii efective a cetatenilor care sesizeaza presupuse incidente de integritate savarsite de furnizorii de servicii publice; | Procedura interna privind semnalarea neregularitatilor /protectia avertizorilor revizuita<br>Nr.sesizari transmise de cetateni<br>Procentul sesizarilor referitoare la incidente de integritate raportat la nr.total de sesizari inregistrate la nivelul institutiei | PO.OJ.59.2019<br>Procedura privind semnalarea, prevenirea neregularitatilor si a faptelor de coruptie<br>Difuzarea către salariaţi a procedurii | Lipsa personalului cu responsabilitati in relatii publice<br>Neparticiparea/ neimplicarea angajaților<br>Neaplicarea efectiva a masurilor de protectie | Coordonatorul implementarii planului de integritate și a persoanelor, responsabile de implementarea SNA<br>Consiliul de etica<br>RMC<br>Şefi structuri | Nu este cazul | PERMANENT |
| Măsura 2.4. | Formarea unei culturi civice de confruntare a fenomenului coruptiei "mici", inclusiv prin utilizarea noilor tehnologii (de exemplu, social media); | Nr.de campanii de constientizare organizate<br>Nr.de mesaje preventive (postari) publicate pe canalele media a institutiei (avizier, site) | Procese verbale de instruire<br>Site-ul propriu<br>Afişarea la loc vizibil | Lipsa specialistilor in domeniul comunicarii social media<br>Nealocarea resurselor necesare | Coordonatorul implementarii planului de integritate și a persoanelor, responsabile de implementarea SNA<br>RMC | În limita bugetului aprobat | PERMANENT |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Măsura 2.5. | Reglementarea transparenta a procedurilor de obtinere cu celeritate (sau in regim de urgenta) a documentelor emise de institutie, inclusiv cele medicale; | Proceduri utilizate | Lista de proceduri aprobate PO.OJ.129.2019 - Procedura privind accesul la documentele medicale de catre pacient, apartinători legali/părți interesate | Nealocarea resurselor necesare – bugetare si umane Reticenta la schimbare a anagajtilor | Coordonatorul implementarii planului de integritate şi persoanele, responsabile de implementarea SNA Responsabil arhivă | În limita bugetului aprobat | 31.12.2022 |
| **OBIECTIV GENERAL 3 – CONSOLIDAREA MANAGEMENTULUI INSTITUŢIONAL SI A CAPACITĂŢII ADMINISTRATIVE PENTRU PREVENIREA ŞI COMBATEREA CORUPŢIEI** | | | | | | | |
| **Obiectiv specific 3.1. Extinderea culturii transparentei pentru o guvernare deschisă** | | | | | | | |
| Măsura 3.1.1. | Monitorizarea si evaluarea aplicarii standardului general de publicare a informatiilor de interes public prevazut in Anexa nr. 4;<br>Anexa nr. 4 va include si urmatorii indicatori: publicarea anuala a sumei fondurilor europene atrase de fiecare institutie centrala si evidentierea acestui aspect pe pagina de internet a institutiei; publicarea pe pagina de internet a autoritatii contractante a documentelor privind executia contractului: declaratii de calitate si conformitate, procese verbale de receptie, ordine de plata); | Informatii de interes public publicate conform standardului<br>Publicarea în format deschis a indicatorilor economici şi de performanţă şi a BVC<br>Cuantumurile veniturilor şi cheltuielilor publicate<br>Suma anuală a sponsorizărilor primite<br>Suma anuală a arieratelor/datoriilor<br>Nr.solicitari de informatii de interes public<br>Nr.raspunsuri comunicate<br>Nr.raspunsuri formulate cu intarziere fata de termenul legal | Site oficial al institutiei<br>Documente justificative | Lipsa transparenţei şi a informaţiilor<br><br>Personal neinstruit<br><br>Lipsa de interes a personalului<br>Afectarea imaginii publice a spitalului | Director financiar-contabil<br>Serviciul aprovizionare/ investiţii/ transport<br>Serviciul de statistica si evaluare medicala<br>Informatician<br>Responsabil informatii de interes public | In limita bugetului aprobat | PERMANENT |
| **Obiectiv specific 3.2. Imbunatatirea capacitatii de gestionare a esecului de management prin corelarea instrumentelor care au impact asupra** | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **identificarii timpurii a riscurilor si vulnerabilitatilor institutionale** | | | | | | | |
| Măsura 3.2.1. | Auditarea interna, o data la doi ani, a sistemului de prevenire a coruptiei la nivelul tuturor autoritatilor publice; | Recomandari formulate<br>Gradul de implementare a recomandarilor formulate | Rapoarte de audit | Instruirea unui auditor intern<br>Lipsa cooperarii anagajatilor cu auditorii interni | Conducerea instituţiei publice | În limita bugetului aprobat | O data la doi ani |
| **OBIECTIV GENERAL 4 – CONSOLIDAREA INTEGRITĂŢII ÎN DOMENII DE ACTIVITATE PRIORITARE** | | | | | | | |
| **Obiectiv specific 4.1. Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in sistemul public de sanatate** | | | | | | | |
| Măsura 4.1.1. | Transparentizarea utilizarii resurselor publice prin publicarea centralizata a datelor privind achizitiile din sanatate (pe site-ul www.ms.ro si alte platforme informatice); | Nr.contracte de achizitie si acte aditionale incarcate pe site-ul www.ms.ro si alte platforme informatice.<br>Nr. Si seturi de date publicate pe site-ul www.ms.ro si alte platforme informatice<br>Incarcarea tuturor transferurilor de valoare dintre personalul medical si industria farmaceutica publicate prin ANMDM | Documente justificative | Lipsa cooperarii managerilor in publicarea transparenta a datelor<br>Refuz de participare din partea angajaţilor<br>Lipsa personal de specialitate | Conducerea institutiei publice<br>Serviciul de achizitii publice<br>Serviciul financiar-contabil | În limita bugetului aprobat | PERMANENT |
| Măsura 4.1.2. | Desfasurarea de activitati continue de indrumare metodologica pe teme privind transparenta, etica si integritatea, dedicate personalului din institutiile din sistemul de sanatate publica. | Nr. Activitati organizate la nivelul institutiei | Program de instruire<br><br>Lista participanti | Resurse financiare insuficiente/ nealocate<br>Lipsa interes al angajatilor | Conducerea institutiei publice<br>Coordonator strategie anticorupţie<br>Consiliul etic | În limita bugetului aprobat | PERMANENT |
| **Obiectiv specific 4.2. Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in domeniul achizitiilor publice** | | | | | | | |
| Măsura 4.2.1. | Atragerea si mentinerea in sistem a personalului specializat in achizitii publice, inclusiv prin consolidarea statutului acestora, profesionalizarea personalului si asigurarea unui regim de protectie adecvat impotriva | Nr. de angajaţi specializati intrati fata de cei iesiti din sistem | Rapoarte de evaluare a resurselor umane | Caracter exclusiv formal al informării<br>Proceduri de angajare fara cerinte de specializare in | Conducerea instituţiei<br>Coordonator strategie anticorupţie<br>Biroul RUNOS | În limita bugetului aprobat | PERMANENT |

ANMCS
unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

**CONSILIUL JUDETEAN ARGES**
**SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "SF.ANDREI"**
**Jud. Arges, com.Valea Iasului, CP 117795, CIF 4122019**
**Tel. 0248724431, Fax 0248724430**
**Email: postmaster@spviasului.ro, Web: www.spviasului.ro**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | tentativelor de intimidare sau corupere; | | | achizitii publice | | | |
| Măsura 4.2.2. | Incurajarea utilizarii unor abordari inovative pentru implicarea societatii civile in monitorizarea integritatii achizitiilor publice; | Chestionare integrate in documentatia de achizitii privind integritatea procedurii Nr.decizii CNSC analizate Nr.hotarari definitive analizate | Chestionar Portal CNSC Portal MJ | Lipsă interes | Coordonator strategie anticorupţie Serviciul aprovizionare/ investiţii/ transport | Nu are implicaţii financiare suplimentare | 31.12.2023 |
| **Obiectiv specific 4.3. Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in mediul de afaceri** | | | | | | | |
| Măsura 4.3.1. | Aplicarea standardelor aferente open contracting data; | Nr. Seturi de date publicate Nr. Personal de specialitate instruit in aplicarea standardului OCSD (permite dezvăluirea datelor și documentelor în toate etapele procesului de contractare prin definirea unui model comun de date) - Standard de date pentru contracte deschise | Documente relevante | Necunoasterea si neimplementarea OCSD de catre personalul de specialitate | Conducerea instituţiei Coordonator strategie anticorupţie Serviciul aprovizionare/ investiţii/ transport | În limita bugetului aprobat | Sem.I 2023 |

**APROBAT,**
**Manager**

**AVIZAT,**

**Coordonatorul implementării planului de integritate SNA**
**Ec.Cristea Daniela**

**ÎNTOCMIT,**
**Responsabil cu implementarea SNA**
**Ec.Mireştean Camelia**