



Spitalul Orășenesc "Ioan Lascăr"
Comănești

Or. Comănești, Str. Vasile Alecsandri, nr. 1, jud. Bacău

Tel. 0234374215; Fax: 0234374219; CIF 4353056

E-mail: secretariat@spitalulcomanesti.ro

Web: www.spitalulcomanesti.ro



PLAN DE INTEGRITATE AL SPITALULUI ORĂȘENESC „IOAN LASCĂR” COMĂNEȘTI STRATEGIA NAȚIONALĂ ANTICORUPȚIE 2021 - 2025

Obiectiv general 1: Creșterea gradului de implementare a măsurilor de integritate la nivelul instituției Obiectiv specific 1.1. Implementarea măsurilor de integritate.

| NR. CRT. | MĂSURA | INDICATORI DE PERFORMANȚĂ | SURSE DE VERIFICARE | RISCURI | RESPONSABIL | RESURSE | TERMEN | OBSERVAȚII (Abrevieri) |
|----------|--|---|---|--|--|----------------|------------|------------------------|
| 1. | 1.1.. Adoptarea și distribuirea în cadrul instituției a declarației privind asumarea unei agende de integritate organizațională și comunicarea acesteia către Consiliul Local al Orașului Comănești. | Declarația adoptată, diseminată și postată pe site-ul instituției. Transmiterea declarației către Consiliul Local al Or. Comănești. | Document aprobat. Publicare pe site-ul Spitalului. | Nivel scăzut de implicare al angajaților. | Managerul Spitalului. Comitetul Director. | Nu este cazul. | 31.03.2022 | |
| 2. | 1.2. Consultarea angajaților în procesul de elaborare a Planului de integritate. | Numărul de angajați consultați cu privire la elaborarea Planului de integritate. | Document aprobat. Listă de distribuție. | Întârzieri în desemnarea sau actualizarea componenței grupului de lucru. | Managerul Spitalului. | Nu este cazul. | 30.06.2022 | |
| 2. | 1.3. Desemnarea coordonatorului, persoanei de contact și a unui grup de lucru responsabil de implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021 – 2025. | Decizie emisă. Informarea Consiliul Local al Or. Comănești cu privire la emiterea deciziei. | Document aprobat. Listă de distribuție. | Întârzieri în desemnarea sau actualizarea componenței grupului de lucru. | Managerul Spitalului. | Nu este cazul. | 01.07.2022 | |
| 4. | 1.4. Aprobarea și distribuirea în cadrul instituției a Planului de integritate, precum și publicarea documentului pe site-ul instituției. | Plan de integritate aprobat prin act administrativ și diseminat prin e-mail. Numărul de angajați informați cu privire la aprobarea Planului de integritate. Publicarea Planului de integritate pe site-ul Spitalului Orășenesc „IOAN LASCĂR” Comănești. | Plan de integritate aprobat. E-mail și listă de luare la cunoștință. | Nedistribuirea planului de integritate. | Managerul Spitalului. Coordonatorul și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Nu este cazul. | 01.07.2022 | |
| 5. | 1.5. Identificarea, analizarea, evaluarea și monitorizarea riscurilor de corupție. | Număr de riscuri și vulnerabilități și corupție identificate și evaluate. | Rapoarte de evaluare a riscurilor și vulnerabilităților la corupție. Registrul riscurilor de corupție. | Caracterul formal al demersului în absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor. | Managerul Spitalului. Coordonatorul și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Nu este cazul. | Permanent | |

| | | | | | | | | |
|----|---|--|--|---|--|---|-----------|--|
| 6. | 1.6. Implementarea măsurilor de prevenire și control a materializării riscurilor identificate. | Număr de măsuri implementate. Număr de vulnerabilități remediate. Formarea profesională a membrilor Grupului de lucru pentru aplicarea efectivă a metodologiei de evaluare a riscurilor. | Raport privind măsurile de remediere a vulnerabilităților (Anexa C) | Caracter formal al demersului în absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor. Personal instruit insuficient pentru aplicarea metodologiei. | Grupul de lucru pentru managementul riscurilor la corupție. | În funcție de măsurile de remediere identificate. | Permanent | |
| 7. | 1.7. Identificarea, evaluarea și raportarea unitară a incidentelor de integritate conform Hotărârii Guvernului nr. 599/2018, precum și stabilirea unor măsuri de prevenire și/sau control urmare a producerii acestora. | Rapoarte întocmite. Număr de incidente identificate. Număr și tipul de măsuri de prevenire și/sau control luate. Publicarea listei incidentelor de integritate și a măsurilor de remediere pe platforma Ministerului Sănătății. | Documente aprobate. | Identificarea greșită a faptelor ca incidente de integritate. | Coordonatorul implementării Planului de integritate SNA 2021 – 2025. | Nu este cazul. | Permanent | |
| 8. | 1.8. Evaluarea anuală a modului de implementare a Planului și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou identificate și transmiterea către Consiliul Local al Orașului Comănești. | Gradul de implementare a Planului de integritate | Raportul de evaluare întocmit și publicat pe site-ul instituției. Plan adaptat și publicat pe site-ul instituției, dacă este cazul. | Caracter formal al demersului în absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor. Neparticiparea sau neimplicarea angajaților. | Managerul Spitalului. Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Nu este cazul. | Anual | |

Obiectiv general 2: Reducerea impactului corupției asupra cetățenilor

| NR. CRT. | MĂSURA | INDICATORI DE PERFORMANȚĂ | SURSE DE VERIFICARE | RISCURI | RESPONSABIL | RESURSE | TERMEN | OBSERVAȚII (Abrevieri) |
|----------|--|---|--|--|---|----------------|-----------|------------------------|
| 9. | 2.1. Creșterea gradului de educație anticorupție a cetățenilor și angajaților, cu accent pe drepturile acestora în relația cu autoritățile și instituțiile publice și impactul corupției asupra serviciilor publice. | Codul de etică revizuit și aprobat. Gradul de cunoaștere de către angajați a Codului de etică. Evaluarea mecanismului de feed-back al pacientului. Număr programe/activități de informare a angajaților. | Cod etic revizuit. Liste de semnături pentru luare la cunoștință a Codului etic. Rapoarte de evaluare a mecanismului de feed-back al pacientului. Site-ul Spitalului Orășenesc „IOAN LASCĂR” Comănești. | Nivel scăzut de implicare al angajaților privind valorile și principiile de etică. Caracterul formal al activităților desfășurate. Calitatea scăzută a activităților de creștere a educației anticorupție. | Consiliul de etică. Biroul Managementul Calității din structura Spitalului. Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Nu este cazul. | Permanent | |
| 10. | 2.2. Consolidarea profesionalismului în cariera personalului din organizație, inclusiv prin aplicarea mecanismelor de evaluare a performanțelor, transparentizarea procedurilor de recrutare a angajaților. | Numărul evaluărilor profesionale din totalul angajaților. Numărul și tipul măsurilor dispuse urmare a evaluărilor. Numărul și tipul măsurilor luate în vederea asigurării vizibilității | Documente specifice. Raport măsuri în urma evaluărilor. | Evaluarea formală a angajaților. Neimplicarea angajaților cu responsabilități. | Managerul Spitalului. Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea | Nu este cazul. | Permanent | |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|--|--|--|---|------------|--|
| | | anunțurilor aferente procedurilor de recrutare. | | | SNA 2021 – 2025. Consiliul Medical. Biroul RUNOS. | | | |
| 11. | 2.3. Asigurarea unei protecții efective a cetățenilor care sesizează presupuse incidente de integritate săvârșite de furnizorii de servicii publice. | Numărul de sesizări transmise de cetățeni. Procentul sesizărilor referitoare la incidente de integritate raportat la numărul total de sesizări înregistrat la nivelul instituției. Procedura internă privind avertizorii de integritate. | Note de informare. Mesaje/sesizări, e-mailuri transmise pe conturile instituției. Postarea procedurii privind avertizorii de integritate pe site-ul instituției. | Neaplicarea efectivă a măsurilor de protecție. Acces limitat la internet și echipamente al cetățenilor din mediul rural sau în vârstă. | Consiliul de etică. Biroul Managementul Calității în Sănătate. Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Nu este cazul. | Permanent | |
| 12. | 2.4. Digitalizarea serviciilor care pot fi automatizate cu scopul de a reduce probabilitatea materializării riscurilor de corupție generate de interacțiunea directă cu angajații instituției. | Tipul de servicii digitalizate. Numărul de utilizatori. | Pagina/portalul instituției care furnizează serviciul. Rapoarte de activitate. Feed-back cetățeni. | Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. | Managerul Spitalului. Serviciul de Informatică spital. Biroul de Statistică și Evaluare Medicală. Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Se va estima în funcție de dimensiunea proiectului. | 31.12.2023 | |
| 13. | 2.5. Formarea unei culturi civice de confruntare a fenomenului corupției „mici”, inclusiv prin utilizarea noilor tehnologii (de exemplu, social media). | Numărul de mesaje preventive (postări) publicate pe canalele media ale instituției (facebook). Număr de campanii de conștientizare organizate. | Site-ul propriu al instituției. | Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. | Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Se va estima în funcție de dimensiunea proiectului. | Permanent | |
| 14. | 2.6. Reglementarea transparentă a procedurilor de obținere cu celeritate (sau în regim de urgență) a serviciilor publice. | Numărul de proceduri transparentizate privind obținerea cu celeritate sau în regim de urgență a serviciilor publice. Numărul de măsuri luate în vederea asigurării informării efective privind procedurile de obținere cu celeritate (sau în regim de urgență) a serviciilor publice. Numărul de servicii publice furnizate urmare a procedurilor de obținere cu celeritate sau în regim de urgență. | Lista de proceduri adoptate. | Neutilizarea procedurilor privind obținerea cu celeritate sau în regim de urgență a serviciilor publice. Reticența la schimbare a angajaților instituției. Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. | Biroul Managementul Calității în Sănătate. Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | Nu este cazul. | 31.12.2022 | |

Obiectiv general 3: Consolidarea managementului instituțional și a capacității administrative pentru prevenirea și combaterea corupției
Obiectiv specific 3.2.: Extinderea culturii transparenței pentru o guvernare deschisă în administrația publică

| NR. CRT. | MĂSURA | INDICATORI DE PERFORMANȚĂ | SURSE DE VERIFICARE | RISCURI | RESPONSABIL | RESURSE | TERMEN | OBSERVAȚII (Abrevieri) |
|----------|--|--|---|---|---|---|-----------|------------------------|
| 15. | 3.1. Aplicarea standardului general de publicare a informațiilor de interes public prevăzut în Anexa nr. 4 la SNA 2021 – 2025. | Informații de interes public publicate conform standardului. | Pagina de internet a instituției sanitare. Solicitări de informații de interes public. | Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. | Conducerea instituției sanitare. Compartimentul informatic. Responsabil furnizare informații de interes public. | În funcție de complexitatea site-ului, se pot utiliza surse proprii sau finanțări nerambursabile. | Permanent | |
| 16. | 3.2. Publicarea de seturi de date pe portalul data.gov.ro. | Număr de seturi de date publicate pe portalul data.gov.ro. | Portalul data.gov.ro. | Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. | Conducerea instituției sanitare. Persoanele responsabile desemnate. | Nu este cazul. | Permanent | |

Obiectiv general 4: Consolidarea integrității în domenii de activitate prioritare

Obiectiv specific 4.1.: Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sistemul public de sănătate

| NR. CRT. | MĂSURA | INDICATORI DE PERFORMANȚĂ | SURSE DE VERIFICARE | RISCURI | RESPONSABIL | RESURSE | TERMEN | OBSERVAȚII (Abrevieri) |
|----------|--|---|--|--|--|----------------|-----------|------------------------|
| 17. | 4.1.1. Transparența utilizării resurselor publice prin publicarea centralizată a datelor privind achizițiile din sănătate (pe site-ul www.ms.ro și alte platforme informatice. | Încărcarea informațiilor privind contractele de achiziție și acte adiționale încărcate pe site-ul www.ms.ro și alte platforme informatice. Număr și tipuri de seturi de date publicate pe site-ul www.ms.ro și alte platforme informatice. Încărcarea tuturor transferurilor de valoare dintre personalul medical și industria farmaceutică publicate prin ANMDM. | Documente justificative. | Probleme cu implementarea soluției software. Implementarea defectuoasă a soluțiilor software la nivel național sau local. Lipsă personal de specialitate. | Conducerea instituției sanitare. Comp. Achiziții Publice Birou Financiar-Contabil. | Nu este cazul. | Permanent | |
| 18. | 4.1.2. Introducerea în contractul de management al spitalelor publice a unor indicatori de evaluare prin care actele de corupție, incompatibilitățile, abuzurile și conflictele de interese ale personalului din subordine să fie considerate eșecuri de management. | Introducerea unui contract standard de management al spitalelor publice în care să se regăsească indicatorii de evaluare prin care actele de corupție, incompatibilitățile, abuzurile și conflictele de interese ale personalului din subordine să fie considerate eșecuri de management. | Contract de management sau act adițional la contractul de management . Plan de măsuri privind gestionarea eșecului de management. | Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. Neaprobarea formei standard a contractului de management în care să se regăsească indicatorii de evaluare prin care actele de corupție, incompatibilitățile, abuzurile și conflictele | Conducerea instituției sanitare. Coordonatorul implementării Planului de integritate. | Nu este cazul. | Permanent | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|------------------------------|-----------|--|
| | | Număr și tip de măsuri dispuse în gestionarea eșecului de management. | | de interese ale personalului din subordine să fie considerate eșecuri de management. | | | | |
| 19. | 4.1.3. Optimizarea implementării Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul instituției publice sanitare. | Număr și tipuri de măsuri luate în vederea optimizării implementării. Număr de riscuri identificate. Număr și tipuri de măsuri de intervenție. | Documente aprobate. | Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. | Conducerea instituției sanitare. Biroul Managementul Calității în Sănătate. Coordonatorul implementării Planului de integritate. | Nu este cazul. | Permanent | |
| 20. | 4.1.4. Desfășurarea de activități continue de îndrumare metodologică pe teme privind transparența, etica și integritatea, dedicate personalului din instituțiile din sistemul de sănătate publică. | Număr și tipuri de activități organizate. | Programe de instruire. Listă participanți. | Nealocarea resurselor umane și financiare necesare. Lipsa de interes din partea grupului țintă. | Conducerea instituției sanitare. Consiliul Etic. Coordonatorul implementării Planului de integritate și membrii Grupului de lucru desemnat pentru implementarea SNA 2021 – 2025. | În limita bugetului aprobat. | Permanent | |
| Obiectiv specific 4.4.: Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în domeniul achizițiilor publice | | | | | | | | |
| 20. | 4.4.1. Atragerea și menținerea în sistem a personalului specializat în achiziții publice, inclusiv prin consolidarea statutului acestora, cât și asigurarea unui regim de protecție adecvat împotriva tentativelor de intimidare sau corupere. | Raportul între numărul de angajați specializați intrați față de cei ieșiți din sistem. Număr de sesizări a organelor de urmărire penală cu privire la presupuse tentative de corupere și/sau intimidare. | Rapoarte de evaluare a Biroului de Resurse Umane. | Proceduri de angajare fără cerințe de specializare în achiziții publice. Lipsa de eficiență a măsurilor de menținere în sistem a personalului specializat în achiziții publice. | Conducerea instituției sanitare. Biroul RUNOS. Coordonatorul implementării Planului de integritate. | Nu este cazul. | Permanent | |
| 21. | 4.4.2. Adăugarea în documentația de achiziții a unor chestionare privind programele de integritate ale ofertanților. | Adoptarea unui act normativ pentru a completa documentația de achiziții. Număr chestionare completate. Număr riscuri identificate | Chestionare completate. | Întârziere în adoptarea actului normativ. | Conducerea instituției sanitare. Birou Achiziții Publice. Coordonatorul implementării Planului de integritate. | Nu este cazul. | Permanent | |

APROBAT,
MANAGER INTERIMAR EC. HERCIU IUSTIN



AVIZAT,
DIRECTOR MEDICAL DR. CIORCILĂ CIPRIAN-IONUȚ