

Nr.5517 / 30.06.2022

Anexa nr.1 la Decizia 133/30.06.2022

PLAN DE INTEGRITATE AL SPITALULUI ORASENESC NEGREȘTI OAS

<i>Obiectiv 1: Creșterea gradului de implementare a măsurilor de integritate la nivelul instituției și a celor subordonate/ coordonate/ aflate sub autoritate, precum și a întreprinderilor publice</i>						
Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
1.1 Adoptarea și distribuirea în cadrul instituției a declarației privind asumarea unei agende de integritate organizațională și comunicarea acesteia MDLPA	Declarația adoptată, diseminată și postată pe site-ul instituției	Adoptarea unei declarații neadaptate conținutului instituțional; Nivel scăzut de implicare a angajaților	Document aprobat Publicare pe pagina web a instituției	31 martie 2022	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.2 Desemnarea coordonatorului și a unei persoane responsabile ¹ de implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021-2025	Act administrativ emis	Întârzieri în desemnarea/ actualizarea componenței grupului de lucru	Document aprobat Listă de distribuție	30 iunie 2022	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.3 Consultarea angajaților în procesul de elaborare a planului de integritate	Nr. de angajați consultați cu privire la elaborarea planului de integritate	Caracter formal al consultării Neparticiparea/ neimplicarea angajaților	Minută	Aprilie 2022	Conducerea instituției, persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
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 (e-mail, circulară, ședință etc) Nr. de angajați informați cu privire la aprobarea planului de integritate Plan de integritate publicat pe site-ul instituției	Nedistribuirea planului ; Necitirea planului de integritate e către angajați	Plan de integritate aprobat Minută/ circulară/ e-mail/ listă de luare la cunoștință	30 iunie 2022	Conducerea instituției Coordonatorul implementării Planului de Integritate/persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.5 Identificarea și evaluarea riscurilor și vulnerabilităților la corupție specifice instituției	Registru riscurilor completat; Nr. de riscuri și vulnerabilități la corupție identificate și evaluate;	Caracterul formal al evaluării Personal instruit insuficient pentru aplicarea metodologiei	/Registru riscurilor de corupție Raport de evaluare	Decembrie 2022	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.6 Implementarea măsurilor de prevenire a materializării riscurilor identificate	Nr. măsuri implementate Nr. vulnerabilități remediate	Caracterul formal al demersului Personal instruit insuficient pentru aplicarea metodologiei	Raport privind măsurile de remediere a vulnerabilităților (Anexa C)	Permanent	Grupul de lucru pentru managementul riscurilor la corupție	În funcție de măsurile de remediere identificate.

1.7 Evaluarea anuală a modului de implementare a planului și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou identificate și transmiterea către MDLPA	Grad de implementare a planului de integritate Măsuri revizuite	Caracter formal al evaluării Neparticiparea/ neimplicarea angajaților	Raport de evaluare	Anual pana in 30 martie pentru anul precedent	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.8 Autoevaluarea periodică a gradului de implementare a măsurilor de transparență instituțională și prevenire a corupției (Anexa 3 la SNA – inventarul măsurilor)	Date și informații colectate pentru toți indicatorii cuprinși în inventar	Inexistența unui mecanism de colectare unitară a datelor	Raport de autoevaluare	Anual pana in 30 martie pentru anul precedent	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
Obiectiv 2: Reducerea impactului corupției asupra cetățenilor						
Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
2.1 Organizarea de activități de informare și conștientizare angajaților cu privire la drepturile cetățenilor în relația cu autoritățile administrației publice	Nr. activități de informare Nr. participanți	Grad scăzut de participare Caracter formal al activităților Neparticiparea personalului la instruire	Liste de prezență Procese verbale de instrucție	Permanent	Conducerea instituției, coordonatorul planului de integritate	Se va estima în funcție de numărul participanților, conținutul programului etc. (se pot utiliza resurse proprii sau finanțări nerambursabile)
2.2 Încurajarea cetățenilor de a sesiza posibile incidente de integritate, utilizând noile instrumente existente (ex. social media).	Nr de campanii de conștientizare/organizate ; Nr de mesaje /postari pe canalele media ale institutiei	Lipsa specialistilor in domeniul comunicarii.social media Nealocarea resurselor necesare	Documente relevante Site-ul propriu	2025	Conducerea instituției Personalul desemnat	
2.3 Digitalizarea serviciilor care pot fi automatizate, cu scopul de a reduce probabilitatea materializării riscurilor de corupție generate de interacțiunea directă cu angajații instituției	Tipuri de servicii care pot fi digitalizate Nr de utilizatori	Nealocarea resurselor necesare (bugetare și umane)	Pagin instituției care furnizează serviciul Rapoarte de activitate	2025	Coordonator implementare Plan de Integritate Personalul desemnat	Se va estima în funcție de dimensiunea proiectului.
2.4 Reglementarea procedurilor de obținere cu celeritate/în regim de urgență a avizelor/documentelor emise de instituție	Proceduri utilizate	Nealocarea resurselor necesare (bugetare și umane) Reticența la schimbare a angajaților	Lista de proceduri adoptate	31 decembrie 2022	Coordonator implementare Plan de Integritate Biroul Managementul Calitatii	
Obiectiv 3: Dezvoltarea unei culturi a transparenței pentru o guvernare deschisă la nivel local						
Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
3.1 Aplicarea standardului general de publicare a informațiilor de interes public prevăzut în Anexa 4 la SNA 2021-2025	Informații de interes public publicate conform standardului, publicate pe site ul institutiei Nr solicitari de interes public Nr raspunsuri comunicate	Lipsa transparenței si a informațiilor Personal neinstruit	Pagina de internet a instituției Solicitări de informații de interes public	Permanent	Conducerea instituției Compartimentul informatic	Nu este cazul.

3.3 Publicarea contractelor de achiziții publice cu o valoare mai mare de 5.000 euro și a execuției acestora,	Număr de informații/contracte publicate Pagina de internet actualizată periodic	Întârzieri în publicarea documentelor	Pagina de internet a instituției	Anual pana in 30 martie pentru anul precedent	Biroul achizitii Comp.informatic	Nu este cazul.
Obiectiv 4: Consolidarea integrității la nivelul instituției						
Măsurile	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
4.1 Transparența utilizării resurselor publice prin publicarea centralizată a datelor privind utilizarea fondurilor publice (pe site-ul www.ms.ro si alte platforme informatice)	Nr si seturi de date incarcate	Resurse umane și financiare insuficiente Reticența angajaților de a utiliza un astfel de instrument Nr redus de organizații neguvernamentale care utilizează instrumentul	Rapoarte anuale de activitate Platformele informatice pe care se incarca datele	Permanent	Conducerea instituției publice Biroul financiar contabil	Se va estima în funcție de necesarul de resursă umană.
4.2 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	Clauza contractuala	Neaprobarea actului normativ de modificare a modelului standard a contractului	Contract încheiat sau act aditional la contract	2023	Conducerea instituției publice Coordonator implementare Plan de integritate	
4.3 Auditarea internă, o dată la doi ani, a sistemului/ măsurilor de prevenire a corupției la nivelul instituției	Nr. recomandări formulate Gradul de implementare a măsurilor preventive anticorupție	Resurse umane insuficiente Lipsa structurilor de audit intern	Rapoarte de audit Rapoarte de activitate	La 2 ani	Conducerea instituției, structura de audit intern din cadrul Consiliului Județean Satu Mare	

APROBAT,
MANAGER
Ing.Mitrut Diana



AVIZAT,
DIRECTOR MEDICAL,
dr.Neacsu Bogdan
Coordonatorul implementării planului de integritate

INTOCMIT
dr.IAVU NATALIA
Responsabil cu implementarea SNA