



POIANA MARE, Dolj
Str. GĂRII, Nr.40
CF : 4711561
Tel : 0748.186.112

e-mail : spitpoiana@yahoo.com
<http://www.spitalpoianamare.ro>

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SPITALUL DE PSIHIATRIE POIANA MARE



ISO 9001 Certificat

Nr. 5840 / 03.07.2025

APROBAT,
MANAGER
JURIST FLOREA LUCIAN

RAPORT DE EVALUARE A MODULUI DE IMPLEMENTARE A PLANULUI DE INTEGRITATE
LA NIVELUL SPITALULUI DE PSIHIATRIE POIANA MARE , PE ANUL 2024

Obiectiv general nr.1-Cresterea gradului de implementare a masurilor anticoruptie la nivel organizational Obiectiv specific nr.1.1.- Implementarea masurilor de integritate							
Nivel	Descrierea masurii	Indicatori de performanta	Riscuri	Respon-sabil	Termen	Stadiul imple-mentarii Masurii ((I/PI/NI) *	Descrierea activitatilor intreprinse pentru implementarea masurii/Cauzele neindeplinirii masurii(dupa caz)
Masu-ra 1.1.1.	Adoptarea si distribuirea in cadrul institutiei a declaratiei privind asumarea unei agende de integritate organizationala	-Declaratie adoptata -Declaratie distribuita	-Adoptarea unei declaratii neadaptate contextului institutional -Nivel scazut de	-Membrii comitetului Director; -Coordonatorul implementarii Planului de integritate		I	<i>Declarația privind asumarea unei agende de integritate organizațională a fost asumată și semnată de către managerul unitatii, având nr. de înregistrare 2567/31.03.2022.</i>

			implicare al salariatilor -Nedistribuirea declaratiei la toti sefi/coordonatorii locurilor de munca	-Secretarul unitatii			Declarația a fost postată pe site-ul instituției la secțiunea Integritate instituțională. Prin lista de difuzare nr.5849/07.07.2022, <i>declaratia de asumare</i> a fost adusa la cunoștința membrilor Comitetului Director, sefilor/coordonatorilor/reprezentanților tuturor locurilor de munca aflate in structura unitatii in vederea prelucrării cu cu toti salariatii unitatii.
1.1.2.	Adoptarea si distribuirea in cadrul institutiei a Planului de integritate, urmare consultarii angajatilor si a evaluarii de risc conform HG. Nr.599/2018 si asigurarea resurselor necesare implementarii acestuia	--Desemnarea coordonatorului implementarii planului de integritate si a unei persoane de contact responsabile de implementarea strategiei nationale anticoruptie 2021-2025 -Plan integritate adoptat	-Nivel scazut de implicare al salariatilor -Caracter exclusiv formal al consultarii	-Managerul spitalului, -Coordonatorul implementarii planului de integritate		I	-Proiectul Planului de integritate al spitalului a fost elaborat in conformitate cu obiectivele generale si directiile de actiune, indicatorii de performanta , riscurile asociate obiectivelor si masurilor din strategie, indicatorii de evaluare precum si standardul general de publicare a informatiilor de interes public, prevazute in anexele la HGR 1269/22.12.2021. -Prin adresele nr.4615/07.06.2022, 4613/07.06.2022 si 4614/07.06.2022 catre reprezentantii celor trei sindicate legal constituite la nivelul unitatii s-a solicitat rezultatul consultarii salariatilor unitatii-membri ai celor trei sindicate, in vederea intocmirii planului de integritate. -Planul de integritate al spitalului, a fost aprobat prin Decizia nr.133/28.06.2022; Prin aceeași decizie, s-a desemnat coordonatorul implementării planului de

							integritate, la nivel de funcție de conducere. -Prin decizia nr.125/07.06.2022 s-a desemnat persoana de contact la nivel de funcție de execuție.
1.1.3.	Evaluarea anuală a modului de implementare a planului și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou aparute	-Raport de evaluare întocmit și publicat pe site-ul instituției -Plan adaptat și publicat pe site-ul instituției, dacă este cazul	-Caracter formal al evaluării -Neparticiparea/neimplicarea angajaților -Absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	-Coordonatorul implementării planului de integritate SNA -Compartiment audit intern	Anual	I	Evaluarea s-a realizat în anul 2025 pentru anul 2024 conform Raportului de evaluare înregistrat la nr. 5840/03.07.2025; Raportul a fost afișat pe site-ul unității la rubrica „Integritate instituțională”
1.1.4.	Identificarea, analizarea, evaluarea și monitorizarea riscurilor de corupție precum și stabilirea și implementarea măsurilor de prevenire și control al acestora, conform H.G.nr. 599/2018	-Registrul riscurilor de corupție completat -Nr. de riscuri și vulnerabilități identificate -Nr.de măsuri de intervenție -Formarea profesională a persoanelor responsabile pentru aplicarea efectivă a metodologiei de evaluare a riscurilor	-Absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	-Coordonatorul implementării planului de integritate SNA	Anual	I	-La nivelul Spit.de Psih.P.Mare s-a realizat revizuirea riscurilor de corupție și a fost aprobat de către conducătorul instituției Registrul riscurilor de corupție pentru anul 2024, înregistrat cu nr.166/05.01.2024 -Nu au fost identificate noi riscuri de corupție; - Persoanele responsabile pentru aplicarea efectivă a metodologiei nu au participat la cursuri de perfecționare.
1.1.5	Identificarea, evaluarea și raportarea unitară a incidentelor de integritate conf.H.G. nr.599/2018, precum și stabilirea unor măsuri de prevenire și control urmare producerii acestora	-Rapoarte întocmite -Nr.de incidente identificate -Nr.si tipul măsurilor de prevenire și control luate	-Identificarea gresită a faptelor ca incidente de integritate	Coordonatorul implementării planului de integritate SNA	Anual	I	A fost elaborat și aprobat, până la data de 31.03.2025, Raportul anual de evaluare a incidentelor de integritate pentru anul 2024 în conformitate cu prevederile Anexei 5 și Anexei 6 la H.G. nr. 599/2018. Raportul a fost înregistrat cu

							nr.303/14.01.2025. La nivelul spitalului nu au fost înregistrate incidente de integritate și au fost identificate măsuri de prevenire/control.
OBIECTIV GENERAL 2- REDUCEREA IMPACTULUI CORUPȚIEI ASUPRA CETATENILOR							
Masura 2.1	Cresterea gradului de educatie anticoruptie a cetatenilor si angajatilor cu accent pe drepturile acestora in relatia cu autoritatile si institutiile publice si impactul coruptiei asupra serviciilor publice	-Cod etic revizuit aprobat -Grad de cunoastere de catre angajati a codului etic -Evaluarea mecanismului de feedback al pacientului -Nr.programe/ activitati de informare	-Resurse financiare insuficiente -Nivel scazut de implicare al salariatilor privind valorile si principiile de etica	-Consiliul etic Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA si a persoanelor responsabile de implementare SNA , RMC	Perma- nent	I	-Codul etic al unitatii a fost revizuit, aprobat si publicat pe site-ul unitatii la rubrica „ <i>Integritate institutionala</i> ”; -Codul etic a fost transmis tuturor sefilor locurilor de munca in vederea aducerii la cunostinuta si prelucrarii. -Mecanismului de feedback al pacientului a fost evaluat pe anul 2024 prin Raportul nr.304/15.01.2025
2.2.	Consolidarea profesionalismului in cariera personalului din institutie inclusiv prin aplicarea efectiva a mecanismelor de evaluare a performantelor, evitarea numirilor temporare in functiile de conducere, transparentizarea procedurilor de recrutare si asigurare a stabilitatii functiei publice	-Nr.evaluari profesionale din total angajati -Nr.si tip masuri dispuse urmare evaluarilor -Nr.posturi de conducere ocupate prin concurs din total nr.de posturi de conducere din institutie -Eficientizarea sistemului de declarare a averilor si	-Evaluare formala -Neimplicarea angajatilor cu responsabilitati	-Manager - Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA -Serviciul RUNOS -Consiliul Medical	Perma- nent	I	-Spitalul a realizat in perioada 01.01.2025-31.03.2025 evaluarea performan2telor profesionale individuale a salariatilor pentru anul 2024 in baza HGR nr.1336/2022; Evaluatorii s-au implicat in efectuarea corecta si la timp a evaluarilor; Calificativul final acordat in baza fiselor de evaluare, a fost, in procent de 100% , de , „Foarte bine”. -A fost elaborat si aprobat Planul de formare profesională a salariatilor; Acesta a fost realizat pe baza programelor de instruire recomandate de ANMCS si de

		intereselor					organizatiile profesionale (Colegiul Medicilor, OAMGMAMR, etc,) a fi urmate în perioada următoare evaluării personalului ; Nu au fost dispuse alte măsuri urmare a evaluărilor. -Din total numar de posturi de conducere din spital, respectiv 16, sunt ocupate 8, dintre care, ocupate prin concurs sunt un nr.de 7 posturi. - La organizarea concursurilor de ocupare a posturilor vacante, au fost luate măsuri pentru asigurarea transparenței, în sensul asigurării vizibilității anunțurilor aferente procedurilor de recrutare. -Declaratiile de avere si de interese pe care persoanele cu functii de conducere sunt obligate sa le completeze, se completeaza si se transmit doar in format electronic prin intermediul platformei e-DAI aflata pe site-ul ANI ; Conform legislatiei in vigoare la data prezentei, semnarea celor doua declaratii se face exclusiv electronic ; Dupa finalizare, deponentii trimit declaratiile in contul persoanei responsabile de la nivelul unitatii care va verifica declaratiile sub aspectul existentei eventualelor deficiente ; Cele doua declaratii, vor ajunge pe cale electronica in arhiva A.N.I., dupa validarea acestora de catre persoana
--	--	-------------	--	--	--	--	--

							responsabila ; De asemenea, cele doua declaratii au fost afisate pe site-ul unitatii conf.prevederilor art 6 al 1 lit f din Legea nr.176/2010 ; Adresa web la care pot fi vizualizate si descarcate declaratiile de avere si declaratiile de interese ale salariatilor pe anul 2024 este: http://www.spitalpoianamar.ro/Declaratii_2024.html
2.3	Asigurarea unei protectii efective a cetatenilor care sesizeaza presupuse incidente de integritate savarsite de furnizorii de servicii publice	-Procedura interna privind protectia avertizorului revizuita -Nr.sesizari referitoare la incidentele de integritate solutionate -Procentul sesizarilor referitoare la incidentele de integritate raportat la nr.total de sesizari inregistrate la nivelul institutiei	-Lipsa personalului cu responsabilitati in relatii-publice -Neimplicarea angajatilor -Neaplicarea efectiva a masurilor de protectie	-Consiliul etic Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA si RMC	Permanenent	I	-Procedura interna privind protectia avertizorului a fost elaborata conform prevederilor Legii nr.361/2022; Pe site-ul unitatii la rubrica „Integritate institutionala”-subrubrica „Mecanism de raportare incalcarilor ale legii” s-au afisat urmatoarele: -<u>Legea nr.361/2022 privind protectia avertizorilor in interes public actualizata ;</u> -<u>Informare privind raportarile in sensul Legii 361/2022 privind protectia avertizorilor in interes public;</u> -<u>Decizie privind persoanele responsabile cu atributii de gestionare a raportarilor referitoare la incalcarile ale legii;</u> -<u>Canalele interne de raportare;</u> -<u>FORMULAR DE RAPORTARE PRIVIND INCALCARI ALE LEGII.</u>

							-In anul 2024, la nivelul spitalului nu au fost inregistrate sesizari referitoare la incidente de integritate.
2.4.	Formarea unei culturi civice de confruntare a fenomenului coruptiei”mici “, inclusiv prin utilizarea noilor tehnologii (de exmplu, social media)	-Nr.de campanii de constientizare organizate -Nr.de mesaje preventive postate sau publicate pe canalele media ale institutiei (facebook, site) -Nr.materiale educative diseminate	-Lipsa specialistilor in comunicare -Nealocarea resurselor umane si financiare necesare	- Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA	Perma- nent	I	Pe site-ul institutiei, a fost creată secțiunea „Integritate instituțională”, unde sunt postate informații de interes public privind implementarea măsurilor preventive anticorupție. La nivelul aparatului propriu al spitalului, au fost diseminate materiale informative privind următoarele măsuri preventive anticorupție: -gestionarea riscurilor de corupție, conflictul de interese, incompatibilități, transparența în procesul decizional, accesul la informațiile de interes public. Sunt accesibile toate canalele de comunicare pentru cetățeni. Nu au fost înregistrate sesizări cu privire la fapte de corupție. La sediul Spitalului este afișat numărul de telefon 0748186111 de primire a raportarilor si de consiliere confidentiala cu privire la procedura de raportare a incalcarii legii.
2.5	Digitalizarea serviciilor publice care pot fi automatizate, cu scopul de a reduce riscurile de coruptie generate de interactiunea directa cu angajatii institutiei	-Nr.si tipul de servicii-digitalizate -Nr.de utilizatori	-Nealocarea resurselor necesare -Acces-limitat la internet	Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA Compartiment de informatica	Perma- nent	I	-La nivelul unitatii, au fost digitalizate urmatoarele servicii: -SEAP -FOREXEBUG -POWER HOSPITAL -POWER ACOUNT ANYWARE

				Compartiment de evaluare si statistica Medicala			
2.6	Reglementarea transparenta a procedurilor de obtinere cu celeritate a documentelor emise de institutie inclusiv cele medicale	-Proceduri utilizate	-Nealocarea resurselor umane si financiare necesare -Reticenta salariatilor la schimbare	Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA si RMC	Perma-nent	I	La nivelul spitalului, sunt implementate 2 proceduri de obtinere cu celeritate a documentelor medicale, respectiv:PODM33 si PODM41 -- Cele 2 proceduri sunt afisate pe site-ul unitatii.
OBIECTIV GENERAL 3-CONSOLIDARA MANAGEMENTULUI INSTITUTIONAL SI A CAPACITATII ADMINISTRATIVE PENTRU PREVENIREA SI COMBATETEREA CORUPTIEI Obiectiv specific nr.3.2-Extinderea culturii transparente pentru o guvernare deschisa in administratia publica							
Masura 3.2.1.	Monitorizarea si evaluarea aplicarii standardului general de publicare a informatiilor de interes public prevazut in anexa nr.4	Raport de monitorizare elaborat si aprobat	-Lipsa transparentei si a informatiilor -Personal neinstruit -Lipsa de interes a personalului -Afectarea imaginii publice a spitalului -Elaborarea de o maniera formala a raportului de monitorizare	-Directorul financiar-contabil -Directorul medical -Serviciul fianciar-contabilitate Compartiment evaluare si statistica medicala -Serviciul achizitii publice/ contractare si administrativ -Serviciul RUNOS, Informatica si Arhiva	Perma-nent	PI	Informațiile de interes public au fost publicate partial pe site-ul unitatii în colaborare cu comp.informatica al unitatii care gestionează informațiile specifice. Nu au fost inregistrate solicitari de informatii de interes public. Nu au fost dispuse sancțiuni pentru încălcarea obligațiilor de transparență decizională și de asigurare a accesului la informații de interes public. Nu au fost inregistrate plângeri în instanță privind nerespectarea prevederilor legale cu privire la aplicarea Legii nr. 544/2001.

Obiectiv specific 3.3.Imbunatatirea capacitatii de gestionare a esecului de management prin corelarea instrumentelor care au impact asupra identificarii timpurii a riscurilor si vulnerabilitatilor institutionale							
3.3.1	Auditarea interna, o data la 2 ani, a sistemului de prevenire a coruptiei la nivelul institutiei	-Recomandari formulate -Gradul de implementare a recomandarilor formulate	-Lipsa cooperarii angajatilor cu auditorii interni	Conducerea institutiei	-O data la 2 ani	I	-Conform masurii 3.3.1 din planul de integritate, in anul 2024 nu s-a efectuat misiune de audit.
OBIECTIV GENERAL 4-CONSOLIDAREA INTEGRITATII IN DOMENII DE ACTIVITATE PRIORITARE Obiectiv specific4.1.Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in sistemul public de sanatate							
4.1.1	Desfasurarea de activitati continue de indrumare metodologica pe teme privind transparenta, etica si integritatea, dedicate personalului din institutie	-Nr.de activitati realizate la nivelul institutiei	-Resurse financiare insuficiente sau nealocate -Lipsa de interes din partea angajatilor	Comitetul Director -Coordonatorul strategiei anticoruptie	Perma-nent	I	La nivelul aparatului spitalului au fost diseminate, prin email, materiale informative privind urmatoarele masuri preventive anticoruptie: gestionarea riscurilorde coruptie, conflictul de interese,incompatibilitati, transparenta in procesul decizional, accesul la informatiile de interes public.
Obiectiv specific 4.4.Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in domeniul achizitiilorpublice							
Masura 4.4.1.	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 tentativelor de intimidare sau corupere	-Raportul intre nr.de angajati specializati, intrati fata de cei iesiti din sistem -Nr.de sesizari a organelor de urmarire penala cu privire la presupuse tentative de corupere si/sau intimidare	-Caracter exclusiv formal al informarii -Proceduri angajare fara cerinte de specializare in achizitii publice	-Comitetul Director -Coordonatorul strategiei anticoruptie	Perma-nent	I	-In anul 2024, in cadrul serviciului achizitii publice/contractare si-a desfasurat activitatea un nr.de 11 persoane din care, 5 au studii superioare si 3 au cursuri de perfectionare in domeniul achizitiilor publice. -In anul 2024, nu s-au inregistrat Sesizari ale organelor de urmarire penala cu privire la presupuse tentative de corupere si/sau

							intimidare.
Obiectiv specific 4.5. Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in mediul de afaceri							
Masura 4.5.1.	Aplicarea standardelor aferente open contracting data	-Nr seturi de date publicate -Nr.personal de specialitate instruit in aplicarea standardului OCSD	- Necunoasterea si neimplementar ea OCSD de catre personalul de specialitate	Comitetul Director -Coordonatorul strategiei anticoruptie -Serviciul achizitii publice/ contractare si administrativ	Perma- nent	I	<i>Aplicarea standardelor aferente open contracting data, este total indeplinita, procesele de achizitii publice fiind transparente si respecta normele legale in vigoare.</i>

INTOCMIT,

**Coordonator implementare S.N.A.
Director medical, dr.Sirbu Mihaela-Lavinia**

***NOTA:**

Abrevierile I, PI si NI au urmatoarele semnificatii:

- „I”- implementat
- „PI”- partial implementat
- „NI”- neimplementat