



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TÂRGU-MUREȘ
Târgu - Mureș, str. Ghe. Marinescu, nr. 50, județul Mureș
Tel: 0265 - 212111, 211292, 217235 ; Fax. 0265 – 215768
Operator de date cu caracter personal înregistrat la ANSPDCP sub nr. 26287



Nr. 5140/18.02.2025

APROBAT
Manager
Ec. Crăciun Ioan Florin



PLANUL DE INTEGRITATE AL SPITALULUI CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TÂRGU MUREȘ
întocmit în temeiul și în aplicarea
STRATEGIEI NAȚIONALE ANTICORUPȚIE 2021-2025

Obiectiv general 1 - Creșterea gradului de implementare a măsurilor de integritate la nivel organizațional

Obiectiv specific 1.1. – Implementarea măsurilor de integritate

Nr. crt.	Măsura	Indicatori	Riscuri	Surse de verificare	Responsabil	Resurse	Termen de realizare	Observații
1.1.1.	Adoptarea și distribuirea în cadrul instituției a declarației privind asumarea Agendei de integritate organizațională, respectiv de aderare la valorile fundamentale, principiile, obiectivele și mecanismul de monitorizare a Strategiei Naționale Anticorupție	Declarație adoptată, diseminată și postată pe site-ul instituției	► Adoptarea unei declarații neadaptate contextului instituțional ► Nivelul scăzut de implicare a personalului	► Declarație adoptată ► Publicarea declarației pe site-ul oficial al spitalului	Managerul spitalului	Nu este cazul	03.03.2025	
1.1.2.	Adoptarea și distribuirea în cadrul instituției a Planului de integritate, urmare a consultării angajaților și a	► Plan de integritate adoptat ► Desemnarea unui coordonator al	► Nivelul scăzut de implicare a personalului ► Caracterul exclusiv formal al consultării	► Plan de integritate adoptat	Managerul spitalului	Nu este cazul	03.03.2025	

	evaluării de risc conform Hotărârii Guvernului nr. 599/2018 și conform Hotărârii Guvernului nr. 1269/2021, și respectiv asigurarea resurselor necesare implementării acestuia	implementării planului de integritate și a unei/unor persoane responsabile cu implementarea la nivelul spitalului a SNA 2021-2025 ► Plan de integritate adus la cunoștință angajaților și a persoanelor interesate în afara spitalului, prin publicarea sa pe site-ul oficial al unității sanitare	► Nealocarea resurselor umane și financiare necesare	► Publicarea pe site-ul oficial al spitalului	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție			
1.1.3.	Evaluarea anuală a modului de implementare a Planului de integritate și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou apărute, sau nou identificate	► Gradul de implementare a planului de integritate ► Raport de evaluare întocmit și publicat pe site-ul instituției; ► Măsuri noi introduse sau revizuite ► Publicarea oricăror modificări pe site-ul spitalului	Caracterul formal al demersului în absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	► Document aprobat și adoptat ► Raport de evaluare întocmit și publicat pe site-ul instituției ► Plan de integritate adaptat la modificările survenite, și publicat pe site-ul instituției, dacă este cazul	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul Anual (până la data de 31.01.2026)		
1.1.4.	Identificarea, analizarea, evaluarea și monitorizarea riscurilor de corupție, precum și stabilirea și implementarea măsurilor de prevenire și control a acestora, conform Hotărârii	► Înscrisirea riscurilor în Registrul riscurilor de corupție ► Numărul de riscuri și vulnerabilități identificate	Caracterul formal al demersului în absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	► Document adoptat ► Publicare pe site-ul spitalului	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita bugetului aprobat	01.04.2025	

	Guvernului nr. 599/2018 și conform Hotărârii Guvernului nr. 1269/2021	➤ Numărul de măsuri de intervenție adoptate ➤ Formarea profesională a persoanei desemnate pentru aplicarea efectivă a Metodologiei de evaluare a riscurilor					
1.1.5.	Identificarea, evaluarea și raportarea unitară a incidentelor de integritate, conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 599/2018 și ale Hotărârii Guvernului nr. 1269/2021, precum și stabilirea unor măsuri de prevenire și/sau control urmare a producerii acestora	➤ Există Registrul riscurilor de corupție ➤ Rapoarte privind incidentele de integritate întocmite ➤ Rapoarte privind incidentele de corupție comunicate structurilor decidente ➤ Număr de incidente identificate ➤ Numărul și tipul măsurilor de prevenire și/sau control luate	➤ Identificarea greșită a faptelor ca incidente de integritate ➤ Omisiunea identificării și/sau raportării incidentelor de integritate ➤ Lipsa de relevanță a datelor provenită din greșita încadrare a faptelor ca incidente de integritate	Documente aprobate	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul	Anual (până la data de 31.01.2026)
1.1.6.	Dezvoltarea și îmbunătățirea sistemului electronic de feedback al pacientului, nu doar în ceea ce privește calitatea actului medical de care acesta a beneficiat în cadrul unității sanitare, cât și în ceea ce privește identificarea unor conduite ale personalului spitalului situate în sfera corupției	➤ Există implementat sistemul de feedback al pacientului ➤ Sistemul vizează și aspecte legate de conduite ale personalului ce intră în sfera actelor de corupție ➤ Chestionarul de satisfacție a pacientului cuprinde și întrebări vizând acte de corupție	➤ Lipsa implicării societății civile în semnalizarea actelor de corupție ➤ Abordarea cu indiferență ori cu reticență de pacienți a activității se semnalare a actelor de corupție întâlnite	Chestionarul de satisfacție a pacientului	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita bugetului aprobat	Periodic (lunar, semestrial, anual)
1.1.7.	Promovarea colaborării dintre consilierul de	➤ Existența actului intern de desemnare	Documente aprobate	Grup de lucru pentru	Nu este cazul	Permanent	

	integritate și toate structurile spitalului (secții, laboratoare, servicii, compartimente), și a participării întregului personal al spitalului, atât cel cu funcții de conducere, cât și cel cu funcții de execuție, la activitățile de implementare și monitorizare a SNA	a consilierului de integritate ► Comunicarea către întreg personalul a actului de desemnare a consilierului de integritate ► Cunoașterea de către personalul spitalului a atribuțiilor consilierului de integritate ► Cunoașterea de către personalul spitalului a obligațiilor ce îi revin fiecărui angajat privind implementarea SNA	► Lipsa actului intern de desemnare a consilierului de integritate ► Necunoașterea de către angajați a atribuțiilor consilierului de integritate ► Necunoașterea de către angajați a obligațiilor ce le revin privind implementarea SNA la nivelul spitalului ► Transmiterea de date incomplete sau cu întârziere, ca răspuns la solicitările consilierului de integritate		identificarea și descrierea riscurilor de corupție Conducătorii/coordonatorii de compartimente	Emiterea actului de desemnare a consilierului de integritate și cunoașterea de către personalul spitalului a atribuțiilor acestuia: termen – 03.03.2025	
1.1.8.	Autoevaluarea periodică a gradului de implementare a măsurilor de transparență instituțională și prevenirea corupției (Anexa 3 la SNA – inventarul măsurilor)	Date și informații colectate pentru toți indicatorii cuprinși în inventar	Inexistența unui mecanism unitar de colectare a datelor	Raport de autoevaluare	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Periodic (semestrial, anual)	
Obiectiv general 2 - Reducerea impactului corupției asupra cetățenilor							
2.1.	Consolidarea profesionalismului în carieră a personalului, inclusiv prin aplicarea efectivă a mecanismelor de evaluare a performanțelor, evitarea numirilor temporare în funcțiile de	► Efectuarea evaluării profesionale a tuturor angajaților, cel puțin anual ► Analizarea rezultatelor evaluărilor ► Numărul și tipul măsurilor dispuse urmare a evaluărilor realizate	► Evaluarea formală a angajaților	► Documente specifice ► Raport ► Măsurile luate în urma evaluărilor ► Publicarea pe site-ul unității a	Managerul spitalului Serviciul Resurse Umane	Nu este cazul	Permanent

	conducere, transparentizarea procedurilor de angajare în unitatea sanitară	► Procentul posturilor aferente funcțiilor de conducere ocupate cu titlu permanent, prin raportare la numărul total de posturi aferente funcțiilor de conducere din instituție ► Măsuri de asigurare a vizibilității anunțurilor aferente procedurilor de angajare	► Nealocarea resurselor umane și financiare necesare ► Neimplicarea angajaților cu responsabilități/cu atribuții de conducere ori coordonare	anunțurilor de concurs				
2.2.	Creșterea gradului de educație anticorupție a personalului spitalului și a cetățenilor care intră în contact cu unitatea sanitară (indiferent de calitatea acestora: pacienți, aparținători, colaboratori, etc.), prin organizarea de activități de informare și conștientizare, cu accent pe drepturile cetățenilor în relația cu autoritățile și instituțiile publice și impactul corupției asupra serviciilor publice, cu precădere asupra serviciilor medicale	► Numărul activităților de informare pentru creșterea educației anticorupție ► Numărul de participanți la activitățile de informare ► Evaluarea mecanismului de feedback al pacientului ► Cod de Conduită aprobat și adoptat, precum și revizuit la nevoie ► Gradul de cunoaștere de către angajați a Codului de Conduită	► Resurse financiare insuficiente ► Nivel scăzut de participare și implicare a angajaților privind conduita etică și respectarea valorilor și principiilor de etică ► Caracterul formal al activităților	► Cod Conduită aprobat și adoptat, precum și revizuit la nevoie ► Rapoarte de activitate ► Rapoarte de evaluare a mecanismului de feedback al pacientului ► Liste de prezență la activitățile de informare ► Liste de semnături ale personalului privind luarea la cunoștință a Codului de Conduită	Consiliul Etic Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita bugetului aprobat	Permanent	

2.3.	Asigurarea unei protecții efective a cetățenilor care sesizează presupuse incidente de integritate săvârșite de furnizorii de servicii publice, în speță medicale, în cazul spitalului	► Numărul de sesizări referitoare la incidente de integritate transmise de cetățeni ► Procentul sesizărilor referitoare la incidente de integritate, raportat la numărul total de sesizări înregistrate la nivelul spitalului ► Numărul de sesizări privind incidente de integritate care s-au confirmat și au fost soluționate ► Măsuri luate urmare a sesizărilor	► Neaplicarea efectivă a măsurilor de protecție ► Nealocarea resurselor umane și financiare necesare ► Lipsa personalului cu responsabilități în relații publice ► Neaplicarea ori neimplicarea angajaților	► Documente specifice ► Raport măsuri în urma evaluărilor	Consiliul de Etică Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul	Permanent	
2.4.	Sprrijinirea formării unei culturi civice de confruntare a fenomenului corupției "mici", respectiv încurajarea cetățenilor de a sesiza incidente de integritate, inclusiv prin utilizarea noilor tehnologii (de exemplu, social media)	► Numărul de campanii de conștientizare organizate de instituție, ori la care instituția (prin angajații ei) a participat ► Numărul de sesizări transmise de pacienți/aparținători ► Tip de canale utilizate ► Numărul de mesaje preventive/postări pe canale media ale instituției (site web, cont oficial de Facebook, etc.)	► Nealocarea resurselor umane și/sau financiare necesare ► Lipsa specialiștilor în domeniul comunicării social media ► Acces limitat la Internet și echipamente IT al cetățenilor din mediul rural, sau a seniorilor ► Necunoașterea modului de utilizare a echipamentelor IT, ori a programelor informatice/aplicațiilor de către persoanele care au un acces deficitar la acestea, ori de către seniori ► Lipsa ori insuficiența personalului din	► Note de informare ► Mesaje / sesizări transmise pe site-ul ori pe conturile de pe rețelele de socializare ale instituției ► E-mail-uri transmise de pacienți/aparținători ► Fișiere publicate pe site-ul spitalului	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita bugetului aprobat	Permanent	

		instituție care să gestioneze sesizările primite				
	Digitalizarea serviciilor care pot fi trecute în planul digital, prin limitarea participării umane la asigurarea acestora, cu scopul de a reduce riscurile de corupție generate de interacțiunea directă cu angajații unității	▶ Tipul de servicii digitalizate ▶ Numărul de utilizatori	Nealocarea resurselor umane și/sau financiare necesare	Rapoarte de activitate	Managerul spitalului Personalul desemnat	În limita bugetului aprobat Permanent
2.5.	Asigurarea participării angajaților la cursuri/program de formare profesională privind: etica, integritatea, măsuri de prevenire și combatere a neregulilor și corupției, etc.	▶ Numărul de cursuri/program derulate, cu participarea angajaților spitalului ▶ Numărul de module de curs derulate ▶ Numărul de certificate de participare obținute	▶ Resurse financiare insuficiente ▶ Grad scăzut de participare	▶ Rapoarte de activitate ▶ Liste de prezență ▶ Certificate de participare/ absolvire	Comitetul Director al spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita prevăzută în bugetul anual pentru activitățile de formare prof. Permanent
2.6.	Reglementarea procedurilor de obținere cu celeritate a documentelor emise de unitate, atât de către angajați, cât și de către cetățeni	Numărul de proceduri utilizate	▶ Nealocarea resurselor umane și/sau financiare necesare ▶ Reticenta la schimbare a angajaților	Lista de proceduri adoptate	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita bugetului aprobat 31.12.2025
2.7.						
Obiectiv general 3 - Consolidarea managementului instituțional și a capacității administrative pentru prevenirea și combaterea corupției						
Obiectiv specific 3.1. - Eficientizarea măsurilor preventive anticorupție prin asigurarea implementării lor efective						
3.1.1.	Asigurarea aplicării efective și unitare a legislației de transpunere a Directivei nr. 2019/1937 la nivelul Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș	▶ Numărul se sesizări efectuate de avertizori într-un an calendaristic ▶ Numărul se sesizări de avertizare care se confirmă ▶ Numărul de sesizări ale avertizorilor	▶ Necunoașterea prevederilor Directivei nr. 2019/1937 și a legislației interne care transpune această directivă (Legea nr. 361/2022) ▶ Necunoașterea de către avertizori a	Rapoarte privind avertizările în interes public înregistrate	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Persoana desemnată Nu este cazul Permanent

		verificate și soluționate ► Existența de mijloace concrete de protecție a avertizorilor în interes public aplicabile la nivelul unității sanitare	legislației și a drepturilor care îi protejează și care sunt prevăzute de aceasta ► Abținerea avertizorilor de la sesizarea încălcărilor legii despre care au cunoștință, de teama repercusiunilor			conform prevederilor Legii nr. 361/2022			
3.1.2.	Derularea de sesiuni de informare adresate sectorului public și a celui privat privind noul cadru legislativ de transpunere a Directivei Uniunii Europene nr. 2019/1937	► Numărul de sesiuni de informare derulate, cu participarea angajaților spitalului ► Numărul de participanți la sesiunile de informare	► Resurse financiare și umane insuficiente ► Grad scăzut de participare	► Rapoarte de activitate ► Liste de prezență	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție Persoana desemnată conform prevederilor Legii nr. 361/2022	În limita bugetului aprobat	Permanent		
3.1.3.	Intensificarea activităților de implementare a sistemului de control intern managerial conform Ordinului Secretarului General al Guvernului nr. 600/2018 - privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice	► Decizia managerului pentru numirea a membrilor Comisiei de monitorizare adoptată ► Actul de desemnare a Comisiei de monitorizare comunicat membrilor ► Numărul de proceduri operaționale și de sistem adoptate și/sau actualizate ► Numărul de proceduri operaționale și de sistem aduse la cunoștință	► Necunoașterea cuprinsului procedurilor operaționale/de sistem ► Neimplicarea personalului în respectarea etapelor procedurale prevăzute în procedurile operaționale/de sistem ► Neimplicarea personalului în sesizarea necesității actualizării procedurilor, pentru alinierea lor cu realitățile dinamicii legislative	► Decizia managerului pentru numirea membrilor Comisiei de monitorizare adoptată ► Rapoarte ale Comisiei de monitorizare cu privire la stadiul de implementare a controlului intern managerial	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție Comisia de monitorizare	Nu este cazul	Permanent		

	personalului vizat și implementate		► Rapoarte ale Comisie de monitorizare cu privire la activitățile desfășurate				
Obiectiv specific 3.2. - Extinderea culturii transparenței pentru o guvernare deschisă în administrația publică							
3.2.1.	Monitorizarea și evaluarea aplicării standardului general de publicare a informațiilor de interes public prevăzut în Anexa nr. 4 la Hotărârea Guvernului nr. 1269/2021 - privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021-2025 și a documentelor aferente acestora	► Informații de interes public publicate conform standardului ► Număr de solicitări de informații de interes public ► Număr de răspunsuri comunicate ► Număr de răspunsuri comunicate cu întârziere față de termenul legal ► Publicarea anuală a sumei fondurilor europene atrase de instituția publică și evidențierea acestui aspect pe pagina de internet a instituției; ► Publicarea pe pagina de internet a autorității contractante a documentelor privind execuția contractului de achiziție publică: declarații de calitate și conformitate, procese verbale de recepție, ordine de plată, etc.	► Lipsa transparenței informațiilor ► Omisiunea publicării ori afișării unor informații de interes public, care, potrivit legii, se comunică din oficiu ► Personal neinstruit ► Constatarea deficiențelor a modului vizând postarea de informații de interes public pe site-ul instituției, care face greu vizibile, greu identificabile, ori greu de accesat acest tip de informații ► Personal neinstruit cu privire la informațiile de interes public care se comunică obligatoriu la solicitare, ori din oficiu ► Alocarea unui spațiu de stocare insuficient pe site-ul unității, pentru modulul vizând informațiile de interes public	► Site-ul spitalei ► Raport de evaluare a implementării prevederilor Legii nr. 544/2021	Compartiment relații cu publicul Responsabil informații de interes public Director financiar-contabil	În limita bugetului aprobat	Permanent

Obiectiv specific 3.3. - Îmbunătățirea capacității de gestionare a eșecului de management prin corelarea instrumentelor care au impact asupra identificării timpurii a riscurilor și vulnerabilităților instituționale							
3.3.1.	Auditarea internă, o dată la doi ani, a sistemului de prevenire a corupției la nivelul tuturor autorităților publice	► Angajare auditor intern ► Număr de recomandări formulate ► Gradul de implementare a recomandărilor formulate	► Resurse umane insuficiente ► Lipsa structurilor de audit intern ► Lipsa cooperării compartimentelor și secțiilor, precum și a angajaților, cu auditorii interni	► Rapoarte de audit ► Rapoarte de activitate	Managerul spitalului	În limita bugetului aprobat	La doi ani
3.3.2.	Evaluarea mecanismului de control intern managerial din perspectiva standardului nr. 1 - etica, integritatea, în vederea identificării vulnerabilităților aferente	► Existența procedurilor privind implementarea și respectarea eticii și integrității la nivelul instituției ► Prelucrarea către personal a normelor de etică și interitate obligatorii	► Necunoașterea normelor de etică și integritate obligatorii ► Necunoașterea procedurilor operaționale și de sistem care conțin reglementări legate de etică și integritate ► Nerespectarea de către personal a normelor existente	► Proceduri operaționale și de sistem ► Rapoarte de activitate	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul	Permanent
Obiectiv general 4 - Consolidarea integrității în domeniul de activitate prioritară							
Obiectiv specific 4.1. - Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sistemul public de sănătate							
4.1.1.	Consolidarea mecanismului de prioritzare a alocărilor bugetare	► Mecanism de prioritzare a Investițiilor există și este consolidat ► Personal angajat, pregătit profesional corespunzător, care își asumă răspunderea și este capabil să stabilească un mecanism consolidat	► Nealocarea resurselor umane și financiare necesare ► Control ineficient asupra modului de introducere și validare a datelor în evidențele financiar-contabile ► Proces defectuos de asigurare a calității datelor introduse	► Situații financiar-contabile ► Bugetul de venituri și cheltuieli a spitalului	Managerul spitalului Directorul financiar-contabil Serviciul financiar-contabilitate	În limita bugetului aprobat	Permanent

			Implementarea defectuoasă a soluțiilor software la nivelul spitalului		Conducerea spitalului				
4.1.2.	Transparențizarea utilizării resurselor publice prin publicarea centralizată a datelor privind achizițiile din sănătate (pe site-ul spitalului și alte platforme informatice)	► Numărul de contracte de achiziție publică și acte adiționale încărcate pe site-ul instituției ► Număr și seturi de date publicate pe site-ul spitalului și alte platforme informatice	► Lipsa cooperării conducerii spitalului în publicarea transparentă a datelor ► Refuz de participare din partea angajaților	Documente justificative	Serviciul de achiziții publice, contractare și aprovizionare Directorul financiar-contabil	În limita bugetului aprobat	Permanent		
4.1.3.	Introducerea în contractul de management / de administrare al spitalului public 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 contractuală ► Număr și tip de măsuri dispuse în gestionarea eșecului de management	Reticenta angajaților	► Contract de management încheiat, sau act adițional la contract ► Plan de măsuri privind gestionarea eșecurilor de management	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul	Permanent		
4.1.4.	Optimizarea la nivelul Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș a implementării Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale	► Număr și tip de măsuri luate în vederea optimizării implementării ► Număr de riscuri identificate ► Număr și tipul de măsuri de intervenție stabilite și aplicate	► Nealocarea resurselor umane și financiare necesare ► Necunoașterea Metodologiei standard de evaluare a riscurilor de corupție în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale, aprobată prin H.G. nr. 599/2018	► Registrul riscurilor ► Raport de activitate	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul	Permanent		

4.1.5.	Desfășurarea în spital de activități continue de îndrumare metodologică pe teme privind transparența, etica și integritatea, dedicate personalului din instituțiile din sistemul de sănătate publică	Număr și tip de activități organizate la nivelul unității	► Resurse umane și financiare insuficiente ► Lipsa de participanți ca urmare a lipsei de interes din partea angajaților	Program de instruire anuală	Comitetul Director al spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita bugetului aprobat	Permanent	
Obiectiv specific 4.2. - Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în domeniul achizițiilor publice								
4.2.1.	Analizarea practicii judiciare în materie de achiziții publice, în cazul litigiilor privind achizițiile publice, în care spitalul a fost parte, analiză utilă pentru unificarea practicii, la nivelul unității sanitare	► Număr de litigii în care spitalul este parte ► Număr de litigii soluționate în favoarea spitalului ► Număr de litigii pierdute de către spital ► Număr de plângeri în materie de achizii publice formulate împotriva spitalului în fața altor instituții decât instanțele de judecată	► Repetarea practicilor care au fost constatate de instanțe ori alte instituții, în cadrul litigiilor, ca fiind deficitare ori nelegale ► Neimplicarea angajaților cu atribuții în achizițiile publice în analizarea și remedierea deficiențelor constatate în cadrul litigiilor	► Sentințe judecătorești ► Documente emise de alte instituții cu atribuții de verificare a corectitudinii procedurilor de achiziții publice ► Raportul anual de activitate	Conducerea spitalului Serviciul de achiziții publice, contractare și aprovizionare Comp. Juridic	Nu este cazul	31.01.2026	
4.2.2.	Identificarea funcțiilor implicate în achiziții publice care sunt vulnerabile la corupție, a domeniilor în care achizițiile publice sunt mai expuse corupției și a etapelor procedurilor de achiziții publice în care apar indicii de corupție	► Număr de funcții vulnerabile la corupție identificate ► Numărul etapelor procedurilor de achiziții publice în care apar indicii de corupție	► Lipsa identificării corecte a funcțiilor expuse corupției ► Caracterul formal al demersului ► Nealocarea resurselor umane și financiare necesare	Lista funcțiilor sensibile	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul	Permanent	
4.2.3.	Atragerea și menținerea în sistem a personalului specializat în achiziții publice, inclusiv prin	Număr de angajați specializați intrați în sistem, față de cei	Caracter exclusiv formal al informării	Rapoarte de evaluare a resurselor umane	Managerul spitalului	În limita bugetului aprobat	Permanent	

	consolidarea statutului acestora, profesionalizarea personalului și asigurarea unui regim de protecție adecvat împotriva tentativelor de intimidare sau corupere	care au părăsit sistemul			Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție			
4.2.4.	Elaborarea unor proceduri interne pentru procedurile instituționale exceptate de la Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare	► Proceduri interne elaborate ► Număr de proceduri interne revizuite/ modificate	► Conturarea unor poziții divergente în practică, implicând în egală măsură autoritățile contractante, cât și operatorii economici ► Interpretări diferite a modului de aplicare a prevederilor legale ► Mod neunitar de aplicare a prevederilor legale	Procedura internă implementată	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție Comisia de monitorizare	Nu este cazul	31.12.2025	
4.2.5.	Încurajarea utilizării unor abordări inovative pentru implicarea societății civile în monitorizarea integrității achizițiilor publice	Proceduri privind achizițiile publice	Lipsa de interes a conducerii și a personalului spitalului	Analiza stadiului de implementare și realizare a indicatorilor cuprinși în proceduri	Conducerea spitalului Serviciul de achiziții publice, contractare și aprovizionare	Nu are implicații financiare suplim.	Anual	
4.2.6.	Adăugarea în documentația de achiziții a unor chestionare privind	► Număr de chestionare completate de către	► Inexistența unor programe de integritate ale ofertanților din	► Statistica chestionarelor	Conducerea spitalului	Nu are implicații	Permanent	

	programele de integritate ale ofertanților	participanții la procedurile de achiziții publice ► Existența unor programe de integritate ale ofertanților din cadrul procedurilor de achiziții publice	cadrul procedurilor de achiziții publice ► Reticența ofertanților la completarea chestionarelor	aplicate ofertanților ► Chestionarele privind integritatea ale ofertanților cuprinse în documentația de achiziții	Serviciul de achiziții publice, contractare și aprovizionare Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	financiare suplimentare.	
Obiectiv specific 4.3. - Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în mediul de afaceri							
4.3.1.	Dezvoltarea unui sistem de monitorizare a conformității din perspectiva integrității, la nivelul spitalului public	► Sisteme de integritate elaborate ► Sistem informatizat specializat de gestiune a datelor privind etica și integritatea dezvoltat și impimentat ► Număr de programe de formare specializată în domeniul eticii și integrității, la care angajații au participat	► Adoptarea comportamentelor non-etice și lipsite de integritate ► Neaplicarea ori aplicarea deficitară a normelor de conduită ► Implementarea neunitară și/sau lipsită de coerență a normelor de etică și integritate ► Nealinierarea sistemelor de monitorizare a activităților din cadrul spitalului la prevederile legale în vigoare și/sau la noile realități	Certificate de participare la cursuri	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	În limita bugetului aprobat	31.12.2025
4.3.2.	Consolidarea utilizării Planului de integritate ca instrument managerial pentru promovarea integrității organizaționale în cadrul spitalului	► Întocmirea, aprobarea și adoptarea Planului de integritate ► Plan de integritate comunicat întregului personal	► Reticența personalului ► Neimplicarea personalului în aplicarea măsurilor asumate prin Planul de integritate	Rapoarte și documente întocmite pentru fiecare activitate cuprinsă în Planul de integritate	Managerul spitalului Grup de lucru pentru identificarea și descrierea	Nu este cazul	Permanent

		► Plan de integritate însoțit de personalul spitalului și aplicat în activitatea curentă	► Personalul nu colaborează cu persoana desemnată ca și coordonator al implementării planului de integritate și/sau cu persoana responsabilă / persoanele responsabile cu implementarea la nivelul spitalului a SNA 2021-2025		riscurilor de corupție			
4.3.3.	Realizarea schimbului de bune practici în implementarea programelor de integritate între mediul privat și sectorul public	► Număr de bune practici identificate ► Activități comune de formare profesională	► Lipsa bunelor practici în mediul public (în speță, la nivelul spitalului) și/sau în mediul privat ► Lipsa de comunicare și colaborare între mediul public și cel privat în vederea implementării unor bune practici ► Reticență în activitatea de colaborare între cele două medii în vederea implementării unor bune practici comune	Protocoloale de colaborare cu entități reprezentând mediul privat în vederea implementării bunelor practici identificate	Grup de lucru pentru identificarea și descrierea riscurilor de corupție	Nu este cazul	Permanent	
4.3.4.	Aplicarea standardelor aferente <i>open contracting data</i> ; OCDS (Open Contracting Data Standard)	► Cunoașterea de personalul implicat în activitățile legate de achizițiile publice a standardelor OCDS ► Implementarea standardelor OCDS în activitatea curentă	► Aspecte tehnice care contribuie de multe ori la îngreunarea procesului ► Reticența față de transparență ► Lipsa unei strategii care să aibă în vedere modul în care pot fi folosite noile platforme și canale de	Documente care să asigure transparența procesului de achiziții publice derulat la nivelul spitalului	Conducerea spitalului Serviciul de achiziții publice, contractare și aprovizionare Grup de lucru pentru	În limita bugetului aprobat	Permanent	

			comunicare digitale (site web, rețele de socializare, etc.) pentru a transparentiza mai mult procedurile de achiziții publice ► Lipsa unor măsuri concrete prin care transparența să fie pusă în aplicare			identificarea și descrierea riscurilor de corupție		
4.3.5. Încurajarea operatorilor privați care sunt parte în contractele de achiziții publice încheiate cu spitalul să introducă în contracte clauze anticorupție	► Există clauze anticorupție în contractele de achiziții publice încheiate de spital ► Numărul operatorilor economici care se arată dispuși la includerea în contracte a unor astfel de clauze	► Reticența operatorilor economici față de introducerea în contracte a unor clauze anticorupție ► Refuzul de implicare din partea operatorilor economici	Protocol de colaborare cu entități reprezentând mediul privat în vederea implementării practicilor anticorupție	Conducerea spitalului Serviciul de achiziții publice, contractare și aprovizionare	Nu este cazul	Permanent		

Președintele Grupului de lucru privind identificarea și descrierea riscurilor de corupție, evaluarea riscurilor de corupție, stabilirea măsurilor de intervenție, monitorizarea și revizuirea periodică a riscurilor de corupție și actualizarea planurilor de integritate

Director financiar-contabil Ec. Toma Doiniș