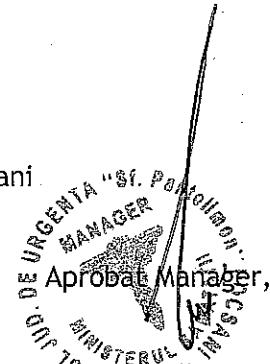


-ANUL 2023 -

Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani



Anexa nr. 6 la Metodologia de evaluare a incidentelor de integritate în cadrul autorităților și instituțiilor publice centrale

Format de raport anual de evaluare a incidentelor de integritate. Incidente de integritate

Nr. total de incidente de integritate

Tipul de fapte	Nr. de abateri de la normele deontologice sau de la alte prevederi similare menite să protejeze integritatea funcției publice	1
	Nr. de infracțiuni de corupție sau de fapte legate de nerespectarea regimului interdicțiilor, incompatibilităților, conflictului de interes sau declarării averilor	0
	Nr. de încălcări ale obligațiilor legale privind averile nejustificate, conflictul de interes sau regimul incompatibilităților	0

Structura/Compartimentul/Direcția/Sectorul de activitate în care au intervenit incidente de integritate

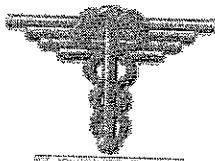
Funcțiile persoanelor care au săvârșit incidentele de integritate	Nr. de fapte săvârșite de persoane cu funcții de conducere	0
	Nr. de fapte săvârșite de persoane cu funcții de execuție	1
	Nr. de sanctiuni disciplinare	1
	Nr. de sanctiuni administrative	0
Nr. de sanctiuni aplicate	Nr. de sanctiuni penale	0
Durata medie a procedurilor de cercetare a faptelor ce constituie abateri disciplinare		30 zile

II. Măsuri de prevenire și/sau control

Nr. total de măsuri propuse:	
Descrierea măsurilor	Stadiul implementării
1.-Rotirea personalului	-implementat
2.-Sedinte informare și evaluare personal	-implementat
3.-	

Intocmit,

Jr. Macri Sava Stefania

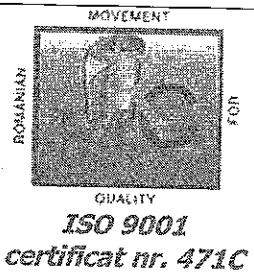


**SPITALUL JUDEȚEAN DE
URGENȚĂ „Sf. Pantelimon”
FOCȘANI**

E-mail: secretariat@spitalvn.ro

www.spitalvn.ro

COMPARTIMENT JURIDIC



**DISPOZITIE NR. 175
DIN DATA DE 04 05 2022**

Spitalul Judetean de Urgenta "Sf Pantelimon" Focsani, cu sediul in Focsani str.Cuza-Voda nr.50-52, jud.Vrancea, prin reprezentantul sau legal manager, jr.Mindrila Constantin

In temeiul art.6 din HG nr.1268/2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021 - 2025 și a documentelor aferente acesteia

DISPUNE

Art.1 Se aproba planul de integritate al Spitalului Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani inregistrat cu nr.9762/18.05.2022.

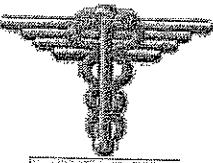
Art.2 Domnul dr.Dumitrescu Mihai, director medical, este desemnat coordonatorul implementării planului de integritate la nivelul Spitalului Judetean de Urgenta „Sf. Pantelimon” Focsani, iar doamna Macri Sava Eugenia Stefania, consilier juridic, este desemnata ca persoana de contact.

Art.3 Atributiile indeplinite de domnul dr.Dumitrescu Mihai, in calitate de coordonator al implementarii planului de integritate, si de doamna Macri Sava Eugenia Stefania, in calitate de persoana de contact, vor fi inscrise in fisa postului.

Art.4 Prezenta dispozitie va fi comunicata, sub semnatura de primire, de catre serviciul RUONS, domnului dr.Dumitrescu Mihai si doamnei Macri Sava Eugenia Stefania in vederea ducerii la indeplinire.

Jr. **Mindrila Constantin**
MANAGER
Spitalul Județean de Urgență „Sf. Pantelimon”
Focșani, județul Vrancea

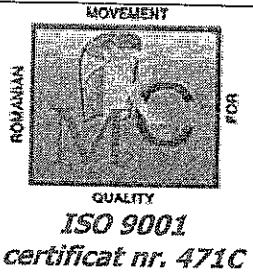
CONSILIER JURIDIC,
Secheli Iuliu Cosmin



**SPITALUL JUDEȚEAN DE
URGENȚĂ „Sf. Pantelimon”
FOCȘANI**



E-mail: secretariat@spitalvn.ro
www.spitalvn.ro
COMPARTIMENT JURIDIC



**DECIZIE NR. 443
DIN DATA DE 05.10.2022.**

Spitalul Judetean de Urgenta "Sf Pantelimon" Focsani, cu sediul in Focsani str.Cuza-Voda nr.50-52, jud.Vrancea, prin reprezentantul sau legal, manager jr.Mindrila Constantin

Avand in vedere necesitatea constituirii Grupului de Lucru pentru implementarea metodologiei de evaluare a riscurilor de coruptie în cadrul Spitalului Judetean de Urgenta „Sf. Pantelimon” Focsani

Luand in considerare si adresa nr.16759/23.09.2022 emisa de Ministerul Sanatatii si comunicata pe email Spitalului Judetean de Urgenta „Sf. Pantelimon” Focsani la data de 27.09.2022

In temeiul art.6 din Anexa nr.1 la HG nr.599/2018 corroborat cu art.40 alin.1 lit.c din Codul Muncii

DECIDE

Art.1 Incepand cu data de 05.10.2022, se constituie Grupul de Lucru pentru implementarea metodologiei de evaluare a riscurilor de coruptie la nivelul Spitalului Judetean de Urgenta “Sf. Pantelimon” Focsani, avand urmatoarea componenta:

Dr.Dumitrescu Mihai-director medical	-sef al Grupului de Lucru
Ec. Munteanu Vasilica-sef serv.RUONS	- membru
Ref.Dragomir Simona-sef SMC	-membru
Jr.Macri Sava Eugenia Stefania-consilier juridic	-membru
Ref.Munteanu Luciana-serv.Achizitii Publice	<i>✓</i>
Apetrei Oana Roxana-director fin.-cont.	-membru
Dr.Ifrim Rodica Ioana- medic in Consiliul Etic	-membru
Ref.Cosma Alina-sef serv.Relatii cu publicul	-membru
Ref.Tudoroiu Manuela- sef serv. Statistica si Informatica	-membru
Ec.Marcu Daniel	-secretar

Art.2 Grupul de Lucru, constituit potrivit art.1 din prezenta dispozitie, va indeplini urmatoarele atributii prevazute de art.10 din Anexa nr.1 la HG nr.599/2018, respectiv:

- identificarea și descrierea riscurilor de coruptie;
- evaluarea riscurilor de coruptie;
- stabilirea măsurilor de intervenție;
- completarea Registrului riscurilor de coruptie;
- monitorizarea și revizuirea riscurilor de coruptie.

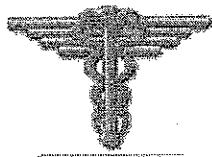
Art.3 Prezenta dispozitie va fi comunicata fiecarui membru al Grupului de Lucru, sub semnatura de primire, de catre serviciul RUONS, prin curierul spitalului, in vederea luarii la cunostinta si aducerii la indeplinire.

MANAGER
Jr.Mindrila Constantin
MINISTERUL SANATATII
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ „SF. PANTELIMON” FOCȘANI

CONSILIER JURIDIC,
Secheli Iuliu Cosmin

✓

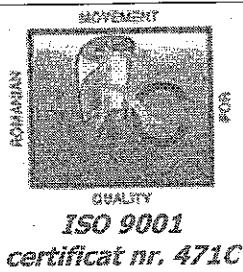
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ „SF. PANTELIMON” FOCȘANI
Nr. înregistrare
08 03
12/12
2023



ANMCS
Diplomă obținută în
PROCESS DE ACREDITARE

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ „Sf. Pantelimon” FOCȘANI

E-mail: secretariat@spitalvn.ro
www.spitalvn.ro
COMPARTIMENT JURIDIC



Aprobat Manager,
Jr. Mindrilă Constantin

METODOLOGIE DE EVALUARE A INCIDENTELOR DE INTEGRITATE IN CADRUL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENȚA “SF. PANTELIMON” FOCȘANI

CAPITOLUL I-Dispozitii generale

Art.1 Domeniul de aplicare

Prezenta metodologie de evaluare a incidentelor de integritate , denumita in continuare Metodologie , se aplica tuturor structurilor din cadrul spitalului.

Art.2 Definitii

In sensul prezentei metodologii, termenii si expresiile de mai jos au urmatoarele semnificatii:

- a) Amenintare de coruptie-actiunea sau evenimentul de coruptie care se poate produce in cadrul unei activitati specifice a spitalului
- b) Incident de integritate-unul din urmatoarele evenimente privind situatia unui angajat al spitalului:

- incetarea disciplinara a raportului de munca ca urmare a savarsirii unei abateri de la normele deontologice sau de la alte prevederi similare menite sa protejeze integritatea functiei

- trimitera in judecata sau condamnarea pentru savarsirea unei infractiuni de coruptie sau a unei fapte legate de nerespectarea regimului interdictiilor, incompatibilitatilor, conflictului de interes sau declararii averilor;

- ramanerea definitiva a unui de constatare emis de catre Agentia Nationala de Integritate, referitor la incalcarea obligatiilor legale privind averile nejustificate, conflictul de interes sau regimul incompatibilitatilor

c) Masuri de preventie si/sau control- ansamblul actiunilor dispuse de catre managerul spitalului, in scopul inlaturarii sau mentinerii sub control a vulnerabilitatilor identificate ca urmare a producerii si/sau evaluarii unui incident de integritate, respectiv al preintampinarii producerii unor incidente de integritate similar celor produse

- d) Responsabil pentru implementarea metodologiei-persoana , grup de lucru sau structura din cadrul institutiei care realizeaza activitatea de obtinere si analiza a informatiilor relevante privind incidentele de integritate produse in cadrul spitalului si propune masuri de preventie si /sau control
- e) Risc de coruptie-probabilitatea de materializare a unei amenintari de coruptie vizand un angajat, un colectiv sau un domeniu de activitate, determinata de atributiile specifice si de natura sa produca un impact cu privire la indeplinirea obiectivelor sau activitatilor di cadrul spitalului
- f) Vulnerabilitate-slabiciune in sistemul de reglementare sau control al activitatilor, care ar putea fi exploataata, putand conduce la aparitia unor fapte de coruptie

Art.3 Scopul, activitatile principale si coordonarea metodologiei de evaluare

Prezenta metodologie are ca scop evaluarea ex-post a incidentelor de integritate din structurile spitalului si propunerea masurilor de preventie si/sau control.

Evaluarea incidentelor de integritate reprezinta activitatea desfasurata de catre responsabilul desemnat in acest scop de catre manager, constand in obtinerea si analiza de informatii relevante privind incidentele de integritate si propunerea masurilor de preventie si/sau control.

Art.4 Protectia datelor cu caracter personal

Datele cu caracter personal se prelucreaza exclusiv in indeplinirea scopului prezentei metodologii, in conformitate cu prevederile legale.

CAPITOLUL II- Etape in evaluarea incidentelor de integritate

Art.5-Desemnare responsabilului

Managerul spitalului desemneaza prin act intern, responsabilul pentru implementarea metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate;

Responsabilul pentru implementarea metodologiei desfasoara urmatoarele activitati:

- a- Obtinerea de informatii privind incidentul de integritate
- b- Analiza incidentului de integritate
- c- Propunere de masuri de prevenire si/sau control

Art.6 Obtinerea de informatii privind incidentul de integritate

Compartimentele care detin informatii (Ruons si Juridic) cu privire la dispunerea unor masuri privind un incident de integritate sesizeaza responsabilul pentru implementarea metodologiei si transmit acestuia informatiile si documentele necesare derularii procedurii de evaluare a incidentului de integritate in termen de 30 de zile de la luarea la cunostinta a producerii incidentului respectiv.

In masura in care apreciaza ca este necesar, responsabilul pentru implementarea metodologiei poate solicita informatii Agentiei Nationale de Integritate, Directiei Nationale Anticoruptie, Parchetului de pe langa Inalta Curte de Casatie si Justitie precum si altor autoritati si institutii publice care detin informatii privind incidentul de integritate.

Art.7-Analizarea incidentului de integritate si propunerea de masuri

(1) Analiza are in vedere ca precadere urmatoarele aspecte:

- tipul de eveniment care constituie incidentul de integritate evaluat, conform definitiei incidentului de integritate
- domeniul de activitate in care a intervenit incidentul de integritate, functia persoanei care l-a savarsit si structura in care isi desfasoara activitatea
- starea de fapt si modul de operare
- cadrul legislativ aplicabil si procedurile interne din cadrul spitalului relevante pentru incidentul de etica evaluat
- cauzele incidentului de integritate prin raportare la amenintarile si vulnerabilitatile identificate in procesul de management al riscurilor de coruptie, precum si cele aferente incidentului de integritate evaluat
- durata procedurii de cercetare a faptelor care constituie abatere disciplinare
- sanctiuni disciplinare, administrative sau penale, dupa caz, aplicate
- efectele incidentului de integritate asupra obiectivelor si activitatii structurii din cadrul spitalului
- alte informatii pe care responsabilul le considera importante pentru prezentarea cat mai reala a incidentului de integritate, a urmarilor acestuia si/sau pentru sustinerea propunerilor de masuri

(2) Pe baza informatiilor obtinute, responsabilul pentru implementarea Metodologiei intocmeste pentru fiecare incident de integritate produs, un raport cuprinzand informatiile prevazute la alin.1, propuneri de masuri pentru prevenirea aparitiei unui incident similar precum si termenul pentru implementarea masurilor de preventie sa/sau control propuse.

(3) Raportul intocmit se transmite spre aprobare managerului unitatii.

Art.8 – Aprobarea raportului si verificarea implementarii recomandarilor

- (1) Raportul se transmite spre aprobare managerului unitatii
- (2) Responsabilul cu implementarea Metodologiei monitorizeaza implementarea masurilor de preventie si/sau control de catre persoanele desemnate in acest sens

- (3) Conducerea spitalului dispune verificarea periodica a modului de realizare a masurilor aprobate conform art.7 alin.3 si informarea responsabilului pentru implementarea metodologiei.

CAPITOLUL III-Dispozitii finale

Art.9-Raportarea catre Secretariatul tehnic al Strategiei nationale anticoruptie

- (1) Responsabilul pentru implementarea metodologiei elaboreaza un raport annual privind evaluarea incidentelor de integritate, care se aproba de catre conducerea spitalului, se publica pe site si se transmite catre Ministerul Sanatatii si Secretariatul tehnic al SNA

Art.10- Valorificarea informatiilor in procesul de evaluare a riscurilor de coruptie

- (1) Datele cuprinse in raport se valorifica si in procesul de evaluare a riscurilor de coruptie desfasurat la nivelul spitalului
(2) Planul de integritate al institutiei se actualizeaza corespunzator masurilor de prevenire si control

Art.11 Gestionarea documentelor

Documentele aferente evaluariilor incidentelor de integritate si implementarii Metodologiei se pastreaza de catre responsabilul cu implementarea

Intocmit,
Jr.Maci Sava Stefania



STRATEGIA NAȚIONALĂ ANTICORUPTIE 2021-2025
PLANUL DE INTEGRITATE AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF.PANTELIMON FOCSANI

APROBAT MANAGERUL JUD. FOCSANI
 ÎN DATA DE 01.01.2021

**SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚA
 SF PANTELIMON FOCSANI**

9.962

18.05.2021

Nr. înregistrare

OBIECTIV GENERAL NR. 1 Cresterea gradului de implementare a masurilor de integritate la nivel spitalului								
Obiectiv specific nr. 1.1 Implementarea masurilor de integritate la nivel organizațional								
Nr. crt.	Măsura	Indicatori	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen	Obs.
1	Adoptarea si distribuirea în cadrul spitalului a declaratiei privind asumarea unei agende de integritate organizationala	Declaratie adoptata Declaratie distribuita	Documentul adoptat	Adoptarea unei declaratii neadaptate contextului institutional	Manager Consilier Juridic	Fara resurse	Martie 2022	-
2	Adoptarea si distribuirea In cadrul spitalului a planului de integritate si asigurarea resurselor necesare implementarii acestuia	Plan de integritate adoptat	Publicarea pe site-ul spitalului	Nivel scazut de implicare al angajatorilor Nealocarea resurselor umane si financiare necesare	Serviciul de Evaluare si statistica	Resurse umane Resurse financiare	Iunie 2022	-
3	Evaluarea anuala a modului de implementarea planului si adaptarea acestuia la risurile si vulnerabilitatile nou aparute	Raport de evaluare intocmit	Publicarea pe site-ul spitalului	Caracterul formal al demersului in absenta publicarii efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	Serviciul de Evaluare si statistica	Acces internet	Decembrie 2022	-
4	Identificarea, analizarea, evaluarea si monitorizarea riscurilor de coruptie, precum si stabilirea masurilor de preventie si control a acestora	Nr. De riscuri si vulnerabilitati Identificate Nr. De masuri interventie	Registru riscurilor in care sunt incluse riscurile de coruptie	Caracter formal al demersurilor in absenta aplicarii efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	Grupul de lucru	Fara resurse	Anual si ori de cate ori este nevoie	-
5	Intensificarea utilizarii portalului al SNA pentru creșterea gradului de informare al publicului despre monitorizarea implementarii SNA, a noilor tendinte si evolutii in domeniul integritati	Nr. Accesari portali https://sna.just.ro/	Documente	Functioanarea deficitara a portalului Acces limitat internet	Grupul de lucru	Acces internet	La solicitare	-
6	Elaborarea/ actualizarea/ implementarea codului de conduită la nivelul spitalului	Cod de conduită elaborat, disemintat si	Caracterul formal al demersului	Lista de luate la cunoștință a prevederilor codului de conduită Pagina de internet a instituției	Consiliul Etic Comisia de monitorizare	Fara resurse	Permanent	-

STRATEGIA NAȚIONALĂ ANTICORUPTIE 2021-2025
PLANUL DE INTEGRITATE AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚA SF.PANTELEimon FOCSANI

APROBAT MANAGER,

		implementat	participare/ implicare a angajajilor în procesul de elaborare/ actualizare a documentului	SCIM			
7	Implementarea, la nivelul instituției a mecanismului de feedback al pacientului care asigura identificarea irregularităților și a posibilelor fapte de coruptie	Rezultatul chestionarelor de feedback al pacientului - Nr. de sesizari referitoare la integritatea personalului medical-sanitar transmise de Ministerul Sanatatii	Neimplementarea mecanismului de feedback al pacientului la nivelul instituției	Pagina web transparenta.ms.ro; Informari anuale ale Compartimentul de integritate din cadrul Ministerului Sanatatii	Conseliul Etic institutiei	Acces internet Platforma functionala spital	Permanent
OBIECTIV GENERAL NR.2 Reducerea impactului coruptiei asupra personalului							
Obiectiv specific nr.2.1 Implementarea masurilor de integritate la nivelul spitalului							
1	Organizarea/participarea la instruiri in vederea cresterii gradului de conștientizare anticoruptie	Nr. de instruiri Nr. de participanti	Grad scăzut de participare Lipsa resurse financiare participare curs	Sef birou RUNOS	Estimare numar participanti curs/instruire	Permanent	-
2	Conștientizarea prin discutii formale cu angajati spitalului referitor la impactul direct sau indirect al actelor de coruptie	Nr. de sanctiuni generate de nerespectarea prevederilor codului etic si deontologic legate de preventirea si combaterea coruptiei si a conflictului de interese	Sanctiuni aplicate la nivelul spitalului Lipsa resursa umana, timp insuficient, aglomerare sarcini per angajat	Comitet Director Juridic	Fara alocare resurse	Permanent	-
3	Punerea la dispozitia publicului a unor modalitati de evaluare a gradului de satisfactie a cetatenilor cu privire la conduita	Nr. sesizari primite Tipul faptelor asupra cărora se fac sesizari	Registrul de intrari-iesire spital	Resursele umane si financiare insuficiente	Conducerea institutiei publice Personalul desemnat	Resurse umane	Permanent

STRATEGIA NAȚIONALĂ ANTICORUPȚIE 2021-2025
PLANUL DE INTEGRITATE AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF.PANTELIMON FOCSANI

APROBAT MANAGER,

OBIECTIV GENERAL NR.3 Consolidarea Integritatii in domenii de activitate prioritare							
1	Organizare periodica de cursuri de formare profesionala pentru promovarea bunelor practici nationale in domeniul achizițiilor publice	Nr. de persoane instruite in cadrul spitalului	Diplome participare	Lipsa de valorificare a personalului instruit. Suprasolicitarea si cresterea gradului de incarcare a personalului responsabil cu achizițiile publice	Comitet director Sef serv. Achiziții publice	Resurse financiare	Permanent -
2	Prevenirea conflictelor de interes in gestionarea fondurilor publice	Nr sesizari de conflicte de interes	Registru de evidenta reclamati	Nedepunere declaratiilor de interes Neînregistrarea sesizarilor privind conflictele de interes	Comitet director Persoana responsabilăcu declaratiile de avere și interese	Fara alocare resurse	Permanent
3	Elaborare/actualizare a procedurilor operationale pentru achizițiile publice ale spitalului	Nr. proceduri elaborate/actualizate	Registru de evidenta proceduri operationale	Activitate partinitoare in cadrul etapelor de elaborare documentatie/evaluare oferte	Sef serv. Achiziții publice Serv. De management al calitati	Fara alocare resurse	Permanent

INTERCOMIT
Conducere secalice,
I.R. MECENI si un dr. Dr. M. STOICA



STRATEGIA NAȚIONALĂ ANTICORUPȚIE 2021-2025
PLANUL DE INTEGRITATE AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SFÂNTUL ILMON FOCSANI

APROBAT MANAGER,

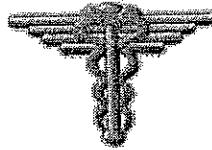
		implementat	participare/ implicare a angajaților în procesul de elaborare/ actualizare a documentului	SCIM			
7	Implementarea, la nivelul instituției a mecanismului de feedback al pacientului care asigura identificarea irregularităților și a posibilelor fapte de coruptie	Rezultatul chestionarelor de feedback al pacientului - Nr. de sesizari referitoare la integritatea personalului medical-sanitar transmise de Ministerul Sanatatii	Neimplementarea mecanismului de feedback al pacientului la nivelul institutiei	Pagina web transparenta.ms.ro; Pagina de internet a spitalului Informari anuale ale Compartimentul de integritate din cadrul Ministerului Sanatatii	Conseliul Etic Conducerea institutiei	Acces internet Platforma functionala spital	Permanent
OBIECTIV GENERAL NR.2 Reducerea impactului corupției asupra personalului							
Obiectiv specific nr.2.1 Implementarea masurilor de integrare la nivelul spitalului							
1	Organizarea participarea la instruire in vederea cresterii gradului de consientizare anticoruptie	Nr. de instruirri Nr. de participantii	Grad scazut de participare Lipsa resurse financiare participante curs	Sef birou RUNOS	Estimare numar participantii curs/instruire	Permanent	-
2	Consientizarea prin discutii formale cu angajati spitalului referitor la impactul direct sau indirect al acestelor de coruptie	Nr. de sanctiuni generate de nerespectarea prevederilor codului etic si deontologic legate de preventirea si combaterea coruptiei si a conflictului de interese	Sanctiuni aplicate la nivelul spitalului Lipsa resursa umana, timp insuficient, aglomerare sarcini per angajat	Comitet Director Juridic	Fara alocare resurse	Permanent	-
3	Punerea la dispozitia publicului a unor modalitati de evaluare a gradului de satisfactie a cetătenilor cu privire la conduită	Nr. sesizari primite Tipul taptelor asupra cărora se fac sesizări Tipul măsurilor	Registrul de intrari-iesire spital	Resursele umane si financiare insuficiente	Conducerea institutiei publice Personalul desemnat	Resurse umane	Permanent

SIRATEGIA NATIONALĂ ANTICORUPȚIE 2021-2025
PLANUL DE INTEGRITATE AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF.PАНTELEMON FOCSANI

APROBAT MANAGER,

personalului și calitatea serviciilor oferite (formularare, registru de sesizări)		admindistrative Nr. sesizări la comisia de disciplină Nr. cuestionare aplicate	pentru comunicare cu publicul Comp.Juridic Consiliul Etic
OBIECTIV GENERAL NR.3 Consolidarea Integrității în domeniul de activitate prioritare			
1	Organizare periodică de cursuri de formare profesională pentru promovarea bunelor practici nationale în domeniul achizițiilor publice	Nr. de persoane instruite în cadrul spitalului	Diplome participare
2	Prevenirea conflictelor de interes în gestionarea fondurilor publice	Nr sesizări de conflicte de interes	Registrul de evidență reclamații
3	Elaborare/actualizare a procedurilor operaționale pentru achizițiile publice ale spitalului	Nr. proceduri elaborate/actualizate	Registru de evidență proceduri operaționale
<i>Încomprimere, confirmare, fir mea și înămânată</i>			

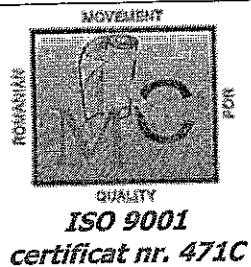
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ
SF PANTELIMON FOCSANI
Nr. înregistrare 5919
22 03 2022



ANMCS
unitate aflată în
PROSES DE AGREDITARE

SPITALUL JUDEȚEAN DE
URGENȚĂ „Sf. Pantelimon”
FOCȘANI

E-mail: secretariat@spitalvn.ro
www.spitalvn.ro
BIROUUL JURIDIC



DECLARATIE
privind asumarea agendei de integritate organizationala in coordonatele
Strategiei Nationale
Anticoruptie 2021-2025

Avand in vedere Hotararea nr. 1269 din 17 decembrie 2021 privind aprobarea Strategiei nationale anticoruptie 2021-2025 si a documentelor aferente acesteia ,publicata in M.O. al Romaniei nr 1218 din 22 decembrie 2021 si Anexele 1-5 la H.G.1269 /2021 publicate in M.O al Romaniei nr 1218 bis din 22.decembrie 2021

Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focșani , unitate sanitara de utilitate publica cu personalitate juridica, aflata in subordinea Ministerului Sanatatii, are rolul de a asigura servicii medicale curative, functionand in baza principiilor prevazute de Legea 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii , participand la asigurarea starii de sanatate a populatiei, asumandu-si valorile fundamentale si principiile promovate de catre Strategia Nationala Anticoruptie pe perioada 2021-2025, recunoscand importanta obiectivelor Strategiei Nationale Anticoruptie pentru perioada 2021-2025 precum si a mecanismului de monitorizarea a acesteia, sprijnind principiile si obiectivele Strategiei Nationale Anticoruptie si asumandu-si indeplinirea masurilor specifice ce tin de competenta exclusiva a Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focșani

adopta prezenta

DECLARATIE,

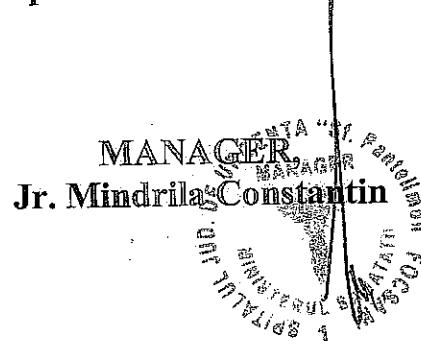
prin care

- isi asuma responsabilitatea respectarii viziunii, misiunii, valorilor si a principiilor generale ale Strategiei Nationale Anticoruptie 2021-2025
- condamna coruptia in toate formele in care se manifesta
- adera la obiectivele si mecanismul de monitorizare a Strategiei Nationale Anticoruptie pentru perioada 2021-2025
- isi exprima , in mod ferm, angajamentul de continuare a eforturilor anticoruptie prin toate mijloacele legale si administrative corespunzatoare
- se obliga sa indeplineasca obiectivele si masurile Strategiei Nationale Anticoruptie pentru perioada 2021-2025 ce tin de activitatea medicala a Spitalului Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani
- asigura sprijinul in privinta implementarii masurilor pentru asigurarea transparentei in procesul de furnizare a serviciilor medicale contractate , in conformitate cu prevederile Strategiei Nationale Anticoruptie 2021-2025

Ca urmare, Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani isi asuma intreprinderea unor masuri in sensul sustinerii prevenirii si combaterii coruptiei la nivelul spitalului , promovarii integritatii, a liberului acces al cetatenilor la informatiile de interes public si a transparentei procesului decizional.

- Spitalul Judetean de Urgenta "Sf Pantelimon" adera la valorile fundamentale, principiile, obiectivele si mecanismul de monitorizare ale Strategiei Nationale Anticoruptie 2021-2025.
- Comitetul Director impreuna cu angajatii spitalului adopta toate masurile necesare pentru evitarea situatiilor de conflict de interese si incompatibilitati si isi asuma indeplinirea masurilor specifice ce tin de competenta exclusiva a spitalului pe care il reprezinta
- Sustine si promoveaza implementarea cadrului legislativ anticoruptie ce vizeaza in principal , preventia coruptiei in cadrul spitalului, cresterea gradului de educatie anticoruptie, combaterea coruptiei prin masuri administrative si la dezvoltarea sistemului national de monitorizare a Strategiei Nationale Anticoruptie.
- Autoevaluarea anuala si raportarea asupra gradului de implementarea a masurilor preventive obligatorii prevazute in Anexa 3 la H.G nr 1269 /2021 privind aprobarea Strategiei nationale anticoruptie 2021-2025 si a documentelor aferente acesteia

Aceasta declaratie a fost adoptata de catre conducerea spitalului



DIRECTOR MEDICAL,
Dr. Dumitrescu Mihai

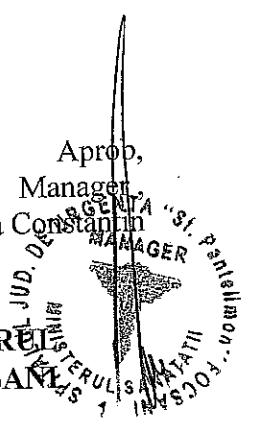
Dr. MIHAI DUMITRESCU
Medic Specialist
Chirurgie Toracică
F.70741

DIRECTOR INGRIJIRI,
As.Damian Anca

DIRECTOR FINANCIAR-CONTABILITATE,
Ec. Apetrei Oana

CONCILIER JURIDIC,
Jr.Macri Sava Stefania

SPITALUL JUDETEAN DE URGENȚA
SF. PANTELIMON FOCSANI
Nr. înregistrare 19326
29.09.2022

Aprop,
 Manager
 Jr. Mindrilă Constantin "SF.
 PANTELIMON" FOCSANI


METODOLOGIE

PRIVIND MANAGEMENTUL RISCURILOR DE CORUPTIE ÎN CADRUL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENȚA "SF. PANTELIMON" FOCSANI

2022

SECȚIUNEA 1

Dispoziții generale

Art. 1. – În înțelesul prezentei metodologii, termenii și expresiile de mai jos se definesc după cum urmează:

- a) **risc de corupție** – probabilitatea de apariție a unei amenințări de corupție, vizând un angajat, colectiv profesional sau domeniu de activitate, determinat de cauze/vulnerabilități specific și de natură să producă un impact cu privire la îndeplinirea obiectivelor/activităților unei structuri;
- b) **amenințare de corupție** – acțiunea sau evenimentul potential de corupție ce poate să apară în cadrul unei activități a structurii/unității spitalicești;
- c) **vulnerabilitate/cauză** – slăbiciune în sistemul de reglementare ori control al activităților specifice, care ar putea fi exploatață, stând la bază și putând declanșa săvârșirea unei fapte de corupție. Spre deosebire de amenințare, care este potențială, vulnerabilitatea/cauza există permanent în cadrul activității unei structure din cadrul spitalului;
- d) **probabilitate** – eventualitatea ca un risc de corupție să se materializeze;
- e) **materializarea riscului** – translatarea riscului din domeniul incertitudinii, al situației potențiale de corupție, în cel al certitudinii, respectiv săvârșirea unei fapte de corupție;
- f) **impact** – efectele produse în cadrul activității unei structuri din cadrul spitalului în cazul în care un risc de corupție se materializează;
- g) **unitate de muncă** – formă de organizare structurală ce reunește un ansamblu de angajați care realizează același gen de activități, permitând, în consecință, expunerea la riscuri similare; unitatea de muncă poate fi regăsită în structura organizatorică a Spitalului Județean de Urgență "Sf. Pantelimon" Focșani sub denumiri variate: serviciu, birou, secție, compartiment, dar și funcție unică: economist, consilier juridic,etc;
- h) **coordonator al unității de muncă** – șeful ori responsabilul cu organizarea activităților din cadrul unei unități de muncă, cel care pune la dispoziție informațiile solicitate de către Grupul de lucru pentru integritate, pe tot parcursul activităților de management al riscurilor de corupție;

- i) **responsabil de risc** – personalul de conducere sau execuție al structurilor unității sanitare responsabilizat prin Registrul riscurilor de corupție pentru implementarea măsurilor de prevenire și control.

Art. 2. – (1) Metodologia se aplică în scopul adoptării la nivelul tuturor structurilor din cadrul spitalului a unor măsuri de control și prevenire, adaptate cauzelor care determină probabilitatea de apariție a unor fapte de corupție, astfel încât să fie menținute la un nivel redus, cât și impactul resimțit la nivelul activităților unității sanitare.

(2) Activitățile de management al riscurilor de corupție vizează următoarele obiective:

- a) promovarea integrității, transparenței instituționale și a bunei desfășurări a activităților specific;
- b) stabilirea priorităților de intervenție în domeniul prevenirii corupției;
- c) personalul de conducere va asigura implementarea măsurilor de prevenire și control a/al riscurilor de corupție.

Art. 3. Managementul riscurilor de corupție presupune parcurgerea următoarelor etape:

- a) pregătirea activităților;
- b) identificarea și descrierea riscurilor de corupție;
- c) evaluarea riscurilor de corupție;
- d) determinarea și implementarea măsurilor de prevenire și control;
- e) monitorizarea și revizuirea periodică a riscurilor;
- f) reevaluarea riscurilor.

Art. 4. – (1) În scopul implementării Metodologiei, la nivelul spitalului s-a constituit Grupul de lucru pentru integritate.

Art. 5. – (1) În desfășurarea activităților presupuse de managementul riscurilor de corupție, Grupul beneficiază de sprijinul coordonatorilor unităților de muncă, aceștia având obligația de a transmite, în termenele și cu respectarea condițiilor specific, informațiile sau documentele solicitate.

(2) La stabilirea unităților de muncă care se includ în procesul de identificare și evaluare a riscurilor de corupție se au în vedere categoriile de activități prevăzute la art. 11.

SECTIUNEA a 2-a

Managementul riscurilor de corupție

SUBSECTIUNEA 1

Pregătirea activităților

Art. 6. – (1) Managementul riscurilor de corupție debutează printr-o etapă de pregătire care vizează, în principal, următoarele aspecte:

- a) constituirea și stabilirea componentei Grupului;
Din componența Grupului, fac parte minim 3 persoane, o persoană din conducerea unității/structurii și o persoană consilierul de etică/integritate, după caz.

Se recomandă a fi acele personae desemnate ca responsabile cu implementarea măsurilor Strategiei Naționale Anticorupție;

- b) informarea personalului privind implementarea metodologiei la nivelul spitalului;
- c) instruirea membrilor Grupului cu privire la aspectele conceptuale și metodologice specific managementului riscurilor de corupție;
- d) fixarea principalelor repere ale activităților: delimitarea unităților de muncă ce se includ în procesul de analiză, rolul și responsabilitățile fiecărui membru al Grupului, precum și termenii de referință privind planificarea, desfășurarea și evaluarea activităților;

(2) Activitățile stabilite conform alin. (1) lit. d) se menționează în Fișa pentru stabilirea sarcinilor, responsabilităților și planificarea activității Grupului, prevăzută în anexa nr. 1.

Art. 7. – Responsabilitatea privind planificarea și desfășurarea instruirii membrilor Grupurilor revine Managerului.

SUBSECTIUNEA a 2-a

Identificarea și descrierea riscurilor de corupție

Art. 8. – (1) Identificarea și descrierea riscurilor constă în evidențierea amenințărilor de corupție, precum și a vulnerabilităților/cauzelor prezente în cadrul activităților curente ale structurilor SJUF care ar putea conduce la săvârșirea unor fapte de corupție.

(2) Pentru identificarea amenințărilor de corupție se desfășoară următoarele activități:

- a) chestionarea conducerii structurilor spitalului;
- b) evaluarea activității și a situațiilor specific de muncă ale angajaților;
- c) descrierea situațiilor care ar putea genera amenințări de corupție.

Art. 9. – (1) Pentru identificarea opiniilor cu privire la riscurile de corupție și eficacitatea măsurilor de prevenire și control existente, membrii Grupului realizează chestionarea întregului personal de conducere de la nivelul tuturor structurilor spitalului utilizând întrebările prevăzute la anexa nr. 2.

(2) După completare, chestionarele se utilizează în activitățile ulterioare de managementul riscurilor de corupție (de informare și instruire).

Art. 10. – (1) Membrii Grupului analizează obiectivele specifice ale structurii respective completând pe baza documentelor interne și/sau, după caz, a consultării coordonatorilor unităților de muncă, Fișa de analiză a activităților vulnerabile la corupție, prevăzută în anexa nr. 3.

(2) Membrii Grupului și/sau, după caz, coordonatorii unităților de muncă întocmesc, pentru fiecare activitate inclusă în Fișa de analiză a activităților vulnerabile de corupție, o sinteză a amenințărilor de corupție susceptibile să se manifeste în acel context profesional, având în vedere cel puțin următoarele elemente:

- a) sursele posibile de riscuri de corupție la care personalul poate fi expus: persoane, grupuri interesate de serviciile oferite, avantajele sau dezavantajele potențiale pentru terți, material ori de altă natură, ce pot fi generate de activitățile serviciului
- b) acțiunile ori demersurile care ar putea fi puse în practică pentru atingerea obiectivelor infracționale;
- c) faptele de corupție care au fost comise anterior în cadrul domeniului de activitate;
- d) cazurile de conduită necorespunzătoare sau încălcări ale procedurilor, înregistrate la nivelul structurii.

Art. 11. – (1) Potrivit prezentei metodologii, sunt considerate vulnerabile la corupție toate activitățile care prezintă slăbiciuni în sistemul de control intern/managerial, de natură să fie exploatații de angajații structurii sau terți, pentru comiterea unor fapte de corupție.

(2) Dacă la nivelul unei structuri a spitalului sunt realizate activități din categoriile enumerate în continuare, acestea se includ în mod obligatoriu în procesul de analiză:

- a) contacte frecvente cu exteriorul instituției, cu diversele categorii de beneficiari ai serviciilor publice;
- b) gestionarea mijloacelor financiare, a fondurilor externe ori a programelor/proiectelor;
- c) gestionarea informației confidențiale, gestionarea informațiilor clasificate;
- d) achiziția/gestionarea de bunuri, servicii și lucrări;
- e) activități de acordare a serviciilor de asistență medicală
- f) activități de eliberare a unor documente;
- g) îndeplinirea funcțiilor de control, supraveghere, evaluare și consiliere;
- h) competența decizională exclusivă;
- i) activități de recrutare și selecție a personalului;
- j) constatare de conformitate sau de încălcare a legii.

Art. 12. – Pentru descrierea amenințărilor de corupție, membrii Grupului au în vedere documentele în baza cărora funcționează structura respectivă.

Art. 13. – (1) Fișele de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, întocmite conform modelului din anexa nr. 4, se completează de către membrii Grupului și/sau, după caz, coordonatorii unităților de muncă, pentru fiecare dintre categoriile enumerate la art. 11.

(2) Pentru completarea cauzelor aferente fiecărui risc se au în vedere informațiile rezultate în urma derulării etapelor prevăzute la art. 15-17 precum și orice alte observații sau analize privind cultura organizațională sau conduită angajaților.

Art. 14. – În vederea identificării vulnerabilităților/cauzelor care determină expunerea la riscuri de corupție, membrii Grupului parcurg următoarele etape:

- a) evaluarea cadrului normative;
- b) analiza incidentelor de integritate;
- c) analiza eficacității sistemului de control intern/managerial al structurii.

Art. 15. – (1) Membrii Grupului și/sau după caz, coordonatorii unităților de muncă întocmesc, în formatul prevăzut în anexa nr. 5, un raport de evaluare a cadrului normative aplicabil domeniului de activitate analizat.

(2) Obiectivele evaluării cadrului normative sunt reprezentate de:

- a) identificarea prevederilor ce conțin factori potențiali de manifestare a corupției;
- b) avansarea de propunerî pentru eliminarea normelor care favorizează sau pot favoriza corupția;
- c) propunerea unor măsuri de prevenire și control pentru a reduce expunerea la riscuri de corupție.

Art. 16. Membrii Grupului realizează o analiză generală a incidentelor de integritate care s-au manifestat în cadrul spitalului ținând cont de următoarele elemente:

- a) evoluția probabilă a diferitelor fenomene infracționale din sfera corupției, a nivelului de gravitate ori a impactului asociat acestora;
- b) activitățile expuse riscurilor de corupție analizate și gradul lor de vulnerabilitate;
- c) modurile de operare utilizate și măsurile pe care făptuitorii le-au adoptat pentru a-și disimula actele infracționale;
- d) măsurile de prevenire și control care au fost adoptate în cadrul domeniilor de activitate unde s-au produs incidente de integritate și gradul de eficacitate a acestora.

Art. 17. – Membrii Grupului identifică și consemnează în fișele întocmite conform art. 13 eventuale deficiențe în cadrul sistemului de control intern managerial, utilizat având în vedere:

- a) constatări rezultate din activități de control ori sesizări anterioare, care au identificat deficiențe ori vulnerabilități ale sistemului de control intern/managerial, de natură a favoriza apariția unor fapte de corupție;
- b) eficacitatea implementării de către conducerea componentelor structurii spitalului a concluziilor și recomandărilor furnizate în urma activităților de control;
- c) vulnerabilității la corupție pe care terții le-ar putea exploata în planurile reglementării, organizării, desfășurării și controlului activității, al formării, instruirii și experienței personalului.

SUBSECȚIUNEA a 3-a **Evaluarea riscurilor de corupție**

Art. 18. – (1) Evaluarea riscurilor de corupție se realizează în scopul de a fundamenta decizia cu privire la prioritarea de stabilire a măsurilor de prevenire și control, prin estimarea nivelurilor de probabilitate și impact asupra rezultatelor așteptate și a prestației profesionale a personalului.

(2) Activitatea de evaluare se desfășoară pentru fiecare dintre riscurile înscrise în fișele de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, prevăzute în anexa 4.

Art. 19. – Pentru evaluarea riscurilor de corupție se parcurg următoarele etape:

- a) estimarea probabilității de materializare a riscurilor de corupție;
- b) determinarea impactului asupra obiectivelor și activităților structurii;
- c) determinarea expunerii la riscuri și a priorității de intervenție;
- d) clasificarea și ordonarea riscurilor de corupție.

Art. 20. – (1) Estimarea nivelului de probabilitate se realizează prin aprecierea șanselor de materializare a riscurilor de corupție în cadrul activităților structurii, utilizând informațiile și analizele colectate în etapa de identificare și descriere a riscurilor.

(2) În scopul arătat la alin. (1), membrii Grupului și/sau, după caz, coordonatorii unităților de muncă determină și consemnează în Fișa de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție nivelul de probabilitate, utilizând o scală de evaluare în 5 trepte, corespunzător valorilor și indicatorilor descriptive asociați acestora, prevăzuți în anexa nr. 6.

Art. 21. – Estimarea impactului unui risc de corupție constituie activitatea de cuantificare a efectelor posibile ale acestuia asupra obiectivelor, activităților, sarcinilor sau rezultatelor așteptate ale structurii, corespunzător următoarelor componente/dimensiuni:

- a) impact asupra nivelului de performanță a activităților și obținerea rezultatelor așteptate;
- b) impact asupra calendarului activităților ori întârzieri posibile în termenul de realizare a obiectivelor activității;
- c) consecințe exprimate în termeni de buget;
- d) consecințe în planul imaginii instituției.

Art. 22. – Pentru determinarea impactului riscurilor de corupție, membrii Grupului consemnează în Fișa de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție nivelul impactului, utilizând o scală de evaluare în 5 trepte, corespunzător valorilor și indicatorilor descriptivi asociați acestora, prevăzuți în anexa nr. 7.

Art. 23. – (1) Membrii Grupului calculează nivelul de expunere la riscuri de corupție, constând în produsul dintre valorile probabilității și impactului, completând valoarea rezultată în Fișa de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, prevăzută în anexa 4.

(2) – Utilizând scala de evaluare a expunerii la riscuri de corupție și corespondența asociată intersecției valorilor impactului și probabilității, prevăzută în anexa nr. 8, membrii Grupului stabilesc și consemnează în Fișa de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție prioritatea de intervenție.

Art. 24. – Pe baza priorității de intervenție, în ordinea valorii nivelului de expunere, membrii Grupului clasifică și ordonează riscurile de corupție în următoarele categorii:

- a) riscuri majore, care pot fi considerate tolerabile și inerente activităților structurii spitalului față de care nu este necesară adoptarea unor măsuri suplimentare, ci doar aplicarea celor existente;
- b) riscuri moderate, care pot fi monitorizate sau controlate, prin creșterea eficacității măsurilor existente sau, după caz, prin adoptarea unor măsuri suplimentare de măsură și control;

- c) riscuri înalte, caracterizate, simultan, printr-o mare probabilitate de apariție și printr-o gravitate foarte mare a impactului, care necesită concentrarea atenției conducerii structurii pentru adoptarea/implementarea unor măsuri urgente de prevenire și control adecvate.

SUBSECTIUNEA a 4-a

Determinarea și implementarea măsurilor de prevenire și control a riscurilor de corupție

Art. 25. – Pe baza clasificării realizate conform art. 24 și a rezultatelor activităților de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, membrii Grupului propun măsuri pentru prevenirea/controlul acestora.

Art. 26. – (1) Din punctul de vedere al momentului disponerii și al obiectivelor urmărite prin realizarea acestora, pot fi stabilite, în principal, următoarele categorii de măsuri de prevenire și control:

- a) măsuri preventive – sunt cele care vizează cauzele identificate și au ca rezultat limitarea probabilității de comitere a unor fapte de corupție de către un terț/angajat interesat;
 - a.1) măsuri de protecție și monitorizare a accesului la informații, documente ori resurse;
 - a.2) planificarea și organizarea în mod transparent și ușor de verificat a activităților și a modalității de adoptare a deciziei: separarea responsabilităților, aprobarea activității, supervizarea, pregătirea personalului cu rol de coordonare;
 - a.3) supervizarea documentelor întocmite și a performanțelor individuale ale personalului;
 - a.4) separarea atribuțiilor de autorizare, înregistrare ori revizuire pentru a fi evitate riscurile de corupție;
 - a.5) asigurarea comunicării adecvate către pacienți/aparținători/reprezentanți/terți a obligațiilor de conduită a personalului;
 - a.6) dezvoltarea, comunicarea și monitorizarea aplicării de proceduri/protocole/regulamente clare în activitatea curentă;
 - a.7) promovarea schimbării de atitudine a personalului privind riscurile de corupție, asigurându-se informarea și instruirea adecvată privind obligațiile legale și măsurile de prevenire și control implementate în vederea minimizării riscurilor de corupție;
 - a.8) dezvoltarea de sisteme informatiche pentru serviciile oferite;
 - a.9) promovarea metodelor de sesizare a unor eventuale fapte de corupție, precum și a măsurilor de protecție a personalului stabilite prin Legea nr. 571/2004 privind protecția personalului din autoritățile publice, instituțiile publice și din alte unități care semnalează încălcări ale legii în funcție de capacitatea financiară a unității;
- b) măsuri realizate în scopul depistării unor eventuale nereguli, după ce risurile de corupție s-au materializat:
 - b.1) realizarea/solicitarea realizării de către structurile competente a unor activități suplimentare de verificare a respectării normelor legale;
 - b.2) realizarea de verificări ale documentelor și activităților desfășurate;
 - b.3) realizarea unor activități de control/verificare privind accesul sau implementarea de informații în bazele de date;
 - b.4) activități de control de fond ori tematic, activități de inventoare.

(2) Măsurile suplimentare de prevenire și control se propun în scopul de a reduce probabilitatea de materializare ori de a minimiza impactul riscurilor de corupție, vizează cu prioritate, riscurile înalte și pe cele moderate și se înscriu în fișele de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție.

Art. 27. – (1) Informațiile rezultate în urma implementării metodologiei se includ în Registrul riscurilor de corupție, care se întocmește de către Grup, conform modelului prevăzut în anexa nr. 9 și se aprobă de către conducătorul unitatii, cuprinzând responsabilități pentru toate nivelurile ierarhice ale acesteia.

(2) După aprobare, un exemplar al Registrului riscurilor de corupție, câte un exemplar al fișelor de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, precum și al comunicărilor (măsurile dispuse) prevăzute la art. 37, rămân la sediul unității și sunt la dispoziția managerului ori de către ori se solicit.

Art. 28. – Pe baza documentelor transmise de către structurile spitalului și a altor informații privind manifestarea corupției în cadrul instituției se întocmește și actualizează Raportul privind riscurile și vulnerabilitățile la corupție în activitatea spitalului

SUBSECȚIUNE A 5-a **Monitorizarea și revizuirea riscurilor de corupție**

Art. 29. – Activitatea de monitorizare și cea de revizuire a riscurilor de corupție se realizează anual de către structurile spitalului, în scopul de a asigura eficacitatea procesului de management al riscurilor de corupție, respectiv pentru a formula recomandări de măsuri de prevenire și control.

Art. 30. – (1) Monitorizarea riscurilor de corupție se realizează anual de către Grup, la nivelul structurii unde acesta este constituit.

(2) În vederea realizării activității de monitorizare, anual, până la 1 decembrie, se întocmesc rapoarte de evaluare cantitative și calitative privind implementarea măsurilor de prevenire și control al riscurilor de corupție, care conțin cel puțin următoarele informații:

- a) indicatori cantitativi aferenți măsurilor propuse pentru prevenirea/controlul riscurilor de corupție;
- b) modificările intervenite în privința valorilor de expunere la riscuri de corupție, corespunzătoare nivelurilor de probabilitate și impact;
- c) informații privind fapte de corupție sesizate ori constatare în cadrul domeniului de activitate;
- d) propuneri de măsuri suplimentare de prevenire și control a/al riscurilor de corupție;
- e) modificări semnificative intervenite în privința reglementărilor specifice activităților desfășurate, de natură a genera analize suplimentare privind eventuale riscuri noi de corupție, respective a unor informații care pot să modifice nivelul de expunere ori să afecteze eficacitatea activității de prevenire și control, membrii Grupului întocmesc în mod corespunzător fișele de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție, reluând etapele aferente prevăzute în metodologie.

Art. 31. – (1) Pe baza documentelor prevăzute la art. 32, Grupul întocmește Raportul de monitorizare a riscurilor de corupție la nivelul spitalului

Art. 32. – (1) Structurile spitalului la nivelul cărora se produc incidente de integritate transmit Grupului de lucru pentru integritate în cel mai scurt timp posibil dar nu mai mult de 5 zile de la luarea la cunoștință, următoarele documente:

- a) fișă de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție și Registrul revizuit, corespunzător riscului materializat;
- b) un raport al șefului nemijlocit al angajatului care a comis fapta, avizat de șeful ierarhic, conținând informații privind măsurile de prevenire și control adoptate ulterior incidentului de integritate și aprecieri privind cauzele care au stat la baza comiterii faptei.

Art. 33. – (1) În vederea evaluării impactului aplicării metodologiei, a stadiului de implementare a măsurilor de prevenire și control a/al riscurilor de corupție, Grupul de lucru pentru integritate întocmește rapoarte anuale de monitorizare.

(2) Rapoartele prevăzute la alin. (1) se întocmesc pe baza informațiilor transmise de structurile spitalului potrivit metodologiei.

SUBSECȚIUNEA a 6-a

Reevaluarea riscurilor de corupție

Art. 34. – Atunci când la nivelul structurilor spitalului se constată recurența unor forme de manifestare a corupției, Grupul de lucru pentru integritate, din proprie inițiativă, cu aprobarea ori din dispoziția conducerii spitalului , respectiv la solicitarea ori în colaborare cu structurile spitalului, realizează misiuni de reevaluare.

Art. 35. – (1) Misiunile de reevaluare se realizează în scopul identificării eventualelor disfuncționalități privind managementul riscurilor de corupție și al formulării unor recomandări de măsuri de prevenire și control în domeniul de activitate evaluat.

(2) Grupul de lucru pentru integritate planifică și realizează activitatea de reevaluare, dezvoltând ori adaptând, în principal, următoarele instrumente de specialitate:

- a) interviuri realizate de personalul de specialitate din cadrul Grupului de lucru pentru integritate cu personalul din conducerea unităților precum și aleatoriu cu personal de execuție;
- b) focus grup realizat cu participarea persoanelor din conducerea structurii ori a altor factori interesați;
- c) analiza documentelor realizate (registre și rapoarte) conform metodologiei și a eficacității activităților de prevenire și control privind riscurile de corupție.

(3) Misiunile de reevaluare se realizează anual sau ori de câte ori se impune la nivelul Grupului de lucru pentru integritate.

Art. 36 – (1) Misiunea de reevaluare se realizează cu sprijinul structurilor spitalului , parcurgându-se următoarele etape:

- a) analiza și evaluarea documentelor întocmite, conform metodologiei, de către structurile spitalului , în scopul cunoașterii activităților, proceselor ori procedurilor ce urmează a fi evaluate;
- b) analiza cazuistică de corupție înregistrate în domeniul de activitate;
- c) stabilirea obiectivelor misiunii și a instrumentelor ce urmează a fi utilizate pentru reevaluarea riscurilor de corupție;

- d) planificarea activităților, întâlnirilor, discuțiilor ori interviurilor cu personalul din cadrul domeniului evaluat ori a celorlalte metode ce urmează a fi utilizate;
- e) realizarea vizitelor de reevaluare;
- f) analiza și prelucrarea informațiilor rezultate în urma vizitelor de reevaluare;
- g) realizarea raportului de reevaluare.

(2) Raportul de reevaluare trebuie să cuprindă cel puțin următoarele elemente:

- a) scopul și obiectivele misiunii de reevaluare;
- b) datele de identificare a misiunii: structura care face obiectul misiunii, echipa, durata misiunii de reevaluare;
- c) documentele evaluate ori cele întocmite în cursul misiunii de reevaluare;
- d) constatările rezultate;
- e) raționamentele și deducțiile formulate;
- f) concluzii și recomandări de măsuri de prevenire și control a/al riscurilor de corupție.

Art. 37. – Rapoartele de monitorizare și rapoartele de reevaluare realizate de către Grupul de lucru pentru integritate sunt avizate de către șeful Grupului și se prezintă conducerii spitalului în vederea dispunerii măsurilor destinate să îmbunătățească procesul de prevenire a corupției, urmând ca măsurile să fie comunicate tuturor structurilor din cadrul spitalului.

SECTIUNEA a 3-a

Dispoziții finale

Art. 38. – Documentația privind implementarea metodologiei se păstrează de către consilierul de etică/consilierul pentru integritate, după caz sau persoanele desemnate ca responsabile cu implementarea măsurilor Strategiei Naționale Anticorupție (ca membri ai Grupului conform art. 6, alin (1), lit. a) și trebuie să fie disponibilă în situația evaluării activității de management al riscurilor de corupție.

Art. 39. – Anexele nr. 1-9 fac parte integrantă din prezenta metodologie.

ANEXA NR. 1**la metodologie****FISĂ****Pentru stabilirea sarcinilor, responsabilităților și planificarea activității Grupului de lucru pentru prevenirea corupției**

Denumirea structurii:	Data începerii activității:			
Domeniile de activitate evaluate: -				
Componența Grupului de lucru				
Nr. crt.	Nume, prenume	Subunitate/Departament	Funcția	Categoria de membru1
Sarcinile și responsabilitățile membrilor Grupului de lucru				
Etapa de identificare și descriere a riscurilor de corupție				
Nr. crt.	Nume, prenume	Sarcini și responsabilități	Documente consultate, redactate ori colectate	Termene
Etapa de evaluare a riscurilor de corupție				
Nr. crt.	Nume, prenume	Sarcini și responsabilități	Documente consultate, redactate ori colectate	Termene
Etapa de determinare și implementare a măsurilor de prevenire și control a/al riscurilor de corupție				
Nr. crt.	Nume, prenume	Sarcini și responsabilități	Documente consultate, redactate ori colectate	Termene

--	--	--	--	--	--

1 Se vor menționa, după caz: conducătorul Grupului de lucru, consilier de etică/consilier pentru integritate, membru al Grupului de lucru, șef coordinator al unității de muncă

ANEXA NR. 2

la metodologie

CHESTIONAR

pentru identificarea amenințărilor/riscurilor de corupție (ghid de interviu pentru condescerea structurii/componentelor, exclusiv coordonatorii unităților de muncă)

Dată:
Structură:
Unitate de muncă/post:

La ce amenințări/riscuri de corupție considerați că sunteți expus dvs. ori colegii în cadrul activității?
.....
.....
.....
.....
.....
Ce vulnerabilități la corupție ar putea exista în planul reglementării, planificării, organizării, desfășurării și controlului activității dvs. ori în ce fel al formării sau instruirii dvs./colegilor?
.....
.....
.....
.....
.....
Care credeți că ar fi probabilitatea ca aceste vulnerabilități să se manifeste în cazul existenței unui interes de săvârșire a unei fapte de corupție? (Alegeți un singur răspuns și argumentați.)
*înaltă, deoarece.....
.....
.....
*medie, deoarece.....
.....
.....
*scăzută, deoarece.....
.....
.....
Cum ar putea acționa, ce demersuri ar întreprinde sau ce modalități concrete ar putea utiliza cineva interes să exploateze aceste vulnerabilități pentru a săvârși o faptă de corupție?

.....
Ce efecte ar putea avea în activitatea dvs. materializarea riscurilor de corupție (săvârșirea unei fapte de corupție)?			
.....
Ce măsuri sunt aplicate actualmente pentru eliminarea sau controlul riscurilor de corupție?			
.....
Pentru a preveni materializarea riscurilor de corupție, ce soluții/măsuri credeți că sunt posibile/aplicabile în domeniul dvs. de activitate?			
.....
Au existat cazuri de corupție (ori suspiciuni de acest gen) în cadrul domeniului de activitate gestionat sau în domenii de activitate similare din alte instituții?			
.....
Au încercat terți să influențeze deciziile vreunui angajat al unității sanitare?			
.....
Conducerea este la curent cu eventuale acuzații de corupție care afectează instituția, un domeniu specific de activitate, anumite categorii de personal ori chiar angajați precisi identificabili (prin intermediul modalităților de comunicare formală sau informală cu actuali sau foști angajați, cu reprezentanții organelor de control intern, cu beneficiari interni sau externi ai serviciilor de sănătate furnizate de către unitatea sanitată)			
.....
Este asigurată transparența procesului de adoptare a deciziilor, prin operațiuni de verificare, raportare și alocare explicită a responsabilităților sau prin furnizarea unei documentații complete și clare?			
.....
Există cerința de a ține o evidență clară, scrisă, a procesului de adoptare a deciziei, care să poată fi verificată de către o autoritate de auditare ori control			

Precizați specificul programelor ori măsurilor de control stabilite și puse în practică pentru a elimina/reduce risurile specific de corupție pe care unitatea le-a identificat, precum și modul în care aceasta monitorizează și reevaluează aceste programe și controale!

1. natura și amploarea activității de monitorizare a locațiilor sau segmentelor de activitate operaționale
2. dacă există locații sau segmente de activitate în cazul cărora este mult mai probabil ca risurile de corupție să existe/să se manifeste
3.

Dacă și în ce modalități concrete conducerea comunică angajaților punctele sale de vedere ori așteptările cu privire la practicile corecte de lucru și comportamentul etic (risurile de corupție sunt sensibil reduse atunci când managementul demonstrează și comunică importanța valorilor și comportamentului etic)

ANEXA NR. 3

FIŞĂ DE ANALIZĂ a
activităților vulnerabile la corupție

Denumirea structurii:		
Denumirea unității de muncă:		
Data elaborării:	Responsabil cu elaborarea:	Data revizuirii:
Domenii de activitate	Activități vulnerabile, conform art. 11 din metodologie	Sarcini (zilnice, săptămâna sau ocazionale)

Nr. crt.	Documente întocmite frecvent în cadrul activităților	Conținutul documentelor	Periodicitatea întocmirii acestora	Către cine – ce structură îl transmite/de la cine – ce structură îl primește

Nr. Crt.	Unitățile/Compartimentele (interne ori externe structurii) cu care se colaborează pentru realizarea sarcinilor	Natura relațiilor de colaborare (activități desfășurate în comun)	Cadrul legal al cooperării

Nr. crt.	Materiale, instrumente, mijloace tehnice și auto utilizate pentru îndeplinirea sarcinilor

ANEXA NR. 4

Fișă de identificare, descriere și evaluare a riscurilor de corupție*)

*) Fișa de identificare este reprobusă în facsimile.

Denumirea structurii:		
Denumirea unității de muncă:		
Activitatea vulnerabilă conform art. 11 din metodologie:		
Data elaborării:	Membru al grupului/Coordonator al unității de muncă:	Data revizuirii:

Descrierea riscului (amenințarea):
.....
.....
.....
Cauze/Vulnerabilități ce determină riscul:
- cauze din domeniul reglementărilor.....
.....
- slăbiciuni la nivelul capacitatei de prevenire și control al riscului.....
.....
- particularități privind cultura organizațională și caracteristici privind resursele umane.....
.....

Nivelul riscului	probabilitate	impact	expunere	Prioritate intervenție

Măsuri de prevenire și control existente, aplicate
1.
2.
3.

Măsuri de prevenire și control suplimentare propuse pentru prevenirea/controlul riscului
--

1.
2.
3.

NOTĂ:

Metodologia furnizează instrumente-suport pentru stabilirea cauzelor unui risc de corupție (analiza cadrului normative, analiza incidentelor de integritate, analiza eficacității sistemului de control intern/managerial al structurii etc.), fiind necesar ca pentru fiecare amenințare descrisă să fie surprins contextul de desfășurare a acelei activități care ar putea permite manifestarea acesteia. Pentru a structura activitatea de descriere a cauzelor/vulnerabilităților. Grupurile de lucru pentru prevenirea corupției vor avea în vedere următoarele:

- cauze din domeniul reglementărilor (inclusive procedurile) aplicabile activității: multe dintre riscuri își au cauza în lipsa procedurilor, de multe ori fiind invocată ca explicație pentru materializarea riscurilor de corupție necunoașterea sau ambiguitatea unor reguli. În acest context trebuie identificate toate normele și procedurile aplicabile domeniului care prezintă elemente de vulnerabilitate și care pot fi exploatație sau interpretate subiectiv, astfel încât riscurile descrise să se producă;
- slăbiciuni la nivelul capacitatii de prevenire și control al riscului: sunt frecvente cazurile în care circumstanțele care favorizează apariția unor riscuri țin de un control al riscului: sunt frecvente cazurile în care circumstanțele care favorizează apariția unor riscuri țin de un control defectuos al activității. Orice conducător al unei structuri din cadrul spitalului trebuie să se asigure că domeniul de care este responsabil funcționează, iar personalul trebuie să aibă convingerea că activitatea acestuia este supravegheată. În procesul de analiză a riscurilor de corupție este esențial să fie identificate particularitățile care determină vulnerabilitatea sistemului de control intern/managerial, fie pentru că măsurile nu sunt bine cunoscute de către cei care ar trebui să le aplique, fie pentru că acestea nu sunt aplicate în mod consecvent, fie că ele nu pot răspunde în totalitate situațiilor de risc (capacitate redusă de aplicare a măsurilor de prevenire și control);
- surse de amenințare – persoane, de regulă, din exteriorul instituției, care prezintă un interes ridicat pentru obținerea unor avantaje prin presiuni la nivelul angajaților: politice, presiuni ierarhice, interes ridicat din partea unor grupuri infracționale, contactul cu publicul interesat de un serviciu sau de a scăpa de aplicarea unei sanctiuni, interesul comercial ridicat al unui serviciu public (de exemplu: un contract de achiziție, o fisa auto)
- particularități privind cultura organizațională și caracteristici privind resursele umane: curențe educaționale ori de conștientizare (lipsa cunoștințelor privind faptele de corupție, toleranța unor comportamente non-etice care nu sunt percepute a reprezenta o problemă), cauze sociale (lipsa unei locuințe, nivel scăzut de salarizare), cunoștințe insuficiente privind reglementările, procedurile ori regulile aplicabile etc., conștientizare insuficientă a măsurilor de control ce sunt aplicate etc.

ANEXA NR. 5

RAPORT - MODEL

SCALĂ DE ESTIMARE
a probabilității de materializare a riscurilor de corupție

Factor	Scor	Descriere	Indicatori	
aproape sigur	5	cel mai probabil se va concretiza >80% probabilități de apariție	*este de așteptat să apară în marea majoritate a circumstanțelor profesionale; *se va întâmpla fără îndoială, eventual frecvent; *iminentă	riscul de corupție este present în mod constant, datorită deficiențelor de organizare, planificare, control, supraveghere, instruire ori formare a personalului și modului în care este conceput ori aplicat cadrul legal de desfășurare a activității
probabil	4	probabilitate considerabilă de apariție; nu este neobișnuit 61%-80% probabilități		
Posibil	3	producerea sa poate fi avută în vedere 41%-60% probabilități de materializare	*ar putea apărea în anumite circumstanțe profesionale; *se poate întâmpla ocazional; *s-a întâmplat în altă parte, într-un domeniu de activitate similar	riscul de corupție poate apărea câteodată (cauzele putând fi reprezentate de deficiențe în desfășurarea activității, erori în înțelegerea ori aplicarea procedurilor de lucru specifice etc.);

foarte puțin probabil	2	minimă, dar nu imposibilă; nu este cunoscut să se fi produs 21%-40% probabilități de apariție	*poate apărea doar în circumstanțe profesionale exceptionale; *nu este de așteptat să se întâpte; *nu a fost semnalată în domeniul de activitate	riscul de corupție nu apare decât rar, în condiții excepționale de edesfășurare a activității
improbabil	1	practic imposibilă; nu a apărut niciodată 0%-20%	*este probabil să nu apară niciodată; *foarte puțin probabil să se întâpte vreodată	riscul de corupție nu apare decât rar, în condiții excepționale de edesfășurare a activității

ANEXA NR. 7

SCALĂ
de estimare a impactului riscului

Factor	Scor	Indicatori
major/critic	5	<ul style="list-style-type: none"> *imposibilitate de îndeplinire a obiectivelor stabilite pentru domeniul de activitate; *deteriorarea pe termen lung a eficienței activității, întârzieri majore în derularea activităților planificate (mai mult de 6 luni); *pierderi financiare severe pentru înlocuirea ori instruirea personalului, schimbarea procedurilor de desfașurare a activității, achiziții neplanificate de mijloace tehnice etc., reprezentând 25% și mai mult din bugetul anual alocat instituției; *publicitate negativa la nivel internațional, implicarea factorilor politici de la nivel central ori institutional pentru gestionarea situației create
ridicat	4	<ul style="list-style-type: none"> *impact semnificativ asupra obiectivelor domeniului afectat, afectarea eficienței acesteia

major/critic	5	<ul style="list-style-type: none"> *imposibilitatea de îndeplinire a obiectivelor stabilite pentru domeniul de activitate; *deteriorarea pe termen lung a eficienței activității, întârzieri majore în derularea 	
--------------	---	--	--

		<p>activităților planificate (mai mult de 6 luni);</p> <p>* pierderi financiare severe pentru înlocuirea ori instruirea personalului, schimbarea procedurilor de edesfășurare a activității, achiziții neplanificate de mijloace tehnice etc., reprezentând 25% și mai mult din bugetul annual alocat instituției;</p> <p>* publicitate negativă la nivel internațional, implicarea factorilor politici de la nivel central ori institutional pentru gestionarea situației create</p>		
ridicat	4	<p>* impact semnificativ asupra obiectivelor domeniului afectat, afectarea eficienței acesteia;</p> <p>* perturbarea pe termen mediu a activității, întârzieri semnificative privind desfășurarea în condiții normale a activității (între 3 și 6 luni);</p> <p>* pierderi financiare majore pentru instituție;</p> <p>* publicitate negativă la nivel național, pierderea încrederii din partea beneficiarilor serviciilor publice.</p>		