



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

e-mail : [spitpoiana@yahoo.com](mailto:spitpoiana@yahoo.com)  
<http://www.spitalpoianamare.ro>

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SPITALUL DE PSIHIATRIE  
POIANA MARE  
JUDETUL DOLJ



ISO 9001 Certificat nr. 394C

APROBAT  
MANAGER  
JURIST FLOREA LUCIAN

ANEXA LA  
DECIZIA NR. 47/31.03.2026

**PLAN DE INTEGRITATE  
PENTRU IMPLEMENTAREA STRATEGIEI NAȚIONALE ANTICORUPTIE 2021-2025  
LA NIVELUL SPITALULUI DE PSIHIATRIE POIANA MARE JUDETUL DOLJ  
IN ANUL 2026**

Obiectiv general nr.1-Cresterea gradului de implementare a masurilor anticoruptie la nivel organizational								
Obiectiv specific nr.1.1.- Implementarea masurilor de integritate								
Nivel	Descriere	Indicatori de performanta	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen	Observatii
Masura 1.1.1.	Adoptarea si distribuirea in cadrul institutiei a declaratiei privind asumarea unei agende de integritate organizationala	-Declaratie adoptata -Declaratie distribuita	-Document aprobat -Publicare pe site-ul spitalului	-Adoptarea unei declaratii neadaptate contextului institutional -Nivel scazut de implicare al salariatilor -Nedistribuirea declaratiei la toti sefii/coordonatorii locurilor de munca	-Membrii comitetului Director; -Coordonatorul implementarii Planului de integritate -Secretarul unitatii	Nu este cazul	.....	Ori de cate ori intervin modificari in structura de personal de la nivelul conducerii spitalului
1.1.2.	Adoptarea si distribuirea in cadrul institutiei a Planului de integritate	-Plan integritate	-Document aprobat	-Nivel scazut de implicare al	-Managerul spitalului,	In limita	Dupa aprobarea	Conf prevederilor

	actualizat, urmare consultarii angajatilor si a evaluarii de risc conform HG. Nr.599/2018 si asigurarea resurselor necesare implementarii acestuia	actualizat -Plan integritate actualizat distribuit	-Publicare pe site-ul spitalului -Lista de difuzare	salariatilor -Caracter exclusiv formal al consultarii	-Coordonatorul implementarii planului de integritate	bugetului aprobat	rea raportului de evaluare anuala a modului de implementare a planului de integritate	art.19 al (1) al anexei nr.1 la HGR nr 599/2018, Planul de integritate: - <u>Se actualizeaza</u> o data la doi ani având la baza rezultatele aplicarii metodologiei de evaluare a riscurilor de coruptie si - <u>Se transmite</u> catre Secretariatul tehnic al SNA.
1.1.3.	Evaluarea anuala a modului de implementare a planului si adaptarea acestuia la riscurile si vulnerabilitatile nou aparute	-Raport de evaluare intocmit si publicat pe site-ul institutiei -Plan adaptat si publicat pe site-ul institutiei, daca este cazul	-Document aprobat -Publicare pe site-ul spitalului	-Caracter formal al evaluarii -Neparticiparea/neimplicarea angajatilor -Absenta aplicarii efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	-Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA -Compartiment audit intern	In limita bugetului aprobat	Anual	
1.1.4.	Identificarea, analizarea, evaluarea si monitorizarea riscurilor de coruptie precum si stabilirea si implementarea masurilor de prevenire si control al acestora, conform H.G.nr. 599/2018	-Registrul riscurilor de coruptie completat -Nr. de riscuri si vulnerabilitati identificate	-Documente aprobate	-Absenta aplicarii efective a metodologiei de evaluare a riscurilor	-Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA -Compartiment audit intern -Responsabilul	-In limita bugetului aprobat	Anual	Conf prevederilor HGR 599/2018, identificarea, analizarea, evaluarea si

		<p>-Nr.de masuri de interventie</p> <p>-Formarea profesionala a persoanelor responsabile pentru aplicarea efectiva a metodologiei de evaluare a riscurilor</p>			cu implementarea metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate			<p>monitorizare a riscurilor de coruptie se realizeaza anual conf prevederilor HGR 599/2018</p>
1.1.5	<p>Identificarea, evaluarea si raportarea unitara a incidentelor de integritate conf.H.G. nr.599/2018, precum si stabilirea unor masuri de prevenire si control urmare producerii acestora</p>	<p>-Rapoarte intocmite/raport anual privind evaluarea incidentelor de integritate</p> <p>-Nr.de incidente identificate</p> <p>-Nr.si tipul masurilor de prevenire si control luate</p>	-Documente aprobate	-Identificarea gresita a faptelor ca incidente de integritate	<p>-Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA</p> <p>-Compartiment audit intern</p> <p>-Responsabilul cu implementarea metodologiei de evaluare a incidentelor de integritate</p>	Nu este cazul	Anual	<p>Raportul</p> <p>-<u>Se elaboreaza:</u></p> <p>- pana pe data de 31.martie a anului urmator ( conform prevederilor art.9 al (1) din Anexa nr.5 la HGR nr.599/2018) ;</p> <p>- ori de cate ori este cazul ( conform prevederilor art.7 al (2) din anexa nr.5 la HGR nr.599/2018) ;</p> <p>-<u>Se aproba</u> de catre conducere,</p> <p>-Se publica</p>

								pe site si -Se transmite pana pe data de 31martie a anului urmator sau ori de cate ori se solicita, catre: - MJ-Secret. tehnic al SNA
<b>OBIECTIV GENERAL 2- REDUCEREA IMPACTULUI CORUPTIEI ASUPRA CETATENILOR</b>								
Masura 2.1	Cresterea gradului de educatie anticoruptie a cetatenilor si angajatilor cu accent pe drepturile acestora in relatia cu autoritatile si institutiile publice si impactul coruptiei asupra serviciilor publice	-Cod etic revizuit aprobat -Grad de cunoastere de catre angajati a codului etic -Raport de evaluare a mecanismului de feedback al pacientului -Nr.programe/ activitati de informare	-Cod etic revizuit -Liste de semnaturi pentru luare la cunostinta a codului etic -Rapoarte de evaluare a mecanismului de feedback al pacientului -Site-ul spitalului	-Resurse financiare insuficiente -Nivel scazut de implicare al salariatilor privind valorile si principiile de etica	-Consiliul etic -Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA si a persoanelor responsabile de implementare SNA , - RMC -Sociologul	Nu este cazul	Perma-- nent	
2.2.	Consolidarea profesionalismului in cariera personalului din institutie inclusiv prin aplicarea efectiva a mecanismelor de evaluare a performantelor, evitarea numirilor temporare in functiile de conducere, transparentizarea	-Nr.evaluari profesionale din total angajati -Nr.si tip masuri dispuse urmare evaluarilor -Nr.posturi de	-Documente specifice  -Raport masuri in urma evaluarilor	-Evaluare formala -Neimplicarea angajatilor cu responsabilitati	-Manager -Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA -Serviciul RUNOS, infor-	Nu este cazul	Perma-- nent	

	procedurilor de recrutare si asigurare a stabilitatii functiei publice	conducere ocupate prin concurs din total nr.de posturi de conducere din institutie -Eficientizarea sistemului de declarare a averilor si intereselor			matica si arhiva -Consiliul Medical			
2.3	Asigurarea unei protectii efective a cetatenilor care sesizeaza presupuse incidente de integritate savarsite de furnizorii de servicii publice	-Procedura interna privind protectia avertizorului revizuita -Nr.sesizari referitoare la incidentele de integritate solutionate -Procentul sesizarilor referitoare la incidentele de integritate raportat la nr.total de sesizari inregistrate la nivelul institutiei	-Procedura de sistem privind protectia avertizorului in interes public publicata pe site-ul unitatii	-Lipsa personalului cu responsabilitati in relatii-publice -Neimplicarea angajatilor -Neaplicarea efectiva a masurilor de protectie	-Consiliul etic -Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA si RMC	Nu este cazul	Permanenent	
2.4.	Formarea unei culturi civice de confruntare a fenomenului coruptiei "mici ", inclusiv prin utilizarea noilor tehnologii ( de exemplu, social media)	-Nr.de campanii de constientizare organizate -Nr.de mesaje preventive postate sau publicate pe canalele media	-Documente relevante -Site-ul propriu	-Lipsa specialistilor in comunicare -Nealocarea resurselor umane si financiare necesare	-Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA	In limita bugetului aprobat	Permanenent	

		ale institutiei ( facebook, site) -Nr.materiale educative diseminate						
2.5	Digitalizarea serviciilor publice care pot fi automatizate, cu scopul de a reduce riscurile de coruptie generate de interactiunea directa cu angajatii institutiei	-Nr.si tipul de servicii-digitalizate -Nr.de utilizatori	-Rapoarte de activitate	-Nealocarea resurselor necesare -Acces-limitat la internet	-Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA -Compartiment de informatica -Compartiment de evaluare si statistica medicala	In limita bugetului aprobat	Permanent	
2.6	Reglementarea transparenta a procedurilor de obtinere cu celeritate a documentelor emise de institutie inclusiv cele medicale	-Proceduri utilizate	-Lista de proceduri aprobate	-Nealocarea resurselor umane si financiare necesare -Reticenta salariatilor la schimbare	-Coordonatorul implementarii planului de integritate SNA si RMC	In limita bugetului aprobat	Permanent	
<b>OBIECTIV GENERAL 3-CONSOLIDARA MANAGEMENTULUI INSTITUTIONAL SI A CAPACITATII ADMINISTRATIVE PENTRU PREVENIREA SI COMBATAREA CORUPTIEI</b>								
<b>Obiectiv specific nr.3.2-Extinderea culturii transparente pentru o guvernare deschisa in administratia publica</b>								
Masura 3.2.1.	Monitorizarea si evaluarea aplicarii standardului general de publicare a informatiilor de interes public prevazut in anexa nr.4	Raport de monitorizare elaborat si aprobat	-Documente justificative -Site-ul oficial al institutiei	-Lipsa transparentei si a informatiilor -Personal neinstruit -Lipsa de interes a personalului -Afectarea imaginii publice a spitalului -Elaborarea de o maniera formala a raportului de monitorizare	-Directorul financiar-contabil -Directorul medical Compartimentul financiar-contabilitate Compartimentul de evaluare si statistica medicala -Serviciul achizitii	In limita bugetului aprobat	Permanent	

					publice/ contractare si administrativ -Serviciul RUNOS, Informatica si Arhiva			
<b>Obiectiv specific 3.3.Imbunatatirea capacitatii de gestionare a esecului de management prin corelarea instrumentelor care au impact asupra identificarii timpurii a riscurilor si vulnerabilitatilor institutionale</b>								
3.3.1	Auditarea interna, o data la 2 ani, a sistemului de prevenire a coruptiei la nivelul institutiei	-Recomandari formulate -Gradul de implementare a recomandarilor formulate	-Rapoarte de audit	-Lipsa cooperarii angajatilor cu auditorii interni	-Conducerea institutiei -Auditorul	In limita bugetului aprobat	O data la 2 ani	
<b>OBIECTIV GENERAL 4-CONSOLIDAREA INTEGRITATII IN DOMENII DE ACTIVITATE PRIORITYRE</b>								
<b>Obiectiv specific4.1.Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in sistemul public de sanatate</b>								
4.1.1	Desfasurarea de activitati continue de indrumare metodologica pe teme privind transparenta, etica si integritatea, dedicate personalului din institutie	-Nr.de activitati realizate la nivelul institutiei	-Program de instruire -Lista participanti	-Resurse financiare insuficiente sau nealocate -Lipsa de interes din partea angajatilor	-Comitetul Director -Coordonatorul strategiei anticoruptie	In limita bugetului aprobat	Permanent	
<b>Obiectiv specific 4.4.Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in domeniul achizitiilor publice</b>								
Masura 4.4.1.	Atragerea si mentinerea in sistem a personalului specializat in achizitii publice, inclusiv prin consolidarea statutului acestora, profesionalizarea personalului si asigurarea unui regim de protectie adecvat impotriva tentativelor de intimidare sau corupere	-Raportul intre nr.de angajati specializati, intrati fata de cei iesiti din sistem -Nr.de sesizari a organelor de urmarire penala cu privire la presupuse tentative de corupere si/sau intimidare	-Rapoarte de evaluare a resurselor umane	-Caracter exclusiv formal al informarii -Proceduri angajare fara cerinte de specializare in achizitii publice	-Comitetul Director -Coordonatorul strategiei anticoruptie	In limita bugetului aprobat	Permanent	

<b>Obiectiv specific 4.5. Cresterea integritatii, reducerea vulnerabilitatilor si a riscurilor de coruptie in mediul de afaceri</b>							
<b>Masura 4.5.1.</b>	<b>Aplicarea standardelor aferente open contracting data</b>	<b>-Nr seturi de date publicate -Nr.personal de specialitate instruit in aplicarea standardului OCSD</b>	<b>-Documente relevante</b>	<b>-Necunoasterea si neimplementarea OCSD de catre personalul de specialitate</b>	<b>-Comitetul Director -Coordonatorul strategiei anticoruptie -Serviciul achizitii publice/ contractare si administrativ</b>	<b>In limita bugetului aprobat</b>	<b>Permanent</b>

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