



DECIZIA NR. 64 / 2022

Managerul Spitalului de Boli Pulmonare Breaza, ec. Colorian ILIE, numit prin Dispoziția nr. 205/21.04.2022 emisă de către Primarul Orașului Breaza;

Având în vedere prevederile:

- H.G. nr. 1.269/2021 privind aprobarea Strategiei naționale anticorupție 2021-2025 și a documentelor aferente acesteia;
- art. 40 alin. 1 lit. c) din Legea nr. 53/2003 (Codul muncii), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

În temeiul Regulamentului de organizare și funcționare și al Regulamentului intern al Spitalului de Boli Pulmonare Breaza;

DECIDE:

Art. 1: Se aprobă Planul de integritate pentru implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021-2025 în cadrul Spitalului de Boli Pulmonare Breaza, prevăzut în anexa la prezenta decizie, în conformitate cu prevederile art. 6 alin. 2 din H.G. nr. 1.269/2021.

Art. 2: Se desemnează, potrivit art. 6 alin. 3 din H.G. nr. 1.269/2021, ca și coordonator al implementării Planului de integritate, la nivel de funcție de conducere, dl. Colorian ILIE, managerul instituției.

Art. 3: Coordonatorul implementării Planului de integritate are următoarele atribuții:

- a) monitorizează implementarea tuturor măsurilor și acțiunilor necesare a fi întreprinse pentru prevenirea și combaterea corupției, aplicabile spitalului, din Strategia Națională Anticorupție 2021-2025;
- b) avizează Planul de integritate pentru implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021-2025 în cadrul Spitalului de Boli Pulmonare Breaza;
- c) întocmește, anual, raportul cu privire la incidentele de integritate apărute la nivelul spitalului;
- d) avizează Registrul riscurilor de corupție;
- e) întocmește raport pentru fiecare incident de integritate semnalat și stabilește măsuri de prevenire și/sau control a incidentelor de integritate semnalate/sesizate;
- f) monitorizează revizuirea codului de etică de la nivelul unității, precum și activitatea consilierului de etică referitoare la informarea angajaților cu privire la prevederile codului de etică existent la nivelul unității;
- g) propune măsuri de protecție aplicate cetățenilor care sesizează producerea unor incidente de integritate la nivelul spitalului;
- h) propune măsuri necesare a fi implementate/aplicate în urma sesizărilor cetățenilor cu privire la existența unor incidente de integritate;
- i) monitorizează implementarea recomandărilor formulate în urma auditurilor ce au ca tematică Strategia Națională Anticorupție 2021-2025;
- j) monitorizează implementarea, până la sfârșitul anului 2025, a standardelor aferente open contracting data;
- k) avizează raportul cu privire la evaluarea mecanismului de feedback al pacientului.

Art. 4: Se desemnează, potrivit art. 6 alin. 3 din H.G. nr. 1.269/2021, ca persoană de contact, la nivel de funcție de execuție, dl. Sebastian Udățeanu, consilier juridic.



Art. 5: Persoana de contact are următoarele atribuții:

- a) distribuie, în cadrul spitalului, declarația privind asumarea agendei de integritate organizațională, asumată de către manager;
- b) elaborează Planul de integritate de la nivelul unității;
- c) distribuie pe site-ul instituției Raportul anual privind stadiul implementării planului de integritate;
- d) comunică Ministerului Sănătății și Ministerului Justiției, la solicitarea acestora, Raportul anual privind stadiul implementării Planului de integritate;
- e) comunică cu Ministerul Sănătății și cu Ministerul Justiției privitor la implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021-2025 în cadrul spitalului;
- f) întocmește Registrul riscurilor de corupție, parte integrată din Registrul riscurilor întocmit la nivelul unității;
- g) identifică, evaluează și raportează către coordonatorul implementării Planului de integritate eventualele incidente de integritate;
- h) întocmește rapoarte cu privire la sesizările cetățenilor cu privire la incidente de integritate petrecute în cadrul spitalului;
- i) întocmește rapoarte anuale privind sugestiile și reclamațiile primite ce au ca temă integritatea;
- j) culege, anual, datele necesare realizării evaluării indicatorilor de performanță specifici și transmite rezultatele către M.S. și/sau M.J., conform legii.

Art. 6: Compartimentul R.U.N.O.S. va actualiza fișa postului cu atribuțiile de mai sus pentru persoanele nominalizate la art. 2 și art. 4.

Art. 7: Persoanele menționate la art. 2 și art. 4 vor duce la îndeplinire prezenta decizie iar Secretariatul o va comunica acestora sub semnătură.

Data la Spitalul de Boli Pulmonare Breaza, astăzi 05.07.2022

MANAGER,
ec. Colorian ILIE



Compartiment juridic,



ANEXA
LA DECIZIA NR. 64/2022

PLANUL DE INTEGRITATE PENTRU IMPLEMENTAREA
STRATEGIEI NAȚIONALE ANTICORUPȚIE 2021-2025
ÎN CADRUL SPITALULUI DE BOLI PULMONARE BREAZA

OBIECTIV NR. 1: CREȘTEREA GRADULUI DE IMPLEMENTARE A MĂSURILOR DE INTEGRITATE LA NIVELUL SPITALULUI DE BOLI PULMONARE BREAZA							
Nr. crt.	Măsura	Indicatori de performanță	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen
1	Adoptarea și distribuția în cadrul instituției a declarației privind asumarea unei agende de integritate organizațională.	1. Declarație adoptată; 2. Declarație distribuită.	Site-ul spitalului.	1. Declarație neadaptată contextului instituțional; 2. Nivel scăzut de implicare al angajaților.	Manager	Nu este cazul.	31.03.2022

Nr. crt.	Măsura	Indicatori de performanță	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen
OBIECTIV NR. 2: CONSOLIDAREA TRANSPARENȚEI ȘI A INTEGRITĂȚII							
2	Adoptarea și distribuirea în cadrul instituției a Planului de integritate.	1. Plan de integritate adoptat; 2. Persoane desemnate pentru monitorizarea implementării planului de integritate.	1. Plan adoptat; 2. Decizia internă; 3. Site-ul spitalului.	1. Plan de integritate incomplet; 2. Nivel scăzut de implicare al angajaților.	Manager	Nu este cazul.	30.06.2022
3	Evaluarea anuală a modului de implementare a Planului de integritate și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou apărute.	Întocmirea raportului anual de evaluare.	Site-ul spitalului.	Nivel scăzut de implicare al angajaților.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	Anual.
4	Identificarea, analizarea, evaluarea și monitorizarea riscurilor de corupție.	Întocmirea Registrului riscurilor de corupție.	Registrul de riscuri la nivelul spitalului.	Absența aplicării efective a metodologiei de evaluare a riscurilor.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	31.12.2022
5	Identificarea, evaluarea și raportarea incidentelor de integritate	Întocmirea rapoartelor cu privire la incidente de integritate.	Documente aprobate, dacă este cazul.	1. Identificare eronată a unor fapte drept incidente de integritate.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	Anual.

1	Existența Codului de etică la nivelul spitalului.	Cod de etică adoptat.	Site-ul spitalului.	1. Lipsa Codului de etică; 2. Existența unui Cod de etică neadecvat.	Consilier de etică.	Nu este cazul.	Nu este cazul.
2	Creșterea gradului de transparență prin publicarea pe site-ul spitalului a informațiilor referitoare atât la activitatea medicală cât și la activitatea administrativă.	1. Informații medicale publicate (grafic de gărzi, listă afecțiuni tratate etc); 2. Informații administrative (anunțuri de concurs, venituri salariale, consum medicamente, declarații de avere și interese etc).	Site-ul spitalului.	Nivel scăzut de implicare al angajaților.	Comitet Director.	Nu este cazul.	Permanent.
3	Respectarea prevederilor legale privind liberul acces la informații de interes public.	Cereri soluționate, dacă este cazul.	Documente aprobate, dacă este cazul (răspunsuri la cereri).	1. Nerespectarea prevederilor legale; 2. Nesoluționarea cererilor.	Persoana responsabilă cu asigurarea accesului la informații de interes public.	Nu este cazul.	Ori de câte ori este cazul.

OBIECTIV NR. 3: EVITAREA SITUAȚIILOR GENERATOARE DE CONFLICT DE INTERESE ȘI/SAU INCOMPATIBILITATE

Nr. crt.	Măsura	Indicatori de performanță	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen
----------	--------	---------------------------	---------------------	---------	-------------	---------	--------

CICLUL al II-lea

1	Respectarea prevederilor legale referitoare la conflictul de interese și/sau incompatibilitate.	1. Depunerea declarațiilor de avere; 2. Depunerea declarațiilor de interese	1. Documente existente; 2. Site-ul spitalului.	1. Nerespectarea prevederilor legale; 2. Apariția situațiilor de incompatibilitate sau/și conflict de interese.	Persoana responsabilă cu asigurarea implementării prevederilor legale privind declarațiile de avere și interese.	Nu este cazul.	Anual sau când este cazul.
OBIECTIV NR. 4: COMBATEREA CORUPȚIEI ÎN CADRUL SPITALULUI DE BOLI PULMONARE BREAZA							
Nr. crt.	Măsura	Indicatori de performanță	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen
1	Promovarea agendei de integritate organizațională și a obiectivelor acesteia în rândul angajaților.	Agenda de integritate organizațională aprobată.	Site-ul spitalului.	Necunoașterea agendei de integritate organizațională.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	31.10.2022
2	Promovarea Planului de integritate și a măsurilor cuprinse de acesta în rândul angajaților.	Plan de integritate aprobat.	Site-ul spitalului.	Necunoașterea Planului de integritate.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	31.10.2022

CICLUL al II-lea

3	Creșterea gradului de educație anticorupție în rândul angajaților.	1. Cunoașterea Codului de etică; 2. Participarea angajaților la cursuri având ca temă combaterea corupției în instituțiile publice.	Site-ul spitalului; 2. Adeverințe de participare la cursuri.	1. Lipsa Codului de etică; 2. Existența unui Cod de etică neadecvat; 3. Necunoașterea Codului de etică; 4. Neparticiparea la cursuri de formare profesională.	Consilier de etică.	În limita BVC aprobat.	Permanent.
4	Protecția persoanelor care sesizează presupuse incidente de integritate.	1. Număr de sesizări având ca obiect incidente de integritate din totalul sesizărilor.	Documente aprobate.	1. Neraportarea incidentelor de integritate din cauza represaliilor; 2. Neaplicarea efectivă a măsurilor de protecție.	Comitet Director.	Nu este cazul.	Permanent.
OBIECTIV NR. 5: ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PLANULUI DE INTEGRITATE AL INSTITUȚIEI							
Nr. crt.	Măsura	Indicatori de performanță	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen
1	Elaborarea Planului de integritate.	Plan elaborat.	Site-ul spitalului.	Nerespectarea dispozițiilor legale prin absența Planului de integritate.	Persoana de contact.	Nu este cazul.	30.06.2022

CICLUL al II-lea

2	Distribuirea și promovarea Planului de integritate.	Plan distribuit și afișat.	Site-ul spitalului.	Nedistribuirea și necunoașterea măsurilor cuprinse în Planul de integritate.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	15.08.2022
3	Implementarea Planului de integritate.	Plan implementat.	Documente aprobate.	Neimplementarea Planului de integritate.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	În limita BVC aprobat.	31.03.2025
OBIECTIV NR. 6: AUTOEVALUAREA ANUALĂ ȘI RAPORTAREA CĂTRE M.S. ȘI M.J. A GRADULUI DE IMPLEMENTARE A MĂSURILOR PREVENTIVE ENUMERATE ÎN ANEXA NR. 3 LA H.G. NR. 1269/2021							
Nr. crt.	Măsura	Indicatori de performanță	Surse de verificare	Riscuri	Responsabil	Resurse	Termen
1	Autoevaluare anuală prin întocmirea Raportului anual privind stadiul implementării Planului de integritate.	Raport anual întocmit.	Documente aprobate.	1. Lipsa Raportului anual privind stadiul de implementare a Planului de integritate; 2. Neimplementarea Planului de integritate.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	Anual.



CONSILIUL LOCAL BREAZA
SPITALUL DE BOLI PULMONARE BREAZA

Oras Breaza Str. Miron Căpănu Nr. 42-46 Jud. Prahova
Cod fiscal 2843469 Cont RO 271REZ 52221F332100XXXX Trezoreria Min. Campina
E-mail: contact@spital-breaza.ro tel: 0244/340419 fax: 0244/341464 Web: www.spital-breaza.ro



unitate afiliată în
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al II-lea

Raportarea către M.S. și M.J. a implementării măsurilor din anexa nr. 3 la HG nr. 1269/2021.	Raportări trimise.	Documente aprobate.	1. Lipsa raportărilor anuale privind implementarea măsurilor din anexa nr. 3 la HG nr. 1269/2021; 2. Neraportarea anuală către M.S. și M.J. a raportărilor anuale privind implementarea măsurilor din anexa nr. 3 la HG nr. 1269/2021.	Coordonatorul implementării Planului de integritate.	Nu este cazul.	Anual.
2						

MANAGER

ec. Colonia ILIE



Compartiment juridic

LEGAL HOSPITAL

UDAŢEANU

Sebastian

CONSILIER JURIDIC

300-1072

PRAHOVA