



**CONSILIUL JUDEȚEAN ALBA**  
**SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ALBA IULIA**  
ALBA IULIA, Bd.Revoluției 1989, nr.23,  
Jud. Alba, cod 510007, cod fiscal 4613342  
Telefon 0258-820825, Fax 0258-835729  
Operator de date cu caracter personal nr. 14839  
[www.spitalalba.ro](http://www.spitalalba.ro)



## **DECIZIA NR.286/29.06.2022**

Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia prin reprezentantul sau legal ec.Mârza Simona Diana în calitate de manager conform Contractului de management nr.14828/23.07.2018 încheiat cu Consiliul Județean Alba;

Având în vedere adoptarea de către Guvernul României a Strategiei naționale anticorupție 2021-2025 și a documentelor aferente acesteia, aprobate prin Hotărârea nr. 1269/2021 și Declarația managerului Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia privind asumarea agendei de integritate organizațională în coordonatele Strategiei naționale anticorupție 2021-2025;

În baza Regulamentului de organizare și funcționare a Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia,

### **DECIDE**

**Art.1** Se aprobă Planul de integritate al Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia pentru perioada 2021 - 2025, conform Anexei.

**Art.2** Se desemnează Grupul de lucru responsabil cu punerea în aplicare a măsurilor incluse în Planul de integritate la nivelul Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia, în următoarea componență:

**Coordonator al implementării Planului de integritate**

- Dr.Crainic Silviu Dan - director medical

**Responsabili cu punerea în aplicare a măsurilor incluse în Planul de integritate**

- Ec.Gordiță Carmen Maria - director financiar contabil
- Onețiu Monica - director de îngrijiri
- Ispas Pascaru Pag Lucia Mihaela - șef serviciu MCSS
- Jr.Pop Cristina Elena - consilier juridic IA
- Jr.Mureșan Alina - consilier juridic IA

**Art.3** Grupul de lucru responsabil cu punerea în aplicare a măsurilor incluse în Planul de integritate are în principal, următoarele atribuții:

- a) colectează datele necesare elaborării listei privind principalele atribuții ale instituției și colectează datele specifice metodologiei SNA 2021- 2025;
- b) identifică vulnerabilitățile și riscurile de corupție specifice instituției, precum și a celor privind dezvoltarea și implementarea standardelor de control intern managerial
- c) evaluează/reevaluează atribuțiile vulnerabile la corupție
- d) elaborează raportul de evaluare/reevaluare a riscurilor și vulnerabilităților la corupție și a măsurilor de remediere aferente



- e) elaboreaza/revizuieste planul de integritate in functie de masurile identificate ca remedii pentru riscurile de coruptie si vulnerabilitatile institutionale
- f) implementarea masurilor anticoruptie prevazute in Planul de integritate, in contextul SNA 2021- 2025, ce tin de competenta exclusiva a institutiei
- g) informeaza personalul institutiei cu privire la Strategia Nationala Anticoruptie 2021-2025, promovarea eticii si integritatii
- h) initiaza incheierea unor protocoale de colaborare cu institutiile abilitate in domeniul anticoruptie pentru implementarea SNA 2021-2025
- i) adopta masurile necesare pentru evitarea situatiilor de conflict de interese si incompatibilitati, precum si pentru considerarea interesului public mai presus de orice alt interes, in acord cu respectarea principiului transparentei procesului decizional si accesului neingradit la informatiile de interes public 2
- j) sustine si promoveaza implementarea cadrului legislativ anticoruptie ce vizeaza, in principal, prevenirea coruptiei, cresterea gradului de educatie anticoruptie, combaterea coruptiei prin masuri administrative
- k) promoveaza canalele/mecanismele de avertizare in interes public si a politicii privind protectia avertizorilor de integritate
- l) colecteaza datele si informatiile necesare monitorizarii, autoevaluarii si raportarii in contextul SNA 2021-2025
- m) elaboreaza si transmite rapoartele, documentele conexe si informatiile conform conditiilor si la termenele solicitate de Directia de Integritate
- n) autoevalueaza anual si informeaza Directia de Integritate asupra gradului de implementare a masurilor preventive obligatorii (enumerata in HG nr. 1269/17.12.2021 privind aprobarea SNA 2021-2025 si a documentelor aferente acestora)
- o) implementeaza masurile referitoare la Legea nr. 251/2004 privind bunurile primite cu titlu gratuit cu prilejul unor actiuni de protocol in exercitarea mandatului sau a functiei
- p) analizeaza si fundamenteaza masurile suplimentare anticoruptie ce pot fi implementate si le propune spre aprobare conducerii institutiei

**Art. 4** Atributiile specifice persoanelor desemnate in grupul de lucru sunt cele precizate la art.3, atributii care completeaza in mod corespunzator fișele de post ale persoanelor nominalizate la art.2.

**Art. 5** Personalul de conducere si de executie din cadrul Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia este obligat sa asigure implementarea masurilor anticoruptie, adaptate la nivelul activitatilor desfășurate.

**Art. 6** Prezenta decizie si Planul de integritate - anexă - vor fi comunicate persoanelor nominalizate la art.2 si tuturor structurilor Spitalului Județean de Urgență Alba Iulia.

**MANAGER,**  
**Ec.Mârza Simona Diana**



**Consilier juridic,**  
**Jr. Cristina Elena Pop**

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ALBA IULIA

Anexa la decizia nr. 286/29.06.2022



APROBAT,  
MANAGER,  
Ecaterina Simona Mărza  
AVIZAT,

DIRECTOR MEDICAL, PREȘEDINTELE COMISIEI DE MONITORIZARE

Dr. Silviu Dan Crainic

PLAN DE INTEGRITATE AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ALBA IULIA

Obiectiv 1: Creșterea gradului de implementare a măsurilor de integritate la nivelul instituției și a celor subordonate/ coordonate/ aflate sub autoritate, precum și a întreprinderilor publice						
Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
1.1 Adoptarea și distribuirea în cadrul instituției a declarației privind asumarea unei agende de integritate organizațională și comunicarea acesteia MDLPA	Declarația adoptată, diseminată și postată pe site-ul instituției Transmiterea declarației către MDLPA	Reticiență în semnarea/ asumarea documentului de către conducerea instituției	Document aprobat Publicare pe pagina web a instituției Bază de date MDLPA	31 martie 2022	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.2 Desemnarea coordonatorului și a unei persoane responsabile <sup>1</sup> de implementarea Strategiei Naționale Anticorupție 2021-2025	Act administrativ emis Informarea MDLPA cu privire la emiterea actului administrativ	Întârzieri în desemnarea/ actualizarea componentei grupului de lucru	Document aprobat Listă de distribuție Bază de date MDLPA	30 iunie 2022	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.3 Consultarea angajaților în procesul de elaborare a planului de integritate	Nr. de angajați consultați cu privire la elaborarea planului de integritate	Caracter formal al consultării Neapropierea/ neimplicarea angajaților	Minută Propuneri primite de la angajați	30 iunie 2022	Conducerea instituției, persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.4 Aprobarea și distribuirea în cadrul instituției a planului de integritate, precum și publicarea documentului pe site-ul instituției	Plan de integritate aprobat prin act administrativ și diseminat (e-mail, circulară, ședință etc) Nr. de angajați informați cu privire la aprobarea planului de integritate Modalitatea de informare a acestora (ex. ședință, e-mail, circulară etc) Plan de integritate publicat pe site-ul instituției	Nedistribuirea planului	Plan de integritate aprobat Minută/ circulară/ e-mail/ listă de luare la cunoștință	30 iunie 2022	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.5 Identificarea și evaluarea riscurilor și vulnerabilităților la corupție specifice instituției	Nr. de riscuri și vulnerabilități la corupție identificate și evaluate	Caracterul formal al demersului Personal instruit insuficient pentru aplicarea metodologiei	Rapoarte de evaluare a riscurilor și vulnerabilităților la corupție/Registru riscurilor de corupție	Mai 2022	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.

<sup>1</sup> Cu un nivel de lucru în funcția de dimansiunat instituției



1.6 Implementarea măsurilor de prevenire a materializării riscurilor identificate	Nr. măsuri implementate Nr. vulnerabilități remediate		Caracterul demersului Personal instruit insuficient pentru aplicarea metodologiei	Raport privind măsurile de remediere a vulnerabilităților (Anexa C)	Permanent	Grupul de lucru pentru managementul riscurilor la corupție	În funcție de măsurile de remediere identificate.
1.7 Evaluarea anuală a modului de implementare a planului și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou identificate și transmiterea către MDLPA	Grad de implementare a planului de integritate Măsuri noi introduse/ revizuite		Caracter formal al evaluării Neaplicarea/ neimplicarea angajaților	Raport de evaluare Bază de date MDLPA	Anual	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.8 Autoevaluarea periodică a gradului de implementare a măsurilor de transparență instituțională și prevenire a corupției (Anexa 3 la SNA – inventarul măsurilor)	Date și informații colectate pentru toți indicatorii cuprinși în inventar		Inexistența unui mecanism de colectare unitară a datelor	Raport de autoevaluare	Anual	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
<b>Obiectiv 2: Reducerea impactului corupției asupra cetățenilor</b>							
2.1 Organizarea de activități de informare și conștientizare a pacienților și a angajaților cu privire la drepturile pacienților privind accesul la serviciile medicale	<b>Indicatori de performanță</b> Nr. programe derulate/ activități de informare Nr. participanți Nr. module de curs derulate Feedback-ul participanților	<b>Riscuri</b> Resurse financiare insuficiente Grad scăzut de participare Caracter formal al activităților	<b>Surse de verificare</b> Rapoarte de activitate Liste de prezență	<b>Termen de realizare</b> Permanent	<b>Responsabil</b> Conducerea instituției, Coordonatorul planului de integritate	<b>Buget</b> Se va estima în funcție de numărul participanților, conținutul programului etc. (se pot utiliza resurse proprii sau finanțări nerambursabile)	
2.2 Dezvoltarea și promovarea unor instrumente prin care cetățenii (pacienți) sau aparținătorii, angajații sau colaboratorii pot semnala incidente de integritate	Nr. sesizări transmise de cetățeni Tip de canale utilizate	Nealocarea de resurse umane și financiare Acces limitat la internet și echipamente al cetățenilor din mediul rural sau în vârstă Lipsa personalului din instituție care să gestioneze sesizările primite	Note de informare Mesaje/sesizări transmise pe conturile instituției E-mailuri transmise Liste de difuzare	2025	Conducerea instituției Personalul desemnat	Se va estima în funcție de dimensiunea proiectului.	
2.3 Derularea de campanii de informare publică în scopul informării cetățenilor privind modul în care pot fi semnalate incidente de integritate	Nr. de Nr. mesaje preventive/postări publicate pe canalele instituționale de comunicare online	Nealocarea de resurse umane și financiare Acces limitat la internet și echipamente al cetățenilor din mediul rural sau în vârstă	Fișiere publicate pe Intranet Afișe Comunicate de presă	2025	Conducerea instituției Personalul desemnat	Se va estima în funcție de dimensiunea proiectului.	
2.3 Digitalizarea serviciilor care pot fi automatizate, cu scopul de a reduce probabilitatea materializării riscurilor de corupție generate de interacțiunea directă cu angajații instituției	Tipul de servicii digitalizate Nr. de utilizatori	Nealocarea resurselor necesare (bugetare și umane) Acces limitat la resurse (ex Internet)	Pagina/Portalul instituției care furnizează serviciul Rapoarte de activitate Feedback cetățeni	2025	Conducerea instituției, Personalul desemnat	Se va estima în funcție de dimensiunea proiectului.	
2.4 Reglementarea procedurilor de obținere cu celeritate/în regim de urgență a documentelor emise de instituție și asigurarea comunicării transparente a modului de lucru	Proceduri utilizate	Nealocarea resurselor necesare (bugetare și umane) Reticența la schimbare a angajaților	Lista de proceduri adoptate	31 decembrie 2022	Conducerea instituției, Coordonator implementare Plan de Integritate Personalul desemnat		

Obiectiv 3: Dezvoltarea unei culturi a transparenței pentru o guvernare deschisă la nivel local						
Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
3.1 Aplicarea standardului general de publicare a informațiilor de interes public prevăzut în Anexa 4 la SNA 2021-2025	Informații de interes public publicate conform standardului Număr de structuri care încarcă informații în website	Resursă financiară insuficientă Personal neinstruit	Pagina de internet a instituției Solicitări de informații de interes public E-mail-uri	Permanent	Conducerea instituției Compartimentul informatic/ responsabil informații de interes public	În funcție de complexitatea site-ului, se pot utiliza surse proprii sau finanțări nerambursabile.
3.2 Publicarea de seturi de date pe portalul data.gov.ro	Nr. de seturi de date publicate pe portalul data.gov.ro	Nealocarea resurselor umane și financiare. Lipsa informațiilor/cunoștințelor în domeniu Lipsa interesului pentru publicarea informațiilor în format deschis	Portalul data.gov.ro	Permanent	Conducerea instituției, persoanele desemnate	Nu este cazul.
3.3 Publicarea contractelor de achiziții publice cu o valoare mai mare de 5.000 euro și a execuției acestora, cu o actualizare trimestrială.	Număr de informații/contracte publicate Pagina de internet actualizată periodic	Întârzieri în publicarea documentelor	Secțiune realizată - Pagina de internet a instituției Documente în domeniu publicate	Permanent	Conducerea instituției, persoanele desemnate	Nu este cazul.
Obiectiv 4: Consolidarea integrității la nivelul instituției						
Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
4.1 Implicarea societății civile în monitorizare a integrității în procesul de derulare a achizițiilor publice prin utilizarea pactelor de integritate	Nr. de proceduri de achiziție publică la care s-au încheiat pacte de integritate cu reprezentanți ai societății civile	Resurse umane și financiare insuficiente Reticiența angajaților de a utiliza un astfel de instrument Nr. redus de organizații neguvernamentale care utilizează instrumentul	Rapoarte anuale de activitate Pacte de integritate încheiate	Permanent	Conducerea instituției publice Responsabil structură achiziții publice Coordonator implementare Plan de integritate	Se va estima în funcție de necesarul de resursă umană.
4.2 Introducerea în contractul de management al spitalelor publice a unor indicatori de evaluare prin care actele de corupție, incompatibilitățile, abuzurile și conflictele de interese ale personalului din subordine să fie considerate eșecuri de management	Clauza contractuală	Reticiența angajaților	Contract încheiat	Permanent	Conducerea instituției publice Coordonator implementare Plan de integritate	
4.3 Auditarea internă, o dată la doi ani, a sistemului/ măsurilor de prevenire a corupției la nivelul instituției	Nr. recomandări formulate Gradul de implementare a măsurilor preventive anticorupție	Resurse umane insuficiente Lipsa structurilor de audit intern	Rapoarte de audit Rapoarte de activitate	La 2 ani	Conducerea instituției, structura de audit intern din cadrul instituției	

Întocmit,

Compartiment juridic, Jr. Cristina Pop

Consilier de etică, Mihaela Lucia Ispas Pascaru Pag

