

PLAN DE INTEGRITATE al Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași

Obiectiv 1: Creșterea gradului de implementare a măsurilor anticorupție la nivelul Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași

Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
1.1 Adoptarea declarației de aderare la valorile fundamentale, principiile, obiectivele și mecanismul de monitorizare a SNA, diseminarea sa în cadrul instituției și comunicarea acesteia către M.S./ Președintelui C.A.	Declarația de aderare Publicarea pe site-ul spitalului	Reticență în semnarea/ asumarea documentului de către conducerea instituției	Document aprobat Publicare pe pagina web a instituției Bază de date SCJU "Sf. Spiridon" Iași	31 martie 2022	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.2 Adoptarea Agendei de integritate organizațională a Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași pentru perioada 2022 – 2025	Integrarea obiectivelor SNA 2021 – 2025 Publicarea pe site-ul spitalului	Reticență în semnarea/ asumarea Agendei de către Comitetul Director	Document aprobat Publicare pe pagina web a instituției Bază de date SCJU "Sf. Spiridon" Iași	31 martie 2022	Conducerea instituției	Nu este cazul
1.3 Desemnarea coordonatorului a grupului de lucru pentru implementarea metodologiei prevăzute de H.G. nr. 599/2018 cât și a Strategiei Naționale Anticorupție 2022 -2025	Dispoziție emisă Publicarea pe site-ul spitalului Transmiterea dispoziției către M.S./ Președintelui C.A.	Întârzieri în desemnarea/ reactualizarea componenței grupului de lucru	Document aprobat Listă de distribuție Bază de date SCJU "Sf. Spiridon" Iași	30 iunie 2022	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.4 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 Neparticiparea/ neimplicarea angajaților	Minută Propuneri primite de la angajați		Conducerea instituției, persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.5 Aprobarea și distribuția în cadrul instituției a planului de integritate, precum și publicarea documentului pe site-ul instituției	Plan de integritate aprobat 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	24.02.2023	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.6 Identificarea și evaluarea riscurilor și vulnerabilităților la corupție specifice instituției pe baza metodologiei elaborată de către SCJU "Sf. Spiridon" Iași	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	01 octombrie 2022	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.7 Implementarea măsurilor de remediere a vulnerabilităților specifice identificate	Nr. măsuri de remediere Nr. vulnerabilități remediate	Caracterul formal al demersului Personal instruit insuficient pentru aplicarea metodologiei	Raport privind măsurile de remediere a vulnerabilităților	Permanent	Grupul de lucru pentru managementul riscurilor la corupție	În funcție de măsurile de remediere identificate.
1.8 Evaluarea anuală a modului de implementare a planului și adaptarea acestuia la riscurile și vulnerabilitățile nou identificate.	Grad de implementare a planului de integritate Măsuri noi introduse/ revizuite	Caracter formal al evaluării Neparticiparea/ neimplicarea angajaților	Raport de evaluare Bază de date SCJU "Sf. Spiridon" Iași	Anual	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.9 Autoevaluarea periodică a gradului de implementare a	Date și informații colectate pentru toți indicatorii cuprinși	Inexistența unui mecanism de colectare unitară a datelor	Raport de autoevaluare	Anual	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de	Nu este cazul.

măsurilor de transparență instituțională și prevenire a corupției	în inventar				Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	
1.10 Participarea la activitățile de coordonare și monitorizare a SNA și transmiterea rezultatelor anuale către MS – Integritate și C.A.	Rapoarte anuale Nr. persoane/instituție participante la misiunile tematice de evaluare	Transmiterea de date incomplete sau cu întârziere Caracterul formal al demersului	Raport anual Minute ale întrunirilor GL-SNA Liste participanți	Anual	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.11 Postarea pe pagina de internet a instituției în secțiunea dedicată domeniului integritate în care vor fi publicate: declarația de aderare, planul de integritate, rapoartele de autoevaluare, informații, exemple de bune practici, în domeniu etc	Secțiune distinctă creată pe website Număr de materiale publicate	Întârzieri în actualizarea informațiilor Întârzieri în realizarea secțiunii/ încărcarea cu date a secțiunii cauzate de supraîncărcarea cu alte sarcini a personalului implicat Lipsa personalului specializat	Pagina web a instituției	Anual	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.12 Intensificarea activităților de implementare a sistemului de control intern/managerial	Nr. proceduri elaborate Nr. funcții sensibile inventariate (din care funcții sensibile la corupție) Gradul de conformitate a sistemului de control intern/managerial	Caracterul formal al demersului Personal insuficient instruit în acest domeniu	Programul de dezvoltare a sistemului de control intern/managerial Proceduri de lucru aprobate Funcții sensibile inventariate Registrul riscurilor Raport asupra sistemului de control intern/managerial la data de 31.12. a fiecărui an	Permanent	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.13 Elaborarea și implementarea la nivelul instituției de proceduri de sistem privind indicatorii anticorupție (Actualizarea procedurii privind declararea averilor, transparența decizională, acces la informații, date deschise, declararea cadourilor, evitarea situațiilor de conflicte de interese și a cazurilor de incompatibilități, avertizarea în interes public etc) ¹	Nr. proceduri elaborate Nr. proceduri implementate Nr. proceduri revizuite/ armonizate	Caracterul formal al demersului Întârzieri în realizarea procedurilor cauzate de supraîncărcarea cu alte sarcini a personalului implicat	Proceduri elaborate Procese verbale întâlniri Lista difuzare Rapoarte	Permanent	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.
1.14 Actualizarea permanentă și implementarea Codului de Conduită Etică și profesională la nivelul SCJU "Sf. Spiridon" Iași	Cod de conduită actualizat, diseminat și implementat Avizarea Codului de către Consiliul Etic Avizarea de către C.D. Publicarea pe site-ul spitalului în secțiunea Consiliul Etic	Caracterul formal al demersului Grad scăzut de participare/ implicare a angajaților în procesul de elaborare/ actualizare a documentului	Rapoarte elaborate Lista de luare la cunoștință a prevederilor codului de conduită Avizier instituție Pagina de internet a instituției Chestionare de evaluare a gradului de cunoaștere a prevederilor codului aplicate personalului	Permanent	Conducerea instituției Coordonatorul Planului de Integritate/ persoanele desemnate pentru implementarea SNA	Nu este cazul.

¹ Anexa 3 la Strategia Națională Anticorupție 2021 - 2025

1.15 Analizarea spețelor aduse în dezbatere inclusiv a celor carea u ca obiect abateri de la Codul de Conduită în cadrul Consiliului de Etică al SCJU ”Sf. Spiridon” Iași	Nr. ședințe ale C.E. Nr. Spețe analizate pe an Nr. Salariați ce au fost subiecți ai cauzelor deduce judecării în C.E. Nr. raportări cu privire la respectarea normelor de conduită Număr hotărâri cu caracter de recomandare în domeniu eticii și integrității emise de C.E. Număr sesizări emise de CE către organele în drept sau către Asociațiile Profesionale (Colegiul Medicilor, OAMGR, Camera Auditorilor, Colegiul Cons. Juridici, etc)	Reticența/ lipsa de informare a personalului de a se adresa C.E. Resurse financiare insuficiente pentru îndeplinirea activității și asigurarea accesului la pregătire profesională	Procedură privind activitatea C.E. Raport privind respectarea normelor de conduită Raportarea activității C.E. către DSP Iași și MS - Integritate	Permanent	Consiliului de Etică al SCJU ”Sf. Spiridon” Iași Secretarul C.E.	Nu este cazul.
1.16 Implementarea, la nivelul instituției publice a unui sistem de avertizare (“whistle-blowing”) a iregularităților și a posibilelor fapte de corupție. Crearea unei adrese de e-mail: sub denumirea – avertizarecorupție în domeniul spitalspiridon.ro, care va fi publicată pe site spital – Secțiunea INTEGRITATE	Nr. regulamente interne armonizate cu prevederile legii Nr. de proceduri elaborate Nr. avertizări în interes public depuse Tipuri de fapte asupra cărora s-au făcut avertizări în interes public	Neînțelegerea conceptului de „avertizare în interes public” Nedeseemnarea persoanei/ structurii care să primească avertizările în interes public Neimplementarea mecanismului cu privire la protecția avertizorilor de integritate Lipsa de încredere a personalului/ cetățenilor cu privire la protejarea identității celui care semnalează nereguli	Site-ul instituției Cutie poștală Nr. alocat de tip tel-verde Adresa e-mail dedicată	Permanent	Conducerea instituției	Nu este cazul.
1.17 Recertificarea spitalului cu Standardul - ISO 37001:2017 - Sisteme de management anti-mită, în domeniul Asistență spitalicească (expiră la 31.12.2022)	Instrument privind managementul calității implementat Nr. proceduri elaborate/revizuite în domeniul integrității	Lipsa resurselor financiare și umane Tardivitatea inițierii demersurilor pentru recertificare	Documentul prin care este acordată certificarea	Decembrie 2023	Conducerea instituției SMCSS Serviciul Achiziții Publice Serviciul Financiar - contabil	Funcție de finanțarea alocată cu această destinație
1.18 Completarea de către toți salariații spitalului a Declarației personale de angajament anti-mită, conform Politicii anti-mită a spitalului – implementată prin Standardul ISO 37001:2017;	Nr. declarații completate din total salariați	Reticența salariaților de a-și asuma obligațiile prestabilite prin Declarație;	Evidența cu salariații care au completat Declarația din cadrul SMCSS și RUNOS	01.04.2023	Conducerea instituției SMCSS RUNOS	Nu este cazul
1.19 Revizuirea și simplificarea procedurilor de programare telefonică/online în cazurile electivă și a serviciilor medicale oferite în regim ambulatoriu	Nr. proceduri simplificate Nr. pacienți programați online	Nealocarea resurselor necesare (bugetare și umane) Întârzieri în procesul de implementare a diferitelor soluții informatice Cunoștințe insuficiente la nivelul angajaților pentru realizarea unei astfel de măsuri	Pagina web a instituției Rapoarte de activitate	Permanent	Conducerea instituției Persoane desemnate	Nu este cazul

		Acces limitat la internet				
Obiectiv 2: Creșterea gradului de educație anticorupție a angajaților și a beneficiarilor serviciilor medicale oferite						
Măsuri	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
2.1 Organizarea/ derularea/ asigurarea participării la programe de creștere a gradului de conștientizare și a nivelului de educație anticorupție a personalului propriu: (ex: sesiuni de instruire/ întâlniri/ grupuri de lucru în domenii ca: achiziții publice, etică, consiliere etică, management financiar, resurse umane, disciplină în construcții, transparență, acces la informații de interes public, declararea averilor, conflicte de interese, incompatibilități, sistem de control intern-managerial, declararea cadourilor, pantouflage, avertizarea în interes public, IT etc)	Nr. programe derulate/ activități de formare Nr. participanți Nr. module de curs derulate Nr. certificate de participare	Resurse financiare insuficiente Grad scăzut de participare	Rapoarte de activitate Liste de prezență Certificate de participare/ absolvire	Permanent	Conducerea instituției, coordonatorul planului de integritate	Funcție de finanțarea alocată cu această destinație
2.2 Asigurarea diseminării de informații privind riscurile și consecințele faptelor de corupție sau a incidentelor de integritate. Punerea la dispoziția angajaților a unor îndrumare legislative, ghiduri și culegeri de spețe, în domeniul conflictelor de interese/ incompatibilităților și faptelor de corupție săvârșite de persoane din administrația publică	Nr. de angajați care au fost informați Nr. informări transmise Nr. ghiduri/ broșuri/ pliante transmise spre informare către structurile spitalului	Tratarea cu superficialitate a activității de diseminare a informațiilor Întârzieri cauzate de supraîncărcarea cu alte sarcini a structurilor responsabile Accesul limitat la culegeri de spețe, ghiduri etc.	Note de informare Ghiduri Broșuri Pliante E-mailuri transmise Liste de difuzare Fișiere publicate pe Intranet	Permanent	Conducerea instituției Personalul desemnat	Funcție de finanțarea alocată cu această destinație
2.3 Organizarea de campanii de informare publică/ dezbateri/ consultări/ sesiuni de informare/ conferințe de presă în vederea creșterii gradului de conștientizare și a nivelului de educație anticorupție în rândul cetățenilor, precum și cu privire la drepturile și obligațiile pe care aceștia le au în raport cu spitalul	Nr. campanii derulate Tipuri de mesaje Nr. întâlniri/ dezbateri/ consultări Nr. participanți din partea comunității locale Tipuri de subiecte abordate Nr. recomandări rezultate Nr. și tipuri măsuri adoptate	Resurse financiare insuficiente Grad scăzut de participare a cetățenilor Lipsa interesului pentru dialogul cu reprezentanții comunității locale/ cetățenii	Rapoarte de activitate Sondaje de opinie Evaluări post-campanie Site-ul instituției Platforma MS Minute Rapoarte activitate	Permanent	Conducerea instituției Coordonatorul planului de integritate	Se va estima în funcție de tipul de campanie, dimensiunea, grupul țintă etc. (se pot utiliza resurse proprii sau finanțări nerambursabile)
2.4 Evaluarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la calitatea serviciilor medicale oferite de spital și conduita cadrelor medicale/mediu-sanitar auxiliar/contractual prin sistem integrat cu ajutorul SMS-urilor	Nr. sesizări primite Tipul faptelor asupra cărora se fac sesizări Tipul recomandărilor administrative/etice dispuse Nr. sesizări la comisia de disciplină Nr. Sesizări administrate în C.E	Resurse umane și financiare insuficiente Nefuncționarea sistemului de evaluare a satisfacției prin SMS Numere de telefon insuficiente colectate de la pacienți pentru a se putea efectua studiul lunar	Site-ul instituției Registrul de sesizări Formulare Raport de activitate	Permanent	Conducerea instituției publice SMCSS Compartimentul de comunicare cu publicul	Funcție de finanțarea alocată cu această destinație

		trimestrial sau anual				
2.5 Evaluarea gradului de satisfacție a pacienților cu privire la calitatea serviciilor medicale oferite de spital și conduita cadrelor medicale/mediu-sanitar auxiliar/contractual prin platforma specifică a MS	Nr. sesizări primite Tipul recomandărilor administrative/etice dispuse Nr. sesizări la comisia de disciplină Nr. Sesizări administrate în C.E	Adresa electronica de pe site-ul spitalului care direcționează pacientul/petentul către platformă nu funcționează; Site-ul spitalului nu funcționează	Pagina web a instituției Rapoarte de activitate	Permanent	Conducerea instituției, SMCSS Secretarul C.E.	Nu este cazul
2.6 Realizarea unor proiecte/ activități având ca obiectiv prevenirea corupției, promovarea eticii, integrității și buneii guvernări în parteneriat cu societatea civilă	Nr. de proiecte/ activități derulate Nr. și gradul de implicare a reprezentanților societății civile în proiecte/ activități	Nealocarea resurselor necesare (bugetare și umane) Nivel scăzut de participare	Pagina web a instituției Rapoarte de activitate Rezultatele proiectelor/activităților	Permanent	Conducerea instituției, Coordonatorul planului de integritate	Se va estima în funcție de activitățile proiectului.
2.7 Includerea în Planul anual de formare profesională, la nivelul tuturor structurilor spitalului și pentru toate categoriile de personal, participarea la cursuri, conferințe, instruirii ce au ca obiect integritatea, etica, deontologia și conduita agreată în sistemul de stat din România. Se va transmite o adresă către toți șefii de structuri ai unității să includă în Planurile de formare profesională cursuri în domeniile enumerate mai sus.	Nr. Planuri profesionale la nivel de structură care conțin teme specifice din total planuri; Nr. salariați care au participat la cursuri/conferințe/instruiri cu teme specifice/an; Pondere participanți la cursuri din total categorie profesională ce activează la nivelul unității.	Lipsa de interes pentru acest domeniu în pregătirea profesională; Lipsa fondurilor pentru a organiza și/sau a forma profesional diferite categorii de salariați; Întocmirea Planului profesional la nivel de structură fără a conține și teme privind integritatea, etica și deontologia.	Planul anual de formare profesională la nivel de unitate.	Permanent	Conducerea instituției; Responsabilii cu întocmirea Planului anual de formare profesională de la nivelul fiecărei structuri a spitalului; Serviciul RUNOS	Se va estima funcție de planurile de formare profesională întocmite de structurile spitalului, raportat la finanțarea alocată cu această destinație.
Obiectiv 3: Dezvoltarea unei culturi a transparenței la nivelul Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași						
Măsurile	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
3.1 Asigurarea funcționalității site-ului instituției, publicarea și actualizarea periodică a informațiilor publice destinate cetățenilor	Număr de informații publicate Număr de structuri care încarcă informații în website	Cetățeni neinteresați Publicarea tardivă pe site a informațiilor de interes public	Pagina de internet a instituției Adrese E-mail-uri	Permanent	Conducerea instituției Compartimentul informatic/ Serv. Fin.-Contabilitate Serviciul Achiziții Publice	Nu este cazul.
3.2 Aducere la cunoștință publică, prin intermediul site-ului instituției, a Agendei de integritate organizațională a SCJU Sf. Spiridon Iași	Agenda de lucru publicată Număr apariții zilnice	Furnizarea cu întârziere a informațiilor cuprinse în agenda Acces limitat la internet Cetățeni neinteresați	Pagina de internet a instituției	Permanent	Conducerea instituției Responsabil desemnat pentru aplicarea Legii nr.544/2001	Nu este cazul.
3.3 Asigurarea și îmbunătățirea accesului la informații de interes public și eficientizarea activităților aferente	Numărul și tipul de informații de interes public publicate din proprie inițiativă Lista cu informațiile publice din oficiu	Furnizarea cu întârziere a informațiilor solicitate de către cetățeni Neaplicarea sancțiunilor disciplinare pentru nerespectarea obligațiilor	Pagina de internet a instituției Statistica furnizată în procesul de autoevaluare a măsurilor preventive Rapoarte de evaluare a	Permanent	Conducerea instituției Responsabil desemnat pentru aplicarea Legii nr.544/2001	Nu este cazul.

	<p>Rata de răspuns la solicitări de informații (număr de răspunsuri/ număr de solicitări)</p> <p>Număr rapoarte de evaluare a implementării Legii nr. 544/2001</p> <p>Număr rapoarte de activitate ale instituției</p> <p>Programul de audiențe pentru pacienți și potențiali pacienți</p> <p>Număr de sancțiuni dispuse pentru încălcarea obligațiilor de transparență decizională și de asigurare a accesului la informații de interes public prin publicarea acestora din oficiu</p> <p>Rata de contestare în instanță a deciziilor sau măsurilor adoptate</p> <p>Rata de implementare a recomandărilor cuprinse în rapoartele anuale</p>	<p>legale privind accesul la informații de interes public și a celor privind transparența</p>	<p>implementării Legii nr. 544/2001</p> <p>Rapoarte de activitate ale instituției publicate anual</p> <p>Raport evaluare a cadrului legislativ și instituțional privind transparența (parte a sistemului misiuni tematice din cadrul sistemului de monitorizare SNA)</p> <p>Rapoarte de audit</p> <p>Hotărâri judecătorești</p>			
3.4 Asigurarea respectării prevederilor legale în ceea ce privește Legea Nr. 176/2010 privind integritatea în exercitarea funcțiilor și demnităților publice,	<p>Număr declarații de avere completate/depuse cu întârziere</p> <p>Număr sesizări în privința integrității salariaților din spital în atenția ANI /an</p> <p>Număr declarații de avere și interese publicate pe site spital</p> <p>Numărul și tipul de sancțiuni dispuse pentru încălcarea obligațiilor prevăzute de Legea nr. 176/2010</p>	<p>Necompletarea la timp a declarațiilor de avere/interese</p> <p>Publicarea cu întârziere a declarațiilor avere/interese pe site-ul spitalului</p> <p>Publicarea declarațiilor fără anonimizarea datelor cu caracter personal</p>	<p>Pagina de internet a instituției</p> <p>Decizii ANI privind încălcarea Legii nr. 176/2010</p>	Permanent	<p>Conducerea instituției</p> <p>Responsabil desemnat pentru aplicarea Legii nr. 176/2010 desemnat prin decizie internă</p>	Nu este cazul.
3.5 Publicarea pe site-ul spitalului a activității specific desfășurate într-un an a unor foruri din cadrul spitalului (Ex. Activitatea Consiliului de Administrație, Activitatea Consiliului Medical, Activitatea Comisiilor de disciplină, Activitatea Comisiei Medicamentului).	<p>Număr de ședințe ale C.E., C.M., Com. Disciplină</p> <p>Număr sancțiuni dispuse de Comisia de Disciplină</p> <p>Nr. Recomandări emise de C.M., Comisia medicamentului către conducere</p>	<p>Lipsa cvorumului la ședințele organizate</p> <p>Lipsa de interes a membrilor pentru activitatea specifică desfășurată</p> <p>Activitățile specific din Comisii și Consilii nu se finalizează cu recomandări sau soluții la problemele</p>	Pagina de internet a instituției	Permanent	<p>Conducerea instituției</p> <p>Consiliul de Administrație</p> <p>Consiliul Medical</p> <p>Comisia de Disciplină</p> <p>Comisia Medicamentului</p> <p>Secretarii desemnați prin decizie ale Consiliilor și</p>	Nu este cazul

		dezbatute			Comisiilor Compartimentul Informatică	
3.6 Publicarea informațiilor de interes public conform standardului general din Anexa 4 și Anexa 5 ² la SNA, respectiv cu datele conținute de situația comunicată de spital anual către MS – Integritate.	Nr. de informații publicate	Nerespectarea formatului predefinit prin H.G. nr. 1269/2021 Lipsa resurselor financiare și umane	Pagina web a instituției	Permanent	Conducerea instituției, persoanele responsabile desemnate	Nu este cazul.
3.7 Comunicarea către DSP Iași și M.S. – Integritate cât și pe site-ul spitalului a activității curente a Consiliului de Etică al SCJU "Sf. Spiridon" Iași	Nr. raportări Semestriale/Anuale către cei în drept; Nr. întruniri C.E./semestru/an; Nr. participări ale reprezentantului drepturilor pacienților la ședințe din total ședințe sem./an; Nr. Avize Etică emise sem./an Nr. raportări Semestriale/Anuale publicate în secțiunea dedicată a site-ului.	Finalizarea situațiilor după termenul prestabilit de O.M.S. nr. 1502/2016 Lipsa interesului pentru publicarea informațiilor în format deschis	Pagina web a instituției	Permanent	Conducerea instituției, Consiliul de Etică Secretariatul C.E.	Nu este cazul.
3.8 Realizarea și difuzarea unui buletin informativ despre noile capacități medicale ale spitalului, urmare înființării unor noi structuri medicale în cadrul unității sau introducerea unui nou tratament în activitatea specifică a unei structuri medicale.	Număr de ediții ale buletinului informativ	Întârzieri în publicarea buletinului informativ	Pagina web a instituției Buletin informativ E-mailuri Adrese	Permanent	Conducerea instituției, persoanele responsabile desemnate	Nu este cazul.
3.9 Actualizarea "Ghidului Pacientului" și diseminarea în spațiul public prin postarea pe site-ul spitalului, transmiterea în forma publicată către toate structurile spitalului, dar și către cotidiane locale	Nr. Capicole completate/modificate din Ghid Nr. Accesări pe site spital a Ghidului; Nr. Exemplare tipărite Nr. Informări prevenție anticorupție introduse în Ghid	Nealocarea resurselor necesare; Lipsa interesului pentru actualizare/completare; Omiterea avizării în C.E. Completarea/tipărirea cu date greșite – nr. Telefon/program	Site-ul instituției Tipărire/Publicare	30.06.2023	Conducerea instituției SMCSS C.E.	Funcție de finanțarea alocată cu această destinație
3.15 Publicarea pe pagina web a instituției/ presa locală/națională – Viața Medicală a anunțurilor privind concursurile/ examenele de recrutare și de promovare	Număr de anunțuri publicate Nr. publicații în care apare anunțul	Întârzieri în publicarea documentelor	Anunțuri Adrese Pagina de internet a instituției	Permanent	Conducerea instituției Persoane desemnate	Nu este cazul. Se va calcula un buget în cazul în care publicarea se va face și în presa locală.
Obiectiv 4: Consolidarea mecanismelor de control administrativ/intern/extern						
Măsurile	Indicatori de performanță	Riscuri	Surse de verificare	Termen de realizare	Responsabil	Buget
4.1 Consolidarea autonomiei operaționale a structurilor de control intern și audit și conștientizarea factorilor de decizie de la nivelul instituțiilor implicate cu privire la rolul sistemelor de	Nr. de angajați raportat volumul de activitate Resurse materiale alocate Nr. de recomandări formulate/	Resurse umane și financiare insuficiente	Rapoarte anuale de activitate	Permanent	Conducerea instituției publice Structura audit intern SMCSS	Se va estima în funcție de necesarul de resursă umană.

control intern/managerial	implementate					
4.2 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	31.12.2023	Conducerea instituției Structura de audit intern din cadrul instituției	Nu este cazul.
4.3 Aplicarea de sancțiuni disciplinare cu caracter disuasiv pentru încălcarea standardelor etice și de conduită anticorupție la nivelul tuturor angajaților	Nr. de sesizări primite Nr. sesizări soluționate/în curs de soluționare Nr. și tipul de sancțiuni dispuse Nr. de decizii ale comisiei de disciplină anulate sau modificate în instanță Nr. de persoane care au săvârșit în mod repetat abateri	Caracter formal al activității comisiei de disciplină Pregătire/ informare insuficientă a personalului Practica adoptării celor mai ușoare sancțiuni/ nesancționării	Decizii ale comisiei de disciplină	Permanent	Conducerea instituției, comisia de disciplină	Nu este cazul.

LEGENDĂ Prescurtări utilizate:

SCJU "Sf. Spiridon" Iași - Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

R.U.N.O.S – Serviciul Resurse Umane Normare Organizare și Salarizare

A.P. – Serviciul Achiziții Publice;

J – Compartiment Juridic;

A.T.A. – Serviciul Administrativ Tehnic Aprovizionare;

S.M.C.S.S. – Compartimentul de Management al Calității în Serviciile de Sănătate;

S.P.L.I.A.A.M. – Serviciul de Prevenire și Limitare a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale;

I.T. – Biroul Tehnologia Informației al Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași ;

C.A. – Consiliul de Administrație al Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

C.D. – Comitetul Director al Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

C.E. – Consiliul Etic al Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

C.M. – Consiliul Medical Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

M.S. – Ministerul Sănătății ;

A.N.I. - Agenția Națională de Integritate.

M.S.-Integritate – Serviciul de Integritate și Politici Publice din cadrul Ministerului Sănătății;

P.M.I. – Primăria Municipiului Iași;

D.S.P. – Direcția de Sănătate a Județului Iași;

C.J.A.S/C.A.S. – Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Iași;

S.NA. – Strategia Națională Anticorupție 2021 – 2025 potrivit H.G. nr. 1269/2021

;