

**IZVJEŠTAJ O RADU
FONDA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE
ZA 2018. GODINU**

Podgorica, februar 2019. godine

UVOD

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore, shodno Zakonu o zdravstvenom osiguranju, vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Fond ima svojstvo pravnog lica, sa pravima, obavezama i odgovornostima utvrđenim Zakonom i Statutom. Ovom odredbom zakonodavac je Fondu dao određenu samostalnost i autonomiju u izvršavanju tih javnih ovlašćenja.

Organi upravljanja Fondom su Upravni odbor i direktor.

Poslovi koje obavlja Fond su sljedeći:

- ✓ Sprovodi zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom;
- ✓ Učestvuje u sprovođenju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
U vršenju ovih poslova sarađuje se sa Ministarstvom zdravlja i Vladom Crne Gore, kao i drugim organima i institucijama koje su nadležne i imaju odgovornost za obezbjeđivanje i stvaranje uslova za ostvarivanje zdravstvenog osiguranja.
- ✓ Obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine o zakonitom ostvarivanju tih prava i pruža potrebnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštitu njihovih interesa;
U okviru obavljanja ovih poslova propisuje postupke i načine ostvarivanja prava osiguranih lica u vezi ostvarivanja zdravstvene zaštite, prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, prava na putne troškove i dr. Kroz ova akta obezbjeđuje i ostvarivanje prava i zaštitu interesa osiguranih lica.
- ✓ Vodi evidenciju o ostvarenim pravima osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
Za realizaciju tih zakonskih ovlašćenja u Fondu je uspostavljena obimna evidencija o korišćenju zdravstvenih usluga i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja.
- ✓ Utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- ✓ Zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga;
- ✓ Utvrđuje kriterijume za utvrđivanje cijena zdravstvenih usluga obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene zdravstvenih usluga i način plaćanja;
- ✓ Obezbuđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;
- ✓ Donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju;
- ✓ Vršiti kontrolu izvršenja ugovora, cijena zdravstvenih usluga i kontrolu trošenja sredstava od strane davalaca zdravstvenih usluga sadržanih ugovoru o pružanju zdravstvenih usluga;
- ✓ Razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvenog osiguranja u državi;
- ✓ Sprovodi postupak javnih nabavki za potrebe zdravstvenih ustanova čiji je osnivač država;

Saglasno navedenom, Fond donosi godišnje programe rada, predlaže finansijske planove i donosi opšte akte za ostvarivanje prava osiguranih lica.

Organizacija Fonda za zdravstveno osiguranje

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore je samostalna finansijska institucija čije stručne, administrativne, pravne, ekonomske i druge poslove obavlja stručna služba.

Broj zaposlenih u Fondu dan 31.12.2018. godine je 201 službenik odnosno namještenik, od čega 119 sa visokom stručnom spremom.

Većina procesa rada u Fondu informatički je podržana.

Stručna služba Fonda za zdravstveno osiguranje organizovana je u Centrali Fonda i u 22 područne jedinice/filijale.

Organizaciona struktura:

- Sektor za zdravstveno osiguranje i pravne poslove
- Sektor za zdravstvenu zaštitu
- Sektor za kontrolu
- Sektor za ekonomske poslove za zdravstvenu djelatnost
- Sektor za javne nabavke za potrebe fonda i javnih zdravstvenih ustanova
- Sektor za informacione tehnologije i razmjenu podataka integralnog informacionog sistema zdravstva
- Odjeljenje za internu reviziju
- Služba za odnose sa javnošću
- Služba za opšte i kadrovske poslove
- Služba za finansije
- Područne jedinice/filijale Fonda

Aktivnosti Fonda za zdravstveno osiguranje u 2018. godini

U toku 2018. godine Fond za zdravstveno osiguranje je obavljao sve poslove iz svoje nadležnosti u cilju obezbjeđivanja ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz zdravstvenog osiguranja osiguranika, uz racionalno trošenje sredstava obveznika uplate doprinosa.

Sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja i način finansiranja zdravstvene zaštite u Crnoj Gori zasniva se na generacijskoj uzajamnosti i solidarnosti u prikupljanju sredstava, kao i na pravičnosti u upotrebi tih sredstava kako bi se obezbijedio jednak pristup zdravstvenim uslugama i neophodna pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem.

Iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz zdravstvenog osiguranja ostvaruje cca 633.354 osigurana lica prema Programu zdravstvene zaštite za 2018. i 2019.g.-procjena Instituta za javno zdravlje.

Shodno Strategiji zdravstvene politike u Crnoj Gori do 2020.godine, težilo se podizanju kvaliteta zdravlja građana Crne Gore i poboljšanja zdravstvenog sistema u okviru raspoloživih finansijskih sredstava.

Fond za zdravstveno osiguranje se aktivno uključio u reformske procese i sa Ministarstvom zdravlja i Institutom za javno zdravlje jedan je od nosilaca reforme u oblasti zdravstva.

Pored toga, predstavnici Fonda za zdravstveno osiguranje uključeni su u pripremu pregovora o pristupanje Crne Gore Evropskoj Uniji, kao članovi radnih grupa za:

- Pregovaračko poglavlje 1 – Sloboda kretanja roba;
- Pregovaračko poglavlje 2 – Sloboda kretanja radnika
- Pregovaračko poglavlje 5 – Javne nabavke;
- Pregovaračko poglavlje 7 – Pravo intelektualne svojine;

- Pregovaračko poglavlje 10 – Informatičko društvo i mediji;
- Pregovaračko poglavlje 18 – Statistika;
- Pregovaračko poglavlje 28 – Zaštita potrošača i zdravlja;
-

Poglavlje II - Sloboda kretanja radnika otvoreno je u decembru 2017. godine. Završno mjerilo za ovo poglavlje odnosi se na to da Crna Gora treba da pokaže da ima adekvatne strukture i administrativne kapacitete za pravilno sprovođenje pravne tekovine Evropske unije u dijelu slobode kretanja radnika.

U januaru 2018. godine otpočeo je sa realizacijom projekat "Ka EU pravilima o koordinaciji sistema socijalne sigurnosti". Planirano je da projekat traje 18 mjeseci, a jedan od korisnika ovog projekta je Fond za zdravstveno osiguranje, imajući u vidu značajne obaveze Fonda koje u okviru ovog poglavlja treba da odradi u predpristupnom periodu, a koje se osim jačanja administrativnih kapacijeta odnose i na pripremu za uvođenje Evropske kartice zdravstvenog osiguranja i omogućavanje njenog izdavanje danom ulaska u EU. Sveukupan cilj ovog projekta je da omogući efikasnu primjenu sistema socijalne sigurnosti kroz jačanje administrativnih kapaciteta crnogorskih nadležnih organa, tako da se mogu implementirati pravne tekovine na polju slobodnog kretanja radnika.

U okviru ovog projekta u toku 2018. godine realizovale su se paralelno tri ključne aktivnosti, u kojima su bili uključeni predstavnici Fonda i to:

1. Sveobuhvatna analiza uticaja slobode kretanja radnika između CG i EU država članica na crnogorski administrativni sistem socijalne sigurnosti u okviru koje će se izraditi Analitička i finansijska studija uticaja slobode kretanja radnika između CG i EU država na crnogorski administrativni sistem i Studija izvodljivosti o uticaju uvođenja evropske kartice zdravstvenog osiguranja na javne finansije;
2. Jačanje kapaciteta svih relevantnih institucija za implementaciju pravila o koordinaciji u okviru koje su predstavnici Fonda za zdravstveno osiguranje prisustvovali sledećim obukama: Opšti trening o principima koordinacije sistema socijalne sigurnosti, Opšti trening o primjenjivom zakonodavstvu, Koordinacija porodičnih davanja, roditeljskih davanja i davanja za materinjstvo, Opšti trening o zdravstvenoj zaštiti za koordinaciju sistema socijalne sigurnosti, isl.
3. Razvijanje strategije komunikacije za radnike migrante kako bi se osigurala pravovremena priprema crnogorske administracije za obavješćavanje o pravima u oblasti sistema socijalne sigurnosti i radnici migranti bili bolje informisani o tom sistemu.

• Zakonska i podzakonska regulativa

U toku 2018. godine Fond za zdravstveno osiguranje je u cilju implementacije Zakona o zdravstvenom osiguranju, donio više podzakonskih akata kojima se uređuje način i postupak ostvarivanja određenih prava iz zdravstvenog osiguranja, i to:

- Pravilnik o bližim uslovima i načinu ostvarivanju određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Sl. list CG“ br. 12/18 i 42/18.), kojim je uz pribavljenu saglasnost Ministarstva zdravlja, Fond propisao bliže uslove za ostvarivanje zdravstvene zaštite lica iz člana 19 Zakona (ostvarivanje zdravstvene zaštite u cjelosti na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja), bliže uslove, način i postupak ostvarivanja zdravstvene zaštite u inostranstvu (čl. 26 i 27 Zakona), bliži način ostvarivanja prava iz člana 47 Zakona (naknada putnih troškova u cilju ostvarivanja zdravstvene zaštite), pravo na refundaciju troškova za pružene zdravstvene usluge u privatnim zdravstvenim ustanovama koje nisu mogle biti pružene u zdravstvenim ustanovama sa kojima Fond ima zaključen ugovor o pružanju usluga, pravo na refundaciju medicinskih sredstava, lijekova i dr. ukoliko ih nije mogla obezbijediti ugovorna zdravstvena ustanova, pa ih je osigurano lice obezbijedilo sopstvenim sredstvima;

- Pravilnik o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga („Sl. list CG“ br. 42/18), kojim su utvrđeni kriterijumi za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i načina plaćanja, na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, kao i druga pitanja od značaja za utvrđivanje kriterijuma za određivanje cijena i načina plaćanja usluga;

- Pravilnik o načinu i postupku za upućivanje osiguranih lica na liječenje hiperbaričnom oksigenom oksigenom terapijom („Sl. list CG“ br. 73/18) kojim su, na osnovu prethodne saglasnosti Ministarstva zdravlja, definisane indikacije za liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom i dužina trajanja liječenja, kao i bliži postupak ostvarivanja ovog prava;

- Pravilnik o vrstama, standardima i indikacijama za medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam („Sl. list CG“ br. 57/18) kojim je, na osnovu prethodne saglasnosti Ministarstva zdravlja, definisana Lista medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, vrste, standardi i indikacije za medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam;

- Pravilnik o izmjenama i dopunama pravilnika o indikacijama i načinu korišćenja medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju („Sl. list CG“ br. 42/18) kojim je proširena Lista bolesti, povreda i stanja za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju za 12 dijagnoza, kao i prošireno pravo na medicinsku rehabilitaciju svake treće godine nakon verifikacije bolesti za osigurana lica oboljela od reumatoidnih bolesti u odnosu na do tada važeći pravilnik koji je propisivao pravo samo na jednu rehabilitaciju nakon verifikacije bolesti.

- Pravilnik o izmjenama i dopunama pravilnika o ostvarivanju prava na medicinsko-tehnička pomagala („Sl. list CG“ br. 86/18) kojim je na Listu medicinsko-tehničkih pomagala uvršćen aparat za kontinuirano mjerenje šećera u krvi koji se sastoji od uređaja-čitača za kontinuirano mjerenje koncentracije šećera u krvi i senzora za kontinuirano mjerenje koncentracije šećera u krvi za djecu od četvrte do navršene 18-te godine života.

Takođe, u skladu sa preporukom Zaštitnika ljudskih prava i sloboda građana, brisano je ograničenje u godinama života osiguranih lica koja imaju pravo na spoljnu portabilnu insulinsku pumpu, tako da sa stupanjem na snagu ovog pravilnika, sva osigurana lica oboljela od šećerne bolesti Diabetes mellitus Tip – 1, sa definisanim medicinskim indikacijama u Listi, ostvaruju pravo na spoljnu portabilnu insulinsku pumpu.

Pri izradi podzakonskih akata Fond je uspostavio saradnju sa NVO koje prate problematiku lica sa invaliditetom i sagledavao njihove zahtjeve i dio inkorporirao u donijete akte.

Zakonom o zdravstvenom osiguranju je bila propisana obaveza uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja sa 01. januarom 2019. godine. Međutim, zbog nepostojanja benefita za građane i određenih tehničkih uslova (informatizacija KCCG u jedinstveni informacioni sistem), nisu bile ispunjene pretpostavke za uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja u propisanom roku, tako da je Vlada zadužila Fond za zdravstveno osiguranje da pripremi Analizu opravdanosti uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, koja je prihvaćena.

- U toku 2018. godine donijet je određen broj odluka, cjenovnika i to: Odluka o donošenju Programa zdravstvene zaštite za 2018. i 2019. godinu; Odluka o Planu javnih nabavki Fonda za zdravstveno osiguranje za nabavku medicinskih sredstava za potrebe JZU za 2019. godinu; Odluka o izboru isporučilaca medicinsko-tehničkih pomagala, koji nijesu obuhvaćeni Odlukom o mreži zdravstvenih ustanova za 2018. godinu; Odluka o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu; Cjenovnik medicinsko tehničkih pomagala sa Liste pomagala; Cjenovnik zdravstvenih usluga akutnog bolničkog liječenja po dijagnostičko srodnim grupama (DRG); Odluka o izmjeni

Cjenovnika usluga u PZZ (za HMP); Odluka o dopuni Cjenovnika zdravstvenih usluga apotekarske djelatnosti.

- Takođe, izrađen je i određen broj instrukcija i uputstava davaocima zdravstvenih usluga i područnim filijalama Fonda, a sve u cilju dosljedne primjene zakonske i podzakonske regulative.

- **Ugovaranje pružanja zdravstvenih usluga u 2018. godini**

Shodno odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju, Fond je u toku 2018.godine zaključio ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga u cilju obezbjeđivanja utvrđenog obima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Zaključeni su ugovori – aneksi ugovora o pružanju specijalističko – konsultativne, dijagnostičke i bolničke zdravstvene zaštite sa davaocima usluga obuhvaćenih Odlukom o mreži zdravstvenih ustanova:

- sa 18 domova zdravlja, 7 opštih bolnica, 3 specijalne bolnice (SB za plućne bolesti „Dr Jovan Bulajić“ Brezovik, SB za psihijatriju Kotor i SB za ortopediju, neurohirurgiju i neurologiju "Vaso Čuković" Risan), Kliničkim centrom Crne Gore, Institutom za javno zdravlje, Zavodom za hitnu medicinsku pomoć i Zavodom za transfuziju krvi Crne Gore;
- sa Opštom bolnicom Meljine zaključen je ugovor o pružanju zdravstvenih usluga iz oblasti opšte hirurgije sa traumatologijom, interne medicine, ORL, ginekologije i akušerstva, usluga mamografije i usluge kolonoskopije sa uzimanjem biopsije i anestezijom u okviru skrininga kolorektalnog karcinoma, osiguranim licima sa područja opštine Herceg Novi. Takođe, ugovoreno je pružanje usluga zbog liječenja hitnih stanja osiguranim licima koja se zbog privremenog boravka zateknu na području opštine Herceg Novi i pružanju usluga liječenja u hiperbaričnoj komori i usluga fizikalne medicine za kardiološku rehabilitaciju (nakon infarkta miokarda i nakon kardiohirurških operacija) svim osiguranim licima Fonda;
- sa Institutom „dr Simo Milošević“ Igalo zaključen je ugovor o pružanju usluga specijalizovane medicinske rehabilitacije;
- sa Zdravstvenom ustanovom Apoteke Crne Gore „Montefarm“ zaključen je ugovor o snabdijevanju osiguranih lica lijekovima i medicinskim sredstvima na recept;
- sa dobavljačem „Rudo Montenegro“ Podgorica zaključen je ugovor o isporuci medicinsko-tehničkih pomagala;
- sa SB „Codra“ ugovoreno je pružanje zdravstvene usluga osiguranim licima iz sledećih oblasti – djelatnosti: opšte hirurgije, vaskularne hirurgije, torakalne (grudne) hirurgije, oftalmologije, urologije, ortopedije za procedure: operacije kuka i koljena i liječenje artroze, koja obuhvata usluge prvog i kontrolnog pregleda ortopeda i usluge hiperbarične oksigene terapije (HBO), koja obuhvata prvi pregled i kontrolne preglede u toku terapije;
- sa PZU „Teslamedical“ za usluge HBO-hiperbarične-oksigene terapije;
- sa 58 privatnih apotekarskih ustanova odnosno sa 165 privatnih apoteka, zaključeni su ugovori za obezbjeđivanje i izdavanje lijekova na recept osiguranim licima Fonda.

Takođe su za 2018.godinu, shodno važećoj zakonskoj regulativi, zaključeni ugovori-aneksi ugovora sa davaocima usluga koji nijesu obuhvaćeni Odlukom o mreži

zdravstvenih ustanova. Naime, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima zdravstvenih usluga van Zdravstvene mreže za zdravstvene usluge koje ne mogu da se obezbijede u okviru ustanova koje su u Zdravstvenoj mreži. Ugovori sa davaocima zdravstvenih usluga van Zdravstvene mreže zaključuju se na period od dvije godine, na osnovu javnog poziva, uz prethodnu saglasnost Ministarstva zdravlja.

Shodno navedenim ugovorima privatne zdravstvene ustanove su pružale usluge iz oblasti:

□ Za usluge na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite - specijalističko/konsultativne i dijagnostičke usluge:

o iz oblasti interne medicine - usluge reumatologije, za osiguranike sa područja opština H.Novog, Kotor, Tivta i Budve,

o iz oblasti oftalmologije, za osigurana lica sa područja opština Podgorica, Danilovgrad, Kolašin, Bar, Ulcinj, Berane, Andrijevica, Petnjica, ambulantne usluge, prvi i ponovni pregled i određivanje dioptrije, o iz oblasti ginekologije, za usluge asistiranim reproduktivnim tehnologijama postupkom vantjelesne oplodnje,

o iz oblasti patohistologije i

o iz oblasti radiološke dijagnostike - MR.

□ Za usluge na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite – bolnička zdravstvena zaštita iz djelatnosti oftalmologije, za operacije za koje su ranije osigurana lica upućivana van Crne Gore (uglavom usluge operacijazadnjeg segmenta oka).

□ Za usluge obezbjeđivanja i isporuke medicinsko-tehničkih pomagala sa 28 isporučioaca za: očna pomagala, slušna pomagala i pomagala za omogućavanje glasnog govora, pomagala za disanje i pomagala kod šećerne bolesti.

U cilju praćenja realizacije ugovora i ostvarenja indikatora rada, Fond je tokom 2018.g. vršio kontinuirane analize o obimu, vrsti i vrijednosti pruženih usluga u zdravstvenim ustanovama iz Mreže i privatnim zdravstvenim ustanovama, sa kojima ima zaključen ugovor.

• **Ugovori za pružanje usluga stomatološke zdravstvene zaštite**

U 2018.godini, nastavljena je registracija osiguranika kod izabranih stomatologa u ambulantama koje su sklopile ugovore sa Fondom, čija je informatička podrška za registraciju osiguranika omogućena još polovinom 2012.godine.

U toku 2018. godine u ugovornom odnosu sa Fondom bilo je ukupno 175 stomatoloških ambulanti, od čega 163 izabranih stomatologa, 8 ambulanti za pružanje usluga ortodontije i 4 ambulate koje su pružale i usluge izabranog stomatologa i ortodontije.

• **Ugovori sa zdravstvenim ustanovama u Srbiji i drugim državama**

- Fond za zdravstveno osiguranje je u 2018. godini nastavio dugogodišnju ugovornu saradnju sa svim zdravstvenim ustanovama u Republici Srbiji, sa kojima ima zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga. Ugovori su obnovljeni sa Kliničkim centrom Srbije, Institutom za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Vojno medicinskom akademijom, Institutom za zdravstvenu

zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, KBC „Zvezdara“, Institutom za neonatologiju, Institutom za onkologiju i radiologiju Srbije, Univerzitetskom dječijom klinikom u Tiršovoj, Ginekološkom akušerskom klinikom „Narodni front“, Kliničkim centrom Kragujevac, Specijalnom bolnicom za liječenje bolesti štitaste žlezde „Čigota“ Zlatibor, za pružanje usluga iz djelokruga rada ovih zdravstvenih ustanova, po predlogu konzilijuma Kliničkog centra Crne Gore. Ugovorna saradnja je nastavljena i sa PZU „MB Gamma trade“ – očnom protetikom, koja takođe pruža najsavremenije metode liječenja u domenu očne protetike.

- Takođe je produžena ugovorna saradnja sa zdravstvenim ustanovama sa kojima su prvi put formalizovani ugovori u 2017. godini, i to sa: Zavodom za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju „Dr Cvetko Brajović“ Beograd, Stomatološkim fakultetom Beograd, Specijalnom bolnicom za rehabilitaciju i ortopedsku protetiku Beograd, Institutom za reumatologiju Beograd, Institutom za transfuziju krvi Beograd, Kliniku za neurologiju i psihijatriju dece i omladine Beograd, Institutom za molekularnu genetiku i genetski inženjering Beograd, Institutom za mentalno zdravlje Beograd, Institutom za onkologiju Sremska Kamenica, Kliničkim centrom Vojvodine Novi Sad.

- Novi ugovori su zaključeni sa Institutom za plućne bolesti Vojvodine, Institutom za kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica i sa Biološkim fakultetom iz Beograda – Centrom za humanu i molekularnu genetiku, na kojem se rade analize biološkog materijala naših osiguranika, koji se šalje putem DHL pošte u organizaciji Kliničkog centra Crne Gore.

- Upućivanje osiguranih lica za stanja i oboljenja koja ne mogu da se liječe ili dijagnostifikuju u zdravstvenim ustanovama Crne Gore vrši se na predlog nadležnog konzilijuma Kliničkog centra Crne Gore, u skladu sa propisanim načinom i postupkom. Ukoliko liječenje oboljenja ili dijagnostička metoda ne može da se sprovede u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije, osiguraniku se predlaže liječenje u drugim državama.

- U 2018. godini nastavljena je saradnja sa Bolnicom „Acibadem Healthcare Group“ u Istanbulu, u Turskoj. U navedenu ustanovu, u najvećem broju, upućivana su osigurana lica za dijagnostičku uslugu – PET CT, s tim da je određen broj osiguranih lica upućivan i za uslugu stereotaksične biopsije, presađivanja koštane srži, presađivanja dijela jetre i dr. U protekloj godini je nastavljena dobra poslovna saradnja sa Kliničkim centrom „Rebro“ Zagreb, uglavnom iz oblasti transplantacionih procedura za jetru, koštanu srž i predtransplantacione procedure vezane za transplantaciju bubrega, kao i za podršku transplantacijama bubrega koje se obavljaju u Kliničkom centru Crne Gore od srodnih donora, i dr.

- Nastavljena je dobra poslovna saradnja sa bolnicom „Malteser Krankenhaus St. Franziskus Hospital“ u Flensburgu, za hematoonkološke pacijente radi transplantacije koštane srži, kao i u drugim zdravstvenim ustanovama u Njemačkoj u kojima se uspješno liječe hematoonkološki pacijenti mlađeg uzrasta.

U službi Centrale Fonda koja sprovodi postupke upućivanja osiguranih lica u zdravstvene ustanove inostranih država sa kojima Fond nema zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga ili u inostranim ustanovama sa kojima je Fond zaključio ugovor, ali se upućivanje vrši na osnovu nalaza i mišljenja Komisije za liječenje u inostranstvu i na osnovu rješenja Fonda, izvršeno je upućivanje 639 osiguranih lica, od čega u bolnici Acibadem: na PET CT dijagnostiku - 283 lica, na Gamma knife proceduru – 6 lica, na IMRT zračenja – 13 lica, Syber knife – 3 lica, na razna liječenja - 40 lica, što je ukupno 345 osiguranih lica, dok je u druge države upućeno 294 osiguranih lica (Belgija, Francuska, Njemačka, Holandija, Republika Srpska, SAD, Slovenija, Velika Britanije i dr.)

Po osnovu ovih upućivanja obrađeno je ukupno 554 predmeta na ime obračuna troškova liječenja i putovanja osiguranih lica i njihovih pratilaca.

- **Aktivnosti na uvođenju DRG kao modela plaćanja akutnog bolničkog liječenja**

U skladu sa, ranije donijetom, Odlukom Vlade CG o uvođenju novog modela plaćanja akutnog bolničkog liječenja zasnovanog na Australijskoj verziji DRG sistema klasifikacije verzija 6.0, Fond za zdravstveno osiguranje kao nosilac aktivnosti na definisanju, primjeni i implementaciji novog modela plaćanja, je u toku 2018. godine nastavio sa aktivnostima na daljoj realizaciji Projekta koji je u završnoj fazi.

Radi se o vrlo značajnom strateškom projektu koji će doprinjeti većoj transparentnosti u finansiranju u skladu sa stvarnim rezultatima rada bolnica, unapređenju sistema interne kontrole troškova i pravilnije raspodjele sredstava među bolnicama, poboljšanju kvaliteta pruženih usluga i podizanju stepena motivacije bolnica za smanjenje troškova.

Na sjednicama Upravnog komiteta, koji je nosilac upravljačke strukture na Projektu, donijeto je više odluka i zaključaka vezanih za realizaciju Projekta, a održavani su i sastanci sa opštim bolnicama, SB Risan i KC CG u cilju početka primjene uvođenja DRG kao novog modela plaćanja, a što se prije svega odnosi na grupisanje bolnički liječenih pacijenata, povezivanje podataka o pacijentima s troškovima bolnice, poređenje obima rada bolnica uzimajući u obzir složenost slučajeva koje te bolnice liječe, podizanje stepena motivacije bolnica za smanjenje troškova, unapređenje sistema interne kontrole troškova i pravilnije raspodjele sredstava među bolnicama.

Redovno su praćeni podaci o ažurnosti vođenja kompletne procedure od DRG evidencije do konačne verifikacije i pokazateljima, koji su dobijeni na osnovu analize uspješno grupisanih i verifikovanih DRG evidencija u opštim bolnicama, kako bi obuhvat DRG evidencija odgovarao broju ispisanih bolesnika i kako bi se obezbjedio set podataka neophodnih za izračun vrijednosti koeficijenta odnosno utvrđivanje DRG cijena.

Opšte bolnice su od januara 2018. godine ispostavljale testne fakture po DRG modelu, paralelno sa fakturama po postojećem načinu fakturisanja. Testni period služio je za nadogradnju i otklanjanje eventualnih grešaka kod evidencija i fakturisanja po DRG modelu, kako bi se stvorile mogućnosti za potpunu implementaciju Projekta DRG od 2019.g. Naime, shodno Pravilniku o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga, kojim je definisano plaćanje akutnog bolničkog liječenja po DRG modelu, od 01.01.2019.g., KC CG, 7 opštih bolnica, SB Risan, SB Codra i stacionari domova zdravlja će početi sa ispostavljanjem DRG faktura.

- **Kontrola obračuna zarada zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama**

Sistemom uzorka, prije isplata zarada zaposlenim u javnim zdravstvenim ustanovama Fond je u 2018. godini, kao i prethodnih godina, vršio svakomjesečno kontrolu obračuna zarada iz dostavljene strukture sloga koja je propisana i usaglašena sa Ministarstvom finansija. Poseban akcenat kod kontrole dat je na kontrolu prekovremenog i dopunskog rada, u cilju smanjenja broja zaposlenih koji su obuhvaćeni prekovremenim radom i smanjenja broja časova u propisanim okvirima, a sve u cilju ograničavanja ovih izdataka.

Rezultati ove kontrole su pravilnost i jednoobraznost obračun zarada u javnim zdravstvenim ustanovama, uz poštovanje važeće pravne regulative koja definiše ovu oblast, prvenstveno Zakona o radu, Zakona o zaradama u javnom sektoru, Zakona o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, Zakona o porezu na dohodak fizičkih lica, OKU i GKU za zdravstvenu djelatnosti i drugo.

Pored toga, u sklopu neposrednih kontrola poslovanja, koje su u 2018. godini obavljene u 5 javnih zdravstvenih ustanova (JZU), izvršena je i kontrola obračuna zarada, ostalih ličnih primanja zaposlenih, kao i ugovora o djelu. Osim obračuna zarada, predmet kontrole u ovim JZU je bila i kontrola namjenskog trošenja sredstava, kontrola obračuna i isplata naknada za službena putovanja u zemlji i inostranstvu, kontrola stanja neizmirenih obaveza prikazanih u finansijskim izvještajima, kao i kontrola ostvarenje, evidencije i trošenja sopstvenih prihoda.

Takođe, na zahtjev Ministarstva zdravlja, a na osnovu podataka iz strukture sloga, koju dostavljaju JZU, izvršena je kontrola obračuna zarada, naknada zarada i ostalih ličnih primanja administrativnih radnika, po mjesecima za 2017. godinu, za zaposlene u 18 domova zdravlja, 7 opštih bolnica, 3 specijalne bolnice, Zavodu za hitnu medicinsku pomoć i Zavodu za transfuziju krvi Crne Gore. Izvještaj o kontroli sa predlogom mjera je dostavljen Ministarstvu.

- **Naknada štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja**

Na osnovu podataka koji se prikupljaju od područnih jedinica i filijala Fonda, zdravstvenih ustanova, Ministarstva unutrašnjih poslova, Uprave policije, nadležnih sudova, tužilaštava i drugih organa, u Odsjeku za pravne poslove se pokreću postupci naknade štete koja je posljedica povrede osiguranog lica usljed upotrebe motornog vozila kroz podnošenje regresnih zahtjeva osiguravajućim društvima.

Procesuiranje novih postupaka naknade štete podrazumijeva pripremne radnje, u smislu prikupljanja obavještenja i potrebne dokumentacije, upućivanje zahtjeva za dostavljanje zapisnika o uviđaju saobraćajne nezgode prema mjesno nadležnim organizacionim jedinicama Uprave policije i/ili osnovnom državnom tužilaštvu, upućivanje regresnih zahtjeva prema osiguravajućim društvima i eventualno pokretanje parničnog postupka za naknadu štete kod nadležnog suda.

Odsjek za pravne poslove Fonda je u 2018. godini pokrenuo 182 postupka naknade štete, odnosno troškova pružene zdravstvene usluge, koja je posljedica povrede osiguranog lica usljed upotrebe motornog vozila, od kojih su 132 okončana, a 50 su u toku.

Od 132 okončana postupka izvršena je uplata za njih 57 (zahtijevana vrijednost 44.047,09 eura; uplaćeno do sada ukupno 32.343,79 eura – umanjeno za doprinos osiguranika pri nastanku saobraćajne nezgode, od čega je iznos od 31.003,77 eura uplaćen u 2018. godini, a iznos od 1.340,02 eura početkom 2019. godine), dok je 75 postupaka obustavljeno iz razloga što nije bilo osnova za podnošenje regresnog zahtjeva, što je isti odbijen kao neosnovan od strane osiguravajućeg društva ili što navedeni slučaj nije od strane Uprave policije evidentiran kao saobraćajna nezgoda. U 2018. godini realizovan je i 31 postupak naknade štete pokrenut u 2017. godini od kojih je za 15 postupaka uplaćeno 19.407,93 eura, dok je 16 postupaka obustavljeno jer nije bilo osnova za naknadu štete ili što slučaj nije evidentiran kao saobraćajna nezgoda u nekoj od organizacionih jedinica Uprave policije. U toku su još 2 postupka iz 2017. godine očekivane vrijednosti naknade štete od 6.204,03 eura (upućeni regresni zahtjevi, očekuje se odluka osiguravajućeg društva).

Od 50 postupaka koja su u toku, za 8 su podnijeti regresni zahtjevi prema konkretnom osiguravajućem društvu po kojem osnovu se očekuje naknada štete u ukupnom iznosu od 17.626,06 eura, dok se za 42 postupka očekuju zapisnici o uviđaju saobraćajne nezgode, obavještenje nadležnog tužilaštva o krivici učesnika saobraćajne nezgode ili podatak od MUP-a o osiguravajućem društvu i broju polise osiguranja, pa će se po dobijanju istih izvršiti dalja procedura.

Dakle, u 2018. godini, prema internoj evidenciji, okončana su 163 postupka naknade štete i po tom osnovu prikupljena su sredstva u ukupnom iznosu od 50.411,70 eura.

- **Međunarodni sporazumi o socijalnom osiguranju**

U toku 2018. godine nastavljene su aktivnosti na uspostavljanju bilateralnih i multilateralnih sporazuma o socijalnom osiguranju, u dijelu koji uređuje ostvarivanje zdravstvene zaštite građana Crne Gore za vrijeme boravka u inostranstvu, odnosno inostranih građana u Crnoj Gori.

U primjeni bilateralnih sporazuma odvija se redovna poslovna saradnja sa fondovima za zdravstveno osiguranje odnosno kasama zdravstvenog osiguranja sa državama sa kojima Crna Gora ima zaključene sporazume o socijalnom osiguranju u obezbjeđivanju ostvarivanja prava osiguranih lica Crne Gore koja borave u inostranstvu i inostranih osiguranih lica koja borave u Crnoj Gori.

Redovno se vrše obračuni i naknade međusobnih troškova pruženih zdravstvenih usluga. Pored redovnih poslova, značajnije aktivnosti u 2018. godini su:

- učestvovanje delegacije Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore na razgovorima sa organom za vezu Slovačke Republike u vezi primjene Sporazuma između Crne Gore i Slovačke Republike o socijalnom osiguranju, zaključenju Dogovora o korišćenju Evropske kartice zdravstvenog osiguranja osiguranika Slovačke Republike za vrijeme privremenog boravka u Crnoj Gori i usaglašavanje obrasca MNE/SK 112 odnosno SK/MNE 112-Potvrda o pravu na planiranu zdravstvenu zaštitu uz saglasnost nadležnog nosioca,
- rad na primjeni Dogovora o korišćenju Evropske kartice zdravstvenog osiguranja osiguranika Slovačke Republike za vrijeme privremenog boravka u Crnoj Gori,
- učestvovanje u Projektu Evropske unije-„Projekat ka EU pravilima o koordinaciji sistema socijalne sigurnosti,

- **Jačanje sistema unutrašnje finansijske kontrole**

U proteklom periodu aktivnosti Fonda bile su usmjerene na uspostavljanje i dogradnju postojećeg sistema kontrole i uspostavljanje sistema finansijskog upravljanja i kontrole i interne revizije u skladu sa Strategijom unutrašnje finansijske kontrole u javnom sektoru u Crnoj Gori i Zakonom o sistemu unutrašnjih finansijskih kontrola u javnom sektoru.

Fond na osnovu svojih zakonskih ovlašćenja, definisanih Zakonom o zdravstvenom osiguranju, vrši kontrolu sprovođenja ugovorenih obaveza javnih zdravstvenih ustanova na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, kontrolu propisivanja i potrošnje lijekova na recept u skladu sa Listom lijekova koji se izdaju na teret sredstava Fonda, kontrolu ispunjenja ugovorenih obaveza privatnih zdravstvenih ustanova i isporučioaca medicinsko tehničkih pomagala, sa kojima Fond ima sklopljen ugovor, kontrolu sprovođenja ugovora sa privatnim stomatološkim ordinacijama i drugo.

U Fondu su za određene procese izrađena interna pravila i procedure, objedinjene u Pravilnik internih procedura, koje će koristiti rukovodioci i zaposleni kao osnovu za finansijsko upravljanje i kontrolu.

Takođe, u kontinuitetu se radi na donošenju i preispitivanju podzakonskih akata, koji bliže definišu ostvarivanje prava osiguranih lica Fonda i na preispitivanju i usaglašavanju cjenovne politike, a sve u cilju racionalnog trošenja javnih sredstava.

U skladu sa zakonom, Fond je dostavio Direktoratu za centralnu harmonizaciju u Ministarstvu finansija godišnji izvještaj za 2018. godinu o sprovođenju planiranih aktivnosti u uspostavljanju i razvoju sistema finansijskog upravljanja i kontrola.

- **Unutrašnja revizija**

Odjeljenje za unutrašnju reviziju u toku 2018. godine je obavljalo svoje aktivnosti saglasno usvojenom Strateškom planu za period 2017-2019 godine (ažuriranom za 2018) godinu i Godišnjem planu za 2018. godinu. Godišnjim planom za 2018 godinu planirane su četiri revizije, tri redovne i jedna ad hoc revizija. U 2018. godini revizijski tim je završio reviziju započetu u 2017 godini „Reviziju poslovanja područne jedinice Kotor“ kao i jednu planiranu reviziju „Reviziju procesa planiranja kapitalnog budžeta“ i jednu ad hoc reviziju „Revizija poslovanja filijale Tivat“. Planirana revizija „Revizija poslovanja područne jedinice Pljevlja“ završena je do nacrtu izvještaja za koji će konačan izvještaj biti gotov u prvom kvartalu 2019. Konačni izvještaji unutrašnje revizije za sve završene revizije dostavljeni su subjektima revizije, zajedno sa Akcionim planovima. U istim je ukupno dato šestnaest preporuka i njihovo sprovođenje je u toku.

Unutrašnja revizija je na polju profesionalnog razvoja izvršila sve aktivnosti koje su bile predviđene planom i programom stručnog osposobljavanja za 2018 godinu.

- **Eksterna revizija i nadzor**

U toku 2018. godine, u funkciji revizije završnog računa budžeta Crne Gore za 2017. godinu izvršena je revizija neizmirenih obaveza Fonda i JZU za 2017. godinu i kretanja neizmirenih obaveza u periodu 2013-2017. godina.

Revizija je izvršena dijelom u Ministarstvu finansija, a dijelom u Fondu.

Fond je, na zahtjev Ministarstva finansija -Direktorata Državnog Trezora- dostavio izjašnjenje na navode i konstatacije iz Preliminarnog izvještaja, koji je sačinila Državna revizorska institucija, koje je bilo od uticaja na izmjenu određenih konstatacija.

U konačnom izvještaju o reviziji Predloga zakona o završnom računu budžeta Crne Gore za 2017. godinu, revizori su dali poseban osvrt na neizmirene obaveze Fonda, ali bez preporuka i konstatacija koje ukazuju na nepravilnosti.

- **Analize i informacije**

1. Izvještaj o radu i poslovanju Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore za 2017. godinu;
2. Izvještaj o liječenju u zdravstvenim ustanovama van sistema zdravstva Crne Gore (bolničko liječenje, kontrola i dijagnostika) za period od 01.01. do 31.12.2017.godine;
3. Analiza realizacije ugovora zaključenih sa zdravstvenim ustanovama van Zdravstvene mreže (privatne zdravstvene ustanove) i zdravstvenim ustanovama iz Zdravstvene mreže koje nijesu u sistemu javnog zdravlja – za pružanje specijalističko-konsultativnih dijagnostičkih i bolničkih zdravstvenih usluga od 01.01. - 31.12.2017.godine;
4. Analiza ostvarivanja prava na privremenu spriječenost za rad (analiza morbiditetnog apsentizma) za period 01.01 – 31.12.2017. godine;
5. Analiza realizacije ugovora zaključenih sa isporučiocima medicinsko-tehničkih pomagala za period 01.01.2016.-31.12.2017.godine;
6. Izvještaji o realizaciji ugovora sa javnim zdravstvenim ustanovama za 2017.godinu (pojedinačni izvještaji za 18 domova zdravlja, 7 opštih bolnica i 3 specijalne bolnice kao i objedinjene izvještaje na nivou domova zdravlja i na nivou bolnica, uključujući i Klinički centar Crne Gore);
7. Ostvarenje indikatora rada na nivou 18 domova zdravlja;
8. Analiza potrošnje lijekova u opštim bolnicama, po indikatorima, koji se distribuiraju

preko ZUA CG „Montefarm“ a finansiraju iz sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za period 2014.-2017.godine;

9. Analiza potrošnje lijekova i medicinskih sredstava u zdravstvenim ustanovama Crne Gore za period tri kvartala 2017. i 2018.godine;

10. Analiza potrošnje lijekova i medicinskih sredstava u zdravstvenim ustanovama Crne Gore za period 2016-2017.godine;

11. Procjena nedostajućih sredstava i neizmirenih obaveza Fonda i JZU do kraja 2018. godine;

Najveći dio urađenih analiza i izvještaja služi kao osnov za dalje obavljanje potrebnih kontrola i poboljšanja rezultata rada.

• Javne nabavke

Na osnovu Plana javnih nabavki za 2018. godinu, a u skladu sa zakonskim propisima, Fond je centralizovano vršio nabavke medicinskih sredstava i medicinske opreme (po Planu nabavke medicinske opreme Ministarstva zdravlja Crne Gore) za potrebe više javnih zdravstvenih ustanova (JZU), nabavke goriva i energenata za potrebe JZU i nabavke za potrebe Fonda.

Po Planu javnih nabavki za 2018. godinu raspisano je 45 postupaka javnih nabavki. Od 45 raspisanih postupaka javnih nabavki po Planu javnih nabavki za 2018. godinu raspisano je 29 postupaka javnih nabavki za nabavku medicinskih sredstava za potrebe JZU, 7 za nabavku medicinske opreme za potrebe JZU, 3 postupka javnih nabavki goriva i energenata za potrebe svih JZU i Fonda i 6 postupaka javnih nabavki za potrebe Fonda.

Od ukupno 45 postupaka javnih nabavki, 42 postupka je objavljeno u formi otvorenog postupka javne nabavke, a 3 postupka u formi otvorenog postupka javne nabavke uz zaključivanje okvirnog sporazuma.

Po osnovu 39 postupaka javnih nabavki koji su realizovani (u potpunosti ili djelimično) u 2018. godini zaključeni su ugovori u ukupnoj vrijednosti od 11.606.379,72€. Jedan postupak javne nabavke koji je pokrenut 2018.godine, a nije okončan do kraja godine, biće okončan u 2019. godini. Za dva postupka javne nabavke koji su pokrenuti 2018.godine donijeta je odluka o izboru najpovoljnije ponude, a ugovori će biti zaključeni u 2019.godini.

U 2018. godini okončano je i 9 postupaka javnih nabavki koji su raspisani po Planu javnih nabavki iz 2017. godine, od kojih su, na osnovu 8 postupaka javnih nabavki zaključeni ugovori ukupne vrijednosti 2.582.386,89 €, dok je 1 postupak javnih nabavki obustavljen, iz razloga što nije dostavljena nijedna ispravna ponuda.

U 2018. godini zaključeni su i pojedinačni (godišnji) ugovori na osnovu zaključenih okvirnih sporazuma iz 2014., 2015., 2017. i 2018. godine za nabavku medicinskih sredstava iz oblasti laboratorije za potrebe javnih zdravstvenih ustanova Crne Gore u ukupnoj vrijednosti od 1.947.188,52€.

Od ukupno 54 postupka javnih nabavki koji su pokrenuti krajem 2017. i u 2018. godini, a okončani u 2018. godini, od čega 9 iz 2017.godine i 45 iz 2018.godine, 47 je realizovano u potpunosti ili djelimično, 1 će biti okončan u 2019. godini, za 2 će ugovor biti zaključen 2019.godine, a za 4 je donešena odluka o obustavljanju postupka javne nabavke.

Fond je, na osnovu navedenih postupaka javnih nabavki, zaključio 112 ugovora.

Ukupna vrijednost zaključenih ugovora u 2018. godini, po osnovu sprovedenih postupaka javnih nabavki, iznosi 16.135.955,13€, od čega 3.000.093,66€ za medicinsku opremu za potrebe JZU, 6.485.081,22€ za medicinska sredstva za potrebe JZU, 2.918.020,06€ za ulja za loženje (od čega 1.526.648,83€ po ugovoru od 11.01.2018.godine, a 1.391.371,23 po ugovoru od 27.08.2018.godine po kojem će isporuka biti vršena u 2019.godini), 1.019.151,20€ za motorna goriva, 1.947.188,52€ za okvirne sporazume iz oblasti laboratorije i 766.420,47€ za potrebe Fonda.

- **Aktivnosti na području kontrole i ograničavanja potrošnje lijekova**

- U toku 2018.godine vršena je redovna kontrola faktura apoteka ZUA CG „Montefarm“ na mjesečnom nivou koja podrazumijeva i odbijanje svakog nepravilno realizovanog lijeka dakle, neprihvatanje recepata i to: lijekovi koji nijesu na Listi, koji idu na teret sredstava Fonda; lijekovi, koji jesu na Listi lijekova, ali ne i za indikaciju koja je utvrđena Listom lijekova; lijekovi koji su fakturisani u većoj količini od propisane; lijekovi koji su van Liste lijekova realizovani po odobrenju Komisije za lijekove Fonda odnosno Komisije Ministarstva zdravlja, ali u količini ili obliku drugačijem od odobrenog i sl.

- U toku 2018.godine je nastavljena realizacija recepata u 167 privatnih apoteka, na osnovu zaključenih ugovora od 01. oktobra 2017. godine.

Kroz kontrolne mehanizme implementirane u informacioni sistem Fonda, vrši se redovna kontrola faktura na mjesečnom nivou iz privatnih apoteka koja podrazumijeva i automatsko odbijanje svakog nepravilno realizovanog lijeka odnosno neprihvatanje recepata i to: za lijekove koji nijesu na Listi, lijekove koji nijesu predmet ugovora, lijekove koji su predmet ugovora ali ne i za indikaciju koja je utvrđena Listom, lijekovi koji su predmet ugovora ali po cijeni koja je različita od ugovorene.

- U skladu sa instrukcijama Ministarstva zdravlja, nastavljena je i u 2018. godini primjena ograničenja broja kutija na mjesečnom nivou za oko 150 lijekova koji se nalaze na Listi lijekova, a isto je realizovao Sektor za kontrolu u saradnji sa IT Sektorom Fonda.

- U skladu sa Godišnjim planom redovnih kontrola za 2018. godinu, vršena su kontrole kroz IS Fonda kao i neposredna kontrola u JZU i državnim i privatnim apotekama, koje su se odnosile na propisivanje lijekova sa Osnovne liste lijekova u javnim zdravstvenim ustanovama na primarnom nivou, koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda; propisivanje i izdavanje lijekova u skladu sa važećim Pravilnikom o obrascu i sadržini recepta, kriterijumima za klasifikaciju lijekova; kontrola u KC CG koja se odnosila na primjenu lijekova sa Liste lijekova i po odobrenjima Komisije za lijekove Fonda, kontrolu primjene lijekova sa liste lijekova u 3 specijalne bolnice.

Vršena je kontrola cijena lijekova koje ZUA CG „Montefarm“ isporučuje javnim zdravstvenim ustanovama.

Kontrola cijena fakturisanih lijekova od strane privatnih zdravstvenih ustanova sa kojima Fond ima zaključen ugovor je automatska jer je cjenovnik lijekova i medicinskih sredstava informatički podržan.

- **Kontrola izvršenja ugovora kod davaoca zdravstvenih usluga**

Fond vrši kontrolu sprovođenja ugovorenih obaveza javnih zdravstvenih ustanova na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, ispunjenje ugovorenog obima pruženih usluga, ispunjenje indikatora u cilju praćenja rada davaoca zdravstvenih usluga, usaglašenost ekonomsko-finansijske dokumentacije sa medicinskom dokumentacijom, kontrolu aplikacije Izbor doktora i svih izvještaja koji su uspostavljeni u okviru medicinsko informacionog sistema (MIS-a) u PZZ i opštim bolnicama, kontrolu rada privatnih stomatoloških ordinacija, kontrolu ispostavljenih faktura, propisivanja i potrošnje lijekova na recept u skladu sa Listom lijekova koji se izdaju na teret sredstava Fonda, kontrola primjene lijekova sa Liste lijekova u zdravstvenim ustanovama, kontinuirana kontrola DRG evidencije u opštim bolnicama i KC CG.

Izvršene kontrole imaju važnu ulogu u smislu monitoringa nad procesom zdravstvene zaštite. Takođe, pored finansijskog efekta organizovane i obavljene kontrole imaju važnu ulogu u smislu ukazivanja na obavezno zakonito poslovanje zdravstvenih ustanova, kao i na praćenje

ispunjavanja ugovornih obaveza kroz obim i sadržaj pruženih, evidentiranih i fakturisanih usluga, edukativni karakter po pitanju evidencije usluga i korišćenja cjenovnika zdravstvenih usluga Fonda, a sve u cilju ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu u skladu sa definisanim zakonskim i podzakonskim aktima.

U 2018. godini vršena je kontrola ispunjenja ugovorenih obaveza privatnih zdravstvenih ustanova sa kojima Fond ima sklopljen ugovor, sa posebnim akcentom na kontrolu izvršenja ugovorenih obaveza u PZU „Codra“ i PZU „Hipokrat“.

U periodu 01.01.-31.12.2018. godine obavljeno je 307 kontrola izvršenja ugovorenih obaveza u 384 zdravstvene ustanove koje imaju ugovor sa Fondom.

Ukupan finansijski efekat obavljenih kontrola, na osnovu nađenih nepravilnosti, urađenih izvještaja o izvršenim kontrolama i izrečenih mjera je umanjeње iznosa faktura i obaveza Fonda u iznosu od 339.916,91€.

- **Izvršenje budžeta Fonda za 2018. godinu**

Budžet Fonda za zdravstveno osiguranje je realizovan kroz tri programa u ukupnom iznosu od 241.638.566,79€ i Državnom trezoru je podnijeto ukupno 21.801 zahtjev za plaćanje. Izvještaji o svim plaćanjima su redovno sedmično objavljivani na internet stranici Fonda, čime je postignuta puna transparentnost u trošenju budžetskih sredstava.

- **Objedinjena registracija i naplata doprinosa -Projekat UCG**

Uvođenjem Jedinštvene poreske prijave (JPR), shodno Zakonu o objedinjenoj registraciji stavljena je van snage prijava i odjava na zdravstveno osiguranje.

Shodno zakonu, Fond za zdravstveno osiguranje je jedan od korisnika podataka Centralnog registra koji se vodi u Poreskoj upravi.

Fond za zdravstveno osiguranje ima ustanovljenu svoju bazu osiguranika, koja se jednim dijelom sastoji od podataka o osiguranicima i obveznicima uplate doprinosa koje preuzima od Poreske uprave iz CROO, a jednim dijelom od podataka o osiguranicima za čiju je evidenciju nadležan Fond (lica koja su u pritvoru, na izdržavanju kazne zatvora, crnogorski državljani koji imaju prebivalište u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Crnoj Gori, koji nijesu osigurani po drugom osnovu, osiguranici koji su osigurani na osnovu međunarodnih sporazuma o socijalnom osiguranju, izbjegla i raseljena lica isl).

Od uspostavljanja CROO (mart 2010. godine) nije obezbijeđen automatski prenos podataka o osiguranicima i obveznicima uplate doprinosa iz Poreske uprave u bazu osiguranika i obveznika Fonda, pa se ažuriranje baze Fonda podacima koji pristižu iz Poreske uprave u proteklom periodu vršilo isključivo po pojedinačnim slučajevima i samo za one osiguranike koji su dolazili radi ovjere zdravstvenih knjižica u PJ Fonda, što je imalo za posledicu kako kašnjenje u evidencijama tako i neažurnost same baze podataka.

Iz tog razloga, kao i iz razloga što je u skladu sa zakonskom regulativom i Statutom Fonda definisano da se ostvarivanje prava osiguranih lica Fonda vrši prema mjestu prebivališta, u toku 2018. godine odrađeno je niz aktivnosti u pravcu automatizacije prenosa podataka iz Poreske uprave u bazu osiguranika Fonda, sinhronizacije sa podacima iz Centralnog registra stanovništva MUP-a u pogledu podataka o prebivalištu, na osnovu kojih će se u narednom periodu utvrđivati nadležna područna filijala. Takođe, na osnovu podataka o umrlim licima vršiće se automatska odjava sa zdravstvenog osiguranja. Realizacija ovog projekta završena je početkom 2018. godine.

Projekat objedinjene registracije i naplate poreza i doprinosa i sistema izvještavanja podrazumijeva i stvaranje evidencije i izvještavanje o izvršenim uplatama ne samo po obvezniku plaćanja poreza i doprinosa, već i za svakog osiguranika posebno. Međutim još uvijek korisnici sistema ne dobijaju podatke od Poreske uprave o uplatama, koji se odnose na njihovu djelatnost, što otežava proces rada u Fondu kod ostvarivanja prava na refundaciju naknade za bolovanje i sl.

Primjena Zakona o reprogramu poreskog potraživanja („Sl. list CG“ br. 83/16) koji je omogućio poslodavcima koji nisu redovno izmirivali poreske obaveze (uključujući i doprinose za obavezno socijalno osiguranje), odlaganje plaćanja poreskih obaveza u najviše 60 jednakih mjesečnih rata, odrazila se u postupcima refundacija naknada zarada zaposlenih po zahtjevima poslodavaca.

Obzirom da su poreski obveznici kojima je odobren reprogram poreskih potraživanja dužni da redovno plaćaju mjesečne rate saglasno rješenju Poreske uprave, kao i da u periodu na koji je zaključen reprogram poreskog potraživanja, redovno izmiruju tekuće obaveze po osnovu javnih prihoda, to je Fond zauzeo stav da se prilikom obrade zahtjeva za refundaciju naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad poslodavaca koji su obuhvaćeni reprogramom, odobrava refundacija samo za tekući period (period nakon reprograma) za koji se zahtijeva refundacija, a na osnovu uvjerenja Poreske uprave o uplaćenim doprinosima za zahtijevani period. Za period na koji se odnosi reprogram poreskog potraživanja, ne vrši se refundacija naknade zarade do konačne otplate duga po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

- **Aktivnosti Sektora za IT i razmjenu podataka u Integralnom informacionom sistemu zdravstva**

1. Isključivanje štampane verzije recepta i digitalno potpisivanje recepta

Početkom 2018. godine u sistemu zdravstva Crne Gore isključena je štampana verzija recepta odnosno u potpunosti je implementiran elektronski (digitalni) recept kroz upotrebu kvalifikovanih digitalnih certifikata.

Sektor za IT vrši stalnu koordinaciju aktivnosti izdavanja kvalifikovanih digitalnih certifikata na USB tokenu za nove doktore koji propisuju elektronske recepte i nove farmaceute koji realizuju recepte u Apotekarskoj ustanovi „Montefarm“. Nabavka navedenih certifikata nije dodatno finansijsko opterećenje zdravstvenih ustanova već je na teret sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje, što je u velikoj mjeri racionalnije od troškova koji su pratili propisivanje recepata na dosadašnji način (na papirnim štampanim obrascima). Digitalno potpisivanje elektronskih recepata realizovano je kroz namjenski softver i u sklopu privatnih apoteka koje imaju zaključene ugovore sa Fondom o izdavanju lijekova na recept osiguranim licima Fonda. Sve ovo podrazumijevalo je izgradnju novih sistema i servisne infrastrukture od kojih su najznačajniji: Implementacija Trust Point servera za enkripciju i rutiranje pri digitalnom potpisivanju recepata u PA i Podizanje redundantnih web servisa za slanje potpisanih pdf recepata i testiranje failovera preko Trust pointa.

2. eRecept – elektronski servis za osiguranike

Ukidanjem štampane verzije recepta, Fond je omogućio uvid u elektronski recept osiguranim licima. To je realizovano izradom novog elektronskog servisa eRecept, koji osiguranim licima putem mobilnih aplikacija i pametnih uređaja na platformi eZdravlje, pruža uvid u sve propisane i realizovane recepte u poslednjih 6 mjeseci.

3. Implementacija u IISZ novog koncepta Liste lijekova

Od marta 2018. godine u primjeni je nova Lista lijekova (Osnovna i Doplata). Potrebno je bilo obezbijediti informatičku podršku za primjenu nove Liste. To je podrazumijevalo nadogradnju i korekciju IS primarne zdravstvene zaštite, IS Montefarma, IS privatnih apoteka, IS Fonda, kao i svih onih servisa koji se koriste za integraciju navedenih sistema.

4. Implementacija Eservisa za privatne apoteke koje nisu u ugovornom odnosu sa FZO za uvid u propisane recepte

Nakon ukidanja štampane (papirne) verzije recepta iz zdravstvenog sistema, nametnula se potreba da se ustanovama (apotekama) koje nisu u ugovornom odnosu sa Fondom, odnosno koje ne koriste IS privatnih apoteka razvijen od strane Fonda, obezbijedi uvid u elektronski recept i mogućnost njihove štampe. To iz razloga što je zakonska obaveza da se za određene lijekove i medicinska sredstva moraju čuvati papirne kopije recepata u arhivi i predviđenim registrima ustanova. Ovo je obezbijeđeno uvođenjem novog elektronskog servisa za ustanove, na postojećoj platformi eZdravlje.

5. Migracija u IS FZO podataka iz CRS o opštini prebivališta

Kao prirodan nastavak aktivnosti na ažuriranju baze osiguranika Fonda, uslijedila je migracija podataka na osnovu informacije iz CRS (Centralni registar stanovništva) o prebivalištu, odnosno izvršena je preregistracija kod nadležnih filijala i područnih jedinica, sve na osnovu navedenog podataka. U sklopu ovih aktivnosti urađen je redizajn i objedinjavanje forme za evidenciju osiguranika u IS Fonda.

6. Laboratorijski informacioni sistem (LIS)

Krajem 2017. godine počeo je pilot projekat informatičkog povezivanja svih aparata u Domu zdravlja (DZ) Podgorica koji imaju mogućnosti povezivanja na IISZ, u cilju međusobne razmjene podataka. Paralelno sa razmjenom podataka razvijene su softverske funkcionalnosti u cilju informatičke podrške poslovnim procesima u centru za laboratorijsku dijagnostiku DZ Podgorica. LIS je uspješno implementiran u Domu zdravlja Podgorica na 10 lokacija i pri tome obučeno 42 krajnja korisnika za rad na korisničkoj aplikaciji i to 39 medicinskih tehničara i 2 doktora.

U 2018. godini, nastavljeno je sa implementacijom navedenog sistema u ostalim domovima zdravlja u Crnoj Gori uz elektronsko preuzimanje rezultata laboratorijskih analiza u IISZ. To je prije svega podrazumijevalo aktivnosti na specifikaciji opreme, konfigurisanju i instalaciji na udaljenim lokacijama, obuka zaposlenih i puštanje u rad. Pri tome, LIS je uveden i u ostalih 10 domova zdravlja koji laboratorijsku dijagnostiku vrše u okviru svoje ustanove.

7. eNalaz – elektronski servis za osiguranike

S obzirom na to da je uvođenjem LIS-a omogućeno preuzimanje rezultata laboratorijskih nalaza u IISZ, Fond je razvio novi elektronski servis za osiguranike – eNalaz. Ovaj servis osiguranicima pruža mogućnost pregleda laboratorijskih analiza putem intrneta, mobilnih aplikacija i portala eZdravlje.

8. LIS za mikrobiologiju u IZJZ

Nakon uvođenja Laboratorijskog informacionog sistema u domovima zdravlja, izvršeno je i povezivanje IS IZJZ i IS PZZ u dijelu prenosa podataka o nalazima i mikrobiološkoj dijagnostici koja se obavlja u toj ustanovi. Ova elektronska razmjena podataka između Instituta i domova zdravlja omogućila je smještanje i ovih analiza u elektronski karton pacijenta, što umnogome olakšava rad ljekarima i doprinosi kvalitetnom i adekvatnom liječenju pacijenata.

9. ISO 9001 i 27001 u Sektoru za IT (GAP analiza, definisanje politika, procedura, uputstva, Implementacija)

Kako bi poslovanje Sektora za IT, kao i Fonda u cjelini, podigli na veći nivo, a naročito u dijelu bezbjednosti podataka i informacija, Fond je preduzeo aktivnosti na uvođenju navedenih standarda u Sektor za IT sa tendencijom njihovog uvođenja u sve poslovne aktivnosti i organizacione cjeline Fonda.

S tim u vezi, uz konsultantsku pomoć eksperata iz okruženja urađena je GAP analiza ocjene usklađenosti sa zahtjevima navedenih standarda i najbolje svjetske prakse koja se primjenjuje u domenu upravljanja IT servisima (ITIL). Na osnovu GAP analize u narednoj fazi realizovane su aktivnosti vezane za implementaciju i kontrolu integrisanog sistema upravljanja kvalitetom i sigurnosti informacija u Sektoru za IT i razmjenu podataka Fonda za zdravstveno osiguranje CG. To podrazumijeva između ostalog izradu procesnog modela koji obuhvata sve procese u IT-u i životnom ciklusu informacionog sistema, te interakciju tih procesa sa ostalim procesima u Fondu, izradu nedostajuće dokumentacije neophodne za dobijanje ISO 9001:2015 i ISO 27001:2013 certifikata i davanje smjernica za njihovu implementaciju prema GAP analizi, kao i analizu primjene tehničkih kontrola definisanih u GAP analizi i Anex A ISO 27001:2013 Standarda u IS-u Fonda za zdravstvo CG. Tehničke kontrole se odnose na kontrole informacione bezbjednosti i njihovu primjenu u dijelovima informacionog sistema: fizički pristup resursima, prava pristupa mrežnim uređajima, računarima, serverima, aplikacijama, bazama podataka, bezbjednost informacija u razvoju informacionog sistema, nabavci komponenti informacionog sistema, održavanju informacionog sistema itd.

Sve navedene aktivnosti su uspješno realizovane, a početkom 2019.godine očekuje se sertifikacija Sektora za IT po navedenim standardima.

10. Uspostavljanje elektronske razmjene podataka sa Specijalnom bolnicom „Codra”

S obzirom da ova privatna zdravstvena ustanova u skladu sa propisima (Odlukom o mreži zdravstvenih ustanova) zaključuje sa Fondom ugovor o pružanju osiguranim licima Fonda značajnog seta usluga iz različitih djelatnosti, a po sličnim uslovima kao što te ugovore zaključuju ostale javne zdravstvene ustanove (opšte bolnice,...), to je bilo potrebno i ovu ustanovu informatički povezati sa IS u Fondu u dijelu razmjene podataka i preuzimanju elektronskih faktura iz ove ustanove. Ove aktivnosti su uspješno realizovane uz upotrebu WebService-a pri čemu se sve elektronske fakture mjesečno prenose u sistem Fonda, zajedno sa pratećim setom podataka u svrhu daljih analiza i kontrola od strane službi Fonda.

11. Informatička podrška radu Ljekarske i Farmaceutske komore

U 2018. godini izvršeno je i informatičko povezivanje IISZ-a sa Ljekarskom i Farmaceutskom komorom u dijelu evidencije i unosa ID brojeva (brojeva faksimila) za ljekare i farmaceute, što po posljednjim zakonskim rješenjima spada u nadležnost ovih institucija. Time su poslovni procesi ovih institucija postali dijelom Integralnog informacionog sistema zdravstva.

12. Stvaranje tehničkih preduslova za implementaciju Aplikacije za rad doktora u ZHMP kao i za evidenciju terenskog rada

Zavod za hitnu medicinsku pomoć je uradio analizu neophodnog seta podataka za unos na intervencijama na terenu i definisao izmjene na postojećoj Aplikaciji za ljekara u ambulantni, kako bi bile zadovoljene odgovarajuće potrebe za evidencijom. S tim u vezi su izvršene određene izmjene u postojećem informatičkom rješenju koje se koristi u organizacionoj jedinici Zavoda u Podgorici. Kako bi Zavod imao kompletne podatke iz svih segmenata svog rada odnosno iz svih

organizacionih cjelina, neophodno je ove izmjene i kompletnu aplikaciju implementirati u organizacionim jedinicama Zavoda u ostalim opštinama, što je u završnoj fazi implementacije. Pretpostavka za ove aktivnosti je stvaranje tehničkih uslova na svim lokacijama odnosno računarima koje će zaposleni Zavoda koristiti u svakodnevnom radu. Ove tehničke pretpostavke je u potpunosti realizovao Sektor za IT Fonda.

13. Softver za praćenje realizacije ugovora sa dobavljačima za nabavku medicinskih sredstava u Fondu za potrebe JZU

Fond za zdravstveno osiguranje putem tenderskih procedura vrši godišnju nabavku medicinskih sredstava u skladu sa iskazanim potrebama svih javnih zdravstvenih ustanova. Dakle Fond zaključuje ugovore sa dobavljačima medicinskih sredstava, sa unaprijed i kroz proceduru definisanim parametrima za svako pojedinačno sredstvo (količinama, cijenama,...). Takođe, Fond vrši i praćenje isporuka ovako nabavljenih sredstava prema zdravstvenim ustanovama, odnosno vrši praćenje realizacije ugovora sa dobavljačima u kvantitativnom i kvalitativnom smislu, a u saradnji sa javnim zdravstvenim ustanovama (JZU).

S tim u vezi, u sklopu IS Fonda razvijeno je i implementirano softversko rješenje, kao alat za efikasnije praćenje postupka prikupljanja potrebnih sredstava JZU, zatim nabavke medicinskih sredstava, kao i u djelu njihove isporuke odnosno realizacije ugovora, sa postavljenim automatskim softverskim kontrolama u pojedinim fazama ovog procesa.

14. eApoteka – elektronski servis za osiguranike

eApoteka je elektronski servis namijenjen građanima (pacijentima), razvijen u cilju pružanja informacija o dostupnosti lijekova na teritoriji Crne Gore. Putem portala i mobilnih aplikacija osiguranici dobijaju preciznu informaciju u kojim apotekama mogu podići propisanu terapiju. Pored osiguranika, informaciju o dostupnosti pojedinih lijekova dobijaju i izabrani doktori. Punu primjenu i veliki značaj ovaj servis naročito može imati u slučaju nedostatka ili nestašica određenih lijekova i medikamenata.

Kako bi ovaj servis mogao pružiti relevantne i ažurne podatke, neophodno je bilo realizovati niz tehničkih preduslova. To podrazumijeva omogućavanje svakodnevnog prenosa podataka o zalihama pojedinih lijekova iz informacionih sistema pojedinih apoteka, kako privatnih tako i javnih (AU Montefarm), u Informacioni sistem zdravstva koji se nalazi u Fondu.

15. DRG – Praćenje rada i preuzimanje podataka iz ZU (KCCG,...), dorade Gruperu, Implementacija DRG u stacionarima

U skladu sa tendencijom prelaska na novi način fakturisanja (i plaćanja) akutnog bolničkog liječenja kroz primjenu DRG modela, obezbijeđeni su tehnički uslovi za preuzimanje elektronskih faktura po DRG modelu iz Kliničkog centra Crne Gore, Specijalne bolnice „Codra“, kao i evidencije i fakturisanje iz stacionara domova zdravlja.

Korišćenjem ovih tehničkih mogućnosti stvoreni se tehnički uslovi za sveobuhvatno fakturisanje (i plaćanje) po DRG modelu u svim ustanovama sa kojima Fond za zdravstveno osiguranje ima zaključene ugovore o pružanju usluga za akutno bolničko liječenje.

16. Informatička podrška radu specijalnih bolnica Risan, Dobrota i Brezovik

Informatizacija specijalnih bolnica i njihova integracija u zdravstveni informacioni sistem bila je jedna od primarnih aktivnosti IT sektora tokom 2018. godine. Ovo je projekat od velikog značaja za zdravstveni sistem, gdje se uskoro očekuje puna implementacija, odnosno puštanje sistema u produkciju, u specijalnim bolnicama Dobrota, Risan i Brezovik.

17. Strukturirani predlog terapije od strane doktora u ambulantama

Završena je informatička podrška uvođenju novog modela struktuiranog predloga terapije od strane doktora u specijalističkim ambulantama i prenos informacije do izabranih doktora. Ova funkcionalnost je implementirana u pojedinim ambulantama Kliničkog centra, a očekuje se njena implementacija u svim ambulantama KCCG i u svim ambulantama opštih bolnica.

18. Stvaranje postavki za Data warehouse (DWH) u Fondu za potrebe izvještavanja službi Fonda

Tokom 2018.godine u IISZ-u su stvorene polazne osnove (infrastruktura i postavke) i kreiran je Data Warehouse za potrebe Fonda u svrhu sistemskih analiza i izvještavanja podataka iz zdravstvenih ustanova (po vrstama ustanova, po djelatnostima,...) i po različitim kriterijumima. Ovaj DWH je dobra osnova za dalje unapređivanje i dalju nadogradnju sa ostalim podacima (lijevovi, DRG...) i za potrebe ostalih službi kako Fonda tako i ostalih institucija u sistemu zdravstva koje imaju zakonski osnov za uvid u ove podatke.

19. Informatička podrška upućivanju na liječenje u inostranstvo

U okviru IS Fonda završena je informatička podrška postupku upućivanja osiguranih lica na liječenje van Crne Gore. To je podrazumijevalo Izradu novog modula „liječenje van Crne Gore“ – aplikacije koju koristi Centrala Fonda, tj. informatičku podršku upućivanju crnogorskih osiguranika u ustanove za države sa kojima Fond nema ugovore o pružanju zdravstvenih usluga, kao i upućivanje u ustanove sa kojima Fond ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, koji se ne upućuju na osnovu uputnice već na osnovu rješenja o upućivanju Fonda.

20. Uvođenje nacionalne kartice zdravstvenog osiguranja

Sektor za IT je u toku 2018. godine vodio kontinuirane i isrpne aktivnosti na pripremi tehničkih uslova za uvođenje elektronske kartice zdravstvenog osiguranja. Kao rezultat izrađena je detaljna tehnička specifikacija za razrađenim modelom prilagođavanja postojećeg sistema i tehničkih karakteristika kartice. Nakon Odluke Vlade Crne Gore pružena je stručna pomoć i podrška Ministarstvu javne uprave u definisanju polaznih osnova za projekat uvođenja objedinjene identifikacione kartice, koja bi bila multifunkcionalna u smislu njenog korišćenja, a koja bi između ostalog zamijenila i postojeću zdravstvenu knjižicu.

21. Izrada desktop aplikacije za provjeru rada WS za preuzimanje i realizaciju recepata u privatnim apotekama

U cilju efikasnije dijagnostike i otklanjanja problema u radu Web servisa za integraciju među podsistemima IISZ-a, razvijena je aplikacija koju koriste zaposleni u IT sektoru. Pomoću nje vrši se brza detekcija i otklanjanje problema u dijelu razmjene podataka, bez potrebe angažovanja programera i saradnika iz partnerskih firmi.

22. Specifikacija, nabavka i ugradnja backup agregata za server salu (mogućnost ručnog paljenja preko racunara, SMS notifikacija)

Jedna od najznačajnijih aktivnosti u dijelu obezbjeđivanja neprekidnog i pouzdanog rada ukupnog sistema jeste nabavka novog (za data centar redundantnog), kao i rekonstrukcija postojećeg agregata u centrali Fonda. Pored toga nadogradnja i uvođenje naprednih servisa i modula za kontrolu rada, udaljen pristup, obavještenja i upozorenja u slučaju problema i sl.

- **Kadrovski i opšti poslovi**

- U 2018. godinio odrađeno je ocjenjivanje državnih službenika odnosno namještenika za 2017. godinu, donijeta su rješenja o ocjenjivanju i izvršen je unos kroz kadrovski informacijski sistem (KIS),
- Donijet je novi Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji Fonda za zdravstveno osiguranje br. 01-7710 od 01.11.2018. godine,
- Shodno članu 149 Zakona o državnim službenicima i namještenicima, donijet je Kadrovski plan za 2018. godinu,
- U prvom kvartalu 2018. godine, preduzeto je niz aktivnosti na donošenju novog Plana integriteta, i to: upućene su ankete zaposlenim, izvršena ocjena izloženosti rizicima kroz dostavljene odgovore na ankete, upoznavanje zaposlenih sa rizicima narušavanja integriteta, plan mjera za poboljšanje integriteta, dok je u drugoj polovini godine izvršeno popunjavanje obrazaca plana, priprema konačnog izvještaja, usvajanje plana i unos Plana integriteta kroz aplikaciju za sprječavanje korupcije.
- U toku 2018. godine, službenici Fonda za zdravstveno osiguranje prisustvovali su na obukama/seminarima koji su organizovani od strane Uprave za kadrove, a neki službenici su prisustvovali na obukama, kongresima i simpozijumima koji su organizovani od strane drugih institucija.

Obuke/seminari koje su pohađali službenici Fonda, održani su na sljedeće teme:

1. Borba protiv korupcije i sprječavanje sukoba interesa u javnoj upravi,
2. Integritet u javnoj upravi i sprovođenje planova integriteta,
3. Sajber bezbjednost – izazov 21. Vijek,
4. Zabrana diskriminacije,
5. Zaštita ličnih podataka,
6. Predstavljanje projekta "Engleski jezik i profesionalne vještine u javnoj upravi Crne Gore",
7. Metodologija praćenja Zakona o upravnom postupku,
8. Od ideje do uspješno realizovanog projekta,
9. Predstavljanje novog priručnika za rad unutrašnjih revizora u javnom sektoru,
10. Evropski sud za ljudska prava,
11. Unutrašnje kontrole u javnom sektoru,
12. Priprema i izrada planova unutrašnje revizije sa osvrtom na izvještaje,
13. IT rizici i uloga unutrašnjeg revizora,
14. Program obezbjeđenja i unapređenja kvaliteta rada unutrašnje revizije,
15. Izazovi u primjeni novog Priručnika za rad unutrašnjih revizora sa posebnim naglaskom na proces obavljanja pojedinačne revizije.

• **Primjena Zakona o slobodnom pristupu informacijama**

U toku 2018. godine Fondu za zdravstveno osiguranje je dostavljen 21 zahtjev za slobodan pristup informacijama kojim je tražen pristup različitim informacijama. NVO sektor je podnio 14 zahtjeva među kojima je 9 zahtjeva podnijela Mreža za afirmaciju nevladinog sektora- MANS, 2 zahtjeva Udruženje mladih sa hendikepom Crne Gore-UMHCG, po 1 zahtjev su podnijeli Savez slijepih Crne Gore, Krug života, Institut Alternativa, Centar za građansko obrazovanje, Advokatska kancelarija »Pavličić«, 2 zahtjeva je podnijela medijska kuća TV Vijesti, dok su 3 zahtjeva podnijela fizička lica.

Po svim zahtjevima omogućen je pristup informacijama koje su bile u posjedu Fonda za zdravstveno osiguranje, s tim da su odbijeni zahtjevi koji su se odnosili na informacije kojima Fond nije raspolagao (2 zahtjeva).

- **Odnosi sa javnošću**

U periodu od 01.01.2018-31.12.2018. godine ukupno je objavljeno 1867 informacija u formi TV priloga, intervjua u elektronskim i štampanim medijima, odgovora na pitanja, gostovanja u emisijama na TV i radio stanicama, saopštenja u elektronskim i štampanim medijima od čega informacije na RTV 332, u štampanim medijima 637 i na web portalima 898 i to:

- TVCG1, TVCG2, TV Vijesti, TV Prva, TV Nova M, TV 777, TV A1, TV Pink M, TV Atlas, TV A1, TV Nikšić, Radio Slobodna Evropa, Radio CG, Radio Antena M, Radio Nikšić, Radio Budva i Radio Kotor;
- Štampani mediji: Vijesti, Dnevne novine, Dan, Pobjeda, Sloboda, Večernje novosti, Monitor, Pljevaljske novine;
- Web portali: CDM, Analitika, Portal, Vijesti, RTCG, Antena M, Standard, Pink, Dan online, PCNen, Bankar.me, Investitor.me, IN4S.

Sve informacije su date u vezi sa izvršavanjem djelatnosti Fonda, funkcionisanja i finansiranja zdravstvenog sistema, ostvarivanja prava osiguranih lica iz oblasti zdravstvene zaštite i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja i drugo.

- **Saradnja sa NVO sektorom**

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore je u NVO sektoru prepoznao partnera, koji može doprinijeti razvijanju zdravstvenog osiguranja kroz donošenje kvalitetnog pravnog okvira kojim se uređuje ostvarivanje prava „osjetljivih“ kategorija osiguranika, prije svega djece, lica sa invaliditetom i drugo.

Fond je u skladu sa jasnim strateškim ciljem u dokumentu Integracija lica sa invaliditetom u oblasti zdravstva, u CG do 2020-e, i primjene principa jednakog pristupa zdravstvenim uslugama, u cilju unapređenja zdravlja lica sa invaliditetom i njihovih porodica, aktivno uključio NVO sektor u procesu sagledavanja potreba, problema i donošenja odluka tj. donošenja kvalitetnih akata u dijelu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava zdravstvenog osiguranja. Izmjene pravilnika o pravu na medicinsku rehabilitaciju i medicinsko-tehnička pomagala tekle su uz učešće: Saveza udruženja roditelja djece i omladine sa teškoćama u razvoju „Naša inicijativa“; Udruženja paraplegičara Nišić; Udruženja mladih sa hendikepom CG; predstavnika roditelja djece sa ugrađenim kohlearnim implantom, Saveza slijepih Crne Gore, Udruženja za pomoć oboljelima od reumatskih bolesti, Udruženja multipla skleroze CG, Plavi krug. Predstavnici Fonda su aktivno učestvovali na skupovima u organizaciji NVO Udruženja multipla skleroze CG (simpozijum „Patients advocacy“) i NVO Društva za borbu protiv šećerne bolesti Plavi krug („Edukativni kamp za osobe sa dijabetesom“). Takođe, Fond je u dužem periodu aktivno uključen u izgradnji modela ugovaranja preventivnih usluga koje pružaju NVO u oblasti HIV/AIDS-a.

- **Aktivnosti Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore u vezi Akcionog planaza sprovođenje Strategije za borbu protiv korupcije**

Na osnovu člana 71 Zakona o sprječavanju korupcije, u 2018. godini donijet je novi Plan integriteta, koji je stupio na snagu 28.09.2018. godine

Isti sadrži mjere kojima se sprečavaju i otklanjaju mogućnosti za nastanak i razvoj korupcije u Fondu i obezbjeđuje povjerenje građana u rad Fonda kao organa vlasti.

U cilju donošenja novog Plana integriteta preduzeto je niz aktivnosti kao pripremnih radnji, kao što su: anketiranje zaposlenih o potencijalnim rizicima po integritet, ocjena izloženosti rizicima kroz dostavljene odgovore na ankete, analiza prethodnog Plana integriteta, analiza uporednih rješenja itd. U pravcu izrade novog Plana izvršeno je popunjavanje obrasca Plana kroz unošenje uočenih osnovnih i rezidualnih rizika po integritet Fonda, utvrđene su postojeće mjere kontrole osnovnih rizika, predloženo je niz mjera u pravcu neutralizacije rezidualnih rizika itd. Po pripremi konačnog izvještaja i usvajanju novog Plana integriteta pristupilo se i unošenju istog u aplikaciju Agencije za sprječavanje korupcije.

Novim Planom integriteta, kao odgovorne osobe, zaduženi su svi zaposleni ili generalno ili pojedinačno i za određene mjere je dat rok u kojem ih je potrebno preduzeti, dok se većina mjera preduzima kontinuirano.

Aktivnosti sa Svjetskom bankom i Međunarodnim monetarnim fondom

Svjetska Banka

U toku 2018.godine, predstavnici Fonda za zdravstveno osiguranje su imali intenzivne aktivnosti, sa predstavnicima Svjetske Banke u vezi sa Drugom garancijom zasnovanom na razvojnoj politici (PB G2), a koje su se sastojale od niza sastanaka kako samostalno, tako i sa predstavnicima Ministarstva zdravlja i pripreme i slanja brojnih podataka, izvještaja i analiza iz nadležnosti Fonda.

MMF – Ekspertska misija koja se bavila pitanjima upravljanja javnim finansijama

Tema sastanaka ove misije sa predstavnicima Fonda je bila analiza izvršenja budžeta i upravljanja gotovinskim tokovima, sa posebnim naglaskom na upravljanju, kontroli i izvještavanju o zaostalim obavezama u zdravstvenom sektoru. Tokom, a i završetkom misije, MMF smo učinili dostupnim brojne podatke, izvještaje i analize sa adekvatnim objašnjenjima i tumačenjima. Nakon sprovedene emisije eksperti MMF-a su sačinili preliminarne izvještaj, na koji su dati komentari i izjašnjenja u odnosu na date konstatacije, koji su djelomično prihvaćeni, a konačna verzija izvještaja sa preporukama je dostavljena Ministarstvu finansija u avgustu 2018. godine.

• Aktivnosti područnih jedinica/filijala na poslovima ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

- Područne jedinice/filijale Fonda, postupajući po zahtjevima osiguranih lica za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u 2018. godini obradile su ukupno 277.769 zahtjeva, po različitim osnovama za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i to: po osnovu prava na pomagala obrađeno je 52.528 zahtjeva, po osnovu prava na liječenje u zdravstvenim ustanovama u Republici Srbiji obrađeno je 3.662 zahtjeva, po osnovu prava na specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju obrađeno je 4.223 zahtjeva, po osnovu prava na lijekove koje odobrava Komisija za lijekove Fonda obrađeno je 5.532 zahtjeva, po osnovu prava

na privremenu spriječenost za rad obrađeno je 54.900 zahtjeva, po osnovu prava na troškove prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite obrađeno je 141.576 zahtjeva, po osnovu prava na refundaciju sredstava za lijekove i zdravstvene usluge obrađeno je 6.558 zahtjeva, po osnovu prava na refundaciju naknada zarada za vrijeme privremene spriječenosti za rad obrađeno je 4.808 zahtjeva poslodavaca i po osnovu zahtjeva za ostala prava obrađeno je 3.981 zahtjeva.

Pregled obrađenih zahtjeva iz prava na OZO, po područnim jedinicima - kancelarijama Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore za period od: 01.01.2018 do: 31.12.2018												
	Pravo	Pravo na pomagala	Pravo na liječenje u zdravstvenim ustanovama van sistema	Pravo na liječenje u ostalim zemljama	Pravo na rehabilitaciju	Pravo na lijekove	Pravo na privremenu spriječenost za rad	Pravo na troškove prevoza u vezi korištenja zdr.zastite	Pravo na refundaciju sredstava po osnovu ost. prava	Ostala prava	Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad	Ukupno
Područna jedinica - kancelarija	Broj reg.osig.	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	Broj predmeta	
PJ Bar	48,224	3,198	244	1	244	143	3,720	6,250	137	236	273	14,446
PJ Bijelo Polje	47,590	3,281	277		331	108	3,018	12,021	1,105	267	87	20,495
FILIJALA BUDVA	29,991	696	144		114	73	2,457	5,695	152	249	234	9,814
PJ Cetinje	17,020	2,203	86		124	38	1,142	8,852	83	40	72	12,640
FILIJALA DANILOVGRAD	17,211	1,415	101		121	46	1,927	627	84	40	111	4,472
PJ Herceg Novi	36,426	2,243	137		184	67	2,568	9,837	239	388	238	15,901
PJ Berane	30,072	3,035	144		214	59	2,006	7,655	124	133	89	13,459
FILIJALA KOLAŠIN	7,820	484	42		60	12	577	5,276	46	10	56	6,563
PJ KOTOR	24,254	788	75		105	63	1,852	4,126	51	110	120	7,290
FILIJALA MOJKOVAC	8,460	623	64		78	18	637	5,442	93	25	39	7,019
PJ Nikšić	73,664	7,322	408		492	203	5,323	20,327	1,394	441	553	36,463
FILIJALA PLAV	13,145	782	44		55	22	275	3,149	43	62	1	4,433
FILIJALA ŠAVNIK	1,837	143	8		18	4	89	1,613	27	4	4	1,910
PJ Pljevlja	30,451	2,770	138		258	74	3,136	11,906	857	299	175	19,613
PJ Rožaje	26,139	1,831	115		140	43	674	10,779	145	374	19	14,120
FILIJALA PLUŽINE	2,974	199	16		22	9	143	2,858	75	9	20	3,351
PJ Podgorica	216,983	19,368	1,404		1,414	543	22,558	3,653	1,688	1,052	2,449	54,129
FILIJALA TIVAT	17,949	550	102		74	50	1,365	6,100	66	110	204	8,621
FILIJALA ULCINJ	22,423	730	69		83	34	786	9,435	56	84	54	11,331
FILIJALA ŽABLJAK	3,481	186	15		29	17	305	2,669	35	17		3,273
FILIJALA ANDRIJEVICA	4,623	411	16		35	17	206	2,410	48	13	7	3,163
FILIJALA PETNJICA	4,464	270	13		28	1	136	896	10	18	3	1,375
MINIST. ZDRAVLJA	0					1,095						1,095
CENTRALA FONDA	0					2,793						2,793
Ukupno	685,201	52,528	3,662	1	4,223	5,532	54,900	141,576	6,558	3,981	4,808	277,769