

Rezultati rada Fonda u mandatu Seada Čirgića

Jedan od primarnih ciljeva Fonda je da osiguranik-građanin bude zadovoljan u pogledu ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja jer je zadovoljstvo naših osiguranika jedan od pokazatelja uspješnosti rada nas koji smo postavljeni da upravljamo u zdravstvenom sektoru.

Stoga smo se u obavljanju djelatnosti Fonda rukovodili prije svega poštovanjem zakona uz principe profesionalizma, javnosti rada i transparentnosti, poštovanje etičkog kodeksa i sl. U vršenju poslova svojim postupanjem nijesmo doveli u povlašćeni, odnosno neravnopravan položaj osiguranika u ostvarivanju njegovih prava. Kod donošenja i potpisivanja pojedinačnih opštih i drugih akata kao i kod izvršavanja budžeta Fonda rukovodili smo se isključivo načelom zakonitosti.

Osim što se statut i drugi opšti akti Fonda, kojima se uređuju prava i obaveze iz zdravstvenog osiguranja, objavljuju u Služenom listu CG, učinili smo da rad Fonda bude javan i transparentan na više načina i to dostupnošću podataka o radu Fonda i njegovih organa u sredstvima javnog informisanja; objavljivanjem akata i podataka o svom radu i poslovanju na internet stranici; drugim vidovima informisanja, na zahtjev fizičkih i pravnih lica u skladu sa Zakonom o slobodnom pristupu informacijama, nezavisno od toga da li se radi o nevladinom sektoru, političkim partijama, sindikatima, pojedincima; na internet stranici Fonda redovno se objavljuju podaci o izvršenim plaćanjima.

Ovakav pristup u javnosti je prepoznat, kako u elektronskim i štampanim medijima, tako i kod NVO sektora kao i kod građana.

Kao javni funkcioner na funkciji direktora Fonda, direktor je nastojao da u svom radu, javnim nastupima, intervjuima, komunikaciji i saradnji sa drugim državnim i međunarodnim institucijama, direktorima zdravstvenih ustanova, osiguranicima, zaposlenima u Fondu kao i ponašanjem izvan posla, ličnim primjerom doprinese ugledu javnih funkcionera i jačanju povjerenja u rad državnih organa.

Mandat su obilježila dva specifična događaja:

- zajedničko vršenje funkcije direktora sa opozicionim kandidatom, zbog čega su aktivnosti na unapređenju rada Fonda i prava osiguranika otpočele u punom kapacitetu tek krajem 2016.godine i
- pandemija korona virusom od marta 2020.godine, koja je pred zdravstveni sistem postavila posebne izazove.

Fokus cjelokupnih aktivnosti Fonda u mandatnom periodu bio je usmjeren na:

- Unaprijeđenje i efikasnije ostvarivanje propisanih prava i njihovo proširenje, sa posebnom pažnjom na najosjetljivije kategorije, prije svega djecu i lica sa invaliditetom, uz postavljanje sistema po principu „sredstva prate osiguranika“;
- Informatizacija i razvoj digitalizacije sistema, na dobrobit zdravstvenog sistema i osiguranika,
- Povećanje budžeta i nastojanje da se riješi dugogodišnji problem nerealnog planiranja budžeta u odnosu na realne potrebe zdravstvenog sistema, što je rezultiralo iskazivanjem neizmirenih obaveza na kraju svake budžetske godine i uporedo sa tim težnja da se promjeni način finansiranja javnih zdravstvenih ustanova.
- Unapređenju rada Fonda kroz uspostavljanje sistema zasnovanog na procedurama, unutrašnjoj kontroli procesa rada, planovima integriteta, upravnim postupcima, poboljšanju uslova rada i edukaciji zaposlenih i dr.

Mandat su obilježila dva specifična događaja:

- zajedničko vršenje funkcije direktora sa opozicionim kandidatom, zbog čega su aktivnosti na unapređenju rada Fonda i prava osiguranika otpočele „punim kapacitetom“ tek krajem 2016.godine i
- pandemija korona virusom od marta 2020.godine, koja je pred zdravstveni sistem postavila posebne izazove.

U skladu sa Master Planom sistema zdravstva do 2020.godine, donešeni su akcioni planovi za 2017., 2018., 2019. i 2020.godinu, koji su realizovani u velikoj mjeri, uz dodatne aktivnosti kada su to prilike zahtijevale. Prioriteti su bili razvoj i implementacija zdravstvenog informacionog sistema, upravljanje zdravstvenim sistemom (korišćenjem zdravstvenih informacija), bezbjedna i efikasna razmjena podataka (veća dostupnost, kontinuitet i kvalitet zdravstvene zaštite), automatizacija troškova svih postupaka i procesa (koje prate osnovne djelatnosti zdravstvene zaštite), racionalna raspodjela sredstava za ostvarivanje zdravstvene zaštite kao osnovnog prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, modeli plaćanja prema rezultatima rada i ishodima liječenja i donošenje opštih akata shodno ovlašćenjima iz Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju.

- Proširenje određenih prava iz zdravstvene zaštite i efikasnije ostvarivanje prava

Fond je u kontinuitetu obezbijevao punu podršku osiguranicima, da se kroz propisana prava, u okviru finansijski opredijeljenih sredstava u budžetu, obezbijede što adekvatnija medicinsko-tehnička pomagala, kao i druga medicinska sredstva, lijekovi, specijalizovana medicinska rehabilitacija i dr., u okviru prava iz zdravstvene zaštite, vodeći prije svega računa o najosjetljivijim

kategorijama osiguranih lica, prije svega djece, lica sa hroničnim bolestima i trajnim medicinskim stanjima, kako bi im se omogućio kvalitetniji život.

Tako je u toku mandatnog perioda donijet veći broj opštih akata od značaja za ostvarivanje prava osiguranih lica, koji se odnose na bliže uslove i način ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja; ostvarivanje prava na korišćenje specijalizovane medicinske rehabilitacije (proširena lista dijagnoza za medicinsku rehabilitaciju); ostvarivanje prava na liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom (HBO liječenje); proširena je Lista medicinsko tehničkih pomagala, donijeta je Lista medicinskih sredstava koji se ugrađuju u ljudski organizam na teret sredstava Fonda, donijeta je Lista medicinskih sredstava koja se propisuju i izdaju na teret Fonda, u cilju primjene nulte stope PDV-a.

- Prilikom sastavljanja nove Liste medicinsko-tehničkih pomagala i Liste bolesti, bolesnih stanja i posledica povreda za korišćenje medicinske rehabilitacije u specijalizovanim ustanovama, Fond se konsultovao sa nevladinim organizacijama koje se bave pitanjima vezanim za lica sa invaliditetom, kao i sa i doktorima odgovarajućih klinika Kliničkog centra Crne Gore, tako da je uvažavajući stavove medicinske struke, ocijenjeno opravdanim da se u cilju unapredjenja zdravlja osiguranih lica, pristupi proširenju prava na medicinsko tehnička pomagala i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju.

Uvažavajući zahtjeve nevladinih udruženja koja se bave problematikom lica sa invaliditetom ili lica oboljelih od rijetkih bolesti, kao i pojedinačne zahtjeve osiguranih lica, Fond je pristupao izmjenama i dopunama Liste medicinsko-tehničkih pomagala i Liste bolesti, povreda i stanja za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, kao opravdanim i poželjnim postupanjima, a u cilju unapređenja odnosno povećanja obima prava iz zdravstvene zaštite.

Lista pomagala je u 2016. i 2017. godini dopunjena novim pomagalima. Na Listu su uvrštena nova pomagala: spoljna portabilna insulinska pumpa i potrošni materijal za terapiju najprije za osigurana lica do 26 godina života i osiguranice – trudnice, kao i godinu dana nakon porođaja, a izmjenama pravilnika u 2018. godini, prošireno je pravo za sva osigurana lica sa utvrđenom medicinskim indikacijom za odobravanje ovog pomagala. Posebno je značajno to što je Listom pomagala prošireno pravo osiguranih lica oboljelih od šećerne bolesti na trakice i lancete u odnosu na godine starosti osiguranika i kroz povećanje broja ovih pomagala.

Naime, prije ovih izmjena ovo pravo bilo je propisano samo za osigurana lica do 18 godina života, dok je novim pravilnikom prošireno na sva osigurana lica koja su oboljela od šećerne bolesti i na terapiji su insulinom. Osigurano lice koje prima insulin jednom dnevno ostvaruje pravo na 25 - 30 traka i 25 -30 lanceta mjesečno. Osigurano lice koje prima insulin dva i više puta dnevno, koje je korisnik insulinske pumpe i dijete do 18 godina

ostvaruje pravo do 200 traka i do 200 lanceta mjesečno, a osigurano lice starije od 18 godina od 25 do 100 traka i od 25 do 100 lanceta mjesečno.

Prošireno je pravo na odobravanje ortopedskih uložaka za djecu do 18 godina, pravo na dvije vrste inhalatora za djecu do 18 godina sa cističnom fibrozom, aparata sa pozitivnim pritiskom sa maskom za neinvazivnu i invazivnu ventilaciju u kućnim uslovima kod teških respiratornih stanja, na Listu pomagala je uvršćen BAHA aparat za koštanu sprovodljivost zvuka i Vibrant sistem za koštanu sprovodljivost zvuka za lica do 26 godina. Poboljšano je ostvarivanje prava osiguranih lica sa ugrađenim kohlearnim implantom, tako što je na Listu uvršćen zaušni procesor kao spoljna jedinica ovog pomagala sa rokom korišćenja od 7 godina, kao i pravo na popravku zaušnog procesora u čitavom periodu korišćenja pomagala, a ne samo u garantnom roku. Osim zaušnog procesora, na Listi se nalaze i drugi pripadajući dodaci i baterije. Ovim je udovoljen zahtjev roditelja djece kojima je ugrađen kohelarni implant, čime je Fond preuzeo obavezu održavanja spoljašne jedinice implanta i obezbjeđivanja pripadajućih djelova (kabla, magneti i baterija). U dijelu očnih pomagala, uvršćene su nove vrste sočiva za djecu do 7 godina sa kraćim rokom trajanja. Utvrđeni su povoljniji uslovi za odobravanje elektromotornih i aktivnih lakih kolica, rezervni djelovi za ova kolica, kao i neke vrste ortoza za djecu. Pravilnikom je pojednostavljeno ostvarivanje prava na pomagala sa Liste pomagala tako što pomagala predlažu ljekari, umjesto konzilijuma doktora KCCG, dok određena pomagala kod trajnih stanja osiguranika (npr. vještački nos, perike, grudnjaci i dr.) samo prvi put predlaže odgovarajući specijalista, a drugi i naredni put pomagalo predlaže izabrani doktor, dok izdavanje pomagala ovjerava Fond.

Za određene vrste pomagala utvrđene Listom pomagala za osigurana lica kod kojih je zdravstveno stanje takvo da se ne može očekivati bilo kakva promjena zdravstvenog stanja „trajna stanja” (urođeni nedostatak ekstremiteta, urođeni deformiteti, stanje poslije amputacije ekstremiteta, kvadriplegija, paraplegija, cerebralna paraliza, gubitak vida i sl.) pojednostavljena je procedura ostvarivanja prava na pomagalo. Skraćeni su rokovi trajanja za korišćenje tiflehničkih pomagala (Brajeva pisaća mašina, reproduktor govora za slijepa lica i govorni softver za slijepa lica), na predlog nevladinih udruženja. Pomagala koja se nalaze na Listi pomagala, za koja Fond nema ugovornog isporučiooca, refundiraju se osiguranom licu u visini stvarnih troškova nabavke pomagala.

Izmjenama Pravilnika o ostvarivanju prava na medicinsko-tehnička pomagala u 2018. godini, na Listu je uvršćen uređaj za kontinuirano mjerenje koncentracije šećera u krvi sa 28 senzora godišnje, koji se odobrava djeci od četvrte do 18 godina života oboljeloj od šećerne bolesti (D. Mellitus tip I), u cilju komfornijeg i efikasnijeg mjerenja nivoa šećera u krvi.

Lista pomagala dopunjena je i u 2019. godini, određenim vrstama kontaktnih sočiva za djecu i povećan broj određene vrste sočina na godišnjem nivou koji se odobrava na teret

sredstava zdravstvenog osiguranja. Takođe, preciznije je definisano i prošireno pravo na fiksni ortodontski aparat na teret sredstava Fonda, dok je osiguranim licima oboljelom od cistične fibroze omogućeno pravo na još jednu vrstu električnog inhalatora sa maskom, kao i na odgovarajuće maske i potrošni materijal za ove inhalatore, koja pomagala se odobravaju i osiguranim licima starijim od 18 godina života.

- Pravilnik o indikacijama i načinu korišćenja medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju koji je donijet 2016. godine, koji definiše način i postupak ostvarivanja ovog prava, sadržao je proširenu Listu bolesti, stanja i povreda po osnovu kojih se može ostvarivati ovo pravo u odnosu na do tada važeći pravilnik. Lista bolesti, stanja i posledica povreda proširena je za dijagnoze: G 11.4 Hereditarna spastička parapareza, G 11.4 Mb Charcot-Marie-Tooth (Hereditarna oboljenja živaca), G 61.8 CIDP“ Hronična inflamatorna poliradikuloneuropatija, G 71.1 Miotonična distrofija, G 80 Paralysis cerebri infantilis (dječija cerebralna paraliza) pravo je prošireno i nakon 15 godina života svake treće godine, G 95.1 Myelopathia vascularis (stanje nakon infarkta kičmene moždine sa zaostalim neurološkim deficitom), S12, S22.0, S22.1, S32.0, S32.7, S32.4, S32.3, S32.5 Fractura vertebrae cervicalis, thoracalis, lumbalis et pelvis (prelom vratnog, grudnog ili lumbalnog pršljena i karlice) s neurološkim deficitom, dato je pravo na još jednu rehabilitaciju u odnosu na važeći pravilnik koji je propisivao samo jednu rehabilitaciju, kao pravo po dijagnozama Z95.8, Z95.9 Interpositio grafti aortae.

Izmjenama i dopunama ovog pravilnika u 2018. godini, Lista bolesti je proširena za još nekoliko dijagnoza: P 14.3 – Druge povrede ručnog nervnog spleta novorođenčeta u toku porođaja, F 82 – Specifičan poremećaj razvoja pokretljivosti, Q 05 – Rascjep stuba kičme, Q 90 – Daunov sindrom, - Q 74.3 – Urođena ukočenost više zglobova u savijenom položaju, G 37.8 – Druge označene demijelinizirajuće bolesti CNS-a (Aleksandrova bolest), E 76.2 – Druge mukopolisaharidoze (Morquio classica), M 34 – Progresivna scleroderma, C 38.0 – Zloćudni tumor srca, D 15.1 – Dobročudni tumor srca i F 84 – Cistična fibroza. Prošireno je pravo na medicinsku rehabilitaciju svake treće godine nakon verifikacije bolesti, za osigurana lica oboljela od reumatoidnih bolesti (M05.8, M06, M07.1 i M08) u odnosu na važeći pravilnik koji je definiše pravo samo na jednu rehabilitaciju nakon verifikacije bolesti, dok lica oboljela od dječje cerebralne paralize (G80) koja su starija od 15 godina umjesto svake treće godine, sada ostvaruju ovo pravo svake druge godine.

Izmjenama i dopunama ovog pravilnika u 2019. godini, na predlog ljekara Instituta za bolesti djece za dvije rijetke bolijesti: G37.8 Morbi demyelini systematis nervosa centralis specificati alii (Druge označene demijeliizirajuće bolesti CNS-a) Aleksandrova bolest i E76.2 Mucopolysaccharidosis aliae (Druge mukopolisaharidoze) Morquio classica, prošireno je pravo sa jedne na dvije rehabilitacije u svakoj kalendarskoj godini. Takođe za

dijagnozu E 84 – Fibrosis Cystica (Cistična fibroza), prošireno je pravo na korišćenje medicinske rehabilitacije za sva lica bez ograničenja u godinama života.

Od 2016. godine, djetetu do 15 godina života, odnosno djetetu do 18 godina života koje boluje od maligne bolesti, koje ima oštećenje mišića i neuromuskularne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autistične poremećaje, psihoze i epilepsiju, odobrava se pratilac za vrijeme trajanja medicinske rehabilitacije na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

I pored teškoća u finansiranju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Fond je u skladu sa svojim zakonskim ovlaštenjima permanentno unapređivao ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu osiguranih lica.

- U 2018. godini donijeti su pravilnici: Pravilnik o izmjenama i dopunama pravilnika o bližim uslovima i načinu ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i Pravilnik o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćana zdravstvenih usluga, čiji sastavni dio je Metodologija određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i Pravila DRG šifriranja.

Pravilnik o izmjenama i dopunama pravilnika o bližim uslovima i načinu ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, donijet je polazeći od zakonske obaveze Fonda za zdravstveno osiguranje da se osiguranicima obezbijedi ostvarivanje svih propisanih prava, pa i prava na zdravstvenu zaštitu koju osiguranici ostvaruju u zdravstvenim ustanovama iz Mreže zdravstvenih ustanova i u zdravstvenim ustanovama sa kojima je Fond zaključio ugovore o pružanju usluga, kao i polazeći od načela zaštite prava osiguranika. Donošenje pravilnika ima pozitivan uticaj na ostvarivanje prava osiguranih lica u smislu da će im se refundirati troškovi u stvarnom iznosu, i to: na ime medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju na recept, a osiguranici ih nisu mogli obezbijediti u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, na ime medicinskih sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, a osiguranici ih nisu obezbijedili u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj je obavljeno liječenje ili na ime pruženih zdravstvenih usluga koje po uputu izabranog doktora nisu mogli da obezbijede kod ugovornih davalaca zdravstvenih usluga. Refundacija se osiguranom licu odobrava prema stvarnim troškovima plaćene usluge, kupljenog pomagala ili medicinskog sredstva. Na ime kupljenog lijeka sa Liste lijekova, koji osigurano lice nije moglo da podigne na recept u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, refundira se iznos u visini cijene lijeka utvrđene Listom lijekova, a ukoliko u Listi lijekova nema utvrđene cijene za lijek koji se refundira, u visini maksimalne cijene lijeka koju je utvrdila Agencija za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore.

- Fond je po prvi put donio Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava na liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom, kojim su propisane medicinske indikacije za ovo

liječenje i dužina trajanja liječenja. Sastavni dio pravilnika je Lista indikacija za upućivanje osiguranih lica na HBO liječenje, kojim je obezbijeđen jednak pristup osiguranim licima za ovaj vid liječenja u propisanoj dužini liječenja.

- Takođe prvi put je donijet i Pravilnik o vrstama, standardima i indikacijama za medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam u postupcima liječenja osiguranih lica koji nije postojao u okviru pravne regulative za ostvarivanje prava. Pravilnik je donijet zbog potreba utvrđivanja obima i standarda medicinskih sredstava koja se osigurnicima ugrađuju u organizam za vrijeme operacija (tzv. implantati) Pravilnik je pripremljen uz saradnju ljekara Kliničkog centra Crne Gore i obuhvata implantante koji se ugrađuju u ljudski organizam iz svih medicinskih oblasti. Lista implantata, koja je sastavni dio pravilnika sadrži vrste, nazive implantata, materijale od kojih su izrađeni i sl.
- Fond je 2017. godine donio Pravilnik o načinu i postupku upućivanja osiguranih lica na liječenje u inostranstvu koji je definisao proceduru ostvarivanja ovog prava. Kao značajan uspjeh u ostvarivanju prava osiguranih lica jeste nesmetano obezbjeđivanje liječenja u inostranstvu na teret sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje, za osigurana lica kada se liječenje uspješno ne može sprovesti u javnim zdravstvenim ustanovama Crne Gore. U svim slučajevima gdje su ispunjene pretpostavke za upućivanje na liječenje u inostranstvo, ukupne troškove liječenja, kao i troškove putovanja osiguranika i njegovog pratioca snosi Fond za zdravstveno osiguranje.

Posebno treba istaći da su djeca stavljena kao prioritet kod predlaganja i odobravanja liječenja van Crne Gore. U dogovoru sa Institutom za bolesti djece i udruženjima roditelja djece koja boluju od najtežih bolesti ili rijetkih bolesti, omogućeno je da se predlaže liječenje u svim referentnim evropskim centrima ukoliko doktori ocijene da je moguće liječenje i izliječenje. Potpisan je ugovor za liječenje urođenih srčanih mana kod djece sa jednom od referentnih bolnica u Italiji – Poliklinici San Donato iz Milana.

Kroz proces ugovaranja zdravstvene zaštite sa inostranim ustanovama postignute su određene povoljnosti koje se ogledaju kroz ugovaranje plaćanja po završenom liječenju (ZU u Srbiji, Klinički centar Zagreb, bolnica Acibadem u Turskoj) kao i kroz sniženje cijena određenog broja zdravstvenih usluga, prijem osiguranika bez čekanja na liječenje, visokokvalitetna zdravstvena usluga i smještaj i sl.

- Informatizacija i razvoj digitalizacije sistema, na dobrobit zdravstvenog sistema i osiguranika,

U periodu 2016-2020.g Integralni informacioni sistem bilježi zasigurno najveći rast kada se uzme u obzir dinamika i uspješna realizacija brojnih projekata, u odnosu na vremenski period od 4 godine o kojem govorimo. Informatizacija zdravstvenog sistema i njegova digitalna transformacija bile su jedan od prioriteta u poslovanju Fonda. Pored održavanja i administracije sistema što je redovna obaveza, kroz stalnu inicijativu i projekte nadogradnje i proširenja Integralnog informacionog sistema zdravstva ostvareni su značajni rezultati u mnogim

segmentima zdravstvenog sistema. Ovdje govorimo o jednom od najvećih, ako ne i najvećem informacionom sistemu u državi, sa 13 informacionih podsistema, koji koristi preko 6 500 korisnika iz zdravstva, preko 300 pravnih lica/ustanova i institucija iz sistema zdravstva, sa preko 4 000 računara, kao i trenutno preko 150 000 građana. Stepenn razvoja naših sistema i digitalizacije procesa najbolje potvrđuju ostvareni rezultati, a vidljivi su kroz precizne i mjerljive podatke. Napomenućemo prije svega poslednja priznanja i nagrade sa najvećih adresa, kao što su Direktorat za informatiku Evropske komisije i ostale za platformu eZdravlje i elektronske servise u zdravstvu, koji su već premašili broj od milion izbjegnutih kontakata prilikom pružanja zdravstvenih usluga i na taj način dali ogroman doprinos očuvanju javnog zdravlja u periodu pandemije. Jačanje resursa, kako kadrovskih tako i tehničkih bila je osnovna obaveza i preduslov ovakvom razvoju u oblasti IT. Pored toga, troškovi generisani u pravcu proširenja izrade novih sistema, možemo slobodno reći da su zanemarljivi. Sve navedeno, kao i ono što slijedi u daljem tekstu, najbolji je dokaz stepena razvoja, ali i potvrđuje i sistematski pristup, planski razvoj, viziju i jasnu strategiju koju je Fond imao u proteklih 4 godine. Navodimo najznačajnije i najkompleksnije projekte koje se odnose na digitalizaciju zdravstvenog sistema:

Ažuriranje baze osiguranih lica u skladu sa bazama podataka iz CROO i CRS

Obimnom aktivnošću stvaranja neophodnih tehničkih preduslova, Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore realizovao je Projekat automatskog ažuriranja baze podataka osiguranih lica na zdravstveno osiguranje.

Jedna od prvih aktivnosti podrazumijevala je automatsko preuzimanje podataka iz Centralnog registra stanovništva (CRS), koji vodi Ministarstvo unutrašnjih poslova, prije svega podataka o umrlim licima. Naime, Ministarstvo unutrašnjih poslova je shodno Zakonu o izmjenama i dopunama zakona o centralnom registru stanovništva, preuzelo evidencije iz Centralnog registra stanovništva.

Zahvaljujući postignutoj saradnji sa nadležnim službama MUP-a, stručne službe Fonda, preuzele su podatke iz CRS-a o umrlim licima, na osnovu kojih je u bazi osiguranika Fonda izvršena odjava sa zdravstvenog osiguranja, zbog smrti, tako da su isti po automatizmu objavljeni sa evidencija izabranih doktora, na koji način je omogućena registracija novih osiguranika kod izabranih doktora, za gotovo isti broj.

Automatsko ažuriranje baze osiguranika na osnovu podataka iz Centralnog registra stanovništva vrši se po dogovorenoj dinamici, tj. jednom sedmično.

U narednom periodu nastavljeno je ažuriranje baze izbjeglih i interno raseljenih lica koja imaju pravo na zdravstvenu zaštitu na osnovu zdravstvenog kartona koji im je izdao Fond, a prema podacima dobijenim iz MUP-a o broju ovih lica koji su u postupku dobijanja statusa lica sa stalnim boravkom, a nakon toga i automatsko ažuriranje baze podataka Fonda i za ostale kategorije osiguranika i statusa osiguranja.

U skladu sa tim, osiguranici Fonda za zdravstveno osiguranje sada ostvaruju prava iz zdravstvenog osiguranja u područnim jednicama/filijalama Fonda prema opštini prebivališta. Određivanje nadležne filijale svim osiguranicima Fonda izvršeno je u skladu sa podatkom o opštini u kojoj su izabrali doktora, a za osiguranike koji nemaju izabranog doktora nadležna filijala određena je prema opštini prebivališta iz CRS-Centralnog registra stanovništva koji vodi MUP. Dakle, promjena nadležne područne jedinice/filijale se vrši isključivo prema podacima o opštini prebivališta osiguranika iz CRS-a.

- **Elektronski recept**

Još jedna od aktivnosti na poboljšanju kvaliteta usluga je isključivanje iz sistema štampane verzije recepta, odnosno da ljekari prilikom propisivanja pacijentima ne izdaju papirne obrasce (osim u specifičnim situacijama, kako je to zakonom predviđeno). Realizacija elektronskog recepta omogućena je u svim državnim i privatnim apotekama na teritoriji Crne Gore. Omogućena je štampa Izvještaja o propisanoj terapiji, koje će ljekari izdavati pacijentima na osnovu ličnog zahtjeva. To u slučajevima propisivanja većeg broja recepata (dužeg spiska propisane terapije), sa ciljem lakšeg snalaženja pacijenata prilikom realizacije recepata.

- **Implementacija laboratorijskog informacionog sistema**

Fond je sa uspjehom i do kraja realizovao sve aktivnosti na implementaciji laboratorijskog informacionog sistema na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Novi sistem implementiran je u laboratorijama svih domova zdravlja, odnosno na primarnom nivou.

Na ovaj način obezbijedena je informatička podrška laboratorijskim procedurama u svim domovima zdravlja u Crnoj Gori koji u svom sastavu vrše ovu vrstu dijagnostike. Naravno tu su prije svega osnovne prednosti koje je ovaj sistem donio za pacijente i ljekare, a to je elektronski i automatski prenos nalaza iz laboratorije do izabranog doktora, njihovo smještanje u elektronski karton pacijenta, arhiviranje, praćenje i upoređivanje određenih parametara, što sve doprinosi lakšoj, bržoj i efikasnijoj ukupnoj dijagnostici i liječenju pacijenata.

Sljedeći projekat Fonda, u cilju informatizacije laboratorija u kompletnom zdravstvenom sistemu i njihova međusobna integracija, jeste uvođenje LIS-a na sekundarnom nivou. Nakon uvođenja LIS-a i na sekundarnom nivou, ostvareni su benefiti i unaprijeđenja, u smislu umrežavanja i razmjene elektronskih nalaza i rezultata analiza među ustanovama na različitim nivoima zdravstvene zaštite - među izabranim doktorima i specijalistima, tako da neće biti ponavljanja ili dupliranja istih analiza u okviru laboratorijske dijagnostike. Takođe, nakon informatizacije laboratorija na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite može se ići sa ukidanjem štampanja laboratorijskih nalaza kada to nije neophodno, što će sve ukupno rezultirati smanjenjem troškova.

- **Ukidanje ovjere zdravstvene knjižice**

Ukidanje ovjere zdravstvene knjižice u filijalama i područnim jedinicama Fonda, je posebno izazvalo pozitivne reakcije osiguranika. Naime, nadogradnjom Integralnog informacionog sistema zdravstva i njegovom punom integracijom sa nadležnim registrima u državi, stvorili su se uslovi da se ovaj proces automatizuje, odnosno da se uvede novi koncept, tzv. elektronske validnosti. Osiguranici ne ovjeravaju knjižice po starom, već sistem na osnovu podataka iz Poreske uprave i MUP-a vršiti automatsku ovjeru ili validaciju zdravstvene knjižice. Na isti način vrši se i ukidanje njene validnosti. Takođe u svim ustanovama u zdravstvenom sistemu uvedena je automatske kontrole validnosti.

Platforma Ezdravlje

Platforma Ezdravlje

U širem evropskom prostoru, kao jedan od osnovnih alata, koji zajedno sa organizacionim promjenama i razvojem novih medicinskih vještina, može značajno doprinijeti razvoju i unapređenju zdravstvenog sektora, poboljšanju dostupnosti zdravstvene njege, kvaliteta usluga, te njihove veće efektivnosti i produktivnosti, jeste skup sistema i servisa jednim imenom nazvanih e-zdravlje. Servisi e-zdravlja obuhvataju širok spektar primjene informaciono komunikacionih tehnologija u sistemu zdravstva i namijenjeni su svim učesnicima sistema. Osnovni cilj i naša želja bila je da građaninu, pacijentu obezbijedimo platformu i servise za dobijanje pravih informacija u prilagođenoj formi. Da zdravstvenu zaštitu, odnosno mivo kvaliteta i dostupnosti zdravstvenih usluga podignemo na veći nivo. Prvenstveno iz ovog razloga, od samog početka mandata, pa nadalje, veliku pažnju i energiju kanalisao upravo u cilju razvoja elektronskih servisa u zdravstvu. U okviru jedinstvene digitalne platforme eZdravlje razvijan je portal, mobilne aplikacije i 9 elektronskih servisa:

1. eZakazivanje

eZakazivanje je servis za online zakazivanje posjeta kod izabranih doktora u domovima zdravlja (izabrani doktor za odrasle, izabrani doktor za žene i izabrani doktor za djecu). eZakazivanje omogućava online zakazivanje posjete, kao i provjeru, otkazivanje ili promjenu zakazanih termina. Takođe, pacijentima je obezbijedena povratna informacija o prisutnosti ljekara u zakazanom terminu. Naime, u slučaju da je u zakazanom terminu izabrani ljekar odsutan, što se precizno vodi i svakodnevno evidentira u sistemu kroz planove rada i administraciju po ustanovama, pacijent će automatski dobiti SMS poruku. Dakle pacijent je pravovremeno obaviješten i ima mogućnost odlaganja pregleda odnosno zakazivanja novog termina kod svog ljekara ili da posjeti ljekara u zamjeni koji tog dana mijenja njegovog izabranog doktora.

Ovim je napravljen još jedan iskorak u smislu dostupnosti zdravstvene usluge osiguranicima, što je jedan od glavnih ciljeva Fonda.

2. eRecept

eRecept je elektronski servis koji omogućava pacijentima uvid u propisane i realizovane recepte, putem interneta uz korišćenje naprednih tehnologija i uređaja (PC, SmartPhone, Tablet uređaji i slično). Pacijenti na svom nalogu u svakom trenutku mogu dobiti informacije o receptima koji su propisani i aktivni, kao i o receptima koji su realizovani u poslednjih 6 mjeseci sa informacijom gdje i kada su realizovani. Na ovaj način unapređuje se dostupnost informacija građanima odnosno osiguranicima iz domena zdravstvene zaštite, obzirom da u sistemu zdravstva u Crnoj Gori štampana verzija recepta nije više u upotrebi (osim u specifičnim slučajevima).

3. eNalaz

Fond za zdravstveno osiguranje je uz punu podršku DZ Podgorica, kako menadžmenta tako i svog medicinskog osoblja, realizovao projekat Laboratorijskog informacionog sistema (LIS), koji sa sobom nosi brojne benefite za sve u zdravstvenom sistemu. Projekat je imao za cilj da ljekarima i pacijentima obezbijedi rezultate laboratorijskih nalaza u elektronskoj formi, što znači da su sada elektronski nalazi dostupni izabranim doktorima kroz informacioni sistem DZ Podgorica, odnosno pacijentima na portalu eZdravlje, putem novog elektronskog servisa eNalaz. Znači odmah nakon dobijanja rezultata iz aparata, odnosno završenih analiza, podaci se automatski šalju u dva smjera - u karton pacijenta kod izabranog doktora i na portal eZdravlje kao informacija za pacijenta. Uvođenjem LIS-aviše ne postoji mogućnost zamjene uzoraka, jer se ne rade ručne evidencije gdje je postojala mogućnost greške, smanjena je administracija i u perspektivi imamo mogućnost ukidanja štampane verzije uputa i nalaza bez potrebe izdavanja istih pacijentu na ruke.

Za doktore i zdravstvene radnike benefiti su ukidanje potrebe višestrukog upisivanja podataka, smanjenje grešaka u radu kroz uvođenje automatizacija u unosu, pravovremeni i pouzdani podaci za donošenje odluka o daljem liječenju, softversko hronološko praćenje nalaza kroz elektronski karton pacijenta, onemogućene potencijalne dosadašnje greške pri unosu rezultata analiza kod izabranog doktora, jer se vrši automatski prenos rezultata analiza iz laboratorijskog aparata u aplikaciju za rad kod izabranog doktora.

Menadžeri ustanove imaju mogućnost integrisanog prikupljanja informacija potrebnih za efikasno upravljanje, stvorene pretpostavke za softversko praćenje i kontrolu potrošnje laboratorijskih reagenasa, kao i za precizno praćenje učinka zdravstvenih radnika, organizacionih cjelina, kao i opterećenosti laboratorijskih aparata, efikasnije uočavanje "uskih grla" i preventivno djelovanje.

Fond sada može raditi kvalitetnije analize potrošnje reagenasa i imati bolju kontrolu nad istom, što će za rezultat omogućiti adekvatno planiranje budžeta za ovu granu medicine, kao i preciznije planiranje nabavki reagenasa na osnovu realnih potreba i preciznih podataka o potrošnji.

Takođe za ostale institucije i sistem zdravstva u cjelini stvorene su osnovne pretpostavke za uvođenje ovog sistema u svim DZ u Crnoj Gori, mogućnost izvještavanja, analiza po različim parametrima radi adekvatnog planiranja, poređenja između ustanova u statističke i druge svrhe, a sve u cilju donošenja na podacima zasnovanih strateških odluka.

Nakon uspješne implementacije i puštanja u rad LIS-a u DZ Podgorica, sprovedene su i aktivnostina uvođenju ovog sistema u svim domovima zdravlja u Crnoj Gori.

4. eApoteka

Četvrti po redu elektronski servis eApoteka, putem kojeg je svim osiguranicima Fonda za zdravstveno osiguranje, preko portala "eZdravlje" i mobilnih aplikacija, dostupna informacija o stanju zaliha lijekova u svim državnim i određenom broju privatnih apoteka u Crnoj Gori.

5. eOsiguranje

Putem ovog razvijenog servisa eOsiguranje, na portalu i mobilnim aplikacijama eZdravlje, osiguranik će u svakom trenutku moći utvrditi status osiguranja. Nastavlja se mogućnost uvida u status zdravstvene knjižice (VALIDNA/NEVALIDNA), putem javne mreže, preko računara i pametnih uređaja na portalu eZdravlje (ezdravlje.me) i mobilnim aplikacijama. Ovo je u skladu sa ukidanjem postojećeg načina ovjere zdravstvenih knjižica, kako bi osiguranici mogli provjeriti status osiguranja, odnosno kako bi se izbjegli dalji problemi prilikom ostvarivanja zdravstvene zaštite u sistemu zdravstva, u čijim će se svim djelovima (institucijama i ustanovama), automatski kroz informacioni sistem, provjeravati validnost zdravstvene knjižice.

6. eNaručivanje

Na nivou svih domova zdravlja u Crnoj Gori, osiguranicima Fonda za zdravstveno osiguranje je dostupan i elektronski servis eNaručivanje, koji omogućava on-line naručivanje:

- Elektronskih recepata (terapije) za hronične bolesnike;
- Izvještaja za obračun naknade zarade (doznaka) za vrijeme privremene spriječenosti za rad (bolovanja), isključivo za bolovanja koja odobravaju ljekarske komisije Fonda;
- Potvrda koje izdaju izabrani doktori (trenutno 2 vrste potvrda koje izdaje izabrani doktor za djecu: Opravdanje izostanka iz vrtića i Dokazivanje sposobnosti za nastavu fizičkog vaspitanja).

Servis se uvodi prije svega u korist i za potrebe osiguranika, ali i da rastereti rad izabranih doktora. Prednosti servisa eNaručivanje odnose se prvenstveno na pružanje zdravstvene usluge bez posjete izabranom doktoru. Dakle za one usluge za koje nije potrebno posjetiti ljekara, osiguranik - pacijent može ih realizovati putem ovog elektronskog servisa.

Sa druge strane, velika prednost ogleda se u oslobađanju termina izabranih doktora u korist onih pacijenata i usluga za koje je potrebna stručno medicinska obrada i tretman. Dakle, novim servisom dobijamo benefit i za medicinski kadar kroz smanjenje broja posjeta kod izabranog doktora, kao i smanjenje administracije u programskom dijelu kod rada sestara.

Bitno je istaći da će u svakom trenutku i u svakoj situaciji, ljekar biti u mogućnosti da procijeni opravdanost zahtjeva i u skladu sa tim odabere način realizacije naručene usluge, ili u protivnom da jednim klikom ipak pozove pacijenta na pregled. Povratnu informaciju o načinu obrade zahtjeva pacijent će dobiti putem SMS poruke, koja se osiguranicima distribuira automatski direktno iz Integralnog informacionog sistema zdravstva, u zavisnosti od konačne procjene i odluke ljekara.

7. eOstvarivanje prava

Elektronski servis koncipiran je na način da svim osiguranicima Fonda za zdravstveno osiguranje pruži uvid u dokumenta o ostvarenom pravu iz zdravstvenog osiguranja.

8. eCovid19

Elektronski servis COVID-19, razvijen je u vremenu pandemije i namijenjen osiguranicima testiranim na prisustvo novog koronavirusa, a u svrhu dobijanja povratne informacije o rezultatima testiranja.

Naime svi osiguranici Fonda za zdravstveno osiguranje su u prilici da putem jedinstvene platforme eZdravlje, preko portala ezdravlje.me i mobilnih aplikacija, samostalno izvrše uvid u rezultate urađenih analiza, to jeste rezultate testova na novi COVID-19 virus.

Podaci o rezultatima testiranja u Integralni informacioni sistem zdravstva preuzimaju se elektronski i po automatizmu iz baze podataka Instituta za javno zdravlje Crne Gore, i dostupni su građanima odmah nakon dobijanja rezultata u laboratorijama ove ustanove.

Ovo je još jedan u nizu elektronskih servisa razvijenih u vremenu pandemije, kojima Fond za zdravstveno osiguranje, putem informacionih tehnologija pokušava pružiti efikasan odgovor na krizu, olakšati građanima i rasteretiti zdravstveni sistem u cjelini.

Zahvaljujući strukturi i apsolutnoj integralnosti zdravstvenog informacionog sistema kojim Fond rukovodi, informacije o rezultatima testiranja na korona virus biće dostupne i izabranim doktorima na primarnom nivou. Na taj način kroz elektronski model najave pacijenta, izabrani ljekari putem informacionog sistema biće blagovremeno upozoreni na prisustvo virusa, prije prijema pacijenta u samu ambulantu. Što omogućava dodatne mjere opreza, odnosno kvalitetniju preventivu i veći stepen zaštite zdravlja ljekara i medicinskog osoblja.

9. eKarton

Svrha elektronskog servisa eEK (Elektronskog ekonomskog kartona) je da omogući uvid osiguranicima u troškove ostvarivanja njihovih prava iz zdravstvenog osiguranja (koji se prvenstveno ostvaruju u Fondu za zdravstveno osiguranje), troškove ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu (koja se ostvaruje u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama) kao i troškove ostvarivanja drugih prava, za koje postoje elektronske evidencije u IISZ. Na taj način osiguranici će moći izvršiti uvid u iznose sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odnosno sredstava iz budžeta Fonda za zdravstveno osiguranje utrošenih za ostvarivanje njihovih prava.

Pored navedenog elektronskog servisa ovaj Karton će imati svoju značajnu primjenu u Fondu, a prilikom kontrola izvršenja ugovorenih obaveza od strane davaoca zdravstvenih usluga odnosno kontrole evidencije i fakturisanja pruženih usluga osiguranicima u zdravstvenom sistemu. Gore navedeno predstavlja značajan iskorak u smislu kontrole i upravljanja troškovima, odnosno praćenja i uticaja na finansijske tokove u zdravstvenom sistemu.

Servis je prije svega uspostavljen, u namjeri da Fond kao institucija, kroz transparentan pristup u smislu upravljanja dijelom javnih finansija, zajedno sa građanima vrši bolju kontrolu i nadzor nad troškovima koji se generišu u zdravstvenom sistemu Crne Gore.

-Fond za zdravstveno osiguranje kao institucija koja rukovodi i upravlja najvećim informacionim sistemom u zemlji (Integralni informacioni sistem zdravstva), u proteklom periodu posvetio je posebnu pažnju unapređenju i modernizaciji tehničkih i tehnoloških rješenja na koje se oslanja kompletni sistem zdravstva. Ovo je rezultiralo uvođenjem savremenih i moćnih alata koje prepoznaju globalni IT trendovi i koji su zahvaljujući našem IT sektoru i renomiranim strateškim partnerima spremni za produkciju. U pitanju je implementacija Cloud sistema zasnovanog na OpenStack platformi, sa čime se omogućava softverski definisana mrežna, računarska i storage infrastruktura preko upravljivih korisničkih servisa.

Ovako strukturirani koncept, podrška i napredni modeli upravljanja za rezultat imaju, sa tehničke strane ogromna unapređenja u dijelu potrošnje resursa, optimizacije procesa, sigurnosti i bezbjednosti podataka i sistema u cjelini i dr., a sa druge strane izuzetne benefite u smislu smanjenja troškova i uštede finansijskih sredstava koja se planiraju za nabavku, održavanje i nadogradnju hardverske i komunikacione infrastrukture. Konkretno, u ovom momentu u odnosu na postojeći broj servera i opreme, uvođenjem ovog sistema Fond je omogućio uštedu od preko 100.000,00 € na godišnjem novu, koja bi u suprotnom bila potrebna za nabavku ili obnovu licenci, plus nabavku serverskih ili komunikacionih uređaja, interfejsa i sl. Svakim daljim proširenjem sistema i povećanjem broja uređaja, navedeni iznos uštede sredstava se proporcionalno povećava, zahvaljujući uvedenom rješenju. To je jedna od bitnih prednosti takozvane hiperkonvergentne arhitekture sistema, kakvu od sada primjenjuje Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore.

Strateško i dugoročno planiranje, kao i profesionalan pristup koji nema alternativu prilikom razvoja i izgradnje Integralnog informacionog sistema zdravstva, doveo je do otvaranja brojnih mogućnosti za stalnim proširenjima i nadogradnjom sistema, uz maksimalnu optimizaciju troškova i resursa na svim nivoima. Ističemo da se pored stalnog razvoja aplikativnih rješenja, platformi i elektronskih servisa kojima Fond zasigurno prednjači, ne samo u Crnoj Gori nego i širem okruženju, itekako vodi računa o sistemskoj platformi ili infrastrukturi čija stabilnost i kvalitetna postavka predstavljaju glavni preduslov za svaki dalji korak ili aktivnost u pravcu izgradnje i funkcionisanja IISZ.

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore tokom 2020. godine učestvovao je na takmičenju za izbor najboljeg rješenja u borbi protiv COVID-a, odnosno za izbor najbolje prakse u javnoj upravi u zemljama Zapadnog Balkana, kada je u pitanju odgovor na krizu. Na konkursu smo učestvovali sa platformom eZdravlje, sa svojih 9 elektronskih servisa za građane, kojim je omogućeno izbjegavanje preko milion kontakata između građana, pacijenata, ljekara, farmaceuta, službenika od početka pandemije.

Organizatori takmičenja ReSPA i SIGMA OECD prepoznali su naše rješenje kao inovativno, veoma značajno, kvalitetno i kompleksno, te je odabrano kao prvo koje se želi predstaviti na širem globalnom nivou u okviru događaja 17.novembra koji organizuje OPSI OECD, pod okriljem Evropske Komisije, kada ćemo naša rješenja prezentovati najrazvijenijim zemaljama svijeta.

Naš samostalan rad i trud, zalaganje i znanje isplatilo se na način da su naša rješenja prepoznata sa najkompetentnijih i najviših adresa, i da naša rješenja mogu pomoći u borbi protiv Covid infekcije na globalnom nivou, kao i da ćemo se iako mali i sa vrlo ograničenim resursima naći u društvu najrazvijenijih zemalja svijeta, što je ogroman uspjeh za Fond, ali i za Crnu Goru.

Ovo je ujedno podstrek za dalji rast i napredak, za izradu novih servisa i unaprijeđenje postojećih, sa jednim jedinim ciljem koji smo zacrtali od starta, a to je veća dostupnost zdravstvene zaštite i kvalitet usluge za naše osiguranike, kao i maksimalna moguća zaštita građana, koja se ogleda u sprečavanju kontakata u doba COVID pandemije.

- **Implementacija nove lične karte kao zdravstvene knjižice**

Fond za zdravstveno osiguranje je završio sve potrebne pripreme i u rad je pušten sistem koji će omogućiti osiguranicima, odnosno građanima Crne Gore, da umjesto zdravstvene knjižice koriste novu ličnu kartu kao zdravstvenu knjižicu, odnosno dokument kojim ostvaruju prava iz oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja. Veoma složene aktivnosti i preduzimanje radnji u mnogim segmentima, počev od pripreme i instalacije hardverske i komunikacione opreme, izrade i nadogradnje postojećih i novih programskih modula i servisa za integraciju, pripreme normativnog okvira, kreiranja novih i prilagođavanja važećih procedura, edukacija kadra i koordinacija sa gotovo svim javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, zahtijevale su ogroman napor i angažovanje.

Naročito u ovom periodu krize i vanrednih okolnosti, koje otežavaju i redovno funkcionisanje poslovnih procesa, a kamoli implementaciju ovako značajnih i kompleksnih projekata. Dakle aktivacija lične karte je neophodna, kako bi se mogućnosti novog dokumenta koristile ne samo u zdravstvenom sistemu, već i za druge svrhe ili namjene, kao i servise koji će u budućnosti eventualno biti razvijani i od strane ostalih državnih organa ili resora, kao i privatnog sektora.

Prvi sljedeći korak nakon implementacije, jeste uspostavljanje apsolutne integracije sa nadležnim registrima MUP-a, čime će se postupak i stepen automatizacije kompletnog postupka podići na veći nivo.

Stalni napredak i progres, koji je Fond za zdravstveno osiguranje postigao razvijajući i upravljajući kompletnim Integralnim informacionim sistemom zdravstva i elektronskim servisima, učinio je da danas nova lična karta nesmetano zaživi i nađe primjenu u zdravstvenom sistemu, kao jedinom resoru u državi koji je spreman za potpunu i nesmetanu implementaciju ovog dokumenta i korišćenje njegovih mogućnosti. Brojne prednosti i benefiti proizilaze iz upotrebe elektronske identifikacije, autorizacije, uvođenja raznih kontrola (pri čemu akcenat stavljamo na kontrolu trošenja budžetskih sredstava), bezbjednosti i dostupnosti podataka, sigurnosti pristupa, i dr. koji će uz integraciju sa softverskim rješenjima, u velikoj mjeri podići nivo kvaliteta i bezbjednosti kada je u pitanju zdravstveni informacioni sistem. Ubrzo posvetićemo se i naprednim tehnološkim mogućnostima ovog dokumenta kako bi putem NFC ili sličnih tehnologija na pametnim uređajima, omogućili prijavu na platformu eZdravlje, čime će se pojednostaviti i ovaj postupak za naše osiguranike, a prije svega postići maksimum u dijelu sigurnosti i zaštite podataka.

➤ **Povećanje budžeta i stabilnost u finansiranju zdravstvenog sistema**

Ekonomске i socijalne prilike u Crnoj Gori posljednjih godina posredno se odražavaju i na stanje u zdravstvenoj zaštiti. Sve odluke u Crnoj Gori koje se odnose na zdravstveni sistem podržavale su težnju ka što boljoj i dostupnijoj zdravstvenoj zaštiti stanovništva i njegovoj visokoj socijalnoj bezbjednosti. Međutim, takva orijentacija ima u praksi i efekte kao što su povećani zahtjevi osiguranih lica za zdravstvenim uslugama, sve veći standard i dostupnost, što dovodi do povećanja troškova, pa se društvo posljednjih godina suočava sa situacijom stalno rastućih troškova zdravstvene zaštite, koji rastu brže od rasta BDP, što za ekonomsku i socijalnu politiku predstavlja složen problem.

Osnovno pitanje za Fond je bilo kako uskladiti potrebe zdravstvenog sistema sa raspoloživim finansijskim sredstvima. Duži niz godina, zbog neusaglašenosti potrošnje sa planiranim sredstvima, svaka nova poslovna godina počinjala je dugom i u svakoj poslovnoj godini je nastajao novi dug, koji je dodat na već postojeći dovodio do rasta dužničke piramide.

Stoga se nametnula potreba da se zdravlje sagleda sa ekonomskog aspekta u smislu održivog ekonomskog razvoja jer zdravstveni sistem lošim funkcionisanjem može trajno narušiti cjelokupni društveni sistem.

Polazeći od ciljeva zdravstvene politike u Crnoj Gori do 2020. godine, a to je prije svega unapređenje i obezbjeđivanje zdravlja stanovništva i unapređenje zdravstvene zaštite, postojećeg obima i prava osiguranika, postojeće mreže zdravstvenih ustanova, nivoa zarada zaposlenih u zdravstvu, potrebe za povećanjem investicionih ulaganja u sistem zdravstva, u Fondu se pristupilo izradi analiza i informacija, na osnovu koji bi se došlo do realne procjene potreba zdravstvenog sistema, kako bi imali finansijski održiv i funkcionalan zdravstveni sistem.

Informacijama i analizama koje je sačinio Fond pokazali smo i dokazali Vladi i Ministarstvu finansija da postoji nesklad između potreba zdravstvenog sistema i sredstava koja se opredjeljuju kroz budžet Fonda, te da je neophodno povećati izdvajanja za zdravstvo, kako bi se sistem zdravstva u javnom sektoru ojačao i unaprijedio i kako bi se riješili brojni problemi koji su svakodnevno ometali njegovo funkcionisanje. Brojnim informacijama i analizama koje je sačinio Fond, od kojih su najznačajnije Analiza finansiranja sistema zdravstva iz 2015. godine i Plan sanacije finansija zdravstvenog sistema iz decembra 2016. godine, a koje su poslužile kao argumentacija, uticali smo da se promjeni pristup i način razmišljanja o zdravstvenom sistemu u pogledu finansijske podrške i to je postignuto.

Budžet za zdravstveni sistem je u periodu od 2015-2020. godine povećan sa 171 mil. € na oko 289 mil. € , bez dodatno opredijeljenih sredstava, što više za 69%.

Udio budžeta Fonda za zdravstveno osiguranje u BDP

Godina	Bruto društveni proizvod - BDP (milijon €)	Indeks rasta BDP	IZVRŠENJE Budžeta FZZO (mil €)	Indeks rasta izdataka Fonda	Učešće FZZO u BDP
2010	3,125.09	-	168.62	-	5.40
2011	3,264.78	104.47	162.31	96.26	4.97
2012	3,181.48	97.45	167.41	103.14	5.26
2013	3,362.48	105.69	167.49	100.05	4.98
2014	3,457.92	102.84	170.04	101.52	4.92
2015	3,654.51	105.69	210.16	123.59	5.75
2016	3,954.21	108.20	233.71	111.21	5.91
2017	4,299.09	108.72	201.95	86.41	4.70
2018	4,663.13	108.47	241.64	119.65	5.18
2019	4,950.72	106.17	254.24	105.21	5.14
2020-e	4,607.30	93.06	301,84	118,72	6.55
2021-e	4,943.80	107.30		0.00	0.00

Napomena:

- Izvor za BDP: Smjernice Makroekonomske i fiskalne politike za period 2020-2023

- Izvršenje budžeta Fonda iz SAP sistema

Pokazali smo da, iako je budžet nominalno rastao, izdvajanja za zdravstvo u odnosu na BDP nisu povećana u odnosu na period prije 2010. godine, a u 2020. godini dolazi do značajnijeg povećanja.

U periodu 2016-2020. godine Državnom trezoru je dostavljeno 104.869 zahtjeva za plaćanje (naloga) od kojih ni jedan nije vraćen, a izdaci su izvršeni namjenski sa odgovarajućih budžetskih pozicija, osim u slučajevima kada se desi greška što je rjetkost. Izvještaji o svim plaćanjima su redovno sedmično objavljeni na internet stranici Fonda, čime je postignuta puna transparentnost u trošenju budžetskih sredstava.

- Unapređenje rada Fonda kroz uspostavljanje sistema zasnovanog na procedurama, unutrašnjoj kontroli procesa rada, planovima integriteta, upravnim postupcima, poboljšanju uslova rada i edukaciji zaposlenih i dr.

-Ugovaranje zdravstvene zaštite

- U citavom periodu Fond je, poštujući zakonske odredbe i propisane procedure, radio na ugovaranju zdravstvene zaštite sa davaocima zdravstvenih usluga. Za one usluge koje se nijesu mogle obezbijediti u ustanovama iz Zdravstvene mreže, zbog nedostataka kadrovskih kapaciteta ili potrebne medicinske opreme, a u cilju smanjivanja broja upućivanja na liječenje u inostranstvo i perioda čekanja na zdravstvenu uslugu, na osnovu objavljenih javnih poziva zaključivani su ugovori sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima van Zdravstvene mreže. Na ovaj način omogućeno je osiguranim licima da ostvare prava na zdravstvenu zaštitu i pravo na medicinsko-tehnička pomagala, čime je poboljšan kvalitet i blagovremeno ostvarivanje prava na uslugu.

- Značajna aktivnost vodila se na uređivanju cjenovne politike i načina plaćanja zdravstvenih usluga, kroz redovno usklađivanje i korigovanje cijena zdravstvenih usluga u skladu sa parametrima koji definišu utvrđivanje istih.

- Poseban značaj je finalizacija projekta uvođenja DRG modela plaćanja akutnog bolničkog liječenja Intenzivno se radilo na uspostavljanju novog modela evidentiranja i plaćanja zdravstvenih usluga po DRG-u. Aktivnosti su otpočele u sklopu Projekta unapređenja sistema zdravstva koji se finansirao iz sredstava Svjetske banke, kroz komponentu - Dizajn i implementaciju modela plaćanja za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite, kada je

odlučeno da se postojeći model plaćanja akutnog bolničkog liječenja zamijeni novim modelom koji je baziran na rezultatima, a zasnovan na Dijagnostički srodnim grupama (DRG) koje koriste Australijsku klasifikaciju verziju 6.0. Od 1. januara 2019. godine započelo je elektronsko ispostavljanje faktura za bolničko liječenje po pojedinačnom DRG slučaju, od svih javnih zdravstvenih ustanova na sekundarnom i tercijarnom nivou koje obezbjeđuju akutnu bolničku zdravstvenu zaštitu (Klinički centar CG, 7 opštih bolnica, SB Risan, SB Codra i stacionari domova zdravlja), prema Cjenovniku zdravstvenih usluga akutnog bolničkog liječenja po DRG. Ključne prednosti DRG modela su što obezbjeđuje veću transparentnost u izvještavanju i pruža mogućnost međusobnog poređenja efikasnosti bolnica, a takođe i efikasnosti organizacionih jedinica unutar bolnica, te identifikovanje rentabilnih i nerentabilnih bolnica/odjeljenja i na taj način pruža dobru osnovu za donošenje kvalitetnih odluka menadžmenta zdravstvenog sistema.

Rezultati analiza o obimu pruženih zdravstvenih usluga po DRG modelu, daju nam nove inpute na osnovu kojih će se u narednom periodu stvoriti uslovi da se, postepeno, vrši prenos sredstava zdravstvenim ustanovama na osnovu učinka.

-Tokom 2018.godine, donešen je Pravilnik o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načina plaćanja 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. Shodno istom, na osnovu urađenih analiza i praćenja indikatora, a uvažavajući zahtjeve zdravstvenih ustanova i predstavnika sindikata zdravstvene djelatnosti sredinom 2020.g. donijeta je nova Odluka o o načinu obračuna zarade izabranog doktora i medicinske sestre odnosno tehničara u timu izabranog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U odnosu na raniji način plaćanja tima izabranog doktora izvršena je korekcija u dijelu obračuna zarada izabranog doktora i medicinske sestre odnosno tehničara u timu, na način da se sve pružene usluge u okviru redovnog radnog vremena, evidentiraju i ulaze u osnovicu za obračun zarade izabranog doktora koji ih je pružio, bez obzira kod kojeg ID su osiguranici registrovani. Na ovaj način, stvoreni su uslovi za poboljšanje vrednovanja rada , a samim tim i nagrađivanje izabranog doktora shodno postignutom učinku.

- Takođe, donešena je Odluka o rasporedu sredstava i načinu plaćanja stomatološke zdravstvene zaštite kojom se uređuje način plaćanja davalaca stomatološke zdravstvene zaštite davaocima stomatoloških usluga , koji sa Fondom za zdravstveno osiguranje Crne Gore imaju zaključen ugovor za pružanje stomatološke zdravstvene zaštite osiguranim licima, koja je usaglašena sa važećom regulativom koja definiše ovu oblast.

- Koristeći podatke iz IS i podatke koje Fond direktno prikuplja od davaoca zdravstvenih usluga, pripremljeni su brojni izvještaji, informacije i izrađene analiza o realizaciji ugovorenih obaveza i obimu pruženih usluga sa ustanovama iz Zdravstvene Mreže i van Mreže, o upućivanju na liječenje u inostranstvo, o ostvarivanju prava na privremnu spriječenost za rad, ostvarivanju prava na medicinsko-tehnička pomagala, kao i analize o potrošnji lijekova na svim nivoima

zdravstvene zaštite, kako bi bile detaljno i transparentno prikazane javnosti, a posebno institucijama zdravstvenog sistema.

Prevažodni cilj navedenih analiza je da se utvrde potrebe za zdravstvenim uslugama, ali i da se prepoznaju slabe tačke zdravstvenog sistema, kako bi se u daljem periodu radilo na jačanju kapaciteta, rješavali utvrđeni nedostaci i doprinijelo daljem smanjenju i racionalizaciji potrošnje u svim segmentima, a prvenstveno na smanjenju potrošnje lijekova.

- Navedeni izvještaji-analize su detaljno urađeni, sa mnoštvom podataka koji mogu uticati na dalju organizaciju rada zdravstvene djelatnosti i daju inpute kod donošenja godišnjeg Programa zdravstvene zaštite i treba da služe, prevashodno zdravstvenim ustanovama, da na kvalitetniji i efikasniji način organizuju svoj rad, ali i našoj kontroli kako bi prepoznali mjesta na koja treba usmjeriti pažnju kontrole.

-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.

-Unutrašnja revizija

U skladu sa zakonom, Fond ima organizovano **Odjeljenje za unutrašnju reviziju**, koje vrši reviziju u skladu sa strateškim i godišnjim planom, u cilju unapređenja poslovanja Fonda i jačanja odgovornosti u alokaciji i transparentnosti utroška javnih sredstava.

Fond je redovno godišnje dostavljao Direktoratu za centralnu harmonizaciju u Ministarstvu finansija godišnji izvještaj o sprovođenju planiranih aktivnosti u uspostavljanju i razvoju sistema finansijskog upravljanja i kontrola u skladu sa Zakonom o upravljanju i unutrašnjim kontrolama u javnom sektoru i Pravilnikom o načinu uspostavljanja i unapređenja upravljanja i kontrola u javnom sektoru.

-Fond ima organizovan Sektor za kontrolu sprovođenja ugovora davaoca zdravstvenih usluga (DZU)

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, kontrolu sprovođenja ugovora sa privatnim apotekama i drugo.

- Fond na osnovu svojih zakonskih ovlašćenja, vrši kontrolu sprovođenja ugovorenih obaveza javnih zdravstvenih ustanova na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite

U prethodnom periodu izvršene kontrole, kako redovne tako i vanredne, sa posebnim akcentom na kontrolu privatnih ustanova, imale su za cilj obezbjeđivanje uslova za namjensko korišćenje sredstava i zaštitu javnih sredstava. Cilj kontrole nije bio uskraćivanje prava osiguranika, već pronalaženje mehanizama koji će regulisati njihovu potrošnju koja nastane ostvarivanjem tih prava, povećanje kvaliteta i obima zdravstvene zaštite, racionalizacija potrošnje u sistemu zdravstva i jačanje javnog sektora.

Kontrola izvršenja ugovornih obaveza ima veoma važnu ulogu u sistemu posebno u smislu monitoringa nad procesom zdravstvene zaštite. Pored finansijskog efekta (koji u pojedinim kontrolama nije moguće ni iskazati) organizovane i obavljene kontrole imaju važnu ulogu u smislu ukazivanja na obavezno zakonito poslovanje zdravstvenih ustanova što je Fondu jedan od glavnih ciljeva, kao i na praćenje ispunjavanja ugovornih obaveza kroz obim i sadržaj pruženih, evidentiranih i fakturisanih usluga, edukativni karakter po pitanju evidencije usluga u ustanovama i dr, a sve u cilju ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa definisanim zakonskim i podzakonskim aktima.

Cilj Fonda je racionalizacija troškova u zdravstvenom sistemu odnosno postavljanje mehanizama kontrole i u tom pravcu smo u Fondu intenzivno radili na sprovođenju određenih aktivnosti u području kontrole.

Kako bi se obezbijedio jednoobrazan način rada u ustanovama i poslovanje pod jednakim uslovima, nakon zaključivanja ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, kroz informacioni sistem su implementirani odgovarajući kontrolni mehanizmi koji obezbjeđuju kontrolu na samom mjestu nastanka troška i time se onemogućava fakturisanje suprotno propisima. Kontrolni mehanizmi podrazumijevaju provjeru osiguranja, pružene usluge, cijene i druge parametara koji determinišu ugovorenu zdravstvenu uslugu ili lijek. Navedeno je postavljeno kako u javnim tako i u privatnim zdravstvenim ustanovama (apotekama, stomatološkim ordinacijama i dr). To je samo prvi stepen kontrole, koji se tu ne završava već se nastavlja i dalje. Dalji vid kontrole, podrazumijeva kontrolu usaglasenosti dostavljene medicinske i finansijske dokumentacije, gdje je cilj Fonda da i u tom segmentu obezbijedi zakonitost, te se svaka eventualna nepravilnost sankcioniše. Tako je u periodu od 2016.-2020.godine je izvršeno ukupno 1.387 kontrola izvršenja ugovornih obaveza (redovnih i vanrednih) ili prosječno godišnje 270 kontrola, što je značajan rezultat kako u zaštiti javnih sredstava tako i na zakonitost kod ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.

Kontrola izvršenja ugovornih obaveza ima značajnu ulogu, jer se obavlja sa ciljem blagovremenog uočavanja i sprečavanja kršenja ugovornih obaveza i otklanjanja posljedica, a što utiče na dobijanje pravilnih i pravovremenih podataka donosiocima odluka.

Fond se u cijelom periodu zalagao za jačanje kapaciteta javnog zdravstvenog sistema, kako kroz obezbjeđivanje potrebne medicinske opreme, tako i kroz obezbjeđivanje, edukaciju i školovanje potrebnog medicinskog kadra, kako bi se postepeno smanjivao broj upućivanja na liječenje i ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu van Crne Gore, ali i u privatnim zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori sa kojima su zaključeni ugovori, što je u nekim oblastima postignuto. Samo jačanjem javnog zdravstvenog sistema, u potpunosti se mogu ispoštovati načela na kojima je zasnovan sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja i raspoloživa budžetska sredstva staviti u funkciju ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje.

-U Fondu su za određene procese izrađena **interna pravila i procedure**, objedinjene u Pravilnik internih procedura, koje koriste rukovodioci i zaposleni kao osnovu za finansijsko upravljanje i kontrolu i u kontinuitetu se radi na donošenju i prilagođavanju novijih procedura i instrukcija.

- **Eksterna revizija i nadzor**

U periodu 2016-2020. godine DRI je izvršila reviziju informacionog sistema Fonda za zdravstveno osiguranje i reviziju „Planiranje javnih nabavki medicinske opreme“. Revizija „Planiranje javnih nabavki medicinske opreme“ odnosila se na više subjekata revizije: Ministarstvo zdravlja, Fond i jedan broj zdravstvenih ustanova. Radilo se o regionalnom projektu, koji je sproveden uz pomoć Evropskog revizorskog suda i Nacionalne kancelarije za reviziju Švedske

Na bazi sprovedenih revizija, DRI je donijela **KONAČNI IZVJEŠTAJ** o kontrolnoj reviziji informacionog sistema Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore i Konačni izvještaj o reviziji „Planiranje javnih nabavki medicinske opreme“ sa određenim konstatacijama i ukazivanjem na slabosti i preporukama, u cilju poboljšanja i unapređenja sistema, ali nije bilo preporuka u smislu nezakonitog postupanja.

Pored navedenih revizija, svake godine u funkciji revizije završnog računa budžeta Crne Gore DRI vrši reviziju određenih segmenata koji se odnose na Fond, posebno neizmirenih obaveza Fonda i JZU. Od strane DRI nije bilo konstatacija i preporuka koje ukazuju na nepravilnosti.

U čitavom periodu izvršeno je **više inspeksijskih nadzora**: u Sektoru za javne nabavke u Fondu, od strane inspektora za javne nabavke u dijelu primjene propisa iz oblasti javnih nabavki i u dijelu sprovođenja postupaka; od strane Odjeljenja za inspeksijski nadzor Ministarstva javne uprave, izvršene su inspeksijske kontrole po različitim predmetima; od strane Ministarstva unutrašnjih poslova-Direktorata za vanredne situacije, Direkcija za inspeksijski nadzor izvršila je nadzor u Centrali Fonda sa aspekta primjene Zakona o zaštiti i spašavanju i Zakona o zapaljivim tečnostima i gasovima. U dostavljenim izvještajima nije bilo značajnijih primjedbi.

-Realizacija projekta uvođenja i implementacije standarda ISO:9001 i ISO:27001 za kontrolu integrisanog sistema upravljanja kvalitetom i sigurnosti informacija u sektoru za Informacione tehnologije (IT)

Fond za zdravstveno osiguranje sa uspjehom najprije kompletirao postupak, odnosno realizovao projekat uvođenja i implementacije standarda ISO:9001 i ISO:27001 za kontrolu integrisanog sistema upravljanja kvalitetom i sigurnosti informacija u sektoru za Informacione tehnologije (IT) Fonda. Kao rezultat sprovedenih brojnih aktivnosti, kroz višemjesečni rad, obezbijedili smo potpunu usklađenost postojećeg sistema upravljanja sa zahtjevima standarda, definisane procesne modele koji obuhvataju sve procese u IT-u i životnom ciklusu informacionog sistema, te interakciju tih procesa sa ostalim procesima u zdravstvenom sistemu Crne Gore. Na ovaj način Fond je doprinio unaprijeđenju sistema upravljanja i sigurnosti informacija u Integralnom informacionom sistemu zdravstva.

Kako je cilj bila standardizacija ukupnog poslovanja Fonda, zbog čega nastavljamo sa aktivnostima za unaprijeđenje i svih ostalih poslovnih procesa u Fondu, čime se obezbijeduje veći nivo kvaliteta rada, efikasnosti i transparentnosti sa krajnjim efektima u mnogim segmentima zdravstvenog sistema. Fond je sve svoje poslovne procese pokrio ISO standardima.

Nastojanja Fonda za zdravstveno osiguranje u cijelom periodu mandata su bila su da kroz obezbjeđenje visoke transparentnosti svih poslovnih procesa, što smo ostvarili, našim osiguranicima i ukupno zdravstvenom sistemu obezbjedimo kvalitetnu uslugu iz naše nadležnosti i bezbjednost informacija.

Za rezultat naših aktivnosti danas možemo saopštiti da smo postali vlasnici sertifikata o usaglašenosti sa zahtevima standarda kvaliteta ISO 9001:2015 i standarda bezbjednosti informacija ISO/IEC 27001:2013, čime je **Fond postao institucija koja sve svoje poslovne procese ima pokrivene ISO standardima**. Sertifikate je izdalo sertifikaciono tijelo DAS Certification Limited sa akreditacijom UKAS – a iz Londona, Velika Britanija.

S obzirom da su osiguranici Fonda gotovo svi građani Crne Gore, kao i činjenica da imamo komunikaciju sa svim JZU kao i stotinama privatnih zdravstvenih ustanova i hiljadama komitenata, svjesni izazova transparentnosti, jasnih procedura, zaštite podataka i bezbjednosti informacija, aktivnosti na uspostavljanju i postavljanju Fonda na principima procesnog pristupa su započete još prije četiri godine. Iz tih razloga smo i prije otpočinjanja postupka same serifikacije imali veoma uređen sistem, u smislu donošenih neophodnih procedura iz oblasti unutrašnjih kontrola, integriteta, poslovnih rizika, i dr.

Prednosti implementacije standarda kvaliteta i sigurnosti informacija je poboljšanje poslovne sposobnosti i produktivnosti rada, obezbjeđenje veze između pojedinačnih procesa, sektora i njihove interakcije, usmjerenost na ostvarivanje poslovnih ciljeva i očekivanja korisnika, povećanje zadovoljstva korisnika usluga.

Stoga se kao zaključak nameće poruka za javnost da je dobijanjem međunarodno priznatih standarda ostvaren naš cilj, menadžment sistem poslovanja Fonda i bezbjednost svih dokumenata i informacija u posjedu Fonda usklađen je sa najvećim svjetskim standardima.

-Fond je zajedno sa CKB bankom radio na projektu uspostavljanja drugačijeg modela isplate naknada troškova osiguranicima, radi unapređenja ovog procesa, kako za osiguranike tako i za Fond. Uspostavljanje novog modela isplate naknade troškova osiguranim licima ima više prednosti koje se prepoznaju u sljedećem: veći komfor za osiguranike, manje administriranje na strani Fonda u vezi sa praćenjem i obezbjeđivanjem isplata osiguranicima; manje učesnika i jednostavnije procedure komunikacije između banke i Fonda; obezbjeđena je trenutna informacija osiguraniku o uplati sredstava putem SMS poruke i osiguranik brže dolazi do novca; mogućnost preuzimanja novca u bilo kojoj poslovnicu banke u Crnoj Gori; manje finansijsko opterećenje Fonda kroz smanjenje troškova provizije banke i naknada koje je zaračunavala Pošta po isplaćenim uputnicama. Novi model isplate naknada osiguranicima implementiran je u svim svim Područnim jedinicama Fonda, izuzev Šavnika Plužina i Petnjice jer u ovim opštinama CKB banka nema svoju poslovnicu.

-Kroz projekat objedinjene registracije i naplate doprinosa odrađeno je niz aktivnosti u pravcu automatizacije prenosa podataka iz Poreske uprave u bazu osiguranika Fonda, i sinhronizacije sa podacima iz Centralnog registra stanovništva MUP-a u pogledu podataka o prebivalištu. 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.

- Javne nabavke

Fond je u prethodnom petogodišnjem periodu, shodno zakonskoj regulativi, sprovodio javne nabavke roba, usluga i radova za potrebe Fonda i centralizovane javne nabavke medicinskih sredstava – potrošnog medicinskog materijala, medicinske opreme i energenata (motornih goriva i energenata za grijanje) za potrebe svih ili više javnih zdravstvenih ustanova Crne Gore (JZU).

Nabavke za potrebe Fonda su se sprovodile za potrebe centrale Fonda i 22 područne jedinice i filijale Fonda u gotovo svim opštinama u Crnoj Gori.

Centralizovane javne nabavke su sprovedene od strane Fonda za potrebe više ili svih javnih zdravstvenih ustanova Crne Gore, a odnosile su se na nabavke medicinskih sredstava (potrošnog medicinskog materijala), medicinske opreme, motornih goriva i lož ulja.

Efekti centralizovanih nabavki

Javne nabavke za zdravstveni sistem su od posebnog društvenog značaja i karakterišu ih određene specifičnosti, kako zbog značaja predmeta nabavke tako i neophodnosti njihove blagovremene realizacije.

Sprovedenje centralizovanih javnih nabavki od strane Fonda za potrebe JZU je pokazalo mnoge prednosti i pozitivne efekte, te opravdalo ciljeve zbog kojih su ustanovljene, jer se kroz centralizovane nabavke dobijala efektivna konkurencija sa kvalitetnim ponudama, a kao krajnji efekat su bili niži troškovi u finansiranju nabavki u smislu niže kupovne cijene, te jednakost cijena i kvaliteta proizvoda kod svih JZU, bolji kvalitet ugovorenih roba, veća sigurnost snabdijevanja i dr. Iskustvo pokazuje da su kroz centralizovani sistem nabavki uspostavljena jasna pravila i procedure u području javnih nabavki u zdravstvenom sistemu, kao i da je isti dao značajne uštede u izdacima i na taj način doprinio efikasnosti upotrebe javnih sredstava.

Zahvaljujući uspješnosti i blagovremenosti realizacije centralizovanih javnih nabavki koje su sprovedene od strane Fonda, zdravstveni sistem je u proteklom petogodišnjem periodu kontinuirano snabdjevan potrebnim medicinskim sredstvima neophodnim za njegovu funkcionisanje, koja su bila predmet ovih nabavki (više od 2.000 različitih medicinskih sredstava).

U sprovođenju javnih nabavki u proteklom periodu Fond je prepoznat od strane nadležnih državnih organa iz oblasti javnih nabavki i ponuđača kao institucija koja primjenjuje načela transparentnosti, konkurentnosti i efektivnosti, što potvrđuje i relativno mali broj izjavljenih žalbi u odnosu na broj sprovedenih i realizovanih postupaka nabavki.

➤ **Ostale aktivnosti**

-Aktivnosti Fonda za zdravstveno osiguranje u pripremi pregovora o pristupanju Crne Gore EU

Predstavnici Fonda za zdravstveno osiguranje uključeni su u pripremu pregovora o pristupanju 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;

-Primjena Zakona o slobodnom pristupu informacijama

U periodu od 2016-2021. godine Fondu za zdravstveno osiguranje su upućivani zahtjevi za slobodan pristup informacijama od strane NVO sektora, poslanika i fizičkih lica i po svim zahtjevima odobren je pristup informacijama koje su bile u posjedu Fonda. Smatramo da smo ovakvim pristupom uticali na jačanje povjerenja u rad Fonda i državnih institucija uopšte.

-Saradnja sa NVO sektorom

Fond je prepoznao potrebu međusobnog informisanja i konsultovanja sa NVO sektorom u cilju doprinosa u donošenju kvalitetnog pravnog okvira kojim se uređuje ostvarivanje prava „osjetljivih“ kategorija osiguranika, prije svega djece, lica sa invaliditetom i drOva saradnja je konkretizovana kroz davanje inicijativa i učestvovanje u izradi pravilnika Fonda u oblasti ostvarivanja prava na medicinsko-tehnička pomagala i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju. Takođe, predstavnici nevladinih organizacija koje zastupaju interese roditelja djece oboljele od karcinoma uzeli su aktivno učešće u kreiranju rješenja za izbor inostranih zdravstvenih ustanova prilikom upućivanja djece oboljele od karcinoma na liječenje van Crne Gore. Saradnja se odvijala i kroz učešće predstavnika Fonda na svim skupovima, okruglim stolovima i dr. sastancima na kojima je razmatrana problematika lica sa invaliditetom, kao i kroz doprinos u pripremi Strategije za integraciju osoba sa invaliditetom u Crnoj Gori za period 2016-2020.

-Kadrovski i opšti poslovi

Pravilnikom o sistematizaciji predviđeno je 266 zaposlena. U Fondu na dan 31.12.2020. godine broj zaposlenih je 191 službenik, dok je na kraju 2016. godine bilo zaposleno 202 službenika, što dovoljno govori da u Fondu nije bilo nezakonitog i neracionalnog zapošljavanja već da postoji deficit kadra.

Broj zaposlenih na kraju 2020. godine je manji nego u 2006. godini (192), a poslovi su se gotovo udvostručili.

Donijeta je interna procedura - Uputstvo o evidenciji povreda na radu, profesionalnim bolestima i bolestima u vezi sa radom,

Službenici Fonda za zdravstveno osiguranje prisustvovali su na obukama/seminarima na različite teme, a koji su organizovani od strane Uprave za kadrove, a službenici iz Odjeljenja za unutrašnju reviziju i računovodstva prisustvovali su na obukama, kongresima i simpozijumima, koji su organizovani u CG od strane drugih institucija.

U skladu sa zakonskom obavezom redovno se vršilo izlučivanje registratorske građe Fonda shodno Listi kategorija registratorske građe sa rokovima čuvanja Fonda za zdravstveno osiguranje,

-Plan integriteta

Prvi Plan integriteta je donijet 2016. godine.

U cilju donošenja Plana integriteta preduzimaju se brojne aktivnosti radi identifikovanja rizika za nastanak korupcije u svakoj oblasti rada Fonda, a prije svega pregled i analiza normativnih akata, pregled i analiza kadrovskih kapaciteta i organizacije Fonda, kao i prikupljanje i obrada informacija od strane zaposlenih koji su, osim ličnog obraćanja, imali i imaju mogućnost anonimnog dostavljanja obavještenja menadžeru integriteta o tome koje oblasti rizika su najpodložnije korupciji, koji su to rizici i koje bi mjere po njihovom mišljenju djelovale na smanjenje intenziteta rizika.

U skladu sa preporukama Agencije za sprječavanje korupcije, u avgustu 2020. godine, pristupilo se izradi novog Plana integriteta, koji je usvojen i stupio je na snagu 25.09.2020. godine. Redovno se vrši godišnje izvještavanje o realizaciji mjera iz Plana integriteta. Menadžer integriteta Fonda pohađao je i uspješno završio višemjesečnu obuku kroz Program obrazovanja za sticanje ključnih vještina za obavljanje poslova menadžera integriteta u organizaciji Uprave za kadrove i Agencije za sprječavanje korupcije uz podršku Američke ambasade u Crnoj Gori.

Aktivnosti sa Svjetskom bankom i Međunarodnim monetarnim fondom

Svjetska Banka

Prilikom svake posjete Svjetske banke, predstavnici Fonda za zdravstveno osiguranje su imali intenzivne aktivnosti sa njihovim predstavnicima, 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

U 2018. godini predstavnici Fonda su aktivno učestvovali u radu prilikom Ekspertska misije MMF-a, 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-u smo učinili dostupnim brojne podatke, izvještaje i analize sa adekvatnim objašnjenjima i tumačenjima u svrhu sastavljanja izvještaja.

Inicijative

-Inicijativa Fonda da se nabavka lijekova koji se odobravaju i propisuju na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja vrši mimo procedure nabavke propisane Zakonom o javnim nabavkama

U zdravstvenim sistemima, na globalnom nivou, pa tako i kod nas, prepoznati su rizični faktori koji se odnose prvenstveno na lijekove, način upotrebe, njihovo dejstvo i sastav, tako da se lijekovi smatraju najčešćim faktorima rizika za nastanak nedostajućih finansijskih sredstava. U tom cilju i u cilju efikasnosti zdravstvenog sistema posebna pažnja treba da bude posvećena uređivanju farmaceutske politike odnosno području lijekova. Osnovni mehanizmi za uređivanje područja lijekova su Lista lijekova koja sadrži lijekove koji su od posebnog značaja za zdravlje osiguranih lica i koji se propisuju i izdaju na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja i definisane cijene lijekova.

S obzirom na uređivanje cjenovne politike lijekova, (donijeta Uredba i utvrđene maksimalne cijene lijekova) i na osnovu navedenih zakonskih odredbi, Fond je pokrenuo Inicijativu da ubuduće lijekove koji se obezbjeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja treba obezbjeđivati u skladu sa propisima o obaveznom zdravstvenom osiguranju, jer se radi o uslugama iz oblasti socijalnog osiguranja. U prilog tome navedena je i direktiva EU br. 2014/24, kojom su usluge iz oblasti socijalnog osiguranja (zdravstvene i socijalne usluge) izuzete iz direktive o javnim nabavkama.

Model nabavke lijekova prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju bi podrazumijevao upućivanje javnog poziva za obezbjeđivanje lijekova, na koji se mogu javiti svi zainteresovani ponuđači za dostavljanje ponuda po istim uslovima i po unaprijed utvrđenim cijenama.

U prilog predloženom modelu nabavke lijekova su i činjenice da se zdravstvena zaštita obezbjeđuje kontinuirano, da se njen obim unaprijed ne može u cjelosti isplanirati jer zavisi od nepredvidivih zdravstvenih situacija, te da se u slučaju iznenadne potrebe za hitnim

obezbjeđivanjem određenih lijekova i medicinskih sredstava ne može blagovremeno odreagovati ako se nabavka obezbjeđuje po Zakonu o javnim nabavkama.

Takođe, na ovaj način se već vrši nabavka medicinsko-tehničkih pomagala, koja se osiguranim licima obezbjeđuju od ugovornih isporučilaca koji su izabrani na osnovu upućenog javnog poziva Fonda, na osnovu utvrđene Liste medicinsko-tehničkih pomagala i po cijenama koje je utvrdio Fond u skladu sa zakonskim ovlašćenjima. Lista medicinsko-tehničkih pomagala sadrži preko 500 pomagala koje isporučuju različiti isporučioци pomagala kako iz Zdravstvene mreže, tako i van zdravstvene mreže. Ovaj način je doprinio kontinuiranom i blagovremenom snabdjevanju osiguranih lica pomagalima, većoj dostupnosti osiguranim licima, mogućnost izbora između više isporučioца, a sa druge strane uključen je mnogo veći broj dobavljača koji su ponudili isporuku po cijenama i pod uslovima koje je utvrdio Fond. Na ovaj način su dostupnija medicinsko-tehnička pomagala za lica sa invaliditetom i u duhu je donijetih strateških dokumenata za lica sa invaliditetom.

Prednosti u obezbjeđivanju lijekova, u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju, su:

- unaprijed utvrđene cijene koje bi obezbijedile finansijsku održivost budžeta;
- kontinuirana snadbijevenost lijekovima,
- bolja i brža dostupnost lijekova definisana Listom lijekova,
- racionalizacija potrošnje lijekova i efikasnija upotreba javnih sredstava,
- eliminisanje negativnih pojava na tržištu, nelojalna konkurencija i sl.,
- motivacija proizvođača da sniženjem cijene postignu "referentnu" cijenu koju plaća Fond i time obezbijede veći plasman svojih lijekova.

Postojećom Listom lijekova, koja je u nadležnosti Ministarstva zdravlja, za značajan broj lijekova po zaštićenom nazivu, utvrđene su cijene po kojima se fakturišu Fondu te za te lijekove sprovođenje tenderske procedure za nabavku nema svrhu.

Međutim, ova inicijativa nije sagledana na pravi način, čime je propuštena prilika da zajedničkim naporima svih institucija koje se bave ovom problematikom, unaprijedi obezbjeđivanje lijekova za potrebe zdravstvenog sistema u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju, što je od posebnog javnog interesa i šireg društvenog značaja.

-Projekat uvođenja Elektronska kartice zdravstvenog osiguranja

Projekat koji je urađen u Fondu i koji bi omogućio da osiguranici komfornije i sigurnije ostvaruju svoja prava je bilo i uvođenje elektronske kartice zdravstvenog osiguranja sa čipom (umjesto papirne zdravstvene knjižice), gdje smo pored identifikacionih podataka predvidjeli i druge elemente i taj projekat je imao je širi društveni značaj. Završetak projekta uvođenja elektronske zdravstvene kartice bio je planiran do kraja 2018. godine. Benefite od ovog projekta bi imali osiguranici, pružaoци zdravstvenih usluga i zdravstveni radnici kao npr. pojednostavljene procedure, smanjenje zloupotreba korišćenja zdravstvenih usluga bez zdravstvenog osiguranja, manje vremena za administrativne procedure, dodatni administrativni podaci u komunikaciji između zdravstvenih radnika, dodatni medicinski podaci za povećani kvalitet liječenja, unaprijeđeni hardver, softver i internet konekcija. Sveukupno zamisao je bila da se stvori pouzdana sigurna i otvorena infrastruktura za e-zdravlje.

Međutim, kada se krenulo u realizaciju, zamoljeni smo od strane Ministarstva javne uprave (MJU) i Ministarstva unutrašnjih poslova (MUP – a), da projekat stopiramo, jer su tada i oni došli na ideju da uvedu ovakvu vrstu identifikacije. Naravno, odustali smo od dalje realizacije i priključili se projektu nove lične karte.

Razno:

-Izdaci za troškove reprezentacije za 4 godine iznose 3.203,19 €, od čega direktor nije imao ni jedan račun za reprezentaciju. Izdaci se, po ovlašćenju direktora, odnose na organizaciju poslovnih aktivnosti prilikom pregovora o međunarodnim sporazumima o socijalnom osiguranju i posjeta delegacija iz inostranstva;

- Smanjen je broj službenih vozila Fonda, a posljednja nabavka tri vozila izvršena je 2012. godine;

- Direktor Fonda posjeduje Vip karticu po kojoj nema troškova mobilne telefonije na teret Fonda jer je uslov u tenderskom postupku za izbor najpovoljnijeg ponuđača bio da ponuđač/operater ustupi Fondu određeni broj Vip kartica, od kojih jednu za potrebe direktora Fonda, a ostale za potrebe centrale;

Svi projekti i aktivnosti koje se sprovode u Fondu, a koje su prezentovane u ovom izvještaju u najkraćim crtama, dati su na sajtu Fonda kroz izvještaje o radu i poslovanju Fonda, informacije i analize, a u funkciji su transparentnosti i javnosti rada Fonda
--