

JZU OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR

Crna Gora
JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
Broj 8288
Bar 26.09.2022. god.

PLAN INTEGRITETA

Bar, 26.septembar 2022. godine

UVOD:

NAZIV ORGANA VLASTI: OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR
ADRESA: Podgrad bb Stari Bar
TELEFON: 030/342-213
E-MAIL: jzu-ob-bar@t-com.me

IME I ZVANJE ODGOVORNOG LICA ZA IZRADU I SPROVOĐENJE PLANA INTEGRITETA
(MENADŽERA INTEGRITETA): Danijela Mijović, dipl.pravnik

DATUM I BROJ RJEŠENJA O ODREĐIVANJU MENADŽERA INTEGRITETA: 04.05.2021.godine, broj
3690

DATUM I BROJ RJEŠENJA O ODREĐIVANJU ČLANOVA RADNE GRUPE ZA IZRADU PLANA
INTEGRITETA : 04.05.2021.godine, broj 3690-1

ČLANOVI RADNE GRUPE:

Danijela Mijović, dipl.pravnik- koordinator
Branka Milović, dipl.ecc-član
Popović dr Biljana, spec.anesteziolog-član

DATUM POČETKA IZRADE:11.04.2022.

DATUM ZAVRŠETKA IZRADE:26.09.2022.godine

DATUM USVAJANJA PLANA INTEGRITETA:26.09.2022.godine

SADRŽAJ:

1. RJEŠENJE O ODREĐIVANJU ODGOVORNOG LICA ZA IZRADU I SPROVOĐENJE PLANA INTEGRITETA (MENADŽERA INTEGRITETA)
2. RJEŠENJE O ODREĐIVANJU ČLANOVA RADNE GRUPE ZA PRIPREMU I IZRADU PLANA INTEGRITETA
3. PROGRAM IZRADE I SPROVOĐENJA PLANA INTEGRITETA
4. METODOLOGIJA PROCJENE INTENZITETA RIZIKA
5. OBRAZAC PLANA INTEGRITETA
6. ODLUKA O USVAJANJU I STUPANJU NA SNAGU PLANA INTEGRITETA

Crna Gora
JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
Broj 3690
Bar 04.05.2021 god.

Crna Gora
JZU OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR
Broj:3690
Bar,04.05.2021. godine

Na osnovu člana 74 stav 1 Zakona o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 53/14),
starješina/odgovorno lice u organu vlasti, donosi

RJEŠENJE

o određivanju odgovornog lica za izradu i sprovođenje plana integriteta

1) **Mijović Danijela**, sa završenim Pravnim fakultetom, visokim obrazovanjem, raspoređena na radnom mjestu u zvanju Sekretar-pravno-kadrovski poslovi određuje se za lice odgovorno za izradu i sprovođenje plana integriteta (menadžera integriteta).

2) Menadžer integriteta obavljaće naročito poslove koji se odnose na:

- rukovođenje radnom grupom za izradu plana integriteta;
- koordinaciju i učešće u pripremi programa izrade plana integriteta;
- koordinaciju i učešće u sakupljanju i analizi potrebne dokumentacije koja se odnosi na funkcionisanje organa vlasti, a koja predstavlja osnov za procjenu rizika i izradu plana integriteta;
- nadziranje sprovođenja mjera za poboljšanje integriteta;
- u saradnji sa svim orgaizacionim jedinicama sačinjavanje izvještaja o sprovođenju plana integriteta.

3) Prava i obaveze imenovanog lica iz tačke 1 dispozitiva ovog rješenja počinju teći od 04.05.2021. godine.

Obrazloženje

Zakonom o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 53/14) uvedena je obaveza donošenja planova integriteta za sve organe vlasti, u skladu sa Pravilima za izradu i sprovođenje plana integriteta. S tim u vezi, a shodno članu 74 stav 1 istog Zakona propisano je da starješina, odnosno odgovorno lice u organu vlasti rješenjem određuje menadžera integriteta koji je odgovoran za izradu i sprovođenje plana integriteta.

Na osnovu izloženog riješeno je kao u dispozitivu ovog rješenja.

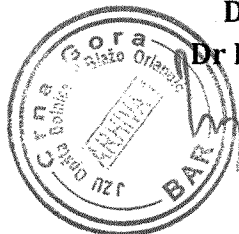
PRAVNA POUKA: Protiv ovog Rješenja može se izjaviti žalba nadležnoj Komisiji za žalbe u roku od 8 dana od dana prijema istog.

DOSTAVLJENO:

- imenovanoj
- dosije
- a/a

DIREKTOR

Dr Igor Karišik



Crna Gora
JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
Broj 3690-1
Bar 04.05.2021 god.

Crna Gora
JZU OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR
Broj:3690-1
Bar,04.05.2021. godine

Na osnovu člana 12 Statuta JZU Opšta bolnica "BLAŽO ORLANDIĆ" Bar direktor donosi

RJEŠENJE

o formiranju radne grupe za pripremu i izradu plana integriteta

1) Obrazuje se radna grupa za pripremu i izradu plana integriteta, u sljedećem sastavu:

- Mijović Danijela, dipl. pravnik, menadžer integriteta
- Milović Branka, dipl. ecc, član radne grupe
- Popović dr Biljana, spec. anesteziologije i reanimatologije, član radne grupe

Obrazloženje

Zadatak radne grupe je da pripremi program izrade plana integriteta, kontinuirano prikuplja i analizira potrebnu dokumentaciju koja se odnosi na funkcionisanje organa vlasti, a koja predstavlja osnov za procjenu rizika i izradu plana integriteta, upozna zaposlene sa potrebom donošenja plana integriteta i dostavi izrađen prijedlog plana integriteta starješini/odgovornom licu u organu vlasti na usvajanje.

Radna grupa u sastavu će početi sa radom 04.05.2021. godine.

Radnoj grupi pripada naknada za rad.

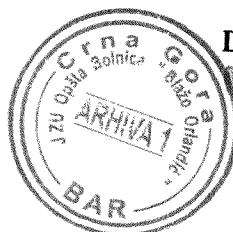
Na osnovu izloženog riješeno je kao u dispozitivu ovog rješenja.

PRAVNA POUKA: Protiv ovog Rješenja može se izjaviti žalba nadležnoj Komisiji za žalbe u roku od 8 dana od dana prijema istog.

DOSTAVLJENO:

- imenovanima
- dosije
- a/a

DIREKTOR
Dr Igor Karišik



3. PROGRAM IZRADE PLANA INTEGRITETA

USTANOVA: JZU Opšta Bolnica "Blažo Orlandić" Bar

ODGOVORNO LICE: Dr Igor Karišik, spec. opšte hirurgije

ČLANOVI RADNE GRUPE: Danijela Mijović, Branka Milović, Biljana Popović

DATUM DONOŠENJA RJEŠENJA: 04.05.2021. godine

DATUM POČETKA IZRADE: 11.04.2022. godine

I. FAZA

OSNIVANJE RADNE GRUPE I PRIKUPLJANJE INFORMACIJA

DATUM: 04.05.2021. godine

1. PRIPREMNA FAZA

Rukovodilac donosi odluku o izradi Plana integriteta i imenovanju radne grupe (Rukovodilac)

Najkasnije do: 31.08.2022. godine

2. Radna grupa sakuplja potrebnu dokumentaciju, informacije od zaposlenih i priprema program izrade plana integriteta (Radna grupa)

Najkasnije do: 26.09.2022. godine

3. Upoznavanje zaposlenih sa potrebom donošenja plana integriteta (Radna grupa i Rukovodilac)

Najkasnije do: 15.09.2022. godine

II. FAZA

UTVRĐIVANJE POSTOJEĆIH MJERA

DATUM: 26.09.2022. godine

PROCJENA POSTOJEĆEG STANJA I UTVRĐIVANJE INICIJALNIH FAKTORA RIZIKA

1. Intervjui sa zaposlenima
2. Popunjavanje anonimnog upitnika putem interneta (Radna grupa)
3. Ocjena izloženosti rizicima i razgovor sa zaposlenima (Radna grupa)

Najkasnije do: 20.09.2022.godine

III. FAZA

PLAN MJERA ZA PODIZANJE NIVOVA INTEGRITETA

DATUM:

1. Upoznavanje zaposlenih sa rizicima narušavanja integriteta, ocjenom izloženosti i planom mjera za poboljšanje integriteta (Rukovodilac)
2. Popunjavanje obrasca PI i priprema konačnog izveštaja (Radna grupa)
3. Usvajanje izrađenog plana integriteta zajedno sa mjerama poboljšanja (Rukovodilac)
4. Završena izrada plana integriteta ustanove najkasnije do: 26.09.2022.godine

JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar je dopisom broj 03-02-1887 od 20.07.2022. godine, obavještena od strane Agencije za sprečavanje korupcije o obavezi donosenja Plana integriteta u skladu sa Zakonom o spriječavanju korupcije (Sl.listCG br.53/14 I 42/17) kao i pravilima za izradu i sprovođenje Plana integriteta za period 2022-2024.godine. U okviru pripremne faze, kao što je već gore navedeno, direktor JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar, donio je rješenje o imenovanju menadžera Plana integriteta kao i rješenje o formiranju radne grupe 04.05.2021.godine i istima izdao nalog za postupanje u skladu sa tekstom predmetnog obavještenja.

Sledeći korak u okviru ove faze je podrazumijevao obavještenje i upoznavanje zaposlenih sa izradom Plana integriteta (bitnim elementima istog) a zatim prikupljanje dokumentacije i informacija od zaposlenih kao i priprema programa izrade plana integriteta. Sa tim u vezi je menadžer plana integriteta, dana 30.08.2022. godine, uputio dopis broj 7559/30.08.2022. godine, kojim je sve zaposlene u ustanovi obavijestio da radna grupa radi na izradi Plana integriteta od 11.04.2022.godine, a zaposleni su obaviješteni da se kako bi se informisali o pripremi plana integriteta za naredni period, neophodnoj podršci u radu i dužnosti svakog zaposlenog, da pomaže i aktivno učestvuje sa rukovodiocem i članovima radne grupe u njenoj izradi.

Radna grupa je za izradu plana integriteta izvršila popis propisa, planova, izvještaja unutrašnjih kontrola i revizije, analize stanja i evidencije kao i druge izvore saznanja o oblastima područjima i radnim procesima za pripremu plana integriteta. U tom dijelu su objedinjeni akti koji se odnose na poslovne procese i organizacionu strukturu u ustanovi, a koji služe kao osnova za postupanje svih zaposlenih.

3.2. KONAČNI IZVJEŠTAJ O IZRADI PLANA INTEGRITETA

PREGLED I ANALIZA NORMATIVNIH AKATA

JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar je ustanova sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita je organizovana i sveobuhvatna djelatnost društva sa ciljem očuvanja, zaštite i unapređenja zdravlja građana, sprečavanja i suzbijanja bolesti i povreda, ranog otkrivanja bolesti, blagovremenog liječenja i rehabilitacije.

Zdravstvena zaštita se obavlja u okviru sistema zdravstvene zaštite koji je definisan Ustavom, zakonskim i podzakonskim aktima.

Navodimo najbitnije akte:

1. Radna grupa je izvršila popis svih normativnih akata kojima se reguliše rad institucije u Crnoj Gori i to:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti
- Zakon o zdravstvenom osiguranju
- Zakon o pravima pacijenata
- Zakon o zdravstvenoj njezi pacijenata
- Zakon o lijekovima
- Zakon o medicinskim sredstvima
- Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti
- Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva
- Zakon o javnim nabavkama
- Zakon o slobodnom pristupu informacijama
- Zakon o sprečavanju korupcije
- Zakon o zaštiti tajnih podataka
- Zakon o zaštiti od diskriminacije na radnom mjestu

2. Intema akta institucije:

- Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
- Etički kodeks
- Statut JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
- Pravilnik o kancelarijskom i arhivskom poslovanju
- Pravilnik o kontinuiranoj edukaciji zaposlenih u JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
- Pravilnik o načinu i postupku sprovođenja unutrašnjeg nadzora nad stručnim radom
- Pravilnik o čuvanju poslovne tajne
- Pravilnik o upotrebi motornih vozila
- Poslovnik o radu komisije za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite

- Vodič za pristup informacijama u posjedu JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
- Pravilnik o edukaciji i stručnom usavršavanju zaposlenih
- Pravilnik o zaštiti i zdravlju na radu
- Pravilnik o postupku JN male vrijednost
- Uputstvo sprovođenju postupka male vrijednosti
- Uputstvo o sprovođenju postupka
- Pravilnik o načinu raspolaganja poklonima javnih funkcionera

3. Strategije i akcioni planovi:

- Strategija razvoja zdravstva Crne Gore
- Zdravstvena politika u Crnoj Gori
- Master plan razvoja zdravstva Crne Gore
- Master plan razvoja zdravstva Crne Gore za period 2017. – 2022.g.
- Evaluacija programa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori
- Akcioni plana za borbu protiv korupcije u oblasti zdravstva
- Akcioni plan za period od 2017-2022. godine

PREGLED ORGANIZACIJE INSTITUCIJE

Radna grupa je u dijelu organizacije izvršila inicijalni pregled i popis:

1. Sistematizacije - organizacione strukture u ustanovi,
2. Godišnjeg rasporeda poslova u ustanovi,
JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar svake godine u skladu sa Programom zdravstvene zaštite izrađuje Plan rada.
3. Budžeta ustanove.

Budžet JZU Opšta bolnica „Blažo Orlandić“ Bar za 2022 godinu , urađen je na osnovu Odluke o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za 2022. godinu, planiranih sopstvenih prihoda i potreba ustanove.

PREGLED I ANALIZA KADROVSKIH KAPACITETA

Radna grupa je u djelu organizacije izvršila inicijalan pregled kadrovskih kapaciteta institucije po obrazovnoj strukturi i opisu radnih mjesta, nedostajućem broju zaposlenih i to:

1. Pregled stručne spremlje - kvalifikacije zaposlenih,

Radna grupa je u djelu organizacije izvršila inicijalan pregled kadrovskih kapaciteta JZU Opšta bolnica „Blažo Orlandić“ Bar po obrazovnoj i stručnoj strukturi, nedostajućim kapacitetima i pripremila statistički izvještaj sa sljedećim podacima i to:

Pregled stručne spremlje - kvalifikacija zaposlenih:

Struktura zaposlenih	Medicinski radnici	Nemedicinski radnici	ukupno
Nk-PK	0	54	54
KV	0	2	2
VKV	0	8	8
SSS	132	12	144
VŠS	7	1	8
VSS	35	10	45
dr sci. mr sci. spec. i subspec.	76	0	76
UKUPNO	250	87	337

2. Analiza upravljanja ljudskim resursima (opciono ako postoji dokument): Radna grupa smatra da ključnu ulogu u sprovođenju plana integriteta ima ljudski faktor, plan je zahtjevan, kompleksan i zahtijeva profesionalno i stručno osposobljavanje. Za poboljšanje ljudskih resursa treba voditi računa o sljedećem:

-o zapošljavanju

-o poboljšavanju životnog standarda zaposlenih

-mogućnost stručnog osposobljavanja i usavršavanja

Značajan broj medicinskih radnika (doktora, sestara i tehničara) je tokom protekle godine prisustvovalo raznim seminarima i edukacijama a u cilju sticanja znanja i razmjene isustava u cilju postizanja savremenih zdravstvenih standarda.

3. Godišnjeg izvještaja o radu

JZU Opšta bolnica „Blažo Orlandić“ Bar je ustanova sekundarnog nivoa koja svoju djelatnost ostvaruje kroz bolničku, specijalističko –konsultativnu i dijagnostičku djelatnost.

Sa postojećim kadrom, u okviru postelnog fonda od 174 kreveta (161 +13 dječji box), odnosno 184 kreveta nakon dopune postelnog kapaciteta infektivnog odjeljenja, tokom 2019 godine, kroz bolničku djelatnost:

-Hospitalizovano je 5453 pacijenata od čega su 1.019 pacijenta na infektivnom odjeljenju. U 2020 godini je na bolničkom liječenju bilo 2.062 pacijenta manje u odnosu na 2019. godinu (27,44%)

-Ostvareno je 31.787 BO dana, od čega 8.727 na covid odjeljenju. Ostvareni broj BO dana je za 14.162 BO dana odnosno 30,82% manje u odnosu na 2019. godinu.

- Prosječna dužina liječenja po pacijentu iznosi 5,83 dana na nivou bolnice, odnosno 8,56 dana na nivou infektivnog odjeljenja. Prosječna dužina liječenja u 2020 godini je za 4,65% manja u odnosu na 2019. godinu kada je iznosila 6,11 dana.

INDIKATORI BOLNIČKE DJELATNOSTI U 2020. GODINI

	br kreveta- staro stanje	br kreveta- novo stanje	broj pacijenata	%učešće odjeljenja	broj bo dana	%učešće odjeljenja	prosječna dužina liječenja
HIRURGIJA SA OP BLOKOM	39	11	1120	20.54%	6319	19.88%	5.64
Odjeljenje opšte hirurgije	29		997		5639		5.66
Odjeljenje ortopedije	2		23		56		2.43
Odjeljenje urologije	8		100		624		6.24
INTERNA MEDICINA	59		1380	25.31%	10816	34.03%	7.84
Odjeljenje opšte interne mediciner	39		871		6272		7.20
Odjeljenje neurologije	9		193		2092		10.84
Coronarna jedinica	11		316		2452		7.76
INFJEKTIVNO ODJELJENJE		105	1019	18.69%	8727	27.45%	8.56
PEDIJARIJA	32	32	815	14.95%	2412	7.59%	2.96
Odjeljenje pedijatrije	19	19	267		1071		4.01
Odjeljenje neonatologije	13	13	548		1341		2.45
GINEKOLOGIJA I AKUŠERSTVO	36	36	1119	20.52%	3513	11.05%	3.14
Odjeljenje ginekologije	19	19	550		1635		2.97
Odjeljenje akušerstva	17	17	569		1878		3.30
UKUPNO	166	184	5453		31787		5.83

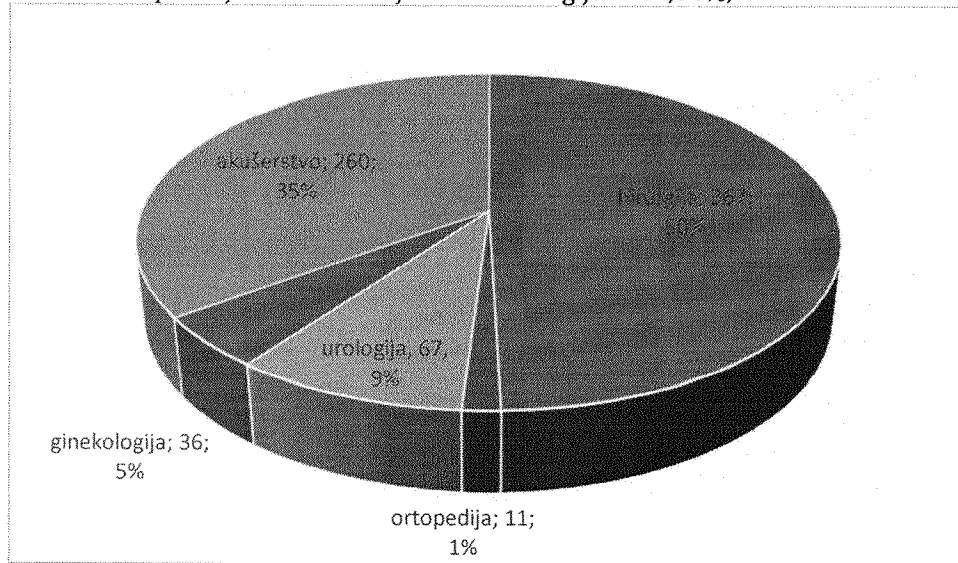
Uporedni indikatori bolničkog poslovanja za prethodne 4 godine

INDIKATORI BOLNIČKOG POSLOVANJA	2017	2018	2019	2020	razlika 2020- 2019	stopa rasta/pada 2019/2018
broj pacijenata	7708	7681	7515	5453	-2062	-27.44%
broj BO dana	47717	45899	45949	31787	-14162	-30.82%
prosječna dužina liječenja	6.19	5.98	6.11	5.83	-0.28	-4.65%
stopa iskorišćenosti	75.13%	72.27%	72.35%	52.46%	-19.89%	-27.49%

U 2020 godini urađeno je 739 operacija sa sljedećom strukturom po granama i složenosti

odjeljenje	5-20	21-50	51-120	121-180	preko 180	UKUPNO
hirurgija	14	216	114	23		367
ortopedija	5	5	1			11
urologija	5	26	30	2	2	65
ginekologija	6	14	13	3		36
akušerstvo		1	259			260
SVEGA	30	262	417	28	2	739

U strukturi operacija dominantno je učešće hirurgije sa 47,04%,



Broj ostvarenih operacija u 2020 godini je 739, što je za 358 operacija odnosno 32,63% manje u odnosu na 2019.godinu.

Tokom 2019. Godine realizovano dijalize od čega 2161 osiguranicima fonda za zdravstveno osiguranje CG, I po osnovu međunarodnih konvencija o osiguranju .

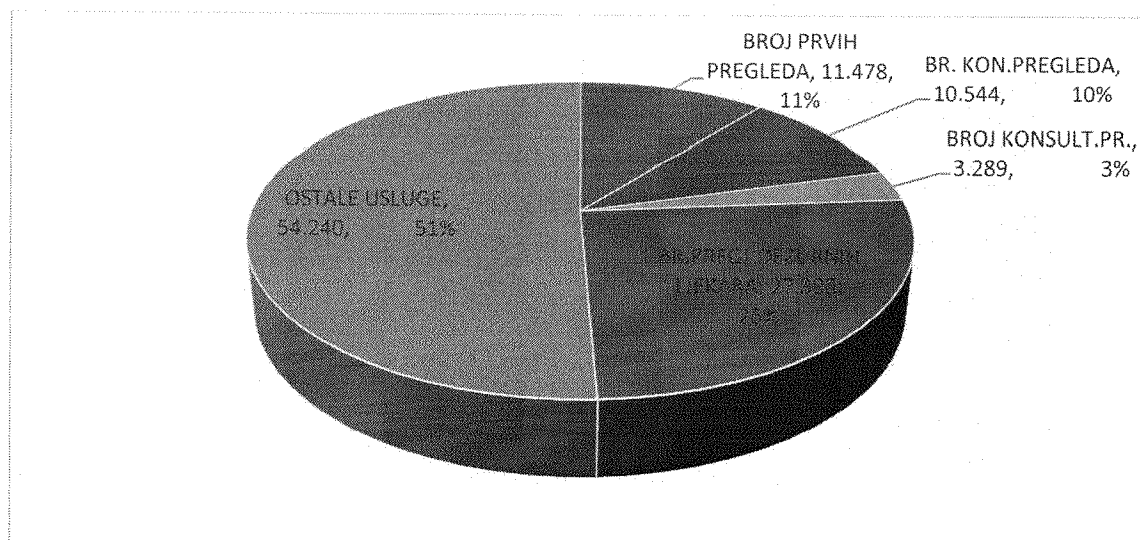
U 2020 godini urađeno je 550 porođaja .

SPECIJALISTIČKO KONSULTATIVNA DJELATNOSTI

Kroz specijalističko konsultativnu djelatnost pruženo je ukupno 106.947 usluga . Ostvareni obim usluga kroz specijalističke ambulante je za 87.341 odnosno 44,95% manja u odnosu na prethodnu godinu. Zbog postojeće epidemiološke situacije ambulante nijesu rradile jedan vremenski period.

PROJ PREGLEDA-USLUGA kroz specijalističko konsultativnu djelatnost	2019	2020	razlika 2020-2019	stopa rasta/pada 2019/2018
PRVI PREGLEDI	21,293	11,478	-9815	-46.09%
KONTROLNI PREGLEDI	18,462	10,544	-7918	-42.89%
KONSULTANTSKI PREGLEDI ZA LEŽ.PAC,	4,473	3,289	-1184	-26.47%
PREGLEDI DEŽURNOG LJEKARA	22,365	27,396	5031	22.49%
OSTALE USLUGE	127,695	54,240	-73455	-57.52%
UKUPNO	194,288	106,947	-87341	-44.95%

U strukturi usluga ostvarenih kroz specijalističko konsultativnu djelatnost, prvi pregledi učestvuju sa 11%, kontrolni pregledi 10%, konsultativni pregledi sa 3%, pregledi dežurnih ljekara 25% , tj ukano ljekarski pregledi čine 49% usluga. Ostale usluge čine 51% ukupnih usluga.



INDIKATORI DIJAGNOSTIČKE DJELATNOSTI u 2020 godini

	BROJ PRVIH PREGLEDA	OSTALE USLUGE	UKUPNO
laboratorijska dijagnostika	0	607,208	607,208
rtg dijagnostika	14,211	25,541	39,752
mamografija	244	282	526
CT	1,227	4,873	6,100
UZ	2	8,445	8,447
Dopler krvnih sudova	0	2,222	2,222
UZ kukova kod djece	0	298	298

Uporedni pregled indikatora dijagnostičke djelatnosti u period 2017-2020 godina

	2017	2018	2019	2020	razlika 2020-2019	stopa rasta/pada 2019/2018
laboratorijska dijagnostika	454,255	507,090	534,865	607,208	72,343	13.53%
rtg dijagnostika	27,075	28,995	28,394	25,541	-2,853	-10.05%
CT	6,337	7,013	7,547	4,873	-2,674	-35.43%
mamografija	308	501	595	282	-313	-52.61%
UZ	16,888	14,587	12,637	8,445	-4,192	-33.17%
dopler		2,341	2,316	2,222	-94	-4.06%
Uz kukova bebe		451	408	298	-110	-26.96%

Kroz službu laboratorijske dijagnostike, tokom 2020 godine ostvareno je **607.208** laboratorijskih analiza što je 72.343 analiza ili 13,53% više u odnosu na 2019 godinu.

Služba za RTG dijagnostiku tokom 2020 godine je realizovala:

Služba za RTG dijagnostiku tokom 2020 dogine je realizovala:

- 25.541 RTG slike što je 10,5% manje u odnosu na prethodnu godinu,
- 4.873 CT slike, čime je ostvarila 35,43% manje u odnosu na prethodnu godinu
- 282 mamografska snimka što je polovina prošlogodišnjeg rezultata,
- 8.445 UZ pregleda ,što je za 4192 odnosno 33,17% manje u donosu na 2019.godinu
- 2.222 dopler krvnih sudova što čini 96% broja istih usluga za 2019.godinu i
- 298 UZ kukova beba , što je u odnosu na 2019 (kada je ostvareno 408) manje za 110 UZ pregleda odnosno 26,96%.

Budući da su u toku sravnjenja knjigovodstvenih evidencija sa dobavljačima I kao I faktureisanje usluga prema Fondu zdravstva , još nijesu konačni podaci o finansijskom poslovanju (prihodi , rashodi, novčani tok, realizacija ugovora o

4. Predstavki i pritužbi na rad institucije

Zaštitnik prava pacijenata

Tabelarni prikaz na broj i vrstu pritužbi od strane pacijenata po mjesecima u 2021. godini:

kvalitet zdravstvenih usluga	Postupak zdravstvenih radnika ili saradnika	Način naplaćivanja zdravstvenih usluga	Organizacija zdravstvene službe	Vrijeme čekanja na zdravstvene usluge	ostalo	ukupno
16	12	0	2	1	3	34

Napominjemo da su u izvještaju uračunate i primjedbe koje se odnose na slučajeve koji su odmah riješeni.

5.Izvještaj o javnim nabavkama

JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar sprovodi nabavke roba , usluga i radova u skladu sa Zakonom o javnim nabavkama, Planom javnih nabavki i Pravilnicima I uputstvima ustanove za nabavke male vrijednosti i hitne nabavke.

6.Međuinstitucionalna saradnja i saradnja sa civilnim sektorom.

Obzirom na djelatnost kojom se bavi ova ustanova, njen rad prvenstveno mora biti transparentan, javno i informativno na usluzi brojnim korisnicima usluga, a sve sa ciljem unapređenja usluga zdravstvene zaštite.

Ustanova je u potpunosti otvorena prema svim državnim institucijama, organima, organizacijama, i pojedincima u skladu sa zakonskim i drugim pozakonskim aktima kojima se definiše rad ove ustanove, kontinuirano sprovodi zakonom utvrđene nadležnosti i realizuje planove i programe Ministarstva zdravlja.

JZU Opšta bolnica »Blažo Orlandić« Bar ima dobru međuinstitucionalnu saradnju kao i saradnju sa civilnim sektorom (zdravstvene ustanove, centri za socijalni rad, nevladine organizacije, privredni subjekti, škole, institucije, mediji) i dr.

Radna grupa je sprovela sledeće aktivnosti:

1. Održala je svake nedjelje radne sastanke radi pripreme i izrade što kvalitetnijeg plana integriteta,
2. Izvršila je obradu i analizu Izvještaja koji se odnose na sve segmente rada i postojanja Bolnice. Nakon završene prve faze, pristupilo se realizaciji druge faze koja podrazumijeva procjenu postojećeg stanja i mjerenje inteziteta rizika. Ova faza podrazumijeva vršenje intervjua sa zaposlenima putem sprovedene ankete. Cilj ovih intervjua je bio da službenici budu upoznati sa potrebom i ciljem izrade plana integriteta u potpunosti, kao i prikupljanje bitnih i neophodnih podataka o radnim mjestima koja pokrivaju isti. Naime opis radnih mjesta datih u sistematizaciji je neophodan osnov za vršenje procjene rizika. Ta saznanja su od velikog značaja za vršenje same procjene rizika radnih mjesta. Nakon upoznavanja zaposlenih sa planom integriteta, pristupilo se popunjavanju upitnika koji je sprovela radna grupa.

Analizom radnih mjesta, utvrdili smo određene mjere bezbjednosti koje postoje i koje se primjenjuju:

- Princip četiri oka-svaki završeni radni zadatak ili potreba donošenje odluke se verifikuje od strane neposredno nadređenog, tako da može doći i do tri kruga provjere, u zavisnosti od nivoa službenika koji obavlja radni zadatak;
- Radni zadaci se dodjeljuju službenicima prema određenim kriterijumima (radno mjesto, zvanje, iskustvo i dr.);
- Kontinuirano se radi na edukaciji službenika i njihovom stručnom usavršavanju;
- Zastupljena je saradnja kako između kolega, tako i između organizacionih jedinica u domenu pružanja pomoći ili razmijene stručnog misljenja. S obzirom na osjetljivost podataka, ova mjera može biti ograničena stepenom tajnosti predmeta u kom slučaju određeni službenik ne smije koristiti pomoć jer ima zaduženje koje ga ograničava u korišćenju ove mjere;
- Uvedeno je obavezno podnošenje izvještaja i precizna statistika (na dnevnom, mjesečnom, kvartalnom, polugodišnjem i godisnjem nivou);
- Svaki radni zadatak mora biti praćen pisanim tragom i dokumentacijom, dok rad u sistemu Elektronskog upravljanja dokumentima (EDM S) ostavlja i elektronski trag.

Sledeća faza podrazumijeva predlaganje mjera za podizanje integriteta na osnovu već izvršenih procjene i analiza koje su opisane u prethodnim fazama rada i mjera koje su navedene u dolje prikazanom obrascu.

pojavu korupcije ili drugih oblika narušavanja integriteta sa »veoma velikom« posljedicom (**rizik visokog intenziteta**).

Status rizika od prethodne provjere

↔ Bez promjena

↑ Povećan rizik

↓ Smanjen rizik

Datum provjere:

Provjeru izvršio-la:

*Legenda:

procjena rizika	nizak	srednji	visok
	1-15	16-48	49-100

**Legenda:

Napredak stanja od prethodne provjere	bez promjena	povećan rizik	smanjen rizik
	↔	↑	↓

4. METODOLOGIJA PROCJENE INTENZITETA RIZIKA

LEGENDA TERMINA I SIMBOLA

Intenzitet rizika dobija se množenjem vjerovatnoće i posljedice, upotrebom matrice rizika „vjerovatnoća(1-10) x posljedica(1-10)” koja je prikazana na slici ispod.

POSLEDICA	ozbiljna	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
-----------	----------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ukupna procjena rizika od korupcije i drugih oblika narušavanja integriteta

- /V Rizik visok intenziteta – Korupcija ili drugi oblici narušavanja integriteta su već prisutni u ovom procesu ili je vrlo vjerovatno da će se pojaviti
- /S Rizik srednjeg intenziteta – Pojava korupcije ili drugih oblika narušavanja integriteta u ovom procesu je moguća, ali se mjerama kontrole upravlja tim rizikom
- /N Rizik niskog intenziteta – Mala je vjerovatnoća da će se pojaviti korupcija ili drugi oblici narušavanja integriteta u ovom procesu, zbog postojećih mjera kontrole

Ocjena rizika:

Ocjene su od 1 do 100, tako da ocjene od 1-15 predstavljaju »najmanju vjerovatnoću« pojave korupcije ili drugih oblika narušavanja integriteta sa »veoma malom« posljedicom (**rizik niskog intenziteta**), ocjene od 16-48 predstavljaju »srednju vjerovatnoću« pojave korupcije ili drugih oblika narušavanja integriteta sa »umjerenom« posljedicom (**rizik srednjeg intenziteta**) dok ocjene od 49-100 znači »skoro izvjesnu«

pojavu korupcije ili drugih oblika narušavanja integriteta sa »veoma velikom« posljedicom (**rizik visokog intenziteta**).

Status rizika od prethodne provjere

↔ Bez promjena

↑ Povećan rizik

↓ Smanjen rizik

Datum provjere:

Provjeru izvršio-la:

*Legenda:

procjena rizika	nizak	srednji	visok
	1-15	16-48	

**Legenda:

Napredak stanja od prethodne provjere	bez promjena	povećan rizik	smanjen rizik
	↔	↑	↓

Oblasti rizika:

Opšte oblasti:

1. Rukovođenje i upravljanje;
2. Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih;
3. Planiranje i upravljanje finansijama;
4. Čuvanje i bezbjednost podataka i dokumenata.

Posebne oblasti:

5. Prava pacijenata
6. Slobodan pristup informacijama

Registar rizika i tabelarni prikaz aktivnosti na sprovođenju plana integriteta

Legenda termina i simbola

Ukupna procjena rizika od korupcije i drugih oblika narušavanja integriteta

- V Rizik visokog intenziteta – Korupcija je već prisutna u ovom procesu ili je vrlo vjerovatno da će se pojaviti.
- S Rizik srednjeg intenziteta – Pojava korupcije u ovom procesu je moguća, ali se mjerama kontrole upravlja tim rizikom.
- N Rizik niskog intenziteta – Mala je vjerovatnoća da će biti korupcije u ovom procesu, zbog postojećih mjera kontrole.

Ocjena rizika:

Ocjene su od 1 do 100, tako da ocjene od 1-15 predstavljaju »najmanju vjerovatnoću« pojave korupcije sa »veoma malim« uticajem (rizik niskog intenziteta), ocjene od 15-49 predstavljaju »srednju vjerovatnoću« pojave korupcije sa »umjerenim« uticajem (rizik srednjeg intenziteta) dok ocjene od 49-100 znači »skoro izvjesnu« pojavu korupcije sa »veoma velikim« uticajem (rizik visokog intenziteta).

Napredak stanja od prethodne provjere:

- ↔ Bez promjena
- ↑ Povećan rizik
- ↓ Smanjen rizik

REGISTAR RIZIKA				PROCJENE I MJERENJE RIZIKA						REAGOVANJE NA RIZIK				PREGLED I IZVIJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjer.	Po- sli- ed- ice	Pr- oc- je- n- a	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Ogovorna osoba	Rok	St.	Kratak opis i ocjena realizacije mjere			
1.1 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor	Narušavanje principa transparentnosti Narušavanje integriteta institucije	Zakon o radu	Nedovoljna transparentnost prilikom oglašavanja slobodnih radnih mjesta;	2	2	4	Donošenje internog akta kojim se preciziraju procedure zapošljavanja u pogledu trajanja oglasa, provjere radne sposobnosti kandidata i slično.		Kontinuirano	↔				
1.2 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	svi zaposleni	Primanje nedozvoljenih poklona ili druge nedozvoljene koristi	Zakon o sprječavanju korupcije	Primanje poklona (javnih funkcionera) suprotno odredbama Zakona o sprječavanju korupcijeNepoštovanje zakonske obaveze evidentiranja primljenih poklona i njihove vrijednostiNedostavljanje Agenciji za sprječavanje korupcije izvoda iz evidencije poklona	2	2	4	Određiti lice koje je zaduženo za evidenciju poklona javnih funkcioneraVršiti redovnu kontrolu evidencije o primljenim poklonimaDostaviti Agenciji za sprječavanje korupcije izvod iz evidencije poklona na propisanom obrascu, do kraja marta tekuće godine za prethodnu godinu.	rukovodilac institucije	kontinuirano	↔				
1.3 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	rukovodilac institucije	Narušavanje principa transparentnosti	Zakon o sprječavanju korupcije	Neblagovremeno i nepotpuno dostavljanje izvještaja o imovini i prihodima	2	6	12	Upoznati zaposlene - javne funkcionere, kroz formu dostavljenog obavještenje da su obavezni da prijave poklone do kraja marta prethodne godine u tekućoj godini	rukovodilac institucije	kontinuirano	↔				

[illegible]

[illegible]

1.8 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	rukovodilac institucije rukovodilac službe	Nesavjestan rad Nesavjesno čuvanje podataka i dokumenata od strane zaposlenih u njihovom radu Nesavjesno postupanje sa dokumentacijom	Interna akta institucije Zakoni i podzakonska akta	Određen broj službenika nema položen poseban stručni ispit	1 8	Naložiti svim rukovodiocima organizacionih jedinica da obezbjeđe puno sprovođenje obaveze o opštem i posebnom programu obuka za sve zaposlene u roku od 6 mjeseci	rukovodilac službe	u skladu sa zakonom	↔	
1.9 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	rukovodilac institucije rukovodilac službe	Neefikasna i neracionalna kadrovska politika	Interna akta institucije	Nedovoljni kadrovski kapaciteti u određenim organizacionim jedinicama	3 24	Izvršiti procjenu potrebnog kadra za efikasno sprovođenje poslova iz nadležnosti institucije Popuniti upražnjena radna mjesta u skladu sa Pravilnikom o sistematizaciji i organizaciji radnih mjesta	rukovodilac institucije rukovodilac službe	kontinuirano	↔	
1.1.1 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	rukovodilac institucije rukovodilac službe svi zaposleni	Sukob interesa	Etički kodeks Zakoni i podzakonska akta	Mogućnost nastanka sukoba interesa prilikom donošenja odluka i sprovođenja zakonskih procedura	2 18	Kontrola primjene etičkog kodeksa i zakonske regulative (najmanje jednom polugodišnje organizovati sastanke zaposlenih na kojima će se diskutovati o tipičnim izazovima u svakodnevnom radu i kako da se na etičan način odgovori na njih, uključujući predmete koji se odnose na prijave pacijenata i NVO; Izvršiti pregled slučajnog uzorka dosijea/odluka/ugovora zbog mogućeg postojanja sukoba interesa, uključujući provjeru imovinskih	rukovodilac institucije rukovodilac službe svi zaposleni	kontinuirano	↔	

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

2.2 Planiranje i upravljanje finansijama	rukovodilac institucije rukovodilac finansijske službe	Neadekvatno planiranje i izvršavanje budžeta	Zakoni i podzakonska akta Obaveza sastavljanja izvještaja	Neadekvatno i nedovoljno transparentno trošenje budžetskih sredstava	4	32	Analiza troškova po ekonomskoj klasifikaciji i nosiocima troškova	rukovodilac institucije rukovodilac finansijske službe	kontinuirano	↔
2.3 Planiranje i upravljanje finansijama	rukovodilac institucije službenik za javne nabavke	Neadekvatno sprovođenje postupaka javnih nabavki Prekoračenje i zloupotreba službenih nadležnosti Nepoštovanje pravila i postupaka utvrđenih Zakonom o javnim nabavkama	Zakoni i podzakonska akta Obaveza sastavljanja izvještaja Ugovor o javnoj nabavi	Neekonomično korišćenje budžetskih sredstava Ugrožavanje načela zakona o javnim nabavki Odstupanje od realizacije aktivnosti predviđenih ugovorima o javnoj nabavi	3	21	Postupanje u skladu sa zakonom o javnim nabavkama i pravilnicima o njihovoj primjeni Uključivanje stručnih lica u svim fazama javne nabavke	rukovodilac institucije službenik za javne nabavke rukovodioci	Kontinuirano	↔

[illegible]

					I njihove vrijednosti Nedostavljanje Agenciji za sprječavanje korupcije pisanog izvještaja o primljenim sponzorstvima i donacijama	Vršiti redovno kontrolu evidencije primljenih sponzorstvima i donacijama	Dostaviti Agenciji za sprječavanje korupcije do kraja marta tekuće godine za prethodnu godinu pisani izvještaj o primljenim sponzorstvima i donacijama sa kopijom dokumentacije u vezi sa tim sponzorstvima ili donacijama, na propisanom obrascu	Službena putovanja lijekara i drugog osoblja (kongresi, seminari i dr) koje finansiraju farmaceutske kuće i drugi donatori, treba organizovati na način kojim se ne može uputiti poziv na ime zaposlenog ,već na ustanovu	Ustanova će na predlog službe/odjeljenja i mišljenja direktora odrediti zaposlenog koji će ići na ove vidove stručnog usavršavanja. Zaposleni je po povratku dužan je dostaviti pismeni izvještaj o sprovedenim aktivnostima.	rukovodilac institucije	kontinuirano	↔		
3.3 Rukovođenje i upravljanje	rukovodilac institucije	Narušavanje integriteta institucije Gubitak povjerenja građana u rad	Interna akta institucije Zakoni i podzakonska akta	Neadekvatno sprovođenje nadzora i kontrola nad radom organizacionih jedinica / organa	2	18	Redovno dostavljanje izvještaja o spovedenim kontrolama (mjesečni izvještaji)							

3.4 Rukovođenje i upravljanje	rukovodilac institucije rukovodilac službe	službenika i institucije	Zakoni i podzakonska akta Interni akta institucije Izveštaj o radu Izveštaji relevantnih domaćih i međunarodnih subjekata	Neadekvatno kreiranje politike razvoja i upravljanja (utvrđivanje misije, vizije, strategija i planova)	3	24	Praćenje realizacije preporuka za unapređenje rada	rukovodilac institucije rukovodilac službe	kontinuirano	↔	
								Osigurati učešće svih relevantnih subjekata i jedinica prilikom kreiranja politike razvoja i upravljanja putem održavanja redovnih sastanaka sa rukovodiocima službi i odjeljenja kroz kolegijume, redovne velike vizite, sastanci u organizacionim jedinicama - kroz izvještaje o radu službi i odjeljenja i izrada planova za naredni period.			
								Napraviti model za procjenu učinkovitosti i uspješnosti organizacije kroz iskazanu spremnost za kontinuiran rad			
								Razmotriti preporuke relevantnih subjekata koje se odnose na razvoj institucije kroz davanje mišljenja kod izrade projekata i strategija.			
								Uključenost NVO sektora u radne grupe za izradu propisa i drugih strateških akata			

3.5	Rukovođenje i upravljanje	rukovodilac institucije rukovodilac službe	Neadekvatno strateško planiranje rada institucije	Zakoni i podzakonska akta Podjela radnih zadataka	Odstupanja u sprovođenju strategije razvoja institucije, programa i planova rada; Nedovoljna i nekoordinisana saradnja između različitih organizacionih jedinica;	3 21		Sprovedeni avnih rasprava Povećati broj stručnih saradnika	rukovodilac institucije rukovodilac službe	kontinuirano	↔	
4.1	Čuvanje i bezbjednost podataka i dokumenata	rukovodilac institucije rukovodilac IT službe	Čuvanje informacija Iskorišćavanje javne funkcije ili službenog položaja Ugrožavanje zaštite podataka	Interna akta institucije Pojčan stručni nadzor	Nedovoljna IT bezbjednost podataka kao i njihovo korišćenje za privatne svrhe Neadekvatno postupanje sa službenom dokumentacijom i informacijama zbog nedovoljnih mjera fizičke bezbjednosti i tehničke sigurnosti.	2 6 12		Obezbijediti kontinuirani stručni nadzor nad podacima Obučiti zaposlene o bezbjednom rukovanju podacima u elektronskoj formi	rukovodilac institucije rukovodilac IT službe	kontinuirano	↔	

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

8.1 komisija za zaštitu od intra-hospitalnih infekcija	Zaposleni koje imenuje direktor	Neadekvatno sprovođenje Zakona i podzakonskih akata Narušavanje integriteta institucije	Zakoni i podzakonska akta Zaključci komisije	Nepostupanje u skladu sa važećim propisima i aktima ustanove	3	24	Redovno održavati sastanke na kojima se razmatraju pitanja od značaja za suzbijanje bolničkih infekcija prema epidemiološkoj situaciji, kao i postupke u okviru mjera za prevenciju i suzbijanje	direktor predsjednik Komisije	↔	
							smanjivanje neželjenih, nepotrebnih i neodgovarajućih procesa preduzeti mjera stručnog usavršavanja i edukacije zdravstvenih radnika da prati i analizira rezultate ankete o procjeni i zadovoljstvu pacijenata da donosi mjere za racionalno korišćenje radnog vremena podnosi periodične izvještaje odgovornom licu – direktoru Vršiti nasumične provjere na licu mjesta u vezi sa sprovedenim medicinskim odlukama i njihovom usklađenošću sa regulativom			

9.1 Bolnička odjeljenja, odsjeci i službe	Radno mjesto	Neadekvatno sprovođenje Zakona i podzakonskih akata Narušavanje integriteta ustanove	Zakoni i podzakonska akta zaključci komisija i nalozi direktora	Nepoštovanje važećih propisa i akata poslodavaca	2 6 12	bolničkih određuje metod u praćenju bolničkih infekcija prema preporuci specijaliste epidemiologije prati primjenu preporuka i mjera za prevenciju i suzbijanje bolničkih infekcija analizira kretanje bolničkih infekcija i utvrđuje prioritete u epidemiološkom nadzoru podnosi periodične izvještaje odgovornom licu - direktoru ustanove i Institutu za javno zdravlje	direktor načelnik/šef	↔	
---	--------------	---	---	--	--------------	--	--------------------------	---	--

[illegible]

Crna Gora
JZU OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR
Broj: 6618
Podgorica, 22.09.2020. godine

ODLUKA O USVAJANJU I STUPANJU NA SNAGU PLANA INTEGRITETA

Na osnovu člana 71 stav 1 Zakona o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 53/14 I 42/17), člana 75 stav 1 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list Crne Gore", br. 03/16, 39/16, 02/17, 44/18 i 82/20) i člana 12 Statuta JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar direktor donosi,

ODLUKU

- 1) Usvaja se i stupa na snagu Plan integriteta JZU OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR
- 2) Zadužuje se menadžer integriteta da najmanje jednom godišnje podnese pisani izvještaj o realizaciji mjera iz plana integriteta.
- 3) Zadužuju se svi zaposleni u organu vlasti da na zahtjev menadžera integriteta dostave sve potrebne informacije i dokumenta, neophodna za efikasno sprovođenje plana integriteta.

Obrazloženje

Zakonom o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 53/14 I 42/17) uvedena je obaveza donošenja planova integriteta za sve organe vlasti, u skladu sa Pravilima za izradu i sprovođenje plana integriteta, koja donosi Agencija za sprječavanje korupcije. S tim u vezi, Rješenjem br.6012/1 od 28.08.2020. godine formirana je radna grupa za pripremu i izradu plana integriteta, koja je u kontinuitetu radila od 31.08. do 22.09.2020.godine i koja je pripremila i starješini, odnosno odgovornom licu u organu vlasti dostavila na odobravanje i usvajanje prijedlog Plana integriteta, i koji je u cijelosti prihvaćen.

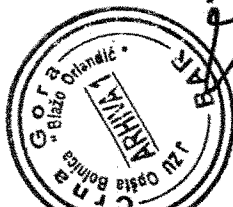
Na osnovu izloženog riješeno je kao u dispozitivu ove odluke.
Odluka stupa na snagu danom donošenja.

PRAVNA POUKA: Protiv ove odluke može se izjaviti žalba nadležnoj Komisiji za žalbe u roku od 8 dana od dana objave iste.

DOSTAVLJENO:

- na oglasnoj tabli
- a/a

DIREKTOR
Tomanović dr Dragoslav



Crna Gora
JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar
Broj 8288-1
Bar 26.09.2022. god.

Crna Gora
JZU OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR
Broj: 8288-1
Podgorica, 26.09. 2022. godine

ODLUKA O USVAJANJU I STUPANJU NA SNAGU PLANA INTEGRITETA

Na osnovu člana 71 stav 1 Zakona o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 53/14 i 42/17), i člana 75 stav 1 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list Crne Gore", br. 03/16, 39/16 i 2/17)), direktor JZU Opšta bolnica "Blažo Orlandić" Bar donosi,

ODLUKU

- 1) Usvaja se i stupa na snagu Plan integriteta JZU OPŠTA BOLNICA "BLAŽO ORLANDIĆ" BAR
- 2) Zadužuje se menadžer integriteta da najmanje jednom godišnje podnese pisani izvještaj o realizaciji mjera iz plana integriteta.
- 3) Zadužuju se svi zaposleni u organu vlasti da na zahtjev menadžera integriteta dostave sve potrebne informacije i dokumenta, neophodna za efikasno sprovođenje plana integriteta.

Obrazloženje

Zakonom o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 53/14 i 42/17) uvedena je obaveza donošenja planova integriteta za sve organe vlasti, u skladu sa Pravilima za izradu i sprovođenje plana integriteta, koja donosi Agencija za sprječavanje korupcije. S tim u vezi, Rješenjem br.3690 od 04.05.2021. godine formirana je radna grupa za pripremu i izradu plana integriteta, koja je u kontinuitetu radila od 11.04. do 26.09.2022.godine i koja je pripremila i starješini, odnosno odgovornom licu u organu vlasti dostavila na odobravanje i usvajanje prijedlog Plana integriteta, i koji je u cijelosti prihvaćen. Na osnovu izloženog riješeno je kao u dispozitivu ove odluke. Odluka stupa na snagu danom donošenja.

PRAVNA POUKA: Protiv ove odluke može se izjaviti žalba nadležnoj Komisiji za žalbe u roku od 8 dana od dana objave iste.

DOSTAVLJENO:
- na oglasnoj tabli
- a/a

DIREKTOR
Dr Igor Karišik

