



**ZDRAVSTVENA USTANOVA SPECIJALNA BOLNICA
ZA PSIHIJATRIJU ``DOBROTA`` KOTOR**

PLAN INTEGRITETA 2026. – 2028.

Odgovorno lice organa vlasti

Direktor Bolnice

Prim. dr Jovo Đedović spec. psihijatrije

Menadžer integriteta

mr Filip Mihailović – službenik za upravljanje ljudskim resursima i administrativnim poslovima

Jadranska 118, Dobrota, 85330 Kotor | www.psihijatrijakotor.com

Kotor, septembar 2026. godine

ZU "SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU"

DOBROTA – KOTOR

Telefoni: Centrala: (032) 330-920

(032) 330-921

Direktor: (032) 330-922

U Kotoru, 01.07.2020.godine

Naš znak: 2707

Na osnovu člana 74 stav 1 Zakona o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 53/14) i člana 11 Statuta ZU Specijalne bolnice za psihijatriju „Dobrota“ Kotor direktor bolnice donosi sledeće

RJEŠENJE

o određivanju odgovornog lica za izradu i sprovođenje plana integriteta

1) **magistar Filip Mihailović**, sa završenim Fakultetom za poslovne studije (Univerzitet Mediteran), visokim obrazovanjem (stepen: VII-2), angažovan u Službi za pravne i kadrovske poslove 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 mr Filipa Mihailovića iz tačke 1 dispozitiva ovog rješenja počinju teći od 01.07.2020. godine.

4) Ukida se Rješenje o određivanju odgovornog lica za izradu i sprovođenje plana integriteta broj: 913 od 21.03.2016.godine.

Obrazloženje

Zakonom o sprječavanju korupcije čl. 71 do čl. 77 ("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.

Ukida se Rješenje o određivanju odgovornog lica za izradu i sprovođenje plana integriteta broj: 913 od 21.03.2016.godine.

Na osnovu izloženog riješeno je kao u dispozitivu ovog rješenja.

Upustvo o pravnoj zaštiti: Protiv ovog Rješenja zaposleni/a ima pravo da prije pokretanja postupka pred nadležnim sudom, podnese predlog za mirno rješavanje spora pred Agencijom za mirno rješavanje radnih sporova ili pred Centrom za alternativno rješavanje sporova, u roku od 15 dana od dana prijema ovog Rješenja.

DOSTAVLJENO:

- Imenovanom,

☉ U spise predeta

- a/a

Direktor bolnice

Petar Abramović – dipl. pravnik



Petar Abramović



Crna Gora

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota” Kotor

Jadranska 118, Dobrota – 85 330 Kotor, Crna Gora

Kontakt telefon: 032/330-920 i 032/330-921

Fax: 032/330-922 i 032/330-923

E-mail: psihijatrija.kotor@t-com.me

Web-site: www.psihijatrijakotor.com

Broj: 01-070/26-1646

U Kotoru, 02.07.2026.godine

Na osnovu člana od 75 do 81 Zakona o sprječavanju korupcije („Službeni list Crne Gore“ br. 054/24 i 046/2) i člana 11 Statuta ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor, direktor Bolnice donosi

RJEŠENJE

o formiranju radne grupe za pripremu i izradu Plana integriteta za 2026. – 2028. godinu

1. Obrazuje se radna grupa za pripremu i izradu novog Plana integriteta za period 2026. – 2028., u sljedećem sastavu:
 1. **mr Filip Mihailović (menadžer plana integriteta) – koordinator radne grupe,**
 2. **spec. psihijatrije dr Mika Bulatović Nišavić – članica radne grupe,**
 3. **Duško Vukčević – član radne grupe,**
 4. **spec. psihijatrije dr Aleksandar Tomčuk – član radne grupe i**
 5. **Tijana Đorđević – članica radne grupe.**
2. Zadatak radne grupe je da pripremi program izrade plana integriteta, prikupi i analizira potrebnu dokumentaciju koja se odnosi na funkcionisanje organa vlasti, a koja predstavlja osnov za procjenu rizika i izradu plana integriteta, te da upozna sve zaposlene sa potrebom donošenja plana integriteta i dostavi novi izrađen prijedlog plana integriteta direktoru bolnice na usvajanje.
3. Radnoj grupi pripada naknada za rad na izradi i pripremi novog plana integriteta.
4. Prava i obaveze radne grupe iz tačke 1 dispozitiva ovog rješenja, počinju da teku danom njegovog donošenja, dok od istog datuma prestaje da važi Rješenje o formiranju radne grupe za pripremu i izradu Plana integriteta broj: 01-070/24-2224 od 16.08.2024.godine.

OBRAZLOŽENJE:

Članom 75 stav 1 Zakona o sprječavanju korupcije definisan je plan integriteta: „Na osnovu procjene podložnosti određenih radnih mjesta i radnih procesa za nastanak i razvoj korupcije i drugih oblika pristrasnog postupanja javnih funkcionera i zaposlenih u organu vlasti, organ vlasti donosi plan integriteta koji sadrži mjere kojima se sprečavaju i otklanjaju mogućnosti za nastanak i razvoj korupcije i obezbjeđuje povjerenje građana u njihov rad, dok je članom 76 istog zakona data definicija integriteta: „Integritet predstavlja zakonito, nezavisno, nepristrasno, odgovorno i transparentno vršenje poslova kojim javni funkcioneri i drugi zaposleni u organu vlasti čuvaju svoj ugled i ugled organa vlasti, obezbjeđuju povjerenje građana u vršenje javnih funkcija i rad organa vlasti i otklanjanje sumnje u mogućnost nastanka i razvoja korupcije.”

Nadalje, odredbom člana 7 stav 1 Pravila za izradu i sprovođenje Plana integriteta („Službeni list Crne Gore“ br. 100/24), propisano je da priprema Plana integriteta podrazumijeva obavezu stariještine odnosno odgovornog lica u organu vlasti, da odredi rukovodioca i članove radne grupe za izradu Plana integriteta, uz istovremeno navođenje, između ostalog, zadataka i poslova Radne grupe, vrijeme početka i završetka rada na pripremi i sprovođenju Plana integriteta.

S tim u vezi, direktor ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor je Rješenjem formirao radnu grupu čiji je zadatak da: pripremi program izrade novog Plana integriteta, prikupi i analizira potrebnu

dokumentaciju koja se odnosi na funkcionisanje organa vlasti, a koja predstavlja osnov za procjenu rizika i izradu plana integriteta, te da upozna sve zaposlene sa potrebom donošenja plana integriteta i dostavi novi izrađen prijedlog plana integriteta direktoru bolnice na usvajanje, a sve zaključno sa 25.09.2026. godine. Radnoj grupi pripada naknada za rad na izradi i pripremi plana integriteta, po usvajanju Plana integriteta. Na osnovu izloženog riješeno je kao u dispozitivu ovog rješenja.

POUKA O PRAVNOM LIJEKU: Zaposleni/a ima pravo da osporava ovo Rješenje kod Agencije za mirno rješavanje radnih sporova Podgorica u roku od 15 dana od dana dostave ovog Rješenja zaposlenom/j.

DIREKTOR BOLNICE
Prim. dr Jovo Đedović spec.psihijatrije



Dostaviti:

- Imenovanima iz tačke I dispozitiva Rješenja,
- U spise predmeta,
- a/a

I. OPŠTI PODACI

Naziv organa vlasti	ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor
Odgovorno lice	Prim. dr Jovo Đedović, specijalista psihijatrije – direktor
Adresa	Jadranska 118, Dobrota, 85330 Kotor
Telefon	032/330-920; 032/330-921
Internet stranica	www.psihijatrijakotor.com
Menadžer integriteta	mr Filip Mihailović – službenik za upravljanje ljudskim resursima i administrativnim poslovima
Rješenje o određivanju menadžera integriteta	Broj: 2707 od 01.07.2020. godine
Rješenje o radnoj grupi za Plan 2026–2028	Broj: 01-070/26-1646 Datum: 02.07.2026.godine
Odluka i datum usvajanja Plana	Broj: 01-070/26-2425 Datum: 29.09.2026.godine
Period važenja	Od dana usvajanja 2026. do donošenja novog plana 2028. godine, u skladu sa dvogodišnjim ciklusom procjene efikasnosti i efektivnosti.

II. SVRHA, POLAZIŠTA I PRAVNI OKVIR

1. Svrha Plana

Plan integriteta (u daljem tekstu: Plan) je interni preventivni mehanizam kojim ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor (u daljem tekstu: Bolnica), na osnovu dokumentovane samoprocjene, prepoznaje radna mjesta i procese izložene korupciji, nezakonitom ili neetičnom postupanju, ocjenjuje postojeće kontrole, procjenjuje preostali rizik i određuje konkretne mjere, odgovorna lica i rokove. Cilj Plana nije da zamijeni zakone i procedure, već da rizike koji su za Bolnicu najvažniji pretvori u provjerljive aktivnosti i dokaze o njihovoj realizaciji.

Posebna pažnja usmjerena je na specifičnost psihijatrijske zdravstvene zaštite: visok stepen osjetljivosti zdravstvenih podataka, ograničenja slobode i odluke o liječenju, primjenu mjera fizičkog ograničenja, zaštitu dostojanstva pacijenata, dopunski rad zdravstvenih radnika, kao i visoku reputacionu posljedicu svake povrede integriteta.

2. Polazna procjena – nalaz ASK iz septembra 2025.

Agencija za sprečavanje korupcije je u Izvještaju o procjeni primjene antikorupcijskih mjera za Bolnicu utvrdila učinak od 58,62% (51 od maksimalno 87 bodova) i dala 19 preporuka za Plan integriteta Bolnice za 2024. -2026. Novi Plan koristi taj izvještaj kao eksterni nalaz početnog stanja, a ne samo kao listu formalnih obaveza.

Grupa nalaza	Ključni nedostatak iz 2025.	Odgovor u Planu 2026–2028
Upravljanje i kontrole	Nedostaju dokaz o sprovedenoj internoj reviziji, registar rizika i Knjiga procedura.	Politika, registar, samoocjena, zakonit model revizije, revizorski angažman i Knjiga procedura.
Zviždači	Podaci nijesu javno dostupni; interna pravila nijesu dovoljno uređivala izbor i postupanje.	Potpuno usklađenje sa novim Zakonom o zaštiti zviždača.
Ljudski resursi	Nema detaljne procedure zapošljavanja; Nedostaju interne procedure za učinak/nagrade/sankcije zaposlenih.	Mjerljiva pravila, provjera kompetencija, bodovanje, nadzor ugovora i objektivni kriterijumi učinka.

Grupa nalaza	Ključni nedostatak iz 2025.	Odgovor u Planu 2026–2028
Etika i jednakost	Nedostaju savjetodavna funkcija, obuke, rizici mobinga/invaliditeta/rodne ravnopravnosti i dopune Etičkog kodeksa.	Posebne mjere za sve od navedenog.
Transparentnost	Ne objavljuju se odobrene informacije, otvoreni podaci su slabi, a web nije pristupačan.	Shodno novom Zakonu o slobodnom pristupu informacijama, objava informacija, otvoreni podaci i pristupačnost veb sajta.

3. Ključni važeći i novi propisi

Propis	Značaj za ovaj Plan
Zakon o sprečavanju korupcije	Zakonska obaveza Plana, menadžera integriteta, objave/dostave ASK, dvogodišnje procjene i godišnjeg izvještaja.
Pravila za izradu i sprovođenje plana integriteta sa priložima	Obavezne četiri opšte oblasti; najmanje dvije posebne; inherentni, kontrolni i rezidualni rizik; metodologija i obrazac.
Zakon o zaštiti zviždača	Nepristrasno lice/jedinica; interni kanali; dostupne informacije; interni akt; rokovi 7/45/8 dana; anonimne prijave; zabrana odmazde.
Zakon o upravljanju, unutrašnjoj kontroli i unutrašnjoj reviziji u javnom sektoru	Politika i registar rizika, godišnja samoocjena, unutrašnja revizija, praćenje preporuka i izvještavanje.
Zakon o zdravstvenoj zaštiti	Etički komitet, sukob interesa i pokloni, dopunski rad, profesionalna tajna, Komisija za kvalitet i interne kontrole.
Pravilnik o obavljanju dopunskog rada zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika	Kriterijumi kvaliteta i rada, zahtjev, rok za odluku, sadržaj i šestomesečno važenje saglasnosti.
Zakon o upravljanju podacima u oblasti zdravstva i digitalnom zdravlju	Sljedljivost, tačnost, ovlašćenja pristupa, rokovi čuvanja, sekundarna obrada, anonimizacija i informaciona bezbjednost.
Zakon o lijekovima	Oglašavanje lijekova, farmaceutske predstavnici, uzorci, zabrana nedozvoljenih koristi i pravila sponzoriranih stručnih skupova.
Zakon o javnim nabavkama	Posebne antikorupcijske mjere, analiza rizika, edukacija, anonimne prijave preko ESJN, sukob interesa i izvršenje ugovora.
Zakon o finansiranju političkih subjekata i izbornih kampanja	Izborna ograničenja korišćenja javnih resursa, zapošljavanje/ugovora, oglašavanje, vozila i transparentnost tokom kampanje.
Zakon o rodnoj ravnopravnosti	Rodno odgovorno zapošljavanje i budžetiranje, statistika, odgovorna funkcija, prevencija diskriminacije/uznemiravanja i edukacija.
Zakon o radu	Zabrana diskriminacije i uznemiravanja, javno oglašavanje, provjera sposobnosti, evidencije i odgovornost za povrede radnih obaveza.
Zakon o slobodnom pristupu informacijama	Transparentnost, postupanje po zahtjevima, djelimičan pristup i proaktivna dostupnost, uz zaštitu osjetljivih informacija.
Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i drugi propisi o pravima pacijenata	Saglasnost, nedobrovoljni smještaj/liječenje, dostojanstvo, prigovori, mjere ograničenja i nezavisna zaštita prava.
Zakon o računovodstvu u javnom sektoru i drugi finansijski propisi	Pouzdana evidencije, kontrola knjigovodstvenih isprava, popis imovine i odgovorno finansijsko izvještavanje.

Pravna provjera u trenutku izrade

Plan je sadržinski usklađen sa propisima i sa javno provjerenim statusom najnovijih propisa na dan 01.09.2026. godine.

III. POSTUPAK IZRADE I OBUHVAT

4. Organizacija izrade

Direktor Bolnice je Rješenjem broj: 01-070/26-1646 od 02.07.2026.godine obrazovao radnu grupu i utvrdio radne zadatke, rokove i obavezu saradnje sa svim organizacionim jedinicama Bolnice. Koordinator radne grupe je menadžer integriteta Filip Mihailović a članove radne grupe čine: dr Aleksandar Tomčuk, dr Milka Bulatović, Tijana Đorđević i Duško Vukčević. Radna grupa konsultovala je predstavnike kliničkog rada, kvaliteta, pravne/HR, finansijske i nabavne funkcije, kao i IT/informacione bezbjednosti, kako procjena ne bi bila isključivo administrativna.

Svi zaposleni se obavještavaju, putem oglasne table Bolnice, o izradi Plana i omogućava im se da ukažu na rizične procese. Radna grupa dokumentuje oblasti/procese koji nijesu uključeni u detaljnu procjenu i razlog za takvu odluku. Kao dokaz početne procjene koriste se nalazi ASK-a iz 2025. godine, izvještaji o sprovođenju prethodnog Plana, nalazi internih i eksternih kontrola, prigovori pacijenata, evidencije iz baza: ljudskih resursa, finansija i javnih nabavki i podaci o neželjenim događajima kao i novi Zakonski propisi. Sva dokumenta pothranjena su i čuvaju se u arhivi kod Službe za pravne i kadrovske poslove Bolnice.

5. Predlog programa izrade i usvajanja

Faza	Sadržaj	Nosilac	Planirani period
1. Pokretanje	Rješenje o radnoj grupi; obavještenje zaposlenih; prikupljanje dokumentacije.	Direktor; menadžer integriteta	Jul i avgust 2026.
2. Početna procjena	Analiza ASK nalaza, prethodnog Plana, propisa, internih akata, kontrola i prijedloga zaposlenih.	Radna grupa	Jul i avgust 2026.
3. Procjena rizika	Utvrdjivanje inherentnih rizika, kontrola, rezidualnih rizika i intenziteta; izbor mjera.	Radna grupa + vlasnici procesa	Jul, avgust i septembar 2026.
4. Validacija mjera	Provjera da svaka mjera ima jednog vlasnika, mjerljiv rezultat, realan rok i dokaz realizacije.	Menadžer integriteta; odgovorna lica	septembar 2026.
5. Donošenje	Usvajanje, objava na sajtu i dostavljanje ASK u zakonskom roku.	Direktor; menadžer integriteta	do 30.09.2026.

6. Oblasti rizika

Oznaka	Vrsta	Oblast
1 – 4	Opšte, obavezne	Rukovođenje i upravljanje; kadrovska politika; etika; finansije; čuvanje i bezbjednost podataka.
5	Posebna	Prava pacijenata i zaštita mentalno oboljelih lica
6	Posebna	Kvalitet i bezbjednost zdravstvene zaštite
7	Posebna	Ljekovi, propisivanje i odnosi sa farmaceutskim sektorom
8	Posebna	Dopunski rad zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika
9	Posebna	Transparentnost, slobodan pristup informacijama i odnosi sa javnošću

IV. METODOLOGIJA PROCJENE 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.

POSljedICA	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: 25.09.2026.godine

Provjeru izvršio: menadžer plana integriteta Filip Mihailović

*Legenda:

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

**Legenda:

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

V. PRIORITETI PRVIH 180 DANA

Prioritet	Mjere	Rezultat
Hitno – zakonski rok	M-14–M-16	Novi sistem zaštite zviždača: nepristrasno lice/jedinica, interni akt, dostupni kanali i informacije.
Do 30.09.2026.	M-07, M-44, M-47	Savjetodavna funkcija integriteta; dopunski rad; novi SPI režim.
Do 31.10–31.12.2026.	M-01–M-04, M-09–M-10, M-12, M-17, M-32, M-34, M-41	Temeljne politike/procedure i usklađenje novih propisa.
Do 31.03–30.06.2027.	M-05–M-06, M-11, M-33, M-48–M-50	Revizija, Knjiga procedura, upravljanje učinkom, arhiviranje, otvoreni podaci i pristupačnost sajta.

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
1.1 Rukovođenje i upravljanje	direktor pomoćnik direktora rukovodioci organizacionih jedinica	Nepotpuno i fragmentisano upravljanje institucionalnim rizicima; mogućnost da značajni rizici ne budu blagovremeno prepoznati i tretirani.	Zakon o upravljanju, unutrašnjoj kontroli i unutrašnjoj reviziji u javnom sektoru; postojeće interne kontrole; Plan integriteta 2024–2026.	Nije dokumentovana jedinstvena politika upravljanja rizicima niti jasno određena koordinacija procesa prema novom zakonu.	6	8	48	Donijeti Politiku upravljanja rizicima Bolnice i posebnim aktom odrediti lice ili tijelo za koordinaciju procesa upravljanja rizicima, uz definisane linije izvještavanja direktoru.	direktor lice za koordinaciju rizika	31.10.2026	↔	
1.2 Rukovođenje i upravljanje	direktor rukovodioci organizacionih jedinica koordinator upravljanja rizicima	Neujednačeno evidentiranje rizika po procesima i nemogućnost praćenja odgovora na rizik.	Procjene rizika u planu integriteta; izvještaji i evidencije organizacionih jedinica.	ASK je 2025. konstatovala da nije dostavljen dokaz o registru rizika; novi zakon zahtijeva kontinuiranu identifikaciju, registraciju, praćenje i izvještavanje.	6	8	48	Izraditi centralni Registar rizika Bolnice sa vlasnicima rizika, kontrolama, odgovorima i rokovima; najmanje kvartalno ga ažurirati i na internet stranici objaviti javnu verziju bez zaštićenih ili bezbjednosno osjetljivih podataka.	direktor koordinator upravljanja rizicima	kvartalno 31.12.2026	↔	
1.3 Rukovođenje i upravljanje	direktor Rukovodioci organizacionih jedinica koordinator upravljanja rizicima	Slabosti unutrašnjih kontrola mogu ostati neotkrivene ili bez korektivnog odgovora.	Kontinuirane rukovodne kontrole; finansijske i stručne kontrole; zakonski okvir unutrašnje kontrole.	Nema dokumentovanog ciklusa godišnje samoocjene svih pet komponenti unutrašnje kontrole i plana unapređenja.	5	8	40	Sprovesti dokumentovanu samoocjenu unutrašnje kontrole najmanje jednom godišnje; za utvrđene slabosti donijeti plan unapređenja sa odgovornim licima i rokovima i pratiti realizaciju.	direktor Rukovodioci organizacionih jedinica koordinator upravljanja rizicima	Svake godine do kraja januara 31.01.2027	↔	
1.4 Rukovođenje i upravljanje	direktor rukovodilac Službe za unutrašnju reviziju	Nedovoljno nezavisno uvjeravanje o zakonitosti, ekonomičnosti i djelotvornosti sistema upravljanja i kontrola.	Akt o sistematizaciji iz 2021.godine predviđa Službu interne revizije dok Zakon iz 2025. omogućava sopstvenu, povjerenu ili zajedničku jedinicu.	ASK nije imala dokaz o sprovedenoj reviziji, a postojeći model treba uskladiti sa novim zakonskim uslovima i minimalnim kapacitetima.	7	9	63	Formalno uskladiti model unutrašnje revizije sa članom 20 Zakona: opredijeliti sopstvenu, povjerenu ili zajedničku jedinicu i obezbijediti sve potrebne kadrovske, organizacione, ugovorne i saglasnosne pretpostavke.	direktor rukovodilac Službe za unutrašnju reviziju	najkasnije do kraja godine 31.12.2026	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratki opis i ocjena realizacije mjere
1.5 Rukovođenje i upravljanje	direktor rukovodilac Službe za unutrašnju reviziju	Neotkrivene sistemske slabosti i ponavljanje nepravilnosti zbog odsustva revizorskog uvida i praćenja preporuka.	Zakonska obaveza strateškog i godišnjeg planiranja revizije; postojeće rukovodne kontrole.	Preporuka ASK-a br. 2 nije bila potkrijepljena dokazom o sprovedenoj reviziji i izvještaju sa preporukama.	7	8	56	Na osnovu procjene rizika sprovesti najmanje jednu prioritetnu unutrašnju reviziju, izraditi izvještaj sa preporukama i uspostaviti evidenciju praćenja preporuka do njihovog zatvaranja.	direktor rukovodilac Službe za unutrašnju reviziju	jednom godišnje 30.06.2027	↔	
1.6 Rukovođenje i upravljanje	direktor Rukovodioci organizacionih jedinica Služba za pravne i kadrovske poslove	Različito postupanje zaposlenih u istim procesima i oslanjanje na neformalnu praksu.	Zakoni, podzakonska akta i postojeći interni pravilnici/ procedure.	ASK je preporučila Knjigu procedura; ne postoji objedinjena i periodično kontrolisana baza važećih procedura.	6	7	42	Izraditi i održavati Knjigu procedura ustanove, verzijom i datumom revizije svake procedure; objaviti Knjigu i javne procedure na sajtu, uz izuzimanje dijelova zaštićenih propisima o privatnosti, povjerljivosti i bezbjednosti.	direktor rukovodioci organizacionih jedinica Služba za pravne i kadrovske poslove	godišnja revizija 31.03.2027	↔	
1.7 Rukovođenje i upravljanje	direktor zaposleni određeni za savjetodavne poslove	Zaposleni mogu ostati bez nezavisnog internog savjeta o etičkim dilemama, integritetu i antikorupcijskim obavezama.	Menadžer integriteta; Etički komitet; lice za prijave zviždača.	ASK je preporučila posebno savjetodavno zaduženje koje nije funkcija menadžera integriteta, člana radne grupe niti lica za prijave zviždača.	5	7	35	Odrediti zaposlenog za savjetodavne poslove iz oblasti etike, integriteta i borbe protiv korupcije, odvojeno od zakonskih uloga menadžera integriteta i lica/jedinice za prijave zviždača; objaviti način obraćanja zaposlenih.	direktor	do kraja godine 31.10.2026	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
1.8 Rukovođenje i upravljanje	direktor rukovodioci Šef tehničke službe službenik za upravljanje ljudskim resursima Služba za pravne i kadrovske poslove Služba za finansijske poslove	Zloupotreba javnih resursa, zapošljavanja, ugovora, oglašavanja ili službenih vozila u izbornoj kampanji; politički uticaj na rad Bolnice.	Zakon o finansiranju političkih subjekata i izbornih kampanja; evidencije vozila i radnog vremena; javno oglašavanje.	Izborna ograničenja su vremenski osjetljiva i izmijenjena 2026; potreban je unaprijed pripremljen kontrolni režim.	4	8	32	Za svake izbore aktivirati kontrolnu listu izbornih zabrana: zapošljavanje i ugovori, korišćenje prostorija i vozila, oglašavanje, radno vrijeme i objavljivanje putnih naloga/akata; odrediti osobe za sedmične kontrole i dokaz o objavi.	direktor Šef tehničke službe šef finansijske službe šef službe za pravne i kadrovske poslove	najkasnije 5 dana od dana raspisivanja izbora	↔	
2.1 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor Služba za pravne i kadrovske poslove Komisija za izbor kandidata po javnim oglasima/konkursima	Nedozvoljen uticaj, favorizovanje, nepotizam ili neujednačeni kriterijumi u zapošljavanju.	Zakon o radu; akt o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta Bolnice; javno oglašavanje preko ZZZCG; dosadašnja praksa dokumentovanja oglasa.	ASK je utvrdila da nema internog pravila sa trajanjem oglasa, obaveznom pisanom i usmenom provjerom, bodovanjem i obrazloženom odlukom.	7	8	56	Donijeti proceduru zapošljavanja koja uređuje planiranje, trajanje oglasa, sukob interesa članova komisije, obaveznu pisanu i usmenu provjeru kompetencija, unaprijed poznate kriterijume i bodovanje, zapisnik i obrazloženu odluku o izboru.	direktor Služba za pravne i kadrovske poslove	31.12.2026	↔	
2.2 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor službenik za upravljanje ljudskim resursima rukovodioci koji iniciraju zapošljavanje	Zaobilaženje zapošljavanja i budžetskih kontrola putem ugovora o djelu ili privremenih/povremenih poslova; angažovanje bez jasne potrebe.	Zakon o radu; budžetske kontrole; evidencije ugovora.	ASK je utvrdila da nema interne procedure za kriterijume, sklapanje, izvršenje, nadzor i izvještavanje; izborni zakon uvodi dodatne zabrane tokom kampanje.	6	7	42	Donijeti proceduru za ugovore o djelu i privremene/povremene poslove sa dokumentovanom potrebom, provjerom uslova i sukoba interesa, odobrenjem, nadzorom izvršenja, izvještajem o rezultatu i posebnim izbornim ograničenjima.	direktor Odjeljenje za upravljanje ljudskim resursima službenik za upravljanje ljudskim resursima Služba za pravne i kadrovske poslove	31.12.2026	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
2.3 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor svi zaposleni pomoćnik direktora svi rukovodioci organizacionih jedinica	Subjektivno praćenje radnog učinka, favorizovanje pri nagrađivanju i neujednačena primjena sankcija.	Zakon o radu; opšti kolektivni ugovor; granski kolektivni ugovor za zdravstvenu djelatnost; opisi radnih mjesta; evidencije povreda radnih obaveza.	Plan integritetaa 2024-2026 nije dovoljno obuhvatio ocjenjivanje/praćenje učinka, nagrađivanje i sankcionisanje, što je ASK posebno preporučila.	6	7	42	Utvrditi dokumentovane kriterijume praćenja učinka po grupama radnih mjesta i pravila za nagrađivanje i sankcionisanje; odluke zasnovati na provjerljivim podacima, uz evidenciju i periodičnu kontrolu ujednačenosti primjene.	direktor Odjeljenje za upravljanje ljudskim resursima Služba za pravne i kadrovske poslove	polugodišnje kontrole 30.06.2027	↔	
2.4 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	svi zaposleni svi rukovodioci organizacionih jedinica	Mobing, uznemiravanje, seksualno uznemiravanje, diskriminacija po osnovu invaliditeta, pola/roda ili drugog ličnog svojstva; odmazda zbog prijavljivanja.	Zakon o radu; propisi o zabrani zlostavljanja i diskriminacije; novi Zakon o rodnoj ravnopravnosti; interni akti.	ASK je izričito utvrdila da prethodni plan nije sadržao ove rizike; novi Zakon o rodnoj ravnopravnosti pojačava preventivne obaveze.	5	8	40	Uskladiti/donijeti jedinstvenu internu proceduru prevencije i prijavljivanja mobinga, uznemiravanja i diskriminacije, sa pristupačnim kanalom, zaštitom od odmazde, evidencijom predmeta, rokovima i godišnjom analizom bez ličnih podataka.	direktor lice zaduženo za posredovanje u slučajevima zlostavljanja na radu (mobing) Služba za pravne i kadrovske poslove	obavezna godišnja analiza 31.12.2027	↔	
2.5 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor Služba za pravne i kadrovske poslove zaposleni određen za rodnu ravnopravnost	Neusklađenost odluka, zapošljavanja i internih politika sa obavezama rodne ravnopravnosti.	Zakon o radu; propisi o zabrani zlostavljanja i diskriminacije; novi Zakon o rodnoj ravnopravnosti; interni akti.	Zakon o rodnoj ravnopravnosti je stupio na snagu 07.08.2026. a izmjene i dopune Zakona dana 09.09.2026. i uvodi nove institucionalne obaveze; potrebno je bez odlaganja odrediti odgovornu funkciju u skladu sa pravnim statusom Bolnice.	5	7	35	Služba za pravne i kadrovske poslove dokumentuje status Bolnice za primjenu člana 22 Zakona o rodnoj ravnopravnosti, a direktor određuje službenika/cu odnosno kontakt osobu i potreban broj lica; uspostaviti izvještavanje rukovodstvu i saradnju sa nadležnom Agencijom kada se ista zvanično oformi.	direktor Služba za pravne i kadrovske poslove	najkasnije do 25.12.2026	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratki opis i ocjena realizacije mjere
2.6 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor Zaduženo lice za postupanje po prijavi korupcije	Nepravilnosti i korupcija ostaju neprijavljene zbog nepovjerenja, straha od odmazde ili nejasnog kanala.	Odluka iz 2021. o licu za prijave; Uputstvo iz 2022; Zakon o zaštiti zviždača.	Novi Zakon o zaštiti zviždača je stupio na snagu 04.08.2026. i za poslodavca sa najmanje 20 zaposlenih zahtijeva nepristrasno lice/jedinicu i usklađen sistem.	7	9	63	U zakonskom roku odrediti nepristrasno lice ili organizacionu jedinicu za prijem i postupanje po prijavama zviždača, obezbijediti funkcionalnu nepristrasnost i uspostaviti dostupne interne kanale za prijavljivanje.	direktor	Zakonski rok: 90 dana od 04.08.2026. 04.11.2026	↔	
2.7 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor odgovorno lice za prijem i postupanje po prijavi zviždača Zaduženo lice za postupanje po prijavi korupcije	Povreda povjerljivosti, prekoračenje rokova, nepostupanje po anonimnoj prijavi ili nedovoljna zaštita zviždača.	Uputstvo iz 2022. i novi Zakon o zaštiti zviždača.	Postojeće Uputstvo nije prilagođeno novom zakonu niti je ranije sadržalo sve kriterijume izbora i proceduralne garancije koje je ASK izvještajem iz 2025.godine zatražila.	7	9	63	Donijeti novi interni akt za zviždače: objektivni kriterijumi izbora nepristrasnog lica, kanali prijave, povjerljivost, potvrda prijema u 7 dana, postupanje i ishod u 45 dana, dopuna u 8 dana, anonimne prijave, evidencija i zabrana odmazde.	direktor odgovorno lice za prijem i postupanje po prijavi zviždača	Zakonski rok: 90 dana od 04.08.2026. 04.11.2026	↔	
2.8 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	odgovorno lice za prijem i postupanje po prijavi zviždača Članovi Savjeta za zaštitu prava mentalno oboljelih lica (dva iz ustanove i tri van) Zaštitnik prava pacijenata Zaduženo lice za postupanje po prijavi korupcije Služba za pravne i kadrovske poslove	Zaposleni i druga lica ne znaju kome i kako da prijave nepravilnost ili kako da koriste eksterni kanal.	Internet stranica Bolnice; interni komunikacioni kanali.	ASK je utvrdila da podaci o licu nijesu bili objavljeni; novi zakon izričito zahtijeva lako dostupne informacije u radnom okruženju i na sajtu.	6	8	48	Objaviti i trajno održavati na sajtu i u radnom okruženju podatke o nepristrasnom licu/jedinici, načinu korišćenja internih kanala i jasne informacije o eksternom prijavljivanju Agenciji; kvartalno provjeriti dostupnost i tačnost.	Članovi Savjeta za zaštitu prava mentalno oboljelih lica (dva iz ustanove i tri van) Zaštitnik prava pacijenata Služba za pravne i kadrovske poslove Veb administrator	31.12.2026	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratki opis i ocjena realizacije mjere
2.9 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	rukovodioci organizacionih jedinica Etički komitet Svi ljekari	Sukob interesa, prihvatanje nedozvoljenih koristi, neetičko ponašanje i neujednačena primjena Etičkog kodeksa.	Etički kodeks; Etički komitet; Zakon o zdravstvenoj zaštiti čl. 83-84 i 112-115; Zakon o ljekovima.	ASK je preporučila definiciju povezanog lica, pravila za propisivanje/izdavanje ljekova i farmaceutske kongrese, te način praćenja Kodeksa.	6	8	48	Dopuniti Etički kodeks: povezano lice; sukob interesa i pokloni; propisivanje/izdavanje ljekova; učešće na skupovima koje finansira farmaceutski sektor; obaveza obraćanja Etičkom komitetu i mjerljiv način praćenja primjene Kodeksa.	direktor Etički komitet	28.02.2027	↔	
2.10 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	svi zaposleni	Nedovoljno poznavanje korupcijskih rizika, etičkih standarda, zviždačke zaštite i sukoba interesa.	Pojedinačne edukacije; menadžer integriteta; Etički komitet.	ASK je utvrdila nizak nivo dokaza o tematski različitim obukama zaposlenih.	6	7	42	Sprovesti najmanje dvije tematski različite obuke za zaposlene tokom važenja Plana, od kojih najmanje jednu godišnje, iz oblasti antikorupcije, etike/integriteta, sukoba interesa, zviždača i jednakog postupanja; voditi evidenciju učešća.	menadžer integriteta Odjeljenje za upravljanje ljudskim resursima	najmanje jednom godišnje 15.03.2027	↔	
2.11 Kadrovska politika, etično i profesionalno ponašanje zaposlenih	direktor pomoćnik direktora svi rukovodioci organizacionih jedinica glavna medicinska sestra bolnice	Rukovodioci bez dovoljno znanja o ličnoj odgovornosti, integritetu i upravljanju korupcijskim rizicima.	Zakonske obaveze rukovodilaca; dostupne obuke ASK/ Uprave za ljudske resurse.	ASK nije imala dokaz da je rukovodni kadar pohađao obuke iz etike, integriteta i borbe protiv korupcije.	5	8	40	Obezbijediti najmanje dvije tematski različite obuke rukovodnog kadra tokom važenja Plana, uključujući odgovornost rukovodilaca, upravljanje rizicima, sukob interesa i integritet u odlučivanju; čuvati dokaze o učešću.	direktor menadžer integriteta	Najmanje 1 godišnje 30.03.2027	↔	
3.1 Planiranje i upravljanje finansijama	direktor šef računovodstva Šef tehničke službe Služba za finansijske poslove šef komercijale i marketinga	Neekonomično planiranje, neovlašćeni rashodi, netačne knjigovodstvene isprave ili nedovoljna podjela dužnosti.	Zakon o računovodstvu u javnom sektoru; budžet; knjigovodstvene evidencije; kontrole vjerodostojnosti isprava.	Zakon o računovodstvu u javnom sektoru; budžet; knjigovodstvene evidencije; kontrole vjerodostojnosti isprava.	4	8	32	Uspostaviti kvartalnu kontrolu izvršenja budžeta i uzorka knjigovodstvenih isprava sa dokumentovanom provjerom ovlašćenja, vjerodostojnosti, dvostruke kontrole gdje je primjenjivo i korektivnim mjerama za odstupanja.	direktor šef finansijske službe	kvartalno	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
3.2 Planiranje i upravljanje finansijama	direktor Služba za finansijske poslove lice za rodnu ravnopravnost	Budžetske odluke ne prepoznaju različite potrebe i efekte po pol/rod i mogu reprodukovati nejednakosti.	Zakon o rodnoj ravnopravnosti; budžetski proces.	Nova obaveza rodno odgovornog budžetiranja mora biti ugrađena u budžetske zahtjeve i završne izvještaje.	5	6	30	U budžetskim zahtjevima i završnim izvještajima iskazivati ciljeve, aktivnosti, indikatore i rezultate iz rodne perspektive, u skladu sa smjernicama nadležnog organa za finansije.	direktor šef finansijske službe lice za rodnu ravnopravnost	svaki budžetski ciklus	↔	
3.3 Planiranje i upravljanje finansijama	Šef tehničke službe Služba za finansijske poslove Komisija za popis pokretne i nepokretne imovine	Neslaganje stvarnog i knjigovodstveno stanja, neovlašćeno korišćenje ili otuđenje imovine.	Zakon o računovodstvu u javnom sektoru; godišnji popis; evidencija putnih naloga i službenih vozila.	Visoka disperzija imovine po odjeljenjima zahtijeva dosljednu fizičku kontrolu i zatvaranje utvrđenih razlika.	4	8	32	Sprovesti godišnji fizički popis i usaglašavanje sa knjigovodstvom; za razlike, manjkove i neovlašćeno korišćenje imovine/vozila sačiniti zapisnik, utvrditi odgovornost i pratiti korektivne mjere.	direktor Komisija za popis pokretne i nepokretne imovine	Jednom godišnje zaključno sa 31.12. 31.12.2026	↔	
3.4 Planiranje i upravljanje finansijama	direktor službenik za javne nabavke Komisija u procesu javnih nabavki Stručna lica angažovana u javnim nabavkama	Korupcija u planiranju i sprovođenju javnih nabavki; privatni interes, dogovor ponuđača, neovlašćene izmjene i nepravilno izvršenje ugovora.	Zakon o javnim nabavkama sa izmjenama 98/26; ESJN; Etički kodeks; plan javnih nabavki.	Novi član 39 izričito zahtijeva identifikaciju, procjenu i upravljanje rizicima korupcije i evidenciju sumnji.	6	9	54	Uspostaviti poseban registar/analizu korupcijskih rizika javnih nabavki po fazama (planiranje, specifikacije, izbor, ugovor, izvršenje); evidentirati svaku sumnju i dokumentovati preduzete radnje i obavještanja.	direktor službenik za javne nabavke	U svakom postupku	↔	
3.5 Planiranje i upravljanje finansijama	direktor službenik za javne nabavke Komisija u procesu javnih nabavki Autori specifikacija za javne nabavke	Sukob interesa predstavnika naručioca i ponuđača, uključujući povezana lica i prethodne konsultante.	Izjave o izbjegavanju sukoba interesa putem ESJN; Zakon o javnim nabavkama čl. 40-43.	Rizik se mijenja tokom postupka i zahtijeva ažuriranje izjave, izuzeće i evidenciju svakog slučaja.	5	9	45	Prije svakog postupka i pri svakoj promjeni ažurirati izjave o izbjegavanju sukoba interesa u ESJN; dokumentovati provjeru povezanosti, zahtjeve za izuzeće i način otklanjanja sukoba.	službenik za javne nabavke	U svakom postupku	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
3.6 Planiranje i upravljanje finansijama	službenik za javne nabavke Šef tehničke službe Komisija u procesu javnih nabavki Stručna lica angažovana u javnim nabavkama	Tehničke specifikacije ili kriterijumi prilagođeni određenom ponuđaču; ograničavanje konkurencije.	Načela konkurencije i jednakog tretmana; ESJN; tržišno istraživanje gdje je propisano.	Stručna specifičnost medicinske opreme i usluga povećava diskreciju pri formulisanju tehničkih zahtjeva.	5	8	40	Za rizične i složene nabavke dokumentovati istraživanje tržišta i obrazloženje specifikacija; uvesti stručnu i nabavnu „četiri oka“ provjeru da kriterijumi nijesu diskriminatorni niti nepotrebno restriktivni.	službenik za javne nabavke Šef tehničke službe Stručna lica angažovana u javnim nabavkama	Prije objave svakog rizičnog postupka	↔	
3.7 Planiranje i upravljanje finansijama	službenik za javne nabavke šef komercijale i marketinga lice određeno za praćenje ugovora korisnik usluge/ proizvoda	Nepravilno izvršenje ugovora, prihvrat robe/ usluge koja ne odgovara ugovoru ili neosnovane izmjene ugovora.	Ugovori; zapisnici o prijemu; ESJN; antikorupcijska klauzula; finansijska kontrola plaćanja.	Rizik se nakon izbora ponuđača prenosi na izvršenje, gdje su potrebni mjerljivi dokazi o količini, kvalitetu i izmjenama.	5	9	45	Za svaki ugovor odrediti odgovorno lice za praćenje izvršenja i standardizovati zapisnik o prijemu; svaku izmjenu obrazložiti i objaviti/ evidentirati prema zakonu, a izvještaj o realizaciji dostaviti u propisanom roku.	direktor službenik za javne nabavke šef komercijale i marketinga lice određeno za praćenje ugovora	Tokom svakog ugovora	↔	
3.8 Planiranje i upravljanje finansijama	direktor Služba za pravne i kadrovske poslove Služba za finansijske poslove Primaoci donacija u organizacionim jedinicama	Donacije ili sponzorstva mogu stvoriti privatni uticaj, prikriveni interes ili netransparentno raspolaganje imovinom.	ZSK; finansijske evidencije; internet rubrika Donacije; pravila o poklonima i sukobu interesa.	Bolnica redovno prima donacije; potrebno je jedinstveno evidentiranje svrhe, vrijednosti, donatora, prijema i korišćenja.	3	7	21	Voditi centralni registar donacija i sponzorstava sa procjenom mogućeg sukoba interesa prije prihvatanja; kvartalno objavljivati podatke koji mogu biti javni i vršiti provjeru namjenskog korišćenja.	Lice za postupanje po donacijama šef finansijske službe šef službe za pravne i kadrovske poslove	Kontinuirano	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
3.9 Planiranje i upravljanje finansijama	direktor pomoćnik direktora Rukovodioci organizacionih jedinica Svi zaposleni u administraciji Bolnice	Nedovoljno poznavanje novih antikorupcijskih pravila, etičkog kodeksa i upravljanja sukobom interesa u nabavkama.	Obuke nadležnog ministarstva; ASK-a; Uprave za ljudske resurse; ESJN; Etički kodeks Bolnice i Etički kodeks u javnim nabavkama.	Izmjene Zakona iz 2026. uvode eksplicitne obaveze antikorupcijske edukacije i upravljanja rizicima.	4	7	28	Organizovati najmanje jednu godišnju ciljanu obuku za lica uključena u javne nabavke o čl. 38-43 Zakona, sukobu interesa, anonimnom prijavljivanju preko ESJN i integritetu u tehničkim specifikacijama i izvršenju ugovora.	menadžer integriteta	Najmanje jednom godišnje	↔	
4.1 Čuvanje i bezbjednost podataka i dokumenata	Svi korisnici informacionog sistema informtičar-web administrator i serviser opreme	Neovlašćen pristup, pregled, izmjena ili iznošenje zdravstvenih i drugih povjerljivih podataka.	Zakon o upravljanju podacima u oblasti zdravstva i digitalnom zdravlju; zaštita podataka o ličnosti; korisnički nalozi i prava pristupa.	Zdravstveni podaci su posebno osjetljivi; rizik raste kod promjene radnog mjesta, prestanka angažmana i širokih ovlašćenja.	6	10	60	Uspostaviti formalni registar korisničkih naloga i prava pristupa po principu najmanjih ovlašćenja; ukidati pristup istog dana po prestanku/premještanju i kvartalno pregledati aktivne naloge i logove pristupa, uz dokumentovan nalaz.	direktor Svi korisnici informacionog sistema informtičar-web administrator i serviser opreme	Kontinuirano i kvartalno	↔	
4.2 Čuvanje i bezbjednost podataka i dokumenata	svi zdravstveni radnici svi zdravstveni saradnici	Netačna, nepotpuna ili zakašnjela zdravstvena dokumentacija; nemogućnost utvrđivanja ko je i zašto izmijenio podatak.	Elektronska medicinska dokumentacija; obaveza tačnosti i potpunosti; načelo sljedljivosti i ažurnosti.	Veliki broj unosa i smjenski rad povećavaju rizik greške i naknadnog unosa bez dovoljno nadzora.	5	8	40	Komisija za kontrolu kvaliteta zdravstvene zaštite kvartalno vrši uzorkovanje medicinske dokumentacije po odjeljenjima radi provjere potpunosti, blagovremenosti i sljedljivosti; nalaze dostavlja načelnicima i direktoru sa rokom za korekciju.	Rukovodioci organizacionih jedinica Komisija za kontrolu kvaliteta	Kvartalno	↔	
4.3 Čuvanje i bezbjednost podataka i dokumenata	direktor Fond za zdravstveno osiguranje informtičar-web administrator i serviser opreme	Kibernetički incident, gubitak, enkripcija ili nedostupnost podataka; kompromitovanj povjerljivosti, cjelovitosti ili dostupnosti.	Rezervne kopije; tehnička podrška; Zakon o upravljanju podacima u zdravstvu čl. 56; propisi o informacionoj bezbjednosti.	Novi zakon eksplicitno zahtijeva upravljanje rizicima informacione bezbjednosti; psihijatrijska dokumentacija nosi posebno visoku posljedicu povrede.	6	10	60	Najmanje godišnje sprovedi dokumentovanu procjenu rizika informacione bezbjednosti i donijeti plan tretmana; kvartalno testirati rezervne kopije/obnovu i najmanje jednom godišnje vježbu postupanja u incidentu.	direktor Fond za zdravstveno osiguranje kompanija d.o.o. MG Soft informtičar-web administrator i serviser opreme	Godišnja procjena i testovi kvartalno	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratki opis i ocjena realizacije mjere
4.4 Čuvanje i bezbjednost podataka i dokumenata	Etički komitet informtičar-web administrator i serviser opreme Centar za promociju nauke i razvoj projekata Arhivar medicinske dokumentacije	Sekundarna upotreba zdravstvenih podataka za istraživanje, obrazovanje ili AI bez pravnog osnova, adekvatne anonimizacije ili etičke kontrole.	Zakon o upravljanju podacima u oblasti zdravstva i digitalnom zdravlju čl. 52-54; Etički komitet.	Nove digitalne i istraživačke mogućnosti povećavaju rizik ponovne identifikacije i neovlašćenog prenosa podataka.	4	9	36	Donijeti proceduru sekundarne obrade podataka koja uređuje zahtjev, mišljenje Etičkog komiteta, anonimizaciju/ pseudonimizaciju, saglasnost kada je potrebna, procjenu rizika ponovne identifikacije, odobrenje i evidenciju dostavljanja podataka.	Etički komitet informtičar-web administrator i serviser opreme Centar za promociju nauke i razvoj projekata Arhivar medicinske dokumentacije	31.01.2027	↔	
4.5 Čuvanje i bezbjednost podataka i dokumenata	Arhiva / Pisarnica Služba za pravne i kadrovske poslove informtičar-web administrator i serviser opreme Arhivar medicinske dokumentacije	Preuranjeno uništavanje, predugo čuvanje, gubitak ili neadekvatno arhiviranje zdravstvene i poslovne dokumentacije.	Zakon o upravljanju podacima u zdravstvu čl. 51; propisi o arhivskoj djelatnosti i kancelarijskom poslovanju; postojeća arhiva.	Novi rokovi čuvanja zdravstvene dokumentacije moraju biti mapirani na sve fizičke i elektronske zbirke.	4	6	24	Uskladiti listu kategorija dokumentacije i rokove čuvanja sa novim zdravstvenim propisima; uspostaviti evidenciju lokacije, vlasnika i roka čuvanja te kontrolisan postupak arhiviranja i uništenja sa zapisnikom.	Arhiva / Pisarnica Služba za pravne i kadrovske poslove informtičar-web administrator i serviser opreme	30.04.2027	↔	
5.1 Prava pacijenata i zaštita mentalno oboljelih lica	Medicinski radnici i saradnici Svi ljekari	Liječenje ili smještaj bez valjane informisane saglasnosti, naročito kod lica ograničene/ oduzete poslovne sposobnosti.	Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica; propisi o pravima pacijenata; obrasci saglasnosti i medicinska dokumentacija.	Procjena sposobnosti za davanje saglasnosti i uloga zakonskog zastupnika/ staratelja nose visok pravni i etički rizik.	4	9	36	Standardizovati i pravno uskladiti obrasce i tok dokazivanja saglasnosti za liječenje i smještaj, posebno za lica bez pune poslovne sposobnosti; polugodišnje izvršiti uzorak kontrole pravilnosti saglasnosti u dokumentaciji.	direktor Komisija za kontrolu kvaliteta	Polugoišnje 31.12.2026	↔	
5.2 Prava pacijenata i zaštita mentalno oboljelih lica	Svi ljekari	Nezakonit ili predug nedobrovoljni smještaj/ liječenje; propuštanje rokova i obavještanja nadležnih organa.	Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica; sudski postupci; medicinska i pravna evidencija.	Proces uključuje lišenje/ ograničenje slobode i više aktera; posljedica svake proceduralne greške je veoma visoka.	5	8	40	Uvesti mjesečnu kontrolnu listu uzorka predmeta nedobrovoljnog smještaja/ liječenja: pravni osnov, medicinska procjena, rokovi, obavještenja, sudska dokumentacija i trajanje mjere; svako odstupanje odmah prijaviti direktoru.	direktor	Mjesečno	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
5.3 Prava pacijenata i zaštita mentalno oboljelih lica	Glavna/i medicinska/ski sestra/tehničar Bolnice Svi ljekari Sve medicinske sestre i tehničari	Prekomjerna, neproporcionalna ili nedokumentovana upotreba fizičkog ograničenja/izolacije; povreda dostojanstva i prava pacijenta.	Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica;	Intervencije se primjenjuju u kriznim situacijama; visoka posljedica zahtijeva nezavisnu retrospektivnu kontrolu.	5	8	40	Kvartalno analizirati sve slučajeve fizičkog ograničenja/izolacije prema indikaciji, trajanju, odluci ljekara, kontinuiranom nadzoru i obavješćavanju; za odstupanja sprovesti stručnu/etičku analizu i korektivne mjere.	direktor pomoćnik direktora Svi načelnici Odjeljenja	kvartalno	↔	
5.4 Prava pacijenata i zaštita mentalno oboljelih lica	direktor Zaštitnik prava pacijenata Savjet za zaštitu prava mentalno oboljelih lica	Pristrasno, neblagovremeno ili nedokumentovano postupanje po prigovorima; odmazda ili gubitak povjerenja pacijenata.	Imenovan Zaštitnik prava pacijenata; objavljen kontakt; Savjet za zaštitu prava mentalno oboljelih lica; evidencije prigovora.	Pojedinačni prigovori mogu ukazivati na sistemski integritetski rizik koji se ne vidi bez zbirne analize.	4	8	32	Voditi jedinstvenu evidenciju prigovora i ishoda; kvartalno anonimno analizirati vrste prigovora, rokove i ponavljajuće uzroke i direktoru dostaviti preporuke i status korektivnih mjera.	Zaštitnik prava pacijenata Savjet za zaštitu prava mentalno oboljelih lica	Kvartalno	↔	
5.5 Prava pacijenata i zaštita mentalno oboljelih lica	direktor Načelnik Odjeljenja za bolesti zavisnosti informtičar-web administrator i serviser opreme	Favorizovanje ili nejavni uticaj pri redoslijedu prijema i listama čekanja; diskriminacija korisnika.	Pravila vođenja lista čekanja; javno objavljena pseudonimizovana lista; prava pacijenata.	Rizik postoji kada prioriteta nisu dovoljno dokumentovani ili ažuriranje kasni.	4	7	28	Mjesečno provjeravati usklađenost redoslijeda sa listom čekanja i dokumentovanost medicinskog prioriteta za svako odstupanje; javnu listu ažurirati bez ličnih podataka i evidentirati datum svake izmjene.	Zaštitnik prava pacijenata informtičar-web administrator i serviser opreme	Mjesečno	↔	
6.1 Kvalitet i bezbjednosti zdravstvene zaštite	direktor Komisija za kontrolu kvaliteta	Sistemske slabosti kvaliteta ostaju neprepoznate ili mjere unapređenja ostaju bez praćenja.	Zakon o zdravstvenoj zaštiti čl. 205-210; Komisija za kontrolu kvaliteta; raniji izvještaji i ankete.	Novi zakon propisuje kvartalno i godišnje izvještavanje direktoru i Ministarstvu sa ocjenom i predlogom mjera.	5	8	40	Komisija za kontrolu kvaliteta dostavlja direktoru i Ministarstvu izvještaj svaka tri mjeseca i godišnje, sa ocjenom kvaliteta i mjerama; voditi centralnu tabelu mjera sa nosiocem, rokom i statusom realizacije.	direktor Komisija za kontrolu kvaliteta	Godišnji izvještaj	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
6.2 Kvalitet i bezbjednosti zdravstvene zaštite	direktor načelnici Komisija za kontrolu kvaliteta	Kašnjenje ili izostanak stručne kontrole nakon neželjenog događaja i nepostupanje po preporukama.	Redovna i vanredna interna kontrola kvaliteta; zakonski rokovi za izvještaj i postupanje.	Neželjeni događaji mogu imati teške posljedice; pravovremena kontrola i dokaz o zatvaranju preporuka moraju biti sistemski.	5	8	40	Direktor godišnje utvrđuje plan redovne interne kontrole; za svaki neželjeni događaj koji zahtijeva vanrednu kontrolu obezbijediti izvještaj u 5 radnih dana i postupanje direktora po preporukama u narednih 5 radnih dana, uz evidenciju zatvaranja.	direktor Komisija za kontrolu kvaliteta	Godišnji plan	↔	
7.1 Ljekovi, Propisivanje i Odnosi sa farmaceutskim sektorom	službenik za javne nabavke Etički komitet Svi ljekari svi rukovodioci organizacionih jedinica	Nedozvoljeni uticaj farmaceutskih kompanija kroz promociju, posjete, poklone, uzorke ili finansiranje stručnih skupova.	Zakon o ljekovima čl. 206-215; Zakon o zdravstvenoj zaštiti čl. 112-115; Etički kodeks i Etički komitet.	Novi propisi detaljnije uređuju promociju i koristi; interni režim treba objediniti sve kontakte i odobrenja.	5	8	40	Donijeti proceduru odnosa sa farmaceutskim sektorom: najava i evidencija posjeta predstavnika, pravila promocije i uzoraka, zabrana nedozvoljenih koristi, prethodna prijava/odobrenje sponzorisanog stručnog skupa i transparentna evidencija.	direktor Etički komitet	31.01.2027	↔	
7.2 Ljekovi, Propisivanje i Odnosi sa farmaceutskim sektorom	Komisija za kontrolu kvaliteta Etički komitet Svi ljekari	Propisivanje ili izdavanje lijekova pod uticajem privatnog interesa, koristi ili odnosa sa proizvođačem/distributerom.	Kliničke smjernice; formulari/ evidencije terapije; Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o ljekovima; Etički komitet.	Sukob interesa može biti stvaran, potencijalan ili prividan i ostati neprijavljen bez aktivne kontrole.	4	9	36	Uspostaviti obaveznu prijavu sumnje na sukob interesa Etičkom komitetu i najmanje polugodišnji tematski pregled uzorka propisivanja/ izdavanja sa aspekta neuobičajenih obrazaca i dokumentovanog privatnog interesa, bez zadiranja u kliničku autonomiju.	Komisija za kontrolu kvaliteta Etički komitet	Polugodišnje	↔	
8.1 Dopunski rad	direktor Zdravstveni radnici i saradnici Služba za pravne i kadrovske poslove	Odobranje dopunskog rada bez ispunjenih uslova, pod uticajem privatnog interesa ili na štetu rada Bolnice.	Registar saglasnosti već uspostavljen; Zakon o zdravstvenoj zaštiti čl. 101; Pravilnik 93/26.	Novi Pravilnik uvodi detaljne kriterijume kvaliteta rada, pritužbi, disciplinske istorije, kapaciteta i rok odlučivanja od 15 dana; saglasnost važi 6 mjeseci.	4	5	20	Uskladiti proceduru i obrasce dopunskog rada sa Pravilnikom 93/26: kompletan zahtjev, provjera svih kriterijuma i pokazatelja rada, obrazložena odluka u 15 dana, sadržaj saglasnosti i evidencija njenog važenja do 6 mjeseci.	Služba za pravne i kadrovske poslove	02.10.2026	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
8.2 Dopunski rad	Služba za pravne i kadrovske poslove informatičar-web administrator i serviser opreme	Netransparentno obavljanje dopunskog rada ili rad bez važeće saglasnosti.	Postojeći registar saglasnosti; zakonska obaveza objave i mjesečnog ažuriranja spiska.	Javna lista i evidencija važenja saglasnosti moraju ostati ažurne nakon svake promjene.	3	4	12	Voditi centralni registar svih zahtjeva i saglasnosti za dopunski rad sa datumom isteka; na internet stranici objaviti i mjesečno ažurirati spisak zaposlenih koji imaju saglasnost, bez nepotrebnih ličnih podataka.	službenik za upravljanje ljudskim resursima	Sedmično/ Mjesečno	↔	
8.3 Dopunski rad	Služba za pravne i kadrovske poslove svi zdravstveni radnici svi zdravstveni saradnici	Dopunski rad se preklapa sa radnim vremenom, povećava umor, odsustva ili negativno utiče na kvalitet rada u Bolnici.	Rasporedi rada; evidencije prisustva/odsustva; kriterijumi iz Pravilnika 93/26.	Jednokratna provjera pri izdavanju saglasnosti ne otkriva promjene tokom šestomjesečnog važenja.	3	7	21	Kvartalno ukrštati važeće saglasnosti sa rasporedima rada, odsustvima, pokazateljima učinka, pritužbama i mjerama odgovornosti; kod prestanka uslova pokrenuti preispitivanje/ukidanje saglasnosti i odgovornost ako je potrebno.	Služba za pravne i kadrovske poslove svi zdravstveni radnici svi zdravstveni saradnici	Kvartalno	↔	
9.1 Transparentnost, slobodan pristup informacijama i odnosi sa javnosti	službenik za slobodan pristup informacijama Služba za pravne i kadrovske poslove	Nezakonito uskraćivanje pristupa ili, suprotno, otkrivanje osjetljivih zdravstvenih i ličnih podataka; neujednačeni testovi štetnosti.	Vodič za SPI; sistem AZLP; Zakon o slobodnom pristupu informacijama 160/25, u punoj primjeni od 08.07.2026; propisi o zdravstvenim podacima.	Novi zakon i izrazito osjetljiva psihijatrijska dokumentacija zahtijevaju precizan interni tok, razdvajanje djelimičnog pristupa i zaštite podataka.	5	8	40	Ažurirati Vodič za SPI i internu proceduru prema Zakonu 160/25: prijem/ evidencija, pretraga informacije, rokovi, djelimičan pristup i anonimizacija, test štetnosti kada je potreban, kontrola zaštite zdravstvenih i ličnih podataka i uredna dostava.	direktor službenik za slobodan pristup informacijama	31.10.2026	↔	
9.2 Transparentnost, slobodan pristup informacijama i odnosi sa javnosti	službenik za slobodan pristup informacijama Služba za pravne i kadrovske poslove informatičar-web administrator i serviser opreme	Transparentnost je formalna ako se objavljuju samo rješenja, a ne i informacije kojima je pristup odobren.	Internet rubrika SPI; rješenja i evidencije zahtjeva.	ASK je preporučila da se objave i same informacije kojima je po zahtjevu pristup odobren.	4	6	24	Nakon pravnosnažnog/ izvršnog odobrenja pristupa objaviti na sajtu i informaciju koja je stvarno data podnosiocu, u istom obimu i sa istim zaštitnim redakcijama; voditi evidenciju datuma objave.	službenik za slobodan pristup informacijama informatičar-web administrator i serviser opreme	Najkasnije 7 dana nakon donošenja rješenja po zahtjevu za SPI	↔	

Plan integriteta

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor

REGISTAR RIZIKA			PROCJENA I MJERENJE RIZIKA					REAGOVANJE NA RIZIK			PREGLED I IZVJEŠTAVANJE O RIZICIMA	
Oblasti rizika	Radna mjesta	Osnovni rizici	Postojeće mjere kontrole	Preostali rizici (rezidualni)	Vjerovatnoća	Posljedice	Procjena	Predložene mjere za smanjenje/otklanjanje rizika	Odgovorna osoba	Rok	Status	Kratak opis i ocjena realizacije mjere
9.3 Transparentnost, slobodan pristup informacijama i odnosi sa javnosti	službenik za slobodan pristup informacijama informtičar-web administrator i serviser opreme	Nedovoljna proaktivna dostupnost podataka od javnog interesa; neiskorišćen potencijal otvorenih podataka.	Web sajt; zakonske evidencije; Portal otvorenih podataka.	ASK je preporučila objavu odabranih skupova podataka na Portalu otvorenih podataka.	4	5	20	Identifikovati najmanje tri skupa podataka bez ličnih/ zdravstvenih podataka pogodna za otvoreni format, objaviti ih na Portalu otvorenih podataka i odrediti dinamiku ažuriranja i vlasnika svakog skupa.	službenik za slobodan pristup informacijama informtičar-web administrator i serviser opreme	prema dinamici skupa informacija 31.03.2027	↔	
9.4 Transparentnost, slobodan pristup informacijama i odnosi sa javnosti	direktor informtičar-web administrator i serviser opreme	Lica sa invaliditetom nemaju ravnopravan pristup informacijama i elektronskim sadržajima Bolnice.	Postojeći web sajt; propisi o zabrani diskriminacije i pristupačnosti.	ASK je utvrdila da internet stranica nije prilagođena licima sa invaliditetom.	4	6	24	Sprovesti audit pristupačnosti web sajta i otkloniti ključne barijere (navigacija tastaturom, kontrast, alternativni tekst, struktura naslova i pristupačni dokumenti); najmanje jednom godišnje ponoviti provjeru.	direktor informtičar-web administrator i serviser opreme	Godišnje 30.04.2026	↔	
9.5 Transparentnost, slobodan pristup informacijama i odnosi sa javnosti	službenik za slobodan pristup informacijama službenik za odnose s javnošću šef komercijale i marketinga	Objava identiteta, fotografije ili informacije o pacijentu bez odgovarajućeg osnova/ saglasnosti; stigmatizujuća ili netačna komunikacija.	Pravila profesionalne tajne; zaštita podataka; prava pacijenata; postojeći kanali komunikacije Bolnice.	Velika javna osjetljivost psihijatrijske djelatnosti zahtijeva kontrolu sadržaja prije objave, uključujući društvene mreže.	4	9	36	Uvesti obaveznu provjeru sadržaja prije javne objave kada se odnosi na pacijente ili klinički rad: pravni osnov/ saglasnost, anonimizacija, dostojanstvo, tačnost i minimalan obim podataka; čuvati evidenciju odobrenja za rizične objave.	direktor službenik za odnose s javnošću šef komercijale i marketinga	Kontinuirano	↔	

VII. SPROVOĐENJE, PRAĆENJE I IZVJEŠTAVANJE

7. Odgovornost za sprovođenje

Direktor Bolnice dužan je da obezbijedi uslove za sprovođenje Plana i zahtijeva odgovornost nosilaca mjera. Menadžer integriteta kontinuirano prati realizaciju, periodično kontroliše promjene rizika i upozorava direktora na kašnjenja, nove rizike ili mjere koje se u praksi pokazuju nedjelotvornim. Odgovorna lica iz matrice, zaposlena u Bolnici, dostavljaju menadžeru integriteta dokaz realizacije, a ne samo opis aktivnosti.

Svi zaposleni dužni su da menadžeru integriteta daju podatke potrebne za praćenje Plana i da ukažu na situacije koje mogu predstavljati korupciju, sukob interesa, nezakonito ili neetično postupanje. Ova obaveza ne zamjenjuje niti ograničava pravo na prijavljivanje nepravilnosti kroz interne ili eksterne kanale zaštite zviždača.

8. Dokazi realizacije i interna kontrola Plana

Vrsta mjere	Minimalni dokaz realizacije
Interni akt / procedura	Potpisani akt sa datumom i brojem; dokaz objave kada je mjera javna; evidencija upoznavanja zaposlenih.
Registar / evidencija	Izvod ili izvještaj iz registra sa datumom; dokaz periodičnog pregleda; zaštita povjerljivih podataka.
Obuka	Program/agenda, datum, predavač, lista prisutnih ili potvrde; tema mora odgovarati mjeri.
Kontrola / audit	Zapisnik ili izvještaj sa uzorkom, nalazima, preporukama, nosiocima i rokovima.
Objava / transparentnost	URL ili snimak javne objave sa datumom; periodična provjera da je sadržaj i dalje dostupan i ažuran.
Kontinuirana mjera	Najmanje kvartalni ili godišnji zbirni dokaz da se kontrola stvarno primjenjivala, a ne samo da postoji propis.

9. Dinamika praćenja

Kada	Aktivnost
Kvartalno	Menadžer integriteta prikuplja status prioriternih i kontinuiranih mjera; direktor razmatra kašnjenja i korektivne rokove.
Do 15. aprila	Godišnji izvještaj o sprovođenju Plana za prethodnu godinu dostavlja se ASK u štampanoj i elektronskoj formi, putem aplikacije.
Svake druge godine	Procjena efikasnosti i efektivnosti, nova procjena rezidualnih rizika, uklanjanje nedjelotvornih i uvođenje novih mjera te donošenje novog Plana.
Po nastanku promjene	Plan i procjena se preispituju i ranije ako dođe do značajne izmjene propisa, organizacije, incidenta, revizorskog nalaza ili novog korupcijskog rizika.

MENADŽER PLANA INTEGRITETA

Mr Filip Mihailović




DIREKTOR BOLNICE

Prim. dr Jovo Đedović, spec. psihijatrije





Crna Gora

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju "Dobrota" Kotor

Jadranska 118, Dobrota – 85 330 Kotor, Crna Gora

Kontakt telefon: 032/330-920 i 032/330-921

Fax: 032/330-922 i 032/330-923

E-mail: psihijatrija.kotor@t-com.me

Web-site: www.psihijatrijakotor.com

Broj: 01-070/26-2435

U Kotoru, 28.09.2026.godine

Na osnovu člana 75 stav 1 Zakona o sprječavanju korupcije ("Služeni list Crne Gore", br. 054/24, 041/26, 098/26, 114/26 i 117/26) i člana 11 Statuta ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor, direktor Bolnice donosi

ODLUKU

- 1) Usvaja se i stupa na snagu Plan integriteta ZU Specijalne bolnice za psihijatriju „Dobrota“ Kotor 2026. -20268.
- 2) Zadužuje se menadžer integriteta mr Filip Mihailović da najmanje jednom godišnje podnese pisani izvještaj o realizaciji mjera iz plana integriteta.
- 3) Zadužuju se svi zaposleni u ZU Specijalnoj bolnici za psihijatriju „Dobrota“ Kotor da na zahtjev menadžera integriteta dostave sve potrebne informacije i dokumenta, neophodna za efikasno sprovođenje plana integriteta.
- 4) Ova Odluka je konačna i stupa na snagu danom donošenja.

Obrazloženje:

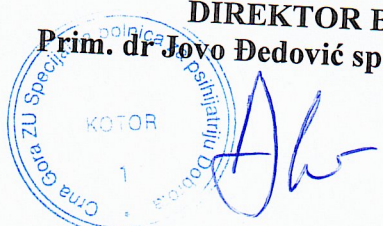
Zakonom o sprječavanju korupcije ("Sl. list Crne Gore", br. 054/24, 041/26, 098/26, 114/26 i 117/26) propisana je obaveza donošenja planova integriteta za sve organe vlasti, u skladu sa Pravilima za izradu i sprovođenje plana integriteta, koja donosi Agencija za sprječavanje korupcije. S tim u vezi, Rješenjem broj: 01-070/26-1646 od 02.07.2026.godine formirana je radna grupa za pripremu i izradu novog plana integriteta, koja je u kontinuitetu radila od 03.07.2026.godine do 28.09.2026.godine i koja je pripremila i dostavila na odobravanje i usvajanje prijedlog Plana integriteta starješini organa tj. direktoru ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor, nakon čega je isti u cijelosti prihvaćen. Na osnovu izloženog riješeno je kao u dispozitivu ove odluke. Odluka stupa na snagu danom donošenja.

Upustvo o pravnoj zaštiti: Protiv ove odluke može se izjaviti žalba nadležnoj Komisiji za žalbe u roku od 8 dana od dana objave iste.

Dostaviti:

- Agenciji za sprečavanje korupcije,
- Na oglasnoj tabli Bolnice,
- Na internet stranici Bolnice,
- Menadžeru plana integriteta
- U spise predmeta,
- a/a

DIREKTOR BOLNICE
Prim. dr Jovo Đedović spec.psihijatrije





Crna Gora

ZU Specijalna bolnica za psihijatriju "Dobrota" Kotor

Jadranska 118, Dobrota – 85 330 Kotor, Crna Gora

Kontakt telefon: 032/330-920 i 032/330-921

Fax: 032/330-922 i 032/330-923

E-mail: psihijatrija.kotor@t-com.me

Web-site: www.psihijatrijakotor.com

Broj: 01-070/26-2435/2

U Kotoru, 29.09.2026.godine

**AGENCIJA ZA SPRJEČAVANJE KORUPCIJE
KRALJA NIKOLE 27/V
81 000 PODGORICA**

n/r Gordani Đurašković, samostalnoj savjetnici I

Predmet: Dostava novog Plana integriteta za 2026. – 2028. godinu

Poštovana gospođo Đurašković,

U skladu sa članom 75 Zakona o sprečavanju korupcije ("Službeni list Crne Gore", br. 054/24 od 11.06.2024, 041/26 od 24.03.2026, 098/26 od 09.07.2026, 114/26 od 03.08.2026, 117/26 od 07.08.2026) u prilogu ovog akta dostavljamo Vam novi Plan integriteta za 2026. – 2028. godinu ZU Specijalna bolnica za psihijatriju „Dobrota“ Kotor, koji smo objavili na veb sajtu naše bolnice www.psihijatrijakotor.com u odjeljku >>Plan integriteta, Antikorupcija i Izbori<<.

Takođe Vas obavještavamo da smo isti dostavili elektronskim putem preko aplikacije ASK-a, dana 28.09.2026.godine.

S poštovanjem,

**Menadžer plana integriteta
mr Filip Mihailović**

DIREKTOR BOLNICE

Prim. dr Jovo Đedović spec.psihijatrije



Dostaviti:

- Naslovu,
- U spise predmeta,
- a/a