



Специјална болница за рехабилитацију "Термал"
МБ: 08359415, ПИБ: 101381396
22408 Врдник, ул. Карађорђева бр. 6
Тел/факс: 022/465-102
termal.kabinetdirektora@gmail.com
www.termal-vrdnik.com

ПРАВИЛНИК О УПРАВЉАЊУ НЕПРАВИЛНОСТИМА У СБ „ТЕРМАЛ“ ВРДНИК

Јул 2026. године

На основу члана 81. Закона о буџетском систему ("Сл. гласник РС", бр. 54/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013, 63/2013 - испр., 108/2013, 142/2014, 68/2015 - др. закон, 103/2015, 99/2016, 113/2017, 95/2018, 31/2019, 72/2019, 149/2020, 118/2021, 138/2022, 118/2021 - др. закон, 92/2023 и 94/2024), а у вези са чланом 18. Правилника о заједничким критеријумима и стандардима за управљање и функционисање система финансијског управљања и контроле у јавном сектору („Службени гласник РС", бр. 89/19) и члана 119. Закона о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019, 92/2023 - аутентично тумачење и 29/2025 - одлука УС), Управни одбор СБ „Термал“ Врдник, на 86. седници, одржаној дана 31.07.2026. године, доноси:

П РА В И Л Н И К **О УПРАВЉАЊУ НЕПРАВИЛНОСТИМА У СБ „ТЕРМАЛ“ ВРДНИК**

Предмет Правилника

Члан 1.

Предмет овог Правилника је регулисање и успостављање система за откривање, евидентирање и поступање по обавештењима о сумњама на неправилности и система извештавања о управљању неправилностима у Специјалној болници за рехабилитацију „Термал“ Врдник „ (у даљем тексту: Болница).

Овим Правилником се прописује начин подношења, евидентирања и даљег поступања по обавештењима о сумњама на неправилности, начин и рокови извештавања о неправилностима, као и именовање лица за пријем информације и поступање по обавештењима о сумњама на неправилности унутар Болнице (у даљем тексту: лице за неправилност).

Дефиниција и класификација неправилности

Члан 2.

Неправилност представља свако одступање, недоследност или кршење неке одредбе прописаних правила и уговора, које је последица поступка или пропуста лица запослених и ангажованих у Болници, а које као последицу има, или би могло имати негативан утицај на остваривање циљева корисника јавних средстава и/или неоправдане трошкове.

Управљање неправилностима представља успостављање одговарајућег система за откривање, бележење, поступање по обавештењима и извештавање, а решавање неправилности представља спровођење одговарајућих мера ради умањења или отклањања последица реализоване неправилности.

Резултат управљања неправилностима је смањење нивоа ризика од појаве нежељених догађаја, а самим тим повећава се разумно уверење да ће се унапред дефинисани циљеви Болнице остварити.

Разврставање неправилности врши се применом класификације неправилности у складу са смерницама Централне јединице за хармонизацију Министарства финансија Владе Републике Србије.

Изузеци од прописаних правила финансијског управљања и контроле

Члан 3.

Одобрена одступања представљају изузетке од прописаних правила финансијског управљања и контроле у оквиру Болнице и не представљају неправилност у смислу овог Правилника.

Када запослени или руководиоци уоче, ради ефикаснијег и ефективнијег извршења радних задатака, потребу за одступањем од прописаних правила рада у оквиру пословног процеса, неопходно је да се за одобрење обрате руководиоцу који је одговоран за тај процес и који има овлашћења да донесе одлуке у вези начина рада у том пословном процесу.

Захтев за одобрење садржи образложене разлоге за одступање од прописаних правила рада и ефекте по резултате пословног процеса.

Руководилац који је одговоран за пословни процес може одобрити одступање од прописаних правила рада на основу процене наведених разлога из поднетог захтева. Одобрење одступања не може бити у супротности са законом и подзаконским актима.

Ради унапређења система финансијског управљања и контроле руководилац који је одговоран за пословни процес бележи изузетке и током редовних (годишњих) прегледа система.

На основу анализа о врстама и броју изузетака руководство Болнице доноси одлуку о ажурирању или измени појединих писаних правила рада.

Одговорности у систему управљања неправилностима

Члан 4.

Систем за управљање неправилностима представља посебну процедуру која омогућава:

1. Откривање сумњи на неправилности у оквиру пословних процеса;
2. Евидентирање сумњи на неправилност;
3. Поступање по обавештењима о сумњама на неправилност;
4. Извештавање о неправилностима.

Сва запослена и ангажована лица у Болници су у обавези да пријаве сумњу на неправилност уколико дођу до сазнања о њој.

Директор Болнице је дужан да успостави систем управљања неправилностима као посебну процедуру и предузима мере ради умањења ризика од неправилности или отклањања ефекта последица реализоване неправилности.

Обавеза руководиоца ужих организационих јединица у Болници је да омогуће примену свих дефинисаних корака поступка управљања неправилностима, односно да се уочене

сумње на неправилности у оквиру процеса за које обављају бележе на прописан начин, разврставају, решавају у складу са овлашћењима или прослеђују надлежнима за решавање и периодично извештавају о неправилностима из свог домена, директора Болнице.

Именовање лица за пријем сумње на неправилност

Члан 5.

Одлуку о именовању лица за пријем сумње на неправилност доноси директор Болнице. Подаци о Лицу за пријем сумње на неправилност, објављују се на интернет страници Специјалне болнице за рехабилитацију „Термал“ Врдник (име и презиме, занимање, контакт подаци).

Поступање по обавештењу/пријави о сумњи на неправилност

Члан 6.

Руководиоци, запослени, ангажована или трећа лица пријављују одступања, недоследности или кршење писаних правила која представљају неправилност или изазивају сумњу да је дошло до неправилности, без обзира на значај, као и на то јесу ли почињене намерно или ненамерно.

Пријава се подноси Лицу за пријем сумње на неправилност:

- Непосредно, у писаној форми са назнаком „Пријава сумње на неправилност“;
- Поштом на адресу: Специјална болница за рехабилитацију „Термал“ Врдник, ул. Карађорђева бр. 22, са назнаком: „Пријава сумње на неправилност“;
- Електронском поштом на e-mail адресу: termal.pravnasluzba@gmail.com, са назнаком: „Пријава сумње на неправилност“.

Уколико постоји сумња да је лице за пријем сумње на неправилност укључено у неправилност, заинтересована лица пријаву достављају директно директору Болнице.

Члан 7.

Лице за пријем сумње на неправилност реализује следеће радње:

1. Евидентира обавештење/пријаву о сумњи на неправилност;
2. Од лица које је пријавило сумњу на неправилност, може затражити да у року од три дана од дана пријема пријаве, достави додатне информације и пропратну документацију, уколико постоје, као доказ за наведено у пријави, осим у случају анонимне пријаве;
3. Од руководиоца организационе јединице у чијој је надлежности процес на који се односи обавештење/пријава, може затражити да у року од пет дана достави доказ о функционисању процеса за који је поднета пријава;
4. Процењује природу и веродостојност сумње на неправилност;
5. Прослеђује обавештење/пријаву на даље поступање руководиоцима који су одговорни за тај део процеса у којем је изузетак уочен;
6. Предлаже директору Болнице да одреди лице које познаје област односно познаје природу и карактер процеса, радњи, чињења, нечињења или трансакције на коју се неправилност односи, да испита наводе из примљеног обавештења, односно проследи обавештење на даље поступање;
7. Поред запослених, може предложити да се ангажује и екстерно лице као стручњак из области која је предмет обавештења о сумњи на неправилност;

8. Обавештава, у писаном облику у року од 30 дана од дана пријема обавештења о сумњи на неправилност, лице које је поднело обавештење о сумњи на неправилност, осим у случају анонимне пријаве, односно обавештења, о предузетим мерама.

Члан 8.

Након пријаве сумње на неправилност, лице за пријем сумње на неправилност одлучује о даљем поступању.

Ако пријава има одлике неправилности утврђује се да ли има елементе информације о узбуњивању сходно Закону о заштити узбуњивача и у том случају пријава се са свим пратећим доказима прослеђује овлашћеном лицу за пријем информације и вођење поступка у вези са узбуњивањем на даље поступање, које након окончања поступка, треба да достави информацију о резултату поступка, ради уноса у евиденцију.

Лице за пријем сумње на неправилност, након предузетих радњи у делокругу рада и оквиру својих овлашћења, уколико сумњу може разрешити на основу приложених доказа и утврђеног чињеничног стања, сачињава Извештај у којем констатује да је утврђена неправилност или да неправилности нема, односно да није утврђена.

Уколико сумњу на неправилност не може да разреши у делокругу рада и у оквиру својих овлашћења лице задужено за пријем сумње на неправилност, сачињава Извештај, са предлогом о даљем поступању.

Извештај из става 3. и 4. овог члана, лице за пријем сумње на неправилност доставља директору Болнице.

Члан 9.

Након што размотри Извештај из члана 8. овог Правилника, директор Болнице доноси одлуку којом се:

1. поступак окончава уколико се утврди да не постоје докази о неправилности,
2. утврђује постојање неправилности и налаже предузимање одговарајућих активности и мера како би се неправилност отклонила, уколико се утврди да постоје докази о неправилности.

Одлуком о утврђивању неправилности иста се сврстава у одређену категорију, у складу са класификацијом неправилности и налажу мере за умањење ризика од уочене неправилности, у зависности од врсте неправилности и пословног процеса.

За реализоване неправилности доноси се одговарајућа мера за отклањање или умањење последица, у ситуацијама када је то могуће.

Мера за отклањање или умањење последица реализоване неправилности мора се извршити у унапред одређеном року.

Након протока утврђеног рока, у евиденцији се наводе докази о реализацији мере за отклањање или умањење последица реализоване неправилности.

Уколико постоје елементи који указују на сумњу на превару, директор Болнице прослеђује обавештење/пријаву са пратећом документацијом надлежном органу на даље поступање.

Одлука из става 1. овог члана се доставља Лицу за пријем сумње на неправилност, које, обавештава у писаној форми, подносиоца обавештења, о исходу поступка и предузетим мерама сагласно одлуци директора Болнице, осим у случају анонимне пријаве.

Евидентирање и разврставање неправилности

Члан 10.

Након што добије информације, односно одговарајућу одлуку директора Болнице, лице за пријем сумње на неправилност, евидентира обавештење/пријаву, а документацију одлаже у одговарајуће појединачне досијее тј. предмете.

Лице за пријем сумње на неправилност је обавезно да са документацијом и информацијама из става 1. овог члана поступа сагласно одредбама регулативе којом се уређује тајност података.

Подаци о идентитету подносиоца обавештења/пријаве о сумњи на неправилност, садржина обавештења и пропратна документација имају карактер поверљивости, тако да су лица која по службеној дужности дођу у посед тих информација, обавезна да поступају са истима сагласно њиховом карактеру, односно забрањено је омогућавање приступа и на било који начин дистрибуирање тих информација лицима која за то нису овлашћена.

Члан 11.

Информације о сумњама на неправилност уносе се у евиденцију неправилности која садржи:

1. Назив пословног процеса;
2. Радно место и име лица задуженог за пријем сумње на неправилност;
3. Редни број;
4. Датум и место;
5. Кратак опис сумње на неправилност;
6. Навођење приложених доказа;
7. Радно место и име лица које је уочило неправилност или назив организационе целине од које је прослеђена сумња на неправилност;
8. Одлука о даљем поступању по сумњи на неправилност;
9. Обавештење лицу које је уочило неправилност о одлуци о даљем поступању по сумњи на неправилност;
10. Доказ о прослеђивању лицу за пријем информација и вођење поступка у вези са узбуњивањем у складу са Законом о заштити узбуњивача у случају да сумња на неправилност има елементе кршења прописа, кршења људских права, вршења јавног овлашћења противно сврси на које је поверено, опасности по живот, јавно здравље, безбедност, животну средину, као и ради спречавања штете великих размера;
11. Доказ о прослеђивању вишем нивоу руковођења сумњи на неправилност које не могу да се разреши у делокругу рада и у оквиру овлашћења лица која су задужена за пријем сумње на неправилност;

12. Утврђене неправилности;
13. Врсту неправилности;
14. Предузете активности за умањење ризика од уочене неправилности;
15. Донете мере за отклањање или умањење последица реализованих неправилности;
16. Рок за отклањање узрока неправилности;
17. Навођење доказа о реализацији мере за отклањање или умањење последица реализоване неправилности;
18. Обавештење вишем руководству и организационој целини од које је добијена информација о неправилности о предузетим активностима за умањење ризика и мерама за отклањање или умањење последица неправилности;
19. Информације од вишег руководства о предузетим активностима за умањење ризика и мерама за отклањање или умањење последица сумњи на неправилности које су им прослеђене.

Извештавање о неправилностима

Члан 12.

Извештавање о неправилностима је саставни део Годишњег извештаја о систему финансијског управљања и контроле који је директор Болнице у обавези да достави Министарству финансија – Централној јединици за хармонизацију, најдаље до 31. марта текуће године за претходну годину.

Лице задужено за неправилности припрема Годишњи извештај о неправилностима на дан 31. децембар претходне године, који доставља директору Болнице, до 15. фебруара текуће године за претходну годину.

Годишњи извештај треба да садржи следеће податке:

1. Извештајни период;
2. Назив организационе целине;
3. Назив пословног процеса;
4. Број пријављених сумњи на неправилност;
5. Број одбачених/одбијених сумњи на неправилност;
6. Број неправилности са елементима информације о узбуњивању сходно Закону о заштити узбуњивача;
7. Број неправилности које изискују екстерно решавање;
8. Број утврђених неправилности (укупан број неправилности о којима је донета одлука, односно које могу да се разреши у оквиру Болнице);
9. Број утврђених неправилности по врстама (у складу са класификацијом неправилности по врсти утицаја, по природи, по области пословања, о чему одлуку доноси директор Болнице);
10. Број реализованих мера за отклањање или умањење последица реализованих неправилности у извештајном периоду;
11. Број нереализованих мера за отклањање или умањење последица реализованих неправилности у извештајном периоду.

Члан 13.

Информације које ће проистећи из спроведених поступака по обавештењима о сумњама на неправилности, послужиће за измене у успостављеном Регистру ризика и омогућиће

ефикасније управљање ризицима и на тај начин ће поузданије заштитити ресурсе Болнице и омогућити реализацију пословних циљева, односно мисију Болнице.

Члан 14.

Саставни део овог Правилника су обрасци који су дати у прилогу и то:

1. Пријава сумње на неправилност - Образац 1.
2. Појединачна евиденција о неправилностима - Образац 2.
3. Поступање по сумњи на неправилност – Образац 3.
4. Обједињени извештај о неправилностима - Образац 4.

Члан 15.

Правилник ступа на снагу осмог дана након објављивања на огласној табли и сајту Специјалне болнице за рехабилитацију „Термал“ Врдник.

Председник Управног одбора
СБ „Термал“ Врдник



Стеван Дебељачки