



Републички фонд за здравствено осигурање

ИЗВЕШТАЈ О ИЗВРШЕНИМ КОНТРОЛАМА

01.01.-30.06.2015.ГОДИНЕ

УВОД

Републички фонд за здравствено осигурање (у даљем тексту Републички фонд) у складу са законом и општим актима Републичког фонда, врши контролу извршавања обавеза из закљученог уговора са даваоцем здравствених услуга, као и законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцу здравствених услуга за остваривање законом утврђених права осигураних лица.

Уговорним односом између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга наглашена је обавеза наменског трошења пренетих средства по наменама из уговора. Контрола извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, између осталог, обухвата и контролу законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања која за крајњи циљ има увођење финансијске дисциплине и усмеравање здравствених установа да средства обавезног здравственог осигурања користе у складу са законским и подзаконским актима и да редовно измирују обавезе према добављачима.

Законом о здравственом осигурању утврђено је начело економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања. Начело економичности здравственог осигурања се остварује сталним настојањем да се права из обавезног здравственог осигурања остварују уз што мање финансијских и других средстава, док се начело ефикасности остварује постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположиве ресурсе, као и постизањем највишег нивоа права из обавезног здравственог осигурања уз најнижи утрошак финансијских средстава.



С тим у вези, Републички фонд поред контроле законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања врши и контролу остваривања права у вези положаја и права осигураних лица, мониторинга над процесом здравствене заштите и испуњавања уговорних обавеза у погледу обима и садржаја пружених услуга,

како би се обезбедили услови да осигурана лица остварују права из обавезног здравственог осигурања на уједначен начин и у складу са позитивним прописима.

ПОСТУПАК КОНТРОЛЕ

Републички фонд у складу са Законом о здравственом осигурању, Правилником о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга (у даљем тексту Правилник о контроли) и Статутом Републичког фонда спроводи контролу закључених уговора са даваоцима здравствених услуга.

Контрола закључених уговора са даваоцима здравствених услуга обухвата:

КОНТРОЛУ	правилности извршавања закључених уговора између Републичког фонда, односно филијала и давалаца здравствених услуга
	законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцима здравствених услуга за остваривање Законом утврђених права осигураних лица
	личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица који се воде у медицинској документацији осигураног лица у складу са Законом

Контрола закључених уговора са даваоцима здравствених услуга у ужем смислу обухвата контролу извршења здравствених услуга из планова рада здравствених установа, пружених услуга осигураним лицима, броја запослених, исправности обрачуна и исплате зарада запослених, наменског трошења пренетих средстава по уговорима, набавке лекова, санитарског и осталог медицинског материјала, укључујући и имплантате, усаглашеност економско-финансијске документације у погледу обима и врсте пружених услуга и утрошка материјала. Поред наведеног контрола даваоца здравствених услуга обухвата контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица, који се воде у медицинској документацији осигураног лица, као и личне податке осигураног лица, који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

За организацију и спровођење послова контроле надлежан је Сектор за контролу у Дирекцији Републичког фонда

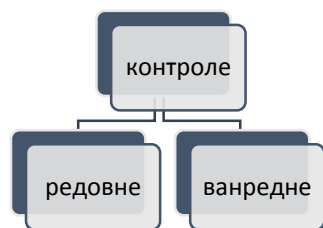
Послове контроле врше службена лица која имају завршен економски, правни, медицински, стоматолошки или фармацеутски факултет и положен стручни испит, која су распоређена на радна места у чијем је називу садржано „надзорник осигурања“ или у чијем је опису послова наведено да врше послове контроле у својству надзорника осигурања.

У вршењу послова надзорник осигурања овлашћен је да оствари непосредан увид у тражене податке и у службену и финансијску документацију даваоца здравствених услуга,

као и увид у одређену медицинску документацију значајну за остваривање права осигураних лица из средстава обавезног здравственог осигурања. Надзорник осигурања о утврђеном чињеничном стању у поступку контроле саставља записник који доставља даваоцу здравствених услуга.

У складу са чланом 190. Закона о здравственом осигурању у вршењу контроле надзорник осигурања може да:

- ✓ наложи да се утврђене неправилности и недостаци, односно спровођење радњи које су у супротности са законом и закљученим уговором са даваоцем здравствених услуга, отклоне у одређеном року;
- ✓ предложи да се привремено обустави пренос финансијских средстава док давалац здравствених услуга не отклони утврђене неправилности у извршењу закљученог уговора;
- ✓ предложи да се раскине уговор са изабраним лекаром;
- ✓ предложи да се умањи износ средстава даваоцу здравствених услуга за део обавеза преузетих закљученим уговором које давалац здравствених услуга није извршио;
- ✓ предложи да се раскине део уговора или уговор у целини са даваоцем здравствених услуга;
- ✓ предузме друге мере у складу са законом и закљученим уговором



Контрола закључених уговора са даваоцима здравствених услуга покреће се на основу Плана контрола – редовне контроле, који се доноси на годишњем нивоу и по посебном захтеву-ванредне контроле, које могу бити организоване на иницијативу државних органа који врше надзор над законитошћу рада и надзор над стручним радом, на основу представки правних и физичких лица, као и на иницијативу других организационих јединица Републичког фонда.

У вршењу послова контроле Републички фонд остварује сарадњу са надлежним државним органима, инспекцијским службама и органима који врше надзор над законитошћу рада и надзор над стручним радом у складу са законом.

ИЗВРШЕНЕ КОНТРОЛЕ НАМЕНСКОГ ТРОШЕЊА СРЕДСТАВА

У периоду 01.01-30.06.2015. године организоване су укупно 62 контроле наменског трошења средстава обавезног здравственог осигурања, које су обухватиле:

контроле наменског трошења средстава по свим наменама из уговора у 55 здравствених установа

контроле наменског трошења средстава за плате и превоз у 2 здравствене установе

контроле наменског трошења средстава за плате у 2 здравствене установе

контролу исправности спровођења уговора у апотеци

контролу наменског трошења средстава по свим наменама и контролу остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите

контролу наменског трошења средстава по свим наменама и контролу усаглашености медицинске и економско-финансијске документације у здравственој установи примарног нивоа здравствене заштите

Од укупног броја организованих контрола, 5 контрола наменског трошења средстава обавезног здравственог осигурања организоване су као ванредне контроле, док је 57 контрола организовано у складу са годишњим Планом контрола за 2015.годину.

Поступак контроле је окончан (у смислу израде записника о извршеној контроли), у 51 здравственој установи, док је у 11 здравствених установа поступак контроле у току.

Контролама су утврђене неправилности у наменском трошењу средстава обавезног здравственог осигурања у 44 здравствене установе. Неправилности утврђене у извршеним контролама односиле су се на:

1

Ненаменско трошење средстава обавезног здравственог осигурања која су пренета за плате уговорених радника. Наиме, у складу са чланом 173а Закона о здравственој заштити кадровским планом се одређује, између осталог, максималан број запослених чије се плате финансирају из средстава организације обавезног здравственог осигурања, што представља уговорени број и структуру радника. У складу са наведеним Републички фонд здравственим установама преноси средства за финансирање плата за уговорени број и структуру радника. Међутим, поједине здравствене установе су из средстава пренетих од стране Републичког фонда финансирале плате за запослене који нису у оквиру уговореног броја и структуре радника.

Такође, у контролама је утврђено да су здравствене установе из пренетих средстава Републичког фонда финансирале трошкове за накнаду запосленима за рад у синдикату, чланарине комори здравствених установа и друге накнаде које се не могу финансирати на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

За износ утврђених неправилности записницима о извршеним контролама предложена је мера повраћаја средстава Републичком фонду.

2

Неправилан обрачун додатка на плату по основу оствареног минулог рада и по том основу исплата увећаних плата запосленима из средстава обавезног здравственог осигурања.

Поједине здравствене установе су обрачун додатка на плату по основу минулог рада, вршиле на начин да су исти обрачунавале и на додатке по основу прековременог рада и друге додатке на плату, као и на накнаду за време одсуствовања са рада на дан празника који је нерадни дан и на накнаду за време одсуствовања са рада за време коришћења годишњег одмора, а што је у супротности са чланом 108. Закона о раду и чланом 96. Посебног колективног уговора.

Чланом 108. Закона о раду и чланом 96. Посебног колективног уговора за здравствене установе чији је оснивач Република Србија прописано је право запосленог на додаток на плату по основу времена проведеног на раду за сваку пуну годину рада остварену у радном односу код послодавца - минули рад, у износу од 0,4% од основне плате.

Имајући у виду исплату неосновано увећаних плата запосленима из средстава обавезног здравственог осигурања, надзорници осигурања су записницима о извршеним контролама предлагали меру повраћаја средстава Републичком фонду за износ утврђених неправилности.

3

Обрачун плата применом коефицијената који нису утврђени у складу са Уредбом о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама. У извршеним контролама појединих здравствених установа утврђено је да су исте за обрачун плата примењивале коефицијенте који су већи од оних који су Уредбом прописани за конкретна радна места, послове или стручну спрему и по том основу исплаћивале увећане плате запосленима.

За износ неосновано исплаћених увећања плата запосленима у контролисаним здравственим установама записницима о извршеним контролама предложена је мера повраћаја средстава Републичком фонду.

4

Ненаменско трошење средстава обавезног здравственог осигурања која су пренета за превоз уговорених радника. Контролом је утврђено да су поједине здравствене установе из средстава обавезног здравственог осигурања исплатиле трошкове превоза неуговореним радницима, чија исплата се не обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања.

За износ утврђених неправилности записницима о извршеним контролама предложена је мера повраћаја средстава Републичком фонду.

5

Ненаменско трошење средстава обавезног здравственог осигурања која су од стране РФЗО пренета здравственој установи за једну, а утрошена за другу намену. Наиме, уговором који се закључује између здравствене установе и Републичког фонда дефинисана је обавеза здравствене установе да средства пренета од стране Републичког фонда троши стриктно по наменама из уговора за које се пренос врши. Међутим, поједине здравствене установе су из средстава која су пренета за једну намену измиривале обавезе по другим наменама из уговора, као и обавезе које се не могу финансирати на терет средстава обавезног здравственог осигурања. Примера ради здравствена установа, уместо да из средстава која су пренета за енергенте измири обавезе према добављачима за енергенте,

средства за енергенте утрошила је на исплату стимулација запосленима, иако се стимулација не може финансирати из средстава обавезног здравственог осигурања, као и на исплату плата неуговореним радницима, које се такође не финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања.

За износ утврђених неправилности записницима о извршеним контролама предложена је мера повраћаја средстава са рачуна сопствених прихода на рачун за трансфер буџетских средстава здравствене установе, како би здравствене установе надокнадиле ненаменски утрошена средства и измириле обавезе према добављачима, а све у циљу обезбеђивања услова за несметано пружање здравствене заштите.

6

Неправилно фактурисање лекова и медицинских средстава. Контролом је установљено да су поједине здравствене установе лекове и медицинска средства фактурисале по ценама које су веће од набавних цена, што је у супротности са Упутством за фактурисање здравствених услуга, лекова и медицинских средстава, које је саставни део уговора закљученог између здравствене установе и Републичког фонда, и којим је прописана обавеза фактурисања лекова и медицинских средстава по набавним ценама.

За износ утврђених неправилности записницима о извршеним контролама предложена је мера повраћаја средстава Републичком фонду.

Контролом наменског трошења средстава у 44 здравствене установе утврђене су неправилности у трошењу средстава у укупном износу од 343.660.091,05 динара.

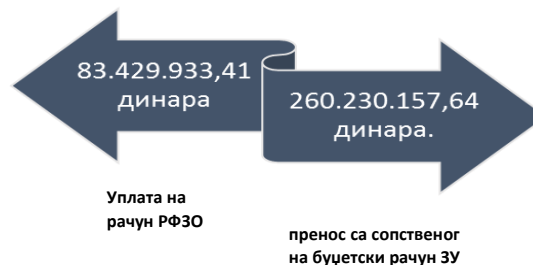
Записницима о извршеним контролама предложене су мере:

1. повраћаја средстава Републичком фонду у износу од 83.429.933,41 динара
2. повраћаја средстава са рачуна сопствених прихода на рачун за трансфер буџетских средстава здравствене установе у износу од 260.230.157,64 динара.

Имајући у виду одредбе члана 59. Закона о буџетском систему и члана 159. Закона о здравственој заштити, за утврђене неправилности у контролама у износу од **343.660.091,05 динара**, надзорници осигурања су у записницима о извршеним контролама предложили следеће мере:

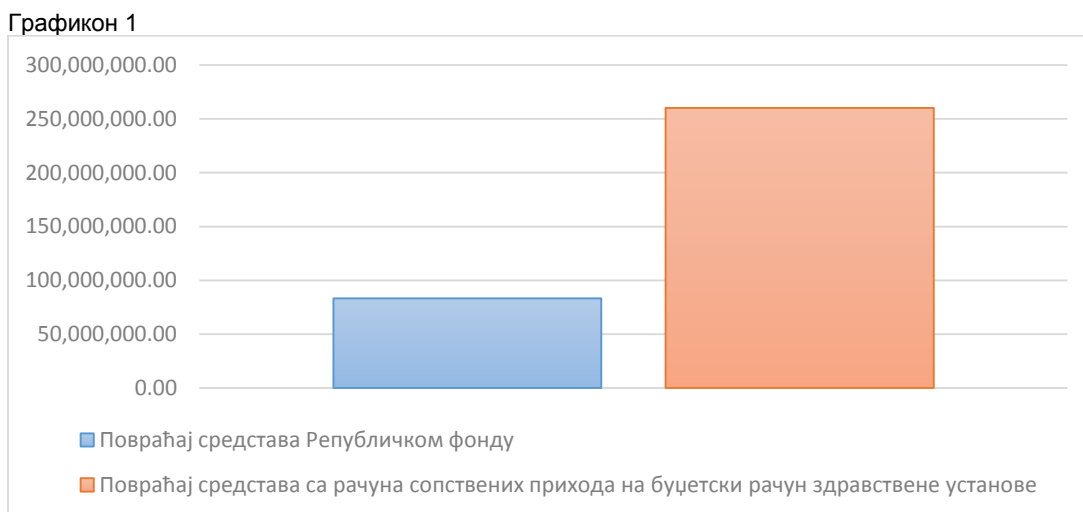
- повраћај средстава Републичком фонду за здравствено осигурање у износу од **83.429.933,41 динара**;

- повраћај средстава са рачуна сопствених прихода на рачун за трансфер буџетских средстава здравствене установе у износу од **260.230.157,64 динара**.



Меру повраћаја средстава са рачуна сопствених прихода на рачун за трансфер буџетских средстава здравствене установе надзорници осигурања предлажу уколико се у поступку контроле утврди да је контролисани субјекат средства обавезног здравственог осигурања која су пренета за једну намену из уговора, утрошио за другу намену из уговора.

На графикону 1 дат је приказ предложених мера у контролама наменског трошења средстава обавезног здравственог осигурања



Такође, надзорници осигурања су здравственим установама наложили отклањање утврђених неправилности.

Поред наведених контрола у периоду 01.01-30.06.2015. године окончано је 60 контрола наменског трошења средстава и контрола спровођења закључених уговора са заводима за јавно здравље, које су започете у 2014. години.

Укупан финансијски ефекат предложених мера по наведеним контролама је 609.444.119,69 динара, од чега се износ од 363.511.632,80 динара односи на предложену меру повраћаја средстава Републичком фонду, износ од 116.451.132,62 динара на меру повраћаја средстава са сопственог на буџетски рачун здравствене установе, а износ од 129.481.354,27 динара на меру умањења фактурисане вредности.

КОНТРОЛЕ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

У периоду 01.01-30.06.2015. године организоване су 44 контроле у вези са остваривањем права осигураних лица на здравствену заштиту и контроле медицинске документације. Од укупног броја организованих контрола, 39 контрола је организовано у складу са Планом контрола за 2015. годину, док су 5 контрола организоване као ванредне контроле.

Контроле у складу са Планом за 2015.годину које су организоване у првих 6 месеци 2015.године односиле су се на следеће:

РЕДОВНЕ КОНТРОЛЕ

Контрола остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту и исправност фактурисања у 8 здравствених установа специјализованих за продужену рехабилитацију и 6 здравствених установа секундарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на здравствене услуге и исправност фактурисања у 2 здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите у области стоматологије

Контрола остваривања права осигураних лица на стоматолошке услуге и исправност фактурисања у 2 здравствене установе примарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на резервне антибиотике у 9 здравствених установа секундарног/терцијарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на медицинско-техничка помагала у 9 здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на инсулинске аналоге у здравственој установи секундарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на имунизацију вакцином против грипа и исправност фактурисања у здравственој установи примарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на услуге у области лечења неплодности биомедицински потпомогнутим оплођењем у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите

Ванредним контролама су обухваћене контроле извршене на основу захтева Министарства здравља, захтева послодаваца и захтева Филијале Републичког фонда и исте су се односиле на следеће:

ВАНРЕДНЕ КОНТРОЛЕ

Контрола пружања услуга хистеросалпингографије и услуга лабораторијске дијагностике у здравственој установи секундарног нивоа здравствене заштите

Контрола медицинске документације за осигурано у здравственој установи примарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту у здравственој установи примарног нивоа здравствене заштите

Контрола пружања услуга PCR методе у дијагностици вирусног хепатитиса Ц у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите

Контрола остваривања права осигураних лица на лекове са Листе лекова и стање залиха лекова са Листе лекова у здравственој установи примарног нивоа здравствене заштите

Од укупног броја организованих контрола, поступак контроле је окончан (у смислу израде записника о извршеној контроли) у 21 здравственој установи, док је у 23 здравствене установе поступак контроле у току.

Укупан финансијски ефекат извршених контрола износи 10.183.046,78 динара. На следећем графикону дат је приказ финансијских ефеката контрола у зависности од предмета контроле:

Графикон 2



Контролом остваривања права осигураних лица у појединим здравственим установама секундарног нивоа здравствене заштите утврђено је да се приликом заказивања специјалистичко-консултативних прегледа, не поштује члан 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, већ да се прегледи заказују у много дужем року од прописаног, као и да исто није праћено издавањем потврде осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у року од 30 дана.

Надзорници осигурања су здравственим установама у којима су утврђене неправилности у вези са заказивањем специјалистичко-консултативних прегледа наложили да утврђену неправилност исправе и да убудуће поступају у складу са чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Поред неправилности за које је записницима предложена финансијска мера, контролом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту установљено је да поједине здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите приликом заказивања специјалистичко-консултативних прегледа, не поступају у складу са чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања. Наиме, чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања утврђен је начин заказивања специјалистичко-консултативних прегледа. У складу са чланом 66. Правилника, здравствена установа са којом је матична филијала закључила уговор, дужна је да закаже специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања у смислу члана 64. став 3. овог правилника, најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом уколико преглед није хитан и ако се у здравственој установи не може обавити одмах по јављању осигураног

лица на преглед. О заказаним прегледима здравствена установа води књигу заказивања са личним подацима и термином у коме осигурано лице треба да се јави на заказани преглед. Сходно члану 68. Правилника осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у року из члана 66. овог правилника, здравствена установа је дужна да на лекарском упуту упише и печатом овери датум заказаног прегледа или да му изда писану потврду. Потврда садржи писмену информацију здравствене установе о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију. Поменути Потврду потписује директор здравствене установе, односно лице које он овласти. С тим у вези здравственим установама у којима су утврђене неправилности у вези са заказивањем специјалистичко-консултативних прегледа наложено је да поступају у складу са чланом 66-69. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

У даљем тексту извештаја даје се сажет приказ утврђених неправилности у односу на предмете извршених контрола

Контрола остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту и исправност фактурисања

Контролом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту и исправност фактурисања у здравственим установама специјализованим за продужену рехабилитацију и здравственим установама секундарног нивоа здравствене заштите утврђене су следеће неправилности:

- фактурисање здравствених услуга које нису уговорене са РФЗО;
- фактурисање здравствених услуга које нису пружене осигураним лицима;
- фактурисање већег броја БО дана;
- пружање и фактурисање здравствених услуга за које осигурана лица нису имала упут изабраног лекара;
- пружање и фактурисање услуге продужене рехабилитације без оцене лекарске комисије о упућивању на рехабилитацију;
- неисправно фактурисана партиципација;
- неисправно наплаћена партиципација осигураним лицима;
- неисправно фактурисање лекова и санитетског материјала.

На основу напред наведених неправилности записницима о извршеним контролама предложене су мере повраћаја средстава Републичком фонду у укупном износу од 7.144.096,70 динара и повраћај неосновано наплаћене партиципације осигураним лицима у износу од 3.450,00 динара.

Контролом остваривања права осигураних лица на здравствене услуге и исправност фактурисања у здравственим установама терцијарног нивоа здравствене заштите које пружају стоматолошке услуге утврђене су следеће неправилности:

- фактурисање здравствених услуга које нису уговорене са РФЗО;
- фактурисање здравствених услуга које нису пружене осигураним лицима;
- пружање и фактурисање здравствених услуга (превентивне стоматолошке услуге) у супротности са Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2014. годину;
- фактурисање лекова по ценама вишим од набавне цене лека.

На основу напред наведених неправилности записницима о извршеним контролама предложене су мере повраћаја средстава Републичком фонду у укупном износу од 806.355,26 динара.

Контролом остваривања права осигураних лица на стоматолошке услуге и исправност фактурисања у здравственим установама примарног нивоа здравствене заштите утврђене су следеће неправилности:

- фактурисање здравствених услуга које нису пружене осигураним лицима;
- неисправно наплаћена партиципација осигураним лицима.

На основу напред наведених неправилности записником о извршеној контроли предложене су мере повраћаја средстава Републичком фонду у укупном износу од 54.050,00 динара и повраћај неосновано наплаћене партиципације осигураним лицима у износу од 450,00 динара.

Контрола остваривања права осигураних лица на резервне антибиотике

Контролом остваривања права осигураних лица на резервне антибиотике утврђене су следеће неправилности:

- прописивање резервних антибиотика у супротности са Правилником о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања;
- неисправно фактурисање резервних антибиотика (већа количина, лек није примењен у терапији).

На основу напред наведених неправилности записницима о извршеним контролама предложене су мере повраћаја средстава Републичком фонду у укупном износу од 1.578.874,90 динара.

Контрола остваривања права осигураних лица на медицинско-техничка помагала

Контролом остваривања права осигураних лица на медицинско-техничка помагала утврђене су следеће неправилности:

- прописивање медицинско-техничких помагала у супротности са Правилником о медицинско техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања;
- прописивање медицинско-техничких помагала без евиденције у медицинској документацији.

На основу напред наведених неправилности записницима о извршеним контролама предложене су мере накнаде штете од лекара у укупном износу од 490.558,54 динара.

Контрола остваривања права осигураних лица на инсулинске аналоге

Контролом остваривања права осигураних лица на инсулинске аналоге утврђене су следеће неправилности:

- прописивање инсулинских аналога на терет средстава обавезног здравственог осигурања у супротности са Правилником о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања;
- неисправно фактурисање инсулинских аналога.

На основу напред наведених неправилности записником о извршеној контроли предложена је мера повраћаја средстава Републичком фонду у укупном износу од 52.667,78 динара.

Контрола остваривања права осигураних лица на услуге у области лечења неплодности биомедицински потпомогнутим оплођењем

Контролом остваривања права осигураних лица на услуге у области лечења неплодности биомедицински потпомогнутим оплођењем утврђено је да је здравствена установа фактурисала већи број БО дана.

На основу напред наведене неправилности записником о извршеној контроли предложена је мера повраћаја средстава Републичком фонду у укупном износу од 52.543,60 динара.

Поред наведених контрола у периоду 01.01-30.06.2015. године, окончана је 61 контрола у вези са остваривањем права осигураних лица на здравствену заштиту и контролом медицинске документације које су започеле у току 2014. године.

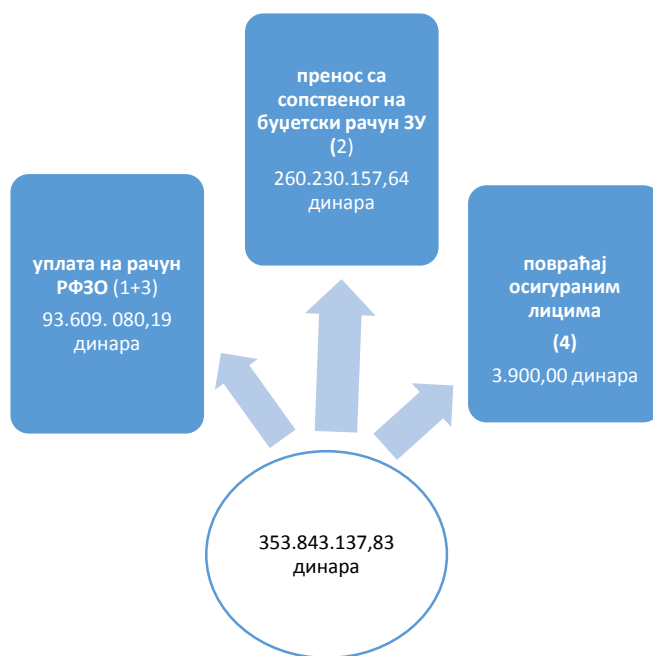
Укупан финансијски ефекат предложених мера по наведеним контролама је 33.915.894,97 динара, од чега се износ од 31.642.798,96 динара односи на предложену меру повраћаја средстава Републичком фонду, износ од 994.000 динара на меру повраћаја средстава осигураним лицима, а износ од 1.279.096,01 динара на меру накнаде штете од изабраних лекара.

ЗАКЉУЧАК

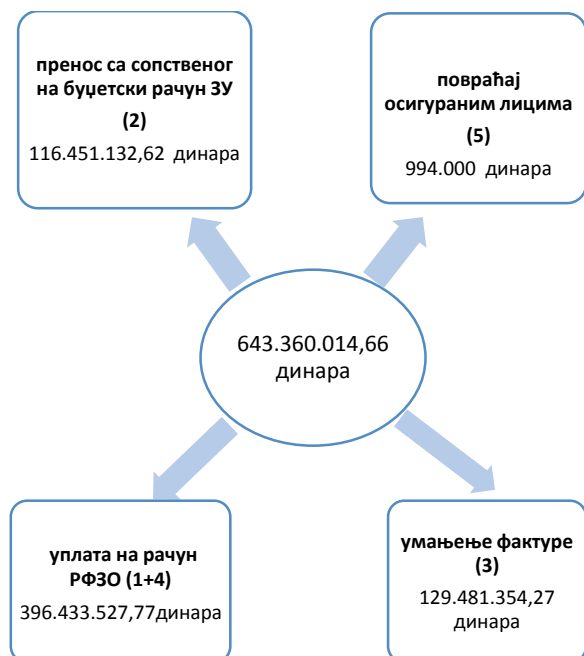
У периоду 01.01-30.06.2015. године организовано је укупно 106 контрола уговорних обавеза. Укупан финансијски ефекат извршених контрола по предложеним мерама из записника о извршеним контролама износи 353.843.137,83 динара.

Записницима о извршеним контролама надзорници осигурања су предложили следеће мере:

1. повраћај средстава Републичком фонду у износу од 93.118.521,65 динара,
2. повраћај средстава са рачуна сопствених прихода на рачун за трансфер буџетских средстава здравствене установе у износу од 260.230.157,64 динара,
3. накнада штете од изабраних лекара у укупном износу од 490.558,54 динара и
4. повраћај средстава осигураним лицима у укупном износу од 3.900,00 динара.



Поред наведених контрола, у периоду 01.01-30.06.2015. године окончана је 121 контрола уговорних обавеза, које су започете у 2014.години. Укупан финансијски ефекат извршених контрола по предложеним мерама из записника о извршеним контролама износи 643.360.014,66 динара.



Записницима о извршеним контролама надзорници осигурања су предложили следеће мере:

1. повраћај средстава Републичком фонду у износу од 395.154.431,76 динара,
2. повраћај средстава са рачуна сопствених прихода на рачун за трансфер буџетских средстава здравствене установе у износу од 116.451.132,62 динара,
3. умањење фактурисане вредности у износу од 129.481.354,27 динара
4. накнада штете од изабраних лекара у укупном износу од 1.279.096,01 динара и
5. повраћај средстава осигураним лицима у укупном износу од 994.000 динара.

Имајући у виду све наведено произилази да поред финансијских ефеката контрола извршавања обавеза из закљученог уговора са даваоцима здравствених услуга којим се обезбеђују услови за законито и наменско коришћење финансијских средстава обавезног здравственог осигурања, контроле имају подједнако важну улогу у смислу мониторинга над процесом здравствене заштите и испуњавања уговорних обавеза у погледу обима и садржаја пружених услуга, како би се обезбедили услови да осигурана лица остварују права из обавезног здравственог осигурања на уједначен начин и у складу са позитивним прописима.