



ул. Македонија 12/3
1000 Скопје
Република Македонија
Тел: + 389 2 3211 262
Факс: +389 2 3126 311
e-mail: dzr@dzr.gov.mk
www.dzr.gov.mk

Број: 27 – 151/10

Дата: 12.11.2012

ДО
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА МАКЕДОНИЈА

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

Резиме

Државниот завод за ревизија изврши ревизија на утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст- Фонд) за 2011 година.

Извршена е ревизија и издаден е извештај за финансиските извештаи и за усогласеноста со законите и прописите за 2010 година и изразено е мислење со резерва во однос на вистинитоста и објективноста на финансиските извештаи и мислење без резерва во однос на усогласеноста на активностите и финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики.

Препораките дадени во Конечниот извештај на Овластениот државен ревизор за 2010 година целосно се спроведени во делот на спроведување на пописот на средствата, побарувањата и обврските и во делот на примената на сметководствените принципи и начела во искажување на побарувањата во финансиските извештаи, додека Централизираниот информациона систем продолжува да се имплементира.

Врз основа на извршената ревизија констатирано е дека утврдувањето на надоместокот за обезбедени здравствени услуги не е целосно во согласност со законските прописи и интерни акти што придонело до нецелосно надоместување на сите трошоци при извршување на здравствените услуги од страна на здравствените установи. Исто така, Министерството за здравство нецелосно ги има надоместено извршените здравствени услуги согласно Програмите за здравствена заштита за превенција и куративна здравствена заштита.

Ревизорски тим:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Овластен државен ревизор

Фондот при формирање на референтните цени не ја користи постојната законска рамка и методолошкиот пристап, односно не ги применува сите калкулативни елементи утврдени со Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита. Имено, во услови кога не постои измена во законската регулатива и во Методологијата, во калкулацијата не е вклучена амортизацијата на постојаните средства која претставува трошок за јавните здравствени установи. Исто така, Фондот од 2009 година не издвојува средства за инвестиции и нема донесено програма на инвестициони вложувања во здравството врз основа на утврдени здравствени приоритети, што не е во согласност со Законот за здравствено осигурување. На овој начин формираните референтни цени со кои не се надоместуваат сите трошоци кои учествуваат при остварување на здравствените услуги од една страна и необезбедени средства за инвестиции од друга страна е на штета на јавните здравствени установи, со што е намалена можноста да се подобрат условите при укажување на здравствените услуги на осигурените лица. Со донесување на Законот за здравствена заштита во 2012 година, Владата на РМ преку Министерството за здравство има обврска да обезбедува средства за инвестициони активности. Наведеното претставува неусогласеност во законската регулатива која треба да се надмине во наредниот период.

За 2011 година, Фондот врз основа на објавениот јавен повик склучил договори за извршување и плаќање здравствени услуги со вкупно 111 јавните здравствени установи. Според информацијата на Фондот, определени јавни здравствени установи не можат да се вклучат во новиот концепт на купување на услугите, врз основа на која Владата на РМ донела одлука Фондот да обезбеди средства за функционирање на истите (неодржливи здравствени установи). На крајот на годината Фондот извршил сторнирање, односно неприфаќање на обврските спрема 43 јавни здравствени установи, во износ од 487.364 илјада денари, додека на 68 јавни здравствени установи им е исплатено средства во поголем износ за 1.500.249 илјада денари во однос на остварената реализација на здравствени услуги. Во услови на ограничени средства Фондот ги исплатил средствата согласно договорените лимити, со што се доведени во незавидна состојба здравствените установи кои имаат извршено повеќе здравствени услуги во однос на добиените средства.

Во услови кога се донесени заклучоци од страна на Владата на РМ, а не се преземени конкретни мерки од надлежните органи во делот решавање на судбината на неодржливите здравствени установи (врз основа на сите критериуми и податоци), остануваат нерешени суштинските и системските проблеми во здравствениот систем. Дотолку повеќе што Фондот како купувач на здравствените услуги располага со ограничени средства, а Министерството за здравство не ги исплатило планираните/буџетирани средства за здравствени услуги согласно Програмите за здравствена заштита.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

2

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Владата на Република Македонија согласно Законот за здравствена заштита донесува и објавува Програми за здравствена заштита, со кои се утврдуваат мерки, задачи и активности, содржина, обем и рокови за нивно извршување како и финансиски средства за остварување на ниво на програма и тоа за осигурени и неосигурени лица. Програмите треба се реализираат во обем на обезбедени средства од Буџетот на Република Македонија за тековната година кои Министерството за здравство ги предвидува за активности/извршување на здравствени услуги по програми од страна на јавните здравствени установи. Податоците за распределување и реализација на средствата по Програми добиени од Министерството за здравство и од Фондот отстапуваат и даваат различна информација, но останува фактот дека преземените активности/извршување на здравствени услуги по програми во обем од страна на јавните здравствени установи ги надминуваат одобрените средства по Програма, што има за последица неможност за наплата во целост на побарувањата на јавните здравствени установи по наведените основи од Министерството за здравство. Според информациите од Министерството за здравство, за 2011 година наведеното Министерство има обврски кон јавните здравствени установи во износ од 561.645 илјади денари, додека според податоците добиени од Фондот, а врз основа на извештаите од јавните здравствени установи, на ден 31.12.2011 година јавните здравствени установи имаат ненаплатени побарувања од Министерството за здравство за извршени здравствени услуги по Програми за здравствена заштита во износ од 898.942 илјади денари.

Заради надминување на констатираните состојби во здравството, а со цел да се подобрат здравствените услуги потребно е да се вложуваат повеќе средства во здравствените установи, преку вистинско купување на здравствените услуги, а Владата на Р.М. како основач на јавните здравствени установи преку Министерството за здравство, целосно да обезбедува средства за предвидените активности во здравството, по основ на Програмите за здравствена заштита, за надоместување на средствата на неодржливите здравствени установи и за инвестициони активности.

За надминување на констатираните состојби од страна на ревизијата дадени се препораки со цел да се подобри функционирањето на здравствениот систем.

Од страна на одговорните лица на Фондот добиени се забелешки на констатациите на Нацрт извештајот и истите делумно се прифатени.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

3

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

1. Вовед

- 1.1. Извршивме ревизија на утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги кај Фондот за 2011 година.
- 1.2. Ревизијата од точка 1.1. на овој Извештај е извршена согласно член 22 став 1 од Законот за државна ревизија и Годишната програма за работа на Државниот завод за ревизија, согласно член 23.
- 1.3. Извршена е ревизија и е издаден извештај за финансиските извештаи и за усогласеност со закони и прописи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2010 година и е изразено мислење со резерва во однос на вистинито и објективно прикажување на финансиската состојба во финансиските извештаи и мислење без резерва во однос на усогласеноста на активностите и финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики.
- 1.4. Одговорност за законското утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за здравствено осигурување на Македонија е одговорност на Фондот застапуван од:
 - м-р Маја Парнарџиева - Змејкова, Директор на Фонд за здравствено осигурување на Македонија,
 - Џемали Мехазии, Директор на Фонд за здравствено осигурување на Македонија од 26.12.2011 година и
 - м-р Виолета Петровска Директор на Фонд за здравствено осигурување на Македонија до 26.12.2011 година

Оваа одговорност вклучува: дизајнирање, имплементација и одржување на интерна контрола која што е релевантна за законското утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2011 година.

Раководството на субјектот е исто така одговорно за осигурување дека утврдувањето и точноста на пресметките, евидентирањето и исплатата на надоместокот за обезбедени здравствени услуги, рефлектирани во финансиските извештаи се во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

Одговорност на ревизорите е да изразат заклучок за утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2011 година од точка 1.1. врз основа на извршената ревизија.

Оваа одговорност вклучува заклучок за тоа дали активностите при утврдување, точноста на пресметките, евидентирањето и исплатата на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година, рефлектирани во

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

4

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

финансиските извештаи се во сите материјални аспекти во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

2. Цели и делокруг на ревизијата

2.1. Цел на ревизијата на усогласеност за законското утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година, е да овозможи ревизорот да добие разумно уверување за тоа дали утврдениот надоместок, точноста на пресметките, евидентирањето и исплатата на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година, рефлектирани во финансиските извештаи на Фондот, во сите материјални аспекти, се во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

2.2. Ревизијата е извршена во согласност со стандардите за државна ревизија на Меѓународната организација на врховните ревизорски институции (ИНТОСАИ) кои се пропишани во Република Македонија при вршењето на државната ревизија. Овие стандарди налагаат да ги почитуваме етичките барања и да ја планираме и извршиме ревизијата со цел да се добие разумно уверување за тоа:

- Дали утврдувањето на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година е остварено согласно законската регулатива;
- Дали надоместоците се реално и објективно утврдени, согласно извршените здравствени услуги заради непречено функционирање на институциите;
- Дали висината на надоместокот за извршени здравствени услуги е утврден согласно предвидените критериуми од правилниците за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко -консултативна и болничка здравствена заштита;
- Дали при утврдување на референтните цени на здравствени услуги во специјалистичко -консултативна и болничка здравствена заштита се вклучени сите калкулативни елементи предвидени со Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита.
- Дали средствата предвидени со буџетот на Министерството за здравство во делот на Програмите за здравствена заштита за превенција и куративна здравствена заштита за превенција се реално и објективно утврдени и исплатени согласно извршениот обем на здравствените услуги во јавните здравствени установи;
- Дали надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година, реално и објективно се искажани во финансиските извештаи на Фондот и Годишниот извештај на Фондот.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

5

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

Ревизијата вклучува извршување на постапки за добивање на достатни соодветни ревизорски докази како поткрепа на износите и обелоденувањата во финансиските извештаи. Изборот на постапките зависи од ревизорската проценка, вклучително и проценка на ризиците за погрешни прикажувања при утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот без разлика дали се резултат на измами или грешки.

При проценка на ризиците, ревизорот ги разгледа интерните контроли, како релевантни во сите фази од спроведување на постапката при утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година, точноста на пресметката, нејзиното евидентирање и исплата, со цел да се дизајнираат ревизорски постапки кои се соодветни во околностите. Ревизијата исто така вклучува анализа на законската регулатива од областа на здравствениот систем.

Информациите за извршената ревизија се добиени преку:

- Законската регулатива, интерни упатства и прирачници кои се однесуваат на активностите при утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година; анализа на базите на податоци за евидентирање на надоместоците од подрачните единици и централата; анализа на преговорите за утврдување на буџетот на јавни здравствени установи; анализа на остварување на договорениот вид и обем на здравствени услуги; анализи на референтни цени на здравствени услуги и лекови; информација за кои јавните здравствени установи Фондот обезбедува средства за нивно функционирање и информација за состојбите и проблемите со медицинската опрема на јавните здравствени установи.
- Интервјуа со раководството и непосредните извршители во службите за утврдување на точност на пресметките, евидентирањето и исплатата на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година и
- Извештаи и записници од извршени контроли кај здравствените установи од страна на Одделението за внатрешна ревизија, Секторот за контрола и Секторот за финансиски прашања.

Врз основа на податоците добиени од базите на податоци за евидентирани здравствени установи даватели на здравствени услуги со кои Фондот има склучено договори и извршено исплата за 2011 година, утврден е вкупен примерок од 89 здравствени установи и тоа статистички избран примерок за 22 приватни здравствени установи од примарна здравствена заштита, 20 приватни здравствени установи од специјалистичко консултативна здравствена заштита, 13 приватни здравствени установи аптеки, 4 приватни здравствени установи од болничка здравствена заштита и избран примерок на 30 јавни здравствени установи по пат на утврдени критериуми за избор. Износот на избраниот примерок претставува 41% од вкупниот износ на надоместок за извршените здравствени услуги кој Фондот го има утврдено за 2011 година.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

6

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

2.3. Ревизијата од точка 1.1. погоре е планирана и извршена во периодот од 04.06 - 31.07.2012 година од страна на тим на Државниот завод за ревизија.

3. Осврт на ревизијата од претходните години – спроведување на препораките

Ревизијата од точка 1.1. погоре го опфати спроведувањето на препораките дадени во Конечниот извештај на Овластениот државен ревизор за 2010 година, при што е констатирано дека препораките се целосно спроведени во делот на спроведување на пописот на средствата, побарувањата и обврските и во делот на примената на сметководствените принципи и начела во искажување на побарувањата во финансиските извештаи, додека Централизираниот информациона систем продолжува да се имплементира.

4. Наоди и препораки

Прашањата кои ги покрива овој извештај беа дискутирани на завршниот состанок со раководството и одговорните лица во Фондот, одржан на ден 30.07.2012 година.

Од страна на одговорните лица на Фондот добиени се забелешки на констатациите наведени во точките 4.1.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4. и 4.3.2, од Нацрт извештајот, при што забелешките на точките 4.1.1. и 4.2.2, не се прифатени, забелешката на точката 4.2.3. која се однесува на препораките е делумно прифатена, забелешката на точката 4.3.2. делумно е прифатена, додека забелешката на точката 4.2.4. според содржината претставува барање да се дополни констатацијата со дополнителни појаснувања.

Со ревизијата на усогласеност во делот на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за здравствено осигурување на Македонија ревизијата го утврди следното:

4.1. Интерни контроли

4.1.1. Фондот согласно одредбите од член 68-а од Законот за здравствено осигурување како купувач на здравствени услуги за секоја деловна година склучува договори со сите заинтересирани даватели на здравствени услуги кои ги задоволуваат критериумите согласно законската регулатива. Со објавеното соопштение преку јавните гласила известени се давателите на здравствени услуги за доставување на понуди за склучување на договори, за потребните документи кои треба да ги достават за склучување на договори. Во процесот на преговарање и договарање ревизијата изврши увид на доставената документација од 89 здравствени установи кои беа предмет на тестирање. Ревизијата констатира дека кај тестираните 30 јавни здравствени

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

7

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

установи нецелосно функционираат контролите при комплетирање на потребната документација, односно доставените деловни планови се со нецелосни податоци. По завршување на преговорите Фондот изготвувал записници без утврдена форма и содржина кои се користат за интерна употреба, без да се достават до јавните здравствени установи, со што не може да се потврди учеството на претставниците.

Наведените констатации не се во согласност со одредбите од Правилниците за критериумите за склучување на договори и начин на плаќање на здравствени услуги на здравствени установи за вршење на соодветна здравствена заштита како и со предвидената потребна документација утврдена во Соопштението за давателите на здравствени услуги за склучување на договори за 2011/2012 година.

Во услови на нецелосна документација доставена во процесот на преговарање и договарање се создава ризик од неточно и нереално утврдување на надоместокот за здравствените услуги.

За 2012 година Фондот има изготвено образец на записник за преговори со здравствените установи во кој се опфатени сите потребни документи согласно Правилниците за критериумите за склучување на договори и начин на плаќање на здравствени услуги на здравствени установи.

Препорака:

Одговорното лице во процесот на преговарање и договарање од здравствените установи да ги обезбеди сите потребни документи за утврдување на надоместокот за здравствени услуги со целосна контрола и доказ за извршените преговори од учесниците во преговарањето, согласно наведените Правилници, како и со предвидената потребна документација.

4.2. Усогласеност со закони и прописи

4.2.1. Фондот за 2011 година нема донесено план и програма за здравствени услуги кои се финансираат од средствата на задолжително здравствено осигурување, што не е во согласност со член 68 став 6 од Законот за здравствено осигурување. Фондот во рамките на планираните средства за секоја година треба да утврди план и програма за здравствени услуги кои се финансираат од средствата на задолжително здравствено осигурување и да ги достави до Министерството за здравство и Министерството за финансии најдоцна до 31 декември во тековната за наредната година.

Планот и програмата претставуваат рамка и основа за преговарање со здравствените установи. Отсуството на планот и програмата го зголемува ризикот од непланско и ненавремено извршување на активностите во областа на здравственото осигурување.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

8

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Ревизијата не дава препорака поради тоа што за 2012 година се донесени план и програма за здравствени услуги кои се финансираат од средствата за задолжително здравствено осигурување и истите се доставени до Министерството за здравство и Министерството за финансии.

4.2.2. Фондот при утврдување на референтните цени на здравствени услуги не ги применува сите калкулативни елементи утврдени со Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита. Според Методологијата во цената на здравствената услуга се вклучуваат: трудот на здравствените работници (тимот кој ја извршува здравствената услуга), времетраењето на услугата искажани во минути, односно часови, амортизацијата на инструментите и апаратите со кои се врши услугата, амортизацијата на објектите во кои се врши здравствената услуга, трошоците за тековно и инвестиционо одржување, општите трошоци на работењето, трошоците за потрошени лекови и медицински потрошни материјали и други материјали.

Во врска со ова потребно е да се истакне писменото известување од 18.01.2011 година од Фондот за здравствено осигурување на Македонија доставено до здравствените установи со кое се бараат предлози за нови и измена на постојните референтни цени на здравствени услуги заради соодветно вреднување на сите здравствени услуги. Во писменото барање е приложена табела, која не ги содржи сите трошоци кои се предвидени со претходно наведената Методологија, односно не се вклучени трошоците за амортизација за постојаните средства. Во услови кога не постои измена во законската регулатива и во Методологијата, Фондот неколку години при формирање на референтните цени не ја користи постојната законска рамка и методолошкиот пристап при формирање на истите, така што во калкулацијата не е земена амортизацијата на постојаните средства која претставува трошок за јавните здравствени установи и има влијание врз целосно надоместување на цената на здравствените услуги. Исклучувањето на дел од калкулативните елементи е на штета на здравствените установи, заради тоа што на овој начин формираните референтни цени не ги надоместуваат сите трошоци кои учествуваат во утврдување на здравствените услуги.

Фондот во текот на 2011 година нема издвоено средства за инвестициони вложувања за создавање и подобрување на условите за укажување на здравствените услуги на осигурените лица, што не е во согласност со член 63 став 1 точка 5 од Законот за здравствено осигурување. Намената на средствата е утврдена со член 63 од Законот за здравствено осигурување во кој се предвидува Фондот, врз основа на начелата на ефикасно, ефективно и економично користење на средствата да ги надоместува трошоците за инвестициони вложувања, за создавање и подобрување на условите при укажување на здравствените услуги на осигурените лица.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

9

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

За истакнување е дека Фондот имал обврска за донесување на програма на инвестициони вложувања во здравството врз основа на утврдени здравствени приоритети, согласно член 56 точка 7 од Законот за здравствено осигурување се до донесување на Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствено осигурување од 14.04.2011 година. Меѓутоа, Фондот заклучно со 2008 година врз основа на потребите на здравствените установи изготвувал програма за инвестициони вложувања во здравствените установи, а финансиските средства биле одобрени наменски по претходно дадена согласност од Министерството за здравство. Ограничените средства со кои располага Фондот предизвикало напуштање на претходната пракса за која постоела законска основа.

Со Законот за здравствена заштита објавен во текот на 2012 година во делот на планирање и финансиско работење, во членот 113 е пропишано дека јавната здравствена установа обезбедува средства за работа од средствата на основачот наменети за инвестиции и други задачи. Со новото законско решение Владата на Р.М. преку Министерството за здравство треба да обезбедува средства за инвестициони активности.

Одговорните лица на Фондот во текот на ревизијата доставија информација до Управниот одбор на Фондот за измена и дополнување на Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита согласно новиот Закон за здравствена заштита.

Препорака:

Да се изврши усогласување на законската регулатива и интерните акти во делот на обезбедување на средствата со кои треба да се надоместат трошоците за инвестициони вложувања за создавање и подобрување на условите за укажување на здравствени услуги на осигурените лица.

4.2.3. Плаќањето на извршените здравствени услуги - сервисни услуги помеѓу јавните здравствени установи се врши по референтни цени како максимално утврдени цени на Фондот. Референтната цена на сервисните услуги е утврдена како цена на еден пакет во апсолутен износ со вклучени трошоци за сите елементи кои учествуваат во утврдувањето на истата, без да се има предвид поединечно извршените услуги од повеќе јавни здравствени установи во цената на еден пакет на здравствената услуга. Според член 11 став 6 од Договорот за пружање и плаќање на здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита помеѓу Фондот и јавните здравствени установи, здравствените установи се обврзуваат да склучат меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање на дополнителни услуги (сервисни услуги) според референтни цени на Фондот како максимално утврдени цени. Во меѓусебните договори на јавните здравствени установи не е прецизирано фактурирањето и плаќањето на сервисните услуги

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

10

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

да се врши само за делот на извршените здравствени услуги со утврдување на поединечно учество на договорните страни во цената на еден пакет на здравствената услуга. Како резултат на вака воспоставен систем на договарање за извршување на сервисни услуги помеѓу јавните здравствени установи искажани се меѓусебни побарувања и обврски кои не се реални и објективни, што влијае на утврдување на буџетите на јавните здравствени установи од страна на Фондот и во вклучување во категоријата „неодржливи“ здравствени установи.

Во текот на ревизијата од страна на одговорните лица од Фондот преземени се активности во делот на дополнување и до прецизирање на одредбите од член 11 став 6 од договорите, со обврска истите да се вклучат во новите договори кои ќе се применуваат од 1 јануари 2013 година.

Препораки:

- Да се применат новите договори за меѓусебните обврски и начин на фактурирање и плаќање на сервисните услуги,
- Јавните здравствени установи при склучување на меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање на дополнителни услуги (сервисни услуги) меѓусебно да договорат цени само за делот на извршените здравствени услуги во зависност од поединечно учество на јавните здравствени установи во цената на еден пакет на здравствената услуга,
- Да се иницира активност во соработка со Министерството за здравство за утврдување на меѓусебните побарувања и обврски на јавните здравствени установи кои се однесуваат на сервисните услуги.

4.2.4. За 2011 година Фондот врз основа на објавениот јавен повик склучил договори за извршување и плаќање здравствени услуги со вкупно 111 јавни здравствени установи (Прилог: Преглед број 1). Според информација на Фондот определени јавни здравствени установи не можат да се вклучат во новиот концепт на купување на услугите, врз основа на која Владата на Р.М. донела одлука Фондот да обезбеди средства за функционирање на истите (неодржливи здравствени установи).

Ревизијата по извршената анализа на податоците констатира дека постои тренд на намалување на фактурирана реализација (извршени здравствени услуги) на здравствените установи во 2011 година во однос на 2010 година и покрај зголемени договорни надоместоци со јавните здравствени установи. Вкупната вредност на договорите со јавните здравствени установи е зголемена за околу 1 милијарда денари во однос на 2010 година, што претставува пораст за 8,5%. На крајот на годината Фондот извршил сторнирање, односно неприфаќање на обврските спрема 43 јавни здравствени установи, во износ од 487.364 илјада денари, додека на 68 јавни здравствени

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

11

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОБЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

установи исплатени се средства во поголем износ за 1.500.249 илјада денари во однос на остварената реализација на здравствени услуги.

Констатираната состојба ги доведува во незавидна состојба јавните здравствени установи кои во помал износ ги наплатиле извршените здравствени услуги, влошена е нивната ликвидност и дестимулативно влијае во следење и утврдување на остварените цели. Со ревизијата е констатиран тренд на зголемување на бројот на јавни здравствени установи кои имаат остварено помала фактурирана реализација во однос на добиените средства од Фондот (според договорот), и тоа од 54 јавни здравствени установи во 2010 година на 68 во 2011 година.

Трендот на намалување на фактурирана реализација кај дел од јавните здравствени установи (извршени здравствени услуги) на здравствените установи во 2011 година во однос на 2010 година, се должи пред се на:

- Сторнирање/намалување на износот на фактури по извршени контроли од страна на Фондот, по кои не е доставена корекција и фактурирање и нивно повторно евидентирање. Според Годишниот извештај на Фондот од вкупно 104 контролирани јавни здравствени установи во периодот март – декември 2011 година од страна на финансиската контрола фактурите се намалени/сторнирани за 64 милиони денари.
- Утврдени нови цени на 277 нови пакети на здравствени услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита заклучно со декември 2011 година со кои беа заменети досегашните цени утврдени со ценовникот од 1992 година по кој претходно јавните здравствени установи фактурирале за извршените здравствени услуги. Примената на новите пакети во одделни случаи има влијание на намалување на фактурираната реализација.

Наведеното укажува дека Фондот во услови на ограничени средства кај неодржливите здравствени установи го надоместува договорениот износ кој е во поголем износ од остварената реализација (извршени здравствени услуги).

Овој пристап на плаќање на извршените здравствени услуги не претставува вистинско купување на здравствените услуги, особено заради фактот што плаќањето во текот на годината се врши во рамките на утврдените буџетски плафони по пат на пренесување на 1/12 од одобрените средства од една страна, а од друга страна влијанието на референтните цени на здравствените услуги и сторнираните фактурите за реално искажување на извршените здравствени услуги.

Во текот на 2012 година Фондот има склучено Анекс на договорот за извршување и плаќање здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита со кој се врши изменување и дополнување на договорот за 2011 година со јавните здравствени установи во делот на доставување на фактурите за здравствени услуги. Со анексот е предвидено фактурите за здравствени услуги за сите месеци од страна на јавните здравствени установи да се доставуваат до Фондот во висина на договорениот годишен надоместок и пресметаната партиципација. За услугите извршени над

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

12

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

износот на договорениот годишен надоместок, остварениот вид и обем на здравствени услуги се искажува на посебен извештај. Извештајот служи за евиденција и анализа при утврдување на договорениот надоместок во наредната година.

Препорака:

Фондот и Министерството за здравство да преземат мерки и активности во насока на подобрување на системот на купување на здравствени услуги.

4.3. Финансиски извештаи

Биланс на приходи и расходи

4.3.1. Со цел да се добие разумно уверување за утврдениот надоместок, точноста на пресметките, евидентирањето и исплатата на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за 2011 година, од страна на Одделението за план и анализа добиени се Прегледи на податоци за извршените исплати на надоместокот за здравствени услуги по приватни здравствени установи кои не содржат целосни и точни финансиски податоци за извршените исплати. Исто така, кај дел од подрачните единици исплатата на надоместокот за здравствени услуги се евидентира збирно без разграничување по приватни здравствени установи за кои е извршена исплатата, а Централата на Фондот податоците од подрачните единици ги води на синтетичка основа. Поради претходното, ревизијата не можеше да се увери во точноста на доставените и евидентираниите податоци за исплата на надоместокот за здравствени услуги на избраниот примерок од 59 приватни здравствени установи. Ваквиот начин на евидентирање се должи на невоспоставен интегриран информациона систем за сметководствената евиденција во Подрачните служби и Централата на Фондот. Утврдената состојба не е во согласност со член 6 и 7 од Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници и влијае на расположливите податоци при анализи за утврдување на надоместок за обезбедени здравствени услуги.

Препорака:

Одговорното лице на Фондот да обезбеди услови за продолжување на имплементацијата на Централизираниот информациона систем за сметководствена евиденција во Централата и подрачните единици, заради надминување на наведените состојби во Фондот.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

13

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Биланс на состојба

4.3.2. Фондот на крајот од годината врши усогласување на исплатениот надоместок за извршени здравствени услуги од јавните здравствени установи евидентирани во Централата на Фондот со износот на фактурираните здравствени услуги евидентиран во подрачните единици на Фондот и согласно член 11 став 5 од Договорот за пружање и плаќање на здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита здравствената установа повеќе фактурираните здравствени услуги ги отпишува. Извршен е отпис на разликите помеѓу фактурниот износ и исплатениот надоместок, но Фондот истите не ги искажал вонбилансно заради обезбедување на целосни податоци за вкупниот обем на фактурираните здравствени услуги кои се земаат во анализа на трошоци за утврдување на референтните цени. Наведеното има влијание во утврдување на надоместокот за здравствени услуги.

Препорака:

Одговорното лице на Фондот да преземе мерки со цел разликата помеѓу фактурираниот износ и исплатениот надоместок да се евидентираат вонбилансно.

5. Ревизорски заклучок

Врз основа на извршената ревизија утврдивме дека надоместоците за извршени здравствени услуги се нецелосно утврдени согласно законските прописи и интерни акти што придонело до нецелосно надоместување на сите трошоци при извршување на здравствените услуги од страна на здравствените установи. За оваа состојба влијание има нецелосното надоместување на извршените здравствени услуги согласно Програмите за здравствена заштита за превенција и куративна здравствена заштита од страна на Министерството за здравство.

6. Системски слабости

6.1.1. Потребно е да се истакне системската слабост во делот на издвојувањето на средства за инвестициони вложувања заради создавање и подобрување на условите за укажување на здравствените услуги на осигурените лица. Имено, според одредбите од член 63 став 1 точка 5 од Законот за здравствено осигурување, Фондот врз основа на начелата на ефикасно, ефективно и економично користење на средствата има обврска да ги надоместува трошоците за инвестициони вложувања, додека новиот Закон за здравствена заштита објавен во текот на 2012 година во делот на планирање и финансиско

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

14

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

работење, во членот 113 пропишува дека јавната здравствена установа обезбедува средства за работа од средствата на основачот наменети за инвестиции и други задачи.

Кон ова би ја додале и Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита, според која Фондот во цената на здравствената услуга треба да ги вклучи:

- трудот на здравствените работници (тимот кој ја извршува здравствената услуга),
- времетраењето на услугата искажани во минути, односно часови,
- амортизацијата на инструментите и апаратите со кои се врши услугата, амортизацијата на објектите во кои се врши здравствената услуга,
- трошоците за тековно и инвестиционо одржување,
- општите трошоци на работењето,
- трошоците за потрошени лекови и медицински потрошни материјали и други материјали.

Ревизијата смета дека треба да се изврши усогласување на законската регулатива и интерните акти во делот на обезбедување на средствата со кои треба да се надоместат трошоците за инвестициони вложувања за создавање и подобрување на условите за укажување на здравствени услуги на осигурените лица.

7. Нагласувања на прашања за неизвесност или континуитет

7.1.1. Ревизијата изврши анализа на податоците презентирани со Извештајот за работата на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2011 година, при што е констатирано дека права од здравственото осигурување користеле 1.835.529 лица од кои 57% се лица носители на осигурување, а 43% се членови на семејства кои не плаќаат придонес, а имаат право на здравствено осигурување. Најголемо учество во структурата на приходите се остварените приходи од придонеси од плати кои учествуваат со 52,93%, трансферите од другите нивоа на власт со 44,18% и другите не даночни приходи со 2,89%. Остварените приходи по основ трансфери од други нивоа на власт се придонесите кои ги уплатуваат Министерството за финансии за невработените лица, Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија за пензионерите, Министерството за здравство за неосигурани лица и Министерството за труд и социјална политика за корисници на социјални права. Во споредба со 2010 година во 2011 година учеството на трансферите од другите нивоа на власт има тенденција на зголемување од 1,22%, што укажува на промената на структурата на приходите во Буџетот на Фондот.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

15

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

7.1.2. Владата на Република Македонија согласно Законот за здравствена заштита донесува и објавува Програми за здравствена заштита, со кои се утврдуваат мерки, задачи и активности, содржина, обем и рокови за нивно извршување како и финансиски средства за остварување на ниво на програма и тоа за осигурени и неосигурени лица. Програмите се реализираат во обем на средства од Буџетот на Република Македонија за тековната година кои за 2011 изнесуваат 1.647.527 илјади денари, од кои 661.500 илјади денари се средства кои Министерството за здравство ги предвидува за активности/извршување на здравствени услуги по програми од страна на јавните здравствени установи (Прилог: Преглед број 2).

Според содржината на програмите постојат податоци за вкупните средства, при што е пропишано дека исплатата на средствата ќе се врши врз основа на доставените фактури, но нема поединечен износ од секој извршител на програмите, со што јавните здравствени установи како извршители се доведуваат во незавидна состојба, кога ги извршуваат здравствените услуги, првата трошоци, а постои ризик за целосна наплата на побарувањата.

Распределба на средствата на јавните здравствени установи по Програми и надзор на спроведување на истите врши Министерството за здравство.

За потребите на ревизијата, Државниот завод за ревизија достави допис до Министерството за здравство за да се обезбедат дополнителни податоци кои се однесуваат на програмите за реализација на мерките за остварување на загарантираните права, утврдените потреби и интереси од страна на Република Македонија, вкупниот износ на фактурираната реализација од здравствените установи, вкупниот износ на исплатени средства од Министерството за здравство, вкупните кумулативни обврски од Министерството за здравство кон здравствените установи и докази за активностите во делот на донесување на интерните акти. Добиените податоци од Министерството за здравство отстапуваат од податоците обезбедени од Фондот, а врз основа на консолидираните податоци од завршните сметки на јавните здравствени установи, пред се во делот на распределените средства по програми и реализацијата на истите, кои според Министерството за здравство изнесуваат 64% од предвидените средства, додека според Фондот распределени се 25% од предвидените средства.

Во однос на ненаплатените побарувања од Министерството за здравство по основ на извршените здравствени услуги согласно Програмите за здравствена заштита, според информациите од Министерството за здравство за 2011 година изнесуваат 561.645 илјади денари (за 2010 година 193.649 илјади денари, за 2009 година 316.353 илјади денари), додека според податоците добиени од

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

16

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

Фондот обврските на Министерството за здравство кон јавните здравствени установи со состојба на 31.12.2011 година изнесуваат 898.942 илјади денари.

Од Министерството за здравство добиена е информација дека е отпочнат процесот на модернизација и поуспешно планирање со Програмите финансирани од Буџетот на Република Македонија.

Во отсуство на пишани критериуми и утврдена постапка за распределба на финансиските средства по програми, истите се одобруваат во вкупен износ на ниво на сите јавни здравствени установи.

Ваквата состојба оневозможува:

- транспарентна распределба на средствата на поединечните јавни здравствени установи;
- сообразување на преземените активности и одобрените средства по програми поради што наплатата на побарувањата по наведените основи од Министерството за здравство не може да се изврши во целост;
- остварување на целите по програми.

7.1.3. Согласно измената на Законот за здравствено осигурување Фондот функционира како купувач на здравствени услуги со цел на осигурените лица да им го обезбеди основниот пакет на здравствени услуги, а во рамките на задолжителното здравствено осигурување. Меѓутоа, определени јавни здравствени установи во 2010 и 2011 година не можат да се вклучат во новиот концепт на купување на услугите. Фондот има доставено Информацијата со предлог до Владата на Р.М. за утврдување на јавни здравствени установи за кои Фондот обезбедува средства за нивно функционирање. Во Информацијата како три главни причини за неодржливите јавните здравствени установи Фондот ги наведува недовршена трансформација, несоодветна организациска поставеност и неусогласеност со новиот систем на вреднување на дел од здравствените услуги.

Владата на Р.М. согласно предлогот на Фондот на четириесет и третата седница одржана на 07.02.2012 година ги усвоила следните заклучоци:

- Да се донесе одлука за утврдување на јавни здравствени установи кои вршат превентивни и одредени работи од примарна, специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита за кои Фондот треба да обезбеди средства за нивно целосно функционирање во 2012 година,
- Го задолжува Министерството за здравство во рок од два месеци во рамките на своите надлежности да го забрза процесот на трансформација и спроведување на реформи поврзани со ефикасноста на здравството и да изготви Акционен план за 2012 година за надминување на овие состојби во јавните здравствени установи со цел Фондот да функционира како купувач на здравствени услуги со сите здравствени установи.

Врз основа на заклучокот на Владата на Р.М. донесени се Одлуки за утврдување на јавни здравствени установи кои вршат превентивни и

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

17

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

одредени работи од примарна, специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита за кои Фондот треба да обезбеди средства за нивно целосно функционирање за 40 јавни здравствени установи. заклучно со 25.04.2012.

Ревизијата врз основа на извршена анализа на обезбедените податоци за јавните здравствени установи констатира дека покрај трите наведени причини за неодржливите јавни здравствени установи што ги наведува Фондот кај одредени јавни здравствени установи се неопходни дополнителни анализи и мерки за утврдување на причините за неодржливиот здравствен систем. Особено треба да се има во предвид:

- Ненаплатените побарувања по програми од Министерството за здравство и преземање на мерки за регулирање на усогласеноста на обемот на здравствените услуги по програми со буџетот на Министерството,
- Износот на доспеаните обврски на јавните здравствени установи и донесени деловни одлуки на раководствата на здравствените установи врз зголемување на истите,
- Меѓусебните побарувања и обврски на јавните здравствени установи и реално утврдување на цените на сервисните услуги,
- Анализа на расходите особено во делот на капиталните инвестиции и обезбедување на средства за надоместување на истите.

Со заклучокот на Владата на Р.М. определени се активности кои ќе придонесат за надминување на наведените состојби. Со заклучокот:

- Се препорачува Фондот да продолжи да изготвува анализи на цените на здравствените услуги и да врши ревидирање на истите доколку се укаже потреба согласно утврдената Методологија на Фондот,
- Се задолжува Министерството за здравство да обезбеди финансиски средства преку програмата со цел да обезбеди надоместување на здравствените услуги за ургентно лекување и итни пациенти кои немале комплетна документација, односно во рок од еден месец не ја обезбедиле истата.
- Се препорачува здравствените установи кои во својата организациска поставеност имаат ургентен оддел, односно организациска единица за ургентни состојби да доставуваат месечни извештаи до Министерството за здравство за извршените здравствени услуги за итни ургентни состојби на пациентите кои не обезбедиле комплетна документација и
- Се задолжува Министерството за здравство да достави информација за вишокот административен кадар на јавните здравствени установи.

За да се обезбеди надминување на овие состојби во јавните здравствени установи и Фондот да функционира како купувач на здравствени услуги со сите здравствени установи, потребно е препораките и задолженијата по усвоените заклучоци на Владата на Р.М. да се реализираат од страна на Министерството за здравство, Фондот и јавните здравствени установи.

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

18

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk

дреса: Македонија 66, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 020
02 3289 070
Централа: 02 3289 000
Факс: 02 3289 042
Е-пошта: info@fzo.org.mk

Од: Фонд за здравствено осигурување на Македонија
Сектор финансии
Број: 02-17261/2
Дата: 17.10.2012
До Државен завод за ревизија
Скопје

РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА

Примено:	26.10.2012		
Орг. единица:	Број:	Пратено:	Вредност:
	27-151/9		

Предмет: Забелешки на Нацрт извештај на Овластениот државен ревизор за извршена ревизија на утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги кај Фондот за здравствено осигурување на Македонија во 2011 година

Врска: Ваш бр.27-151/4 од 17.09.2012 година

Почитувани,

Во врска со Нацрт извештајот на Овластениот државен ревизор за извршена ревизија на утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги кај Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2011 година, Ви ги даваме следниве забелешки:

Во резимето на нацрт извештајот, сметаме дека треба да се преиначи формулацијата дека Фондот не утврдува надоместок за обезбедување на здравствени услуги во согласност со законските прописи, со оглед дека Фондот ги почитува сите законски и подзаконски акти при утврдувањето на надоместоците и за приватните и за јавните здравствени установи. При утврдувањето на договорените надоместоци на здравствените установи Фондот во целост ги почитува Одлуката и правилниците за утврдување на критериуми за утврдување на буџетот на здравствените установи од превентивна и итна медицинска помош, специјалистичко – консултативна здравствена заштита и болничка здравствена заштита.

Во однос на референтните цени за здравствени услуги, почнувајќи од 2009 заклучно со април 2011 година референтните цени кои ги утврдува Фондот се во согласност со подзаконските одредби. Имено, Фондот носеше и обезбедуваше референтни цени за лекување на пациенти кои ги вклучуваа и ставките за амортизација и инвестициони вложувања според Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита, број 02-23012/4 од 14.11.2008 година. Посебен акцент беше даден на воведување на ДСГ кодовите во Македонија, кои беа преземени од австралиската класификација, и притоа со примена на "top down" методата сите ДСГ цени се пресметани земајќи ги предвид вкупните трошоци во здравствените установи, вклучително и трошоците за амортизација и инвестициските вложувања. Ваквиот начин на определување на референтните цени е преземен како искуство од земјите во регионот, Хрватска и Словенија, кои успешно ја имаат воведено истата ДСГ методологија. Начинот на воведување на ДСГ цените е образложен во претходно споменатата Методологија за утврдување на референтни цени. Од моментот на внесување на ДСГ референтни цени истите беа предмет на повеќе



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk

дреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 020
02 3289 070
Централа: 02 3289 000
Факс: 02 3289 042
Е-пошта: info@fzo.org.mk

ревизии, при кои најчесто референтните цени беа зголемувани со цел да се обезбеди целосно покривање на трошоците во болниците.

Истовремено, сметаме дека треба да се преформулира и укажувањето дека Фондот не работи согласно Законот за здравствено осигурување бидејќи од 2009 година не издвојува средства за инвестиции и нема донесено програма на инвестициони вложувања во здравството врз основа на утврдени здравствени приоритети. Ова со оглед дека од 2009 година инвестициските вложувања ги презема основачот – Влада на РМ преку Министерството за здравство и истите оттогаш се планираат како ставка во Буџетот на Министерството за здравство. Па така, со Измената на Законот за здравствено осигурување (Службен весник на РМ број 53 од април 2011 година), во членот 56, кој се однесува на Делокругот на работењето на Управниот одбор на Фондот, е избришана точката 7, во која претходно постоеше одредба за донесување на програма за инвестициони вложувања во здравството врз основа на утврдени приоритети.

По претходно наведената измена во Законот за здравствено осигурување, односно **почнувајќи од 2011 година Фондот започна да бара од здравствените установи да доставуваат барања** за измени на референтни цени во согласност со терк – образец во кој се наведени сите калкулативни елементи неопходни за креирање на референтна цена, освен за инвестициските вложувања кои веќе не се во надлежност на Фондот.

Ова дотолку повеќе што согласно новиот **Закон за здравствена заштита од 2012 година** (Службен весник број 43 од март 2012) во членот 113 е пропишано дека јавната здравствена установа обезбедува средства за работа од средствата на оснивачот за инвестиции и други задачи. Оттука, со новото решение Владата на РМ преку Министерството за здравство има обврска да обезбедува средства за инвестициони вложувања.

Воедно, постапувајќи по Вашата забелешка за потребата од усогласување на подзаконските акти, Управниот Одбор на ФЗОМ ја усвои новата Методологија за утврдување на референтни цени за специјалистичко консултативни и болнички здравствени услуги во којашто се исклучени инвестициските вложувања. (Во прилог: Одлука за усвојување на нова Методологија за **утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита усвоена на 02.10.2012 год.** на седницата на Управен Одбор на Фондот за здравство осигурување)

Истовремено, Ве известуваме дека при наредната измена на Законот за здравствено осигурување, Фондот ќе покрене иницијатива за бришење на точката 5 од став 1 член 63, а која ги наведува инвестициските вложувања во здравствените установи. Имено, оваа точка по грешка е изоставена и не е избришана со измените на Законот за здравствено осигурување од април 2011, кога е избришана обврската за носење на програма за инвестициски вложувања во здравството. Станува збор за заостаната одредба од периодот кога Фондот не беше купувач на здравствени услуги и кога вршеше финансирање на различни позиции на трошоци во здравствените установи, вклучително и трошоци за инвестиции.



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk

дреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 020
02 3289 070
Централа.: 02 3289 000
Факс: 02 3289 042
Е-пошта: info@fzo.org.mk

Понатаму, во делот во којшто се образложува износот на **побарувањата на здравствените установи од Министерството за здравство**, неопходно е да се допрецизира дека податоците се од јавните здравствени установи, а не од Фондот. Поточно, почнувајќи од април 2012 јавните здравствени установи доставуваат квартални извештаи за износот на ненаплатени побарувања по програмите за здравствена заштита од Влада кои се реализираат преку Министерството за здравство. Фондот ги собира извештаите и потоа ги објавува добиените податоци на редовно месечно и квартално ниво. За точноста на доставените податоци одговараат здравствените установи.

Во однос на точката 4.1.1., во која ни укажувате дека при увид во доставената документација кај 30 јавни здравствени установи понудите не се докомплетирани со потребната документација, сметаме за неопходно да се преформулира бидејќи **Фондот Ви ја има доставено комплетираната документација за сите 30 здравствени установи заедно со прилог список на документите: деловен план, план за вид и обем и договор за период април 2011 – март 2012**. Во однос на забелешката дека деловните планови на ЈЗУ не содржат целосни податоци би сакале да појасниме дека Фондот само изготвува терк на деловен план со цел да им помогне на јавните здравствени установи во подготовката на истите. Препорачливо е јавните здравствени установи да го користат теркот на деловниот план, но не и задолжително, па така останува во надлежноста на јавните здравствени установи да оценат колку податоци ќе внесат во деловниот план за да го презентираат своето минато, тековно и идно работење.

Истовремено, дел од податоците кои согласно подзаконските акти се неопходни, Фондот ги обезбедува преку месечните обрасци и останати извештаи кои ги доставуваат јавните здравствени установи до Фондот, како и трезорот на јавните здравствени установи. Соодветно, сметаме дека препораката во која се обврзува одговорното лице да ги обезбеди сите потребни документи треба да изостане. (Во прилог е список на сите јавни здравствени установи и доставени документи).

Во однос на точката 4.2.2., Ви ги даваме истите забелешки кои погоре ги дадовме во однос на резимето на нацрт извештајот.

Во однос на точката 4.2.3, се согласуваме со првата препорака и веќе е доставен интересен допис до Правниот сектор за зајакнување на одредбата во договорите со јавните здравствени установи во која се регулирани меѓусебните плаќања и сервисни услуги. (Во прилог дописот до Правниот сектор). Во однос на третата препораката од истата точка, сметаме дека треба да изостане, или да се преиначи во задолжување на Министерството за здравство, бидејќи организационото и финансиското работење на јавните здравствени установи не е во надлежност на Фондот, туку на Министерството за здравство.

Во однос на наодите во точката 4.2.4 сметаме дека треба да се појасни дека новите пакети на здравствени услуги пореално ги прикажуваат расходите за групите на здравствени услуги во однос на примената на стариот ценовник од 1992 година. Имено, со примена на новите пакети на здравствени услуги, во некои здравствени установи е намалена фактура, што во најголем дел се должи на неможност да се додаваат дополнителни здравствени услуги, медицински потрошни материјали и лекови коишто воопшто не се обезбедени за осигуреникот. Но исто така, треба да се има предвид дека кај голем број здравствени установи фактурата е зголемена со примена на новите пакети со што



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk

дреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 020
02 3289 070
Централа.: 02 3289 000
Факс: 02 3289 042
Е-пошта: info@fzo.org.mk

е обезбедено да можат да ги фактурираат оние здравствени услуги, посебно поновите и помодерните здравствени услуги, кои порано не можеле да се фактурираат правилно со застарениот ценовник од 1992 година, бидејќи трудот искажан со бодови по вредност од 1 денар како дел од пресметката бил низок.

Во однос на наодите во точката 4.3.2 не се согласуваме со укажувањето дека Фондот не може да обезбеди целосни податоци за вкупниот обем на здравствени услуги, бидејќи Фондот води евиденција за сторнираните и намалените здравствени услуги. Исто така, почнувајќи од април 2012 година сите здравствени услуги над договорниот надоместок здравствените установи го искажуваат во посебен образец - извештај наместо фактура, а кој се евидентира во подрачните служби. Притоа, се согласуваме со Вашата препорака овие извештаи (износи на реализирани здравствени услуги) да ги водиме вонбилансно.

Во однос на ревизорскиот заклучок, а имајќи го предвид сето погоре кажано, сметаме дека истиот треба да се преиначи во смисла дека Фондот ги утврдувал надоместоците согласно законските акти, бидејќи ги почитувал сите законски и подзаконски акти.

Со почит,

Изработил: м-р Татјана Лукановска
Бранислава Катушевска

Согласен: м-р Маја Богдановска-Стојаноска

Директор,
М-р Маја Парнарџиева-Змејкова



Директор,
Џемали Мехаз

ОДГОВОР

на забелешки на Нацрт извештајот на Овластениот државен ревизор

На 26.10.2012 година добиени се Забелешки на Нацрт извештајот за извршената ревизија на утврдување на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, заведени во Државниот завод за ревизија под број 27-151/9.

Забелешките се разгледани од страна на Овластениот државен ревизор и констатирано е следното:

1. Одговор на забелешките на одделни констатации од резимето е даден преку одговорите на забелешките на одделни точки од извештајот од кои произлегува резимето.
2. Забелешката на **точката 4.1.1.** која се однесува на констатацијата дека кај тестираните 30 јавни здравствени установи нецелосно функционираат контролите при комплетирање на потребната документација, односно доставените деловни планови се со нецелосни податоци, **не се прифаќа.** Ревизијата истакнува дека Фондот од една страна не врши контрола на деловните планови, затоа што теркот на истите го смета како незадолжителен, а од друга страна не ги обезбедува сите податоци предвидени во одделните Правилници за критериумите за склучување на договори и начин на плаќање на здравствени услуги на здравствени установи за вршење на соодветна здравствена заштита, и тоа :
 - извештај за приходи и трошоците на здравствената установа во последната година;
 - извештај за видот и обемот на извршени здравствени услуги на осигурени лица во последната година;
 - извештај за бројот и структурата на вработени во последната година;
 - извештај за видови, количини и износи на лековите, медицински материјали и други материјали потрошени во претходната година;
 - план на приходи и трошоци на здравствената установа за тековната година;
 - план и структура на вработени за тековната година;
 - план за видот и обемот на здравствени услуги за тековната година;
 - извештај за примарни пакети;
 - план на цели што треба да се постигнат во работењето на здравствената установа.
 - деловен план за тековната година.

Ревизорски тим

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Овластен државен ревизор

Имено, ревизијата со контрола на доставената документација кај 30 јавни здравствени установи утврди дека 4 (четири) ЈЗУ доставиле деловни планови кои не се потпишани, за 30 (триесет) ЈЗУ нема прилог извештаи за видови, количини и износи на лековите, медицински материјали и други материјали потрошени во претходната година, дел од нив имаат само План за видот, количините и износите на лекови за тековната година, 5 (пет) ЈЗУ немаат изготвено Извештај за видот и обемот на извршените здравствени услуги на осигурени лица во последната година, 3 (три) ЈЗУ во деловниот план немаат внесено податок за план на цели што треба да се постигнат во работењето на здравствената установа, односно податок за индикатори за успешност во 2011 година наспроти 2010 година и 4 (четири) ЈЗУ немаат доставено табела за најголема потрошувачка на ресурси која е предвидена при доставување на понудата.

3. Забелешката на констатираната состојба во **точката 4.2.2.** која се однесува на констатираните состојби дека Фондот при формирање на референтните цени не ја користи постојната законска рамка и методолошкиот пристап, односно не ги применува сите калкулативни елементи утврдени со Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита, не се прифаќа . Имено, во услови кога не постои измена во законската регулатива и во Методологијата, во калкулацијата не е вклучена амортизацијата на постојаните средства која претставува трошок за јавните здравствени установи. Исто така, Фондот од 2009 година не издвојува средства за инвестиции и нема донесено програма на инвестициони вложувања во здравството врз основа на утврдени здравствени приоритети, што не е во согласност со Законот за здравствено осигурување.

Ревизијата истакнува дека Фондот при формирање на референтните цени во калкулацијата не ја вклучува амортизацијата на постојаните средства, што се потврдува од пресметките за повеќе здравствени услуги (од 6 дејности) доставени во електронска форма од директорот на Секторот за финансиски прашања. Исто така, и со одлуките за утврдување на референтни цени во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита донесени од страна на Фондот, не е пропишано при утврдување на референтни цени да бидат опфатени амортизацијата на инструментите и апаратите и амортизацијата на објектите, што е пропишано со Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита.

За делот од наодот кој се однесува на констатациите дека Фондот од 2009 година не издвојува средства за инвестиции и нема донесено програма на инвестициони вложувања во здравството врз основа на утврдени здравствени приоритети, пропишано со Законот за здравствено

Ревизорски тим

Овластен државен ревизор

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

осигурување, Фондот со забелешките ги потврдува констатациите на ревизијата. Имено, Фондот наведува дека ќе покрене иницијатива за измени на Законот за здравствено осигурување со цел усогласување со Законот за здравствена заштита донесен во 2012 година со кој се предвидува ЈЗУ да обезбедуваат средства за работа од средствата на основачот (Владата на РМ) за инвестиции и други задачи. Исто така, од страна на Управниот одбор на Фондот на 01.10.2012 година усвоена е нова Методологијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита во која што се исклучени инвестиционите вложувања.

4. Забелешката на **точката 4.2.3.** се однесува на првата и третата препорака, а кои се однесуваат на сервисните услуги помеѓу јавните здравствени установи. Од страна на Фондот преземени се активности во делот на дополнување и до прецизирање на договорите, при што со наредните ревизии ќе се потврди примената на новите договори.
5. Забелешката на **точката 4.2.4.** според содржината претставува барање да се појасни во извештајот дека новите пакети на здравствените услуги пореално ги прикажуваат расходите за групите на здравствените услуги во однос на примената на стариот ценовник од 1992 година. Во врска со наведеното, ревизијата смета дека во Нацрт извештајот има доволно информации со кои се потврдува дека со новите пакети вкупната вредност на договорите со јавните здравствени установи е зголемена за околу 1 милијарда денари во однос на 2010 година, што претставува пораст за 8,5%.
6. Забелешката на **точката 4.3.2. а** која се однесува на констатацијата дека со отпис на разликите помеѓу фактурниот износ и исплатениот надоместок, Фондот не може да обезбеди целосни податоци за вкупниот обем на фактурираните здравствени услуги, **делумно се прифаќа**, односно во Конечниот извештај ќе биде вклучена констатацијата дека Фондот извршениот отпис не го искажал вонбилансно, заради обезбедување на целосни податоци за вкупниот обем на фактурираните здравствени услуги, потребни за анализа на трошоци за утврдување на референтните цени. Во прилог на ова е прифатената препорака од страна на одговорните лица на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Ревизорски тим

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Овластен државен ревизор
