



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

Број: 16 – 277/7

Дата: 05.05.2016

## КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

### РЕЗИМЕ

Извршивме ревизија на успешност на тема “Изворите на финансирање и нивното влијание врз ефикасноста на работењето при остварувањето на здравствена заштита на јавните здравствени установи” со цел да се даде одговор на поставеното прашање „дали средствата за работа на ЈЗУ обезбедени од изворите за финансирање овозможуваат ефикасност во работењето при остварувањето на здравствената заштита?“, а врз основа на констатираните состојби дадени се препораки за подобрување на системот на финансирање на ЈЗУ.

Ревизијата на успешност е извршена согласно Годишната програма за работа на Државниот завод за ревизија за 2015 година.

Опфатот и доказите кои се обезбедени по пат на спроведување на техники и методологија од страна на ревизијата, даваат основа да го изразиме следниот заклучок:

Поставеност на мрежата на здравствени установи, основниот пакет и начинот на воведување нови здравствени услуги, поставеноста на системите за задолжително социјално осигурување и здравствено осигурување, недоследното почитување на концептот купување на услуги и големиот број неодржливи ЈЗУ, утврдената висина на цените на здравствените услуги, буџетот на програмите за здравствена заштита, поставеност на системот на наплата на партиципација и големиот број ослободувања, отсуство на евиденција за реалните трошоци за здравствени услуги во ЈЗУ и отсуството на активности за рационализација на трошоците, имаат влијание врз работењето на ЈЗУ, кои остварувањето на здравствената заштита го вршат во услови на ограничени буџетски средства и големи долгови.

Поради горенаведеното констатиравме дека средствата за работа на ЈЗУ обезбедени од изворите на финансирање не овозможуваат ефикасност во работењето при остварувањето на здравствената заштита.

Ревизијата на успешност го опфаќа периодот од 2013 година до денот на изготвување на овој извештај.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Ревизорските активности беа насочени кон следните области:

- Правна рамка, стратешки документи и поставеност на институциите инволвирани во системот на финансирање на ЈЗУ;
- Извори на финансирање на ЈЗУ (Фондот како купувач на здравствени услуги, Министерството преку Програмите за здравствена заштита и приходите од партиципација како најзначајни извори на финансирање на ЈЗУ) и
- Финансиска состојба (солвентност и ликвидност) на ЈЗУ, евиденција на трошоците и влијанието врз извршувањето на дејноста.

Од утврдените ризици во текот на ревизијата, произлегоа заклучоци, кои се основа за изготвување на ревизорска програма на активности. Ревизорската програма опфати активности за обезбедување на доволно релевантни докази од субјектите предмет на ревизија, врз основа на кои се снимат состојбата и се донесоа заклучоци во рамките на поставените ревизорски цели.

Со извршената ревизија констатиравме одредени состојби во областите предмет на ревизија и тоа како што следува:

Во областа **Правна рамка, стратешки документи и поставеност на институциите инволвирани во системот на финансирање на ЈЗУ**, констатиравме дека е потребно донесување одредени стратешки документи и зајакнување на соработката и координацијата на активностите на Министерство за здравство и Фондот во спроведување на реформите во здравствениот систем.

Потребно е преиспитување на ширината на основниот пакет на здравствените услуги имајќи предвид дека поставеноста на истиот подразбира покривање на сите здравствени услуги кои можат да ги извршат здравствените установи. Исто така потребно е преиспитување и на Уредбата за мрежата на здравствени установи која е донесена врз основа на затечената состојба и не се донесени законски предвидените критериуми и стандарди, ниту пак е донесен стратешки документ за приспособување на фактичките капацитети кон стандардите. Особено што секое воведување на нова здравствена технологија, опрема, здравствени методи или постапки во здравствените установи во мрежата, како и проширувањето на мрежата не е проследено со анализа за влијанието на истото врз буџетот на Фондот.

Констатиравме дека поставеноста на системот за задолжително социјално осигурување, висината на основната и ефективната стапка на придонес пресметана по категории осигуреници не обезбедува доволно финансиски средства за покривање на широко поставениот основен пакет на здравствени услуги и се поставува прашањето за одржливоста на постоечкиот систем на здравствено осигурување во вакви услови.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Во областа **Извори на финансирање на ЈЗУ** (Фондот како купувач на здравствени услуги, Министерството преку Програмите за здравствена заштита и приходите од партиципација како најзначајни извори на финансирање на ЈЗУ), во делот Фондот како купувач на здравствени услуги констатиравме дека не е воспоставен сооднос помеѓу нивото на извршени услуги и нивното фактурирање и надоместување од страна на Фондот со што не е обезбедено вистинско купување на услуги. Фондот наместо да ги надоместува извршените здравствени услуги е принуден да обезбеди средства за целосно функционирање на оние ЈЗУ кои се неодржливи односно не се во можност да остварат доволен обем на услуги или да се вклопат во постоечкиот систем на вреднување на здравствените услуги. Дополнително што не се дефинирани критериуми за распределба и утврдување на надоместокот на неодржливите ЈЗУ, поради што е потребно преземање активности за обезбедување дополнителни средства за финансирање на овие ЈЗУ и дефинирање критериуми за распределба на истите.

Не се уверивме дека референтните цени на здравствените услуги се доволни за покривање на реалните трошоци на ЈЗУ. Истите се утврдени во претходен период и не е направено нивно прилагодување кон актуелните состојби поради отсуство на финансиски анализи на трошоци од страна на ЈЗУ кои треба да служат како споредбени показатели. Исто така постојат здравствени услуги кои поради својата специфика (скапи лекаства, реагенси, методи или долготрајно лекување) не можат да се вклопат во постоечкиот систем на вреднување на услугите. Поради наведеното потребно е преземање мерки за подобрување на системот на вреднување на здравствените услуги.

Во делот на **Програми за здравствена заштита од Министерството како извор на финансирање на ЈЗУ** констатиравме дека е потребно сообразување на природата и целите на програмите со стратешките приоритети на Министерството и Владата, односно пренасочување на поголем дел од средствата и активностите за финансирање на превентивни програми. Буџетот наменет за финансирање на програмите не е доволен за покривање на реалните трошоци кои ЈЗУ ги имаат по овој основ, поради што Министерството не е во состојба да ги надомести во целост обврските кон ЈЗУ. Иако во последните три години се обезбедени и дополнителни извори на финансирање на програмите од дел од акцизата на етил алкохол, цигари и пиво, констатиравме дека истите не се доволни за покривање на неплатените обврски кои Министерството ги има кон ЈЗУ и постои потреба за обезбедување на дополнителни финансиски средства.

Распределбата на средствата од програмите по одделни ЈЗУ не е доволно транспарентна и постои можност за субјективизам поради тоа што во голем дел од програмите утврден е вкупниот износ на финансиски средства а не е дефиниран

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

износот на средства кој треба да го добие секоја ЈЗУ инволвирана во имплементирање на истата.

Постои потреба од зајакнување на соработката на Министерството и ЈЗУ во функција на усогласување и подобрување на евиденцијата на активностите и расходите за програмите, поради констатацијата дека не постои корелација на податоците во Министерството кои не се усогласени ниту со податоците од ЈЗУ и Фондот.

Во делот на **Приходите од партиципација** констатиравме дека иако со Законот за здравствено осигурување е утврдена горна граница до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, просечниот износ на партиципација кој се наплаќа, со направените пресметки на предвидените партиципации во фиксните износи во утврдени рамки, изнесува околу 8% од вредноста на здравствените услуги. Исто така се предвидени голем број законски ослободувања од плаќање. Ваквата поставеност неповолно влијае врз приходите на ЈЗУ и постои потреба од преиспитување на големиот број на ослободувања за одредена група на корисници на здравствени услуги.

Во областа **Финансиска состојба на ЈЗУ (солвентност и ликвидност)**, евиденција на трошоците и влијанието врз извршувањето на дејноста, констатиравме дека солвентноста и ликвидноста на ЈЗУ се влошува, имаат многу неплатени обврски, се соочуваат со судски постапки за неплатените долгови, а неколку ЈЗУ имаат блокирани сметки. Новите вработувања дополнително влијаат врз финансиска состојба на ЈЗУ, особено што по овој основ не се обезбедени дополнителни финансиски средства. Во текот на 2016 година од страна на надлежните органи преземени се мерки за обезбедување на потребните средства со кои се врши надоместување на бруто платите.

Потребно е преземање активности и во делот на подобрувањето на материјалните евиденции кај најголем дел од ЈЗУ во функција на финансиско следење, подобрување на алокација на ресурсите и искористеноста на капацитетите.

Во функција на зголемување на ефикасноста на вршењето на здравствената дејност преку оптимализација на бројот и видот на здравствени установи во државата, кадарот и опремата во јавното здравство, Министерство за здравство има започнато активности за реализација на Проектот на Владата “Окрупнување на здравствени капацитети за поголема ефикасност и подобра услуга”, но потребно е проширување и забрзување на истите.

Во насока на надминување на утврдените состојби, дадени се препораки заради подобрување на системот на финансирање на ЈЗУ и зголемување на ефикасноста во нивното работење.



**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

По Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор раководните лица на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, д-р Сашо Стефаноски и г. Орхан Рамадани, доставија забелешки, истите се разгледани и е констатирано дека истите во најголем дел преставуваат известување за преземените активности од страна на Фондот и објаснување на причините за утврдените состојби.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

## **I. ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

### **1. Вовед**

Со законските и подзаконски акти од областа на здравството се уредуваат прашањата кои се однесуваат на системот и организацијата на здравствената заштита, вршењето и финансирањето на здравствената дејност. Здравствената заштита се заснова врз единството на превентивните, дијагностичко - терапевтските и рехабилитационите мерки, како и врз начелата на:

- Достапност;
- Ефикасност;
- Континуираност;
- Правичност;
- Сеопфатност и
- Обезбедување на квалитетен и сигурен здравствен третман.

Во системот на здравствена заштита клучни институции се Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување на Македонија и Јавните здравствени установи.

Министерството е одговорно за носење политики, регулатива, вршење надзор и контрола, дефинирање на мрежа на здравствени установи, развој на инфраструктурата, инвестиции во здравствениот систем, планирање на човековите ресурси и воедно ја има целокупна одговорност над јавното здравје. Фондот е одговорен за развој и имплементација на механизмите за купување на здравствени услуги од јавните и приватните здравствени установи, додека пак ЈЗУ ја извршуваат здравствената заштита.

#### **1.1. Мрежа на здравствени установи**

Здравствената дејност се врши во и надвор од мрежата на здравствени установи. Мрежата на здравствени установи го определува потребниот број здравствени установи и видовите на здравствена дејност, односно специјалност кои се обезбедуваат во определени географски подрачја според местото на живеење на корисниците на здравствената заштита, а во согласност со потребите за здравствена заштита на населението на територијата на Република Македонија.

Со Уредбата за мрежата на здравствени установи<sup>1</sup> (во понатамошниот текст Уредбата) донесена во 2012 година, Владата на предлог на министерот за здравство врши разграничување на вршењето на здравствената дејност во мрежата меѓу примарното, секундарното и терцијарното ниво на здравствена заштита, итна медицинска помош, медицина на трудот и мрежа на јавно здравје.

---

<sup>1</sup> Службен весник на РМ бр 81/2012 и 147/2013 година

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Согласно Законот за здравствена заштита<sup>2</sup>, мрежата се утврдува врз основа на основниот демографски критериум, потребите на населението за здравствени услуги согласно возраста, полот, социјалната структура и здравствената состојба. Мрежата обезбедува рамномерна достапност на здравствените услуги, согласно обемот на правата од задолжително здравствено осигурување и економската оправданост, технолошкиот и научниот развој во областа на здравствената дејност, степенот на урбанизираност на подрачјата, специфичностите на населеноста, сообраќајните поврзувања, миграциите на населението и достапноста до здравствените установи и посебните услови на демографски загрозените подрачја. Согласно Законот за здравствена заштита, Владата ги утврдува стандардите за обезбедување капацитети во мрежата, во зависност од бројот на жители или групи на жители според полот и возраста по одделен носител на здравствена дејност, болничка постела и за одделна специјалност и технички посложена единица, односно опрема.

Според Уредбата, Фондот склучува договори со сите јавни и приватни здравствени установи кои се регистрирани во мрежата на здравствени установи. Со стапување на сила на Уредбата, сите здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот остануваат во мрежата.

Здравствената заштита во Македонија во рамките на мрежата зависно од видот на здравствените услуги, се извршува во 32 универзитетски клиници, 3 клинички болници, 13 општи болници, 7 специјални болници, 34 здравствени домови, 2 здравствени станици, 7 заводи, 4 институти, 10 центри за јавно здравје и 2.598 Приватни здравствени установи (ПЗУ).

## **1.2. Финансирање на ЈЗУ**

Согласно Законот за здравствена заштита ЈЗУ обезбедуваат средства за работа:

- со плаќања за извршените здравствени услуги, односно од програмите на здравствени услуги врз основа на договор со Фондот;
- со плаќања за извршените мерки, активности и здравствени услуги од програмите за здравствена заштита финансирани од Министерството;
- со плаќања на здравствени услуги од здравствена дејност на пациенти кои услугите ги плаќаат со лични средства;
- со учество на лични средства на осигурените лица за здравствените услуги опфатени со задолжителното здравствено осигурување, односно со доплати за повисок стандард за здравствени услуги, согласно прописите од областа на здравственото осигурување;
- од средствата на осигурителните друштва кои вршат доброволно дополнително здравствено осигурување,

---

<sup>2</sup> Службен весник на РМ бр. 43/12, 145/12, 65/13, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 101/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

- од средствата на основачот наменети за инвестиции и други задачи и
- од донации и подароци.

Имајќи ги предвид клучните извори на финансирање на дејноста на ЈЗУ со оваа ревизија опфатени се средствата од наплатените приходи од Фондот (84%), од Министерството (3%) и приходот од наплатената партиципација (5%).

**1.2.1. Приходи од извршените здравствени услуги врз основа на договор со Фондот**

Согласно Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување<sup>3</sup> средствата наплатени по основ на придонес за здравствено осигурување се приход на Фондот, со кои се обезбедуваат средства за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи.

Утврдена е основна стапка на придонес во висина од 7,3% од редовните месечни примања/бруто плати со исклучоци за одредени категории осигуреници. Структурата на стапките на придонес на различни категории е дадена во Табела 1.

**Табела 1. Стапки на придонес за здравствено осигурување на различни категории**

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка
Активни работници	7,30%	бруто плата
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечна бруто плата
Пензионери	13%	пензија
Невработени лица	5,40%	50% од просечна плата

Покрај приходот од придонесот од месечни примања/бруто плати, за финансирање на здравствената дејност во мрежата на здравствени установи, Фондот остварува приходи и од други буџетски корисници кои, согласно Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, имаат обврска за пресметка и уплата на придонес од задолжителното здравствено осигурување за дел од категориите на осигуреници и тоа за:

- невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- осигурениците со социјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување и
- неосигурените – Министерството за здравство.

---

<sup>3</sup>Службен весник на РМ бр. 142/08, 62/09, 64/09, 156/09, 166/10, 53/11, 185/11, 44/12, 150/12, 15/13, 91/13, 170/13, 97/14, 113/14, 180/14, 188/14, Автентично толкување 8/15, 20/15

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Врз основа на Законот за здравствено осигурување<sup>4</sup>, заради обезбедување здравствени услуги на осигурените лица, Фондот склучува договори за пружање и плаќање здравствени услуги со здравствените установи во мрежата, согласно основниот пакет на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

Во 2013, 2014 и 2015 година склучени се договори со 113 ЈЗУ. Со договорите се уредува видот, обемот, квалитетот и роковите за остварување на здравствената заштита, односно здравствените услуги според медицина базирана на докази, начинот на пресметувањето и плаќањето на здравствените услуги, причините и условите под кои може да се раскине договорот и договорната казна.

Врз основа на донесените акти<sup>5</sup> во рамките на планираните средства за финансирање на ЈЗУ, Фондот секоја година утврдува план и програма за здравствени услуги и максимални износи за финансирање на ЈЗУ, а во согласност со Правилниците за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи во болничка и специјалистичко консултативна здравствена заштита.

Максималните износи на надоместоците за финансирање на поединечни ЈЗУ се утврдени со примена на претходно пропишани критериуми и се усвојуваат од страна на Управниот одбор на Фондот.

**Критериуми за утврдување на надоместокот на здравствените установи се:**

- Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во првото, второто и третото тримесечје и проекцијата за четвртото тримесечје од претходната година;
- Остварени трошоци во претходната година за целосно функционирање на ЈЗУ кои вршат превентивна, дел од примарна, специјалистичко -консултативна и болничка здравствена заштита. За овие ЈЗУ, Фондот треба да обезбеди средства за нивно целосно функционирање, се утврдува доколку индексот на остварување на видот и обемот на здравствени услуги во однос на договорениот надоместок од претходната година е помал од 1 (Јавни здравствени установи кои не фактурираат до договорениот надоместок);

---

<sup>4</sup> Службен весник на РМ бр. 25/00, 34/00, 96/00, 50/01, 11/02, 31/03, 84/05, 37/06, 18/07, 36/07, 88/07, 106/07, 82/08, 98/08, 142/08, 6/09, 45/09, 67/09, 14/10, 50/10, 156/10, 53/11, 26/12, 16/13, 91/13, 187/13, 43/14, 44/14, 97/14, 112/14, 113/14, 188/14, 20/15, 61/15, 98/15, 129/15, 154/15, 192/15

<sup>5</sup> Правилник за подготвување, донесување и изменување на годишниот план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување и Одлука 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

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

- За акутните болнички случаи во здравствените установи кои вршат терцијарна здравствена заштита по ДСГ методологија се определува 10% од остварената вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и трето тримесечје и проекцијата за четврто тримесечје од претходната година;
- За специјализирани здравствени установи за детската популација како и за специјализирани здравствени установи кои пружаат услуги за психијатриски акутни болнички случаи се определува најмногу до 25% над остварената вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и трето тримесечје и проекцијата за четвртото тримесечје од претходната година.

Надоместокот (буџетот) за обезбедени здравствени услуги дополнително може да се усогласува и со:

- задолжителните програми за здравствена заштита кои секоја година ги донесува Владата, како и изменети здравствени услуги по вид и обем за тековната во однос на претходната година;
- очекувани сопствени приходи на здравствената установа за тековната во однос на претходната година;
- очекувани реформи на здравствениот систем за чија имплементација е потребен подолг период се додека Министерството не овозможи воспоставување на одржлив и ефикасен здравствен систем, односно здравствени установи;
- користење на одредени специфични лекови;
- посебни здравствени состојби предизвикани од вонредни околности и
- расположиви средства во буџетот на Фондот за тековната година.

Кои од наведените дополнителни критериуми за усогласување ќе се применуваат за одредена здравствена установа при утврдување на надоместокот (буџетот) за обезбедени здравствени услуги, зависи од тоа кој од критериумите влијае на остварувањето на видот и обемот на здравствени услуги за тековната година.

### **Утврдени (референтни) цени на здравствени услуги**

Фондот ги плаќа здравствените услуги за осигурените лица на ЈЗУ според утврдени цени на пакети во специјалистичко - консултативната здравствена заштита, според цени утврдени за дијагностичко сродни групи групирани по ДСГ методологија во болничка здравствена заштита за акутна нега на хоспитализирани болни и според утврдени цени на здравствени услуги во болничка здравствена заштита за дневна болница, хронично лежечки болни и медицинска рехабилитација и физикална терапија за лежечки болни.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Во референтните цени се вклучени трошоците утврдени согласно Методологијата за утврдување на референтните цени донесена од Управниот одбор на Фондот. Во цената на здравствената услуга се вклучени следните калкулативни елементи: трудот на здравствените работници (тимот кој ја извршува здравствената услуга), времетраењето на услугата искажана во минути, односно часови, трошоци за тековно одржување на инструментите и апаратите со кои се врши услугата, трошоците за тековно одржување на просториите и објектите, општите трошоци на работењето, трошоците за потрошени лекови и медицински потрошни материјали и други материјали.

Согласно Методологијата, за утврдување на референтните цени неопходни се повеќе видови на финансиски анализи на трошоци кои треба да ги прават ЈЗУ и служат како споредбени показатели при дефинирање на конечниот приод за нивно утврдување.

Пакетите претставуваат групи на збирни здравствени услуги упросечени како најчесто групирани услуги, врз основа на медицина базирана на докази.

Дијагностички сродни групи ДСГ како нов модел на евиденција и плаќање на здравствените услуги за акутни болни е воведен во 2009 година и е метод на класификација на акутните пациенти во групи, кои имаат слична потрошувачка на ресурси и слични клинички особини. Основна идеја на фактурирање по ДСГ е искажување на извршените здравствени услуги (плаќање) по епизода на лекување, при што епизода е период на лекување од прием до отпуштање од болница.

Целта на воведување на ДСГ моделот е:

- унифицирање и изедначување на чинењето на здравствените услуги во сите здравствени установи во Република Македонија за исти дијагностички групи и за иста комплексност;
- зголемување на ефикасноста во користењето на расположливите средства (материјални и човечки ресурси);
- еднаква распределба на средствата во зависност од извршените здравствени услуги;
- планирање на видот и обемот на услугите, а со тоа и планирање на ресурсите;
- обезбедување здравствена заштита според потребите на населението и
- обезбедување поквалитетни здравствени услуги на осигурените лица.

До 2015 година, донесени се 243 пакети во 19 групи и 678 ДСГ групи, а на секоја група, зависно од сложеноста на случајот и интензитетот на услуги, се доделува релативна тежина изразена со коефициент.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

**1.2.2. Приходи по основ на извршени активности и здравствени услуги од програмите за здравствена заштита финансирани од Министерство за здравство**

Владата преку Министерството согласно Законот за здравствена заштита, секоја година 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. Со измените на Законот за здравствена заштита во 2013 година, дополнителни средства за финансирање на програмите се обезбедуваат во Буџетот на Република Македонија, од дел од акцизите на пиво, етил алкохол и цигари кои се приход на Министерството.

Програмите за здравствена заштита по својата природа и содржина се превентивни и куративни. Превентивните програми се однесуваат на финансирање на мерки и активности со цел за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето. Куративните програми се однесуваат на финансирање на активности поврзани со извршување на здравствените услуги (набавка на лекови, вакцини, плаќање на партиципација за одредени категории пациенти и сл.).

Програмите се подготвуваат, спроведуваат и следат од страна на секторите надлежни за секоја програма, а согласно Упатството за процедури и постапки на планирање, подготвување, реализација на програмите како и постапки за реализација на финансиските средства на извршителите на активностите од програмите финансирани од Буџетот на Република Македонија, донесено од Министерство за здравство. Со Буџетот на Министерството за 2013 година предвидени се 3.287.125 илјади денари, 3.903.970 илјади денари за 2014 година и 3.841.800 илјади денари за 2015 година.

**1.2.3. Приходи по основа на учество на лични средства на осигурените лица за здравствените услуги опфатени со задолжителното здравствено осигурување - партиципација**

ЈЗУ во мрежата можат да обезбедат средства и од вршење здравствена дејност на пациенти кои здравствените услуги ги плаќаат со лични средства, укажување на здравствени услуги како дополнителна дејност и други извори.

Согласно Законот за здравствено осигурување осигурените лица учествуваат со лични средства при користење на здравствени услуги но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, која Фондот со



**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Одлука<sup>6</sup> ја утврдува во фиксен износ од вредноста на здравствените услуги ставени во рамковни групи според висината на цената.

Исто така, осигурениците имаат право на ослободување од плаќање партиципација доколку исполнуваат еден од критериумите за утврдување на максимален износ за наплата кој на годишно ниво изнесува 70% од просечната нето плата од претходната година, како и 40% односно 20% за лицата со пониски примања, деца и лица над 65 годишна возраст.

Покрај ослободувањата по достигнувањето на годишниот лимит во законската регулатива се предвидени ослободувања од партиципација за одредени услуги и одредени категории лица, како и ослободувања преку Програмите за обезбедување средства за болничко лекување без наплата на учество (партиципација) за пензионери во Република Македонија и партиципација при користењето на здравствена заштита на одделни заболувања на граѓаните и здравствена заштита на родилките и доенчињата.

Наплатените приходи на ЈЗУ по овој основ во 2013 година се 628.106 илјади денари, 716.404 илјади денари во 2014 година и 542.326 илјади денари до 30.09.2015 година.

## **2. Законска регулатива**

Законската и подзаконската регулатива во Република Македонија со која се регулира областа предмет на ревизија е определена со:

- Закон за здравствена заштита;
- Закон за здравствено осигурување;
- Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување;
- Закон за евиденциите во областа на здравството;
- Закон за јавно здравје;
- Закон за буџетите;
- Закон за извршување на буџетот на Република Македонија за соодветната година;
- Закон за донации и спонзорства во јавни дејности;
- Закон за финансиска дисциплина;
- Уредба за мрежата на здравствените установи;
- Правилник за видовите на индикаторите за квалитет на здравствената заштита;
- Одлука 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;

---

<sup>6</sup> Одлука за утврдување на висината на учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

- Правилник за изготвување и утврдување на буџетот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија;
- Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита;
- Методологија за утврдување на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита како и референтни цени на услугите;
- Правилник за подготвување, донесување и изменување на годишниот план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување;
- Одлука за утврдување на критериуми за утврдување на буџетот на здравствените установи од превентивна и итна медицинска помош, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита;
- Ценовник на здравствени услуги;
- Прирачник за ДСГ – Правила и стандарди за ДСГ кодирање;
- Упатство за процедури и постапки на планирање, подготвување, реализација на програмите како и постапки за реализација на финансиските средства на извршителите на активностите од Програмите финансирани од Буџетот на Република Македонија;
- Одлука за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

## **II. ЦЕЛИ, ОПФАТ И МЕТОДОЛОГИЈА НА РЕВИЗИЈА**

### **1. Цели на ревизијата**

#### **1.1. Целта на ревизијата на успешност е:**

- да се утврдат потенцијални ризици во законските и подзаконските акти, како и стратешките документи поврзани со темата на ревизија;
- да се направи анализа на надлежностите и комуникацијата на институциите инволвирани во системот на финансирање на здравствената заштита;
- да се направи анализа на поединечните извори на финансирање од аспект на структурата, начинот на распределба и степенот на нивната искористеност;
- да се оцени влијанието на изворите на финансирање врз финансиската состојба на ЈЗУ и
- да се оценат активностите кои ги преземаат ЈЗУ во функција на зголемување на ефикасноста на работењето.

Ефектите од мерките и активностите кои ќе бидат преземени по дадените препораки на ревизијата меѓу другото треба да обезбедат подобрување на решенијата во постечката законска регулатива во функција на обезбедување на потребните финансиски средства за финансирање на здравствената заштита, зајакнување на соработката и координацијата на институциите инволвирани во системот на здравствена заштита, подобрување на финансиската состојба на ЈЗУ и ефикасно остварување на здравствена заштита.

#### **1.2. Ревизијата на успешност е извршена согласно Годишната програма за работа на Државниот завод за ревизија за 2015 година на тема: “Изворите на финансирање и нивното влијание врз ефикасноста на работењето при остварувањето на здравствена заштита на јавните здравствени установи “со цел да дадеме одговор на прашањето:**

„Дали средствата за работа на ЈЗУ обезбедени од изворите за финансирање овозможуваат ефикасност во работењето и остварувањето на здравствената заштита?“

#### **1.3. Ревизорските активности кои ревизорскиот тим ги спроведе во субјектите опфатени со ревизијата беа насочени кон повеќе области и тоа:**

- Правна рамка, стратешки документи и поставеност на институциите инволвирани во системот на финансирање на ЈЗУ;
- Извори на финансирање на ЈЗУ (Фондот како купувач на здравствени услуги, Министерството преку програмите за здравствена заштита и приходите од партиципација како најзначајни извори на финансирање на ЈЗУ) и

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

- Финансиска состојба (солвентност и ликвидност) на ЈЗУ, евиденција на трошоците и влијанието врз извршувањето на дејноста.

## **2. Опфат на ревизија**

2.1. Со ревизијата на успешност беа опфатени следните субјекти:

- Фонд за здравствено осигурување на Македонија;
- Министерство за здравство;
- Институт за јавно здравје;
- ЈЗУ Универзитетска клиника за токсикологија;
- ЈЗУ Универзитетска клиника за гастроентеропатологија;
- ЈЗУ Стоматолошки клинички центар;
- ЈЗУ Универзитетска клиника за клиничка биохемија;
- ЈЗУ Универзитетска клиника за радиотерапија и онкологија;
- ЈЗУ Универзитетска клиника за дигестивна хирургија;
- ЈЗУ Специјална болница по гинекологија и акушерство - Мајка Тереза;
- ЈЗУ Универзитетска клиника за хируршки болести Св. Наум Охридски;
- ЈЗУ Градска општа болница 8 септември;
- ЈЗУ Институт за трансфузиона медицина;
- ЈЗУ Универзитетска клиника за кардиологија;
- ЈЗУ Завод за физикална медицина и рехабилитација;
- ЈЗУ Општа болница Кочани;
- ЈЗУ Клиничка болница Тетово;
- ЈЗУ Општа болница Струга;
- ЈЗУ Здравствен дом Струга;
- ЈЗУ Општа болница Охрид;
- ЈЗУ Здравствен дом Охрид;
- ЈЗУ Специјална болница за трауматологија и ортопедија Св. Еразмо Охрид и
- ЈЗУ Клиничка болница Битола.

2.2 Со ревизијата на успешност го опфативме период од 2013 година до денот на изготвување на овој извештај.

## **3. Методологија**

- 3.1. Ревизијата на успешност е извршена во согласност со стандардите за државна ревизија на Меѓународната организација на ВРИ (ИНТОСАИ) кои се пропишани за примена во Република Македонија при вршењето на државната ревизија.
- 3.2. Ревизијата на успешност е независно испитување на ефикасноста и ефективноста на владините активности, програми или организации, со оправдана почит кон економијата и целта која води кон подобрувања.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

- 3.3. Оваа ревизијата на успешност преставува објективна и систематска проверка на докази со цел обезбедување независна проценка на влијанието на изворите на финансирање на ЈЗУ врз нивната ефикасност во работењето при остварувањето на здравствената заштита.
- 3.4. Заклучоците од оваа ревизија на успешност ќе придонесат за согледување на влијанието на политиките, мерките и активностите од областа на финансирањето на ЈЗУ, врз нивното работење и остварување на здравствената заштита, а дадените препораки ќе придонесат кон зголемување на ефикасноста на истите.
- 3.5. Во ревизијата на успешност ги следевме и комбиниравме пристапите ориентиран кон системите, резултатите и проблемите. Нашите активности беа насочени кон проверка на функционирање на системот на финансирање на јавните здравствени установи, анализи и испитувања дали поединечните извори на финансирање овозможуваат ефикасно функционирање и остварување на здравствена заштита, како и детектирање на причините за проблемите кои се јавуваат во системот.
- 3.6. Со цел добивање на релевантни и доволни ревизорски докази кои водат кон ревизорските наоди, заклучоци и препораки, користени се следните техники:
- проверка на документација (законски и подзаконски акти, правилници, одлуки, упатства, методологии, изготвени анализи, извештаи и информации, склучени договори и сл.);
  - разговори/интервјуа со одговорни лица во повеќе субјекти опфатени со прелиминарните истражувања;
  - истражувања со прашалници и
  - анализа на податоци.
- 3.7. Ревизијата на успешност е извршена во периодот од 17.08 до 15.12.2015 година, од тим на Државниот завод за ревизија.
- 3.8. Резултатите од спроведената ревизија на успешност беа презентирани на завршен состанок на ден 22.01.2016 година.  
По Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор раководните лица на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, д-р Сашо Стефаноски и г. Орхан Рамадани, доставија забелешки, истите се разгледани и е констатирано дека истите во најголем дел преставуваат известување за преземените активности од страна на Фондот и објаснување на причините за утврдените состојби.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

3.9. По спроведеното прелиминарно истражување како значајни области и ризици ги утврдивме следните:

**Област 1 – Правна рамка, стратешки документи и поставеност на институциите инволвирани во системот на финансирање на ЈЗУ;**

- Несоодветна поставеност на институциите и нивните надлежности во системот на здравственото осигурување и здравствена заштита;
- Отсуство на стратешки документи и подзаконски акти;
- Некоординираност на активностите за воведување на концептот за купување на здравствени услуги и воведување ефикасно здравство;
- Поставеност на основниот пакет на здравствени услуги;
- Утврдена мрежа на здравствени установи без соодветни демографски показатели и анализи;
- Стапка на придонес за задолжително здравствено осигурување и издвојување на средства за здравствени услуги;

**Област 2 - Извори на финансирање на ЈЗУ (Фондот како купувач на здравствени услуги, Министерството преку Програмите за здравствена заштита и приходите од партиципација како најзначајни извори на финансирање на ЈЗУ)**

- Распределбата на средствата од Фондот да не се базира на почитување на законски утврдените критериуми;
- Да не се одвојуваат доволно средства за финансирање на ЈЗУ од вкупните средства за здравствени услуги на Фондот;
- Договорениот надоместок да не е соодветен на извршените здравствени услуги;
- Нереално утврдена вредност на здравствените услуги (пакети и ДСГ);
- Недоволна искористеност на податоците од ДСГ системот од страна на институциите во системот на здравствена заштита;
- Погolem обем на средства од Програмите на здравствена заштита да се одвојува за куративни, наместо за превентивни програми;
- Несоодветна распределба на средствата од програмите;
- Нивото на обезбедени средства од Министерството по основ на програмите не е во сооднос со нивото на извршените услуги од ЈЗУ;
- Министерството зафаќа значителен дел од сопствените приходи (партиципација) на ЈЗУ по основ на Програмите за ослободување од партиципација;
- Некомплетна наплата на приходот од партиципација;

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

**Област 3 - Финансиска состојба (солвентност и ликвидност) на ЈЗУ, евиденција на трошоците и влијанието врз извршувањето на дејноста**

- ЈЗУ да не ги наплаќаат побарувањата од други ЈЗУ;
- ЈЗУ да не ги плаќаат обврските кон другите ЈЗУ и надворешните добавувачи;
- Да се блокирани сметките на ЈЗУ поради неплатени обврски;
- Да не се правилно дефинирани односите помеѓу ЈЗУ во делот на вршењето на сервисните услуги;
- ЈЗУ да не водат материјална евиденција на потрошокот на лекови и медицински материјали;
- ЈЗУ да немаат увид и евиденција на реалниот трошок за извршена здравствена услуга;
- Да не се преземаат активности за рационализација на трошоците на ЈЗУ.

### **III. РЕВИЗОРСКИ НАОДИ**

Како резултат на извршената ревизија на успешност, за добивање одговор на поставената цел, констатиравме одредени состојби и слабости во горенаведените ризични области.

#### **1. Правна рамка, стратешки документи и поставеност на институциите инволвирани во системот на финансирање на ЈЗУ**

Со извршената анализа и испитување на законските и подзаконските акти, стратешките документи, програми, планови, извештаи и други акти, констатиравме дека донесената законска регулатива во областа на финансирањето на здравството е обемна и комплексна и претставува добра основа за имплементација на меѓународните и владините стратешки планови и програми за управување со здравствениот сектор и остварување на здравствената заштита.

Клучни институции во системот на здравствената заштита дефинирани со Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување се Министерството и Фондот.

Во областа на правната рамка, стратешките документи и поставеноста на институциите констатиравме одредени состојби кои имаат влијание врз ефикасноста во работењето на ЈЗУ, дадени во продолжение.

##### **1.1. Поставеност на институциите во системот на здравствена заштита**

Согласно одредбите на Законот за здравствена заштита организацијата на здравствениот систем е високо централизирана и поголем дел од одлуките се во надлежност на Владата или Министерството, што е констатирано и во Извештајот за здравје на населението на Институтот за јавно здравје за 2014 година. Оваа

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

поставеност се пренесува и во односите со ЈЗУ чии активностите се поврзани со реализација на одлуките на министерот за здравство и имаат многу мала иницијатива самостојно да управуваат со установите. Ваквата поставеност на здравствениот систем има предности и недостатоци. Меѓу предностите се релативно брзите легислативни промени и имплементации на новите реформски идеи кои по автоматизам се пренесуваат на целиот здравствен систем и дополнително се спречува фрагментацијата на здравствените ресурси. Меѓутоа како клучен недостатокотиран во Извештај за здравје на населението за 2014 година изработен од Институт за јавно здравје е „отсуството на моќ и иницијатива кај менаџерите на ЈЗУ за иницирање на промени за подобрување и зголемување на ефикасноста во работењето“. Согласно Законот за здравствена заштита, директорите на ЈЗУ се должни да постапуваат по наредби, упатства, планови и програми донесени од министерот за здравство со кои се пропишува, наредува или забранува постапување во определена ситуација која има општо значење за извршување на законите и подзаконските прописи. Неисполнувањето на оваа обврска претставува непочитување на менаџерскиот договор од страна на директорот за што се предвидени казнени одредби во законот. Ваквата поставеност на институциите во системот има влијание врз ефикасноста на работењето на ЈЗУ.

**1.2. Координација на активностите за воведување на концептот за купување на здравствени услуги и воведување ефикасно здравство**

Во рамки на здравствениот систем се спроведуваат повеќе реформи, од кои клучни за функционирањето на ЈЗУ се реформата за воведување на концептот за купување на здравствени услуги од страна на Фондот и реформата за воведување на ефикасно здравство од страна на Министерството. Со извршената ревизија на преземените активности во наведената подобласт го констатиравме следното:

- На ниво на Република Македонија не е донесен интегрален стратешки документ со која би биле опфатени и синхронизирани реформските процеси кои се одвиваат во здравствениот систем, а истите се спроведуваат согласно поединечни законски и подзаконски акти;
- Иако во Законот за здравствена заштита е предвидено формирање на Координативно тело за проучување и разгледување на прашањата поврзани со политиките и приоритетите во здравствената заштита и здравственото осигурување со претставници од Министерството, Фондот и Лекарската, Фармацевтската и Стоматолошката комора, истото не е формирано.
- Од извршеното истражување добивме информација дека врз основа на заклучок на Влада со Решение на министерот за здравство<sup>7</sup> формиран е Национален комитет за финансирање со претставници од Владата,

---

<sup>7</sup> Решение бр.07-6373/1 од 13.08.2013 година



**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Министерството и Фондот со задача да го следи работењето на ЈЗУ преку анализа на спроведувањето на показателите на успешност, извештаите за работа на ЈЗУ подготвени од страна на директорите, извештаите од извршените контроли од страна на Фондот и Министерството, како и конечните извештаи издадени од Државниот завод за ревизија. Комитетот од конституирањето одржал само три седници и покрај тоа што било предвидено да се состанува најмалку 4 пати годишно и за својата работа квартално да го информира министерот за здравство и Владата, со доставување на извештаи во рамките на кои ќе се предложат одредени корективни мерки за унапредување на работењето на ЈЗУ.

Отсуството на интегрална стратегија за здравство, непостоење на тело задолжено за координирање на политиките и приоритетите во здравствената заштита и здравственото осигурување, како и нефункционирањето на Националниот комитет за финансирање придонесува реформата за купување на здравствени услуги и реформата за ефикасно здравство да не се одвиваат паралелно и координирано што резултира со расчекор помеѓу системот на финансирање на здравствени услуги кон кои се стреми Фондот и ефикасноста и одржливоста на ЈЗУ.

Ревизијата се информира дека во соработка со СЗО во завршна фаза е подготовката на Националната стратегија „Здравје 2020“. На официјалната веб страница на Министерство објавена е Нацрт Стратегија „Здравје 2020“.

### **1.3. Основен пакет на здравствени услуги**

Основниот пакет на здравствени услуги кој го опфаќа задолжителното здравствено осигурување е дефиниран со Законот за здравствено осигурување каде се наведени областите кои ги опфаќа пакетот, при што не е дефинирана конкретна листа на услуги кои се вклучени, туку се дефинирани само здравствените услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. Ваквата поставеност на основниот пакет подразбира покривање на сите здравствени услуги кои можат да ги извршат здравствените установи.

Од друга страна, со Законот за здравствена заштита е предвидено, секое воведување на нова здравствена технологија, опрема, здравствени методи или постапки во здравствените установи во мрежата, да се врши врз основа на претходно направена анализа на медицинските, етичките, општествените и економските последици и ефектите од развивањето, ширењето или користењето на истите, а со одобрување од Министерството. При тоа, не е предвидена соработка со Лекарската комора и Фондот, иако секое воведување на нова здравствена технологија, опрема, здравствени методи или постапки генерира нови здравствени услуги во основниот пакет на услуги чие финансирање е надлежност на Фондот и е дополнително оптоварување на ограничените буџетски средства. Ревизијата не се увери дека при воведувањето на новите здравствени услуги се прават потребните анализи на

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

медицинските, етичките, општествените и економските последици и ефектите од воведување на истите, при што не ни беше презентирани пример за извршена анализа од страна на Министерството направена пред воведувањето на нова метода или опрема.

Широката поставеност на основниот пакет и начинот на воведување нови здравствени услуги има влијание врз ефикасноста на ЈЗУ, кои во услови на ограничени буџетски средства треба да ги овозможат сите здравствени услуги. Во наредниот период потребно е надлежните органи да ја преиспитаат поставеноста на основниот пакет на здравствени услуги и да ја разгледаат можноста за воведување и структурирање повеќе пакети, со различно учество со лични средства на корисниците на здравствени услуги

#### **1.4. Мрежа на здравствени установи**

Согласно Законот за здравствена заштита, Владата на предлог на министерот за здравство во 2012 година донесе Уредба за мрежата на здравствени установи со што е извршено разграничување на вршењето на здравствената дејност во мрежата меѓу примарното, секундарното и терцијарното ниво на здравствена заштита, итна медицинска помош, медицина на трудот и мрежа на јавно здравје.

Со извршеното истражување го утврдивме следното:

- Министерството, согласно Заклучок<sup>8</sup> на Владата во 2010 година, го задолжил Институтот за јавно здравје да изготви Мрежа на здравствената служба во Република Македонија. Институтот согласно Заклучокот и Националната програма за јавно здравје на Република Македонија<sup>9</sup> има доставено до Владата Предлог стандарди на функции и нормативи за работа во социјално - медицинската дејност во здравството и Предлог мрежа на здравствени установи, изготвени врз основа на научни анализи и студии од научен тим, како и консултирана литература од СЗО за состојбите во други земји и законски и подзаконски акти изготвени во нашата земја. Констатиравме дека предложените стандарди не се донесени, ниту пак е усвоена Предлог мрежата од Институтот. Имено, иако со законот е предвидено донесување на мрежата врз основа на дефинирани критериуми и стандарди, истата е донесена врз основа на затечената состојба, односно во завршните одредби од законот предвидено е постојните здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот до денот на влегувањето во сила на законот да ја сочинуваат мрежата. Единствен критериум кој е земен предвид при одредувањето на потребниот број на тимови за сите три нивоа на здравствена заштита е бројот на население и тоа на ниво на регион, а не на ниво на

---

<sup>8</sup> Заклучок од 150-та седница на Владата на Република Македонија записник бр. 51-17/150 од 07.04.2010

<sup>9</sup>Извор: (Сл. весник на РМ бр.04/2011)

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

населени места<sup>10</sup>, при што истиот не е утврден како резултат на извршена анализа.

Констатиравме дека до денот на ревизијата не се донесени законски предвидените стандарди за обезбедување со капацитети во мрежата, во зависност од бројот на жители или групи на жители според полот и возраста по одделен носител на здравствена дејност, болничка постела и за одделна специјалност и технички посложена единица, односно опрема;

- Во функција на правилно планирање и управување со ресурсите во здравството и достапност на здравствените услуги до сите жители на државата, што е и основната цел на донесување на мрежата, како алатка за планирање на развојот на здравствениот систем предвидено е донесување на Стратегија за определување долгорочна динамика за приспособување на фактичките капацитети кон стандардите за обезбедување со капацитети во мрежата на здравствени установи. Констатиравме дека во отсуство на донесени стандарди, оваа Стратегија не е донесена.
- По донесување на Уредбата за мрежа на здравствени установи, проширувањето на мрежата се врши само врз основа на лиценца за вршење на здравствена дејност која ја доделува Министерството врз основа на одлука која содржи образложение за оправданоста за доделување на лиценца, цели, услови и рокови. Во Законот за здравствена заштита не е предвидена соработка со Фондот при издавањето на лиценците и покрај тоа што секое проширување на мрежата значи дополнително оптоварување на буџетот на Фондот.

Имајќи го предвид горенаведеното може да се констатира дека постои ризик постоечката мрежа на здравствени установи да не е соодветно димензионирана и со истата да не е постигната оптимализација на бројот и видот на здравствени установи, кадарот и опремата, како и подобрување на квалитетот на здравствена заштита со заштеди на непотребни трошоци во услови на ограничен здравствен денар. Истото има негативно влијание врз распределбата на средствата за здравствени услуги од Буџетот на Фондот, особено што проширувањето на мрежата се врши без консултации со Фондот и обезбедување дополнителни финансиски средства.

---

<sup>10</sup> Извор: Извештај за здравје на населението за 2014 година од Институт за јавно здравје

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

**1.5. Средства кои се остваруваат од задолжителното здравствено осигурување**

Согласно Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување средствата собрани по основ на придонес за здравствено осигурување се приход на Фондот со кои се обезбедуваат средства за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи и опфаќа 89 % од вкупниот буџет на Фондот.

Движењето на буџетот на Фондот во изминатите години е дадено во Табела 2.

**Табела 2. Движење на Буџетот на Фондот**

Година	Вкупни расходи на Фондот	% промена на Буџетот во однос на претходната година	Буџет на Фондот како % од Буџетот на РМ	Буџет на Фондот како % од БДП
2007	16.425.000.516	0,89%	13,98%	4,64%
2008	19.630.339.319	19,51%	14,00%	4,93%
2009	19.165.097.000	-2,37%	13,75%	4,71%
2010	19.803.244.000	3,33%	13,88%	4,64%
2011	20.967.117.807	5,88%	14,11%	4,60%
2012	21.436.409.510	2,24%	13,76%	4,50%
2013	21.886.740.973	2,10%	12,99%	4,43%
2014	22.570.530.244	3,12%	12,89%	4,28%
2015	24.161.736.000	7,05%	12,92%	4,37%

Со донесување на Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување во 2008 година висината на стапката на придонес од задолжително здравствено осигурување дотогаш регулирана со Законот за здравствено осигурување од 9,2% е намалена на 7,5% од месечни примања/брuto плата, односно 7,3% во 2010 година. Овие законски промени беа дел од една поширока рамка за подобрување на деловната клима во земјата во функција на намалување на вкупното оданочување за стопанските субјекти.

Покрај утврдената основна стапка на придонес законот предвидува исклучоци во висината на стапката на придонес за одредени категории осигуреници како што се активните земјоделци, пензионерите и невработените лица.

Со извршеното истражување констатиравме дека просечниот месечен приход од придонес од сите категории осигуреници во 2014 година изнесува 1.584 денари<sup>11</sup> по осигуреник (носител) што претставува 5,07% од просечно исплатената брuto плата во

<sup>11</sup>Извор: Годишен извештај за работење на Фондот за 2014 година

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

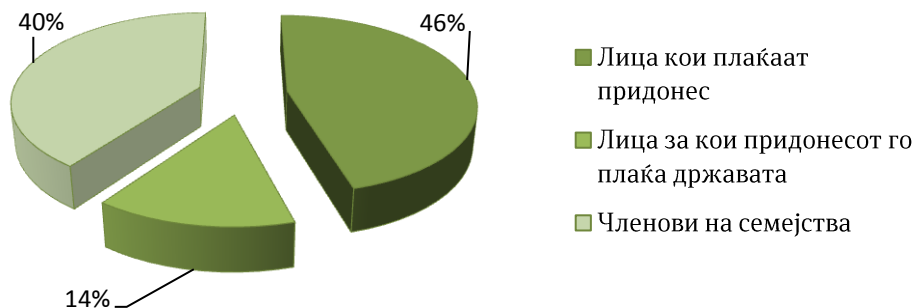
---

Република Македонија<sup>12</sup> за таа година од што може да се заклучи дека просечната ефективна стапка на придонес во 2014 година е за 2,23% пониска од основната стапка на придонес.

Согласно поставеноста на системот на осигурување во Република Македонија, во структурата на осигуреници 60% се лица носители на осигурувањето, а 40% се лица кои не се обврзници за плаќање придонес, но имаат право на здравствено осигурување преку член на семејството кој е носител на здравственото осигурување. Во структурата на носителите на осигурување, најголем дел се вработените лица кои учествуваат со 47%, пензионерите со 27%, невработените лицата кои немаат ниту еден основ на здравствено осигурување за кои придонесот го плаќа Министерството по програма<sup>13</sup> со 23% и останатите 3%.

Врз основа на горенаведеното може да се констатира дека, согласно податоците од Фондот од вкупно 1.788.798 осигурени лица во 2014 година, 46% (816.504 лица) плаќаат придонес, за 14% (255.793 лица) плаќа државата, а 40% (716.501 лица) се лица кои не се обврзници за плаќање придонес, односно се членови на семејството. (Графикон 1.)

**Графикон 1.** Структура на осигурени лица



Остварените приходи од придонеси од бруто плата во 2014 година заземаат околу 62% од приходите од придонеси за социјални фондови додека останатите 38% се приходи од други буџетски корисници кои, согласно Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, имаат обврска за пресметка и уплата на придонес од задолжителното здравствено осигурување за одредени категориите на осигуреници (невработените кои примаат паричен надоместок, осигурениците со социјални права, пензионери и неосигурените лица).

---

<sup>12</sup> Извор: Државен завод за статистика

<sup>13</sup> Програма за задолжително здравствено осигурување на државјаните на Република Македонија кои не се задолжително здравствено осигурени

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

Движењето на овие приходи во последните три години е даден во Табела 3.

**Табела 3. Структура на приходите од придонеси од плати за социјални фондови**

Придонеси од плати за социјални фондови	2012		2013		2014		30.06.2015	
	износ	%	износ	%	износ	%	износ	%
Придонеси од бруто плати и надоместоци	11.653.557	62%	12.015.222	61%	12.584.771	62%	6.509.491	59%
Придонеси од АВРМ	190.457	1%	155.858	1%	136.050	1%	58.766	0,533%
Приход од ПИОМ	4.798.842	25%	5.359.188	26%	5.421.470	27%	3.068.385	28%
Приходи од МЗ	2.091.395	11%	2.130.354	11%	2.105.961	10%	1.325.420	12%
Приходи од МТСП	146.580	1%	133.637	1%	131.123	1%	53.731	0,488%
<b>Вкупни</b>	<b>18.880.831</b>	<b>100%</b>	<b>19.794.260</b>	<b>100%</b>	<b>20.379.375</b>	<b>100%</b>	<b>11.015.793</b>	<b>100%</b>

Имајќи го предвид Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување согласно кој сите граѓани имаат право на здравствено осигурување, стапката на невработеност (28% во 2014 година)<sup>14</sup>, висината на ефективната стапка на придонес за здравствено осигурување, структурата на приходите од придонеси од плати за социјални фондови и широко поставениот основен пакет на здравствени услуги, влијаат на одржливоста на постоечкиот систем на здравствено осигурување во вакви услови.

Еден од најрелевантните податоци за финансирањето на здравството согласно СЗО е индикаторот добиен како однос на вкупните јавни расходи за здравство во споредба со БДП. Овој индикатор ги вклучува средствата наменети за здравство што преку фондовите и министерствата се користат за здравствени услуги без социјалните надоместоци, расходите за администрацијата и сл.

Според последните официјални податоци на СЗО за 2013 година вредноста на индикаторот на Република Македонија изнесува 6,4%. Најмногу средства за финансирање на здравството издвојуваат Данска, Холандија, Германија, Австрија, Франција со над 10%, а на дното се наоѓа Албанија со 5,9%. Земјите кои согласно Законот за здравствена заштита се земени како референтни, поради голем број сличности со нашиот здравствен систем, за здравство издвојуваат над 7% од БДП, односно највисок износ од 10,6% издвојува Србија, 9,2% Словенија, 7,6% Бугарија и 7,3% Хрватска. Според истиот извор, овој индикатор споредбено од 2000 до 2013 година, во најголем број земји освен во Македонија бележи пораст, дадено во Табелата 4 и Графикон 2.

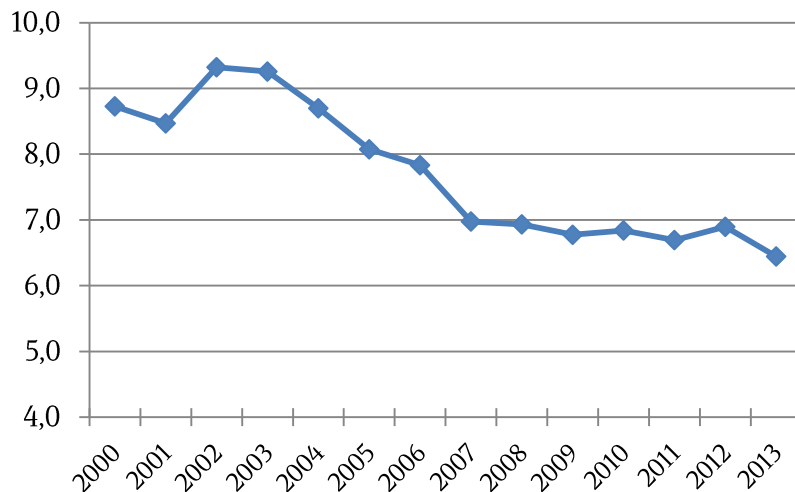
<sup>14</sup> Извор: Државен завод за статистика

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

Табела 4. Движење на вкупните трошоци во здравството во споредба со БДП<sup>15</sup>

Држави	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Франција	10,1	10,2	10,6	10,8	10,9	10,9	10,9	10,8	10,9	11,6	11,6	11,5	11,6	11,7
Германија	10,4	10,5	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,6	11,2	11,3	11,3
Австрија	10,0	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,1	10,9	11,1	11,0
Данска	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1	10,9	11,0	10,6
Србија	6,8	7,4	8,6	8,8	8,7	9,1	9,4	10,4	10,4	10,5	10,7	10,3	10,6	10,6
Грција	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,7	9,7	9,8	10,1	10,2	9,5	9,8	9,3	9,8
Норвешка	8,4	8,8	9,8	10,0	9,6	9,0	8,6	8,7	8,6	9,7	9,4	9,3	9,3	9,6
Словенија	8,3	8,6	8,6	8,8	8,5	8,5	8,4	8,0	8,5	9,4	9,1	9,1	9,4	9,2
Бугарија	6,2	7,4	7,6	7,6	7,3	7,3	6,9	6,8	7,0	7,2	7,6	7,4	7,4	7,6
Хрватска	7,8	7,2	6,3	6,4	6,6	7,0	7,0	7,5	7,8	8,2	8,4	7,3	7,3	7,3
Македонија	8,7	8,5	9,3	9,3	8,7	8,1	7,8	7,0	6,9	6,8	6,8	6,7	6,9	6,4
Албанија	6,3	6,0	6,5	6,3	6,4	6,1	5,9	6,1	5,9	5,8	5,3	5,7	5,6	5,9

Графикон 2. Движење на вкупните трошоци за здравството во споредба со БДП во Република Македонија



Според проекциите на Светска Банка, во земјите од Европската Унија во 2011 година овој индикатор достигнува вредност од 8% и во иднина треба да бележи континуиран тренд на пораст, со што земјите за успешно справување со потребите во здравството во 2030 година ќе мора да издвојуваат 14% од БДП. Имено, трошоците за здравство на светско ниво имаат тренд на зголемување поради

<sup>15</sup> Health expenditure series. Geneva: World Health Organization (latest updates and more information on countries are available at: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>).

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

старењето на популацијата, ширењето на хроничните болести, технолошките достигнувања во медицината, побарувачката од пациентите водена од нивното подобро знаење за опциите кои ги имаат и влошувањето на начинот на живот, како и поставеноста на системите кон куративата и акцентот кон болничката здравствена заштита.

Со направеното истражување констатиравме дека ваквата поставеност на системите за задолжително социјално и здравствено осигурување и висината на средствата кои државата ги издвојува за здравство, може да има влијание врз ефикасноста на работењето на ЈЗУ, односно постои потреба од преземање на мерки и активности за обезбедување на дополнителни извори за финансирање на здравствената заштита.

**2. Извори на финансирање на ЈЗУ (Фондот како купувач на здравствени услуги, Министерството преку програмите за здравствена заштита и приходите од партиципација како најзначајни извори на финансирање на ЈЗУ)**

**2.1. Фондот како купувач на здравствени услуги**

Врз основа на Законот за здравствено осигурување, заради обезбедување здравствени услуги на осигурените лица, Фондот склучува договори за пружање и плаќање здравствени услуги со здравствените установи во мрежата, согласно основниот пакет на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

Најзначаен извор на финансирање на ЈЗУ е приходот од Фондот, кој учествува со околу 85% во вкупните приходи на ЈЗУ.

Со извршениот увид во буџетот на Фондот и донесените интерни акти со кои се регулира финансирањето на ЈЗУ, преговорите со ЈЗУ, склучените договори и одобрените надоместоци на ЈЗУ, како и посетите во одредени ЈЗУ и одговорите од прашалниците во оваа област го констатиравме следното:



**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

**2.1.1. Учество на средствата за финансирање на ЈЗУ во вкупните средства за здравствени услуги на Фондот**

Во 2014 година Фондот има склучено договор со 113 ЈЗУ во вкупна вредност од 12.220.530 илјади денари кои зафаќаат 61% од вкупните расходи наменети за здравствени услуги на Фондот. Останатите 39% се наменети за ПЗУ во примарна здравствена заштита и ПЗУ кои имаат склучено договор со Фондот за вршење на здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Со анализа на расходите за здравствени услуги на Фондот и договорените надоместоци со ЈЗУ во последните 5 години дадени во Табела 5. констатиравме дека средствата кои се одвојуваат за ЈЗУ бележат тренд на опаѓање поради се поголемиот број здравствени услуги кои преку склучени договори им се одобруваат на ПЗУ во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

**Табела 5. Учество на договорените надоместоци и фактурираната реализација на ЈЗУ во вкупните расходите за здравствени услуги на Фондот**

Во (000)

година	расходи на Фондот за здравствени услуги	договорени надоместоци со ЈЗУ (ДН)	%	Фактурирана реализација од ЈЗУ (ФР)	Разлика помеѓу ДН и ФР
	1	2	3=2/1	4	5=2-4
2011	18.198.641	12.265.543	67%	11.165.045	1.100.498
2012	18.936.540	12.287.428	65%	11.759.541	527.887
2013	19.244.237	12.466.211	65%	12.358.767	107.444
2014	19.937.996	12.220.530	61%	12.520.394	-299.864

Трендот на намалување на расходите за здравствени услуги наменети за ЈЗУ, има дополнително неповолно влијание врз ефикасноста на работењето на ЈЗУ имајќи го предвид зголемувањето на обемот на извршени здравствени услуги и обврските на ЈЗУ. Особено што во 2014 година вкупно фактурираната реализација од сите ЈЗУ изнесува 12.520.394 илјади денари, што е за 299.864 илјади денари повеќе од вкупно договорените надоместоци. Тука се вклучени 44 ЈЗУ кај кои договорениот надоместок е помал од вкупната реализација искажана во фактурите и месечните извештаи во вкупен износ од 744.180 илјади денари и 66 ЈЗУ кај кои договорениот надоместок ја надминува вкупната реализација во вкупен износ од 1.044.044 илјади денари.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Врз основа на добиени информации од Фондот констатиравме дека расходите за здравствени услуги наменети за ЈЗУ во 2015 година изнесуваат 12.888.740 илјади денари, а во 2016 година планирано е зголемување на овие расходи и истите изнесуваат 13.760.740 илјади денари.

### **2.1.2. Распределба на средствата од Фондот наменети за финансирање на ЈЗУ**

Со воведувањето на концептот купување на услуги, утврдувањето на надоместоците на ЈЗУ се врши со анализи на критериумите предвидени со Одлуката<sup>16</sup> за утврдување на критериуми за утврдување на буџетот на здравствените установи. Со увид во извршените анализи од страна на Фондот во последните три години, констатиравме дека при анализата се вклучуваат и разгледуваат критериумите за распределба предвидени со Одлуката, но со оглед на тоа што договорениот надоместок не е резултат на едноставни пресметки и изведена големина од математичка формула и истиот е само основа за преговарање, не можеме да се увериме дека утврдениот надоместок за секоја ЈЗУ во Одлуката на УО на Фондот е исклучиво резултат на извршена анализа.

Поради наведеното констатиравме дека постои ризик од нецелосно почитување на предвидените критериуми и нецелосно надоместување на извршените услуги.

### **2.1.3. Договорени надоместоци со ЈЗУ**

Врз основа на добиените податоци од Фондот, со споредба на договорените надоместоци од Фондот и износот на вкупната реализација искажана во фактурите и месечните извештаи на ЈЗУ констатиравме дека од вкупно 113 ЈЗУ, во 2013 и 2014 година кај 59 односно 44 ЈЗУ, износот на договорениот надоместок е помал од вкупната реализација искажана во фактурите и месечните извештаи доставени до Фондот. Од друга страна кај 54 ЈЗУ во 2013 година и 66 ЈЗУ во 2014 година, договорениот надоместок ја надминува вкупната реализација искажана во фактурите и месечните извештаи доставени до Фондот. Само 3 ЈЗУ во 2014 година фактурирале во висина на договорениот надоместок. (Прилог 1) Согласно Законот за здравствено осигурување Фондот нема обврска да ги надомести извршените здравствени услуги надвор од договорниот износ.

Имено, недоследното почитување на концептот на купување на услуги е предизвикано поради предвидената обврска Фондот да обезбеди средства за целосно функционирање на оние ЈЗУ кои поради повеќе причини не успеваат да остварат соодветен вид и обем на здравствени услуги во висина на договорениот надоместок. При тоа, во Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти

---

<sup>16</sup> Одлука 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

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

не се утврдени критериуми ниту пак е јасно дефинирано што подразбира целосното финансирање на одредени ЈЗУ и на кој начин се утврдуваат договорените надоместоци на неодржливите ЈЗУ.

Бројот на неодржливите здравствени установи за кои Фондот врз основа на изготвена Информација<sup>17</sup> со Одлука на Владата обезбедува средства за целосно функционирање во последните две години е прикажан во Табела 6. Во предлогот за обезбедување средства за целосно функционирање не се вклучени оние ЈЗУ кои според анализите на Фондот имаат развојна компонента, односно се очекува зголемување на обемот на услугите во наредниот период и покрај тоа што вкупната реализација искажана во фактурите за тековната година е помала од договорениот надоместок. Прегледот на неодржливите ЈЗУ во 2013 и 2014 година е даден во Прилог 2.

Табела 6. Неодржливи здравствени установи

ЈЗУ	2013 година	2014 година
Здравствени домови	21	22
Болници	15	17
Клиники	13	13
Вкупно	49	52

Во првата група неодржливи се ЈЗУ со недовршена трансформација. Тука спаѓаат здравствените домови кај кои пред повеќе од 10-тина години е започната постапка на трансформација со одделување на матичните лекари – концесионери. Исто така направена е и трансформација на медицинските центри во општи болници и здравствени домови. Како следен чекор требало да се изврши редуцирање на административниот кадар, но тоа не се случило и здравствените домови продолжиле да функционираат како центри за примарна, превентивна и специјалистичко консултативна здравствена заштита, со административен персонал кој не е сообразен на потребите на ЈЗУ.

Исто така, врз обемот на остварување на здравствените услуги влијаат и новите трансформации по основ на зајакнување на итната помош и домашното лекување, воведување на лекарски тимови за рурални подрачја како и друг вид реформи од

---

<sup>17</sup> Информација за јавните здравствени установи за кои се предлага Фондот за здравствено осигурување на Македонија да обезбедува средства за нивно функционирање со показатели за нивната финансиска состојба во 2013 година, со предлог Одлука за утврдување на јавни здравствени установи кои вршат превентивни и одредени работи од примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита за нивно целосно функционирање во 2014 година “.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Министерството во рамките на здравствените домови, за кои потребни се дополнителни финансиски средства и соодветно вреднување на здравствените услуги.

Во втората група неодржливи се ЈЗУ со несоодветна организациска поставеност. Тука се вклучени универзитетските клиници и болници регистрирани за вршење на ургентна дејност кои голем дел од извршените услуги за ургентни случаи поради недостиг на задолжителната документација, не можат да ги прикажат како извршени услуги и по тој основ да фактурираат до Фондот.

Во оваа група на ЈЗУ влегуваат и болниците во кои се во тек реконструкции на градежните објекти, поради што одредени капацитети не се во функција и не се во можност да извршуваат одреден вид здравствени услуги. Исто така влегуваат и болници кои поради недостиг на медицински кадри не се во можност да ги извршуваат предвидените здравствени услуги. Во наредниот период со проширените капацитети, потребно е вработување на соодветен медицински кадар, со што ќе се овозможи зголемување на видот и обемот на здравствените услуги, а овие болници би го изгубиле статусот на неодржливи.

Во третата група неодржливи ЈЗУ спаѓаат универзитетски клиници, институти и заводи неусогласени со новиот систем на вреднување на дел од здравствените услуги кои по својата специфика имаат обврска да третираат или дијагностицираат специфични заболувања за кои се потребни скапи лекаства, реагенси, методи или долготрајно лекување, кои не можат да се евидентираат и следат целосно во системот на електронската евиденција по ДСГ системот или во евиденцијата на дадените пакети за болничко здравствена заштита.

Во услови кога не е воспоставен сооднос помеѓу нивото на извршени услуги, нивното фактурирање и надоместување, констатиравме дека Фондот во рамки на утврдениот буџет, наместо да ги надоместува извршените здравствени услуги е принуден да обезбеди средства за целосно функционирање на неодржливите ЈЗУ. Дополнително што во недостиг на дефинирани критериуми за утврдување на надоместокот на неодржливите, не се применуваат истите правила за распределба на средствата од Фондот и ЈЗУ имаат нееднаков третман.

Врз основа на добиените податоци од Фондот констатиравме дека бројот на неодржливи здравствени установи за кои Фондот со Одлука на Владата треба да обезбеди средства за целосно функционирање за 2015 и 2016 година се намалува и изнесува 29 ЈЗУ.

Позитивен чекор за приближување кон концептот Фондот купувач на услуги претставува воведувањето на условен надоместок во 2011 година. Овој надоместок

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

ЈЗУ може да го искористи само за конкретно договорени здравствени услуги, за обезбедување одредени услуги во зголемен обем и квалитет, вклучително и современи методи на лекување, со цел намалување на листите за чекање за одредени здравствени услуги и зголемување на квалитетот на пружената здравствена услуга. Поради ограничените буџетски средства, само со мал број ЈЗУ е склучен договор за условен надоместок.

#### **2.1.4. Утврдени цени на здравствени услуги**

Фондот ги плаќа здравствените услуги за осигурените лица на ЈЗУ според утврдени цени на пакети, цени утврдени по ДСГ методологија и според утврдени цени за одредени услуги кои не влегуваат во овие две групи, а согласно Методологијата за утврдување на референтните цени.

При дефинирање на конечниот приод за утврдување на референтните цени согласно Методологијата, неопходни се повеќе видови на финансиски анализи на трошоци за извршените здравствени услуги кои ги прават ЈЗУ<sup>18</sup> и кои треба да служат како споредбени показатели. Можат да се користат и анализи на трошоци на ЈЗУ кои треба да ги прави Фондот врз основа на доставените финансиски и други извештаи од ЈЗУ<sup>19</sup>.

Од друга страна како споредбен податок за висината на трошоците на ЈЗУ согласно Методологијата е предвидено при фактурирањето, паралелно да се користи стариот Ценовник на здравствени услуги во Република Македонија од 1992 година.

Со извршеното истражување констатиравме дека:

- ниту ЈЗУ ниту Фондот ги прават наведените анализи на трошоци потребни за приближување на референтните цени кон реалниот потрошок за единица здравствена услуга и
- утврдените цени во Ценовникот искажани по видови на услуги, бодови за трудот на тимот што учествува во извршувањето на услугата и режиските трошоци и дополнување се историски и не ја одразуваат реалната вредност на извршените услуги.

---

<sup>18</sup> Анализа на трошоците за извршените здравствени услуги врз основа на трошоците на здравствените установи и просечна цена на чинење на лекување на определено заболување согласно податоци од здравствените установи за трошоците по здравствени услуги и трошоци по здравствената дејност сведени на поделни просеци, по здравствена услуга, по случај, по болнички ден и друг соодветен вид на искажување **Извор: Методологија за утврдување на референтни цени**

<sup>19</sup> Анализа на трошоците со споредбени податоци при што како споредбени показатели се користат и податоците со кои располага Фондот во делот на приходите и трошоците, како усогласени и контролирани податоци врз основа на сите финансиски и други извештаи кои се доставуваат до Фондот, а кои се однесуваат на оваа проблематика (утврдување на просеци во услови кога нема стандарди на потрошок на медицински потрошни материјали, лекови и други материјал **Извор: Методологија за утврдување на референтни цени**

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Поради наведеното се доведува во прашање реалноста на утврдените референтни цени и нивната прилагоденост кон актуелните состојби, дотолку повеќе што и одговорните лица на ЈЗУ се незадоволни од утврдената висина на цените на здравствените услуги која не може да ги надомести во целост реалните трошоци на ЈЗУ. И покрај тоа што Фондот досега има извршено корекции на дел од утврдените референтни цени, потребно е дополнително усогласување на истите во прилог на што се и константните барања на ЈЗУ за редефинирање на цените.

Исто така постојат здравствени услуги кои поради својата специфика (скапи лекарства, реагенси, методи или долготрајно лекување) не можат да се вклопат во постоечкиот систем на вреднување на услугите и потребно е преземање дополнителни активности за изнаоѓање начин за вреднување и надоместување на трошоците за овие услуги. Особено што истото е причина за статусот на неодржливи на одредени ЈЗУ.

#### **2.1.5. Користење на податоците од ДСГ системот**

Со воведување на ДСГ системот обезбедено е унифицирање и изедначување на чинењето на здравствените услуги во сите здравствени установи во Република Македонија за исти дијагностички групи и за иста комплексност, како и воедначено планирање и распределба на средства според видот и обемот на здравствените услуги. Фондот секоја година прави статистичка анализа на ДСГ податоците, за што изготвува Годишен извештај за ДСГ со податоци наменети за сите здравствени установи вклучени во ДСГ системот и институциите кои учествуваат во креирањето и унапредувањето на здравствената политика во Република Македонија. Имено, ДСГ извештајот и податоците за видот на здравствени услуги и процедури, болниците можат да ги користат за детални медицински и економски анализи, а Министерството за определување кои услуги се најчести, кои услуги треба дополнително да се развијат како и при планирање на набавките на новата опрема и нејзиното распоредувањето во болниците.

Со извршеното истражување констатиравме дека овие податоци недоволно се користат од страна на институциите во системот, поради несоодветна меѓусебна соработка, поставеноста на системот и отсуство на иницијатива на одговорните лица, заради што некои од целите на воведување на ДСГ моделот наведени во точката 1.2.1 од овој извештај, не се исполнети.

## **2.2. Програми за здравствена заштита од Министерството**

### **2.2.1. Структура на програмите за здравствена заштита**

Согласно Законот за здравствена заштита, Владата донесува и објавува програми за здравствена заштита, со кои се утврдуваат мерки, задачи и активности, содржина,

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

обем и рокови за нивно извршување, како и финансиски средства за остварување на ниво на програма. Мерките и активностите опфатени со програмите треба да се определуваат врз основа на здравствената состојба на населението и утврдените здравствени проблеми и приоритети од јавно здравствен карактер, согласно донесените стратегии и политики во областа на здравствената заштита.

Во Нацрт Стратешкиот план 2012-2014 година, како дел од стратешките цели на Министерството предвидено е воспоставување систем за следење на здравствениот статус на населението, поставување приоритети, програми и превентивни мерки кои ќе обезбедат подобрен здравствен статус на населението, како и воспоставување на систем за рано откривање, предупредување, следење и контрола на заразните болести. Исто така, предвидено е обезбедување на подобрен квалитет на здравствени услуги и рационално трошење на ограничениот здравствен денар.

Со увид во донесените програми за 2014 година (Прилог 3), констатиравме дека се донесени 10 превентивни програми за кои е предвиден буџет од 424.770 илјади денари со ребаланс намален на 275.510 илјади денари и 11 куративни програми за кои е предвиден буџет од 3.479.200 илјади денари со ребаланс намален на 3.359.200 илјади денари. Превентивните програми се однесуваат на финансирање на мерки и активности со цел за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето. Куративните програми се однесуваат на финансирање на активности поврзани со извршување на здравствените услуги (набавка на лекови, вакцини, плаќање на партиципација за одредени категории пациенти и сл.).

Од наведеното може да се заклучи дека Министерството вложува многу повеќе финансиски средства во програми од куративен карактер кои опфаќаат здравствени услуги и лекови кои се дел од основниот пакет за здравствени услуги и би требало да се надлежност на Фондот. Поради тоа, постои ризик од несообразување на активностите и средствата за финансирање на програмите, несоодветно остварување на целите на програмите и стратешките приоритети утврдени во Нацрт стратешкиот план на Министерството за здравство. Во услови на ограничени буџетски средства постои ризик да не се обезбедат доволно средства за плаќање на обврските кон ЈЗУ, имајќи предвид дека активностите предвидени со куративните програми создаваат обврски кои не можат однапред да се предвидат.

#### **2.2.2. Распределба на средствата од програмите за здравствена заштита и нивна исплата**

Министерството ги исплаќа средствата за реализација на активностите преку програмите за здравствена заштита на ЈЗУ, директно на Фондот и на добавувачите за лекови, веледрогериите. Од вкупниот буџет за програми за 2014 година во висина од 3.903.970 илјади денари, за програмите кои се реализираат преку ЈЗУ предвидени се 497.970 илјади денари. Структурата на буџетот на програмите за последните три

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

години е дадена во Табела 7.

**Табела 7.** Структура на буџетот на програмите за здравствена заштита

Во (000)

година	буџет				ребаланс			
	ЈЗУ	Фонд	останати субјекти	вкупно	ЈЗУ	Фонд	останати субјекти	вкупно
	1	2	3	4(1+2+3)	5	6	7	8(5+6+7)
2013	284.770	2.127.355	875.000	3.287.125	317.770	2.127.355	937.300	3.382.425
2014	497.970	2.106.000	1.300.000	3.903.970	418.710	2.106.000	1.110.000	3.634.710
2015	565.770	2.206.000	1.190.000	3.961.770	662.370	2.206.000	1.115.800	3.984.170

Согласно донесеното Упатство<sup>20</sup>, Министерството треба да врши распределба на средства на ЈЗУ по програми и надзор на спроведување на истите врз основа на доставени фактури и извештаи за реализација на активностите содржани во програмата, а во обем на средствата одобрени од Буџетот на Република Македонија за тековната година. Со извршеното истражување во процесот на донесување и реализација на програмите констатиравме дека за секоја програма назначени се одговорни лица кои при изготвување на буџетските барања, реално ги димензионираат потребните финансиски средства. Но, со донесување на буџетот, се одобруваат многу помали износи во рамките на кои Министерството ги подготвува програмите, и покрај фактот дека истите не се сообразени со предвидените активности на Министерството. Ваквата состојба предизвикува Министерството да не е во можност да ги исплати обврските кон институциите преку кои се спроведуваат програмите. Особено што во текот на 2014 година вкупниот буџет за програмите во износ од 3.903.970 илјади денари со ребалансите е намален на 3.634.710 илјади денари во услови кога најголемиот дел на активностите се завршени (Табела 7). Исто така, во голем дел од програмите не е дефиниран износот на средства кој треба да го добие секоја ЈЗУ инволвирана во имплементирање на истата, односно дефиниран е само вкупниот износ на финансиски средства на ниво на сите ЈЗУ, а во одредени програми дефинирано е дека дел од средствата се наменети за подмирување и на обврските од претходните периоди. Поради наведеното, распределбата на средствата на поединечните ЈЗУ е нетранспарентна, постои можност за субјективизам, како и ризик во услови на ограничени буџетски средства ЈЗУ да не ги наплатат во целост побарувањата од Министерството за извршените активности по програми, што влијае врз ефикасноста на работењето на истите.

<sup>20</sup> Упатството за процедури и постапки на планирање, подготвување, реализација на програмите како и постапки за реализација на финансиските средства на извршителите на активностите од Програмите финансирани од Буџетот на Република Македонија



**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

За потврдување на претходно наведеното ревизијата обезбеди податоци од Министерството и Фондот, изврши нивно споредување а добиените резултати упатуваат на невоедначеност на податоците и тоа како што следува:

Согласно добиените податоци од Министерството прикажани во Табела 8, од вкупно преземените обврски кон ЈЗУ за извршени здравствени услуги во износ од 386.274 илјади денари по основ на програми во 2014 година, исплатени се 342.356 илјади денари. Неплатени обврски кон ЈЗУ прикажани во Билансот на состојба на Министерството се 84.372 илјади денари, додека пак неевидентирани обврски по овој основ изнесуваат 61.908 илјади денари.

Табела 8. Добиеени податоци од Министерство<sup>21</sup>

Во (000)

година	буџет	ребаланс	фактурирано од страна на ЈЗУ	исплатени средства на ЈЗУ	неизмирени обврски кон ЈЗУ прикажани во Билансот на состојба на МЗ	неевидентирани обврски кон ЈЗУ
2013	284.770	317.770	345.954	209.616	68.014	84.373
2014	497.970	418.710	386.274	342.356	84.372	61.908
2015	445.800	376.800	218.864	212.831	71.960	45.604

Согласно официјалните податоци од Фондот<sup>22</sup> прикажани во Табела 9 изготвени врз основа на месечните извештаи за работата и реализацијата на средствата кои согласно Законот за здравствено осигурување ЈЗУ ги доставуваат до Фондот, вкупните наплатени приходи од Министерството по основ на програмите во 2014 година се 351.467 илјади денари, а ненаплатените побарувања по овој основ се 1.336.468 илјади денари.

Табела 9. Официјални податоци од Фондот

Во (000)

година	извршени услуги на ЈЗУ по основ на програми	наплатени приходи од Министерство за здравство	ненаплатени побарувања од Министерство за здравство
2013	1.524.012	209.511	1.314.501
2014	1.687.935	351.467	1.336.468
2015	1.629.440	206.438	1.423.002

<sup>21</sup> Во прегледот не се вклучени последните промени на програмите донесени за 2015 година

<sup>22</sup> Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на Јавните здравствени установи во 2014 година

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Со анализа на добиените податоци констатиравме дека не постои корелација на податоците добиени од Министерството и истите не се усогласени со податоците добиени од Фондот.

Констатиравме дека иако согласно Законот за здравствено осигурување месечните извештаи за работата и реализацијата на средствата, ЈЗУ ги доставуваат и до Министерството, не се преземаат активности за утврдување на причините за неусогласеност на поединечните евиденции и нивно надминување. Одговорните лица за програмите во Министерството враќаат дел од фактурите на ЈЗУ поради „неправилности“ во фактурирањето, но не водат евиденција за истите и немаат повратна информација од надлежните сектори дали ЈЗУ таквите фактури ги сторнираат, што може да биде една од причините за несовпаѓање на прикажаните побарувања во ЈЗУ и обврски во Министерството.

Од одговорните лица во Министерството добивме информација дека во функција на подобрување на процесот на евиденција и реализација на програмите, во тек е изработка на електронска апликација која ќе овозможи евидентирање и следење на движењето на фактурите до исплата на истите и следење на контролата од одговорните лица.

Во услови на ограничени буџетски средства и се поголеми обврски кон ЈЗУ, во 2013 и 2015 година донесени се измени на Законот за здравствена заштита, согласно кои средствата за финансирање на програмите се обезбедуваат во Буџетот на Република Македонија, и тоа како дел од акцизата на пиво и етил алкохол<sup>23</sup> и цигари<sup>24</sup>. Констатиравме дека Министерството на сметката на буџетот од самофинансирачки активности по овој основ има примено 101.882 илјади денари во 2013 година, 293.299 илјади денари во 2014 година и 612.955 илјади денари до 16.12.2015 година, што укажува на тоа дека и овие приходи не се доволни имајќи ги предвид предвидените буџети на програмите и неплатените обврски кон ЈЗУ на Министерството од минатите години. Дотолку повеќе што приходот од акциза на цигари во 2015 година кој е поголем од останатите е наменет единствено за набавка на лекови за ретки болести.

Недоволното одвојување на средства за програмите и неплаќањето на обврските кон ЈЗУ по овој основ има влијание врз финансиската состојба на ЈЗУ.

Во декември 2015 година донесени се измени на програмите за здравствена заштита со кои е зголемен буџетот за дел од програмите а направени се и пренамени на средствата за финансирање помеѓу самите програми.

---

<sup>23</sup> Закон за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита (Сл.весник на РМ бр.87/13)

<sup>24</sup> Закон за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита (Сл.весник на РМ бр.188/14)

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

### 2.3. Партиципацијата како сопствен системски приход на ЈЗУ

Согласно Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување еден од сопствените приходи на ЈЗУ е и учеството со лични средства на осигурените лица при користење на здравствени услуги – партиципација, која Фондот со Одлука<sup>25</sup> ја утврдува во фиксен износ од вредноста на здравствените услуги ставени во рамковни групи според висината на цената. Од извршеното истражување за утврдувањето и наплатата на партиципација констатиравме дека иако со Законот за здравствено осигурување е утврдена горна граница до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, просечниот износ на партиципација кој се наплаќа, со направените пресметки на предвидените партиципации во фиксните износи во утврдени рамки, изнесува околу 8% од вредноста на здравствените услуги. Осигуреното лице учествува во вкупните трошоци на здравствените услуги во максимален износ до 6.000 денари по услуга. Исто така, осигурените лица имаат право на ослободување од наплата на партиципација доколку исполнуваат еден од критериумите за утврдување на максимален износ на платена партиципација во една година кој не може да биде повеќе од 70% од просечната плата од претходната година. Покрај овој лимит, утврдени се и пониски лимити од 40% односно 20% за лицата со пониски примања, деца и лица над 65 годишна возраст, како и целосни ослободувања од партиципација за одредени ранливи категории лица.

Предвидени се целосни ослободувања од партиципација согласно Програмите за партиципација при користењето на здравствена заштита на одделни заболувања на граѓаните и здравствена заштита на родилките и доенчињата и Програмата за обезбедување средства за болничко лекување без наплата на учество (партиципација) за пензионери во Република Македонија. Согласно овие програми, износот за партиципација треба да го надомести Министерството. Констатиравме дека во софтверот на Фондот кој го користат ЈЗУ се вградени сите податоци за автоматска пресметка на партиципацијата, а ЈЗУ имаат преземено активности за воспоставување на соодветни контроли во процесот на пресметка и наплата на партиципација. ЈЗУ се соочуваат со сериозни проблеми при наплатата на партиципацијата во делот на ослободувањата по горенаведените програми поради неплаќањето на обврските од страна на Министерството во изминатиот период. При извршените посети на ЈЗУ дел од одговорните лица не информираа дека во текот на 2015 година, за разлика од претходните години, е зголемена наплатата на побарувањата од Министерството.

Согласно наведеното констатиравме дека приходите по основ на партиципација се ниски што има неповолно влијание врз работењето на ЈЗУ.

---

<sup>25</sup> Одлука за утврдување на висината на учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

**3. Финансиска состојба на ЈЗУ (солвентност и ликвидност), евиденција на трошоците и влијанието врз извршувањето на дејноста**

**3.1. Побарувањата и обврските на ЈЗУ**

Согласно Законот за здравствено осигурување, ЈЗУ доставуваат до Министерството и Фондот месечни и квартални извештаи за работата и реализацијата на средствата пренесени од Буџетот на Фондот. Врз основа на извештаите, Фондот изготвува збирна анализа<sup>26</sup> за состојбата во ЈЗУ со податоци за структурата и движењето на приходите и расходите, потрошените лекови и медицински материјали како и вкупните побарувања и обврски и истата ја доставува до Министерството.

Со извршеното истражување и анализа на финансиските податоци на ЈЗУ за 2013, 2014 и со состојба на 30.06.2015 година го констатиравме следното:

- Вкупно остварените приходи на ЈЗУ по сите основи имаат рамен тренд и во 2014 година изнесуваат 14.845.873 илјади денари, а вкупно реализираните расходи по сите основи во 2014 година изнесуваат 14.787.634 илјади денари и во однос на претходната година имаат тренд на благо зголемување;
- Иако Фондот до јуни 2015 година, нема податоци за сите побарувања на ЈЗУ, од податоците со кои располага, може да се добие реална слика за состојбата на побарувањата во ЈЗУ затоа што оние побарувања за кои Фондот нема податоци се незначителни во однос на другите. Имено, во месечните извештаи до овој период, се бараат и доставуваат само податоци за побарувањата од Министерство по основ на Програмите и другите ЈЗУ по основ на сервисни услуги кои заземаат најголем дел во вкупните побарувања, а од 2015 година ЈЗУ доставуваат податоци за сите побарувања. Сервисните услуги се дополнителните услуги од друга ЈЗУ составен дел на целосна здравствена услуга искажана по ДСГ метода при што ЈЗУ во која е завршено лекувањето доставува ДСГ фактура до Фондот и е должна да изврши плаќање на другата ЈЗУ за дополнителните услуги.  
Движењето на овие побарувања е прикажана во Графикон 3.

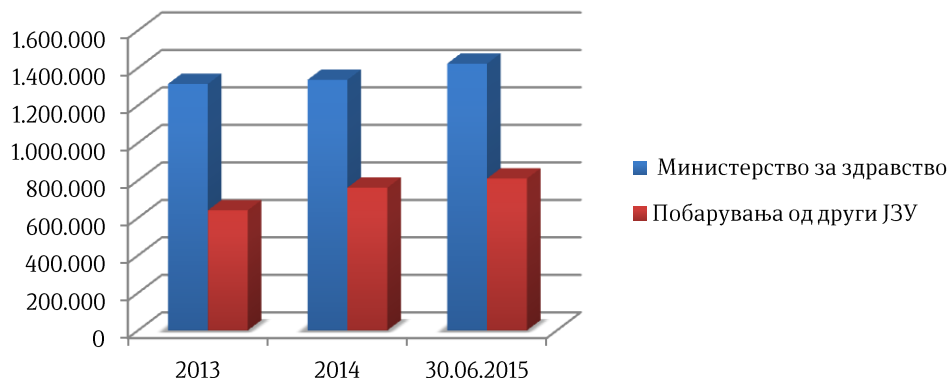
---

<sup>26</sup> Анализа за реализација на средствата од Буџетот на Фондот и на буџетите на Јавните здравствени установи во 2014 година

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

**Графикон 3. Движење на вкупните побарувања на ЈЗУ**

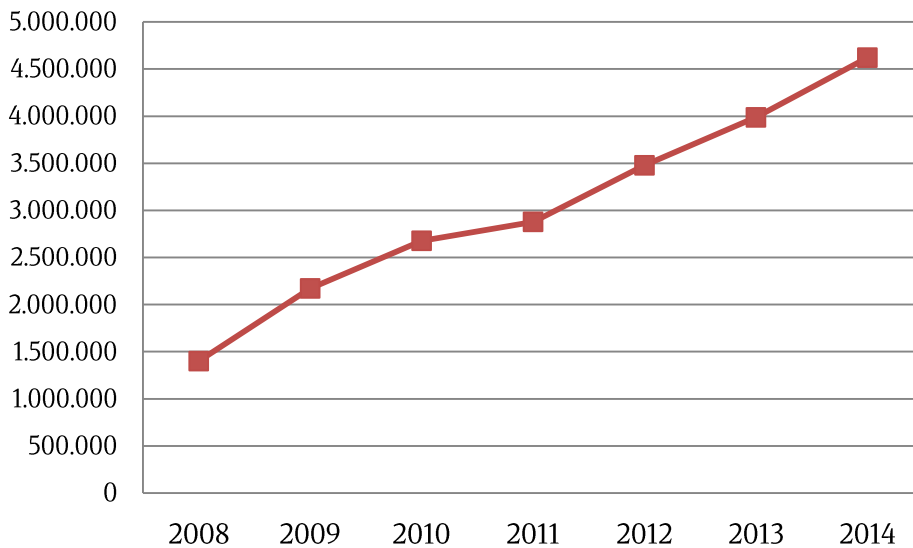


- Побарувањата од Министерство на крајот на 2014 година изнесуваат 1.336.468 илјади денари и имаат растечки тренд, како и побарувањата од други ЈЗУ кои на крајот на 2014 година изнесуваат 761.280 илјади денари. Во вкупните побарувања на ЈЗУ не се евидентирани извршените услуги на ЈЗУ над договорниот надоместок со Фондот кои за сите ЈЗУ во 2014 година изнесуваат 1.044.044 илјади денари. Имено, Фондот на крајот на годината има извршено записничко усогласување на фактурираниот износ со извршените исплати на ЈЗУ, при што е извршено сторнирање на обврските спрема 66 ЈЗУ. Согласно договорот со Фондот овие побарувања се евидентираат вонбилансно со цел истите да учествуваат како информација при утврдување на висината на договорниот надоместок, а ЈЗУ не треба да очекуваат приливи по истите во наредниот период. До сите ЈЗУ доставено е известување од Фондот сите пресметки за извршени услуги започнувајќи од јануари 2015 година да се искажуваат во извештаи и да не се изготвуваат и доставуваат фактури до Фондот;
- Состојбата на искажаните обврски на ЈЗУ на 31.12.2014 година изнесуваат 4.621.625 илјади денари, од кои недоспеани се 1.612.760 илјади денари, а вкупниот долг изнесува 3.008.865 илјади денари. Обврските на ЈЗУ бележат тренд на зголемување и на 30.06.2015 година изнесуваат 4.315.542 илјади денари. Движењето на вкупните обврски на ЈЗУ во минатите години и структурата на вкупните обврски на ЈЗУ на 31.12.2014 година е прикажана во Графиконите 4 и 5.

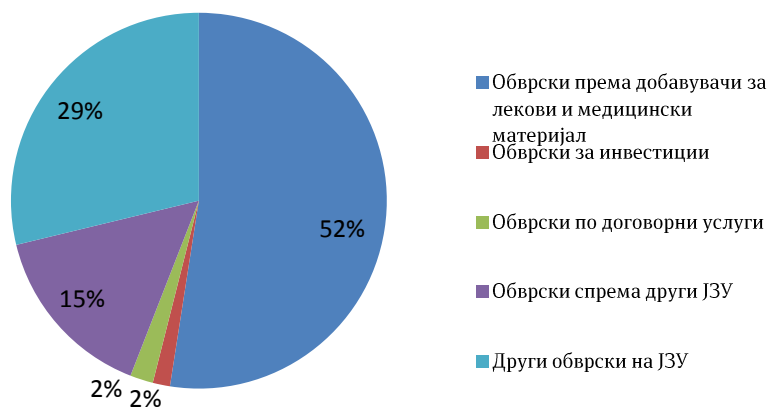
**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

**Графикон 4.** Движење на вкупните обврски на ЈЗУ



**Графикон 5.** Структура на вкупните обврски на ЈЗУ



Врз основа на податоците од Фондот и одговорените прашалници од ЈЗУ констатиравме дека ЈЗУ се соочуваат со судски постапки за неплатените долгови, а вкупно исплатените средства по основ на извршни исправи бележат тренд на зголемување, прикажано во Табела 10. Согласно евиденцијата на Фондот бројот на блокирани сметки на ЈЗУ е променлив, на 30.06.2015 година блокирани се сметките на 5 ЈЗУ, на 31.12.2015 година на 7 ЈЗУ а на 20.01.2016 година нема ЈЗУ со блокирани сметки.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

Табела 10. Исплатени средства на ЈЗУ по основ на извршни судски исправи

исплатени средства врз основа на извршни судски исправи	Во (000)		
	2013	2014	30.06.2015
	77.745	280.808	268.560

Врз основа на наведеното, констатиравме дека солвентноста и ликвидноста на ЈЗУ се влошува. Имајќи ги предвид измените во одредбите од Законот за финансиска дисциплина<sup>27</sup> согласно кои рокот за исполнување на паричните обврски на ЈЗУ не може да биде подолг од 90 дена, кој во 2014 година беше 120 дена, постои ризик ЈЗУ да бидат дополнително оптоварени со плаќање на законски затезни камати, подмирување на обврските по присилен пат што во крајна линија ќе влијае врз работењето на ЈЗУ и квалитетот на дадените услуги. Особено што констатиравме дека дел од ЈЗУ поради ограничените финансиски средства не се во можност да преземат активности за сервисирање на скапата медицинска опрема и истите не се користат подолг временски период.

Дополнително влијание врз финансиската состојба предизвикува и вработувањата на потребниот персонал во ЈЗУ во изминатиот период (Прилог 4 и 5), а врз основа на добиените информации од Фондот констатиравме дека буџетот за здравствени услуги за ЈЗУ за 2016 година е зголемен и истиот изнесува 13.760.740 илјади денари.

Со увид во анализата за утврдување на договорените надоместоци со ЈЗУ за 2016 година направена од страна на Фондот, констатиравме дека како критериум при утврдување на надоместоците земени се предвид фискалните импликации по основ на новите вработувања, што има позитивен ефект врз финансиската состојба на ЈЗУ.

### 3.2. Сервисни услуги помеѓу ЈЗУ

ЈЗУ се обврзани да склучуваат договори за дополнителни сервисни услуги во кои е регулиран начинот на меѓусебно фактурирање и плаќање а според утврдени референтни цени на Фондот како максимални цени на овие услуги. Дополнителните услуги се составен дел на целосната здравствена услуга искажана по ДСГ метода при што ЈЗУ во која е завршено лекувањето доставува ДСГ фактура до Фондот и е должна да изврши плаќање на другата ЈЗУ за дополнителните услуги. Врз основа на податоците од Фондот и ЈЗУ утврдивме дека меѓусебните побарувања на ЈЗУ имаат растечки тренд, а состојбата е прикажана во Табела 11.

<sup>27</sup> Службен весник на РМ бр 187/13, 201/14,215/15

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Табела 11. Побарувања на ЈЗУ по основ на извршени сервисни услуги

Побарувања од други ЈЗУ по основ на извршени сервисни услуги	Во (000)		
	2013	2014	30.06.2015
	640.300	761.281	809.935

Констатиравме дека ЈЗУ кои имаат побарувања по овој основ се соочуваат со големи проблеми при наплата на истите, а особено е неповолна состојбата кај оние ЈЗУ чија претежна дејност е вршење на сервисни услуги. Овие ЈЗУ немаат значајни приходи од Фондот и во услови кога не можат да ги наплатат побарувањата од другите ЈЗУ, се доведува во прашање нивното функционирање. Особено што е воспоставена пракса за неутужување за ненаплатените побарувања од другите ЈЗУ поради што наплатата на истите е неизвесна.

Во услови кога ДСГ пакетот е структуриран така да не може да се препознае вредноста на извршената сервисна услуга и да се изврши упарување со фактурираната цена, од една страна и релативно ниско дефинирани референтни цени на сервисните услуги, од друга страна, не се уверивме дека вака поставениот систем на финансирање им овозможува на ЈЗУ од добиениот надомест за завршена „епизода на лекување“ по ДСГ во целост да ги надоместат обврските кон другите ЈЗУ како и непречено функционирање на оние ЈЗУ чија претежна дејност е вршење на сервисни услуги.

### 3.3. Евиденција на трошоците за извршени здравствени услуги

Со направената ревизија констатиравме дека ЈЗУ не прават анализи на реалните трошоци за извршените здравствени услуги. Имено, најголем број ЈЗУ немаат воспоставена евиденција за потрошокот на материјали по извршени прегледи и по пациенти, ниту евиденција на тековната состојба на залихата на издадените материјали по одделенија. ЈЗУ немаат ни евиденција на учеството на трудот на персоналот, режиските трошоци, амортизацијата на основните средства и другите оперативни трошоци во единица здравствена услуга.

Во отсуство на увид во вкупниот реален трошок за извршена здравствена услуга, оневозможено е утврдување на просечна цена на чинење на лекување на определено заболување, следење на трошоците како и правење економски анализи на ниво на одделенија и лаборатории, што е од големо значење за алокација на ресурсите, финансиско следење и подобрување на искористеноста на капацитетите. Точните евиденции во ЈЗУ ќе овозможат пресметување на продуктивноста и ефикасноста во нивното работење и утврдување на можност за подобрување на



**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

истата. Ова е констатирано и во Извештајот<sup>28</sup> на Институтот за јавно здравје, каде е наведено дека на економските анализи во здравството не им е посветено доволно внимание и се смета дека тие се од споредно значење за работењето на здравствените установи. Во отсуство на овие евиденции и податоци ЈЗУ не можат да преземаат иницијативи за промена на утврдените референтни цени од страна на Фондот иако со Методологијата за утврдување на референтните цени тоа е дадено како можност и се дополнително нерамноправни во односите со истиот.

Со измена на Законот за здравствена заштита во 2015 година ЈЗУ се должни да воведат редовна евиденција на потрошокот на медицински материјал класифициран по пациент, по упат и по здравствен работник, односно здравствен соработник и задолжителна евиденција на залихите на медицинските материјали во главното депо и во сите помошни депоа на лекови. Заради анализа на финансиските ефекти од нивната потрошувачка и следење на целокупното финансиско работење на ЈЗУ се востановува Национален систем за материјално - финансиско и сметководствено работење во ЈЗУ, кој треба да овозможи побрзо, полесно и правилно донесување на одлуки во управувањето со финансиите и останатите работни процеси во ЈЗУ, следење на критичните точки на потрошувачка, контрола и намалување на поединечните и вкупните трошоци во ЈЗУ. Информациите добиени од Министерството упатуваат на констатацијата дека воспоставувањето и имплементацијата на овој систем е во почетна фаза.

#### **3.4. Активности за зголемување на ефикасноста и рационализација на трошоците на ЈЗУ**

Со Законот за здравствена заштита предвидена е можност Владата на предлог на министерот за здравство, а заради поефикасно и порационално искористување на просторот, опремата и кадарот на ЈЗУ да може да одлучи две или повеќе ЈЗУ од различен вид и/или ниво да се спојат, односно припојат во една ЈЗУ со проширена дејност во која ќе се врши здравствената дејност и ќе се укажат здравствените услуги на ЈЗУ што се споиле или припоиле. Од друга страна во Програмата на Владата за 2016–2018 година, заради поголема ефикасност и подобра услуга, предвидено е окрупнување на здравствените капацитети преку спојување на истите. Владата на седница одржана на 10.06.2014 година го задолжила Министерството да достави Информација со акциски план за Проектот “Окрупнување на здравствени капацитети за поголема ефикасност и подобра услуга”.

Констатиравме дека Министерството започнало активности за реализација на Проектот, односно врз основа на Заклучокот, во јули 2015 година изготвени се Информација за спојување на Здравствен дом Железара и Здравствена станица

---

<sup>28</sup> Извештај за реализација на програмските задачи согласно националната годишна програма за јавно здравје на РМ за 2014

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

Железничар под капата на Здравствен дом Скопје и Информација за спојување на ЈЗУ Општа болница Кочани со ЈЗУ Здравствен дом Кочани.

Продолжувањето на овие активности и вклучување на други ЈЗУ во наредниот период ќе придонесат во зголемување на ефикасноста на вршењето на здравствената дејност преку оптимализација на бројот и видот на здравствени установи во државата, кадарот и опремата во јавното здравство и ќе овозможат заштеди на непотребни трошоци во услови на ограничен здравствен денар.

Исто така, во услови на неискористеност на капацитети и статусот на неодржливи ЈЗУ, иако нема законска пречка, одговорните лица на ЈЗУ немаат преземено активности за преадаптација или издавање под закуп на просторот на субјекти поврзани со здравствена дејност кое би влијаело на рационализација на трошоците и зголемување на ефикасност во работењето. Согласно Законот за користење и располагање со ствари во државна сопственост и со ствари во општинска сопственост<sup>29</sup> средствата остварени од закуп се приход на Буџетот на Република Македонија, доколку тоа не е поинаку регулирано со друг закон. Согласно Законот за здравствена заштита, ЈЗУ остваруваат приход од закупнина единствено во случај кога при доделување на лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата се користи простор или опрема на ЈЗУ и средствата остварени од закупнината се приход на ЈЗУ наменети за тековно инвестициско одржување. Поради наведеното отсуствува иницијатива од страна на одговорните лица на ЈЗУ за преземање вакви активности.

Како мерка која би можела да има влијание врз рационализација на трошоците во ЈЗУ е и одредбата во Законот за здравствена заштита каде е предвидено, пропишување критериуми за распределување во категории (нулта, прв, втора и трета) на здравствените установи кои спроведуваат болничка здравствена дејност во мрежата, заради обезбедување на минималниот стандард на стручен развој, рационално управување со просторот, опремата и кадарот, а со цел обезбедување на минималниот стандард на квалитет на здравствената дејност и рамномерен развој на територијата на Република Македонија. Констатиравме дека до денот на ревизија не се преземени активности за имплементирање на оваа одредба. Недонесувањето на критериумите за категоризација на болниците дополнително влијае врз ефикасноста на вршењето на здравствената дејност.

Во прилог на зголемување на сопствените приходи на ЈЗУ се и донесените измени и дополнувања на Законот за здравствена заштита во февруари 2016 година со кои се предвидени одредби за услови за давање здравствени услуги на странци кои самите ги намируваат трошоците за лекување како и можност за рекламирање на истите.

---

<sup>29</sup> Службен весник на РМ 78/15, 106/15, 153/2015

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

## **V. ЗАКЛУЧОК**

Опфатот и доказите кои се обезбедени по пат на спроведување на техники и методологија од страна на ревизијата, даваат основа да го изразиме следниот заклучок:

Поставеност на мрежата на здравствени установи, основниот пакет и начинот на воведување нови здравствени услуги, поставеноста на системите за задолжително социјално осигурување и здравствено осигурување, недоследното почитување на концептот купување на услуги и големиот број неодржливи ЈЗУ, утврдената висина на цените на здравствените услуги, буџетот на програмите за здравствена заштита, поставеност на системот на наплата на партиципација и големиот број ослободувања, отсуство на евиденција за реалните трошоци за здравствени услуги во ЈЗУ и отсуството на активности за рационализација на трошоците, имаат влијание врз работењето на ЈЗУ, кои остварувањето на здравствената заштита го вршат во услови на ограничени буџетски средства и големи долгови.

Поради горенаведеното констатиравме дека средствата за работа на ЈЗУ обезбедени од изворите на финансирање не овозможуваат ефикасност во работењето при остварувањето на здравствената заштита.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

**V. ПРЕПОРАКИ**

1. Надлежните институции (Владата, Министерството и Фондот) да преземат активности за:
  - изготвување на интегрален стратешки документ со кој ќе бидат опфатени и синхронизирани реформските процеси кои се одвиваат во Фондот и Министерството;
  - зајакнување на меѓусебната соработка во функција на координирање на реформските процеси;
  - формирање на Координативно тело за проучување и разгледување на прашањата поврзани со политиките и приоритетите во здравствената заштита и здравственото осигурување со претставници од Министерството, Фондот и Лекарската, Фармацевтската и Стоматолошката комора.
  - континуирано функционирање на Националниот комитет за финансирање составен од претставници од Владата, Министерството и Фондот.
2. Надлежните институции (Владата, Министерството, Фондот и Лекарската комора) да ја преиспитаат поставеноста на основниот пакет на здравствени услуги и да ја разгледаат можноста за воведување и структурирање повеќе пакети, со различно учество со лични средства на корисниците на здравствени услуги.
3. Владата и Министерството, да преземат активности за доставување на измени и дополнување на Законот за здравствена заштита до Собранието на РМ во делот на вклучување на:
  - Лекарската комора и Фондот, при вршење на анализи на медицинските, етичките, општествените и економските последици и ефекти од воведување нова здравствена технологија, опрема, здравствени методи или постапки во здравствените установи во мрежата и
  - Фондот, во постапката за издавање лиценци за вршење здравствена дејност во мрежата.
4. Министерството да преземе активности секое воведување нова здравствена технологија, опрема, здравствени методи или постапки во здравствените установи во мрежата да биде проследено со анализи на медицинските, етичките, општествените и економските последици и ефекти од воведување на истите.
5. Надлежните институции (Владата, Министерството и Фондот) да преземат активности за преиспитување на димензионираноста на мрежата на здравствени установи и изготвување и донесување:
  - Стандарди за обезбедување со капацитети во мрежата, во зависност од бројот на жители или групи на жители според полот и возраста по одделен

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

- носител на здравствена дејност, болничка постела и за одделна специјалност и технички посложена единица, односно опрема и
- Стратегија за определување долгорочна динамика за приспособување на фактичките капацитети кон стандардите за обезбедување со капацитети во мрежата на здравствени установи.
6. Министерството и Фондот да преземат активности при секое проширување на мрежата на здравствени установи да се обезбедат дополнителни финансиски средства во буџетот на Фондот, за да не се намалуваат договорните надоместоци на постојните здравствени установи во мрежата.
  7. Во функција на обезбедување доволни финансиски средства за функционирање на ЈЗУ надлежните институции (Владата, Министерството и Фондот) да:
    - ја преиспитаат висината на стапката на придонес од задолжително здравствено осигурување и исклучоците со пониски стапки за одредени категории осигуреници, и
    - обезбедат дополнителни извори на финансирање на здравствениот систем преку зголемување или зафаќање на поголем дел од акцизата на стоките кои го загрозуваат здравјето на населението.
  8. Министерството и Фондот да преземат активности за изнаоѓање модел за плаќање за извршените услуги за ургентни случаи кои ЈЗУ не можат да ги прикажат како извршени и по тој основ да фактурираат до Фондот поради недостиг на задолжителната документација.
  9. Фондот да преземе активности за преиспитување на утврдените референтни цени на здравствените услуги и да обезбеди соодветно вреднување на истите, и да најде модел на финансирање на оние здравствени услуги кои поради својата специфика не можат да се вклопат во постоечкиот систем на вреднување на здравствените услуги.
  10. Во функција на запазување на концептот купување на здравствени услуги од страна на Фондот, до моментот на надминување на статусот неодржливи на одредени ЈЗУ, Владата и Министерството да преземат активности за обезбедување дополнителни средства за финансирање на истите и дефинирање критериуми за нивна распределба.
  11. Министерството и Фондот да ја зајакнат соработката во делот на користење податоци од ДСГ системот кои можат да бидат основ за медицински и економски анализи за согледување на тоа кои услуги во ЈЗУ се најчести, кои треба дополнително да се развијат, како и при планирање на набавките на новата опрема и нејзиното распоредувањето во болниците.

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

12. Министерството согласно своите стратешки приоритети, ограничените буџетски средства да ги пренасочи кон зголемување на бројот на превентивни програми за здравствена заштита а намалување на бројот на куративните програми.
13. Министерството да преземе активности за:
  - реално димензионирање на активностите во рамки на одобрените средства од Буџетот на Република Македонија;
  - обезбедување дополнителни финансиски средства за финансирање на програмите;
  - пропишување критериуми за распределба на средствата по ЈЗУ;
  - подобрување на евиденцијата за програмите и финализација на електронската апликација за следење на процесот на реализација на програмите и
  - следење на доставените месечни извештаи од ЈЗУ и остварување на комуникација со ЈЗУ во насока на утврдување на разликите во евиденциите и усогласување на истите.
14. Владата, Министерството и Фондот да преземат активности за преиспитување на законските ослободувања од обврска за плаќање на партиципација на одредени категории, осигуреници.
15. Министерството и Фондот да преземат мерки и активности за надминување на состојбата со наплата на меѓусебните побарувања на ЈЗУ по основ на извршени сервисни услуги со кои ќе овозможи непречено функционирање на оние ЈЗУ чија претежна дејност е вршење на сервисни услуги.
16. ЈЗУ да преземат активности за воспоставување:
  - материјална евиденција за потрошокот на материјали по извршени прегледи и по пациенти, и евиденција на тековната состојба на залихата на издадените материјали по одделенија;
  - евиденција на учеството на трудот на персоналот, режиските трошоци, амортизацијата на основните средства и другите оперативни трошоци во единица здравствена услуга за утврдување на реалниот трошок за извршена здравствена услуга и
  - систем за следење на трошоците и правење економски анализи на ниво на одделенија и лаборатории.
17. Министерството да продолжи со реализација на Проектот “Окрупнување на здравствени капацитети за поголема ефикасност и подобра услуга“ преку вклучување на оние ЈЗУ каде окрупнувањето ќе овозможи поефикасно и

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ ОД РЕВИЗИЈА НА УСПЕШНОСТ  
“ИЗВОРИТЕ НА ФИНАНСИРАЊЕ И НИВНОТО ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЕФИКАСНОСТА  
НА РАБОТЕЊЕТО ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА  
ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ“**

---

порационално искористување на просторот, опремата и кадарот, согласно регионалните и локалните потреби на населението.

18. Министерството и ЈЗУ да преземат активности за преадаптација или издавање под закуп на просторот (кој ЈЗУ не го користи) на субјекти поврзани со здравствена дејност кое би влијаело на рационализација на трошоците и зголемување на ефикасноста во работењето.
19. Владата и Министерството да ја разгледаат можноста и преземат активности со кои ќе предложат измена на Законот за здравствена заштита средствата добиени од издавање под закуп на недвижниот имот да бидат приход на ЈЗУ.
20. Министерството да донесе критериуми за распределување во категории (нулта, прв, втора и трета) на здравствените установи кои спроведуваат болничка здравствена дејност во мрежата и изврши нивна категоризација.





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

Адреса: Македонија бр.5, 1000 Скопје  
Тел.: 02 3289 034  
Централа: 02 3289 054  
Факс: 02 3289 048  
Е-пошта: info@fzo.org.mk



Број: 02-4368/3  
15.03.2016 2016 година  
Скопје

До:

Државен завод за ревизија

РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА			
Примено:	18.04.2016		
Срг. единица:	16/277/5	15.03.2016	16/277/5

Предмет: Доставување на забелешки во врска со Нацрт извештајот за извршената ревизија на успешност – „Изворите на финансирање и нивното влијание врз ефикасноста на работењето при остварувањето на здравствена заштита на јавните здравствени установи“

Врска: Ваш допис бр. 16-277/5 од 15.03.2016 година

Почитувани,

Во врска со доставениот Нацрт ревизорски извештај од Државниот завод за ревизија на РМ заведен со Ваш бр. 16-277/5 од 15.03.2016 година и Наш бр. 02-4368/1 од 17.03.2016 година, за извршената ревизија на успешност – „Изворите на финансирање и нивното влијание врз ефикасноста на работењето при остварувањето на здравствена заштита на јавните здравствени установи“, истиот беше разгледан од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, при што Ви укажуваме на следното:

Во системот на здравствената заштита и спроведувањето на здравствените реформи клучни институции се Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување и јавните здравствени установи.

Министерство за здравство

Поставеноста на институциите е јасно предвидена во законските прописи со тоа што може да се разграничи дека улогата на Министерството за здравство е носење на политики и правна регулатива, вршење на надзор и контрола, како и дефинирање на





ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА  
[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)



мрежата на здравствени установи, развој на инфраструктурата, инвестиции во здравствениот систем, планирање на човековите ресурси и воедно ја има целокупната одговорност над јавното здравје.

Фондот за здравствено осигурување

Додека пак Фондот за здравствено осигурување на Македонија, со донесувањето на Законот за здравственото осигурување на 29 март 2000 година (објавен во „Службен весник на Република Македонија“, бр.25/2000) се создадоа условите за започнување со работа на Фондот како самостојна институција за спроведување на задолжителното здравствено осигурување.

Здравственото осигурување задолжително се воспоставува за сите граѓани на Република Македонија со цел да им се обезбеди социјална и материјална сигурност во случај на болест и повреда, во услови кога им се потребни здравствените услуги и парични надоместоци во случај на болест и повреда, врз основа на начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефикасност, како општо прифатени начела во сите демократски земји каде е воспоставено задолжителното здравствено осигурување.

Со воспоставувањето на новата улога на Фондот во 2007 година како купувач на здравствени услуги во интерес на осигурените лица истиот започна со јасно дефинирање на својата улога во здравствениот систем. Имено во зависност од потребите за здравствените услуги и утврдените средства за таа намена во буџетот на Фондот, истиот купува здравствени услуги за што склучува и раскинува договори со здравствени установи.

Фондот со општ акт, утврдува критериуми за склучување на договори со здравствените установи, за купување на основните здравствени услуги, начинот на склучување на договорите и за начинот на плаќањето на здравствените услуги според:

- Бројот на осигурените лица во примарна здравствена заштита;





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



- Цени на завршени здравствени услуги во специјалистичко – консултативна здравствена заштита;
- Цени на здравствени услуги групирани во ДСГ во болничка здравствена заштита;
- Договорени цени за здравствени услуги кои не се вршат во јавните здравствени установи од болничка здравствена заштита;
- Утврдени цени на здравствени услуги во болничката здравствена заштита за дневна болница, хронично лежечки болни и медицинска рехабилитација и физикална терапија за лежечки болни;
- Програмите за одделни видови здравствена заштита, односно услуги;
- Утврдените средства во Буџетот на Фондот по намени и
- Други критериуми

Во делот на Системот за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување, Управниот одбор на Фондот утврдува максимални износи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување. Јавната здравствена установа потребните средства за вршење на дејноста ги искажува во годишен план на приходи и расходи по извори на приходи односно за средствата предвидени од буџетот на Фондот, за сопствените приходи во кои се вклучени и средствата од програмите за здравствената заштота и за донациите на јавната здравствена установа. Годишниот план за приходи и расходи ја јавната здравствена установа го донесува Управниот одбор на јавната здравствена установа.

Годишниот план за приходи и расходи јавната здравствена установа го доставува на одобрување до Фондот најдоцна до 15 ноември во тековната за наредната година.

Управниот одбор на Фондот годишните планови на приходи и расходи на јавните здравствени установи ги одобрува најдоцна до 31 декември во тековната година, во кој рок треба да се донесе и вкупниот годишен план на приходи и





ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА  
[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)



расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување по извори на средства и по јавни здравствени установи, на кој министерот за здравство дава согласност.

Управниот одбор утврдува измени на максималните износи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување во случај на измени и дополнувања на буџетот на Фондот и/или измени во договорениот вид и обем на здравствени услуги.

Јавните здравствени установи вршат измени во годишните финансиски планови за средствата од Фондот согласно измените во максималните износи за финансирање на јавните здравствени установи и ги доставуваат на одобрување до Фондот.

Фондот одобрува измени и дополнувања на годишниот план на приходи и расходи на јавните здравствени установи за средствата од сопствени приходи и донации по барање на јавните здравствени установи.

Начинот на подготвување, донесување и изменување на годишниот план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување се уредува со општ акт на Фондот, на кој министерот за здравство дава согласност.

Годишниот план на приходи и расходи на јавните здравствени установи се извршува преку трезорот на Фондот и Здравствената трезорска сметка.

Имено со законските измени во Фондот се формира трезор, како организациона единица за управување со здравствената трезорска сметка.

Преку здравствената трезорска сметка како систем на сметки управувани од страна на трезорот на Фондот, се врши евиденција на наплатата на сите приходи и извршување на сите расходи на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување.





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



Во трезорот се води здравствена главна книга како официјален запис на податоците и трансакциите во врска со годишните планови на приходи и расходи, финансиските планови, реализираните приходи и извршените расходи на јавните здравствени установи.

Врз основа на погоре наведеното може да се констатира дека Фондот е надлежен за развој и имплементација на механизмите за купување на здравствените услуги од јавните и приватните здравствени установи.

#### Јавна здравствена установа

Здравствените установи се должни да ги планираат средствата потребни за обезбедување на одреден обем на здравствени услуги.

Здравствените установи се должни средствата потребни за обезбедување на определениот обем на здравствени услуги да ги користат рационално, економично, ефикасно и наменски согласно со утврдените годишни планови на приходи и расходи.

Имено јавните здравствените установи се самостојни во организирањето и распределбата на финансиските средства како и нивното трошење е во организација на менаџерскиот тим на самата јавна здравствена установа, а Фондот е само купувач на здравствените услуги во интерес на осигурените лица.

При тоа јавните здравствени установи имаат обврска навремено и квалитетно да ја пружаат здравствената заштита на осигурените лица.

Забелешки во делот на препораките наведени во Нацрт ревизорскиот извештај

Во делот на препораките Фондот смета дека истите се конструктивни и се во насока на поголема соработка на надлежните институции со цел поуспешно финансирање и поголема ликвидност на јавните здравствени установи.

За препораката под точка 8 односно фактурирањето на ургентните случаи каде што нема задолжителна документација, Фондот во минатите години направи значајни олеснувања за установите кои се соочуваат со овој проблем. Имено поради законски и технички пречки овие услуги неможат да бидат фактурирани од страна на





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



установите, но Фондот овозможи истите да ги преикажуваат како извештај и истите се евидентираат и анализираат од страна на Фондот како сработени услуги од страна на овие установи.

Препораката под точка 9 каде што е дадена препорака Фондот да превземе активности за преиспитување на утврдените референтни цени и да се најде модел за финансисрање на здравствените услуги кои поради спецификата не можат да се вклопат во постоечкиот систем на вреднување на здравствените услуги, ве известуваме дека како што е наведено во извештајот Фондот има усвоено методологија кои за референтни цени на здравствени услуги која за разлика од методологиите за лекови и ортопедски помагала не се базира на цени од други земји (поради неспоредливоста во најголем дел) туку се заснова на направени трошоци од страна на установите. Но како што е потенцирано во извештајот ограничена е можноста за ревидирање на цените пред се поради недостатокот на соодветни податоци и анализи од страна на здравствените установи. Сепак и со вака ограничените податоци Фондот во минатиот период врз барањата од страна на здравствените установи вршеше корикција на цените на здравствените услуги. Притоа треба да се потенцира дека во 2010 година направено е севкупно ревидирање на сите ДСГ групи а во тој период направена е голема реформа со формирање на специјалистичките пакети, што представуваат пример кој го превземаат фондовите од регионот.

Во ценовникот со здравствени услуги содржани се 678 ДСГ групи и 1436 специјалистички пакети.

Што се однесува на препораката под точка 10 кој го опфаќа концептот на купување на здравствени услуги од страна на Фондот за неодржливите јавни здравствени установи, согласно член 69 став 4 од Законот за здравственото осигурување, за јавните здравствени установи кои вршат превентивна и одредени работи од примарната, спесијалистичко – консултативната и болничката здравствена заштита според одредбите на Законот за здравствената заштита, Фондот обезбедува средства за нивното целосно функционирање. Овие јавни здравствени установи ги





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



утврдува Владата на РМ еднаш годишно, на предлог на Фондот, пред склучувањето на договорите.

Финасирањето на неодржливите ЈЗУ е законска обврска која Фондот ја почитува.

Фондот ќе ги превземе сите мерки во рамките на своите законските надлежности, за да се овозможи поголема ефикасност во системот на финансирање на јавните здравствени установи, а со цел да обезбеди подостапна и поквалитетна здравствена заштита на своите осигурени лица.

Со почит,

Изработиле:

Даниела Јовческа – Ѓуровска

Емилија Божиновска

Владимир Димковски

Снежана Ковкароска Шилоска

Адем Авзиу

Директор,

д-р Сашо Стефаноски

Директор,

Орхан Рамадани

Orhan Ramadani

**Одговор  
на забелешки на  
Нацрт извештај на Овластениот државен ревизор**

На ден 18.04.2016 година добиени се забелешки на Нацрт извештајот за извршената ревизија на успешност “Изворите на финансирање и нивното влијание врз ефикасноста на работењето при остварувањето на здравствена заштита на јавните здравствени установи“ број 16-277/1 од 15.03.2016 година, од раководните лица на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, д-р Сашо Стефаноски и г. Орхан Рамадани, заведени во Државниот завод за ревизија под број 16/277/6 од 18.04.2016 година.

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

1. Забелешките на констатираните состојби кои се однесуваат на информациите поместени во делот на основни податоци во Нацрт извештајот на Овластениот државен ревизор, **преставуваат објаснување** за надлежностите на надлежните органи. Истите по својата содржина претставуваат објаснување на законската рамка, подзаконските акти и надлеженостите на институциите кои се обработени во самиот извештај.
2. Забелешката на дадената препорака под број 8 која се однесува на преземање активности за изнаоѓање модел за плаќање за извршените услуги за ургентни случаи за кои одредени ЈЗУ не можат да фактурираат до Фондот, по својата содржина претставува **известување** односно дообјаснување на начинот на постапување на Фондот и причините за констатираните состојби за кои се однесува препораката.
3. Забелешката на дадената препорака под број 9 која се однесува на преземање активности за изнаоѓање модел на финансирање на оние здравствени услуги кои поради својата специфика не можат да се вклопат во постоечкиот систем на вреднување на здравствените услуги, по својата содржина претставува **известување** за преземените активности од страна на Фондот во претходниот период, цитирање на законските акти и дообјаснување на причините за констатираните состојби за кои се однесува препораката.
4. Забелешката на дадената препорака под број 10 која се однесува на преземање активности за обезбедување дополнителни средства за финансирање на неодржливите јавни здравствени установи до моментот на надминување на статусот неодржливи и дефинирање критериуми за распределба на средствата,

по својата содржина претставува **известување** за начинот на постапување на Фондот и цитирање на законските акти кои се детално обработени во Нацрт извештајот на Овластениот државен ревизор.