ДЗР

ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ
ЗА ИЗВРШЕНА РЕВИЗИЈА НА
ФИНАНСИСКИ ИЗВЕШТАИ И РЕВИЗИЈА НА УСОГЛАСЕНОСТ
ЗА 2017 ГОДИНА НА
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

01 2018 02 03

Скопје, септември 2018 година

С О Д Р Ж И Н А

Опис	Страна
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР	1 - 27
Финансиски извештаи за 2017 година	
Биланс на приходи и расходи	28
Биланс на состојба	29
Преглед на промени на извори на капиталните средства	30
Сметководствени политики и образложенија кон финансиските извештаи	
- Вовед	31 - 33
- Сметководствени политики	33 - 35
- Образложенија кон финансиските извештаи	35 - 41

Прилог 1 - Забелешки на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор
Прилог 2 - Одговор на забелешките на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор
Прилог 3 – Извештај за резултатите од извршената ревизија на спроведување на препораките дадени во Конечниот извештај на Овластениот државен ревизор за 2015 година

Кратенки користени во извештајот:

Фондот - Фонд за здравствено осигурување на Македонија;

УЈП - Управа за јавни приходи;

АВРМ - Агенција за вработување на Република Македонија;

ПИОМ - Фонд за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија;

ЈЗУ - Јавни здравствени установи;

ЕЗК - Електронска картичка за здравствено осигурување;

ДСГ- Дијагностички сродни групи;

ИЗИС- Интегриран здравствен информатички систем;

МАЛМЕД - Агенција за лекови и медицински средства на Република Македонија

Палата „Емануел Чучков“
ул. Јордан Мијалков
П.Фах 249
1000 Скопје
Република Македонија
Тел: +389 2 3211 262
Факс: +389 2 3126 311
e-mail: dzr@dzr.gov.mk
www.dzr.gov.mk

ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА

Број: 16-146/10

Дата: 19.09.2018

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

Резиме

Државниот завод за ревизија изврши ревизија на финансиските извештаи заедно со ревизија на усогласеност на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на сметката на буџет на фондови за 2017 година.

Изразено е мислење со резерва во однос на вистинито и објективно прикажување на финансиската состојба и резултатите од финансиските активности во финансиските извештаи, како и за усогласеноста на финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики за 2017 година.
Извршена е ревизија и е издаден извештај за финансиските извештаи и за усогласеност со закони и прописи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на сметката на буџет на фондови за 2015 година и изразено е мислење со резерва во однос на вистинитоста и објективноста на финансиските извештаи, како и за усогласеноста на активностите и финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики.

Со ревизијата за 2017 година беше опфатено и спроведувањето на препораките дадени во Конечниот извештај на Овластениот државен ревизор за 2015 година кој е даден како прилог кон овој извештај. Дел од препораките се спроведени, а останатите препораки кои се наоѓаат во различна фаза на реализација опфатени се во овој Извештај.

Со извршената ревизија на финансиските извештаи на Фондот за 2017 година констатирано е дека:

- четири од девет сектори функционираат без директор и контролите се пренесени на пониско хиерархиско ниво, што не е во согласност со Законот за јавна внатрешна финансиска контрола и создава ризик од несоодветно разграничување на дел од одговорностите и несоодветно реализирање на активностите на секторите;

- не е воспоставена материјална евиденција на залихите на материјалите и не се запазени законски предвидените рокови за усвојување на пописот;
- не е регулиран статусот на дел од градежните објекти и земјиштето согласно Законот за катастар на недвижности што влијае на реалноста и веродостојноста на искажаните податоци во финансиските извештаи;
- склученио Договор за евидентирање и следење на побарувањата, помеѓу УЈП и Фондот не е во согласност со Законот за придонеси за задолжително социјално осигурување, односно со истиот не е утврдена обврска УЈП да ги достави законски утврдените информации до институциите што има влијание врз комплетноста на искажаните побарувања по основ на неплатен придонес во финансиските извештаи на Фондот;
- побарувањата по основ на неплатен придонес за здравствено осигурување кои настанале заклучно со 31.12.2008 година се уште се нереално прикажани, а активностите за надминување на оваа состојба се во тек;
- склучени се договори за адвокатски услуги за изготвување на правни мислења кои се дел од надлежностите на вработените во секторите во Фондот;
- констатирани се одредени неправилности и слабости во постапката за упатување за лекување во странство, односно:
    - и покрај спецификите и суптилноста на активностите во оваа постапка, истата не е посебно уредена односно има третман како општа управна постапка, која е сложена и долготрајна;
    - не е обезбедена соодветна правна заштита;
    - не е предвиден организационен облик (одделение или оддел) во кој ќе бидат делегирани надлежности и активности за спроведување, следење и контрола на активностите поврзани со овој процес;
    - не е воспоставена ex-post контрола, не е воспоставен систем на следење и не се прават анализи на успешноста на лекувањата во поединечните болници за лекување.

За надминување на утврдените состојби до одговорните лица на Фондот ревизијата дава препораки за преземање соодветни мерки и активности.

Во делот Останати прашања, ревизијата обелоденува за имплементирање на активностите и состојбата на ЕЗК и проблемите околу необезбедување континуитет во издавањето на истите.

Ревизијата укажува на неповолното влијание на поставеноста на системот за задолжително социјално осигурување согласно кој сите граѓани имаат право на здравствено осигурување, структурата на осигурениците, висината на ефективната стапка на придонес за здравствено осигурување и приходот кој се остварува по овој основ и стапката на невработеност врз одржливоста на постоечкиот систем на здравствено осигурување.

Ревизијата обелоденува и за начинот на плаќање на извршените услуги на здравствените установи односно, 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 предвидено со Законот за здравствено осигурување. Фондот наместо да ги надоместува извршените здравствени услуги е принуден да обезбеди средства за целосно функционирање на оние ЈЗУ кои не се во можност да остварат доволен обем на услуги или да се вклопат во постоечкиот систем на вреднување на здравствените услуги.

Ревизијата не се увери дека референтните цени на здравствените услуги се доволни за покривање на реалните трошоци на здравствените установи. 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.

На ден 16 и 20.08.2018 година добиено е известување на Нацрт извештајот за извршената ревизија на финансиски извештаи и ревизија на усогласеност за 2017 година на Фонд за здравствено осигурување на Македонија број 02-10634/2 од 17.08.2018 година, од г. Данаил Дончев и г. Орхан Рамадани, директори на Фондот, заведени во Државниот завод за ревизија под број 16-146/6 од 20.08.2018 година и произнесување од д-р Сашо Стефаноски поранешниот директор на Фондот, заведено во Државниот завод за ревизија под број 16-146/8 на 16.08.2018 година.
Известувањата се разгледани од страна на овластениот државен ревизор при што укажувањата дадените за точката 1.7 од образложенијата кон финансиските извештаи се вградени во истите додека преостанатите не се прифатени.

1. Вовед

1.1. Извршивме ревизија на приложените финансиски извештаи на страна 28 до 30 заедно со ревизија на усогласеност на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на сметката на буџет на фондови, кои се состојат од биланс на состојба на ден 31 декември, биланс на приходи и расходи за годината која завршува со тој датум и преглед на значајни сметководствени политики и објаснувачки белешки кон финансиските извештаи.

1.2. Ревизијата на финансиските извештаи од точка 1.1. на овој извештај е извршена согласно член 22 став 1 од Законот за државната ревизија и Годишната програма за работа на Државниот завод за ревизија согласно член 23 од Законот за државна ревизија.

1.3. Извршена е ревизија и е издаден извештај за финансиските извештаи и за усогласеност со закони и прописи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на сметката на буџет на фондови за 2015 година и изразено е мислење со резерва во однос на вистинитоста и објективноста на финансиските извештаи како и за усогласеноста на активностите и финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики.

1.4. Финансиските извештаи од точка 1.1. на овој извештај се одговорност на раководството на Фондот застапувано од:

- Д-р Сашо Стефаноски, директор од 31.03.2015 до 03.08.2017 година;
- Орхан Рамадани, директор од 25.05.2015 година и
- Данаил Дончев, директор од 03.08.2017 година.

Оваа одговорност вклучува дизајнирање, имплементација и одржување на интерна контрола која што е релевантна за подготвување и објективно презентирање на финансиските извештаи коишто се ослободени од материјално погрешни прикажувања, без разлика дали се резултат на измами или грешки, избор и примена на соодветни сметководствени политики, како и правење на сметководствени проценки кои што се разумни во околностите.

Раководството на субјектот е исто така одговорно за осигурување дека активностите, финансиските трансакции и информации, рефлектирани во финансиските извештаи се во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

1.5. Одговорност на ревизорите е да изразат мислење за финансиските извештаи од точка 1.1. врз основа на извршената ревизија. Оваа одговорност вклучува и изразување мислење за тоа, дали активностите, финансиските трансакции и информации рефлектирани во финансиските извештаи се, во сите материјални

аспекти, во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.
Оваа одговорност вклучува извршување на постапки за добивање ревизорски докази за тоа дали приходите и трошоците се користени за планираните намени утврдени од страна на законодавецот. Таквите постапки вклучуваат и процена на ризикот од неусогласеност.
Ревизијата е извршена во согласност со Ревизорските стандарди на Врховните ревизорски институции (ISSAI). Овие стандарди налагаат да ги почитуваме етичките барања и да ја планираме и извршиме ревизијата со цел да добиеме разумно уверување за тоа дали финансиските извештаи се ослободени од материјално погрешни прикажувања. Ревизијата вклучува извршување на постапки за прибавување на достатни соодветни ревизорски докази како поткрепа на нашите заклучоци. Избраните постапки зависат од расудувањето на ревизорот, вклучувајќи ја и проценката на ризикот од материјална неусогласеност, без разлика дали е резултат на измами или грешки.

При процена на ризикот, ревизорот ги разгледува внатрешните контроли релевантни за подготвување и објективно презентирање на финансиските извештаи со цел да се дизајнираат ревизорски постапки кои се соодветни во околностите, но не за целите на изразување на мислење за ефективноста на внатрешните контроли на субјектот. Ревизијата исто така вклучува оценка на соодветноста на користените сметководствени политики и на разумноста на сметководствени проценки направени од страна на раководството на субјектот, како и оценка на севкупното презентирање на финансиските извештаи. Веруваме дека ревизорските докази коишто ги имаме прибавено се достатни и соодветни за да обезбедат основа за нашето ревизорско мислење.

2. Цели, заснованост и период на вршење на ревизијата

2.1. Цел на ревизијата на финансиските извештаи е да му овозможи на ревизорот да добие разумно уверување за тоа дали финансиските извештаи земени како целина се ослободени од материјално погрешни прикажувања било поради измама или поради грешка, овозможувајќи му на ревизорот да изрази мислење за тоа дали финансиските извештаи се изготвени, во сите материјални аспекти, во согласност со применливата рамка за финансиско известување и да известува за финансиските извештаи и да комуницира, во согласност со ревизорските наоди.

Цел на ревизијата на усогласеност во врска со ревизијата на финансиските извештаи е ревизорот да добие разумно уверување за тоа дали активностите, финансиските трансакции и информациите рефлектирани во финансиските извештаи се, во сите материјални аспекти, во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики и да ја известува законодавната власт и други соодветни тела за наоди и расудувања.

2.2. Финансиските извештаи кои се предмет на овој извештај се засновани врз завршната сметка составена според применливата рамка за финансиско известување во Република Македонија.

2.3. Ревизијата од точка 1.1. погоре е планирана и извршена во периодот од 06.03. до 30.05.2018 година кај Фондот за здравствено осигурување на Македонија од тим на Државниот завод за ревизија.

3. Осврт на ревизијата од претходната година – спроведување на препораките

Ревизијата од точка 1.1. погоре опфати и ревизија на спроведување на препораките дадени во Конечниот извештај на Овластениот државен ревизор за 2015 година, при што е констатирано дека дел од препораките се спроведени, а останатите препораки кои се наоѓаат во различна фаза на реализација опфатени се во овој Извештај.
Во Прилог 3 кон овој извештај, дадени се резултатите од извршената ревизија на спроведување на препораките дадени во Конечниот извештај на Овластениот државен ревизор за 2015 година.

4. Наоди и препораки

Прашањата кои ги покрива овој извештај беа дискутирани на завршниот состанок одржан на 13.06.2018 година со раководството и одговорните лица на субјектот - предмет на ревизија.
На ден 16 и 20.08.2018 година добиено е известување на Нацрт извештајот за извршената ревизија на финансиски извештаи и ревизија на усогласеност за 2017 година на Фонд за здравствено осигурување на Македонија број 02-10634/2 од 17.08.2018 година, од г. Данаил Дончев и г. Орхан Рамадани, директори на Фондот, заведени во Државниот завод за ревизија под број 16-146/6 од 20.08.2018 година и произнесување од д-р Сашо Стефаноски поранешниот директор на Фондот, заведено во Државниот завод за ревизија под број 16-146/8 на 16.08.2018 година.
Известувањата се разгледани од страна на овластениот државен ревизор при што укажувањата дадените за точката 1.7 од образложенијата кон финансиските извештаи се вградени во истите додека преостанатите не се прифатени.

Констатирани се следните состојби:

4.1. Усогласеност со закони и прописи

4.1.1. Со извршениот увид во Правилниците за внатрешна организација и систематизација на работните места констатиравме дека во текот на 2017 година од девет сектори, четири функционираат без да биде назначен директор,

а овластувања за извршување на работите во надлежност на директорот со решение од страна на раководството на субјектот се дадени на раководителите на одделенијата, секој во својот домен на работа. Поради горенаведената состојба контролите кои се предвидени да ги врши повисоко хиерархиско ниво се пренесени на пониско ниво, што не е во согласност со член 7 од Законот за јавна внатрешна финансиска контрола и создава ризик од несоодветно разграничување на дел од одговорностите кај поедини вработени и ризик од несоодветно реализирање на активностите на секторите.

Оваа состојба е констатирана и со извршените ревизии во 2014 и 2016 година година, при што е истакнато дека воспоставениот систем на распоредување на вработените не треба да претставува трајно решение за пополнување на раководните места во субјектот и истото придонесува дел од вработените да извршуваат работни задачи со повисок степен на сложеност за понизок надоместок. Во текот на 2013 и 2014 година до Министерството за финансии доставени се барања за добивање на согласност за вработување за пополнување на овие работни места, но добиен е негативен одговор. Оттогаш не се доставени дополнителни барања. Иако, како можност за надминување на оваа состојба е унапредувања во раководни лица од постоечкиот кадар, органите на управување и раководење не барале согласности за унапредување од Министерството за финансии.
Во текот на 2018 година врз основа на спроведен интерен оглас за унапредување на административен службеник, назначен е директор на Сектор за финансиски прашања.

Препорака

Органите на управување и раководење на Фондот да преземат активности за пополнување на испразнетите раководни места во секторите и пристапат кон пополнување на истите по обезбедувањето на потребните согласности од надлежните органи за обезбедени финансиски средства.

4.1.2. Начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство е регулиран со Законот за здравствено осигурување и посебен Правилник[1].
Постапката за упатување на лекување во странство се поведува по барање на осигуреното лице до Фондот со приложување на потребната документација утврдена со Правилникот. Предлогот за упатување го дава клинички конзилиум од најмалку тројца лекари од соодветната универзитетска клиника во кој се дава мислење дека заболувањето не може да се лекува во Републиката.
Врз основа на предлогот за упатување на лекување во странство и бараната документација, оценка и мислење дава Првостепената, односно Второстепената

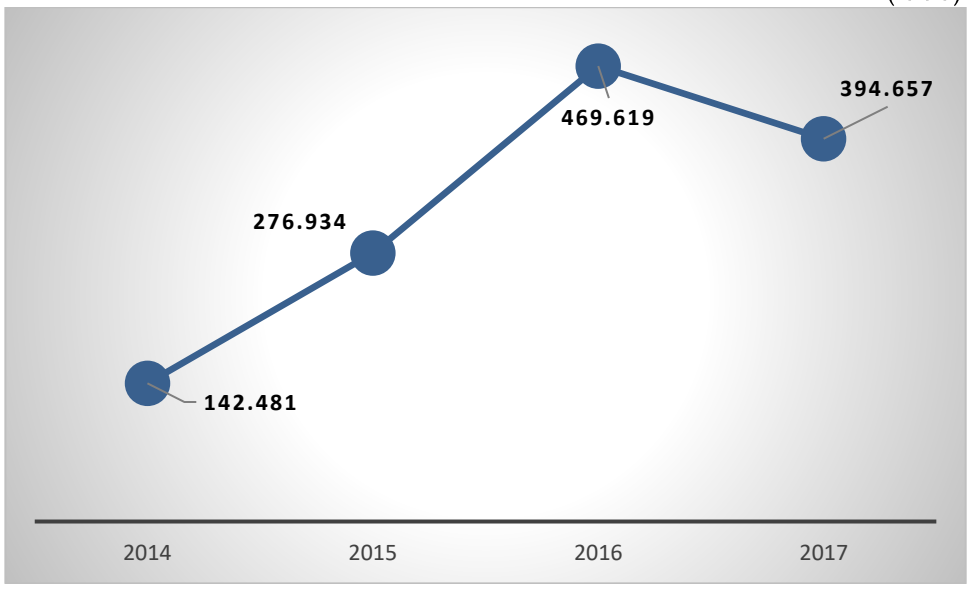
[1] Правилник за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство со кој се уредува начинот на користење на болничко лекување на осигурените лица во странство, („Службен весник на Република Македонија“ број 48/2015).

лекарска комисија за лекување во странство при Фондот. Комисиите се формирани од директорот, односно Управниот одбор на Фондот и се состојат од по 7 членови и нивни заменици од истакнати медицински лица од различни субспецијалности.
Во работата на седниците на комисиите учествуваат тројца вработени лица во својство на секретари, поради давање на потребни податоци и објаснување за предметите.
Во рамки на првостепената постапка, позитивните мислења на првостепената задолжително ги преиспитува и второстепената лекарска комисија, која дава позитивен или негативен наод, оценка и мислење врз основа на што првостепената лекарска комисија изготвува Решение кое го донесува директорот на Фондот. Негативните мислења во првостепената постапка, второстепената комисија не ги преиспитува и за нив директорот на Фондот донесува Решение.
Против ова решение, осигуреното лице може да поднесе жалба до Управниот одбор, кој во рок од 30 дена носи конечно решение врз основа на мислење од второстепената лекарска комисија за лекување во странство. За спроведување на овие активности воведен е посебен Модул во информациониот систем.

Во текот на 2017 година за лекување во странство исплатени се 394.658 илјади денари. Движењето на овие расходи во последните години е дадена во Графиконот подолу.

Графикон бр.1

('000) денари



Врз основа на направената анализа и увид во документите за лекување во странство ревизијата ги констатира следните слабости:

- иако работењето на комиисите е согласно Законот за општа управна постапка и Законот за здравствено осигурување, формирањето и функционирањето на комисиите во рамки на иста постапка и орган отстапува од општата управна постапка, во која не е предвидено второстепената комисија да учествува и одлучува во прв степен. На овој начин не е обезбедена соодветна правна заштита односно,
    - при преиначување на позитивното во негативно мислење од страна на второстепената комисија во првостепената постапка, барателот нема можност да изјави жалба во втор степен во друга комисија, освен истата второстепена која учествувала во одлучувањето во прв степен.
    - второстепеност не е обезбедена и во услови кога барателот и покрај позитивното мислење од двете комисии е незадоволен од елементите во донесеното решение кои се однесуваат на изборот на болницата, роковите за постапување и слично.

Наведеното не е во согласност со член 14 од Законот за општа управна постапка;

- постапката за упатување за лекување во странство не е уредена како посебен вид постапка, односно има третман како општа управна постапка. Карактеристиките на ваквиот вид постапки, кои се сложени, со долги рокови и обемна документација, не одговараат на спецификите и суптилноста на активностите во постапката за упатување на лекување во странство. Имено, во 30% од донесените решенија за лекување во странство, пробиен е законскиот рок од 45 дена предвиден за решавање. Ова се должи на функционирање на две комисии во прв степен, незавршени подготвителни активности од страна на клиниките, востановената пракса лекарските комисии за најголем дел од предметите да ја користат предвидената можност за дополнително барање стручни мислење и одложување на решавање на предметот, долгите рокови за поединечни постапувања и сл. Исто така, кога станува збор за дополнителните трошоци кои произлегуваат од самото лекување во странство, често недостигаат соодветни документи, спецификација и дијагностички постапки кои се неопходни за одлучување на комисиите. Врз основа на ова, ревизијата констатира дека вака уредена постапката, влијае на оддолговекување на упатувањето во странство, а со тоа и на успешноста на лекувањето и додадената вредност на потрошените буџетски средства.

  Наведеното не е во согласност со член 31 од Законот за здравствено осигурување, начелото за ефикасност и ефективност во управувањето со буџетските средства предвидено во член 3 од Законот за буџетите и начелото за ефикасност на здравствена заштита предвидена со член 7 од Законот за здравствена заштита.

- Во актите за систематизација и организација не е предвиден организационен облик (оддел или одделение) во кој ќе бидат делегирани надлежности и активности поврзани со процесот на упатување за лекување во странство.

Предвидено е работно место самостоен советник за лекување во странство во рамки на Правниот Сектор и истото не е пополнето. За спроведување на активностите поврзани со овој процес назначени се секретари на комисиите за чии редовни работни места согласно актите за организација и систематизација не се предвидени работни активности поврзани со оваа постапка, а надлежностите се делегирани со посебно решение. Правниот сектор врши формално правна контрола на законитоста на постапката, како и за сите други видови постапки како дел од редовните работни активности. Во зависност од начинот на плаќање (авансно или со двојазичен образец[2]) кон странските здравствени установи во овој процес се вклучува Секторот за меѓународна соработка при изготвување и одобрување на двојазичниот образец.

Во отсуство на соодветен организационен облик со прецизно дефинирани надлежности за следење и контрола се јавуваат повеќе слабости:

- не е обезбедена соодветна контрола на работењето на секретарите на комиисиите и кординацијата на нивните активности.
  Исто така не се врши ex-post контрола во процесот, односно фактурите и медицинскиот извештај кои странските болници ги доставуваат до Фондот по завршување на лекувањето, се доставуваат директно во сметководството каде автоматски се врши плаќањето. Поради ова постои ризик да се изврши плаќање за несоодветни или неизвршени услуги;
  Наведеното не е во согласност со член 7 и 16 од Законот за јавна внатрешна финансиска контрола;
- во сметководствената евиденција на позицијата Дадени аванси во болници во странство на 31.12.2017 година евидентирани се средства во износ од 313.596 илјади денари. Во отсуство на евиденција и информација за статусот на лекувањата (дали истите се завршени или се во тек) како и поради потешкотиите во обезбедувањето на отпусни листи, фактури и медицинска документација од странските здравствени установи каде се завршени лекувањата, Фондот нема информација колкав дел се однесуваат на незавршени односно завршени лекувања и не се врши навремено утврдување на висината на трошоците за болничките лекувања во странство. Наведеното не е во согласност со начелото за ефикасност и ефективност во управувањето со буџетските средства предвидено во член 3 од Законот за буџетите;
- не е воспоставен систем на следење ниту пак се прават анализи на успешноста на лекувањата во поединечните болници. Имено, и покрај тоа што во Правилникот е предвидено, осигуреникот по завршеното лекување во странство со отпусното писмо да се јави на преглед во клиниката која го издала предлогот и врз основа на извршениот преглед и медицинската документација од странската здравствена установа, клиниката треба да достави до Фондот медицински извештај за успешноста на извршеното

[2] образец кој произлегува од меѓународните договори за социјално осигурување и се изготвува на македонски и јазикот на државата со која е склучен договорот

лекување, истото не се спроведува. Во отсуство на овие информации во Модулот за лекување во странство, Фондот нема податоци за успешноста на лекувањата врз основа на кои би се утврдиле приоритетни болници за успешно лекување на одделни заболувања. Поради тоа, постои ризик за неефикасно лекување како и неефикасно трошење на ограничените буџетски средства. Отсуството на листа на приоритетни болници исто така овозможува нееднаков третман на осигуреници во однос на изборот на болницата. Наведеното не е во согласност со член 18 и 19 од од Законот за јавна внатрешна финансиска контрола како и член 20 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство.

Препорака

Органите на управување и раководење на Фондот да преземат активности за:

- иницирање измени во Законот за здравствено осигурување во насока на исклучување на Второстепената комисија за лекување во странство од првостепената постапка и уредување на постапката за упатување на лекување во странство како посебен вид на постапка со пократки рокови и намалување на обемот на документација;
- систематизирање посебен организационен облик во актите за систематизација и организација со прецизно дефинирани надлежности за спроведување, следење и контрола на активностите поврзани со овој процес;
- воведување контрола на содржината на доставените фактури од здравствени установи од странство од страна на медицински лица;
- воведување контролни механизми со кои ќе се обезбеди спроведувањето на одредбите во Правилникот со кои е дадена обврската на осигуреникот по завршеното лекување во странство со отпусното писмо да се јави на преглед во клиниката која го издала предлогот и обврска на клиниката да достави до Фондот медицински извештај за успешноста на извршеното лекување;
- изготвување база на податоци и рангирање на здравствени установи од странство според успешноста во лекувањето на различни видови заболувања.

4.1.3. Остварувањето на правото за ортопедски помагала предвидено во член 9 од Законот за здравствено осигурување е регулирано со Правилник за индикациите за остварување на правото на ортопедски и други помагала донесен од Фондот. Согласно овој Правилник, правото се остварува преку шест ортопедски куќи во Република Македонија со кои Фондот има склучено договор, а активностите во врска со заверките и издавањето се вршат електронски преку Информацискиот систем на Фондот во Модулот за ортопедски помагала.

Поради констатирани нерегуларности и злоупотреби во начинот на издавањето на едно ортопедско помагало во ортопедските куќи од страна на Секторот контрола во Фондот во октомври 2016 година, донесена е одлука за раскинување на договорите за издавање на ортопедски и други помагала со сите шест ортопедски куќи. Покрената е судска постапка и висината на тужбеното барање е 68.249 илјади денари. За водење на постапката ангажирана е адвокатска канцеларија за која се плаќа месечен паушал од 52 илјади денари, а до денот на ревизијата се исплатени вкупно 987 илјади денари.

По раскинувањето на овие договори, за извршување на дел од овие услуги склучени се договори со аптеки, врз основа на јавен повик.
Со увид во документацијата и преземените активности поврзани со ова го констатиравме следното:

- И покрај тоа што Фондот има пракса на раскинување на договори само за дел од услуги од едно правно лице, договорите се раскинати целосно, а не само за спорното ортопедско помагало. Со раскинување на договорите сторнирани се обврски кои се однесуваат за сите заверки на ова ортопедско помагало од почеток на 2016 година во износ од 19.850 илјади денари, без утврдување на точниот број на спорните заверки. Поради наведеното, постои ризик од покренување на тужби против Фондот од страна на ортопедските куќи кои ќе предизвикаат дополнителни трошоци;
- Со новосклучените договори со аптеките не се понудени и опфатени индивидуалните ортопедски помагала. И покрај тоа што пациентите имаат право на рефундација доколку ги купат со сопствени средства[3] треба да се има предвид дека најголем дел од индивидуалните помагала се со висока вредност и корисниците често не можат да одвојат средства за набавка на истите.

  По увидување на оваа состојба преку втор јавен повик објавен во 2016 година, склучени се договори со аптеки и една ортопедска куќа за најголем дел од индивидуалните ортопедски помагала. Но и понатаму нивното обезбедување е отежнато затоа што истите се прилагодуваат за секој пациент посебно, за што се потребни посебни услови со кои дел од аптеките не располагаат и покрај тоа што имаат дозвола за работа за издавање на ортопедски помагала од МАЛМЕД, што создава дополнителни компликации за пациентите.

  Обезбедување на спорното помагало и понатаму се врши преку рефундација, односно истото не е опфатено со склучените договори.

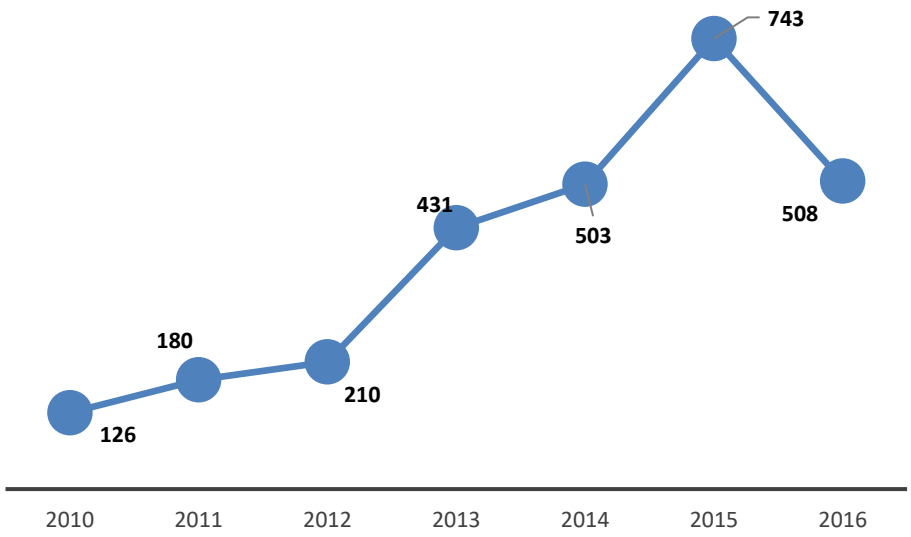
  Поради наведеното се доведува во прашање остварувањето на правата од здравственото осигурување во делот на ортопедските помагала;
- Врз основа на последните измени на Правилникот[4], во тек се активности за склучување на договори со сите ортопедски куќи кои ќе доставаат понуда до Управниот одбор на Фондот, со што се очекува настанатите проблеми да се

[3] член 106 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.
[4] Правилник за индикациите за остварување на правото на ортопедски и други помагала

надминат. Во модулот за ортопедски помагала постојат функционалности кои овозможуваат следење на сите активности поврзани со истите, врз основа на кои можат да се прават анализи на трендовите на обемот на заверки и трошоците поврзани со секое ортопедско помагало. Констатиравме дека бројот на заверки на помагалото за кое се утврдени нерегуларности бележи тренд на енормен раст од 2010 – 2016 година прикажано во **Графиконот бр.2.**

Истото не е воочено поради тоа што во претходниот период и покрај константниот пораст на вкупните расходи за рефундација на сите ортопедски помагала од година во година не е направена подетална анализа на трендовите за издавање на ортопедските помагала од страна на Комијата за ортопедски помагала и Одделението за план и анализа во рамки на Сектор за финансиски прашања, ниту е правена внатрешна ревизија на функционирањето на овој процес. Имено, од 398.318 илјади денари во 2012 година висината на овие расходи во 2017 година изнесува 568.978 илјади денари, што претставува зголемување за 43%.

Графикон бр.2. Број на заверки на спорното помагало



Во текот на 2017 спорното помагало не се издава.

- Во текот на 2016 и 2017 година судските постапки не се завршени, односно водени се подготвителни рочишта, а започнувањето на судскиот спор неколку пати се одложува, а на ангажираниот адвокат редовно му се исплаќани месечните паушали.
  Во октомври 2017 година склучени се два договора за адвокатски услуги со две адвокатски канцеларии за изготвување правни мислења и анализи на веќе оформените судски предмети кои се однесуваат на констатираните

неправилности при издавањето на овие ортопедски помагала. При тоа констатирано е следното:

- во Правниот секторот на Фондот, систематизирани се три одделенија[5] со 14 вработени во рамки на кои функционираат оддел за нормативно правни работи и оддел за поведување и следење на судски постапки и воспоставена е пракса вработените да ги водат судските спорови. Во рамки на овој Сектор до денот на ревизијата се водат 22 судски предмети, а правниците во подрачните служби водат 11 судски предмети. Констатиравме дека ангажирањето на адвокатите за давање стручни мислења не е по барање на Правниот сектор, во кој воопшто не се доставени документи поврзани со овие договори;
- при склучување на договорите на адвокатските канцеларии исплатени се аванси во висина од 50% од вкупниот износ на договорите, а останатите 50 % се исплатени во јануари 2018 година по предавањето на правните мислења. Авансното плаќање како инструмент за плаќање е предвиден со Законот за облигациони односи и се однесува на почетни трошоци кои се потребни за извршување на одредена услуга или работа. Со направената анализа констатиравме дека предмет на овие договори не се активности кои предизвикуваат подготвителни трошоци.

Од друга страна склучен е договор со адвокатска канцеларија во износ од 580 илјади денари, за правни мислења и анализа на веќе склучени договори на Фондот со трети правни лица кои вршат специјализирана примарна здравствена заштита. При тоа, не е јасно дефинирано за колку договори треба да се дадат правни мислења. Потребно е да истакнеме дека во прашање се формати/модели на договори подготвени од стручните служби во Фондот кои се обновуваат на пет години и во изминатиот период не се покренати судски постапки или давани забелешки за формата на истите. Во рамки на Правниот Сектор функционира Одделение за договори со здравствени установи со Оддел за примарна здравствена заштита во чија надлежност се изготвување и измена на договорите склучени со трети лица.

Поради наведеното ревизијата не се увери во оправданоста за направените трошоци за адвокатски услуги во износ од 2.655 илјади денари, како и за исплатата на аванси пред извршување на услугите што не е во согласност со член 3 и 37-б од Законот за буџети и Законот за извршување на Буџетот на Република Македонија за 2017 година.

[5] Одделение за здравствено осигурување и нормативно правни работи со Оддел за нормативно правни работи и Одделение за регрес и судски постапки со Оддел за поведување и следење на судски постапки

Препорака

Органите на управување и раководење на Фондот да ги преземат следните активности:

- обезбедување достапност на осигурениците до сите ортопедски помагала;
- анализа на невообичаените трендови на трошоци поврзани со ортопедските помагала и преземање навремени активности за утврдување на причините за истото;
- да се преиспита потребата од користење надворешни услуги за активности кои се дел од надлежностите на вработените и можат да се спроведат од вработените во секторите во Фондот.

4.1.4. Врз основа на Законот за придонеси за задолжително социјално осигурување, контролата, утврдувањето, наплатата, присилната наплата, застареноста и отпишувањето на придонесите ги врши УЈП. Согласно членовите 21 и 23 од овој Закон, УЈП и институциите за задолжително социјално осигурување имаат обврска за размена на податоци за обврзниците за плаќање на придонесите, обврзниците за пресметка и уплата на придонесите, основиците на придонесите, износите на пресметани, наплатени и ненаплатени придонеси, како и други службени податоци поврзани со придонесите и персоналниот данок на доход. За исполнување на оваа законска обврска, УЈП, Фондот, ПИОМ и АВРМ имаат склучено меѓусебен Договор за евидентирање и следење на побарувањата, во кој не е утврдена обврска УЈП да ги достави законски предвидените информации до институциите, поради што УЈП до Фондот квартално доставува само кумулативен износ на пресметаниот, а неплатен придонес за здравствено осигурување од страна на обврзникот за пресметка и уплата на придонеси за социјално осигурување. Од друга страна, со истиот Закон не е предвидена обврска за начинот на генерирање на потребните податоци и информации за побарувањата од оние обврзници за пресметка и уплата на придонеси за социјално осигурување кои воопшто не доставиле месечна пресметка за интегрирана наплата на придонеси и персонален данок, односно не извршиле пријавување на висината на износот кој имаат обврска да го уплатат на соодветни уплатни сметки на носителот на платен промет.

Во недостиг на податок за висината на непријавените побарувања, во информатичкиот систем на Фондот кој има база на сите обврзници за плаќање придонес, направено е задолжување со употреба на минималнатата основица за пресметка на придонесите, а висината на потенцијалните побарувања, кои се користат само како споредбен податок, се многу повисоки од податокот добиен од УЈП.

Наведеното влијае врз комплетноста на искажаните побарувања по основ на неплатен придонес во Билансот на состојба на Фондот.

Оваа состојба е истакната и во ревизорските извештаи за направените ревизиите за 2015 и 2016 година, но се уште не е постапено по препораките.

Препорака

Органите на управување и раководење да преземат активности за размена на податоци за обврзниците за плаќање на придонесите, обврзниците за пресметка и уплата на придонесите, основиците на придонесите, износите на пресметани, наплатени и ненаплатени придонеси, како и други службени податоци поврзани со придонесите и персоналниот данок на доход пропишани согласно Законот за придонеси за задолжително социјално осигурување.

4.1.5. Со увид во документацијата и актите на Фондот констатиравме дека последниот донесен Стратешки план е за период 2010-2015 година и истиот не е ажуриран, донесената Стратегија за управување со ризици не ги содржи законски предвидените елементи, ниту пак е донесена Стратегија за ИТ системот.

Во отсуство на стратешки документи не се идентификувани значајните ризици коишто можат да имаат негативно влијание врз ефективноста и ефикасноста во работењето и остварувањето на целите на Фондот и не се утврдени соодветни внатрешни контроли за управување со ризиците. Еден од тие ризици е и одливот на кадар во ИТ Секторот, кој може да го доведе во прашање функционирањето и ажурноста на воспоставените системи во Фондот.
Имено, Секторот за информатика во кој се систематизирани 4 одделенија, се соочува со сериозен одлив на кадар во последните две години. Од вкупно 18 вработени во 2016 година до денот на ревизијата бројот на вработени во овој сектор е 5. Од друга страна, сите деловни процеси преку кои се остваруваат правата од здравственото осигурување во најголем дел се автоматизирани за што се користат околу 30 апликативни модули и обработката на податоците на подрачните служби е централизирана. Со воведување на е-услугите дел од услугите кои претходно се извршуваа на шалтерите на Фондот, се остваруваат преку web порталот. За воспоставување на информациониот систем и одржување на истиот се потрошени значајни буџетски средства на Фондот во последните години.
Во текот на 2016, 2017 и 2018 година од страна на Секторот за информатика доставени се дописи до одговорните лица на Фондот, во кои е укажано на проблемите со кои се соочува секторот, но до денот на ревизијата не се преземени активности за подобрување на состојбата.

Оваа состојба влијае на одржливоста, квалитетот, контролата и точноста на податоците кои се обработуваат со информациониот систем, како и на начинот и времето на чекање за остварувањето на правата од здравствено осигурување. Наведеното не е во согласност со член 13, 15 и 17 од Законот за јавна внатрешна финансиска контрола.

Препорака

Органите на управување и раководење да преземат активности за:
- донесување на Стратешки план за работењето на Фондот, Стратегија за ИТ системот, како и ажурирање и дополнување на Стратегијата за управување со ризици со сите законски елементи;
- пополнување на испразнетите работни места во Секторот за информатика.

4.2. Финансиски извештаи

4.2.1. Со извршената ревизија на преземените активности за вршење попис и Извештајот изготвен од Централната пописна комисија за извршениот попис на средствата, обврските и побарувањата со состојба на 31.12.2017 година, ревизијата го констатира следното:
- одлуката од Управниот одбор за усвојување на Извештајот од пописната комисија за попис на средствата, побарувањата и обврските донесена е со задоцнување на 09.03.2018 година, по законски утврдениот рок 08.02.2018 година;
- и покрај укажувањата на ревизијата во претходните ревизии, се уште не е воспоставена материјална и финансиска евиденција на залихите поради што не е направен попис на истите. Потрошокот на материјали во текот на годината изнесува 5.756 илјади денари;
- не се води сметководствена евиденција на уметничките слики во сопственост на Фондот, направен е само физички попис без утврдена вредност на истите.

Имајќи предвид што Одлуката на Управниот одбор за усвојување на извештајот за попис е донесена по доставување на завршната сметка до надлежните органи, не е извршено усогласување на фактичката со сметководствената состојба што има влијание врз финансиските извештаи.

Поради наведеното ревизијата констатира дека при извршениот попис не се испочитувани во целост одредбите на Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници и Правилникот за сметководство на буџети и буџетски корисници што има влијание врз реалното и објективно прикажување на одредени позиции во финансиските извештаи на Фондот.

Препорака

Органите на управување и раководење да преземат мерки за:
- навремено донесување на Одлуката за усвојување на Извештајот од пописната комисија;
- задолжување на одговорните лицата да ги преземат потребните активности за воведување на материјална евиденција на залихите и евидентирање на уметничките слики во сметководствената евиденција.

4.2.2. На позицијата Постојани средства искажани се средства во износ од 569.054 илјади денари. Со увид во сметководствената евиденција и поткрепувачката документација, ревизијата ги утврди следните состојби:

- на позицијата Материјални средства во подготовка во износ од 5.324 илјади денари евидентирана е локација за изградба на детско - школски диспанзер преотстапена врз основа на Одлука за отстапување од 1991 година од јавна здравствена установа. До денот на ревизијата, не се преземени активности, ниту се дадени насоки за понатамошно постапување и покрај препораките во конечниот извештај за извршената ревизија на регуларност за 2015 година;
- за седум градежни објекти со вредност од 39.633 илјади денари за кои како сопственици или корисници во имотните листови се наведени Фондот и ПИОМ, се уште не е утврдена поединечната вредност потребна за запишување на правата на сопственост;
- за евидентираните градежни објекти во пет подрачни служби во вкупен износ од 25.829 илјади денари, Фондот не располага со документ за запишано право на сопственост;
- за осум подрачни служби извршено е запишување на правото на сопственост на земјиштето, но не е извршена проценка на пазарната вредност на земјиштето и нивно евидентирање во деловните книги.

Горенаведените состојби не се во согласност со одредбите од член 57 од Законот за катастар на недвижности, член 12 од Законот за сметководство на буџет и буџетски корисници и Правилникот за сметководство за буџети и буџетски корисници и влијаат на реалноста и веродостојноста на искажаните податоци во финансиските извештаи.

Во март 2016 година Фондот има доставено барања до Министерството за транспорт и врски за утврдување на правниот статус на бесправните објекти од значење за Републиката, бесправни објекти од локално значење и бесправни објекти на здравствени установи за примарна, секундарна и терцијална здравствена заштита за неколку подрачни служби, но до денот на ревизијата не е добиен одговор.

Препорака

Органите на управување и раководење на Фондот да ги преземат следните мерки и активности:

- формирање комисија за утврдување на состојбата во која се наоѓа доделената локација за изградба на детски диспанзер и да се дадат насоки за понатамошно постапување;
- да се продолжи со активностите за иницирање за вршење премер на градежните објекти каде како сопственици или корисници во имотните

листови се наведени Фондот и ПИОМ, со цел поединечно запишување на правата на сопственост;
- да се продолжи со активностите за запишување на правото на сопственост на објектите и земјиштето кои не се запишани кај Агенцијата за катастар на недвижности како и
- да се изврши проценка на пазарната вредност на земјиштето на осум подрачни служби и нивно евидентирање во деловните книги на Фондот.

4.2.3. Со направената ревизија на усогласеност на следењето на подмирувањето на обврските за плаќање на пристигнатите, а неплатени придонеси за задолжително здравствено осигурување во 2017 година за периодот од 2009 до 2016 година, утврдени се повеќе слабости во евиденцијата на побарувањата по основ на овие придонеси во вкупен износ од 1.624.243 илјади денари, кои имаат влијание и во 2017 година. Констатирано е дека утврдениот износ на вкупниот неплатен придонес за задолжително здравствено осигурување кој настанал заклучно со 31.12.2008 година не е точно утврден како последица на некомплетна и неточна евиденција и отсуство на унифициран начин на следење на наплатата на овие побарувања во подрачните служби и централата. Исто така, констатирани се слабости во следењето на наплатата и отпишување на побарувањата (тужби и мирувања) за кои е исполнет законскиот основ.

Врз основа на препораките на ревизијата преземени се одредени активности за надминување на констатираните состојби, а со увид во преземените мерки како и документацијата и поединечните евиденции во подрачните служби во текот на оваа ревизија констатиравме дека дел од побарувањата кои мирувале и за кои се донесени решенија за отпис како и побарувањата од обврзници кои се ликвидирани се избришани од сметководствената евиденција во износ од 467.317 илјади денари но дел од нив се уште се во евиденција.
Поради наведеното, прикажаните позиции во Билансот на состојба не претставуваат реална слика за побарувањата по основ на неплатен придонес во Фондот. Наведеното е спротивно на членовите 19 и 22 од Законот за сметководство на буџетите и буџетските корисници.

Препорака

Органите на управување и раководење на Фондот да продолжат со активностите за реално прикажување на побарувањата по основ на неплатени придонеси за задолжително здравствено осигурување кои настанале заклучно со 31.12.2008 година.

Основ за изразување на мислење

Вкупниот ефект од утврдените состојби во точките 4.1. и 4.2. кои претставуваат основ за изразување мислење е:

- неправилности во извршен попис на средствата, побарувањата и обврските;
- некомплетна евиденција на земјиштето и градежните објекти;
- нецелосна евиденција на побарувањата по основ на неплатен придонес за здравствено осигурување;
- нереално прикажани побарувања по основ на неплатен придонес за здравствено осигурување кој настанал заклучно со 31.12.2008 година;
- слабости во постапката за упатување за лекување во странство;
- користење надворешни услуги за активности кои се дел од надлежностите и можат да се спроведат од вработените во секторите во Фондот и
- недонесени стратешки документи.

5. Ревизорско мислење

Мислење за финансиски извештаи

Според наше мислење, со исклучок на ефектот на прашањата изнесени во точката 4.2, финансиските извештаи ги прикажуваат вистинито и објективно, во сите материјални аспекти, финансиската состојба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на ден 31 декември 2017 година како и резултатите на финансиските активности за годината која завршува со тој датум, во согласност со применливата рамка за финансиско известување.

Мислење за усогласеност со закони и прописи

Според наше мислење, со исклучок на ефектот на прашањата изнесени во точките 4.1 и 4.2 активностите, финансиските трансакции и информации, рефлектирани во финансиските извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, во сите материјални аспекти се во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

6. Останати прашања

6.1. Согласно Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување средствата собрани по основ на придонес за здравствено осигурување се приход на Фондот. За одредени категории на осигуреници, придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, дадени во Табелата подолу.

Табела 1. Структурата на приходот од придонесот

Придонеси од плати за социјални фондови	2014		2015		2016		2017	
	износ	%	износ	%	износ	%	износ	%
Придонеси од бруто плати и надоместоци	12.584.771	62%	13.654.255	62%	14.346.674	61%	15.024.615	62%
АВРМ-невработени кои примаат паричен надоместок	136.050	1%	109.449	0,50%	84.054	0,4%	69.086	0,3%
ПИОМ - пензионери	5.421.470	27%	5.954.223	27%	6.335.803	27%	6.571.272	27%
Министерство за здравство- неосигурени лица	2.105.961	10%	2.206.000	10%	2.440.000	10%	2.403.549	10%
МТСП- осигуреници со социјални права	131.123	1%	128.043	1%	125.610	0,5%	128.840	0,5%
Вкупни	**20.379.375**	**100%**	**22.051.970**	**100%**	**23.332.141**	**100%**	**24.197.362**	**100%**

Имајќи ги превид исклучоците во висината на стапката за одредени категории осигуреници (активни земјоделци, пензионери и невработени лица), ефективната стапка на придонес во 2017 година изнесувала 5.18% што е за 2,12% пониска од основната[6].
Според официјалните податоци на Светската здравствена организација според вредноста на индикаторот[7] добиен како однос на вкупните јавни расходи за здравство во споредба со БДП, Република Македонија постојано се наоѓа меѓу последно рангираните земји, а вредноста на индикаторот има опаѓачки тренд.

Согласно поставеноста на системот на осигурување во Република Македонија, од вкупно 1.872.466 осигурени лица во 2017 година, 47% (873.505 лица) плаќаат придонес, за 15% (291.168 лица) плаќа државата, а 38% (707.792 лица) се лица кои не се обврзници за плаќање придонес, односно се членови на семејството. Прикажано во Табела бр.2 и Графикон бр.3.

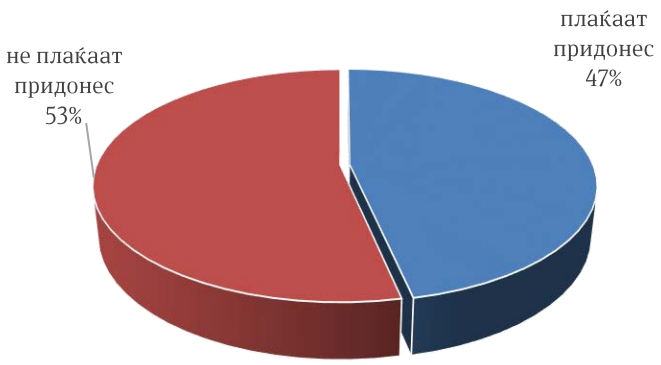
[6] Годишниот извештај на Фондот за 2017 година

[7] 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.

Табела бр.2 Структура на осигурениците и нивното учество во плаќањето на придонесот

Вкупно осигуреници	**број**	**% на учество**
1. носители на осигурување	**1.164.674**	**62,20%**
1.1. вработени лица	570.690	49,00%
1.2. пензионери	302.815	26,00%
1.3. невработени за кои плаќа Министерството преку програма	256.228	22,00%
1.4. останати	34.940	3,00%
2. членови на семејство	**707.792**	**37,80%**
Вкупно	***1.872.466***	***100%***
Вкупно осигуреници	**број**	**% на учество**
Осигурени лица кои плаќаат придонес (1.1 + 1.2)	**873.505**	47%
Осигуреници за кои плаќа државата (1.3 +1.4))	**291.168**	15%
Осигурени лица кои не плаќаат придонес (2)	**707.792**	38%
Вкупно осигуреници	**1.872.466**	**100%**

Графикон 3. Структура на осигуреници



Согласно направената анализа може да се констатира дека ваквата поставеност на системот за задолжително социјално осигурување уреден со Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување согласно кој сите граѓани имаат право на здравствено осигурување вклучувајки ги и активните и пасивните баратели на работа, структурата на осигурениците, висината на ефективната стапка на придонес за здравствено осигурување и приходот кој се остварува по овој основ, во услови на стапка на невработеност од 22,4% во 2017 година[8], имаат неповолно

[8] Извор: Државен завод за статистика

влијание на одржливоста на постоечкиот систем на здравствено осигурување уреден со Законот за здравствено осигурување.

6.2. Со воведувањето на концептот купување на услуги, утврдувањето на надоместоците на здравствените установи се врши со анализи на критериумите предвидени со Одлуката[9] за утврдување на критериуми за утврдување на буџетот на здравствените установи. При анализата се вклучуваат и разгледуваат предвидените критериуми за распределба, но со оглед на тоа што договорениот надоместок не е резултат на едноставни пресметки и истиот е само основа за преговарање, не можеме да се увериме дека утврдениот надоместок за секоја ЈЗУ во Одлуката на Управен одбор на Фондот е исклучиво резултат на извршена анализа.
Исто така, констатиравме недоследно почитување на концептот на купување на услуги предизвикано со законската обврска Фондот да обезбеди средства за целосно функционирање на неодржливите 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 не се утврдени критериуми, ниту пак е јасно дефинирано што подразбира целосното финансирање на одредени ЈЗУ.
Од вкупно 114 ЈЗУ, бројот на неодржливи здравствени установи во 2017 година изнесува 27 за кои Фондот врз основа на изготвена Информација[10] со Одлука на Владата обезбедува средства за целосно функционирање.

Во групата на неодржливи влегуваат:

- ЈЗУ со недовршени реформи и трансформација (здравствени домови и општи болници) кои функционираат со предимензиониран административен кадар;
- здравствените домови, поради несооодветното вреднување на здравствените услуги кои ги извршуваат;
- болници и универзитетските клиники 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;
- 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;
- болници кои поради недостиг на медицински кадри не се во можност да ги извршуваат предвидените здравствени услуги;
- универзитетски клиники, институти и заводи неусогласени со системот на вреднување на дел од здравствените услуги кои по својата специфика имаат

[9] 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

[10] 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 за 2017, 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 2017 година.

обврска да третираат или дијагностицираат специфични заболувања за кои се потребни скапи лекарства, 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 не е обезбедено вистинско купување на услуги односно, Фондот наместо да ги надоместува извршените здравствени услуги е принуден да обезбеди средства за целосно функционирање на неодржливите ЈЗУ. Дополнително, во недостиг на дефинирани критериуми за утврдување на надоместокот на неодржливите, не важат истите правила за распределба на средствата од Фондот и ЈЗУ имаат нееднаков третман и се ставени во нерамноправна положба. Поради наведеното се доведува во прашање ваквата поставеност на субјектите во овој процес.

6.3. Фондот ги плаќа здравствените услуги за осигурените лица на здравствените установи во мрежата согласно калкулативни елементи предвидени во Методологијата за утврдување на референтните цени донесена во текот на 2012 година.

Како споредбен показател при дефинирање на конечниот приод за утврдување на референтните цени согласно Методологијата, неопходни се повеќе видови финансиски анализи на трошоци за извршените здравствени услуги кои треба да ги прават ЈЗУ. Исто така како споредбен податок за висината на трошоците на ЈЗУ согласно Методологијата е предвидено при фактурирањето, паралелно да се користи и стариот Ценовник на здравствени услуги во Република Македонија од 1992 година.

Со извршената ревизија на успешност во текот на 2015 година и оваа ревизија констатиравме дека ЈЗУ и Фондот не ги прават потребните анализи на трошоци за приближување на референтните цени кон реалниот потрошок за единица здравствена услуга. Исто така констатиравме дека утврдените цени во Ценовникот искажани по видови на услуги, бодови за трудот на тимот што учествува во извршувањето на услугата и режиските трошоци се историски и нереални.

Во отсуство на евиденција на реалните трошоци на здравствените услуги Фондот не е во можност да направи целосна ревизија на референтните цени, ниту пак ЈЗУ можат агрументирано да иницираат и издејствуваат промена на утврдените референтни цени од страна на Фондот иако со Методологијата тоа е дадено како можност. Утврдената состојба влијае на реалноста на утврдените референтни цени и нивната прилагоденост кон актуелните состојби.

Во почетокот на 2016 година Фондот има доставено известување до сите ЈЗУ за напуштање на употребата на стариот ценовник од 1992 година како споредбен податок за висината на трошоците на ЈЗУ и истите се задолжуваат да ги утврдат реалните трошоци по пациент според соодветна методологија за утврдување на

трошоци за да се овозможи ревизија на референтните цени. Во прилог на известувањето доставени се и табели на калкулативните елементи кои учествуваат во формирањето на референтните цени на здравствените услуги и тоа: трудот на здравствените работници (потрошеното време и цената на трудот согласно Колективниот договор), трошоците за тековно одржување на опремата и објектите, режиските трошоци како и трошоците за лекови и медицински и немедицински материјали. Констатиравме дека овие активности се уште не се спроведуваат.

6.3.1. Проектот ЕЗК е една од компонентите на развојот и дигитализацијата на интегрираниот здравствен информациски систем предвиден со Стратегијата на Владата за развој на Македонски ИЗИС од 2006 година, а во функција на ефикасно обезбедување на здравствените услуги на пациентите, обезбедување на податоци за други здравствени сегменти како и намалување на трошоците (време и ресурси).
Министерството за здравство, врз основа на склучен Договор за набавка на систем во 2009 година и анекси на договорот во однос на елементите на истиот склучени до крајот на 2013 година, има набавено вкупно 2.000.000 картички како и 20.000 пилот картички за што се потрошени 341.438 илјади денари.
Движењето на ЕЗК до денот на ревизијата е прикажано во Табелата подолу.

Табела бр.3

година	Изработени и доставени до Фонд (персонализирани	персонализирани		
		Активни	Картички со поминат рок, изгубени/ оштетени	неподигнати
	1(2+3+4)	2	3	4
до 2014	1.847.206	нема поединечни податоци	нема поединечни податоци	109.551
2015/2016	152.794			18.000
пилот картички во 2010	20.000			0
Вкупно	**2.020.000**	956.252	936.197	127.551

Согласно Законот за здравственото осигурување од 2010 година било предвидено трошоците за првото издавање на електронската картичка на здравственото осигурување да се на товар на Министерството за здравство. Со измените на Законот во 2012 година трошоците за издавање на електронската картичка, за замена на загубена или оштетена, како и трошоците за повторно активирање на блокирана електронска здравствена картичка се на товар на осигуреникот. Средствата до 1 јануари 2014 година се уплаќале на сметката на Буџетот на Република Македонија, а потоа на сметката на Фондот.
По основ на сите горенаведени трошоци, до денот на ревизијата на сметката на

Фондот уплатени се 52.241 илјади денари.[11]

Согласно Законот за здравствено осигурување Фондот е надлежен за имплементација на системот и издавање на картичките за што Фондот и Министерството за здравство имаат склучено Договор за соработка.
ЕЗК не се применува во постоечките информатички системи на Министерството затоа што имплементацијата и практичната примена на истата, согласно горенаведената стратегија, е поврзана со функционирањето на ИЗИС, кој како и голем дел од активностите предвидени со стратегијата, не профункционира.
Прва примена ЕЗК добива со модернизацијата на ИТ системот на Фондот кон средината на 2013 година со воведување на сетот електронски услуги, каде картичката се користи за автентификација и дигитално потпишување од страна на осигурениците и здравствените работници. Во текот на 2014 година донесен е Заклучок на Влада согласно кој опремата поврзана со системот треба да ја преземе Фондот но поради техничка неможност[12] системот не е ставен во функција и се појавуваат проблеми околу навременото изработување на електронските картички за осигурениците и обезбедување континуитет во издавањето на истите.
Почнувајќи од 2017 година, завршува важноста на дигиталниот сертификат на картичките на голем дел од осигурениците, со што осигурениците и здравствените работници со неважечки дигитален сертификат на ЕЗК се соочуваат со проблеми при користење на дел од услугите, кои претходно ги користеле со помош на ЕЗК, за што Фондот ја известува Владата.
Постапувајќи согласно доставените информации, Владата има донесено Заклучок, Фондот да спроведе постапка за јавни набавки на консултант за анализа на системот на ЕЗК. Согласно склучениот договор во висина од 4.500 илјади денари, формиран е проектен тим составен од претставници на Фондот кои во соработка со консултантантот има изготвено анализа на потребите, понудени се неколку решенија, а подготвена е и предлог техничка спецификација за набавка на нов одржлив и стабилен систем за ЕЗК. До денот на ревизијата не е спроведена постапка за набавка на овој систем, поради што подолг временски период не се печатат електронски здравствени картички за осигурениците на Фондот.
Во август 2017 година, формирана е работна група со претставници од Фондот и Министерството за здравство за изнаоѓање на времено решение на проблемот со ЕЗК, која доставува предлог до министерот, воведување квалификуван дигитален сертификат за здравствените работници во постоечките софтверски решенија како времено решение за надминување на проблемот. Поради тоа направени се измени и прилагодувања во софтверот на Фондот (централизирано софтверско решение и веб портал), но истите се уште се неоперативни, поради потребата од измени во Правилниците на Фондот за дел

[11] 2014- 30.057 илјади денари, 2015-9.317 илјади денари, 2016-11.227 илјади денари, 2017- 1.640 илјади денари
[12] Непоседување на администраторски привилегии, техничка спецификација, изворен код и сл.

од услугите, како и измени на Законот за здравствено осигурување кои до денот на ревизијата се во завршна фаза на усвојување.

Имајќи предвид дека сертификатот од ЕЗК е клучен сегмент во користењето на електронските услуги и комуникација на Фондот со сите здравствени установи, ортопедски куќи, правни лица - обврзници за плаќање на придонес, непостоењето на средство за дигитално потпишување би значело уназадување на постигнатиот напредок во автоматизација на здравствените услуги, за што се потрошени буџетски средства на Фондот и на осигурениците.
Наведеното влијае и на докажување на својството на осигуреник и остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување предвидени со Законот за здравствено осигурување.

БИЛАНС НА ПРИХОДИ И РАСХОДИ ЗА 2017 ГОДИНА

во 000 Ден.

Опис на позицијата	2017	2016
Приходи		
Даночни приходи	24.197.362	23.332.140
Неданочни приходи	507.243	485.649
Трансфери и донации	3.173.655	2.801.946
Вкупно приходи	**27.878.260**	**26.619.735**
Расходи		
Тековни расходи		
Плати, наемнини и надомести	330.320	332.653
Стоки и услуги	24.148.568	22.879.071
Субвенции и трансфери	2.752	2.163
Социјални бенефициии	2.995.023	2.808.351
Вкупно тековни расходи	**27.476.663**	**26.022.238**
Капитални расходи	**17.473**	**8.333**
Вкупно расходи	**27.494.136**	**26.030.571**
Вишок на приходи над расходи	**384.124**	**589.164**

БИЛАНС НА СОСТОЈБА НА 31.12.2017 ГОДИНА

во 000 ден.

Опис на позицијата	2017	2016
Актива		
Тековни средства		
Парични средства	384.124	589.170
Побарувања	5.110.229	5.554.029
Финансиски и пресметковни односи во рамките на буџетот и фондовите	314.654	399.582
Активни временски разграничувања	3.252.569	3.213.568
Вкупно тековни средства	**9.061.576**	**9.756.349**
Капитални средства и долгорочни пласмани		
Капитални (материјални) средства	522.277	545.596
Природни богатства	41.453	41.453
Материјални средства во подготовка	5.324	5.324
Вкупно капитални средства	**569.054**	**592.373**
Средства на резервата, солидарноста и за други намени	**4.161**	**4.852**
Вкупна актива	**9.634.791**	**10.353.574**
Пасива		
Тековни обврски		
Краткорочни обврски спрема добавувачи	5.464	6.830
Краткорочни обврски спрема субјекти	267.885	244.693
Краткорочни обврски за плати и други обврски спрема вработените	27.175	27.957
Финансиски и пресметковни односи во рамките на буџетите и фондовите	2.952.046	2.934.088
Пасивни временски разграничувања	5.814.331	6.548.105
Вкупно краткорочни обврски	**9.066.901**	**9.761.673**
Извори на капитални средства		
Извори на капитални средства	562.737	586.649
Вкупно извори на капитални средства	**562.737**	**586.649**
Извори на средства на резервата, солидарноста и за други намени	**5.153**	**5.252**
Вкупна пасива	**9.634.791**	**10.353.574**

ПРЕГЛЕД
НА ПРОМЕНИ НА ИЗВОРИТЕ НА КАПИТАЛНИ СРЕДСТВА ЗА 2017 ГОДИНА

во 000 ден.

О П И С	Државен јавен капитал (извори на капиталните средства со кои располагаат и управуваат буџетите и фондовите)		Останат капитал (залихите на материјалите)	Вкупно	Извори на средства за други намени
	1		2	3=1+2	4
Состојба 01.01.2017 година	**581.797**		**4.852**	**586.649**	**5.252**
Зголемување по основ на:	**17.061**		**-**	**17.061**	
Набавки		3.247	-	**3.247**	7
Ревалоризација на капитални средства	13.814			**13.814**	
Намалување по основ на:	**40.282**		**691**	**40.973**	
Амортизација на постојани средства		33.544	691	**34.235**	106
Ревалоризација на амортизацијата		6.639			
Кусок по попис	99				
Состојба 31.12.2017 година	**558.576**		**4.161**	**562.737**	**5.153**

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

Максим

Адреса: Македонија бр. 5, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 037
Централа.: 02 3289 054
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

Број: 02-10634/2
17 [illegible] 2018 година
Скопје

20.08.2018
16-146/6

Од: Фонд за здравствено осигурување на Македонија
Ул. „Македонија" бр. 5, Скопје

До: Државен завод за ревизија
Ул. „Јордан Мијалков" бб, Скопје

Врска: Ваш број 16-146/5 од 16.07.2018 - Нацрт извештај за извршена ревизија на финансиски извештаи и ревизија на усогласеност за 2017 година на Фонд за здравствено осигурување на Македонија

Предмет: Известување по Нацрт извештајот

Почитувани,

Во врска со Нацрт извештајот за извршена ревизија на финансиски извештаи и ревизија на усогласеност за 2017 година на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, Ве известуваме за следното:

1. Во делот *1. Вовед*, од Нацрт извештајот, каде под точката 1.7 е даден осврт на управувањето на Фондот односно на Управниот одбор. Имено, во вториот пасус на овој дел е наведено дека Управниот одбор покрај останатото, донесува и Програма за инвестициони вложувања во здравството, додека во третиот пасус е наведено дека одлуките и општите акти ги донесува со мнозинство гласови од вкупниот број на членови, при што истите се сметаат за донесени само ако за нив позитивно гласале и претставниците од Министерството за здравство и Министерството за финансии. Укажуваме дека наведеното во моментов не е актуелно, односно Управниот одбор повеќе не донесува Програма за инвестициони вложувања во здравството, а за одлуките на Управниот одбор да бидат донесени не е неопходно за нив да гласаат претставниците на двете министерства, туку тие се донесуваат со мнозинство на гласови од вкупниот број на членови на Управниот одбор. Ова произлегува оттаму што одредбата за донесување на Програма за инвестициони вложувања во здравството беше избришана со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување („Сл. Весник на РМ" бр. 53/2011 година), додека со одлука на Уставниот суд У.бр. 167/2006 („Сл. Весник на РМ" бр. 88/2017) е укината одредбата од членот 56 став 2 во делот кој пропишуваше дека за донесување на одлуките на Управниот одбор е потребно позитивно да гласале и претставниците од Министерството за здравство и Министерството за финансии.

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

Адреса: Македонија бр. 5, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 037
Централа.: 02 3289 054
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

2. Во врска со забелешката во резимето дека референтните цени на здравствени услуги се утврдени во претходниот период и не е направено нивно прилагодување кон актуелните состојби, го истакнеме следното:

Референтните цени за здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита се во надлежност на Комисијата за референтни цени која дава предлог до УО за висината на референтните цени врз основа на анализа на реалните трошоци на здравствените услуги според Методологијата за утврдување на референтни цени. Во Методологијата се наведени калкулативните елементи (трошоци), кои влегуваат во цената и истите здравствената установа треба да ги достави до Комисијата. Доколку податоците за реалните трошоци не се доставени до Комисијата, истата не може да утврди дали има потреба референтната цена да се ревидира.

Во периодот од 2014 до 2018 година се ревидирани или воведени нови референтните цени на 48 услуги во болничка здравствена заштита и на над 140 здравствени услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита, врз основа на доставените податоци за реалните трошоци од здравствените установи според калкулативните елементи наведени во Методологијата. Во истиот период во десетина случаи Комисијата според доставените податоци за трошоци утврди дека нема потреба од корекција на референтната цена на тие здравствени услуги.

Во иднина ФЗОМ преку постојана комуникација со здравствените установи ќе преземе поголеми активности околу утврдување на потребата од корегирање на референтните цени на ДСГ услугите, и доколку постои оправданост корекциите би се извршиле во рамките на буџетските средства на Фондот.

3. Во врска со забелешката дали постои потреба да се користат адвокатски услуги во услови кога во Секторот за правни работи има вработено 14 правници од кои одреден број на правници имаат положено правосуден испит, истакнуваме:

Согласно законските прописи не постои никакво ограничување на директорот на Фондот да бара *независно правно мислење* од адвокатско друштво во услови кога правниците во службата се веќе инволвирани во целата претходна постапка на утврдувањето на фактичката состојба од извештаите од извршените контроли кај ортопедските куки и комплетирање на предметите заради започнување судските постапки.

Заради преземање на одредени активности во понатамошниот тек на судските постапки, како и можноста истите да бидат спогодбено завршени, беше потребно да се обезбеди независно правно мислење од адвокатски друштва. Мислењето е барано пред се во делот на основаноста како и висината на тужбеното барање, во услови кога Фондот со тужбите нема приложено докази за сите осигурените лица на кои неосновано се издадени ортопедски помагала со шифра 2105 од Листата на ортопедски помагала.

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

Адреса: Македонија бр. 5, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 037
Централа.: 02 3289 054
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

Токму овие судски спорови и раскинати договори за издавање на ортопедски помагала, беа причина да се побара независно правно мислење за содржината на сите останати видови на договори кои Фондот ги има склучено со здравствените установи со важност до 31.12.2018 година. Имено во текот на 2018 година започнува актина подготовка на новите теркови на сите видови на договори кои треба да бидат изготвени од стручните служби на Фондот. Поради тоа потребно беше навреме да се обезбеди независно правно мислење од адвокатски друштва за да можат да се предвидат одредби со наведување на одредени дополнителни обврски со кои во иднина доколку истите не се почитуваат ќе можат да се изречат договорни казни или еднострано раскинување на договорот. Со прифаќање на препораките дадени во независното правно мислење, Фондот ќе може да го избегне ризикот од неуспешно водење на евентуално покренати судски постапки од страна на здравствените установи поради предвремено раскинат договор, како што е надомест на штета или изгубена заработувачка. Посебно треба да се има во предвид дека ваквите постапки се долготрајни и можат да предизвикаат одлевање на финансиски средства од Буџетот на Фондот.

Со почит,

Директор,
Данаил Дончев

Директор,
Орхан Рамадани
Orhan Ramadani

Изготвил: Христо Трпоски
д-р Игор Нелоски
Јасмина Смилевска
Одобрил: Миле Сугарев
м-р Даниела Јовческа Ѓуровска

16.08.2018
16-146/8

До:Државен завод за ревизија

Палата "Емануел Чучков"

Ул.Јордан Мијалков бб

Предмет:ПРОИЗНЕСУВАЊЕ по Нацрт-Извештај бр 16-146/4 од 16.07.2018 година за извршена ревизија на финансиските извештаи и ревизија на усогласеност за 2017 година на Фонд за здравствено осигурување на Македонија од јули 2018 година

Почитувани,

Како поранешен директор на ФЗОМ, во дел од периодот кој е опфатен во Нацрт-извештајот, поточно до 3.8.2017 година, го користам правото да се произнесам по одредени забелешки дадени во Нацрт-извештајот.

Точка 4.1.3. се однесува на издавањето на ортопедски помагала од страна на ортопедски куќи со кои ФЗОМ имаше склучено договор. Дадена е забелешка дека Фондот имал пракса на раскинување на договори само за дел од услуги од едно правно лице, а во овој случај договорите биле целосно раскинати, а не само за спорното помагало. По однос на оваа забелешка, потенцирам дека праксата на делумно раскинување на договори за одредена услуга или производ се однесува на други случаеви, како на пр. кога услугата или производот не се повеќе потребни или не може да се понудат. Додека, во овој случај станува збор за сериозно прекршување на договорните одредби, кое е утврдено од страна на контролорите во ФЗОМ. Согласно утврдената фактичка состојба, подзаконските акти на ФЗОМ и одредбите од договорите со ортопедските куќи, за овие прекршувања на договорните одредби е предвидено едностранo раскинување на договорите. Во самиот извештај, ревизорите точно утврдиле дека има енормен раст на издавањето на спорното ортопедско помагало. Овој факт беше почетна точка на истражување кое доведе до сознанија за сериозни прекршувања на договорните обврски и можни злоупотреби во издавањето на ова помагало. Дополнително, прекршувањето на договорните обврски од страна на ортопедските куќи беше потврдено во ФЗОМ во двостепена постапка, односно првостепена комисија и конечна одлука од второстепена комисија. Што се однесува до забелешката дека постои ризик од покренување тужби против Фондот, истата е неоснована затоа што сите обврски од ФЗОМ спрема ортопедските куќи се навремено исплатени, па не постои никаков основ за ортопедските куќи да поднесат тужби против Фондот. Во останатиот дел, забелешката дека обезбедувањето на ортопедските помагала е отежнато, сметам дека истата е паушална и неоснована, особено затоа што фактите го укажуваат сосема спротивното, односно дека со склучување на договори со аптеките, достапноста на ортопедските помагала е повеќекратно зголемена поради широката мрежа на продажни места на аптеки, споредено со малиот број на специјализирани продавници со кои располагаат ортопедските куќи.

По однос на ангажираната адвокатска канцеларија, договорот е склучен во месец септември 2016 година, односно половина година пред поднесување на предметните тужби. Согласно Законот за дополнување на законот за јавните набавки Службен весник на РМ 120/2016, за

адвокатските услуги не се применува Законот за јавните набавки. Договорот е склучен за целосни адвокатски услуги, вклучително и консултации, застапување пред судови, нотари и извршители. Надоместокот во договорот е месечен паушал во висина од две просечни плати во Р.М., соодветно на минималниот број на ангажирани лица месечно од страна на адвокатот.

Со почит,

Д-р Сашо Стефаноски

Прилог 2

Одговор
на известувања/забелешки на
Нацрт извештај на Овластениот државен ревизор

На ден 16 и 20.08.2018 година добиени е известување на Нацрт извештајот за извршената ревизија на финансиски извештаи и ревизија на усогласеност за 2017 година на Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фондот) број 02-10634/2 од 17.08.2018 година, од г. Данаил Дончев и г. Орхан Рамадани, директори на Фондот, заведени во Државниот завод за ревизија под број 16-146/6 од 20.08.2018 година и произнесување од д-р Сашо Стефаноски поранешниот директор на Фондот, заведено во Државниот завод за ревизија под број 16-146/8 на 16.08.2018 година.

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

1. Известувањето кое се однесува на делот 1. Вовед точка 1.7. се упатени на делот од Образложенија кон финансиски извештаи и се составен дел на Нацрт извештајот. Образложенијата на финансиските извештаи согласно одредбите на Законот за сметководство за буџети и буџетски корисници и Правилникот за примена на меѓународните сметководствени стандарди за јавниот сектор на готовинска основа, ги изготвува субјектот на ревизија и заедно со основните финансиски извештаи ја сочинуваат завршната сметка на Фондот. Во отсуство на истите ревизијата пристапи кон изработка на истите а дадените известувања соодветно ќе бидат вградени во образложенијата на финансиските извештаи во Конечниот извештај.

2. Известувањето на дадениот пасос во Резимето на Нацрт извештајот кој произлегува од утврдената состојба во точка 6.3. од Нацрт извештајот а се однесуваат на начинот на утврдување на референтните цени дава појаснување на начинот на постапување и надлежноста на инволвираните органи како и причините за утврдената состојба. Изнесените констатации и заклучоци на ревизорите во однос на референтни цени на здравствените услуги се резултат и на согледаните состојби од извршените ревизии во јавните здравствени установи, за кои е соодветно известено во објавените ревизорски извештаи. Во самото известување раководните лица истакнуваат дека „Во иднина ФЗОМ преку постојана комуникација со здравствените установи ќе преземе поголеми активности околу утврдување на потребата од корегирање на референтните цени на ДСГ услугите, и доколку постои оправданост корекциите би се извршиле во рамките на буџетските средства на Фондот“, што всушност преставува потврдување на извршеното обелоденување од овластениот државен ревизор.

3. Забелешките на констатираните состојби во точката 4.1.3. кои се однесуваат на оправданоста за ангажирање на две адвокатски канцеларии за изготвување независни правни мислења и анализи на веќе оформените судски предмети кои се однесуваат на констатирани неправилности при издавањето на ортопедски помагала од страна на секторот за контрола на Фондот, **не се прифаќаат.** Барањето на правни мислења од страна на раководните лица на фондот претпоставува и почитување на добиените мислења. Препораките дадени во овие правни мислења не се земени предвид и не е постапено согласно истите. Субјектите во јавниот сектор имаат обврска при користењето на средствата истите да ги користат наменски, рационално, економично и ефикасно.

4. Забелешките од поранешниот директор на Фондот кои се однесуваат на дел од утврдените состојби во точката 4.1.3. од Нацрт извештајот, **не се прифаќаат** поради следното:
   - Забелешката по однос на констатацијата за можноста за раскинување на договорите за дел од услуги не ја одразува реалната состојба, особено што изнесените констатации на ревизијата се претходно потврдени со надлежните сектори во Фондот;
   - Забелешката по однос на констатацијата за можноста од покренување на судски постапки против Фондот, која претставува тврдење дека сите обврски кон ортопедските куќи се навремено исплатени не ја одразува реалната состојба;
   - Забелешката по однос на констатацијата за отежнато обезбедување на ортопедските помагала преку аптеките, претставува **погрешно толкување** на наводите на ревизорите. Имено, ревизорите конкретно укажуваат на отежнато обезбедување на индивидуалните ортопедски помагала кои се прилагодуваат за секој пациент посебно, за што се потребни посебни услови со кои дел од аптеките не располагаат.