



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА  
Бр. 10-795/9  
Скопје, 12.12.2005 година

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

**КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР**

1. Предмет на овој Конечен извештај е извршената ревизија на побарувањата и обврските со состојба на 30.06.2005 година на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), кои се прикажани на страната 11.
2. Ревизијата на побарувањата и обврските од точка 1 на овој Извештај е извршена согласно член 2 став 1 и 2 од Законот за државна ревизија и Годишната програма за работа на Државниот завод за ревизија согласно член 8 од Законот за државна ревизија.
3. Извршена е ревизија, и е издаден извештај за финансиските извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за 2004 година.
4. Превземените евидентирани обврски и побарувања од точка 1 на овој извештај, се одговорност на раководството на субјектот, застапувано од:
  - › Д-р Никола Пановски - Директор на Фондот од 08.12.2003 година.
5. Одговорност на ревизорите е да го издадат овој извештај, прикажан на страните 1 до 10, и да дадат мислење за побарувањата и обврските со состојба на 30.06.2005 година од точка 1, засновано на извршената ревизија.
6. Ревизијата од точка 1 на овој Извештај е извршена во периодот од 05.09. до 05.10 и од 10.10. до 14.10. 2005 година, од страна на тим на Државниот завод за ревизија во состав:
  - › Владимир Милојевиќ-помошник на ГДР и овластен државен ревизор;
  - › Наташа Мисовска-самостоен ревизор и
  - › Љубица Локвенец-ревизор.
7. Цел на ревизијата од точка 1 е да овозможи ревизорот да изрази мислење:
  - дали побарувањата и обврските вистинито и објективно ја искажуваат финансиската положба во согласност со применетата законска регулатива, која важи во Република Македонија,
  - дали се законски засновани побарувањата и обврските.
8. Побарувањата и обврските кои се предмет на овој извештај се засновани на сметководствената евиденција на субјектот со состојба на 30.06.2005 година, со извршени рекласификации поради добивање на појасна слика.

9. Ревизијата е извршена во согласност со Стандардите за Државна Ревизија на Меѓународната организација на Врховните Ревизорски Институции (ИНТОСАИ) кои се пропишани во Република Македонија при вршењето на државната ревизија. Овие стандарди бараат ревизијата да се планира и подготви, со цел да се добие разумно уверување дека побарувањата и обврските се ослободени од значајни погрешни прикажувања. Ревизијата вклучува испитувања на докази, проценување на користените сметководствени принципи, како и на важните проценки направени од страна на раководството на субјектот од точка 1 на овој извештај, давање општа оценка за презентацијата на побарувањата и обврските и давање оценка за конкретни финансиски трансакции. Веруваме дека спроведената ревизија ни обезбедува разумна основа за изразеното мислење.
10. На ден 09.12.2005 година добиени се Забелешки по Претходниот извештај за извршена ревизија на побарувањата и обврските со состојба на 30.06.2005 година на Фондот за здравствено осигурување на Македонија бр.05-9059/1 од 09.12.2005 година. Забелешките се разгледани и по истите е констатирано следново:  
-Забелешките на констатациите изнесени во точките од 10.1.1. до 10.1.4, 10.2.1, 10.2.2. и 10.2.4.,од точка 10.3.1. до 10.3.5. и точка 10.3.7. од Претходниот извештај не се прифаќаат.
11. Со ревизијата на побарувањата и обврските со состојба на ден 30.06.2005 година дадени во преглед како составен дел на овој Конечен извештај, ревизорите оценија висок ризик од нереално прикажување на побарувањата и обврските од меѓусебните односи на Фондот со здравствените установи од причини што целокупното финансирање не се заснова на договорна основа, нема утврдена рамка за контрола на трошењето на средствата, евидентирањето на сметководствените документи се врши во 31 сметководствена евиденција на Фондот според комбиниран метод на евиденција, притоа нема поврзување на Фондот со подрачните служби во единствен информационален систем на евиденција, нередовно се врши усогласување со здравствените установи, и од евиденцијата на побарувањата и обврските не може да се утврди старосната структура на истите. Финансиската значајност на горенаведените побарувања и обврски е оценета како висока и ризикот за добро управување е оценет како висок.  
Генерална препорака: Воспоставување на договорно финансирање со утврдена рамка согласно законските прописи и интерните акти, воведување на современ мрежно поврзан информационален систем, организирање обука на вработените, развој на процедури за текот на документацијата во работењето на централата и подрачните единици на Фондот и пропишување на процедури во комуникацијата со здравствените установи.

#### **11.1. Неправилна примена на акти:**

- 11.1.1. Спротивно на член 70 од Законот за здравствено осигурување Фондот нема единствен пристап во начинот на плаќањето на здравствените услуги помеѓу јавните и приватните здравствени установи. Финансирањето на јавните здравствени установи се врши авансно, а на приватните здравствени установи врз основа на стварно извршени услуги и доставени фактури. Фондот има донесено критериуми за склучување на договори со јавните здравствени установи и за начинот на плаќање на здравствените услуги но финансирањето на јавните здравствените установи не е засновано врз основа на склучени договори кај 52 јавни здравствени установи а за 19 јавни здравствени установи со кои се склучени договори за здравствени услуги за специјалистичко консултативната и болничка здравствена заштита истите не се почитуваат и повторно авансно се исплатуваат средства. Здравствените установи продолжуваат да фактурираат за здравствени услуги, додека Фондот исплатува средства кои се однесуваат на основни трошоци за нивно функционирање. Фондот сеуште развива процедури за

следење на договорите и нивна имплементација во системот на Фондот заради што се јавуваат и горенаведените неправилности.

**Препорака:**

1. Да се воведат финансирање на јавните здравствени установи согласно Законот за здравствено осигурување и донесените подзаконски акти за начинот на плаќање на здравствените услуги од здравствената заштита. На ваков начин ќе се изедначат условите на финансирање на јавното и приватното здравство.

11.1.2. Спротивно на член 36 од Законот за здравствено осигурување дел од здравствените установи не ја уплатуваат партиципацијата наплатена од осигурениците (за лекови, медицински услуги и ортопедски помагала) која е приход на Фондот од причини што Фондот не може да ги принуди здравствените установи да ја уплатуваат партиципацијата. Поради тоа, на крајот од годината централата на Фондот врши намалување на износот на обврските за здравствени услуги кои Фондот треба да ги плати за износот на партиципација кој здравствената установа не го уплатила во текот на годината. На тој начин партиципацијата останува како приход на здравствената установа а воедно извршените здравствени услуги здравствените установи ги фактурираат во вкупен износ (со веќе наплатена партиципација). За здравствените установи за кои не е искажана обврска за здравствени услуги Фондот создава побарување за износот на неуплатената партиципација.

**Препорака:**

1. Да се воведат систем за наплата на партиципацијата, а намалувањето на обврските за здравствени услуги за сметка на наплатената а неуплатена партиципација да се врши врз основа на договор за компензација со здравствените установи како би се овозможил единствен пристап во евиденцијата на партиципацијата кај двете страни.

11.1.3. Спротивно на Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници не е извршен попис на побарувањата и обврските во меѓусебните односи помеѓу Фондот и здравствените установи на ден 31.12.2004 година поради неспроведени завршни книжења на денот на пописот.

**Препорака:**

1. Да се утврди состојбата и старосната структура на побарувањата и обврските во меѓусебните односи помеѓу Фондот и здравствените установи со попис во согласност со член 21 од Законот сметководството за буџетите и буџетските корисници и член 33 од Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници.

11.1.4. Со буџетот за наредната година не се предвидуваат средства за исплата на заостанатите обврски за здравствени услуги спротивно на член 16 од Законот за буџетите и Правилникот за изготвување и утврдување на буџетот на Фондот од причини што превземените неисплатени обврски за здравствени услуги од минати години Фондот не ги одобрува наредната година, а распределбата на средствата се врши за тековната година.

**Препорака:**

1. Со Законот за буџетите, Законот за здравствено осигурување и Правилникот за изготвување и утврдување на буџетот на Фондот јасно се утврдени посебните процедури кои ги регулираат оперативните постапки, одговорностите во врска со процесот на изготвување, развој, извршување и мониторинг на буџетот. Потребно е Фондот во соработка со Министерството за

здравство и Министерството за финансии да ги спроведува сите предвидени процедури со претходно споменатите акти, развивајќи и утврдувајќи притоа буџет кој јасно ќе ги презентира утврдените цели на здравствената политика, давајќи им финансиска рамка на здравствените установи со јасно утврдени договорни односи.

## **11.2. Неправилна примена на сметководствените политики и начела-побарувања:**

11.2.1. Евидентирани се меѓусебни побарувања во односите со фондовите и корисниците (Побарувања од здравствени установи во земјата) за авансирани средства во јавните здравствени установи во вкупен износ од 3.146.832 илјади денари и за неуплатена партиципација од здравствените установи во износ од 194.722 илјади денари. За износот на авансираните средства јавните здравствени установи немаат доставено фактури за извршени здравствени услуги до Фондот од причини што се исплатувани средства на јавните здравствени установи кои се однесуваат на основни трошоци за нивно функционирање (плата, надоместоци, комунални и материјални трошоци). Не е утврдена старосната структура од причини што салдото потекнува од пренос на долговното салдо на позицијата обврски за здравствени услуги спрема здравствените установи.

### **Препорака:**

1. Да се воведи финансирање на јавните здравствени установи согласно Законот за здравствено осигурување и донесените подзаконски акти за начинот на плаќање на здравствените услуги од здравствената заштита. Притоа ќе се обезбеди еднаквост во финансирањето на сите јавни здравствени установи согласно пружените здравствените услуги.

11.2.2. Евидентирани се Побарувања од здравствени установи во странство во износ од 138.035 илјади денари кои потекнуваат од минати години (од 1997-2004 г.) и од тековна година по основ на авансирани средства по про-фактури за лекување на осигурениците во странски болници. Причината за ваквата состојба е тоа што средствата не се искористени или не се расчистени со веродостојна медицинска и финансиска документација со превод на македонски јазик а што е спротивно на одредбите од Решението со кои се задолжува осигуреникот во рок од 7 дена по завршувањето на лекувањето до Фондот за здравствено осигурување да поднесе писмен извештај со потребната медицинска и друга документација за извршеното лекување. По овој основ во сметководствената евиденција се евидентирани и побарувања од осигурените лица по аванси за лекување во странство во вкупен износ од 3.483 илјади денари. Со денот на вршење на ревизијата на побарувањата и обврските не е извршено усогласување со болниците во странство. Ефектот од ваквата состојба е застарување на побарувањата и нивна ненаплативост.

### **Препорака:**

1. Да се изврши усогласување со здравствените установи во странство како би се утврдила реалната состојба на побарувањата.

2. Да се склучат договори со болниците во странство за регулирање на меѓусебните односи, со што би се обврзале странските болници да доставуваат медицинска и финансиска документација за извршеното лекување на осигурениците.

11.2.3. Евидентирани се Други побарувања од средствата за други намени кои потекнуваат од минати години (пред 1999 година) во износ од 1.058 илјади денари, за која позиција ревизијата не можеше да се увери во основот за

евидентирање од причини што од сметководствената евиденција неможеше да се утврди времето на настанување на побарувањето ниту пак е испитан основот за евидентирање со извршениот попис за 2004 година, што е спротивно на член 12 и член 29 од Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и член 21 од Законот за сметководството на буџетии буџетски корисници.

**Препорака:**

1. Да се преиспита основот за евидентирање на Други побарувања од средствата за други намени кои потекнуваат од минати години.

11.2.4. За програмите за здравствена заштита не е устроена евиденција за следење на извршените здравствени услуги од здравствените установи за осигурените лица. Причина за претходно наведеното е недоставувањето посебни пресметки и фактури од здравствените установи за делот на здравствени услуги кои се опфатени со програмите, а кои за осигурените лица се составен дел на пакетот на здравствените услуги кои здравствените установи редовно ги обезбедуваат. Од страна на Фондот утврден е износ од 791.833 илјади денари за побарувања по основ на неуплатени средства по програми за период од 2001-2005 година кој што ревизијата не беше во можност да го потврди од сметководствената евиденција.

**Препорака:**

1. Да се воспостави евиденција за следење на извршените здравствени услуги од здравствените установи за осигурените лица по Програмите за здравствена заштита.

11.2.5. Не бевме во можност да се увериме дека состојбата на побарувањата од здравствени установи е реално и објективно прикажана со примена на постапки за независно усогласување (конфирмации). Добиените одговори (85,71%) од коминентите не ни дадоа доволен доказ кој ќе ни помогне во уверувањето за реалноста на искажаните состојби во сметководствените евиденции на Фондот. Од вкупно добиените одговори 71,43% не се усогласени, односно постои неусогласеност за износ од 229.293 илјади денари или 17,89% во однос на вкупниот износ на добиените одговори.

**Препорака:**

1. Да се изврши усогласување со здравствените установи во земјата како би се утврдила реалната состојба на побарувањата во меѓусебните односи.
2. Да се воведе пракса на редовно усогласување со здравствените установи.

**11.3. Неправилна примена на сметководствените политики и начела-обврски:**

11.3.1. Евидентирани се обврски за извршени здравствени услуги од страна на здравствените установи во вкупен износ од 2.420.758 илјади денари од кои 1.226.184 илјади денари се постари од една година, а се однесуваат на извршени здравствени услуги од страна на здравствените установи за кои не се обезбедени средства во Буџетот на Фондот за 2005 година. Ваквата состојба е резултат на нерегулираните односи за начинот на плаќањето на здравствените услуги како што е предвидено со член 70 од Законот за здравствено осигурување односно не се склучени договори со 52 јавни здравствени установи, а за склучените 19 договори со јавните здравствени установи не се применуваат договорените одредби. Нерегулираните меѓусебни односи овозможуваат пораст на обврските за здравствени услуги. Во однос на претходниот период (30.06.2004 година) здравствените установи фактурирале повисок износ за 938.729 илјади денари или 11,6% повеќе.

**Препорака:**

1. Да се регулираат односите за начинот на плаќање на здравствените услуги со сите здравствени установи. Притоа да се примени законски утврдениот норматив за склучување на договори со точно утврдена финансиска рамка усогласена со утврдените средства во буџетот на Фондот. За склучените договори да се придржува кон одредбите утврдени во договорите и да се воспостави систем на контрола за нивна реализација.

11.3.2. При увид во сметководствената евиденција на подрачните служби утврдено е дека за приватните ординации се евидентираат фактури спротивно на договорениот износ. Заради начинот на евиденција ревизијата неможеше да го утврди повеќе евидентираниот износ на обврски по овој основ.

**Препорака:**

1. Да се воспостави контрола над фактурираните здравствени услуги согласно склучените договори со приватните ординации.

11.3.3. Спротивно на Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници салдото на Позицијата Обврски во меѓусебни односи спрема фондовите и корисниците (обврските за извршени здравствени услуги) неможе да се потврди преку детален преглед на фактури за кои се однесува поради устроениот начин на евиденција. Фактурите од здравствените установи за извршени здравствени услуги не се евидентираат според датумот на достасаност а затворањето на обврските не се врши по фактури туку се затвораат збирно од причини што се плаќаат основни трошоци за функционирање на здравствените установи.

**Препорака:**

1. Да се воспостави нов систем на сметководствена евиденција на обврските за здравствени услуги согласно Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници.

11.3.4. Спротивно на Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници податоците регистрирани во деловните книги не се презентираат хронолошки односно точно не го одразуваат временскиот редослед на нивното настанување од причини се влегува во базата на податоци и се внесува потребниот датум.

**Препорака:**

1. Да се воспостави хронолошка евиденција на податоците регистрирани во деловните книги кои точно ќе го одразуваат временскиот редослед на нивното настанување.

11.3.5. Евиденцијата на фактурите за здравствени услуги по подрачни единици е само за осигурениците кои се регистрирани во матичната служба, а исплатата на здравствени услуги на здравствените установи се однесува на матичните здравствени установи. Со ваквиот начин на евиденција подрачната единица нема увид во вкупните фактури на здравствените установи под своја надлежност. Ова се јавува од причини што подрачните единици не се поврзани во единствен информационален систем преку кој би можело да се врши контрола над осигурениците. Заради вршење на контрола над осигурениците здравствените установи фактурираат на подрачната единица според која е евидентиран осигуреникот а не на подрачната единица од која навистина се финансира здравствената установа. Од извршениот увид во подрачните единици е констатирано дека истите не располагаат со соодветна компјутерска опрема а вработените не добиваат соодветна обука за работата која ја

извршуваат. Фактурите за здравствени услуги кои ги доставуваат здравствените установи содржат многубројни прилози при што подрачните единици на ФЗОМ се соочуваат со проблем од аспект на чување на истата.

**Препорака:**

1. Да се воспостави единствен информационален систем со кој ќе се овозможи поврзаност на централата со подрачните единици и поврзаност помеѓу подрачните единици на Фондот.

11.3.6. Не бевме во можност да се увериме дека состојбата на обврските во меѓусебните односи е реално и објективно прикажана со примена на постапки за независно усогласување (конфирмации). Од вкупно испратените конфирмации за 74,19% добиени се одговори од коминтентите, од кои 65,22 % се усогласени, а 34,78% не се усогласени со евиденцијата на Фондот.

**Препорака:**

1. Да се изврши усогласување со здравствените установи во земјата како би се утврдила реалната состојба на обврските во меѓусебните односи.
2. Да се воведе пракса на редовно усогласување со здравствените установи.

11.3.7. Во сметководствената евиденција не се евидентираат обврските за надоместоци по основ на боледувања и рефундација кон осигурениците во моментот на конечноста на решенијата туку истите се евидентираат вонбилансно, а сметководствено се евидентираат во моментот на исплата спротивно на Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници. Од тие причини ревизијата не беше во можност да ги утврди обврските по овој основ на ден 30.06.2005 година од сметководствената евиденција. Искажаниот износ од 112.861 илјада денари во прегледот во прилог на извештајот е утврден од извршената исплата по овој основ во 07 месец 2005 година.

**Препорака:**

1. Да се воспостави евиденција на обврските за надоместоци по основ на боледувања и рефундација кон осигурениците во моментот на конечноста на решенијата.

11.3.8. На позицијата Обврски по долгорочни кредити и заеми на ден 30.06.2005 година е искажан износ од 726.449 илјади денари за превземени долгорочни обврски по кредитно задолжување од 1996 година со грејс период од 10 години и отплата од 35 години. Согласно Законот за задолжување на Република Македонија кај меѓународното здружение за развој за реализација на "Проектот за транзиција на здравствениот сектор" во износ од 16,9 милиони долари, предвидено е истиот да се отплаќа од приходите на Фондот за здравствено осигурување за коешто задолжување Фондот нема склучено посебен договор со Владата на Република Македонија спротивно на член 4 од претходно неведениот Закон. За горенаведениот кредит склучен е договор помеѓу Владата на РМ и Меѓународното здружение за развој во кој се регулираат постапките за користење на средствата од кредитот.

**11.4. Неправилна примена на сметководствените политики и начела и неприменување на постапките од Законот за јавни набавки - вонбилансна евиденција**

11.4.1. Фондот спроведува групни набавки за дел од потребите на јавните здравствени установи и тоа за медицинска опрема, лекови, медицински потрошен материјал, медицински помагала, поради постигнување на пониски цени на пазарот. За групните набавки претходно не се склучени договори со јавните

здравствени установи, што е спротивно на Законот за јавни набавки, притоа не се утврдени потребните количини за набавка по здравствени установи што оневозможува ограничување во потрошувачката и следење на количината. Со ревизијата на овие обврски е утврдено следното:

- Во посебната евиденција на Фондот за обврските спрема добавувачи на лекови и медицински материјали евидентиран е износ од 3.150.675 илјади денари, кој износ секојдневно се менува заради ненавремено доставување на фактурите од страна на здравствените установи. Износот ја искажува вредноста на набавени лекови и медицински материјали од страна на здравствените установи. При плаќањето на обврските по фактурите се раздолжуваат јавните здравствени установи и истовремено се намалуваат обврските на Фондот кон јавните здравствени установи за истиот износ но за извршени здравствени услуги. Притоа, може да се заклучи дека Фондот на овој начин на подмирување на обврските кон добавувачите за лекови и медицински материјали за сметка на јавните здравствени установи извршува еден вид компензација со јавните здравствени установи за извршените здравствени услуги но без договор за истото. Дел од обврските за лекови и медицински материјали се содржани во евидентираните обврски за извршени здравствени услуги кон здравствените установи. Обврските кон добавувачите за лекови и медицински материјал и други тендери за потребите на здравствените установи се евидентираат во посебна евиденција надвор од сметководствената евиденција поради избегнување на дуплирање на евиденцијата со обврските за здравствени услуги.
- Нарачките по договорите ги прават самите јавни здравствени установи а Фондот ги превзема обврските по фактури од добавувачи за веќе реализирани нарачки. За ваквиот начин на набавка Фондот нема воспоставена евиденција со која би можело да се следи извршувањето на договорите по количини, вредност и времетраење.
- Фактурите не се парафираат од одговорно лице како би се потврдила материјалната и формалната исправност на истите спротивно на член 14 од Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници;
- Базата на податоци за евидентирање на обврските кон добавувачите на медицинска опрема, лекови, медицински потрошен материјал, медицински помагала не се затвара на крајот од соодветниот пресметковен период спротивно на член 10 од Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници;
- Во договорите склучени помеѓу Фондот и добавувачите по извршена групна набавка за снабдување на јавните здравствени установи со потребниот потрошен материјал за обавување на здравствената дејност (набавка на лекови и медицински материјали) определена е количината којашто добавувачот треба да ја испорача но не е утврдена количината која треба да се испорача по јавните здравствени установи. За извршените набавки се известуваат јавните здравствени установи за извршениот избор на добавувач и цени по видови на лекови и медицински материјали. Според тоа, неможе да се изврши ограничување во потрошувачката и следење на количината утврдена со договорот.
- Превземани се обврски за набавка на инсулини за потребите на јавните здравствени установи врз основа на склучен договор помеѓу Министерството за здравство и добавувачот под број 2535/37 од 22.07.1997 година, се до спроведувањето на меѓународниот тендер за лекови. Одлуката за набавка за спроведување на меѓународниот тендер за лекови е донесена на ден 02.04.2004



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

---

година, а набавките според новите договори од меѓународниот тендер започнуваат да се спроведуваат од месец јули 2005 година.

▪ Со примена на постапки за независно усогласување (конфирмации) за обврските кон добавувачите за лекови и медицински материјал и други тендери за потребите на здравствените установи, од вкупно испратените конфирмации од 68,75% добиени се одговори од комингентите, од кои 63,64% се усогласени, а 36,36% не се усогласени со евиденцијата на Фондот, односно постои неусогласеност за износ од 70.763 илјади денари или 4,78 % во однос на вкупниот износ на добиените одговори.

**Препораки:**

1. Да се изработи годишен план за набавка на ниво на здравствени установи.
  2. Групните набавки да се извршуваат по претходно склучен договор за извршување на групна набавка во кој децидно ќе биде регулирана организацијата на набавките и меѓусебните односи на Фондот и здравствените установи.
  3. Да се воспостави контрола за следење на извршувањето на договорите по количини, вредност и времетраење.
  4. Да се утврди количината која треба да се испорача по јавните здравствени установи врз реално доставени барања за потребни количини и истите да се дел од договорот. За извршените набавки да се известуваат јавните здравствени установи за извршениот избор на добавувач не само за цени по видови на лекови и медицински материјали туку и за договорената количина по здравствени установи. На овој начин ќе се изврши ограничување во потрошувачката и овозможи следење на количината утврдена со договорот.
  5. Базата на податоци од посебната евиденција на Фондот за обврските спрема добавувачи на лекови и медицински материјали да се заклучува соодветно за пресметковниот период.
12. Според наше мислење, освен наодите изнесени во точката 11 побарувањата и обврските со состојба на 30.06.2005 година на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, вистинито и објективно ја искажуваат финансиската положба со оваа дата во согласност со применетата законска регулатива, која важи во Република Македонија.
13. Според наше мислење, освен за наодите изнесени во точката 11 побарувањата и обврските со состојба на 30.06.2005 година се законски засновани, согласно регулативата што важи во Република Македонија.
14. Статутот на Фондот сеуште нема согласност од страна на Собранието на Република Македонија, иако Управниот одбор има донесено Одлука за усвојување на Статутот и истиот е доставен и разгледан од Законодавно-правната комисија и Комисијата за здравство на Собранието на Република Македонија.
15. Според податоци од посебната евиденција, што се води во подрачните служби, Фондот заклучно со 30.06.2005 година има побарување за заостанат неплатен придонес за задолжително здравствено осигурување за повеќе месеци за дел од средните и големите трговски друштва во вкупен износ од 2.463.502 илјади денари. За надминување на претходно наведената состојба и обезбедување на континуитет во наплата на придонесот, Фондот склучува договори за плаќање на рати со правните лица кои имаат неплатен заостанат придонес за задолжително здравствено осигурување и тоа со плаќање на придонесот за тековниот месец да исплати и придонес за половина заостаната месечна рата. Вкупниот износ на вака склучените договори за заостанат придонес изнесува 384.430 илјади денари. Истовремено има појава кај голем број фирми кои имаат заостаната неизмирена обврска за придонес за задолжително здравствено осигурување да е отворена стечајна или ликвидациона постапка. Според податоците од Фондот вкупниот износ

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

---

на спорни побарувања по овој основ изнесуваат 709.594 илјади денари од вкупниот износ на побарувањата за заостанат неплатен придонес за задолжително здравствено осигурување.

16. Не се врши усогласување со Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на РМ и Агенцијата за вработување на РМ за уплатен придонес за здравствено осигурување. Состојбата на неплатен придонес од Фондот за ПИОМ на ден 30.06.2005 година изнесува 500.884 илјади денари и тоа: износ од 275.502 илјади денари утврдени со Записник од извршено усогласување број 05-1314/1 од 09.05.1994 година и износ од 225.382 илјади денари неплатен придонес за месец мај 2005 година. Истите не се евидентираат во сметководствената евиденција на Фондот. Агенцијата за вработување на РМ не даде одговор на испратената конфирмација во текот на ревизијата.
17. Акциониот план за Фондот за здравствено осигурување на Македонија е усвоен на 30-та седница на Владата на РМ одржана на 12.05.2005 година. Со Акциониот план предложена е програма и утврдени се временски рамки за спроведување на соодветни активности во однос на седум категории:
- воспоставување на соодветна политичка основа за реформите во системот на здравствената заштита во Македонија;
  - формулирање на буџетот со фиксирани буџетски плафони на здравствените установи;
  - подобрување на контролите на буџетското извршување, известување, повторно прогнозирање и справување со заостанатите обврски на здравствените установи;
  - воспоставување на прелиминарен систем на финансиски индикатори и индикатори за изведба на сите здравствени установи;
  - зајакнување на внатрешната и надворешната ревизија;
  - зајакнување на активностите за набавка на ФЗОМ;
  - зајакнување на раководните структури на Министерството за здравство и ФЗОМ и подобрување на отчет на Управниот одбор на ФЗОМ.
18. Фондот за здравствено осигурување на Македонија превзема чекори за регулирање на договорните односи со здравствените установи утврдување на максималните лимити на расходите на јавните здравствени установи. Во соработка со Министерството за финансии и Министерството за здравство, изработен е акт за Процедурите за подготвување, извршување и известување на Буџетот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија и за буџетите на јавните здравствени установи. Истиот е усвоен од страна на Управниот одбор на Фондот.

Скопје, 12.12.2005 година

**Овластен државен ревизор**  
**Владимир Милојевиќ**

---

**ПРЕГЛЕД НА ПОБАРУВАЊА И ОБВРСКИ НА ФОНДОТ ЗА  
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА  
НА ДЕН 30.06.2005 ГОДИНА**

ОПИС НА ПОЗИЦИЈАТА	Образло жение	Состојба на 30.06.2005 000 Ден.
<b>ПОБАРУВАЊА</b>		
<b>ТЕКОВНИ ПОБАРУВАЊА</b>		
Побарувања на ФЗОМ за лекувања во странство	3.1.1.	141,518
Побарувања на ФЗОМ од вработените	3.1.2.	222
Побарувања на ФЗОМ од здравствените установи	3.1.3.	3,341,554
Други побарувања на ФЗОМ	3.1.4.	1,753
<b>ВКУПНО ПОБАРУВАЊА</b>		<b>3,485,047</b>
<b>Вонбилансна евиденција-побарувања</b>		
Побарувања на ФЗОМ за неплатени придонеси од правни субјекти	4.1.	2,847,932
Побарувања на ФЗОМ од ПИОМ кои произлегуваат од задолжителни придонеси за здравствено осигурување	4.2.	500,884
Побарувања на ФЗОМ од Владата на РМ за специјални програми за јавното здравство	4.3.	791,833
<b>Вкупно вонбилансна евиденција-побарувања</b>		<b>4,140,649</b>
<b>ОБВРСКИ</b>		
<b>КРАТКОРОЧНИ ОБВРСКИ</b>		
Обврски спрема добавувачите во земјата	5.1.1.	730
Обврски кон вработените	5.1.2.	11,858
Обврски спрема здравствени установи во земјата	5.1.3.	2,420,758
Обврски на ФЗОМ кон осигурениците по основ на надоместоци за боледувања и рефундација на лекови, медицински помагала, опрема и др.	5.1.4.	112,861
Други обврски на ФЗОМ	5.1.5.	21,914
<b>Вкупно краткорочни обврски</b>		<b>2,568,121</b>
<b>ДОЛГОРОЧНИ ОБВРСКИ</b>		
Обврски на ФЗОМ по основ на долгорочен кредит-ИДА кредит, Проект за развој на здравствениот сектор	5.2.1.	726,449
<b>Вкупно долгорочни обврски</b>		<b>726,449</b>
<b>ВКУПНО ОБВРСКИ</b>		<b>3,294,570</b>
<b>Вонбилансна евиденција-обврски</b>		
Обврски за лекови и медицински материјали набавени од страна на ФЗОМ за потребите на здравствените установи	6.1.1	3,150,675



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА

Бр. 1204-70/2

18.01. 2006 година

Скопје

Врз основа на член 27 од Законот за државната ревизија (“Сл. весник на РМ” бр. 73/2004-Пречистен текст) и добиен Приговор по Конечен извештај за извршена ревизија на побарувања и обврски со состојба на 30.06.2005 година на Фондот за здравствено осигурување на Македонија бр.05-355/1 од 16.01.2006 година, Главниот државен ревизор на Државниот завод за ревизија го донесува следното

**РЕШЕНИЕ**

**по поднесен приговор на Конечен извештај**

1. Приговорот на точките 11.1.1, 11.1.2, 11.1.3, 11.1.4, 11.2.1, 11.2.2, 11.2.4, 11.3.1, 11.3.2 до 11.3.5, 11.3.7, 11.4.1 и прегледите на страна 12, 19 и 23 од Конечниот извештај за извршена ревизија на побарувања и обврски со состојба на 30.06.2005 година на Фондот за здравствено осигурување на Македонија не се прифаќа.
2. Решението по доставениот приговор на Конечниот извештај претставува прилог на Конечниот извештај и интегрално се интерпретира во Годишниот извештај.
3. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето.

**Образложение,**

Против Конечниот извештај на овластениот државен ревизор за извршена ревизија на побарувања и обврски со состојба на 30.06.2005 година на Фондот за здравствено осигурување на Македонија поднесен е приговор бр. бр.05-355/1 од 16.01.2006 година.

Образложенијата за неприфаќање на приговорите се следните:

1. Образложенијата дадени на наодите изнесени во точките 11.1.1, 11.3.1, 11.1.2, 11.1.3, 11.1.4, 11.2.1, од 11.3.2, до 11.3.5, 11.3.7, од Конечниот извештај, не се прифаќаат, од причини што истите не претставуваат приговор туку образложение на констатираната состојба и прифатени препораки за превземање на мерки.
2. Забелешката на **точката 11.2.2.** од Претходниот извештај не се прифаќа, а се однесува за евидентирани Побарувања од здравствени установи во странство во износ од 138.035 илјади денари кои потекнуваат од минати години (од 1997-2004 г.) и од тековна година по основ на авансирани средства по про-фактури за лекување на осигурениците во странски болници. Причината за ваквата состојба е тоа што средствата не се искористени или не се расчистени со веродостојна медицинска и финансиска документација со превод на македонски јазик а што е спротивно на одредбите од Решението со кои се задолжува осигуреникот во рок од 7 дена по завршувањето на лекувањето до Фондот за здравствено осигурување да поднесе писмен извештај со потребната медицинска и друга документација за извршеното лекување. Со денот на вршење на ревизијата на побарувањата и обврските не е извршено

усогласување со болниците во странство. Со Забелешките на Претходниот извештај само е наведено дека се пратени опомени пред тужба и дека ќе се поднесат тужби за побарување на средствата од извршените лекувања во странство. Поголемиот дел од побарувањата потекнуваат од минат период.

3. Забелешката на **точката 11.2.4.** од Претходниот извештај **не се прифаќа**, а се однесува на неустроена евиденција за следење на извршените здравствени услуги од здравствените установи за осигурените лица по Програмите за здравствена заштита што е спротивно на член 7 и член 12 од Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници. Поради неустроена евиденција на пружени здравствени услуги по програми Фондот не е во можност да доставува основани барања на средства за делот на партиципацијата предвиден со програмите за здравствена заштита до Буџетот на РМ.
4. Забелешката на исказаните обврски кон вработените во **прегледите на страните 12, 19 и 23** од Претходниот извештај **не се прифаќа**, а се однесува на исказани обврски кон вработените за плата за месец јуни 2005 година констатирани од извршената исплата на плата во месец јули за месец јуни 2005 година кои се исказани од ревизорот по барање на Светска банка за исказување и на овие обврски заклучно со 30.06.2005 година.

Согласно горенаведеното, се одлучи како во диспозитивот на ова Решение.

Скопје, 17.01.2006 година

Главен државен ревизор,

д-р Драгољуб Арсовски