



ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА
ENTI SHËTETËROR I REVIZIONIT
STATE AUDIT OFFICE

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ
ЗА ИЗВРШЕНА РЕВИЗИЈА НА
ФИНАНСИСКИ ИЗВЕШТАИ И РЕВИЗИЈА НА УСОГЛАСЕНОСТ
ЗА 2019 ГОДИНА НА
ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

01 2020 02 02

Скопје, април 2021

СОДРЖИНА

Опис	Страна
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР	1 - 24
Финансиски извештаи	
Биланс на приходи и расходи	25
Биланс на состојба	26
Преглед на промени на извори на капиталните средства	27
Сметководствени политики и образложенија кон финансиските извештаи	
- Вовед	28- 30
- Сметководствени политики	30 - 32
- Образложенија кон финансиските извештаи	32 – 39
Прилог 1 - Известување за извршена проверка на преземените мерки од страна на субјектот	40 - 43
Прилог 2- Забелешки на Нацрт извештај	
Прилог 3- Одговор на забелешки на Нацрт извештај	

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

Кратенки користени во извештајот:

РСМ - Република Северна Македонија;

Фонд - Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија;

МЗ – Министерство за здравство;

ПЗУ- Приватни здравствени установи;

ЈЗУ – Јавна здравствена установа;

ПЕ – Подрачна единица

ДСГ – Дијагностички сродни групи

ФПИОМ – Фонд на пензиското и инвалидското осигурување на Северна Македонија

ЕЛС – Единица за локална самоуправа

УЈП – Управа за јавни приходи

АВРМ – Агенција за вработување

МФ- Министерство за финансии



ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА
ENTI SHTETËTOR I REVIZIONIT
STATE AUDIT OFFICE

Број:17-383/8

Дата: 14.04.2021

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 Република Северна Македонија за 2019 година.

Со извршената ревизија за 2019 година изразивме мислење со резерва во однос на вистинитото и објективното прикажување на финансиската состојба и резултатите од финансиските активности и за усогласеноста на финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики за 2019 година.

Извршена е ревизија на елементи на финансиските извештаи на Фондот за 2018 година, при што изразено е мислење со резерва за вистинитоста и објективноста на финансиските извештаи и за усогласеноста со законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

Со ревизијата беше опфатено и спроведувањето на препораките, дадени во Конечниот извештај на овластениот државен ревизор за 2018 година презентирано како прилог кон овој Извештај, при што е констатирано дека препораките не се спроведени.

Со извршената ревизија на финансиските извештаи и ревизијата на усогласеност за 2019 година констатирано е следното:

- слабости во делот на интерните контроли при потврдувањето на реалноста и објективноста на фактурираниот број и видови на извршени медицински интервенции реализирани од ПЗУ, со кои Фондот има склучено договори;
- слабости и неправилности во постапката за упатување за лекување во странство на осигурените лица, која и покрај специфичноста на активностите не е уредена како посебен вид постапка и има третман на општа управна постапка, при што во целост не се обезбедува соодветна правна заштита на барателите, а во повеќе случаи постапката е долготрајна;
- не е воспоставена ex-post контрола, односно систем на следење и анализи на успешноста на лекувањето во поединечните болници за лекување во странство

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

врз основа на кои би се утврдиле приоритетни болници за успешно лекување на одделни заболувања;

- недоследности во ангажирањето на вработени лица со договор на дело;
- нецелосно спроведен попис на средствата, побарувањата и обврските и не запазени законски предвидените рокови за усвојување на пописот;
- невоспоставена евиденција на залихите на материјали во Билансот на состојба на ден 31.12.2019 година;
- нерегулиран статус на дел од градежните објекти и земјиштето, нецелосно утврдени вредности и евидентирање на недвижниот имот во деловните книги;
- Фондот нема целосни информации колку се побарувањата по основ на неплатен придонес за здравствено осигурување што се должи на Договорот за евидентирање и следење на побарувањата склучен помеѓу УЈП и Фондот со кој не е утврдена обврската УЈП да ги доставува законски утврдените информации до институциите;
- крајно неизвесна е можноста за наплата на побарувањата по основ на неплатен придонес за здравствено осигурување кои настанале заклучно со 31.12.2008 година;
- не е запазено буџетското начело на парично искажување поради што нереално е прикажана состојбата на обврските во финансиските извештаи на Фондот.

Овластениот државен ревизор во Конечниот извештај за извршената ревизија на финансиските извештаи за 2018 година известува за слабостите на системот на внатрешни контроли во врска со состојбите кои се однесуваат на контролата на ПЗУ кои во поголем дел се повторуваат и во овој извештај.

За констатираните состојби ревизијата даде препораки со цел да се надминат утврдените состојби во наредниот период.

Во делот Прашања на неизвесност и континуитет обелоденуваме информации за начинот на плаќање на извршените услуги на здравствените установи, укажувајќи дека не е воспоставен сооднос помеѓу нивото на извршени услуги и нивното фактурирање и надоместување од страна на Фондот со што не е обезбедено вистинско купување на услуги предвидено со Законот за здравствено осигурување. Фондот има законска обврска 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. Истовремено во овој дел се осврнуваме и на движењето на долгот кон добавувачите кои го имаат генерирано ЈЗУ заклучно со септември 2020 година, особено имајќи го предвид справувањето со последиците од тековната пандемија на Ковид 19.

Од страна на раководството на Фондот за здравствено осигурување на РСМ, доставени се забелешки на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор, истите се разгледани и е констатирано дека дел претставуваат известување за мерките кои ќе бидат преземени во иднина, а дел не се прифатени поради тоа што истите се информации и образложенија за утврдените состојби кои овластениот државен ревизор ги имаше во предвид во текот на ревизијата.

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

1. Вовед

- 1.1. Извршивме ревизија на приложените финансиски извештаи на страна 25 до 27 заедно со ревизија на усогласеност на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија, кои се состојат од биланс на состојба на ден 31 декември 2019 година, 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 на елементи на финансиските извештаи на Фондот за 2018 година, при што изразено е мислење со резерва за вистинитоста и објективноста на финансиските извештаи и за усогласеноста со законска регулатива, упатства и воспоставени политики.
- 1.4. Финансиските извештаи од точка 1.1. на овој извештај се одговорност на раководството на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија застапувано од:
 - Орхан Рамадани, директор од 25.05.2015 година и
 - Данаил Дончев, директор од 06.02.2018 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

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

воспоставени политики.

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 ефективност 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

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

известување во Република Северна Македонија и со прифатени и спроведени извесни корекции од страна на субјектот, како резултат на утврдени погрешни прикажувања.

2.3. Ревизијата од точка 1.1. погоре е планирана и извршена во периодот од 20.08.2020 година до 30.12.2020 година кај Фондот за здравствено осигурување на Република Северна 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 2018 година, презентирани како прилог кон овој Извештај, при што е констатирано дека препораките имаат статус на неспроведени.

4. Наоди и препораки

Прашањата кои ги покрива овој извештај беа дискутирани на завршниот состанок со раководството и одговорните лица на субјектот - предмет на ревизија, одржан на ден 03.02.2021 година.

Не се примени забелешки по Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор заведен под број 17-383/1 од 24.02.2021 година.

Од страна на раководството на Фондот за здравствено осигурување на РСМ, доставени се забелешки на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор заведени во Државниот завод за ревизија под број 17-383/7 од 09.04.2021 година. Забелешките се разгледани и е констатирано дека дел претставуваат известување за мерките кои ќе бидат преземени во иднина, а дел не се прифатени поради тоа што истите се информации и образложенија за утврдените состојби кои овластениот државен ревизор ги имаше во предвид во текот на ревизијата. Забелешките и Одговорот на забелешките се дадени во прилог на овој Конечен извештај.

4.1. Внатрешни контроли

4.1.1. Исплатата на обврските во најголем дел во работењето на Фондот се врши преку централизиран информациски систем, со повеќе модули. Во истиот се имплементирани автоматски контроли со што се намалува ризикот од грешка во делот на контрола при споредба на добиени информации и утврдени параметри, како и намалување на ризикот од човечки грешки.

Со ревизија на исплатите по основ на извршени здравствени услуги (медицински интервенции) кон ПЗУ во вкупен износ од 2.053.610 илјади денари, констатиравме дека Фондот има воспоставено редовни интерни и теренски контроли кај ПЗУ, како дел од процесот на признавање и плаќање на расходите по фактурите за извршени медицински интервенции доставени од нивна страна. Согласно извршените

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

интервјуа и презентираниот документација, констатиравме дека овие контроли се однесуваат само на целосноста на медицинската документација за извршените медицински интервенции кои се фактурираат од страна на ПЗУ. Имено, фактурирањето на извршените услуги се врши со наведување на бројот и видот на извршени ДСГ услуги согласно усвоените ценовници за здравствени услуги кои имаат различни референтни цени. Како резултат на ова во услови на ограничени кадровски капацитети и можности за целосна контрола за што се неопходни стручни медицински познавања од соодветната област, отежнато е потврдувањето на веродостојноста на искажаниот и фактуриран вид и обем на извршени медицински интервенции во фактурите.

Исто така Фондот има склучено договори со ПЗУ за вршење на услуги од примарната здравствена заштита (матични лекари, гинеколози, стоматолози) за што се исплатува надоместок – капитација кој во 2019 година изнесува 3.439.484 илјади денари. Исплатата на овој надоместок се врши врз основа на фиксен износ на капитација кој се одредува во зависност од бројот на пациентите на секоја ПЗУ во висина од 70% односно 80% и варијабилен износ на капитацијата во висина од 30% односно 20% кој се исплаќа во зависност од успешноста на секоја ПЗУ во реализацијата на целите за превентивна здравствена заштита. Во насока на потврдување на извршените исплати за варијабилниот дел од капитацијата, Фондот, согласно одредбите на склучените договори со матичните лекари, има обврска да врши редовни контроли на успешноста на реализацијата на целите на превентивната здравствена заштита по што месечните фактури од ПЗУ се одобруваат за исплата.

Поради наведеното констатиравме дека не се воспоставени или не се извршени соодветни контроли кои ќе обезбедат потврдување на реалноста и објективноста на фактурираните медицински интервенции и услуги и постои ризик од признавање и плаќање на медицински услуги во вид и обем различен од реално извршениот.

Наведеното не е во согласност со член 5, член 7 и член 16 од Законот за јавна внатрешна финансиска контрола во кои се пропишани одредби за одговорност и отчетност на раководството на субјектите како и опфатот на контролите кои треба да се воспостават во рамките на еден субјект.

Утврдивме дека поради тековната пандемија на Ковид 19, Фондот нема извршени вакви контроли за најголемиот дел од фактурите од 2019 година за кои контролата се врши во 2020 година, меѓутоа и покрај ова надоместокот за обезбедување на здравствени услуги се исплаќа во целост, иако не е извесно дека превентивните прегледи се извршени од страна на ПЗУ во примарна здравствена заштита.

Препорака

Органите на управување и раководење на Фондот согласно можностите и имајќи ја предвид тековната состојба да преземат активности за зајакнување на контролите во делот на потврдување на веродостојноста на видот и бројот на извршените здравствени услуги кон осигурени пациенти од страна на ПЗУ како и успешноста во

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

делот на реализацијата на целите од превентивната здравствена заштита кои се исплатуваат од страна на Фондот.

4.2. Усогласеност со закони и прописи

4.2.1. Начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство е регулиран со Законот за здравствено осигурување¹ и Правилникот на Фондот², а детално овој процес е уреден со интерна постапка³.

Во 2019 година за лекување во странство исплатени се вкупно 415.012 илјади денари при што движењето на овие расходи во последните 6 години е дадено во следниот график.



Во врска со постапката за упатување на лекување во странство во изминатиот период утврдени се состојби кои соодветно се истакнати во ревизорскиот извештај за 2018 година, при што издадени се и соодветни препораки. Статусот на овие препораки е даден во прилог кон овој Извештај.

¹ Закон за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 154/15, 192/15, 217/15, 27/16, 37/16, 120/16, 142/16, 171/17).

² Правилник за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Сл. весник на Р. Македонија“ број 88/2013, 48/2015, 68/2015, 211/2015, 107/2016, 158/2016),

³ Постапка за остварување на право на здравствени услуги на осигурени лица во странство, дефинирање на процеси и задолженија на вработените лица во подрачните служби на ФЗОМ и на вработените лица во ФЗОМ бр. 10-7866/1 од 24.05.2017.

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

Со анализа и увид во постапката и документацијата за лекување во странство ги констатиравме следните состојби:

- иако формирањето на комисиите е во согласност со Законот за здравствено осигурување, формирањето и функционирањето на две комисии во рамки на иста постапка и орган не е во согласност со членот 14 од Законот за општа управна постапка, во кој не е предвидена можност второстепенa комисија да учествува и одлучува во прв степен. На овој начин не е обезбедена соодветна правна заштита со оглед дека, при евентуално преиначување на позитивното во негативно мислење од страна на второстепената комисија во првостепената постапка, барателот нема можност да изјави жалба во втор степен до друга комисија, освен до истата второстепенa која учествувала во одлучувањето во прв степен. Второстепеноста 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.
- Со оглед на специфичноста и сензитивноста на активностите во постапката за упатување за лекување во странство кои бараат проверка на обемна и сложена медицинска и друга документација констатиравме дека во повеќе случаи е надминат законскиот рок од 45 дена за нивно решавање предвиден во член 31 став 4 и 5 од Законот за здравствено осигурување. Дел од решенијата за упатување на лекување во странство се донесени со задоцнување од 7 до 14 дена во однос на датумот на изготвување на записник од второстепената комисија, што не е во согласност со член 14 став 3 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство според кој е предвидено решенијата да се изготват во рок од еден ден. Погоре наведените состојби се должат на функционирање на две комисии во прв степен, незавршени подготвителни активности од страна на клиниките, недефиниран краен датум во Правилникот за лекување во странство до кој барањето треба да биде земено за разгледување од страна на лекарската комисија. Кај дел од предметите утврдивме и дека лекарските комисии во услови на доставени мислење од клинички конзилиум до барателите доставуваат и дополнителни барања за извршување на лекарски прегледи и ги упатуваат истите да ги реализираат во една ПЗУ во земјата. Притоа за ова не постои основ во Правилникот за лекување во странство и истото е непотребно со оглед на тоа дека согласно овој Правилник барањата за лекување во странство содржат мислења од клинички конзилиум и соодветна медицинска документација, а самите комисии се составени од истакнати медицински стручни лица кои треба да донесат соодветна одлука врз основа на доставената медицинска документација која е составен дел на барањето за лекување во странство упатено од пациентите. Со увид во

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

документацијата која ни беше доставена утврдивме дека со записниците од работата на комисијата не се дава никакво образложение за причините за упатување на пациентите на дополнителни лекарски прегледи. Наведената состојба има големо влијание на одолговлекување на упатувањето во странство на лекување, успешноста на лекувањето и додадената вредност на потрошените буџетски средства, а со упатувањето на дополнителни прегледи во ПЗУ пациентите се изложуваат на дополнителни и непотребни трошоци.

- Од страна на Фондот не е воспоставен соодветен систем на следење, ниту пак се прават анализи на ефектите од лекувањето во медицинските установи во странство и во земјата во кои е реализирано одобреното лекување на осигурениците и успешноста на истото. Имено, и покрај тоа што во член 20 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство е предвидена обврска 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 лекување, истото целосно не се спроведува. Фондот повремено испраќа известување до клиниките за исполнување на оваа обврска. Како резултат на ова Фондот нема изработено листа на болници во која ќе биде содржана и успешноста во лекувањето на различни дијагнози која ќе послужи како основ за упатување на лекување на идни осигуреници ниту пак е изработен акт врз основа на кој ќе се врши изборот на овие медицински установи.
- Отсуството на ваква листа и акт со критериуми овозможува нееднаков третман на осигурениците во однос на изборот на болницата каде што се упатуваат на лекување. Утврдивме случај во кој е извршено менување на медицинската установа каде што се упатува осигуреникот на лекување, без консултации со осигуреникот, и тоа во здравствена установа без специјалност во третман на болни лица поврзано со состојбата во која се наоѓал пациентот, при што во записниците не е дадено образложение за причините за извршената промена ниту пак на кој начин медицинската документација потребна за давање понуда стигнала до оваа здравствена установа. Укажуваме и дека со увид во документацијата утврдивме дека дадената понуда од оваа установа била инфериорна во однос на предложената од страна на првостепената комисија. Иако по жалба од правен застапник на пациентот оваа одлука била променета, наведеното укажува за тешкотиите со кои се соочуваат барателите поради ваквите необразложени промени и тоа во делот на доцнење со лекувањето и дополнителни трошоци за правни застапници, а се јавува и ризик од нарушување на правото на доверливост на медицинските податоци

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

согласно член 25 од Законот за заштита на правата на пациентите.

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, точно дефинирани рокови и намалување на обемот на документација;
- 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;
- да се пропише начинот за избор на здравствените установи во странство при упатување на лекување на пациенти од земјата како и да се изготви база на податоци и рангирање на здравствени установи од странство според успешноста во лекувањето на различни видови заболувања;

4.2.2. Во поглед на начинот на евидентирање на побарувањата во Билансот на состојба на Фондот на ден 31.12.2019 година утврдивме состојби во врска со кои го констатиравме следното:

- Во сметководствената евиденција на позицијата Дадени аванси во болници во странство на 31.12.2019 година евидентирани се средства во износ од 233.407 илјади денари. Во отсуство на информација за статусот на лекувањата (дали истите се завршени или се во тек) како и поради потешкотиите во обезбедувањето на медицинската и финансиската документација од странските здравствени установи каде се реализирани лекувањата, Фондот нема точна информација колкав дел од побарувањата се однесуваат на лекувања кои се во тек односно реализирани лекувања и не се врши навремено утврдување на висината на трошоците за болничките лекувања во странство имајќи предвид дека постои можност поедини лекувања чинат помалку од договорениот износ. Во услови кога не се врши ex-post контрола за статусот на лекувањето, односно фактурите кои странските болници ги доставуваат до Фондот по завршување на лекувањето, се доставуваат директно во сметководството каде се врши нивно евидентирањето без да се воспостави евиденција поединечно за секој пациент, не сме уверени во објективноста и реалноста на искажаниот износ по овој основ.

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

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

Препорака

Органите на управување и раководење да преземат активности:

- за размена на податоци за обврзниците за плаќање на придонесите, како и износите на пресметани, наплатени и ненаплатени придонеси и други службени податоци поврзани со преземените мерки за наплата на придонесите и да се обезбеди навремено постапување во врска со наплатата на придонесите.
- да се формира стручно тело кое ќе изврши анализа на точниот износ на побарувањата по основ исплатени аванси за лекување во странство и да се изврши објективно евидентирање на истите.

4.2.3. Со Законот за здравствено осигурување, Законот за здравствена заштита, подзаконските акти донесени од Управниот одбор на Фондот, како и поголем број на интерни акти донесени од менаџментот на Фондот (насоки, известувања, упатства и друго) уреден е начинот на потврдување и документирање на постапките за остварување на правата на осигурениците. Со извршената ревизија на начинот на потврдување, документирање, архивирање и одложување на пропратната документација ревизијата ги констатира следниве состојби:

- во постапката на остварување на поделните права на осигурениците, се бара приложување на голем број на прилози на кои, поради нивната обемност, Фондот не е во можност да оствари целосна контрола, а нивното чување бара зголемен обем на простор;
- не се обезбедени соодветни простории за одложување на пропратната документација, поради што отежнато е барањето на складираната документација;
- поради непредвидување на ризиците од елементарни непогоди во ПС Велес извршено е поплавување и оштетување на документацијата со што оневозможено потврдување на усогласеноста на постапката за остварување на правото на осигурениците. Наведеното не е во согласност и со Законот за архивската граѓа и Уредбата за канцелариско и архивско работење;

Необезбедувањето соодветни просторни услови и несоодветно постапување со документацијата, предизвикува ограничување на делокругот на ревизијата и оневозможува потврдување на исплатените средства и законско и наменско користење на средствата.

Препорака:

Надлежниот орган за управување и раководење со Фондот да преземат активности за обезбедување на доволен простор со соодветни услови за чување на документацијата за остварените правата на осигурениците.

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

4.2.4. Со извршената ревизија на начинот на обезбедување на осигурените лица со лекови на рецепт констатиравме дека во две подрачни служби е извршена исплата/признавање на рецепти за скапи лекови на кои недостасува потврда (потпис) за извршената контрола од страна на вработените во ПС. Утврдената состојба не е во согласност со Упатството за Подрачните служби на Фондот за здравствено осигурување на Македонија за контрола на работењето на приватните здравствени установи-аптеки во примарната здравствена заштита. Неизвршените соодветни контроли на рецептите за скапи лекови не обезбедува потврдување на реалноста и објективноста на исплатените средства по овој основ.

Препорака

Надлежниот орган за раководење и управување на субјектот да превеземе мерки за надминување на погоре наведените недоследности од работењето на Фондот и да обезбеди практична имплементација на интерните акти и процедури.

4.3. Финансиски извештаи

4.3.1. Пописот на средствата и обврските со состојба на 31 декември 2019 година не е извршен на начин предвиден со одредбите наведени во член 29 до член 35 од Правилникот за сметководството на буџетите и буџетските корисници и член 21 од Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници, од следниве причини:

- Извештајот од Централната пописна комисија не е потпишан од сите членови на пописната комисија;
- Одлуката од Управниот одбор за усвојување на Извештајот од пописната комисија за попис на средствата, побарувањата и обврските не е донесена во законски утврдениот рок, односно истата е донесена на 21.02.2020 година/архивски заведена на 28.02.2020. Ваквата состојба доведува до неизвршено усогласување на фактичката со сметководствената состојба, што има влијание на квалитетот на финансиските извештаи;
- Во пописните листи не се внесени податоци со кои целосно ќе се утврди фактичката состојба на градежните објекти (квадратура, имотен лист итн), додека во поголем дел од пописните листи за опремата недостасуваат податоци за количината констатирана по извршениот попис;
- При пресметка на амортизацијата за дел од опремата не се применети соодветни стапки согласно Правилникот за сметководство на буџетите и буџетските корисници;
- 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;

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

- Во деловните книги на Фондот не е извршена финансиска и материјална евиденција на уметничките слики во сопственост на Фондот, поради што не е направен попис на истите освен во објектот на Централата на Фондот, ниту пак е направен попис на уметничките слики во сопственост на други субјекти, а се дадени на користење на Фондот (музеи и уметнички колонии). За попишаните уметнички слики не е наведен податок за вредност, а истите се изработени од еминентни уметници;
- Извршениот попис на побарувањата и обврските е извршен со преземање на податоците од сметководствената евиденција при што не е утврдена старосната структура на истите ниту пак е утврдено дали се преземени мерки од страна на одговорните лица за неизмирениите обврски и ненаплатените побарувања;
- Со извршениот попис утврдено е дека во сопственост на Фондот се јавуваат обврзници од четврта и петта емисија на обврзници за денационализација во вкупна вредност од 17.419 илјади денари кои се евидентирани во вонбилансната евиденција на Фондот. Притоа утврдивме дека рокот на доспевање на овие обврзници е 10 години, односно со оглед на тоа што истите се емитувани во 2005 и 2006 година, рокот за нивна наплата е изминат. Не добивме доказ дека одговорните служби во Фондот го имаат покренато прашањето за наплата на истите пред надлежниот државен орган, а во контакти со МФ и Централниот депозитар за хартии од вредност не добивме одговор дали нивната наплата е можна во услови на доцнење со датумот за доспевање.

Поради наведеното ревизијата констатира дека при извршениот попис не се испочитувани во целост одредбите на Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници, Правилникот за сметководство на буџети и буџетски корисници и Законот за користење и располагање на стварите во државна и општинска сопственост 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 со кои ќе ги задолжат одговорните лицата да ги преземат следните активности:

- пописната комисија при вршење на попис да изврши попис на целокупните средства и обврски со кои располага Фондот, да обезбеди внесување на сите податоци во пописните листи, да изврши усогласување на сметководствената со фактичката состојба и да подготви извештај во законски утврдените рокови;
- да се изврши раздолжување на вработените со опремата со која биле задолжени при престанок на работниот однос;
- да се применуваат стапките за амортизација согласно Правилникот за сметководство на буџетите и буџетските корисници;

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОБЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

- да се воспостави евидентирање на залихите во деловните книги на Фондот;
- да се изврши евидентирање на сите уметнички слики кои се наоѓаат во просториите на Фондот и да се утврди нивната вредност;
- средствата на други субјекти да се попишат на пописни листи и истите по извршениот попис да се доставуваат на субјектот на кој тие средства му припаѓаат;
- во соработка со надлежните државни органи, да се испитаат сите можности за наплата на хартиите од вредност во сопственост на Фондот.

4.3.2. На позицијата Постојани средства искажани се средства во износ од 546.132 илјади денари. Со увид во сметководствената евиденција и поткрепувачка 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 ни дадени насоки за понатамошно постапување;
- за десет градежни објекти со вредност од 62.865 илјади денари како сопственици или корисници во имотните листови се наведени Фондот и ФПИОМ, но за истите не е поднесено барање да се изврши премер на објектите со цел да се утврди поединечната вредност потребна за запишување на правата на сопственост;
- за евидентираниите градежни објекти во седум подрачни служби во вкупен износ од 26.557 илјади денари и земјиште во една подрачна служба во износ од 3.099 илјади денари, не е извршено запишување на правото на сопственост кај Агенцијата за катастар на недвижности;;
- 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;
- поради слабости во комуникацијата помеѓу одговорните организациони единици во централата на Фондот и Подрачните служби, не се преземени активности во врска со евидентирање, на соодветните позиции во деловните книги, на недвижен имот и опрема во вкупен износ од 41.482 илјади денари, имот кој Фондот го има добиено врз основа на комплетираните стечајни постапки како дел од стечајна маса на субјекти кои имале долг кон Фондот и завршени судски постапки заклучно со 31.12.2018 година. Притоа на наше барање не добивме документација во врска со натамошното постапување со овој имот и постои ризик да е извршено отуѓување на истиот, ниту пак добивме документација во врска со евентуално завршени слични постапки во текот на 2019 година, поради што постои можност наведениот износ да претрпи промени;

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

- не се преземени активности за ревалоризација/корекција на вредноста на земјиштето во согласност со член 28 став 6 од Правилникот за сметководство за буџет и буџетски корисници поради преземени мерки од страна на Фондот за обезбедување на соодветен податок од ЕЛС;

Горенаведените состојби не се во согласност со одредбите од Законот за користење и располагање со стварите во државна сопственост и со стварите во општинска сопственост (Глава V- Евиденција на ствари што ги користат државните органи), член 57 од Законот за катастар на недвижности, со кој се уредува премерот на земјиштето како и запишување на правата на недвижностите и 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.

Сите обвие констатации се наведени и во ревизиите на ФЗОРСМ од минати ревизии.

Препорака

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

- да се формира комисија за утврдување на состојбата во која се наоѓа доделената локација за изградба на детски диспанзер и да се дадат насоки за понатамошно постапување;
- во соработка со ФПИОМ, да се изврши премер на градежните објекти каде како сопственици или корисници во имотните листови се наведени Фондот и ФПИОМ, со цел поединечно запишување на правата на сопственост;
- да се воспостави соодветна комуникација меѓу организационите единици на Фондот вклучително и подрачните единици, а правната служба да воспостави централна евиденција на сите постапки каде Фондот има пријавено побарување во стечајната маса. За целокупниот имот кој е добиен врз основа на побарување од стечајна маса да се извести раководството на Фондот и да се изврши соодветно евидентирање на истиот во деловните книги на Фондот;
- да се изврши запишување на правото на сопственост на објектите и земјиштето кои не се запишани кај Агенцијата за катастар на недвижности и
- да обезбеди проценка на пазарната вредност на земјиштето преку надлежниот орган и да се изврши соодветно евидентирање на вредност на земјиштето врз основа на оваа проценка.

4.3.3. Фондот во известувачкиот период за потребите на тековното работење врши набавка на канцелариски материјали, средства за одржување на хигиена, како и други материјали. Со извршената ревизија на начинот на приемот, издавањето, нивната сметководствената евиденција и известувањето за состојбата на средствата, ревизијата ги утврди следните состојби:

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

- не е воспоставена материјална и сметководствена евиденција за евидентирање на приемот и издавање на набавените залихи на материјали како за изработка на приемници, испратници и водење на материјална евиденција на набавените и издадените материјали;
- не е извршен попис за примените материјали на крајот на известувачкиот период и нивно презентирање во финансиските извештаи, како и не е уреден начинот на известување помеѓу ПС и Фондот централа за наведените залихи;

Утврдените состојби не се во согласност со одредбите на Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници и Правилникот за сметководство за буџетите и буџетските корисници. Констатираните состојби доведуваат до неискажување на состојбата на залихите во рамките на Фондот, и нецелосно искажување на состојбата во финансиските извештаи за субјектот.

Препорака:

Надлежните органи на Фондот да воспостават соодветна и целосна евиденција на состојбата на залихите во деловните книги на Фондот.

4.3.4. Од извршениот увид во сметководствената евиденција и документација и извршените детални тестови, ревизијата утврди дека сметководствената евидентирање на тековните обврски се врши во моментот на плаќање на обврската, а не во моментот на настанување на истата. Ваквата состојба не е во согласност со член 7 и 12 од Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници и има за ефект неажурни и ненавремени сметководствени податоци, како и нереално прикажување на состојбата на обврските во вистинските извештаи на Фондот.

Препорака

Евидентирањето односно признавањето на обврските да се врши во моментот на нивно настанување, а признавањето на расходите да се врши во момент на нивното плаќање согласно начелото на парично искажување.

4.4. Користење на средствата согласно законски прописи

4.4.1. Во текот на 2019 година ангажирани се физички лица за извршување на работни задачи за потребите на Фондот, при што исплатени се средства во износ од 11.162 илјади денари. Бројот на ангажираните лица е променлив и се движи од 23 до 36 лица. Со извршениот увид во доставената документација, ревизијата ги констатира следните состојби:

- лицата се ангажирани во континуитет од една година по договор на дело за извршување на интелектуални работи, при што со извршен увид во договорите утврдивме дека на овие лица им се доделени работни активности во врска со тековното работење на Фондот, што не е во согласност со член 619 од Законот за облигационите односи;

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

- не постои конзистентност ниту критериуми во утврдување на висината на надоместоците за извршена работа по однос на склучени договори за дело и истите варираат од 18 до 49 илјади денари месечно;
- не се следи редовноста на лицата ангажирани по договор на дело при што Фондот не ја обезбедил присутноста на работните места на овие лица. Како резултат на наведеното се јавува можност од исплата на парични средства на лица кои воопшто не биле присутни на работните места и не ги извршуваат работните обврски во Фондот во согласност со склучените договори;
- во договорите не е предвидена обврска ангажираните лица да доставуваат месечни извештаи за извршената работа, што не обезбедува уверување во однос на исполнувањето на нивните работни задачи и обврски за кои се ангажирани;
- пристапено е кон склучување на договор на дело за период од една година со едно лице – странски државјанин на кое регулираниот престој во РСМ му завршило заклучно со 31.12.2018 година при што не добивме доказ дека истото го има регулирано престојот во РСМ по овој датум, а исплатите кон ангажираното лице се вршени со дознаки во странство. По овој основ исплатени се 731 илјади денари.

Ваквата состојба не е во согласност со член 619 од Законот за облигационите односи, Законот за агенциите за привремени вработувања и Законот за работни односи и има можност од субјективен пристап при одлучувањето за потреба од ангажирање на лицата и предизвикува можност од несоодветно користење на средствата не обезбедува остварување на правото на пензиско и здравствено осигурување од работен однос.

Препорака

Одговорните лица во Фондот да преземат мерки за:

- пропишување на политики за утврдување на потребата од дополнителна работна сила, нивно ангажирање во согласност со обемот и потребите на Фондот;
- утврдување на критериуми за определување на висината на надоместокот за ангажирање на лица по договор на дело и
- вршење на исплати на лицата ангажирани по договор за дело врз основа на доставени месечни извештаи за извршената работа.

Основ за изразување на мислење

Вкупен ефект од изнесените наоди, во точките 4.2 до 4.4, кои се основ за изразување мислење, се:

- слабости во интерните контроли во делот на потврдувањето на фактурираните износи од ПЗУ со кои Фондот има склучено договори;
- слабости во постапката за упатување за лекување во странство;

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

- недоследности во ангажирањето на вработени лица со договор на дело;
- 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;
- слабости во евидентирањето на обврските од добавувачи поради непочитување на буџетското начело на парично искажување и
- невоспоставена евиденција за залихите на материјали во Билансот на состојба на ден 31.12.2019 година;

5. Ревизорско мислење

Мислење за финансиски извештаи

Според наше мислење, со исклучок на ефектот на прашањата изнесени во точката 4.2. и 4.3, финансиските извештаи ги прикажуваат вистинито и објективно, во сите материјални аспекти, финансиската состојба на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија на ден 31 декември 2019 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 4.2 и 4.4 активностите, финансиските трансакции и информации, рефлектирани во финансиските извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија, во сите материјални аспекти се во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

6. Прашања на неизвесност и континуитет

6.1. Со воведувањето на концептот купување на услуги, за утврдување на надоместоците на ЈЗУ усвоена е Одлука⁴ со која е пропишан начинот на кој се врши утврдување на буџетот на здравствените установи врз основа на воспоставени критериуми. Од доставената документација во врска со предвидените износи кои се алоцирани за буџетот на ЈЗУ утврдивме дека при утврдувањето на износот на буџетот се вклучуваат и разгледуваат критериумите за распределба предвидени во спомнатата Одлука. Меѓутоа, со оглед на тоа што со Одлуката не е дефинирана

⁴ 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.

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

математичка формула за пресметка на буџетот на ЈЗУ земајќи ги предвид наведените критериуми, во пракса утврдениот надоместок пред почетокот на буџетската година е резултат на процесот на преговори меѓу претставници на Фондот и ЈЗУ, при што не се зема предвид резултатот на објективни пресметки за обемот на услуги кои се предвидува да се извршат. Како резултат на наведеното 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 поради 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 целосно финансирање на одредени ЈЗУ. Согласно документацијата која ја имавме на увид прагот под кој една ЈЗУ се смета за неодржлива е неформално поставен во висина од околу 80% на извршен обем на услуги во однос на договорениот надоместок за соодветната година. Бројот на неодржливи здравствени установи во 2019 година согласно доставени информации од Фондот, изнесува 27 за кои Фондот врз основа на изготвена Информација⁵ 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 несоодветното вреднување на здравствените услуги кои ги извршуваат;
- болници и универзитетските клиници 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 клиници, институти и заводи неусогласени со системот на вреднување на дел од здравствените услуги кои по својата специфика имаат обврска да третираат или дијагностицираат специфични заболувања за кои се потребни скапи лекаства, реагенси, методи или долготрајно лекување, кои не

⁵ Информација за ЈЗУ за кои се предлага Фондот да обезбедува средства за нивно функционирање со показатели за нивната финансиска состојба за 2019 година.

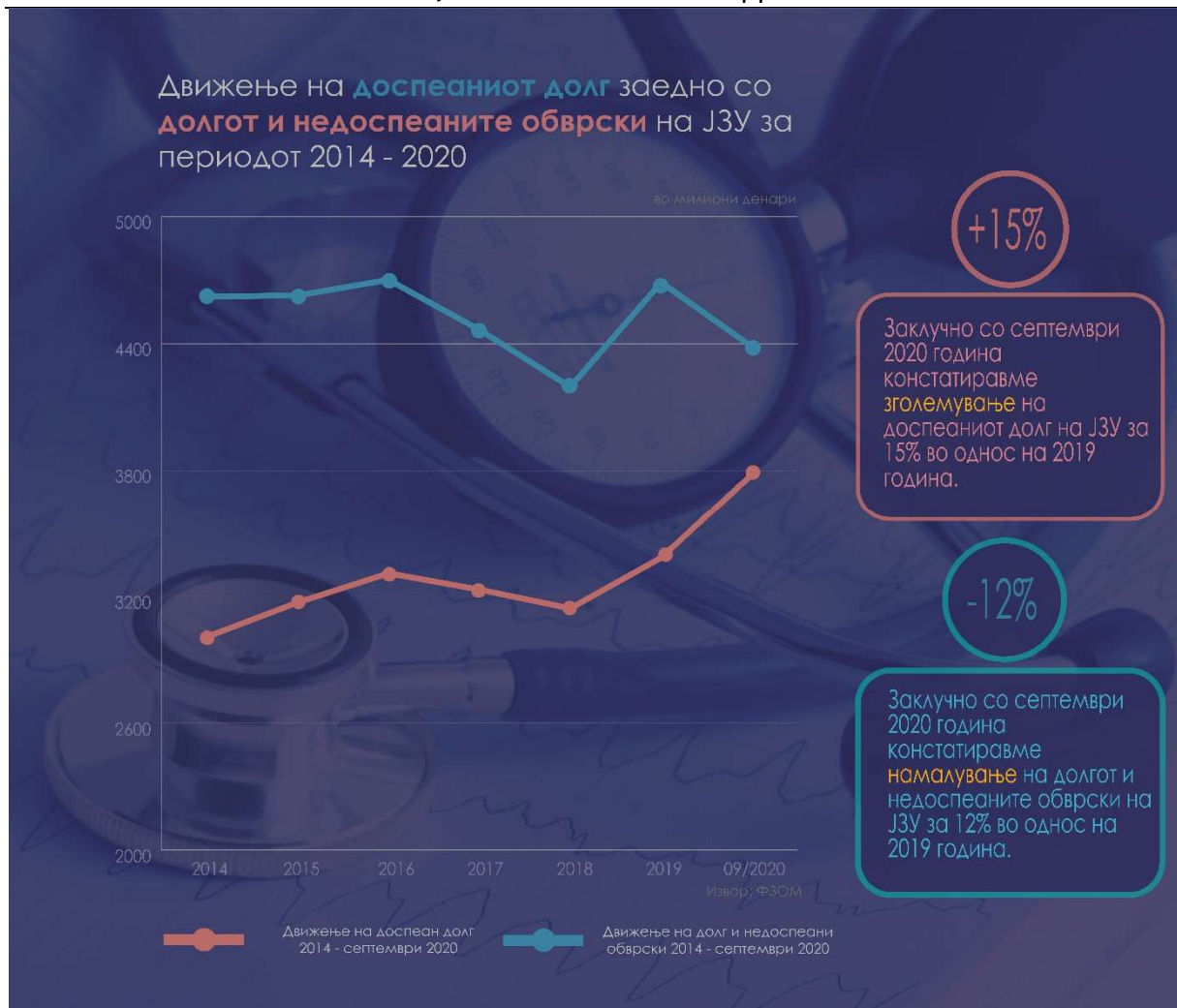
**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

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 здравствени услуги односно, Фондот наместо целосно 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 поради што ЈЗУ имаат нееднаков третман и се ставени во нерамноправна положба. Како резултат на сите наведени состојби дел од ЈЗУ имаат искажано повисоко ниво на извршени услуги и соодветно на ова повисоко ниво на реални трошоци во однос на договорениот надоместок. Ова доведува до неможност за целосно и навремено сервисирање на обврските кон добавувачите што заедно со неможноста ЈЗУ од МЗ да извршат наплата на побарувањата по Програмите за здравствена заштита е главната причина за генерирање на долг на ЈЗУ, кој потоа создава дополнителен трошок поради мерките кои ги преземаат коминтентите за наплата на истиот преку извршители. Во следниот инфографик го прикажуваме движењето на долгот на ЈЗУ за периодот (2014 – септември 2020) и истиот во 2020 година бележи тенденција на зголемување:

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



Со цел да ја утврдиме финансиската стабилност на работењето на ЈЗУ, а поврзано со справувањето со последиците од тековната пандемија на Ковид 19 која ја зафати и нашата земја во текот на 2020 година, ги проширивме ревизорските постапки во овој дел и ја опфативме и 2020 година заклучно со 9 месец, до кога имавме расположиви информации. Со увид во истите, утврдиме дека доспеаните долгови на ЈЗУ до 09 месец 2020 година изнесуваат 3.781.631 илјада денари што представува зголемување во однос на 2019 година за 11,7%, додека вкупно доспеаните долгови со вклучени недоспеани фактури бележи намалување за 6,5% и изнесува 4.383.550 илјади денари. Од друга страна, процентот на реализирани услуги во однос на договорениот надоместок во првите три квартали од 2020 година на ниво на сите ЈЗУ бележи значително намалување и изнесува 56,26% во однос на 2019 година кога овој процент изнесува 82,96% што наведува на заклучок дека нивото на останатите реализирани здравствени услуги неповрзани со тековната пандемија е значително намалено. Реално е да се очекува дека по завршувањето на оваа здравствена криза нивото на реализација на здравствени услуги значително ќе се зголеми како резултат на неизвршените здравствени услуги во 2020 година, проследено со зголемување на

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОБЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

расходите во работењето на ЈЗУ, што може да предизвика потреба од дополнителни парични издатоци. Напоменуваме дека доколку се користи неформално дефинираниот критериум од 80% на извршен обем на услуги во однос на договорениот надоместок, голем дел од ЈЗУ во 2020 година ќе влезат во групата неодржливи здравствени установи.

6.2. Фондот ги пресметува цените на здравствените услуги за осигурените лица на здравствените установи во мрежата согласно елементите 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 извршените ревизии на ЈЗУ, како и на Фондот од оваа и минати години, констатиравме дека ЈЗУ и Фондот не ги прават потребните анализи на трошоци за приближување на референтните цени кон реалниот потрошок за единица здравствена услуга, а кои е потребно тековно и континуирано да се менуваат поради влијанието кое го имаат јавните набавки во цената на услугите.

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. Имајќи го предвид овој факт, во текот на 2018 година Фондот преземал активности за приближување на реалните кон референтните цени преку извршена корекција на референтните цени на ДСГ услугите и тоа за висината на инфлацијата од 2012 година до 2018 година односно во висина од 15%.

Во отсуство на воспоставена евиденција на реалните трошоци на здравствените услуги по пациент, Фондот не е во можност да направи целосна ревизија на референтните цени, ниту пак ЈЗУ можат аргументирано 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. Со оглед на фактот што Фондот го има усвоено концептот на купување на здравствени услуги единствено за ПЗУ во делот на кардиоваскуларните услуги и дијализата, извршената корекција на референтните цени кај ЈЗУ има незначително влијание врз зголемувањето на приходите од наплата на услугите и истото е ограничено на наплатата од неосигурените пациенти односно оние пациенти кои се лекуваат приватно што е занемарлив дел во работењето на ЈЗУ.

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА**

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОВЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР

6.3. 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, ФПИОМ 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 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. Притоа на позицијата Побарувања по основ на неплатен придонес на 31.12.2019 година е евидентиран износ во висина од 2.646.632 илјади денари и истиот е зголемен за 15% во однос на искажаната состојба во 2018 година кога е прикажан износ во висина од 2.299.483 илјади денари. Исто така на позицијата за побарувања евидентиран е и износ во висина од 1.460.165 илјади денари по основ на утужени побарувања за неплатени придонеси настанати пред 2009 година, меѓутоа и покрај тоа што постапките за наплата се завршени и побарувањата се предадени на извршител за да се изврши наплата, можноста за наплата е крајно неизвесна со оглед на тоа што овие правните лица се воглавно ликвидирани или во стечај. 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, евидентирано е задолжување со употреба на минималната основица за пресметка на придонесите, а висината на потенцијалните побарувања се повисоки од податокот добиен од УЈП.

6.4. Обрнуваме внимание дека по поведена судска постапка пред надлежен суд, Фондот се јавува како странка во судски спорови чие решавање зависи од идни настани чиј исход не може да се предвиди и чие решавање можат да има ефект врз финансиските извештаи. Во врска со ова Фондот се јавува како тужена страна во судски постапки во кои се бара наплата на износ во висина од 140.110 илјади денари по основ на главен долг од фактури за извршени набавки и користени услуги од доверители. Фондот, исто така се јавува и како тужител во судски постапки во главно против правни лица кои имаат неподмирени обврски спрема Фондот во вкупен износ од 359.360 илјади денари.

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

Поради тоа што станува збор за судски постапки, постои неизвесност од дополнително оптоварување на проценетиот износ со камати и судски трошоци кај судските спорови во кои Фондот е тужена страна што може дополнително да го оптовари работењето во иднина.

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

БИЛАНС НА ПРИХОДИ И РАСХОДИ ЗА 2019 ГОДИНА

Опис на позицијата	Образложе ние	во 000 Ден.	
		2019	2018
Приходи			
Даночни приходи	3.1.	28.387.234	26.405.164
Неданочни приходи	3.2.	511.092	520.032
Трансфери и донации	3.3.	3.072.506	2.873.489
Вкупно приходи		31.970.832	29.798.685
Расходи			
Тековни расходи			
Плати, наемнини и надомести	3.4.1.	358.712	325.861
Стоки и услуги	3.4.2.	27.407.892	25.798.027
Субвенции и трансфери	3.4.3.	2.054	2.108
Социјални бенефиции	3.4.4.	3.489.540	3.257.971
Вкупно тековни расходи		31.258.198	29.383.967
Капитални расходи	3.5.	18.583	22.408
Вкупно расходи		31.276.781	29.406.375
Дел од нето вишокот на приходи за пренос во наредна година		694.051	392.310

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

**Фд
БИЛАНС НА СОСТОЈБА НА 31.12.2019 ГОДИНА**

Опис на позицијата	Образложение	во 000 ден.	
		2019	2018
Актива			
Тековни средства			
Парични средства	4.1.1.	694.050	392.310
Побарувања	4.1.2.	4.972.446	4.864.048
Финансиски и пресметковни односи во рамките на буџетот и фондовите	4.1.3.	233.407	297.594
Активни временски разграничувања	4.1.4.	2.838.712	2.968.565
Вкупно тековни средства		8.738.615	8.522.517
Капитални средства и долгорочни пласмани			
Капитални (материјални) средства	4.2.1.	499.346	509.856
Природни богатства	4.2.2.	41.453	41.453
Материјални средства во подготовка	4.2.3.	5.324	5.324
Вкупно капитални средства		546.123	556.633
Средства на резервата, солидарноста и за други намени	4.2.4.	4.162	4.162
Вкупна актива		9.288.900	9.083.312
Пасива			
Тековни обврски			
Краткорочни обврски спрема добавувачи	4.3.1.	5.965	14.386
Краткорочни обврски спрема субјекти	4.3.2.	311.500	304.046
Краткорочни обврски за плати и други обврски спрема вработените	4.3.3.	30.161	28.195
Финансиски и пресметковни односи во рамките на буџетите и фондовите	4.3.4.	2.491.087	2.621.938
Пасивни временски разграничувања	4.3.5.	5.905.226	5.559.275
Вкупно краткорочни обврски		8.743.939	8.527.840
Извори на капитални средства			
Извори на капитални средства	4.4.1.	539.901	550.359
Вкупно извори на капитални средства		539.901	550.359
Извори на средства на резервата, солидарноста и за други намени	4.4.2.	5.060	5.113
		9.288.900	
Вкупна пасива		0	9.083.312

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА
МАКЕДОНИЈА
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОБЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР**

**ПРЕГЛЕД
НА ПРОМЕНИ НА ИЗВОРИТЕ НА КАПИТАЛНИ СРЕДСТВА ЗА 2019 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, резервните делови и ситниот инвентар и хартии од вредност)	Други извори на средства	Вкупно
Состојба 01.01.2019 година	546.196	4.162	5.113	555.471
Зголемување по основ на:				-
Набавки	19.521	-	100	19.621
Ревалоризација на капитални средства	8.417	-	-	8.417
Намалување по основ на:	11.104	-	100	11.204
Ревалоризација	29.978	-	153	30.131
Амортизација за тековната година	5.814	-	46	5.860
Расход	24.158	-	107	24.265
Состојба 31.12.2019 година	6	-		6
Состојба 31.12.2019 година	535.739	4.162	5.060	544.961



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Бр. 03-1921/1
06.04.2021 година

РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА - РЕПУБЛИКА E MAQEDONISË SË VERIUT
ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА
ENTI SHËTETËROR I REVIZIONIT
СКОПЈЕ, С.Ш.КУП

.2021

ДО
Државниот завод за ревизија

Примено Raportar më	09.04.2021		
Org. Eджн. Mj.org	Базис №	Примено Shtyese	Drejtuar: Vlera:
J	17-387	/	7

Entit Shtetëror të Revizionit

Предмет: Одговор на нацрт извештај доставен од
Државниот завод за ревизија
Врска: 17-383/1

Lënda : Përgjigje të draft raportit të dorëzuar nga Enti
Shtetëror i Revizionit
Lidhje: 17-383/1

Почитувани,

Të nderuar,

Во врска со Нацрт извештајот за извршена ревизија на финансиски извештаи и ревизија на усогласеност за 2019 година на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија, а во однос на констатираните слабости и дадените препораки за постапката за упатување на лекување во странство, ги даваме следните забелешки и одговори:

Lidhur me Draft raportin për revizionin e kryer të raportit financiar dhe revizionit të pajtueshmërisë për vitin 2019 të Fondit të Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut, dhe në lidhje me dobësitë e konstatuara dhe rekomandimet e dhëna për procedurën e udhëzimit për trajtim jashtë vendit, ne japim arsyetimet e mëposhtme dhe përgjigjet:

1. Во однос на констатираната слабост која се однесува на функционирањето на двете лекарски комисији во рамките на првостепената постапка, поради што сметате дека не е обезбедена двостепеност на постапката, од причина што во овој дел би биле потребни законски измени на членот 31 од Законот за здравственото осигурување, а предлагач за измени на законот е Министерството за здравство, Фондот е во координација со Министерството за здравство при што ќе го извести и побара да се иницираат измени во овој дел од законот.

1. Në lidhje me dobësinë e konstatuar që i referohet funksionimit të dy komisioneve mjekësore në kornizë të procedurës së shkallës së parë, për shkak të së cilës ju konsideroni se nuk është e sigurt procedura e shkallës së dytë, sepse në këtë pjesë do të nevojiten ndryshime ligjore në nenin 31 të Ligjit për Sigurim Shëndetësor, dhe propozuesi për ndryshime në ligj është Ministria e Shëndetësisë, Fondi është në koordinim me Ministrinë e Shëndetësisë, ku dhe e informoi dhe kërkoi që të fillojnë ndryshimet në këtë pjesë të ligjit.

2. Во однос на констатацијата дека во повеќе случаи постои надминување на рокот од 45 дена за нивно решавање предвиден во членот 31 став 4 и 5 од Законот за здравствено осигурување, како и надминување на рокот од еден ден уреден во членот 14 став 3 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, укажуваме на следново:

2. Në lidhje me konstatimin se në disa raste ekziston tejkalim të afatit prej 45 ditësh për zgjidhjen e tyre të parashikuar në nenin 31 paragrafët 4 dhe 5 të Ligjit për Sigurim Shëndetësor, si dhe tejkalimin e afatit prej një ditë të rregulluar në nenin 14 paragrafi 3 të Rregullores për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të personave të siguruar jashtë vendit, tregojmë në vijim:

Како што сте констатирале и вие делумно пролонгирањето на роковите се должи на тоа дека се потребни подготвителни активности со цел

Siç keni konstatuar edhe ju zgjatjen e pjesërishme të afateve detyrohen në atë se nevojiten aktivitete përgatitore me qëllim për të përgatitur dokumentacionin



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

подготвување на документацијата во предметот како прибавување на профактури по службена должност од здравствени установи, утврдување на фактичката состојба дали предложеното лекување има можност да се изврши во друга здравствена установа во државата, при што во текот на постапката протекува одреден рок за доставување на бараната документација. Со еден збор не се работи за постапка во која се доставува таксативно наведена документација во барањето и потоа органот одлучува, туку се работи за динамична и активна постапка во која осигуреникот само иницијално ја поднесува документацијата како предлог од клиничкиот конзилиум и медицинска документација но поради тоа што се работи за различни заболувања кај осигурениците, се јавува потребата од превземање на низа на чекори и активности во текот на постапката кои се неопходни за донесување на решение. Сето ова е пред се со цел правилна примена на членот 30 од Законот за здравствено осигурување според кој е потребно е да бидат исполнети два услови за остварување на правото на лекување во странство и тоа да се исцрпени можностите за лекување во земјата и да постои очекување за успешност од лекувањето во здравствената установа во која се упатува осигуреникот.

Во однос на констатацијата дека не постои основ во правилникот лекарските комисији да бараат извршување на дополнителни лекарски прегледи во ПЗУ на осигурениците односно дека лекарските комисији треба да дадат мислење врз основа на медицинската документација која е составен дел на барањето, при што со овие дополнителни прегледи пациентите се изложуваат на дополнителни и неопходни трошоци, укажуваме на следново:

Согласно член 9 став 3 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, Првостепената комисија и Второстепената комисија го разгледува секој предмет поединечно и за секој дава наод, оценка и мислење или укажува дека е потребно мислење од некоја здравствена установа од Републиката, прибавување на дополнителни податоци или профактури за соодветната здравствена услуга, но најмногу до два пати пред да дадат конечен наод, оценка и мислење.

нè лèндèн си мarrje të profaturave nga detyra zyrtare nga institucionet shëndetësore, përcaktimi i gjendjes faktike nëse trajtimi i propozuar ka mundësi të kryhet në një institucion tjetër shëndetësor në vend, përmes së cilës gjatë procedurës skadon afati i caktuar për dorëzimin e dokumentacionit të kërkuar. Me një fjalë nuk është një procedurë në të cilën paraqitet dokumentacioni takstativ i përcaktuar në kërkesë dhe më pas organi vendos, por është një procedurë dinamike dhe aktive në të cilën i siguruari vetëm fillimisht paraqet dokumentacionin si një propozim nga këshilli klinik dhe dokumentacioni mjekësor por për shkak se bëhet fjalë për sëmundje të ndryshme të të sigurvearit, paraqitet nevoja për të ndërmarrë një rend hapash dhe aktivitetesh gjatë procedurës që janë të nevojshme për të marrë një vendim. E gjithë kjo ka mbi të gjitha qëllim që të zbatohet siç duhet neni 30 i Ligjit për Sigurim Shëndetësor, sipas të cilit është e nevojshme të plotësohen dy kushte për ushtrimin e së drejtës për trajtim jashtë vendit dhe të shterohen mundësitë për trajtim në vend dhe ekziston një pritje e suksesit të trajtimit në institucionin shëndetësor të cilit i referohet i siguruari.

Në lidhje me konstatimet se nuk ekziston asnjë bazë në rregulloren që komisionet mjekësore të kërkojnë kryerjen e ekzaminimeve shtesë mjekësore në ISHP-në e të sigurvearit, përkatësisht se komisionet mjekësore duhet të japin mendim bazuar në dokumentacionin mjekësor e cili është pjesë përbërëse e kërkesës, ku me këto ekzaminime shtesë pacientët janë të ekspozuar ndaj shpenzimeve shtesë dhe të jo të nevojshme, theksojmë në vijim:

Në përputhje me nenin 9 paragrafi 3 të Rregullores për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të personave të sigurvear jashtë vendit, Komisioni i Shkallës së Parë dhe Komisioni i Shkallës së Dytë shqyrtojnë secilën lëndë individualisht dhe për secilin japin një raport, vlerësim dhe mendim ose tregojnë se nevojitet një mendim nga një institucion shëndetësor nga Republika, duke marrë të dhëna shtesë ose profatura për shërbimin shëndetësor përkatës, por më së paku deri në dy herë para se të jepni raport, vlerësim dhe mendim përfundimtar.



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Согласно член 11 став 1 алинеа 1 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, оценката и мислењето на Првостепената и Второстепената лекарската комисија содржи податоци за следново:

- дали се исцрпени сите можности за лекување во земјата, вклучително и можноста предвидена со член 27 со овој правилник

Согласно член 27 став 1, 2 и 3 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, доколку здравствените услуги не се вршат во јавните здравствени установи од болничката здравствена заштита, а се вршат во приватните здравствени установи во Република Македонија со кои Фондот нема склучено договор, Фондот може да склучи рамковен договор со овие здравствени установи.

Во договорот од став 1 на овој член се регулира начинот на прифаќање на услугата, начинот на плаќање, начинот на комуникација, начинот на утврдување на цената и други права и обврски.

Цената на здравствената услуга опфаќа комплетна здравствена услуга во која се вклучени здравствената услуга, медицински потрошен материјал, лекови, сместување, сместување за придружник за дете до 3 години.

Согласно член 28 став 1 и 2 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, Првостепената и Второстепената лекарска комисија ги разгледува сите начини предвидени со овој правилник, за избор на болница во која предлага осигуреното лице да се упати на лекување, при тоа водејќи сметка за најповолната цена.

Доколку оценката и мислењето на првостепената односно на второстепената лекарска комисија, се однесува на упатување на лекување на осигуреното лице во приватна здравствена установа во Република Македонија односно во странска болница, Фондот ќе донесе решение за упатување на лекување во приватната здравствена установа во Република Македонија односно во странската болница.

Нë përputhje me nenin 11 paragrafi 1 nënparagrafi 1 të Rregullores për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të personave të siguruar jashtë vendit, vlerësimi dhe mendimi i Komisionit Mjekësor të Shkallës së Parë dhe Shkallës së Dytë përmban të dhënat në vijim:

- a janë shteruar të gjitha mundësitë për trajtim në vend, përfshirë edhe mundësinë e parashikuar në nenin 27 të kësaj rregulloreje

Në pajtim me nenin 27 paragrafët 1, 2 dhe 3 të Rregullores për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të personave të siguruar jashtë vendit, nëse shërbimet shëndetësore nuk kryhen në institucionet shëndetësore publike të kujdesit shëndetësor spitalor por kryhen në institucionet shëndetësore private në Republikën e Maqedonisë me të cilën Fondi nuk ka lidhur marrëveshje, Fondi mund të lidhë një marrëveshje kornizë me këto institucione shëndetësore.

Në marrëveshjen nga paragrafi 1 i këtij neni rregullohet mënyra e pranimit të shërbimit, mënyrën e pagesës, mënyrën e komunikimit, mënyrën e përcaktimit të çmimit dhe të drejtat dhe detyrimet e tjera.

Çmimi i shërbimit shëndetësor përfshin një shërbim të plotë shëndetësor i cili përfshin shërbimin shëndetësor, materiale të shfrytëzuara mjekësore, barna, akomodim, akomodim për një shoqërues për një fëmijë deri në 3 vjeç.

Në përputhje me nenin 28 paragrafët 1 dhe 2 të Rregullores për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të personave të siguruar jashtë vendit, Komisioni Mjekësor i Shkallës së Parë dhe Shkallës së Dytë shqyrton të gjitha mënyrat e parashikuara nga kjo Rregullore, për zgjedhjen e një spitali ku personi i siguruar propozon të udhëzohet për trajtim, duke marrë parasysh çmimin më të favorshëm.

Nëse vlerësimi dhe mendimi i Komisionit mjekësor të Shkallës së Parë përkatësisht të Shkallës së Dytë i referohet udhëzimit të personit të siguruar në një institucion shëndetësor privat në Republikën e Maqedonisë, përkatësisht në një spital të huaj, Fondi do të marrë një aktvendim për të udhëzuar trajtimin në



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Од гореситираните одредби произлегува дека лекарските комисији имаат право и основ пред да дадат конечна оценка и мислење да бараат осигуреникот да врши вакви прегледи на кои најчесто ги повикуваат и приватните здравствени установи во РСМ со кои Фондот склучил рамковен договор. Ова произлегува и од потребата при давањето на оценката и мислењето на лекарските комисији да биде испитана и утврдена околноста дали се исцрпени сите можности за лекување во земјата, вклучително и можноста предвидена со член 27 со овој правилник, а тоа е лекување во ПЗУ со кое Фондот има склучено рамковен договор. Тука би нагласиле и дека прегледите од овој вид на осигурениците не им се наплаќаат, а тоа е регулирано во одредби во самите договори дека тие се бесплатни.

3. Во делот на констатациите дека не е воспоставен систем на следење и не се прават анализи на ефектите од лекувањето во медицинските установи во странство и во земјата во кои е реализирано лекувањето на осигурениците и успешноста на истото како што наведовме и во претходен одговор по истата забелешка од минатата година, со цел надминување на оваа слабост во постапката изготвени се измени и дополнувања на Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство. Со нив се планира заокружување на процесот и на самата постапка која во постоечките одредби на правилникот е дадена само како рамка. Во текот на практичното работење по посочениот член 20 од правилникот, увидено е дека истиот треба да претрпи дополнување и дефинирање со цел следење на успешноста од извршените лекување во странство, бидејќи овој процес потребно е да се одвива координирано со поголем број на универзитетски клиници кои издале првично предлог за упатување на осигуреникот во странство. Тука е потребна медицинска експертиза и знаења што го прави заокружувањето на процесот по отежнувачки посебно бидејќи цела година медицинскиот кадар е ставен во функција на справување со пандемијата од вирусот COVID-19. Би напоменале дека не се работи за административно спроведување и изготвување на листа на болници во кои успешно се вршат лекувањата по

институцион приват шëndetësor në Republikën e Maqedonisë përkatësisht në një spitali jashtë vendit.

Nga dispozitat e lartpërmendura rrjedh se komisionet mjekësore kanë të drejtë dhe bazë para se të japin një vlerësim dhe mendim përfundimtar për të kërkuar që i siguruari të kryejë ekzaminime të tilla të cilat më shpesh i thërrasin nga institucionet private shëndetësore në RMV me të cilat Fondi ka lidhur një marrëveshje kornizë. Kjo rrjedh edhe nga nevoja kur jepet vlerësimi dhe mendimi i komisioneve mjekësore për të shqyrtuar dhe përcaktuar rrethanën nëse janë shteruar të gjitha mundësitë për trajtim në vend, përfshirë edhe mundësinë e dhënë në neni 27 të këtij rregulli, dhe ajo është trajtimi në ISHP me të cilën Fondi ka lidhur marrëveshje kornizë. Ne këtu do të theksonim dhe se ekzaminimet e këtij lloji të siguruarit nuk ngarkohen dhe kjo rregullohet në vetë dispozitat e marrëveshjeve se ato janë falas.

3. Në pjesën e konstatimeve që nuk është krijuar një sistem monitorimi dhe nuk bëhet asnjë analizë e efekteve të trajtimit në institucionet mjekësore jashtë vendit dhe në vendin ku është realizuar trajtimi i të siguruarit dhe suksesin e të njëjtit siç kemi deklaruar edhe në një përgjigje të mëparshme pas vërejtjes të së njëjtës nga viti i kaluar, me qëllim për të tejkeluar këtë dobësi në procedurë janë përgatitur ndryshime dhe plotësime në Rregulloren për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të personave të siguruar jashtë vendit. Me ato planifikohet rumbullaksimi i procesit dhe në vetë procedurën, e cila në dispozitat ekzistuese të rregullores jepet vetëm si kornizë. Gjatë punës praktike sipas nenit të ekzistuar 20 të rregullores, shihet që i njëjti duhet t'i nënshtrohet plotësimit dhe përkufizimit për të monitoruar suksesin e trajtimit të kryer jashtë vendit „sepse ky proces duhet të koordinohet me një numër të madh të klinikave universitare që kanë lëshuar fillimisht një propozim për udhëzimin e të siguruarit jashtë vendit. Këtu është e nevojshme ekspertizë dhe njohuri mjekësore, që bën rumbullaksimin e procesit, veçanërisht rënduese sepse gjatë gjithë vitit personeli mjekësor vihet në funksion për t'u marrë me pandeminë e virusit COVID-19 gjatë gjithë vitit. Do të përmendim se kjo nuk ka të bëjë me zbatimin administrativ dhe përgatitjen e një liste të spitaleve në të cilat mjekimet kryhen me sukses sipas diagnozave të



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

различни дијагнози, се работи за еден сеопфатна подготовка која вклучува претходни анализи, согледувања итн.

Фондот и понатаму останува посветен во овој дел и по усвојување на измените и дополнувањата на одредбите од правилникот, ќе продолжи активно да работи на спроведувањето на истите со цел подобрување на постапката за упатување на лекување во странство. Сепак изборот на болница во која ќе се упати осигуреникот во моментот според постојните одредби од правилникот го прават еминентни медицински лица кои се членови на лекарските комисији, номинирани од страна на Фондот, а не го прават стручните служби на Фондот. Од тука е обезбедено упатувањето во болници каде се гарантира успех, но со измените на правилникот се планира одење чекор понапред и подигнување на нивото на целата постапка преку тоа што постапките наназад ќе се анализираат и ќе се носат заклучоци врз основа на истите.

Дека отсуството на листа на болници овозможува нееднаков третман на осигурениците во однос на изборот на болница каде се упатуваат на лекување како што е наведено во вашата констатација не би се согласиле бидејќи осигурениците се сите со индивидуална специфична здравствена состојба во која се наоѓаат и за која имаат потреба да бидат упатени на лекување во странство. Поради тоа што не се работи за параметри кои се мерливи не би можело да се каже дека не добиле еднаков третман при изборот на болница кој ќе повториме дека го вршат две лекарски комисији од врвни стручни лекари според нивните знаења од областа на медицината.

4. Во однос на констатациите наведени во алинеа 4 од точката 4.2.1. во која се споменува случај по кој се наведени забелешки бидејќи нема наведено конкретни податоци не сме во можност да дадеме подетално образложение. Но во однос на констатираното дека во тој конкретен случај разгледан од ваша страна дека во постапката настанала промена на болницата во која се упатува осигуреникот без консултаци со него, би споменале дека изборот на болницата како што укажавме и погоре согласно законот и правилникот го вршат стручни медицински лица - членови на

ndryshme, është një përgatitje gjithëpërfshirëse që përfshin analiza të mëhershme, perceptimet etj.

Fondi edhe mëtej mbetet i përkushtuar për këtë pjesë dhe pas miratimit të ndryshimeve dhe plotësimit e dispozitave të Rregullores, do të vazhdojë të punojë në mënyrë aktive në zbatimin e tyre në mënyrë që të përmirësojë procedurën e referimit për trajtim jashtë vendit. Sidoqoftë, zgjedhja e spitalit në të cilin do të referohet i siguruari në këtë moment, në përputhje me dispozitat ekzistuese të rregullores, bëhet nga persona të shquar mjekësorë, të cilët janë anëtarë të komisioneve mjekësore, të emëruar nga Fondi dhe jo të bëra nga shërbimet profesionale të Fondit. Nga këtu sigurohet referimi në spital ku suksesi është i garantuar, por me ndryshimet në rregullore është planifikuar të shkohet një hap më tej dhe të rritet niveli i gjithë procedurës duke analizuar procedurat mbrapsht dhe duke nxjerrë përfundime bazuar në to.

Se mungesa e listës së spitaleve mundëson trajtim të pabarabartë të të siguarit në lidhje me zgjedhjen e spitalit ku ata referohen për trajtim siç thuhet në konstatimin tuaj nuk do të pajtohen për shkak se sepse të siguarit janë të gjithë me gjendje shëndetësore specifike individuale në të cilën janë dhe për të cilat ata kanë nevojë të referohen për trajtim jashtë vendit. Meqenëse këto nuk janë parametra që janë të matshëm, nuk mund të thuhet se ata nuk morën trajtim të barabartë gjatë zgjedhjes së një spitali të cilin do ta përsërisim që kryhet nga dy komisione mjekësore të mjekëve të lartë profesional sipas njohurive të tyre në fushën e mjekësisë.

4. Lidhur me gjetjet e cekura në nënpikën 4 të pikës 4.2.1. në të cilën përmendet rasti në të cilin bëhen vërejtje sepse nuk jepen të dhëna specifike ne nuk jemi në gjendje të japim një shpjegim më të detajuar. Por në lidhje me të konstatuarën se në rastin konkret të shqyrtuar nga ana juaj se në procedurë ka pasur një ndryshim të spitalit në të cilin i referohet i siguruari pa u konsultuar me të, do të përmendim se zgjedhja e spitalit siç u përmend më lart në përputhje me ligjin dhe rregullorja bëhet nga profesionistë të mjekësisë personat - anëtarë të komisioneve mjekësore dhe askund në rregullore nuk përcaktohet që kërkohet një konsultë me palën sepse ajo nuk është profesioniste apo



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

лекарските комисији и никаде во правилникот не е уредено дека е потребна консултација со странката бидејќи таа не е стручна ниту компетентна да го врши изборот самостојно. Доколку не е задоволна од одлуката на комисиите и стојат на располагање правните средства во постапката како и одредбата од членот 29 став 1 од правилникот според која ако сака осигуреникот може да изврши лекување и во друга здравствена установа од таа што е упатен, а потоа Фондот ќе изврши рефундација на средства за приватно платеното лекување во висина на средствата одобрени со решението на Фондот според одлуката на лекарските комисији.

За останатиот дел од истата точка би напоменале дека медицинската документација до странските клиници се доставува по службен пат во електронска форма заради потребата од прибавување на профактура, а истата може да ја достават до странски клиници и универзитетските клиници кои издаваат предлог како и самите осигурени лица. Во однос на тоа дека осигурениците се изложувале на трошок за правен застапник, тоа Фондот не го налага никаде во прописите и е на желба на осигурениците ангажирањето на ваков вид на стручна помош. Службите на Фондот секогаш стојат на располагање и го спроведуваат начелата на Законот на општа управна постапка како сервисна ориентација кон странките и помош на неуките странки со цел остварување на правата кои им припаѓаат по закон.

За забелешката дека се јавува и ризик од нарушување на правото на доверливост на медицинските податоци согласно членот 25 од Законот за заштита на правата на пациентите, напоменуваме дека во оваа постапка не постои ризик од непочитување на посочената одредба. Обработката на лични податоци се врши како што е наведено во овој закон со примена на прописите од областа на заштитата на личните податоци. Имено, со поднесувањето на секое барање во постапката за упатување на лекување во странство во самите обрасци наведен е текст со следнава содржина „Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и

компетенте për të bërë zgjedhjen në mënyrë të pavarur. Nëse ajo nuk është e kënaqur me vendimin e komisioneve dhe mjetet juridike janë në dispozicion në procedurën si dhe dispozitën e nenit 29 paragrafi 1 të Rregullores sipas të cilit nëse dëshiron që i siguruari mund të kryejë trajtim në institucion tjetër shëndetësor përveç asaj që i është referuar, atëherë Fondi do të rimbursojë fondet për trajtim të paguar privatisht në shumën e фондеве të miratuara me aktvendimin e Fondit sipas vendimit të komisioneve mjekësore.

Për pjesën tjetër të së njëjtës pikë do të përmendim se dokumentacioni mjekësor dorëzohet në klinikat e huaja zyrtarisht në formë elektronike për shkak të nevojës për të marrë një faturë profaturë dhe mund të dorëzohet në klinikat e huaja dhe klinikat universitare që lëshojnë propozime si dhe personat e siguruar. Lidhur me faktin se personat e siguruar ishin të ekspozuar ndaj shpenzimeve së një përfaqësuesi ligjor, Fondi nuk e kërkon atë askund në rregullore dhe është dëshira e personave të siguruar të angazhohen në këtë lloj të ndihmës profesionale. Shërbimet e Fondit janë gjithnjë të disponueshme dhe zbatojnë parimet e Ligjit për Procedurën e Përgjithshme Administrative si një orientim shërbimi për palët dhe ndihmë për palët injorante në mënyrë që të ushtrojnë të drejtat që u përkasin atyre me ligj.

Lidhur me vërejtjen se ekziston rreziku i shkeljes së të drejtës për konfidencialitet të të dhënave mjekësore në përputhje me nenin 25 të Ligjit të Mbrojtjes së të Drejtave të Pacientëve, vërejmë se në këtë procedurë nuk ka rrezik të mosrespektimit të kësaj dispozite. Përpunimi i të dhënave personale kryhet siç përcaktohet në këtë ligj duke zbatuar rregulloret në fushën e mbrojtjes së të dhënave personale. Përkatësisht, me paraqitjen e secilës kërkesë në procedurën e referimit për trajtim jashtë vendit, teksti me përmbajtjen vijuese përcaktohet në vetë formularët. „Unë autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që të përdorë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe të kërkojë dokumentin në emrin tim. Duke e plotësuar këtë kërkesë, unë pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për të ushtruar të drejtat e sigurimit shëndetësor dhe përdorimin e kujdesit



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци“.

Воедно напоменуваме дека вработените потпишуваат и изјава дека во текот на работењето ќе ги почитуваат начелата за заштита на лични податоци и дека истите ќе ги чуваат како доверливи превземајќи мерки за нивна заштита.

Со тоа е овозможена правната заштита и не е можно правото на доверливост на медицинските податоци и лични податоци да биде загрозено.

Во однос на препораката од **точката 4.3.2**, Фондот ќе ги преземе следните активности:

- Фондот ќе формира комисија за утврдување на состојбата во која се наоѓа локацијата за изградба на детски диспанзер а по согледување на состојбата ќе се дадат насоки за натамошно постапување на службите на Фондот.
- Фондот со Фондот на пензиското осигурување ќе иницира преземање активности за поединечно запишување на правата на сопственост на градежните објекти каде како сопственици или корисници се наведени Фондот за здравствено осигурување и Фондот на пензиското и инвалидското осигурување.
- Фондот ќе воспостави централна евиденција на стечајните постапки кои се во тек а во кои има пријавено побарување и ќе воспостави централна евиденција на имот добиен со распределба на движни и недвижни ствари на должниците во стечајните постапки. Ќе се даде упатство до подрачните служби за начинот на известување за добиен имот и неговото евидентирање во деловните книги на Фондот.
- Активноста за запишување на правото на сопственост на објекти кои не се запишани е во тек во Министерството за транспорт и

shëndetësor dhe përdorimin e tyre në përputhje me rregulloret e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale”.

Në të njëjtën kohë, theksojmë që të punësuarit nënshkruajnë deklaratë se gjatë punës ata do të respektojnë parimet për mbrojtjen e të dhënave personale dhe se do t'i mbajnë ato konfidenciale duke marrë masa për mbrojtjen e tyre.

Kjo mundëson mbrojtje ligjore dhe nuk është e mundur që e drejta për konfidencialitet të të dhënave mjekësore dhe të dhënave personale të rrezikohet.

Lidhur me rekomandimin nga **pika 4.3.2**, Fondi do të ndërмarrë активитетет e mëposhtme:

- Fondi do të krijojë komision për të përcaktuar gjendjen e vendndodhjes për ndërtimin e ambulanti për fëmijë dhe pas shqyrtimit të gjendjes do të jepen udhëzime për veprime të mëtejshme të shërbimeve të Fondit.
- Fondi me Fondin e Sigurimit Pensional do të fillojë активитете për regjistrimin individual të të drejtave të pronësisë së objekteve të ndërtimit ku pronarë ose shfrytëzues janë Fondi i Sigurimit Shëndetësor dhe Fondi i Sigurimit Pensional dhe Invalidor.
- Fondi do të krijojë regjistra qendrorë të procedurave të falimentimit në vazhdim në të cilat është raportuar kërkesë dhe do të krijojë regjistra qendrorë të pasurisë së marrë nga shpërndarja e pasurisë së luhatshme dhe të paluhatshme debitorëve në procedurat e falimentimit. Udhëzime do t'u jepen njëсive rajonale për mënyrën e raportimit të pasurisë së marrë dhe regjistrimin e saj në librat e biznesit të Fondit.
- Aktiviteti për regjistrimin e të drejtës së pronësisë së objekteve që nuk janë regjistruar është duke vazhduar në Ministrinë e Transportit dhe Lidhjeve, ku janë dorëzuar dokumentet për përcaktimin e statusit ligjor



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

врски, каде се поднесени документите за утврдување на правен статус а постапките неколку години не завршуваат. Фондот има испратено и ургенции до Министерството.

Фондот од Бирото за судски вештачења ќе побара да се процени пазарната вредност на земјиштата а по извршената процена, вредноста ќе се евидентира во деловните книги на Фондот.

dhe procedurat nuk janë përfunduar për disa vite. Fondi gjithashtu i ka dërguar urgjenca Ministrisë.

Fondi do t'i kërkojë Byrosë së Ekspertizës Gjyqësore të vlerësojë vlerën e tregut të tokës dhe pas vlerësimit, vlera do të regjistrohet në librat e biznesit të Fondit.

ВД ДИРЕКТОР/ UD DREJTOR,
Стево Крстевски Faton Ahmeti, Mr.sc., MBA



Изработил/Përpiluan: Емилија Божиновска
Христо Трповски
Контролирал/Kontrolluan: Даниела Јовческа - Гуровска
Славица Костовска
Согласен/Me pëlqim të: Јасминка Смилевска
Арбен Салихи
Превеле/Përkthyen: Zuliha Sulejmani
Sara Nuhaj

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

На ден 09.04.2021 година добиен е Одговор на Нацрт извештајот за извршената ревизија на финансиските извештаи и ревизија на усогласеност за 2019 на Фондот за здравствено осигурување на РСМ заведен под број 03-4921/1 од 06.04.2021 година, од одговорните лица Стево Крстевски и Фатон Ахмети, директори на Фондот за здравствено осигурување на РСМ, заведен во Државниот завод за ревизија под број 17-383/7 од 09.04.2021 година.

Одговорот е разгледан од страна на Овластениот државен ревизор и констатирано е следното:

1. Забелешките и одговорите се однесуваат на констатираните слабости и дадените препораки утврдени во точката 4.2.1. во делот на постапката за упатување на лекување во странство и истите не се прифаќаат поради следното:

- Забелешката 1 која се однесува на констатираната слабост на функционирањето на двете лекарски комисии во рамките на првостепената постапка **претставува известување** дека Фондот ќе постапи по дадената препорака на овластениот државен ревизор во насока на иницирање измени во Законот за здравствено осигурување.
- Забелешката 2 која се однесува на состојбата поврзана со надминувањето на законскиот рок од 45 дена за решавање на барањата за упатување во странство и неоправданоста на упатувањето на дополнителни медицински прегледи на пациентите **не се прифаќа**, поради тоа што доставената забелешка е во насока на објаснување на причините за констатираните доцнења. Во делот од оваа забелешка која се однесува на правото на лекарските комисии да ги упатуваат пациентите на лекарски прегледи кои се вршат во една ПЗУ во земјата, во услови кога вакви прегледи се веќе извршени во ЈЗУ и издадено е мислење од страна на клинички конзилиум, при што резултатите од истите заедно со неопходната медицинска документација се приложени со барањето за лекување во странство, остануваме на ставот дека посочениот член 9 од Правилникот за лекување во странство не обезбедува соодветен правен основ лекарските комисии да бараат од пациентите да се изложуваат на дополнителни лекарски прегледи, при што со наодот од оваа алинеја не го спориме правото на комисиите да побараат дополнително лекарско мислење како што е наведено во посочениот член од Правилникот.
- Забелешката 3 која се однесува на потребата за воспоставување на соодветен систем за следење на успешноста за реализираните лекувања во странство **претставува известување** за активностите кои Фондот ги презема во насока

Ревизорски тим:

1. _____
2. _____
3. _____

Овластен државен ревизор 1

на постапување и подобрување на состојбата во овој дел од работењето на Фондот.

- Забелешката 4 која се однесува на утврден случај на промена на медицинска установа во која се упатува пациент на лекување при што истиот пациент е упатен на лекување во установа која дала инфериорна понуда во однос на првично прифатената без за истото да се даде соодветно образложение од страна на комисијата по што пациентот бил изложен на трошоци за правен застапник по поднесен приговор на ова решение на комисијата како и на нарушување на правото на доверливост на медицинските податоци **не се прифаќа**. Имено со забелешката не е даден одговор во поглед на оправданоста на извршената промена и избор на инфериорна понуда во поглед на условите за лекување и специјализираноста на медицинската установа, а за ист паричен износ и во истата се дадени информации кои ги имавме во предвид во текот на ревизијата. Во врска со делот од забелешката кој се однесува на нарушување на правото на доверливост на медицинските податоци укажуваме дека дадената согласност од страна на барателите за користење на лични податоци не се однесува и за нивните медицински податоци. Имено дефиниција за лични податоци е дадена во член 2 од Законот за заштита на лични податоци кој бил на сила за периодот на ревизија, додека дефиниција за медицински податоци е дадена во членот 4 од Законот за заштита на правата на пациентите и истите суштински се разликуваат. Од ова произлегува дека Фондот има добиено согласност од барателите на лекување во странство за користење само на личните податоци, но не и за медицинските податоци на пациентите. Притоа секаква достава на медицинската документација од страна на комисиите или вработени во Фондот до ПЗУ без согласност на пациентите е извршена со прекршување на Законот за заштита на правата на пациентите.

2. Забелешката која се однесува на констатираните состојби и дадените препораки утврдени во точката 4.3.2. од Нацрт извештајот и се однесуваат на незапишани права на сопственост во имотни листови и непреземени активности за постапување во врска со стекнато земјиште за изграба на диспанзер **претставува известување** за активности кои ќе бидат преземени од страна на Фондот за надминување на утврдената состојба за која ревизорот известил во Нацрт извештајот. Укажуваме дека е потребно Фондот да го забрза постапувањето по препораката во врска со оваа точка од извештајот со оглед на тоа што дел од состојбите кои се наведени во истата датираат од 1991 година.

Ревизорски тим:

1. _____
2. _____
3. _____

Овластен државен ревизор 2