



ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА  
ENTI SHËTETËROR I REVIZIONIT  
STATE AUDIT OFFICE

КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ  
ЗА ИЗВРШЕНА РЕВИЗИЈА НА  
ФИНАНСИСКИ ИЗВЕШТАИ И РЕВИЗИЈА НА УСОГЛАСЕНОСТ  
ЗА 2020 ГОДИНА НА  
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА  
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

01 2021 02 02

Скопје, јуни 2022

## СОДРЖИНА

Опис	Страна
КОНЕЧЕН ИЗВЕШТАЈ НА ОБЛАСТЕНИОТ ДРЖАВЕН РЕВИЗОР	1 - 44
Финансиски извештаи за 2019 и 2020 година:	
Биланс на приходи и расходи	45
Биланс на состојба	46
Преглед на промени на извори на капиталните средства	47
Сметководствени политики и образложенија кон финансиските извештаи	
- Вовед	48 - 50
- Сметководствени политики	50 - 52
- Образложенија кон финансиските извештаи	53 - 59
Прилог 1 - Известување за извршена проверка на преземените мерки од страна на субјектот	
Прилог 2 – Известување на Нацрт извештајот за извршената ревизија на финансиските извештаи и ревизија на усогласеност за 2020 година на Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија бр. 02-9108/1 од 13.06.2022 година	
Прилог 3 - Одговор на забелешки/известување на Нацрт извештајот	

**Кратенки користени во извештајот:**

**РСМ** - Република Северна Македонија;

**Министерство** – Министерство за здравство;

**Фонд** - Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија;

**ФПИОМ** – Фонд на пензиското и инвалидското осигурување на Северна Македонија;

**АВРМ** – Агенција за вработување на Република Северна Македонија;

**УЈП** – Управа за јавни приходи;

**ЈЗУ** – Јавни здравствени установи;

**ПЗУ** - Приватни здравствени установи;

**ПЗЗ** – Примарна здравствена заштита;

**СКЗЗ**- Специјалистичко-консултативна здравствена заштита;

**БЗЗ** – Болничка здравствена заштита;

**ДСГ** – Дијагностички сродни групи;

**ИТ** – Информатичка технологија;

**ЕЗК** - Електронска здравствена картичка;

**Мој Термин** - Национален систем за електронски евиденции во здравството на Министерството за здравство;

**СЗО** – Светска здравствена организација.



ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА  
ENTI SHËTETËROR I REVIZIONIT  
STATE AUDIT OFFICE

Број: 25-993/10

Дата: 23.06.2022

## 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 2020 година.

Изразивме мислење со резерва во однос на вистинитоста и објективноста на финансиските извештаи и за усогласеноста на финансиските трансакции со релевантната законска регулатива за 2020 година.

Извршена е ревизија и издаден е извештај за финансиските извештаи и за усогласеноста со законите и прописите за 2019 година и 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 2019 година презентирани како прилог кон овој Извештај, при што е констатирано дека една препорака е спроведена, четири препораки се во тек на спроведување, една е делумно спроведена и четири препораки не се спроведени.

Со извршената ревизија на финансиските извештаи и ревизијата на усогласеност за 2020 година констатиравме:

- во делот на внатрешните и теренските контроли при потврдувањето на реалноста и објективноста на фактурираниот број и видови на извршени медицински интервенции реализирани од ПЗУ утврдени се слабости;
- во функционирањето на ИТ системот на Фондот постојат слабости, недостиг на ИТ кадар и отсуство на ИТ стратегија;
- во делот на вршењето на контролите и изрекувањето на договорните казни утврдивме неправилности и непочитување на роковите;
- при исплата на надоместоците за породилно отсуство не се воспоставени контроли поради што се исплатувани надоместоци и кога осигурениците остварувале плата за ефективни часови на работа;
- во постапката за упатување за лекување во странство на осигурените лица утврдени се слабости и неправилности при што во целост не се обезбедува

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 1

\_\_\_\_\_



- соодветна правна заштита на барателите и не е воспоставена контрола, односно систем на следење и анализи на успешноста на лекувањето во странство;
- при ангажирањето на надворешни лица со договор на дело констатирани се слабости;
  - пописот на средствата, побарувањата и обврските е нецелосно спроведен;
  - статусот на дел од градежните објекти и земјиштето е нерегулиран, нецелосно утврдени вредности и евидентирање на недвижниот имот во деловните книги;
  - за залихите на материјали не е воспоставена евиденција;
  - состојбата на обврските во финансиските извештаи е нереално прикажана;
  - во спроведувањето на постапките и реализацијата на договорите за јавни набавки констатирани се неправилности.

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 обезбедено вистинско купување на услуги предвидено со Законот за здравствено осигурување. Истовремено во овој дел се осврнуваме и на состојбите настанати кај ЈЗУ како резултат на здравствената криза предизвикана од пандемијата на COVID-19 во 2020 година;
- отсуство на целосни информации за побарувањата по основ на неплатен придонес за здравствено осигурување, како резултат на Договорот за евидентирање и следење на побарувањата склучен помеѓу УЈП и Фондот;
- неизвесна наплата на побарувањата по основ на неплатен придонес за здравствено осигурување кои настанале заклучно со 31.12.2008 година.

Во делот Останати прашања известуваме за:

- во услови на пандемија, поради необезбедување на повеќе термини во ЈЗУ и несклучени договори со ПЗУ за дијагностицирање на COVID-19, не се обезбедени доволно здравствени услуги за осигурениците на товар на Фондот;
- вршењето на кардиоваскуларно - хируршки здравствени услуги во 2019 и 2020 година и нерамномерниот сооднос на истите меѓу ЈЗУ и ПЗУ;
- референтните цени на здравствени услуги и Листата на лекови на товар на Фондот се неажурирани;
- отпочнати активности за воведување електронски рецепт преку ИТ системот на Фондот, без координација со Министерството, кои не се целосно реализирани;
- Националната стратегија за е-здравство не е усвоена, а ЕЗК е нефункционална.

Од страна на раководните лица на Фондот добиено е Известување на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор, истото е разгледано и констатирано е дека една забелешка не се прифаќа, а останатите преставуваат известување и образложение за констатираните состојби и преземените мерки од страна на одговорните лица на Фондот.

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор*

2

## 1. Вовед

- 1.1. Извршивме ревизија на приложените финансиски извештаи на страна 45 до 47 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, Биланс на приходи и расходи за годината која завршува со тој датум, Преглед на промени на изворите на капитални средства 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 за 2021 година согласно член 23 од Законот за државната ревизија.
- 1.3. Извршена е ревизија и издаден е извештај за финансиските извештаи и за усогласеноста со законите и прописите за 2020 година и изразено е мислење со резерва во однос на вистинито и објективно прикажување на финансиската состојба и резултатите од финансиските активности во финансиските извештаи како и за усогласеноста на финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики.
- 1.4. Финансиските извештаи од точка 1.1. на овој извештај се одговорност на раководството на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија застапуван од:
  - Данаил Дончев, директор од 03.04.2018 година до 05.05.2020 година;
  - Орхан Рамадани, директор од 08.10.2019 година до 26.10.2020 година;
  - Миле Сугарев, в.д. директор од 08.05.2020 година до 03.11.2020 година;
  - Стево Крстевски, в.д. директор од 03.11.2020 година и од 27.04.2021 година, директор
  - Фатон Ахмети, в.д. директор од 26.10.2020 година и од 27.04.2021 година, директор.

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.

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор*

*3*

- 1.5. Одговорност на ревизорите е да изразат мислење за финансиските извештаи од точка 1.1. врз основа на извршената ревизија. Оваа одговорност вклучува и изразување мислење за тоа, дали активностите, финансиските трансакции и информации рефлектирани во финансиските извештаи се, во сите материјални аспекти, во согласност со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставени политики.

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 проценка 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 ефикасноста на внатрешните контроли на субјектот. Ревизијата исто така вклучува проценка на соодветноста на користените сметководствени политики и на разумноста на сметководствени проценки направени од страна на раководството на субјектот, како и проценка 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.

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор*

4

**2.2.** Финансиските извештаи кои се предмет на овој извештај се засновани врз завршната сметка составена според применливата рамка за финансиско известување во Република Северна Македонија и со прифатени и спроведени извесни корекции од страна на субјектот, како резултат на утврдени погрешни прикажувања.

### **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 2019 година, презентирани како прилог кон овој Извештај, при што е констатирано дека една препорака е спроведена, четири препораки се во тек на спроведување една е делумно спроведена и четири препораки не се спроведени.

### **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 11.02.2022 година.

На ден 13.06.2022 година добиено е Известување на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор за извршената ревизија на финансиските извештаи и ревизија на усогласеност за 2020 година на Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија бр. 02-9108/1 од 13.06.2022 година, од раководното лице на Фондот в.д. директор м-р Магдалена Филиповска Грашковска и Фатиме Идризи по овластување на директор м-р Фатон Ахмети, заведени во Државниот завод за ревизија под број 25-993/9 на 13.06.2022 година, и се однесуваат на точките 4.1.1, 4.1.2, 4.2.2, 4.2.4, 4.2.5, 4.3.6, 4.4.1 и точка 7 Останати прашања.

Забелешките се разгледани од страна на овластениот државен ревизор при што е констатирано дека една забелешка на точка 4.1.2 не се прифаќа, а останатите преставуваат известување и образложение за констатираните состојби и преземените мерки од страна на одговорните лица на Фондот.

Забелешките и одговорот на забелешките се составен дел на Конечниот извештај и се дадени во прилог на истиот.

Констатирани се следните состојби:

#### **4.1. Внатрешни контроли**

4.1.1. Начинот на спроведувањето на здравствено осигурување, како и правата и обврските од истото се уредени со Законот за здравствено осигурување и повеќе подзаконски и интерни акти и процедури. Контролните активности при остварување на права од здравствено осигурување и фактурирање за извршени здравствени услуги и издадени лекови се одвиваат преку повеќе модули во рамки на интегриран информациски систем во подрачните служби и централата на

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор*

5

Фондот. Во системот се вградени повеќе автоматски контроли за споредба на добиените информации со однапред утврдени параметри, со што се намалува ризикот од грешки и пропусти во процесот на одобрување и исплата на обврските на Фондот.

Со увид во презентираната документација и воспоставениот систем за внес, обработка и контрола за извршени исплати во 2020 година, ги утврдивме следните состојби:

- во процесот на изготвување пресметки за извршени здравствени услуги кои се основа за изготвување на месечните фактури од ПЗУ односно извештаи од ЈЗУ не се обезбедени системски вградени контроли бидејќи кодовите во ДСГ системот и шифрите за пакетите на извршени здравствени услуги се внесуваат во посебни независни пресметки, кои не се системски поврзани со шифрите во извештаите од извршените здравствени услуги по дадените упати преку системот Мој термин. Непостоењето на единствен интегриран систем за издавање упати, лекарски извештаи и пресметки за извршени здравствени услуги, кои се основа за изготвување на месечни фактури/извештаи создава ризик од пропусти и грешки;
- процесот за препишување и издавање лекови кои паѓаат на товар на Фондот се одвива преку повеќе софтверски решенија (ИТ систем на Фондот, Мој Термин, софтверски решенија кај матичните лекари и аптеките) кои се меѓусебно поврзани, но не е обезбедена целосна системска контрола во процесот на изготвување и доставување на фактурите од аптеките. Имено, форматот во кој се генерираат податоците за издадени лекови на рецепти од страна на аптеките не е системски поврзан со спецификациите за издадени рецепти. Иако согласно донесеното Упатство<sup>1</sup> месечните спецификации и фактури се предмет на понатамошна обработка, контрола, ликвидација и одобрување во подрачните служби на Фондот, непостоењето на единствен интегриран систем за издавање лекови на рецепт создава ризик од пропусти и грешки, а за кои во 2020 година Фондот има исплатено 3.054.351 илјади денари.

Наведеното упатува на тоа дека во Фондот не се воспоставени или не се извршени соодветни контроли кои ќе обезбедат потврдување на реалноста и објективноста на фактурираните здравствени услуги и лекови и постои ризик од признавање и плаќање на истите во вид и обем различен од реално извршениот.

Оваа состојба 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.

### **Препорака**

Органите на управување и раководење на Фондот да преземат активности за

---

<sup>1</sup> Упатство за контрола на работењето на ПЗУ-аптеки во ПЗЗ од 2019 година;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор*      **6**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

обезбедување и воспоставување единствен интегриран систем за издавање упати, лекарски извештаи и пресметки за извршени здравствени услуги и издавање лекови на рецепт и системско генерирање спецификација како основа за фактурирање до Фондот.

4.1.2. Фондот согласно Правилникот за овластувања и начинот на работа на контролата на Фондот<sup>2</sup>, спроведува вонтеренска и теренска контрола кај здравствените установи со кои има склучено договор. Контролата се врши од овластени лица за контрола вработени во Централната или Подрачните служби на Фондот.

Со извршената ревизија на начинот на спроведување на контролите кај здравствените установи, констатиравме:

- контролата на здравствените установи ја спроведуваат три сектори на Фондот<sup>3</sup>, а согласно донесеното Упатство<sup>4</sup> контрола се спроведува и од подрачните служби, кои покрај вонтеренската контрола<sup>5</sup>, можат да вршат и теренски контроли кај ЈЗУ и ПЗУ. Контролите во подрачните служби се целосно децентрализирани и самостојни и нема прецизно разграничување на надлежностите и координација при планирањето и вршењето на теренските контроли помеѓу Секторот Контрола и подрачните служби, што создава ризик воопшто да не се врши контрола кај поедини здравствени установи. Дополнително, нема координација ниту меѓу трите сектори надлежни за контрола односно истите изготвуваат засебни планови и извештаи за извршените контроли, што упатува на несоодветно планирање;
- согласно склучените договори со ПЗУ предвидено е задолжително вршење на теренски контроли кај ПЗУ на квартално ниво. При тоа се врши само проверка на целосноста на медицинската документација за извршените здравствени услуги и начинот на кодирање на истите во рамки на ДСГ системот. 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 фактурираниот вид и обем на извршени здравствени услуги во фактурите од ПЗУ на кои во 2020 година им се исплатени 3.474.777 илјади денари;
- според доставениот преглед на изречени договорни казни евидентно е дека кај ЈЗУ од БЗЗ се утврдени неправилности кои повлекуваат изрекување на

---

<sup>2</sup> Службен весник на РМ бр. 105/210...226/2020;

<sup>3</sup> Сектор Контрола преку републички контролори доктори кај ПЗУ и ЈЗУ од ПЗЗ, СКЗЗ и БЗЗ, Сектор Финансии преку финансиски контролори кај ЈЗУ и Сектор Фармација преку републички контролори фармацевти;

<sup>4</sup> Упатство за подрачните служби на Фондот за прием, контрола и ликвидирање на извршените здравствени услуги искажани во извештаи/фактури во примарна здравствена заштита (избрани лекари), во здравствени домови, аптеките, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита и за издадените ортопедски помагала, јуни 2015 година;

<sup>5</sup> Правно формална и содржинска контрола, вградени системски контроли, контрола дали здравствените услуги искажани во фактурите одговараат на дејноста на установата;

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор*

7

- највисоки договорни казни<sup>6</sup>, но имајќи го предвид начинот на финансирање на ЈЗУ, контролите немаат значајно влијание на висината на надоместокот што Фондот го исплатува на ЈЗУ, а сепак најголем дел од контролите се насочени токму кон ЈЗУ. Од друга страна, договорениот надоместок со ПЗУ е директно зависен од извршениот вид и обем на услуги искажани во фактурите, поради што отсуството на редовната контрола со која треба да се утврди правилно фактурирање, може да влијае на висината на исплатениот надоместок, кој за ПЗУ во БЗЗ во 2020 година изнесува 1.198.469 илјади денари;
- поради недостиг на кадар, со наредба на директорот на Фондот, доктори од Секторот контрола работат во лекарските комисии за оцена на привремена спреченост за работа со што дополнително се ослабува капацитетот на секторот и се зголемува ризикот од неоткривање на неправилности во работењето на здравствените установи;
  - иако во Фондот подолг период функционира информациски систем во кој преку разни модули се одвиваат речиси сите работни процеси, сепак не е развиен модул за делот кој се однесува на вршењето на теренски контроли кај здравствените установи, како една од законските надлежности на Фондот. Поради тоа планирањето и следењето на резултатите од извршените теренски контроли се врши рачно, што влијае на ефикасноста и ефективноста, како и на транспарентноста на вршењето на контролата;
  - во годишните планови за работа на Секторот контрола се наведени само бројот и видот на здравствените установи кои ќе бидат предмет на контрола, без да се утврдат критериуми за избор, односно како критериум не се зема висината на договорениот надоместок и резултатите од претходно извршените контроли. Ваквиот начин на планирање на контролите, без соодветна анализа и процена на ризици, остава простор за субјективизам и ставање во нееднаква положба на здравствените установи во поглед на опфаќање со редовна контрола и можност за откривање на неправилности. Имено, дел од здравствените установи кај кои во определен период се утврдени значајни неправилности при вршење на контролите, не се подложни на континуирана контрола со која би се намалил ризикот дека утврдените неправилности и понатаму ќе се повторуваат;
  - дополнително поради изречената мерка за спречување на ширењето и сузбивање на заразата од COVID-19, од страна на директорите на Фондот донесено е Упатство<sup>7</sup> согласно кое од март 2020 година времено се

---

<sup>6</sup> За ЈЗУ од БЗЗ изречени се 17 казни во висина од 3,5% и 5% од договорениот надоместок несоодветен ДСГ код за погрешна дијагноза или процедура за кои со правилно прекодирање се добива друг ДСГ код, како и на истовремено прикажување на здравствените услуги со ДСГ код и по пакети за завршени епизоди на лекување, како и 61 договорни казни во износ од 35 и 75 илјади денари;

<sup>7</sup> Упатство за начин на постапување во време на изречена мерка за спречување на ширењето и сузбивање на заразата од COVID – 19 Корона вирус број 04-5507/1 од 13.03.2020 година;

---

*Ревизорски тим:*

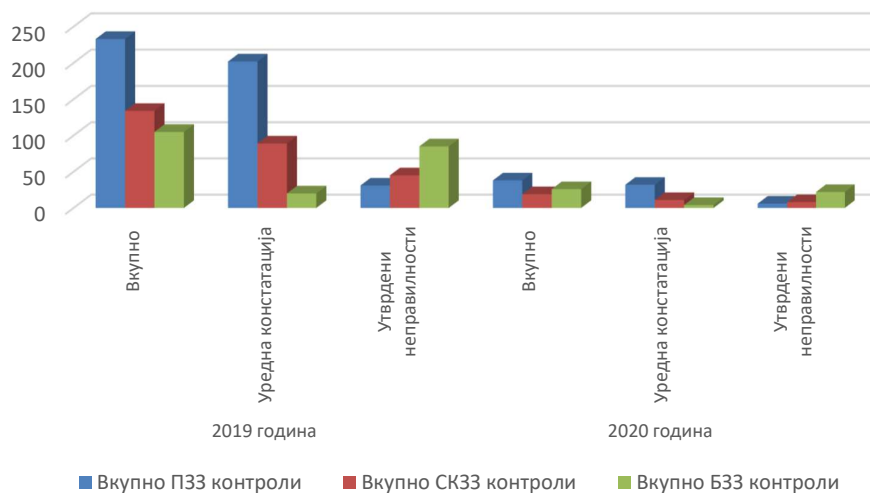
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор*

8

одложуваат сите контроли надвор од просториите на Фондот, освен по претставки или барање, поради што во 2020 година бројот на теренски контроли кај здравствените установи е намален за 74%. Според презентираните информации во Годишниот извештај<sup>8</sup>, во 2020 година извршени се вкупно 83 контроли кај здравствени установи, наспроти 472 во 2019 година. Соодносот на извршени контроли и утврдени неправилности по нивоа на здравствена заштита во 2019 и 2020 година се прикажани на Графикон бр.1.

**Графикон бр.1** – Споредбен приказ на спроведени теренски контроли и утврдени неправилности кај здравствените установи во 2019 и 2020 година



Намалениот број теренски контроли во 2020 година го зголемува ризикот од плаќање на здравствени услуги за кои нема потврда дека се реализирани по вид и обем согласно издадените фактури од ПЗУ, особено што истите се извршени по претставки или барање, а не како редовни контроли. Евидентно е дека најмал број контроли се извршени кај здравствените установи од БЗЗ, чии договорни надоместоци се највисоки, а кај истите се утврдени неправилности во 85% случаи. При тоа во Извештајот нема податоци колку од овие неправилности се утврдени кај ЈЗУ, а колку во ПЗУ, што влијае на отчетноста во вршењето на контролите.

<sup>8</sup> Годишен извештај од извршени теренски контроли на Сектор контрола во приватни и јавни здравствени установи, кај правни лица кои испорачуваат ортопедски и други помагала, во Подрачните служби, во лекарските комисии на Подрачните служби на Фондот и внатрешна контрола на Подрачните служби на Фондот и извршени контроли од Подрачните служби, јануари-декември 2020 година, изготвен во јули 2021 година;

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор*

9



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. Исто така утврдените состојби упатуваат на нецелосно почитување на Правилникот и донесениот интерен акт на Фондот со кои се уредува вршењето на контролите кај здравствените установи.

### **Препорака**

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

- кадровско екипирање на потребниот стручен кадар за контрола (лекари) во соработка со надлежните министерства;
- воспоставување модул/систем за електронско евидентирање и следење на резултатите од извршените контроли;
- воспоставување систем за планирање со претходна анализа и процена на ризици со конкретно именување на субјектите кои ќе бидат опфатени со редовна контрола, земајќи ја предвид висината на договорениот надоместок;
- редовно вршење контрола во делот на потврдување на веродостојноста на видот и обемот на извршените здравствени услуги од страна на ПЗУ, особено кај ПЗУ од БЗЗ.

## **4.2. Усогласеност со закони и прописи**

4.2.1. Согласно Правилниците за организација и систематизација на работните места во Фондот, работата на Фондот се организира во Централна служба со 10 сектори и 30 подрачни служби. Со ревизијата на интерните акти кои го уредуваат начинот на организација и систематизација на работни места, како и начинот на вработување и ангажирање надворешни лица, ревизијата ги констатира следните состојби:

- Фондот не го испочитувал рокот<sup>9</sup> за доставување на Годишниот план за вработување за 2020 година до надлежното министерство, утврден со член 20-б од Законот за вработените во јавниот сектор, поради што не добил согласност за доставување барања за нови вработувања за 2020 година до Министерството за финансии. Тоа довело пополнувањето на испразнетите работни места да се врши надвор од постапката предвидена за административни службеници и решавање на проблемот со недостиг на кадар, односно со ангажирање лица по договор за дело или вработување на определено време, што влијае на обезбедувањето континуитет и квалитет во работењето на Фондот;
- поради непополнетост на систематизираните работни места, не е воспоставена целосна поделба на надлежностите и одговорностите,

---

<sup>9</sup> Најдоцна до 1 септември тековната година за наредната година;

- предвидена со член 14 од Законот за јавна внатрешна финансиска контрола. Во Централната служба на Фондот не се назначени директори на 6 сектори<sup>10</sup> и раководители на повеќе одделенија и оддели. Во 2020 година Фондот го напуштиле 47 вработени поради што недостигот на вработени во континуитет се зголемува, Оваа состојба делумно се надминува со давање овластувања, со вработување на определено работно време и со ангажирање надворешни лица. Во текот на 2021 година назначени се директори на два сектори и вработени се 35 лица со што состојбата делумно е надмината;
- Секторот за ортопедски помагала и специфични здравствени услуги, составен од две одделенија со предвидени 23 работни места во 2020 година функционира со еден вработен на определено време, без да биде назначен раководител на секторот ниту има овластено лице за вршење на овие работи и задачи, што не е во согласност со член 21 од Статутот на Фондот;
  - врз основа на обезбедена согласност од Министерството за финансии<sup>11</sup>, согласно член 9 од Законот за трансформација во редовен работен однос, во текот на 2020 година ангажирани се 51 лице за извршување на работни задачи за кои не се пропишани критериуми за утврдување на висината на паричниот надомест, кој се движи од 18 до 49 илјади денари месечно и за истите не се следи присутноста на работните места. Поради тоа постои ризик од исплата на парични средства на лица кои воопшто не биле присутни на работните места и не ги извршуваат договорените работни обврски во Фондот, а за истите во 2020 година се исплатени 15.721 илјади денари. Дополнително констатиравме дека во 2021 година трендот на склучување на договори за дело е во пораст т.е. склучени се договори за дело со 65 лица.

Наведената состојба не е во согласност со Законот за вработените во јавниот сектор, Статутот и актите за внатрешна организација и систематизација на работните места на Фондот и доведува до несоодветно разграничување на дел од одговорностите кај поедини вработени и ризик од несоодветно реализирање на активностите на секторите, особено што лицата ангажирани со договор на дело (определено време) се поставени на одговорни и специфични работни места без спроведена транспарентна постапка за исполнетост на условите и квалификациите предвидени за редовно вработените, што може да влијае на нивото на квалитет и одговорност за извршените работни задачи.

Годишниот план за вработување за 2021 година е навремено доставен до надлежните министерства и за истиот е добиена согласност. Согласно истиот, планирани се 89 пензионирања, 109 нови вработувања и 80 унапредувања.

---

<sup>10</sup> Директорот на секторот за информатика со наредба од директорот на Фондот во 2020 година е задолжен да врши работи на Советник на директорот;

<sup>11</sup> Согласно брј 18-43/3 од 31.12.2019 година;

Во текот на ревизијата донесена е Процедура<sup>12</sup> за утврдување критериуми за ангажирање на лица за вршење интелектуални услуги со ангажирање по Договор за дело со која се уредува начинот на утврдување на потребата од дополнителна работна сила, на надоместокот и исплатата на истиот.

### **Препорака**

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

- пополнување на предвидените работни места и назначување на раководители на подрачни служби и раководители на сектори и одделенија;
- целосна имплементација на донесената процедура при ангажирање надворешни лица со договор на дело и
- вршење на исплати на лицата ангажирани по договор за дело врз основа на потврдена присутност на работните места од страна на претпоставените.

4.2.2. Техничката обработка и организација на податоците и информациите за осигурениците, корисниците на правата и обврзниците за уплата на придонесот кои се користат за остварување на правата од здравствено осигурување се спроведува преку интегриран и централизиран информациски систем на Фондот. Во истиот, функционираат повеќе одделни или меѓусебно поврзани апликации и модули, а дел од апликациите се поврзани и со информациски системи на други институции заради размена на податоци<sup>13</sup>.

Со извршената ревизија во делот на воспоставениот информациски систем и начинот на функционирање на истиот во пропишаната организациона структура на Фондот, го констатиравме следното:

- не се донесени ИТ стратегии за развој на информацискиот систем, заштита на податоците и функционирање на системот по евентуални катастрофи согласно стандардите за информациска безбедност. Презентираните ИТ политики и процедури за ИТ безбедност се од 2014 година и не се ажурирани подолго време;
- Секторот за ИТ, во последните години се соочува со перманентен одлив на вработени. Од вкупно предвидените 34, во 2020 година се пополнети 5 работни места и ангажирани 9 лица со договор на дело, а во 2021 година пополнети се 2 работни места и 3 лица со договор за дело. Состојба со кадарот не е доволна за одржување на ИТ системот на Фондот, а развојната компонента во целост ја врши ангажирана информатичка компанија, иако Фондот го поседува изворниот код за информацискиот систем. Поради

---

<sup>12</sup> Процедура број 1938/1 од 03.02.2022 година;

<sup>13</sup> АВРМ и УЈП за пријави и одјави за осигурување и за обврзници за плаќање придонес, Управата за електронско здравство “Мој Термин“ и ДСГ Груперот за следење на здравствената заштита, голем број софтверски апликации кај здравствените установи, Трезорскиот систем на Министерството за финансии (Трезорската сметка на Фондот и Здравствената трезорска сметка), како и со сите осигурени лица преку софтверското решение за веб портал на Фондот и други системи и апликации;

- недостиг на ИТ кадар, директорот на секторот во исто време е и администратор на ИТ системот во Фондот, што не е во согласност со добрите практики за ИТ безбедност;
- серверската структура во систем салата на Фондот е застарена<sup>14</sup> и целосно амортизирана како резултат на непрекинато работење и не е во можност целосно да одговори на моменталните потреби на Фондот, особено што не е обезбедено одржување, ниту секундарна локација на истата. Во текот на 2020 и 2021 година биле планирани и спроведени постапки за јавна набавка на серверска инфраструктура на Фондот, но истите се поништени и набавките не се реализирани;
  - во 2020 година регистриран е испад на системот поради откажување на струен кабел за системот за ладење, што довело до исклучување на серверите во систем салата. Иако интегритетот и целосноста на податоците, како и серверите биле зачувани во исправна состојба, санирањето траело долго време како резултат на недоволното познавање на системот од страна на вработените (нема обучен кадар ниту пишана процедура/постапка) и на ненавремената реакција на економскиот оператор задолжен за одржување на системот;
  - сите процеси преку кои се остваруваат правата од здравственото осигурување во најголем дел се автоматизирани за што се воспоставени околу 30 апликативни модули, но дел од нив не се целосно функционални, делумно се користат или воопшто не се користат. Исто така не е функционален набавениот софтвер<sup>15</sup>, со кој било планирано да се обезбеди целосно поврзување и интегрирано преземање на податоците од различните апликации. Поради наведеното за дел од трансакциите е оневозможено автоматско евидентирање и соодветно прикажување во деловните книги на Фондот, а наместо тоа се прават рачни анализи и евиденции. За воспоставување на информацискиот систем и континуирано надградување и одржување на истиот се трошат значајни буџетски средства. Имено, во 2020 година платени се 18.896 илјади денари за превентивно и адаптивно одржување на информатичкиот систем на Фондот<sup>16</sup>.

Наведеното не е во согласност со, член 54 став 10 од Законот за здравствено осигурување и стандардите за информациска безбедност и влијае на одржливоста, квалитетот, контролата и точноста на податоците кои се обработуваат со информацискиот систем, како и на навремено остварување на правата од здравствено осигурување. Во исто време перманентниот недостиг на ИТ кадар може

---

<sup>14</sup> Серверите се набавени во 2012 година;

<sup>15</sup> Business intelligence-ВI систем, кој претставува низа на алатки кои пристапуваат и анализираат множества на податоци и ги прикажуваат во извештаи, резимеа, контролни табели, графикони и мапи за да им обезбедат на корисниците детални информации за работењето;

<sup>16</sup> Вкупната набавна вредност на нематеријалните средства исказана во деловните книги на Фондот изнесува 125.668 илјади денари;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор*     13

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

да ги доведе во прашање функционирањето и стабилноста на воспоставените системи во Фондот.

Во повеќе наврати од страна на Секторот за информатика доставени се дописи до одговорните лица на Фондот, во кои е укажано на проблемите со кои се соочува секторот, но состојбата не е подобрена. Со планот за јавни набавки за 2022 година, предвидена е набавка на серверска опрема за консолидација на ИТ инфраструктура на Фондот, како и набавка на услуга за изнајмување на секундарна локација за серверската инфраструктура во случај на испад на примарна локација.

### **Препорака**

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

- изготвување на стратегии за развој и ажурирање на процедури и политики за заштита и безбедност на информацискиот систем;
- обезбедување на потребните кадровски капацитети во Секторот за информатика во соработка со надлежните министерства;
- набавка на потребната серверска структура и обезбедување на секундарна локација;
- обезбедување континуирано одржување на серверската структура и
- оспособување за користење и ажурирање на податоците во сите воспоставени модули во информацискиот систем.

4.2.3. Во делокругот на работа на Фондот, утврден со член 54 од Законот за здравствено осигурување, спаѓа и вршењето увид и контрола на договорениот обем и вид на обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи, како и поткрепувачката документација. Согласно Правилникот за овластувања и начинот на работа на контролата во Фондот<sup>17</sup>, во случај на утврдени неправилности, записникот/извештајот од извршената контрола се доставува до Комисијата за оценување на услови за изрекување на договорни казни на Фондот, која ја формира директорот.

Со извршениот увид во презентираната документација за извршени контроли и изречени договорни казни констатиравме:

- Комисијата за договорни казни не била формирана подолг временски период, односно од 2017 година, поради што е пролонгирано изрекувањето договорни казни и влијаело да не се санкционираат оние здравствени установи кои не постапуваат согласно склучениот договор со Фондот;
- со Решение<sup>18</sup> од август 2020 година формирани се 4 комисии, кои постапувале по доставени извештаи за извршени контроли од 2017 година до денот на ревизијата. При тоа дел од комисиите се формирани со различен број членови (внатрешни и надворешни) од утврдениот со член 17 од Правилникот;

---

<sup>17</sup> Службен весник на РМ бр. 105/210...226/2020;

<sup>18</sup> Решение за формирање на Комисии за оценување на услови за изрекување на договорна казна број 9998/1 од 06.08.2020 година;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор*     14

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

- не се испочитувани роковите за постапување при спроведувањето на контролите и изрекувањето на договорни казни на една ПЗУ од БЗЗ, предвидени со Правилникот. Имено, по спроведена вонредна контрола на една историја, медицинско досие за завршено лекување, во декември 2019 година, во која е утврдена неправилност, извештајот не е доставен до субјектот во предвидениот рок од 15 дена, односно истиот е доставен во јуни 2020 година<sup>19</sup>. До Комисијата за договорни казни е доставен во декември 2020 година<sup>20</sup> т.е. една година по извршената контрола, а казната е изречена<sup>21</sup> во ноември 2021 година што е приближно 2 години по утврдените неправилности.

Комисијата изрекла договорна казна од 3,5% од договорениот надоместок односно 1.540 илјади денари, за утврдена неправилност која се однесува на извршена услуга за која ПЗУ нема договор во 2019 година, а прикажана под ДСГ код како друга услуга опфатена со договорот. При тоа за констатираната неправилност од 350 илјади денари не е намален договорниот надоместок односно не е изготвено книжно одобрение, што не е во согласност со одредбите од договорот и точка 4.3. од Упатството за подрачните служби на Фондот<sup>22</sup>. Во ноември 2021 година до Фондот е доставен приговор од ПЗУ, а според добиените информации предметот сеуште се разгледува, иако согласно склучениот договор рокот за исплата на договорната казна е 30 дена;

- кај истата ПЗУ како продолжение спроведена е уште една контрола во август 2020 година, со која кај сите 82 контролирани истории од 2019 година утврдена е истата неправилност, а кај сите 31 историја од 2020 година е утврдено неправилно кодирање на медицинските интервенции односно прикажана е услуга за која е предвидена повисока цена. Во јануари 2021 година, 4 месеци по извршената контрола во август 2020 година, изготвено е книжно писмо за намалување на обврската кон ПЗУ во висина од 37.844 илјади денари што изнесува 6% од годишниот договорен надоместок. Извештајот е доставен до субјектот<sup>23</sup> и до Комисијата за договорни казни<sup>24</sup>, но до денот на ревизијата не е изречена договорна казна, иако со контролата е утврдена истата неправилност во значајно поголем обем.

Ненавременото формирање на комисиите за договорни казни и несоодветното и ненавременно постапување со доставените извештаи за извршени контроли во кои

---

<sup>19</sup> Допис број 12-8344/2 од 23.06.2020 година;

<sup>20</sup> Известување бр. 12-8344/3 од 09.12.2020 година;

<sup>21</sup> Известување за договорна казна бр.10-16406/1 од 19.11.2021 година;

<sup>22</sup> Упатство за подрачните служби на Фондот за прием, контрола и ликвидирање на извршените здравствени услуги искажани во извештаи/фактури во примарна здравствена заштита (избрани лекари), во здравствени домови, аптеките, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита и за издадените ортопедски помагала, јуни 2015 година;

<sup>23</sup> Допис број бр.12-10211/3 од 22.09.2020 година;

<sup>24</sup> Известување бр. 12-8344/3 од 09.12.2020 година;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор* 15

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

се утврдени неправилности не е во согласност со член 70 ставови 6 и 7 од Законот за здравствено осигурување, Правилникот за овластувања и начинот на работа на контролата на Фондот и склучениот договор со ПЗУ и создава ризик од плаќање на здравствени услуги кои не се реално извршени или за кои не е извршено соодветно кодирање, што влијае на неоправдано зголемување на расходите на Фондот, како и на намалување на приходите по основ на ненаплатени договорни казни, а со тоа и на рационалното и економично користење на средствата. Дотолку повеќе што со редовната ДСГ контрола во 2019 година кај оваа ПЗУ не се утврдени неправилности, поради констатираните слабости во контролите (точка 4.1.1. од овој Извештај). Наведеното влијае и на тоа одредени ПЗУ да не бидат навремено санкционирани и да продолжат да работат и покрај прекршувањето на одредбите од склучените договори и општите акти на Фондот.

### **Препорака**

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

- усогласување на бројот на членови во комисиите за договорни казни согласно одредбите од Правилникот за овластувања и начинот на работа на контролата на Фондот;
- навремено доставување на извештаите од извршените контроли во кои се утврдени неправилности до комисијата за договорни казни и подрачните служби за понатамошно постапување;
- навремено постапување и решавање по доставени извештаи за извршени контроли од страна на комисиите за договорни казни;
- навремено постапување и решавање по доставени приговори за изречени казни од страна на директорот на Фондот и преземање активности за нивна наплата;
- навремено постапување и изготвување книжни писма за утврдените неправилности по доставените извештаи за извршени контроли од страна на подрачните служби на Фондот.

4.2.4. Согласно Законот за здравствено осигурување осигуреникот не може да оствари право на паричен надоместок за време на привремена спреченост за работа за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (породилно отсуство), односно ќе му се запре исплатата на надоместокот ако се утврди дека истовремено работи и остварува приход. Постапката за остварување право на надоместок од плата се спроведува во подрачните служби на Фондот.

Согласно одредбите од Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, обврзник за пресметка и уплата на придонеси е работодавачот или Фондот, за работник кој зема надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа. Во 2020 година исплатени се 3.135.231 илјади денари врз основа на донесени решенија за исплата на надоместок за породилно отсуство.

Со извршената ревизија на процесот на исплата на надоместоците на плата за време на породилно отсуство, констатиравме дека по извршеното првично одобрување и донесување решение за утврдување на право на надоместок за

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 16

породилно отсуство, Фондот не врши контрола при одобрување на понатамошните месечните исплати на надоместокот. Имено, Фондот не врши проверка дали за истиот осигуреник за дадениот или претходниот пресметковен период е исплатена плата за ефективни часови на работа и се платени придонеси од страна на работодавачот. Со увидот во модулот за евиденција на надоместоците утврдивме 497 осигуреници од вкупно 9.044, кај кои истовремено е извршена исплата на плата од работодавачот и надоместок на плата за породилно отсуство од Фондот што не е во согласност со член 23 став 2 од Законот за здравствено осигурување, член 89 од донесениот Правилник<sup>25</sup> и точка 7 од донесениот интерен акт<sup>26</sup> и влијае Фондот да исплатува неосновано/повеќе средства за надоместоци од законски предвидените. Со детален увид во исплатите на избран примерок од 53 осигуреници, кај кои таквите исплати се повторуваат повеќе месеци во текот на 2020 година, го утврдивме следното:

- исплатен е надоместок на плата од Фондот во вкупен нето износ од 1.451 илјади денари<sup>27</sup>, за период кога е исплатена и плата од работодавачот. Истото не е воочено од страна на Фондот и не се преземени активности за поврат на неосновано/повеќе исплатените средства. На наведената состојба влијае и тоа што во софтверското решение на УЈП за интегрирана наплата на придонесите нема вградена контрола која ќе спречи за еден ист осигуреник за ист период да бидат поднесени две месечни пресметки, и од работодавачот и од Фондот, односно да спречи истовремено да се исплати и плата и надоместок на плата, вклучувајќи ги и придонесите од истите;
- согласно член 166 од Законот за работните односи, работничката која користи породилно отсуство, може да се врати на работа и пред истекот на истото, а во тој период покрај правото на плата, има право и на надомест на плата за породилно отсуство во висина од 50% од утврдениот износ на надоместокот. За да го оствари ова право, поднесува барање со прилог изјава за враќање на работа и потврда од работодавачот дека се враќа на работа. Констатиравме случаи кога работнички се вратиле на работа пред истекот на породилното отсуство за што им била исплатена плата за полно работно време од страна на работодавачот, а притоа не поднеле барање и изјава до Фондот, поради што Фондот им исплатил надоместок на плата во износ од 100% од платата за целото времетраење на породилното отсуство, а поради отсуство на контрола истото не било воочено од страна на Фондот;

---

<sup>25</sup> Правилник за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување (Службен весник на РМ бр.18/15...44/19 и Службен весник на РСМ бр.198/2019...303/20);

<sup>26</sup> Постапка за начинот на исплата на надоместок на плата за време на привремена спреченост или отсуство од работа од 12.12.2018 година;

<sup>27</sup> За 20 осигуреници



- со интерниот акт не е определен рокот за поднесување на барање до Фондот за враќање на работа пред истекот на породилното отсуство, поради што постои ризик за неосновани исплати;
- со донесувањето на Уредбата со законска сила за примена на Законот за работни односи за време на вонредна состојба<sup>28</sup>, породилното отсуство и надоместокот продолжуваат да течат по 07.04.2020 година до истекот на траењето на времените мерки за заштита и превенција од COVID-19. Поради тоа Фондот за сите активни породилни отсуства по автоматизам изготвува Решенија за утврдување на право на надоместок на плата до истекот на времените мерки, но дел од осигурениците не го искористиле ова и право и се вратиле на работа. Бидејќи Фондот при исплатата на надоместокот не прави проверка на поднесените пресметки за плата од страна на работодавачот каде осигуреникот е во работен однос, повторно има случаи на истовремена исплата на плата од работодавачот и надоместок на плата од Фондот. Истакнуваме дека во најголем број од овие случаи како работодавач се јавуваат субјекти од јавниот сектор<sup>29</sup>.

Во текот на 2020 година на сметката на Фондот од страна на осигурениците се вратени 1.935 илјади денари по основ неосновано/повеќе исплатен надоместок за привремена спреченост за работа, од кои најголем дел се по основ породилно отсуство, а за кои Фондот, при постапката за одобрување нов надоместок на плата по било кој друг основ, утврдил дека се исплатени во истиот период кога била исплатена и плата од работодавачот. Вратените средства од страна на осигурените лица се во нето износ на надоместокот, а за двојно платените придонеси не се врши корекција, иако постои можност за исправка на пресметката за исплатениот надоместок од Фондот во системот за интегрирана наплата на придонеси на УЈП, што не е во согласност со точка 7 од горенаведениот интерен акт.

Во овие случаи, Подрачната служба на Фондот до осигуреникот доставува Покана за поврат на средства, со што се задолжува да ги врати неосновано/повеќе исплатените средства, но за истото не се евидентираат побарувања, поради што не може да се потврди висината на вкупно побараните средства за поврат по тој основ и остава простор за субјективизам при постапувањето. Оваа состојба не е во согласност со член 6 од Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници. Исто така, не се презентирани податоци дека Фондот покренал судска постапка за невратените средства во утврдените рокови во поканата и евентуалните опомени, што не е во согласност со точка 4 од интерниот акт<sup>30</sup> и влијае Фондот да не си ги врати неосновано/повеќе исплатените средства за надоместоци.

---

<sup>28</sup> Член 4 од Уредбата со законска сила за примена на Законот за работни односи за време на вонредна состојба, Службен весник на РСМ број 90/2020;

<sup>29</sup> Основни училишта, општини, ЈЗУ;

<sup>30</sup> Постапка за водење на судските постапки и извршување на извршни исправи;

Наведеното укажува на отсуство на контроли и неуреденост на интерниот акт, што довело да бидат извршени неосновани исплати на надоместоци, што влијае на рационалното трошење на средствата на Фондот.

### **Препораки**

1. Органите на управување и раководење на Фондот во соработка со УЈП да преземат активности за воспоставување на вградена системска контрола во софтверското решение за интегрирана наплата на придонеси која ќе оневозможи за ист осигуреник за ист временски период да биде исплатена и плата од работодавачот и надоместок на плата од Фондот.
2. Органите на управување и раководење на Фондот да преземат активности за:
  - воспоставување контрола на користењето на надоместокот на плата кој е на товар на Фондот и запирање на исплатата на истиот доколку се утврди дека осигуреникот работи и остварува приход;
  - доуредување на Постапката за начинот на исплата на надоместок на плата за време на привремена спреченост или отсуство од работа во која ќе се прецизира дека осигуреникот може да поднесе барање за враќање на работа пред истекот на породилното отсуство, најдоцна до денот на враќање на работа;
  - утврдување на износот на неосновано/повеќе исплатени надоместоци на плата за осигурениците, евидентирање на побарувањата и наплата на истите.

4.2.5. Начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство е регулиран со Законот за здравствено осигурување<sup>31</sup> и Правилникот на Фондот<sup>32</sup>, а детално овој процес е уреден со интерна постапка<sup>33</sup>.

Во 2020 година за лекување во странство исплатени се вкупно 295.613 илјади денари што е за 29% помалку во однос на 2019 година, а бројот на извршени лекувања е намален од 233 на 142.

Во врска со постапката за упатување на лекување во странство во изминатиот период утврдени се состојби кои соодветно се истакнати во повеќе ревизорски извештаи од претходни години, за кои се дадени и соодветни препораки. Статусот на спроведувањето на овие препораки е даден во прилог кон овој Извештај.

Со анализа и увид во постапката и документацијата за лекување во странство ги

---

<sup>31</sup> 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).

<sup>32</sup> 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),

<sup>33</sup> 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.

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор*     19

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

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, при евентуално преиначување на позитивното во негативно мислење од страна на второстепената комисија во првостепената постапка, односно 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 утврдивме 20 случаи кога 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 и недефиниран краен датум во Правилникот за лекување во странство до кој барањето треба да биде земено за разгледување од страна на лекарската комисија;
- 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 до Фондот да достави медицински извештај за успешноста на извршеното лекување, истото не се спроведува целосно. Фондот повремено испраќа известување до клиниките за исполнување на оваа обврска. Исто така не е воспоставена листа на болници во која ќе биде содржана и успешноста во лекувањето на различни дијагнози која ќе

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 20

послужи како основ за упатување на лекување на идни осигуреници ниту пак е критериуми врз основа на кој се врши изборот на овие медицински установи. Отсуството на ваква листа и критериуми овозможува нееднаков третман на осигурениците во однос на изборот на болницата каде што се упатуваат на лекување, што укажува на тешкотиите со кои се соочуваат барателите поради одредени можни промени, а што предизвикува доцнење со лекувањето и дополнителни трошоци за правни застапници.

Во декември 2021 година донесен е Правилник за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство со кој меѓу другото е уредено склучување договори со здравствени установи во странство, критериуми и постапка за избор на истите, како и користење на здравствени услуги од здравствени установи во РСМ.

### **Препорака**

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

- интензивирање на постапката за донесување на предложените измени во Законот за здравствено осигурување во насока на исклучување на второстепената комисија за лекување во странство од првостепената постапка;
- иницирање измени во Законот за здравствено осигурување во насока на уредување на постапката за упатување на лекување во странство со пократки, точно дефинирани рокови и намалување на обемот на документација;
- имплементирање на одредбите од донесениот Правилник за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство;
- воведување контрола на содржината на доставените фактури од здравствени установи од странство од страна на медицински лица;
- воведување контролни механизми за осигуреникот по завршеното лекување во странство со отпусното писмо да се јави на преглед во клиниката која го издала предлогот и да достави до Фондот медицински извештај за успешноста на извршеното лекување.

### **4.3. Финансиски извештаи**

4.3.1. Со увид во презентираниот документација и начинот на спроведувањето на пописот на средствата и обврските со состојба на 31 декември 2020 година, утврдивме:

- во пописните листи на опремата на дел од Подрачни служби на Фондот<sup>34</sup> не се внесени податоци за количината констатирана со извршениот попис, а во

---

<sup>34</sup> Берово, Велес, Дебар, Делчево, Демир Хисар, Македонски Брод, Кратово, Крива Паланка, Крушево, Куманово, Тетово, Охрид, Прилеп, Пробиштип, Свети Николе и Штип;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор 21*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

пописните листи на градежните објекти и земјиштето со кои што располага Фондот не се внесени податоци за површина и имотен лист, поради што не може да се потврди фактичката состојба на истите;

- пописот на побарувањата и обврските е извршен со преземање на податоци 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 наплата на ненаплатените побарувања. Со пописот не се опфатени побарувањата по основ на неплатен придонес до 31.12.2008 година, кои се утужени и дадени на извршител (Врска Точка 6.9. од Извештајот);
- направен е попис на уметничките слики кои се наоѓаат во просториите на Централната служба на Фондот, но не и на сликите во Подрачните служби и за истите не е воспоставена евиденција во деловните книги на Фондот. Исто така не е направен попис ниту на уметничките слики во сопственост на други субјекти, а се дадени на користење на Фондот (музеј), а за кои Фондот нема податок за нивната вредност. По барање на Фондот во јануари 2022 година направена е процена на дел од уметничките слики<sup>35</sup> со што е утврдена вкупна проценета вредност од 462 илјади денари и истата е воведена во сметководствената евиденција, а за остатокот е доставено дополнително барање за процена во март 2022 година.

Поради наведеното ревизијата констатира дека при извршениот попис не се испочитувани во целост одредбите наведени во член 21 од Законот за сметководство за буџетите и буџетските корисници и член 29 до член 35 од 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 на Фондот да преземат мерки со кои ќе ги задолжат одговорните лицата да ги преземат следните активности за:

- задолжување на пописната комисија при вршењето на попис да ги внесе сите податоци за опремата, градежните објекти и земјиштето во пописните листи, да изврши усогласување на сметководствената со фактичката состојба и да ги утврди причините за евентуалните разлики;

---

<sup>35</sup> Извештај за процена од Биро за судски вештачења од јануари 2022 година за сликите во Подрачните служби и Централата на Фондот (втори кат);

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 22

- утврдување на старосната структура на побарувањата и обврските и со извршениот попис да се опфатат и побарувањата по основ на неплатен придонес до 31.12.2008 година;
- процена и воведување во евиденција на сите уметнички слики;
- попишување на средствата на други субјекти на пописни листи и истите да се доставуваат на субјектот на кој тие средства му припаѓаат.

4.3.2. Со увид во сметководствената евиденција на материјалните средства во вкупен износ од 572.311 илјади денари и презентираната документација, ревизијата ги утврди следните состојби:

- за градежни објекти на осум подрачни служби<sup>36</sup> со вредност од 91.833 илјади денари како заеднички сопственици/корисници во имотните листови покрај Фондот, наведени се и други институции<sup>37</sup> без да биде извршен премер и запишана поединечната површина што ја користи секоја институција;
- на позицијата Материјални средства во подготовка искажани се 5.324 илјади денари кои се однесуваат на доделена локација за изградба на детски диспансер во Крива Паланка во 1991 година. Освен иницијативата од Подрачната служба на Фондот во Крива Паланка во 2017 година за решавање на имотно правните односи, од страна на Фондот не се преземени други активности, ниту се дадени насоки за понатамошно постапување;
- презентираната евиденција за објектите и земјиштето кои ги користи Фондот не содржи целосни и точни податоци за запишаното право на сопственост/користење на истите, ниту за вредноста на истите и не е усогласена со сметководствената евиденција;
- за седум градежни објекти на подрачните служби не е извршено запишување на правото на сопственост . За истите Фондот во 2016 година има поднесено барања до Министерство за транспорт и врски за утврдување на правен статус на бесправни објекти, но и покрај доставените ургенции во 2020 и 2021 година, до денот на ревизијата нема одговор;
- за девет подрачни служби извршено е запишување на правото на сопственост/користење на земјиштето, но не е извршена процена на пазарната вредност на земјиштето и негово евидентирање во деловните книги;
- Фондот има обезбедено имотен лист со запишано право на сопственост/користење на градежни објекти во четири подрачни служби чија вредност не е проценета и не се внесени во деловните книги на позицијата Материјални средства.

Горенаведените состојби не се во согласност со одредбите од член 57 од Законот за катастар на недвижности, со кој се уредува премерот на земјиштето како и

---

<sup>36</sup> Битола, Прилеп, Македонски Брод, Гостивар, Крива Паланка, Струмица, Кратово и Штип;

<sup>37</sup> ФПИОМ, Црвен крст на РСМ во Штип, ЦСР во Крива Паланка, ЕВН во Битола;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор* 23

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

запишување на правата на недвижностите и член 12 од Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и со член 19 до член 26 од Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и влијаат на реалноста и веродостојноста на искажаните податоци во финансиските извештаи и квалитетот на истите. Најголем дел од овие состојби се утврдени и претходно со извршените ревизии на Фондот за минати години.

### **Препорака**

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

- во соработка со ФПИОМ, да се изврши премер на градежните објекти каде како сопственици или корисници во имотните листови се наведени Фондот и ФПИОМ и поединечно запишување на правата на сопственост;
- за утврдување на состојбата во која се наоѓа доделената локација за изградба на детски диспанзер и да се дадат насоки за понатамошно постапување;
- за воспоставување ажурна и комплетна евиденција на градежните објекти и земјиштето и усогласување на сметководствената евиденција со истата;
- во соработка со надлежното министерство решавање на статусот и запишување на правото на сопственост/користење на земјиштето и градежните објекти и нивно евидентирање во деловните книги;
- да се обезбеди процена на пазарната вредност на земјиштето и градежните објекти преку надлежниот орган и согласно истата да се изврши соодветно евидентирање на вредноста на земјиштето и градежните објекти во деловните книги.

4.3.3. Фондот како доверител врз основа на пријавено побарување на име неплатени придонеси за здравствено осигурување, по основ на завршени стечајни постапки, се стекнал со право да преземе движен и недвижен имот од стечајните должници. Имајќи предвид дека стечајните постапки се водат во месно надлежните судови според седиштето на правниот субјект, во Фондот надлежноста за водење на стечајните постапки е на подрачните служби.

Од страна на директорот на Фондот формирана е работна група<sup>38</sup> со задача да направи централна евиденција на постапките, побарувањата и добиениот имот од стечајни постапки и за истото да изготви Извештај. Работната група се обратила до подрачните служби на Фондот за прибирање на податоци во врска со побарувањата и добиениот имот од стечајните постапки, по што е доставен Извештај<sup>39</sup> со прилог табеларни прегледи за состојбата со побарувањата од 8 подрачни служби и стекнатиот имот од стечајните постапки на 17 подрачни служби.

---

<sup>38</sup> Решение за формирање на Работна група бр. 04-15285/1 од 28.10.2021 година;

<sup>39</sup> Извештај бр.04-15285/2 од 29.11.2021 година;

Според податоците во презентираниите табеларни прегледи, состојбата со побарувањата и стекнатиот имот од стечајни постапки е како што следи:

- пријавени побарувања во стечајна маса во вкупен износ од 657.027 илјади денари, при што за дел од нив стечајната постапка е во тек. По завршени постапки признаени се 281.429 илјади денари во стечајна маса и наплатени 10.099 илјади денари;
- недвижен имот<sup>40</sup> во вкупен износ од 324.694 илјади денари кој се однесува на 8 подрачни служби, додека стекнатиот недвижен имот во 5 подрачни служби нема проценета вредност и
- движен имот<sup>41</sup> во вкупен износ од 58.255 илјади денари.

Со увид во деловните книги, ревизијата констатира дека не се преземени активности за евидентирање на горенаведениот имот на соодветните позиции во деловните книги (градежни објекти и опрема). Исто така Фондот нема целосни информации во врска со натамошното постапување со овој имот од страна на подрачните служби, поради што постои ризик да е извршено отуѓување на истиот. Од друга страна, Фондот се соочува со проблеми за располагање со имотот стекнат од стечајни постапки, имајќи го предвид начинот на спроведување на стечајната постапка по која како косопственици се јавуваат повеќе институции (МФ,УЈП, ФПИОМ).

Утврдената состојба не е во согласност со одредбите на член 2 и 4 од Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и член 6 и 12 од Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници, што влијае врз реалноста и објективноста на искажаните податоци за постојаните средства и изворите на капитални средства во Билансот на состојба.

### **Препорака**

Одговорните лица за раководење и управување во Фондот да преземат активности за:

- сметководствено евидентирање на постојаните средства добиени по основ на затворени стечајни постапки и
- иницирање продажба на стекнатиот имот и впаричување на истиот.

4.3.4. Побарувања од здравствени установи во странство на 31.12.2020 година изнесуваат 209.772 илјади денари. 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 а кои се реализирани и не се врши навремено утврдување на висината на трошоците за болничките лекувања во странство, имајќи ја предвид можноста поедини лекувања да чинат помалку од

---

<sup>40</sup> објекти за производство, апартмани, продавници, магацини, деловни и други објекти;

<sup>41</sup> машини за печатење, багер, мебел, резервни делови и друга разна опрема;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор 25*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_



договорениот износ. Во услови кога не се врши ex-post контрола за статусот на лекувањето, доставените фактури од странските болници по завршување на лекувањето директно се евидентираат во сметководството на Фондот без да се воспостави евиденција поединечно за секој пациент, што влијае врз објективноста и реалноста на искажаните побарувања.

Наведената состојба не е во согласност со член 12 од Законот за сметководството на буџетите и буџетските корисници и членовите 12 и 14 од Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и истата е истакната и во ревизорските извештаи за направените ревизии во минатите години, но се уште не е постапено по препораките.

#### **Препорака**

Органите на управување и раководење да преземат активности за формирање работна група која ќе изврши анализа и утврдување на точниот износ на побарувањата по основ исплатени аванси за лекување во странство и соодветно евидентирање на истите.

4.3.5. 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:

- 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 и
- не е уреден начинот на известување помеѓу подрачните служби и централата на Фондот за наведените залихи.

Истакнуваме дека наведените состојби ги имаме констатирано и со направените ревизии во минатите години, при што не е постапено по дадените препораки, истите не се во согласност со одредбите на Законот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и Правилникот за сметководството за буџетите и буџетските корисници и влијаат на реалното искажување на состојбата на залихите во финансиските извештаи на Фондот и квалитетот на информациите кои ги даваат истите.

#### **Препорака:**

Органи за управување и раководење на Фондот да преземат активности за воспоставување соодветна и целосна евиденција на залихите во деловните книги на Фондот и редовно вршење попис на истите заради потврдување на фактичката состојба.

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 26

4.3.6. Од извршениот увид во сметководствената евиденција и документација и извршените детални тестови, ревизијата утврди дека сметководственото евидентирање на тековните обврски се врши во моментот на плаќање на обврските, а не во моментот на настанување на истите.

По спроведените ревизорски постапки за конфирмирање на обврските кон добавувачите, за кои во финансиските извештаи е искажана состојба од 9.011 илјади денари, примени се 5 одговори од кои само еден добавувач ја потврдува состојбата со обврските во износ од 186 илјади денари.

Оваа 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 финансиските извештаи на Фондот.

### **Препорака**

Одговорните лица за раководење во Фондот да преземат активности за воспоставување сметководствени политики со кои евидентирање 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. Со увидот во начинот на планирање, спроведување и реализација на девет постапки за доделување договори за јавни набавки спроведени во 2019 и 2020 година, а по кои во годината предмет на ревизија преземени се обврски во вкупен износ од 107.350 илјади денари, со што опфативме 63% од преземените обврски, го констатиравме следново:

- во рамки на склучен договор од 2019 година<sup>42</sup>, Фондот во текот на 2020 година доставил барање до софтверската компанија да се овозможи функционалност за електронско издавање на лекови без приложување на хартиен рецепт. При тоа во услови на необезбедено одржување на серверската инфраструктура, извршена е и услуга за конфигурација на серверската опрема во траење од 1.080 часа, која што не е предвидена со договорот и за истата се платени 4.082 илјади денари по цена како да е извршено адаптивно одржување на софтверското решение на ИТ системот на Фондот. Покрај тоа Фондот од истата компанија користел и услуги за месечно системско превентивно одржување за што во 2020 година се потрошени 247 часа, кое исто така не е предвидено со договорот и за истото

---

<sup>42</sup> Договор број 16-213/20 од 13.05.2019 година за јавна набавка на услуги - Одржување и надградба на софтверското решение на новиот централизиран ИТ систем и Web порталот на Фондот, во вкупна вредност од 23.000 илјади денари без ДДВ, за период од две години;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор*    27

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

се платени 1.049 илјади денари по цена предвидена за превентивно одржување на софтверското решение. Наведеното не е во согласност со член 117 од Законот за јавните набавки и влијае Фондот да користи услуги кои не биле предмет на постапка за јавна набавка, односно за истите да плаќа по цена за друг вид на услуга, што влијае на рационалното и економично користење на средствата на Фондот;

- по спроведена поедноставена отворена постапка за јавна набавка за реконструкција и санација на објектите на Фондот, склучен е договор во висина на проценетата вредност на набавката во износ од 21.447 илјади денари иако вредноста на економски најповолната понуда била пониска за 1.151 илјади денари. Начинот на кој е доделен договорот овозможил негова реализација во поголеми количини од предвидените со техничките спецификации без да се спроведе законски предвидената процедура за негова измена и дополнување. Наведеното не е во согласност со член 4, 116 и 119 од Законот за јавните набавки и влијае на економичното користење на средствата на Фондот;

- по спроведена отворена постапка за јавна набавка на персонални и преносни компјутери склучен е договор за Дел 1 со вредност од 8.684 илјади денари и за Дел 2 со вредност од 1.187 илјади денари. При тоа одлуката за јавна набавка не содржи образложение за потребата за спроведување на набавката, а предметот на набавка е составен од повеќе ставки во рамки на еден дел иако според карактеристиките и функционалноста на компјутерските конфигурации истите функционираат независно и секоја ставка може да претставува засебен дел. Наведеното не е во согласност со член 78 од Законот за јавните набавки и влијае на обезбедување конкуренција меѓу економските оператори.

За дел 2 во фазата на евалуација исклучени се тројца економски оператори поради неисполнување на барањата од техничката спецификација, со што постапката завршила со одлука за избор на еден понудувач без електронска аукција. Последователно на тоа во реализацијата на договорот избраниот понудувач испорачал преносни компјутери кои не ги исполнуваат барањата од техничката спецификација и не се во согласност со склучениот договор. Имено испорачани се компјутери со конфигурација која во фазата на евалуација кај други економски оператори била оценета како неприфатлива и поради која биле отфрлени две понуди. Исто така не се испочитувани предвидените рокови за испорака на компјутерите. Наведеното не е во согласност со членот 117 од Законот за јавните набавки, упатува на нарушување на начелото за еднаков третман на економските оператори утврдено во член 3 од Законот за јавните набавки и влијае на рационалното и економично користење на средствата на Фондот.

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 28

### **Препорака**

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

- договорите за јавна набавка да се склучуваат согласно добиената најповолна понуда и условите утврдени во тендерската документација, а потребата од зголемен обем на работи да се регулира со измена на договорот за јавна набавка во текот на неговата важност;
- почитување на барањата од тендерската документација и обезбедување еднаков третман на економските оператори при евалуација на понудите;
- при реализацијата на договорите почитување на договорените вид и обем на стоки и услуги, како и рокови за испорака.

### **Основ за изразување на мислење**

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

- недоследности при теренските контроли и изрекувањето на договорни казни кај ПЗУ со кои Фондот има склучено договори;
- недоследности во ангажирањето на надворешни лица со договор на дело;
- недоволен ИТ кадар, застарена и необезбедена серверска структура и нефункционалност на дел од модулите во воспоставениот ИТ систем;
- неосновани исплати на надоместоците за породилно отсуство;
- слабости во постапката за упатување за лекување во странство и неажурна евиденција на побарувањата за дадени аванси на странските болници;
- неправилности при вршењето попис на средствата, побарувањата и обврските;
- некомплетна евиденција на земјиштето и градежните објекти;
- слабости во евидентирањето на обврските од добавувачи и
- невоспоставена евиденција за залихите на материјали;
- недоследности во спроведувањето на постапките и реализацијата на договорите за јавна набавка.

## **5. Ревизорско мислење**

### **Мислење за финансиски извештаи**

Според наше мислење, со исклучок на ефектот на прашањата изнесени во точката 4.3, финансиските извештаи ги прикажуваат вистинито и објективно, во сите материјални аспекти, финансиската состојба на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија на ден 31 декември 2020 година како и резултатите на финансиските активности за годината која завршува со тој датум, во согласност со важечката законска регулатива.

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 29

## **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 Република 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 Одлука<sup>43</sup> 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 утврдувањето на износот на буџетот на ЈЗУ утврдивме дека при алоцирањето на средствата се вклучуваат и разгледуваат критериумите за распределба предвидени во спомнатата Одлука. Меѓутоа, со оглед на тоа што со Одлуката не е дефинирана 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 одлуките на Управниот одбор на Фондот е исклучиво резултат на извршена анализа.

Исто така, постои 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.

Во текот на 2020 година со Информација<sup>44</sup> до Владата е побарано да се обезбедат средства за целосно функционирање на 29 ЈЗУ кои претходната година не обезбедиле доволно ниво на здравствени услуги и кои за 2020 година се прогласени

---

<sup>43</sup> Одлука за утврдување на критериуми за утврдување на буџетот на здравствените установи од превентивна и итна медицинска помош, специјалистичко – консултативна здравствена заштита и болничка здравствена заштита.

<sup>44</sup> Информација за ЈЗУ за кои се предлага Фондот за здравствено осигурување на Македонија да обезбедува средства за нивно функционирање со показатели за нивната финансиска состојба во 2019 година, со предлог Одлука за утврдување на јавни здравствени установи кои вршат превентивни и одредени работи од примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита за нивно целосно функционирање во 2020 година заведена со број 08-3100/1 од 11.02.2020 година;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор*     30

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

за неодржливи. Неизвесно е врз основа на кој критериум овие ЈЗУ го добиле овој неформален статус со оглед на тоа што истиот не е предвиден со законските акти, а со направената анализа утврдивме дека како критериум неформално е земен под 75% остварени здравствени услуги во однос на договорениот надоместок.

Основна причина за прикажувањето недоволен обем на извршени здравствени услуги во однос на договорениот надоместок е не извршеното целосно ажурирање на референтните цени за здравствени услуги и нивна подобра усогласеност со реалните трошоци кои ги имаат ЈЗУ, особено по значајните покачувања на платите на лекарите изминатиот период.

Со цел да ја утврдиме финансиската стабилност на работењето на ЈЗУ<sup>45</sup>, а поврзано со справувањето со последиците од пандемијата со COVID-19 која настана во текот на 2020 година, извршивме анализа и споредба на добиените податоци од Фондот за утврдените договорни надоместоци и остварените здравствени услуги искажани во месечните извештаи на ЈЗУ, со што констатиравме:

- договорениот надоместок за 2020 година е зголемен кај речиси сите ЈЗУ и истиот изнесува вкупно 20.266.641 илјади денари што е 19 % повеќе од договорениот надоместок за 2019 година и 9% повеќе во однос на утврдениот на почетокот на годината. Од друга страна, сите ЈЗУ, освен три<sup>46</sup>, реализирале помалку здравствени услуги од договорениот надоместок, односно извршени се здравствени услуги во износ од 12.024.534 илјади денари што е 59% од договорениот надоместок.
- Соодносот на договорениот надоместок и реализацијата на здравствените услуги од страна на ЈЗУ за 2020 година е прикажан подолу на Графикон број 2.

**Графикон број 2:** Договорен надоместок и реализација на здравствени услуги по видови ЈЗУ за 2020 година.



<sup>45</sup> 109 ЈЗУ и Универзитет Кирил и Методиј Медицински факултет Скопје – Институти;

<sup>46</sup> Институт за јавно здравје, Институт за клиничка биохемија и Центар за јавно здравје Штип;

Ревизорски тим:

Овластен државен ревизор

31

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

- Истакнуваме дека кај осум ЈЗУ договорниот надоместок е зголемен за повеќе од 35%, иако истите прикажале помалку од 50% реализирани здравствени услуги;
- зголемувањето на договорените надоместоци на ЈЗУ освен поради поддршка за зголемените расходи на ЈЗУ поврзани со справувањето со здравствената криза со COVID-19 во 2020 година, се должи и на барања за набавка на нова медицинска опрема, специфични материјали, воведување нови методи и техники при дијагностицирање и лекување, зголемување на платите и награди на здравствените работници, како и за плаќање на заостанати надворешни долгови и долгови кон други јавни установи;
  - вкупно 106 ЈЗУ кои не успеваат да обезбедат доволно извршени услуги за покривање на договорениот надоместок во 2020 година од различни причини, се воведени во групата на неодржливи ЈЗУ во наредната 2021 година. За овие ЈЗУ не може да се примени концептот на купување на услуги поради малиот обем на извршени услуги, што во 2020 година, покрај претходно наведените причини, во главно се должи на здравствената криза со COVID-19 и значајно намалената посета на здравствените установи од страна на осигурениците. На малиот обем извршени здравствени услуги влијае и тоа што референтни цени на пакети на здравствени услуги во БЗЗ од областа на инфективни болести кои се однесуваат на лекување на пациенти со COVID-19, се воведени од 22.09.2020 година, што е шест месеци по прогласувањето на пандемијата. Вкупните долгови на крајот на 2020 година на овие 106 ЈЗУ изнесуваат 3.269.278 илјади денари и бележат тенденција на раст.

Поради наведеното констатиравме дека не е обезбедено вистинско купување на услуги од ЈЗУ односно Фондот во рамки на утврдениот буџет, наместо да ги надоместува извршените здравствени услуги е принуден да обезбеди средства за целосно функционирање на неодржливите ЈЗУ. Дополнително што во недостиг на дефинирани критериуми за утврдување на надоместокот на неодржливите, не се применуваат истите правила за распределба на средствата од Фондот и ЈЗУ имаат нееднаков третман и се ставени во нерамноправна положба, со што се доведува во прашање ваквата поставеност и упатува на потребата од преиспитување на воспоставениот систем за финансирање на ЈЗУ.

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

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 предвидено е при фактурирањето, паралелно да се користи и стариот Ценовник на здравствени услуги од 1992 година.

Со извршените ревизии на ЈЗУ, како и на Фондот од оваа и минати години,

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 32

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 ова, во текот на 2018 година Фондот преземал активности за приближување кон реалните цени преку извршена корекција на референтните цени на ДСГ услугите.

Во отсуство на воспоставена евиденција на реалните трошоци на здравствените услуги по пациент од ЈЗУ, 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, поради што постои потреба од преиспитување и прилагодување на истите.

- 6.3. Врз основа на Законот за придонеси за задолжително социјално осигурување, почнувајќи од 01.01.2009 година 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 сите податоци за плаќање на придонесите. 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 периодични известувања со кумулативен износ на пресметаните а неплатени придонеси за здравствено осигурување од страна на обврзниците за пресметка и уплата на придонеси за социјално осигурување. Побарувања по основ на неплатен придонес на 31.12.2020 година изнесуваат 2.824.849 илјади денари кој се однесува на побарувања заклучно со септември 2020 година, наведени во известувањето од УЈП од февруари 2021 година.

Од друга страна, со истиот Закон не е предвидена обврска за начинот на генерирање на потребните податоци за побарувањата од оние обврзници 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 недостаток на податок за висината на непријавените побарувања, во информатичкиот систем на Фондот кој има база на сите обврзници за плаќање придонес, направено е задолжување со употреба на минималната основица за пресметка на придонесите, а висината на потенцијалните побарувања, кои се користат само како споредбен податок за интерна употреба, се многу повисоки од

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 33



податокот добиен од УЈП.

На позицијата за побарувања евидентиран е и износ во висина од 1.545.332 илјади денари на име побарувања по основ на тужби, мирувања<sup>47</sup> и камати за неплатени придонеси настанати до крајот на 2008 година кога надлежноста за наплата е на Фондот. Постоенето на овие побарувања е утврдено и со поранешни ревизии и имајќи го предвид периодот од кој истите потекнуваат, нивната наплата е крајно неизвесна. Имено, и покрај тоа што постапките за наплата се завршени и побарувањата се предадени на извршител, можноста за наплата е крајно неизвесна со оглед на тоа што овие правните лица се во главно ликвидирани или во стечај.

- 6.4.** Според Извештајот на Централниот депозитар на хартии од вредност за состојба на сметка на 31.12.2020 година, Фондот е сопственик на 283.275 обврзници од четврта и петта емисија на обврзници за денационализација евидентирани во вонбилансната евиденција на Фондот во износ од 17.419 илјади денари.

Во насока на потврдување на реалноста на овие средства и постапување по дадените препораки од ревизијата, од страна на Фондот во 2021 година доставени се дописи до Министерството за финансии со барање на мислење за начинот на впаричување на обврзниците и Централниот депозитар со барање за доставување на историјатот на промени на сметките на Фондот и финансиската документација за истите.

Во одговорот од Министерството за финансии<sup>48</sup> се наведува дека обврзниците се искористени за купување на државен имот кој е понуден на продажба, поради што истите се водат само пресметковно, не треба да се наплатуваат и не треба да се евидентираат во вонбилансната евиденција на Фондот.

Во доставениот одговор, Централниот депозитар појаснува дека наведените хартии од вредност се регистрирани на државна сметка на Фондот, истите се државни хартии од вредност кои согласно позитивните прописи може да се користат за исплата по налог на државни органи. Ваквата сметка е од евиденциска природа и тие обврзници не може да се сметаат за имот со кој Фондот може да располага и воедно го упатуваат Фондот да се обрати до Министерството за финансии како издавач на обврзниците.

Имајќи го предвид наведеното, ревизијата укажува на потребата Министерството за финансии како издавач на обврзниците да се обрати до Централниот депозитар со налог државните хартии од вредност да се повлечат од сметката на Фондот, како би можело да се пристапи кон соодветно бришење на истите од евиденцијата на Фондот, согласно новата состојба со хартии од вредност во сопственост на Фондот.

- 6.5.** 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

---

<sup>47</sup> Согласно Законот за мирување и отпишување на обврски по основ на придонеси за задолжително здравствено осигурување кои настанале до крајот на 2008 година, Службен весник бр.24/2013 и Законот за мирување и отпишување на обврски по основ на придонеси за задолжително здравствено осигурување, Службен весник бр.151/2008;

<sup>48</sup> Допис бр.15-9168/4 од 15.11.2021 година;

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 34

исход не може да се предвиди и чие решавање може да има ефект врз финансиските извештаи. Според добиените информации заклучно со ноември 2021 година Фондот се јавува како тужена страна во судски постапки во кои се бара наплата на 202.993 илјади денари, од кои 61% отпаѓаат на постапки покренати од ПЗУ кои вршат дијализа за плаќање на услуги над договорениот годишен надоместок, а остатокот се постапки покренати од осигуреници за трошоци за лекување во странство, како и по основ на долг по фактури за извршени набавки и користени услуги од доверители и други обврски.

Фондот, исто така се јавува и како тужител во судски постапки во вкупен износ од 427.451 илјади денари, од кои 82% се однесуваат на побарувања од ПЗУ Градска аптека-во стечај заради стекнување без основа и двојно наплатени средства, а 16% од правни лица ортопедски куќи за испорачани несоодветни помагала.

Постои неизвесност за крајниот исход на судските постапки од дополнително оптоварување на проценетиот износ со камати и судски трошоци кај споровите во кои Фондот е тужена страна, како и за наплата на побарувањата, што може дополнително да го оптовари работењето во иднина.

- 6.6. Со цел справување со пандемијата предизвикана од корона вирусот – COVID-19, Фондот во текот на 2020 година има набавено средства за дезинфекција и заштитни средства за вработените (заштитни маски и ракавици) по спроведени две постапки со постапка со преговарање без објавување на оглас поради крајна итност, во вкупната вредност од 485 илјади денари.
- 6.7. Извршени се корекции на одделни состојби на сметките од главната книга во 2020 година поради ненавремено евидентирано зголемување на вредноста на материјалните средства за извршени адаптации на софтверските модули, за што е изготвен налог за книжење бр. 46/2021 со дата 31.12.2021 година. Нето ефект на корекциите е зголемување на вкупната актива и пасива во Билансот на состојба за 10.783 илјади денари. Направени се следните корекции:
- позицијата Материјални средства се зголеми за 10.783 илјади денари и
  - позицијата Државен јавен капитал се зголеми за 10.783 илјади денари.

## 7. Останати прашања

- 7.1. По прогласувањето на пандемија со COVID-19 и воведувањето на вонредна состојба на 18.03.2020 година, од страна на Владата на РСМ донесени се неколку Уредби со законска сила кои се однесуваат на примена на Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување. Со анализа на донесените уредби и преземените активности од надлежните институции за имплементација на истите, го констатиравме следното:

---

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 35

- со донесените Уредби во март 2020<sup>49</sup> година се овозможува ПЗУ надвор од мрежата на здравствени установи кои вршат дејност за интензивна нега и терапија и кои укажуваат здравствени услуги за детекција на COVID-19<sup>50</sup> да склучат договор со Фондот, согласно прописите од областа на задолжителното здравствено осигурување. Во насока на исполнување на донесените Уредби, во април 2020 Фондот донел Одлука за утврдување на формата и содржината на договори за извршување и плаќање на здравствени услуги за детекција на COVID-19 со PCR метода. Имајќи предвид дека со донесените Уредби не е предвидено утврдување на највисоки цени за овие услуги во ПЗУ, како и поради непреземени активности за стимулирање на ПЗУ, не се поднесени барања за склучување на договор со Фондот;
- со донесените Уредби во април и мај<sup>51</sup> 2020 година се предвидува дека сите граѓани без разлика на статусот на здравствено осигурување, можат да користат здравствени услуги поврзани со дијагностицирање и лекување од COVID-19 на товар на Фондот. Истото право го добиваат и државјаните на соседните земји кои се затекнати на територијата на РСМ, што довело до зголемување на побарувачката на овие здравствени услуги. При тоа Министерството не преземало активности за обезбедување на поголем број термини за тестирање на товар на Фондот во поголем број ЈЗУ поради што голем дел од осигурениците тестирањето го вршеле на свој трошок во приватни лаборатории;
- одредбите кои се однесуваат на давање услуги за дијагностицирање и лекување на COVID-19 од страна на ПЗУ и склучување договор со Фондот се вградени и во Законот за здравствена заштита<sup>52</sup> во април 2021 година. Предвидено е формирање на Комисија од страна на министерот за здравство, која треба да врши проценка на исполнетоста на условите за давање дозвола предвидени во Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар<sup>53</sup> како и во протоколите на СЗО<sup>54</sup>. Дополнително, со измените на Законот за здравствена заштита во јуни 2021 година предвидено е за наведените здравствени услуги Владата да определи највисоки цени во висина на референтните цени на Фондот и за приватниот здравствен сектор заради овозможување услугите да бидат подеднакво економски достапни за сите граѓани и за заштита на јавното здравје и на економските интереси на сите граѓани. Со извршената анализа констатиравме дека:
  - не е донесена одлука за утврдување на највисоки цени од страна на Владата;

---

<sup>49</sup> Службен весник на РСМ број 76 од 24.03.2020 година и број 84 од 30.03.2020 година;

<sup>50</sup> Со PCR метода на земен материјал;

<sup>51</sup> Службен весник на РСМ број 92 од 06.04.2020 година и број 140 од 29.05.2020 година;

<sup>52</sup> Службен весник на РСМ број 77/2021 од 06.04.2021 година;

<sup>53</sup> Правилник за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствената дејност во здравствени установи;

<sup>54</sup> Протоколи за минимум услови во лабораторија за детекција на заразна болест;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор* 36

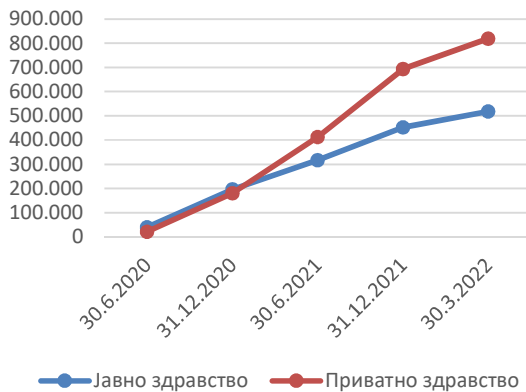
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

- во услови на зголемен број издадени дозволи на приватни лаборатории за вршење услуга за дијагностицирање на COVID-19, Министерството не преземало активности за овозможување на истото со обврска за склучување договор со Фондот.

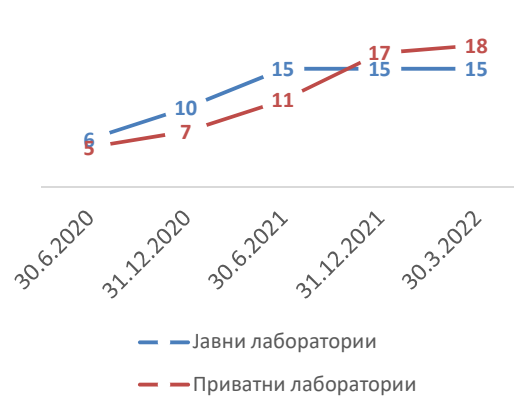
Според објавените податоци од Институтот за јавно здравје, од почетокот на пандемијата на ниво на РСМ извршени се вкупно 1.962.489 тестови во 33 лаборатории ПЗУ и ЈЗУ, од кои 1.337.238 PCR тестови, а остатокот се брзи антигенски тестови.

Структурата и трендот на движење на извршените PCR тестови и бројот на лаборатории во ЈЗУ и ПЗУ од почетокот на пандемијата во март 2020 година заклучно со март 2022 година се прикажани на Графикон број 3 и Графикон број 4.

**Графикон бр.3** Број на PCR тестови



**Графикон бр.4** Број на лаборатории



Според податоците од модулот за План и анализа на Фондот во 2020 година на товар на Фондот, направени се 137.664 PCR тестови што претставува 36% од вкупниот број на PCR тестови за истиот период, што значи дека 2/3 од направените тестови биле на товар на осигурениците. Напоменуваме дека дел од овие тестови се направени и заради потреба од патување, но голем дел се врз основа на медицински индикации. Поради неажурност на податоците во модулот за план и анализа на Фондот, на ревизијата не и беа презентирани овие податоци за 2021 година.

Бројот на направените тестови и висината на цената на овие услуги во приватните лаборатории во различни периоди укажува на одлив на финансиски средства на граѓаните во приватното здравство. Сметано по најниската наплатена цена, според јавно достапни информации, од 1.400 денари и 819.240 тестови<sup>55</sup> направени во ПЗУ за две години, станува збор за износ не помалку од 18,6 милиони евра, не земајќи ги предвид и брзите антигенски тестови и повисоко наплатените цени кои се движеа и до 5.500 денари по тест.

<sup>55</sup> Објавени податоци од Институт за јавно здравје;

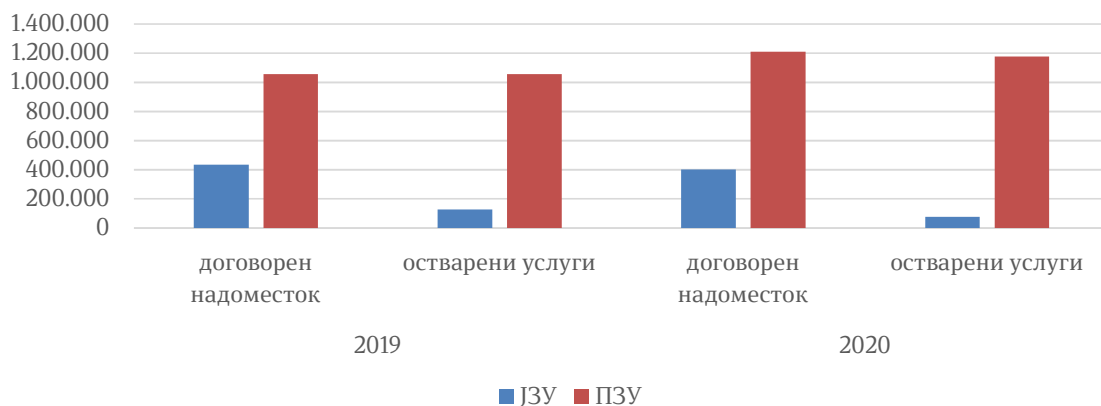
Референтна цена на пакетот за PCR тест<sup>56</sup> на Фондот била утврдена во висина од 1.850 денари со примена од 22 септември 2020 година, односно 1.550 денари од 17 декември 2021 година. Во извештаите на ЈЗУ за 2020 година<sup>57</sup> искажани се услуги за PCR тестирање во вредност од 380.511 илјади денари или 6,18 милиони евра.

**7.2.** За вршење кардиоваскуларно-хируршки здравствени услуги во 2020 година Фондот има склучено договори со три ЈЗУ и две ПЗУ за што се исплатени 1.254.330 илјади денари од кои 95% се вршат во ПЗУ, а остатокот во ЈЗУ, каде најголем дел се во ЈЗУ УК за државна кардиохирургија.

Ревизијата смета за потребно да ја истакне состојбата во која се наоѓа ЈЗУ УК за кардиохирургија, утврдена во Конечниот извештај за извршената ревизија на оваа Клиника<sup>58</sup>, која е носечка во вршењето на овие услуги меѓу ЈЗУ. Имено, Клиниката располага со квалификуван кадар кој континуирано се едуцира преку Програмата за превенција на кардиоваскуларни болести, за што се плаќаат значајни средства од Министерството за здравство. Од друга страна Клиниката својата дејност ја обавува од 2015 година на вториот кат во зградата на ЈЗУ УК за кардиологија во Скопје, при што ги нема потребните просторни услови, што неповолно влијае на обемот на вршењето на здравствената дејност. За овој проблем Клиниката во повеќе наврати ги информирала надлежните институции, но за истото не е добиен одговор односно не се преземени активности за проширување на просторните услови кои би овозможиле зголемување на обемот на извршени услуги.

Според податоците од Фондот, висината и соодносот на договорените надоместоци и извршени здравствени услуги кај ЈЗУ и ПЗУ во 2019 и 2020 година е прикажан на Графикон број 5.

**Графикон бр. 5 – Сооднос на договорени надоместоци и остварени услуги кај ЈЗУ и ПЗУ од областа на кардиоваскуларна хирургија и интервентна кардиологија**



<sup>56</sup> Пакет за молекуларна анализа на инфективни причинители MO5/2 - Полимеразно верижна реакција во реално време (Real time PCR) - квалитативен за детекција на COVID-19 (SARS-CoV-2);

<sup>57</sup> Податоци за 2020 година од модулот за план и анализа на Фондот;

<sup>58</sup> Конечен извештај бр.25-66/1 од 20.01.2022 година;

**Ревизорски тим:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Овластен државен ревизор** 38

Имајќи го предвид наведеното, ревизијата укажува на неопходноста, надлежното Министерство да преземе активности за обезбедување на потребните услови во ЈЗУ, како би се постигнала поголема конкурентност на јавното здравство во областа на вршење на кардиоваскуларно-хируршки здравствени услуги. Особено што обемот на извршени услуги во ЈЗУ е значително помал од договорениот надоместок што им го исплатува Фондот, па зголемувањето на обемот на здравствени услуги нема да предизвика дополнително одлевање на значајни финансиски средства кон ЈЗУ, а ќе влијае на намалување на одливот на финансиски средства кон ПЗУ.

**7.3.** Согласно Законот за здравствено осигурување, Фондот е купувач на здравствени услуги во кои спаѓаат и лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, а кои се користат во примарна и во болничка здравствена заштита. Листата на лекови со општ акт ја утврдува Фондот, на кој министерот за здравство дава согласност.

Со измените на Законот за здравствено осигурување во 2019 година<sup>59</sup>, во членот 9-а се уредува дека начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот се регулираат со подзаконски акт кој го донесува министерот за здравство, а по претходно добиено мислење од Фондот. Министерот за здравство формира деветчлена стручна комисија<sup>60</sup> која го утврдува предлогот на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, согласно со меѓународната АТС<sup>61</sup> класификација на лекови.

И покрај доставените ургенции од Фондот до Министерството за здравство, предвидениот подзаконски акт не е донесен, ниту е формирана стручната комисија, поради што се уште е во важност Уредбата за начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот донесена во 2012 година и Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот објавена во 2015 година.

Истакнуваме дека со постојната Уредба не се прецизно дефинирани постапките, роковите и критериумите за дополнување и бришење на лекови, а исто така не е прецизно опфатен и начинот на други измени и дополнувања на Листата на лекови. Со оваа Уредба е предвидено постапката за изготвување на Листата на лекови преку стручните комисиии да ја врши Агенцијата за лекови и медицински средства<sup>62</sup> иако истото е дел од задолжителното здравствено осигурување, кое е во надлежност на Фондот. Според добиените сознанија, дел од комисиите не се формирани или им е истечен мандатот.

---

<sup>59</sup> Службен весник бр.275/2019;

<sup>60</sup> Комисијата е составена од двајца претставници од Министерството за здравство, двајца претставници од Фондот, тројца доктори-специјалисти од различни области со најмалку десет години работно искуство, еден клинички фармаколог кој има најмалку десет години работно искуство и еден фармацевт кој има најмалку десет години работно искуство во структурата;

<sup>61</sup> Анатомско терапевтско хемиски систем на класификација;

<sup>62</sup> Поранешно Биро за лекови, орган во состав на Министерството за здравство;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор*     39

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Од друга страна до Фондот континуирано пристигнуваат барања од здравствени установи, осигуреници и од фармацевтски компании кои се однесуваат за изменувања и дополнувања на Листата на лекови, како за содржинско ажурирање (бришење на стари и додавање на нови лекови), така и за корекции и усогласувања на индикации, режими на пропишување на лековите и друго.

Ревизијата укажува дека е потребно Министерството за здравство и Фондот да ги спроведат предвидените активности со член 9-а од Законот за здравственото осигурување односно донесување на подзаконскиот акт со кој ќе се рedefинира целокупната постапка за измени и дополнувања на Листа на лекови и прилагодување на потребите, условите, и законските надлежности на институциите. Исто така потребно е да се формира деветчлената стручна комисија и да се донесе нова Листа на лекови кои паѓаат на товар на Фондот усогласена со актуелните состојби на фармацевтскиот пазар, а во рамки на условите и можностите на Фондот.

7.4. Во април 2019 година Владата на РСМ<sup>63</sup> го задолжила Министерството за здравство во соработка со Фондот, во рок од една година да подготви проектен документ за развивање на Националната стратегија за електронско здравство<sup>64</sup>, во насока на воспоставување на одржлив интегриран здравствен информациски систем.

Во насока на изготвување на стратешкиот документ министерот за здравство во јуни 2019 година формирал Управувачки комитет и структура на проектот за изготвување на стратегијата<sup>65</sup> и назначен е проектен менаџер<sup>66</sup>. Носител на проектот е Министерството за здравство, а одговорен за реализација на одлуките од Управувачкиот комитет на проектот е Фондот. Како членови на Управувачкиот комитет се назначени тогашните одговорни лица на релевантните институции од здравствениот сектор<sup>67</sup>.

По изготвување на финалниот драфт документ на Националната стратегија за електронско здравство во септември 2020 година, проектниот менаџер во повеќе наврати се обратил до Фондот, Министерството за здравство и Владата на РСМ, со барање за ажурирање и свикување на Управувачкиот комитет заради одобрување и проследување на стратешкиот документ до Владата за усвојување. Исто така, и директорите на Фондот во јуни 2021 година ги доставиле материјалите од

---

<sup>63</sup> Нацрт записник од Сто и триесеттата седница на Владата на РСМ одржана на 16 Април 2019 година;

<sup>64</sup> Електронското здравство е систем за обезбедување вистински здравствени информации на вистинската личност на вистинското место и време во безбедна, електронска форма за да се оптимизира квалитетот и ефикасноста на здравствената заштита, истражувањето, образованието и знаењето;

<sup>65</sup> Решение за формирање на Управувачки комитет и структура на проектот за изготвување на Национална стратегија за електронско здравство број 22-3105/5 од 18.06.2019 година;

<sup>66</sup> Решение за назначување на проект менаџер на проектот за изготвување на Национална стратегија за електронско здравство број 22-3105/7 од 21.06.2019 година

<sup>67</sup> Министерството за здравство, Фондот, Управата за електронско здравство, Агенцијата за лекови и медицински средства и Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствни установи;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор* 40

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

изготвената Национална стратегија за е-здравство до Министерството за здравство со нагласување на потребата од ажурирање на Управувачкиот комитет имајќи предвид дека во меѓувреме се назначени нови одговорни лица на инволвираните институции. Дополнително во декември 2021 година Владата на РСМ има донесено Стратегија за здравство на РСМ 2021-2030 година во која се повикува на изготвената Национална стратегија за е-здравство 2021-2026 со напомена елементите во тој дел да бидат приоритетни.

И покрај укажувањата, до денот на ревизијата не се преземени потребните активности за формирање нов Управувачки комитет и за усвојување на стратегијата и не може да се отпочне со реализација на истата, поради што нема дефинирани приоритети и јасни насоки за развој на електронското здравство.

Ревизијата ја нагласува потребата Министерството за здравство во најкус можен рок да преземе активности за ажурирање на Управувачкиот комитет и негово свикување заради одобрување на Стратегијата за е-здравство и проследување до Владата на усвојување, како и за понатамошна успешна реализација на истата.

7.5. Почнувајќи од 2013 година пропишувањето и издавањето лекови кои паѓаат на товар на Фондот се одвива електронски преку Националниот систем за електронски евиденции во здравството - Мој Термин на Министерството за здравство<sup>68</sup> и софтверските апликации кај матичните лекари и аптеките, а ИТ системот на Фондот врши проверка и валидација на издадените рецепти од лекарите, но нема системски вградена контрола во делот за потврдување на издадените лекови и нивното фактурирање од аптеките (точка 4.1.1. од овој Извештај). Со извршената ревизија на законските и подзаконските акти и преземените активности во насока на воспоставување на електронски рецепт, го констатиравме следното:

- во септември 2019 година направена е измена на подзаконски акт<sup>69</sup> согласно која лекарите се должни лековите да ги пропишуваат на рецепт преку веб сервисот на Фондот со назнака дека оваа одредба ќе се применува по создавање на соодветни технички услови во ИТ системот на Фондот. Во мај 2020 година донесена е Уредба со законска сила за примена на Законот за здравствено осигурување<sup>70</sup> со која е предвидено препишување на лекови за хронична терапија, кои може да се подигнат без приложување рецепт во хартиена форма, исто така преку веб сервисот на Фондот. За примена на одредбите од Уредбата направени се надградби на постојните системи на Фондот и Министерството, а препишувањето на лековите и понатаму се врши

---

<sup>68</sup> Од 2016 година со системот Мој Термин управува Управата за електронско здравство;

<sup>69</sup> Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, Службен весник на РСМ број 198/2019;

<sup>70</sup> Уредба со законска сила за примена на Законот за здравственото осигурување, Службен весник на РСМ број 140 од 29.05.2020 година;



преку системот Мој Термин. Нагласуваме дека одредбите од подзаконскиот акт и Уредбата не се во согласност со Законот за евиденции од областа на здравството, според кој издавањето на рецептите како медицинска документација треба се одвива преку системот Мој термин, а не преку веб сервисот на Фондот;

- Фондот започнал подготвителни активности за воведување на електронски рецепт во 2020 година, при што е набавен софтвер<sup>71</sup>, но потребната серверска структура не е обезбедена поради поништени постапки за јавна набавка во 2020 и 2021 година, што довело системот за електронски рецепт да не може да биде ставен во функција. Во 2021 година со измената на Законот за здравствено осигурување<sup>72</sup> почнувајќи од јули 2021 година се предвидува, користењето на лекови да се врши врз основа на електронски рецепт, издаден од страна на избран лекар потпишан со квалификуван дигитален сертификат, а целиот процес да се одвива преку ИТ системот на Фондот. Во досегашниот период не се преземени координативни активности меѓу Министерството и Фондот за усогласување на своето работење со овие законски одредби. Исто така, Министерството за здравство ги нема донесено предвидените подзаконски акти<sup>73</sup>. Рокот за примена на овие одредби е продолжен до 31 декември 2022 година<sup>74</sup>, а до тогаш осигурените лица можат да користат лекови и без приложување на хартиен рецепт, на начин утврден од страна на Фондот;
- дополнително, во 2020 година, Фондот ги известува лекарите и аптеките дека во наредниот период секој издаден поединечен рецепт и лек мора да биде потпишан со квалификуван дигитален сертификат од страна на лекарот односно фармацевтот, поради што е потребно секој учесник во тој процес да обезбеди таков сертификат, но сеуште не е започната примената на истото. Во меѓу период до целосна имплементација и примена на системот за електронски рецепт, се имплементира преодно решение<sup>75</sup> со кое и понатаму нема вградени системски контроли во процесот на издавање лекови и фактурирање кон Фондот.

Поради наведеното, во услови на недонесена Национална стратегија за електронско здравство со која би биле дефинирани јасни насоки за развој на електронското здравство (точка 7.4. од овој извештај), како и слабости во функционирањето на ИТ системот и отсуството на ИТ стратегии на Фондот (точка 4.2.2. од овој Извештај),

---

<sup>71</sup> Во рамки на постојниот договор за одржување и надградба на софтверското решение на новиот централизиран ИТ систем и Web порталот на Фондот бр. 16-213/20 од 13.05.2019 година;

<sup>72</sup> Службен весник на РСМ бр. 77 од 06.04.2021 година;

<sup>73</sup> Ставови 6 и 7 од член 28-а од Законот за здравственото осигурување;

<sup>74</sup> Закон за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување Службен весник на РСМ бр. 285/2021;

<sup>75</sup> Потпишување со квалификуван дигитален сертификат на месечната спецификација за издадени лекови од страна на носителот на дејноста на аптеката;

*Ревизорски тим:*

*Овластен државен ревизор* 42

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

постои ризик ова законско решение да не е резултат на сеопфатни анализи, и се доведува во прашање издржаноста и оправданоста на воведување на електронски рецепт преку ИТ системот на Фондот. Особено ако се има предвид дека преку постојниот систем Мој Термин и понатаму ќе биде неопходно да се одвива издавањето на лекови кои не паѓаат на товар на Фондот, што ќе доведе до функционирање на два паралелни ИТ системи за препишување и издавање на лекови, што дополнително би ги оптоварило и лекарите и аптеките.

Ревизијата ја нагласува потребата Министерството за здравство и Управата за електронско здравство во координација со Фондот, имајќи ги предвид и одредбите од Законот за евиденции во областа на здравството, да ги преиспитаат економичноста, ефикасноста и ефикасноста на примената на горенаведените одредби за воведување на електронски рецепт. Потребно е да се разгледа можноста за искористување на капацитетите на постојниот систем за препишување и издавање лекови на рецепт со истовремено воспоставување контролни точки кои ќе обезбедат плаќање на подигнати лекови единствено врз основа на реално и законски пропишани рецепти од овластени лекари. Особено што според добиените информации, на постојниот систем Мој Термин во текот на 2020 година, во соработка со СЗО е направена надградба со модул за телемедицина, кој дава можност за дигитално потпишување на целокупна медицинска документација, и кој може да биде имплементиран и на ниво на издавање и реализација на рецепти.

- 7.6. Во периодот од 2009 до 2017 година во рамки на Министерството за здравство и Фондот била во тек реализација на Проектот Електронска здравствена картичка како една од компонентите предвидени со Стратегијата на Владата за развој на Македонски интегриран здравствен информатички систем (ИЗИС) од 2006 година. За реализација на овој проект Министерството за здравство потрошило 341.438 илјади денари.

Според добиените информации, почнувајќи од 2017 година, завршува важноста на дигиталниот сертификат на картичките на голем дел од осигурениците, по што е пристапено кон продолжување на важноста на сертификатот само за здравствените работници кои истиот го користеле како средство за дигитално потпишување во рамки на здравствениот информатички систем. Во текот на 2020 година престанува важноста и на овие сертификати, поради што и осигурениците и здравствените работници имаат неважечки дигитален сертификат на ЕЗК со што се оневозможени да користат дел од услугите кои претходно ги користеле. Имајќи предвид дека сертификатот од ЕЗК е клучен сегмент во користењето на електронските услуги и комуникација на Фондот со сите здравствени установи, ортопедски куќи, правни лица - обврзници за плаќање на придонес, непостоењето на средство за дигитално потпишување значи уназадување на постигнатиот напредок во автоматизацијата на здравствените услуги.

ЕЗК не се применува во постоечките информатички системи на Фондот и Министерството затоа што имплементацијата и практичната примена на истата, е

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 43

поврзана со функционирањето на ИЗИС, кој како и голем дел од активностите предвидени со стратегијата од 2006 година, не профункционира. Практично проектот ЕЗК е замрен и не се работи на негово активирање.

Имајќи ја предвид нефункционалноста на системот на Фондот во однос на ЕЗК, во 2019 година донесена е измена на Законот за здравствено осигурување<sup>76</sup> со која се уредува дека правата од задолжителното здравствено осигурување, осигурените лица ги остваруваат врз основа на ЕЗК и/или врз основа на електронски запис во базата на податоци на Фондот дека придонесот за задолжителното здравствено осигурување е платен, со што практично се релативизира и заобиколува целиот проект за ЕЗК, за кој се потрошени над 5,55 милиони евра буџетски средства и над 8 милиони евра лични средства на осигурениците за набавка на картичките (250 денари по картичка за изработени околу 2 милиони картички).

---

<sup>76</sup> Службен весник на РСМ број 275/2019.

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 44

---

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

**БИЛАНС НА ПРИХОДИ И РАСХОДИ ЗА 2020 ГОДИНА**

во 000 Ден.

Опис на позицијата	Образложение	2020	2019
<b>Приходи</b>			
Даночни приходи	3.1.	30.615.518	28.387.234
Неданочни приходи	3.2.	502.553	511.092
Трансфери и донации	3.3.	4.724.031	3.072.506
<b>Вкупно приходи</b>		<b>35.842.102</b>	<b>31.970.832</b>
<b>Расходи</b>			
<b>Тековни расходи</b>			
Плати и надоместоци	3.4.1.	378.607	358.713
Стоки и услуги	3.4.2.	30.882.225	27.407.892
Субвенции и трансфери	3.4.3.	4.692	2.054
Социјални бенефиции	3.4.4.	3.906.667	3.489.540
<b>Вкупно тековни расходи</b>		<b>35.172.191</b>	<b>31.258.199</b>
<b>Капитални расходи</b>	3.5.	<b>49.423</b>	<b>18.582</b>
<b>Вкупно расходи</b>		<b>35.221.614</b>	<b>31.276.781</b>
<b>Суфицит (вишок) на приходи</b>		<b>620.488</b>	<b>694.051</b>

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 45

\_\_\_\_\_

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

**БИЛАНС НА СОСТОЈБА НА 31.12.2020 ГОДИНА**

во 000 ден.

Опис на позицијата	Образложение	2020	2019
<b>Актива</b>			
<b>Тековни средства</b>			
Парични средства	4.1.1.	620.488	694.051
Побарувања	4.1.2.	5.166.267	4.972.445
Финансиски и пресметковни односи во рамките на буџетот и фондовите	4.1.3.	210.140	233.407
Активни временски разграничувања	4.1.4.	2.674.379	2.838.709
<b>Вкупно тековни средства</b>		<b>8.671.274</b>	<b>8.738.612</b>
<b>Постојани средства</b>			
Материјални средства	4.2.1.	536.283	499.345
Природни богатства	4.2.2.	41.487	41.454
Материјални средства во подготовка	4.2.3.	5.324	5.324
<b>Вкупно постојани средства</b>		<b>583.094</b>	<b>546.123</b>
<b>Средства на резервата, солидарноста и за други намени</b>	4.2.4.	<b>4.163</b>	<b>4.162</b>
<b>Вкупна актива</b>		<b>9.258.531</b>	<b>9.288.897</b>
<b>Пасива</b>			
<b>Тековни обврски</b>			
Краткорочни обврски спрема добавувачи	4.3.1.	9.011	5.964
Краткорочни обврски спрема субјекти	4.3.2.	351.889	311.499
Краткорочни обврски за плати и други обврски спрема вработените	4.3.3.	31.546	30.162
Финансиски и пресметковни односи во рамките на буџетите и фондовите	4.3.4.	2.281.933	2.491.085
Пасивни временски разграничувања	4.3.5.	6.002.219	5.905.227
<b>Вкупно краткорочни обврски</b>		<b>8.676.598</b>	<b>8.743.937</b>
<b>Извори на средства</b>			
Извори на капитални средства	4.4.1.	576.887	539.899
<b>Вкупно извори на средства</b>		<b>576.887</b>	<b>539.899</b>
<b>Извори на средства на резервата, солидарноста и за други намени</b>	4.4.2.	<b>5.046</b>	<b>5.061</b>
<b>Вкупна пасива</b>		<b>9.258.531</b>	<b>9.288.897</b>
<b>Вонбилансна актива/пасива</b>	5.	<b>12.327.826</b>	<b>14.538.818</b>

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 46

**ПРЕГЛЕД**  
**НА ПРОМЕНИ НА ИЗВОРИТЕ НА КАПИТАЛНИ СРЕДСТВА ЗА 2020 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)	Вкупно
Состојба 01.01.2020 година	535.737	9.223	544.960
<b>Зголемување по основ на:</b>	<b>66.225</b>	<b>1.577</b>	<b>67.802</b>
Набавки	46.365	1.484	<b>47.849</b>
Ревалоризација на капитални средства	19.860	93	<b>19.953</b>
<b>Намалување по основ на:</b>	<b>29.236</b>	<b>1.593</b>	<b>30.829</b>
Отпис на капитални средства	(9)	1.483	<b>1.474</b>
Ревалоризација на отпишани капитални средства	10.693		<b>10.693</b>
Амортизација	18.552	110	<b>18.662</b>
<b>Состојба 31.12.2020 година</b>	<b>572.726</b>	<b>9.207</b>	<b>581.933</b>

*Ревизорски тим:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Овластен државен ревизор* 47

\_\_\_\_\_



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

ДРЖАВЕН ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА  
ENTI SHTETËROR I REVIZIONIT  
СКОПЈЕ - ШКУП

Број: 02-9108/1  
13-06-2022 2022 година  
Скопје

Numër \_\_\_\_\_  
2022  
Shkup

Примено: Priluar më:	13.06.2022		
Орг. Един. Nj. org.	Број: Nr.	Прилог: Shkojca:	Вредност: Vlera:
	25-993/9		

До: Државен завод за ревизија  
ул. Павел Шатев бр. 2, Палатата „Емануел  
Чучков“  
Скопје

Drejtuar: Entit Shtetëror të Revizionit  
Rr. Pavell Shatev nr. 2, Pallati “Emanuel Çuçkov”  
Shkup

Врска: Нацрт извештај за извршена ревизија на  
финансиски извештаи и ревизија  
на усогласеност за 2020 година на  
Фондот за здравствено осигурување  
на Република Северна Македонија од мај  
2022 година

Lidhje: Propozim raporti për revizionin e kryer  
të raporteve financiare dhe revizionin  
e përputhshmërisë për vitin 2020 të  
Fondit të Sigurimit Shëndetësor  
të Republikës së Maqedonisë së Veriut  
nga maji 2022

Предмет: Известување

Lënda: Njoftim

Почитувани,

Të nderuar,

Во ова известување, Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија го изнесува својот став и дава објаснувања во однос на некои од точките на Нацрт извештајот за извршена ревизија на финансиски извештаи и ревизија на усогласеност за 2020 година на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија од мај 2022 година.

Në këtë njoftim, Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut paraqet qëndrimin e tij dhe jep sqarime në lidhje me disa nga pikat e Propozim raportit për revizionin e kryer të raporteve financiare dhe revizionin e përputhshmërisë për vitin 2020 të Fondit të Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut nga maji 2022.

Во врска со вашата констатација наведена во Точка 4.1.1, Ве информираме дека согласно Упатството за НАЧИНОТ НА ДОСТАВУВАЊЕ НА ИЗВЕШТАИ/ФАКТУРИ ЗА ИЗВРШЕНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ во примарна здравствена заштита во здравствени домови,

Lidhur me konstatimin Tuaj të dhënë në Pikën 4.1.1, Ju informojmë se në përputhje me Udhëzimet për MËNYRËN E DORËZIMIT TË RAPORTEVE/FATURAVE PËR SHËRBIMET E KRYERA SHËNDETËSORE në kujdesin shëndetësor primar në shtëpitë shëndetësore,





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

специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита во сите здравствени установи (У 7.5/3-6 од 09.04.2015 година), пресметката за извршена услуга ги содржи сите основни податоци за здравствената установа и за осигуреното лице, упатна дијагноза, потпис и факсимил на лекарот, потпис на осигуреното лице, печат на здравствената установа и дата на пресметката. При тоа, пресметката задолжително треба да има доказ (потпис) за извршените услуги на пациентот. Во исклучителни случаи кога пациентот не може да се потпише поради својата здравствена состојба, наместо него се потпишува членот од семејството или едно од лицата од здравствената установа.

Во врска со вашата констатација наведена во Точка 4.1.2, прва алинеја, „контролите во подрачните служби се целосно децентрализирани и самостојни...”, ве информираме дека согласно Систематизацијата на ФЗО РСМ, Одделение за буџетска и финансиска контрола е во рамки на Секторот на финансиски прашања во Централата на Фондот. Освен вработените во Централата, во ова одделение работат 8 Финансиски контролори на ЈЗУ кои физички се сместени со Подрачните служби. Нивната работа ја координира Раководител на одделение за буџетска и финансиска контрола и Директор на сектор за финансиски прашања. Од страна на Раководител на одделение за буџетска и финансиска контрола во согласност со Директорот на секторот за финансиски прашања, во јануари секоја година, се изготвува Акцискиот план за спроведување на финансиски контроли, кој понатаму се

Kujdesi shëndetësor specialistik, konsultativ dhe spitalor në të gjitha institucionet shëndetësore (U 7.5/3-6 nga data 09.04.2015), Llogaritja për shërbimin e kryer përmban të gjitha të dhënat bazë për institucionin shëndetësor dhe personin e siguruar, diagnozën referuese, nënshkrimin dhe faksimilin e mjekut, nënshkrimin e personit të siguruar, vulën e institucionit shëndetësor dhe datën e llogaritjes. Gjithashtu, llogaritja duhet të ketë dëshmi (nënshkrim) të shërbimeve të kryera ndaj pacientit. Në raste të jashtëzakonshme kur pacienti nuk mund të nënshkruajë për shkak të gjendjes së tij shëndetësore, në vend të tij nënshkruhet anëtar i familjes ose njëri nga personat e institucionit shëndetësor.

Lidhur me konstatimin Tuaj të dhënë në Pikën 4.1.2, alinea e parë, “kontrollet në njësitë rajonale janë plotësisht të decentralizuara dhe të pavarura...”, Ju informojmë se në përputhje me Sistematzimin e FSSHRMV-së, Njësia e Kontrollit të Buxhetit dhe kontrollit Financiar është në kuadër të Sektorit të Çështjeve Financiare në Qendrën e Fondit. Përveç punonjësve në Qendër, në këtë Njësi punojnë 8 Kontrollorë Financiar të ISHP-së të cilët janë sistemuar në Njësitë Rajonale. Puna e tyre koordinohet nga Udhëheqësi i Njesisë së Buxhetit dhe Kontrollit Financiar dhe Drejtorit të Sektorit të Çështjeve Financiare. Nga ana e Udhëheqësit të Njesisë së Buxhetit dhe Kontrollit Financiar në përputhje me Drejtorin e Sektorit të Çështjeve Financiare, çdo vit në janar, përgatitet Plani i Veprimit për zbatimin e kontrolleve financiare, i cili shqyrtohet më tej dhe miratohet nga Bordi Drejtues i FSSHRMV-së. Kontrolli financiar zbatohet në bazë të





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

разгледува и усвојува од страна на Управниот одбор на ФЗО РСМ. Финансиската контрола се спроведува врз основа на Упатството за контрола на финансиското работење на здравствените установи (У 7.5/3-7 од 12.05.2015 год.).

Дополнително, во врска со вашата констатација дека „нема координација меѓу трите сектори надлежни за контрола односно дека истите изготвуваат посебни планови и извештаи за извршените контроли, што упатува на несоодветно планирање“, Ве информираме дека секторите надлежни за контрола изработуваат посебни планови за редовни контроли. Но, во случај на вонредна контрола, во зависност од видот и потребата за контрола, овластените контролори/инспектори од два или три сектори надлежни за контрола, заеднички ја спроведуваат контролата.

Udhëzimit të Kontrollit të Çështjeve Financiare të Institucioneve Shëndetësore. (U 7.5/3-7 të datës 12.05.2015).

Shtesë, lidhur me konstatimin Tuaj se “nuk ka koordinim në mes të tri sektorëve përgjegjëse të kontrollit, përkatësisht se ato përgatisin plane të veçanta dhe raporte për kontrollet e kryera, gjë që tregon planifikim joadekuat”, Ju njoftojmë se sektorët e kontrollit kompetente për kontrolle kanë përgatitur plane të veçanta për kontrolle të rregullta. Por, në rast të kontrollit të jashtëzakonshëm, në varësi të llojit dhe nevojës për kontroll, kontrollorët/inspektorët e autorizuar nga dy ose tre sektorë kompetent për kontrollin, e zbatojnë bashkërisht kontrollin.

Во врска со наводите од Точката 4.2.2 на нацрт извештајот, го даваме следното објаснување:

- Во планот за јавни набавки на Фондот за 2022 година е предвидена набавка „Услуги за ревизија и препораки за креирање на ИТ безбедносна политика, управување со софтверски решенија и бизнис континуитет на сектор информатика“ со која ќе се дефинираат правците на понатамошен развој на ИТ за потребите на ФЗО РСМ и ќе се обноват постоечките политики и процедури и ќе се додадат нови согласно предложената стратегија.

Lidhur me pretendimet nga Pika 4.2.2 të propozim raportit, japim shpjegimin e mëposhtëm:

- Në Planin e Prokurimit Publik të Fondit për vitin 2022 parashikohet prokurimi “Shërbimet e revizionit dhe rekomandimet për krijimin e politikës së sigurisë së IT-së, menaxhimin e zgjidhjeve softuerike dhe vazhdimësinë e biznesit të sektorit të informatikës” i cili do të përcaktojë drejtimit e zhvillimit të mëtejshëm të IT-së për nevojat e FSSHRMV-së dhe politikat dhe procedurat ekzistuese do të rinovohen dhe do të shtohen të reja në përputhje me strategjinë e propozuar.





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

Во планот за јавни набавки на Фондот за 2022 година е предвидена набавка „Услуги за поддршка на системска и мрежна инфраструктура, безбедноста на ИТ системот“ со која ќе се надмине недостатокот на инженери за одржување на серверската и мрежната и ИТ безбедносната инфраструктура на ФЗО РСМ.

Во планот за јавни набавки на Фондот за 2022 година е предвидена набавка на серверска инфраструктура, но од Министерството за финансии е побарана пренамена на видот на средства со намера оваа набавка да биде набавка на услуга за приватен облак за примарна и секундарна (disaster recovery location) инфраструктура со што дополнително ќе се надмине недостатокот и на кадар за логистичка поддршка за одржување на сервер сала со сите пропратни потсистеми за физичка безбедност, климатизација, непрекинато напојување итн.

Во однос на констатациите од Писмото до раководство на ФЗО РСМ во Точките 1.1 и 4.1, го истакнуваме следното:

1.1 Со планот за јавни набавки за 2021 година беше обезбеден буџет само за превентивно одржување на софтверот за плати кој од почетокот бил со многу недостатоци. Дополнително овој софтвер нема дел/модул за човечки ресурси со кој секторот за човечки ресурси навремено и ефективно би ги внесувал потребните промени неопходни за системот за плати. За надминување на овие проблеми, со новиот план за јавни набавки за оваа година е предвидено и адаптивно одржување со што ќе

Нë планин е Prokurimit Publik të Fondit për vitin 2022 parashikohet prokurimi “Shërbime për mbështetjen e infrastrukturës së sistemit dhe rrjetit, sigurinë e sistemit të IT-së” i cili do të kapërcejë mungesën e inxhinierëve për mirëmbajtjen e serverit dhe rrjetit dhe infrastrukturës së sigurisë së IT-së të FSSHRMV-së.

Нë Planin e Prokurimit Publik të Fondit për vitin 2022 parashikohet prokurimi i infrastrukturës së serverëve, por nga Ministria e Financave është kërkuar që të rialokojë llojin e mjeteve me qëllim që ky prokurim të jetë prokurim i një shërbimi privat për infrastrukturë primare dhe sekondare (disaster recovery location) e cila do të kapërcejë gjithashtu mungesën e stafit mbështetës logjistik për të mirëmbajtur sallën e serverit me të gjitha nënsistemet mbështetëse për sigurinë fizike, klimatizimin, furnizimin me energji të pandërprerë, etj.

Lidhur me konstatimet nga Shkresa drejtuar kryesisë së FSSHRMV-së në Pikat 1.1 dhe 4.1, theksojmë si më poshtë:

1.1 Me Planin e Prokurimit Publik për vitin 2021 ka qenë siguruar buxhet vetëm për mirëmbajtjen parandaluese të softuerit të pagave i cili që në fillim kishte shumë mangësi. Gjithashtu, ky softuer nuk ka një pjesë/modul për burimet njerëzore me të cilin Sektori i burimeve njerëzore do të bënte në kohë dhe në mënyrë efektive ndryshimet e nevojshme për sistemin e pagave. Për tejkalimin e këtyre problemeve, plani i ri i prokurimit publik për këtë vit parasheh mirëmbajtjen adaptuese e cila do të tejkalojë dobësitë/mangësitë e regjistruara.





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

се надминат евидентираниите слабости/недостатоци.

4.1 По укажувањето од ДЗР уште во процесот на ревизија, во јануари 2022 година, преземени се активности за корекција на овој пропуст: побарано е од економскиот оператор А1 проверка на сите фактури од почетокот на договорот и согласно член 6 од истиот направена е корекција на погрешно засметаните фактури со книжно одобрение со вкупен износ од 292.847,00 ден со ддв. за целиот период од 08.2020 до 01.2022 година.

По однос на вашите наводи опфатени во Точката 4.2.4 која се однесува неосновано/повеќе исплатен надоместок за работа, Ви укажуваме на следното:

Согласно измените и дополнувањата на Законот за здравственото осигурување („Службен весник на РМ“ бр. 61/2015) кои стапија во сила на 25.04.2015 година, во член 52 став 1 се додаа зборовите **„и утврденото право на надоместок на плата“**. Со оваа измена се овозможи исплата на веќе отворените решенија за породилно отсуство или боледување без оглед дали фирмата навремено ги исплаќа придонесите за вработените односно **нема да се прави проверка на исплатениот придонес за здравствено осигурување на останатите вработени во фирмата**. Целта на оваа законска измена е да се овозможи редовна исплата на надоместокот за породилно отсуство или боледување како права од работен однос без при тоа да се следи дали фирмата редовно ги плаќа придонесите за здравственото осигурување на останатите вработени кои се на

4.1. Pas rekomandimeve të ESHR-së në procesin e revizionit, në janar të vitit 2022, janë ndërmarrë aktivitete për korrigjimin e këtij lëshimi: operatorit ekonomik A1 i është kërkuar që të kontrollojë të gjitha faturat që nga fillimi i kontratës dhe në përputhje me nenin 6 të të njëjtit është bërë korrigjim nga fatura të llogaritura gabimisht me miratim të librit në shumë gjithsej prej 292.847,00 den. me TVSH për të gjithë periudhën nga 08.2020 deri më 01.2022.

Lidhur me rekomandimet Tuaja të mbuluara në Pikën 4.2.4 e cila i referohet kompensimit të pabazuar/kompensim më shumë i paguar i punës, Ju theksojmë në vijim:

Në bazë të ndryshimeve dhe plotësimeve në Ligjin e Sigurimit Shëndetësor (“Gazeta Zyrtare e RM-së” nr. 61/2015) i cili ka hyrë në fuqi më 25.04.2015, në nenin 52 paragrafi 1 shtohet fjala **“dhe e drejta e përcaktuar e kompensimit të pagës”**. Me këtë ndryshim mundësohet pagesa e aktvendimeve tashmë të hapura për pushim të lehonisë apo pushim mjekësor, pavarësisht nëse kompania i paguan kontributet për punonjësit në kohë, përkatësisht **nuk do të bëhet kontroll i kontributit të paguar për sigurimin shëndetësor të punonjësve të tjerë në kompani**. Qëllimi i këtij ndryshimi ligjor është të mundësojë pagesën e rregullt të kompensimit të pushimit të lehonisë ose Pushimi mjekësor si e drejtë punësimi pa monitoruar nëse kompania paguan rregullisht kontributet e sigurimit shëndetësor për punonjësit e tjerë në punë. Mbetet detyrimi (rritja e pagës dhe kontributet e





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

работа. При тоа останува обврска (подигната плата и платени придонеси на ниви на работодавец) за исполнување на условите предвидени во членот 15 од Законот за здравственото осигурување само при отварање (утврдување на правото) на породилно отсуство или боледувањето.

Притоа, по однос вашата констатација дека по извршеното првично одобрување и донесување на решение за утврдување на правото на надоместок за породилно отсуство, Фондот не врши контрола при одобрување на понатамошните месечни исплати на надоместокот, односно не врши проверка дали за истиот осигуреник за дадениот или претходниот пресметководен период е исплатена плата за ефективни часови на работа и се платени придонесите од страна на работодавецот, укажуваме на тоа дека согласно погорената законска одредба, Фондот **нема правен основ пред исплата на надоместокот за боледување да врши таков тип на контрола.** Следствено на тоа, Фондот при исплатата на надоместокот на плата постапува согласно законските прописи, подзаконските акти и интерни постапки.

Врз основа на електронска анализа на податоците од страна на одржувачот на софтверот се констатира дека во наведените 427 случаи се влезени осигуреници кои во текот на еден месец имаат користено денови за боледување, како и денови кога биле на работа. Тоа значи дека системот не прави разлика дали за цел месец во исто време има исплатувано боледување и плата или одредени денови боледување, а останатите денови во месецот плата (пр. од 1 до 16 боледување, а од 17 до 30 во

paguara në fushat e punëdhënësit) që të plotësohen kushtet e parashikuara në nenin 15 të Ligjit të Sigurimit Shëndetësor vetëm me rastin e hapjes (përcaktimit të së drejtës) për pushim të lehonisë ose pushim mjekësor.

Kështu, lidhur me konstatimin tuaj se pas miratimit fillestar dhe miratimit të vendimit për përcaktimin e të drejtës për kompensim të pushimit të lehonisë, Fondi nuk ushtron kontroll mbi miratimin e pagesave të mëtejshme mujore të kompensimit, përkatësisht nuk kryen kontroll nëse të njëjtit të siguruar për periudhën e dhënë apo të mëparshme kontabël i është paguar paga për orar efektiv të punës dhe kontributet janë paguar nga punëdhënësi, theksojmë se sipas dispozitës së mësipërme ligjore, Fondi **nuk ka bazë ligjore para pagesës së pushimit mjekësor për të kryer këtë lloj kontrolli.** Për rrjedhojë, gjatë pagesës së kompensimit të pagës, Fondi vepron në përputhje me rregulloret ligjore, aktet nënligjore dhe procedurat e brendshme.

Në bazë të analizës elektronike të të dhënave nga mirëmbajtësi i softuerit, është konstatuar se në 427 rastet e përmendura janë persona të siguruar që kanë shfrytëzuar ditët e pushimit mjekësor gjatë një muaji, si dhe ditët kur kanë qenë në punë. Kjo do të thotë se sistemi nuk bën dallim nëse për një muaj të tërë në të njëjtën kohë ka pushim mjekësor të paguar dhe pagë ose ditë të caktuara pushim mjekësor, dhe ditët e tjera në pagën mujore (p.sh. nga 1 deri në 16 ditë pushim mjekësor, dhe nga 17 deri në 30 ditë në pagën e





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

месецот исплатено плата). Поради тоа што системот автоматски не може да одвои за кои денови е исплатувано боледување, а за кои денови плата во еден месец, потребна е понатамошна детална проверка на секоја исплата за секој месец поединечно за секоје лице. Само со ваква детална контрола може да се утврди точниот број на извршени неосновани исплати на боледувања.

Со првичните анализи утврдени се случаите каде би можело да дојде до исплата на боледување и плата во исто време за осигуреникот, а за кои Фондот однапред не може да има сознание:

- остварување на право и на надомест на плата за породилно отсуство во висина од 50% од утврдениот износ на надоместокот и враќање на работа со полно работно време со 100%, во случај кога осигуреничката не го известува Фондот дека се вратила на работа.
- случаи кога определени работодавци од причини кои не се познати за Фондот после извесен период (пр. година дена) прават корекција на платата за овие работнички во УЈП со образец 103, за да прикажат дека истите во тој период воопшто не биле на работа и дека во тој случај средствата по основ на надомест на плата треба да бидат исплатени од страна на Фондот.
- Со Уредба со законска сила се одлучи со датумот на прогласување на вонредната состојба поради пандемијата со коронавирусот (18.03.2020), да се продолжи правото на породилно боледување (без избраниот

paguar mujore). Për shkak se sistemi nuk mund të ndajë automatikisht se për cilat ditë paguhet pushimi mjekësor dhe për cilat ditë paga në një muaj, është e nevojshme verifikimi i mëtejshëm i detajuar i çdo pagese për çdo muaj kërkohet veç e veç për çdo person. Vetëm me një kontroll kaq të detajuar mund të përcaktohet numri i saktë i pagesave të pabazuara të pushimit mjekësor.

Analizat fillestare përcaktojnë rastet kur pagesa e pushimit mjekësor dhe pagës mund të ndodhë në të njëjtën kohë për të siguruarin dhe për të cilat Fondi nuk mund të informohet paraprakisht:

- ushtrimi i të drejtës së kompensimit të pagës për pushimin e lehonisë në masën 50% të shumës së përcaktuar të kompensimit dhe kthimi në punë me kohë të plotë me 100%, në rast se e siguruarata nuk njofton Fondin se është kthyer në punë.
- rastet kur punëdhënës të caktuar për arsye që nuk i dinë Fondi, pas një periudhe të caktuar (p.sh. një viti) bëjnë korrigjim pagash për këta punëtorë në DAP me formularin 103, për të treguar se nuk kanë qenë në punë në atë kohë dhe se në atë rast mjetet në bazë të kompensimit të pagave duhet të paguhet nga ana e Fondit.
- Me një Dekret me fuqi ligjore u vendos me datën e shpalljes së gjendjes së jashtëzakonshme për shkak të pandemisë së koronavirusit (18.03.2020), të vazhdohet e drejta e pushimit të lehonisë (pa gjinekologun e zgjedhur për hapjen e





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

гинеколог да отвара ново боледување) на осигуренички кои по завршување на породилното боледување не можат започнат со работа. Со Уредбата со законска сила е предвидено дека по воведување на вонредната состојба работничката/работник која по завршување на породилното отсуство се враќа на работа, требала задолжително да даде изјава во подрачната служба на Фондот дека се откажува од користење на правото на продолжено породилното отсуство. Исплата на боледување и плата во ист време настанува во случаите кога работничката не го известила Фондот дека се вратила на работа.

Сите овие примери, се само показател дека постапувањето односно непостапувањето на работодавците/ работниците кои при користењето на правото на надоместок на плата не се придржуваат на нивните законски обврски, доведува до неоснована или истовремена исплата на надоместокот на плата и на плата од страна на Фондот и на работодавецот, при што Фондот нема правен механизам да дознае за истото пред да ги исплати тие средства.

Врз основа на податоците од извештајот за осигурениците на кои им е исплатено боледување и плата во ист месец, Фондот ќе направи детална контрола заради утврдување на фактичка состојба за секоја извршена исплата. Таму каде ќе биде утврдена неправилна исплата на средства, Фондот против овие осигуреници ќе поведе постапката за поврат на повеќе исплатени средства за

нј pushimi të ri mjekësor) të siguruarave që pas pushimit që pas përfundimit të lehonisë nuk mund të fillojnë punë. Me Dekretin me fuqi ligjore parashikohet që pas vendosjes së gjendjes së jashtëzakonshme, punëtorja/punëtori që kthehet në punë pas përfundimit të pushimit të lehonisë, duhet të deklarojë në Njësinë Rajonale të Fondit se heq dorë nga e drejta e vazhdimet të pushimit të lehonisë. Pagesa e pushimit mjekësor dhe pagës bëhet në të njëjtën kohë në rastet kur punonjësja nuk ka njoftuar Fondin se është kthyer në punë.

Të gjithë këta shembuj janë vetëm një tregues se veprimet, përkatësisht mosveprimi i punëdhënësve/punonjësve që nuk respektojnë detyrimet e tyre ligjore gjatë ushtrimit të së drejtës së kompensimit të pagës, çon në pagesën e pabazuar ose të njëkohshme të kompensimit të pagës nga Fondi dhe punëdhënësi, ku Fondi nuk ka një mekanizëm juridik që të kupton për të njëjtën para se të paguajë ato mjete.

Në bazë të të dhënave nga Raporti për të siguruarit të cilëve u është paguar pushimi mjekësor dhe paga në të njëjtin muaj, Fondi do të bëjë një kontroll të detajuar për të përcaktuar gjendjen faktike për çdo pagesë të kryer. Në rastet kur do të konstatohet pagesa e parregullt e mjeteve, Fondi kundër këtyre të siguruarve do të fillojë procedurën për rimbursimin e mjeteve të paguara të pushimit mjekësor. Nëse mjetet e





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

боледување. Доколку не бидат вратени неосновано исплатените сретства од страна на осигуреникот, Фондот ќе покрене судска постапка.

Фондот ќе пристапи кон ревидирање на постоечките интерни постапки во кои е опфатена оваа проблематика, со цел подобрување и унифицирање на работата на подрачните служби на Фондот.

paguara të pabazuara nuk kthehen nga i siguruari, Fondi do të nisë procedurat gjyqësore.

Fondi do të fillojë shqyrtimin e procedurave ekzistuese të brendshme në të cilat mbulohet kjo çështje, me qëllim përmirësimin dhe unifikimin e punës së njësive rajonale të Fondit.

По однос на вашите наводи опфатени во Точката 4.2.5 која се однесува на констатираните слабости и дадените препораки за постапката за упатување на лекување во странство, ги даваме следните забелешки и одговори:

1. Во однос на констатираната слабост која се однесува на функционирањето на двете лекарски комисии во рамките на првостепената постапка, поради што сметате дека не е обезбедена двостепеност на постапката со препорака за интензивирање на постапката за донесување на предложените измени на Законот за здравственото осигурување во насока на исклучување на второстепената комисија за лекување во странство од првостепената постапка, укажуваме на тоа дека Фондот во координација со Министерството за здравство како предлагач на законот ќе продолжи со активностите и заложбите за целосна имплементација на предложените законски измени.

Lidhur me pretendimet tuaja të përfshira në Pikën 4.2.5 e cila i referohet dobësive të konstatuara dhe rekomandimeve të dhëna për procedurën e referimit për trajtim jashtë vendit, Ju ofrojmë vërejtjet dhe përgjigjet e mëposhtme:

1. Lidhur me dobësinë e konstatuar që ka të bëjë me funksionimin e dy komisioneve mjekësore në kuadër të procedurës së shkallës së parë, për të cilën konsideroni se procedura me dy faza nuk është paraparë me rekomandim për intensivifikimin e procedurës për miratimin e propozim-amendamenteve të Ligjit të Sigurimit Shëndetësor për përjashtimin e komisionit të shkallës së dytë për trajtim jashtë vendit nga procedura e shkallës së parë, theksojmë se Fondi në koordinim me Ministrinë e Shëndetësisë si propozues i ligjit do të vazhdojë me aktivitetet dhe përpjekjet për zbatimin e plotë të ndryshimeve ligjore të propozuara.





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

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, како и вашата препорака за иницирање измени во Законот за здравствено осигурување во насока на уредување на постапката за упатување на лекување во странство со пократки, точно дефинирани рокови и намалување на обемот на документацијата, укажуваме на следново:

Постапката за лекување во странство не е постапка каде може да се доставува само таксативно наведена документација во барањето и потоа органот да 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.

2. Lidhur me konstatimin se në shumë raste ka tejkalim të afatit prej 45 ditësh për zgjidhjen e tyre të paraparë në nenin 31 paragrafi 4 dhe 5 të Ligjit të Sigurimit Shëndetësor, si dhe tejkalim i afatit prej një ditë të rregulluar në nenin 14 paragrafi 3 nga Rregullorja për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të të siguruarve jashtë vendit, si dhe rekomandimin tuaj për inicimin e ndryshimeve në Ligjin e Sigurimit Shëndetësor me qëllim të rregullimit të procedurës për referim jashtë vendit për afate më të shkurtra, të përcaktuara saktë dhe zvogëlimin e vëllimit të dokumentacionit, theksojmë si në vijim:

Procedura e trajtimit jashtë vendit nuk është procedurë ku mund të dorëzohen vetëm taksitë e cekura në kërkesë dhe më pas mund të vendosë organi, por është një procedurë dinamike dhe aktive në të cilën i siguruari paraqet vetëm fillimisht dokumentacionin si propozim i këshillit klinik dhe dokumentacionin mjekësor, por për shkak se bëhet fjalë për sëmundje të ndryshme të të siguruarit, lind nevoja për të ndër marrë një sërë hapash dhe aktivitetet gjatë procedurës së nevojshme për të marrë një aktvendim. E gjithë kjo, para se gjithash, me qëllim që të zbatohet si duhet neni 30 i Ligjit të Sigurimit 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 të ketë pritshmërinë e suksesit të trajtimit në institucionin shëndetësor në të cilin është referuar i siguruari.





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

3. По однос на констатациите за воспоставување на листа на болници и воспоставување на критериуми врз основа на кој ќе се врши изборот на овие медицински установи, укажуваме на тоа дека Фондот изготви нов Правилник за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство со кој е уредена постапката за листата на болници како и склучувањето на договорите со здравствени установи во странство, критериуми и постапка за избор на истите, како и користење на здравствени услуги во здравствени установи во РСМ. Притоа, во согласност со вашите констатации, Фондот и понатаму ќе спроведува активности со цел да се овозможи примена на одредбите на овој правилник, по неговата имплементација во правниот систем.

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 во услови кога изборот го вршат две лекарски комисији составени од врвни стручњаци од областа на медицината.

4. Во врска со констатацијата за воведување на контролни механизми за осигуреникот по завршеното лекување во странство со отпусно писмо да се јави на преглед во клиниката која ги

3. Lidhur me konstatimet për përcaktimin e listës së spitaleve dhe përcaktimin e kriterëve në bazë të të cilave do të bëhet përzgjedhja e këtyre institucioneve mjekësore, theksojmë se Fondi ka përgatitur një Rregullore të re për mënyrën e përdorimit të shërbimeve shëndetësore të të siguruarve jashtë vendit, me të cilën është rregulluar procedura për listën e spitaleve, si dhe lidhja e kontratave me institucionet shëndetësore jashtë vendit, kriteret dhe procedura për përzgjedhjen e tyre, si dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore në institucionet shëndetësore të RMV-së. Në këtë mënyrë, në përputhje me të konstatimet tuaja, Fondi do të vazhdojë të realizojë aktivitete për të mundësuar zbatimin e dispozitave të kësaj Rregulloreje, pas zbatimit të tij në sistemin juridik.

Ne nuk pajtohemi që mungesa e listës së spitaleve mundëson trajtim të pabarabartë të të siguruarve në lidhje me zgjedhjen e spitalit ku ata referohen për trajtim siç thuhet në deklaratën tuaj, sepse të siguruarit janë të gjithë me një gjendje shëndetësore specifike individuale në të cilën ata ndodhen dhe për të cilën kanë nevojë të referohen për trajtim jashtë vendit. Duke qenë se këto nuk janë parametra të matshëm, nuk mund të thuhet se nuk kanë marrë trajtim të barabartë në zgjedhjen e një spitali në kushtet kur zgjedhja bëhet nga dy komisione mjekësore të përbëra nga ekspertë të lartë mjekësorë.

4. Lidhur me konstatimin për futjen e mekanizmave të kontrollit që i siguruari pas përfundimit të trajtimit jashtë vendit me letërlëshimi të paraqitet për ekzaminim në





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

издала предлогот и да достави до Фондот медицински извештај за успешноста на извршеното лекување, укажуваме на тоа дека во новиот Правилник за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство подготвен од страна на Фондот е воведена категоријата **лекар-координатор**, кој ќе го врши овој контролен механизам. Тој е лекар кој го лекува осигуреното лице и дава предлог за лекување во странство како дел од клиничкиот конзулиум кој е задолжен да даде согласност и да го припреми за транспорт до странската здравствена установа, како и за постоперативна нега на осигуреното лице по враќањето во Републиката, согласно протокол за понатамошно лекување издаден од странската здравствена установа.

По потреба истиот ќе остварува директен контакт и консултации со лекарот во странската здравствена установа кој го лекува осигуреното лице и треба да биде упатен за можни воспаленија, инфекции или друга патологија кои може да влијаат или да го спречат предложеното лекување. Истотака е предвидено, лекарот координатор да дава медицински извештај за успешноста од извршеното лекување во странство по враќањето на осигуреникот во земјата. Притоа, директорот на Фондот ќе назначи лица од редот на вработените кои ги разгледуваат, анализираат и следат медицинските извештаи за успешноста на извршеното лекување во странство доставени до Фондот од соодветната универзитетска клиника во Скопје и ги проследуваат до првостепената лекарска комисија и второстепената лекарска комисија. Во случај на нередовно доставување на медицинските извештаи за успешноста од

klinikën që ka dhënë propozimin dhe të paraqesë në Fond një raport mjekësor për suksesin e trajtimit të kryer, theksojmë se në Rregulloren e re për mënyrën e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore të të siguarve jashtë vendit, të përgatitur nga Fondi, është futur kategoria **mjek-koordinator**, i cili do të kryejë këtë mekanizëm kontrolli. Ai është mjek që trajton të siguarin dhe jep propozim për mjekim jashtë vendit si pjesë e këshillit klinik i cili është i detyruar të japë pëlqimin dhe ta përgatisë atë për transport në institucionin shëndetësor të huaj, si dhe për kujdesin postoperativ të personit të siguar pas kthimit në Republikë, në përputhje me protokollin për trajtim të mëtejshëm të lëshuar nga institucioni shëndetësor i huaj.

Nëse është e nevojshme, ai do të realizojë kontakt dhe konsultime të drejtpërdrejta me mjekun në institucionin shëndetësor të huaj që trajton të siguarin dhe duhet të referohet për inflamacione të mundshme, infeksione apo patologji të tjera që mund të ndikojnë ose parandalojnë trajtimin e propozuar. Gjithashtu parashikohet që mjeku koordinues të japë një raport mjekësor për suksesin e trajtimit të kryer jashtë vendit pas kthimit të të siguarve në vend. Me këtë, drejtori i Fondit do të caktojë persona nga stafi të cilët i shqyrtojnë, analizojnë dhe përcjellin raportet mjekësore për suksesin e trajtimit jashtë vendit të dorëzuar në Fond nga klinika përkatëse universitare në Shkup dhe do t'ia përcjellë komisionit mjekësor të shkallës së parë dhe komisioni mjekësor i shkallës së dytë. Në rast të paraqitjes jo të rregullt të raporteve mjekësore për suksesin e trajtimit të kryer jashtë vendit, Fondi do të bëjë kontroll në klinikën përkatëse universitare në Shkup.





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

извршеното лекување во странство, Фондот ќе иврши контрола во соодветната универзитетска клиника во Скопје.

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.

Во врска со констатациите од нацрт извештајот под Точката 4.3.6, истакнуваме дека согласно Упатството за управување со документи за плаќање во ФЗО РСМ, влезните фактури по основ на склучени договори за јавни набавки истите се архивираат во архивата на Фондот и во рок од 30 дена согласно одредбите од Договорот се исплатуваат.

Доколку лицето што го следи Договорот согласно Упатството за управување со документи за плаќање не ја одобри фактурата во тој случај не се евидентира обврска за

Fondi mbetet i përkushtuar në këtë pjesë dhe pas miratimit të ndryshimeve dhe plotësimeve në dispozitat e Rregullores, do të vazhdojë të punojë në mënyrë aktive në zbatimin e tyre me qëllim të përmirësimit të procedurës për referim për trajtim jashtë vendit. Megjithatë, zgjedhja e spitalit në të cilin do të referohet i siguruari në këtë moment sipas dispozitave ekzistuese të rregullores bëhet nga persona të shquar mjekësorë, anëtarë të komisioneve mjekësore, të emëruar nga Fondi dhe jo nga shërbimet profesionale të Fondit. Prej këtu ofrohet referimi në spitale, ku suksesi është i garantuar, por me ndryshimet në rregullore planifikohet të shkohet një hap më tej dhe të ngrihet niveli i gjithë procedurës duke analizuar në mënyrë retrospektive procedurat dhe duke nxjerrë përfundime në bazë të tyre.

Lidhur me konstatimet e Propozim Raportit nën Pikën 4.3.6, theksojmë se në përputhje me Udhëzimin për udhëheqje me dokumente për pagesë në FSSHRMV, faturat hyrëse sipas kontratave të lidhura për prokurime publike, të njëjtat janë arkivuar në arkivin e Fondit dhe janë paguar në afat brenda 30 ditësh në përputhje me dispozitat e Kontratës.

Nëse personi që e ndjek Kontratën në përputhje me Udhëzimin për udhëheqjen me dokumente për pagesë, nuk e miraton faturën, në këtë rast nuk evidentohet obligimi për pagesë në evidencën e kontabilitetit dhe e kundërta.





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

плаќање во сметководствената евиденција и обратно.

Затоа вработените во ФЗО РСМ имаат обврска за навремено да ги почитуваат роковите за контрола и исправноста на документите за плаќање предвидени со Упатството за управување со документи за плаќање во ФЗО РСМ.

Во врска со констатациите од нацрт извештајот под Точката 4.4.1, го истакнуваме следното:

Во постапката 16-4214 - Реконструкција и санација на објекти на ФЗО склучен е договор со вредност 21.446.500 со вклучен ДДВ а на електронската-аукција е постигната цена од 20.296.368 ,16 со ДДВ, истата цена е во прилог 1 од самиот договор.

Договорот е изработен и во него е ставена вредноста од Одлуката за ЈН 21.446.500 со цел да се опфатат непредвидливи ситуации во текот на изведбата.

Ова е направено од причина што во минатото во ФЗО РСМ имало судски постапки со иста проблематика и до ден денес нема разрешница за истите.

Во однос на Постапката за набавка на персонални и преносни компјутери, укажуваме дека со интерен допис се известува дека истата е реализирана во целост согласно Договорот за јавна набавка што е потврдено од секторот за ИТ на Фондот.

Прандај, të punësuarit në FSSHRMV kanë obligim që në kohë t'i respektojnë afatet e kontrollit dhe rregullshmërinë e dokumenteve për pagesë të parashikuara me Udhëzimin për udhëheqje me dokumente për pagesë në FSSHRMV.

Lidhur me konstatimet nga Propozim Raporti nën Pikën 4.4.1, theksojmë në vijim:

Në procedurën 16-4214 - Rikonstruim dhe rindërtim të objekteve të FSSH-së është lidhur kontratë me vlerë prej 21.446.500 me TVSH të përfshirë, ndërsa në ankandin elektronik është arritur çmimi prej 20.296.368 ,16 me TVSH, çmimi i njëjtë është në shtojcën 1 të kontratës.

Kontrata është përpiluar dhe në të është vendosur vlera e Vendimit për PP 21.446.500 me qëllim të përfshihen situatat e paparashikueshme gjatë ekzekutimit.

Kjo është bërë sepse në të kaluarën në FSSHRMV ka pasur procese gjyqësore me problematikat e njëjta dhe sot e kësaj dite nuk ka zgjidhje për to.

Lidhur me Procedurën e prokurimit të kompjuterëve bartës, me shkresë të brendshme njoftohet se e njëjta është realizuar në tërësi në përputhje me Kontratën e prokurimit publik që është vërtetuar nga sektori i IT-së së Fondit.





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

По однос на наводи опфатени во Точката 7 во делот „Останати прашања“, за Точката 7.3 каде се констатира неажурирање на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот која со општ акт ја утврдува Фондот на кој министерот за здравство дава согласност, укажуваме на членот 9-а од ЗЗО, со кој е предвидено дека Министерот за здравство формира стручна Комисија која го утврдува предлогот на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, согласно со меѓународната АТС класификација на лекови. Начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот се утврдуваат со подзаконски акт кој го донесува министерот за здравство, а по претходно добиено мислење од Фондот. Начинот на работа и одлучување на стручната Комисија се уредува со деловник за работа на стручната Комисија кој го утврдува министерот за здравство. Со оглед на тоа што Листата веќе подолг период не е ажурирана, а до Фондот пристигаат и барања за ажурирање на истата, Фондот во повеќе наврати доставуваше ургенции до МЗ.

За Точката 7.5 која се однесува за правната поткрепеност на е-рецептот, Ви укажуваме на следното:

1. Правната основа за реализација на Проектот е-рецепт е опфатена во следните акти:

**1. Закон за здравственото осигурување**

Sipas pretendimeve të përfshira në Pikën 7 në pjesën “Çështje të tjera”, për Pikën 7.3 ku konstatohet mospërditësimi i Listës së barnave që mbulohen nga Fondi, e cila me akt të përgjithshëm e vërteton Fondi, për të cilën ministri i Shëndetësisë jep pëlqim, rekomandojmë në nenin 9-a të LSSH, me të cilën parashikohet se ministri i Shëndetësisë formon Komision profesional e cila përcakton propozimin e Listës së barnave që mbulohen nga Fondi, në përputhje me klasifikimin ndërkombëtar ATC të barnave. Mënyra dhe metodologjia për përcaktimin dhe miratimin e Listës së barnave që mbulohen nga Fondi, përcaktohen me akt nënligjor që e miraton ministri i Shëndetësisë, me mendim paraprakisht të marrë nga Fondi. Mënyra e punës dhe vendimmarrja e Komisionit profesional rregullohet me rregulloren e punës së Komisionit profesional që e përcakton ministri i Shëndetësisë. Duke pasur parasysh se Lista tashmë një periudhë të gjatë nuk përditësohet, ndërsa në Fond arrijnë kërkesa për përditësimin e saj, Fondi ka paraqitur vazhdimisht urgjenca drejtuar MSH-së.

Për Pikën 7.5 e cila i referohet mbështetjes ligjore të e-recetës, Ju rekomandojmë si vijon:

1. Baza juridike për realizimin e Projektit e-receta është përfshirë në aktet në vijim:

**1. Ligji i Sigurimit Shëndetësor**





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

- Со Законот за здравственото осигурување е определен кругот на правата од задолжителното здравствено осигурување во делот на сите нивоа на здравствена заштита (примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита во кои влегуваат и издавањето лекови на рецепт). Врз оваа основа се темели целокупното работење на Фондот во делот на пружање на здравствените услуги како и плаќањето на истите.
- Согласно член 54 став 1 со точка 10 А од Законот, предвидено е дека Фондот развива сопствен информативен систем со потребни податоци за задолжителното здравствено осигурување.
- Во Фондот во функција се и други електронски модули кои се користат за следење, контрола и фактурирање/плаќање на здравствени услуги, како модулот за здравствени услуги од специјалистичко консултативна здравствена заштита (специјалистички пакети- Амбуланта), модул за дневна болница, ДСГ системот за акутни болнички пациенти, модул за капитација кај избраните лекари и сл.
- Во членот 9 од Законот е определено дека во основниот пакет на здравствени услуги во делот на примарната здравствена заштита влегуваат и лековите според Листата на лекови издадени на рецепт. Зборот „рецепт“ формално како образец не е наведен во одредбите на законот, но затоа суштински се поврзува со пружањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита односно непосредно е врзан со работењето на избраните лекари како и контрола пред се поради плаќањето на лековите на рецепт.
- Ме *Ligjin e Sigurimit Shëndetësor* është përcaktuar rrethi i të drejtave të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor në pjesën e të gjitha niveleve të kujdesit shëndetësor (kujdesi shëndetësor primar, sekondar dhe terciar në të cilën hyjnë edhe lëshimi i barnave me receta). Mbi këtë bazë bazohet i gjithë funksionimi i Fondit në pjesën e ofrimit të shërbimeve shëndetësore si dhe pagesa e tyre.
- Në përputhje me *nenin 54 paragrafi 1 me pikën 10 А të Ligjit*, parashikohet se Fondi zhvillon sistem personal informativ me të dhëna të nevojshme të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor.
- Në Fond janë në funksion edhe module të tjera elektronike të cilat përdoren për monitorim, kontroll dhe faturim/pagesë të shërbimeve shëndetësore, si moduli i shërbimeve shëndetësore i kujdesit shëndetësor specialistik dhe konsultativ (pako specialistike-Ambulancë), moduli për spital ditor, GDL sistemi për pacientë akut në spital, modul për kapitacion te mjekët e zgjedhur dhe të tjera.
- Në *nenin 9 të Ligjit* është përcaktuar se në pakon bazë të shërbimeve shëndetësore në pjesën e kujdesit shëndetësor primar hyjnë edhe barnat sipas Listës së barnave të lëshuara në receta. Fjala “recetë” formalisht si formular nuk është shënuar në dispozitat e ligjit, por në thelb lidhet me ofrimin e shërbimeve shëndetësore të kujdesit shëndetësor primar, përkatësisht lidhet drejtpërdrejt me punën e mjekëve të zgjedhur si dhe kontrollin para se gjithash për shkak të pagesës së barnave në receta.





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

- Следствено на тоа законодавецот во **членот 28 од Законот**, овозможил делот кој се однесува на работењето на избраниот лекар односно давањето на услуги од примарна здравствена заштита вклучувајќи го и пропишувањето на лековите на рецепт, дополнително да го уреди со донесување на подзаконски акт. Што во пракса истото е сторено и такви одредби се внесени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.
- Според **член 54 став 1 точка 8 од Законот**, Фондот ги утврдува референтните цени на лековите кои ги надоместува.
- Поради неминовноста во процесот овој проект да добие правна важност донесена е на **Уредба со законска сила за примена на Законот за здравственото осигурување за време на вонредна состојба (Сл.весник бр. 140/2020)**. Имено со членот 2-в од Уредбата се овозможи на осигуреното лице да може правото на лекови според листата на лекови да го оствари и без приложување на рецепт издаден од избраниот лекар, како и тоа дека пропишувањето на лековите ќе се врши преку веб-сервисот на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија. При тоа одредбите од оваа уредба со законска сила се применуваат и по престанокот на траењето на вонредната состојба односно до 31.12.2020 година.
- Врз основа на Уредбата со законска сила за измени на Законот за здравствено осигурување (Сл.весник бр. 140/2020), изменет е Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од
- Si rrjedhojë e kësaj, ligjvënësi në **nenin 28 të Ligjit**, mundëson që pjesa e cila i referohet punës së mjekut të zgjedhur, pra ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor primar duke përfshirë zgjerimin e barnave në recetë, shtesë të rregullojë me miratimin e aktit nënligjor. Në praktikë kjo është realizuar dhe dispozitat e tilla janë futur në Rregulloren për përmbajtjen dhe mënyrën e realizimit të të drejtave dhe obligimeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor.
- Sipas **nenit 54 paragrafi 1 pika 8 të Ligjit**, Fondi i përcakton çmimet e referencës të barnave që i kompenzon.
- Për shkak të pashmangshmërisë në procesin e këtij projekti të fitojë vlefshmëri juridike është miratuar në **Dekretin me fuqi ligjore për zbatimin e Ligjit të Sigurimit Shëndetësor gjatë kohës së gjendjes së jashtëzakonshme (Gazeta Zyrtare nr. 140/2020)**. Përkatësisht, me nenin 2-c nga Dekreti i mundësohet personit të siguruar, të drejtën e barnave sipas listës së barnave të mund ta realizojë pa paraqitjen e recetës të lëshuar nga mjeku i zgjedhur, si dhe përshkrimi i barnave do të realizohet përmes ueb-shërbimit të Fondit të Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut. Kështu, dispozitat e këtij dekreti me fuqi ligjore zbatohen edhe pas përfundimit të zgjatjes së gjendjes së jashtëzakonshme, pra deri më 31.12.2020.
- Në bazë të Dekretit me fuqi ligjore për ndryshime të Ligjit të Sigurimit Shëndetësor (Gazeta Zyrtare nr. 140/2020), është ndryshuar Rregullorja për përmbajtjen dhe mënyrën e realizimit të të drejtave dhe obligimeve të





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

задолжителното здравствено осигурување, на кој министерот за здравство дава согласност.

➤ Со оглед на тоа дека проектот за воведување на електронскиот рецепт согласно донесените Уредби со законски сила има правно покритие до 31.12.2020 година, потребни беа измени и дополнување на Законот за здравственото осигурување за да се овозможи правна покриеност на Проектот eРецепт и по 01.01.2021 година.

Закон за евиденции од областа на здравството

➤ Со Законот се уредуваат евиденциите, збирките на податоци и регистрите од областа на здравството, начинот на прибирање, обработка, архивирање и чување на податоците, објавувањето на податоците, обезбедување на квалитетот на податоците и заштита на податоците, како и остварување на правата и обврските поврзани со евиденциите од областа на здравството.

➤ Според член 2 став 1 точка 36, од Законот е дефинирано дека Национален систем за електронска евиденција во здравството“ е електронски систем во кој се чуваат и обработуваат сите медицински и здравствени податоци за пациентите, податоци за здравствените работници и соработници, податоци за здравствените установи, здравствените интервенции и услуги извршени во здравствените установи, податоци од електронските упати и електронските рецепти, податоци за закажувањата за специјалистички прегледи и интервенции и други податоци утврдени со овој и друг закон.

sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, për të cilin ministri i Shëndetësisë jep pëlqim.

➤ Duke pasur parasysh se projekti për futjen e recetës elektronike në përputhje me Dekretet e miratuara me fuqi ligjore ka mbulim ligjor deri më 31.12.2020, u nevojitën ndryshime dhe plotësime të Ligjit të Sigurimit Shëndetësor, që të mundësohet mbulim ligjor i Projektit e-Receta edhe pas datës 01.01.2021.

Ligji i evidencave nga fusha e shëndetësisë

➤ Me Ligjin rregullohen evidencat, grupet e të dhënave dhe regjistrat nga fusha e shëndetësisë, mënyra e grumbullimit, arkivimit dhe ruajtjes së të dhënave, publikimi i të dhënave, sigurimi i cilësisë së të dhënave dhe mbrojtja e të dhënave, si dhe realizimi i të drejtave dhe obligimeve të lidhura me evidencat nga fusha e shëndetësisë.

➤ Sipas nenit 2 paragrafi 1 pika 36, të Ligjit është definuar se Sistemi nacional për evidencën elektronike në shëndetësi është sistemi elektronik në të cilën ruhen dhe përpunohen të gjitha të dhënat mjekësore dhe shëndetësore për pacientët, të dhënat për punonjësit shëndetësor dhe bashkëpunëtorët, të dhënat për institucionet shëndetësore, intervenimet shëndetësore dhe shërbimet të kryera në institucionet shëndetësore, të dhëna nga udhëzimet elektronike dhe recetat elektronike, të dhënat për caktimet e kontroleve specialistike dhe intervenimet dhe të dhënat e tjera të përcaktuara me këtë dhe ligjin tjetër.





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

3. Правилник за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување

- Како едно од правата во примарната здравствена заштита е и користењето на лекови, кое е утврдено со овој правилник.
- Со Правилникот објавен во службен весник на 09.02.2015 година, со член 49 став 2, предвидено е дека лекарот е должен лекот да го пропише на електронски рецептен образец користејќи го веб сервисот на Министерството за здравство.
- Со измените на член 49, објавени во Службен весник на 27.09.2019 година, оваа одредба е сменета со што пропишувањето на лек на рецептен образец, наместо да се врши преку веб сервисот на Министерството за здравство, ќе се врши преку веб-сервисот на Фондот. Одредбата ќе се применува по создавање на технички услови за тоа.
- Формата и содржината на рецептниот образец се утврдува со Одлука на управниот одбор на Фондот.

4. Правилник за критериуми за склучување на договори и начинот на плаќање на здравствени услуги во приватните здравствени установи-аптеки

- Во членот 3 од Правилникот е наведено дека здравствени услуги за обезбедување на осигурените лица со лекови на рецепт од Листата на лекови во примарна здравствена заштита се сметаат: набавка, сместување,

3. Rregullore për përmbajtjen dhe mënyrën e realizimit të të drejtave dhe obligimeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor

- Si një nga të drejtat në kujdesin shëndetësor primar është edhe пërdorimi i barnave, që пërcaktohet me këtë rregullore.
- Me Rregulloren e publikuar në Gazetën Zyrtare më datë 09.02.2015, me nenin 49 paragrafi 2, parashikohet se mjeku është i obliguar barin ta përshkruajë në formularin e recetës elektronike duke shfrytëzuar ueb shërbimin e Ministrisë së Shëndetësisë.
- Me ndryshimet e nenit 49, të publikuara në Gazetën Zyrtare më datë 27.09.2019, kjo dispozitë është ndryshuar me çka përshkrimi i barit në formularin e recetës, në vend se të kryhet përmes ueb shërbimit të Ministrisë së Shëndetësisë, do të kryhet përmes ueb-shërbimit të Fondit. Dispozita do të zbatohet pas krijimit të kushteve teknike.
- Forma dhe përmbajtja e formularit të recetës пërcaktohet me Vendim të Bordit Drejtues të Fondit.

4. Rregullore për kriteret për lidhjen e kontratave dhe mënyra e pagesës së shërbimeve shëndetësore në institucionet shëndetësore private - barnatore

- Në *nenin 3 të Rregullores* është shënuar se shërbimet shëndetësore të sigurimit të personave të siguruar me barna në recetë nga Lista e barnave në kujdesin shëndetësor primar konsiderohen: prokurimi, sistemimi, ruajtja dhe





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

чување и издавање на лекови на рецепт, нивна обработка и советување на осигурениците во врска со лековите издадени на рецепт.

5. Закон за лекови и медицински средства

➤ Согласно член 13 од Законот, издавањето и верфикацијата на рецептот е регулирано со подзаконски акт и тоа Правилник за поблиските услови за начинот на пропишување и издавање или продавање на лековите.

6. Правилник за поблиски критериуми за начинот на пропишување и издавање или продавање на лекови

➤ Согласно член 3 од овој Правилникот е наведено дека лековите кои паѓаат на товар на средствата од задолжителното здравствено осигурување, се пропишуваат на рецепт, на образец утврден од страна на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија

➤ Во член 11 од Правилникот, е наведено дека лековите во аптеките, аптекарските станици и подвижните аптеки можат да се издаваат и изработуваат од страна на фармацевти со лиценца за работа и фармацевтски техничари под контрола на фармацевтот.

➤ Според член 14 од Правилникот, при издавањето на лекот фармацевтот на рецептот го назначува датумот на издавање на лекот, го заверува со свој потпис и печат на аптеката.

lēshimi i barnave në recetë, përpilimi i tyre dhe këshillimi i të siguruarve në lidhje me barnat e lëshuara në recetë.

5. Ligji i barnave dhe mjetet mjekësore

➤ Në përputhje me nenin 13 të Ligjit, lëshimi dhe verifikimi i recetës është rregulluar me aktin nënligjor dhe atë Rregullore për kushtet më të afërta për mënyrën e përskrimit dhe lëshimit apo shitja e barnave.

6. Rregullore për kriteret më të afërta për mënyrën e përskrimit dhe lëshimit apo shitja e barnave

➤ Në përputhje me nenin 3 të Rregullores shënohet se barnat që mbulohen nga mjetet e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, përskruhen në recetë, në formularin e përcaktuar nga ana e Fondit të Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut.

➤ Në nenin 11 të Rregullores, shënohet se barnat në barnatore, pikat e barnatoreve dhe barnatoret bartëse mund të lëshohen dhe përpunohen nga farmacistët me licencë për punë dhe teknikë farmaceutikë nën kontroll të farmacistit.

➤ Sipas nenit 14 të Rregullores, gjatë lëshimit të barit, farmacisti datën e lëshimit të barit e shënon në recetë, e verifikon me nënshkrimin e tij dhe vulë të barnatores.

Врз основа на наведената правна регулатива укажуваме дека Фондот согласно 330 е

Në bazë të rregullativës juridike të shënuar, njoftojmë se Fondi në përputhje me LSSH është





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

купувач на здравствени услуги и има обврска да обезбеди средства за таа намена од буџетот, оваа функција создава потреба во реално време истиот да има увид и контрола на пропишани лекови и издадените лекови, нивната верификација и правната и економска сигурност при плаќањето на фактурите. Со имплементацијата на новото софтверско решение Фондот обезбедува:

- Увид во реално време за секој пропишан лек на рецепти и издаден лек од аптека;
- Увид за потрошувачката на лекови по аптека и пошироко;
- Креирање во реално време валидна фактура за аптеките со сите валидациски механизми кои досега се вршеа со едно месечно задоцнување;
- Зголемување на нивото на задоволството и професионалната соработка со аптеките бидејќи истите имаат активно учество во креирањето на нивниот месечен надомест-фактура;
- Минимизирање на непотребните размени на огромен број на информации на релација ФЗО РСМ и Мој Термин во текот на целиот процес на креирање на е-рецепт кај матичниот лекар, и неговото издавање во аптеките.
- Минимизирање на можните грешки при размена на информациите
- Ефективната одговорност при настанати проблеми/грешки.

Врз основа на тоа треба да се има во предвид дека **Фондот е сопственик на сите податоци внесени во рецептниот образец при пропишување, односно издавање на лек, кои**

blerës i shërbimeve shëndetësore dhe ka për detyrë të sigurojë mjete për atë qëllim nga buxheti, ky funksion krijon nevojë në kohë reale kjo të ketë inspektim dhe kontroll të barnave të lëshuar dhe barnat e lëshuara, verifikimi i tyre dhe siguria ligjore dhe ekonomike gjatë pagesës së faturave. Me implementimin e zgjidhjes së re softuerike, Fondi siguron:

- Inspektim në kohë reale për çdo barnë të përshkruar në recetë dhe barnë të lëshuar nga barnatorja;
- Inspektim për konsumin e barnave dhe më gjerë;
- Krijimi në kohë reale i faturës së vlefshme për barnatoret me të gjitha mekanizmat e vlefshmërisë të cilat deri më tani realizohen me vonesë një muaj;
- Rritja e nivelit të kënaqësisë dhe bashkëpunimit profesional me barnatoret sepse të njëjtat kanë pjesëmarrje aktive në krijimin e kompensimit-faturës së tyre muaj;
- Minimizimi i shkëmbimeve të panevojshme të numrit të madh të informacioneve në relacion FSSHRMV dhe Termini Im gjatë tërë procesit të krijimit të e-recetës te mjeku амë, dhe lëshimi i saj në barnatore.
- Minimizimi i gabimeve të mundshme gjatë shkëmbimit të informacioneve
- Përgjegjësi efektive gjatë problemeve/gabimeve të ndodhura.

Në bazë të kësaj duhet të merret parasysh se **Fondi është pronar i të gjitha të dhënave të shënuara në formularin e recetës gjatë përshkrimit, pra lëshimi i barit, që nevojiten**





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

се потребни за спроведување на еРецептот. Додека УЕЗ е корисник на податоците за издадени лекови потребни за Национален систем за електронска евиденција во здравството“ како електронски систем во кој се чуваат и обработуваат податоците за рецептите. Со доставување на податоците за рецептите од страна на Фондот до Управата за електронско здравство (УЕЗ) се реализира целта на Законот за евиденции од областа на здравството, заради водење на потребните евиденции.

Согласно ЗЗО, Фондот го утврдува правото на: (1) избор на лекар од страна на осигуреникот, (2) начинот на плаќање на капитација на избраниот лекар, (3) начинот на пропишување на лекови од избраниот лекар, (4) начинот на издавање на леко ви на рецепт од аптеката и плаќање на фактурите за издадени лекови на рецепт од страна на Фондот.

Преку системот на Фондот се овозможува директна идентификација на сите чинители во процесот, врз основа на што се обезбедува правна и економска сигурност при плаќање на фактурите од страна на Фондот кон аптеките со кои има склучено договор.

Системот на Фондот нема цел да води евиденции и на тој начин да се меша во надлежностите на УЕЗ, туку има за цел да ги спроведува законските обврски и права дадени со ЗЗО, за да овозможи квалитетна и навремена здравствена услуга. Под евиденции не се подразбира право на пропишување и издавање на лекови кое треба да биде во исклучителна надлежност на Фондот, туку се работи за податоци за број на пропишани/издадени лекови, податоци за најчесто користени лекови

пër zbatimin e e-Recetës. Ndërsa DSHE është shfrytëzues i të dhënave për barnat e lëshuara të nevojshme për Sistemin nacional për evidencën elektronike në shëndetësi, si sistem elektronik në të cilën ruhen dhe përpunohen të dhënat për recetat. Me dorëzimin e të dhënave për recetat nga Fondi drejtuar Drejtorisë së Shëndetësisë Elektronike (DSHE) realizohet qëllimi i Ligjit të evidencave nga fusha e shëndetësisë, për shkak të udhëheqjes së evidencave të nevojshme.

Në përputhje me LSSH, Fondi e përcakton të drejtën e: (1) zgjedhje e mjekut nga ana e të siguruarit, (2) mënyra e pagesës së kapitacionit të mjekut të zgjedhur, (3) mënyra e përshkrimit të barnave nga mjeku i zgjedhur, (4) mënyra e lëshimit të barnave në recetë nga barnatorja dhe pagesë e faturave për barnat e lëshuara të recetës nga Fondi.

Përmes sistemit të Fondit mundësohet identifikimi i drejtpërdrejtë i të gjithë faktorëve në proces, mbi bazë të së cilës sigurohet siguri juridike dhe ekonomike gjatë pagesës së faturave nga ana e Fondit drejt barnatoreve me të cilët ka lidhur kontratë.

Sistemi i Fondit nuk ka qëllim të udhëheq evidencat dhe në atë mënyrë të përzihet në kompetencë të DSHE, por ka për qëllim t'i zbatojë obligimet cilësore dhe shërbime shëndetësore në kohë. Nën evidencat nuk nënkuptohet e drejta e përshkrimit dhe lëshimit të barnave që duhet të jetë në kompetencë të Fondit, por bëhet fjalë për të dhëna për numrin e barnave të përshkruar/lëshuar, të dhëna për barna më shpesh të përdorura dhe të dhëna të tjera të ngjashme me të cilat disponon DSHE, në





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

и други слични податоци со кои располага УЕЗ, согласно Законот за евиденции од областа на здравството, врз основа на кои Министерството за здравство ја креира здравствената политика.

Потребата од информации на УЕЗ и Министерството за здравство како највисок орган во државата кој се занимава со креирање и имплементација на политиките во здравствениот сектор од сите институции вклучително и ФЗО РСМ и досега се остварува со одредени сервиси веќе воспоставени помеѓу ФЗО РСМ и Мој Термин, ова подразбира дека и информациите за пропишаните и реализирани рецепти во реално време ќе бидат ставени на располагање.

Со почит,

përputhje me Ligjin për evidenca nga fusha e shëndetësisë, mbi bazën e së cilës Ministria e Shëndetësisë e krijon politikën shëndetësore.

Nevoja për informacione të DSHE-së dhe Ministrisë së Shëndetësisë si organi më i lartë në shtete që merret me krijimin dhe implementimin e politikave në sektorin e shëndetësisë nga të gjitha institucionet duke përfshirë edhe FSSHRMV-në dhe deri më tani realizohet me serviset e caktuara tashmë të krijuar midis FSSHRMV-së dhe Termini Im, kjo nënkupton se edhe informacionet për recetat e përshkruara dhe të realizuara në kohë reale do të jenë në dispozicion.

Me respekt,

По Овластување бр. 04-8519/1 од 03.06.2022 год.  
Sipas Autorizimit nr. 04-8519/1 të datës 03.06.2022

Директор на Сектор за управување со човечки ресурси,

Директор i Sektorit të menaxhimit të burimeve njerëzore,

В.Д Директор  
М-р Магдалена Филиповска Грашкоска

Фатиме Идризи/ Fatime Idrizi



Изготвиле/Përpiluan: Јасминка Смилевска

Миле Сугарев

Кристина Христова

Сашо Станчески

Арбен Салихи

Превел/Përktheu: Jehona Ejupi

Sara Ejupi



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

На ден 13.06.2022 година добиено е Известување на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор за извршената ревизија на финансиските извештаи и ревизија на усогласеност за 2020 година на Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија бр. 02-9108/1 од 13.06.2022 година, од раководното лице на Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија в.д. директор м-р Магдалена Филиповска Грашковска и Фатиме Идризи по овластување на директор м-р Фатон Ахмети, заведени во Државниот завод за ревизија под број 25-993/9 на 13.06.2022 година.

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

1. Забелешката на констатираните состојби во **точката 4.1.1.** кои се однесуваат на необезбедени системски вградени контроли во процесот на изготвување на пресметки за извршени здравствени услуги поради непостоењето на единствен интегриран систем за издавање упати, лекарски извештаи и пресметки за извршени здравствени услуги **претставува образложение** на подзаконскиот акт согласно кој е уреден начинот на доставување на извештаите/фактурите за извршени здравствени услуги, кој беше земен предвид при вршење на ревизијата.
2. Забелешката на констатираните состојби во **точката 4.1.2.** кои се однесуваат на тоа дека контролите во подрачните служби се целосно децентрализирани и самостојни и нема прецизно разграничување на надлежностите и координација при планирањето и вршењето на теренските контроли помеѓу Секторот Контрола и подрачните служби, **не се прифаќа**, поради тоа што констатациите на овластениот државен ревизор се однесуваат на недоволната координација при планирањето и вршењето на теренските контроли кај ЈЗУ и ПЗУ помеѓу Секторот Контрола и подрачните служби, а не на координацијата при вршењето финансиски контроли на ЈЗУ од страна на финансиските контролори во одделението за буџетска и финансиска контрола и подрачните служби, како што е наведено во забелешките. Забелешката во однос на констатацијата од истата точка која се однесува на тоа дека нема координација меѓу трите сектори надлежни за контрола, **претставува известување** за постапувањето на овластените контролори при

Ревизорски тим:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Овластен државен ревизор 1

\_\_\_\_\_

вршењето на вонредна контрола, со што се потврдува констатираната состојба од ревизијата.

3. Забелешката на констатираните состојби во **точката 4.2.2.** кои се однесуваат на слабостите во воспоставениот информациски систем и начинот на функционирање на истиот **претставува известување** за причините за констатираните состојби и преземени активности од страна на Фондот за предвидување постапки во Планот за јавни набавки за 2022 година за набавка на услуги за креирање на ИТ политики на Фондот и за поддршка на ИТ инфраструктурата, со кои се очекува надминување утврдените состојби.
4. Забелешките на Писмото до раководството, кое согласно методолошките акти и упатства на Државниот завод за ревизија содржи утврдени состојби кои што имаат помало влијание врз финансиските извештаи, не се предмет на разгледување. Согласно Законот за државната ревизија, забелешки се доставуваат на Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор.
5. Забелешката на констатираните состојби во **точката 4.2.4.** кои се однесуваат на истовремена исплата на плата од работодавачот и надоместок на плата од Фондот поради невоставени контролни механизми, **претставува образложение** за преземените активности од Фондот за обезбедување на примена на законската одредба за непречена редовна исплата на надоместокот за боледување независно од редовноста на плаќање на придонесите за останатите вработни од страна на работодавачот. Неоспорувајќи ги преземените активности и дадените образложенија за причините кои довеле до намалување на контролните механизми на Фондот, за кои е известно во Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор, истакнуваме дека Фондот има обврска да обезбеди и доследна примена на член 23 од Законот за здравствено осигурување односно да воспостави контролни механизми кои ќе обезбедат осигуреникот да не може да оствари право на паричен надоместок за боледување ако истовремено работи и остварува приход.  
Понатаму, Фондот известува за планирани активности за надминување на утврдените состојби и поврат на неосновано исплатените средства.
6. Забелешките со број 1, 2, 3 и 4 на констатираните состојби во **точката 4.2.5.** кои се однесуваат на слабостите во постапката за упатување на лекување во странство, и тоа:
  - Забелешката под број 1 која се однесува на необезбедена двостепеност на правната заштита во постапката **претставува известување** за планираните измени во законската регулатива за што е известно во

---

Ревизорски тим:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Овластен државен ревизор 2

\_\_\_\_\_



- Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор;
- Забелешката под број 2 која се однесува на констатацијата за пречекорување на законските рокови и дадените препораки за иницирање законски измени за посебно уредување на постапката за лекување во странство со пократки рокови и намалување на документацијата **претставува образложение** за важноста на процедурите во постапката, која овластениот државен ревизор ја имаше предвид, но не ја менува утврдената состојба во Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор;
  - Забелешката под број 3 која се однесува на воспоставување критериуми за избор на болници во кои ќе се упатуваат пациентите на лекување во странство **претставува известување** дека Фондот ќе преземе активности за примена на Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, донесен во декември 2021 година;
  - Забелешката под број 4 која се однесува на необезбедени соодветни контролни механизми за доставување извештај за успешноста на завршените лекувања до Фондот **претставува известување** за содржината на новиот Правилник во кој се предвидени одредби со чија примена се очекува надминување на утврдената состојба;
7. Забелешката на утврдената состојба во **точка 4.3.6.** која се однесува на несоодветното сметководственото евидентирање на тековните обврски во моментот на плаќање на обврските, а не во моментот на настанување **претставува известување** за причините за констатираната состојба кои овластениот државен ревизор ги имаше предвид при вршење на ревизијата.
8. Забелешките на утврдените состојби во **точка 4.4.1.** кои се однесуваат на несоодветна примена на одредбите од Законот за јавните набавки **претставуваат образложение** за причините за таквото постапување и не се презентирани нови докази кои би ги промениле утврдените состојби во Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор.
9. Дадените забелешки на констатираните состојби во **точка 7 Останати прашања,** кои не влијаат на мислењето во Нацрт извештајот на овластениот државен ревизор, се однесуваат на следното:
- Забелешката на констатацијата во **точка 7.3.** во која ревизијата укажува на потребата Министерството за здравство и Фондот да преземат активности за спроведување на одредбите од член 9-а од Законот за здравственото осигурување односно донесување на подзаконскиот акт, формирање на стручната комисија и донесување на нова Листа на лекови

---

Ревизорски тим:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Овластен државен ревизор 3

\_\_\_\_\_

- кои паѓаат на товар на Фондот, **претставува известување** за содржината на наведената законска одредба и преземени активности од страна на Фондот за доставување ургенции до Министерството за здравство;
- Забелешката на констатацијата во **точка 7.5.** во која ревизијата укажува на постоење ризик донесувањето на член 28-а од Законот за здравствено осигурување за воведување на електронски рецепт преку ИТ системот на Фондот да не е резултат на сеопфатни анализи и да ги доведува во прашање издржаноста и оправданоста на истото, **претставува известување** за содржината на повеќе законски и подзаконски акти како правен основ за воведување на електронски рецепт, кои ревизијата ги имаше предвид. Неоспорувајќи ги преземените активности на Фондот во насока на воспоставување контрола на пропишаните лекови и издадените лекови во реално време и дадените образложенија за правниот основ за таквото постапување, ревизијата ја истакнува потребата Министерството за здравство и Управата за електронско здравство во координација со Фондот да ги преиспитаат економичноста, ефективностa и ефикасноста на примената на одредбите законското решение за воведување на електронски рецепт и да ја разгледаат можноста за искористување на капацитетите на постојниот систем со истовремено воспоставување контроли кои ќе обезбедат плаќање на подигнати лекови единствено врз основа на реално и законски пропишани рецепти од овластени лекари.

---

Ревизорски тим:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Овластен државен ревизор

4