

Поглавјето Ревизорски наоди ги содржи ревизорските прашања и одговори за поставените цели на ревизијата утврдени во проблематичните подрачја, утврдените состојби како и препораки кои ревизијата ги дава со цел отстранување на причините за констатираните неправилности и состојби. Од извршените прелиминарни истражувања за потребите на ревизијата на успешност на активната Итна медицинска помош во Република Македонија, произлегоа повеќе ризични подрачја кон кои ја насочивме нашата ревизија. Со цел да дадеме одговор на повеќе поставени ревизорски прашања кои се однесуваат на активната, со нашата ревизија применивме неопходни ревизорски постапки. Основната ревизорска цел во ревизијата на успешност на активната Итна медицинска помош во РМ е поставена во следното прашање:

“Дали итната медицинска помош може да им го гарантира и обезбеди загарантираното право на здравствена заштита на граѓаните на РМ, имајќи ги предвид нејзината организираност и функционирање во пракса?”

Од извршените прелиминарни истражувања произлегоа неколку подрачја од функционирање на активната, кои се покажаа како ризични и кои понатаму беа подетално предмет на вршење на ревизијата на успешност. Тоа се:

1. **Законската регулатива од областа;**
2. **Функционирање на итните медицински служби во РМ;**
3. **Финансирање на итните медицински служби во РМ;**
4. **Надзор и контрола над функционирањето на итните медицински служби во РМ;**

Како резултат од извршената ревизија, овој извештај е изграден на начин кој ќе ги даде одговорите на прашањата кои се однесуваат на утврдените ризични подрачја и пошироко.

Во рамки на ризичната област која третира прашања од **законската регулатива**, ревизијата имаше за цел да даде одговор на повеќе ревизорски прашања поврзани со слабости, недоречености и потенцијални ризици во законска регулатива - акти за уредување, организација, поставеност на ИМП во Република Македонија и други. Основните прашања од ова ризично подрачје се однесуваат на следното:

- 1.1. Дали тековната поставеност на ИМП во РМ е во согласност со постојната законската регулатива и подзаконските акти?
- 1.2. Дали постои имплементација на основниот стратешки документ - Стратегија за унапредување на ИМС во РМ со поставените цели и утврдените фази како и мерливи резултати од истата?

Во функција на градење на одговори зад секое од поставените прашања, утврдени се следните состојби и дадени се образложенија:

1.1.1. Законската и подзаконската регулатива од областа итна медицинска помош во Република Македонија не претрпеле значајни промени и дополни во подолг временски период.

Законската регулатива која ја дефинира ИМП како дејност датира од 1991 година со подзаконски акти од 1992 година. До 2009 година регулативата и подзаконските акти во одредбите кои се однесуваат на ИМП не претрпеле значајни измени и дополни. Во одредбите од ЗЗЗ се укажува на неопходноста од вршење на дејноста ИМП. Организацијата на ИМП согласно законот се регулира да биде извршена во рамки на примарната здравствена заштита (здравствени центри, центар за итна медицинска помош) и во болничка здравствена заштита. Согласно ЗЗЗ донесени се и подзаконски акти кои ја уредуваат ИМП со критериуми за поблиски просторни услови, опрема и кадри за основање и работење на ЗО за вршење на дејноста, донесени во 1992 година. Со измените и дополните од 2004 година се воведува постоење на ЦИМП. Овие измени и дополни кои се однесуваат на погоре споменатите критериуми се проектирани под претпоставка на постоење на ЦИМП, кој се уште не е формиран ниту е во функција. Од таа причина во ЗЗЗ направени се измени, но истите не се пренесени во подзаконските акти. Овие состојби влијаат и на самото функционирање на ИМП во ЗД. Во вакви услови, ЗД работат согласно долгогодишна пракса и искуствата во функционирањето на ИМП. Од образложенијата кои ги добивме од одговорни лица во МЗ на РМ, стекнавме сознанија дека надлежните се свесни за овие неусогласености и во таа насока започнати се активности за изготвување на нов правилник согласно директиви на ЕУ кои ги третира прашањата за просторни услови, опрема и возила за вршење на ИМП, но истиот се уште не е усвоен. Според надлежните лица, правилникот се уште е во фаза на доработка.

1.2.1. Генералната стратегија на Република Македонија од областа здравство – 2020 година иако се уште формално не е усвоена, општо ја третира ИМП и упатува на носење посебна стратегија за унапредување на ИМП. Стратегијата за унапредување на ИМП од 2007 година до крајот на 2009 година се уште е во форма на работен документ и во оваа насока по иницијатива на Владата на РМ, отпочнати се некои активности за ИМП.

Во Здравствената стратегија на РМ 2020 година, изготвена пред три години (февруари 2007 година), ИМП е опфатена со пасус кој предвидува само унапредување на ИМП, а службата за ИМП ќе биде предмет на посебна анализа и ќе се реорганизира со воведување на единствен повикувачки број. Бројот ќе се усогласи со бројот на службите за ИМП во земјите членки на ЕУ. Во оваа насока со цел подобрување на состојбите со ИМП во РМ и остварување на правото на здравствена заштита на граѓаните, во 2007 година во форма на работен документ изготвена е Стратегијата за унапредување на ИМС во РМ, но истата се уште не е усвоена. Стратегијата предвидува 4 (четири) цели чија реализација по фази ќе овозможи:

- унапредување на ИМП, односно подобрување на функционирањето на ИМС, а со тоа и подобрување на нивото на услуги;
- достапност на услугите;
- територијална покриеност со служби;
- прераспределба на вкупните трошоци со цел поблиску да се алоцираат до корисниците.

Проектираните рокови за реализација на целите до крајот на 2009 година се однесуваат само за две цели. За останатите цели, проектирани се рокови за реализација по 2009 година. Имајќи предвид дека документот се уште е во работна верзија, временската рамка на активности проектирани за реализација во 2009 година не е исполнета и истата треба да претрпи измени.

Од одговорните лица во МЗ добивме појаснувања дека Стратегијата за унапредување на ИМС во РМ е одобрена од МЗ на РМ, но се уште не е усвоена од Владата на РМ поради усогласување на концептите за нејзина имплементација.

По однос на поставените цели, иако Стратегијата не е формално усвоена, од Влада на РМ превземени се првични активности. Имено, согласно одлука на Влада на РМ, со цел воведување на ИМП во ЗД каде нема формирана служба за ИМП, МЗ на РМ доставило известувања до 13 ЗД во месец август 2009 година за прием на персонал (медицински тимови), односно воведување на ИМП во рок од 3 месеци, но резултати од истите и покрај утврдениот рок се уште нема.

Во рамки на ризичната област која третира прашања од **функционирањето на итните медицински служби во РМ**, ревизијата имаше за цел да даде одговор на неколку ревизорски прашања поврзани со утврдените ризици и тоа во: **организациона поставеност на службите за ИМП, функционирањето на ИМП - евиденција за повици и интервенции, расположливост со возила, опрема и одржување на истите, кадровската екипираност на ИМП и стручно усовршување на вработените во ИМП, територијална покриеност со здравствената услуга и друго**. Основните прашања од ова ризично подрачје се однесуваат на следното:

- 2.1. Дали постојат јасни критериуми за организационата поставеност на ИМП во ЗД?
- 2.2. Дали постојат разлики во функционирањето на ИМП во ЗД и на што се должат?
- 2.3. Дали едукацијата и стручното усовршување на тимовите од ИМП се во функција на задоволување на заедничките потреби - на тимовите на ИМП и на граѓаните?

Со извршената ревизија го утврдивме следното:

2.1.1. Периодот на усогласување на Статутите и други интерни акти со тековните закони од областа како и подзаконските акти кај ЗД е различен и се движи во временска рамка од 3 месеци до над 1 година. Со цел вршење на дејноста, ЗД имаат обврска да ги усогласат статутите со одредбите и измените од ЗЗЗ и истите да ги достават до надлежното министерство со цел добивање на решенија за согласност. Откако ќе се спроведе оваа постапка ЗД ќе ги донесат интерните акти. Со оглед на значајноста на Статутот и другите интерни акти кои согласно Закон за установите и ЗЗЗ, ЗД имаат обврска да ги донесат и влијаат на работењето на ЗД, временскиот период меѓу нивното изготвување, донесување на решенија од МЗ на РМ и примена на актите, варира и се движи во период од 3 месеци до повеќе од 1 година. Од извршените увиди кај 18 ЗД утврдивме дека овие состојби се разликуваат и тоа: 16,67% од ЗД чекаат решение за согласност на нивните статути подолго од 1 година, 27,78% од ЗД чекаат решенија помеѓу 5 - 7 месеци, додека кај останатите 55,55% од ЗД периодот за добивање на решение за согласност на актите од МЗ на РМ е 2 - 4 месеци. Од одговорните лица во ЗД добивме образложенија дека разликите во временската дистанца се должат најмногу на односот на МЗ на РМ кон доставената документација од ЗД. Од МЗ на РМ одговорните лица образложија дека во целата постапка значајна улога има и субјективниот фактор (долг временски период само едно лице е задолжено за изготвување на решенија за согласност на актите на ЗД). МЗ на РМ не ја исклучува можноста дека доставата на акти од ЗД е со задоцнување (по истекот на утврдениот рок за доставување). Во функционирањето на ЗД/ИМП поради оваа временска дистанца се случува ЗД/ИМП да функционираат без усогласени акти. Помеѓу МЗ на РМ и ЗД не е воспоставена соодветна и ефикасна релација на взаемна соработка во смисла на забрзување на постапката за носење и доставување на решенија за согласност на статутите од МЗ, кое целосно го пролонгира рокот по кој ЗД треба да ги донесат своите акти. Овие состојби значително влијаат врз севкупното и секојдневно функционирање на ЗД, а со тоа и на ИМП.

2.1.2. Бројот и видот на пропишани интерни акти за работа на ЗД од областа на ИМП е различен и не се одвива во поставената временска рамка. Во примена се постари интерни акти.

Согласно статутите на ЗД - и, а со цел уредување на прашања од значење за вршење на дејноста, ЗД - и имаат обврска да донесат повеќе интерни акти и правилници во период од шест месеци по донесување на статутите. Бројот и видот на пропишани интерни акти во статутите на ЗД - и е одреден на 12. Од овој број на интерни акти, пет од нив се тесно поврзани со функционирањето на ИМП – правилник за внатрешна организација и систематизација, правилник за организација и начин на укажување на ИМП, нега на болни и домашно лекување, правилник за начинот и користење и одржување на медицинската опрема, правилник за начинот и содржината на спроведувањето на внатрешниот надзор над стручната работа на здравствените работници и здравствените соработници и

правилник за стручно оспособување и усовршување на работниците во ЗД - и. Со извршениот увид кај 18 ЗД - и утврдивме дека:

- Кај 3 ЗД донесени се по три правилници - за организација и систематизација, начин на укажување на ИМП и внатрешен надзор;
- Кај 5 ЗД не се донесени правилници согласно статутите;
- кај 10 ЗД донесени се само по еден различен правилник.

Врз основа на прибраните податоци и извршена анализа, утврдивме дека предвидениот период за изработка и примена на актите не е почитуван и запазен, односно старите акти не се ажурирани или не се воопшто донесени нови акти. Од увидот во приложената документација, утврдени се состојби на постоење и примена на акти во ЗД -и кои датираат повеќе од 14 години. Од одговорните лица во ЗД - и за оваа состојба добивме различни образложенија - интерните акти не се донесени поради долг период на чекање на согласности за статутите од МЗ на РМ; не се случуваат промени за да се пристапи кон промена на постојните интерните акти; во тек е подготовка на нови интерни акти; некои пак немаат образложение зошто актите се уште не се изготвени и сл. Утврдените состојби кај ЗД - и по однос на долгиот временски период на усогласување или отсуство на интерни акти, повторно укажуваат на ризици врз севкупното и секојдневно функционирање на ЗД/ИМП.

За ЗД Скопје е специфична следната состојба - во примена е Правилник за внатрешна организација и систематизација по работни места од 2008 година со измени од 2009 година, без даден опис на работните задачи по работни места. Описот на работни задачи се користи од систематизацијата од 1992 година. Издадени се и решенија за работни места кои се повикуваат на систематизацијата од 1992 година.

2.1.3. Тековната регулатива која се однесува на формата на функционирање на ИМП, не се темели и не упатува на поставени и утврдени критериуми за формата на организациона поставеност на ИМП во ЗД - и.

Согласно интерните акти на ЗД - и, ИМП организационо и практично е поставена како единица, отсек, одделение, оддел и работна единица, но конкретни критериуми за организационата форма на ИМП во ЗД - и не се пропишани. Надлежните лица во ЗД образложија дека формата на ИМП по ЗД - и се определува од министерството за здравство. Отсуството на конкретни критериуми за формата на организациона поставеност на ИМП во ЗД -и предизвикува разлики и во пракса од повеќе аспекти. Оваа состојба резултира со појава на одредени проблеми и потешкотии во функционирањето на ИМП, а со тоа и на ЗД - и во целина. Овие потешкотии се лоцираат во неколку сегменти: при утврдување на буџетот (ако ИМП е организационо поставена како отсек, подразбира определување на помал буџет, помали планови за вид и обем на здравствени услуги, помал број на вработени и опрема и сл.); како и при утврдување на потребниот број на

кадри. Организационата форма на ИМП влијае и врз примената на коефициентите на додаток на плата за раководител на ИМП утврдени со колективен договор за здравствена дејност во РМ. Имено, утврдиме дека некои ЗД – и функционираат со ИМП како отсек (претходно како служба) со поголем број на тимови и коефициент на додаток на плата за раководител на ИМП соодветен на организационата форма како и ЗД – и кои функционираат со ИМП како служба со помал број на тимови и коефициент на додаток на плата соодветен на формата. Измената во организационата поставеност на ИМП како отсек предизвикала намалување на коефициентот за додаток на плата за раководител на ИМП во услови на работа со поголем број на тимови, поголем број на население, односно поголем обем на активности и приближно ист буџет за 2008/2009 година. Согледувањата и состојбите во смисла на разлики во број на тимови, големина на територија и покриеност кои произлегуваат од отсуството на критериуми за формата на ИМП се посебно прикажани во посебни точки од одвој извештај. Ова од причини што постоењето и примената на критериуми за организационата форма на ИМП би влијаеле на примена на сите понатамошни критериуми за простор, број на тимови, број на возила, покриеност, мобилност, средства и др.

2.2.1 Состојбата по однос на исполнување на критериумите за простор, опрема и стручен кадар кај 29 ЗД - и во пракса е незадоволителна.

Функционирањето на ИМП во ЗД –и во РМ во смисла на исполнување на минимални услови за почнување со работа и вршење на дејноста на ЗД како критериуми за простор, опрема и стручни кадри е пропишано со Правилник¹. Врз основа на прибрани податоци за расположливата опрема во просториите и возилата на ИМП добиени од 29 од вкупно 33 ЗД – и и нивна анализа ја утврдиме следната состојба: 62,07% од ЗД - и ги исполнуваат само минимални услови, 10,35% од ЗД - и ги исполнуваат минималните услови пропишани во Правилникот и располагаат со дополнителна опрема, 27,58% од ЗД - и не ги исполнуваат минималните услови, односно според видот и бројот на опрема со која располагаат не ги задоволуваат потребите за укажување на ИМП. Од 4 ЗД бараните податоци не се доставени до ревизијата.

Со увидот на лице место во ЗД – и со цел обезбедување на сознанија за исполнување на условите, се уверивме во следното: кај одредени ЗД иако се доставени податоци за опрема со која располагаат, утврдиме дека истата е вон функција поради неисправност или застареност; опремата кај 8 ЗД неопходна за задоволување на минималните услови за работа (ЕКГ апарати, дефибрилатори) е дел од донација; во 2 ЗД опремата за ИМП не е користена поради недостаток на стручност и обученост во нејзиното ракување; 1 ЗД применува Правилник за просторни услови, опрема и кадар наменет за ЦИМП од 2004 година, иако истиот не е формиран. Овие

¹ Извор на податоци: Правилник за поблиските просторни услови, опремата и кадрите за основање и работење на здравствените организации, Сл. Весник бр. 11/92, 25/96, 48/02, 10/04, /05.

состојби укажуваат дека исполнувањето на минималните услови се темели на средства добиени по друг основ, истите не можат да се исполнат поради нефункционална опрема или недостаток на обука и едукација, основните критериуми за простор, опрема и стручни кадри се донесени во 1992 година и сите понатамошни измени на правилникот не се однесуваат на нивна измена или дополна.

2.2.2. Евиденциите кои се водат за ИМП се разликуваат по вид, форма, содржина, опфатност и број. Евиденциите се водат претежно рачно кое ја забавува и одолжува секоја наредна активност.

Според Законот за евиденции и Договорот за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна и специјалистичко консултативната здравствена заштита, ЗУ - и имаат обврска да водат основна медицинска документација, односно уредна евиденција неопходна за анализи и информации за потребите на МЗ на РМ и ФЗО на РМ. Со извршениот увид во евиденциите кои се водат во службите за ИМП кај 18 ЗД - и, утврдивме дека во ИМП се води евиденција која се разликува по вид и број како и влезни податоци кои се водечки и се основа за понатамошна споредба, анализи и упарувања предизвикани со самата интервенција. Утврдивме и разлики во класифицирање на податоците во еден односно повеќе книги - дневници. Од образложенијата добиени од надлежните лица овие состојби се должат на разликите во начинот на водење и број на евиденциите кои произлегуваат од потребите на секоја ИМП во ЗД - и. Така, беше објаснето дека во случај на ургентни состојби (сообраќајни незгоди) не секогаш постои можност за добивање на потполни податоци поради кое евиденцијата е некомплетна. Иако ЗУ - и согласно одредбите од договорот се обврзани при настанување на вакви незгоди, да достават податоци на посебен образец – образец Ц, овие образци не се во функција.

Постои позитивна пракса и напори за унифицирање на евиденциите за ИМП. Имено, ИМП во ЗД Скопје има изготвено примерок на евиденција - покана за повик кој е применет и во ИМП Прилеп со цел воведување на унифицирани примероци за единствена евиденција за повици која ќе овозможи создавање воедначеност на евиденциите како база за проверки, контроли и анализи за потребите на ЗД како од аспект на финансиски така и кадровски потреби.

По прашањето за начинот на водење на евиденциите - пресметки, утврдивме дека од 18 ЗД само 2 ЗД водат компјутерска евиденција согласно одредбите од Договорот во кој се утврдени обврските на ЗД за воведување на компјутерска евиденција и поврзаност со ФЗО на РМ. Останатите 16 ЗД се уште рачно ја изготвуваат документацијата потребна за евидентирање, односно доставување на податоци до ФЗО на РМ.

По основ на добиени податоци од 33 ЗД – и како и податоци од МЗ на РМ за евиденциите во однос на број, старост, потекло и сервисери на возила за укажување на ИМП како и по извршениот увид кај 18 ЗД - и, ревизијата ги утврди следните состојби: кај 44,4% од ЗД - и постојат неусогласени, неправилни и/или неточни податоци за бројот, староста, потеклото и

сервисерите на возилата. Споредбите направени со податоците добиени од МЗ на РМ и податоците од извршен увид покажаа дека кај 94,4% од ЗД - и постојат неусогласености помеѓу доставените податоци од МЗ на РМ и извршениот увид. Поради ова изразуваме сомневање во реалноста, точноста и објективноста на податоците за возилата за ИМП обезбедени од МЗ на РМ и 18 ЗД – и. Оваа состојба негативно влијае на целосноста и точноста на податоците, нивно класифицирање со цел анализа и следење на активностите на ИМП како основа за нејзино подобрување и вклучување на овие податоци во градењето на плановите за вид и обем, како и пресметки за извршени здравствени услуги од ИМП за наредни години.

2.2.3. Критериуми за оптималниот број на возила на ИМП со кој еден ЗД треба да располага имајќи ги предвид територијата и бројот на население кое ги покрива, не се пропишани ниту се воспоставени. Состојбата на возилата во смисла на нивна старост, употребливост и безбедност е незадоволителна кое се рефлектира и на ангажираноста и подготвеноста на тимовите за навремени интервенции.

Со ревизијата утврдивме дека бројната состојбата на возилата на ИМП по ЗД - и е различна поради отсуство на критериуми за оптималниот потребен број на возила за ИМП. Тековната пракса покажува дека возилата за ИМП во ЗД не се водат според број, организационата форма, типот на возила, територијалните услови (рурално, градско, планинско подрачје), периодот за амортизација на возилата, одржување, лекарски тимови кои ги користат возилата и други критериуми со цел навремено и квалитетно укажување на здравствената услуга, зголемена безбедност на пациентите како и на лекарските тимови кои ја укажуваат ИПМ. Со извршениот увид кај возилата во 18 ЗД - и, утврдивме дека во ИМП се користат 2 типа на возила: санитарски возила (комбе санитар) и адаптирани возила со носилка и мобилна опрема. Санитарските возила се во возна состојба и делумно опремени со најнеопходна опрема за укажување на ИМП. Адаптираните возила за ИМП се дотраени, амортизирани и стари, односно најстарото возило е веќе 35 години во употреба.

Од доставените податоци од ЗД – и пријавени се вкупно 187 возила од кои 164 се водат како исправни, односно 87,70% од возниот парк. Од вкупната бројка на исправни возила 40% се возила обезбедени со сопствени средства, а 56% се по основ на донации. Во периодот од 2008 - 2009 година утврдивме дека на ниво на 33 ЗД – и набавени се 19 возила од кои 11 со сопствени средства и 8 со донација. Доколку се одржи оваа динамика за набавка на возила, обновувањето на возниот парк на ИМП би се случило за период од 10 години под услов да се задржи истата бројка од 164 возила. За оптималната бројка на потребни возила за ИМП за интервенција на сите граѓани еднакво на целата територија на Република Македонија не се направени анализи од надлежните институции. Во бизнис плановите на 18 ЗД - и за 2008 - 2009 година предвидени се набавки на нови возила, испратени се писмени барања до МЗ на РМ за одобрување на средства кои

најчесто остануваат без одговор на истите. Според одговорните лица на ЗД - и во услови на недостаток на средства за набавка на нови возила, принудени се на самостојно одржување на возилата, бројот на возила кои се на располагање за укажување на ИМП е променлив поради нивната дотраеност и чести поправки, со голем ризик по безбедноста на пациентите и лекарските тимови. Бројката на расположливи возила за ИМП во ЗД - и се менува дневно во зависност од исправноста на возилата. Оваа состојба е карактеристична за сите 18 ЗД - и кај кои беше извршен увид од ревизијата. Постојат ЗД - и кои располагаат со 7 и повеќе возила на ИМП но кои во еден ден не можат да бидат мобилни и одговорот на повиците поради нивната неисправност и нефункционалност. Во услови на отсуство на пишани критериуми за оптималниот број на потребни возила за ИМП согласно големина на територија и број на жители на територија, забележителна е различната покриеност со тимови и возила за интервенција. За овие состојби подетално податоците се прикажани во **Прилог 3 – Преглед 1 – 2**. Забележителна е разликата помеѓу ЗД - и кои укажуваат ИМП на поголема територија со поголем број на жители, со помал број на тимови и возила во однос на ЗД - и кои укажуваат ИМП на помала територија, со помал број на жители, со поголем број на тимови и возила. Овие состојби се утврдени кај Струмица, Тетово, Гостивар, Куманово, Скопје, Берово, Ресен, Пехчево, Кочани и други.

Според истражувањата кои ги спроведовме за потребите на оваа ревизија, податоците покажуваат дека нови возила за ИМП можат да се набават според потребите на нарачателот. Постои долга листа на производители со можност за вклучување на барањата на нарачателот, како и можност за набавка на веќе употребувани возила со потребни параметри кои ги бара нарачателот – опрема, старост, одржување, дали се сервисирани и колку пати, што е менувано, километража и сл. Од аспект на опременоста исто така постојат листи на модели на возила и во зависност од нивниот капацитет и намена посочена е потребната опрема со која возилото мора да е обезбедено. Во таа насока производителите на овој вид на возила според типот, капацитетот и опременоста ги поделиле на три типа кои имаат и различни пазарни цени на чинење. Така за ново возило од највисока категорија, цената на чинење се движи помеѓу 100 – 200 илјади САД \$, за пониска категорија цената се движи помеѓу 55 – 75 илјади САД \$ како и во зависност од опциите кои се нудат од самите производители и нормално од потребите на купувачите. Добрата пракса покажува дека најскапо возило е старо возило. Затоа набавката на ново возило за ИМП во светот се смета за заштеда на трошоци. Овие податоци се дадени со цел да помогнат во односната активност и не се дел од ревизорските наоди.

- 2.2.4. Покрај отсуството на анализа за оптималниот потребен број на возила за ИМП на територија на Република Македонија, состојбата со возилата за укажување на ИМП кај ЗД е алармантна еднакво и од аспект на нивната старост, исправност, трошоците кои ги**

предизвикуваат, одржувањето, дефектите, опременоста, лицата кои управуваат и други прашања.

Со извршените увиди за состојбата на возилата како и во документацијата кај 18 ЗД - и, ги утврдивме следните состојби:

- староста на возилата за ИМП во ЗД - и кои се во исправна состојба и се користат се движи во распон од 1 – 35 години. Бројот на возила со старост до 5 години по ЗД не надминува едно до две возила од вкупниот број на возила со кој ЗД располага;
- Одржувањето на возилата кај ЗД - и за укажување на ИМП практично се спроведува на различен начин – со писмено назначување на одговорно лице за одржување на возниот парк кај 5 ЗД и со усмено назначување на лица кај 13 ЗД и тоа возачи, лекари и медицински сестри. Во ЗД - и не постојат воспоставени критериуми ниту праксата покажува воедначен пристап при назначување на надлежности на лица за одржување на опремата во возилата;
- Практиката за сервисирање на возилата на ИМП по ЗД - и е различна – за оние возила за кои се уште важи гарантниот рок се вршат редовни сервиси преку овластени сервисери, за возилата за кои нема гарантен рок – постари возила, сервисирањето се врши по пат на јавна набавка за избор на сервисери и интерно со поправки од самите вработени;
- во регулативата која ја опфаќа дејноста ИМП, како и во актите на ЗД - и не постојат критериуми за опременост на возилата освен во актот Правилник за поблиски просторни услови, опрема и кадар во делот кој се однесува на функционирање на ЦИМП, но кој не е во функција;

Подолу се прикажани поединости во поглед на возилата за ИМП, територијата која ја покриваат, бројот на жители, трошоците за гориво, опремата како и други состојби утврдени со увидот од страна на ревизијата.

ЗД Тетово

- од постоечки 4 возила за укажување на ИМП во функција се 2 возила (со чести поправки на 1 возило) кои опслужуваат територија со 194.449 илјади жители. Состојбата се усложнува при повеќе повици истовремено при кое периодот на чекање за пациентот е предолг и неефикасен поради ангажираност на возилото. Ова ја доведува во прашање функцијата на службата за ИМП, која нема мобилен капацитет итно да одговори на повици на граѓаните;
- ИМП се врши со едно возило кое не е регистрирано;

- се врши евидентирање на трошоци за гориво за возило кое за периодот на ангажираност од 5 месеци не било исправно и било нефункционално. Прикажан е трошок од 497 литри гориво за истото возило за период од првите 5 месеци во 2009 година. Ревизијата утврди дека реален трошок за гориво на возилото постои по отстранување на дефектот и ставање во функција од месец јуни со прикажан трошок од 127 литри гориво до месец декември. Значи за ангажираност во период од 7 месеци искажан е трошок на гориво помал за 4 пати од трошокот направен во период од 5 месеци. Истовремено, евиденциите кои беа доставени неколку пати до ревизијата за потрошеното гориво во литри за сите возила на ЗД се различни со драстични отстапувања во литри гориво. Одговор за разликите во доставените евиденции за исти возила и различни количини и вредности од надлежните лица од ЗД Тетово не добивме. Овие евиденции ни беа доставени за две години 2008 и 2009 година;

ЗД Крива Паланка

- од вкупно 8 возила за укажување на ИМП во функција се 2 возила кои покриваат територија со 24.964 илјади жители, а 4 возила се со чести дефекти. 3 возила се со кородирана каросерија и испукани кровови;
- се евидентираат трошоци за гориво за возило кое 3 години е надвор од употреба, нема мотор и без документација за набавеното гориво;

ЗД Струмица

- ЗД располага со 2 возила за укажување на ИМП кои се со чести дефекти и опслужуваат 92.655 илјади жители. Честа е праксата во одредени периоди во денот да нема слободно возило за интервенции поради зачестеноста на повиците;
- ЗД иако има назначено лице одговорно за возниот парк со водење евиденцијата за возниот парк – состојба со возила, поминати километри, потрошено гориво и друго, не ја прикажува реалната состојба. Утврдивме разлики во евиденциите на поминати километри кои се образложени со неисправност на мерачите на километража во возилата. Утврдивме дека евиденцијата на потрошеното гориво по возила се прикажува само врз основа на доставени фактури за набавено гориво со произволно прикажана бројна состојба на километража. Утврдивме дека се води евиденција за час на излегување/враќање на возилото, адреса на секој повик, но не и евиденција за поминат број на километри и возило

ангажирано при интервенцијата. Овие состојби покажуваат дека ЗД води евиденција и има увид во потрошувачката на гориво по доставени сметки, но не и по основ на споредба на поминати километри со потрошено гориво што го зголемува ризикот од злоупотреба на службените возила со километража, потрошувачка и ангажираност.

ЗД Гостивар

- ИМП функционира со 2 возила кои покриваат територија со вкупно население од 106.441 жители и 13 тимови кое го става ЗД во ризичните градови според покриеност на територија и број на жители за укажување на ИМП. Поради дотраеноста на возилата се доведува во прашање мобилноста на тимовите и обезбедување на правото на задолжителната здравствена заштита.

ЗД Прилеп

- ЗД функционира со 6 пријавени возила по основ на донација од кои 3 возила се целосно амортизирани но истите се во функција. Внатрешноста на возилата е наполно уништена и не обезбедуваат хигиенски и пристапни услови за прифаќање на пациенти (оштетени, стари и нечисти лежаи за пациенти, поради неисправна врата од возило за внес на пациенти, се користи споредната врата на возилото);
- Постои позитивна пракса при генерирање и примена на прегледи за евиденција на потрошеното гориво со број на поминати километри, просечна потрошувачка по возило и крајна потрошувачка. Оваа евиденција е потпишана од одговорниот на возниот парк и возачот при секое полнење на гориво во секое возило.

Кај 4 ЗД – Струмица, Кичево, Штип и Крива Паланка евиденциите за поминати километри по возило и соодветен потрошок на гориво по возило на барање на ревизијата, не се доставен ниту се потврдени при самите увиди од страна на ревизијата.

При увидот на лице место утврдивме дека во 18 ЗД - и санитарските возила се опремени со вградена опрема во возилата (ЕКГ апарати, дефибрилатори, боца за кислород) како и со дополнителна опрема која тимовите ја земаат со себе на повик (сет за реанимација, амбу маски и др.) Поновите санитарски возила располагаат со вградената опрема додека во постарите најчесто е вградена само боца за кислород, а другата опрема е мобилна. Адаптираните возила се во различна состојба - со и без лежалка, опремата е мобилна и подготвена да се земе на повик.

Од податоците доставени од 30 ЗД - и за лица задолжени за исправност на медицинската опрема во возилата состојбата е различна и тоа:

- во 3 ЗД - и задолжени лица за опремата се медицински лица (доктори и медицински сестри), во 9 ЗД - и задолжени се вработени во ЗД - возачи, во 2 ЗД - и обврската е дадена на сервиси, 7 ЗД - и немаат задолжени лица, а 9 ЗД - и не доставиле податоци.

Во прилог на извештајот се наоѓа и фотодокументација од увидот кај 18 ЗД - и за состојбата во која се наоѓаат возилата на ИМП – **Прилог 4 – фотодокументација.**

2.2.5. Нема јасно утврдена граница и поделба на надлежности помеѓу матичните лекари и службите на ИМП.

Во ЗД каде нема организирано служба за ИМП се склучуваат договори за вршење на ИМП помеѓу матичните лекари и ЗД во кои е регулирано ИМП да се врши од матичните лекари, а регулирани се и обврските на ЗД во однос на обезбеден простор, лекови и потрошен медицински материјал, ампуларната терапија за пациентите, како и превоз со санитетско возило. Од извршен увид кај 18 ЗД во 6 ЗД ИМП се укажува од матични лекари (со сестри од ЗД и без сестри). Од извршениот увид кај ЗД во кои ИМП се врши од матични лекари (посебно во Радовиш и Крива Паланка каде е видно дека фреквенцијата на пациенти е зголемена во периодот на дежурства на матичните лекари), утврдивме дека при дежурства на матичните лекари има зголемен број на интервенции помеѓу 20 - 22 часот за вршење на прегледи но и давање на ампуларна терапија пред се на пациенти на самите матични лекари кои дежураат. Во ноќните смени и викенди, честа појава е испраќање на возилата за ИМП на повици на свои пациенти како ургентни повици. На овој начин се зголемува прометот на возилата, ангажманот на тимовите како и трошоците за интервенции (гориво, ампуларна терапија и други).

Од друга страна, начинот на укажување на ИМП од матичните лекари, значи и нивна зголемена ангажираност. Во таа насока сите ЗД кај кои се извршени увиди се согласни за потребата од нови вработувања со цел намалување на товарот на матичните лекари иако само ЗД Демир Хисар испратил допис до МЗ на РМ со барање за нови вработувања и формирање на тимови за ИМП поради дневното ангажирање на матичните лекари во ПЗУ но и нивно вечерно ангажирање во дежурните служби за ИМП (според распоред за дежурства). Оваа состојба според одговорните лица бара голема посветеност, продуктивност и ангажираност во тек на 24 часа на матичните лекари, односно преголеми обврски на кои матичните лекари е невозможно да одговорат. Овие состојби неповолно влијаат на функционирањето на ИМП и ЗД во целина. Ова особено се потенцира во случаи кога матичниот лекар работи ноќе, викенди, празници во услови на голема ангажираност и обем на пациенти.

2.2.6. ИМП во ЗД - и функционираат со различен број на тимови како и тимови со различен состав.

Согласно Правилникот² во ЗД - и каде гравитира население поголемо од 30.000 жители, пропишано е ИМП да функционира со најмалку 5 тима, а на секое зголемување на бројот на населението од 10.000 – 15.000 жители да се воведе уште по 1 тим. Нашите анализи на доставените податоци за број на тимови, големина на територија и број на жители покажаа дека најпогодени од аспект на недоволен број на тимови за укажување на ИМП се граѓаните од Скопје, Тетово, Куманово, Струмица, Прилеп, Струга, Гостивар и Штип. Со анализите за примена на критериумите за број на тимови се покажаа и позитивни аспекти како во ЗД Кавадарци, Вевчани, Св. Николе, Неготино и Ресен. Имено, во овие ЗД - и бројот на тимови е согласно критериумите или поголем од пропишаното. Овие состојби укажуваат на отсуство на примена на критериумите за распределба и формирање на тимови според број на жители, иако постојат пропишани критериуми. Состојбата со бројот на тимови за 33 ЗД е детално прикажана во **Прилог 3 - Преглед 3** кон овој извештај.

2.2.7. Услугите на ИМП не ги укажуваат тимови кои во состав имаат лекари специјалисти со лиценци за работа - лекари по општа медицина.

Согласно одредбите од ЗЗЗ и договорите за финансирање склучени помеѓу ЗД и и ФЗО на РМ пропишано е здравствените услуги на осигурените лица да ги укажува лекарски тим, односно тимови на лекари специјалисти од соодветна дејност, вработени во здравствената установа кои имаат добиено лиценца за работа. Во смисла на овие одредби состојбата кај 18 ЗД - и во кои се врши ИМП е различна, но претежно тимовите не се составени од лекари специјалисти туку од лекари по општа медицина.

Согласно одредбите од ЗЗЗ, раководителот на ИМП е пропишано да биде лице лекар – специјалист. Тековната состојбата во ЗД – и каде извршивме увид покажува дека раководителите на ИМП главно се лекари специјалисти со некои исклучоци. Во 1 ЗД каде раководителот на ИМП не е лекар специјалист иако е назначен од 2006 година, специјализација е одобрена во почетокот на 2009 година.

По прашањето за поседување на лиценца за работа, со увидот утврдивме дека кај 18 ЗД/ИМП тимовите односно вработените поседуваат документ за добиена лиценца за работа која не е дел од нивните досиеја од причини што за истата се плаќа определен износ за подигнување.

2.2.8. Евидентно е дека кај еден ЗД ИМП се врши од лица вработени/ангажирани покрај во редовен работен однос и по други различни основи – со договори склучени со Агенцијата за привремени вработувања, договори за волонтери и договори за укажување на здравствени услуги склучени директно со физички лица. Во периодот 2008 – 2009 година склучени се три форми за ангажирање кои се главно се однесуваат на исти лица.

² Извор на податоци: Правилник за критериумите за утврдување на организационите единици во ЈЗУ кои не можат да се издаваат под закуп/Сл. весник на РМ бр.32/2006

Согласно ЗЗЗ и договорот за извршување и плаќање здравствени услуги во примарна и специјалистичко консултативна здравствена заштита, пропишано е дека здравствените услуги на осигурените лица ги пружа лекарски тим односно тимови со лекари специјалисти од соодветната дејност, вработени во ЗУ - и кои имаат добиено лиценца за работа. Од овој аспект, со ревизијата кај 1 ЗД утврдивме дека постојат разлики во принципот на вработување/ангажирање на лица кои укажуваат ИМП. Ангажирањето на волонтери е врз основа на склучени договори со определен основен надомест, додека за лицата кои се вработени по договор, утврдивме дека се склучувани три вида договори и тоа:

- договори за отстапување на работници склучени со Агенција за привремени вработувања од Гостивар заклучно со јули 2009 година и тоа 49 - 53 вработени на ниво на ЗД, односно до 8 вработени во ИМП (1 лекар, 2 диспечерки, 5 медицински сестри). Вкупното учество на трошоци за укажување на ИМП по основ на склучени договори во однос на вкупните трошоци по истиот основ на ниво на ЗД е 7,07%.
- договори за волонтери за месеците август и септември 2009 година за 31 - 33 вработен на ниво на ЗД, односно 6 вработени во ИМП (2 лекари, 4 медицински сестри). Со оваа форма на ангажирање се опфатени истите лица како и со претходната форма на договори. Договорите за пружање на здравствени услуги за периодот октомври/декември 2009 година за 31 вработен на ниво на ЗД, односно 6 вработени во ИМП (2 лекари, 4 медицински сестри). Вкупниот износ на трошоци за исплата на овие договори за 2008 - 2009 е 19.911 илјади денари, или 1.580 илјади денари за ИМП од кои се исплатени приближно 10% и тоа само за месец октомври 2009 година.
- Договорите за пружање на здравствени услуги склучувани помеѓу физички лица и ЗД се склучени без да е наведен основ и критериум. Во договорите не е наведена конкретна активност и обем на работа за кои се ангажираат лицата.

Средства по наведените договори за периодот 2008 - 2009 година се проектирани и исплатени од сметката на буџет од самофинансирачки активности на ЗД.

Во периодот 2008/2009 година во ЗД Тетово, ангажирањето на лица за потребите на ЗД се вршело без да се дефинирани потреби и места односно со општ назив - извршување на привремени работи и преогало од една во друга форма на договори склучени со овие лица. Во извештаите од извршените ех-ante контроли на ФЗО на РМ во ЗД Тетово не се споменати исплати по основ на договори за пружање на здравствени услуги за вработување и/или волонтери иако една од областите на контрола се пресметките и исплатите на плати. ФЗО на РМ не ги споменува воопшто овие договори иако ја има контролната функција во повеќе сегменти. Образложенијата кои ги добивме од одговорните лица во ЗД Тетово за оваа

состојба се однесуваа на наоѓање на начини за задоволување на потребите од кадар поради недостаток во ЗД/ИМП.

2.2.9. За активностите на ИМП во поглед на преземање на повици, категоризација, фреквенција, одговор, време на одговор на повик, постапки за предавање на пациенти на понатамошни услуги не се воспоставени воедначени постапки и пристапи.

Со ревизијата ги опфативме и активностите на ЗД/ИМП од аспект на преземање на повик, категоризација на повици и критериуми, фреквенција на повици, одговор на интервенции, време на одговор, тријажа, документација, евиденција, како и постапки за предавање/упатување на пациенти од ИМП понатаму. Сите овие аспекти покажаа свои специфики во однос на праксата кај различни ЗД. Со увидот кај 18 ЗД констатиравме дека не е воспоставен воедначен пристап и постапки за опишаните активности. Во МЗ на РМ како и кај ЗД за овие активности не се пропишани генерални и/или посебни чекори за постапување (освен за документација и евиденција). Постојат посебни интерни акти – правилник за укажување на ИМП кој општо се однесува на улогата и функцијата на ИМП во ЗД, но кој не дава процедури и постапки започнувајќи од примањето на повиците до укажувањето на ИМП односно предавањето на пациентите на понатамошна постапка. Во погоре наведените аспекти со ревизијата утврдивме повеќе различности и недоследности и тоа во смисла на:

Преземање на повици – во сите ЗД се врши од страна на лекари/медицински сестри – диспечери. Согласно одредбите за работа на ЦИМП кој се уште не е формиран, ИМП е пропишано да биде во одвоена просторија. Изолирани случаи на функционирање на диспечерската служба од 18 ЗД/ИМП се ЗД во Скопје, Радовиш и Битола (се користи посебна просторија за повеќе намени).

Категоризација на повици и критериуми – категоризацијата на повици во ИМП се врши само во три ЗД - и тоа Скопје, Тетово и Кавадарци од 18 ЗД – и. Мислење на стручните лица во ЗД - и каде не се врши категоризација на повици е дека треба да се излегува на секој примен повик, за разлика од ЗД - и каде ова се применува, став е дека прво треба да се изврши категоризација на повикот според вид, степен на итност, возраст на пациентите, болеста кое е моментална проценка на лекарот и др. Ова од причини за одредување на приоритети при излегувањето на терен според проценка на тимот. Сепак овие постапки оставаат простор за лична професионална проценка. Заштита од неоправдани/лажни повици нема во ЗД и ова прашање е оставено на лична проценка на примателот на повикот – диспечер и/или лекар. Чести се случаите на вакви лажни повици по ЗД - и со тоа што ЗД Скопје има набавена опрема со регистратор на броеви и снимач на повиците кое го поедноставува начинот на идентификација на лажните повици и овозможува избегнување од непотребно излегување на терен.

Фреквенција на повици/интервенции – во терминологика смисла еден повик може да значи една или повеќе интервенции. Затоа бројот на повици се разликува од бројот на интервенции. Податоците за овие две активности по ЗД - и покажуваат разлики во бројот на повици/интервенции поради разноликоста на водењето на повиците/интервенциите. Некои ЗД – и овие две активности ги поистоветуваат, па прикажаните податоци за број на повици се еднакви со податоците за број на интервенции. Ова дополнително го отежнува препознавањето и дефинирањето на трошоците, ангажираноста – обем на работа за ИМП кое пак влијае на проекциите за реалните потреби во наредните периоди на ниво на ЗД/ИМП. Кај оние ЗД кои постои подвојување на бројот на повици од бројот на интервенции состојба е јасна и категоризирана според број на интервенции за еден повик, понатамошно упатување на пациентот – во државата и надвор, извршениот транспорт и друго.

Време на одговор – и по ова прашање нема генерално донесени и пропишани рамки. Надлежните лица во ИМП велат дека на секој повик се излегува “веднаш“. Но во различни услови и терминот “веднаш“ има различно значење, во зависност од патната инфраструктура, проодноста на сообраќајниците, пристапноста на теренот – планински, градски, временските услови и слично. Мерење на времето од примање на повикот до излегување на терен не се врши освен евидентирање на времето на повикот и времето на излегување и враќање од интервенција кај изолирани ЗД – и.

Предавање/упатување на пациентите на понатамошна надлежност – и оваа активност не е регулирана со постапки и процедури и покажува разноликост во праксата на ЗД/ИМП. Надлежните лица во ЗД/ИМП се соочуваат со проблеми при предавањето на пациентите од ИМП во болниците за понатамошни постапки кое се должи на отсуство на поврзаност при упатување на возилото на ИМП кон болницата со цел подготовка за прифаќањето на пациентот од болницата и оваа постапка ја вршат најчесто самите лица од ИМП.

Овие состојби влијаат неповолно на квалитетот на здравствените услуги во ИМП и ЗД во целина.

Истражувањата кои ги спроведовме за потребите на ревизијата и подобрувањата на оваа активност, според најдобрата пракса во областа, покажуваат дека времето на одговор на повикот од пациентот е клучен индикатор за мерење на квалитетот и успехот во вршењето на ИМП. Но секако примената на овој индикатор бара исполнување на други предуслови како што се поделба на повиците по категории – итни, ургентни и не ургентни т.е. не опасни по живот, определување на временска рамка за излегување на ИМП на повик според оваа категоризација на пример: итните во рамка од 15 минути; ургентните во рамка до 30 минути, не ургентни во рамка до 60 минути и сл. Постапувањето на оптимална временска рамка за одговор на повик се раководи од мерење на исполнување на истата. На пр. ако за не ургентните

повици рамката е 60 минути самата пракса покажува дали рамката е високо, соодветно или ниско поставена, и според оваа пракса истата може да се прилагодува во иднина. Друг индикатор кој може да се користи за подобрување на квалитетот на услугата на ИМП се секако и мерењата на мислењата на пациентите кои покажуваат каде, во кои процеси и функции треба да се извршат подобрувања. Овие мерења на мислењата на пациентите можат да се вршат на годишно ниво.

Важен дел од квалитетот на услугите на ИМП е и информираноста на пациентите како да повикаат ИМП. Добрата пракса покажува дека вообичаено пациентите се информираат на различни начини (интернет, телефонски, со објави во сите фреквентни објекти – банки, автобуски станици, амбуланти, училишта и сл.) за основните чекори како брзо и квалитетно да добијат ИМП. Овие податоци се дадени со цел да помогнат во односната активност и не се дел од ревизорските наоди.

2.3.1. Состојбата со обуките и стручното усовршување на здравствените работници кои работат во ИМП не е на задоволително ниво. Спроведени се мал број обуки кои не се раководат од програмите и потребите на здравствените работници.

Согласно одредбите од 333, МЗ на РМ ги утврдува критериумите и програмата за потреби од специјалистички и субспецијалистички кадри врз основа на кои ЗД - и носат програма за стручно усовршување на здравствените работници. Согласно актите на ЗД - и предвидено е секој ЗД да донесе правилник за стручно усовршување на работниците во кои се предвидуваат формите на стручно образование и усовршување како и стручно образование и усовршување на останатите вработени во ЗД. Со извршениот увид кај 18 ЗД/ИМП по ова прашање утврдивме дека кај повеќето ЗД во овие правилници не се јасни ниту образложени видовите на обуки. По доставените сертификати и уверенијата за посетени обуки, утврдивме дека во ЗД/ИМП во најголем дел со обуки се опфатени лекарите, додека медицинските сестри посетуваат само определени видови обуки, возачите се без обуки и стручни усовршувања. Утврдивме дека обуките за кои се однесуваат уверенијата и сертификатите се за периодот 2002 и 2003 година, додека во периодот 2004/2009 година реализирани се помал број на обуки во функција на вршење на ИМП. Овие обуки се на иницијатива и во организација на Македонско лекарско друштво и Медицински факултет – КАРИЛ и не се во релација со програмата од МЗ на РМ. Мислењата на одговорните лица во ЗД - и се неподвоени во однос на присутните проблеми со едуцираност на кадрите за користење на опремата, но и за читање на резултатите од истата за кое се принудени да бараат асистенција и стручно мислење од специјалистички кадар во ЗД.

Во ЗД Скопје со измените на интерните акти за внатрешна организација и систематизација на работните места од 2002 година, предвидено е формирање и воведување на Оддел за тренинг, едукација и доедукација на вработените. Оваа измена е внесена и во Правилникот за укажување на

ИМП но кон крајот на 2008 година, при што е наведено дека во ИМП функционира посебен Оддел за тренинг, едукација и доедукација на вработените. Со Одлука за измена и дополна на Правилникот за укажување на ИМП во 2009 година, оваа одредба од правилникот се менува, односно во ИМП се формира Оддел за едукација кој треба да врши континуирана едукација на кадрите, согласно Програмата за едукација. Во одделот треба континуирано да се вршат тренинзи за укажување на ИМП. Одделот за тренинг иако е проектиран од 2002 година до денес се уште не е во функција. Со одлука назначени се две лица за едукатори во функција на реализација на едукацијата. Програмата за едукација е во фаза на подготовка.

Истражувањата кои ги извршивме за потребите на оваа ревизија покажуваат дека клучен фактор за подобрување на квалитетот на услугите на ИМП е времето потребно за тренинг и обука на лицата кои ја вршат ИМП. Во таа насока минимум поминато време на тренинг и обука добрата пракса го проценила периодот од 4 години и тоа само за стекнување способност за дијагностицирање на пациентот од што страда, колкава е сериозноста на болеста и/или повредата, неопходен третман и дали понатамошна лекарска интервенција е потребна. Во таа смисла определени се и нивоата на обука на потребни или основни и континуирани обуки на годишно ниво. Овие податоци се дадени со цел да помогнат во односната активност и не се дел од ревизорските наоди.

Во областа **финансирање на ИМП во РМ**, ревизијата се насочи кон оценка на неколку ревизорски прашања поврзани со ризиците кои произлегуваат поради невостоставен начин на раздвојување на средствата и трошоците во функција на ИМП, кое ја отежнува анализата за мерење и лоцирање на потребите за вложувања во ИМП. Основни прашања кои произлегоа од ова ризично подрачје се следните:

- 3.1. Дали одобрените буџети за финансирање на ЗД се одраз на поставените критериуми со фокус на ИМП?
- 3.2. Дали критериумите за финансирање на ЗД значат реално одобрени буџети по ЗД?
- 3.3. Колку е учеството на трошоците за ИМП во буџетот на ЗД и колку истите влијаат врз севкупното работење на ЗД?

Во функција на давање на одговори зад секое од поставените прашања, дадени се следните образложенија:

3.1.1. Проектираните потреби за финансиски средства на ЗД и одобрените буџети покажуваат разлики како во нагорна така и во надолна насока.

Според податоците кои ги обезбедивме од 18 ЗД - и кои се однесуваат на проектираните потреби за средства и одобрените буџети за 2008/2009 година, видливи се меѓусебните отстапувања како во позитивна така и во негативна насока. Имено, за 2008 година кај 7 ЗД - и одобрени се буџети во

помали износи од нивните проекции во вкупна вредност од приближно 138 милиони денари, а за 11 ЗД - и одобрени се буџети во поголеми износи од нивните проекции во вкупна вредност од приближно 101 милиони денари. Податоците за 2009 година покажуваат дека кај 13 ЗД се одобрени буџети во помали износи од нивните проекции во вкупна вредност од приближно 75 милиони денари, а кај 5 ЗД одобрени се буџети во поголеми износи од нивните проекции во вкупна вредност од приближно 5 милиони денари. Ваквата пракса покажува дека одобрените буџети не кореспондираат со потребите/проекциите на ЗД - и односно при распределба на буџетите не се применуваат критериуми. Секако дека распределбата на буџетите зависи и од масата на расположливи средства во ФЗО на РМ. За оваа состојба се свесни и запознаени и одговорните лица во ЗД во Република Македонија. Оттука, не е јасно кои биле критериумите за распределба на средствата по ЗД за периодот 2008/2009 година од ФЗО на РМ.

3.1.2. Постојењето и примена на пропишани критериуми за склучување на договори меѓу ФЗО и ЗД со цел регулирање на начинот на плаќање на здравствените услуги вклучително и ИМП, во пракса покажува разлики во нивната примена.

Согласно одредбите од ЗЗО утврдени се обврските на ФЗО на РМ за утврдување на критериуми за склучување на договори со ЗУ - и за начинот на плаќање на здравствените услуги според: број на осигурени лица, утврдени цени на здравствени услуги, програми за одделни видови на здравствена заштита односно услови и утврдени средства во буџетот на ФЗО на РМ по намени и други критериуми. Состојбата со примената на поставените критериуми во пракса е следна:

- Буџетот или Надоместокот за здравствените услуги за ИМП/ЗД за периодот 2008 – 2009 се утврдува како надоместок на здравствените услуги во примарна здравствена заштита, со договор помеѓу ФЗО на РМ и ЗД со примена на Ценовник на здравствени услуги на РМ. Во договорот предвиден е план за вид и обем на здравствени услуги за ИМП/ЗД кој се изготвува по број на случаи според потребите на населението и бројот на лекарските тимови. Со увид во податоците за буџетите на 18 ЗД утврдивме отстапувања од пропишаните критериуми за надоместокот за здравствени услуги. Од извршените анализи за одобрување на средства врз основа на критериумите број на население/лекарски тимови утврдивме дека во голем број на ЗД не се применети утврдените критериуми. Утврдивме дека во 12 ЗД не е применет критериумот број на население за утврдување на потребен надоместок на ЗД, односно одобрените средства не се резултат на примена на критериумот број на население. Имено, доколку се примени критериумот број на население најголем буџет треба да имаат ЗД кои работат на територија со најгуста населеност.

Праксата не ја потврдува примената на овој критериум. Имено од 18 ЗД со примена на критериумот број на население утврдивме дека кај 7 ЗД се одобрени помали буџети и тоа: Куманово, Гостивар, Струмица, Велес, Струга, Кичево и Кавадарци, односно кај 4 ЗД се одобрени поголеми буџети и тоа: Битола, Прилеп, Делчево и Крива Паланка отколку кога би се применил поставениот критериум. Анализата со примена на критериумот за определување на буџет според број на лекарски тимови покажува дека не е почитуван и овој критериум кај сите 18 ЗД. Оваа пракса произлегува од првичната поделба на оптималниот/потребен број на лекарски тимови по ЗД каде бројот на население не е користен како критериум. Така праксата покажува дека ЗД Тетово и Струмица имаат најмал број на тимови иако опслужуваат население од околу и над 100.000 илјади жители. Ова неповолно влијае на функционирањето на ИМП и ЗД во целина како и на задоволување на потребите на граѓаните.

3.1.3. Според одредбите на договорот, фактурирањето на здравствените услуги на ниво на ЗД/ИМП кон ФЗО на РМ е на месечно ниво. Во услови на отстапување од планот за обем на извршени услуги се врши промена во висината на месечниот надоместок. Со увидот во плановите за вид и обем на здравствени услуги на 18 ЗД за периодот 2008/2009 година утврдивме дека не се постапува согласно овие поставени одредби. Со ревизијата утврдивме дека за 2008 година во ЗД Кавадарци и покрај намален обем на извршени услуги има месечно зголемување на надоместокот. Во ЗД Кичево и Струга при поголем обем на извршени здравствени услуги во двете години, сепак месечните надомести останале исти. Од страна на ФЗО на РМ кај овие ЗД се извршени контроли по дејности за 2008 година по кои се издадени извештаи. Според извештаите за ЗД Кавадарци, Кичево и Струга овие состојби со обемот на здравствени услуги и надоместокот не се коментирани.

3.1.4. Критериумите за распределба на средствата за функционирање на ЗД/ИМП за двете години подразбира и прашања за процентот на наплата за извршени услуги од ЗД/ИМП за истиот период. Со извршениот увид во документацијата на 18 ЗД - и утврдивме дека процентот на наплата на фактурирани услуги за ИМП и на ниво на ЗД за периодот е различен. Анализите покажуваат дека постојат разлики помеѓу вредноста на фактурирани услуги до ФЗО и наплатени услуги на ниво на 18 ЗД и тоа во две насоки – поголем и помал износ на наплата од износот на фактурирани услуги. За 2008 година кај 4 ЗД - и утврдивме помали износи на наплата од износот на фактурирани услуги, а кај 14 ЗД наплатата е во поголеми износи од износите на фактурирани услуги.

За периодот јануари - октомври 2009 година состојбите покажуваат дека кај 2 ЗД наплатата е извршена во помал износ од износот за кој се

фактурирани услуги, а кај 16 ЗД наплатата е извршена во поголеми износи од износите на фактурирани услуги. Значајни се разликите помеѓу износите на наплатени и фактурирани услуги кај ЗД Скопје, Тетово, Струмица, Битола и Струга. Една од причините за овие состојби кога се работи за повеќе наплатени од фактурирани услуги според одговорните лица во ЗД Битола е ограниченоста да се фактурираат сите реално извршени услуги. Имено, ЗД/ИМП немаат секогаш можност да фактурираат за услуга на ИМП во ситуација на сообраќајна незгода поради технички прашања. Имено, ФЗО иако предвидел и понудил конципиран опис на услуга – формулар на ИМП во ваков случај, со увидот кај 18 ЗД – и истиот не ни беше доставен. Тоа значи дека ЗД/ИМП која врши интервенција во опишаната ситуација не може да достави и поткрепувачка документација/фактура со цел наплата на побарувања за извршената услуга. Во ЗД каде не е организирана ИМП, истата се укажува преку лекари концесионери. За овие услуги ЗД исто така немаат определена форма за фактурирање на услугите. Овие недоречености во фактурирањето и наплатата на услугите на надлежните лица од ФЗО на РМ им се познати но не се преземени активности за нивно надминување. Овие состојби неповолно влијаат на функционирањето на ИМП и на ЗД во целина како и на штета на граѓаните.

- 3.1.5.** Со ревизијата утврдивме дека одредувањето на учеството на трошоците за укажување на ИМП по ЗД - и е мошне сложено поради праксата на прикажување на вкупни трошоци на ниво на ЗД. Имено, раздвојување на средствата и трошоците кои се во функција на ИМП од вкупните трошоци на ниво на ЗД не се врши. Во планот за обем на услуги и пресметката за остварен обем на услуги што секој ЗД го изготвува како обврска согласно Договорот, предвидени се ИМП услугите по вид и обем, но самите ЗД не се обврзани да ги прикажуваат одвоено трошоците во своите евиденции според вид на здравствени услуги. Овој начин на прикажување на вкупен износ на трошоците на ЗД влијае на реалноста и објективноста при проценката на потребни финансиски средства, по места на настанување и по видови на услуги кое значително влијае на податоците при изработката на проекциите и потребите за секоја наредна година за секој ЗД.

Ризична област - **контроли над работењето на ИМП од надлежните институции.** Прашањата од ова ризично подрачје се однесуваа на следното:

- 4.1. Дали МЗ согласно законската обврска, врши надзор над законитоста на работата на ЗД и надзор над стручна работа?
- 4.2. Дали во ЗД се врши внатрешен надзор со цел оценка на квалитет на работењето во ЗД?

Во функција на давање на одговори зад секое од погоре поставените прашања, дадени се следните состојби и образложенија подолу:

4.1.1. Обврската за спроведување на контрола и надзор над законитоста на работата на ЗД и стручната работа како и внатрешниот надзор во ЗД не се врши на потребното ниво;

Согласно одредбите на ЗЗЗ, МЗ на РМ има обврска да врши надзор над законитоста на работата на ЗД - и и над стручната работа најмалку еднаш во годината. Според МЗ на РМ, надзор над законитоста на работењето се врши повремено, согласно потреби и цели на МЗ на РМ, најчесто по одредени прашања преку формирана комисија која подготвува пишани записници но не се оставаат примероци до ЗД. На барање на ревизијата да се достават овие записници од извршен надзор, одговорните лица во ЗД образложија дека надзор над законитоста на работењето и надзор над стручната работа од МЗ на РМ не се врши редовно, односно не се врши воопшто. Со увид во документацијата на ЗД - и наидовме единствено на записници за извршени редовни контроли над примената на законите и прописите и на општите акти на ЗД, записници за увиди извршени во службите на ИМП и записници од извршени контроли по пријава на пациенти издадени од ДСЗИ.

ФЗО на РМ согласно ЗЗО врши контрола на средствата на ЗУ остварени од ФЗО во смисла на нивното наменско и економично користење. За извршените контроли издадени се извештаи – месечни и на годишно ниво. Одговорните лица од МЗ на РМ образложија дека надзори се вршат по потреба – имунизација, вакцинација и сл. но надзорот како активност според одредбите од ЗЗЗ не се спроведува. Одговорните лица во МЗ на РМ се свесни за потребата од воведување на формата записници по извршен надзор со примерок за ЗД кое се планира за во иднина.

4.1.2. Согласно одредбите од ЗЗЗ и интерните акти на ЗД, пропишано е вршење на внатрешен надзор над стручноста на работењето на вработените во ЗД од самата ЗД кое е регулирано и со интерните акти на ЗД. Формата на спроведување на внатрешниот надзор најчесто е определена преку работа на комисија и издавање на извештај. Со увидот извршен во 18 ЗД утврдивме дека внатрешен надзор над стручноста на работењето на вработените во ЗД/ИМП практично не се спроведува. Според одговорните лица постојат форми со кои се обезбедува внатрешен надзор во секојдневната комуникација со која се следи работењето на вработените, и поврмени состаноци на релација директор - одговорно лице. Сепак, овие активности не предизвикуваат и формирање на документација со цел осигурување и документирање на извршената контрола односно не се генерира пишан траг за спроведениот надзор. Во ЗД Кочани специфично по однос на внатрешниот надзор е што истиот е регулиран со книга за надзор и определени лица за вршење на надзорот.

Утврдени состојби

Во текот на ревизијата констатиравме состојби кои влијаат на областа кај која е извршена ревизија.

1. Постои невоедначен пристап на МЗ кон ЗД во делот на исплата на обврските на МЗ кон ЗД за извршени услуги по програми за работа на МЗ. Овие состојби според образложенијата на МЗ на РМ се должат на ненавремена достава на фактури или погрешно прикажување на извршени здравствени услуги за кои фактурите се враќаат на преработка.
2. Согласно одредби од ЗЗЗ на барање на корисник на здравствени услуги кои се пружаат под посебни услови, услугите задолжително се доплатуваат според ценовник изготвен од ЗД и одобрен од УО на ЗД. Овој ценовник е една од основите за остварени приходи на ЗД. Ваков ценовник постои само во ЗД Кавадарци. На барање на ревизијата за одлука на УО за усвојување, истата не е доставена, иако ценовникот се применува.
3. Во 2010 година, од ФЗО на РМ донесена е Одлука³ со утврдени критериуми според кои ќе се утврдува надоместокот (буџетот) за обезбедување на здравствени услуги на годишно ниво, а тоа се остварените трошоци во претходни години по вид и обем на здравствени услуги од превентивна и итна медицинска помош. Според оваа Одлука за првпат се воведуваат критериуми според кои ќе бидат и поединечно опфатени сите здравствени дејности со склучување на договори на квартално ниво.

Препораки

Како резултат од спроведената ревизија, а со цел да дадеме придонес во функција на отстранување на констатираните неправилности, незаконитости и негативни состојби како и подобрување и унапредување на целокупната активност на ИМП, изградивме сет на препораки насочени кон министерот на Министерството за здравство на РМ како и кон одговорните лица на здравствените домови на територија на РМ кои ги даваме во продолжение:

1. Со цел правилно и целосно спроведување на одредбите за правата од здравствена заштита во кои се подредува и укажувањето на итна медицинска помош кои права произлегуваат од основното право дека секој има право на заштита на здравјето врз начелата на заемност и солидарност, потребно е министерот на Министерството за здравство на РМ да преземе конкретни чекори и постапки за наоѓање и отпочнување на системско решение на областа итна медицинска помош. Оваа иницијатива се однесува не само на областите кои се покажаа како ризични и итни туку на решавање на клучните аспекти на целиот систем на ИМП. Имено, да се преземат иницијативи и итни активности со цел:
 - единствено, еднакво и итно воспоставување на службите на ИМП во законска и подзаконска рамка со цел нивно непречено функционирање во

³ Извор на податоци: Одлука за утврдување на критериуми за утврдување на буџетот на ЗУ од превентивна и итна медицинска помош, специјалистичко - консултативна здравствена заштита и болничка здравствена заштита - Сл. Весник на РМ бр. 9 од 22.01.2010 година и нејзина измена - Сл. Весник бр. 44 од 31.03.2010 година;

ЗД. Исполнување и воведување на законските одредби кои ја регулираат ИМП во сите нејзини аспекти во пракса со цел оправданост и функционалност на тековните законски решенија од областа. Во спротивно тековните законски решенија не нудат промени и подобрување;

- интензивирање и забрзување на процесите и постапките на носење на стратегија за итните медицински служби во РМ, со што ќе се овозможи утврдување на планови за развој на ИМП во РМ, активности, средства и надлежности за исполнување на поставените цели, а со тоа и подигнување на нивото на услуги за укажување на ИМП на граѓаните, обезбедување и остварување на законските права на граѓаните кои произлегуваат од тековната законска регулатива на РМ во областа на здравството, постапно и квалитетно решавање на тековните недостатоци на целиот ИМП систем во РМ;
- креирање, воспоставување, утврдување и примена на единствени критериуми, согласно кои ИМП во ЗД ќе бидат организациски поставени правилно со што ќе се елиминираат можностите за настанување на разлики произлезени од невоедначената организациона поставеност во ЗД како и сите придружни ефекти од истите;
- итно да се иницираат постапки за креирање, воведување и примена на конкретни, јасни, недвосмислени и применливи критериуми во однос на повеќе аспекти на ИМП во ЗД. Имено, стручните капацитети на МЗ на РМ да направат анализа и проценка на критериуми за утврдување на големината, опременоста, бројот на тимови, оптималниот број на потребни возила, вид на возила според конфигурацијата на терен, оптимално потребната опрема во возила, одржувањето на возилата и на опремата, бројот на лица и тимови според потребите, функционирањето и ракувањето со опремата како и другите прашања поврзани со ИМП со цел правично и навремено обезбедување на загарантираното право на ИМП до сите граѓани на целата територија на РМ. Оваа анализа може да се темели на поединечните податоци и анализи направени од секој ЗД поединечно или група на ЗД кои опфаќаат еден регион;
- во насока на почитување, примена и квалитативна промена односно усогласување на потребите од подобрување на погоре споменатите критериуми, неопходно е министерот да ги зајакне системите на контроли во смисла на законско работење на ЗД како и стручното исполнување на дадените обврски на ЗД и посебно во делот на признавање, препознавање, мерење и одобрување на финансирањето на здравствените услуги на релација ЗД – ФЗО на РМ;
- да се креира, воспостави и спроведе годишна рамка на обуки и стручно усовршување на ниво на министерство за здравство која ќе се применува кај сите ЗД за категории на вработени во ЗД кои ги обезбедуваат здравствените услуги. Рамката може да биде поставена според потребите, искуството, работните задачи и задолженија како и други критериуми. Обуките може да бидат почетни, напредни, задолжителни и/или информативни. Да се

РЕВИЗОРСКИ НАОДИ

назначат и определат тимови за спроведување на обуките со цел еднакво, навремено и квалитетно спроведување на поставената рамка на обуки.

2. Одговорните лица во ЗД - и да преземат конкретни, јасни и квалитетни активности за:

- точно и контролирано прикажување на трошоците на ИМП, раздвојување на надлежностите на службите на ИМП и матичните лекари, евидентирање на повиците на пациентите, времето на одговор, категоризација на повиците според итност, а кои активности ќе придонесат кон подобрување на сите последователни активности на ЗД, вклучително и ИМП и исполнување на законските одредби за загарантираното право на здравствена заштита;
- Организација и спроведување на надзор и контрола на исполнувањето на критериумите за укажување на ИМП во смисла на стварни и прикажани трошоци, лица и тимови кои укажале ИМП, потрошена терапија и гориво, односно генерирање на неопходна документација со која ќе се прикажат реално направените здравствени услуги на ИМП и која претставува основа за исплаќање на финансиски средства;
- Снимање на тековната состојба со возила, старост и нивна функционалност, опрема во возилата, тимови по бројност и стручност за укажување на ИМП со цел одредување на реалните потреби за подобрување на услугата ИМП за секој ЗД според големина на територија, конфигурација и пристапност на теренот, број на жители и други критериуми како на пример видови на болести/интервенции кои се симптоматични за одреден ЗД и/или регион.