



Универзитет на Југоисточна Европа

Факултет за бизнис и економија

Насока: Финансии и сметководство

ЛИРИДОН АМЕТИ

**УЛОГАТА И МЕСТОТО НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА ВО
ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ**

Тетово, јуни 2019 година

СОДРЖИНА:

Апстракт	4
Вовед	6
Глава 1. Јавен сектор и јавни претпријатија	13
1. Поим и значење на јавната инфраструктура	13
1.1. Јавен интерес	14
1.2. Јавен сектор	16
2. Историски развој на јавниот сектор	19
3. Дефиниции за опфатот на јавниот сектор	21
4. Мерење на јавниот сектор	24
5. Јавни претпријатија и нивните карактеристики	27
5.1. Основање на јавно претпријатие	29
5.2. Организација на јавните претпријатија	31
6. Јавните претпријатија во Р. С. Македонија и регулативите на ЕУ	35
Глава 2. Здравствен систем во Р. С. Македонија	37
1. Поимно определување на здравјето	37
2. Дефинирање и организираност на здравствената заштита	39
3. Поим и значење на здравствениот систем	42
4. Дефинирање на поимот здравствена организација	44
5. Систем на здравствено осигурување	46
6. Здравствен систем на Република Северна Македонија	50

Глава 3. Финансирање на здравствената заштита	52
1. Поим и значење на финансирањето	52
2. Видови на финансирање	54
3. Основни принципи за вреднување на финансирањето на здравствениот систем	56
4. Основни елементи во финансирање на здравствената заштита	58
5. Основни системи на финансирање на здравствената заштита во современите земји	61
6. Процес на финансирање на здравствената заштита	66
7. Методи и извори за финансирање на здравствената заштита	68
Глава 4. Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија како дел од здравствениот систем	71
1. Развој и структура на Фондот за здравствено осигурување на С. Македонија	71
2. Финансиски текови на системот за јавно здравје	77
3. Структура на приходи и расходи на Фондот за здравствено осигурување на РСМ	81
4. Анализа на финансиските извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Р.С. Македонија	120
Заклучок	126
Користена литература	129

Апстракт

Во минатото, здравствениот систем во Социјалистичка Република Македонија, односно пред демократизацијата во 1991 година, беше автономен и децентрализиран, услугите и финансирањето беа контролирани и организирани на општинско ниво.

Здравствениот систем беше организиран во самостојни самоуправни заедници: здравствените услуги беа во сопственост на 30-те општини и Градот Скопје, а само големите проекти беа централно планирани и изведувани. Системот се финансираше првенствено на општинско ниво, но постоеше и фонд на централно ниво кој служеше за финансирање на оние општини кои не успеале да одвојат доволно средства за услугите од здравството.

Со оглед на тоа дека секоја општина посебно ги развиваше своите структури за пружање на здравствени услуги, децентрализираниот систем доведе до фрагментација на пружањето на услугите и дуплирање како на установите така и на услугите.

Така се основаа различни единици кои често содржеа елементи на примарна, секундарна и терцијарна заштита. Влијанието на централната власт врз целокупниот развој на здравството на локално (општинско) ниво беше минорно заради независноста која ја имаа општините во областа на донесување на одлуки и финансирањето.

Одовде, произлегува и практично, важноста на самата тема, која е поврзана со Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија, како дел од здравствениот систем, како институција, односно установа која е од јавен карактер, нејзината улога и место во самиот здравствен систем, како и начините на финансирање на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија.

Клучни зборови: здравство, здравствен систем, Фонд за здравствено осигурување, здравствена заштита, финансирање

Abstract

In the past, the health system in the Socialist Republic of Macedonia, ie before democratization in 1991, was autonomous and decentralized, the services and financing were controlled and organized at the municipal level.

The health system was organized in independent self-governing communities: health services were owned by the 30 municipalities and the City of Skopje, and only large projects were centrally planned and performed. The system was financed primarily at the municipal level, but there was also a central level fund that served to finance those municipalities that failed to allocate sufficient funds for health services.

Given that each municipality has specifically developed its health care delivery structures, the decentralized system has led to fragmentation of service delivery and duplication of both institutions and services.

Thus, various units were established that often contained elements of primary, secondary, and tertiary protection. The influence of the central government on the overall development of health at the local (municipal) level was minor in view of the independence of the municipalities in the area of decision making and financing.

Hence, it arises, and practically, the importance of the topic itself, which is related to the Health Insurance Fund of North Macedonia, as part of the health care system, as an institution, that is, a public institution, its role and place in the health system itself, the ways of financing the Health Insurance Fund of North Macedonia.

Key words: health, health system, health insurance fund, health care, financing

Вовед

Законот за здравство е усвоен истата година, 1991, кога е основано и Министерството за здравство, и со тоа практично започнува процесот на централизација на финансирањето и управувањето, со цел за да се задржи автономноста на здравствените структури на локално ниво. Имајќи го предвид недостатокот од соодветни ресурси, приоритет во однос на развојот на управувањето на локално ниво доби централното планирање на инфраструктурата.

Основањето на Фондот за здравствено осигурување е следен чекор за зацврстувањето на централното стратешко и оперативно планирање. Меѓутоа, амандманите на Законот за здравство во 1995 година ја истакнаа потребата од локално учество во донесувањето на одлуки.

Затоа е предложено основање на управни одбори во здравствените институции. Овие одбори се состоеја од претставници на вработените и претставници назначени од Парламентот на државата.

Со измените на законодавството во сферата на локалната самоуправа во 2004 година општинската власт има право да кандидира свои претставници во управните одбори во установите за примарна здравствена заштита.

Веќе од 2005 година болниците започнаа да добиваат средства за нивните годишни буџети и на тој начин директорите и управните совети се здобија со поголема независност. Понатаму, во болниците кои имаат договор со Фондот за здравствено осигурување беа воспоставени индикатори на успешност со цел да се подобри следењето (мониторинг).

Зголемената автономија на здравствениот систем во Северна Македонија ќе бара соодветни регулаторни структури. Исто така, здравствените институции ќе треба да имаат поголема автономија во планирањето на човечките ресурси, т.е. да го имаат правото да вработуваат нов или отпуштаат неадекватен персонал.

Како дел од здравствениот систем, кој е подетално разработен и во магистерскиот труд, Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија, го надгледува системот на осигурување, ги собира придонесите на осигурениците и склучува договори со институциите.

Фонд за здравствено осигурување (ФЗО) е заснован на принципите на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефикасно искористување на средствата. ФЗО врши надзор над системот за осигурување, преку собирање на средствата од осигурениците и склучување договори со давателите на услугите. Во 2002 година Фондот започна да склучува договори со приватни институции од примарниот здравствен сектор за капитација. Фондот собира податоци за полисите на осигурување на населението и обезбедува услуги според претходно дефинираниот пакет на бенефиции. Во почетокот, Фондот работеше во состав на Министерството за здравство и директорот беше назначуван од Владата. Со усвојувањето на Законот за здравствено осигурување во 2000 година Фондот стана независна институција.

Денес, неговиот управен одбор се состои од претставници на Фондот, Министерството за здравство и Министерството за финансии и 6 претставници на корисниците на услугите. Последните амандмани на законот предвидуваат ротирачко претседателство на управниот одбор од страна на Министерството за здравство Министерството за финансии како и право на вето. Управниот одбор го назначува директорот на Фондот за здравствено осигурување, под услов Владата да е согласна со таа одлука.

И покрај тоа што е структуриран како посебна институција, Фондот за здравствено осигурување има свои недостатоци. На пример, Фондот има потреба од подобрување на своите капацитети за планирање на буџети, вклучувајќи ги тука и одредувањата на глобални буџети за доставувачите.

Понатаму, планирањето на буџети треба да ги опфаќа и капиталните инвестиции како вид на трошок. Меѓутоа познато е дека „планирањето на буџетот е доведено во опасност ако договорените средства од централниот буџет не се префрлаат на време“.

Здравствениот осигурителен фонд треба да ги подобри своите инструменти за надгледување на буџети и известување за нивната состојба, како и да развие метод на корективни мерки во случај надгледувањето на буџетот да покаже неусогласување со зацртаните цели (www.fzo.org.mk/, пристапено на 05.12.2018).

Од наведеното, може да се заклучи дека предмет на истражување во магистерскиот труд „Улогата и местото на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија“ е Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија, како институција, односно претпријатие кое е од јавен карактер и е дел од здравствениот систем. Во трудот, посебен акцент, во истражувачкиот дел ставен на самата структура, улогата, надлежностите и на начините на финансирање на оваа јавна установа.

Имено, согласно членот 67 од Законот за здравствено осигурување, Фондот е должен еднаш годишно да доставува до Министерството за здравство, до Владата и Собранието на Република Северна Македонија, анализа за економско-финансиското работење на Фондот. Анализата во истражувањето, за целите на трудот, е составена од анализа на економско-финансиското работење на Фондот за периодот од 2013 до 2017 година, и е изготвена на основа на податоците од сметководствената евиденција на Фондот, односно од Годишните извештаи на ФЗОСМ. Во анализата се дадени податоци за приходите, расходите и финансискиот резултат по Годишната сметка за изминатите 5 (пет) години.

Средствата за работа на Фондот се обезбедуваат од придонесите за задолжително здравствено осигурување и тоа од: придонесите од плати, од дополнителниот придонес во случај на повреда и професионално заболување и трансферни приходи, од придонесите од пензиите, придонесите од лица кои се пријавуваат како невработени и од средствата од Буџетот на РСМ за програмите за здравствена заштита и за социјалните програми.

Во финансирањето на здравствената заштита, осигурениците учествуваат со лични средства за покривање на трошоците за здравствените услуги и лековите (партиципација). Остварените средства во Фондот се користат за покривање на трошоците за: здравствени услуги на осигурените лица; лекови и медицински материјали за лекување; ортопедски и други помагала; парични надоместоци; инвестициони вложувања; трошоци на Администрацијата, и за други потреби за спроведување на задолжителното осигурување.

Како цели на истражување во магистерскиот труд, „Улогата и местото на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија во здравствениот систем“, е да се увиди, односно да се анализира суштината на постоењето на јавните претпријатија, односно организации, како дел од јавниот сектор, како и да се анализираат јавните институции во Р. С. Македонија. Следната цел е да се разработи поимот и значењето на здравствениот систем, преку неговото дефинирање, организација и нивоа на здравствена заштита. Следна цел на трудот е да се анализира финансирањето на здравствената заштита, преку анализа на основните принципи, елементи и системи во финансирањето на здравствената заштита, како и да се даде приказ на финансирањето на здравствената заштита во Р. С. Македонија.

Секако, како што говори и самиот наслов, целта на трудот е и да го анализира работењето на Фондот на здравствено осигурување, организационата поставеност, неговото место и улога во здравствениот систем во Република Северна Македонија, како и да даде увид на структурата на јавните приходи и расходи на оваа важна јавна организација.

Низ страниците на истражувачкиот дел на трудот, ќе се анализира, проучи, презентира суштината на системот на финансирање на здравствената заштита во Република Северна Македонија, за тоа што е направено и што треба да се направи. На кој начин функционира самиот здравствен систем во Република Северна Македонија, со посебен осврт на Фондот за здравствено осигурување на Р. С. Македонија.

За да се даде одговор на овие прашања, во трудот се применети методите на теоретска и економска анализа, емпириско и компаративно истражување, позитивно-правниот метод. За да се дојде до заклучни согледувања најпрвин е дадено поимно определување на поимот на овој труд, истражена е и поставеноста на системот на финансирање на здравствениот сектор во Република Северна Македонија, неговата организација, предности и недостатоци и тоа преку детално проучување на законската регулатива и статистичките податоци.

На крај, како резултат на добра обработка на собраните податоци и информации, даден е одговор на поставените прашања, што претставуваат и цел на овој труд, како и одговор на прашањето во врска со местото и улогата на Фондот на здравственото осигурување во здравствениот систем на Р. С. Македонија.

Хипотезите треба да ги исполнат неопходните критериуми за создавање на истите, треба да бидат логични, да може да се тестираат, да содржат прецизни врски меѓу варијаблите на истражувањето и друго.

Покрај соодветното резиме, трудот „Улогата и местото на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија во здравствениот систем“, содржи и проверка (квалитативна) на основните хипотези на истражувањето, односно заклучок за тоа дали истите се потврдуваат или се отфрлаат.

Во овој магистерски труд презентирани се неколку одлучувачки фактори кои се од клучно значење за успешна анализа на поимот, значењето, местото и улогата на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија.

За потребите на истражувањето се воспоставува следната генерална хипотеза, која гласи: Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија има клучна улога во здравствениот систем на Република Северна Македонија.

Помошните хипотези во магистерскиот труд се:

1. Структурата, функциите и организациската поставеност на ФЗОСМ придонесуваат за успешно реализирање на целите на оваа јавна организација, како дел од здравствениот систем;
2. Структурата на јавните приходи и расходи имаат важна улога врз успешноста на работењето на ФЗОСМ како дел од здравствениот систем на Р. С. Македонија.

Со примена на соодветни методи на научно истражување може успешно да се докажат претходно наведените истражувачки хипотези и да се изведат веродостојни заклучоци за јавната институција која е предмет на истражување, а е дел од здравствениот систем на нашата земја.

Истражувањето во магистерскиот труд поаѓа од основните и општи научни методи, пред сè од дедуктивниот и индуктивниот метод. Во истражувањето се применети методот на анализа, со кој се објаснуваат карактеристиките на јавниот сектор и јавните претпријатија

(институции), или попрецизно, местото и улогата на ФЗОСМ во здравствениот систем на земјата.

Имено, во текот на истражувањето беа користени следните методи:

- ✓ Компаративен метод;
- ✓ Дескриптивен метод; и
- ✓ Аналитичко - синтетички метод.

Компаративниот метод овозможува анализа на сличностите и разликите и утврдување на причинско-последичните последици помеѓу набљудуваните појави, односно изведување на заклучоци за постоечката состојба здравствениот систем, како дел од јавниот сектор.

Дескриптивниот метод се користи за формирање на теориска основа на истражувањето со цел за да се претстави и теоретски предметот на истражување, а со тоа и да се овозможи и дефинирање на основните поими и да се утврдат целите и задачите на емпириското истражување. При тоа, користени се различни извори за достапност на податоците, како што се: стручна литература, статистички податоци, документи од областа на јавниот сектор и здравствената заштита, како и конкретни примарни и секундарни истражувања.

Аналитичко-синтетичкиот метод подразбира анализа на набљудуваните појави во работењето на ФЗОСМ, како дел од здравствениот систем на Р. С. Македонија за период од 2013 до 2017 година, и врз чија анализа на финансирањето и управувањето со финансиите за да може да се донесат соодветни заклучоци за местото на ФЗОСМ во здравствениот систем и други заклучоци кои се значајни за ова истражување.

Во рамките на овие методи, применени се и следниве техники за собирање на емпириски податоци:

- ✓ Анализа на содржини,
- ✓ Анализа на извештаи, и
- ✓ Анализа на литература.

При истражувањето можни се одредени, но не и драстични промени во однос на истражуваните организации кои се занимаваат со услужна дејност, или попрецизно, со услуги наменети за пошироката јавност, односно за граѓаните во Република Северна Македонија, односно за граѓаните кои ги користат услугите од јавниот сектор.

Примарното истражување е структурирано како квантитативно истражување кое се потпира на теорија на веројатност и статистика, и поаѓа од јасно дефинираните, однапред поставени хипотези кои се тестираат со одредени статистички постапки.

Истражувањето е реализирано со помош на податоци објавени од страна Министерството за здравствено осигурување, како и релевантни и официјални извештаи од Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија.

Во текот на истражувањето, собраните податоци се внесени во соодветна компјутерска форма, со чија помош ќе биде спроведена подетална анализа на податоците и истите се и графички прикажани. Во анализата е користена дескриптивна статистика која ги опишува, споредува и анализира појавите врз основа на прикази и нумеричка обработка на познати податоци според различни статистички обележја.

Глава 1. Јавен сектор и јавни претпријатија

1. Поим и значење на јавната инфраструктура

Јавната инфраструктура може да се опише како објекти кои се наопходни за функционирање на економиите и општеството.

Јавната инфраструктура може да се подели на (Nellis, Birdsall, 2005):

- ✓ Економска инфраструктура, како на пример, превозни содржини и комунални мрежи (вода, канализација, електрична енергија и др.), односно инфраструктура која се смета како неопходна за секојдневните економски активности;
- ✓ Општествена инфраструктура, како што се на пример, училиштата, болниците, библиотеките, затворите и друго, односно инфраструктура која се смета како неопходна за структурираноста на општеството.

Јавно-приватното партнерство најчесто се смета како посебен вид на кооперација помеѓу јавниот и приватниот сектор, чија цел е задоволување на потребите од областа на јавната инфраструктура. Во таква ситуација, од една страна, практично, е интересот на јавниот сектор кој се согледува во што поквалитетно задоволување на јавниот интерес, додека пак, од друга страна, е интересот на приватниот сектор кој се искажува преку остварување на што поголем профит.

Она што не е до крај разјаснето е прашањето за тоа што претставува јавниот интерес, кој го дефинира, кој го промовира, кој го задоволува, од кои средства се обезбедува, кој го сноси ризикот, кој е одговорен за неговото остварување и уште низа од прашања кои често се појавуваат во јавноста, а на кои тешко може да им се даде јасен и прецизен одговор.

1.1. Јавен интерес

За да може да се одговори на прашањето што претставува јавен интерес и неопходноста од неговото задоволување, потребно е пред тоа да се каже нешто за тоа кој е во основа задолжен за задоволување на јавниот интерес. Покрај тоа, неопходно е да се укаже и на изворите на средства од кои може да се обезбедат услови за да се задоволи јавниот интерес. Исто така, дали се менувале со текот на времето условите под кои јавниот сектор обезбедувал задоволување на јавниот интерес и дали единствено јавниот сектор е задолжен за задоволување на јавниот интерес. Дали со „вовлекувањето“ на приватниот сектор во содавањето на предуслови за задоволување на јавниот интерес се менува и основната улога и задача на јавниот сектор. За да може да се даде одговор на овие прашања, и на уште една цела низа од други прашања, потребно е да се даде на почетокот одговор на прашањето што претставува, односно што е јавен интерес.

Постојат многу приоди во толкувањето на јавниот интерес. Традиционалниот пристап во дефинирањето на јавниот интерес е да се прави разлика помеѓу интересите на целината и интересите на поединците. Треба да се нагласи дека во секој случај, постои предност на задоволување на јавниот, општ интерес во однос на интересите на поединците. Во таквиот пристап се гледа и основната разлика помеѓу јавниот и некој друг интерес. Меѓутоа, постојат многу дилеми за тоа како правилно да се дефинира јавниот интерес. Основната дилема е дали интересот на поединците е спротивставен на јавниот интерес, односно дали со задоволувањето на приватниот интерес се задоволува и јавниот интерес. Дали е априори, приватниот интерес спротивставен на јавниот интерес? Уште авторот Адам Смит во својата публикација од 1776 година со наслов „Богатството на народот“, сметал дека на јавниот интерес најдобро му се служи доколку поединецот го прави она што е во негов сопствен интерес, а во исто време не загрозувајќи нечиј друг интерес. Во промовирањето и задоволувањето на јавниот интерес нема место за морализирање (Beenhakker, 1997).

Ако јавниот интерес подразбира делување во корист на заедничко добро, се поставува прашањето дали мора да постои консензус за тоа што е она што треба да се прави за да биде во јавен интерес и која е таа критична маса која одлучува за тоа каде е границата помеѓу јавниот и приватниот интерес. Ако се појде од тоа дека програмата од јавен

интерес е во интерес на „сите“, кому треба да се препушти одлуката за тоа што е добро за сите, дали на експертите или на целокупната заедница.

Многу е интересно тврдењето на познатиот економист Log Sang Ho, (Routledge, 2012), кој тврди дека јавниот интерес мора да биде непристрасно оценет и затоа јавниот интерес го дефинира како „ex ante благосостојба на репрезентативниот поединец“. Ова е т.н. последичен пристап кој ја мери „користа“. Постојат различни пристапи за тоа колку членови од заедницата кои ја сочинуваат јавноста мора да имаат корист пред некој одреден интерес да се прогласи за јавен. Постојат две екстремни појдовни гледишта, односно аспекти: во едниот, дека секој на општеството мора да има корист од реализација на тој интерес, додека другиот поаѓа од тоа дека секое задоволување на некој интерес може да биде во поширок општествен интерес со тоа што да не предизвикува штета на другите. Веројатно решението се наоѓа некаде помеѓу. Во поголемиот број случаи, преку задоволувањето на јавниот интерес, некој добива а некој губи (Nellis, Birdsall, 2005).

Многу често, во литературата може да се сретне тврдењето дека јавниот интерес е оној кој им користи на сите и не нанесува штета никому (или подеднакво им штети на сите). Многу се интересни и наводите на авторите Ben, Pitters и Hart, кои сметаат дека самиот процес на утврдување на јавниот интерес влијае на донесувањето на конечната одлука за тоа таа да биде во корист на еден посебен интерес или на група интереси, а на штета на другите. Би било пожелно да се тестира програма за која се мисли дека постои поддршка во јавноста. Дали таа поддршка подразбира дека мора да биде поддршка од страна на сите членови на заедницата или на некое „квалификувано мнозинство“? Ако е тоа поддршка само на дел од заедницата, што е тогаш со интересите и правата на оној дел кој е малцинство. Да земеме, на пример, одредена експропријација на недвижност. Експропријацијата е мерка на државна принуда со која правото на своина на некоја недвижност се одзема или се ограничува, со правичен (соодветен) надомест, со цел да се оствари одреден општ интерес. Експропријацијата претставува зафат на државата во право на сопственост и ограничување на слободата на располагање и користење на ова право, со тоа што истата е должна да обезбеди соодветен надомест кој по правило не смее да биде помал од пазарната вредност. Во ова образложение може да се изедначат општиот и јавниот интерес. За тоа кој донесува одлука за тоа што е тоа јавен интерес, обично, кај

експропријацијата тоа е државата или локалната заедница која со некаков свој посебен акт интересот го прогласува за општ, односно за јавен интерес (Beenhakker, 1997).

Прашање е дали со тоа се согласува и оној на кој му се ускратува правото на сопственост или правото на располагање со одредена недвижност. Дали е тогаш станува збор за јавен интерес кој подразбира интерес на сите, или на членовите на заедницата, или пак, оној кој ја донесува одлуката претставува јавност, односно заедница, односно квалификувано мнозинство. Тоа се најясноти кои често експертите ги ставаат пред дилема, дали јавниот интерес е во суштина интерес на сите или, пак, на државата, локалната заедница или на дел од заедницата која преку одредени институции прогласува нешто дека е од јавен интерес.

1.2. Јавен сектор

Бидејќи претходно до некаде се разјасни тоа што претставува јавен интерес, неопходно би било само на кратко да се разјасни и поимот и значењето на јавниот сектор. Поголемиот дел од луѓето, јавниот сектор го изедначуваат со државата и со нејзината улога. Ова, во поголем дел е точно, ако се земе предвид дека со развојот на демократијата, со зајакнувањето на правната држава, како и со развојот на техниката и технологијата, а со самото тоа и со растот на животниот стандард на населението, државата добила нова, поквалитетна улога. Таа, покрај останатите услови, треба да обезбеди и услови за задоволување на интересите на своите граѓани, без разлика дали тие се од лична или од професионална природа (Beenhakker, 1997).

Меѓутоа, не само државата е онаа која е јавен сектор. Јавниот сектор, во принцип го сочинуваат државата и пониските органи на власт (Бингам, Боуен, Чендер, 2009):

1. Државата од административен аспект ја сочинуваат: собранието, владата со министерствата, агенциите, канцелариите.
2. Локалната самоуправа, под која се подразбира: ентитети, кантони, општини, региони, градови.

3. Јавните претпријатија и непрофитните организации (пошта, железница, енергетскиот сектор, патиштата, образованието, здравството, културата, одбраната, инфраструктурата и слично.

4. Вонбуџетски фондови се државни средства кои не се вклучени во државниот буџет и се користат за одредена цел (на пример, државен пензиски фонд, фонд за вработување, државен фонд за осигурување). Тие се средства кои им се на располагање на одредени институции и организации кои не се распределени од државниот буџет, туку се формираат од други извори.

Вонбуџетските пари може да се класифицираат во посебни депозити и друго. Посебни вонбуџетски средства вклучуваат приходи кои припаѓаат на институциите на зградите, просториите, земени предвид од работењето на превозот, од производните активности на обуки и помошни претпријатија, приходите од влезници на музеи и изложби, исплата за експертска конструкција, разгледување на случаите во одделенската арбитража итн.

Депозити се средства кои се ставаат при привремено отстранување на буџетска институција (колатерал, износи за нерешени судски случаи). По истекот, неподигнатите депозити се кредитираат во буџетот.

Улогата на јавниот сектор е исклучително важна. Таа може да се согледа во следното (Бингам, Боуен, Чендер, 2009):

- ✓ Создавање на услови за зајакнување на демократијата;
- ✓ Зајакнување на правната регулатива;
- ✓ Создавање на услови за економски раст и развој, што е во тесна врска со растот на животниот стандард на населението;
- ✓ Зајакнување на социјалната грижа за населението; и
- ✓ Зајакнување на влијанието на здравствениот систем, спортот, културата, науката и слично.

Во овие области најмногу може да се види силата, односно моќта на јавниот сектор, а преку него и моќта на државата со која најчесто се изедначува и јавниот сектор.

Понатаму, јавниот сектор, се карактеризира преку следното (Бингам, Боуен, Чендер, 2009):

- ✓ Работење во услови на непотполна конкуренција;
- ✓ Крајната цел не е профит туку задоволството на корисникот;
- ✓ Активноста ја реализираат силни системи, со тенденција за нејзино зајакнување;
- ✓ Финансирање од буџетот или од фондови се незначително учество на самите корисници на услугите;
- ✓ Ригидно воспоставен формален систем на управата и на надзорот;
- ✓ Високи барања на корисникот од аспект на професионалноста во давањето на услугите;
- ✓ Можност за ангажирање на приватниот сектор чија цел е профитот, со тоа што активностите мораат да се одвиваат во рокови кои се предвидени со закони.

Видливо е дека јавниот сектор не губи во своето значење. Напротив, семо се јавуваат поинакви модалитети на неговото ангажирање во задоволувањето на јавниот интерес. Постојат две причини за зајакнување на неговото значење.

Првата е поврзана со растот на свеста и образованието на граѓаните и подобрување на нивното познавање за нивните права, можности и обврски кон јавниот сектор.

Втората причина лежи во фактот дека и покрај растот на општествениот бруто производ, и растот на стандардот на населението, се зголемуваат и потребите кои треба да ги задоволи јавниот сектор.

Во крајна инстанца, јавниот сектор останува одговорен за задоволувањето на јавниот интерес. Сега само се поставува прашањето од кои извори да се обезбедат средства за

задоволување на тој интерес. Како едно од решенијата се појавува приватниот сектор, со своите можности, но и со своите барања (Grimsey, Mervyn, 2005).

2. Историски развој на јавниот сектор

Јавните сервиси се развивале низ долг временски период, со векови, во речиси сите земји. Тие се карактеристика за многу општества низ историјата. Старата кинеска држава го менаџирала иригациониот систем, каналите, сигурноста на јавните житни складишта; државата на Инките во Јужна Америка градела патишта и водоводна мрежа; Римската империја во Европа градела театри и обезбедувала пензии.

Здравството и образованието, во континуитет, биле сметани за две главни јавни услуги, но ако тргнеме од држава до држава во светот, скоро сите постоечки услуги можат да се групираат како јавни, од банкарството до музиката, од снабдувањето со храна до авиопревозот, повици за будење и затвори, шумарство и радиодифузивна дејност.

Во средновековна Европа под државна управа била одбраната, јавниот ред и правдата; патишта, мостови, градење на пристаништа и одржување на светилници; изградба на иригациони и мелиорациони системи за поддршка на земјоделството; борба со сиромаштијата, болници и училишта; подоцна, поштенските услуги се етаблираа како „кралска“ услуга. Обезбедувањето на овие активности се финасирало со даноци, а за извршување на работата постоеле редовно вработени луѓе.

Во текот на XVIII-от и XIX-от век, новите приватно обезбедени инфраструктурни услуги и транспортот биле преземени од страна на државата - тука спаѓаат каналите, железниците, гасот, водата и електричната енергија.

Периодот на XVIII-от век е обележан со фреквентната употреба на концесиите, т.е. отстапување на јавните услуги на приватни компании, кои добивале статутарен монопол со целосно право да ги покачуваат даноците во насока на финансирање на бизнисот. Крахот на ваквиот систем се случи во Франција како борба против корупцијата и екцесивната монополска експлоатација, што е и една од причините на Француската

револуција. Истата злоупотреба на монополите во Велика Британија трасираше тренд кон прифаќање на јавна сопственост и јавно управување на мрежните индустрии.

Во текот на наредниот век, стариот систем речиси целосно беше истиснат од јавната сопственост и јавната провизија на овие услуги. Како причини за ваквите случувања се посочуваат: неефикасноста, инволвираноста на корупцијата во стариот приватен систем, „старинскиот“ режим во јавните служби. Главниот механизам на овој процес кон крајот на XIX-от век беше локалната самоуправа. Демократски избраните совети ги купија постоечките јавни и транспортни системи, за поефикасна контрола поставија ново раководство, понудија подобри услови за работа и поголеми бенефиции за локалното население.

За инвестирање во развојот на овие системи, советите имаа право да позајмуваат пари. Ваквиот развој на јавно поседуваните и локално менаџирани услуги се прослави под името „самоуправен социјализам“. Сепак, на национално ниво, постоеја одредени паралелни движења: либералната влада на Гладстоун (Gladstone) го национализираше телеграфскиот систем; владите на Балфор (Balfour) и Ашквит (Asquit) го национализираа новиот телефонски систем.

Ширењето на јавната провизија продолжи и во првата половина од XX-от век. Задолжителното јавно образование стана модерно низ цела Европа, Северна Америка и Јапонија; се развија јавни здравствени шеми; и постојано се додаваа нови услуги: на пример, на авионите им требаат аеродроми, а приватниот сектор не можеше да ја обезбеди потребната инвестиција, која растеше со напредокот на технологијата. Така, националните и локалните власти заеднички изградија аеродроми, кои веднаш станаа јавна услуга (Grimsey, Mervyn, 2005).

По завршувањето на II-та светска војна, се наметна потребата од повторна реизградба на разрушените европски економии. Индустрите бараа обнова, а исто и државите. Во рамките на овој процес на реконструкција, државата ја имаше централната улога, како во комунистичките земји од Источна Европа, така и во Западна Европа: и покрај „студената војна“, социјалните услуги се реформираа и беа обезбедувани како универзална услуга. Велика Британија ја укина школарината за средно образование, обезбедувајќи бесплатно,

задолжително образование за сите деца до 15-годишна возраст. Системот за социјална заштита беше воспоставен за да обезбеди финансиска сигурност за сите „од колевка до гроб“. Се национализираа железниците, системите за гас и електрична енергија, како и рудниците и челичната индустрија.

Интернационалната димензија полека почна да го добива своето значење. Голем дел од реконструкцијата во Западна Европа се финансираше преку грантови од САД и заеми во рамките на Маршаловиот план. Заемите од овој план не вклучуваа условувања.

Во декадите по Втората светска војна, земјите во развој се здобија со постколонијална независност и нивните влади заземаа цврста позиција во градењето на новите нации. Тоа го правеше преку национализација на индустриите во сопственост на приватни компании од империјалистичките земји, како и со развој на јавни сервиси во рамките на новите нации. Земјите во развој во наредните 50 години остварија брз напредок во здравството и образованието (Grimsey, Mervyn, 2005).

3. Дефиниции за опфатот на јавниот сектор

Во забележителна странска литература е присутна потребата од поблиско дефинирање на јавниот сектор, бидејќи тој може да биде сфатен како синоним под кој се подразбираат различни содржини. Концептот на опфаќање на јавниот сектор, на сите институции, организации, претпријатија, компании што се третираат за јавни е извонредно лизгав и зависи од она што е избрано да се дефинира како дел (core) од владата или државата.

Дебатата околу предметот на јавниот сектор ги опфаќа и интересите на учењето од јавни финансии, политичките науки, статистиката и историјата. Квалитификацијата на јавниот сектор бара најпрво негова концептуализација (Savas, 2000).

За одбележување е и базичната разлика во вокабуларот која рефлектира на диференцирана и доминантна употреба на терминот држава (state) во континентална Европа и терминот влада (government) во англисаксонската теорија и практика. Првите, засновани на римското право ја разбираат државната организација како унитарна, каде организациите и

институциите од некој недефиниран (парадржавен или полудржавен карактер, како што се во САД или Англија, би припаѓале во некоја сива зона.

Поделбата на јавно и приватно не е идентична ни во континентална Европа, или во овој случај таканаречените States Societies. На пример, политичките партии во Германија се дел од јавниот сектор, но не и во Франција каде државните институции се сметаат за доста одделни ентитети, додека во Германија универзитетите не се сметаат толку како дел од некои општи услуги од државата како во случајот на Франција (Норберт, 2004).

Поделбата на јавни и приватни, всушност, произлегува од традиционалната либерална дихотомија.

Поделбата може да биде и според (Кекеновски, 2010):

1. начинот на основање;
2. законскиот статус;
3. начинот на оперирање или, поконкретно, класификацијата на едно претпријатие како јавно или приватно зависи од четирите карактеристики - кој го поседува, кој го финансира, кој го раководи и кој го надгледува (контролира).

Што ќе се смета за дел од јавниот сектор во голем обем зависи од авторот, односно од неговата поблиска научна специјализираност, или од рамката на референци од каде произлегува различното третирање на јавниот сектор.

Во предговорот на неговата книга, Франц-Хавер Кауфман забележува дека ако оваа книга ја пишувал пред 25 години, таа би имала наслов Јавни финансии и фокусот би бил лоциран на изворите на доходот. Актуелниот наслов "Економија на јавниот сектор", забележува тој, покрива една поширока област. Тоа не е случајно, бидејќи владините издатоци во последните години достигнуваат рекордни нивоа или повеќе од една третина од националниот производ. Тоа ја актуелизира и втората страна, на трошење на парите и владата како се помокен актер во економскиот живот. Не е веќе доволно да се знае од каде доаѓаат парите, туку подеднакво е важно каде и како се трошат тие. Ако ова би ни го доближило сфаќањето за американската економска теорија, што тие подразбираат под

јавен сектор, тогаш е сосема јасно дека круцијалниот дел од јавниот сектор, како што наведува Кауфман, го чинат оние нешта што се највозбудливи за економистите-обезбедувањето на јавни добра и услуги и владините издатоци, од кои најголем дел опфаќаат трошоците направени за здравство, одбрана, образование, социјално осигурување, социјални трансфери, помош и даноци. Само даноците, во рамките на глобалното изучување на јавниот сектор ја третираат пасивната страна на прибирање на средства, додека остатокот од содржината на она што го опфаќа јавниот сектор ја изучува активната економска улога на владата во обезбедување на јавните добра и услуги, како и нејзиното учество во инфраструктурните области и гранки како директен понудувач на здравствени услуги, образование, одбрана, социјална заштита, кои со нивното функционирање имаат повеќекратно влијание и на останатите активности што се преземаат во приватниот сектор (Schein, 1999).

Специфичното третирање на јавниот сектор, дека тоа ги опфаќа активностите на владата, е во склад со американската традиција владата да се гледа како единствен и директен репрезент на сите приходи и расходи. Во тој контекст, јавниот сектор глобално се подразбира како вкупно ангажирање на владата. Тоа, секако, не кореспондира со европската традиција и практика, каде државата основа посебни претпријатија и институции, кои директно се ангажирани во стопанските активности на државата, а индиректно влијае преку креирањето на глобалната макроекономска политика.

Рамката е во согласност и со посебната традиционална економска и политичка мисла во земјата и, секако, согласно посебната уставна и законска регулатива, која се користи во дефинирање на она што се смета за дел од владините или државните институции.

За фискалната економија е битна приходната и расходната страна на државните активности и влијанието што го има владата низ различните мерки и инструменти на сите економски субјекти и граѓаните, воопшто. Оттаму доаѓа и најшироката дефиниција дека учењето за јавниот сектор ги опфаќа сите владини активности или дека економијата на јавниот сектор е учење за владината улога во економските активности. Тоа сосема одговара на американската пракса, каде владата не е значително директно вклучена во производство на јавни добра и услуги и каде што посредно влијае, особено преку даноците или регулациите на обликување на економскиот амбиент (Weisbord, 1994).

За правниците сосема легитимно би било дефинирањето и истражувањето од аспект на титуларот на економските и општествените субјекти и тие можат да го третираат јавниот сектор (јавните претпријатија, институции...) низ призма на чистата сопственост.

Корисна и за почитување е потребата на статистиката да го регистрира економското работење на јавниот и приватниот сектор од каде произлегува и потребата од користење на институционалниот принцип како поефикасен при бележењето на активностите на јавни и приватни.

Дефиницијата и разбирањето на јавниот сектор како синоним зависи и од тоа што е доминантно во структурата на јавниот сектор во респективната економија. Дали се тоа јавните претпријатија, јавните корпорации кои се основаат, како во инфраструктурните области, така и во некои сектори на индустријата, како што е тоа случај во Франција, Италија, Австрија, или се локалните, државните и федералните власти, кои по нроизводството или вработеноста имаат различно значење и учесгво во општествениот производ (Норберт, 2004).

4. Мерење на јавниот сектор

Постојат бројни институции и организации кои не е лесно да се подведат на упростената поделба на јавни и приватни. Тие можат да се означат како парадржавни, полудржавни, квазидржавни или со друг префикс и кои не можат да се категоризираат како јавни (владини) или како приватни или независни. Современите тенденции укажуваат дека владата се повеќе пенетрира преку основање на непрофитни или независни институции, т.н. квази не-владини институции.

Тоа упатува на една голема мрежа на институции и организации кои е потешко да се внесат во оваа класична поделба на јавни и приватни, или тоа е зоната на скриениот јавен сектор (Hidden Public Sector). Мерењето ца јавниот сектор може да биде посеопфатно и, согласно Крокер, заедно со скриените активности на државата, таа во Германија учествува во бруто домашниот производ меѓу 70-80% (House, Hanges, Dorfman, 1997).

Модерното општество познава и има потреба од многубројни и разновидни организациони форми, кои не би можеле да бидат опфатени со одржување на ригидната дихотомија на јавни и приватни активности.

Порастот на владините (државните) активности, изразен низ овие нови организациони форми, претставува предцвик за координирање на јавните работи и тие стануваат мултибирокарски повеќе од мега бирокарски, бидејќи поседуваат и елементи на автономија.

Обликот кој доминира не е ни Адам-Смитовиот тип на пазарна координација, ни моделот на Пруската бирокарска хиерархија а ла Макс Вебер. Мерењето бара прво квантификација.

Најсериозниот проблем во мерењето на јавниот сектор според Ајсенбергер (Eichenberger) е отсуството на една кохерентна идеја за тоа што е јавен сектор. И според Литман (Litman), непродуктивна е дебатата за својствените карактеристики на мултиваријантноста и мултидимензионалноста на јавниот сектор (Fleenor, Bryant, 2002).

Според истите автори, мерењето на јавниот сектор претпоставува два пристапа: институционален и функционален. Секој од овие пристапи има свои варијации, позитивни и негативни страни.

Според функционалниот пристап, сите активности мора да бидат разгледани првенствено дали се тие јавни, на пример, активностите на приватните школи (функција-едукација) кои и покрај тоа што се приватни се сметаат за јавни, бидејќи извршуваат јавна функција.

Институционалниот пристап, кој го изедначува државниот со јавниот сектор, е поприматен од функционалниот. Со овој пристап, модерната официјална статистика во државниот сектор ги вклучува сите институции чии задачи се состојат од обезбедување на услуги за заедницата и кои се, главно, финансирани од даноци. Регионалните тела и социјалното осигурување се дел од државата.

И покрај нивниот легален статус, јавните претпријатија не се сметаат за дел од државата. И покрај сопственичката структура според која би можело јавните претпријатија да се сметаат за дел од државниот сектор, фактот дека тие оперираат и се раководат согласно

пазарните закони е добра причина за нивно сместување во приватниот сектор (Fleenor, Bryant, 2002).

Не постојат големи тајни кога некоја институција сака да постигне добри резултати во своето работење и да се издвојува по успешноста од останатите, зборовите кои го опишуваат таквото постигнување се планирање, работа и имплементација. Луѓето кои се задолжени за да ги поврзат овие зборови и да ги претворат во дела се наречени раководители или менаџери. Како лидери по природа како што се нарекуваат во современата литература раководителите имаат за задача на вработените да им ги распределат одговорностите кои треба да се извршат во дадените рокови. Тие разговараат со вработените за работните задачи, им даваат насока при работа и се разбира донесуваат одлуки.

Како менаџери тие се одговорни да ги следат перформансите на вработените и соодветно да укажат а во одредени случаи доколку постојат можности да дадат и награди кога работата е завршена успешно. Се разбира доколку работата не е завршена потребно е да се разгледаат причините и да се даде критика за недостатоците. Многу често се поставува прашањето – како знаеме дали некој деловен субјект работи добро? За деловните субјекти кои спаѓаат во приватниот сектор одговорот е лесен, истите доколку прават профит тоа значи дека работаат добро, но што е со деловните субјекти кои припаѓаат во јавниот сектор. Како ќе знаеме за истите дека покажуваат добри резултати, односно како да ги мериме перформансите на јавниот сектор? (Fleenor, Bryant, 2002).

Јавниот сектор во република Македонија се состои од Влада, Министерство, Јавни претпријатија, локални самоуправи, фондови, секоја од овие институции има своја структура, своја хиерархија според која се распоредени деловните единици, во која функционираат секторите, оддели, бироа, управи, инспекторати. Секоја од овие организациони единици има своја мисија и цели поради кои постои, за остварување на своите поставени цели истите треба да „произведуваат“ нешто, да ги запазат сите процеси и да дојдат до готов производ кој во оваа смисла како „производи“ се Законите (или предлози за измени на постојаните закони), различни видови извештаи (кои најчесто се објавуваат месечно, квартално или годишно), билтени, анализи, како и проекти и програми преку кои се реализира реструктурирањето на јавниот сектор.

5. Јавни претпријатија и нивните карактеристики

Јавни претпријатија се претпријатија кои се основаат заради вршење на дејности кои се од јавен интерес. Јавни претпријатија, кај нас, всушност, може да основаат само Република Македонија, општините во државата и градот Скопје. Овие јавни претпријатија, согласно законот, се формираат со цел за вршење на дејности кои се исклучително од јавен интерес и тоа само на територијата на Република Македонија. Во таа смисла, дејности од јавен интерес се дејностите или одделни работи од дејностите преко кои се остварува јавен интерес. Одовде, дејностите од јавен интерес ги вршат јавните претпријатија или друштвата на кои им е доверено вршењето на оние дејности кои се од јавен карактер или од јавен интерес. Според одредбите од Законот за јавните претпријатија, во извршувањето на дејностите од јавен интерес, треба да се почитуваат следните принципи, а тие се (Кекеновски, 2010):

- ✓ сигурност во давањето на услугите,
- ✓ континуитет и квалитет на услугата,
- ✓ транспарентност,
- ✓ достапност и универзална услуга,
- ✓ заштита на корисниците и потрошувачите.

Во име на Република Македонија, јавни претпријатија може да основа Владата на Република Македонија, за општините, јавни претпријатија основаат советите на општините, а во име на град Скопје, јавно претпријатие може да основа само Советот на градот Скопје.

Претпријатијата од јавен интерес, односно Јавните претпријатија, како и друштвата кои што се основано со цел да вршат одредена дејност од јавен интерес, подлежат на правилата на конкуренција, со исклучок кога постојат случаи кога примената на тие правила би можело да го спречи вршењето на услугите од јавен интерес (Кекеновски, 2010).

Основаните друштва и јавни претпријатија, кои што се основани со цел за вршење на дејности кои што се од јавен интерес, имаат еднаков третман во вршењето на услугите од јавен интерес, освен во случаите доколку поради посебен интерес не им се доделуваат ексклузивни или одредени посебни права.

Средствата кои се потребни за работењето и развојот на јавното претпријатие се обезбедуваат од приходите кои тоа ги остварува со сопственото работење, од кредитните средства и од други извори кои се во согласност со законот.

Средствата кои што се од Буџетот на Република Македонија, како и средствата од буџетот на општината, односно градот Скопје, на јавното претпријатие му се обезбедуваат во согласност со законот со кој се уредуваат условите и начинот за вршење на одделни стопански дејности кои што се од јавен интерес.

Во тој контекст, Јавното претпријатие има и обврска да доставува тримесечни извештаи за своето работење до основачот. Овие извештаи, треба да ги содржат и показателите за финансиското работење на претпријатието.

Јавното претпријатие има својство на правно лице (Член 6, Закон за јавни претпријатија, „Службен весник на РМ“, бр. 38/96, 6/02, 40/03, 49/06.).

Јавното претпријатие како правно лице може да стекнува право на подвижни и неподвижни предмети, да стекнува права и да презема обврски (Член 6, Закон за јавни претпријатија, „Службен весник на РМ“, бр. 38/96, 6/02, 40/03, 49/06).

Јавното претпријатие одговара за преземените обврски со сиот свој имот (Член 6, Закон за јавни претпријатија, „Службен весник на РМ“, бр. 38/96, 6/02, 40/03, 49/06).

Јавното претпријатие стекнува својство на правно лице од денот на уписот во трговскиот регистар (Член 6, Закон за јавни претпријатија, „Службен весник на РМ“, бр. 38/96, 6/02, 40/03, 49/06).

5.1. Основање на јавно претпријатие

Секој основач на јавното претпријатие, со одлука, може јавното претпријатие да го преобрази во друштво кое би имало ограничена одговорност или пак, во акционерско друштво. Доколку, во јавното претпријатие се вложат средства на правни или на физички лица, основачот донесува одлука јавното претпријатие да се организира како друштво со ограничена одговорност или акционерско друштво.

Основачот на јавното претпријатие, може да донесе одлука за издвојување на подружница или дел од јавното претпријатие, под услов подружницата, односно делот што се издвојува од јавното претпријатие да може непречено да продолжи со работа и да функционира посебно. Издвоената подружница, односно дел од јавното претпријатие се организира во друштво со ограничена одговорност или во акционерско друштво во државна сопственост, односно сопственост на општината или сопственост на градот Скопје, или заедно со друг вложувач во друштво со учество на државата, односно општината или градот Скопје, а дејноста ќе ја вршат под услови и начин утврдени со закон.

Основачот носи одлука за издвојување на дел од јавното претпријатие во случаите кога во делот што се издвојува не се врши основната дејност на јавното претпријатие, односно не се вршат стопански дејности кои со закон се утврдени како дејности од јавен интерес. Издвоениот дел се организира како друштво со ограничена одговорност, односно акционерско друштво и ќе се приватизира со соодветна примена на одредбите од Законот за трансформација на претпријатијата кои што се формирани со општествен капитал.

Владата на Република Македонија, советот на општините и Советот на градот Скопје за основање на јавно претпријатие донесуваат акт за основање на јавното претпријатие.

Со актот за основање на јавното претпријатие се утврдува (Кекеновски, 2010):

1. Дејноста;
2. Фирмата и седиштето;
3. Износот на средствата за основање и начинот на нивното обезбедување;

4. Организацијата на јавното претпријатие;
5. Начинот на спроведување на одлуките на органите на јавното претпријатие;
6. Одговорност на јавното претпријатие за обврските во правниот промет со трети лица и
7. Рокот за донесување на статутот и именувањето на органите на јавното претпријатие, како и именувањето на лице кое ќе ги води работите на претпријатието до неговото конституирање.

Основачот на јавното претпријатие дава согласност на (Кекеновски, 2010):

1. Статутот на јавното претпријатие;
2. Статусните промени;
3. Актот за употреба на средствата остварени со работењето на јавното претпријатие и покривањето на загубите;
4. Актот за задолжување на јавното претпријатие;
5. Актот со кој се утврдуваат цените на производите и услугите што јавното претпријатие ги продава и врши за корисниците доколку таквите цени не се предмет на регулирање од страна на независно регулаторно тело;
6. Годишната сметка и извештајот за работењето на јавното претпријатие и
7. Годишната инвестициона програма усогласена со вкупниот стопански развој.

Јавното претпријатие се запишува во трговскиот регистар врз основа на пријава, потпишана од страна на лицето кое ќе ги води работите на претпријатието до неговото конституирање.

Кон пријавата за упис на основањето на јавното претпријатие се приложува актот за основање на јавното претпријатие од основачот.

Јавното претпријатие е должно на регистарскиот суд да му го достави статутот, актот за именување на членови на управниот и одборот за контрола на материјално-финансиското работење, како и доказ за именување на директор на јавното претпријатие, во рок од 30 дена од истекот на рокот предвиден со актот за основање, за донесување на статутот и именување на органите на јавното претпријатие, со пријава за упис на новите факти и промена на лицето за застапување на јавното претпријатие.

5.2. Организација на јавните претпријатија

Јавното претпријатие се организира така што дејноста, заради која е основано, да ја врши на начин со кој се обезбедува (Кекеновски, 2010):

1. Техничко-технолошко и економско единство на системот;
2. Ефикасност и транспарентност во работењето;
3. Развој и усогласеност на сопствениот развој со вкупниот стопански развој;
4. Заштита и унапредување на добрата од општ интерес;
5. Трајно, уредно и квалитетно задоволување на потребите на корисниците на производи и услуги и
6. Самостојност и еднаквост во рамките на системот и функционална поврзаност со другите системи во земјата и светот.

Јавното претпријатие може да основа подружници.

Подружниците на јавното претпријатие немаат својство на правно лице, но можат да настапуваат во правниот промет во име и за сметка на јавното претпријатие.

Со подружницата раководи раководител што го именува директорот на јавното претпријатие.

Основањето на подружница се пријавуваше кај регистарскиот суд според седиштето на јавното претпријатие што ја основало. Регистарскиот суд го запишуваше основањето на подружницата во својот регистар и на судот на уписот на чие подрачје е седиштето на подружницата му ја испраќаше пријавата со прилозите и потписите со службено заверен извод од својот регистар. Судот на уписот ќе извршеше упис на подружницата ако според состојбата на неговиот регистар нема пречки, а изводот од регистарот на судот кај којшто е запишано јавното претпријатие кое ја основало подружницата, го запишуваше во својот регистар без измени. Ако имало пречки, го известуваше судот на чие подрачје е седиштето на субјектот на уписот што ја основал подружницата.

Од пред неколку години, Трговскиот регистар е воведен со Законот за трговските друштва од 1996 година а со Законот за трговските друштва од 2004 година беше најавено електронско водење на трговскиот регистар и воспоставување на едношалтерскиот систем. Со измените на законот за трговските друштва во 2005 година и донесувањето на Законот за едношалтерскиот систем и за водење на трговскиот регистар и регистар на други правни лица трговскиот регистар и овластувањата за упис во него од регистарските судови се пренесени на Централниот регистар. Според ЗТД Трговскиот регистар е јавна книга што содржи податоци и прилози за субјектите на упис за кои уписот е пропишан со закон (Кекеновски, 2010).

Органи на јавното претпријатие се: управниот одбор, надзорниот одбор за контрола на материјално-финансиското работење и директорот.

Управниот одбор на јавното претпријатие се состои од најмалку пет, а најмногу 15 членови.

Во управниот одбор основачот именува, односно разрешува претставници од редот на афирмирани и познати стручњаци во областа на предметот на работењето на јавното претпријатие имајќи ја предвид соодветната и правичната застапеност на припадниците на сите заедници.

Времетраењето на мандатот на членовите на управниот одбор не може да биде подолг од четири години.

Член на управниот одбор на јавното претпријатие не може да има лично, преку трето лице или по било која основа, интереси во претпријатие или трговско друштво кое е во деловни односи со јавното претпријатие, кои можат да имаат било какво влијание на неговата независност и непристрасност во одлучувањето во јавното претпријатие. Секој член на управниот одбор, односно директорот на јавното претпријатие, се должни да го предупредат основачот на постоењето на ваков интерес кај еден или повеќе членови на Управниот одбор.

Управниот одбор на јавното претпријатие ги има сите овластувања да презема мерки кои се потребни и корисни заради постигнување на целите на јавното претпријатие во согласност со законот.

Управниот одбор на јавното претпријатие (Кекеновски, 2010):

1. Го донесува статутот на јавното претпријатие;
2. Ги усвојува програмата за работа и развој на јавното претпријатие;
3. Ја утврдува деловната политика;
4. Ја усвојува годишната сметка и извештајот за работењето на јавното претпријатие;
5. Одлучува за употребата на средства остварени со работењето на јавното претпријатие и покривањето на загубите;
6. Ги донесува одлуките за инвестиции;
7. Ги утврдува цените на производите и услугите;
8. Одлучува за внатрешната организација на јавното претпријатие и
9. Врши други работи утврдени со актот за основање и статутот на јавното претпријатие;
10. Го избира и разрешува директорот на јавното претпријатие, основано од Владата на Република Македонија врз основа на јавен конкурс.

Со работата на јавното претпријатие раководи директор, што го избира односно разрешува Управниот одбор. Директорот на јавното претпријатие може да определи вработен кој во негово отсуство го заменува и го води тековното работење на јавното претпријатие. Воедно, важно е да се напомене дека Директорот се избира со мандат од четири години.

Директорот на јавното претпријатие го обезбедува спроведувањето на одлуките и заклучоците на управниот одбор, учествува во спроведувањето на основите на програмата за работа и развој, учествуваат во утврдувањето на критериуми за користење и располагање со средствата и употребата на средства остварени со работењето на јавното претпријатие, врши усогласување на деловната активност на јавното претпријатие и врши други извршни работи во врска со работата и работењето на јавното претпријатие утврдени со статутот. Функцијата директор и член на надзорниот одбор за контрола на јавното претпријатие е неспојлива со функцијата пратеник во Собранието на Северна Република Македонија и функциите претседател и членови на Владата на Република Северна Македонија, како и член на Советот и градоначалник на општината и Градот Скопје за јавните претпријатија, основани од општината, односно градот Скопје.

Директорот на јавното претпријатие, основано од Владата на Република Северна Македонија, за својата работа одговара пред управниот одбор на јавното претпријатие. Директорот склучува договор со управниот одбор за уредување на односите со јавното претпријатие, во кој поединечно се утврдуваат правата, одговорностите и овластувањата согласно со закон.

Директорот на јавното претпријатие, основано од општината, односно градот Скопје, за својата работа одговара пред градоначалникот на општината, односно градот Скопје. Директорот склучува договор со градоначалникот на општината, односно градот Скопје за уредување на односите со јавното претпријатие, во кој поединечно се утврдуваат правата, одговорностите и овластувањата согласно со закон.

Директорот, членовите на управниот одбор и членовите на надзорниот одбор, ако извршат, односно донесат одлука за која знаеле или за која со оглед на околностите, морале да знаат дека ги повредуваат интересите на јавното претпријатие, одговараат

неограничено и солидарно за штетата настаната со таквата одлука. Одговорноста се утврдува согласно со одредбите од Законот за трговските друштва кои се однесуваат на органите на управување (Кекеновски, 2010).

6. Јавните претпријатија во Р. Северна Македонија и регулативите на ЕУ

Јавните претпријатија, претставуваат најважни субјекти на јавните услуги преку кои се обезбедува јавниот интерес, како што беше споменато претходно во оваа семинарска работа. Вообичаено, овие јавни услуги создаваат дефицит кој мора да биде компензиран преку субвенции и други привилегии. На истиот овој начин се овозможени и јавните услуги во Северна Македонија, преку јавни претпријатија.

Во овој дел, опфатот на оваа компонента на проектот да ја усогласи правната база која што се однесува на јавните претпријатија во Северна Македонија со регулативите на Европската унија. Многу е важно признанието дека јавните претпријатија кои ги овозможуваат јавните услуги не се автоматски во привилегирана положба. Согласно одредбите од „правилата на заедницата за конкурентност и внатрешен пазар“, приватните и јавни претпријатија мора да имаат еден еднаков третман. Ова значи, дека секоја дискриминација во вид на субвенции, јавни набавки и одобрување на ексклузивни права кои произлегуваат во вид на лиценци или концесии мора да биде избегнато.

Земајќи ги предвид овие принципи, соодветните закони во Република Северна Македонија треба да бидат подложени на извесни промени. Ова особено се однесува на општите одредби од Законот за јавни претпријатија, исто така и на Законот за концесии и Законот за локална самоуправа, а во таа насока и Законот за комунални дејности мора да биде изменет.

Во продолжение ќе бидат дадени петте чекори за реформирањето на јавните претпријатија во една држава, кои го регулираат истото, кои е потребно да се усвојат (Tulchinsky, Varivikova, 2000):

- ✓ Треба да биде усогласување на македонските закони кои во моментот се чини дека се една нехомогена „крпеница“ со сериозен недостаток на транспарентност.

- ✓ Втор чекор би бил усогласување на националната правна рамка кон идеите, принципите, примарното и секундарното законодавство на ЕУ. Ова значи дека јавните претпријатија ќе треба да се соочуваат со конкуренција што ќе рече јавни набавки, контрола на државната помош, либерализација од монополска положба и други привилегии. Што се однесува на општинско ниво, најголем дел од постоечките јавни претпријатија не се предмет на „правилата на Заедницата за конкурентност и внатрешен пазар“.
- ✓ Трет чекор, кој тука треба да се спомене, е координирањето на структурите на јавните услуги во согласност со условите на Европските структурални фондови, со цел за добивање на што е можно повеќе донации.
- ✓ Четврт чекор е да се одржи балансот помеѓу конкурентноста, слободата во овозможување на услугите, приватизацијата итн, од една страна и заштитата на малцинствата што претставува фундаментален принцип на македонскиот Устав од друга страна.

Петти чекор во иднина би била имплементацијата на новата рамка за јавните претпријатија. Предуслов за ова е сите владини и општински институции, како и сите инволвирани претпријатија кои што нудат јавни услуги, да имаат јасна претстава за новиот дух и димензија на значењето на ЕУ Договорот во делот кој се однесува на економски активности од општ јавен интерес.

Глава 2. Здравствен систем во Р. Северна Македонија

1. Поимно определување на здравјето

Само здрав човек може да биде корисен за себе, за семејството, за општеството. Грижата за здравјето на населението е од особено значење за секоја држава. Само држава со здраво население може да биде богата, бидејќи здравиот човек придонесува на сите полиња за напредок на државата, како во материјален, така и во духовен смисол, создавајќи материјални и духовни богатства на државата. Од друга страна, за обезбедување на адекватна здравствена заштита потребни се релативно високи финансиски издатоци, кои во голема мера се обезбедуваат од буџетот на државата. Заради наведените две причини, приоритетен интерес на секоја земја е здраво население.

Интерес за здравјето и здравствената состојба на населението постои од памтивек. Уште пред нашата ера се сретнуваат обиди за организирана грижа на државата за спречување на заразните болести, заштита од нив, солидарно помагање на заболените и повредените, итн. Мотивите за таа грижа, во тоа време се од економска и социјална природа - со цел да се зачува работната сила за да се обработува почвата, да се биде во добра борбена подготвеност, да се брани државата, и сл. Секако дека со понатамошниот развој на општеството, се менува и гледиштето, па целта за здраво население не е веќе единствено заради економски причини, туку добива елементи на хуманост и грижа за човекот како човечко битие (Tulchinsky, Varivikova, 2000).

Еволуцијата на размислата за здравјето најдобро може да се воочи и да се објасни преку дефинициите кои се појавувале во различни временски периоди.

Пиндар¹, на пример, во античко време, го дефинирал здравјето како “хармонично функционирање на органите”. Тоа е дефиниција која и денес не губи од своето значење

¹ Пиндар (522–443 пне), грчки лиричар, бил многу ценет уште додека бил жив. Постои легенда дека кога Александар Македонски ја разрушил Теба - градот во кој живеел овој ценет антички поет, го поштедил единствено неговиот дом

бидејќи хармонијата во функционирањето на органите е предуслов за целосна здравствена добросостојба. Оваа дефиниција го нагласува медицинскиот концепт на здравјето; концепт кој смета дека болеста е последица од нарушување на ткивата и органите, и нивното функционирање. Според овој концепт, причина за тоа нарушување е делувањето на некој надворешен причинител кој е штетен за организмот на човекот. Се тргнува од премисата дека здравјето е состојба која му претходи на болеста, или состојба која доаѓа откако причинителот ќе биде отстранет со помош на лекарот. Значи, здравјето е во рацете на лекарите и терапијата што тие ја даваат.

Во периодот на индустриската револуција здравјето се дефинира од економски аспект. Како економска категорија, здравјето е состојба која треба да овозможи добра кондиција и работна способност на работниците, како и намалување на загубените работни денови поради болест.

Филозофскиот концепт здравјето го подразбира како капацитет на поединецот за самореализација и самодостигнување, со чувство на задоволство во неговите односи со околината.

Во 1948 година, Светската здравствена организација² (СЗО) го дефинира здравјето како состојба на потполна физичка, психичка и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и неспособност.

Според СЗО, остварувањето на највисоко можно ниво на здравје е едно од основните човекови права, без разлика на расата, верата и политичката припадност, и без разлика на економските и социјалните услови.

Здравјето се гледа од два аспекти: како физичко здравје и како ментално (душевното) здравје.

Физичкото здравје се однесува на здравјето на телото. Тоа зависи од правилната функција на органите и системите, од физичките активности (работа, редовно вежбање, спорт),

² Светската здравствена организација е тело во рамките на ООН надлежно за координирање на прашањата поврзани со здравјето, во светски рамки

правилна исхрана, и потребен одмор. На физичкото здравје влијае стандардот на живеење и квалитетот на животот (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006).

Менталното здравје се опишува со степенот на когнитивна/спознајна или емоционална благосостојба, како и отсуство на ментално нарушување. СЗО го дефинира менталното здравје како состојба на благосостојба во која поединецот ги реализира своите способности, може да се справи со нормалниот секојдневен стрес, може да работи продуктивно и плодотворно, и е способен да даде придонес во својата заедница (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006).

2. Дефинирање и организираност на здравствената заштита

Под поимот здравствена заштита (ЗЗ) се подразбира организирана грижа на општеството за здравствената состојба на популацијата.

Здравствената заштита ги вклучува мерките, активностите и постапките за зачувување и унапредување на здравјето на луѓето, спречување и сузбивање на заболувањата, повредите и другите нарушувања, раното откривање на заболувањата, како и навремено и ефикасно лекување и рехабилитација.

Што се подразбира под овие термини? (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006)

- ✓ Зачувување и унапредување на здравјето се постигнува со здравствено воспитување на децата и младите луѓе, и здравствено просветување на возрасното население, со цел секој да е оспособен да се грижи за своето здравје. Пример за здравствено воспитување на деца е создавање на хигиенски навики. Пример за здравствено воспитување на младите е образование за штетноста на пушењето, дрогирањето, алкохолизмот. Здравственото просветување кај возрасните опфаќа разработка на теми за болести кои се јавуваат во зрела возраст (срцеви заболувања, штетноста на дебелина).
- ✓ За спречување на заболувањата потребно е да се зголемува имунитетот, односно отпорноста на организмот кон одредени заболувања. Заболувањата се спречуваат

со зголемување на имунитетот. Стекнувањето на имунитетот може да биде преку на два начини: преку општи мерки и преку специфични мерки. Општото покачување на имунитетот се постигнува со правилна исхрана, избегнување на штетните влијанија врз здравјето (пушење, изложување на зрачење), соодветна облека, спортување, одмор, рекреација и др. Специфичниот имунитет се стекнува со имунизација односно заштита од одредени заразни заболувања. Имунизацијата започнува од најрана новороденечка и доенечка возраст и продолжува до зрела возраст. Вакцинирање на децата се спроведува според календарот за вакцинација кој е препорачан од СЗО. Нпр. заштита од туберкулоза (заразно заболување на белите дробови, кое може да се прошири низ целиот организам) со бе-се-же вакцина. Или, заштита од детска парализа (заболување на нервите од кичмената мождина, кое може да предизвика парализа најчесто на екстремитетите) со полио. Или заштита на девојчињата од рубеола (заболување кое доколку жените го добијат додека се бремени до третиот месец, плодот може да се роди со мани на срцето) со вакцина за рубеола. Или, заштита од паротитис/заушки (воспаление на жлездите кои лачат плунка, кое кај машките може да се пренесе на тестисите и да резултира стерилитет).

- ✓ Раното откривање и дијагностицирање опфаќа навремено детектирање на заболувањата преку систематски прегледи на доенчиња, на мали деца, на ученици, на просветни работници, на угостителски работници, превентивни прегледи за рано откривање на ракот на матката и ракот на дојката кај жените и др. Опфаќа и спроведување на одредени испитувања врз чија основа може да се утврдат носителите и заболениите на заразни болести (нпр, кај вработените во подготвување на храна се испитува столицата за откривање на хронични носители на тифус и други цревни заразни заболувања. Кај просветните работници се зема брис од грлото заради можноста од пренесување на инфекции на дишните органи).
- ✓ Рана соодветна терапија - со поставувањето на дијагнозата треба веднаш да се започне со адекватна терапија (медикаментозна, режим на исхрана, хируршки интервенции, одмор, и др).

- ✓ Рехабилитација или повторно оспособување, подразбира враќање на организмот во состојба како пред повредата или заболувањето, или во најголема можна мера достигнување на претходната состојба, преку соодветни физикални процедури и вежби, како и преку методите за ментална рехабилитација.

Во остварувањето на здравствената заштита посебна улога и одговорност имаат здравствените организации и здравствените работници и соработници.

Здравствената служба (јавната и приватната) е „индустријата“ која ги обезбедува здравствените услуги.

Според содржината, според видовите на здравствена заштита и здравствените услуги кои се даваат, здравствената служба е организирана на три нивоа: примарно, секундарно и терциерно, на кои се базира организацијата на здравствената заштита (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006).

Примарната здравствена заштита - се организира и спроведува на подрачјето на секоја општина. Тоа е ниво на првиот контакт на корисникот со системот за здравствена заштита, односно со службите на здравствена заштита. Примарната здравствена заштита треба да биде организирана според потребите на населението. На ова ниво се овозможува решавање на бројни здравствени проблеми со превенција, рано дијагностицирање на заболувањата, лекување и рехабилитација.

Секундарната здравствена заштита опфаќа дијагностика, лекување и рехабилитација на заболувањата и повредите со примена на посложена медицинска технологија и специјализирани кадри. Тоа е интермедијарно ниво и филтер меѓу примарната и терциерната здравствена заштита. Се организира како специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита. Во ова ниво спаѓаат: болници (општи и специјални), заводи за рехабилитација (на пример, Завод за превенција, лекување и рехабилитација на кардиоваскуларни заболувања во Охрид) и други.

Терциерна здравствена заштита - е високодиференциран вид на здравствена заштита, која опфаќа дијагностика, лекување и рехабилитација на ретки болести и компликации на

одредени заболувања и повреди, кои се реализираат од високо диференцирани специјализирани кадри и за кои е потребна соодветна современа опрема.

При финансирањето на здравствената заштита и распределбата на средствата, неопходно е да се воспостави рамнотежа меѓу примарната, секундарната и терциерната здравствена заштита.

3. Поим и значење на здравствениот систем

Здравствениот систем е еден од ретките подсистеми на општеството кој работи на заштита на здравјето на луѓето од нивното раѓање до смртта, односно во тек на целиот нивен живот.

Според тоа, тој не само што е важен, туку и неопходен за здравје и здравствен развој на поединецот, семејството, и заедницата, секаде каде што тие постојат.

Од овие причини, не е сеедно во каква состојба е здравствениот систем, односно како работи, како е организиран, како функционира, колку чини и колу е успешен.

Во светот сè повеќе се бараат одговори на следниве прашања (Feldstein, 2009):

- ✓ Што е добар односно задоволувачки здравствен систем?
- ✓ Како да се направи праведен (фер) и одговорен здравствен систем?
- ✓ Како функционира и дали неговите перформанси се добри/задоволителни?
- ✓ Како може да се унапреди неговата работа?
- ✓ Што е потребно да се направи (политика, стратегија, и сл) за здравствениот систем континуирано да се развива, да ги подобри своите перформанси, а со тоа да придонесува за здравје на луѓето заради кои и постои?

За да се зборува за функционирање или за перформанси на здравствениот систем, мора прво да се дефинира што е здравствен систем.

Општо речено, здравствениот систем го опфаќа сето она што е поврзано со здравјето, почнувајќи од образованието па до исхраната и начинот на живот. Овој поим е поширок од поимот здравствена служба и систем на здравствена заштита.

Терминот здравствен систем може да се однесува и на формалната структура на здравствената служба или на мрежата функции кои директно или индиректно делуваат кон задоволување на здравствените потреби на населението. Здравствениот систем е начин на организација на здравствената заштита и зависи од општественото уредување на земјата, од рационалната проценка на потребите на населението, од материјалните можности и др.

Главна цел и задача на здравствениот систем е унапредување и подобрување на здравјето на луѓето, вклучувајќи ги и сите други фактори кои имаат влијание врз здравјето.

Ако се прифати дека главната цел на здравствениот систем е да го унапреди и зачува здравјето на луѓето, тогаш беспредметно е да се расправа дали е тој потребен. Веројатно, поадекватно е да се заклучи дека не само што е потребен, туку дека е и неопходен за современото општество, бидејќи со негово добро функционирање, може значајно да се подобри здравјето на народот.

И покрај својата општа главна цел, тој има и други две цели кои се еднакво важни заради нивниот придонес кон општата цел, а тоа се: одговорност и праведност. Одговорноста се однесува на задоволување на она што луѓето го очекуваат од здравствениот систем, а праведност значи еднакво добар пристап и пружање на здравствена услуга кон секој, без дискриминација, преку фер финансиска контрибуција (Feldstein, 2009).

Значи, здравствениот систем има три главни цели (Feldstein, 2009):

- ✓ Унапредување и зачувување на здравјето на луѓео
- ✓ Одговорност кон очекувањата и барањата на луѓето за здравствена заштита
- ✓ Чесна (фер) и праведна финансиска контрибуција.

Успешноста на функционирање на здравствениот систем може да се мери врз основа на достигнување на овие цели.

Значи, неопходно е здравствениот систем да биде соодветно структуриран, успешно раководен, ефективен, организиран, и адекватно финансиран за да функционира добро и позитивно да влијае на унапредување на здравствената заштита и здравствената состојба на населението.

Здравствениот систем спаѓа во посложените општествени системи (заедно со политичкиот, стопанскиот/економскиот, системот на социјална заштита, системот на образование) и неопходно е негово соодветно управување. Крајна цел на менаџирањето е унапредување на системот на здравствена заштита што ќе овозможи подобрување на здравјето на населението.

Да се менаџира здравствениот систем значи да се водат сите активности, планови и програми во сферата на здравствената заштита како на ниво на здравствена организација, така и на здравствениот систем во целина. Добрата и постојана комуникација и размена на сознанија и информации меѓу сите делови на здравствениот систем, и особено соодветната поделба на работите меѓу нив, правилно водена и управувана, овозможува успешно функционирање на сите негови делови.

Соработката помеѓу заедницата и здравствениот систем е широко фокусирана, при што заедно се опфатени различни заинтересирани страни. Соработката опфаќа и подразбира широк дијапазон на активности со цел да се зголеми пристапот и достапноста на ранливите групи и на групите од пониските социјални слоеви во рамките на заедницата, координирање на здравствената грижа низ системот на здравствена заштита и промовирање на стратегии што го подобруваат здравјето на заедницата и добросостојбата.

4. Дефинирање на поимот здравствена организација

Здравствената дејност може да ја вршат и организации од областа на здравството, наречени здравствени организации, и други организации и здравствени работници самостојно со личен труд.

Терминот организација³ значи свесно здружување на луѓето чија заедничка цел е исполнување на одредени задачи, со соодветни средства, со создавање на постојани структури на нивните односи, и со оптимални вложувања и напор на вработените. Под поимот установа се подразбира организација која обавува јавни дејности / служби (научни, стручни, образовни, здравствени). Во практиката, овие два термини често пати се поистоветуваат (Кралев, 1995).

Здравствена организација е организација која се грижи за здравјето на населението. Може да биде јавна, задружна, мешовита и приватна. Здравствени организации можат да основаат: Републиката, правните и физичките лица, а јавна здравствена организација може да основа Собранието на Република Македонија (Николоски, 2013).

За да отпочне со работа една здравствена организација неопходно е да се исполнат одредени услови. Здравствена организација може да се основа и да врши здравствена дејност кога се обезбедени наменски градежни објекти, потребни стручни кадри во зависност од видот на здравствената организација како по број, така и по специјалност, адекватна медицинска опрема, материјални средства и друго. За основање и почнување со работа на здравствена организација потребно е исполнување и на други услови, кои ги пропишува Министерството за здравство. Воедно, тоа оценува дали се исполнети пропишаните услови. Врз таа основа, Министерството за здравство донесува решение за дозволено отпочнување со работа. Така, здравствената организација може да се внесе во судскиот регистар.

Грижата за здравјето на луѓето трае 24 часа, бидејќи многу работи поврзани со пружање на медицинска помош се случуваат непредвидено. Оттука произлегува потребата од усогласување на распоредот и работното време на здравствените организации, со потребите на граѓаните. Целта е во секое време здравствената заштита да биде достапна на населението.

Секоја здравствена организација треба да работи согласно позитивната законска регулатива која ја определува нејзината дејност. Постои потреба од континуирано следење на исполнувањето на пропишаните обврски од повеќе аспекти.

³ Organon, грч - орудие, внатрешна поврзаност. И зборот орган го има истиот корен

Така, надзор над законитоста на работата на здравствените организации врши Министерството за здравство.

Бидејќи здравствените работници и здравствените соработници се одговорни за својата стручна работа, надзорот над стручната работа го врши Министерството за здравство, преку комисија од редот на истакнати здравствени, научни и стручни работници или преку соодветна здравствена организација. Надзорот над стручната работа се врши најмалку еднаш во годината или по барање или по предлогот на надлежен орган, како и по иницијатива на граѓаните (Николоски, 2013).

Освен надзорот кој го врши Министерството за здравство, здравствените организации се задолжени да организираат внатрешен надзор над стручната работа на своите здравствени работници.

Се врши и надзор над примената на оние закони кои се донесени врз основа на законите во областа на здравствената заштита. Нпр. за здравствена исправност на прехранбените продукти, или хигиенските услови во училиштата. Овој надзор го врши здравствената инспекција.

Се случува здравствената организација во текот на своето работење веќе да не ги исполнува со закон пропишаните услови за вршење на дејноста, било од аспект на стручни кадри, или од аспект на материјалните услови, или градежните објекти веќе не се соодветни. Или пак престанала да ги извршува задачите за кои е основана. И во двата случаи здравствената организација може да биде укината од страна на основачот.

Здравствената заштита ја обезбедуваат здравствените организации. Во зависност од обемот и од целите на здравствената организација, постојат повеќе видови на здравствени организации за спроведување на здравствената заштита: Ординација, Здравствена станица, Здравствен дом, Болница (општа и специјална), Завод, Институт, Клиника, Универзитетски клинички центар, Завод за здравствена заштита (Републички и регионални), Аптека, Поликлиника, Дијагностичка лабораторија, Заботехничка лабораторија, Центар за итна медицинска помош, Клиничка болница, Природно лекувалиште.

5. Систем на здравствено осигурување

Најпрвин, сите издвоени средства за храна, обрзование, домашни трошоци, трошоци за здравствена заштита имаат значителен придонес во економијата. Во однос на ваквиот пристап, здравственото осигурување има значајна улога во финансиското планирање на поединецот и заедницата. Исто така, врз основа на здравственото осигурување тие имаат здравствена заштита, финансиска и социјална сигурност (Петковски, 2006).

Системот на здравствено осигурување претставува механизам на финансиски придонеси во фонд со чија помош се собираат средства за покривање на трошоците на здравствените услуги. Фондот е здравствена (посредничка) институција која обезбедува здравствени услуги и лекување за своите членови осигуреници. Фондот им исплаќа средства на давателите на здравствени услуги во име на осигурениците кои се корисници на услугите (Николоски, 2013).

Оттука, здравственото осигурување е значајна економска категорија врз основа на која се прибираат и планираат вкупните финансиски средства во здравствената заштита, се врши нивната распределба и (рационално) трошење и, кое, истовремено, има влијание врз агрегатната економија на една земја.

На современиот пазар, здравственото осигурување како важен дел од социјалното осигурување се спроведува во форма на задолжително или доброволно осигурување, односно придонесите можат да бидат доброволни и задолжителни.

Задолжителното здравствено осигурување е осигурување според задолжителен јавен модел и тој законски се спроведува. Плаќањето за вакво осигурување според сумата одговара на данок. Принципот на задолжителното здравствено осигурување се реализира преку обврската што може да ја имаат работодавците кои ќе плаќаат придонеси за вработените. Задолжителното здравствено осигурување обично го управуваат јавни тела. Пред сè, задолжителното здравствено осигурување се обезбедува и регулира преку механизмите на државата вклучувајќи ја универзалната здравствена заштита со широк спектар на услуги и јавно администрирање. Имено, со задолжителното осигурување се

обезбедува основниот пакет здравствени услуги за целокупната популација, додека пак дополнителното здравствено осигурување е за оние кои можат доброволно, односно приватно да си дозволат да бидат осигурани врз основа на нивните потреби. Со задолжителното здравствено осигурување во сите земји со основната здравствена заштита се опфатени вработените, земјоделците, уметниците, пензионерите и други.

Оттука може да се констатира дека здравственото осигурување е претплата на здравствени услуги врз основа на редовна уплата, независно дали е таа приватна или преку работното место, со одбивање од приходите или плаќање даноци преку механизми на власта (Тулчински, Варавикова, 2003).

Даноци

Даноците се давачки воведени од државата кои можат да бидат даноци на доход (директни даноци) или даноци на производи и услуги (индиректни даноци). Средствата обезбедени со даноците се користат за различни цели. Пред сè, тие служат за издржување на државната администрација; за редистрибуција на средствата во општеството; контрола на јавната потрошувачка; контрола на обемот на увоз и извоз; контрола на дистрибуцијата на производи од посебна важност.

Даноците можат да бидат регресивни и прогресивни. Регресивни даноци се оние чие оптоварување опаѓа со зголемување на приходите, односно, луѓето кои помалку заработуваат плаќаат поголем дел од своите приходи во однос на богатите. Спротивно на регресивните се прогресивните даноци чие оптоварување се зголемува со зголемување на приходите, односно, луѓето кои имаат помали приходи плаќаат помала стапка на данок во однос на богатите. Прогресивниот данок служи за редистрибуција на богатството од богатите кон сиромашните, ако социјалната добивка која се издвојува од даноците повеќе им одговара на пониските социјални слоеви (Cercone, 2004).

Даноците имаат сè поголема важност и во здравствениот сектор; преку нив се обезбедуваат средства од популацијата за покривање на трошоците за сузбивање на болестите, за промоција на здравјето и за обезбедување примарна здравствена заштита.

Средствата од даноците, исто така, се користат и за проекти за заштита на природата, а преку воведување специјални даноци се прават напори да се намали потрошувачката на производи потенцијално штетни за здравјето и за екологијата (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006).

Придонеси

Придонесите се наплата на данок кој се собира за задолжителното здравствено осигурување, често како дел од системот на социјална заштита или наплата според слободниот модел, чијашто големина е определена од регулативите за кои се договориле вклучените страни. Плаќањето на придонеси овозможува право на користење на определени здравствени услуги за оние кои плаќаат и можеби за некои други, како што се блиски роднини. Обемот, содржината и големината на услугите можат да бидат определени од висината на придонесите, од должината на периодот на членство во овој модел или според некој друг критериум, ако е потребно.

Придонесите за здравствено осигурување можат да бидат комбинирани со придонеси наменети за други социјални добивки и во тој случај здравственото осигурување се вклопува во една поширока програма наречена *социјално осигурување*.

Здравствено осигурување, претставува и универзална форма со која пациентите се осигуруваат од ризик за заболување, нарушување на здравствената состојба или повреда. Одредени трошоци директно си ги плаќа пациентот, а потоа истите му се надоместуваат, додека, пак, други трошоци директно им се плаќаат на давателите на услуги од страна на Фондот (владата) (Feldstein, 2006).

Одбитоци од плата

Одбитоците од плата се вообичаен начин на собирање придонеси. Придонесите од плата зависат од формалниот труд. Доколку неформалниот сектор е релативно голем, како што е случај во многу земји со низок доход, социјалното осигурување може да биде непрактично за спроведување.

Посебно тешко, но не и невозможно, е да се обезбеди осигурување за земјоделскиот сектор. Бројни успешни планови за рурално здравствено осигурување се преземени во земјите со низок доход користејќи годишни рамни давачки.

Од гледна точка на работодавците, придонесите ги зголемуваат трошоците на трудот. Тоа е еден вид данок за вработување, постојат придонеси што се плаќаат од страна на работодавецот, затоа што придонесите ги охрабруваат работодавците да ги задржат трошоците на ниско ниво. Но, од друга страна, пак, постои актуелна дебата дали високите давачки од плата можат да ја зголемат невработеноста и негативно да влијаат на конкуретноста на индустријата или на нацијата во целост.

6. Здравствен систем на Република Северна Македонија

Обликувањето на здравствените системи и нивната актуелна преобразба се условени со низа од посреднички фактори, од коишто посебно се истакнуваат следните (Николоски, 2013):

- ✓ Економски фактори – промените во областа на работењето и вработувањето, финансирањето на здравствените системи, разликата помеѓу богати и сиромашни, контролирање на трошоците и рационализација и слично;
- ✓ Демографски фактори – стареење на населението, намален наталитет, фертилитет и морталитет и слично;
- ✓ Епидемиолошки трендови – епидемиолошка транзиција која ги диференцира причинителите на заболувањата и смртноста;
- ✓ Социјални фактори – социјална разлика помеѓу одредени земји и поединечни социјални друштва, типови на болести врзани со животниот и здравствениот стил, начин на кој поединецот и друштвото одговараат на појавата на болеста;
- ✓ Државна организација – начин на кој државата интервенира во здравствениот систем, степенот на административната вклученост и административната контрола,

интересот и позицијата на владата во здравствениот систем, начинот на одлучување и партиципирање на граѓаните во здравствениот систем.

Секој национален здравствен систем има свои карактеристики и проблеми. Нивното надминување подразбира континуирана евалуација врз основа на добро развиени информациски системи, здравствен менаџмент и вклученост на општеството по пат на креирање на професионални организации и групи за застапување.

Секоја земја развива сопствен здравствен систем и го модифицира според своите културолошки потреби и расположливи средства. Но, здравствениот сектор се наоѓа во состојба на постојана еволуција, така што земјите во развој можат да земат голем број примери од здравствените системи на развиените земји - тие примери да ги спроведуваат во својот здравствен систем и да реализираат еволуција на здравствениот систем во нивната земја.

При обезбедувањето на здравствена заштита постојат и одредени нарушувања на текот на обезбедувањето кои можат да бидат: географски, културолошки, општествени, психолошки и финансиски. Отстранувањето на финансиските бариери во обезбедувањето на здравствена заштита е потребен, но не секогаш доволен услов за оптимално здравје.

Еднаквиот пристап до квалитетна здравствена заштита со минимални меѓурегионални и социодемографски разлики е од суштинско значење за добри јавно-здравствени стандарди (Николоски, 2013).

Под потребни услуги не се подразбираат само услугите расположливи на барање на пациентот, туку и услугите наменети за целото население, особено за ризичните групи кои најчесто имаат најмалку шанси да дојдат до соодветно лекување.

Програмата која обезбедува еднаков пристап на здравствена заштита на сите може да затаи во постигнувањето на својата цел – подобрување на здравјето на населението – ако не е поткрепена со донесување правна регулатива за здрава животна средина и заштита при работа, исхрана и прехранбени производи, стандарди за водата за пиење, подобрување на здравствената заштита во селските заедници, повисокото образование и здравствено информирање на јавноста.

За унапредување на здравјето и намалување на специфичните фактори на ризик од мордIBILITET и морталитет потребни се дополнителни национални здравствени програми. Одговорноста за здравјето не ја сноси само лекарот или другиот медицински персонал, туку и општеството и неговите извршни инструменти, владините и невладините организации, како и поединецот и неговото семејство.

Глава 3. Финансирање на здравствената заштита

1. Поим и значење на финансирањето

Системот на финансирање на здравствената заштита е од пресудно значење за функционирање на здравствениот систем во целина. Тоа е дотолку поважно, што прашањето како да се обезбедат доволно финансиски средства за здравствена заштита стана едно од најсериозните проблеми на здравствената политика готово во сите современи земји.

Проблемот со кој денес се соочуваат современите системи на здравството, е сè поголемиот раст на здравствената потрошувачка, додека изворите на средства остануваат ограничени. Причината за пораст на здравствената потрошувачка се бројни фактори, од кои најзначајни се: сè поголемиот број стари лица и поврзано со тоа пораст на хроничните дегенеративни болести и потребата од долготрајно лекување, потоа сè побрзиот развој на сè поскапа медицинска технологија, самиот факт што здравството е трудово интензивна дејност, зголемените очекувања на пациентите, како и сè поголемите интереси на здравствените работници.

Финансирањето подразбира собирање на финансиски средства со цел за извршување на одредена активност или реализација на планираниот проект. Проектното финансирање е специфичен облик на финансирање, односно тоа е техника на финансирање која често се користи во капитално интензивните дејности, и тоа најмногу во финансирањето на

инфраструктурата. Станува збор за сложена постапка во која работодавачот очекува отплата на заемот првенствено од приходите кои ќе ги генерира самиот проект (Williams, 2003).

Со поимот инфраструктура се опфаќаат системи и објекти кои даваат основни јавни услуги кои овозможуваат и/или поддржуваат одвивање на активности во примарните, секундарните и терцијалните економски дејности. Под јавни услуги, се сметаат услугите кои јавниот сектор, барем во одреден дел, директно ги даваат на граѓаните и го (ко)финансира и/или регулира нивното овозможување (давање) од страна на јавниот сектор (Thomsen, 2005).

Типични примери за јавни услуги се образованието, здравството, социјалната заштита, сообраќајот, телекомуникациите, производството, преносот и дистрибуцијата на електрична енергија, управување со отпад, водоснабдување и канализација и друго.

Иако темелната логика на давањето на јавни услуги упатува на нивното финансирање од јавните извори, праксата покажала дека исклучителното потпирање на јавните извори за финансирање неретко е недоволно. Во финансирањето на новите и одржувањето на постоечките инфраструктурни објекти и системи се користат три основни модели за нивно финансирање (<http://ncppp.org/presskit/ncpppwhitepaper.pdf>):

1. јавно (државно) финансирање;
2. приватно финансирање; и
3. мешано финансирање (партнерство на јавниот и приватниот сектор).

2. Видови на финансирање

Познати се три видови на финансирање, и тоа: Јавно (државно) финансирање, Приватно финансирање и мешовито финансирање. Во продолжение накратко ќе стане збор за секој од наведените видови на финансирање.

Јавно (државно) финансирање

Во овој модел, доминантна улога има јавниот сектор (државата, локалната и регионалната самоуправа, јавните претпријатија и агенции). Улогата на државата подразбира регулирање на производството и/или понудата на инфраструктурата (Robert, 2001).

Регулирањето на производството се однесува на директно финансирање на инфраструктурната изградба, односно државата ги финансира и ги изведува работите, и истата сама управува со инфраструктурата. Финансирањето се извршува со користење на домашни (државата и пониските нивоа на власта, јавните претпријатија, инфраструктурни банки и фондови) и странски извори на финансирање (заемин, заеднички вложувања...) (MMF, 2004).

Регулирањето на понудата се однесува на балансирање на односот на понудата и побарувачката, преку користење на регулациски инструменти, вклучувајќи ги и државните гаранции, концесии, субвенции, емисии на акции и обврзници, регулација на цената на јавните услуги и така натаму. Регулирањето на понудата подразбира и ограничување на вложувањата во поединечни облици на инфраструктурни објекти на одредено подрачје поради економски, еколошки и други причини.

Приватно финансирање

Приватното финансирање наидува на сè поширока примена, поради несразмерноста помеѓу зголемените јавни потреби и трошоците за изградба на инфраструктурата од една страна, и ограничените финансиски капацитети на јавниот сектор, од друга страна. Во овој модел за изградба и одржување на инфраструктурата се користи исклучително приватен капитал привлечен од проектите кои гарантираат враќање на средствата и остварување на задоволувачки профит. Предностите на моделот на приватно финансирање се согледуваат во растеретувањето на државниот буџет, во намалувањето на ризиците за јавниот сектор, во поголемиот степен на иновативност и ефикасност во изградбата и управувањето, исто така, предностите се согледуваат и во дополнителниот извор за финансирање и слично. Проблемите кои најчесто се јавуваат во овој модел се финансискиот ризик и општествената (не)прифатливост на приватното финансирање (Ladavac, 1999).

Мешовито финансирање

Партнерството на приватниот и јавниот сектор е договор помеѓу државните субјекти и приватните вложувачи (инвеститори) во кое на приватниот партнер му е доделено извршувањето на поединечни функции во реализацијата на проектите (проектирање и планирање, изградба, финансирање, управување и одржување, наплата на приходи) (Kerf, Gray, Irwin, Levesque, Taylor, 1998). Иако јавно-приватното партнерство претставува современ облик на финансирање, прототиповите на овој концепт се забележуваат уште во Римското царство кога на новоосвоените подрачја, одредени објекти кои биле од јавно значење, се граделе со отстапување на работите на приватните фирми со надзор на римскиот Сенат. Во средниот век, а подоцна и во 19-тиот век, партнерството на јавниот и приватниот сектор било застапено во подрачјето кое се однесувало на изградба на комуналната инфраструктура (Велика Британија, Франција) (Savas, 2004).

Пример за исклучително успешна примена на јавно-приватно партнерство се забележува од страна на повеќе автори, во Питсбург (САД), каде што во 1943 година дошло до соработка помеѓу градската управа и приватните претпријатија во обликувањето на економските, општествените и урбаните развојни стратегии, што резултирало со обновен изглед на самиот град Питсбург (Robert, 2001). Моделот на јавно-приватно партнерство, сè почесто се користи во последните години. Имено, вредноста на вложувањата во САД, од 6 милијарди долари во 2000 година, во 2003 година се зголемила на 41 милијарда долари (SDURF, 2006).

Елементите кои влијаеле на појавата на јавно-приватното партнерство, како и стартерите на неговата примена, прикажани се во табелата 2 која е дадена подолу.

Табела 1. Клучни елементи и стартери

ЕЛЕМЕНТИ	СТАРТЕРИ
Финансиски потреби	ПОЛИТИЧКО ОКРУЖУВАЊЕ: политичка волја или обврска
Лоша постоечка и неизградена инфраструктура	
Побарувачка за јавни услуги	ПРАВНО ОКРУЖУВАЊЕ: поедноставување на процедурите
Зголемување на ефикасноста и креативноста	

Конкуренција на пазарот	ЈАВНО МИСЛЕЊЕ: јавноста го прифаќа вклучувањето на приватниот сектор
Недостаток на домашно искуство	
Проширување на базата на национални експерти	СТРУЧНА ЈАВНОСТ: искуство на спонзорот во проектите
Парцијална специјализација	

Извор: European Comission, (2004), Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law an Public Contracts and Concessions, Bruxselles

Европската комисија (2004) разликува два облици на јавно-приватно партнерство: договорен облик и институционален облик. Вториот облик вклучува заедничко основање на нови правни лица со цел за реализација на проекти, додека пак, во првиот облик, кој претставува и најчест случај, соработката помеѓу јавниот и приватниот сектор е од исклучително договорен карактер (концесија) (European Comission, 2004).

Јавно-приватното партнерство се реализира во склоп на различни сопственички и управувачки структури. Преку распределбата на ризикот, партнерството обезбедува низа од користи, како за приватниот, така и за јавниот сектор.

3. Основни принципи за вреднување на финансирањето на здравствениот систем

Пред да се започне со разгледување на основните начини на финансирање на здравствената заштита, потребно е да се укаже на два основни принципи на секоја здравствена политика и на критериумите врз чија основа може да се вреднува здравствениот систем воопшто, па и на системот на финансирање. Тоа се принципите на успешност/ефикасност (англ. efficiency) и праведност (англ. equity) (Бингам, Боуен, Чендер, 2009).

За еден здравствен систем може да се каже дека е успешен (ефикасен) кога пружа здравствена заштита со максимален квалитет (во смисла на здравствениот исход) и со минимални трошоци со оглед на постоечките (издвоените) средства. Макро-ефикасноста се однесува на уделот во бруто општествениот производ кој се издвојува за здравствена заштита. Микро-ефикасноста се однесува на способноста на здравствениот систем за

искористување на сите расположливи средства со цел максимирање на ефектите (здравствените исходи) (Tulchinsky, Varivikova, 2000).

Ефикасноста како економски поим може да се дефинира како однос на аутпутите (ефектите, приходите, користа) и инпутите (ресурсите, вложувањата, трошоците), или со други зборови, како успешност во искористувањето на ресурсите.

Праведноста при финансирање на здравствената заштита се разгледува од два аспекти: од аспект на финансиските можности на поединците за плаќање на здравствена заштита, и од аспект на пружањето на здравствената заштита. Согласно ова, се разликуваат: вертикална праведност во здравствената заштита и хоризонтална праведност во здравствената заштита.

Вертикалната праведност во здравствената заштита го означува начелото согласно кое здравствената заштита треба да биде финансирана во согласност со финансиските можности на поединците. Согласно овој вид на праведност, пациентите со нееднакви можности на плаќање (нееднакви приходи) би требало и нееднакво да плаќаат за здравствена заштита. Праведен систем на финансирање на здравствената заштита е оној во кој финансирањето е поврзано со можноста за плаќање, односно со висината на приходите.

Системот на финансирање на здравствената заштита може да биде (Tulchinsky, Varivikova, 2000):

- ✓ прогресивен – кога издвојувањата за здравствена заштита растат со приходите, односно богатите луѓе плаќаат пропорционално повеќе во однос на оние кои се помалку богати,
- ✓ пропорционален – кога сите плаќаат пропорционално еднакво во однос на приходите, и

- ✓ регресивен – кога издвојувањата за здравствена заштита се намалуваат со растењето на приходите, што значи дека богатите луѓе плаќаат пропорционално помалку од сиромашните.

Принципот на праведност во пружањето на здравствената заштита, или принципот на хоризонтална праведност подразбира дека секој поединец добива еднаква здравствена услуга за истата здравствена потреба.

4. Основни елементи во финансирање на здравствената заштита

Во секој здравствен систем, клучни субјекти се (Tulchinsky, Varivikova, 2000):

- ✓ граѓаните, осигурениците, пациентите
- ✓ давателите на здравствените услуги
- ✓ институцијата посредник која се јавува како собирач на приходите и како плаќач на услугите.

Финансирањето и пружањето на здравствена заштита може да се прикаже како размена или трансфер на средства помеѓу клучните субјекти кои се актери во здравствениот систем.

Наједноставен облик на трансакција е директното плаќање, со што пациентот непосредно му плаќа на давателот на здравствена заштита во замена за добиената здравствена услуга.

Но, во здравството, се развил и индиректен начин на плаќање, преку трет субјект - посредно административно тело кое може да биде државна, јавна или приватна институција.

Во здравството, индиректниот начин на плаќање на здравствена заштита по пат на трета страна се појавил за да се заштитат граѓаните од финансискиот ризик на болеста. Високите трошоци поврзани со здравствена заштита како и непредвидливоста на болеста,

го прават директното плаќање неадекватно, што доведе до развивање на различни методи на прибирање пари однапред, со цел заедничко поднесување на ризикот. Финансирањето на здравствените услуги се обавува на тој начин што посредната институција собира приходи од граѓаните и ги прераспределува на давателите на здравствените услуги.

Основните функционални односи помеѓу актерите во здравствениот систем се (Tulchinsky, Varivikova, 2000):

- ✓ Прибирање на приходи
- ✓ Здружување на финансиските средства
- ✓ Купување или плаќање на заштитата
- ✓ Пружање на заштитата.

Прибирање на приходите

Во процесот на прибирање на приходите, потребно е да се разликуваат: извори на приходи, начини на финансирање и видови на посредни институции кои ги собираат приходите.

Приходите за финансирање на здравствената заштита потекнуваат во прв ред од населението – поединци, домаќинства, вработени, претпријатија. Извори на приходи можат да бидат и домашни и странски НВО, добротворни здруженија, како и странски влади и деловни субјекти од други држави.

Основни начини за финансирање на здравствена заштита се даноците, придонесите за социјално и здравствено осигурување, премиите од приватното здравствено осигурување, личните сметки за медицински заштеди, директно плаќање на услугите, заеми, грантови, донации. Начините на финансирање може да се разграничат и како: директни (директно плаќање) и индиректни (даноци, придонеси), како задолжителни (социјално осигурување, даноци) и доброволни (приватно осигурување, директно плаќање на услугите), или како јавни, приватни и надворешни (заеми).

Посредните институции кои ги прибираат финансиските средства можат да бидат јавни или административни тела, кои може да се профитни или непрофитни (нпр фондовите за социјално и здравствено осигурување, фондовите за приватно осигурување) (Тулчински, Варавикова, 2003).

Здружување на средствата

Не е доволно средствата само да се приберат, туку е потребно и нивно здружување за да се овозможи заедничко споделување на здравствените ризици меѓу сите уплатувачи на средствата.

Значењето на здружувањето на финансиските средства е во заедничкото поднесување на финансиските последици од ризиците поврзани со болест на ниво на цела популација или на ниво на одредена група луѓе.

Секој начин на финансирање на здравствена заштита не овозможува заедничко поднесување на ризикот (нпр директното плаќање). Со приватното осигурување здружувањето на ризикот е лимитирано од индивидуалните премии за секој индивидуален ризик.

Прибирањето на средствата и нивното здружување често пати е интегрирано во едно административно тело, на пример во фонд за здравствено и социјално осигурување. Но, тие функции можат да бидат и одвоени. Таквото одвојување резултира со потребата од посебни механизми на распределба (алокација) на средствата од административните тела кои ги прибираат средствата кон административното тело кое врши здружување на средствата и купување на здравствените услуги (Тулчински, Варавикова, 2003).

Купување или плаќање на заштитата

Купувањето, договарањето и плаќањето на здравствената заштита во моделот на посредно финансирање значи трансфер на собраните и здружените финансиски средства до давателите на здравствените услуги, и тоа во име на населението за кое средствата се здружуваат и кое е корисник на услугите.

Постојат различни начини на плаќање на лекарите и здравствените установи. Лекарите и другите стручњаци можат да бидат платени по методот на плата (одреден износ на пари за одредено време), по методот на главарина (одреден износ по поединечен пациент запишан на листата на докторот за одреден период), спрема услугата и сл.

Здравствените установи можат да бидат платени по пат на општа пресметка (проценка на сите трошоци), главарина, према ден (одреден износ по пациент за секој ден поминат во болница), према услугата (посебни цени за секоја медицинска постапка), и по пат на грантови (поддршка од страна на владата за капитални вложувања – набавка на опрема, изградба и сл.) (Тулчински, Варавикова, 2003).

5. Основни системи на финансирање на здравствената заштита во современите земји

Во повеќето развиени земји, системот на финансирање на здравствената заштита се базира на комбинирање на задолжителни методи на финансирање (даноци, социјално и здравствено осигурување) и доброволни облици на финансирање на здравствена заштита (приватни здравствени осигурувања, директно плаќање) кои имаат дополнувачки карактер.

Во зависност од начинот на финансирање кој преовладува, можат да се разликуваат следниве базични системи или модели на финансирање на здравствена заштита (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006):

- ✓ Државно финансирање преку даноци
- ✓ Социјално – здравствено осигурување
- ✓ Приватно финансирање на здравствена заштита.

Државно финансирање преку даноци

Овој начин на системско финансирање на здравствената заштита се нарекува и модел на национална здравствена служба, или Beveridge-ов модел, према лорд Beveridge по чија иницијатива првпат е воведен во Велика Британија во 1948 година.

Основна карактеристика на овој систем на финансирање е што здравствената заштита ја финансира државата од државната сметка (буџетот), а средствата се прибираат со општо оданочување.

Примери на земји со развиена национална здравствена служба се Велика Британија, Шведска, Норвешка, Финска, Данска, Ирска, Исланд, а од крајот на 70-тите и 80-тите се развива и во Италија, Грција, Шпанија, Португалија. Го има и во Канада (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006).

Даноците кои се основниот начин на финансирање на овој модел, се разликуваат во зависност од изворите. Директните даноци се оние кои се собираат од поединци, домаќинства и деловни субјекти (нпр. данок на личен приход, данок на добивка на фирмите, данок на сопственост). Индиректните даноци се собираат од продажба на стоки и услуги (данок на промет, данок на додадена вредност, данок на увоз или извоз).

Еден од недостатоците на моделот на финансирање преку даноци, е што за средствата за здравствена заштита одлучуваат политичарите, и тоа еднаш годишно - кога одлучуваат за распределба на средствата на буџетот. Бидејќи здравството е само една од бројните ставки во буџетот, често пати е недоволно политички моќно за да се избори за потребните средства. Од позиција на граѓаните, општите даноци се недоволно транспарентни како извор на средства за здравствена заштита.

Овој систем е изложен на постојан притисок за поголемо приватно финансирање; имено, побогатите слоеви кои имаат повеќе средства волни се приватно да платат за побрзи или (наизглед) поквалитетни здравствени услуги.

Така, во системот на националната здравствена служба настанува двостепен систем во односот на достапност и квалитет на здравствена заштита.

Предност на овој систем на финансирање е тоа што управувањето со него е релативно лесно. Воедно, овој систем е ефикасен бидејќи овозможува директна контрола на трошоците, овозможува општа пристапност до квалитетни услуги во однос на релативно ниски финансиски средства, обезбедува висок степен на праведност во финансирањето према можностите на плаќање. Бидејќи нема никакви финансиски препреки за користење,

таквиот систем придонесува кон праведност во пружањето на здравствената заштита, и преку еднаквост во достапноста и преку еднаквиот третман за еднаква потреба.

Социјално здравствено осигурување

Овој систем се нарекува и Бизмарков модел, према канцеларот Бизмарк за време на чија власт во 1883 година во Прусија по првпат е воведен овој модел на финансирање на здравствена заштита.

Социјалното здравствено осигурување е најзначаен облик на финансирање на здравствена заштита во многу развиени земји и со него е опфатен поголемиот дел или цела популација. Го има во Германија (88 % опфат на популацијата), Франција (100 %), Холандија (64 %), Белгија (99-100 %), Австрија (99 %), Швајцарија (100 %), и други (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006).

Историски, системот на задолжително здравствено осигурување се развил од средновековните доброволни друштва на взаемна помош за ситуации во случај на болест.

Основни карактеристики на современото социјално здравствено осигурување се (Ѓорѓев, Бачановиќ, 2006).

- ✓ Социјалното здравственото осигурување е задолжително. Целото население (или некои негови делови) законски се обврзани на осигурување на здравствените и со нив поврзаните други ризици.
- ✓ Граѓаните осигуреници редовно ги плаќаат придонесите за осигурување, обично како определен процент од приходот или платата
- ✓ Постојат посебни административни тела (фондови за здравствено осигурување) кои имаат главна улога во управувањето со собраните финансиски средства и плаќањето на здравствените услуги.

Стапката на придонеси ја одредува најчесто владата. Фондот за здравствено осигурување може да биде единствен за цела земја, а можат да постојат и повеќе (нпр. регионални фондови).

Правата по основ на здравствено-социјално осигурување најчесто се сеопфатни и вклучуваат лекување, лекови и надомест за плата.

Предности на овој систем се тоа што е потранспарентен од претходниот и затоа е поприватен од страна на граѓаните, овозможува висок степен на избор, високо ниво на услуги со повисок квалитет, и висок степен на задоволни корисници.

Недостатоците на овој систем на финансирање се врзани за "морална опасност", поим кој се користи за непотребно и претерано користење на здравствената заштита, условено од самото постоење на здравственото осигурување. Претераната понуда и претераното користење на услугите е причина за преголема здравствена потрошувачка.

Приватно финансирање на здравствена заштита

Разните облици на финансирање на здравствена заштита вклучуваат приватно здравствено осигурување, лични сметки за медицинско штедење и директно плаќање на трошоците за здравствена заштита.

Приватно здравствено осигурување се финансира врз основа на премии, односно уплати во готовина со чија помош поединците се осигуруваат за определен период на време (обично 1 година). Премиите се одредуваат врз база на проценка на ризикот. Може да се одредат според индивидуалниот ризик, врз основа на ризикот на одредена група, или врз основа на регионален принцип, според просечниот ризик на населението на одреден географски регион.

Лични сметки за медицинско штедење – смислата на личните сметки за медицинско штедење е дека поединците задолжително или доброволно уплаќаат заштеда за здравствена заштита на своја сметка. Заштедата се уплаќа како процент од платата и може да се потроши само за медицински трошоци. Во Сингапур уплаќањето е задолжително, и изнесува од 6 % до 8 % од платата. Негативности се тоа што е административно тешко спроводливо, доведува до недостиг на средства (макронефикасност), го укинува солидарното поднесување на ризикот и доведува до изразена неправедност и во финансирањето и во користењето на здравствена заштита.

Директно плаќање на здравствена заштита – се однесува на сите облици на директно плаќање од џебот на пациентот. Од пациентот, може да се бара директно плаќање само на дел од трошоците, или плаќање на услугата во целина. Може да се разликуваат три начини на директно плаќање на здравствена заштита:

1. Директно плаќање на оние услуги кои не се покриени со осигурувањето – најчесто е во приватниот сектор, нпр во стоматологијата, приватните специјалистички ординации, аптеките, лабораториите за приватни дијагностички испитувања.
2. Дополнително плаќање за услуги кои се во осигурувањето, но не се целосно покриени (директно / формално учество во плаќање). Дополнителното плаќање може да биде:
 - ✓ Партиципација - пациентот плаќа одреден паричен износ за секоја искористена услуга – рецепт, преглед, болнички ден, зафат. Нпр: 5 ден / рецепт, 120 ден / болнички ден.
 - ✓ Ко-осигурување – пациентот плаќа процент од вкупната цена на услугата. Нпр: 15 % од цената на лекот, 20 % од цената на испитувањето.
 - ✓ Франшиза – пациентот лично ги плаќа трошоците за заштита до одреден износ. Нпр. првите 1000 денари од трошоците, а потоа останатите трошоци ги сноси осигурувањето.

Директното (формалното) учество на пациентите во плаќањето има за цел намалување на непотребната побарувачка на здравствена заштита. Со плаќање на дел од трошоците, се настојува пациентите да станат свесни за трошоците на заштита и да се одвратат од користење на оние услуги кои навистина не им се потребни. Искуствата покажуваат дека со зголемување на директното плаќање на дел од трошоците се намалува користењето на здравствена заштита.

Неформално (дополнително приватно) плаќање на услугите кои се покриени со осигурувањето, но за кои неформално се бара и дополнително, нелегално плаќање. Овој вид на плаќање на здравствената услуга постои во некои земји. Може да биде во форма на ex-post плаќање, односно после добивањето на услугата, а во форма на подароци или друг

облик на изразување благодарност, и ex-ante - плаќање пред добивањето на услугата, со цел нејзино дополнително обезбедување. Кај нас е познато како плаќање со плик. Заради нелегалноста на овој облик на плаќање, не се знае неговата вистинска големина, а сите информации се базираат на откриени случаи. Се смета дека е прилично раширено во земјите на Централна и Источна Европа, но, го има и во Грција и Франција. Причините за тоа треба да се бараат во недостатокот на средства за здравствена заштита во јавниот сектор. Без дополнителното приватно плаќање не е можно да се добие ни најосновната здравствена заштита, ниту лекови. Воедно, е и дополнителен извор на приходи за лекарите кои имаа ниски, односно никакви плати. Исто така, неразвиеноста на приватниот сектор за давање на здравствени услуги, не им остава простор ни на оние побогатите, кои можат да платат за побрза или поквалитетна услуга. Може да се објасни и со желбата на пациентот за практикување на моќ во однос на здравствените работници.

Во одредени здравствени системи се јавуваат повеќе фондови на здравствено осигурување, при што е можно да се јават определени проблеми, од кои како главни се јавуваат: информациската асиметрија, негативното селектирање и селектирање на ризикот (Feldstein, 2009).

Информациска асиметрија – проблем кој се јавува помеѓу осигурувачите и граѓаните – осигуреници заради неинформираноста за цената, користите, квалитетот и условите на осигурувањето, а што е пресудно за избор на одреден фонд. Во практиката, осигурениците често пати немаат јасни информации што купуваат односно што добиваат за цената на полисата за здравствено осигурување.

Негативно селектирање – проблем кој настанува кога осигурувачот не може да ја одреди вистинската стапка на осигурување или на премијата, па пропишува просечна. Тоа е привлечно за луѓе со висок степен на ризик од просечниот, а ги одбива луѓето со понизок степен на ризик од просечниот, кои може и да го напуштат осигурувањето.

Селектирањето на ризик – осигурувачот, со премии кои не се одредени според ризикот, сака да привлече корисници со подпросечен ризик, односно да ги одбие оние со надпросечен ризик.

6. Процес на финансирање на здравствената заштита

Финансирањето претставува зголемување на приходите за да се плати за добрата или услугите. Финансирањето како функција на јавно здравствениот систем се однесува на мобилизирање, акумулација и алокација на парични средства за да се покријат здравствените потреби на луѓето, индивидуално или колективно во системот.

Како што целокупното финансирање на здравствената заштита е важна детерминанта за нивото на расположливата здравствена заштита, така е важен и начинот на кој се трошат средствата, односно, внатрешната распределба на вкупните финансии во системот на здравствената заштита. Финансиските средства можат да се распределат во однос на (Feldstein, 2009):

- ✓ Целите и приоритетите;
- ✓ Нивото на здравствена заштита, односно примарно, секундарно, терцијарно;
- ✓ Мерките на здравствена заштита како што: се здравствена промоција, превенција, откривање, лечење и рехабилитација;
- ✓ Трошоците на здравствената служба: плата, материјални трошоци, опрема и друго;
- ✓ Начинот и изворите на финансирање како што се: буџет, донатори, дотации и друго.

Финансирањето и распределбата на ресурсите во јавно здравствениот систем треба да биде врз основа на универзалните вредности кои се засновани на *принципите на еднаквост, економичност, солидарност и оптимален квалитет*.

Секоја земја се соочува со потребата од државно финансирање на здравството независно од тоа дали станува збор за целата популација, или пак за најранливата група на популација, во која спаѓаат сиромашните и старите лица. Како основа на принципите за универзална опфатеност, еднаков пристап, економичност, солидарност, одржливост и оптимален квалитет на здравствените услуги, од 2010 година, во сите земји членки на СЗО се воспостави *одржливо финансирање*. Тоа треба да одговара на здравствените потреби на популацијата, а ресурсите треба да бидат насочени кон финансирање на мерките кои треба

да се засноваат на научни докази за да се овозможи унапредување и заштита на здравјето. *Процесот на финансирање на здравствената заштита има широк опфат и започнува со моа (Feldstein, 2009):*

- ✓ Од каде доаѓаат парите;
- ✓ Како тие се собираат;
- ✓ Колку се вложуваат и редистрибуираат до третата страна купувачи (влада, фонд, осигурувач и други) и
- ✓ Како тие се користат за плаќање на обезбедувачите на здравствените услуги.

Овој процес е комплексен, така што и експертите наидуваат на тешкотии истиот да го опишат. Целта на здравствената економија е да даде научно објаснување за функционалноста на пазарот на здравствени дејности, да овозможи ефективно и ефикасно планирање на финансиските средства во една национална економија и политика, како и да укаже за индивидуалниот однос и значење на финансиското планирање и трошоци.

7. Методи и извори за финансирање на здравствената заштита

Здравствената економија ги опфаќа и проучува методите и изворите на обезбедување на финансиски средства за здравствена заштита како и нивна правилна распределба на популацијата. Методите за финансирање на здравствената заштита се преку (Feldstein, 2009):

- ✓ Даноци (државен буџет);
- ✓ Здравствено осигурување;
- ✓ Социјална заштита;
- ✓ Директна наплата од страна на пациентот при добивање на здравствената услуга;
- ✓ Странска помош, заеми, грантови, донации и дотации.

Имајќи ги предвид методите на финансирање на здравствената заштита, сосема логично се надоврзува потребата од ефикасен менаџментот, пред сè на стручноста и искуството на здравствениот менаџер, којшто треба да одигра директна улога во рационалното искористување на расположливите средства и во правилната дистрибуција на финансиските средства во еден јавно здравствен систем.

За подобро разбирање на процесот на финансирање на здравствената заштита ќе биде даден табеларен преглед на изворите на финансирање (Tulchinsky, Varivikova, 2000):

Табела 2. Табеларен преглед на изворите на финансирање

Јавни извори	Приватни извори	Меѓународна соработка
Општи приходи на сојузните, државните и локалните власти, главно од даноци, од приход, добивка, наследство, додадена вредност, имот и друго	Приватно здравствено осигурување	Соработка со ОН
Данок за социјална заштита	Лични трошоци	Фондации
Задолжително здравствено осигурување	Приватни донации, тестаменти	Верски организации
Данок на игри на среќа	Приватни фондации	Други невладини организации
Наменски даноци на цигари, алкохол, казина	Доброволни служби во заедницата	Светската банка
	Чланарна од корисниците	Билатерална меѓународна помош

Извор: Tulchinsky, T.H., Varivikova, E.A., (2000), The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA.

Од аспект на финансирањето на здравствената заштита, а посебно во искористувањето на расположливите средства, секогаш ќе постои недоразбирање помеѓу *потребите и*

можностите. Во врска со можностите, од особена важност за здравствената заштита е утврдување на приоритетите во здравствениот сектор и дефинирање на економските приоритети во рационалната распределба на средствата.

За оваа цел, посебен акцент се става на употребата на многубројни техники како што се: анализите кои се користат за економска праценка (анализа на минимизирање на трошоци, анализа на исплатливост на трошоците, анализа на трошок-полезност, анализа на трошок-добивка), употреба на дополнителни и комбинирани анализи, статистички анализи и други соодветни анализи кои треба да послужат како најголем аргумент во процесот на рангирање на приоритетите. Со примената на ефикасен и современ менаџмент во здравството и здравствената заштита ќе се овозможи рационално користење на средствата во решавањето на здравствените проблеми и ќе се обезбеди ефикасно функционирање на здравствената служба, а сè со цел намалување на трошоците и развој на економскиот, здравствениот и социјалниот систем на една земја (Tulchinsky, Varivikova, 2000).

Моделот на менаџментот подразбира целосна автономија на одреден вработен и на неговата работа. Тесно поврзани со побарувачката на здравствените услуги и со стратегијата на здравствената установа се *епидемиологијата, финансирањето на здравствената заштита и распределбата на средства.* Нивната економска анализа овозможува справување со комплексноста на јавното здравство.

Очевидно, прв чекор на здравствениот менаџмент, односно негова основна и посебна задача, е да ги согледа фактите засновани на потребите на општеството, која е и суштината на неговото дејствување. Понатаму, употребата на епидемиолошките податоци може да му помогнат да ги предвиди финансиските трошоци поврзани со здравствената заштита која може да го пренасочи фокусот на активности кон унапредување на здравјето во областите во кои може да се постигнат и резултати во јавното здравство со редукција на трошоците.

Несоодветната распределбата на финансиските средства меѓу различните сектори во здравството може да доведе до нивна неискористеност, па дури и да предизвикаат нивна контрапродуктивност во јавно здравствениот систем.

Глава 4. Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија како дел од здравствениот систем

1. Развој и структура на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија

Република Северна Македонија, веднаш по независноста воспостави осигурителен здравствен систем, каде што Владата и Министерството за здравство се задолжени за донесување законска регулатива при вршење активности во рамките на здравствениот систем, додека здравствениот осигурителен фонд е одговорен за собирање на придонесите, распределување на средствата, склучување договори со давачите на услуги, односно со болниците и со здравствените установи.

Фондот за здравствено осигурување, како единствена осигурителна организација во која се спроведува задолжително здравствено осигурување, со карактеристики на заемност и солидарност за цела територија на Републиката, започна со работа со одлуките на Собранието и Владата на Република Македонија од 17 октомври 2000 година (Службен весник на РМ, бр.84/2000).

Во Фондот за здравствено осигурување се обезбедуваат средства за основна здравствена заштита. Потребите од здравствените организации и финансирањето на дејноста на здравствените организации е врз основа на цени за здравствените услуги, односно врз

основа на програми и договори за спроведување здравствена заштита на осигурениците. До тогаш, Фондот за здравствено осигурување не можеше да функционира целосно самостојно и затоа се јави потреба од дополнително разгледување на одлуките на Владата и одлуките се изменија за кратко време, односно се надополнија. Владата на Република Македонија, на 8 ноември 2000 година, донесе одлука со којашто именуваше вршител на должност - директор на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија (Службен весник на РМ, бр. 92/2000). Согласно тоа, здравствениот систем во РМ се заснова на задолжително и доброволно здравствено осигурување (Мајхошев, Беловски 2012).

Со овие одлуки на Собранието и на Владата на Република Македонија се исполнети условите за започнување со работа на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија - како самостојна институција за спроведување на задолжителното здравствено осигурување (Фонд за здравствено осигурување на Македонија, 2012).

Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија (ФЗОСМ), е македонска институција која врши функција на единствена осигурителна организација, во којашто се спроведува задолжително здравствено осигурување со принцип на заемност и солидарност за целата територија на Република Северна Македонија.

Фондот ги има следните надлежности (Фонд за здравствено осигурување на Македонија, 2012).:

- ✓ ги спроведува прописите и политиката на развој и унапредувањето на здравствената заштита во врска со задолжителното здравствено осигурување;
- ✓ планира и прибира средства од задолжителното здравствено осигурување;
- ✓ обезбедува остварување на права од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, се грижи за законското остварување на нивните права и им обезбедува стручна помош за остварување на нивните права и интереси;
- ✓ ги плаќа здравствените услуги на здравствените установи за осигурените лица кои ги обезбедуваат здравствените услуги;

- ✓ ги плаќа надоместоците на плати и други парични надоместоци;
- ✓ ги утврдува цените на здравствените услуги од задолжителното здравствено осигурување, на кои министерот за здравство дава согласност;
- ✓ ги утврдува референтните цени за лековите, медицинските помагала, опремата, протезите, ортопедските и останатите помагала и потрошните материјали коишто се користат во здравствената заштита на осигурените лица, кои се надоместуваат од страна на Фондот, на коишто министерот за здравство дава согласност;
- ✓ договара обезбедување здравствени услуги на осигурените лица со здравствените установи, според нормативи и стандарди, базирани на усвоена медицинска доктрина, со цел ефикасна и рационална здравствена заштита;
- ✓ развива сопствен информативен систем со потребни податоци за задолжителното здравствено осигурување;
- ✓ ги спроведува меѓународните договори во делот на задолжителното здравствено осигурување;
- ✓ врши увид и контрола на договорениот обем и увид на обезбедените здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи;
- ✓ презема мерки за ефикасно, ефективно и економично користење на средствата од задолжителното здравствено осигурување;
- ✓ одлучува за правата од задолжителното здравствено осигурување во прв степен;
- ✓ врши и други работи во врска со правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.

Со Фондот управува Управен одбор. Управниот одбор се состои од седум члена кои ги именува и разрешува Владата на Република Северна Македонија за време на четири години, и тоа (Закон за здравствено осигурување, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 55): еден претставник предложен од Министерството за здравство, еден претставник предложен од Министерството за

финансии, еден претставник предложен од Сојузот на синдикатите на Македонија по принцип на годишно ротирање на овластените претставници од Сојузот, еден претставник предложен од коморите на стопанствениците во Република Македонија, по принцип на годишно ротирање на овластените претставници од коморите, еден претставник предложен од Лекарската комора на Македонија, Стоматолошката комора на Македонија и Фармацевтската комора на Македонија по принцип на годишно ротирање на овластените претставници од коморите, еден претставник предложен од Здружението на пензионерите и еден претставник на осигурениците предложен од Здружението на потрошувачите. Управниот одбор има претседател и заменик на претседателот од именуваните претставници од Министерството за здравство и Министерството за финансии кои наизменично по една година се менуваат во текот на мандатот.

За членови на Управниот одбор се предлагаат лица кои имаат високо образование и работно искуство од финансиското работење или од системот и организацијата на здравствената заштита и здравственото осигурување, при што се води сметка за соодветната и правичната застапеност на граѓаните на сите заедници.

Управниот одбор на Фондот ги врши следниве работи (Закон за здравствено осигурување, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 55): учествува во утврдување на развојот на задолжителното здравствено осигурување, донесува статут на Фондот, ги донесува општите акти предвидени со овој закон кои се објавуваат во Службен весник на Република Северна Македонија, донесува програма и план за работа, донесува акти за организација и систематизација на Фондот, предлага буџет и утврдува завршна сметка на Фондот, усвојува годишен извештај за работењето на Фондот, се грижи за остварување на задолжителното здравствено осигурување, го следи остварувањето на меѓународните договори и меѓудржавните спогодби од областа на здравственото осигурување, разгледува прашања, извештаи, информации и други материјали во врска со состојбата и проблемите од задолжителното здравствено осигурување и други работи под надлежност на Фондот, распишува конкурс за именување на директор на Фондот, основа комисии и други работни тела и одлучува и за други работи утврдени со закон и статут на Фондот. Управниот одбор ги донесува одлуките со мнозинство гласови од вкупниот број

на членови. Пред донесувањето на општите акти предвидени со овој закон Управниот одбор може да побара мислење и од коморите од областа на здравството.

Работоводниот орган на Фондот (во натамошниот текст: директор) се состои од две лица, кои се подеднакво одговорни за работењето на Фондот и за обврските што се преземаат во правниот промет (Закон за здравствено осигурување, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 55). За директор на Фондот се именува домашно физичко лице кое ќе понуди најквалитетна програма за работа на Фондот и кое ги исполнува следните услови: високо образование од областа на менаџментот, економските науки, финансиите, бизнис администрацијата менаџментот со јавното здравство, медицинските науки или правните науки. Исто така треба да има најмалку шест години работно искуство од областа на финансиите или менаџментот или од системот и организацијата на здравствената заштита и здравственото осигурување и познавање на прописите од областа на здравствената заштита и здравственото осигурување. При именувањето на директор на Фондот, едно од лицата кое се именува за директор задолжително треба да има високо образование од областа на менаџментот, економските науки, финансиите или јавната администрација. Директорот на Фондот се именува по пат на јавен конкурс, за време од четири години.

Директорот на Фондот (Закон за здравствено осигурување, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 55): раководи со работата на Фондот, го застапува и претставува Фондот, предлага општи акти, се грижи за спроведување на одлуките на Управниот одбор, прописите и општите акти на Фондот и врши и други работи определени со прописите, статутот и општите акти на Фондот.

Со статутот на Фондот особено се уредуваат (Закон за здравствено осигурување, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 55): организацијата и начинот на работењето на Фондот, правата, обврските и одговорностите на органите на Фондот, претставувањето и застапувањето на Фондот, јавноста во работењето на Фондот и неговите органи, постапката за избор и разрешување на директор на Фондот и други прашања од значење за работењето на Фондот.

Фондот за здравствено осигурување на С. Македонија е основан согласно Законот за здравствено осигурување („Службен весник на РМ 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003 и 84/2005, 37/2006) како самостојна финансиска институција со права и обврски за спроведување на задолжителното здравствено осигурување на територијата на Република Македонија.

Фондот врши дејност од јавен интерес и врши јавни овластувања утврдени со Законот за здравствено осигурување.

Со Законот за здравствено осигурување на Фондот му се дадени права, обврски и одговорности да ги планира и прибира средствата од придонесот за задолжително здравствено осигурување, со општи акти поблиску да го утврдува начинот на остварување на правата и обврските на осигурените лица, да ги плаќа здравствените услуги и парични надоместоци, да презема мерки за ефикасно, ефективно и економично користење на средствата, како и други права и обврски од задолжителното здравствено осигурување.

Согласно членот 67 од Законот за здравствено осигурување, Фондот е должен еднаш годишно да доставува до Министерството за здравство, до Владата и Собранието на Република Северна Македонија, анализа за економско-финансиското работење на Фондот. Анализата за економско-финансиското работење на Фондот за периодот од 2006 до 2010 година е изготвена на основа на податоците од сметководствената евиденција на Фондот.

Во анализата се дадени податоци за приходите, расходите и финансискиот резултат по Годишната сметка за 2013, 2014, 2015, 2016 и 2017 година.

Средствата за работа на Фондот се обезбедуваат од придонесите за задолжително здравствено осигурување и тоа од: придонесите од плати, од дополнителниот придонес во случај на повреда и професионално заболување и трансферни приходи, од придонесите од пензиите, придонесите од лица кои се пријавуваат како невработени и од средствата од Буџетот на РСМ за програмите за здравствена заштита и за социјалните програми.

Во финансирањето на здравствената заштита, осигурениците учествуваат со лични средства за покривање на трошоците за здравствените услуги и лековите (партиципација).

Остварените средства во Фондот се користат за покривање на трошоците за: здравствени услуги на осигурените лица; лекови и медицински материјали за лекување; ортопедски и други помагала; парични надоместоци; инвестициони вложувања; трошоци на Администрацијата, и за други потреби за спроведување на задолжителното осигурување.

Со најновите измени, со потпишувањето на Преспанскиот договор на 17 јуни 2018 година, со кој Република Македонија го смени своето име во Република Северна Македонија, и Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) се преименува во Фонд за здравствено осигурување на Северна Македонија (ФЗОСМ). Во трудот, на местата кои се однесуваат за дел од функционирањето на Фондот пред овој датум се употребува ФЗОМ, додека терминот после тој датум е неведуван како ФЗОСМ, истото важи и за самото име на државата.

2. Финансиски текови на системот за јавно здравје

Во Република Северна Македонија, финансирањето на здравствената заштита е преку здравствено осигурување. Законската основа на системот на здравствено осигурување е во Законот за здравствено осигурување, донесен во март 2000, изменет и дополнет со амандманите во 2001, 2003 и 2005.

Законот за здравствено осигурување стапи во сила на 7-ми април 2000, со што одредбите од Законот за здравствена заштита од 1991 поврзани со здравственото осигурување престанаа да важат. Со законот за здравствено осигурување се пласираше определена модификацијата споредено со претходниот систем и нов начин на регулирање на односите во рамки на здравственото осигурување. Тие промени се согледуваат највеќе во видот на здравственото осигурување, обемот на осигурените лица и нивните права и обврски, како и во начинот на пресметување и наплата на придонесите. Во законот се наведуваат и изворите за приходи за здравствено осигурување, партиципацијата на корисниците во трошоците за здравствена заштита, како и обемот на активности и одговорности на Фондот за здравствено осигурување.

Според видот, здравственото осигурување може да биде задолжително и доброволно.

Задолжителното осигурување е воведено заради обезбедување на здравствени услуги и парични надоместоци врз начелата/принципите на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата под услови кои се утврдени со овој закон. Задолжителното здравствено осигурување го спроведува Фондот за здравствено осигурување. Значи, во Законот за здравствено осигурување, дефинирани се принципите на задолжителното здравствено осигурување:

- ✓ принцип на задолжителност – што значи дека здравственото осигурување е задолжително за сите граѓани на РСМ, со определени права во случај на болест или повреда или други права на здравствена заштита според Законот за здравствена заштита
- ✓ принцип на сеопфатност, или на универзална покриеност – се подразбира дека секој е покриен со здравствена заштита, при што се разликува активен осигуреник и членови на неговото семејство
- ✓ принцип на солидарност – се обезбедува преку еднаква стапка (процент) на придонеси за сите
- ✓ принцип на еднаквост / рамноправност – неограничен број права на основна здравствена заштита за секој осигуреник
- ✓ принцип на ефективно користење на финансиските средства согласно законот
- ✓ принцип на заштита на работниците – согласно кој работодавците се одговорни и должни здравствено да ги осигураат вработените.

Доброволно здравствено осигурување се установува за обезбедување на здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. Овој вид на осигурување го спроведуваат друштва за осигурување.

Права од задолжителното здравствено осигурување се правото на основни здравствени услуги, во случај на болест и повреда надвор од работа и повреда на работа и професионално заболување. Или, може да се каже дека со Законот се обезбедува

основната здравствена заштита, право на боледување и други финансиски надоместоци на осигурениците.

Основни права на здравствена заштита се прецизирани преку пакетот на услуги:

- ✓ права / бенефиции на здравствена заштита на ниво на примарна здравствена заштита: 1. здравствени прегледи со цел утврдување на дијагнозата, проегледи или проверки на здравствената состојба, 2. превенција и рано откривање на заболувања, 3. итна медицинска помош, 4. амбулантно и домашно лекување и нега, 5. здравствена заштита при бременост и породување, 6. примена на превентивни терапевтски и рехабилитациони мерки, 7. превенција и третман на болеста на забите и устата, 8. лекови од позитивна листа на ФЗО.
- ✓ Права / бенефиции за здравствена заштита на специјалистичко-консултативно ниво: 1. Испитување на здравствената состојба, дијагноза и препораки за третман, 2. специјализирана дијагностика, терапевтски и рехабилитациони постапки, 3. протетички, ортопедски и други помагала.
- ✓ Права / бенефиции за болнички услуги: 1. испитување на здравствената состојба, третман, рехабилитација и нега, 2. сместување и оброци за време на хоспитализацијата, 3. лекови од листата на ФЗО, 4. сместување и оброци за придружникот на дете до три годишна возраст, по потреба до 30 дена.

Друго право од здравственото осигурување е и надоместок на плата поради болест или поврада, за време на боледување или отсуство поради бременост и мајчинство до 9 месеци, заради доброволно дарување на крв, како и за нега за болно дете до 3 години или друг член на семејството до 30 дена.

Правата на здравствена заштита се остваруваат врз основа на издадена здравствена книшка и врз основа на потврда за платени приходи за здравствено осигурување - сини картончиња.

Осигуреникот има право и обврска за избор на лекар на ниво на примарна здравствена заштита - кој е одговорен за следење и унапредување на здравјето, превенција и рано

откривање на болести, лекување, одредување на потребата за боледување и, по потреба, упатување на осигуреникот на повисоки нивоа на здравствена заштита.

Основните права на здравствена заштита се остваруваат на сите нивоа на системот на здравствена заштита.

Во Законот се дефинирани и извори на средства за финансирање на задолжителната здравствена заштита во РСМ, кои се обезбедуваат преку:

✓ придонеси од:

- бруто платите и надоместоците на платите на вработените,
- пензиите и надоместоците од пензиското и инвалидското осигурување,
- приходите на лицата кои самостојно вршат дејност,
- средствата за невработените лица и
- средствата на другите обврзници

✓ дополнителен придонес за случај на повреда на работа и професионално заболување

✓ учество на осигурениците

✓ буџетот на Републиката

✓ камати и дивиденда

✓ подароци, легати и

✓ други приходи.

Некои од придонесите од кои се прибираат средствата во Фондот за здравствено осигурување се следниве:

✓ Придонеси за ризик од повреди на работа и професионални болести (0,5 %)

✓ Приходи од земјоделци (9,2 % од катастарски приход)

- ✓ Индиректни придонеси на ФПИО (14, 694 % од нето пензии)
- ✓ Придонеси од буџетски приходи (5,9 % во 2002)
- ✓ Надворешна помош
- ✓ Партиципација на корисниците
- ✓ Придонеси од плати на вработени во јавниот и приватниот сектор (8,6 % до јуни 2001, па 9,2 % поради намалување на ДДП од 23 % на 15 %).

За определени здравствени услуги се плаќа и партиципација. Дел од осигурениците можат да бидат ослободени од партиципација, нпр за протези, ортопедски и други помагала за деца до 18 годишна возраст, жени во врска со бременост и породување, доенчиња до 1 година, крводарители – кои дарувале крв повеќе од 10 пати, и лица инвалидизирани во војна или семејства на војници убиени во акција.

Според Законот за здравствено осигурување, има три основни методи за плаќање на обезбедувачите на здравствената заштита: по метод на капитација, по метод на утврдена цена за секоја единица на здравствена услуга (надоместок за услуга) и по програми за одредени видови здравствени услуги.

3. Структура на приходи и расходи на Фондот за здравствено осигурување на С. Македонија

Во текот на 2013 година, заедно со пренесените приходи од претходната 2012 година, остварени се приходи во вкупен износ од 22.149 милиони денари, односно просечен месечен приход од 1,846 милиони денари. Вкупно остварените приходи во 2013 година, во однос на 2012 година кога истите изнесувале 21.548 милиони денари, се зголемени за 601 милиони денари или за 2,8%.

Планираните приходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, во ноември 2012 година изнесуваат 22.366 милиони денари. Реализацијата на приходите во однос на планираните изнесува 99,03%

Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имат даночните приходи (придонеси од плати за специјални фондови) со 89,37%, трансферите од другите нивоа на власт со 8,61% и другите неданочни приходи со 2,03%. Во споредба со структурата во 2012 година, се утврдува раст на учеството на даночните приходи за 1,75 процентни поени.

Значајно е да се има предвид дека покрај придонесот од плати, за дел од категориите на осигуреници придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, односно:

- ✓ за невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- ✓ за осигурениците со специјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- ✓ за пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување;
- ✓ за „неосигурените“ – Министерството за здравство.

Графикон бр.1. Структура на приходите

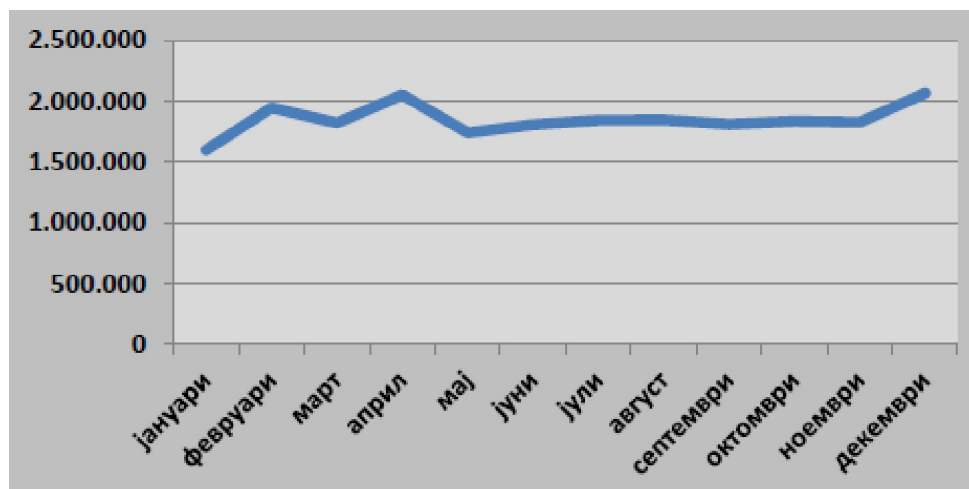


Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

На графиконот е прикажано остварувањето на приходите по месеци, во 2013 година, заедно со пренесениот вишок од 2012 година.

Според табелата, како и во минатите години, најголемо остварување на приходите има во месец декември од 2.061 милиони денари, а најниски се приходите во месец јануари од 1.596 милиони денари (вклучувајќи го пренесениот вишок на приходи од 2012 година во износ од 112 милиони денари).

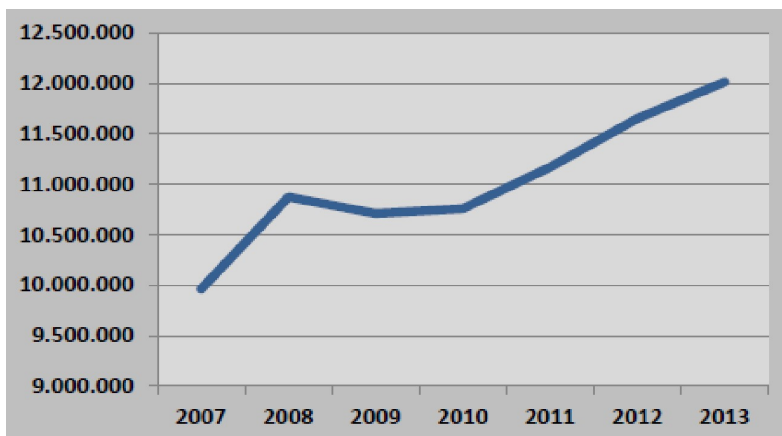
Графикон бр.2. Приходи по месеци



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

Придонесите во 2013 година бележат благ пораст во споредба со 2012 година, односно истите од 11.654 милиони денари се зголемени на 12.015 милиони денари или за 3.1%.

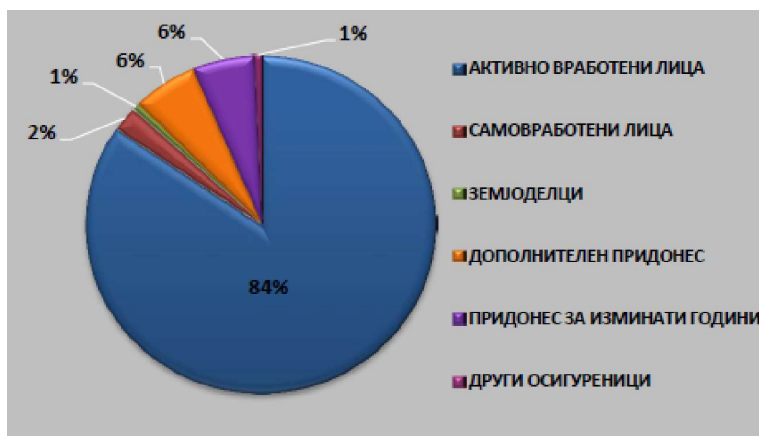
Графикон бр.3 Приходи од придонеси од плати (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

Во структурата на придонесите, најголемо учество со 10.162 милиони денари, или околу 84,57%, отпаѓа на придонесот од активно вработените лица. По нив, со по 6.04% или 725 милиони и со 5,7% или 684 милиони, учествуваат придонесите од дополнителниот придонес и придонесите од изминати години.

Графикон бр.4. Структура на придонесите од плати



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

Просечниот месечен приход од придонес од сите категории на осигуреници во 2013 година изнесува 1.558 денари по осигуреник (носител) што доколку се спореди со просечната исплатена бруто плата во Републиката се добива дека ефективната стапка на придонес во 2013 година изнесувала 4,95%.

Добиената ефективна стапка на придонес за здравствено осигурување е за цели 2,35 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2011 година од 7,3 % од бруто платата.

Посочената разлика се должи пред сè на шареноликоста на основиците и стапките за пресметка на придонесот што се дефинирани во Законот за придонеси од задолжително спцијално осигурување.

Табела бр.2. Стапки на придонес на различни категории

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка	Апсолутен месечен износ (денари)
Активни работници	7,30%	Бруто плата	2.240
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечната плата	460
Пензионери	13%	Пензија	1.410
Невработени (неосигурени) лица	5,40%	50% од просечната плата	850

Извор: ФЗОМ

Според претходната табела, јасно е дека, од една страна, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на спцијалната политика на државата. А, генерално правило во здравствениот систем е дека токму најсиромашните, кои поради стресот и борбата за егзистенција имаат најголема потреба од здравствени услуги односно креираат најголем трошок.

Вкупните расходи на ФЗОМ за 2013 година изнесуваат вкупно 21.887 милиони денари што во споредба со претходната година претставува пораст за 450 милиони денари. Просечните месечни расходи во 2013 година изнесуваат 1.824 милиони денари. Планираните расходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, изнесуваат 22.366 милиони денари. Реализацијата на расходите што е во тесна врска со остварените приходи и истата во однос на планираните расходи изнесува 97,86%.

Табела бр.3. Расходи на ФЗОМ

Вид на расход	2012	2013	Индекс 2013/2012
Здравствени услуги	18.936.540.342	19.244.236.997	101,62%

Надоместоци од ФЗОМ	2.002.934.411	2.170.594.714	108,37%
Вкупно за здравствена дејност и осигурување	20.939.474.753	21.414.831.711	102,27%
Функционални расходи на ФЗОМ	496.934.757	471.909.262	94,96%
Вкупни расходи на ФЗОМ	21.436.409.510	21.886.740.973	102,10%

Извор: ФЗОМ

Од генералната поделба на расходите на ФЗОМ на расходи од здравствена дејност и осигурување и функционални расходи на ФЗОМ, 97,84% опфаќаат расходите за здравствена дејност и осигурување, а функционалните расходи 2,16%. Расходите за здравствена дејност и осигурување во 2013 година изнесуваат вкупно 21.415 милиони денари што во однос на 2012 година е пораст за 475 милиони денари или за 2,27%. Најголемо учество во зголемувањето на оваа ставка имаат расходите за надоместници од ФЗОМ.

Графикон бр.5. Структура на расходи



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

Категоријата расходи за здравствена дејност и осигурување се состои од расходи за здравствени услуги и надоместоци. Здравствените услуги во структурата на вкупните расходи на ФЗОМ учествуваат со 87,93% или 19.244 милиони денари, што во однос на

2012 година е раст за 1,6%. Расходите за надоместоци од ФЗОМ во структурата на расходи за 2013 година претставуваат 9,92% од вкупните расходи или околу 2.171 милиони денари, што е зголемување во споредба со 2012 за 8,4%.

Графикон бр.6. Структура на средствата за здравствени услуги во 2013 година



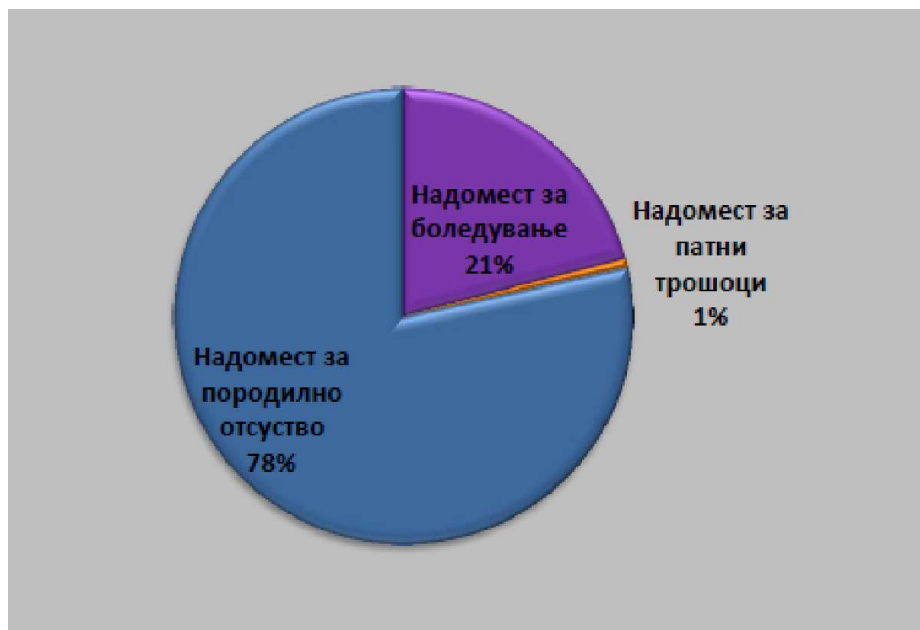
Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

Најголемо учество во структура на средствата за здравствени услуги имаат услугите од болничката здравствена заштита со 37.9%, додека специјалистичко-консултативната здравствена заштита учествува со 28,34% а примарната здравствена заштита со 30,11%.

Значајно учество имаат и ортопедските помагала што учествуваат со 2.4% од средствата за здравствени услуги, лекувањето во странство со 0,96% и рефундациите со 0,25%

Во структурата на надоместоци за 2013 година, најголемо учество имаат надоместоците за породилно отсуство со 78,47%, а од друга страна, надоместниците за боледување се во вредност од 20,93%. Минимално учество имаат надоместоците за патни трошци со помалку од 1%.

Графикон бр.7. Структура на надоместоците од ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

Средствата за функционирање на службата на ФЗОМ се во висина од 472 милиони денари и истите претставуваат 2,16% од вкупните расходи во 2013 година. Учеството на функционалните расходи во вкупните расходи на ФЗОМ во споредба со 2012 година бележи намалување од 0,16%.

Во структурата, најголем дел, од 63,86%, се за плата на вработените лица во ФЗОМ, 25.77% за стоки и услуги неопходни за нормално функционирање на службата, 8,66% за капитални расходи и околу 1,71% за субвенции и трансфери.

Спореден со износот на средства на фондовите за здравство од регионот и износот со кој располага Фондот за пензиско и инвалидско осигурување (институција која од повеќе аспекти е најсоодветна институција за споредба), буџетот со кој располага ФЗОМ е релативно низок.

Графикон бр.8. Структура на функционалните расходи на ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2013

Во текот на 2014 година, заедно со пренесените приходи од претходната година, остварени се приходи во вкупен износ од 22.778 милиони денари, односно просечен месечен приход од 1,898 милиони денари. Вкупно остварените приходи во 2014 година, во однос на 2013 година кога истите изнесувале 22.149 милиони денари, се зголемени за 628,6 милиони денари или за 2,84%.

Планираните приходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, во септември 2014 година изнесуваат 22.737 милиони денари. Реализацијата на приходите во однос на планираните изнесува 100,18%.

Табела бр.4. Структура на остварените приходи на ФЗОМ во 2014 година во (000) денари

ПРИХОДИ	Остварени приходи 2014 година
ДАНОЧНИ ПРИХОДИ	20.379.375
Придонеси од плати за социјални фондови	20.379.375
Придонеси од бруто плати и надоместоци	12.584.771
Придонеси од АВРМ	136.050
Приход од ПИОМ	5.421.470
Приходи од МЗ (Придонес за неосигурени лица)	2.105.961
Приходи од МТСП (придонес)	131.123

НЕДАНОЧНИ ПРИХОДИ	468.407
Други неданочни приходи	468.407
Приход од партиципација	356.015
Други приходи	112.392
ТРАНСФЕРИ И ДОНАЦИИ	1.929.888
Трансфери од други нивоа на власт	1.929.888
Приходи од МТСП (породилни боледувања)	1.667.565
Пренесен вишок на приходи од претходната година	262.323
ВКУПНО:	22.777.670

Извор: ФЗОМ

Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имаат даночните приходи (придонеси од плати за социјални фондови) со 89,47%, трансферите од МТСП за породилни боледувања со 7,32% и другите неданочни приходи со 3,21%. Во споредба со структурата во 2013 година се утврдува раст на учеството на даночните приходи за 0.1 процентни поени.

Значајно е да се има предвид дека покрај придонесот од плати, за дел од категориите на осигуреници, придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, односно:

- ✓ За невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- ✓ За осигурениците со социјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- ✓ За пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување;
- ✓ За „неосигурените“ – Министерството за здравство.

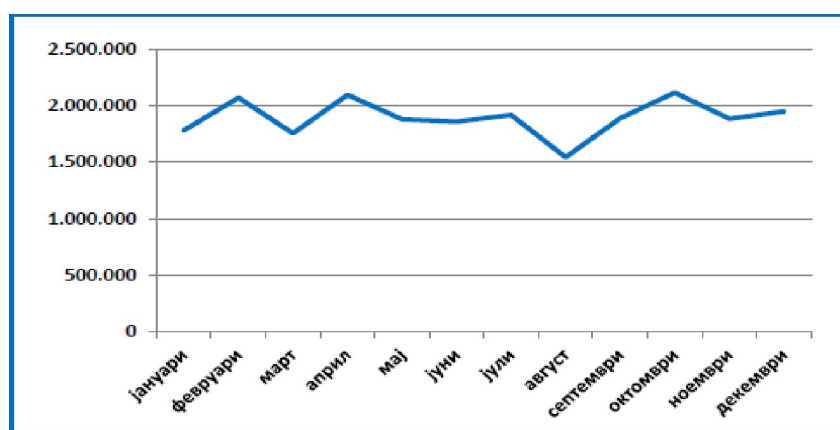
Графикон бр.9. Структура на приходите



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

На графиконот подолу е прикажано остварувањето на приходите по месеци во 2014 година, заедно со пренесениот вишок од 2013 година. Според табелата, најголемо остварување на приходите има во месец октомври од 2.119 милиони денари, а најниски се приходите во месец јануари од 1.784 милиони денари (вклучувајќи го пренесениот вишок на приходи од 2013 година во износ од 262 милиони денари) и месец август кога висината на остварените приходи е 1.546 милиони денари.

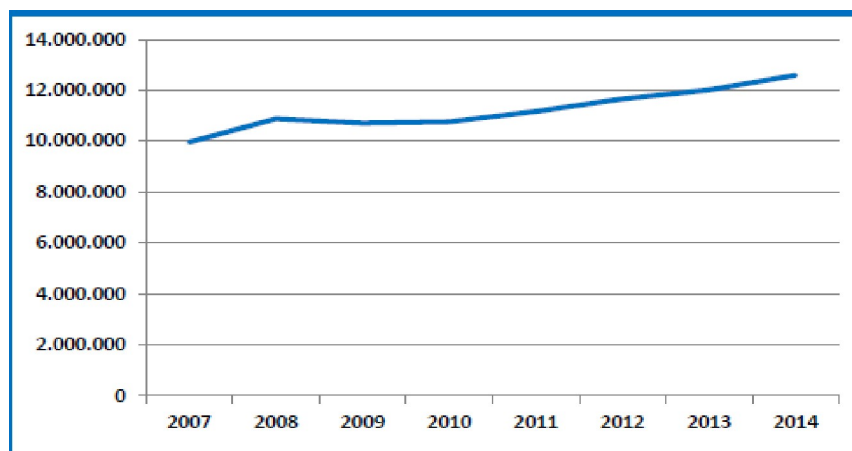
Графикон бр.10. Приходи по месеци (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

Придонесите во 2014 година бележат благ пораст во споредба со 2013 година, односно истите од 12.015 милиони денари се зголемени на 12.585 милиони денари или за 4,7%.

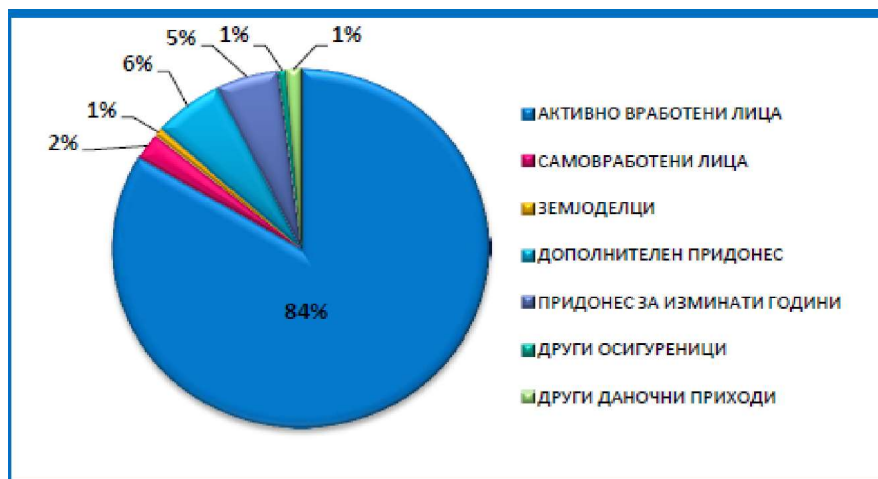
Графикон бр.11 Приходи од придонеси од плати (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

Во структурата на придонесите, најголемо учество со 10.514 милиони денари, или околу 83,55%, отпаѓа на придонесот од активно вработените лица. По нив, со по 6,05% или 761 милиони и со 5,34% или 672 милиони, учествуваат придонесите од дополнителниот придонес и придонесите од изминати години.

Графикон бр.12 Структура на придонесите од плати



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

Просечниот месечен приход од придонес од сите категории осигуреници во 2014 година изнесува 1.584 денари по осигуреник (носител) и доколку се спореди со просечната

исплатена бруто плата во Републиката се добива дека ефективната стапка на придонес во 2014 година изнесувала 5,07%. Добиената ефективна стапка на придонес за здравствено осигурување е за цели 2,23 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2011 година од 7,3 % од бруто платата.

Посочената разлика се должи пред сè на шареноликоста на основците и стапките за пресметка на придонесот што се дефинирани во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување.

Табела бр.5. Стапки на придонес на различни категории

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка	Апсолутен месечен износ (денари)
Активни работници	7,30%	Бруто плата	2.287
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечната плата	456
Пензионери	13%	Пензија	1.539
Невработени (неосигурени) лица	5,40%	50% од просечната плата	843

Извор: ФЗОМ

Според претходната табела и прилогот на претходната страница, јасно е дека, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата, а генерално правило во здравствениот систем е дека токму најсиромашните, имаат најголема потреба од здравствени услуги, поради стресот и борбата за егзистенција, односно креираат најголем трошок.

Вкупните расходи на ФЗОМ за 2014 година изнесуваат вкупно 22.571 милиони денари што во споредба со претходната година претставува пораст за 684 милиони денари. Просечните месечни расходи во 2014 година изнесуваат 1.881 милиони денари.

Табела бр.6. Расходи на ФЗОМ

Вид на расход	2013	2014	Индекс 2014/2013
---------------	------	------	------------------

Здравствени услуги	19.244.236.997	19.937.996.168	103,61%
Надоместоци од ФЗОМ	2.170.594.714	2.190.755.306	100,93%
Вкупно за здравствена дејност и осигурување	21.414.831.711	22.128.751.474	103,33%
Функционални расходи на ФЗОМ	471.909.262	441.778.770	93,62%
Вкупни расходи на ФЗОМ	21.886.740.973	22.570.530.244	103,12%

Извор: ФЗОМ

Од генералната поделба на расходите на ФЗОМ на расходи од здравствена дејност и осигурување и функционални расходи на ФЗОМ, 98,04% опфаќаат расходите за здравствена дејност и осигурување, а 1,96% функционалните расходи. Расходите за здравствена дејност и осигурување во 2014 година изнесуваат вкупно 22.129 милиони денари што во однос на 2013 година е пораст за 714 милиони денари или за 3,33%. Најголемо учество во зголемувањето на оваа ставка имаат расходите за здравствени услуги.

Графикон бр.13 Структура на расходи

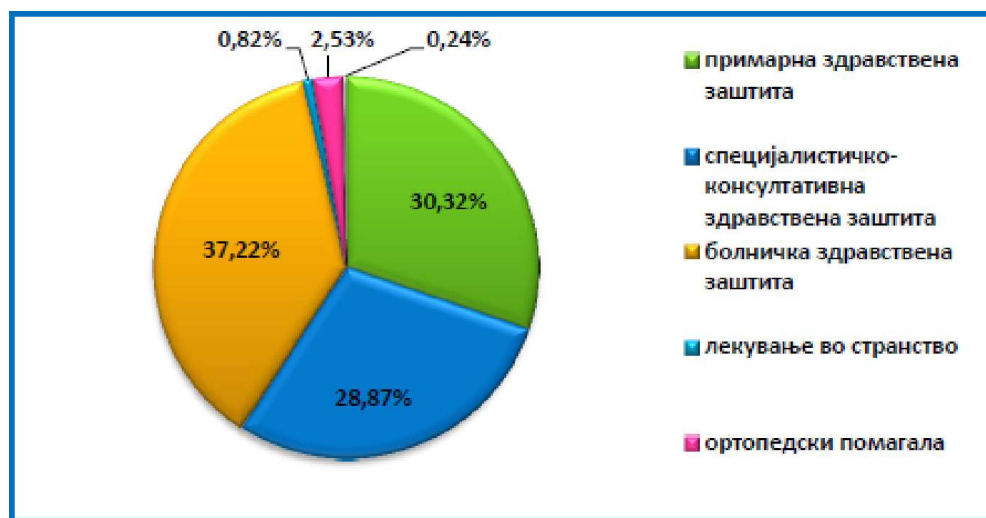


Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

Категоријата расходи за здравствена дејност и осигурување се состои од расходи за здравствени услуги и надоместоци. Здравствените услуги во структурата на вкупните

расходи на ФЗОМ учествуваат со 88,33% или 19.938 милиони денари, што во однос на 2013 година е раст за 3,61%. Расходите за надоместоци од ФЗОМ во структурата на расходи за 2014 година претставуваат 9,71% од вкупните расходи или околу 2.191 милиони денари, што во споредба со 2013 година е зголемување за 0,93%.

Графикон бр.14. Структура на средствата за здравствени услуги во 2014 година

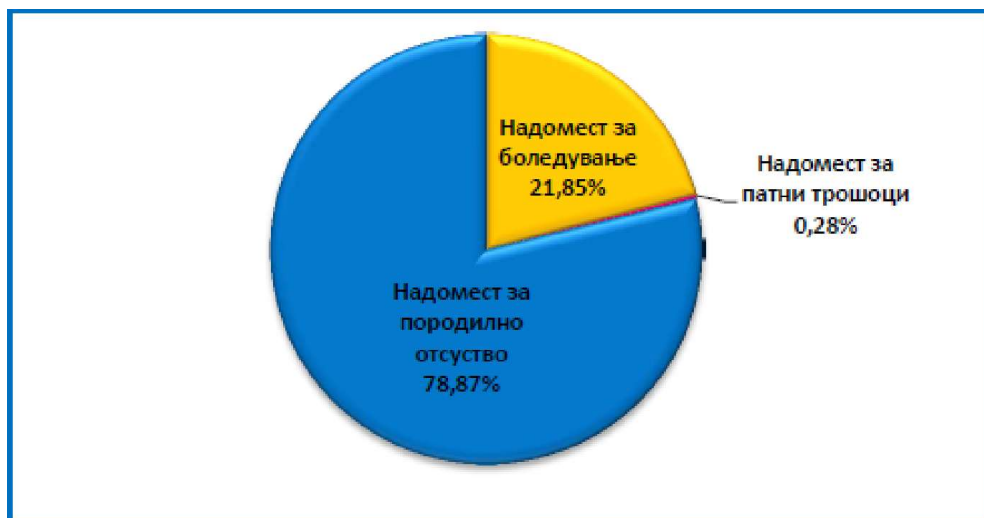


Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

Најголемо учество во структурата на средствата за здравствени услуги имаат услугите од болничката здравствена заштита со 37,22%, додека специјалистичко-консултативната здравствена заштита учествува со 28,87%, а примарната здравствена заштита со 30,32%. Значајно учество имаат и ортопедските помагала што учествуваат со 2,53% од средствата за здравствени услуги, лекувањето во странство со 0,82% и рефундациите со 0,24%.

Во структурата на надоместоци за 2014 година, најголемо учество имаат надоместоците за породилно отсуство со 78,87%, додека надоместоците за боледување се во вредност од 20,85%. Минимално учество имаат надоместоците за патни трошоци со 0,28%.

Графикон бр.15. Структура на надоместоците од ФЗОМ



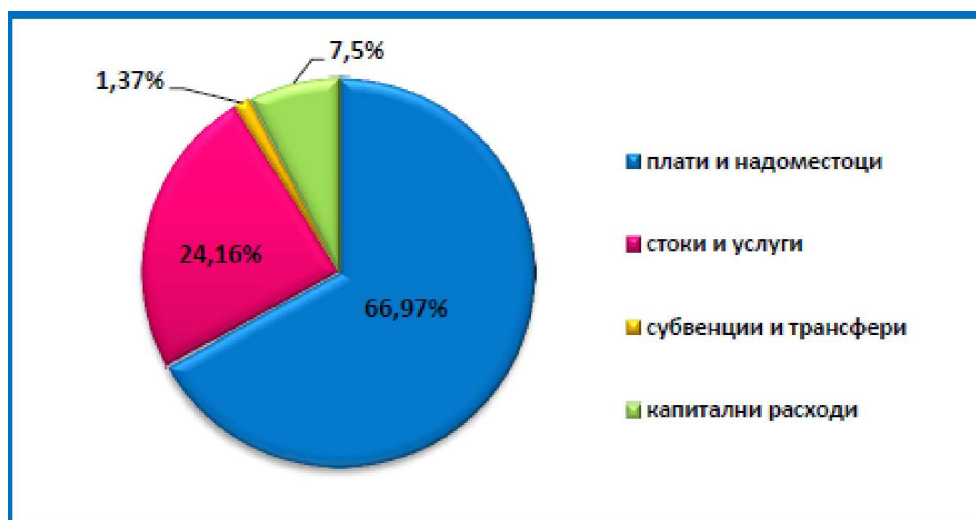
Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

Средствата за функционирање на службата на ФЗОМ се во висина од 442 милиони денари и истите претставуваат 1,96% од вкупните расходи во 2014 година. Учеството на функционалните расходи во вкупните расходи на ФЗОМ во споредба со 2013 година бележи намалување од 0,2%.

Во структурата, најголем дел од средствата 66,97% се за плата на вработените лица во ФЗОМ, 24,16% за стоки и услуги неопходни за нормално функционирање на службата, 7,5% за капитални расходи и околу 1,37% за субвенции и трансфери.

Спореден со износот на средства на фондовите за здравство од регионот и износот со кој располага Фондот за пензиско и инвалидско осигурување (институција која од повеќе аспекти е најсоодветна институција за споредба), буџетот со кој располага ФЗОМ е релативно низок.

Графикон бр.16. Структура на функционалните расходи на ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2014

Во текот на 2015 година, заедно со пренесените приходи од претходната година, остварени се приходи во вкупен износ од 24.672,5 милиони денари, односно просечен месечен приход од 2.056 милиони денари. Вкупно остварените приходи во 2015 година, во однос на 2014 година кога истите изнесувале 22.778 милиони денари, се зголемени за 1.894.8 милиони денари или за 8.32%.

Планираните приходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, во август 2015 година изнесуваат 24.161,7 милиони денари. Реализацијата на приходите во однос на планираните изнесува 102,11%.

Табела бр.7. Структура на остварените приходи на ФЗОМ во 2015 година

ПРИХОДИ	Остварени приходи 2015 година
ДАНОЧНИ ПРИХОДИ	22.051.970
Придонеси од плати за социјални фондови	22.051.970
Придонеси од бруто плати и надоместоци	13.654.255
Придонеси од АВРМ	109.449
Приход од ПИОМ	5.954.223
Приходи од МЗ (Придонес за неосигурени лица)	2.206.000
Приходи од МТСП (придонес)	128.043
НЕДАНОЧНИ ПРИХОДИ	543.667
Други неданочни приходи	543.667
Приход од Партиципација	383.360

Други приходи	160.307
ТРАНСФЕРИ И ДОНАЦИИ	2.076.878
Трансфери од други нивоа на власт	2.076.878
Приходи од МТСП (породилни боледувања)	1.869.736
Пренесен вишок на приходи од претходната година	207.142
ВКУПНО:	24.672.515

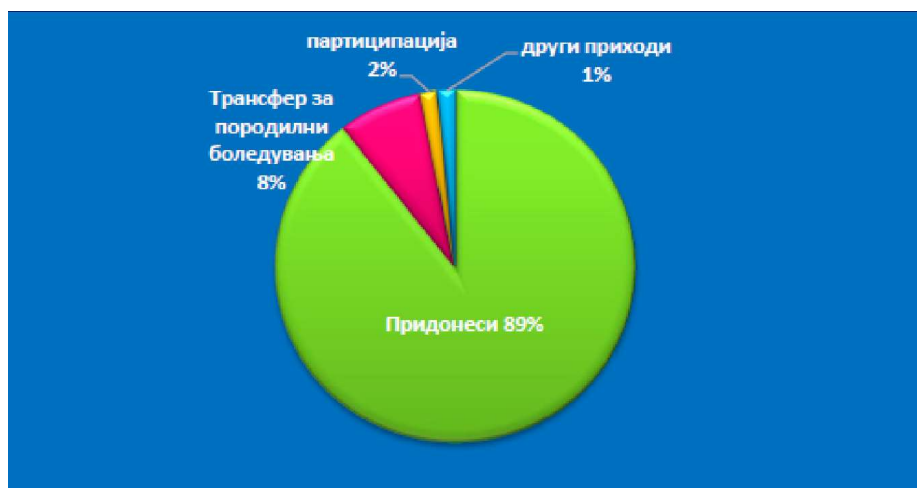
Извор: ФЗОМ

Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имат даночните приходи (придонеси од плати за социјални фондови) со 89,38%, трансферите од МТСП за породилни боледувања со 7,58% и другите неданочни приходи заедно со пренесениот вишок на приходи од претходната година со 3,04%. Во споредба со структурата во 2014 година, се утврдува раст на учеството на даночните приходи за 0.1 процентни поени.

Значајно е да се има предвид дека покрај придонесот од плати, за дел од категориите на осигуреници придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, односно:

- ✓ За невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- ✓ За осигурениците со социјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- ✓ За пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување;
- ✓ За „неосигурените“ – Министерството за здравство.

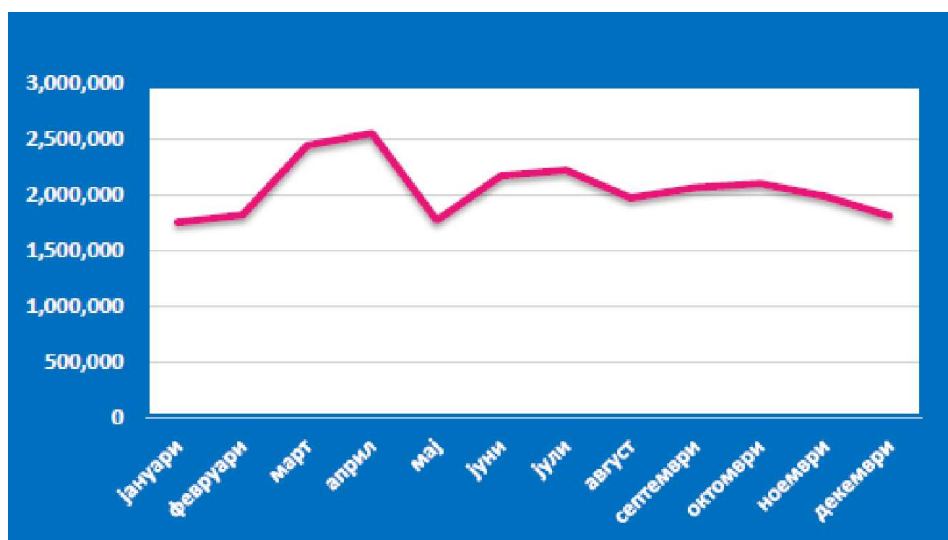
Графикон бр.17. Структура на приходите



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

На графиконот подолу е прикажано остварувањето на приходите по месеци, во 2015 година, заедно со пренесениот вишок од 2014 година. Според графиконот, најголемо остварување на приходите има во месец април од 2.553,8 милиони денари, а најниски се приходите во месец јануари од 1.755 милиони денари (вклучувајќи го пренесениот вишок на приходи од 2014 година во износ од 207 милиони денари).

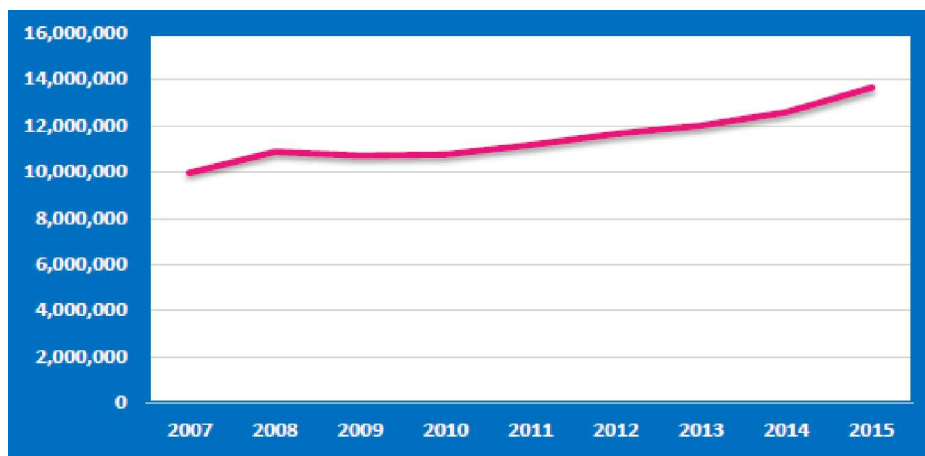
Графикон бр.18. Приходи по месеци (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

Придонесите во 2015 година бележат пораст во споредба со 2014 година, односно истите од 12.585 милиони денари се зголемени на 13.654 милиони денари или за 8.5%.

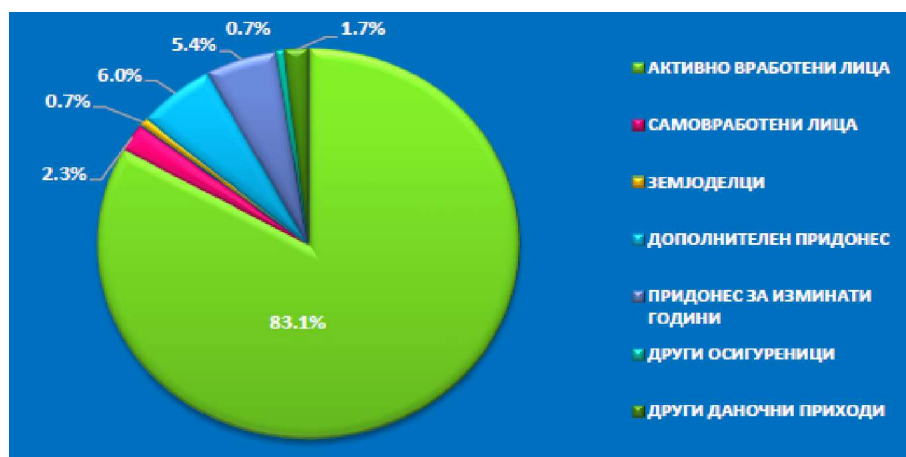
Графикон бр.19. Приходи од придонеси од плати (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

Во структурата на придонесите, најголемо учество со 11.346 милиони денари, или околу 83.1%, отпаѓа на придонесот од активно вработените лица. По нив, со по 6% или 821 милиони и со 5,4% или 741,6 милиони, учествуваат придонесите од дополнителниот придонес и придонесите од изминати години.

Графикон бр.20. Структура на придонесите од плати



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

Просечниот месечен приход од придонес од сите категории на осигуреници во 2015 година изнесува 1.626 денари по осигуреник (носител) што доколку се спореди со просечната исплатена бруто плата во Републиката се добива дека ефективната стапка на придонес во 2015 година изнесувала 5.07%. Добиената ефективна стапка на придонес за здравствено осигурување е за цели 2,23 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2011 година од 7,3 % од бруто платата.

Посочената разлика се должи пред сè на шареноликоста на основиците и стапките за пресметка на придонесот што се дефинирани во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување.

Табела бр.8. Стапки на придонес на различни категории

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка	Апсолутен месечен износ (денари)
Активни работници	7,30%	Бруто плата	2.348
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечната плата	468
Пензионери	13%	Пензија	1.621
Невработени (неосигурени) лица	5,40%	50% од просечната плата	865

Извор: ФЗОМ

Според претходната табела и прилогот на претходната страница, јасно е дека, од една страна, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата. Генерално правило во здравствениот систем е дека токму најсиромашните, кои поради стресот и борбата за егзистенција имаат најголема потреба од здравствени услуги, креираат најголем трошок.

Вкупните расходи на ФЗОМ за 2015 година изнесуваат вкупно 24.119,8 милиони денари што во споредба со претходната година претставува пораст за 1.549 милиони денари. Просечните месечни расходи во 2015 година изнесуваат 2.010 милиони денари.

Планираните расходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, изнесуваат 24.161,7 милиони денари. Реализацијата на расходите е во тесна врска со остварените приходи и истата во однос на планираните расходи изнесува 99,83%.

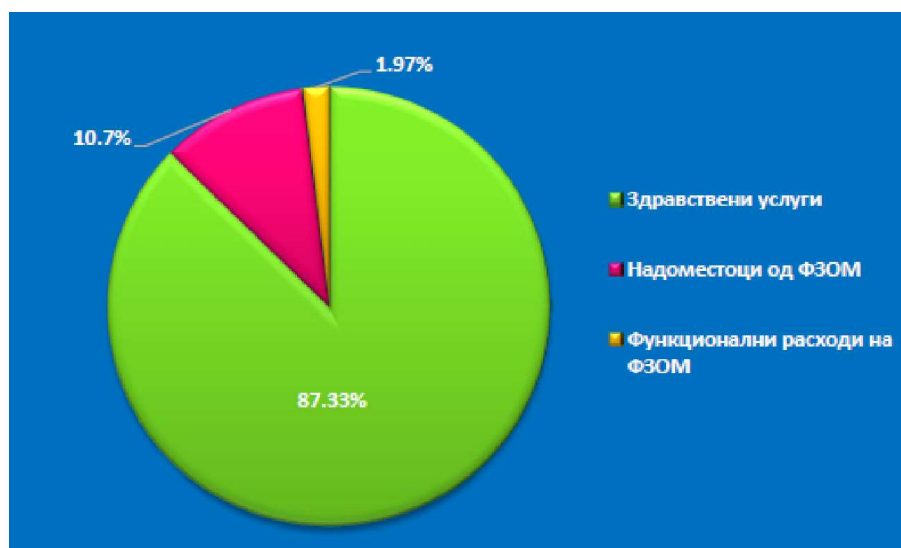
Табела бр.9. Расходи на ФЗОМ

Вид на расход	2014	2015	Индекс 2015/2014
Здравствени услуги	19.937.996.168	21.063.100.912	105,64%
Надоместоци од ФЗОМ	2.190.755.306	2.581.740.145	117,85%
Вкупно за здравствена дејност и осигурување	22.128.751.474	23.644.841.057	106,85%
Функционални расходи на ФЗОМ	441.778.770	474.937.583	107,51%
Вкупни расходи на ФЗОМ	22.570.530.244	24.119.778.640	106,86%

Извор: ФЗОМ

Од генералната поделба на расходите на ФЗОМ на расходи од здравствена дејност и осигурување и функционални расходи на ФЗОМ, 98,03% опфаќаат расходите за здравствена дејност и осигурување, а функционалните расходи 1,97%. Расходите за здравствена дејност и осигурување во 2015 година изнесуваат вкупно 23.645 милиони денари што во однос на 2014 година е пораст за 1.516 милиони денари или за 6,85%. Најголемо учество во зголемувањето на оваа ставка имаат расходите за здравствени услуги.

Графикон бр.21. Структура на расходи



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

Категоријата расходи за здравствена дејност и осигурување се состои од расходи за здравствени услуги и надоместоци. Здравствените услуги во структурата на вкупните расходи на ФЗОМ учествуваат со 87,33% или 21.063 милиони денари, што во однос на 2014 година е раст за 5,64%. Расходите за надоместоци од ФЗОМ во структурата на расходи за 2015 година претставуваат 10,7% од вкупните расходи или околу 2.582 милиони денари, што е зголемување во споредба со 2014 за 17,9%.

Графикон бр.22. Структура на средствата за здравствени услуги во 2015 година



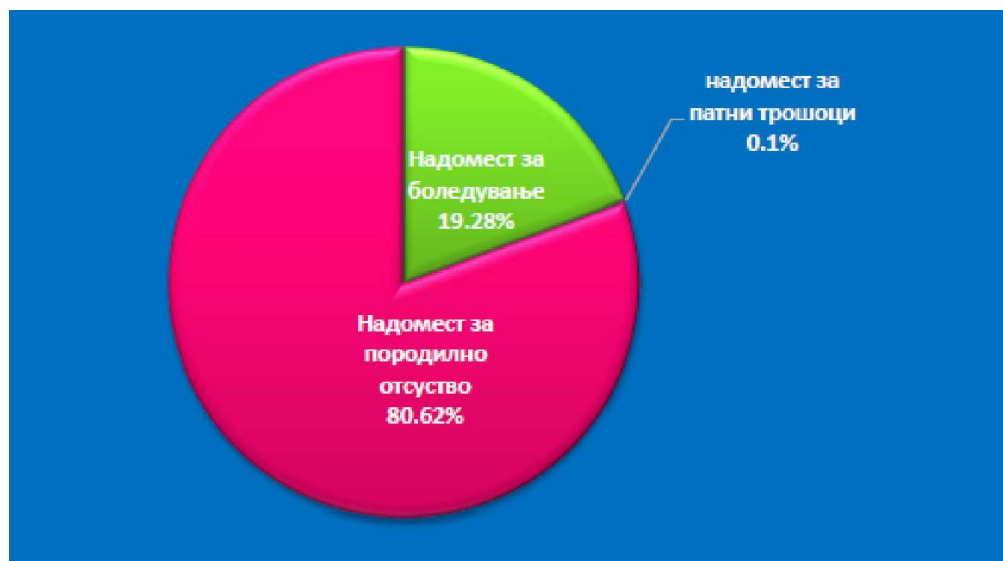
Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

Најголемо учество во структура на средствата за здравствени услуги имаат услугите од болничката здравствена заштита со 35.67%, додека специјалистичко-консултативната здравствена заштита учествува со 30.19% а примарната здравствена заштита со 30,04%.

Значајно учество имаат и ортопедските помагала што учествуваат со 2.43% од средствата за здравствени услуги, лекувањето во странство со 1.46% и рефундациите со 0,21%

Во структурата на надоместоци за 2015 година, најголемо учество имаат надоместоците за породилно отсуство со 80.62%, а од друга страна, надоместоците за боледување се во вредност од 19.28%. Минимално учество имаат надоместоците за патни трошоци со 0,1%.

Графикон бр.23. Структура на надоместоците од ФЗОМ



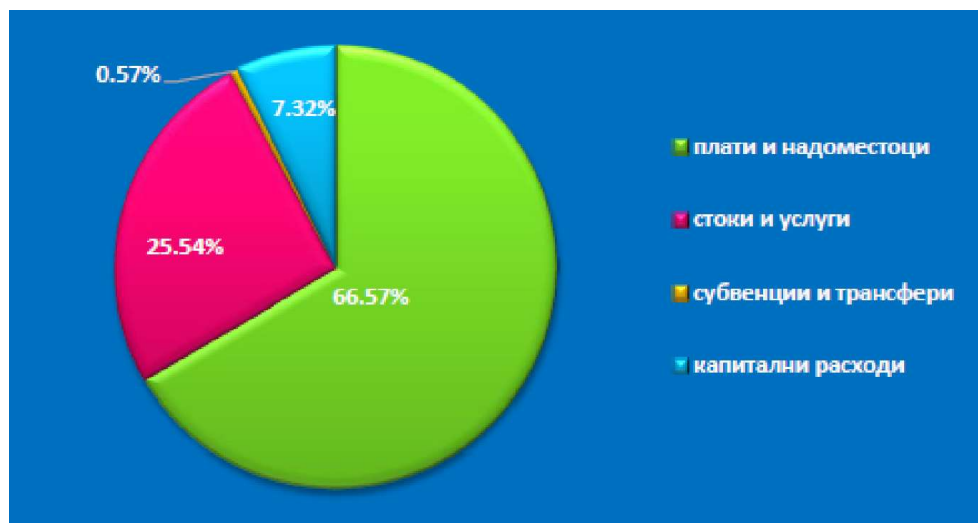
Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

Средствата за функционирање на службата на ФЗОМ се во висина од 474.9 милиони денари и истите претставуваат 1,97% од вкупните расходи во 2015 година. Учеството на функционалните расходи во вкупните расходи на ФЗОМ во споредба со 2014 година бележи зголемување од 7,5%.

Во структурата, најголем дел, од 66,57%, се за плата на вработените лица во ФЗОМ, 25,54% за стоки и услуги неопходни за нормално функционирање на службата, 7,32% за капитални расходи и околу 0,57% за субвенции и трансфери.

Спореден со износот на средства на фондовите за здравство од регионот и износот со кој располага Фондот за пензиско и инвалидско осигурување (институција која од повеќе аспекти е најсоодветна институција за споредба), буџетот со кој располага ФЗОМ е релативно низок.

Графикон бр.24. Структура на функционалните расходи на ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2015

Во текот на 2016 година, заедно со пренесените приходи од претходната година, остварени се приходи во вкупен износ од 26.619,7 милиони денари, односно просечен месечен приход од 2.218 милиони денари. Вкупно остварените приходи во 2016 година, во однос на 2015 година кога истите изнесувале 24.672,5 милиони денари, се зголемени за 1.947,2 милиони денари или за 7,9%.

Табела бр.10. Структура на остварените приходи на ФЗОМ во 2016 година

ПРИХОДИ	Остварени приходи 2016 година
ДАНОЧНИ ПРИХОДИ	23.332.141
Придонеси од плати за социјални фондови	23.332.141
Придонеси од бруто плати и надоместоци	14.346.674
Придонеси од АВРМ	84.054
Приход од ПИОМ	6.335.803
Приходи од МЗ (придонес за неосигурени лица)	2.440.000
Приходи од МТСП (придонес)	125.610
НЕДАНОЧНИ ПРИХОДИ	531.615
Други неданочни приходи	531.615
Приход од партиципација	415.020
Други приходи	116.595
ТРАНСФЕРИ И ДОНАЦИИ	2.755.980
Трансфери од други нивоа на власт	2.755.980

Приходи од МТСП (породилни боледувања))	2.203.250
Пренесен вишок на приходи од претходната година	552.730
ВКУПНО ПРИХОДИ:	26.619.736

Извор: ФЗОМ

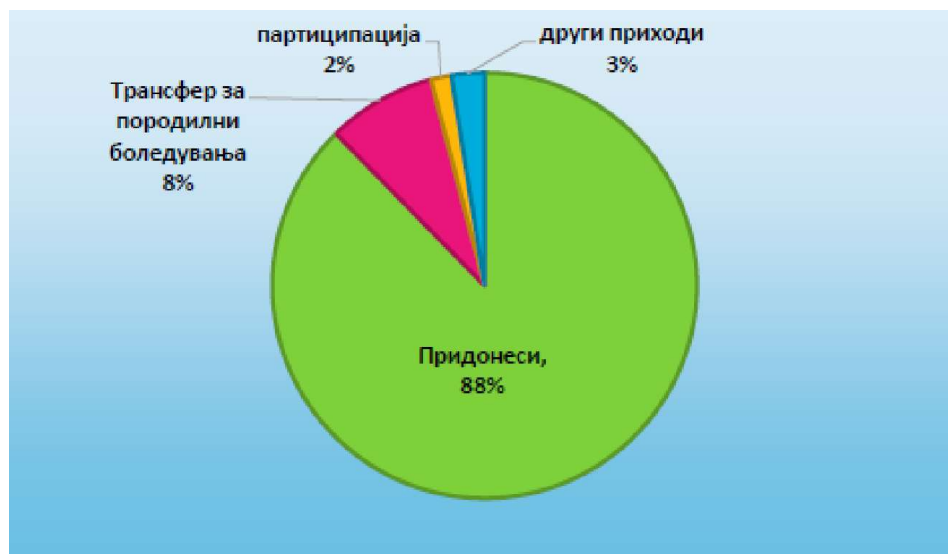
Планираните приходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, во август 2016 година изнесуваат 26.145,2 милиони денари. Реализацијата на приходите во однос на планираните изнесува 101.82%.

Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имат даночните приходи (придонеси од плати за социјални фондови) со 87.65%, трансферите од МТСП за породилни боледувања со 8.28% и другите неданочни приходи заедно со пренесениот вишок на приходи од претходната година со 4.07%. Во споредба со структурата во 2015 година, се утврдува пад на учеството на даночните приходи за 1,73 процентни поени.

Значајно е да се има предвид дека покрај придонесот од плати, за дел од категориите на осигуреници придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, односно:

- ✓ за невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- ✓ за осигурениците со социјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- ✓ за пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување;
- ✓ за „неосигурените“ – Министерството за здравство.

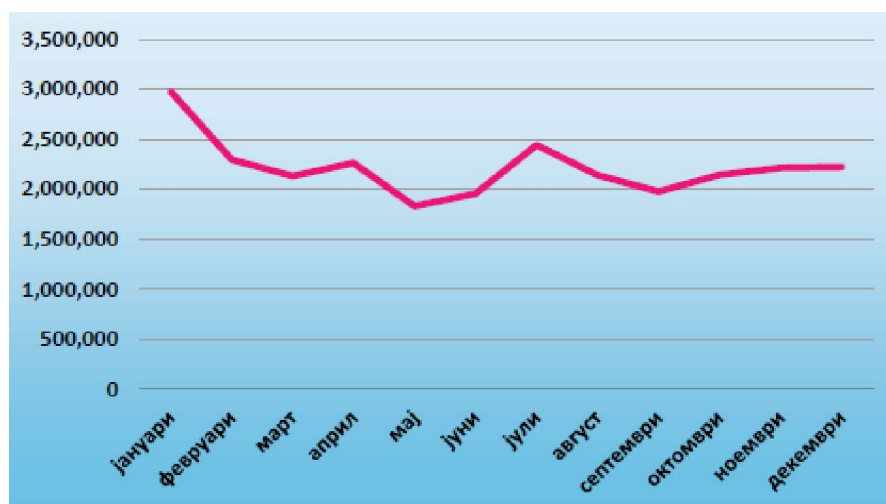
Графикон бр.25. Структура на приходите



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

На графиконот е прикажано остварувањето на приходите по месеци, во 2016 година, заедно со пренесениот вишок од 2015 година. Според графиконот, најголемо остварување на приходите има во месец јануари од 2.980,1 милиони денари (вклучувајќи го пренесениот вишок на приходи од 2015 година во износ од 552,7 милиони денари), а најниски се приходите во месец мај од 1.831 милиони денари.

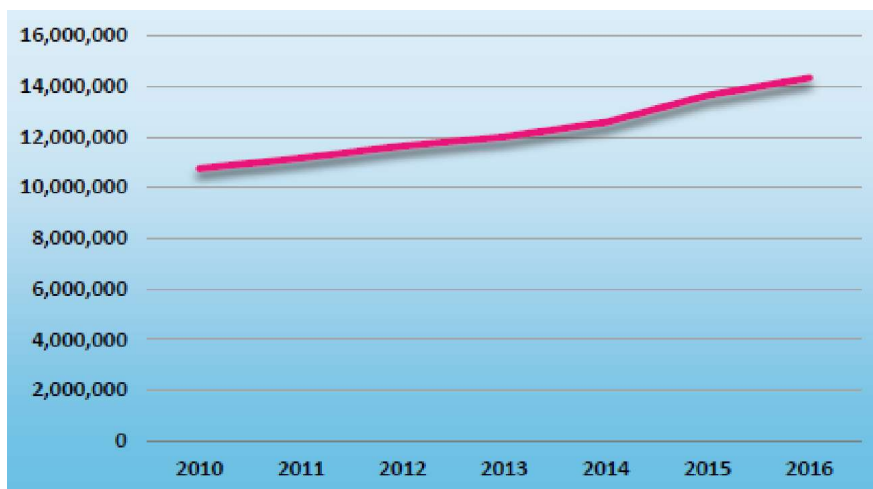
Графикон бр.26. Приходи по месеци (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Придонесите во 2016 година бележат пораст во споредба со 2015 година, односно истите од 13.654 милиони денари се зголемени на 14.346,7 милиони денари или за 5,1%.

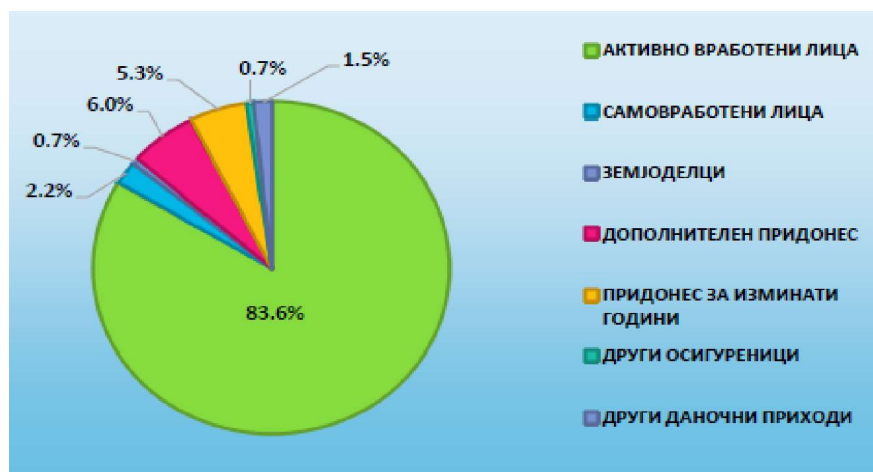
Графикон бр.27. Приходи од придонеси од плати (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Во структурата на придонесите, најголемо учество со 11.986,8 милиони денари, или околу 83.6%, отпаѓа на придонесот од активно вработените лица. По нив, со по 6% или 867 милиони и со 5,3% или 754,7 милиони, учествуваат придонесите од дополнителниот придонес и придонесите од изминатите години.

Графикон бр.28. Структура на придонесите од плати



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Просечниот месечен приход од придонес од сите категории на осигуреници во 2016 година изнесува 1.690 денари по осигуреник (носител) што доколку се спореди со просечната исплатена бруто плата во Републиката се добива дека ефективната стапка на придонес во 2016 година изнесувала 5.18%. Добиената ефективна стапка на придонес за здравствено осигурување е за цели 2,12 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2011 година од 7,3 % од бруто платата.

Посочената разлика се должи пред сè на шареноликоста на основиците и стапките за пресметка на придонесот што се дефинирани во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување.

Табела бр.11. Стапки на придонес на различни категории

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка	Апсолутен месечен износ (денари)
Активни работници	7,30%	Бруто плата	2.396
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечната плата	477
Пензионери	13%	Пензија	1.700
Невработени (неосигурени) лица	5,40%	50% од просечната плата	881

Извор: ФЗОМ

Според претходната табела и прилогот на претходната страница, јасно е дека, од една страна, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата.

Вкупните расходи на ФЗОМ за 2016 година изнесуваат вкупно 26.030,6 милиони денари што во споредба со претходната година претставува пораст за 1.910,8 милиони денари. Просечните месечни расходи во 2016 година изнесуваат 2.169 милиони денари.

Планираните расходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, изнесуваат 26.145,2 милиони денари. Реализацијата на расходите е во тесна врска со остварените приходи и истата во однос на планираните расходи изнесува 99,56%.

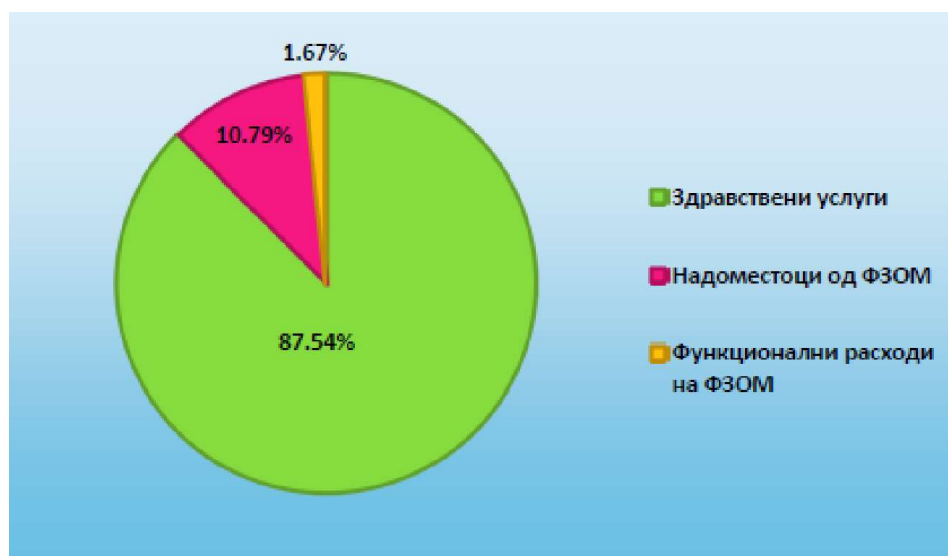
Табела бр.12. Расходи на ФЗОМ

Вид на расход	2015	2016	Индекс 2016/2015
Здравствени услуги	21.063.100.912	22.787.144.110	108,19%
Надоместоци од ФЗОМ	2.581.740.145	2.808.350.862	108,78%
Вкупно за здравствена дејност и осигурување	23.644.841.057	25.595.494.972	108,25%
Функционални расходи на ФЗОМ	474.937.583	435.076.851	91,61%
Вкупни расходи на ФЗОМ	24.119.778.640	26.030.571.823	107,92%

Извор: ФЗОМ

Од генералната поделба на расходите на ФЗОМ на расходи од здравствена дејност и осигурување и функционални расходи на ФЗОМ, 98,33% опфаќаат расходите за здравствена дејност и осигурување, а функционалните расходи 1,67%. Расходите за здравствена дејност и осигурување во 2016 година изнесуваат вкупно 25.595 милиони денари што во однос на 2015 година е пораст за 1.950,7 милиони денари или за 8,25%.

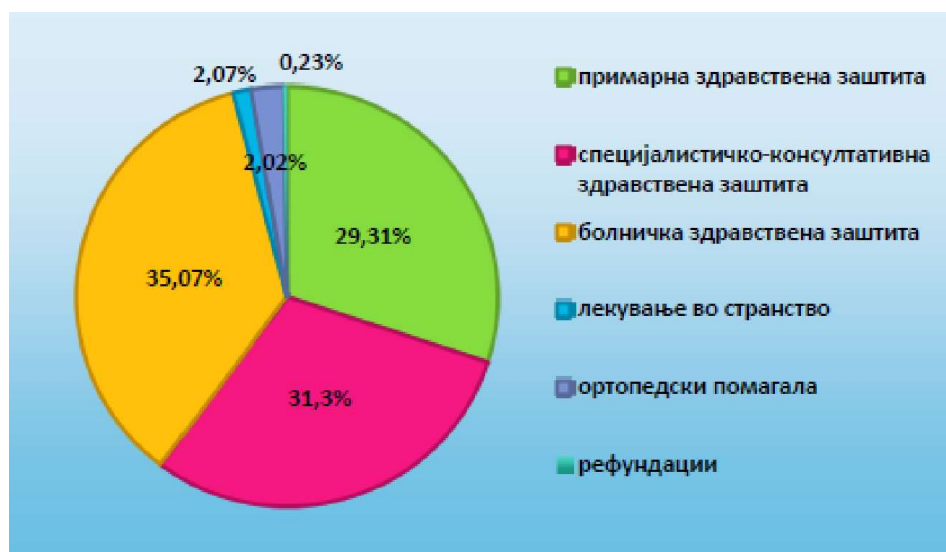
Графикон бр.29. Структура на расходи



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Категоријата расходи за здравствена дејност и осигурување се состои од расходи за здравствени услуги и надоместоци. Здравствените услуги во структурата на вкупните расходи на ФЗОМ учествуваат со 87,54% или 22.787 милиони денари, што во однос на 2015 година е раст за 8,2%. Расходите за надоместоци од ФЗОМ во структурата на расходи за 2016 година претставуваат 10,8% од вкупните расходи или околу 2.808 милиони денари, што е зголемување во споредба со 2015 за 8,8%.

Графикон бр.30. Структура на средствата за здравствени услуги во 2016 година



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Најголемо учество во структура на средствата за здравствени услуги имаат услугите од болничката здравствена заштита со 35,07%, додека специјалистичко-консултативната здравствена заштита учествува со 31,3%, а примарната здравствена заштита со 29,31%.

Значајно учество имаат и ортопедските помагала што учествуваат со 2,02% од средствата за здравствени услуги, лекувањето во странство со 2,07% и рефундациите со 0,23%.

Во структурата на надоместоци за 2016 година, најголемо учество имаат надоместоците за породилно отсуство со 78,82%, а од друга страна, надоместоците за боледување се во вредност од 21,11%. Минимално учество имаат надоместоците за патни трошоци со 0,07%.

Графикон бр.31. Структура на надоместоците од ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Средствата за функционирање на службата на ФЗОМ се во висина од 435,1 милиони денари и истите претставуваат 1,67% од вкупните расходи во 2016 година. Учеството на функционалните расходи во вкупните расходи на ФЗОМ во споредба со 2015 година бележи намалување од 8,4%.

Во структурата, најголем дел, од 76,46%, се за плата на вработените лица во ФЗОМ, 21,13% за стоки и услуги неопходни за нормално функционирање на службата, 1,92% за капитални расходи и околу 0,5% за субвенции и трансфери.

Спореден со износот на средства на фондовите за здравство од регионот и износот со кој располага Фондот за пензиско и инвалидско осигурување (институција која од повеќе аспекти е најсоодветна институција за споредба), буџетот со кој располага ФЗОМ е релативно низок.

Графикон бр.32. Структура на функционалните расходи на ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2016

Во текот на 2017 година, заедно со пренесените приходи од претходната година, остварени се приходи во вкупен износ од 27.878,3 милиони денари, односно просечен месечен приход од 2.323 милиони денари. Вкупно остварените приходи во 2017 година, во однос на 2016 година кога истите изнесувале 26.619,7 милиони денари, се зголемени за 1.258,5 милиони денари или за 4.7%.

Табела бр.13. Структура на остварените приходи на ФЗОМ во 2017 година

ПРИХОДИ	Остварени приходи 2017 година
ДАНОЧНИ ПРИХОДИ	24.197.362
Придонеси од плати за социјални фондови	24.197.362
Придонеси од бруто плати и надоместоци	15.024.615
Придонеси од АВРМ	69.086
Приход од ПИОМ	6.571.272
Приходи од МЗ (придонес за неосигурени лица)	2.403.549
Приходи од МТСП (придонес)	128.840
НЕДАНОЧНИ ПРИХОДИ	549.528
Други неданочни приходи	549.528
Приход од партиципација	436.608
Други приходи	112.920
ТРАНСФЕРИ И ДОНАЦИИ	3.131.370

Трансфери од други нивоа на власт	3.131.370
Приходи од МТСП (породилни боледувања))	2.542.200
Пренесен вишок на приходи од претходната година	589.170
ВКУПНО ПРИХОДИ:	27.878.260

Извор: ФЗОМ

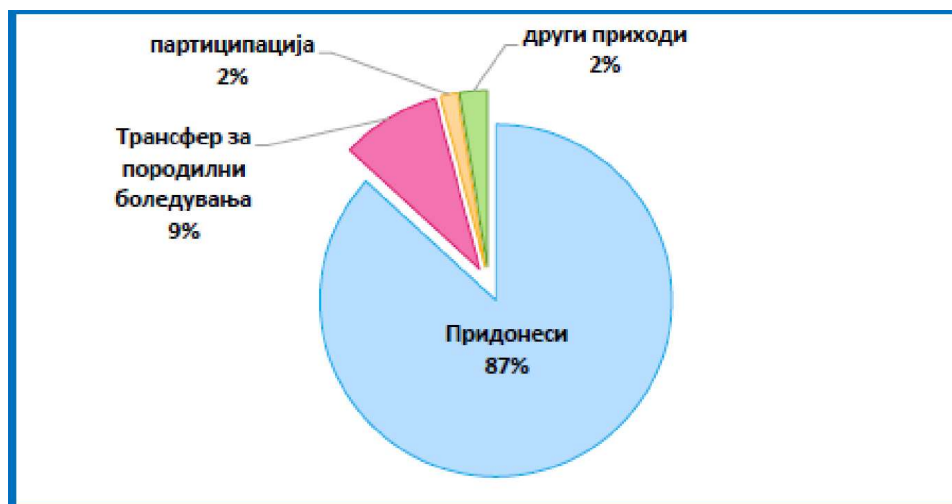
Планираните приходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, во м.август 2017 година изнесуваат 27.559,5 милиони денари. Реализацијата на приходите во однос на планираните изнесува 101.16%.

Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имат даночните приходи (придонеси од плати за социјални фондови) со 86.8%, трансферите од МТСП за породилни боледувања со 9.12% и другите неданочни приходи заедно со пренесениот вишок на приходи од претходната година со 4.08%. Во споредба со структурата во 2016 година, се утврдува пад на учеството на даночните приходи за 0.85 процентни поени.

Значајно е да се има предвид дека покрај придонесот од плати, за дел од категориите на осигуреници придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, односно:

- ✓ за невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- ✓ за осигурениците со социјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- ✓ за пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување;
- ✓ за „неосигурените“ – Министерството за здравство.

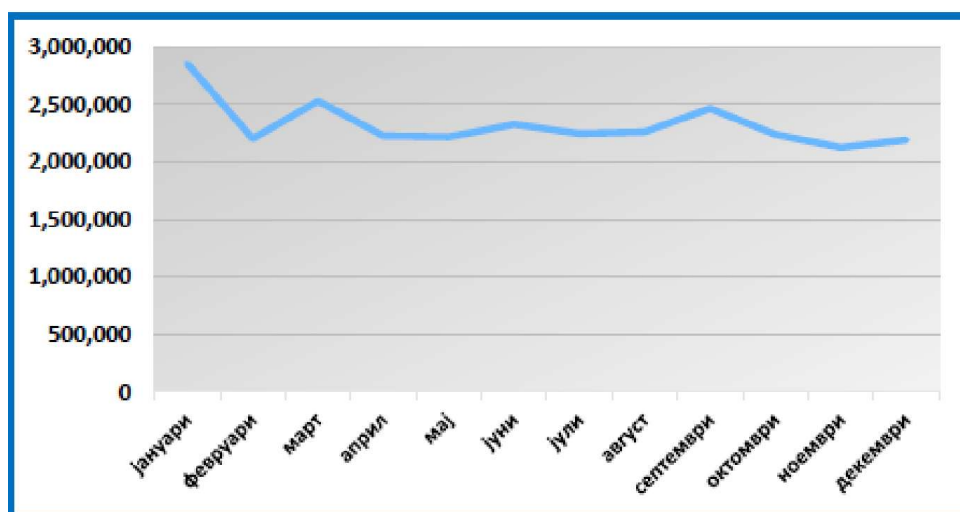
Графикон бр.33. Структура на приходите



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

На графиконот е прикажано остварувањето на приходите по месеци, во 2017 година, заедно со пренесениот вишок од 2016 година. Според графиконот, најголемо остварување на приходите има во месец јануари од 2.852,8 милиони денари (вклучувајќи го пренесениот вишок на приходи од 2016 година во износ од 589,2 милиони денари), а најниски се приходите во месец ноември од 2.126 милиони денари.

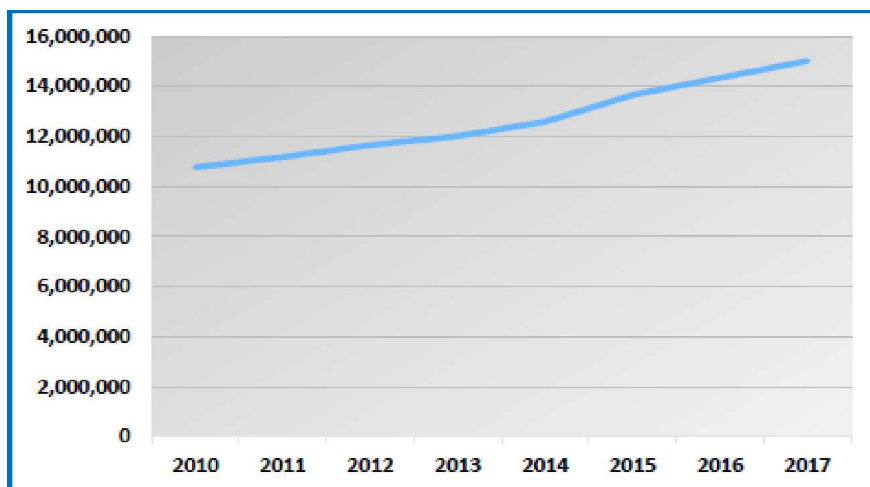
Графикон бр.34. Приходи по месеци (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

Придонесите во 2017 година бележат пораст во споредба со 2016 година, односно истите од 14.346,7 милиони денари се зголемени на 15.024,6 милиони денари или за 4,7%.

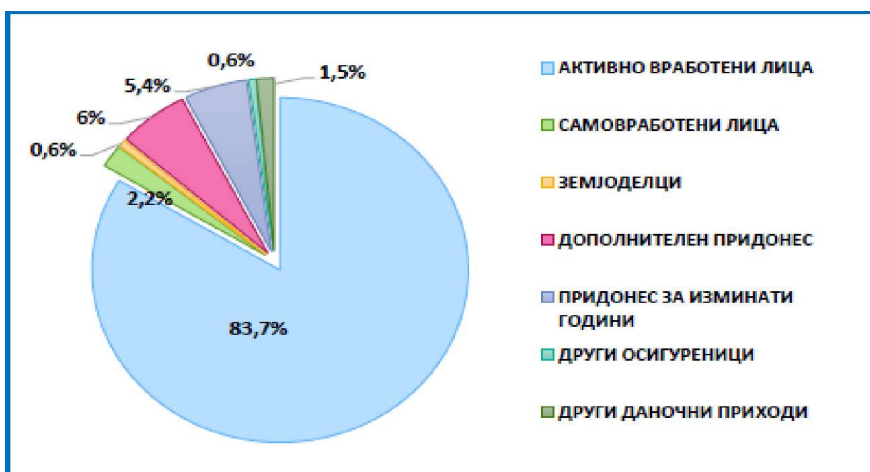
Графикон бр.35. Приходи од придонеси од плати (во 000 денари)



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

Во структурата на придонесите, најголемо учество со 12.571,5 милиони денари, или околу 83.7%, отпаѓа на придонесот од активно вработените лица. По нив, со по 6% или 907,7 милиони и со 5,4% или 812,9 милиони, учествуваат придонесите од дополнителниот придонес и придонесите од изминати години.

Графикон бр.36. Структура на придонесите од плати



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

Просечниот месечен приход од придонес од сите категории на осигуреници во 2017 година изнесува 1.731 денари по осигуреник (носител) што доколку се спореди со просечната исплатена бруто плата во Републиката се добива дека ефективната стапка на придонес во 2017 година изнесувала 5.18%. Добиената ефективна стапка на придонес за здравствено осигурување е за цели 2,12 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2011 година од 7,3 % од бруто платата.

Посочената разлика се должи пред сè на шареноликоста на основиците и стапките за пресметка на придонесот што се дефинирани во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување.

Според претходната табела и прилогот на претходната страница, јасно е дека, од една страна, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата. А, генерално правило во здравствениот систем е дека токму најсиромашните, кои поради стресот и борбата за егзистенција имаат најголема потреба од здравствени услуги односно креираат најголем трошок.

Табела бр.14. Стапки на придонес на различни категории

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка	Апсолутен месечен износ (денари)
Активни работници	7,30%	Бруто плата	2.459
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечната плата	488
Пензионери	13%	Пензија	1.784
Невработени (неосигурени) лица	5,40%	50% од просечната плата	903

Извор: ФЗОМ

Според претходната табела и прилогот на претходната страница, јасно е дека, од една страна, земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата. А, генерално правило во здравствениот систем е дека токму најсиромашните, кои поради стресот и борбата за егзистенција имаат најголема потреба од здравствени услуги односно креираат најголем трошок.

Вкупните расходи на ФЗОМ за 2017 година изнесуваат вкупно 27.494,1 милиони денари што во споредба со претходната година претставува пораст за 1.463,6 милиони денари. Просечните месечни расходи во 2017 година изнесуваат 2.291,2 милиони денари.

Планираните расходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, изнесуваат 27.559,5 милиони денари. Реализацијата на расходите е во тесна врска со остварените приходи и истата во однос на планираните расходи изнесува 99.76%.

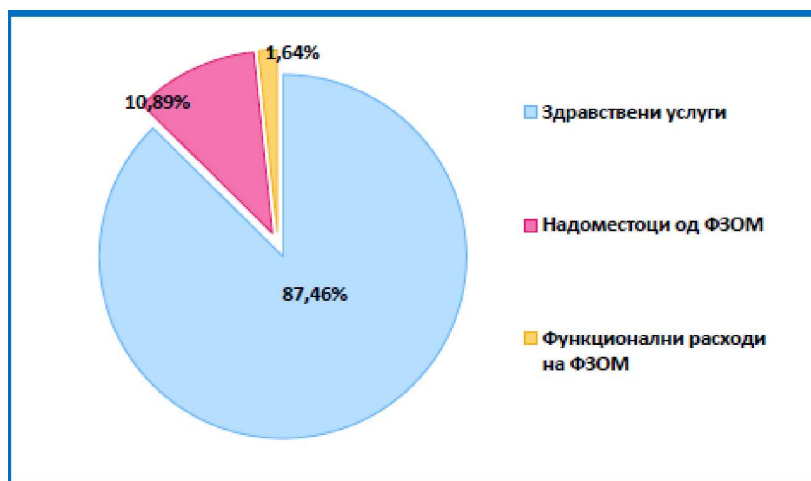
Табела бр.15. Расходи на ФЗОМ

Вид на расход	2016	2017	Индекс 2017/2016
Здравствени услуги	22.787.144.110	24.047.312.480	105,53%
Надоместоци од ФЗОМ	2.808.350.862	2.995.022.790	106,65%
Вкупно за здравствена дејност и осигурување	25.595.494.972	27.042.335.270	105,65%
Функционални расходи на ФЗОМ	435.076.851	451.800.478	103,84%
Вкупни расходи на ФЗОМ	26.030.571.823	27.494.135.748	105,62%

Извор: ФЗОМ

Од генералната поделба на расходите на ФЗОМ на расходи од здравствена дејност и осигурување и функционални расходи на ФЗОМ, 98,36% опфаќаат расходите за здравствена дејност и осигурување, а функционалните расходи 1,64%. Расходите за здравствена дејност и осигурување во 2017 година изнесуваат вкупно 27.042 милиони денари што во однос на 2016 година е пораст за 1.446,8 милиони денари или за 5,7%.

Графикон бр.37. Структура на расходи



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

Категоријата расходи за здравствена дејност и осигурување се состои од расходи за здравствени услуги и надоместоци. Здравствените услуги во структурата на вкупните расходи на ФЗОМ учествуваат со 87,46% или 24.047 милиони денари, што во однос на 2016 година е раст за 5.5%. Расходите за надоместоци од ФЗОМ во структурата на расходи за 2017 година претставуваат 10,9% од вкупните расходи или околу 2.995 милиони денари, што е зголемување во споредба со 2016 за 6.7%.

Графикон бр.38. Структура на средствата за здравствени услуги во 2017 година

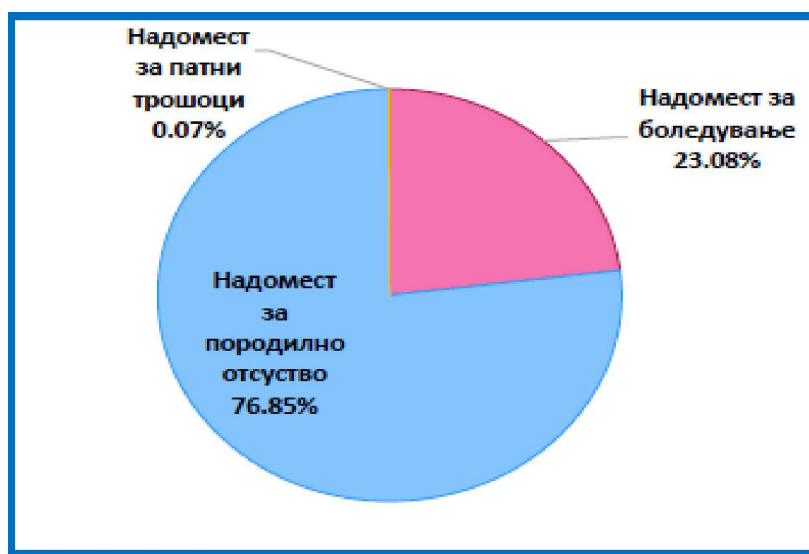


Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

Најголемо учество во структура на средствата за здравствени услуги имаат услугите од болничката здравствена заштита со 34.9%, додека специјалистичко-консултативната здравствена заштита учествува со 30.8%, а примарната здравствена заштита со 30%.

Значајно учество имаат и ортопедските помагала што учествуваат со 2.3% од средствата за здравствени услуги, лекувањето во странство со 1.7% и рефундациите со 0.3%.

Графикон бр.39. Структура на надоместоците од ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

Во структурата на надоместоци за 2017 година, најголемо учество имаат надоместоците за породилно отсуство со 76.85%, а од друга страна, надоместоците за боледување се во вредност од 23.08%. Минимално учество имаат надоместоците за патни трошоци со 0,07%.

Средствата за функционирање на службата на ФЗОМ се во висина од 451,8 милиони денари и истите претставуваат 1,64% од вкупните расходи во 2017 година. Учеството на функционалните расходи во вкупните расходи на ФЗОМ во споредба со 2016 година бележи зголемување од 3,8%.

Во структурата, најголем дел, од 73.11%, се за плата на вработените лица во ФЗОМ, 22.41% за стоки и услуги неопходни за нормално функционирање на службата, 3.87% за капитални расходи и околу 0,61% за субвенции и трансфери.

Графикон бр.40. Структура на функционалните расходи на ФЗОМ



Извор: Годишен извештај на ФЗОМ за 2017

Спореден со износот на средства на фондовите за здравство од регионот и износот со кој располага Фондот за пензиско и инвалидско осигурување (институција која од повеќе аспекти е најсоодветна институција за споредба), буџетот со кој располага ФЗОМ е релативно низок.

4. Анализа на финансиските извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија

Од горенаведената анализа на оваа јавна установа, може да се заклучи дека како приходите, така и расходите на Фондот за здравствено осигурување од година до година се зголемуваат. Од дадената анализа за ФЗО, не може да се даде заклучок дека работи лошо или која што работи со загуба, затоа што индикаторите за профитабилност ја потврдуваат тенденцијата за успешно работење на установата.

Финансискиот извештај е краен производ на сметководствениот процес и основен извор на финансиска информација. Финансиските извештаи на корисниците на тие извештаи им даваат економски информации за финансиската положба, успешноста и промените во финансиската положба на претпријатијата и со тоа им помагаат да донесат добри одлуки за претпријатијата. Корисниците можат да бидат интерни (менаџментот на претпријатието) и екстерни (кои се без пристап во деталната евиденција на фирмата и немаат потреба од секојдневното присуство од работењето, а во нив спаѓаат инвеститорите, вложувачите на капитал, кредитори и други доверители и корисници). Комплетниот сет на финансиски извештаи ги вклучува следните составни компоненти: биланс на состојба, биланс на успех, извештај за задржаната добивка (извештај за промените во капиталот) и извештај за паричните текови (готовински текови). Финансиската анализа би била многу едноставна доколку сметководствените податоци за сите претпријатија се добиваат врз исти показатели и основи. Меѓутоа, тоа во реалноста не е така, па затоа и потребата од финансиската анализа станува се поголема и позначајна, и истата всушност има за задача не само да даде информации за финансиската состојба на претпријатието, туку да процени дали добиените податоци ја даваат точната слика, имајќи ги предвид проблемите кои настануваат поради неусогласеноста на сметководствените методи, различната временска инстанца и многу други кои беа предмет на анализа.

Буџетот на ФЗОМ за 2017 година, планиран со утврдувањето на Ребалансот на Буџетот на РМ во м.август 2017 година, изнесува 27,6 милијарди денари. Реализацијата на крајот на годината изнесува 27,5 милијарди, што во споредба со планираниот буџет изнесува 99.76%.

Табела бр.16. Буџет на ФЗОМ во однос на претходната година, Буџет на РМ и БДП

Година	Вкупни расходи на ФЗОМ	% промена на Буџетот во однос на претходната година	Буџет на ФЗОМ како % од Буџетот на РМ	Буџет на ФЗОМ како % од БДП
2013	21.886.740.973	2,10%	13,72%	4,36%
2014	22.570.530.244	3,12%	13,43%	4,28%
2015	24.119.778.640	6,86%	13,35%	4,32%
2016	26.030.571.823	7,92%	14,04%	4,35%
2017	27.494.135.748	5,62%	13,52%	4,36%

Извор. ФЗОМ и Министерство за финансии (анализа на авторот)

Анализирајќи го буџетот на ФЗОМ во последните 5 години, истиот се движи од 21,9 милијарди денари во 2013 година до 27,5 милијарди денари во 2017 година.

Имено, постои константно зголемување на средствата (во апсолутен износ) со кои располага ФЗОМ. Годишно средствата за наведените години, бележат просечен пораст од 1.402 милиони денари секоја година.

Притоа, најинтензивно е зголемувањето во 2016 година од 7,92%.

Систематизирајќи го буџетот на ФЗОМ, како процент од Буџетот на РМ, движењето во периодот 2013-2017 година е помеѓу 13,35% и 14,04%. Во 2017 година вредноста на овој показател изнесува 13,52%.

Истовремено, споредувајќи го буџетот на ФЗОМ во однос на БДП, што претставува релевантен индикатор, во периодот 2013-2017 година вредноста на овој индикатор се движи помеѓу 4,28% и 4,36%. Овој индикатор во 2017 година има вредност од 4,36%.

Во анализарниот период, структурата на остварените приходи, би изгледала (споредбено) како на тебалета дадена во продолжение.

Табела 17. Споредбена структура на остварените приходи

ПРИХОДИ	Остварени приходи 2013 година⁴	Остварени приходи 2014 година	Остварени приходи 2015 година	Остварени приходи 2016 година	Остварени приходи 2017 година
ДАНОЧНИ ПРИХОДИ		20.379.375	22.051.970	23.332.141	24.197.362
Придонеси од плати за социјални фондови		20.379.375	22.051.970	23.332.141	24.197.362
Придонеси од бруто плати и надоместоци		12.584.771	13.654.255	14.346.674	15.024.615
Придонеси од АВРМ		136.050	109.449	84.054	69.086
Приход од ПИОМ		5.421.470	5.954.223	6.335.803	6.571.272

⁴ Нема детални податоци за 2013 година во Годишниот извештај на ФЗОМ

Приходи од МЗ (придонес за неосигурени лица)		2.105.961	2.206.000	2.440.000	2.403.549
Приходи од МТСП (придонес)		131.123	128.043	125.610	128.840
НЕДАНОЧНИ ПРИХОДИ		468.407	543.667	531.615	549.528
Други неданочни приходи		468.407	543.667	531.615	549.528
Приход од партиципација		356.015	383.360	415.020	436.608
Други приходи		112.392	160.307	116.595	112.920
ТРАНСФЕРИ И ДОНАЦИИ		1.929.888	2.076.878	2.755.980	3.131.370
Трансфери од други нивоа на власт		1.929.888	2.076.878	2.755.980	3.131.370
Приходи од МТСП (породилни боледувања))		1.667.565	1.869.736	2.203.250	2.542.200
Пренесен вишок на приходи од претходната година		262.323	207.142	552.730	589.170
ВКУПНО ПРИХОДИ:	22.149.000	22.777.670	24.672.515	26.619.736	27.878.260

Извор. ФЗОМ и Министерство за финансии (анализа на авторот)

Забележителен е контринуираниот пораст на вкупните приходи кои во 2013 година изнесувале 22.149.000, додека пак, во 2017 година, истите изнесувале 27.878.260.

Заклучок

Здравствениот систем е еден од ретките подсистеми на општеството кој работи на заштита на здравјето на луѓето од нивното раѓање до смртта, односно во тек на целиот нивен живот. Според тоа, тој не само што е важен, туку и неопходен за здравје и здравствен развој на поединецот, семејството, и заедницата, секаде каде што тие постојат.

Од овие причини, не е сеедно во каква состојба е здравствениот систем, односно како работи, како е организиран, како функционира, колку чини и колу е успешен.

Преку планираното истражување, ќе биде анализирана самата улога и место на Фондот на здравственото осигурување на Северна Македонија, како и начинот на нејзиното финансирање, односно анализа на финансиското работење на фондот во изминатите пет години (2013-2017), при што ќе бидат разработени приходите и расходите на оваа институција од јавниот сектор.

Финансирањето како функција во сите системи преставува подлога за одржливост на самиот систем. Од одржливоста на финансирањето, директно зависи одржливоста и развојот на самиот систем, т.е. системи. Оттука и во системот на здравствената заштита финансирањето го детерминира функционирањето на системот во целина. Под овој поим се подразбира збир на методи за обезбедување средстава за здравствена заштита и методи за распределба на собраните средства.

Финансирањето на здравството преставува предизвик и проблем, со еднаков интензитет, за сите земји во светот. На овој поим треба да се гледа како на категорија чие битие зависи од одредени општествени, економски, социјални и политички услови.

Затоа, со промена на тие услови се менува и содржината, обликот, начелата кои се применуваат при остварувањето на поимот на финансирање на здравствената заштита.

Финансирањето на здравствената заштита еволуира од индивидуално плаќање при добивање на услугата, до плаќање преку здравствено осигурување на работодавецот или пак работникот, како и финансирање од страна на Владата преку социјалната заштита или даночниот систем, дополнети со приватни или невладини организации.

Секоја земја прави напори за избор на компатибилен сооднос на начините на финансирање, а тоа сè со цел за остварување во денешни услови на глобалната тенденција на проширување на основата и опфатот на осигурениците како определба за поквалитетен животен стандард.

Од сè вкупното изнесено во трудот, може да се заклучи дека поставените помошни хипотези се потврдуваат, односно дека структурата, функциите и организациската поставеност на ФЗОМ придонесуваат за успешно реализирање на целите на оваа јавна организација, како дел од здравствениот систем; како и дека структурата на јавните приходи и расходи имаат важна улога врз успешноста на работењето на ФЗОСМ како дел од здравствениот систем на Р. Северна Македонија. Исто така, од претходно наведеното, произлегува дека и воспоставената генерална хипотеза се потврдува, односно дека Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија има клучна улога во здравствениот систем на Република Северна Македонија.

Користена литература

America's Essential Needs White Paper, Washington: National Council for PublicPrivate Partnerships, <http://ncppp.org/presskit/ncpppwhitepaper.pdf>

Beenhakker, H. L., (1997), Risk Management in Project Finance and Implementation, Quorum Books: Westport, CT.

Bitel, R. Lester, (1984), The key to management success, Alexander Hamilton Institute Inc.

Cercone, J.A. (2004), Health sector reform project - Health services contracting and modernization component, final report. Ministry of Health, 31 March 2004

Cičin - Šhain, D., (2004), Skripta iz osnova menadzmenta, Visoka škola za turistički menadzment, Šibenik

Cohen, R. A., Fink L. S., Gadon. H., Willits D. R., Josefowitz N., (1992), Effective behavior in organizations-fifth edition, Boston

Дамјановски, Ј., (2007), Управување со персоналот – прирачник, Меѓународен Славјански Институт - Москва, Филијала Македонија

Denison, R. D., (1985), Corporate culture and organizational effectiveness: A Behavioral Approach to Financial Performance, Michigan Institute for social Research, USA

Димитровски, Р., (2006), Менаџмент, "Графос", Скопје

Dobre, R., (2006), Poduzetnistvo, Sveučilište Zadar, Zadar

Ѓорѓев, Д., Бачановиќ, А., и др., (2006), Профил на здравствените системи во транзиција: Република Македонија, Скопје

Europska komisija, (2004), Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law an Public Contracts and Concessions, Bruxelles

Фити, Т., Василевска-Марковска, В., Бејтмен, М., (2007), Претприемништво, Универзитет “Св. Кирили Методиј”, Економски факултет, Скопје

Feldstein, J. Paul, (2009), Економија во здравството, Академски печат, Скопје

Fleenor, W. John, Bryant, C., (2002), Leadership effectiveness and org.culture:an exploratory study, Center for creative leadership, Toronto, Canada

Grimsey, D., Mervyn L., (2005), The Economics of Public Private Partnerships, The International Library of Critical Writings in Economics, Edward Elgar.

House, J. R., Hanges J. P., Ruiz A. Dorfman W. Petter, (1997), Cultural influences on leadership and organizations: project globe, University of Zurich

Janičijević, N. (1997), Organizaciona kultura- kolektivni um preduzeca, Ekonomski fakultet, Beograd

Кекеновски Љ., Економија на јавниот сектор, Економски факултет Скопје, Скопје, 2010

Кралев, Т., (1995), Основи на менаџмент, Центар за институционален менаџмент, Скопје

Kerf, M., D. R. Gray, T. Irwin, C. Levesque, R. R. Taylor, (1998), Concessions for Infrastructure: A Guide to Their Design and Award, World Bank Technical Paper, No. 339, Washington

Лапчевиќ, М., Жигиќ, Д., Ковачевиќ, К., Шукриев, Љ., Ивановиќ, Д., (2005), Вештина на комуницирањето, ТИХА ДООЕЛ, Скопје

Ladavac, J., (1999), Financiranje cestovne izgradnje u Hrvatskoj, magistarski rad, Zagreb: Ekonomski fakultet.

MMF, (2004), Public-Private Partnerships, Fiscal Affairs Department, Washington: Međunarodni monetarni fond, <http://www.imf.org/external/np/fad/2004/pifp/eng/031204.htm>.

Michael, R. S., Jones R.H., (1973), Organizational management-concepts and practice, Intext Educational Publishers, New York

Milislavljevič, M. (2005), *Sovremeni strategijski menadzment*, Megatrend, Univerzitet primjenjenih nauka, Beograd

Митревски, Ж., (2006), *Детерминанти на ефективно синдикално лидерство*, Киро Дандаро, Битола

Mojič, D., (2002), *Noviji pristupi proučivanja vodstva u organizacijama*, Filozofski fakultet, Beograd

Nellis, J., Birdsall, N., (2005), *Reality Check: The Distributional Impact of Privatization in Developing Countries*, Washington, DC

Николовски, Д., (2007), *Организациски однос - прирачник*, Меѓународен славјански институт - Москва, Филијала Македонија, Св.Николе

Николоски, К., (2013), *Современи тенденции на јавното здравство*, Штип

Норберт, В., (2004), *Реформа на јавните претпријатија во Македонија согласно регулативите на ЕУ*, Скопје

Петковски, Д. (2006), *Административна култура и административно однесување*, Универзитет Св.Климент Охридски, Битола

Петковски, К., (2000), *Водството и ефективната комуникација*, "Киро Дандаро", Битола

Печијарески, Љ., (2007), *Избрани проблеми од менаџментот и развој на човечки ресурси*, Економски факултет, Прилеп

Pfeifer, S., (2006), *Menadzment-skripta*, Sveuciliste J. J. Strossmayera, Ekonomski fakultet, Osiek

Pržulj, Ž., (2000), *Kultura i preduzetništvo*, Zadbina Andrejevič, Beograd

Pheysey, D. (1993). *Organizational Cultures*, Routledge, London

Resnick, H. (1995). "Managing Organizational Change", Stonehouse & Drysdale (eds) *Traning for Change. Program Materials*, pp. 623, Skopje: Centre for Management and Human Resource Development

Robert, J., (2001), Models for the Financing of Regional Infrastructure and Development Projects, with a Particular Attention to the Countries of Central and Eastern Europe. Public-private Partnerships in Spatial Development Policy, European regional planning (CEMAT), br. 63. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Rolheiser, C. & Quinn, J. (1997). Managing the Process of Change, Soros Conference, Budapest

Rothaermel, F. T. (2012). Strategic Management: Concepts and Cases, McGraw Hill/Irwin

Ричард Д. Бингам, Вилијам М. Боуен, Мити О.Чендер, (2009), Менаџирање на локалната власт, Арс Ламина, Скопје

Savas, E. S., (2000), Privatization and Public-Private Partnerships, New York: Seven Bridges Press.

Schein, E. (2004). Organizazational Culture and Leadership, San Francisko

Schein, H. E. (1991). Organizational Culture and Leadership: A Dinamic View, San Francisko, Jossey-Bass Publishers

Schein, H. E. (1999). The Corporate Culture Survival Guide: Sense and Nonsense About Culture Change, San Francisko: Jossey-Bass Publishers

SDURF, (2006), Strateški okvir za razvoj 2006.-2013., radna verzija, Zagreb: Središnji državni ured za razvojnu strategiju i koordinaciju fondova Europske unije.

Тис, В. Д., Ју, Н., Фишер, Ф., (2005), The manager and Organization Culture, book 2, Евро-Балкан Пресс, Скопје

Thomsen, S., (2005), Encouraging Public-Private Partnerships in the Utilities Sector: the Role of Development Assistance, Investment for African Development: Making it Happen, background information in support of Session 5 of the Roundtable, 25.-27.5.2005., NEPAD/OECD Investment Initiative: Entebbe, <http://www.oecd.org/dataoecd/29/45/34843203.pdf>.

Torrington, D. & Hall, L. (1998): Human Resource Management, Prentice HallEurope

Tulchinsky T.H, Varivikova E.A., (2000), The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA.

Тулчински, Т., Варавикова, Е., (2003), Новото јавно здравство, Студентски збор, Скопје

UNDP, (2002), Kurs za zaposlene u javnoj upravi upravljanje projektima, izbor teksta, Beograd

Zhang, Z., TsuiS. A., Wang H., Xin R. K., (2002), An exploratory of tight and loose coupling between executive leadership and org.culture, Peking University, China

Vujić, D. (2012). Organizaciona kultura i kvalitet usluga u javnom preduzeću, Izvadeno od: <http://www.hrmvujic.com/img/pdf/ORGANIZACIONA%20KULTURA%20I%20KVALITET%20USLUGA.pdf>

Weisbord, M. R. (1994). Organizational Diagnosis: A Workbook of Theory and Practice. Reading, Mass.: Addison-Wesley Publishing Company

Williams, T., P., (2003), Moving to Public-Private Partnerships: Learning from Experience around the World, Arlington: IBM Endowment for the Business of Government, <http://www.businessofgovernment.org/pdfs/WilliamsReport.pdf>

Закон за јавни претпријатија, „Службен весник на РМ“, бр. 38/96, 6/02, 40/03, 49/06

Извештаи на Фондот за здравствено осигурување на Северна Македонија