



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO KONSOLIDUOTŲJŲ ATASKAITŲ RINKINIO AUDITO REZULTATŲ

2012 m. liepos 13 d. Nr. FA-P-10-3-36
Vilnius

Auditas atliktas, vykdant 2011-05-12 pavedimą Nr. P-10-3

Auditą atliko valstybinių auditorių grupė:
Aušrinė Asanavičienė (grupės vadovė)
Vilma Lapinskienė
Tatjana Ivaškienė
Jolanta Indriulienė
Vyrmandas Jašmontas

Auditas pradėtas 2011-05-16
Auditas baigtas 2012-07-15

Su valstybinio audito ataskaita galima susipažinti
Valstybės kontrolės interneto puslapyje
adresu www.vkontrole.lt

TURINYS

Įvadas	3
Privalomojo sveikatos draudimo fondo ataskaitų rinkinio audito rezultatai	5
1. Konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkinių vertinimas	5
1.1. Pastebėjimai dėl atsargų apskaitos TLK	7
1.2. Pastebėjimai dėl nematerialiojo turto nusidėvėjimo	8
2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo vertinimas	9
2.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos	9
2.1.1. Pajamos už valstybės biudžeto lėšomis draudžiamus asmenis	11
2.1.2. Pajamos iš papildomų valstybės biudžeto asignavimų	14
2.1.3. Pajamos už Rusijos Federacijos kariškių pensininkų, gyvenančių Lietuvoje, sveikatos draudimą	14
2.1.4. Pajamos iš žalos, kurią padarė ASPĮ ir vaistinės	15
2.1.5. Pajamos iš žalos, kurią PSDF biudžetui padarė asmenys, sutrikdę kitų asmenų sveikatą	20
2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos	23
2.2.1. Išlaidos VLK ir TLK veiklai	26
2.2.2. Išlaidos Europos sveikatos draudimo kortelėms įsigyti viešųjų pirkimų būdu	27
2.2.3. Tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo reglamentavimas VLK	32
2.2.4. Išlaidos sveikatos programų vykdymui	33
2.2.4.1. Išlaidos Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai	34
2.2.4.2. Išlaidos vėžio, širdies ligų ir vaikų dantų prevencinėms programoms	36
2.2.4.3. Išlaidos ASPĮ aprūpinimo antirezus imunoglobulinais programai	41
3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo vidaus kontrolės vertinimas	43
Kiti pastebėjimai	46
4. Dėl sutartinių lėšų paskirstymo teritorinėse ligonių kasose	46
5. Dėl centralizuotai perkamų vaistų	49
6. Dėl endoprotezavimo tvarkos ir aprūpinimo ortopedijos techninėmis priemonėmis	53
Rekomendacijos	58
Priedai	60

ĮVADAS

Vykdydama Sveikatos draudimo įstatymą¹, Valstybės kontrolė atliko 2011 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio (toliau – Ataskaitų rinkinys) valstybinį auditą ir parengė valstybinio audito ataskaitą ir išvadą.

Audito tikslai:

- įvertinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2011 metų ataskaitų rinkinio ir (ar) kitų ataskaitų duomenis ir pareikšti nepriklausomą nuomonę;
- įvertinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų ir valstybės turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumą ir pareikšti nepriklausomą nuomonę.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinį parengė Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos² (toliau – VLK), kuriai Sveikatos draudimo įstatymu³ pavesta vykdyti PSDF biudžetą.

Audituojamu laikotarpiu Valstybinei ligonių kasai vadovavo direktorius Algis Sasnauskas, vyriausiojo finansininko funkcijas vykdė Ekonomikos departamento Apskaitos skyriaus vedėja Regina Andriuškienė.

Ataskaitų rinkinio duomenys ir 2011 metų PSDF biudžeto vykdymas ataskaitoje vertinti atsižvelgiant į:

- 2011 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą⁴;
- Sveikatos draudimo įstatymą⁵;
- Vyriausybės nutarimą „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“⁶;
- VLK direktoriaus įsakymą „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų plano vykdymo ataskaitos formos Nr. 1-PSDF-P, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaitos formos Nr. 1-PSDF, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ataskaitos formos, privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo sudarymo ir jo lėšų naudojimo ataskaitos formos bei jų pildymo tvarkos aprašų tvirtinimo“⁷;
- Kitus PSDF biudžeto vykdymą ir biudžetinių įstaigų veiklą reglamentuojančius teisės aktus;

¹ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 14 str. 2 d.

² Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos yra privalomąjį sveikatos draudimą vykdanči Lietuvos Respublikos valstybės valdymo institucija. Valstybinė ligonių kasa sprendžia jos kompetencijai priskirtus klausimus, dalyvauja įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomą politiką sveikatos draudimo srityje, organizuoja įstatymų ir kitų teisės aktų įgyvendinimą, vykdo kitas Lietuvos Respublikos įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais ir sveikatos apsaugos ministro įsakymais numatytas funkcijas.

³ LR sveikatos draudimo įstatymas, 30 str. 1 p.

⁴ LR 2010 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2009-12-01 Nr. XI-506.

⁵ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais).

⁶ LR Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 (su vėlesniais pakeitimais).

⁷ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2012-01-02 įsakymas Nr. 1K-3.

- Viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartus (VSAFAS).

Valstybinio audito metu vertinome (audito apimtis):

- PSDF biudžeto vykdymo rezultatus – pajamas (4 218 584 tūkst. Lt) ir panaudotas lėšas (4 382 015 tūkst. Lt), lėšų likučius metų pradžioje (571 382 tūkst. Lt) ir pabaigoje (407 951 tūkst. Lt):
 - PSDF biudžeto pajamų surinkimą ir jį lėmusius veiksniai;
 - teisės aktų pažeidimų įtaką Ataskaitų rinkinio duomenų teisingumui;
- 2011 metų PSDF biudžeto vykdymo ataskaitų ir Konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinių atitiktį teisės aktų reikalavimams.

Ataskaitos I dalyje pateikiamas konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų vertinimas. PSDF biudžeto vykdymo vertinimas ir veiksniai, turintys įtakos biudžeto vykdymui:

- pajamų iš valstybės biudžeto vertinimas, pajamų iš žalių PSDF biudžetui nustatymo ir išieškojimo vertinimas, pajamų iš Rusijos Federacijos už šios šalies piliečius vertinimas bei šiomis lėšomis draudžiamų asmenų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų analizė, pajamų iš valstybės biudžeto vertinimas;
- VLK ir TLK veiklos išlaidų vertinimas, išlaidų Europos sveikatos draudimo kortelių įsigijimui vertinimas, sveikatos programų, apmokamų iš PSDF biudžeto vykdymo vertinimas.

Taip pat I dalyje pateikiami pastebėjimai dėl tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo reglamentavimo VLK ir privalomojo sveikatos draudimo fondo vidaus kontrolės įvertinimas.

Ataskaitos II dalyje pateikiami kiti pastebėjimai dėl PSDF sutartinių lėšų paskirstymo tarp teritorinių ligonių kasų ir sutarčių su ASPI sudarymo, dėl centralizuotai perkamų vaistų, pateikiama informacija apie endoprotezavimo ir aprūpinimo ortopedijos priemonėmis sistemų aktualius klausimus.

Ataskaitos III dalyje atsižvelgiant į audito rezultatus nurodytos Valstybės kontrolės teikiamos rekomendacijos Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijai.

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO ATASKAITŲ RINKINIO AUDITO REZULTATAI

1. Konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkinių vertinimas

Sveikatos draudimo įstatymas⁸ numato, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės tvirtina Vyriausybė. Taisyklėse⁹ nurodyta, kad Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos rengia žemesnio lygio savo ir PSDF biudžeto vykdymo metinių ir ketvirčių ataskaitų rinkinius, kuriuos sudaro biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo ataskaita ir jos aiškinamasis raštas, VLK sudaro aukštesnio lygio PSDF biudžeto vykdymo konsoliduotą ataskaitų rinkinį, kurį sudaro biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymo ataskaita ir jos aiškinamasis raštas.

Minėtos taisyklės¹⁰ VLK įpareigoja nustatyti ir patvirtinti PSDF biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių pateikimo tvarką, ataskaitų formas (suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija).

Valstybinės ligonių kasos direktorius, suderinęs su Sveikatos apsaugos ministerija, atsižvelgdamas į Valstybės kontrolės Išvadoje dėl 2010 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio pateiktas rekomendacijas 2012 m. sausio 2 d. įsakymu Nr. 1K-3 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaitos formos Nr. 1-PSDF, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitos formos, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo sudarymo ir jo lėšų naudojimo ataskaitos formos bei jų pildymo tvarkos aprašų tvirtinimo“ patvirtino naujas PSDF biudžeto vykdymo ataskaitų formas ir jų sudarymo ir pildymo taisykles.

Visose VLK kontroliuojamose biudžetinėse įstaigose (TLK) taikoma vienoda apskaitos politika, patvirtinta VLK direktoriaus įsakymu¹¹. Apskaitos principai VLK ir TLK veiklos ir fondo apskaitoje sutampa.

Vadovaujantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu¹² Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys Privalomojo sveikatos draudimo fondo administravimo įstaigų, Privalomojo sveikatos draudimo fondo ir šio fondo administravimo įstaigų kontroliuojamų viešojo sektoriaus subjektų finansinių ataskaitų rinkinys, parengtas kaip vieno viešojo sektoriaus

⁸LR sveikatos draudimo įstatymas, 14 str. 4 d.

⁹LR Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės, 29 p. (su vėlesniais pakeitimais).

¹⁰Ten pat, 29 p.

¹¹Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-06-21 įsakymas Nr. 1K-120 „Dėl Valstybinės ligonių kasos ir Teritorinių ligonių kasų Buhalterinės apskaitos vadovo patvirtinimo“.

¹²LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2007-06-26 Nr. X-1212, 2 str. 14 d.

subjekto finansinių ataskaitų rinkinys, ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys, kuriame pateikiami šio fondo biudžeto vykdymo duomenys.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo 2011 metų metinių ataskaitų rinkinys, kurį sudaro PSDF metinė biudžeto vykdymo ataskaita, PSDF biudžeto pajamų plano vykdymo ataskaita (forma Nr. 1-PSDF-P) VLK ir TLK, PSDF biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaita (forma Nr. 1-PSDF) VLK ir TLK suvestinė ir pagal išlaidų straipsnius, Biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo ataskaita (forma Nr.2) pagal išlaidų straipsnius kiekvienos TLK ir suvestinė, PSDF biudžeto rezervo sudarymo ir jo lėšų naudojimo ataskaita, Informacija apie valstybės valdžios, valdymo, teisėsaugos, vidaus reikalų, saugumo, kitų viešosios tvarkos ir visuomenės apsaugos institucijų ir įstaigų pareigybių ir darbo užmokesčio (įskaitant visus valstybės biudžeto lėšų šaltinius) vykdymą (forma Nr. B-1), VLK, TLK ir suvestinė, Pažyma dėl darbo užmokesčio VLK, TLK ir suvestinė, Biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo 2011 m. gruodžio 31 d. ataskaita (forma Nr. 2), VLK, TLK ir suvestinė, 2011 metų PSDF metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas su priedais.

PSDF 2011 metų metinių konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinys, kurį sudaro Finansinės būklės ataskaita pagal 2011 m. gruodžio 31 d. duomenis, Veiklos rezultatų ataskaita pagal 2011 m. gruodžio 31 d. duomenis, Grynojo turto pokyčių ataskaita pagal 2011 m. gruodžio 31 d. duomenis, Pinigų srautų ataskaita pagal 2011 m. gruodžio 31 d. duomenis, VLK 2011 m. sausio–gruodžio mėnesių finansinių ataskaitų aiškinamasis raštas su 22 pastabomis.

Valstybės kontrolei buvo pateikti šie ataskaitų rinkinių projektai:

–2012-04-10 raštu¹³ pateiktas PSDF biudžeto vykdymo 2011 metų metinių ataskaitų rinkinio projektas;

–2012-05-21 raštu¹⁴ pateikta koreguota 2011 metų PSDF metinė biudžeto vykdymo ataskaita, atsižvelgus į Finansų ministerijos pateiktas pastabas į projektą. Koreguotas ataskaitos formos eilučių išdėstymas;

–2012-06-07 raštu¹⁵ pateiktas PSDF 2011 metų metinių konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio projektas.

Vyriausybė nutarimu¹⁶ patvirtino PSDF biudžeto vykdymo 2011 metų metinių ataskaitų rinkinį.

¹³ Valstybinės ligonių kasos 2012-04-10 raštas Nr. 4K-33-3251 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio už 2011 metus projekto pateikimo“.

¹⁴ Valstybinės ligonių kasos 2012-05-21 raštas Nr. 4K-33-4415 „Dėl Lietuvos Respublikos 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio“.

¹⁵ Valstybinės ligonių kasos 2012-06-07 raštas Nr. 4K-33-4879 „Dėl Lietuvos Respublikos 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio projekto pateikimo“.

¹⁶ LR Vyriausybės 2012-05-16 nutarimas Nr. 531 „Dėl Lietuvos Respublikos 2011 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“.

1.1. Pastebėjimai dėl atsargų apskaitos TLK

Klaipėdos, Panevėžio, Šiaulių ir Kauno TLK klaidingai apskaitė iš VLK gautus kompensuojamųjų vaistų pasus, nesilaikė 8-ojo VSAFAS¹⁷, nes skirtus perduoti ASPĮ kompensuojamųjų vaistų pasus apskaitė netinkamoje atsargų sąskaitoje, šias atsargas nurašė į sąnaudas, nesunaudojusios savo veikloje ir neperdavusios kitiems subjektams.

Dėl teritorinėse ligonių kasose netinkamai tvarkytos atsargų apskaitos konsoliduotosiose Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinėse ataskaitose pagal 2011-12-31 duomenis nurodyti klaidingi likučiai:

- Finansinės būklės ataskaitoje: medžiagų, žaliavų ir ūkinio inventoriaus likutis (C.I.2 eil.) – 174,8 tūkst. Lt didesnis, pagamintos produkcijos, atsargų, skirtų parduoti (perduoti) likutis (C.I.4 eil.) – 339,6 tūkst. Lt mažesnis;
- Veiklos rezultatų ataskaitoje: sunaudotų ir parduotų atsargų savikainos (B.IX eil.) sąnaudos – 164,8 tūkst. Lt didesnės.

VLK viešųjų pirkimų būdu perka kompensuojamųjų vaistų pasus, kurie yra griežtos apskaitos dokumentai. Šie pasai išduodami ASPĮ pacientams, kuriems pagal ligos diagnozę priklauso kompensuojamieji vaistai. Kompensuojamųjų vaistų pasai VLK apskaitomi atsargose ir nurašomi pagal jų perdavimo aktus (važtaraščius) ASPĮ.

2011 m. pradžioje VLK atsargose turėjo kompensuojamųjų vaistų pasų už 6 072,2 tūkst. Lt. Per metus ASPĮ šių pasų perduota už 5 732,7 tūkst. Lt. 2011 metų pabaigoje likusius neperduotus ASPĮ kompensuojamųjų vaistų pasus VLK perdavimo-priėmimo aktais¹⁸ perdavė teritorinėms ligonių kasoms ir nurašė iš atsargų sąskaitos.

Panevėžio ir Šiaulių TLK iš VLK gavo¹⁹ kompensuojamųjų vaistų pasų, skirtų perduoti ASPĮ, atitinkamai už 91,2 tūkst. Lt ir už 83,6 tūkst. Lt. Gautas atsargas pagal buhalterinę pažymą užregistravo atsargų „Medžiagų ir žaliavų įsigijimo savikaina“ sąskaitoje, nors, įvertinę tai, kad kompensuojamųjų vaistų pasus turės perduoti ASPĮ, o nepanaudos jų savo įstaigos veikloje, apskaitoje turėjo šias atsargas registruoti „Atsargų, skirtų parduoti (perduoti)“ sąskaitoje. Šiuo atveju teritorinės ligonių kasos nesilaikė 8-ojo VSAFAS 7.4 ir 9 punktų, reglamentuojančių atsargų, skirtų parduoti (perduoti) apskaitą.

Kauno ir Klaipėdos TLK iš VLK gavo²⁰ kompensuojamųjų vaistų pasų, skirtų perduoti ASPĮ, atitinkamai už 151,9 tūkst. Lt ir 12,9 tūkst. Lt. Gautas atsargas įstaigos pagal buhalterinę pažymą užregistravo atsargų („Medžiagų ir žaliavų įsigijimo savikaina“) sąskaitoje ir iš karto

¹⁷ Patvirtinta Lietuvos Respublikos finansų ministro 2008-06-20 įsakymu Nr. 1K-220 (2009-12-24 Nr. 1K-472 redakcija).

¹⁸ Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų perdavimo-priėmimo aktai: 2012-12-23 Nr. 1, 2, 3, 4.

¹⁹ Perdavimo-priėmimo aktai: 2011-12-23 Nr. 3 ir 4.

²⁰ Perdavimo-priėmimo aktai: 2011-12-23 Nr. 1 ir 2.

nurašė į sąnaudas, šių atsargų nesunaudoję veikloje ir neperdavę jų kitiems subjektams. Nesilaikyta 8-ojo VSAFAS 36 punkto, nurodančio, kad kai atsargos (įskaitant nebaigtas vykdyti sutartis) parduodamos (įskaitant mainus, jei jie galimi) ar kitaip perleidžiamos <...>, jų balansinė vertė turi būti pripažįstama to laikotarpio sąnaudomis, kuriuo pripažįstamos atitinkamos pajamos arba suteikiamos viešosios paslaugos.

Kompensuojamųjų vaistų pasus teritorinės ligonių kasos pradėjo dalyti ASPĮ tik 2012 m.

1.2. Pastebėjimai dėl nematerialiojo turto nusidėvėjimo

VLK pasirinko patį mažiausią informacinių sistemų naudingo tarnavimo laiką – vienerius metus, neatsižvelgusi į tai, kad tikrasis naudingo tarnavimo yra ilgesnis nei vieneri metai ir kad nepagrįstai greitai nudėvima (amortizuojama) programinė įranga, todėl subjekto Finansinės būklės ataskaitoje nerodoma tikroji turto būklė.

Vyriausybė²¹ patvirtino Ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) minimalius ir maksimalius ekonominius normatyvus viešojo sektoriaus subjektams, pagal kuriuos programinei įrangai, jos licencijoms ir techninei dokumentacijai turi būti taikomas normatyvas nuo 1 iki 3 metų, ir nustatė, kad viešojo sektoriaus subjektas, atsižvelgdamas į ilgalaikio turto paskirtį, naudojimo intensyvumą, kitas sąlygas ir į patvirtintus ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) minimalius ir maksimalius ekonominius normatyvus, nustato ilgalaikio turto naudingo tarnavimo laiką. Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinti²² ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) ekonominiai normatyvai, kuriuose nematerialiojo turto Programinės įrangos ir jos licencijų grupei nustatytas minimalus 1 metų amortizacijos normatyvas.

Pavyzdys

Valstybinės ligonių kasos 2011-12-23 įsigyta SVEIDROS modernizavimo įranga ir priskirta Programinės įrangos ir jos licencijų grupei: plėtros paslaugų projektas PP10 „SPAP komponentės tobulinimas“, t. y. Stacionarinių paslaugų apskaitos posistemės tobulinimo darbai, kurių įsigijimo savikaina – 177 699,39 Lt ir plėtros paslaugų projektas PP03 „METAS komponentės tobulinimas“, t. y. Medicinos darbuotojų kvalifikacijos kėlimo ir tobulinimosi apskaitos posistemės tobulinimo darbai, kurių įsigijimo savikaina – 236 971,24 Lt.

Valstybinėje ligonių kasoje naudojamų informacinių sistemų naudingo tarnavimo laikas tikrai ilgesnis nei vieneri metai, todėl šiam nematerialiam turtui tikslinga pasirinkti ir nustatyti ilgesnį amortizacijos laikotarpį nei vieneri metai. Pažymėtina, kad, tokiu būdu nepagrįstai greitai nudėvint (amortizuojant) programinę įrangą, viešojo sektoriaus subjekto Finansinės būklės ataskaitoje turtas neparodo tikro ir teisingo vaizdo.

²¹ Patvirtinta LR Vyriausybės 2009-06-10 nutarimu Nr. 564 (su vėlesniais pakeitimais).

²² Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2010-01-29 įsakymas Nr. 1K-13 „Dėl ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) ekonominių normatyvų taikymo Valstybinėje ligonių kasoje ir Teritorinėse ligonių kasoje.“

2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo vertinimas

2.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas 2011 metais įvykdytas 101,7 proc. – į fondo biudžetą faktiškai surinkta 4 218 584 tūkst. Lt pajamų (70 006 tūkst. Lt, t. y. 1,7 proc. daugiau negu planuota).

Sėkmingą pajamų surinkimo užduočių vykdymą lėmė viršytos pajamos iš privalomojo sveikatos draudimo mokesčio, administruojamo Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos (1,7 proc. arba 40,2 mln. Lt daugiau, negu planuota).

Pajamos iš Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų suplanuotos pagal minimalias šių asmenų įmokas, neįvertinus faktiškai gaunamų pajamų ir nuo jų sumokėtų įmokų pagal praėjusių metų tendencijas, todėl šių pajamų surinkimo planas viršytas 57,6 proc. arba 20,2 mln. Lt.

Reikšmingai padidėjo ir kitų rūšių pajamų surinkimas, lyginant su planu, tačiau jos sudaro santykinai nereikšmingą dalį visose viršplaninėse pajamose.

Valstybės laiduojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu garantas – Privalomojo sveikatos draudimo fondas. Nuo jo lėšų priklauso galimybė užtikrinti apdraustųjų asmens sveikatos priežiūrą, kompensuojant gydymo įstaigoms suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas.

Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus.²³ PSDF biudžeto rengimas ir vykdymas yra viena iš Valstybinės ligonių kasos funkcijų.²⁴ Jo sudarymą ir vykdymą reglamentuoja Vyriausybės nutarimu patvirtintos taisyklės.²⁵

PSDF biudžeto pajamas sudaro PSD įmokos, kurias administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (toliau – VSDF) ir Valstybinė mokesčių inspekcija (toliau – VMI), taip pat valstybės biudžeto skiriamos lėšos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos pajamos, savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos, išieškotos lėšos už žalą, padarytą PSDF biudžetui arba apdraustojo sveikatai, ir kitos pajamos.

²³ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 Nr. IX-1219 redakcija), 13 str.

²⁴ Ten pat, 30 str. 1 p.

²⁵ LR Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

1 lentelė. PSDF biudžeto 2011 m. planuotų ir surinktų pajamų struktūra

Kodas ir pajamų straipsniai	2011 m. planuota		2011 m. surinkta		Skirtumas (padidėjimas /sumažėjimas tūkst. Lt ir proc.)	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio planas	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio faktiškai surinktos pajamos	2011 m. skirtumas nuo 2010m. (faktiškai surinktų pajamų tūkst. Lt ir proc.)
	pajamos tūkst. Lt	pajamų dalis biudžete (proc.)	pajamos tūkst. Lt	pajamų dalis biudžete (proc.)				
01 Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos	2 406 581	57,7	2 446 794	51,1	40 213 1,7%	2 018 479	2 299 158	147 636 6,4%
02 Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos	35 004	0,84	55 181	1,2	20 177 57,6%	34 576	99 654	-44 473 -44,6%
03 Asignavimai iš valstybės biudžeto	1 681 723	40,3	1 681 723	35,1	0	1 911 134	1 911 134	-229 381 -12,1%
03.01. Valstybės biudžeto įmokos už apdraustus, draudžiamus valstybės lėšomis	1 571 516	37,7	1 571 516	32,8	0	1 511 258	1 511 258	60 258 0,4%
03.02. Papildomi valstybės biudžeto asignavimai	110 207	2,6	110 207	2,3	0	399 876	399 876	-289 669 -72,4%
04 Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos	8 700	0,2	14 111	0,3	5 411 62,2%	7 500	10 703	3 408 31,8%
05 Savanoriškos asmenų įmokos	6 179	0,15	6 324	0,14	145 2,3%	6 294	6 609	-285 -4,3%
06 Išieškotos ar gražintos lėšos už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą	5 578	0,13	5 489	0,11	-89 -1,4%	5 000	6 849	-1 360 -19,9%
07 Kitos pajamos	5 113	0,12	9 262	0,2	4 149 81,1%	2 153	6 109	3 153 51,6%
Iš viso pajamų	4 148 578	99,5	4 218 584	88,1	70 006 1,7%	3 985 136	4 340 216	-121 632 -2,8%

Saltinis – Valstybės kontrolė

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas 2011 metais įvykdytas 101,7 proc. – į fondo biudžetą surinkta 4 218 584 tūkst. Lt pajamų (70 006 tūkst. Lt, t. y. 1,7 proc. daugiau, negu planuota). Sėkmingą pajamų surinkimo užduočių vykdymą lėmė viršytos pajamos iš privalomojo sveikatos draudimo mokesčio, administruojamo Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos (1,7 proc., arba 40,2 mln. Lt daugiau, negu planuota) ir Valstybinės mokesčių inspekcijos (57,6 proc., arba 20,2 mln. Lt daugiau, negu planuota). Lyginant su planu taip pat reikšmingai padidėjo institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos – 62,2 proc. ir kitos pajamos – 81,1 proc.

VMI įmokos kaip ir 2010 m. padidėjo dėl to, kad planuojant 2011 m. VMI administruojamų įmokų sumą nebuvo apskaičiuotas mokesčių nuo pajamų skirtumas, kurį metų eigoje, įvertinę savo gautas pajamas, sumokėjo ūkinių bendrijų nariai ir individualių įmonių savininkai, individualią veiklą be verslo liudijimo vykdančios asmenys, nuolatiniai gyventojai, mokantys įmokas nuo kitų pajamų (pvz. dividendų, turto nuomos, turto pardavimo pajamų) ir kt.). Planuojant 2011 m. biudžetą buvo prognozuota, kad šie asmenys kas mėnesį mokės fiksuoto dydžio (72 Lt per mėn.) įmokas, o įmokėtų sveikatos draudimo įmokų suma per metus (apskaičiuota nuo pajamų) nebus didesnė nei 864 Lt (t.y. 72*12 Lt.). Teisės aktų nustatytais terminais ir sąlygomis šie asmenys turėjo deklaruoti savo faktiškai gautas pajamas ir sumokėti minėtą įmokų skirtumą, kad metinė jų privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma sudarytų ne mažiau kaip 9 proc. (kai kurioms mokėtojų grupėms – 3 proc.) pajamų. Atsižvelgiant į šio pajamų straipsnio surinkimo tendencijas per pastaruosius 3 m., manome, kad turėtų būti planuojama tikslesnė pajamų iš VMI administruojamų PSD įmokų suma, įvertinant šių asmenų grupių faktiškai sumokėtas PSD įmokas ankstesniais metais ir kitus aktualius makroekonominis rodiklius. Tai leistų patvirtinti tikslesnį PDSF biudžetą įstatymu.

Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos padidėjo dėl 2011 m. gautų palūkanų už indėlį, kurio sutartis buvo sudaryta 2010 metais. Pastebėtina, kad naujų terminuotųjų indėlių sutarčių 2011 m. nebuvo sudaryta.

Kitos pajamos padidėjo, nes buvo aktyviai vykdomos vaistų gamintojų atstovų ir VLK sutartys, pagal kurias gamintojai pervedė lėšas vykdydami sutartyse numatytus įsipareigojimus (pajamos gaunamos, kai konkretaus kompensuojamojo vaisto, su kurio gamintoju pasirašyta sutartis, pardavimai Lietuvoje padidėja ir viršija numatytą metinę sumą). Taip pat buvo gautos lėšos iš ES šalių narių už Europos Sąjungos piliečių gydymą šalies ASPĮ.

2.1.1. Pajamos už valstybės biudžeto lėšomis draudžiamus asmenis

PSDF biudžetas 2011 m. gavo daugiau pajamų iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis dėl šiuo metu taikomo apmokėjimo modelio, kai valstybės biudžeto lėšos pervedamos pagal planuojamą, o ne faktinį asmenų skaičių: 2011 metais gautos įmokos už prognozuotus 2,1 mln. valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų, nors remiantis PSD registro preliminariais duomenimis, tokių asmenų skaičius 2011 metais vidutiniškai siekė 1,7 mln.

2011 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymu²⁶ Valstybinei ligonių kasai patvirtinta 1 681 423 tūkst. Lt biudžeto asignavimų.

²⁶ LR 2011 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2010-12-09 Nr. XI-1210 (su vėlesniais pakeitimais).

Vyriausybės nutarimu²⁷ šie asignavimai paskirstyti pagal programas: 1.11 „Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdrauštuosius, draudžiamus valstybės lėšomis“ (1 571 216 tūkst. Lt) ir 1.14 „Papildomi Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai“ (110 207 tūkst. Lt).

Teikiant 2011 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą buvo prognozuota, kad 2011 m. asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis²⁸, skaičius sieks 2 143,0 tūkst. asmenų. Atsižvelgiant į tai, kad metinė valstybės biudžeto įmoka už kiekvieną asmenį 2011 metais sudarė 733,2 Lt²⁹ Sveikatos draudimo įstatyme³⁰ numatytoms draudžiamųjų asmenų grupėms prognozuotas lėšų poreikis 2011 m. sudarė 1 571,2 tūkst. Lt.

2011 m. gegužės–gruodžio mėnesiais³¹, remiantis PSD registro duomenimis³², valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičius kito nuo 1 749,8 tūkst. iki 1 709 tūkst., todėl iš valstybės biudžeto pervestinių lėšų suma turėjo sudaryti nuo 104 389,6 tūkst. Lt iki 106 882,3 tūkst. Lt per mėnesį (tikslus asmenų skaičius, pervestinių iš valstybės biudžeto lėšų apskaičiavimas pamėnesiui, nuo gegužės mėnesio, remiantis PSD registro duomenimis, ir skirtumas nuo faktiškai pervestų lėšų pateikiamas 1 priede). Finansų ministerija kas mėnesį į PSDF biudžetą pervedė nuo 128 000,0 tūkst. Lt iki 136 804,0 tūkst. Lt. Taigi taikant apmokėjimo modelį pagal planuojamą, o ne faktinį asmenų skaičių, PSDF gavo daugiau pajamų iš valstybės biudžeto: 2011 metais gautos įmokos už prognozuotus 2,1 mln. valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų, nors remiantis PSD registro preliminariais duomenimis, tokių asmenų skaičius 2011 m. vidutiniškai siekė 1,7 mln.

Pažymėtina, kad asmenų, draudžiamųjų valstybės lėšomis, skaičius 2011 m. metų eigoje tikslintas tik planuojant 2012 metų PSDF biudžetą (pajamų iš valstybės biudžeto dalį) ir neturėjo įtakos 2011 m. pervedamų asignavimų dydžiui – biudžeto asignavimai pervesti pagal planuotą draudžiamųjų valstybės biudžeto lėšomis skaičių.

Viena iš valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų grupių – studentai ir profesinių mokyklų mokiniai. Dalis šios grupės asmenų yra dirbantys, todėl planuojant bendrą valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičių, dirbančių studentų ir mokinių skaičius yra eliminuojamas.

Informacija dėl dirbančių studentų ir profesinių mokyklų mokinių

Nuo 2011 metų pabaigos VLK pradėjo funkcionuoti Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras, kuris susietas su daugiau nei 70 duomenų bazių. Viena iš Sveikatos draudimo įstatymo nuostatose įteisintų

²⁷ LR Vyriausybės 2011-02-02 nutarimas Nr. 138 „Dėl 2011 metų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto patvirtintų asignavimų paskirstymo pagal programas“ (su vėlesniais pakeitimais).

²⁸ LR sveikatos draudimo įstatymo 6 str. 4–5 dalyse įtvirtintos 19 draudžiamųjų valstybės lėšomis asmenų grupių (vaikai iki 18 m., studentai, kariai, pensinio amžiaus sulaukę asmenys ir t. t.).

²⁹ Draudžiamųjų valstybės biudžeto lėšomis asmenų įmokos procentinis dydis nustatytas Sveikatos draudimo įstatymo 16 str. ir 2011 m. siekė 34 proc. Lietuvos statistikos departamento paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio, o įmoką už kiekvieną asmenį patvirtinta Lietuvos Respublikos 2011 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo, 2010-12-09 Nr. XI-1210 (su vėlesniais pakeitimais) 7 str.

³⁰ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 Nr. IX-1219 redakcija), 6 str. 4 d.

³¹ Faktinį valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičių pagal grupes VLK iš PSD registro pateikė tik nuo 2011 m. gegužės mėn.

³² Bandomąją registro versiją. Registras įteisintas 2011 m. gruodžio 29 d. Duomenys registre susieti su daugiau nei 70 kitų duomenų bazių ir atsinaujina kiekvieną naktį. Prašytas asmenų skaičius buvo ištrauktas iš jau įteisintos PSD registro versijos, tačiau laikotarpio, kai registras dar buvo bandomosios stadijos.

asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, grupių – studentai ir profesinių mokyklų mokiniai. Audito metu nustatyta, kad iki 2011 m. gruodžio 29 d., kai buvo pasirašytas Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro priėmimo ir tinkamumo eksploatuoti aktas³³, dirbantys profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių studentai buvo identifikuojami analizuojant Lietuvos statistikos departamento duomenis apie bendrą valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičių Lietuvoje, mokymo įstaigų teikiamus besimokančių asmenų sąrašus, VSDF valdybos teikiamus duomenis apie dirbančius asmenis ir IS „Sveidra“ duomenis. Valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų skaičiaus nustatymo ir prognozavimo tvarkoje³⁴ numatyta, kad į valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičių neįtraukiami asmenys, priklausantys bent vienai draudžiamųjų valstybės lėšomis asmenų grupei, t.y. jei turima duomenų, kad tuo pačiu metu jie moka arba už juos yra mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Pažymėtina, kad profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių studentų skaičiaus 2011 m., kaip ir kitų draudžiamų valstybės lėšomis asmenų grupių, pokytis buvo vertinamas tik ta apimtimi, kiek jis buvo aktualus 2012 m. PSDF biudžeto planavimui.

Pastebėtina, kad prognozuojant dirbančiųjų studentų ir profesinių mokyklų mokinių skaičių, nebuvo vertinami III ir IV ketv. duomenys, nors III ketv. apima vasaros mėnesius, kai padidėja sezoninių darbuotojų poreikis. Pagal registro duomenis vidutinis 2011 m. III ir IV ketv. dirbančių ir besimokančių dieniniuose skyriuose studentų skaičius lyginant su II ketv. (dviem mėnesiais) vidutiniškai padidėjo 11 proc.³⁵ Manome, kad toks dirbančiųjų studentų skaičiaus planavimas gali turėti įtakos per didelio bendro valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičiaus nustatymui, t. y. gali būti suplanuota daugiau nei priklauso valstybės biudžeto asignavimų ateinantiems metams.

Informacija dėl priimto sprendimo pasirinkti mokėjimo būdą

Valstybės kontrolės 2011 m. kovo 10 d. valstybinio audito ataskaitoje Nr. VA-P-10-2-3 „Privalomasis sveikatos draudimas“ buvo pateiktos rekomendacijos už valstybės biudžeto lėšomis draudžiamus asmenis į PSDF biudžetą mokėti ne pagal planuojamą, o pagal faktinį šių asmenų skaičių.

Vykdamas šią rekomendaciją Sveikatos apsaugos ministro įsakymu³⁶ sudaryta darbo grupė iš VLK, LR Ministro Pirmininko tarnybos, Sveikatos apsaugos ministerijos, Finansų ministerijos, Švietimo ministerijos, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos atstovų. Savo išvadoje³⁷ darbo grupė pateikia 5 galimus įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis planavimo ir pervedimo PSDF biudžetui modelius. Išvadoje pateikiami kiekvieno modelio teigiami ir neigiami argumentai. Išskirtos pagrindinės apibendrintos būtinos sąlygos (kurios gali kisti, priklausomai nuo pasirinkto modelio), kad įmokos būtų mokamos pagal faktinį skaičių:

1. Turėtų visa apimtimi veikti Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras (tiek faktiškai, tiek teisiškai);
2. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenys turėtų maksimaliai atspindėti realų valstybės biudžeto lėšomis draudžiamųjų skaičių;
3. Turėtų būti sutarta, kokio praėjusio laikotarpio registro duomenys nebetikslinami ir nebekeičiami, t.y. užfiksuojami;
4. Turėtų būti sutarta, kokių priemonių bus imtasi, jei Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras negaus visų (100 proc.) duomenų apie draudžiamuosius valstybės lėšomis (100 proc. nebus, nes ne visų asmenų grupių personalizuota informacija gali būti surinkta automatinio būdu, kadangi šalyje nėra atitinkamų registrų, pvz. apskaitančių socialines pašalpas gaunančius asmenis). Darbo grupės galutinėje išvadoje teigiama, kad išanalizavus visus argumentus, siūlytina ir toliau laikytis iki šiol galiojusios draudžiamųjų valstybės lėšomis asmenų planavimo ir pervedimo tvarkos,

³³ Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro priėmimo ir tinkamumo eksploatuoti aktas, Nr. 7K-237.

³⁴ Patvirtinta direktoriaus 2011-05-10 VLK įsakymu Nr. 1K-81 (aktuali redakcija), 11 p.

³⁵ II ketv. dirbo vidutiniškai 23,5 proc., III ketv. dirbo vidutiniškai 34 proc., IV ketv. dirbo vidutiniškai 35 proc. dieninių skyrių studentų ir mokinių.

³⁶ LR sveikatos apsaugos ministro 2011-05-20 įsakymas Nr. V-507 „Dėl tarpinstitucinės darbo grupės galimybėms įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis mokėti į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pagal faktinį, o ne pagal planuojamą šių asmenų skaičių nagrinėti sudarymo“.

³⁷ Darbo grupės 2011-11-09 išvada Nr. 8K-45 „Dėl galimybių įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis mokėti į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pagal faktinį, o ne pagal planuojamą šių asmenų skaičių“.

kai šių asmenų skaičius nustatomas pagal faktinį praėjusiųjų laikotarpių valstybės draudžiamų asmenų skaičių, įvertinant makroekonominių rodiklių, turinčių tiesioginės įtakos šių asmenų skaičiaus kitimui, pokyčius. Metų eigoje turėtų būti atliekama faktinio valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičiaus, jo kitimo tendencijų bei skirtumo nuo prognozuoto šių asmenų skaičiaus analizė.

2.1.2. Pajamos iš papildomų valstybės biudžeto asignavimų

Tiksliniai valstybės biudžeto asignavimai, skirti konkrečioms iš anksto žinomiems tikslams, 2011 metų biudžeto vykdymo ataskaitoje priskirti prie papildomų valstybės biudžeto asignavimų, nors jie neatitinka papildomų asignavimų, tvirtinamų PSDF biudžetui subalansuoti, sąvokos.

Biudžeto vykdymo ataskaitose neišskyrus tikslinės paskirties lėšų, negalime įvertinti, ar kiekvienam tikslui buvo panaudota tiek valstybės biudžeto lėšų, kiek buvo planuojama.

Galiojant dabartinei Sveikatos draudimo įstatymo redakcijai³⁸ PSDF biudžeto vykdymo ataskaitose tikslinės paskirties lėšos (imunoprofilaktikos programai, ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti, kraujo donorų kompensacijoms, ŽIV/AIDS bei tuberkuliozės prevencinėms programoms), planuojamos ir biudžeto vykdymo ataskaitose atskleidžiamos viena eilute kartu su papildomais valstybės biudžeto asignavimais, nors šios tikslinės paskirties lėšos neatitinka papildomų valstybės biudžeto asignavimų, tvirtinamų PSDF biudžetui subalansuoti, sąvokos. Pastebėtina, kad teikiant tvirtinti PSDF biudžeto projektą, aiškinamajame rašte teikiama informacija apie suplanuotas lėšas kiekvienai minėtai tikslinės paskirties veiklai atskirai. Biudžeto vykdymo ataskaitose neišskyrus tikslinės paskirties lėšų, negalime įvertinti, ar kiekvienam tikslui buvo panaudota tiek valstybės biudžeto lėšų, kiek buvo planuojama.

Valstybinio audito ataskaitoje dėl 2010 metų PSDF biudžeto vykdymo LR Sveikatos apsaugos ministerijai buvo rekomenduota planuojant valstybės biudžeto asignavimus tikslines lėšas iš valstybės biudžeto atskirti nuo papildomų valstybės biudžeto asignavimų ir tvirtinti atskirai. Sveikatos apsaugos ministerija parengė Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo projektą³⁹, kuriame numatyta atskirti papildomus valstybės biudžeto asignavimus nuo konkrečioms tikslams skiriamų lėšų, tačiau 2011 metais šie pakeitimai dar nebuvo priimti.

2.1.3. Pajamos už Rusijos Federacijos kariškių pensininkų, gyvenančių Lietuvoje, sveikatos draudimą

PSDF biudžeto gaunamos pajamos iš Rusijos Federacijos už jos kariškių pensininkų sveikatos draudimą yra ženkliai mažesnės nei patiriamos išlaidos už minėtų asmenų gydymą.

³⁸ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais)

³⁹ Teisės aktų duomenų bazės duomenimis, projektas grąžintas tobulinimui.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė ir Rusijos Federacijos Vyriausybė 1993 m. lapkričio 18 d. pasirašė susitarimą⁴⁰, kuriuo vadovaujantis Rusijos Federacija įsipareigoja mokėti savo kariškiams pensininkams pensijas ir apmokėti sveikatos gydymo išlaidas. 1996 m. susitarimas buvo papildytas kitu susitarimu⁴¹, nustatančiu Rusijos Federacijos kariškių pensininkų medicinos paslaugų apmokėjimo tvarką. Vadovaujantis minėtu susitarimu, Rusijos Federacija už savo kariškius pensininkus kiekvieną mėnesį lėšas perveda į VLK sąskaitą. Kiekvienų metų pabaigoje kariškių pensininkų skaičius suderinamas protokolais⁴².

VLK, vadovaudamasi suderintu protokolu kariškių skaičiumi 2011 metams už vieną Rusijos Federacijos kariškį pensininką, nuolat gyvenantį Lietuvoje, gavo 733,20 Lt pajamų⁴³.

Rusijos Federacija Lietuvai už savo piliečius moka tokią pačią įmoką, kaip ir Lietuvos valstybė, už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis. Tokių asmenų Lietuvoje, remiantis VLK duomenimis, yra apie 8,5 tūkstančio. Dalis šių asmenų per ankstesnius laikotarpius turėjo darbo santykius Lietuvoje, mokėjo mokesčius ir yra draudžiami kaip ir kiti Lietuvos piliečiai darbdavių lėšomis, arba už juos, kaip pensinio amžiaus sukakusius asmenis, įmokas moka ir Lietuvos valstybė. Tokių asmenų, kurie neturėjo darbo santykių ir taip neįgijo teisės į Lietuvos valstybės biudžeto įmokas, o yra draudžiami tik Rusijos Federacijos lėšomis 2011 metais buvo 1 735.

2011 metais į PSDF biudžetą už Rusijos Federacijos kariškius (vertinant tik Rusijos Federacijos lėšomis draudžiamus asmenis) buvo pervesta 1 271,8 tūkst. Lt, o šiems asmenims suteiktoms sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti panaudota 3 952,6 tūkst. Lt, t. y. 2 680,5 tūkst. Lt daugiau, nei už juos gauta įmokų iš Rusijos Federacijos, nes didžioji dalis jų yra vyresnio amžiaus žmonės, daugiau nei kiti besinaudojantys sveikatos priežiūros paslaugomis.

ES šalyse narėse egzistuoja praktika, kai už šalies narės piliečių sveikatos priežiūros paslaugas apmokama pagal faktiškai suteiktų paslaugų skaičių.

2.1.4. Pajamos iš žalos, kurią padarė ASPĮ ir vaistinės

PSDF biudžetas galimai negavo dalies pajamų iš žalų, kurias padarė ASPĮ ir vaistinės dėl nepakankamo, netinkamo reglamentavimo ir skirtingos žalų nustatymo praktikos:

⁴⁰ Susitarimas tarp Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Rusijos Federacijos Vyriausybės „Dėl socialinių garantijų teikimo tvarkos nuolat Lietuvos Respublikoje gyvenantiems Rusijos Federacijos kariškiams pensininkams“, Valstybės žinios, 1994-03-25 Nr. 23, publikacijos Nr. 368.

⁴¹ 1996-08-15 sudarytas susitarimas tarp LR sveikatos apsaugos ministerijos ir Rusijos Federacijos gynybos ministerijos „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir Rusijos Federacijos gynybos ministerijos susitarimas dėl medicinos paslaugų Rusijos Federacijos kariškiams pensininkams, gyvenantiems Lietuvoje, išlaidų padengimo tvarkos“, papildytas 1998-10-15 dienos „Protokolu tarp Rusijos Federacijos gynybos ministerijos ir LR sveikatos apsaugos ministerijos dėl 1996 m. rugpjūčio 15 dienos Susitarimo pakeitimų ir papildymų“.

⁴² Remiantis 2002-09-26 Asmens duomenų teikimo sutartimi Nr. 107, pasirašyta tarp VLK ir Socialinės rūpybos skyriaus prie Rusijos Federacijos ambasados Lietuvoje.

⁴³ Lietuvos Respublikos 2011 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžeto finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas (2010-12-09 Nr. XI-1210), 7 str.

- TLK kontrolės skyriai skirtingai vertina patikrinimų metu nustatytus pažeidimus ir nustato galimą žalą;
- nėra patvirtinta bendra žalų iš ASPI ir vaistinių nustatymo ir apskaičiavimo metodika, TLK specialistai teisininkai nevertina kontrolės skyrių rastų pažeidimų ir nustatytų žalų, todėl negalima įvertinti, ar visi TLK kontrolės skyriai tinkamai pripažino žalą PSDF biudžetui ir teisingai nustatė jos dydį;
- nėra patvirtintos bendros visoms TLK ekspertizės pažymos formos, kurioje būtų pagrindžiamas žalos dydžio apskaičiavimas;
- nėra aiškaus formalaus pažeidimo (klaidos) apibrėžimo, nepakanka aiškaus reglamentavimo, kokiais atvejais neatitikimus teisės aktams vertinti kaip formalius pažeidimus (klaidas) ir neskaičiuoti žalos PSDF biudžetui;
- suėjus senaties terminui gali būti nenustatyta ir neišieškota ASPI 3 metų ir vaistinės 5 metų laikotarpiu padaryta žala, nes kontrolės priemonės taikomos atitinkamai 3 ir 5 metų tikrinimo periodiškumu;
- nereglamentuotas ir netaikomas baudų ar kitų sankcijų skyrimas ASPI, pakartotinai nustačius pažeidimus.
- nėra sukurtos procedūros žalai už pirminio lygio sveikatos priežiūros (išskyrus skatinamąsias ir kt. atskirai apmokamas) paslaugas nustatyti, žala už tokias paslaugas nenustatinėjama, nes lėšos pirminiam lygiui yra skiriamos už prisirašiusiųjų asmenų skaičių.

Žalą padariusiems įstaigoms skyrus papildomas lėšas visų paslaugų balo vertės atstatymui, neeliminavus pažeidžiant teisės aktus suteiktų paslaugų, patiriamos išlaidos iš PSDF biudžeto už paslaugas, kurios neturėjo būti apmokėtos.

PSDF biudžetas 2011 metais gavo 1 169 tūkst. Lt pajamų iš žalų, kurias padarė ASPI ir vaistinės. Žala biudžetui gali būti padaryta neteisėtai suteikus sveikatos priežiūros paslaugas, netinkamai išrašius receptą vaistams, netinkamai vykdant sutartinius įsipareigojimus ir pan. Žalą PSDF biudžetui nustato ir išieško TLK Kontrolės skyriai⁴⁴. Atliekamų kontrolių ASPI ir vaistinėse periodiškumas nustatytas VLK⁴⁵. Nustatytas kontrolės procedūros kokybės vertinimo rodiklis –

⁴⁴ Visose Teritorinėse ligonių kasose sukurti kontrolės skyriai, kurių pagrindinis uždavinys – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kokybės bei atitikimo nustatytiems reikalavimams ir vaistų bei medicinos pagalbos priemonių, kurios kompensuojamos iš PSDF, išrašymo ir išdavimo teisėtumo kontrolė. Vykdydami šiuos uždavinius savo veikloje kontrolės skyriai vadovaujasi kontrolės tvarkos aprašu, patvirtintu Valstybinės ligonių kasos 2006-03-24 direktoriaus įsakymu Nr. 1K-41 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašo“ (2010-09-21 Nr. 1K-186).

⁴⁵ VLK 2010-10-21 raštas Nr. 4K-52-7470 „Dėl kontrolės periodiškumo“.

kontrolės procedūrų periodiškumas, kuriuo siekiama, kad ASPĮ būtų tikrinamos ne rečiau kaip kartą per trejus metus, o vaistinės – ne rečiau kaip kas penkerius metus.

Pastebėtina, kad remiantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu⁴⁶ už pažeidimus, nuo kurių padarymo dienos praėjo daugiau kaip vieneri metai, kontrolės priemonės negali būti taikomos. Tokiu būdu, atsižvelgiant į nustatytą kontrolės procedūrų atlikimo periodiškumą, darytina išvada, kad žala, kuri galėjo būti padaryta per minėtą laikotarpį (3 metų ASPĮ ir 5 metų vaistinės), gali būti nenustatyta arba nustatyta ir neišieškota, suėjus senaties terminui.

Remiantis 2011 metų TLK ekspertizių pažymomis bei patikrinimo aktų duomenimis išskirtos pagrindinės pažeidimų rūšys ir apibendrinti taikomos žalos PSDF dydžio apskaičiavimo principai (2 priedas)⁴⁷. Pažymėtina, kad TLK ekspertizės pažymose neatžymima, kaip nustatytas žalos dydis (pvz.: atimant visos paslaugos kainą, dalį, perskaičiuojant į pigiau apmokamą paslaugą, jeigu paslauga buvo suteikta), skiriasi ekspertizių pažymų formos, jų pildymas, nedetalizuojami žalos dydžio apskaičiavimo principai. Nėra patvirtintos ASPĮ ir vaistinių PSDF biudžetui padarytos žalos nustatymo metodikos. Pagrindiniuose teisės aktuose, kuriais vadovaujasi TLK kontrolės skyriai (Kontrolės tvarkos aprašas⁴⁸, Žalos PSDF biudžetui atlyginimo tvarkos aprašas⁴⁹) nėra nustatyti principai, kaip turi būti apskaičiuotas žalos dydis.

Dažniausiai nustatomų žalų pavyzdžiai

TLK kontrolės skyriai, vykdydami ASPĮ ir vaistinių priežiūrą, dažniausiai nustato žalas šiose srityse:

- Pacientui suteikiama stacionarinė paslauga neatitinka paslaugos teikimą reglamentuojančiuose teisės aktuose numatytų specialiųjų paslaugos teikimo reikalavimų;
- ASPĮ teikia apmokėti ambulatorinę paslaugą, kuri suteikta nesivadovaujant teisės aktais, reglamentuojančiais tos paslaugos teikimą;
- Fiksuotas komunalinių paslaugų mokestis ir fiksuotas medžiagų pabrangimo mokestis įtrauktas į dantų protezavimo kainą;
- 3 formos⁵⁰ vaisto recepto išrašymą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai;
- TLK pateikiamos apmokėti kitų TLK gyventojams suteiktos stacionarinės paslaugos.

Negalime įvertinti, ar visais tikrinimo atvejais žalos iš ASPĮ ir vaistinių PSDF biudžetui dydis apskaičiuotas teisingai ir remiantis tais pačiais principais, nes įvertinus audituotų TLK Kontrolės skyrių ekspertizės pažymas nustatyta, kad skiriasi tų pačių pažeidimų vertinimas, žalos nustatymo ir apskaičiavimo principai. Kontrolės skyriai, atlikdami kontrolės procedūras ir ekspertizes ASPĮ ir vaistinėse, kiekvienu atveju sprendžia dėl žalos pripažinimo ir jos dydžio individualiai.

⁴⁶ LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996-06-06 Nr. I-1367 (1998-11-24 Nr. VIII-940 redakcija), 59 str. 3 d.

⁴⁷ Teritorinių ligonių kasų kontrolės skyriai įprastine tvarka neanalizuoja, kokią konkrečią žalą patiria PSDF pagal tam tikrą pažeidimų rūšį, dalis informacijos buvo apibendrinta Kontrolės skyriaus specialistų pagalba.

⁴⁸ Patvirtintu Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2006-03-24 įsakymu Nr. 1K-41 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašo“ (2010-09-21 Nr. 1K-186).

⁴⁹ Patvirtinta Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2010-07-12 įsakymu Nr. 1K-136.

⁵⁰ 3 formos blankas naudojamas kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išrašyti. Jį sudaro du tuo pačiu eilės numeriu pažymėti receptų blankai, kurių antrasis spausdinamas ant savaiminio kopijavimo popieriaus. Šaltinis: LR sveikatos apsaugos ministro 2002-03-08 įsakymas Nr. 112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo) (Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams)“.

Žalos nustatymo skirtingais principais pavyzdys

Panevėžio TLK Ekspertizės pažymoje (2012-01-31 Nr. EP-21 2.2 p.) nustatytas neatitikimas – informacinio pranešimo šaknelės nėra asmens sveikatos istorijoje. Tai buvo vertinta kaip medicininės dokumentacijos trūkumas, žalos PSDF biudžetui nebuvo nustatyta. Pastebėtina, kad šis atvejis ekspertizės pažymoje nenurodytas kaip neteiktas apmokėti, nors toje pačioje pažymoje kituose punktuose išvardintų pažeidimų atvejais nurodoma, kad paslaugos neteiktos apmokėti TLK.

Vilniaus TLK Ekspertizės pažymoje Nr. 1EP-175 (2011-11-07) 7.16 p. nurodyta, kad už duomenų apie informacinio pranešimo įteikimą pacientei pasirašytinai nebuvimą buvo nustatyta žala PSDF biudžetui 12,05 Lt.

Kauno TLK Ekspertizės pažymoje 2011-01-11 Nr. 103-17 10.2 p. nustatytas neatitikimas – dviem atvejais įstaiga neįteikė informacinio pranešimo pasirašytinai, kitais atvejais nesupažindino pacientų su iFOBT testo atlikimu, nes testas atliekoms įstaigos laboratorijoje, nustatytas LR SAM 2009-06-23 įsakymo Nr. V-508 9.3 p. pažeidimas, neatitikimas nebuvo įvertintas kaip žala PSDF biudžetui.

Vertinant Klaipėdos TLK patikrinimo pažymą Nr. K1-11-52 bei pagal ją surašytą ekspertizės pažymą 2011-04-14 Nr. E1-11-67 nustatyta, kad patikrinimo pažymos 4 p. aprašomas pažeidimas ir pažymima, kad paslauga neatitiko dienos chirurgijos V paslaugų reikalavimų, bet atitiko dienos chirurgijos III paslaugų teikimo reikalavimų, ekspertizės pažymos 2.4 p. nurodyta, kad teikiant paslaugas buvo pažeistas LR SAM 2009-08-21 įsakymo Nr. V-668 „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ 6 dalies 22 punktą bei žala PSDF biudžetui apskaičiuota kaip paslaugų bazinių kainų skirtumas, atsižvelgiant į balo vertę.

Vertinant Vilniaus TLK patikrinimo pažymą 2011-03-30 Nr. 1VP-44/V bei pagal ją Šiaulių TLK surašytą ekspertizės pažymą 2011-04-19 Nr. E3-44, nustatyta, kad patikrinimo pažymos 9.3.1 p. aprašomas pažeidimo turinys, ekspertizės pažymos 3.1 p. nurodyta, kad už pacientei suteiktas paslaugas Šiaulių TLK buvo pateiktos apmokėti paslaugos pagal ligų gydymo profilį Dienos chirurgija II. Teikiant Paslaugas buvo pažeistos LR SAM 2009-08-21 įsakymo Nr. V-668 „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ 1, 2 ir 7 p. nuostatos. Žalos PSDF biudžetui dydis buvo apskaičiuotas atimant visą dienos chirurgijos II paslaugos kainą, neperskaičiuojant atsižvelgiant į pacientei suteiktas paslaugas, kurios galimai galėjo būti pateiktos apmokėti pagal kitą gydymo profilį.

Tais atvejais, kai negalima tiksliai nustatyti, kokia žala PSDF biudžetui buvo padaryta, arba padaryti pažeidimai yra formalaus pobūdžio, jie fiksuojami kaip formali klaida, t. y. tokia klaida, kai TLK traktuoja, kad žala PSDF biudžetui nepadaryta (pvz. medicininėje dokumentacijoje netiksliai įvardinta atlikta intervencija, ASPI siųsdama pacientą siuntime neatžymi tam tikrų tyrimų duomenų ir pan., t. y. medicininės dokumentacijos pildymo klaidos). Nustačius formalias klaidas nė viena TLK sankcijų netaiko ir žalos PSDF biudžetui nenustato. Tačiau pastebėtina, kad nėra aiškaus formalaus pažeidimo (klaidos) apibrėžimo, nepakanka aiškaus reglamentavimo, kokiais atvejais neatitikimus teisės aktams vertinti kaip formalius pažeidimus (klaidas) ir neskaičiuoti žalos PSDF biudžetui.

Formalių klaidų Vilniaus TLK ataskaitoje pripažinimas nustatant žalą PSDF biudžetui pavyzdys

Viena iš 2011 m. 8 VVK nurodytų krypčių buvo dienos chirurgijos paslaugos. VVK direktoriaus 2010-12-28 įsakymu Nr. 1K-246 buvo patvirtinta Dienos chirurgijos paslaugų kontrolės procedūrų vykdymo pagal rizikos įvertinimo metodą ataskaitos forma, kurios 2.1.2 p. numatyta, kad Vilniaus TLK kontroliuojamąją imtį turi sudaryti 467 dienos chirurgijos paslaugų teikimo atvejai.

Vilniaus TLK ataskaitoje pagal VVK direktoriaus parengtą ir 2010-12-28 įsakymu Nr. 1K-246 patvirtintą formą nurodyta, kad formalių klaidų skaičius buvo 69, neatitikties atvejų skaičius buvo 7, pagal neatitiktis apskaičiuotas žalos PSDF biudžetui dydis buvo 3 591,24 Lt.

Manome, kad pakartotinai nustačius pažeidimus ar daugybinių formalių klaidų atveju ASPĮ galėtų būti taikomos fiksuotos baudos ar kitokios sankcijos, pavyzdžiui, kaip už sutartinių įsipareigojimų nevykdymą.

Kontrolės skyriai atlikę ASPĮ ir vaistinių patikrinimus, gali šioms įstaigoms skirti baudas ar kitas sankcijas, atsižvelgdami į sudarytų sutarčių su ASPĮ ir vaistinėmis nuostatas.

Baudų dydžio nustatymui, kaip ir padarytos žalos įvertinimui, jokios patvirtintos metodikos nėra. TLK kontrolės skyriai skirdami baudas vadovaujasi sutarčių nuostatomis, kurios atskirose TLK taip pat skirtingos: baudos už sutartinių įsipareigojimų nevykdymą numatytos tik TLK sutartyse su vaistinėmis. Vilniaus TLK, Kauno TLK, Panevėžio TLK tipinėse sutartyse su vaistine numatyta taikyti 10 procentų dydžio nuo padarytos žalos baudą, o Klaipėdos TLK sutartyse baudos nenumatytos. Praktinėje veikloje šios baudos taikomos labai retai.

TLK tipinėse sutartyse su ASPĮ nuostatos dėl baudų skyrimo ar kitos sankcijos sutartinių įsipareigojimų nevykdymo, formalių pažeidimų ar kitokiais atvejais nėra numatytos ir netaikomos.

Vilniaus TLK tipinėje sutartyje 2011 metams numatyta sankcija – sutarties nutraukimas. Remiantis sutarties nuostatomis, TLK nustačius pakartotinai tų pačių sutarties sąlygų nevykdymo ar netinkamo vykdymo atvejį, jei įstaiga jau buvo įspėta anksčiau, pradedama sutarties nutraukimo procedūra. Kitų TLK tipinėse sutartyse su ASPĮ toks sutarties nutraukimo pagrindas nenumatytas. 2011 m. atvejų, kai būtų inicijuotas sutarties su ASPĮ nutraukimo procesas, nebuvo.

Pastebėjimas dėl Vilniaus TLK sutarčių

2010 metais tipinėse Vilniaus TLK sudarytose sutartyse (29 p.) buvo numatyta, jog, TLK nustačius pakartotinį tų pačių sąlygų nevykdymo ar netinkamo vykdymo atvejį, įstaiga po TLK sprendimo gavimo privalo sumokėti 200 Lt baudą už kiekvieną nustatytą IV skyriaus įsipareigojimų nevykdymo ar netinkamo vykdymo atvejį, o TLK pradeda sutarties nutraukimo procedūrą.

Tipinės sutarties su ASPĮ „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų apmokėjimo“ 2011 metams minėtos piniginės baudos nuostatos neliko, o sutarties 27 p. numatyta, jog TLK nustačius pakartotinį tų pačių sutarties sąlygų (dėl to paties pažeidimo) nevykdymo ar netinkamo vykdymo atvejį, jei įstaiga įspėta anksčiau, pradedama sutarties nutraukimo procedūra.

Pažymėtina ir tai, kad TLK specialistai teisininkai nevertina Kontrolės skyriaus patikrinimo metu rastų pažeidimų bei ekspertizės metu nustatytų ASPĮ ir vaistinių padarytų žalų PSDF biudžetui teisiniu (atitikimo teisės aktams) požiūriu, tokios funkcijos nenumatytos šių specialistų pareiginėse instrukcijose, taip pat skyrių nuostatuose.

Pastaba

Audituojamuoju laikotarpiu tik Kauno TLK teisės skyriaus specialistai vertino Kontrolės skyriaus specialistų teisės aktų taikymo vertinimą bei nustatytos žalos apskaičiavimo teisingumą.

Manome, kad TLK specialistų teisininkų dalyvavimas kontrolės skyrių rastų reikšmingų pažeidimų ir nustatytų žalų vertinime ne tik užtikrintų teisingą šių pažeidimų įvertinimą teisiniu požiūriu, bet ir gali būti naudingas žalos pripažinimui ir jos dydžio nustatymui remiantis vieningais principais.

Atkreipiame dėmesį, kad apskaičiuojant žalos dydį atsižvelgiama į atitinkamo mėnesio balo vertę. Pažymėtina, kad metų eigoje ASPĮ buvo skiriamas papildomas finansavimas balo vertės atstatymui, tačiau skiriant šias lėšas neatsižvelgiama į tai, ar ASPĮ buvo nustatyta žala biudžetui. Papildomos lėšos balo vertės atstatymui skiriamos ir už tas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios buvo suteiktos neteisėtai ir už kurias buvo išieškota žala.

TLK kontrolės skyriai nenustatinėja žalos teikiant pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas ir netaiko joms kontrolės priemonių (išskyrus skatinamąsias paslaugas ar kitus atskirais VLK įsakymais nurodytais atvejais, pvz. gydant lėtines ligas, vertina išduodamų siuntimų aukštesnio lygio specialistų konsultacijoms išdavimo pagrįstumą ir pan.), nes lėšos pirminiam lygiui yra skiriamos už prisirašiusiųjų asmenų skaičių, o ne už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, šios paslaugos neįvertintos bazine kaina. Tokiu būdu nėra sukurtos procedūros žalai už pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas nustatyti.

2.1.5. Pajamos iš žalos, kurią PSDF biudžetui padarė asmenys, sutrikdę kitų asmenų sveikatą

PSDF biudžetas negavo dalies pajamų iš žalos, kurią padarė asmenys, sutrikdę kitų asmenų sveikatą, nes:

- VLK ir TLK nedisponavo visa informacija apie šiuos asmenis bei jų padarytos žalos mastą dėl tarpinstitucinio bendradarbiavimo stokos;
- žalos dydis apskaičiuojamas pagal tuo metu galiojančią balo vertę sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, neatsižvelgiant į papildomai skiriamas lėšas balo vertei atstatyti;
- žala neapskaičiuojama, kai nukentėjusiajam buvo suteiktos pirminio lygio specialistų sveikatos priežiūros paslaugos, nes nėra nustatyta apsilankymo pas šeimos gydytoją ir kitų pirminio lygio paslaugų kaina;
- nėra numatytos ir neskaičiuojamos palūkanos, asmenims padariusiems žalą PSDF biudžetui, atidėjus žalos atlyginimo terminą.

PSDF biudžetas 2011 metais iš fizinių ir juridinių asmenų gavo 4 320 tūkst. Lt pajamų, kurios buvo išieškotos įstatymų nustatyta tvarka už žalą, padarytą PSDF biudžetui. Žala biudžetui atsiranda, kai iš biudžeto apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos asmenims, kurių sveikata sutrikdoma dėl kito asmens kaltės. Žala nustatoma iš ikiteisminio tyrimo institucijų arba teismo gavus informaciją apie patvirtintą asmens kaltumą sutrikdžius kito asmens sveikatą. Žalos išieškojimą nustato ir vykdo TLK Teisės skyrius (ar jį atitinkantis struktūrinis skyrius), remiantis

galiojančių teisės aktų nustatyta tvarka⁵¹. Gavus iš ikiteisminio tyrimo institucijų pranešimus apie galimai padarytą žalą PSDF biudžetui, visais atvejais informaciniai pranešimai registruojami VLK ir TLK nustatyta tvarka ir atsižvelgiant į tai, ar nustatomas kaltininkas, išieškoma žala už nukentėjusiajam suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (t. y. gydymo kaina pagal tuo metu galiojusią balo vertę).

Informacija dėl žalos iš asmens atsiradimo

Pranešimus apie nusikalstamais veiksmais padarytą žalą PSDF biudžetui Teisės skyrius gauna iš ikiteisminio tyrimo institucijų, prokuratūros arba teismo. Remiantis galiojančiais teisės aktais Teisės skyriaus specialistai, gavę informaciją iš atitinkamos institucijos apie galimai padarytą žalą PSDF biudžetui, registruoja pranešimą žalos išieškojimo sistemoje, nurodant gavimo datą, pranešimo siuntėją ir atsakovą, surašo ieškinį arba pareiškia pretenziją. Žala nenustatoma tada, kai veika kvalifikuojama pagal BK 176 str. (Darbų saugos ir sveikatos apsaugos reikalavimų pažeidimas) ir kai nukentėjusį ir kaltininką sieja darbo santykiai. Jei sveikatos paslaugos buvo apmokėtos ne iš PSDF biudžeto lėšų, žala taip pat nenustatoma. Atsakingam darbuotojui nustačius, kad žala padaryta, galima pareikšti civilinį ieškinį baudžiamosiose bylose, pretenziją draudimo bendrovei arba ieškinį civilinėje byloje.

Jei žala padaroma dėl eismo įvykio metu nukentėjusio asmens, ir jo automobilis apdraustas civiliniu draudimu, per 20 d. d. kreipiamasi į draudimo bendrovės dėl pretenzijos pateikimo įmonei (jei gydymas trunka ne ilgiau kaip 20 d., jei ilgiau – sulaukiama, kol gydymas bus baigtas). Jei asmuo nebuvo apdraudęs automobilio – pateikiamas ieškinys ikiteisminio tyrimo institucijai arba teismui. Jei žala padaroma ne dėl eismo įvykio metu nukentėjusio asmens, atsakingas darbuotojas išsiunčia registruotą laišką skolininkui apie jo skolą PSDF biudžetui. Jeigu žala neatlyginama savo noru, kreipiamasi į ikiteisminio tyrimo instituciją, teismą arba kreipiamasi civilinio ieškinio pagrindu dėl žalos išieškojimo. Žala išieškoma antstolių pagalba. Žala iš asmenų taip pat gali būti nustatoma, kai pasinaudojama (neleistinai) PSD patvirtinančia ES draustumo kortele. Dėl žalos išieškojimo gali būti sudaroma sutartis, bet ne ilgesniam kaip 5 m. laikotarpiui, ir iki duomenų perdavimo antstoliams. Sutartis registruojama informacinėje sistemoje, atsakingo darbuotojo.

2011 m. skirtingos TLK informaciją apie pradėtus tyrimus administracinių teisės pažeidimų bylose, kuriose buvo nukentėjusių asmenų, gavo skirtingai:

- Kauno TLK pateikė informaciją, jog, aptariant praėjusių metų rezultatus ir atsižvelgiant į Lietuvos kelių policijos tarnybos pateiktą 2011 m. eismo įvykių, kuriuose nukentėjo žmonės, suvestinę pagal teritorinį administracinį susiskirstymą (2012 m. sausio 9 d. Nr. 39-IL-15), paaiškėjo, kad Kauno TLK veiklos zonoje įvyko daugiau eismo įvykių, kuriuose nukentėjo asmenys, nei Kauno TLK gauta informacinių pranešimų. Tuo tikslu pavesta per 2012 m. I ketv. atsakingam valstybės tarnautojui surinkti detalią informaciją ir parengti policijos komisariatams raštus (užduotis įtraukta į valstybės tarnautojo pagrindinius metų veiklos uždavinius). Pranešimų, kai fiziniam asmeniui taikoma administracinė atsakomybė, Kauno TLK per 2011 metus negauta.

- Panevėžio TLK gauna informacinius pranešimus tik baudžiamosiose bylose dėl nusikalstama veika galimos padarytos žalos PSDF biudžetui.

- Vilniaus TLK gauna informacinius pranešimus baudžiamosiose bylose. Vilniaus TLK direktorius 2011 m. lapkričio 27 d. Vilniaus ir Alytaus apskrities policijos komisariatams išsiuntė raštus, prašydamas informuoti, kai bus iškeltos administracinės procedūros dėl nežymaus sveikatos sutrikdymo, nes Vilniaus TLK neturi informacijos apie žalos PSDF biudžetui atsiradimą. Todėl apie

⁵¹ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2010-07-12 įsakymu Nr. 1K-136 patvirtintas Žalos PSDF biudžetui atlyginimo tvarkos aprašas.

pradėtus tyrimus administracinių teisės pažeidimų bylose, kuriose buvo nukentėjusių asmenų, pranešimai pradėti gauti tik nuo 2011 m. lapkričio mėnesio. Beveik visi informaciniai pranešimai gauti 2011 m. gruodžio mėnesį, todėl pagal dalį jų dar neapskaičiuotas žalos dydis ir nepateiktos pretenzijos draudimo bendrovėms. Į žalų išieškojimo sistemą „Stekas“ iš viso įvesta 14 informacinių pranešimų pagal pradėtas administracinių teisės pažeidimų tyrimo bylas. Pareikštos 9 pretenzijos už 2 228,36 Lt.

- Klaipėdos TLK gauna visus informacinius pranešimus. Kai baudžiamoji byla nutraukiama dėl nežymaus sveikatos sutrikdymo ar kitais pagrindais, o taikoma tik administracinė atsakomybė, Klaipėdos TLK pateikia ieškinį civiline tvarka. Taikoma praktika, kad prieš pateikiant civilinį ieškinį asmeniui išsiunčiamas raginimas savanoriškai atlyginti žalą.

Apibendrinant teritorinių ligonių kasų duomenis galima teigti, kad dalies informacijos apie sveikatos sutrikdymą ir galimą žalą PSDF biudžetui TLK negavo. Taigi darytina išvada, kad dėl bendradarbiavimo stokos tarp institucijų 2011 m. PSDF biudžetas galimai negavo dalies pajamų.

Atkreiptinas dėmesys, kad, nukentėjusiam asmeniui suteikus pirminės sveikatos priežiūros paslaugą, už kurią nėra mokama atskirai (pirminio lygio sveikatos priežiūrai lėšos skiriamos pagal prisirašiusiųjų prie ASPI asmenų skaičių), į atlygintinos žalos PSDF biudžetui sumą šios išlaidos nėra įtraukiamos, nes nėra nustatyta atskira šeimos gydytojo paslaugos vertė (apskaičiuota vidutinė vieno apsilankymo pas bendrosios praktikos gydytoją kaina 40,3–52,4 Lt, plačiau apie tai ataskaitos 25 psl.).

Kai nukentėjęs asmuo buvo gydytas aukštesnio lygio specialistų, jam suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos apmokėtos pagal galiojančias bazines kainas. Nustatant žalą atsižvelgiama į atitinkamo mėnesio balo vertę, pagal kurią paslaugos, vertinamos kaip žala, buvo apmokėtos ASPI. Pažymėtina, kad metų pabaigoje ASPI skiriamas papildomas finansavimas balo vertės atstatymui už šias paslaugas, kuris į žalos dydį neįskaičiuojamas ir PSDF biudžetui negražinamas.

Atkreipiame dėmesį, kad remiantis patvirtintu Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui atlyginimo tvarkos aprašu⁵² sutartis dėl žalos PSDF biudžetui atlyginimo sudaroma ne ilgesniam kaip penkerių metų laikotarpiui, kokiam terminui atidėti mokėjimą, nusprendžia pats asmuo, pateikęs prašymą. Vilniaus ir Kauno TLK duomenimis, dalis žalos PSDF biudžetui atlyginimo pagal TLK sutartis su fiziniaisiais asmenimis yra išdėstytas dalimis tam tikram terminui (ilgiausiai – 60 mėn.), nenustačius palūkanų už atidėtus mokėjimus. Manome, kad asmenims, padariusiems žalą PSDF biudžetui, šios skolos mokėjimas galėtų būti atidedamas tik įvertinus realią infliaciją ir nustačius atitinkamas palūkanas. Pastebėtina, kad Valstybinio socialinio draudimo fonde nuo 2012-01-01 taikoma palūkanų už atidėtų įmokų, baudų ar delspinigių skolų mokėjimą praktika.

⁵² Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2010-07-12 įsakymu Nr. 1K-136 patvirtintas Žalos PSDF biudžetui atlyginimo tvarkos aprašas.

2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos

2011 m. patirta 4 382 015 tūkst. Lt Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų, t. y. 233 437 tūkst. Lt (5,6 proc.) daugiau, negu planuota. Išlaidos 2011 metais sudarė 91,5 proc. viso PSDF biudžeto.

3 135 562 tūkst. Lt išlaidų patirta apmokant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių bazinė kaina nustatyta nepagrindžiant jos patirtomis paslaugų teikimo sąnaudomis.

Iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, slauga, kompensuojamos medicininės rehabilitacijos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo ir protezų įsigijimo išlaidos, išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti⁵³. PSDF biudžeto išlaidų pasiskirstymą pateikiame 2 lentelėje.

Planuotos ir faktiškai patirtos PSDF biudžeto išlaidos 2011 m.

Kodas	Išlaidų straipsnis	2011 m. planuota (tūkst. Lt)	2011 m. faktiškai padarytos išlaidos (tūkst. Lt.)	Skirtumas (+/-)proc.	Faktinių išlaidų dalis proc. PSDF biudžete (4 789 966 tūkst. Lt*)	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio planas	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio faktinės išlaidos	2011 m. skirtumas nuo 2010m. (faktiškai padarytų išlaidų tūkst. Lt ir proc.)
01	Asmens sveikatos paslaugų išlaidoms apmokėti	2 925 663	3 135 562	7,2	65,5	2 795 282	2 974 510	161 052 5,4%
02	Kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti	652 754	652 754	0	13,6	642 754	642 754	10 000 1,6%
03	Medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti	133 389	145 649	9,2	3	121 314	127 866	17 783 13,9%
04	Centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti	143 291	197 871	38,1	4,1	133 291	141 415	56 456 39,9%
05	Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti	39 573	39 474	-0,3	0,8	38 413	37 915	1 559 4,1%
06	Sveikatos programoms finansuoti	201 873	169 198	-16,2	3,5	202 047	161 763	7 435 4,6
07	Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos	52 035	41 507	-20,2	0,9	52 035	32 643	8 864 27,2%
	Iš viso	4148578	4382015	5,6	91,5	3985136	4118866	263149 6,4 %

⁵³ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 9, 10, 11, 12 ir 21 str.

*Lyginama su visa PSDF biudžeto vykdymo apyskaitoje pateikiama išlaidų suma.

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Didžiausia biudžeto lėšų dalis tenka asmens sveikatos paslaugų išlaidoms (toliau – ASPI) apmokėti (apie 65,5 proc.). Mažiausiai (iki 1 proc.) tenka ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti ir privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms.

VLK fondo biudžeto lėšas daugiausia naudoja per teritorines ligonių kasas, kurios vykdo pagrindinę fondo veiklą (apmoka sąskaitas už paslaugas, gautas pagal sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis (toliau – ASPI), kompensuoja vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas, apmoka medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidas, finansuoja dalį sveikatos programų ir kt.).

PSDF biudžeto lėšas teritorinėms ligonių kasoms VLK paskirsto vadovaudamasi Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašu⁵⁴ ir nurodytomis formulėmis. Pagrindiniai kriterijai: TLK veiklos zonos gyventojų, prirašytų prie pirminės ASPI, skaičius, amžius ir lytis.

Fondas 2011 kaip ir 2010 m. kai kurių išlaidų (01, 03, 04 str.) patyrė daugiau, negu planavo, nes metų eigoje sveikatos apsaugos ministro įsakymais buvo papildomai skirtos lėšos iš PSDF biudžeto rezervo (daugiausia lėšų skirta sumažintai bazinės kainos balo vertei iš dalies kompensuoti):

- Asmens sveikatos paslaugų išlaidoms apmokėti iš rezervo – 209 899 tūkst. Lt;
- Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti iš rezervo – 12 260 tūkst. Lt;
- Centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti iš rezervo – 54 630 tūkst. Lt.

Iš rezervo papildomai skirta ir 06 išlaidų straipsniui „Išlaidos sveikatos programoms finansuoti“, nors jų metų eigoje kaip ir ankstesniais metais padaryta mažiau, negu planuota. 2011 metais vykdyta 19 sveikatos programų. Lėšos planuotos 20-iai sveikatos programų, tačiau Sveikatos draudimo plėtros programa kaip ir 2010 m. nebuvo vykdyta, nes dalis⁵⁵ šios programos priemonių įgyvendintos ankstesniais metais, kitos tapo neaktualios⁵⁶.

⁵⁴ Patvirtintas LR sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-812 (su vėlesniais pakeitimais).

⁵⁵ Elektroninės Europos sveikatos draudimo kortelės įdiegimas, Giminingų diagnozių grupių (DRG) sistemos, skirtos asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupavimui pagal giminingas diagnozes, įdiegimas.

⁵⁶ Europos Sąjungos duomenų mainų informacinės sistemos nacionalinio modulio diegimas, pasirengimas e. sveikatos sistemos informacinių sistemų tvarkytojo funkcijų vykdymui.

Rezervo lėšos sveikatos ministro įsakymais skirtos toms programoms⁵⁷, kurių įgyvendinimo priemonės apmokamos pagal bazines kainas (specifiniai tyrimai ir aukštesnio lygio specialistų konsultacijos), t.y. pagal šias programas teikiamų paslaugų sumažintai balo vertei atstatyti.

Atkreipiame dėmesį, kad didžioji dalis fondo biudžeto išlaidų (3 135 562 tūkst. Lt) patirta vis dar neturint metodikos, kuria remiantis būtų nustatoma asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokėtų iš PSDF biudžeto, bazinė kaina. Privalomojo sveikatos draudimo veiklos audito (2011-03-10 Nr. VA-P-10-2-3)⁵⁸ metu nustatyta, kad nebuvo parengta bendra ASPĮ sąnaudų, patiriamų teikiant iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apskaičiavimo metodika. LR Sveikatos apsaugos ministerija įsipareigojo šią metodiką parengti iki 2013 metų.

Nuo 2012 m. sausio 1 d. visoje Lietuvoje, apmokant stacionarines paslaugas, pradėta taikyti aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų (DRG) sistema⁵⁹, tačiau 2011 metais šia sistema vadovavosi tik 11 bandomųjų⁶⁰ didžiųjų ligoninių ir ji buvo tik diegimo stadijoje, todėl šiuo aspektu lėšų panaudojimo efektyvumo nevertinome.

Pastaba

Diegiama sistema padės apskaičiuoti ir įvertinti stacionariųjų paslaugų faktines sąnaudas, tačiau abejotina, ar turės įtakos nustatant ambulatorinių (I lygio) paslaugų ar perskaičiuojant II lygio konsultacijų (specialistų) bazines kainas.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose, skirtingai nei kitos paslaugų rūšys, apmokamos ne už ASPĮ suteiktas paslaugas, o pagal prisirašiusių asmenų skaičių, kaip reglamentuojama Sveikatos apsaugos ministro įsakymu⁶¹. Išlaidos pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti 2011 m. sudarė 607 752,1 tūkst. Lt (12,7 proc.) viso PSDF biudžeto, tarp jų: 85 proc. lėšų už prisirašiusių prie ASPĮ asmenų skaičių, 15 proc. už gerus darbo rezultatus⁶².

⁵⁷ Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF lėšų, finansavimo programa, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa, taip pat Dantų protezavimo paslaugų išlaidoms apmokėti

⁵⁸ Ataskaita pateikiama Valstybės kontrolės interneto tinklalapyje www.vkontrolė.lt.

⁵⁹ Remiantis LR sveikatos apsaugos ministro 2011-08-12 įsakymo Nr. V-786 „Dėl aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“ 3 p.: aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugos – dienos chirurgijos ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (įskaitant trumpalaikio gydymo paslaugas), teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis, išskyrus ilgalaikio gydymo ir stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas.

⁶⁰ Remiamasi Valstybinės ligonių kasos duomenimis.

⁶¹ LR sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

⁶² Geri darbo rezultatai apima darbo intensyvumą – bent vieną kartą per metus apsilankiusių prisirašiusių suaugusiųjų ir vaikų iki 18 metų skaičius (atitinkamos grupės prisirašiusių pacientų dalis procentais), prevencinių programų vykdymą – Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių ir Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programų vykdymo rezultatai (privalomojo kontingento dalis procentais), sergančiųjų arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, bronchine astma bei lėtine obstrukcine plaučių liga hospitalizaciją (hospitalizuotų pacientų dalis procentais, palyginti su pacientų, sergančių šiomis ligomis, skaičiumi), sergančiųjų arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, bronchine astma bei lėtine obstrukcine plaučių liga siuntimą konsultuoti (konsultuotų pacientų dalis procentais, palyginti su pacientų, sergančių šiomis ligomis, skaičiumi). Šie rodikliai parodo bendrą gydytojo darbo intensyvumą, atliekamą prevencinį darbą bei ligų, kuriomis sergama dažniausiai (arterinės hipertenzijos, cukrinio

Atlikome duomenų analizę ir nustatėme, kad 1 apsilankymo savikaina skirtingose ASPĮ skiriasi. Išanalizavus 4 skirtingo lygio ir skirtingų TLK veiklos zonų ASPĮ duomenis apie gaunamas lėšas už prisirašiusiuosius asmenis, gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas, dirbančių BPG ir šeimos gydytojų skaičių, pacientų apsilankymų skaičių nustatėme, kad 1 paciento apsilankymo kaina skiriasi nuo 40,3 Lt iki 52,4 Lt už vieną apsilankymą (analizės duomenys pateikiami 3 priede). Lyginant su aukštesnio lygio specialistų nustatytais konsultacijų įkainiais šeimos gydytojo konsultacijos kaina yra panaši.

Kitų specialistų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kaina

51,6 Lt įkainis nustatytas vaikų kardiologo, genetiko, vaikų alergologo, tiek vaikų, tiek suaugusių nefrologo konsultacijoms.

42,1 Lt įkainis nustatytas akušerio-ginekologo, infektologo, chirurgo, vidaus ligų gydytojo, veido ir žandikaulio chirurgo, širdies chirurgo, vaikų anesteziologo, vaikų oftalmologo konsultacijoms.

2.2.1. Išlaidos VLK ir TLK veiklai

Sveikatos draudimo įstatymu⁶³ numatyta, kad Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų veiklos išlaidoms gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų. 2011 metais šioms išlaidoms buvo suplanuota 52 035 tūkst. Lt, tai sudarė 1,25 proc. viso PSDF biudžeto, panaudota – 41 507 tūkst. Lt (0,9 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų).

Metai	2010		2011		2012
	Planas	Faktas	Planas	Faktas	Planas
Veiklos išlaidoms (tūkst. Lt)	52 035	32 643	52035	41507	47065
Veiklos išlaidų dalis (%)*	1,30	0,70	1,25	0,9	1,2
PSDF biudžetas (tūkst. Lt)	4 005 136	4 690 248	4168578	4789966	3 986 456

* Išlaidų dalis (%) skaičiuojama nuo visos PSDF biudžeto išlaidų sumos, įskaitant lėšų likučius.

Šaltinis: Valstybės kontrolė

Iš lentelėje pateikiamų duomenų stebima tendencija, kad VLK ir TLK veiklos išlaidoms, kaip ir ankstesniais metais, buvo suplanuotas mažesnis nei įstatymu leidžiamas maksimalus išlaidų dydis. Tokia pati situacija išlieka ir planuojant 2012 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą. Atkreipiame dėmesį, kad veiklos išlaidoms panaudojama mažiau lėšų negu buvo suplanuota (2011 m. – 20 proc. mažiau).

2011 metais iš PSDF biudžetą vykdančių institucijų veiklai skirtų išlaidų 7 640,6 tūkst. Lt panaudota nematerialiam turtui (programinei įrangai ir licencijoms) įsigyti. Lėšos buvo naudojamos

diabeto, bronchinės astmos bei lėtinės obstrukcinės plaučių ligos), gydymo rezultatus, be to, šiuos rodiklius paprasta apskaičiuoti pagal turimus duomenis. Įstaigai tenkanti suma išmokama lygiomis dalimis per 6 mėnesius. Skatinamosios paslaugos apima skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų atlikimą tam tikroms pacientų grupėms ar specialūs tyrimai (tyrimai nėščiosioms, pensinio amžiaus asmenims ir pan.).

⁶³ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 21 str. 3 d.

Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ modernizavimui, Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registru bei Finansų valdymo ir apskaitos informacinei sistemai.

2.2.2. Išlaidos Europos sveikatos draudimo kortelėms įsigyti viešųjų pirkimų būdu

VLK, nepagrįstai nutraukusi supaprastinto atviro konkurso būdu vykdyto „ESDK plastikinių kortelių ruošiniai ir ESDK reikalingos medžiagos“ pirkimo procedūras, vėliau paskelbusi pirkimus naujo pavyzdžio kortelėms įsigyti, o su laimėtoju sudariusi sutartis seno pavyzdžio kortelėms gaminti, pažeidė Viešųjų pirkimų įstatyme įtvirtintus skaidrumo, lygiateisiškumo ir nediskriminavimo principus, taip pat nepasiekė įstatyme numatyto pirkimo tikslo – sudaryti pirkimo sutartį, leidžiančią įsigyti perkančiajai organizacijai reikalingų paslaugų, racionaliai naudojant tam skirtas lėšas, nesilaikė šio įstatymo 18 straipsnio 3 dalies, nes pirkimo sutartį sudarė ne tokioms prekėms, kurias nurodė pirkimo dokumentuose.

VLK, seno pavyzdžio Europos sveikatos draudimo korteles įsigijusi 3,77 Lt/vnt. brangiau nei nepagrįstai nutraukto pirkimo metu siūlyta mažiausia kaina, galėjo padaryti 365,3 tūkst. Lt žalą PSDF biudžetui.

VLK, kaip sveikatos draudimą koordinuojanti institucija Lietuvoje, aprūpina Lietuvos gyventojus Europos Sąjungoje galiojančia Europos sveikatos draudimo kortele⁶⁴ (toliau – ESDK). Vadovaujantis ES teisės aktais, vienoje ES ar Europos ekonominės erdvės (toliau – EEE) šalyje narėje apdraustieji valstybiniu sveikatos draudimu asmenys, laikinai nuvykę į bet kurią kitą ES ar EEE šalį narę, turi teisę gauti būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas, o šių paslaugų išlaidas kompensuos valstybinis sveikatos draudimas. Ši kortelė – patvirtinimas, kad Lietuvos pilietis yra draustas sveikatos draudimu. ESDK išduoda teritorinės ligonių kasos arba jų atstovai savivaldybėse. Kortelė išduodama ir keičiama tik apdraustojo prašymu. Jos forma patvirtinta VLK direktoriaus įsakymu⁶⁵ (toliau tekste – seno pavyzdžio kortelė).

2011 m. pasibaigus TLK išduodamoms seno pavyzdžio Europos sveikatos draudimo kortelėms, pagamintoms pagal VLK su privačia spaustuve sudarytą sutartį⁶⁶, VLK pagal savo viešųjų pirkimų planą 2011-05-18 paskelbė pirkimą supaprastinto atviro konkurso būdu 90 000 vnt. seno pavyzdžio kortelių ruošiniams ir spausdinimo medžiagoms⁶⁷ įsigyti.

⁶⁴ Valstybinei ligonių kasai teisė organizuoti piliečių aprūpinimą ESDK suteikta remiantis 2003 m. birželio 18 d. Europos Bendrijų darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinės komisijos sprendimu Nr. 189, *Official Journal of the European Union* L 276/1.

⁶⁵ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2004-12-10 įsakymas Nr. 1K-144, atpažinties registre pateikiama Nr. 00353-A1 <http://www.vdtat.gov.lt/new/index.php?tipas=1000&id=10746>

⁶⁶ 2008-12-15 Nr. 213.

⁶⁷ „Informaciniai pranešimai“, 2011-05-18 Nr. 39(2), pirkimo Nr. 105273, pirkimo CVP IS priemonėmis Nr. 46834.

Šio pirkimo paraiškoje (3 p.) nurodyta maksimali pirkimo vertė – 431 tūkst. Lt be PVM, t. y. 521,5 tūkst. Lt (su PVM), o konkurso sąlygose⁶⁸ nurodytas reikalavimas, kad ESDK ruošiniai turi atitikti Valstybės dokumentų technologinės apsaugos tarnybos prie Finansų ministerijos (toliau – VDTAT) patvirtintiems⁶⁹ privalomiems ir papildomiems technologinės apsaugos priemonių reikalavimams, t. y. kad perkamos tokios pat kortelės (seno tipo, VDTAT sutektas atpažinties numeris: 00353-A1), kurias šių kortelių tiekėja privati spaustuvė, jau gamino ir tiekė pagal 2008 m. sudarytą sutartį. Konkurso sąlygose nustatytas pasiūlymų vertinimo kriterijus – mažiausia kaina.

VLK ėmėsi veiksmų dėl naujos Europos sveikatos draudimo kortelės formos įteisinimo. VLK direktorius įsakymu⁷⁰ gegužės mėnesio pradžioje patvirtino naują Europos sveikatos draudimo kortelės antrosios pusės atvaizdo formą (toliau – naujo pavyzdžio kortelės). Vykdydama Saugųjų dokumentų ir saugųjų dokumentų blankų gamybos įstatymo⁷¹ reikalavimus, VLK kreipėsi⁷² į VDTAT, atliekančią technologinę kortelių apsaugą ir licencijuojamos veiklos priežiūrą, dėl kortelės duomenų pakeitimo. VDTAT informavo⁷³ VLK apie naujo pavyzdžio kortelės duomenų įregistravimą⁷⁴ ir raštu⁷⁵ nurodė VLK du naujus kortelės technologinės apsaugos duomenis, taikomus naujo pavyzdžio kortelei – dėl kortelės plastiko rūšies ir spaudos bei spalvų.

Vykdydama senojo pavyzdžio kortelės pirkimą, VLK, atplėšusi vokus, pirkimo sutarties su mažesnę kainą pasiūliusia bendrove nesudarė, šios bendrovės pasiūlymo atitikimo pirkimo dokumentuose nustatytoms sąlygoms VLK nevertino, o šį pirkimą nutraukė.

Konkurso pasiūlymai, kuriuos pateikė dalyvavusios įmonės

Minėto supaprastinto atviro konkurso seno pavyzdžio kortelei pirkti metu 2011-05-30 įvykusio vokų atplėšimo procedūros metu paaiškėjo, kad anksčiau kortelės tiekusios privačios spaustuvių siūloma kaina 3,88 Lt be PVM už vnt., t. y. iš viso 349,2 tūkst. Lt be PVM (90 000×3,88) arba 422,5 tūkst. Lt su PVM.

Kito tiekėjo (nutraukto pirkimo metu) pasiūlyta kaina buvo mažesnė – 1,78 Lt be PVM už vnt., t. y. 160,2 tūkst. Lt be PVM (90 000×1,78) arba 193,8 tūkst. Lt su PVM. Skirtumas (349 200–160 200) sudaro 189 tūkst. Lt be PVM ir (422 532–193 842) arba 228,7 tūkst. Lt su PVM.

VLK darbuotoja (pirkime dalyvavusi kaip pirkimo ekspertė) 2011-06-01 tarnybiniu pranešimu⁷⁶ pasiūlė pirkimo procedūrą nutraukti dėl aplinkybių, susijusių su naujo pavyzdžio kortelės technologiniais reikalavimais, nors pirkimas buvo skelbtas seno pavyzdžio kortelei.

⁶⁸ Konkurso sąlygų projekto 1 priedo „Europos sveikatos draudimo plastikinės kortelės ruošinių ir Europos sveikatos draudimo plastikinės kortelės spausdinimo medžiagų techninė specifikacija“ I dalies „Bendrieji reikalavimai“ 3 p.

⁶⁹ Valstybės dokumentų technologinės apsaugos tarnybos prie Finansų ministerijos direktoriaus 2005-05-05 įsakymais Nr. 30-221 ir 30-222.

⁷⁰ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-05-06 įsakymas Nr. 1K-78.

⁷¹ Saugųjų dokumentų ir saugųjų dokumentų blankų gamybos įstatymas.

⁷² Valstybinės ligonių kasos 2011-05-12 raštas Nr. 4K-272-3959 „Pranešimas apie Europos sveikatos draudimo kortelės duomenų pakeitimą“.

⁷³ Valstybės dokumentų technologinės apsaugos tarnybos prie Finansų ministerijos direktoriaus 2011-05-17 raštas Nr. 7-1158 „Dėl registro objekto įregistravimo“.

⁷⁴ Valstybės dokumentų technologinės apsaugos tarnybos prie Finansų ministerijos direktoriaus suteiktas atpažinties Nr. 00353-A2, <http://www.vdtat.gov.lt/new/index.php?tipas=1000&id=16768>

⁷⁵ Valstybės dokumentų technologinės apsaugos tarnybos prie Finansų ministerijos direktoriaus 2011-05-23 raštas Nr. 7-1194 „Dėl įsakymo projekto derinimo“.

⁷⁶ Tarnybinis pranešimas 2011-06-01.

Pažymėtina, kad tarnybiniame pranešime išdėstyta informacija dėl naujo pavyzdžio kortelei keliamų reikalavimų VLK buvo žinoma 2011-05-23. VLK sprendimas pirkimo procedūras nutraukti tik po 2011-05-30 vykusio vokų atplėšimo kelia pagrįstų abejonių, kodėl pirkimas buvo nutrauktas ir sutartis nesudaryta su mažesnę kainą pasiūliusia bendrove, taip pažeidžiant pastarosios teisėtus lūkesčius. VLK pirkimų komisija, vadovaudamasi pirkimo taisyklėmis⁷⁷, nesibaigus pasiūlymų pateikimo terminui savo iniciatyva galėjo paaiškinti (patikslinti) pirkimo dokumentus, tačiau šio pirkimo dokumentų nepatikslino dėl VDTAT pateiktų naujų technologinės apsaugos techninių duomenų, nors VLK ši informacija jau buvo žinoma 2011-05-23, o šio konkurso vokų atplėšimo procedūra buvo įvykdyta 2011-05-30, t. y. perkančioji organizacija turėjo 7 dienas informacijai patikslinti.

VLK pirkimo organizatorius VLK direktoriaus pavaduotojui 2011-06-02 pateikė paraišką inicijuoti pirkimą įsigyti 11 000 vnt. kortelių apklausos būdu. VLK direktoriaus pavaduotojas šį pirkimą pavedė atlikti VLK supaprastintų viešųjų pirkimų komisijai⁷⁸. Supaprastinto mažos vertės pirkimo, vykdyto apklausos būdu, pirkimo dokumentuose pateiktoje techninėje specifikacijoje (5.1, 5.2 p.) buvo pateikti naujo pavyzdžio kortelę atitinkantys aukštesni reikalavimai (dėl kortelės plastiko ir spalvų), kurių nereikėjo seno pavyzdžio kortelei gaminti ir nurodyta naujo pavyzdžio kortelės forma (2 p.). VLK šio pirkimo metu apsunkino tiekėjams galimybę tinkamai pateikti pasiūlymus, nes iš esmės pakeitė kortelės techninės specifikacijos duomenis:

Kortelių techninės specifikacijos duomenų keitimas

VLK dėl kortelių gamybos atlikto supaprastinto mažos vertės pirkimo, vykdomo apklausos būdu, techninės specifikacijos 5.1 punkte nurodė, kad kortelė turi būti pagaminta iš polikarbonato, daugiasluoksnio plastiko, 6 punkte buvo nurodyti reikalavimai reikalavimai kortelių spausdinimo medžiagoms. Pirkimo metu į VLK su pretenzija kreipėsi tiekėjas, kuris nurodė, kad reikalavimai kortelės plastikui yra techniškai nesuderinami su reikalavimais spausdinimo medžiagoms. VLK šios pretenzijos netenkino, tačiau 2011-06-13 pakeitė reikalavimus kortelės plastikui, taip, kad jie pagal tiekėjo pretenzijoje pateiktą informaciją taptų suderinami su reikalavimais kortelių spausdinimo medžiagoms. Pirkimą laimėjęs kitas tiekėjas, kuris kortelės VLK teikė ir pagal ankstesnę sutartį, pasiūlymą pateikė 2011-06-13, t.y. tą pačią dieną, kai gavo informaciją apie pakeistus reikalavimus kortelės plastikui.

Šį paskelbtą pirkimą 11 000 vnt. naujo pavyzdžio kortelėms pagaminti laimėjo ta pati anksčiau kortelės tiekusi privati spaustuvė, su kuria VLK 2011-07-04 sudarė sutartį Nr. 1SUT-127⁷⁹, numatyta vienos kortelės kainą – 4,9 Lt be PVM (5,93 Lt su PVM).

Tokiu būdu vykdant pirkimą buvo pažeistas Valstybinės ligonių kasos supaprastintų viešųjų pirkimų taisyklių⁸⁰ 107 punktą, kad apklausos būdu atliekami tik mažos vertės pirkimai ir

⁷⁷ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2008-09-23 įsakymu Nr. 1K-145 patvirtintos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos supaprastintų viešųjų pirkimų taisyklės, 25 p.

⁷⁸ Valstybinės ligonių kasos supaprastintų viešųjų pirkimų planavimo ir organizavimo tvarkos aprašo 4 priedas, paraiška-užduotis dėl supaprastinto viešojo pirkimo atlikimo, 2011-06-02 teikta Valstybinės ligonių kasos direktoriaus pavaduotojui. Patenkinta 2011-06-03 pavaduotojo parašu.

⁷⁹ Europos sveikatos draudimo plastikinių kortelių ir Europos sveikatos draudimo plastikinės kortelės spausdinimo medžiagų pirkimo–pardavimo sutartis 2011-07-04 Nr. 1SUT-127.

⁸⁰ Patvirtintos Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2008-09-23 įsakymu Nr. 1K-145.

Viešųjų pirkimų įstatymo 2 straipsnio 15 dalies 2 punktą, kad viešasis pirkimas pripažįstamas kaip mažos vertės, kai perkamos panašios prekės, paslaugos dėl to paties objekto yra suskirstyti į atskiras dalis, kurių kiekvienai numatoma sudaryti atskirą pirkimo sutartį (sutartis), jeigu bendra šių sutarčių vertė yra ne didesnė kaip 10 procentų prekių ar paslaugų supaprastintų pirkimų to paties tipo sutarčių vertės ir mažesnė kaip 100 tūkst. Lt (be PVM), nes minėtas pirkimo objektas „ESDK plastikinių kortelių ruošiniai ir ESDK reikalingos medžiagos“ nesuskirstytas į pirkimo objekto dalis. Todėl, manome, kad 10 procentų pirkimo objekte nurodytų prekių kiekio pirkimas negali būti pripažįstamas mažos vertės pirkimu ir negali būti vykdomas apklausos būdu.

VLK darbuotoja 2011-06-02 paraiška VLK direktoriaus pavaduotojui pranešė apie poreikį supaprastinto atviro konkurso būdu pirkti naujo pavyzdžio korteles, į kurias įtraukti naujo pavyzdžio kortelę atitinkantys aukštesni reikalavimai (dėl kortelės plastiko ir spalvų), VLK direktoriaus pavaduotojas tos pačios dienos rezoliucijomis nukreipė šį pirkimą vykdyti VLK supaprastintų viešųjų pirkimų komisijai. Ji 2011-06-03 protokolu Nr. SP-52 patvirtino Supaprastinto atviro konkurso sąlygas, kurias 2011-06-17 paskelbė Valstybės žiniuose⁸¹. Šių konkurso sąlygų⁸² techninės specifikacijos 2 ir 5 punktuose pateikti su VDTAT suderinti naujo pavyzdžio kortelės gamybos technologiniai reikalavimai dėl kortelės formos, plastiko ir spalvų. Pirkimą naujo pavyzdžio kortelėms gaminti laimėjo vienintelis dalyvavęs tiekėjas ta pati iki tol korteles tiekusi privati spaustuvė, su kuriuo VLK 2011-07-15 pasirašė dar vieną sutartį Nr. 1SUT-154⁸³, kuria tiekėjas įsipareigojo pagaminti 87 959 vnt. kortelių už 4,9 Lt/vnt. be PVM (5,93 Lt su PVM).

Sudarydama abi sutartis (2011-07-04 ir 2011-07-15) su minėtu tiekėju, VLK pakeitė pirkimo sąlygos numatytus reikalavimus, taikomus naujo pavyzdžio kortelėms. Tokiu būdu VLK pažeidė Viešųjų pirkimų įstatymo 18 straipsnio 3 dalį, nes pirkimo sutartį sudarė ne tokioms prekėms, kurias nurodė pirkimo dokumentuose. Iš abiejų sutarčių 11 ir 28.2 punktų nuorodų į seno pavyzdžio kortelės duomenis ir jos priede pateiktą technologinės apsaugos priemonių sąrašą, kuriame nenurodyti naujo pavyzdžio kortelę atitinkantys aukštesni reikalavimai (dėl kortelės plastiko ir spalvų), matyti, kad VLK užsakė, o tiekėjas įsipareigojo pagaminti seno pavyzdžio korteles, kurios neatitiko pirkimo dokumentuose pateiktose techninėse specifikacijose nurodytų naujo pavyzdžio kortelei VDTAT nustatytų reikalavimų dėl kortelės plastiko ir spalvų.

⁸¹ „Informaciniai pranešimai“, 2011-06-17 Nr. 48(1), pirkimo Nr. 106957, pirkimo CVP IS priemonėmis Nr. 49615.

⁸² Valstybinės ligonių kasos supaprastintų viešųjų pirkimų komisijos 2011-06-03 protokolu Nr. SP-52 patvirtintos Supaprastinto atviro konkurso sąlygos Europos sveikatos draudimo plastikinės kortelės ruošinių ir Europos sveikatos draudimo plastikinės kortelės spausdinimo medžiagų pirkimui.

⁸³ Europos sveikatos draudimo plastikinių kortelių ir Europos sveikatos draudimo plastikinės kortelės spausdinimo medžiagų pirkimo–pardavimo sutartis Nr. 1SUT-154, pasirašyta 2011-07-15 tarp VLK ir privačios spaustuvės.

Pastaba

Pažymėtina, kad VLK naujo pavyzdžio kortelės su atitinkamais VDTAT nustatytais reikalavimais iš tiekėjo pagal 2011-07-04 sutartį ir 2011-07-15 negalėjo užsakyti dėl Saugiujų dokumentų ir saugiujų dokumentų blankų gamybos įstatymo reikalavimų (12 straipsnis).

VLK, vadovaudamasi Saugiujų dokumentų ir saugiujų dokumentų blankų gamybos įstatymo ir VDTAT patvirtintų taisyklių⁸⁴ reikalavimais, po minėto objekto įregistravimo saugiujų dokumentų blankų registre privalėjo iš VDTAT gauti ir kartu suderinti privalomas technologinės apsaugos priemones, eskizą. Tik tuomet atsiranda galimybė vykdyti naujos kortelės viešąjį pirkimą, nes su VDTAT nesuderinus eskizo perkančioji organizacija neturėtų tikslios, aiškios informacijos apie pirkimo objektą, t. y. negalėtų užtikrinti, kad pirkimo dokumentuose informacija apie pirkimo objektą būtų tiksli ir aiški, kad tiekėjas galėtų pateikti pasiūlymą.

VLK naujo pavyzdžio kortelės gamybai reikalingą eskizą su VDTAT suderino tik 2012-04-27, t. y. tik po to, kai pirkimą laimėjęs tiekėjas įvykdė 2011-07-15 sutartį.

Tai, kad pirkimą laimėjęs tiekėjas abiejų sutarčių vykdymo metu VLK tiekė seno pavyzdžio kortelės, įrodo ir VDTAT adresuotas VLK raštas dėl kortelės metrikos pakeitimo⁸⁵, kuriame ji informuoja, kad vykdydama sutartį 2011 m. gamins ir tieks seno tipo kortelės (atpažinties Nr. 00353-A1). Be to, audito metu įvertinus faktiškai pagal sutartį pagamintos kortelės pavyzdį įsitikinta, kad ruošinio blankas atitinka senąją kortelę. Dėl šių aplinkybių galima teigti, kad pirmojo pirkimo – supaprastinto atviro konkurso procedūras⁸⁶, kur laimėtoju turėjo būti paskelbta mažesnę seno pavyzdžio kortelių pagaminimo kainą siūlusi bendrovė, VLK nutraukė nepagrįstai, nes iš kito tiekėjo vėliau už didesnę kainą pirko tokias pačias seno pavyzdžio kortelės. Pažymėtina, kad vykdant abi sutartis pagamintų ir išduotų kortelių, kurių kiekis atitiko apytiksliai vienerių metų laikotarpio poreikį, antrosios pusės atvaizdo forma neatitiko įsakymu⁸⁷ patvirtintos naujos formos. Dėl tokio neatitikimo kyla abejonių dėl šių pirkimo metu pagamintų ir išduotų kortelių galiojimo.

VLK nutraukė supaprastinto atviro konkurso būdu vykdyto „ESDK plastikinių kortelių ruošiniai ir ESDK reikalingos medžiagos“ pirkimo procedūras, vėliau paskelbė pirkimus naujo pavyzdžio kortelėms įsigyti ir su laimėtoju sudarė sutartis seno pavyzdžio kortelėms gaminti, taigi pažeidė Viešųjų pirkimų įstatymo⁸⁸ 3 straipsnio 1 dalyje nurodytus skaidrumo, lygiateisiškumo ir nediskriminavimo principus, 3 straipsnio 2 dalį, kad pirkimo tikslas – vadovaujantis šio įstatymo reikalavimais sudaryti pirkimo sutartį, leidžiančią įsigyti perkančiajai organizacijai reikalingų paslaugų, racionaliai naudojant tam skirtas lėšas.

Pastaba

Mažos vertės pirkimą laimėjęs tiekėjas pagal 2011-07-04 sutartį su VLK iš viso pagamino 8 795 vnt. seno pavyzdžio kortelių, už kurias VLK sumokėjo 43,1 tūkst. Lt (8 795×4,9) be PVM (52,1 tūkst. Lt su PVM).

Pagal 2011-07-15 sutartį Nr. 1SUT-154 su VLK tas pats tiekėjas pateikė visą sutarties 3.1 punkte numatytą 87 959 kortelių kiekį, už kurį VLK sumokėjo 431 tūkst. Lt be PVM ir 521,5 tūkst. Lt su PVM.

⁸⁴ Valstybės dokumentų technologinės apsaugos tarnybos prie Finansų ministerijos 2003-10-20 direktoriaus įsakymu Nr. 1-152 (2009-07-03 įsakymo Nr. 1-131 redakcija) patvirtintos Saugiujų dokumentų ir saugiujų dokumentų blankų privalomų ir papildomų technologinės apsaugos priemonių derinimo ir tvirtinimo taisyklės.

⁸⁵ Valstybinės ligonių kasos 2011-06-17 raštas Nr. 4K-27-5082 „Prašymas pakeisti metriką“ ir Valstybinės ligonių kasos 2011-07-07 raštas Nr. 4K-272-5608.

⁸⁶ Pirkimas Nr. 105273.

⁸⁷ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-05-06 įsakymas Nr. 1K-78.

⁸⁸ LR viešųjų pirkimų įstatymas, 1996-08-13 Nr. I-1491 (2005-12-22 Nr. X-471 redakcija).

Jei šias seno pavyzdžio korteles būtų gaminusi supaprastintame atviraime konkurse dėl tokių pačių kortelių mažiausią kainą pasiūlusi bendrovė, tai VLK už 96 754 vnt. kortelių gamybą būtų sumokėjusi 208,3 tūkst. Lt (su PVM). Iš viso vykdant abi sutartis VLK už seno pavyzdžio kortelių gamybą sumokėjo 365,3 tūkst. Lt (su PVM) daugiau, todėl PSDF biudžetui galėjo būti padaryta 365,3 tūkst. Lt žala.

2.2.3. Tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo reglamentavimas VLK

VLK patvirtintų automobilių naudojimo taisyklių nuostatos, leidžiančios tarnybinius lengvuosius automobilius laikyti prie savo gyvenamosios vietos, ir tai, kad nenustatyta nuolatinė tarnybinių automobilių laikymo vieta, gali sudaryti sąlygas VLK darbuotojams tarnybinius automobilius naudoti ne tik tarnybos reikmėms, o tokiu būdu PSDF biudžeto lėšos tarnybiniams automobiliams išlaikyti būtų naudojamos neracionaliai ir ne pagal paskirtį. Be to, minėtos taisyklių nuostatos prieštarauja Pavyzdinių tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo biudžetinėse įstaigose taisyklių 4 punktui ir Vyriausybės nutarimo „Dėl tarnybinių lengvųjų automobilių biudžetinėse įstaigose“ 1.10 punktui, kad tarnybiniai automobiliai gali būti naudojami tik tarnybos reikmėms.

VLK priklausančių tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimas ir naudojimo kontrolė, saugojimas, ridos ir degalų apskaita, techninė priežiūra bei remontas reglamentuotas VLK tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklėse⁸⁹. Šių taisyklių 12 punkte numatyta, kad „tarnybiniai automobiliai saugomi prie vairuojančiųjų asmenų gyvenamųjų vietų esančiuose garažuose ir kitose automobilių statymui skirtose vietose, vadovaujantis Kelių eismo taisyklių⁹⁰ 152 punktu. Ši nuostata taikoma ir saugant tarnybinius automobilius po darbo, valstybinių švenčių ir poilsio dienomis“.

Nuostata, kad tarnybinis automobilis saugomas automobilių statymui skirtose vietose, neatitinka Pavyzdinių tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių⁹¹ 13 punkto, kad tarnybiniai lengvieji automobiliai turi būti laikomi saugomoje aikštelėje arba kitoje saugioje vietoje (saugomoje teritorijoje, garaže ir panašiai).

Pastebėtina, kad nurodytas Kelių eismo taisyklių punktas numato, kad vairuotojas gali pasitraukti iš savo vietos arba palikti transporto priemonę tik pasirūpinęs, kad ji savaime nepradėtų riedėti ir ja nepasinaudotų kiti asmenys.

VLK tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių 14 punkte numatyta, kad „vairuojančiam asmeniui paskirtu tarnybiniu automobiliu jo atostogų, ligos ar komandiruočių laikotarpiu gali naudotis kiti / kitas VLK darbuotojai (-as), kurie automobilio saugojimą užtikrina vadovaujantis VLK tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių 12 punktu.“

⁸⁹ Patvirtinta Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2009-09-14 įsakymu Nr. 1K-158.

⁹⁰ Patvirtinta LR Vyriausybės 2002-12-11 nutarimu Nr. 1950.

⁹¹ Patvirtinta LR Vyriausybės 2009-05-27 nutarimu Nr. 543.

Taigi kiekvienas VLK darbuotojas gavęs leidimą naudotis tarnybiniu lengvuju automobiliu gali laikyti šį automobilį prie savo gyvenamosios vietos. Šios punkto nuostatos neatitinka Pavyzdinių tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių 14 punkto, kad tarnybiniai lengvieji automobiliai po darbo, poilsio, švenčių dienomis, darbuotojų atostogų, ligos ar komandiruočių laikotarpiu laikomi įstaigos vadovo nustatytoje nuolatinėje laikymo vietoje.

Pastaba

Pastebėtina, kad VLK direktorius įsakymu nėra nustatęs nuolatinės tarnybinių lengvųjų automobilių laikymo vietos, nors VLK tarnybiniai lengvieji automobiliai gali būti statomi Vilniaus m. savivaldybės administracijos požeminiame garaže, kurioje yra rezervuotos vietos VLK transportui.

Manome, kad VLK taisyklių punktai dėl automobilių saugojimo ir tai, kad nenustatyta nuolatinė tarnybinių automobilių laikymo vieta, gali sudaryti sąlygas tarnybinius automobilius naudoti ne tik tarnybos reikmėms, o tokiu būdu PSDF biudžeto lėšos tarnybiniams automobiliams išlaikyti būtų naudojamos neracionaliai ir ne pagal paskirtį.

Dėl minėtų dalykų VLK direktoriaus patvirtintos VLK tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklės neatitinka Pavyzdinių tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių⁹² 4 punkto, kad tarnybinius lengvuosius automobilius bet kuriuo paros metu, taip pat poilsio ir švenčių dienomis gali naudoti darbuotojai tik tarnybos reikmėms, išskyrus Vyriausybės 1998 m. lapkričio 17 d. nutarimo Nr. 1341 „Dėl tarnybinių lengvųjų automobilių biudžetinėse įstaigose“ 1.10 punkte nurodytus atvejus. Minėtame punkte nurodyta, kad biudžetinių įstaigų vadovai turi užtikrinti racionalų lėšų tarnybiniams lengviesiems automobiliams išlaikyti naudojimą ir tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimą tik tarnybos reikmėms išskyrus 1.10¹ punkte numatytus atvejus⁹³. VLK tarnybinių automobilių naudojimui išimtis, leidžiančios VLK darbuotojams nuvykti į darbą ir grįžti iš jo tarnybiniu automobiliu ar kitaip naudoti tarnybinių automobilių ne tik tarnybos reikmėms, nėra taikomos.

Pastaba

Pastebėtina, kad po audito rezultatų pristatymo žodžiu, VLK direktorius 2012 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 1K-149 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2009 m. rugsėjo 14 d. įsakymo Nr. 1K-58 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo“ patvirtino nuostatą, kad VLK tarnybiniai automobiliai yra saugomi požeminiame garaže ir patikslino taisyklių 12 punktą.

2.2.4. Išlaidos sveikatos programų vykdymui

2011 metais iš PSDF biudžeto 06 išlaidų straipsnio sveikatos programoms finansuoti išleista 169 197,7 tūkst. Lt (32 675 tūkst. Lt, arba 16,2 proc. mažiau, nei planuota), o tai sudaro 3,5 proc. viso PSDF biudžeto. Buvo vykdoma 19 programų ir išlaidų rūšių.

⁹² Patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009-05-27 nutarimu Nr. 543 (2009-09-09 Nr. 1140 redakcija).

⁹³ Vyriausybės nariai, Ministro Pirmininko kancleris, Lietuvos kariuomenės, Konstitucinio Teismo, Lietuvos Aukščiausiojo Teismo, Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo, Lietuvos apeliacinio teismo, apygardų teismų, Generalinės prokuratūros, Valstybės saugumo departamento, Specialiųjų tyrimų tarnybos, diplomatinė atstovybių vadovai turi teisę naudotis tarnybiniiais lengvaisiais automobiliais su vairuotojais ar be vairuotojų ir kitais su jų veiklos ypatumais susijusiais atvejais, kai būtina užtikrinti jų pareigų vykdymą arba asmens saugumą, įskaitant nuvykimą į darbą ir grįžimą iš jo, taip pat ministrų vykimą į susitikimus su gyventojais ir į kitus renginius. Vyriausybės įstaigų, įstaigų prie ministerijų ir kitų biudžetinių įstaigų, išskyrus nurodytą 6 punkte, vadovų teisę naudotis tarnybiniiais lengvaisiais automobiliais ir naudojimosi jais tvarką, įskaitant nuvykimą į darbą ir grįžimą iš jo, įstaigų vadovams nustato atitinkamos valdymo srities ministras.

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos sveikatos programos

Apmokamos per TLK:

- keturios onkologinių ligų prevencijos programos⁹⁴;
- programa, skirta asmenims, kuriems yra rizika susirgti širdies ligomis⁹⁵;
- lėšos skirtos dantų protezavimui ir vaikų krūminių dantų prevencinei programai⁹⁶;
- lėšos, skirtos ES Tarybos reglamentų įgyvendinimui (kai ASPĮ gydomi kitų ES šalių piliečiai)⁹⁷;
- dvi per savivaldybes vykdomos programos⁹⁸;
- lėšos, skirtos skubiai konsultacinei pagalbai⁹⁹ ir organų transplantacijai¹⁰⁰;
- priklausomybių ligų programa (vykdoma per priklausomybių ligų centrus);

Apmokamos per VLK:

- ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės programa¹⁰¹;
- lėšos, skirtos kraujo donorystei¹⁰²;
- lėšos, skirtos sveikatos sistemos pertvarkai¹⁰³;
- trys programos, pagal kurias įstaigos aprūpintos medikamentais (vakcinomis, krešėjimo faktoriais)¹⁰⁴;
- lėšos, skirtos ES Tarybos reglamentų įgyvendinimui¹⁰⁵ (kai apmokamos Lietuvos piliečių gydymo užsienyje išlaidos).

Prevencinės ir profilaktinės programos (vėžio prevencijos, dantų protezavimas, širdies ligų rizikos programa, vaikų dantų dengimo silantais programa) apmokamos pagal atliktus tyrimus ir suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, ASPĮ teikiant sąskaitas faktūras apmokėjimui. Kitų programų vykdymas ir išlaidų apmokėjimas skiriasi priklausomai nuo programos.

Vertindami pasirinktų sveikatos programų vykdymą ir apmokėjimą nustatėme, kad VLK ir TLK vykdomos kontrolės priemonės sveikatos programų srityje nepakankamos, nes nustatyti pažeidimai įgyvendinant šių programų priemones ir teikiant jas apmokėjimui.

2.2.4.1 Išlaidos Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai

Vilniaus TLK neužtikrino tinkamo Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai skirtų lėšų panaudojimo:

- jos lėšomis finansuotas projektas dubliavo kitos iš PSDF finansuojamos prevencinės programos tikslus ir priemones, todėl tas pačias paslaugas apmokėjus iš dviejų PSDF finansuojamų programų, projekto vykdytojos VŠĮ Karoliniškių poliklinikos teiktos paslaugos (mamografinė patikra) buvo 2 kartus brangesnės už kitų įstaigų teikiamas tas pačias paslaugas;

⁹⁴ Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF lėšų, finansavimo programa, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.

⁹⁵ Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa.

⁹⁶ Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa.

⁹⁷ ES Tarybos reglamentams įgyvendinti už ES piliečių gydymą Lietuvos ASPĮ ir už Lietuvos piliečių gydymą kitose ES šalyse.

⁹⁸ Sveikatos priežiūrai mokyklose finansuoti ir Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialioji programa.

⁹⁹ Skubiai konsultacinei sveikatos priežiūrai pagalbai.

¹⁰⁰ Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programa.

¹⁰¹ Valstybinės ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo priemonėms finansuoti.

¹⁰² Kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti.

¹⁰³ Stabilizavimo fondas (sveikatos sistemos pertvarka).

¹⁰⁴ Nacionalinė imunoprofilaktikos programa, ASPĮ aprūpinti antirezus imunoglobulinais ir krešėjimo faktoriais, skirtais stacionariniam gydymui, Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo priemonėms finansuoti.

¹⁰⁵ ES Tarybos reglamentams įgyvendinti už ES piliečių gydymą Lietuvos ASPĮ ir už Lietuvos piliečių gydymą kitose ES šalyse.

– nustatyti pažeidimai vykdant minėtą projektą: projekto vykdytojas PSDF biudžeto lėšas panaudojo, nesilaikydamas Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatų, pirkė 5 k. brangesnes paslaugas nei moka kitos gydymo įstaigos ir, panaudojęs visas skirtas lėšas, įvykdė tik 58 proc. sutartų projekto vykdymo kriterijų (suteiktų paslaugų skaičiaus).

Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos lėšos naudojamos visuomenės sveikatos programoms finansuoti ir remti¹⁰⁶. Vadovaujantis programos aprašu¹⁰⁷ ir kitais teisės aktais¹⁰⁸, reglamentuojančiais visuomenės sveikatos rėmimą savivaldybėse, TLK biudžeto lėšas paskirsto savivaldybėms pagal jų gyventojų skaičių ir raštu informuoja savivaldybes apie numatomas joms skirti lėšas. Gavusi informaciją, savivaldybė parengia bendrąjį sąmatos projektą ir jį teikia TLK kartu su priemonių planu. TLK patikrina, ar planuojamos programos lėšos neviršija planuojamų savivaldybei skirti PSDF biudžeto lėšų. Nenustačius neatitikimų pasirašoma programos finansavimo sutartis, pagal kurią teikiama finansavimo paraiška TLK¹⁰⁹. Programos pajamos ir išlaidos planuojamos savivaldybės tarybų nustatyta tvarka. Sudarydamos sutartis dėl lėšų paskirstymo pagal programas, ligonių kasos nedalyvauja iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamų programų atrankoje.

Vilniaus miesto savivaldybė, įvykdžiusi Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos projektų atranką, 50 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų skyrė VšĮ Karoliniškių poliklinikos projektui „Krūties vėžio prevencija Vilniaus mieste“ vykdyti. Ši ASPĮ audituojamu laikotarpiu vykdė ir prevencinę Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programą, pagal kurią iš PSDF lėšų apmokamos suteiktos paslaugos pagal pateiktas sąskaitas.

Pastaba dėl vykdyto projekto ir Atrankinės mamografinės patikros programos tikslų

Laimėto projekto „Krūties vėžio prevencija Vilniaus mieste“ tikslas¹¹⁰ – sumažinti Vilniaus miesto moterų mirtingumą nuo krūties piktybinių navikų. Uždaviniai: išaiškinti, atrinkti moteris, galbūt sergančias krūties ligomis, ir siūsti jas konsultacijos pas specialistą, diagnozuoti krūties piktybinį naviką ankstyvojoje stadijoje. Poliklinika su Vilniaus TLK yra pasirašiusi sutartį dėl prevencinės programos „Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa“ vykdymo. Iki 2011 m. spalio mėn.¹¹¹ ši įstaiga, vykdydama programą, teikė tik informavimo apie krūties vėžį paslaugas, o pasirašius sutarties priedą nuo 2011 m. spalio 17 d. pradėtos teikti ir mamografinės patikros paslaugos.

Atrankinės mamografinės patikros finansavimo programos tikslas¹¹² – sumažinti Lietuvos moterų mirtingumą nuo krūties piktybinių navikų, pagrindiniai uždaviniai – išaiškinti, atrinkti moteris, galbūt sergančias krūties ligomis ir siūsti jas konsultacijos pas specialistą, diagnozuoti krūties piktybinį naviką ankstyvojoje stadijoje, skatinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų institucinį bendradarbiavimą krūties

¹⁰⁶ LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552 (su vėlesniais pakeitimais), 41 str. 1 d.

¹⁰⁷ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-08-01 įsakymas Nr. 1K-157 „Dėl savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos finansavimo ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹⁰⁸ LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552, 41 str., LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002-05-16 Nr. IX-886, 6 str.

¹⁰⁹ Sveikatos sistemos įstatymo 41 straipsnyje nustatyta, kad savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo spec. programos lėšos naudojamos visuomenės sveikatos programoms finansuoti ir remti. Nustatyti finansavimo šaltiniai: savivaldybės biudžetas, ne mažiau kaip 0,3 proc. PSDF biudžeto, atsižvelgiant į gyventojų skaičių, 20 proc. savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo spec. programos lėšų, savanoriškos įmokos, kitos teisėtose lėšos.

¹¹⁰ Tikslai apibrėžiami Visuomenės sveikatos programos paraiškoje (visuomenės sveikatos programų, finansuojamų Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšomis, atrankos ir vertinimo tvarkos aprašo 2 priedas) ir Krūties vėžio prevencija Vilniaus mieste 2011 metų veiklos ataskaitoje, teiktoje Vilniaus miesto savivaldybei.

¹¹¹ Sutarties dėl mamogramų atlikimo ir vertinimo paslaugų su Vilniaus TLK pasirašyta 2011-10-17 (priedas Nr. 2a-ASPP, patikslinimas Nr. 2 prie sutarties Nr. 26-11).

¹¹² LR sveikatos apsaugos ministro 2005-09-23 įsakymu Nr. V-729 patvirtinta Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa (2010-11-18 Nr. V-1000 redakcija).

piktybinių navikų prevencijos srityje. Priemonės, kuriomis vykdoma programa – informavimas apie krūties vėžį, mamogramų atlikimas ir įvertinimas. Priemonės yra apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų.

Atrankinės mamografinės patikros finansavimo programos ir projekto „Krūties vėžio prevencija Vilniaus mieste“ vykdymo tikslai tokie patys, teikiamos tos pačios paslaugos. Laimėjusi projektui finansavimą iš savivaldybės ir gavusi lėšų šiam tikslui iš PSDF¹¹³, VŠĮ Karoliniškių poliklinika pagal panaudos sutartį gautu mobiliuoju mamografu pradėjo teikti mamografinės patikros paslaugas.

Valstybės kontrolė atliko auditą Vilniaus miesto savivaldybėje ir nustatė¹¹⁴, kad VŠĮ Karoliniškių poliklinika PSDF biudžeto lėšas panaudojo nesilaikydama Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatų, netaikydama viešojo pirkimo procedūrų nusipirko 5 kartus brangesnes paslaugas, nei moka kitos gydymo įstaigos ir, panaudojusi visas projektui skirtas lėšas, įvykdė tik 58 proc. sutartų projekto vykdymo kriterijų – numatytų suteikti mamografijos paslaugų (detaliai apie įstaigos pažeidimus pateikiama 4 priede).

Per 2011 m. rugsėjo–gruodžio mėn. laikotarpį, kada buvo vykdomas laimėtas projektas, Vilniaus TLK pagal pateiktas sąskaitas VŠĮ Karoliniškių poliklinikai apmokėjo 864 mamografinės patikros paslaugas. Vykdamas ir prevencinę programą ir laimėtą projektą, mamografijos paslaugų teikimas VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje buvo finansuotas iš dviejų PSDF programų lėšų.

Mamografijos paslaugos įkainio padidėjimas dėl dvigubo finansavimo iš PSDF

Mamogramų atlikimo ir vertinimo paslaugų kaina balais yra 59.

2011 m. rugsėjo–gruodžio mėn. VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje buvo atliktos 864 mamografijos (remiantis Vilniaus TLK teiktomis Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio paslaugų ataskaitomis už projekto vykdymo mėnesius), už šias paslaugas Vilniaus TLK sumokėjo 46 742,40 litų. Atsižvelgiant į balo vertę vidutiniškai šios paslaugos 1 pacientei kainavo 54,1 Lt.

Atsižvelgiant į tai, kad VŠĮ Karoliniškių poliklinika šių paslaugų apmokėjimui panaudojo dar 50 tūkst. Lt Vilniaus m. savivaldybės skirtų PSDF biudžeto lėšų projekto „Krūties vėžio prevencija Vilniaus mieste“ vykdymui, paslaugos kaina atitinkamai padidėjo ir tapo lygi 111,97 Lt ((46 742,40 Lt + 50 000 Lt)/ 864), t. y. 52,97 Lt daugiau negu paslaugų kaina balais ir 57,87 Lt daugiau negu Vilniaus TLK sumokėjo VŠĮ Karoliniškių poliklinikai, atsižvelgiant į balo vertę.

Atsižvelgiant į Vilniaus TLK apmokėtas paslaugas ir iš Vilniaus savivaldybės gautą finansavimą PSDF biudžeto lėšomis iš Savivaldybių visuomenės rėmimo programos specialiosios programos toms pačioms priemonėms apmokėti, nustatyta, kad VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje teiktos mamografinės patikros paslaugos kaina padidėjo 89 proc. (pagal TLK kainą balais) arba 107 proc. (pagal Vilniaus TLK apmokėtas sąskaitas, atsižvelgiant į balo vertę), t.y. 2 k. brangiau nei šių paslaugų atlikimas būtų kainavęs kitoje gydymo įstaigoje, teikiančioje mamografijos paslaugas.

2.2.4.2 Išlaidos vėžio, širdies ligų ir vaikų dantų prevencinėms programoms

Nebuvo galimybės gauti tinkamų ir pakankamų įrodymų, kad prevencinių programų lėšomis finansuojamos paslaugos, teiktos TLK apmokėjimui, tikrai buvo suteiktos, o

¹¹³ Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų naudojimo sutartis, 2011-9-01 Nr. A72-1587(3.1.36-SR).

¹¹⁴ Valstybės kontrolės valstybinio audito 2012-05-28 ataskaita Nr. FA-P-34-2-22 „Dėl Vilniaus miesto savivaldybėje atlikto finansinio (teisėtumo) audito rezultatų“, pasiekiamas Valstybės kontrolės internetiniame tinklalapyje www.vkontrolė.lt.

PSDF biudžeto lėšos šioms paslaugoms apmokėti panaudotos teisėtai – nustatėme atvejų, kai buvo apmokėtos:

- paslaugos, apie kurių suteikimą nėra duomenų medicininėje dokumentacijoje;
- paslaugos, kurios negalėjo būti apmokamos prevencinės programos lėšomis;
- paslaugos, teiktos apmokėjimui, ASPĮ neįvykdžius visų SAM įsakymais nustatytų joms privalomų reikalavimų;
- dantų silantavimo paslaugos suteiktos kelių apsilankymų metu, nepagrindus tokio jų teikimo būtinumo medicininėje dokumentacijoje, taip pat pateikiant apmokėti jas pagal didesnę įkainį.

TLK neužtikrino pakankamos prevencinių programų įgyvendinimo kontrolės – prevencinių programų vykdyme nustatyti pažeidimai sudarė reikšmingą imties dalį (62,5 proc. visų tikrintų atvejų).

Audito metu pasirinktose ASPĮ vertinome šešių prevencinių programų, kurių įgyvendinimo priemonės – tyrimai ir specialistų konsultacijos, vykdymą:

– keturias onkologinių ligų prevencines programas (Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa¹¹⁵; Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa¹¹⁶; Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa¹¹⁷; Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa¹¹⁸);

– Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą¹¹⁹;

– Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programą¹²⁰.

Joms įgyvendinti 2011 m. panaudota 28 455 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų ir 519 tūkst. Lt PSDF biudžeto rezervo lėšų, iš viso 28 974 tūkst. Lt.

Programos vykdomos keliomis priemonėmis: informavimo paslauga, tyrimų atlikimas ir įvertinimas, tolimesni veiksmai, atsižvelgiant į tyrimų rezultatus. Informavimas apima patvirtintos formos informacinio lapelio įteikimą pacientui pasirašytinai (apie tai padaromas įrašas medicininėje dokumentacijoje¹²¹). Vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, reglamentuojančiais

¹¹⁵ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2004-06-30 įsakymu Nr. V-482 (2011-07-20 Nr. V-704 redakcija)

¹¹⁶ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2005-09-23 įsakymu Nr. V-729 (2010-11-18 Nr. V-1000 redakcija).

¹¹⁷ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2009-06-23 įsakymu Nr. V-508 (2011-05-20 Nr. V-510 redakcija)

¹¹⁸ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2005-12-14 įsakymu Nr. V-973 (2010-07-28 Nr. 673 redakcija).

¹¹⁹ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2005-11-25 įsakymu Nr. V-913 (2011-06-08 Nr. V-593 redakcija)

¹²⁰ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2005-09-16 įsakymu Nr. V-713 (2008-06-28 Nr. V-635 redakcija)

¹²¹ Medicininė dokumentacija: asmens sveikatos istorija (apskaitos forma 025/a), odontologo įrašai (apskaitos forma 025-043/a), vaiko sveikatos raidos istorija (025-112/a). Jos patvirtintos LR sveikatos apsaugos ministro 1999-11-29 įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“.

minėtas programas, nustatyti reikalavimai, kad paslaugos gali būti teikiamos apmokėjimui ir apmokamos tik tinkamai įvykdžius visus ministro įsakymu patvirtintos programos aprašo reikalavimus.

Nustatėme paslaugų dokumentavimo trūkumų, dėl kurių negalėjome patvirtinti, kad visos apmokėtos paslaugos iš tiesų buvo suteiktos pacientams – negalėjome patvirtinti apmokėtų paslaugų suteikimo tikrumo. Atkreipiame dėmesį, kad audito procedūros buvo atliktos ne 100 proc., o taikant atrankos metodus, todėl ne visi galimi pažeidimų atvejais buvo nustatyti. Peržiūrėję 765 Asmens sveikatos istorijas dėl prevencinių programų vykdymo, apytiksliai 62,5 proc. visų tikrintų atvejų nustatėme bent vieną įsakymu patvirtintos programos priemonių vykdymo pažeidimą. Visose ASPĮ nustatėme analogiškus programų vykdymo trūkumus, skyrėsi tik jų mastai atskirose įstaigose.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos nuostatos, reglamentuojančios informavimo paslaugos suteikimą, prieštarauja viena kitai.

Informavimo paslaugos reglamentavimas, vykdamas Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programą

8 punkte apibrėžta, kas sudaro informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografijos paslaugą (kodas 1959):

- įsakymu patvirtintos formos informacinio pranešimo įteikimas pasirašytinai (8.1 p.);
- pokalbis su moterimis apie krūties piktybinių navikų profilaktikos priemones <...> (8.2 p.);
- moterų siuntimas atlikti mamografinį tyrimą (8.3 p.);
- mamografijos rezultatų įvertinimą ir moterų, kurių mamografinio tyrimo rezultatas patologinis, siuntimą konsultuotis pas specialistą – diagnozei patikslinti ir gydyti (8.4 p.).

Pastebėtina, kad atskiri paslaugų kodai šioms dalims nėra suteikti.

Minėtos programos 10 p. nurodo, kad informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografiją paslauga (8.1 ir 8.2 p.), apmokama šios programos nustatyta tvarka, teikiama ne dažniau kaip vieną kartą per metus, kol moteriai bus suteikta mamogramų vertinimo paslauga. Suteikus mamogramų vertinimo paslaugą informavimo paslauga teikiama po dviejų metų.

Manome, kad tokia nuostata prieštarauja šios programos 25.1 p., pagal kurį informavimo paslauga gali būti pateikta apmokėjimui „tik tuo atveju, jei įvykdytos visos 8 punkte numatytos sąlygos, t.y. įvertinti atlikto mamografijos tyrimo rezultatai, o tais atvejais, kai tyrimo rezultatas patologinis, pacientė išsišusta konsultuotis pas specialistą“.

Vadovaujantis šiomis nuostatomis, informavimo paslauga negalėtų būti pateikta apmokėjimui anksčiau nei mamogramų vertinimo paslauga, o atlikus ne visus informavimo etapus (pvz., tik įvardytus 8.1 ir 8.2 p.), informavimo paslauga iš viso neturėtų būti apmokama.

Visose tikrintose asmens sveikatos priežiūros įstaigose nustatėme tam tikrų pažeidimų vykdamas ir teikiant TLK apmokėti Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos priemones:

- informaciniai pranešimai neužpildyti arba užpildyti su trūkumais (nėra užpildžiusio asmens ar paciento rekvizitų, lapelis nepasirašytas paciento ir pan.);
- apmokėjimui pateikiamos dvi informavimo paslaugos tam pačiam pacientui;
- nepildoma mamogramų įvertinimo protokolo pasinė dalis¹²², asmens sveikatos istorijoje įdedamas tik 1 protokolas su vieno gydytojo įvertinimu (nors įsakymu įtvirtinta¹²³, kad turi būti

¹²² LR sveikatos apsaugos ministro 2005-09-23 įsakymu Nr. V-729 (2010-11-18 Nr. V-1000 redakcija) patvirtinta Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, 14.2 p.

¹²³ Ten pat, 14.1 p.

užpildomi mamogramų vertinimo protokolai, su dviejų radiologų parašais, nepriklausomai vienas nuo kito). Esant vienam protokolui negalėjome įsitikinti, kad mamogramos įvertintos 2 specialistų radiologų nepriklausomai vienas nuo kito (VŠĮ Karoliniškių poliklinika, VŠĮ Kauno Dainavos poliklinika).

Pastaba dėl mamografijos paslaugų įvertinimo protokolų

Nustatėme atvejų, kai viename mamogramų įvertinimo protokole yra dviejų specialistų parašai, tai nesuteikia pakankamų ir pagrįstų įrodymų, kad šios mamogramos buvo įvertintos 2 radiologų nepriklausomai vienas nuo kito¹²⁴, kaip reikalaujama programos nuostatose (VŠĮ Antakalnio poliklinika).

Visose tikrintose įstaigose nustatėme, kad informavimo paslauga buvo pateikiama apmokėti TLK neįvykdžius visų programoje numatytų sąlygų.

ASPI vykdamas **Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis** programą, nustatyti šie dažniausi pažeidimai:

- odontologo įrašuose¹²⁵ nėra duomenų, įrodančių, kad suteikta tiek paslaugų, kiek buvo pateikta apmokėti TLK.
- dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugos suteiktos kelių apsilankymų metu, kai už tą patį silantais padengtų dantų skaičių apmokama brangiau, nors šios paslaugos galėjo būti suteiktos vieno apsilankymo metu, nes odontologo įrašuose duomenų, įrodančių būtinumą teikti minėtas paslaugas kelių apsilankymų metu, nėra. Tokiu būdu dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugos buvo teiktos nesivadovaujant ekonomiškumo principu.

Paaškinimas dėl dantų dengimo silantais apmokėjimo

Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugos apmokamos priklausomai nuo to, kiek dantų buvo dengta vieno apsilankymo metu. Kiekviena iš minėtų paslaugų yra apmokama pagal atitinkamą paslaugos kodą, kuris numatytas paslaugų klasifikatoriuje.

Pastebėtina, kad odontologo įrašuose nenurodoma, kodėl dantys, kuriuos buvo numatyta dengti silantais, dengiami ne vieno, o kelių apsilankymų metu.

Galima daryti prielaidą, kad dantų dengimo silantais paslaugą ne visais atvejais galima suteikti vieno apsilankymo metu dėl vaiko elgesio ypatybių ar kitokių priežasčių, tačiau odontologo įrašuose duomenų, įrodančių būtinumą teikti minėtas paslaugas kelių apsilankymo metu, nėra.

Pažymėtina, kad keturių dantų dengimas silantais vieno apsilankymo metu kainuoja 40,0 (bazinė kaina balais), o tų pačių dantų dengimas 4 apsilankymų metų kainuoja 79,6 (bazinė kaina balais), dviejų dantų dengimas vieno apsilankymo metu kainuoja 26,7 (bazinė kaina balais), o tų pačių dviejų dantų dengimas dviejų apsilankymų metu kainuoja 39,8 (bazinė kaina balais).

Storosios žarnos vėžio profilaktikos, Gimdos kaklelio vėžio ir Priešinės liaukos vėžio, Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinių programų priemonių įgyvendinime visose tikrintose ASPI nustatytas pagrindinis neatitikimas – nėra pakankamų ir tinkamų įrodymų apie informavimo paslaugos suteikimą pacientams, todėl negalėjome įsitikinti, kad informavimo paslauga suteikta.

Be to, nebuvo galimybės gauti tinkamų ir pakankamų įrodymų, kad atlikti visi pagal Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos priemones būtini kraujo tyrimai, ne visais atvejais sudaryta intensyvios paciento gyvensenos keitimo schema ir pirminės prevencijos priemonių

¹²⁴ Ten pat, 18.1 p.

¹²⁵ Asmens sveikatos kortelės a25 formose daromi gydytojo įrašai apie pacientui suteikiamas paslaugas.

planas, jei yra indikacijos (Šilutės PSPC, Karoliniškių ir Antakalnio poliklinikose). Dažnu atveju negavome įrodymų, kad pacientai, kuriems paslaugos teiktos pagal Storosios žarnos vėžio profilaktikos programą, buvo supažindinami su iFOBT testu, nes neradome tai patvirtinančių įrašų, kuriuos pacientas patvirtintu savo parašu, kaip reikalaujama Sveikatos apsaugos ministro įsakyme¹²⁶ (VŠĮ Kauno Dainavos, Karoliniškių, Antakalnio poliklinikose).

Tikrinant programas nustatėme atvejų, kai pacientas, kuriam susirgimas nustatytas ankstesniais periodais ir skiriamas nuolatinis gydymas, dalyvavo ir prevencinėje programoje dėl tos pačios patologijos. Jam buvo suteiktos paslaugos, apmokamos iš prevencinės programos, nors asmeniui jau buvo skirtos diagnostikos ir gydymo paslaugos pagal nustatytą diagnozę. Atskirai nevertinome asmenų sveikatos istorijų ir ankstesniais metais nustatytų diagnozių, todėl išlieka rizika, kad atlikus programų vykdymo kontrolės procedūras tokių atvejų bus nustatyta ir daugiau.

Preveninių programų taikymo priemonių pavyzdžiai, kai asmenims jau diagnozuotas susirgimas

VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje pacientei buvo taikytos Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos priemonės, nors prieš tai pacientei jau buvo nustatyta mastopatija kairėje krūtyje ir pacientei duotas siuntimas į Vilniaus universiteto Onkologijos institutą dėl diagnozės patikslinimo (mastopatiją diferencijuoti su karcinoma). Tokiu būdu, pacientei buvo taikytos programos priemonės, nors jau nustatyta krūčių patologija, tai prieštarauja pagrindiniams programos uždaviniams.

VŠĮ Antakalnio poliklinikoje vertinant Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos vykdymą nustatėme atvejį, kai Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketoje prie lydinčių lėtinių ligų pažymėta, kad pacientė serga kompensuotu cukriniu diabetu II tipo, pirmine arterine hipertenzija, hipertenzine kardiomiopatija, pacientė priklauso aukštos rizikos grupei. Programos vykdymo tvarkos 11 p. numato, kad prevencinių priemonių efekto ir bendrosios širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės pakartotinis vertinimas atliekamas po metų ir apmokamas kaip informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga, jeigu įvykdomos šios tvarkos 8 punkte numatytos sąlygos (pasirašytinai įteikiamas informacinis lapelis, vedamas pokalbis su pacientu, atliekami išsamūs kraujo tyrimai, EKG, bendrosios paciento širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimas pagal Europos kardiologų draugijos patvirtintą širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės skaičiavimo sistemą SCORE, teikiamas siuntimas išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, jei pacientui įtariamas ar yra nustatytas cukrinis diabetas arba nustatytas metabolinis sutrikimas). Nustatyta, kad pacientei po pakartotino informavimo (prevencinių priemonių efekto įvertinimo) ji buvo konsultuota dėl hiperlipidemijos, po 2010 metais suteiktos informavimo paslaugos, pacientė 5 kartus buvo konsultuota dėl cukrinio diabeto. Kadangi pacientės sveikatos būklė buvo stebima visus metus, nustatyta patologija buvo gydoma, atsižvelgiant į nustatytus sveikatos sutrikimus, auditorių nuomone, apmokėjimą už prevencinių priemonių efekto įvertinimą, būtų tikslinga atskirti nuo informavimo paslaugos, nes daugelis informavimo paslaugos priemonių buvo vykdytos metų eigoje, gydant pagrindinę patologiją.

Audito metu negalėjome patikrinti visų nesuteiktų paslaugų ar netinkamai suteiktų paslaugų apmokėjimo atvejų, tačiau nustatyti prevencinių programų vykdymo pažeidimai sudarė gana reikšmingą imties dalį¹²⁷. Todėl manome, kad TLK Kontrolės skyrių specialistai turėtų imtis priemonių, užtikrinančių pakankamas kontrolės procedūras vykdant prevencines programas ir nustatyti, kokia galima žala buvo padaryta PSDF biudžetui dėl neteisingo prevencinių programų priemonių įgyvendinimo ir nepakankamos šių paslaugų kontrolės.

¹²⁶ LR sveikatos apsaugos ministro 2009-06-23 įsakymu Nr. V-508 patvirtinta Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (2011-05-20 Nr. V-510 redakcija), 9.3 p.

¹²⁷ Vidutiniškai 62,5 proc. visų tikrintų atvejų.

Informacija dėl TLK Kontrolės skyrių veiklos, atliekant prevencinių programų tikrinimus

2011 metais Vilniaus TLK kontrolės skyrius atliko 23 tikrinimus dėl prevencinių programų vykdymo, Kauno – 37, Panevėžio – 5, Klaipėdos – 5 (Klaipėdos TLK kontrolės skyrius tikrino ASPĮ siekdamas įrodyti, kad įstaigos pagal netinkamai vykdė tam tikro amžiaus pacientų prevencines programas, t. y. jos turėjo vykdyti programas gerokai didesne apimtimi).

Pastebėtina, kad buvo nustatyta ir žalos atvejų, vykdančias prevencines programas.

2.2.4.3 Išlaidos ASPĮ aprūpinimo antirezus imunoglobulinais programai

VLK neužtikrino tinkamo lėšų naudojimo vykdančias ASPĮ aprūpinimo antirezus imunoglobulinais programą, nes neturėjo informacijos apie realų šio preparato poreikį ir turimus likučius ASPĮ:

- planuodama PSDF biudžetą ar sudarydama sutartis dėl antirezus imunoglobulino tiekimo, kuriose numatytas minimalus įsigyjamas vaisto keikis, nereikalavo ASPĮ pateikti šio vaisto poreikį atitinkamam metų ar 6 mėn. laikotarpiui;
- kai kurios ASPĮ neteikė ketvirtinių preparato sunaudojimo ataskaitų, o VLK šių ataskaitų nepareikalavo;
- ASPĮ, teikdamos VLK užsakymus antirezus imunoglobulinui, viršijo ministro įsakymu patvirtintą maksimalų jo kiekį (įstaigų turimi preparato likučiai viršijo nustatytą leistiną likutį);
- VLK pateikti netikslūs duomenys apie ASPĮ sunaudotą antirezus imunoglobuliną, nes kai kurios įstaigos jį nurašė ne faktiškai sunaudojus, o atidavus jį skyrių ar perdavus naudoti kitai ASPĮ.

Vykdančias ASPĮ aprūpinimo antirezus imunoglobulinais programą, VLK asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tiekia¹²⁸ antirezus (ANTI-D) imunoglobuliną, kuris skiriamas nėščiosioms, kai skiriasi motinos ir vaisiaus kraujo grupės, norint išvengti komplikacijų. VLK imunoglobulinu aprūpina 345 Lietuvos ASPĮ. Jis perkamas centralizuotai taikant viešuosius pirkimus. 2011 m. ASPĮ aprūpinimui imunoglobulinu, panaudota 966,9 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų.

ANTI-D imunoglobulino, apmokamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, skyrimo indikacijų ir atskaitomybės tvarka¹²⁹, įgyvendinant Motinos ir vaiko valstybinę programą¹³⁰, kuria siekiama mažinti nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sergamumą ir mirtingumą.

Antirezus imunoglobulinas nėščiosioms skiriamas ASPĮ, sudariusiose sutartis su TLK, kuriose prižiūrimos nėščiosios ir/ar teikiamos akušerijos ir ginekologijos sveikatos priežiūros paslaugos. Tais atvejais, kai nėščiajai sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos įstaigoje, nesudariusioje sutarties su TLK, antirezus imunoglobulinas skiriamas pirminės asmens sveikatos

¹²⁸ Preparatas tiekiamas toms ASPĮ, kurios pagal sudarytas sutartis su TLK teikia nėščiųjų priežiūros, akušerijos ir ginekologijos paslaugas. Atskiros sutartys su VLK dėl imunoglobulino nėra sudaromos, vaistas tiekiamas pagal ASPĮ poreikį.

¹²⁹ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-810 (su vėlesniais pakeitimais).

¹³⁰ Patvirtinta LR Vyriausybės 2004-06-16 nutarimu Nr. 754.

priežiūros įstaigoje, kurioje moteris prisirašiusi. Už preparato skyrimą atsakingas gydytojas, jis moteriai suleidžiamas toje sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje buvo paskirtas.

VLK, įvykdžiusi centralizuotą antirezus imunoglobulino pirkimą, su tiekėju sudaro sutartį (6 mėn.), kurioje numato minimalius ir maksimalius perkamo vaisto kiekius. Antirezus imunoglobulinas pas tiekėją užsakomas pagal atskirus gydymo įstaigų pateiktus prašymus¹³¹. Tiekėjas užsakytą kiekį preparatų pristato į gydymo įstaigą. Preparatai gydymo įstaigoms perduodami pasirašant priėmimo – perdavimo aktus, o sąskaitos – faktūros (kuriose nurodoma, kad mokėtojas yra VLK) su šio akto kopija pateikiamos apmokėjimui VLK.

VLK sudarydama sutartis su tiekėju 6 mėn. ir įsipareigodama nupirkti ne mažiau kaip 70 proc. sutartyje planuojamo maksimalaus prekės kiekio, neturi tikslių duomenų apie šio vaisto poreikį asmens sveikatos priežiūros įstaigose 6 mėnesių laikotarpiui. VLK nereikalavo ASPĮ pateikti imunoglobulino poreikį metų pradžioje, kada yra paskirstomas PSDF biudžetas, ar kas 6 mėn., VLK vykdamas imunoglobulino pirkimus, nurodant, kiek šio vaisto gali reikėti atitinkamam metų ar 6 mėn. laikotarpiui. O ASPĮ šio vaisto poreikį teikė VLK, tik užsakydamos konkrečius prekių kiekius einamajam laikotarpiui (pvz. 2–3 mėn.).

Pasirinktose skirtingo lygio ir skirtingų TLK veiklos zonų ASPĮ patikrinome antirezus imunoglobulino poreikio planavimą, panaudojimą, likučius ir atsiskaitymo VLK procesą, reglamentuotą ministro tvarkoje¹³². Planuodamos imunoglobulino poreikį ir nurodydamos jį VLK, ASPĮ pateikė informaciją apie šio preparato likučius, viršijančius ministro įsakymu patvirtintą¹³³ kiekį (ASPĮ gali turėti sukauptą antirezus imunoglobulino kiekį, neviršijantį vidutinio vieno mėnesio poreikio). Be to, nurodydamos antirezus imunoglobulino poreikį per visus metus, prašė VLK 2–11 mėn. vaisto poreikį atitinkančių kiekių, neatsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministro įsakymu reglamentuotą galimą sukaupti imunoglobulino kiekį, atitinkantį vieno mėn. poreikį.

ANTI-D imunoglobulino poreikio teikimo VLK pavyzdžiai skirtingose ASPĮ

Išanalizavus ASPĮ Valstybinei ligonių kasai teiktus užsakymus dėl antirezus imunoglobulino, sunaudojimo tendencijas ir nurašymo procesą, įvertinę iš praeitų metų likusį preparato kiekį ir preparato likutį 2011 metų pabaigoje nustatėme, kad:

VŠĮ Kauno Dainavos poliklinikoje 2011 m. vidutinis šio preparato mėnesio poreikis buvo 3,9 vieneto. 2011 m. į Valstybinę ligonių kasą dėl anti-D imunoglobulino („Rhesonative“) ši ASPĮ kreipėsi du kartus: 2011 m. vasario 28 d. prašydama 10 preparato vienetų, kita dalis imunoglobulino užsakyta į Valstybinės ligonių kasą kreipiantis telefonu (2011 m. lapkričio 23 d. Priėmimo perdavimo aktu gauta 15 vnt.). Dar 10 preparato vienetų gauta 2011 m. birželio 17 d. (toku būdu VLK iš dalies padengiant 2010 m. lapkričio 8 d. raštu teiktą 25 vnt. anti-D imunoglobulino poreikį). Tokiu būdu 2011 m. VŠĮ Kauno Dainavos poliklinikoje vidutiniškai buvo sukauptas 2-3 mėn. poreikį atitinkantis ANTI-D imunoglobulino kiekis.

VŠĮ Klaipėdos Respublikinėje ligoninėje 2011 m. vidutinis šio preparato mėnesio poreikis buvo 1,9 vieneto. 2011 m. į Valstybinę ligonių kasą dėl anti-D imunoglobulino („Rhesonative“) ši ASPĮ kreipėsi tris kartus: 2011 m. vasario 14 d. raštu prašydama 6 preparato vienetų, 2011 m. birželio mėn. telefonu ir 2011 m. spalio 25 d. raštu prašydama po 10 preparato vienetų. Tokiu būdu 2011 m. Klaipėdos Respublikinėje ligoninėje

¹³¹ Prašymus gydymo įstaigos teikia VLK Sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo skyriui.

¹³² LR sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-810 patvirtintas Anti-D imunoglobulino, apmokamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, skyrimo indikacijų ir atskaitomybės aprašas (su vėlesniais pakeitimais).

¹³³ Ten pat, 11 p.

vidutiniškai buvo sukauptas 3–5 mėn. poreikį atitinkantis anti-D imunoglobulino kiekis.

VŠĮ Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centre 2011 m. vidutinis šio preparato mėnesio poreikis buvo 0,4 vieneto. 2011 m. į Valstybinę ligonių kasą dėl anti-D imunoglobulino („Rhesonative“) ši ASPĮ kreipėsi vieną kartą 2011 m. gegužės 5 d. raštu prašydama 5 preparato vienetų. Tokiu būdu Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centre 2011 m. vidutiniškai buvo sukauptas 11 mėn. poreikį atitinkantis anti-D imunoglobulino kiekis.

VLK antirezus imunoglobuliną ASPĮ skyrė ir jis buvo pristatomas į įstaigas pagal ASPĮ teiktą poreikį, tačiau 2010 ir 2011 m. pabaigoje buvo sutrikęs šio preparato tiekimas, todėl ASPĮ buvo priverstos skolinti/skolintis preparatą vienos iš kitų. Atnaujinus tiekimą ir patenkinus visas iki tol teiktas paraiškas preparatui gauti, įstaigose susidarė dideli jo likučiai.

VLK, įsigydama antirezus imunoglobuliną ir skirdama šį vaistinį preparatą ASPĮ, neužtikrino tinkamo jo poreikio planavimo, nes nekontroliavo, kad įstaigos prašytų ne didesnio nei vieno mėnesio poreikį atitinkančio kiekio, be to, nepareikalavo ASPĮ pateikti ketvirtines preparato sunaudojimo ataskaitas¹³⁴ (kai kurios ASPĮ šių ataskaitų neteikė). Pastebėtina, kad kai kurios sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose antirezus imunoglobulino poreikis labai nedidelis (pvz.: VŠĮ Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centro – 0,4 vnt. mėnesiui, Šilutės pirminės sveikatos priežiūros centro – 0,5 vnt. mėnesiui), objektyviai negali vykdyti ministro įsakymu reglamentuoto maksimalaus sukaupto kiekio (vieno mėnesio poreikio), be to, tokio kiekio užsakymas iš tiekėjo būtų ekonomiškai nenaudingas PSDF biudžetui, nes pagal 2011 m. sudarytas imunoglobulino pirkimo sutartis¹³⁵ Valstybinė ligonių kasa įsipareigojo apmokėti tiekėjo pagrįstas pristatymo išlaidas (tačiau ne daugiau nei 30 Lt) tais atvejais, kai atskiro užsakymo ir / arba pristatomų prekių vertė mažesnė kaip 300 Lt (2011 m. antirezus imunoglobulino vieneto kaina buvo 138 Lt).

Nustatyta, kad kai kurios tikrintos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, tvarkydamos imunoglobulino apskaitą, šį preparatą nurašo atiduodamos jį naudoti į skyrių, o ne faktiškai sunaudojusios, be to, viena ASPĮ dalį imunoglobulino nurašė kaip sunaudotą, negrąžintinai perdavusi kitai ASPĮ, todėl VLK gali būti teikiami netikslūs (didesni) duomenys apie imunoglobulino sunaudojimą ir poreikį, neatsižvelgiant į faktinį preparato sunaudojimą ir realius jo likučius skyriuose.

3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo vidaus kontrolės vertinimas

Valstybinėje ligonių kasoje sukurta tinkama vidaus kontrolės aplinka ir kontrolės procedūros, užtikrinančios, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinių ataskaitų netikslumai ir reikšmingi iškraipymai būtų laiku identifikuoti ir ištaisyti.

¹³⁴ 5 iš 8 tikrintų ASPĮ šių ataskaitų neteikė, nes, įstaigų teigimu, nežinojo, kad tokias ataskaitas privalo teikti.

¹³⁵ Užsakymo sutartis: 2011-04-16 Nr.CPO06967-02793/LIM-288/2011 ir 2011-12-20 Nr. CPO10399-02793/1 SUT-705.

Nustatyti vidaus kontrolės sistemos trūkumai rodo, kad nepakankamai patikimai veikė duomenų apie draudžiamus privalomuoju sveikatos draudimu asmenis, sveikatos programų išlaidų ir pirkimų vykdymo vidaus kontrolės sistema, todėl ji vertinama kaip patenkinama.

Atlikus audito procedūras nustatyta, kad vidaus kontrolės sistema sukurta taip, kad užtikrintų pagrindinius jai keliamus tikslus. Atsižvelgiant į vidaus kontrolės tikslą, veiklos riziką, vidaus kontrolės pastovumą ir jos atlikimo sąnaudas, apskaitos ir informacinę sistemą, turto apsaugos būklę ir kitus vidaus kontrolės kriterijus, yra sukurtos pagrindinės vidaus kontrolės procedūros. Tačiau audito metu nustatyti ir vidaus kontrolės sistemos trūkumai užtikrinant draudžiamųjų PSD asmenų duomenų teisingumą, naudojant lėšas kai kurioms sveikatos programoms (06 išlaidų straipsnis) vykdyti, vykdant pirkimus. Nustatyti trūkumai rodo, kad vidaus kontrolės sistema veikia nepatikimai, todėl ji vertinama kaip patenkinama.

Audito metu nustatėme, kad Valstybinė ligonių kasa nerenka informacijos apie asmenis, esančius neapmokamose atostogose ilgiau, nei 30 kalendorinių dienų, tokiu būdu neužtikrinama draustų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų kontrolė. Teisės aktais nėra nustatyta, kada tokie asmenys praranda draustumą. Remiantis darbo grupės ataskaita¹³⁶, kuria vadovaujasi įstaigos, atsakingos už PSD įmokų rinkimą, dirbantiems asmenims, jų nemokamų atostogų metu nėra pagrindo skaičiuoti privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir jie yra laikomi apdraustais sveikatos draudimu. Ši išvada padaryta atsižvelgus į tai, kad PSD įmokos mokamos nuo LR valstybinio socialinio draudimo įstatymo¹³⁷ nustatyta tvarka apskaičiuotų pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos ir įvertinus tai, kad nemokamose atostogose esantiems asmenims tokios pajamos nėra skaičiuojamos. Tokiems asmenims, vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymo 17 str. 9 dalimi, savarankiškai sveikatos draudimo įmokų mokėti nereikia.

Audito metu išanalizavome Valstybinės ligonių kasos pateiktus duomenis apie asmenis, kurie 2011 m. neapmokamose atostogose buvo daugiau nei 30 kalendorinių dienų. Bendras preliminarus tokių asmenų skaičius yra 15 690, kai kurie iš šių asmenų neapmokamose atostogose yra gana ilgą laikotarpį, pvz., iki 2016 metų, o už šių asmenų sveikatos priežiūros paslaugas 2011 m. sumokėta ~14 mln. Lt¹³⁸ PSDF biudžeto lėšų. Manome, kad tokių asmenų laikymas draustais PSD yra socialiai neteisingas lyginant su kitų grupių asmenimis (pvz., savarankiškai PSD įmokas mokančiais asmenimis ir kitais apdraustaisiais), kuriems draustumas nustoja galioti nesumokėjus PSD įmokų vieną mėnesį. Sukurta sistema neapmokamose atostogose esančius asmenis PSD registruose rodo kaip

¹³⁶ Ministro Pirmininko 2010-04-07 potvarkiu Nr. 118 sudarytos darbo grupės ataskaita. Grupė sudaryta iš 17 narių: Ministro Pirmininko tarnybos, Sveikatos apsaugos, Finansų, Teisingumo, Socialinės apsaugos ir darbo, Ūkio ministerijų, Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Finansų ministerijos, Valstybinės ligonių kasos prie SAM, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Gyventojų registro tarnybos prie Vidaus reikalų ministerijos atstovų. Ji sudaryta išspręsti problemas dėl visuomenėje kilusios nepasitenkinimo PSD įmokų mokėjimo sistema ir paaiškėjus, kad gyventojai skolingi valstybei už nesumokėtą privalomojo sveikatos draudimo mokestį.

¹³⁷ Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas, 1991-05-21 Nr. I-1336 (2004-11-04 Nr. IX-2535 redakcija).

¹³⁸ Neapmokamose atostogose buvusių asmenų ir už jų gydymą panaudotų PSDF biudžeto lėšų suma nurodyta įskaičiuotus asmenis, kurie dirba daugiau kaip 1 mėnėje ir bent vienoje mėnėje turėjo ne mažiau, kaip 30 kalendorinių dienų neapmokamų atostogų.

draustus, todėl už šių asmenų sveikatos priežiūros paslaugas bus sumokama iš PSDF biudžeto, nors faktiškai šie asmenys jokių PSD įmokų nemoka.

Ligonių kasose vis dar nepakankamai užtikrinama Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos lėšų panaudojimo kontrolė, nes teisės aktais reglamentuota, kad Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos lėšomis iš dalies finansuojamų projektų atrankos procesą organizuoja savivaldybės.

Sudarydamos sutartis dėl lėšų paskirstymo pagal programas ligonių kasos (VLK ir TLK) nedalyvauja iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamų programų atrankoje, nes jos tvirtinamos savivaldybių tarybų sprendimais. Remdamosi Vyriausybės nutarimais¹³⁹ savivaldybės rengia ir Sveikatos apsaugos ministerijai pateikia veiklos ataskaitas (ir jas viešina) apie sveikatos priežiūrą mokyklose ir Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos vykdymą. Teritorinei ligonių kasai už programos lėšų panaudojimą atsiskaitoma pateikus Biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo ataskaitą (formą Nr. 2). 2010 m. valstybinio audito ataskaitoje nurodyta, kad šis atsiskaitymo būdas, nepateikiant išlaidas patvirtinančių dokumentų, yra nepakankamas lėšų panaudojimo kontrolei užtikrinti. VLK patikslinta savivaldybių atsiskaitymo už panaudotas programos lėšas tvarka, pagal kurią turėtų būti nurodomos savivaldybių vykdytos priemonės, konkrečios patirtos išlaidos ir jas pagrindžiantys dokumentai, įsigaliojo tik nuo 2012 m. sausio 1 d.

Nepakankamą kontrolę šioje srityje patvirtina ir tai, kad nustatyta neekonomiško lėšų naudojimo atvejų, teisės aktų pažeidimų vykdant savivaldybių atrinktus projektus (ataskaitos 2.2.4 dalis). Be to, iš šios programos buvo finansuojami projektai, kurie iš esmės dubliavo vykdomų prevencinių sveikatos priežiūros programų veiklą.

Manome, kad TLK atstovams dalyvaujant savivaldybių vykdomose šių programų atrankose ar kitu būdu vykdant atrinkamų projektų kontrolę, kad nebūtų finansuojami analogiški kitoms sveikatos programoms projektai, būtų efektyviau naudojamos PSDF biudžeto lėšos.

¹³⁹ LR Vyriausybės nutarimai: 2004-01-06 Nr. 5 „Dėl sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais); 2008-06-18 Nr. 606 „Dėl savivaldybės vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo ataskaitos teikimo tvarkos ir ataskaitos formos patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

KITI PASTEBĖJIMAI

4. Dėl sutartinių lėšų paskirstymo teritorinėse ligonių kasose

TLK neturi Viešojo administravimo įstatymą atitinkančių įgaliojimų įsakymais tvirtinti lėšų skirstymo ASPĮ metodikas, tokie įgaliojimai suteikti tik Sveikatos apsaugos ministerijai, todėl egzistuojanti praktika, kai PSDF biudžeto lėšos planuojamos ir paskirstomos TLK direktoriaus įsakymais, prieštarauja Sveikatos draudimo ir Viešojo administravimo įstatymams.

TLK pagal Viešojo administravimo įstatymą yra teritoriniai valstybinio administravimo subjektai, todėl negali detalizuoti (papildyti, keisti) Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytos sutarčių sudarymo su ASPĮ tvarkos, o tik teikti pasiūlymus dėl jos tobulinimo. TLK lėšas ASPĮ paskirstė ir sutartines sumas numatė vadovaudamasi savo įsakymais, taikydama skirtingus principus ir kriterijus sutartinių sumų apskaičiavimui, kurie yra vienodi tik konkrečiai TLK priskirtoje teritorijoje veikiančioms ASPĮ, bet ne visoje Lietuvos Respublikoje. Todėl negalėjome įvertinti, ar visoms ASPĮ, vykdančioms tokią pačią veiklą, finansavimas ir paslaugų kvotos buvo apskaičiuoti vadovaujantis vienodais kriterijais.

Vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymu¹⁴⁰, TLK sudaro sutartis su ASPĮ Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir vadovaudamasi Civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais. Įgyvendinant Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, sveikatos apsaugos ministras patvirtino¹⁴¹ Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą.

Pagal Viešojo administravimo įstatymo¹⁴² 5 straipsnį tai būtų priskiriama šioms viešojo administravimo sritims: administracinio reglamentavimo¹⁴³ ir viešųjų paslaugų teikimo reglamentavimo¹⁴⁴. Įgaliojimai vykdyti viešąjį administravimą suteikiami tik pagal įstatymus¹⁴⁵, taigi TLK ir ASPĮ sudaromų sutarčių tvarkos aprašą galėjo ir turėjo nustatyti Sveikatos apsaugos ministerija. Tokie patys įgaliojimai reglamentuoti sutarčių su ASPĮ sudarymą įstatymais ar jų pagrindu priimtais teisės aktais nėra suteikti TLK.

Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008 yra išaiškinęs, kad Sveikatos draudimo įstatymo 33 straipsnio 1 dalies 1 punkte įtvirtinta Teritorinės

¹⁴⁰ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 26 str. 2 d.

¹⁴¹ LR sveikatos apsaugos ministro 2009-12-18 įsakymas Nr. V-1051.

¹⁴² LR viešojo administravimo įstatymas, 1999-06-17 Nr. VIII-1234 (2008-09-22 Nr. X-1725 redakcija).

¹⁴³ Ten pat, 2 str. 2 d.

¹⁴⁴ Ten pat, 2 str. 20 d.

¹⁴⁵ Ten pat, 4¹ ir 17 str.

ligonių kasos teisė sudaryti sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis, šiose sutartyse nustatytu laiku ir tvarka apmokėti joms už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones. Šios sutartys turi būti vertinamos kaip administracinės, nes teisiniai santykiai, kurių pagrindu kyla sutartiniai įsipareigojimai, yra administraciniai, o pačios sutartys viešojo administravimo subjektų sudaromos viešosios teisės normų imperatyviojo reguliavimo pagrindais, ginant viešuosius interesus sveikatos apsaugos srityje.

Tai, jog dėl PSDF lėšų skyrimo sveikatos priežiūros įstaigoms yra sudaroma sutartis, nekeičia aptariamų santykių pobūdžio. Sutartis šiuo atveju yra priemonė pagal įstatymo nustatytą paskirtį paskirstyti PSDF lėšas ir sprendimas dėl jos sudarymo priimamas pagal viešosios teisės normų, reglamentuojančių tikslinio valstybinio finansinio fondo lėšų administravimą, nustatytas sąlygas ir taisykles.

TLK, priimdama sprendimą sudaryti ar nesudaryti sutartį su sveikatos priežiūros įstaiga, įgyvendina jai suteiktus viešojo administravimo įgaliojimus ir santykiai dėl tokio pobūdžio sprendimų priėmimo yra viešojo administravimo santykiai. Sudarant Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 1 dalyje numatytas sutartis taikomi viešojo administravimo principai ir Viešojo administravimo įstatymas.

LVAT išaiškinimas dėl TLK, kaip viešojo administravimo subjekto, įgaliojimų

Atkreiptinas dėmesys, jog 2005 m. gruodžio 30 d. Vilniaus teritorinės ligonių kasos direktoriaus įsakyme Nr. IV-193 „Dėl 2006 metų sutarčių sudarymo principų ir lėšų apskaičiavimo metodikų patvirtinimo“ nenurodyta, kokių aiškiu teisiniu pagrindu remiantis priimtas šis įsakymas. Pažymėtina, kad viešojo administravimo subjektai, remiantis bendraisiais viešosios teisės principais, gali vykdyti tik įstatymuose nustatytą ir aiškiai apibrėžtą veiklą. Atsižvelgdama į tai, kas buvo nurodyta, teisėjų kolegija daro išvadą, kad nebuvo pagrindo nagrinėti, ar buvo laikomasi Sutarčių sudarymo principų metodikos, o pirmosios instancijos neatliktas įvertinimas įtakos priimto sprendimo teisingumui neturėjo. Teritorinė ligonių kasa, kaip viešojo administravimo subjektas, atliekantis viešąjį administravimą sveikatos draudimo srityje, privalo tiksliai laikytis įstatymų reikalavimų ir procedūrų, o ne kurti ar savo praktika formuoti procedūras, kurios įstatymuose nėra numatytos.

TLK neturi Viešojo administravimo įstatymą atitinkančių įgaliojimų įsakymais tvirtinti lėšų skirstymo ASPĮ metodikas, tokie įgaliojimai suteikti tik Sveikatos apsaugos ministerijai. Viešojo administravimo įstatymo¹⁴⁶ prasme, SAM ir VLK yra centriniai valstybinio administravimo subjektai, o TLK – teritoriniai valstybinio administravimo subjektai. Viešojo administravimo įstatyme¹⁴⁷ nustatyta, kad teritoriniai valstybinio administravimo subjektai negali dubliuoti ar keisti centrinių valstybinio administravimo subjektų viešųjų paslaugų teikimo reglamentavimo, tačiau gali jiems teikti siūlymus dėl viešųjų paslaugų teikimo tvarkos tobulinimo ar naujos viešosios paslaugos nustatymo. Todėl TLK savo įsakymais negali detalizuoti SAM nustatytos sutarčių sudarymo tvarkos, o tik teikti pasiūlymus dėl jos tobulinimo.

Teritorinės ligonių kasos, neturėdamos Viešojo administravimo įstatymą atitinkančių įgaliojimų įsakymais tvirtinti lėšų skirstymo ASPĮ metodikas, PSDF biudžeto lėšas, skirtas asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui (01 išlaidų straipsnis¹⁴⁸) paskirstė ASPĮ ir suplanavo

¹⁴⁶ LR viešojo administravimo įstatymas, 1999-06-17 Nr. VIII-1234 (2008-09-22 Nr. X-1725 redakcija), 4 str. 3 ir 4 d.

¹⁴⁷ Ten pat, 17 str. 3 d.

¹⁴⁸ Straipsnį sudarantys postraipsniai:

joms sutartines sumas. Iš šio straipsnio apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurioms tenka apie 72 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų (2011 m. – 3 135 562 tūkst. Lt).

Palyginę lėšų paskirstymo ir sutartinių sumų planavimo reglamentavimą teritorinėse ligonių kasose, įvertinę paskirstymo rodiklius, kuriais remiantis TLK apskaičiuoja ir paskirsto sutartines lėšas savo veiklos zonos ASPĮ¹⁴⁹, nustatėme, kad PSDF biudžeto lėšų paskirstymas ASPĮ yra nevienodas. Skirtingų paslaugų, apmokamų iš šio straipsnio postraipsnių¹⁵⁰, išlaidų paskirstymas reglamentuotas ir sveikatos ministro, ir VLK, ir TLK direktorių įsakymais, o tai prieštarauja aukščiau aptartoms Viešojo administravimo įstatymo nuostatomis.

Teritorinėms ligonių kasoms skirstant lėšas ASPĮ slaugos ir palaikomojo gydymo, ambulatorinių specializuotų ir stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti (01 išlaidų straipsnio 0103–0106 postraipsniai), vadovujamasi skirtingais TLK direktorių įsakymais arba paskirstymo mechanizmas visai nėra reglamentuotas. Šiems postraipsniams, tenka apie 75 proc. visų lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti (01 išlaidų str.) arba apie 53 proc. viso PSDF biudžeto išlaidų.

Postraisnių lėšų paskirstymo reglamentavimas

Audito metu siekiant įsitikinti, kad lėšų paskirstymo principai 0103, 0104 ir 0105 postraipsnių paslaugoms apmokėti lieka tapatūs, analizuoti TLK direktorių patvirtinti tvarkų aprašai, jų panašumai ir skirtumai bei tai, ar TLK atsakingi darbuotojai laikosi nustatytos tvarkos.

0103 postraipsnio slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti PSDF biudžeto lėšos, sudarančios 3,2 proc. viso PSDF biudžeto, skiriamos slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, ir slaugos namuose paslaugoms apmokėti. Skirtingose TLK skiriasi slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidų (0103 postraipsnis) paskirstymas ASPĮ. TLK direktorių patvirtintose lėšų planavimo ir paskirstymo tvarkose numatyta, kad vertinamas ASPĮ turimų lovų (lovadienių) skaičius. Vilniaus, Kauno ir Panevėžio TLK lovadienių skaičių apskaičiuoja pagal tvarkose nustatytas formules, o Klaipėdos TLK lovų skaičių tikslina su ASPĮ steigėjais, t. y. netaiko formulės (detalesnį šių lėšų paskirstymą pateiktas 5 priede).

0104 ir 0105 postraipsnių ambulatorinių specializuotų ir stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, sudarančios 45 proc. viso PSDF biudžeto lėšų, 2011 m. ASPĮ skirstytos vadovaujantis TLK direktorių įsakymais. Nustatyta, kad vieno stacionarinio lovadienio sumos (litais) įvertinimas nurodytas tik Panevėžio TLK direktoriaus patvirtintame PSDF biudžeto lėšų, skirtų slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti, paskirstymo ASPĮ tvarkos apraše¹⁵¹. Kitose TLK (Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos) numatyta, kad kiekvienos ASPĮ planuojamas lėšų poreikis stacionarinėms paslaugoms apmokėti skaičiuojamas pagal formulę, kurioje turi būti įvertinama ne tik įstaigų vienos stacionarinės paslaugos suma (litais), paslaugos sutartinis skaičius, bazinė paslaugos kaina ir balo vertė.

0106 postraipsnio brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidos, sudarančios 5,3 proc. viso PSDF biudžeto lėšų, 2011 m. trijose, iš keturių tikrintų, TLK buvo paskirstytos ASPĮ be jokio reglamentavimo (brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų paskirstymas APSĮ reglamentuotas tik Vilniaus TLK direktoriaus patvirtinta tvarka). TLK direktoriai įsakymais tvirtino tik paskirstytų lėšų detalizaciją pagal brangiųjų tyrimų ir procedūrų rūšis.

01.01 Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;

01.02 Greitosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti;

01.03 Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti;

01.04 Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti;

01.05 Stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti;

01.06 Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti.

¹⁴⁹ Buvo analizuojama ir vertinama, ar minimi rodikliai yra vienodi, t.y. užtikrinantys tolygų ir vienodą lėšų paskirstymą visoje šalyje, atsižvelgiant į tai, kad TLK vykdo identišką veiklą.

¹⁵⁰ 0101–0106 postraipsniai.

¹⁵¹ 2010 m. gruodžio 30 d. Panevėžio TLK direktoriaus įsakymu Nr. V-139 patvirtinto Panevėžio TLK disponuojamų PSDF biudžeto lėšų, skirtų slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti, paskirstymo ASPĮ tvarkos aprašo 10 p.

5. Dėl centralizuotai perkamų vaistų

VLK PSDF biudžeto lėšas centralizuotai perkamiems vaistams įsigyti naudoja nepakankamai racionaliai ir ekonomiškai, nes:

- organizuodama centralizuotai perkamų vaistų pirkimus, neatsižvelgia į ASPI turimus vaistinių preparatų likučius, kurie kai kuriose ligoninėse viršija metams skiriamų ir sunaudojamų vaistų kieki;
- sutartyse dėl vaistų tiekimo numatydama, kad ASPI privalo priimti visą tais finansiniais metais skiriamą vaistų kiekį, įsigyja centralizuotai perkamus vaistus net ir nesant konkrečiam jų poreikiui ASPI;
- ne visos ligoninės, panaudojusios centralizuotai perkamus vaistus, teikia šių vaistų panaudojimo ataskaitas VLK, o ši nerenka ir neturi duomenų apie visų centralizuotai perkamais vaistais gydomų pacientų skaičių;
- kompiuterizuotos centralizuotai perkamų vaistų vartojimo apskaitos nebuvimas ligoninėse ir VLK neleidžia operatyviai persikirstyti vienoje ligoninėje susikaupusių didelių vaistų likučių kitoms ligoninėms, taip neužtikrinant šių vaistų vartojimo optimaliausiu būdu;
- centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos priemonių apskaitos fonde nesusiejus su ASPI turimais vaistų likučiais ir faktiniu jų sunaudojimu, nesudaromos galimybės racionaliai ir ekonomiškai naudoti PSDF biudžeto lėšas centralizuotai perkamiems vaistams įsigyti, pagrįstai įvertinus realų jų poreikį.

Remiantis Sveikatos draudimo įstatymu¹⁵², Valstybinė ligonių kasa organizuoja ligoninių aprūpinimą brangiaisiais vaistais, pirkdama juos centralizuotai viešojo pirkimo būdu.

VLK perka brangius, vartojamus pagal griežtas indikacijas, vaistus, numatytus centralizuotai perkamų vaistų sąraše, kurio sudarymo procedūras reglamentavo Sveikatos apsaugos ministerija¹⁵³. VLK su tiekėjais sudaro vaistų pirkimo sutartis, tiekėjai vaistus perduoda tiesiogiai ligoninėms.

Atlikus valstybinį veiklos auditą „Aprūpinimas vaistais ligoninėse“ (2012-02-28 Nr. VA-P-10-10-3)¹⁵⁴ konstatuota, kad informaciją apie centralizuotai perkamų vaistų suvartojimą ir jų likučius kas ketvirtį Valstybinei ligonių kasai teikė 13 didžiųjų ligoninių, kurios su ja ir vaistų tiekėjais pasirašė sutartis. Kai kuriuos centralizuotai nupirktus vaistus šios ligoninės perdavė kitoms, kurios nėra įpareigosotos teikti informaciją VLK. Valstybinei ligonių kasai pateikiamose ataskaitose nėra informacijos apie centralizuotai perkamais vaistais gydomų pacientų skaičių. VLK rinko duomenis iš gydymo įstaigų, kiek ligonių gydyta centralizuotai perkamais vaistais

¹⁵² LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 12 str.

¹⁵³ LR sveikatos apsaugos ministro 2007-03-02 įsakymas Nr. V-136 „Dėl centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo tvarkos aprašo ir centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo komisijos darbo reglamento tvirtinimo“.

¹⁵⁴ Ataskaita pateikiama Valstybės kontrolės tinklalapyje: www.vkontrolė.lt.

imatinibum, sunitinibum, octreotidum, TNF blokatoriais, antivirusiniais vaistais ŽIV infekcijai gydyti. Šiems vaistams teko apie 40 proc. PSDF lėšų, išleistų centralizuotai perkamiems vaistams. Tačiau VLK visų duomenų apie centralizuotai perkamais vaistais gydomų pacientų skaičių neturi, nes tokia informacija nerenkama ir nekaupiama.

Jeigu VLK turėtų informacijos apie centralizuotai perkamais vaistais gydytų pacientų skaičių, vaistų likučius ir jų sunaudojimą ligoninėse, būtų galima tiksliau nustatyti vaistų poreikį ir perskirstyti vaistus tarp ligoninių. Kompiuterizuotos centralizuotai perkamų vaistų vartojimo apskaitos nei ligoninėse, nei VLK nėra.

Pastaba

Pažymime, kad „Sveidroje“ yra kaupiami duomenys apie kompensuojamus vaistus, todėl galėtų būti sukurta atitinkama duomenų apie centralizuotai perkamus vaistus kaupimo ir analizės posistemė. Tai palengvintų ir paspartintų duomenų pateikimą VLK, apdorojimą ir analizę, leistų tiksliau planuoti vaistų poreikį, greičiau paskirstyti ir perskirstyti vaistus, atsižvelgiant į besikeičiančius ligoninių poreikius.

PSDF biudžeto lėšas galima naudoti racionaliau ir geriau tenkinti gydymo centralizuotai perkamais vaistais poreikį, jei dideli vaistų likučiai vienoje ligoninėje būtų perskirstyti kitoms.

Tęsdami veiklos audito metu nustatytų problemų dėl centralizuotai perkamų vaistų nagrinėjimą, finansinio audito metu vertiname vaistų likučius, apskaitos principus pirminės sveikatos priežiūros centruose, kurie iš centralizuotu būdu perkamų vaistų gavo tik vakcinas, ir skirtingo lygio ligoninėse, gavusiose ir kitų centralizuotai perkamų vaistų, ir jų įtaką PSDF biudžeto lėšų planavimui ir naudojimui centralizuotai perkamiems vaistams įsigyti.

Remiantis VLK direktoriaus įsakymu¹⁵⁵, ligoninės su VLK pasirašo centralizuotai perkamų vaistų tiekimo sutartis. Tipinėje sutartyje nurodyta, kad VLK informuoja ligonines apie metiniam laikotarpiui ASPĮ skiriamų priemonių rūšis ir kiekį, atsižvelgdama į ASPĮ pateiktą informaciją, turimus statistinius duomenis bei centralizuotai nupirktą priemonių kiekį. Sutartys tarp ASPĮ ir VLK pasirašomos 12 mėnesių nuo sutarties pasirašymo. Vaistai ir priemonės į ASPĮ tiekiamos pagal VLK pateiktas paraiškas per 30 dienų laikotarpį nuo VLK užsakymo pateikimo. Sutarties 4.6. punkte nurodyta, kad ASPĮ naudoja gautus vaistus ir priemones neviršijant metiniam laikotarpiui skirtųjų anksčiau numatyto termino. Taip pat sutartyje nurodyta, kad ASPĮ privalo priimti visą tais finansiniais metais skiriamą vaistų ir priemonių kiekį.

Ligoninės, pasirašiusios sutartis dėl centralizuotai perkamų vaistų, teikia VLK ataskaitas apie gautų minėtų vaistų sunaudojimą kas ketvirtį. Atskirais raštais VLK 2011 metais taip pat rinko informaciją apie šių vaistų panaudojimą. Įvertinę audituotose įstaigose atsirinktų vaistų likučius,

¹⁵⁵ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2009-06-15 įsakymas Nr. 1K-95 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų tipinės sutarties “Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų centralizuotai iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų protezų, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių tiekimo ir panaudojimo“ patvirtinimo.

pastebėjome, kad nors kai kuriose įstaigose vaistų likučiai buvo didesni už metinį poreikį, VLK ir toliau tiekė šiuos vaistus ASPĮ.

Kai kurių vaistų likučiai VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje

Metų pabaigoje VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje buvo šie vaistų likučiai:

Remicade (infiximab) likutis mg su pasauga farmacinėje įmonėje (kuri tiekia vaistą, tačiau dėl to, kad ligoninė neturi galimybių sandėliuoti vaistų, jie buvo palikti saugoti įmonės sandėlyje) viršijo metiniam laikotarpiui skirtą vaistų kiekį 1,2 karto (metams pagal sutartį su VLK – 59 300 mg, turėtas likutis paskutinio ketvirčio pirmą dieną sudarė 44 400 mg, per ketvirtį vaistų negauta, sunaudota 11 600 mg. Metų pabaigoje ligoninė vaisto turėjo 32 800 mg likutį ir dar 38 900 mg buvo saugoma pasaugos pagrindais įmonėje, iš viso 71 700 mg).

Enbrel (etamercept) likutis mg su pasauga farmacinėje įmonėje viršijo metiniam laikotarpiui skirtą vaistų kiekį 5,2 karto (metams pagal sutartį skirta 5200 mg, likutis paskutinio ketvirčio pirmą dieną – 2 100 mg, per ketvirtį gauta 6 000 mg, sunaudota 5 500 mg, likutis metų pabaigoje sudarė 2 600 mg ligoninėje ir 24 300 mg pasaugos pagrindais įmonėje, iš viso 26 900 mg.).

Atkreipiame dėmesį, kad pagal pasaugos sutartis VŠĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė dar yra atidavusi saugoti 156 450 mg vaisto *Herceptin (tranzuzumab)*.

Mabthera (rituximab) likutis mg metų pabaigoje metinį vaistų kiekį viršijo 1,6 karto (metams skirtas vaistų kiekis pagal sutartį sudarė 8 200 mg, likutis paskutinio ketvirčio pirmą dieną sudarė 5 000 mg, per ketvirtį gauta 13 000 mg, sunaudota 5 000 mg, o likutis metų pabaigoje 13 000 mg.)

Preotact (parathormonas) likutis pak. metų pabaigoje metinį skiriamų vaistų kiekį viršijo 2 pakeliais (metams skirtas vaistų kiekis pagal sutartį – 30 pak., likutis paskutinio ketvirčio pirmą dieną 50 pak., per ketvirtį daugiau negauta, sunaudota 18 pak., likutis metų pabaigoje – 32 pak.).

Forsteo (teriparatid) likutis pak. metų pabaigoje metinį skiriamų vaistų kiekį viršijo 1,7 karto (metams skirtas vaistų kiekis pagal sutartį – 120 pak., likutis paskutinio ketvirčio pirmą dieną 44, per ketvirtį gautą 285 pak., sunaudota 122 pak., likutis metų pabaigoje – 207 pak.)

Kai kurių vaistų likučiai VŠĮ Kauno klinikose

Metų pabaigoje VŠĮ Kauno klinikose buvę vaistų likučiai:

Rekombinantinis parathormonas (Preotact) likutis metų pabaigoje metams pagal su VLK pasirašytą sutartį skiriamą kiekį viršijo 1,2 karto (metams skiriama 166 vnt., o likutis metų pabaigoje – 200 vnt.).

Bevacizumab (Avastin) likutis metų pabaigoje metams skiriamą kiekį viršijo 1,3 karto (metams skiriama 162 600 mg, likutis metų pabaigoje – 211 200 mg).

Imatinibum Glivec likutis metų pabaigoje metams skiriamą kiekį viršijo 1,4 karto (metams skiriama 269 pak., per ataskaitinį laikotarpį – t. y. paskutinį metų ketvirtį gauta 366 pak., sunaudota 0 pak., likutis ataskaitinio laikotarpio pabaigoje – 366 pak.)

Bortezomibum Velcade likutis metų pabaigoje metams skiriamą kiekį viršijo 1,1 karto (metams skiriama 378 mg, per paskutinį ketvirtį gauta 462 mg, sunaudota 31 mg, likutis metų pabaigoje – 431 mg.)

Didelė ligoninėms priklausančių vaistų dalis saugoma farmacinių įmonių sandėliuose pagal pasaugos sutartis. Pavyzdžiui, farmacinėse įmonėse saugomų trijų pavadinimų vaistų, skirtų VŠĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei (*Remicade, Enbrel* ir *Herceptin*), vertė sudaro 3 785,5 tūkst. Lt.

Saugojimui pagal pasaugos sutartis perduoti vaistai Klaipėdos universitetinėje ligoninėje

Remicade 100 mg N1 (*Schering*) (389 vnt.) ir *Herceptin* 150 mg N1 (*Roche*) (1 043 vnt.) bendra suma už šiuos vaistinius preparatus, kurie buvo perduoti pagal 2011-11-30 pasaugos sutartį Nr. VF20111130/PS (UAB „Vitafarma“) – 3 033 205,88 Lt. Pasaugos sutartis galioja nuo 2011-11-30 iki 2012-11-29. Pasibaigus sutarties terminui, saugotojas pristato turtą pasaugos davėjo adresu (VŠĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei).

Enbrel 50 mg N4 (*Pfizer H.C.P. Corporation*) (198 vnt.) ir *Enbrel* 25 mg N4 (*Pfizer H.C.P. Corporation*) (303 vnt.) bendra suma už šiuos vaistinius preparatus, kurie buvo perduoti 2011-11-16 pasaugos sutartimi Nr. 1361/213-LK UAB „Armila“ – 752 298,75 Lt. Pasaugos sutartis galioja nuo 2011-11-16 iki 2012-10-19. Pasibaigus sutarties terminui, saugotojas pristato turtą pasaugos davėjo adresu (VŠĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei).

Pastebėtina, kad šie vaistiniai preparatai, saugomi pagal pasaugos sutartis, tiekėjų patalpose nebuvo inventorizuoti, t. y. tiekėjas nepateikė saugomų vaistinių preparatų inventorizacijos aprašų, o inventorizacijos komisija nepalygino faktinių atsargų likučių (pagal inventorizavimo aprašų nuorašų duomenis) su apskaičiuotu pagal buhalterinius dokumentus kiekiu.

Farmacinėse įmonėse saugomi liginėms priklausantys vaistai, taigi liginėse tikrasis jų poreikis yra mažesnis nei turimi likučiai. Už juos VLK jau yra apmokėjusi iš PSDF biudžeto lėšų.

Liginėse skiriasi vaistų nurašymo principai. Vienose jų vaistai nurašomi iš liginės vaistinės atiduodant į skyrių, kitose – pagal sunaudojimo faktą, t. y. kai skyriuje šie vaistai yra faktiškai sunaudojami. Tais atvejais, kai vaistai nurašomi pagal sunaudojimo faktą, mėnesio pabaigoje formuojama nurašytų vaistų ataskaita ir duomenys perduodami į liginės vaistinės ir buhalteriją.

Dalyje ASPI, remiantis ataskaitomis, teikiamomis VLK, vaistai sunaudojami ir nurodomi jų likučiai net ir tais atvejais, kai per ataskaitinį laikotarpį iš VLK šių vaistų nebuvo gauta.

Vaistų likučiai Respublikinėje Panevėžio liginėje

Remicade (infliximabum) likutis metų pabaigoje sudaro 25 000 mg, metams skiriama 56 100 mg, per paskutinį ketvirtį šio vaisto negauta, sunaudota 10 900 mg.

Imatinibum/Glivec likutis metų pabaigoje sudarė 5 pak., metams skiriama 14 pak., per paskutinį ketvirtį vaisto negauta, sunaudoti 2 pakeliai.

Rekombinantinio parathormono (*Preotact*) metų pabaigoje likutis sudarė 5 pak., metams skiriama 30 pak., per paskutinį ketvirtį vaisto negauta, sunaudota 12 pak.

Forsteo (Teriparatide) likutis metų pabaigoje 157 pak., metams skiriama 270 pak., per paskutinį ketvirtį vaistų negauta, sunaudota 30 pak.

Liginė apie šių vaistų sunaudojimą teikė informaciją VLK.

Valstybinė ligonų kasa, tvarkydama centralizuotai perkamų vaistų apskaitą, sudarytas sutartis su tiekėjais ir pagal jas pristatomus vaistus laiko paslaugomis (perkamos vaistų tiekimo paslaugos), todėl apskaitos registruose ir finansinėse ataskaitose šių vaistų atsargų sąskaitose neregistruoja. Buhalterinės apskaitos vadove, patvirtintame VLK direktoriaus įsakymu¹⁵⁶, Sąnaudų apskaitos tvarkos apraše numatyta, kad centralizuotai perkami vaistai ir medicinos pagalbos priemonės VLK fondo finansinės būklės ataskaitoje neregistruojamos, o iš karto pagal sąskaitą faktūrą pripažįstamos: jei buvo perduota viešojo sektoriaus subjektui – finansavimo sąnaudomis, fiksuojant kokias įstaigas buvo pristatytos priemonės; jei buvo perduota ne viešojo sektoriaus subjektui – socialinių išmokų sąnaudomis. Jeigu centralizuotai perkami vaistai ir medicinos pagalbos priemonės yra importuojamos iš užsienio valstybių, VLK fondas apskaičiuoja ir papildomai registruoja mokėtiną PVM.

VLK apskaitoje vaistai ir medicinos priemonės pripažįstamos sąnaudomis ne pagal jų panaudojimo galutiniam vartotojui (pacientui) faktą, o tik pagal pristatymo į ASPI faktą. Taip informacija apie faktinį vaistų sunaudojimą nesusiejama su apskaita. Taikoma centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos priemonių apskaita fonde, nesusiejant jos su ASPI turimais vaistų likučiais ir faktiniu jų sunaudojimu, nesudaro galimybių racionaliai ir ekonomiškai naudoti PSDF biudžeto lėšas šiems vaistams įsigyti, pagrįstai įvertinus realų jų poreikį.

¹⁵⁶ Valstybinės ligonų kasos direktoriaus 2011-06-21 įsakymas Nr.1K-120 „Dėl Valstybinės ligonų kasos ir teritorinių ligonų kasų buhalterinės apskaitos vadovo patvirtinimo“.

Pastaba

Atkreipiame dėmesį, kad pagal VLK teiktas ataskaitas, įstaigose buvo susidarę centralizuotai perkamų vaistų likučiai, viršijantys metams skiriamų vaistų poreikį, net ir negavus šių vaistų per ataskaitinį laikotarpį.

6. Dėl endoprotezavimo tvarkos ir aprūpinimo ortopedijos techninėmis priemonėmis

Remiantis Sveikatos draudimo įstatymu¹⁵⁷ iš PSDF biudžeto apmokama valstybės parama ortopedijos technikos priemonėms įsigyti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Iš PSDF biudžeto lėšų taip pat apmokamos galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensacijos, o šių išlaidų kompensavimo tvarką ir sąrašą nustato ministerija¹⁵⁸.

2011 metais galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensacijoms buvo skirta 3 319,6 tūkst. Lt. Laukimo eilės endoprotezui gauti kai kuriose ASPĮ sudarė nuo 0 iki 35 mėn. (dažnai eilė priklauso nuo ASPĮ užimtumo ir galimybės atlikti chirurginę operaciją), o šių paslaugų laukiančių asmenų skaičius metų pabaigoje siekė 6 617.

Asmenų, savo lėšomis įsigijusių kelio ir klubo endoprotezus ir laukiančių kompensacijos 2011 metų pradžioje, buvo 1 445, kompensacijų suma sudarė 2 928,5 tūkst. Lt. Per 2011 metus, įvertinusi ir per metus gautus kompensacijų prašymus, VLK už kelio ir klubo sąnarių endoprotezus išmokėjo 3 319,6 tūkst. Lt kompensacijų 1 707 asmenims. Metų pabaigoje asmenų, laukiančių kompensacijos už savo lėšomis įsigytus kelio ir klubo endoprotezus skaičius, buvo 252 (kompensacijų suma sudarė 444,4 tūkst. Lt).

Su sąnarių endoprotezavimu ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimu susijusius teisės aktus antikorupciniu požiūriu įvertino Specialiųjų tyrimų tarnyba (toliau – STT), 2012 m. pradžioje paskelbusi šio vertinimo rezultatus¹⁵⁹, tarnyba atliko ir korupcijos rizikos analizę dėl klubo ir kelio sąnario endoprotezų įsigijimo procedūrų¹⁶⁰ (paskelbta 2012-02-28).

STT įvertino Sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimo tvarkos aprašo¹⁶¹, Sąnarių endoprotezų skirstymo komisijos darbo reglamento ir Sąnarių endoprotezų skirstymo komisijos nuostatų¹⁶², Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo bei centralizuotai iš PSDF biudžeto apmokamų protezų, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo¹⁶³ antikorupciniu požiūriu.

¹⁵⁷ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343, 9 str. 3 d. 4 p.; 15 str. 1 d. 6 p., 21 str. 1 d. 5 p.

¹⁵⁸ LR sveikatos apsaugos ministro 2007-08-01 įsakymas Nr. V-638 „Dėl Sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹⁵⁹ http://www.stt.lt/documents/vertinti_teises_aktai_2011/2012_01_27_endoprotezavimo_kompensavimas.pdf

¹⁶⁰ http://www.stt.lt/documents/korupcijos_rizikos_analze/Del_sanariu_endoprotezu_isigijimo.pdf

¹⁶¹ LR sveikatos apsaugos ministro 2007-08-01 įsakymas Nr. V-638.

¹⁶² Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2007-12-29 įsakymas Nr. 1K-194 „Dėl sąnarių endoprotezų skirstymo komisijos sudarymo“.

¹⁶³ LR sveikatos apsaugos ministro 1998-03-20 įsakymas Nr. 151.

Vertindama minėtus teisės aktus antikorupciniu požiūriu STT konstatavo, kad aiškios Sąnarių endoprotezų skirstymo komisijos formavimo tvarkos nebuvimas, pasirinktas balsavimo būdas ir skirtingai reglamentuojama komisijos kompetencija gali apsunkinti priskirtų funkcijų tinkamą (skaidrų) įgyvendinimą. Taip pat nustatyta, kad tada, kai pacientas, už endoprotezą sumokėjęs savo lėšomis, įgyja teisę nelaukti bendroje eilėje dėl sąnario endoprotezavimo operacijos, pažeidžiama kitų pacientų teisė į laiku prieinamą sveikatos priežiūrą, nes tokiam pacientui operacija atliekama iš karto.

Egzistuojanti tvarka, kai pacientas, remiantis Kompensavimo tvarka¹⁶⁴, įrašomas į laukiančiųjų endoprotezų eilę ir į eilę ASPI sulaukti planinės operacijos suponuoja pagrindą ilgam laukimo terminui atsirasti. STT nuomone, siekiant atliekamų operacijų ir laukiančiųjų pacientų skaičiui proporcingų operacijos laukimo terminų, būtų tikslingiau pacientų prašymus skirti endoprotezą registruoti ASPI, kurioje planuojama paciento operacija, o VLK duomenų bazėje tik kaupti ir apibendrinus turimą informaciją sudaryti sutartis su ASPI dėl sąnarių endoprotezavimo paslaugų teikimo. STT taip pat rekomenduoja nustatyti maksimalius sąnario endoprotezavimo operacijos paskyrimo terminus, kad būtų veiksmingiau planuojamas šis procesas visoje Lietuvoje.

Toje pačioje tvarkoje numatytas sąlyginis kompensavimo kriterijus – mažiausia operacijos atlikimo laikotarpiu VLK pirktos endoprotezo kaina – nepatikslinus laikotarpio turi įtakos pasirenkamos minimalios kainos svyravimui¹⁶⁵.

Įvertinusi endoprotezų įsigijimo tvarkos¹⁶⁶ punktus, kuriuose nurodoma, kad konkurso specifikacijos derinamos su ASPI, per kurias vykdomas išlaidų kompensavimas, STT pateikia nuomonę, kad toks specifikacijų derinimas gali iškreipti siekiamą tikslą – užtikrinti endoprotezų tiekėjų konkurenciją. Ši išvada daroma, nes siūlomi individualūs techninių specifikacijų patikslinimai, motyvuojant sukaupta darbo patirtimi tik su tam tikrais endoprotezais, sumažina galimybę juos ar jų komponentus rinktis iš didesnio tiekėjų sąrašo ir veiksmingiau naudoti PSDF biudžeto lėšas. STT siūlymu ši problema gali būti išspręsta parengus pavyzdines technines specifikacijas (pagal anatomines žmogaus ypatybes, patologijas ir pan.), kad būtų skaidriau organizuojami sąnarių endoprotezų pirkimai.

Taip pat STT teigia, kad siekiant, kad ASPI centralizuotai pirktus protezus ir medicinos pagalbos priemones naudotų planingai, pagal paskirtį ir būtinumą, neviršijant tam tikslui numatytos išlaidų sumos, informacija apie atliktas sąnarių endoprotezavimo operacijas, panaudotus endoprotezus, jų priedus ir papildomas medžiagas fiksuoti vienoje kompiuterių duomenų bazėje (registre) ir taip užtikrinti veiksmingą ir laiku atliekamą šių priemonių apskaitą.

¹⁶⁴ LR sveikatos apsaugos ministro 2007-08-01 įsakymas Nr. V-638.

¹⁶⁵ Pvz., vieną ketvirtį mažiausia tam tikros grupės sąnario endoprotezo kaina gali būti didesnė nei pusmetinė ir pan.

¹⁶⁶ LR sveikatos apsaugos ministro 1998-03-20 įsakymas Nr. 151.

Atlikus klubo, kelio sąnario endoprotezų įsigijimo korupcijos rizikos analizę¹⁶⁷ STT pateiktoje išvadoje¹⁶⁸ nurodyta, kad išanalizavus teisės aktus, reglamentuojančius klubo, kelio sąnarių endoprotezų įsigijimo iš PSDF biudžeto lėšų procedūrą, ir VLK darbinę praktiką vykdant minėtą procedūrą, nustatyta, kad atskiri etapai vykdomi nepakankamai skaidriai. Procedūroje dalyvaujantys asmenys turi galimybę proteguoti atskirus klubo, kelio sąnarių endoprotezų tiekėjus, o tai didina tikimybę, kad PSDF biudžeto lėšos VLK įsigyjant klubo, kelio sąnarių endoprotezus bus panaudotos nepakankamai efektyviai.

STT pateikė VLK ir SAM rekomendacijas dėl endoprotezavimo sistemą reglamentuojančių teisės aktų, klubo, kelio sąnarių endoprotezų pirkimo procedūros tobulinimo. Taip pat buvo rekomenduota nustatyti asmenų, dalyvaujančių endoprotezų pirkimo procedūrose pareigas ir atsakomybę, svarstyti galimybę endoprotezus įsigyti per CPO.

SAM, atsižvelgdama į Seimo Sveikatos reikalų ir Audito komitetų rekomendacijas, keičia Sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimo tvarkos aprašą, keičiamas ir endoprotezų kompensavimo tvarkos aprašas, atsižvelgiant į STT pateiktas pastabas.

VLK organizuoja ortopedijos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą, kuriam skiriama valstybės parama¹⁶⁹. SAM įsakymu¹⁷⁰ reglamentuojama, kad ortopedijos įmonė, gavusi paciento prašymą pagaminti ortopedinę priemonę ir įsitikinusi, kad ji yra kompensuojama iš PSDF¹⁷¹, pateikia užsakymo lapą, kurį pacientas užpildo pats arba užpildo jo šeimos nariai. Užsakymų duomenys, jų priėmimo dieną, perduodami į informacinės sistemos SVEIDRA Ortopedijos informacinę sistemą. VLK patikrina užsakymo pagrįstumą ir įsitikinusi, kad jis pagrįstas – jį patvirtina. Gavusi patvirtinimą, ortopedijos įmonė pradeda gaminti ortopedijos priemonę. Valstybinė ligonių kasa ir ortopedinės įmonės, turėdamos prieigos teises prie informacinės sistemos SVEIDRA Ortopedijos posistemės, kurioje pateikiami visi su ortopedinių priemonių įsigijimu susiję duomenys¹⁷².

Valstybės kontrolė teikdama išvadą dėl 2010 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio¹⁷³ pateikė rekomendaciją atskleisti visą informaciją apie pagamintų, atiduotų naudoti ir neapmokėtų ortopedinių techninių priemonių vertę. Įgyvendindama šią rekomendaciją VLK parengė ir patvirtino Duomenų apie ortopedijos techninių priemonių

¹⁶⁷ Analizuoti teisės aktai, VLK pateikta informacija apie 2009–2011 metais vykdytus endoprotezų viešuosius pirkimus, taikomą endoprotezavimo sistemos praktiką, LR Seimo Audito komiteto pateikta informacija apie VLK padalinių veiklą vykdant klubo, kelio sąnario endoprotezų įsigijimo iš PSDF biudžeto lėšų procedūrą.

¹⁶⁸ 2012-02-27 Nr. L-01-704 Išvada dėl korupcijos rizikos analizės klubo, kelio sąnarių endoprotezų įsigijimo iš PSDF biudžeto lėšų srityje.

¹⁶⁹ Sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343, 9 str. 3 d. 4 p.

¹⁷⁰ LR sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymas Nr. V-234 „Dėl valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

¹⁷¹ Gavusi visus patvirtinančius dokumentus, kad asmuo draustas PSD, turi jam išrašytą gydytojo siuntimą.

¹⁷² Užsakymo įvedimo laikas, paciento asmens duomenys, draustumo PSD patvirtinimas, patvirtinimo data, atidavimo fiziniam asmeniui naudoti data ir kt.

¹⁷³ LR valstybės kontrolės „Išvada dėl 2010 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio“, 2011-04-14 Nr. FA-P-10-4-6, žr. www.vkontrole.lt.

techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo laukimo eilę ataskaitą¹⁷⁴. Remiantis šios ataskaitos duomenimis 2011 m. gruodžio 31 dienai išduotų ir nekompensuotų ortopedijos techninių priemonių vertė sudaro 69 574 tūkst. Lt. VLK direktoriaus įsakymu¹⁷⁵ pavesta teritorinėms ligonių kasoms atlikti užsakymų, pagal kuriuos 2009, 2010 ir 2011 metais buvo pagamintos, išduotos ir iki šiol nekompensuotos ortopedijos techninės priemonės, teisėtumo ir pagrįstumo patikrinimą.

Sveikatos apsaugos ministras priėmė įsakymą¹⁷⁶, kuriuo nustatė, kad 2011 m. PSDF biudžeto lėšos, skirtos Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti, turi būti naudojamos 2011 m. pagamintų ir išduotų ortopedijos technikos priemonių išlaidoms kompensuoti.

Šį įsakymą ortopedijos įmonės apskundė teismui¹⁷⁷ kaip neteisėtą. 2012 m. kovo 23 d. Vilniaus apygardos administracinis teismas patenkino ortopedijos įmonių skundą ir panaikino įsakymą. Sveikatos apsaugos ministerija 2012 m. balandžio 10 d. pateikė apeliacinį skundą. Teismo sprendimas kol kas nėra įsiteisėjęs, todėl įsakymas vis dar galioja.

2012 m. vasario 1 d. Sveikatos apsaugos ministras patvirtino analogišką įsakymą¹⁷⁸ dėl 2012 metais pagamintų ir išduotų ortopedijos technikos priemonių išlaidų kompensavimo, kuris taip pat buvo apskųstas teismui kaip neteisėtas, tačiau sprendimas dėl šio teisės akto dar nėra priimtas.

2011 m. valstybinio audito ataskaitoje „Privalomasis sveikatos draudimas“¹⁷⁹ buvo konstatuota, kad ortopedijos techninės priemonės apdraustiesiems 2009-2010 metais tapo mažiau prieinamos. SAM neparengė ortopedijos techninių priemonių apskaičiavimo metodikos, todėl nėra galimybės įvertinti šių priemonių bazinių kainų dydžių pagrįstumo, taigi nėra prielaidos PSDF biudžeto lėšas naudoti efektyviau. Atsižvelgiant į šią išvadą Sveikatos apsaugos ministerijai buvo rekomenduota parengti ir patvirtinti ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymo metodiką, organizuojant ortopedijos techninių priemonių kompensavimą spręsti klausimą dėl procedūrų, leidžiančių naudotis konkurencijos teikiama nauda (viešojo pirkimo procedūra ar pan.) taikymo, taip pat parengti ir įgyvendinti kompensacijos už pagamintas ir išduotas ortopedijos technines priemones laukimo eilės sumažinimo priemones.

VLK 2012 metų pradžioje raštu¹⁸⁰ pateikė informaciją apie planuojamas priemones, kuriomis siekiama sumažinti kompensacijų už ortopedijos technines priemones, pagamintas ir išduotas naudoti ankstesniais periodais, laukimo eilę. Išnagrinėjus šią informaciją, pateikta

¹⁷⁴ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-12-27 įsakymas Nr. 1K-286, pateikiamas kaip 2011 m. PSDF metinio biudžeto vykdymo ataskaitos rinkinio Aiškinamojo rašto 8 priedas.

¹⁷⁵ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2012-02-22 įsakymu Nr. 1K-36 „Dėl neplaninio ortopedijos techninių priemonių užsakymų pagrįstumo ir teisėtumo tikrinimo“.

¹⁷⁶ LR sveikatos apsaugos ministro 2011-11-22 įsakymas Nr. 999 „Dėl 2011 m. pagamintų ir išduotų ortopedijos techninių priemonių išlaidų kompensavimo“.

¹⁷⁷ 2011-12-30 skundas Vilniaus apygardos administraciniam teismui „Dėl 2011 m. lapkričio 22 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-999 „Dėl 2011 metais pagamintų ir išduotų ortopedijos techninių priemonių išlaidų kompensavimo“.

¹⁷⁸ LR sveikatos apsaugos ministro 2012-02-01 įsakymas Nr. V-71 „Dėl 2012 metais pagamintų ir išduotų ortopedijos techninių priemonių išlaidų kompensavimo“.

¹⁷⁹ 2011-03-10 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-3 „Privalomasis sveikatos draudimas“, žr. www.vkontrole.lt

¹⁸⁰ Valstybinės ligonių kasos 2012-01-06 raštas Nr. 4K-26-173 „Dėl Valstybės kontrolės rekomendacijų tinkamo įgyvendinimo“.

nuomonė¹⁸¹, kad siūlymas ankstesniais metais pagamintų ir išduotų ortopedijos techninių priemonių išlaidų kompensavimui skirti dalį (11 proc.) einamųjų metų asignavimų nebus pakankamas, kad artimiausiais metais iš esmės būtų sumažinta kompensacijos laukimo eilė, todėl VLK turėtų parengti bei įgyvendinti ir kitokias priemones.

Vykdydama sveikatos apsaugos ministro rezoliuciją, VLK išnagrinėjo galimus mokėtinų sumų apskaičiavimo būdus, kuriuos 2012 m. gegužės 28 d. ir 2012 m. birželio 6 d. susitikimuose pristatė Ortopedijos ir reabilitacijos paslaugų teikėjų asociacijai. Šiuo metu VLK rengia sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl ortopedijos techninių priemonių, pagamintų ir išduotų iki 2012 metų įsigijimo išlaidų kompensavimo“ projektą, kuriuo būtų leista panaudoti 2012 m. III ir IV ketvirčiuose esančią dalį lėšų (11 proc. 2012 metams skirtų asignavimų ortopedijos techninėms priemonėms) dalies 2011 metais pagamintų ir išduotų priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimui.

¹⁸¹ Valstybės kontrolės 2012-01-23 raštas Nr. S-(10-1632)-161 „Dėl Valstybės kontrolės rekomendacijų įgyvendinimo“.

REKOMENDACIJOS

Atsižvelgdami į šioje audito ataskaitoje išdėstytus dalykus ir veiklos audito ataskaitoje¹⁸² pateiktas rekomendacijas siūlome:

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kurie užtikrintų:
 - ▶ kad Atrankinėje mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje nebūtų viena kitai prieštaraujančių nuostatų (2.2.4.2 skirsnis, 38 psl.);
 - ▶ kad Lietuvos mastu visos TLK sutartis su ASPĮ sudarytų vienodais principais, o sutartines sumas apskaičiuotų vadovaudamasi vienodais lėšų paskirstymo kriterijais (4 skyrius, 46–48 psl.);

Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos:

- siekiant užtikrinti efektyvesnę pajamų iš žalos surinkimą į PSDF biudžetą ir suvienodinti žalų nustatymo praktiką TLK:
 - ▶ parengti žalos iš ASPĮ ir vaistinių apskaičiavimo ir nustatymo metodiką, detalizuojant ir formalių pažeidimų apibrėžimą (2.1.4 skirsnis, 15–20 psl.);
 - ▶ numatyti TLK specialistų teisininkų dalyvavimą vertinant kontrolės skyrių nustatytus pažeidimus ir galimas žalas (2.1.4 skirsnis, 15–20 psl.);
 - ▶ svarstyti galimybę plačiau taikyti baudų ar kitų sankcijų skyrimą, nustačius pakartotinius pažeidimus (2.1.4 skirsnis, 15–20 psl.);
 - ▶ imtis priemonių dėl pakankamo ir laiku atliekamo žalos nustatymo, įvertinus taikomus senaties terminus (2.1.4 skirsnis, 15–20 psl.);
 - ▶ inicijuoti aktyvesnę TLK kontrolės skyrių ir atsakingų institucijų bendradarbiavimą, nustatant žalą PSDF biudžetui padariusius asmenis (2.1.5 skirsnis, 20 – 22 psl.);
- siekiant užtikrinti efektyvų ir ekonomišką PSDF biudžeto lėšų naudojimą:
 - ▶ numatyti, kad TLK dalyvautų savivaldybių vykdomoje Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos projektų atrankoje, siekiant pašalinti projektus, atitinkančius PSDF apmokamų prevencinių programų tikslus (2.2.4.1 skirsnis, 34–36 psl.);
 - ▶ įpareigoti TLK kontrolės skyrius atlikti nuolatinius prevencinių programų vykdymo ASPĮ tikrinimus, atsižvelgiant į nustatytų pažeidimų mastą, vykdant šias programas (2.2.4.2 skirsnis, 36–41 psl.);
 - ▶ ANTI-D imunoglobulino įsigijimą ir tiekimą ASPĮ organizuoti įvertinus faktiškai ASPĮ turimus preparato likučius ir jų sunaudojimo poreikį (2.2.4.3 skirsnis, 41–43 psl.);

¹⁸² Veiklos audito ataskaita „Privalomasis sveikatos draudimas“, 2011-03-10 Nr. VA-P-10-2-3 žr. www.vkontrolė.lt.

- ▶ inicijuoti ANTI-D imunoglobulino sukaupimą reglamentuojančios tvarkos pakeitimus, įvertinus nedidelį preparato poreikį turinčių ASPI galimybę tinkamai įgyvendinti šias nuostatas (2.2.4.3 skirsnis, 41–43 psl.);
- ▶ centralizuotai perkamų vaistų įsigijimą organizuoti pagrįstai įvertinus realius vaistų likučius ASPI ir faktinį jų sunaudojimo poreikį (5 skyrius, 49–53 psl.);
- ▶ atstatant ASPI suteiktą paslaugų balo vertę, pašalinti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui (2.1.4 skirsnis, 15–20 psl. ir 2.1.5 skirsnis, 20–22 psl.);
- ▶ patikslinti VLK tarnybinių automobilių naudojimo taisykles, kad jos atitiktų galiojančių teisės aktų reikalavimus, siekiant užtikrinti automobilių naudojimą tik tarnybos reikmėms ir nustatyti nuolatinę tarnybinių automobilių laikymo vietą (2.2.3 skirsnis, 32–33 psl.).

Tikrintoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms rekomendacijos pateiktos raštuose (žr. 6 priedą).

1-ojo audito departamento direktorius

Laimonas Čiakas

Vyriausioji valstybinė auditorė

Aušrinė Asanavičienė

Valstybinio audito ataskaita pateikta Lietuvos Respublikos Seimo Audito komitetui.

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos
„Dėl Privalomojo sveikatos draudimo
fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio
audito rezultatų“
1 priedas

Asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, faktinio skaičiaus ir turėtų pervesti į PSDF biudžetą Valstybės biudžeto lėšų apskaičiavimas

Eil. Nr.		2011 m. gegužės–gruodžio mėn.							
		5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Asmenys, gaunantys Lietuvos Respublikos įstatymų nustatytą bet kurios rūšies pensiją ar šalpos kompensaciją</i>									
1.	Valstybės draudžiamų asmenų lėšomis skaičius	743614	746993	747719	750375	755544	850629	854828	862457
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	45422422	45628822	45673169	45835406	46151146	5195925	52215744	52681748
<i>Nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, užsiregistravę gyvenamosios vietos darbo biržoje kaip norintys ir galintys dirbti tam tikrą darbą</i>									
2.	Valstybės draudžiamų asmenų lėšomis skaičius	222270	211420	203795	196542	189433	93294	94960	103322
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	13576993	12914238	12448478	12005441	11571199t	5698709	5800473	6311252
<i>Nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, turintys įstatymų nustatytą būtinąjį valstybinio socialinio pensijų draudimo stažą valstybinei socialinio draudimo senatvės pensijai gauti</i>									
3.	Valstybės draudžiamų asmenų lėšomis skaičius	5643	5928	6054	6125	6229	3437	3484	3461
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	344693	362102	369799	374135	380488	209943	212814	211409
<i>Moterys, kurioms įstatymų nustatyta tvarka suteiktos nėštumo ir gimdymo atostogos, ir nedirbančios moterys nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo</i>									
4.	Valstybės draudžiamų asmenų lėšomis skaičius	165	177	191	204	261	23588	23114	22928
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	10079	10812	11667	12461	15943	1440834	1411880	1400519
<i>Vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis vaiką iki 8 metų, taip pat vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis du ir daugiau nepilnamečių vaikų</i>									
5.	Valstybės draudžiamų asmenų lėšomis skaičius	34763	35902	36715	36723	36204	13179	13677	14269
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	2123440	2193014	2242675	2243163	2211461	805017	835437	871598

Asmenys iki 18 metų									
6.	Valstybės draudžiamų lėšomis asmenų skaičius	606996	603268	601365	601381	603743	604055	603394	602753
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	37077339	36849620	36733379	36734356	36878635	36897693	36857317	36818162
Lietuvos Respublikos bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai, taip pat Lietuvos Respublikos piliečiai ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvos Respublikoje, studijuojantys Europos Sąjungos valstybių narių aukštųjų mokyklų dieniniuose skyriuose									
7.	Valstybės draudžiamų lėšomis asmenų skaičius	127337	119225	109226	109011	120390	124701	126656	128492
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	7778168	7282660	6671888	6658755	7353823	7617153	7736571	7848720
Valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą									
8.	Valstybės draudžiamų lėšomis asmenų skaičius	640	631	630	618	590	3130	3142	3168
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	39093	38544	38483	37750	36039	191191	191924	193512
Vienas iš tėvų (tėvių), globėjas ar rūpintojas, slaugantis namuose asmenį, kuriam nustatytas neįgalumo lygis (vaiką invalidą), arba asmenį, pripažintą nedarbingu (iki 2005 m. liepos 1 d. – I grupės invalidu) iki 24 metų, arba asmenį, pripažintą nedarbingu (iki 2005 m. liepos 1 d. – I grupės invalidu) iki 26 metų dėl ligų, atsiradusių iki 24 metų, arba asmenį, kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis (iki 2005 m. liepos 1 d. – visiška negalia)									
9.	Valstybės draudžiamų lėšomis asmenų skaičius	2344	2395	2426	2432	2453	3278	3187	3111
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	143179	146295	148188	148555	149837	200231	194673	190030
Asmenys, teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti neįgaliaisiais									
10.	Valstybės draudžiamų lėšomis asmenų skaičius	3567	3355	3137	2941	2558	1440	1299	1183
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	217884	204935	191618	179646	156251	87960	79347	72262
Asmenys, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, kurios yra įtrauktos į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą									
11.	Valstybės draudžiamų lėšomis asmenų skaičius	161	195	228	243	263	267	280	310
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	9834	11911	13927	14843	16065	16309	17103	18936
Paspriešinimo (rezistencijos) dalyviai – kariai savanoriai, laisvės kovų dalyviai; reabilituoti politiniai kaliniai ir jiems prilyginti asmenys, tremtiniai ir jiems prilyginti asmenys, taip pat asmenys, nukentėję 1991 m. sausio 13-osios ar kituose įvykiuose gindami Lietuvos nepriklausomybę ir valstybingumą									
12.	Valstybės draudžiamų lėšomis asmenų skaičius	1087	1083	1087	1099	1106	1104	1093	1113

	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	66398	66153	66398	67131	67558	67436	66764	67986
Asmenys, prisidėję prie Černobylio atominės elektrinės avarijos padarinių likvidavimo									
13.	Valstybės draudžiamų skaičius	258	267	278	284	290	281	278	279
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	15760	16309	16981	17348	17714	17164	16981	17042
Buvę geto ir buvę mažamečiai fašistinių prievartinio įkalinimo vietų kaliniai									
14.	Valstybės draudžiamų skaičius	2	2	2	2	2	147	151	152
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	122	122	122	122	122	8979	9224	9285
Valstybės pripažįstamų tradicinių religinių bendrijų dvasininkai, dvasininkų rengimo mokyklų studentai ir vienuolių noviciatuose atliekantys vienuolinę formaciją naujokai									
15.	Valstybės draudžiamų skaičius	766	770	790	795	775	811	814	814
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	46790	47034	48256	48561	47340	49539	49722	49722
Asmenys, kuriems įstatymų nustatyta tvarka yra pripažintas Afganistano karo dalyvių teisinis statusas									
16.	Valstybės draudžiamų skaičius	156	165	171	185	187	4	4	4
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	9529	10079	10445	11300	11423	244	244	244
Nelydimi nepilnamečiai užsieniečiai									
17.	Valstybės draudžiamų skaičius	10	9	9	9	10	12	14	14
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	611	548	550	550	611	733	855	855
Papildomų ir laikiną apsaugą Lietuvos Respublikoje gavę užsieniečiai: asmenys iki 18 metų, asmenys, kuriems nustatyta liga ar organizmo būklė, įrašyta į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą, vieniši tėvai, auginantys nepilnamečius vaikus, moterys nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo, asmenys, kuriems sukako Lietuvos Respublikos įstatymų nustatytas senatvės pensijos amžius									
18.	Valstybės draudžiamų skaičius	0	0	0	1	6	4	8	8
	Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių (Lt)	0	0	0	61	367	244	489	489
Nesukakęs senatvės pensijos amžiaus ir neturintis draudžiamųjų pajamų Respublikos Prezidento sutuoktinis – Respublikos Prezidento kadencijos laikotarpiu									
19.	Valstybės draudžiamų skaičius	0	0	0	0	0	0	0	0

Būtų pervesta atsižvelgiant į faktinį skaičių	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Apibendrinti duomenys

2011 metų pradžiai planuotas valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius	2174268	2174268	2174268	2174268	2174268	2174268	2174268	2174268	2174268
Faktinis valstybės lėšomis draudžiamų asmenų	1749779	1731785	1713823	1708970	1720044	1723361	1730383	1747838	1747838
Finansų ministerijos pervestos lėšos (Lt)	130935000	130934000	130935000	130935000	130934000	128000000	128000000	136804000	136804000
Atsižvelgiant į faktinį valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičių turėjo pervesti (Lt)	106882334	105783198	104686022	104389584	105066021	105268634	105697562	106763771	106763771
Skirtumas tarp pervestos iš Finansų ministerijos ir faktinės, atsižvelgiant į konkretaus mėnesio draudžiamųjų skaičiaus, lėšų sumos (Lt)	24052666	25150802	26248978	26545416	25867979	22731366	22302438	30040229	30040229

Valstybinio audito ataskaitos
 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo
 fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio
 audito rezultatų“
 2 priedas

Pagrindinės pažeidimų rūšys, remiantis 2011 metų ekspertizės pažymų bei patikrinimo aktų duomenimis, žalos dydžio apskaičiavimas

Eil. Nr.	Pažeidimų rūšis	Žalos sk.
I	Asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteiktos neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu ir nesant būtinajai pagalbai	visa sumokėta paslaugos kaina
II	ASPI nepateikė patikrinimui reikalingų dokumentų, kuriuose turi būti įrašai apie suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas	visa sumokėta paslaugos kaina
III	Dėl pažeidimų, nustatytų tikrinant ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas:	
1.	ASPI pateikė apmokėti pirminės asmens sveikatos priežiūros, skatinamąsias paslaugas, gydytojo specialisto konsultacijas, kurios nebuvo suteiktos	visa sumokėta paslaugos kaina
2.	ASPI pateikė apmokėti paslaugą, kuri suteikta nesivadovaujant teisės aktais, reglamentuojančiais tos paslaugos teikimą	visa sumokėta paslaugos kaina
3.	Į informacinę sistemą SVEIDRA suvestos kelios tos pačios rūšies paslaugos, nors turėjo būti įvesta tik viena paslauga	neteisingai suvestos paslaugos kaina
4.	Mediciniuose dokumentuose nėra įrašų apie paslaugą, kurią pateikė apmokėti iš PSDF biudžeto	visa sumokėta paslaugos kaina
5.	Teikiant gydytojo specialisto konsultaciją atlikti ne visi reikalingi tiriamieji ir gydomieji veiksmai	visa sumokėta paslaugos kaina
6.	Gydytojų specialistų konsultacijos pateiktos apmokėti pažeidžiant konsultacijų ir apsilankymų eiliškumo tvarką (LR SAM 1998-06-18 įsakymo Nr. 329 3 priedo 3.11 punktas)	tik neteisingai suvestos paslaugos kaina
7.	Stacionarizuojant pacientą tą pačią dieną suteikta ambulatorinė gydytojo specialisto konsultacija nepagrįstai pateikta apmokėti iš PSDF biudžeto lėšų	visa sumokėta paslaugos kaina
8.	Gydytojo specialisto konsultacija suteikta be siuntimo ir ne dėl būtinosios pagalbos ir pateikta apmokėti iš PSDF biudžeto lėšų	visa sumokėta paslaugos kaina
9.	Kita: įtraukti pažeidimai yra pavieniai ir nedažnai pasikartojantys, todėl netinka prie kitų pažeidimų kategorijų.	
IV	Dėl pažeidimų, nustatytų tikrinant stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas:	
1.	Pacientas stacionarizuotas be siuntimo ir ne dėl būtinosios pagalbos	visa sumokėta paslaugos kaina
2.	Pacientui suteikta stacionarinė paslauga neatitinka paslaugos teikimą reglamentuojančiuose teisės aktuose numatytų specialiųjų paslaugos teikimo reikalavimų	visa sumokėta paslaugos kaina
3.	Pacientas stacionarizuotas nepagrįstai (stacionare teiktos paslaugos nepriskirtos stacionarinėms paslaugoms, LR Sveikatos apsaugos ministro 2006 -12-22 įsakymas Nr. 1114)	visa sumokėta paslaugos kaina
4.	Pacientui suteiktos stacionarinės paslaugos pateiktos apmokėti pagal brangesnį ligų gydymo profilį nei turėjo būti pateiktos	skaičiuojamas skirtumas
5.	Paciento stacionarinio gydymo metu jam suteiktos gydytojų specialistų konsultacijos papildomai pateiktos apmokėti iš PSDF biudžeto	visa sumokėta ambulatoriniam paslaugos kaina
6.	Į informacinę sistemą SVEIDRA suvestos kelios tos pačios rūšies paslaugos, nors turėjo būti tik viena	neteisingai suvestos paslaugos kaina
7.	Kita: įtraukti pažeidimai yra pavieniai ir nedažnai pasikartojantys, todėl netinka prie kitų pažeidimų kategorijų.	
V	Dėl pažeidimų, nustatytų tikrinant kompensuojamųjų vaistų skyrimo ir išrašymo	

	pagrįstumą	
1.	Mediciniuose dokumentuose nėra įrašų apie išrašytus kompensuojamuosius vaistus ir/ar medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP)	kompensuojamoji vaisto kainos dalis
2.	Gydymui skirti ir išrašyti vaistai ir/ar MPP neatitinka teisės aktuose nustatytų vaistų skyrimo sąlygų (trukmė, tyrimų rezultatai, ligos stadija, nėra būtinos gydytojo specialisto konsultacijos ir t.t.)	kompensuojamoji vaisto kainos dalis
3.	Kompensuojamieji vaistai išrašyti pažeidžiant LR Sveikatos apsaugos ministro 200-01-28 įsakymą Nr. 49, kuriuo patvirtinti ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašai (sąrašas A ir B);	kompensuojamoji vaisto kainos dalis
4.	MPP išrašyti pažeidžiant LR Sveikatos apsaugos ministro 2000-10-06 įsakymą Nr.529, kuriuo patvirtintas kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašas (sąrašas C);	kompensuojamoji MPP kainos dalis
5.	Vaistas išrašytas nesivadovaujant vaistinio preparato charakteristikos, išskyrus vaistus, skirtus retoms sunkioms ligoms gydyti	kompensuojamoji vaisto kainos dalis
6.	Gydytojas pasinaudojo ne savo tapatybės lipduku	kompensuojamoji vaisto kainos dalis
7.	Gydytojas išrašė 3 formos receptą ¹⁸³ , nuroydamas ankstesnę jo įsigaliojimo datą, negu numatyta teisės aktuose	kompensuojamoji vaisto kainos dalis arba skirtumas už kiek viršyta
8.	Kita įtraukti pažeidimai yra pavieniai ir nedažnai pasikartojantys, todėl netinka prie kitų pažeidimų kategorijų.	
VI	Dėl pažeidimų, nustatytų tikrinant vaistines	
1.	Vaistinė pardavė kompensuojamąjį vaistą ar MPP pagal neteisingai išrašytą 3 formos receptą kompensuojamajam vaistui ar MPP	kompensuojamoji vaisto kainos dalis
2.	Vaistinė išdavė didesnę kiekį vaisto negu galima išduota pagal teisės aktus	skirtumas kiek viršyta
3.	Vaistinė pardavė kompensuojamąjį vaistą pagal negaliojantį vaistų pasą, receptą	kompensuojamoji vaisto kainos dalis
4.	Kita: įtraukti pažeidimai yra pavieniai ir nedažnai pasikartojantys, todėl netinka prie kitų pažeidimų kategorijų	

¹⁸³

3 formos blankas naudojamas kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išrašyti. Jį sudaro du tuo pačiu eilės numeriu pažymėti receptų blankai, kurių antrasis spausdinamas ant savaiminio kopijavimo popieriaus. Šaltinis: LR sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. 112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo) (Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams)“ (Žin., 2002, Nr. 28-1013).

Valstybinio audito ataskaitos
 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo
 fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio
 audito rezultatų“
 3 priedas

**Pasirinktų pirmines ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų
 apsilankymų pas bendrosios praktikos gydytojus įkainių analizė**

Eil. Nr.	ASPI pavadinimas	ASPI per 2011 m. gautos PSDF biudžeto lėšos už suteiktas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (įskaitant gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas)	Bendrosios praktikos gydytojų (BPG), dirbančių ASPI skaičius	Apsilankymų pas BPG skaičius per 2011 metus	Vidutinė vieno apsilankymo pas BPG kaina per 2011 m.	Pastabos
1.	VŠĮ Antakalnio poliklinika	14 873 433 Lt	67	342 569 (vienam gydytojui tenka 19,4 apsilankymai per 1 dieną, kai vidutinis darbo dienų skaičius per mėnesį 22).	43,4 Lt	Pagal paslaugų klasifikatorių: 51,6 Lt įkainis nustatytas vaikų kardiologo, genetiko, vaikų alergologo, vaikų kardiologo, tiek vaikų, tiek suaugusių nefrologo konsultacijoms; 42,1 Lt įkainis nustatytas akušerio-ginekologo, infektologo, chirurgo, vidaus ligų gydytojo, veido ir žandikaulio chirurgo, širdies chirurgo, vaikų anesteziologo, vaikų oftomologo konsultacijoms;
2.	VŠĮ Kauno Dainavos poliklinika	10 084 987 Lt	99,4 (etatų)	220 580 (iš jų 153 897 apsilankymai pas šeimos gydytoją, 6 512 šeimos gydytojų apsilankymai namuose, 32 077 apsilankymai pas vaikų ligų gydytojus, 28 094 apsilankymai pas vidaus ligų gydytojus). (vienam gydytojui tenka 8,4 apsilankymai per 1 dieną, kai vidutinis darbo dienų skaičius per mėnesį 22).	52,4 Lt	
3.	VŠĮ Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centras	1 637 740,85 Lt	7	40 621 (vienam gydytojui tenka 22 apsilankymai per 1 dieną, kai vidutinis darbo dienų skaičius per mėnesį 22).	40,3 Lt	
4.	VŠĮ Šilutės pirminės sveikatos priežiūros centras „Šilutės poliklinika“	1 820 589,85 Lt	18	35 297 (vienam gydytojui tenka vidutiniškai 7,4 apsilankymų per 1 dieną, kai vidutinis darbo dienų skaičius per mėnesį 22).	51,6 Lt	

Valstybinio audito ataskaitos
„Dėl Privalomojo sveikatos draudimo
fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio
audito rezultatų“
4 priedas

VšĮ Karoliniškių poliklinika vykdyto projekto priemonių įsigijimo vertinimas

VšĮ Karoliniškių poliklinika, vykdydama šį projektą, pažeidė Viešųjų pirkimų įstatymo¹⁸⁴ 85 str. 1 ir 2 dalį, nepasiekė šio įstatymo 3 straipsnio 2 dalyje nurodyto pirkimo tikslo – sudaryti viešojo pirkimo sutartį, racionaliai panaudoti tam skirtas lėšas, nes be viešojo pirkimo procedūrų iš viešosios įstaigos įsigijo už 42 186 Lt¹⁸⁵ medicininės įrangos priežiūros paslaugas. Šios paslaugos buvo įsigytos iš viešosios įstaigos, kuri programos vykdymui poliklinikai perdavė pagal panaudos sutartį¹⁸⁶ neatlygintinai naudotis mobilųji mamografijos kabinetą – automobilinę puspriekabę su mamografu ir kita medicinine įranga (toliau – medicininė įranga). Poliklinika iš programai vykdyti skirtų lėšų 42 186 Lt panaudojo šioms medicininės įrangos naudojimo ir priežiūros išlaidoms (įrangos paruošimo darbams, būklės tikrinimui, kokybės kontrolei, eksploatavimo paslaugoms, techninės priežiūros paslaugoms ir transportavimui, draudimui už 6 mėn., įrangos naudojimo ir eksploatavimo kaštams kompensuoti) apmokėti.

Pažymėtina, kad panaudos sutartyje ir papildomame susitarime¹⁸⁷ nurodytos paslaugos už medicininės įrangos naudojimą ir priežiūrą yra abstrakčios, nenurodyti šių paslaugų įkainiai. Poliklinika Valstybės kontrolei tik papildomai raštu¹⁸⁸ paaiškino, kokios konkrečios paslaugos buvo suteiktos atliekant šios medicininės įrangos priežiūrą.

Be to, poliklinika, apmokėdama viešajai įstaigai už šias paslaugas, sumokėjo 504,17 Lt mobiliojo mamografijos kabineto draudimo išlaidų už laikotarpį, kai programa nebuvo vykdoma. Programa buvo vykdoma keturis mėnesius (nuo rugsėjo iki gruodžio mėn.), o draudimo išlaidos apskaičiuotos ir sumokėtos už 6 mėnesius.

Įvertinus vieną iš medicininės įrangos priežiūros teiktų paslaugų – mamografo techninę priežiūrą, nustatėme, kad VšĮ Karoliniškių poliklinikos pagal panaudos sutartį naudojamo mamografo techninės priežiūros išlaidos buvo didesnės negu kitų sveikatos priežiūros įstaigų (1 poliklinikos ir 2 ligoninių), kurios buvo atrinktos palyginimui, analogiškos išlaidos. VšĮ Karoliniškių poliklinikos pagal panaudos sutartį naudojamo mamografo techninė priežiūra programos vykdymo laikotarpiu (rugsėjo – gruodžio mėn.) buvo atliekama kiekvieną mėnesį ir viešajai įstaigai kiekvieną mėnesį buvo sumokėta po 1 500,00 Lt (be PVM) už šias paslaugas. Iš viso programos vykdymo laikotarpiu, kuris truko 4 mėnesius, poliklinika sumokėjo už šią paslaugą 6 000 Lt. Kitų sveikatos įstaigų naudojamų mamografų techninė priežiūra buvo atliekama tik du kartus per metus ir ši paslauga per metus joms kainavo iš viso apie 3 400 Lt.

VšĮ Karoliniškių poliklinika 2011 metais panaudojo visas gautas 50,0 tūkst. Lt lėšas, tačiau neatliko visų lėšų naudojimo sutartyje nurodytų mamografijų skaičiaus. Vykdydant visuomenės sveikatos programą „Krūties vėžio prevencija Vilniaus mieste“ pagal sutarties sąlygas 2011 metais buvo numatyta atlikti 1500 mamografijų, tačiau pagal šios programos veiklos ataskaitoje pateiktus duomenis buvo atliktos 1034 mamografijos, t. y. 466 mamografijomis mažiau nei buvo nurodyta sutartyje, o pagal poliklinikos buhalterinės apskaitos dokumentus (pateiktas apmokėjimui sąskaitas-faktūras) – projekto vykdymo laikotarpiu buvo atliktos tik 864 mamografijos paslaugos (636 mažiau nei numatyta sutartyje).

¹⁸⁴ LR viešųjų pirkimų įstatymas, 1996-08-13 Nr. I-1491 (2005-12-22 įstatymo Nr. X-471 redakcija)

¹⁸⁵ VšĮ Karoliniškių poliklinikos mokėjimo nurodymai: 2011-12-20 Nr. 2175 – 31 941,34 Lt, 2011-12-29 Nr. B110117 – 10 244,66 Lt.

¹⁸⁶ 2011-07-04 panaudos sutartis Nr. 33-B-2011-096.

¹⁸⁷ Panaudos sutarties Nr. 33-B-2011-096 papildomas susitarimas, 2011-09-07 Nr. 2.

¹⁸⁸ VšĮ Karoliniškių poliklinikos raštai: 2012-03-22 Nr. R2-2-2.26-567, 2012-04-05 Nr. R2-2.26-690.

Valstybinio audito ataskaitos
„Dėl Privalomojo sveikatos draudimo
fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio
audito rezultatų“
5 priedas

Sutartinių lėšų, skirtų PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnio postraipsnių, skaičiavimo reglamentavimo palyginimas

Skaičiuojant planuojamų suteikti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienių) (03 postraipsnis) skaičių ASPĮ pagal formules vertinami skirtingi rodikliai:

- Vilniaus ir Panevėžio TLK lėšas, skirtas konkrečios savivaldybės gyventojams, dalina iš vidutinės TLK veiklos zonos gyventojams suteiktų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienio) bazinės kainos (litais);

- Kauno TLK lėšas, skirtas konkrečios savivaldybės gyventojams, dalina iš vidutinės tos savivaldybės gyventojams suteiktų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienio) kainos (litais) (1 lovadienio kaina Kauno TLK veiklos zonoje svyruoja nuo 77,37 Lt Kazlų Rūdos savivaldybėje iki 84,51 Lt Vilkaviškio rajono savivaldybėje).

Planuojami paliatyvosios pagalbos paslaugų kiekiai kiekvienai ASPĮ taip pat apskaičiuojami skirtingai kiekvienoje TLK:

- Vilniaus TLK skaičiuoja kiekvienai paliatyvosios pagalbos paslaugų rūšiai (stacionarinėms, dienos stacionarinėms ir ambulatorinėms paliatyvosios pagalbos paslaugoms) atkirai bei vertinamos kiekvienai paslaugų rūšiai skirtos lėšos konkrečioje savivaldybėje ir visoje TLK;

- Kauno TLK taip pat kiekius skaičiuoja kiekvienai paliatyvosios pagalbos paslaugų rūšiai (stacionarinėms, dienos stacionarinėms ir ambulatorinėms paliatyvosios pagalbos paslaugoms) atkirai ir vertina kiekvienai paslaugų rūšiai skirtas lėšas konkrečioje savivaldybėje, tačiau į formulę įvedamas papildomas rodiklis (kn -koeficientas), įvertinantis ASPĮ praėjusiais metais suteiktų paslaugų svorį visų konkrečioje savivaldybėje veikiančių ASPĮ kontekste).

Panevėžio TLK lovadienių kaina, lyginant su kitų TLK tvarkomis, yra kaip papildomas rodiklis. Tačiau 2011 m. paskirstant lėšas Panevėžio TLK atsakingi darbuotojai vieno lovadienio kainos nevertino.

Klaipėdos TLK stacionarinių paslaugų (0105 postraipsnis) sutartinės sumos, sulygotos 2011 m. sutartyse su ASPĮ, apskaičiuotos nesivadovaujant Klaipėdos TLK direktoriaus 2010 m. lapkričio 2 d. įsakymu Nr. V-145 patvirtinta tvarka. 2011 m. sutartinių sumų apskaičiavimas atliktas atsižvelgiant į 2010 metais buvusį paslaugų mastą, vertinta PSDF biudžeto lėšų suma, kuriai per 2010 m. buvo priimtos sąskaitos (už stacionaro paslaugas, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, priėmimo - skubios pagalbos skyriaus teiktas paslaugas), įvertinus einamųjų metų (2011 m.) pradžiai žinomus įvykusius pokyčius (pacientų srautų, paslaugų nomenklatūros pokyčiai, numatymas sudaryti sutartis su naujomis ASPĮ), taip pat vertintas bazinių kainų balo pokytis.

Klaipėdos TLK atsakingi darbuotojai sutartines sumas už paslaugas, apmokamas iš 0104, 0105 postraipsnių, taip pat apskaičiavo ir pagal Klaipėdos TLK direktoriaus nustatytą tvarką, tačiau atsižvelgiant į tai, kad apskaičiavus pagal nustatytas tvarkas išaugo lėšų poreikis ir sudarė 285 833 tūkst. Lt, kai, tuo tarpu VLK skirtų lėšų suma metų pradžiai buvo 280 164,1 tūkst. Lt (267 260,5 tūkst. Lt iš PSDF biudžeto ir 12 803,6 tūkst. Lt iš PSDF biudžeto rezervo), nuspręsta ASPĮ sutartines sumas siūlyti pagal praėjusių metų faktą.

Valstybinio audito ataskaitos
 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo
 fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio
 audito rezultatų“
 6 priedas

Raštai teritorinėms ligonių kasoms ir ASPĮ

Eil. Nr.	Įstaiga	Antraštė	Registracijos data	Dokumento numeris
1.	VŠĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-08	Nr. S-(10-2166)-1333
2.	VŠĮ Šilutės ligoninė	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-08	Nr. S-(10-2166)-1334
3.	VŠĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-08	Nr. S-(10-2166)-1335
4.	VŠĮ Karoliniškių poliklinika	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-08	Nr. S-(10-2166)-1336
5.	VŠĮ Šilutės pirminės sveikatos priežiūros centras	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-19	Nr. S-(10-2166)-1422
6.	VŠĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-19	Nr. S-(10-2166)-1423
7.	VŠĮ Antakalnio poliklinika	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-21	Nr. S-(10-2166)-1463
8.	VŠĮ Kauno Dainavos poliklinika	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-21	Nr. S-(10-2166)-1464
9.	VŠĮ Klaipėdos senamiesčio pirminės priežiūros sveikatos centras	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-21	Nr. S-(10-2166)-1465
10.	Vilniaus teritorinė ligonių kasa	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-	Nr. S-(10-2166)-1490
11.	Kauno teritorinė ligonių kasa	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-	Nr. S-(10-2166)-1535
12.	Klaipėdos teritorinė ligonių kasa	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-	Nr. S-(10-2166)-1495
13.	Panevėžio teritorinė ligonių kasa	Dėl audito metu nustatytų dalykų	2012-06-	Nr. S-(10-2166)-1494

Valstybinio audito ataskaitos
 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo
 fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio
 audito rezultatų“
 7 priedas

Rekomendacijų įgyvendinimo planas

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
1	2	3	4	5
1.	Inicijuoti teisės aktų pakeitimus:	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai		
1.1	kurie užtikrintų, kad Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos reglamentavime nebūtų viena kitai prieštaraujančių nuostatų;		Patikslinti 2005-09-23 įsakymą Nr.V-729	2013-m. I ketv.
1.2	kurie užtikrintų, kad Lietuvos mastu visos TLK sutartis su ASPI sudarytų vienodais principais, o sutartines sumas apskaičiuotų vadovaujantis vienodais lėšų paskirstymo kriterijais;		Parengti ir patvirtinti ministro įsakymą	2013 m. III ketv.
2.	Siekiant užtikrinti efektyvesnę pajamų iš žalos surinkimą į PSDF biudžetą ir suvienodinti žalų nustatymo praktiką TLK:	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos		
2.1	parengti žalos iš ASPI ir vaistinių apskaičiavimo ir nustatymo metodiką, detalizuojant ir formalių pažeidimų apibrėžimą;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Parengti ir patvirtinti VLK direktoriaus įsakymu žalos iš ASPI ir vaistinių apskaičiavimo ir nustatymo principus, detalizuojant ir formalių pažeidimų apibrėžimą	2012 m. IV ketv.
2.2	numatyti TLK specialistų teisininkų dalyvavimą vertinant kontrolės skyrių nustatytus pažeidimus ir galimas žalas;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Koreguoti ASPI, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su VLK ir teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašą, patvirtintą VLK direktoriaus 2006 m. kovo 24 d. įsakymu Nr. 1K-41 (Žin., 2006, Nr. 38-1371; 2010, Nr. 66-3324) numatant, kad ekspertizės procedūroje dalyvautų teisininkai	2012 m. IV ketv.
2.3	svarstyti galimybę plačiau taikyti baudų ar kitų sankcijų skyrimą, nustatius pakartotinius pažeidimus;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Sudaryti darbo grupę, kuri išanalizuotų ir svarstytų galimybę reglamentuoti ASPI ir vaistinių bei TLK įsipareigojimus ir sutartis šalių	2012 m. IV ketv.

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			atsakomybę, tai yra platesnį baudų ir kitų sankcijų skyrimą už pakartotinius pažeidimus.	
2.4	imtis priemonių dėl pakankamo ir savalaikio žalos nustatymo įvertinus taikomus senaties terminus;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Sudaryti darbo grupę, kuri išanalizuotų priemones savalaikiam žalos PSDF biudžetui nustatyti.	2013 m. I ketv.
2.5	inicijuoti aktyvesnį TLK kontrolės skyrių ir atsakingų institucijų bendradarbiavimą, nustatant žalą PSDF biudžetui padariusius asmenis, tiek administracinių teisės pažeidimų, tiek ir baudžiamosiose bylose.	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	VLK direktoriaus įsakymu įpareigoti TLK pasirašyti bendradarbiavimo sutartis su TLK veiklos zonos atsakingomis institucijomis, nustatant žalą PSDF biudžetui padariusius asmenis.	2012 m. IV ketv.
3.	Siekiant užtikrinti efektyvų ir ekonomišką PSDF biudžeto lėšų naudojimą:	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos		
3.1	numatyti TLK dalyvavimą savivaldybių vykdomoje Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos projektų atrankoje, siekiant eliminuoti projektus, atitinkančius PSDF apmokamų prevencinių programų tikslus;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Pakeisti VLK direktoriaus 2011 m. rugpjūčio 1 d. įsakymą Nr. 1K-157 „Dėl Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos finansavimo ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. 100-4732), nustatant, kad Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos lėšomis nebūtų finansuojamos priemonės, kurių išlaidos jau apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, skirtomis sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti	2012 m. IV ketv.
3.2	įpareigoti TLK kontrolės skyrius atlikti nuolatinius prevencinių programų vykdymo ASPĮ tikrinimus, atsižvelgiant į nustatytą pažeidimų mastą, vykdant šias programas;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Modernizuoti informacinę sistemą <i>SVEIDRA</i> , įvedant programinę įrangą, kurios pagalba bus tikrinamas prevencinių programų	2014 m. I ketv.

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			paslaugų pateikimo apmokėti periodiškumas per atitinkamus programų teikimo laikotarpius, pacientų amžius ir lytis, numatyti SAM prevencinių programų įsakymuose	
3.3	ANTI-D imunoglobulino įsigijimą ir tiekimą ASPĮ organizuoti įvertinus faktiškai ASPĮ turimus šio preparato likučius ir jų sunaudojimo poreikį;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Parengti sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-810 „Dėl Anti-D imunoglobulino, už kurį apmoka Nacionalinis kraujo centras iš Nacionalinei kraujo programai skirtų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, skyrimo indikacijų ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo projektą, kuriame bus reglamentuota Anti-D imunoglobulino atsargos ASPĮ, aprūpinimo bei tiekimo tvarka	2013 m. I ketv.
3.4	inicijuoti ANTI-D imunoglobulino sukaupimą reglamentuojančios tvarkos pakeitimus, įvertinus nedidelį šio preparato poreikį turinčių ASPĮ galimybę tinkamai įgyvendinti šias nuostatas;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos		
3.5	centralizuotai perkamų vaistų įsigijimą organizuoti pagrįstai įvertinus realius vaistų likučius ASPĮ ir faktinį jų sunaudojimo poreikį;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Sukurti informacinę sistemą, skirtą atlikti centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių apskaitai ir suvartojimo kontrolei pagal ASPĮ ir konkretų pacientą	2013 m. IV ketv.
3.6	atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę, eliminuoti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Sudaryti darbo grupę išanalizuoti ir svarstyti galimybę atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę, eliminuoti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui	2012 m. IV ketv.
3.7	patikslinti VLK tarnybinių automobilių naudojimo taisykles, kad jų nuostatos atitiktų galiojančių teisės aktų reikalavimus, siekiant užtikrinti automobilių naudojimą tik tarnybos reikmėms, ir nustatyti nuolatinę tarnybinių automobilių laikymo vietą.	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Patikslinti VLK direktoriaus 2009 m. rugsėjo 14 d. įsakymą Nr. 1K-158 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių	Priemonė įvykdyta VLK direktoriaus 2012 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 1K-149 „Dėl Valstybinės

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			patvirtinimo“	ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2009 m. rugsėjo 14 d. įsakymo Nr. 1K-158 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos tarnybinių lengvųjų automobilių naudojimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo“
4.	Siekti glaudesnio bendradarbiavimo su VASPVT, vykdant Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 3 str. 5 p. nuostatas – kad viešojo administravimo subjektai, rengdami administracinius sprendimus, prireikus teikia vienas kitam reikalingą informacinę ir kitokią pagalbą bei numatyti atsakingą asmenį, kuris kas mėnesį prieš apmokant ASPĮ už paslaugas tikrintų informaciją dėl įstaigų licencijavimo sąlygų pasikeitimo.	Klaipėdos teritorinė ligonių kasa	Prieš apmokant ASPĮ už suteiktas ir iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas paslaugas, VASPVT tinklapyje kas mėnesį tikrinti informaciją apie įstaigų turimų licencijų sąlygų pasikeitimus.	Nuo 2012 m. III ketv.
5.	Atlikti su atsargomis susijusių sąskaitų koregavimą.	Klaipėdos teritorinė ligonių kasa	Bus atitaisyta 2012 m. pirmo pusmečio finansinėse ataskaitose	2012 m. III ketv.
6.	siekiant užtikrinti efektyvų, ekonomišką PSDF biudžeto lėšų naudojimą tik suteiktoms ir tinkamai dokumentuose nurodytoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėta:	Klaipėdos teritorinė ligonių kasa		
6.1	paskirti atsakingus asmenis, kurie priimdami sąskaitas iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų apmokėjimui, įsitikintų, kad suteikta asmens sveikatos priežiūros paslauga apmokėjimui būtų pateikta tik vieną kartą;	Klaipėdos teritorinė ligonių kasa	Parengti programinę priemonę, kuri užtikrintų prevencinių programų paslaugų suteikimą ir pateikimą apmokėjimui tik vieną kartą per atitinkamus sveikatos apsaugos ministro įsakymuose nustatytus laikotarpius. Paskirtas asmuo ataskaitų priėmimo metu atliks minėtą patikrinimą	Nuo 2012 m. III ketv.
6.2	atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę,	Klaipėdos	Sudaryti darbo grupę	2012 m. IV

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
	eliminuoti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui;	teritorinė ligonių kasa	išanalizuoti ir svarstyti galimybę atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę, eliminuoti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui	ketv.
6.3	atsižvelgiant į nustatytą pažeidimų mastą, vykdant prevencines programas, atlikti nuolatinis prevencinių programų vykdymo ASPĮ tikrinimus.	Klaipėdos teritorinė ligonių kasa	Atlikti visų prevencinių programų vykdymo VŠĮ Šilutės PSPC, VŠĮ Klaipėdos Senamiesčio PSPC ir kitų ASPĮ prevencinių programų vykdymo kontrolės procedūras	2012 m. IV ketv.
7.	Siekti glaudesnio bendradarbiavimo su VASPVT, vykdant Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 3 str. 5 p. nuostatas, kad viešojo administravimo subjektai, rengdami administracinius sprendimus, prireikus teikia vienas kitam reikalingą informacinę ir kitokią pagalbą, ir numatyti asmenį, kuris kas mėnesį prieš apmokant ASPĮ už paslaugas tikrintų informaciją apie įstaigų licencijavimo sąlygų pasikeitimą.	Vilniaus teritorinė ligonių kasa	Kreiptis į VASPVT ir paruošti sutarties projektą dėl duomenų teikimo apie įstaigų licencijavimo sąlygų pasikeitimus, nekokybiškai suteiktų paslaugų atvejus ir kitus duomenis. TLK Kontrolės skyriaus atsakingas darbuotojas įpareigotas vertinti VASPVT pateikiamus duomenis. Kas mėnesį prieš apmokant ASPĮ paslaugas įvertinama informacija apie įstaigų licencijavimo sąlygų pasikeitimus ir priimamas sprendimas dėl paslaugų apmokėjimo	2012 m. III ketv. Nuo 2012 m. III ketv.
8.	Siekiant užtikrinti, kad PSDF biudžeto lėšos būtų naudojamos efektyviai ir ekonomiškai, t. y. tik suteiktoms ir tinkamai dokumentuose nurodytoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti:	Vilniaus teritorinė ligonių kasa		
8.1	paskirti asmenis, kurie priimdami sąskaitas iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų apmokėjimui, įsitikintų, kad suteikta asmens sveikatos priežiūros paslauga apmokėjimui buvo pateikta tik vieną kartą;	Vilniaus teritorinė ligonių kasa	Paskirti asmenį, kuris ataskaitų priėmimo metu tikrintų, ar ASPĮ suteiktų ir į informacinę sistemą SVEIDRA suvestų paslaugų duomenys atitinka teisės aktais nustatytą tvarką, t. y. tam pačiam asmeniui prevencinės programos paslauga (toliau – PPP)	Kiekvieną mėnesį ataskaitų priėmimo metu

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			apmokėti būtų pateikta tik vieną kartą. Suvestinius duomenis apie kiekvienos ASPĮ teisėtai suteiktas PPP pateiks sutarčių skyriaus atsakingam asmeniui	
8.2	atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę pašalinti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui;	Vilniaus teritorinė ligonių kasa	Sudaryti darbo grupę išanalizuoti ir svarstyti galimybę atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę, eliminuoti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui	2012 m. IV ketv.
8.3	atsižvelgiant į nustatytų pažeidimų mastą, vykdant prevencines programas, atlikti nuolatinius prevencinių programų vykdymo ASPĮ tikrinimus.	Vilniaus teritorinė ligonių kasa	<p>Atlikti nuolatinę prevencinių programų vykdymo ASPĮ priežiūrą. Atsižvelgiant į nustatytų pažeidimų mastą, informaciją apie pasikartojančius pažeidimus perduoti Kontrolės skyriui ir atlikti neplaninę kontrolės procedūrą.</p> <p>Apie atliktos kontrolės procedūros rezultatus informuoti ASPĮ steigėją.</p> <p>Su kontrolės procedūros metu nustatytais sisteminiais PPP vykdymo pažeidimais supažindinti visų šias paslaugas teikiančių ASPĮ vadovus.</p> <p>Atlikti PPP tikrinimus VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje, VŠĮ Antakalnio poliklinikoje</p>	<p>Kiekvieną mėnesį</p> <p>Pagal poreikį</p> <p>Nuolat</p> <p>2012 m. IV ketv.</p>
9.	Siekti glaudesnio bendradarbiavimo su VASPVT, vykdant Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 3 str. 5 p. nuostatą, kad viešojo administravimo subjektai, rengdami administracinius sprendimus, prireikus teikia vienas kitam reikalingą informacinę ir kitokią pagalbą, ir numatyti asmenį, kuris kas mėnesį, prieš apmokant ASPĮ už paslaugas, tikrintų informaciją apie įstaigų licencijavimo sąlygų pasikeitimą.	Panevėžio teritorinė ligonių kasa	<p>Kreiptis į VASPVT iškilus neaiškumams paslaugų teikimo klausimais, peržiūrėti http://www.vaspvt.gov.lt/ puslapyje patalpintus licencijų keitimo įsakymus.</p> <p>Panevėžio TLK direktoriaus įsakymu paskirti asmenis, kurie</p>	<p>Kas mėnesį</p> <p>2012 m. III ketv.</p>

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			kas mėnesį, prieš apmokant ASPĮ už paslaugas, tikrintų informaciją apie įstaigų licencijavimo sąlygų pasikeitimą	
10.	Atlikti atsargų sąskaitų koregavimą.	Panevėžio teritorinė ligonių kasa	Šiaulių TLK vyriausioji buhalterė visų TLK ir VLK vardu elektroniniu paštu kreipėsi į Finansų ministeriją (konsultacinį centrą adresu: apskaitosreforma@finmin.lt), prašydama pakonsultuoti, kurioje sąskaitoje – 201 ar 206 - VLK ir TLK turi apskaityti šias atsargas. Gavus atsakymą iš Finansų ministerijos, bus priimamas sprendimas kaip ir ar turi būti atliktas sąskaitų koregavimas apskaitoje	2012 m. III ketv.
11.	Atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę, pašalinti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui.	Panevėžio teritorinė ligonių kasa	Sudaryti darbo grupę išanalizuoti ir svarstyti galimybę atstatant ASPĮ suteiktų paslaugų balo vertę, eliminuoti neteisėtai suteiktas paslaugas, kurios įvertintos kaip žala PSDF biudžetui	2012 m. IV ketv.