



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

Valstybinei ligonių kasai prie
Sveikatos apsaugos ministerijos
Europos aikštė 1, 03505 Vilnius

VALSTYBINIO AUDITO IŠVADA

2012 m. liepos 13 d. Nr. 9-34
Vilnius

Mes atlikome Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2011 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių bei fondo biudžeto lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems fondo biudžeto tikslams per 2011 metus auditą.

Vadovybės atsakomybė

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorius yra atsakingas už Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinių parengimą ir teisingą pateikimą pagal Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartus, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio parengimą ir teisingą pateikimą pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius šios atskaitos sudarymą, fondo biudžeto lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumą ir jų naudojimą įstatymų nustatytiems tikslams bei efektyvią vidaus kontrolę.

Auditoriaus atsakomybė

Mūsų pareiga, remiantis atliktu auditu, pareikšti nuomonę dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio bei dėl fondo biudžeto lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems tikslams.

Auditą atlikome pagal Valstybinio audito reikalavimus, kuriuose nurodyta, kad auditą turime planuoti ir atlikti taip, kad būtų gautas pakankamas užtikrinimas dėl ataskaitų rinkinio duomenų tinkamumo ir teisingo pateikimo, fondo biudžeto lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems tikslams. Audito metu surinkome įrodymus, kuriais pagrindėme Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apskaitos sistemos ir vidaus

kontrolės, konsoliduotųjų finansinių ir fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių parengimo ir pateikimo, fondo biudžeto lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems tikslams vertinimus. Manome, kad surinkti audito įrodymai suteikia pakankamą pagrindą auditoriaus nuomonei pareikšti.

Besąlyginė nuomonė dėl konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių

Mūsų nuomone, Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2011 metų konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinys parodo tikrą ir teisingą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto 2011 m. gruodžio 31 d. finansinę būklę, 2011 metų veiklos rezultatus, grynojo turto pokyčius ir pinigų srautus pagal Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartus, o Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys visais reikšmingais atžvilgiais parengtas ir pateiktas pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius šio rinkinio sudarymą.

Sąlyginės nuomonės dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų ir turto valdymo, naudojimo, disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems tikslams pagrindas

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas galimai negavo dalies pajamų iš žalų, kurias padarė Asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės dėl nepakankamo žalų dydžio apskaičiavimo reglamentavimo ir skirtingos žalų nustatymo praktikos (ataskaitos 2.1.4. skirsnis, 15–20 psl.).

Fondo biudžetas negavo dalies pajamų iš žalos, kurią padarė asmenys, sutrikdę kitų asmenų sveikatą, nes nedisponavo visa informacija apie tokių asmenų skaičių ir jų padarytos žalos dydį (ataskaitos 2.1.5. skirsnis, 20–22 psl.).

Valstybinė ligonių kasa, 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, nesilaikė šio įstatymo 18 straipsnio 3 dalies, nes pirkimo sutartį sudarė ne tokioms prekėms, kurias nurodė pirkimo dokumentuose. Valstybinė ligonių kasa, 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 fondo biudžetui (ataskaitos 2.2.2. skirsnis, 27–32 psl.).

Valstybinė ligonių kasa neužtikrino tinkamo lėšų naudojimo vykdant Asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo antirezus imunoglobulinalais programą, nes neturėjo informacijos apie realų šio preparato poreikį ir turimus likučius įstaigose (ataskaitos 2.2.4.3. skirsnis, 41–43 psl.).

Valstybinė ligonių kasa fondo biudžeto lėšas centralizuotai perkamiems vaistams įsigyti panaudojo, neatsižvelgdama į Asmens sveikatos priežiūros įstaigų turimus vaistinių preparatų likučius, pagrįstai neįvertinus realaus vaistų poreikio (ataskaitos 5 skyrius, 49–53 psl.).

Vilniaus teritorinė ligonių kasa neužtikrino tinkamo Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai skirtų lėšų panaudojimo, nes jos lėšomis finansuotas projektas dubliavo kitos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamos prevencinės programos tikslus ir priemones – tas pačias paslaugas apmokėjus iš dviejų fondo finansuojamų programų, projekto vykdytojos teiktos paslaugos (mamografinė patikra) buvo 2 kartus brangesnės už kitų įstaigų teikiamas tas pačias paslaugas; be to, nustatyta Viešųjų pirkimų įstatymo ir kitų pažeidimų vykdant minėtą projektą (ataskaitos 2.2.1.4. skirsnis, 34–36 psl.).

Nebuvo galimybės gauti tinkamų ir pakankamų įrodymų, kad prevencinių programų lėšomis finansuojamos paslaugos, teiktos teritorinėms ligonių kasoms apmokėjimui, tikrai buvo suteiktos, o Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos šioms paslaugoms apmokėti panaudotos teisėtai – nustatyti atvejai (sudarantys reikšmingą imties dalį), kai apmokėtos paslaugos, apie kurių suteikimą nėra duomenų medicininėje dokumentacijoje ar kurios negalėjo būti apmokamos prevencinės programos lėšomis; teiktos apmokėjimui paslaugos, Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms neįvykdžius visų sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais nustatytų joms privalomų reikalavimų; dantų silantavimo paslaugos suteiktos kelių apsilankymų metu, nepagrindus tokio jų teikimo būtinumo medicininėje dokumentacijoje, taip pateikiant apmokėti jas pagal didesnę į kainą (ataskaitos 2.2.4.2. skirsnis, 36–41 psl.).

Negalėjome įvertinti, ar visoms Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, vykdančioms tokią pačią veiklą, finansavimas ir paslaugų kvotos buvo apskaičiuoti vadovaujantis vienodais kriterijais, nes teritorinės ligonių kasos, neturėdamos Viešojo administravimo įstatymą atitinkančių įgaliojimų įsakymais tvirtinti lėšų skirstymo ASPI metodikas, lėšas ASPI 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 ASPI, bet ne visoje Lietuvos Respublikoje (ataskaitos 4 skyrius, 46–48 psl.).

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 (ataskaitos 2.1.2. skirsnis, 14 psl.).

3 135 562 tūkst. Lt fondo biudžeto išlaidų patirta apmokant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių bazinė kaina nustatyta nepagrindžiant jos patirtomis paslaugų teikimo sąnaudomis (ataskaitos 2.2. poskyris, 23–26 psl.).

Sąlyginė nuomonė dėl valstybės lėšų ir turto valdymo, naudojimo, disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems tikslams

Mūsų nuomone, išskyrus poveikį, kurį turi sąlyginės nuomonės pagrindą sudarantys dalykai, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos visais reikšmingais atžvilgiais 2011 metais valstybės lėšas ir turtą valdė, naudojo, disponavo jais teisėtai ir įstatymų nustatytiems tikslams.

Pabrėžtini dalykai

Atkreipiame dėmesį į šiuos pastebėjimus, kurie nedarė įtakos mūsų nuomonei, tačiau, manome, yra svarbūs:

Privalomojo sveikatos draudimo fondo 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 Privalomojo sveikatos draudimo registro preliminariais duomenimis, tokių asmenų skaičius 2011 metais vidutiniškai siekė 1,7 mln. (ataskaitos 2.1.1. skirsnis, 11–14 psl.)

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto gaunamos pajamos iš Rusijos Federacijos už jos kariškių pensininkų sveikatos draudimą yra ženkliai mažesnės nei patiriamos minėtų asmenų gydymo išlaidos iš PSDF lėšų (ataskaitos 2.1.3. skirsnis, 14–15 psl.).

Nevertinama žala fondo biudžetui už pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros (išskyrus skatinamąsias) paslaugas, nes nėra nustatyta apsilankymo pas šeimos gydytoją ir kitų pirminio lygio paslaugų kaina (ataskaitos 2.1.4. skirsnis, 15–20 psl.).

Žalą padariusioms įstaigoms skyrus papildomas lėšas visų paslaugų balo vertės atstatymui, neeliminavus pažeidžiant teisės aktus suteiktų paslaugų, patiriamos išlaidos iš fondo biudžeto už paslaugas, kurios neturėjo būti apmokėtos (ataskaitos 2.1.4. skirsnis, 15–20 psl.).

Žalos, išieškomos iš kaltų asmenų, dydis nustatomas pagal tuo metu galiojančią balo vertę, neatsižvelgiant į papildomai ASPI skirtas lėšas balo vertei atstatyti (ataskaitos 2.1.5. skirsnis, 20–22 psl.).

Nėra numatytos ir neskaičiuojamos palūkanos asmenims, padariusiems žalą fondo biudžetui, atidėjus žalos atlyginimo terminą, nors tokia praktika taikoma Valstybinio socialinio draudimo fonde (ataskaitos 2.1.5. skirsnis, 20–22 psl.).

Valstybinio audito išvadą pateikiame kartu su valstybinio audito ataskaita ir pridedame audituotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinius.

1-ojo audito departamento direktorius

Vyriausioji valstybinė auditorė

Laimonas Čiakas

Aušrinė Asanavičienė