



Valstybinio audito ataskaita

DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS  
DRAUDIMO FONDE ATLIKTO  
FINANSINIO (TEISĖTUMO) AUDITO  
REZULTATŲ

2014 m. rugsėjo 15 d. Nr. FA-P-10-6-50



Su valstybinio audito ataskaita galima susipažinti  
Valstybės kontrolės interneto puslapyje  
adresu [www.vkontrole.lt](http://www.vkontrole.lt)

# TURINYS

---

<u>IŽANGA</u>	<u>3</u>
<u>AUDITO APIMTIS IR METODAI</u>	<u>4</u>
<u>PASTEBĖJIMAI, IŠVADOS, REKOMENDACIJOS</u>	<u>6</u>
<u>1. Konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių vertinimas</u>	<u>6</u>
<u>2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo vertinimas</u>	<u>7</u>
2.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos	7
Pajamos iš valstybės biudžeto asignavimų	9
2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos	10
2.2.1. Lėšos, skirtos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti	14
2.2.2. Lėšos, skirtos greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų paslaugų išlaidoms apmokėti	16
2.3. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidos	19
2.3.1. PSDF biudžeto lėšų panaudojimas jodo I-125 šaltiniams įsigyti	19
2.3.2. PSDF biudžeto lėšų panaudojimas nekokybiškiems intraokuliniams lęšiukams įsigyti	21
2.3.3. PSDF lėšų naudojimas peritoninės dializės tirpalams įsigyti	24
2.4. Sveikatos programų išlaidos	26
2.4.1. PSDF biudžeto lėšos Priklausomybės ligų gydymo programai įgyvendinti	26
2.4.2. Dėl ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės priemonių finansavimo	28
<u>3. Kiti pastebėjimai</u>	<u>29</u>
3.1. Dėl PSDF biudžeto lėšų naudojimo neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti	29
3.2. PSDF biudžeto lėšų naudojimas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti	32
3.3. Dėl PSDF lėšų panaudojimo centralizuotai perkamiems vaistams įsigyti	34
<u>4. Rekomendacijos</u>	<u>35</u>
<u>PRIEDAI</u>	<u>38</u>

## IŽANGA

---

Audito tikslas – įvertinti 2013 m. konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio duomenis ir pareikšti nepriklausomą nuomonę, įvertinti fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumą ir pareikšti nepriklausomą nuomonę.

Audituojamas subjektas – Privalomojo sveikatos draudimo fondas (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos). Adresas: Europos aikštė 1, 03505 Vilnius, identifikavimo kodas 191351679.

Audituojamas laikotarpis – 2013 metai.

Sveikatos draudimo įstatyme<sup>1</sup> nustatyta, kad privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams tvirtinamas biudžeto rodiklių įstatymu.

Pagrindinę fondo pajamų dalį sudaro įmokos, kurias moka apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu, ir valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, taip pat fondo pajamas sudaro papildomi valstybės biudžeto asignavimai, institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, pajamos, iš gydymo įstaigų ir fizinių bei juridinių asmenų išieškota fondui padaryta žala.

Fondo lėšomis apmokamos apdraustiems asmenims suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, kompensuojamas vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimas, medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo veiklą reglamentuoja Sveikatos draudimo įstatymas, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės bei kiti teisės aktai, reglamentuojantys atskiras fondo veiklos sritis. Remiantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu<sup>2</sup>, Privalomojo sveikatos draudimo fondas yra išteklių fondas, kuris laikomas atskiru viešojo sektoriaus subjektu. Fondą administruoja ir metinį finansinių ataskaitų rinkinį rengia Valstybinė ligonių kasa kartu su jai pavaldžiomis 5 teritorinėmis ligonių kasomis. Fondo valdymo sistemoje dalyvauja Privalomojo sveikatos draudimo taryba ir Sveikatos apsaugos ministerija.

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

Valstybinio audito ataskaitoje pateikiami tik audito metu atlikti ir nustatyti dalykai, o nepriklausoma nuomonė dėl konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenų, fondo lėšų ir valstybės turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems tikslams pareiškia valstybinio audito išvadoje.

---

<sup>1</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais) 4 str., 13 str.

<sup>2</sup> Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2007-06-26 Nr. X-1212 (2013-12-03 įstatymo Nr. XII-637 redakcija), 2 str. 19 d., 2 str. 22 d. 11 p.

## AUDITO APIMTIS IR METODAI

---

Finansinis (teisėtumo) auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus, Tarptautinius audito standartus ir Tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus, siekiant gauti pakankamą užtikrinimą, kad metinėse konsoliduotose finansinėse ir biudžeto vykdymo ataskaitose nėra reikšmingų iškraipymų, o fondo lėšos ir valstybės turtas valdomi, naudojami ir disponuojama jais teisėtai. Visiškas užtikrinimas neįmanomas dėl įgimtų audito apribojimų ir to fakto, kad netikrinome visų (100 proc.) ūkinių operacijų, ūkinių įvykių ir sudarytų sandorių. Audito metu buvo atlikta išsami rizikos analizė, apskaitos ir vidaus kontrolės sistemų tyrimas. Buvo atliktos svarbiausių sričių audito procedūros, atrinkus audito pavyzdžius, kurie geriausiai reprezentavo visumą.

Audito metu vertinome Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2013 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenis.

### *Dėl konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio*

Konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinį sudarė Finansinės būklės ataskaita, Veiklos rezultatų ataskaita, Pinigų srautų ataskaita, Grynojo turto pokyčių ataskaita ir Finansinių ataskaitų aiškinamasis raštas, parengti pagal 2013 m. gruodžio 31 d. duomenis.

Finansinės būklės ataskaitoje 2013 m. pradžioje turto ir atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likutis iš viso buvo 376 495 tūkst. Lt, pabaigoje – 610 760 tūkst. Lt.

### *Dėl konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio*

2013 metų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinį sudarė Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas Biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo ataskaita, Mokėtinų ir gautinų sumų ataskaita, Informacija apie valstybinės valdžios, valdymo, teisėsaugos, vidaus reikalų, saugumo, kitų viešosios tvarkos ir visuomenės apsaugos institucijų ir įstaigų pareigybių ir darbo užmokesčio vykdymą ataskaita, PSDF biudžeto pajamų plano vykdymo ataskaita, PSDF biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaita, PSDF biudžeto rezervo sudarymo ir jo lėšų naudojimo ataskaita, parengti pagal 2013 m. gruodžio 31 d. duomenis.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) 2013 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniai, sudaryti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) ir 5 jai pavaldžių biudžetinių įstaigų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų pagrindu.

### *Dėl lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo*

Audituojamame subjekte vertinome 2013 metų fondo lėšų ir valstybės turto valdymo, naudojimo, disponavimo jais teisėtumą ir jų naudojimą įstatymų nustatytiems tikslams. Remdamiesi rizikos analize ir įvertinę veiksnius, turinčius įtakos atskiroms audito sritims, atlikome:

- pajamų audito procedūras: vertinome pajamų surinkimą;
- išlaidų audito procedūras: vertinome, kaip laikytasi teisės aktu:
  - vykdant prekių (paslaugų) pirkimus;
  - apskaičiuojant ir mokant darbo užmokestį;

- apmokant reabilitacijos ir sanatorinio gydymo, skatinamąsias ir kitas asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas;
  - naudojant PSDF biudžeto lėšas sveikatos programoms vykdyti;
  - užtikrinant IS „Sveidra“ posistemės funkcionavimą;
  - naudojant lėšas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti, siekiant sumažinti kompensacijų už ortopedines priemones laukimo eilę;
  - vykdant centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių panaudojimo kontrolę;
  - naudojant veiklai skirtas lėšas.
- turto audito procedūras: vertiname inventorizacijos atlikimą, turto įsigijimo, perdavimo, nurašymo teisėtumą.

Teisės aktai, kuriais vadovaujantis atliktos fondo lėšų ir valstybės turto valdymo, naudojimo, disponavimo jais teisėtumo vertinimo procedūros, pateikti 1 priede.

Vertindami, kaip laikomasi teisės aktų reikalavimų, atsižvelgėme į pažeidimų poveikį, įvertiname galimas teisės aktų nesilaikymo pasekmes.

# PASTEBĖJIMAI, IŠVADOS, REKOMENDACIJOS

## 1. KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ VERTINIMAS

Vadovaujantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu<sup>3</sup>, Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys – tai 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 subjekto finansinių ataskaitų rinkinys, ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys, kuriame pateikiami šio fondo biudžeto vykdymo duomenys.

Sveikatos draudimo įstatymas<sup>4</sup> nustato, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės tvirtina Vyriausybė. Pagal šias taisykles<sup>5</sup> 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 rengia aukštesnio lygio PSDF biudžeto vykdymo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinį, kurį sudaro biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymo ataskaita ir jos aiškinamasis raštas. Minėtos taisyklės įpareigoja VLK nustatyti ir patvirtinti PSDF biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių pateikimo tvarką, ataskaitų formas (suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija).

Visose VLK kontroliuojamose biudžetinėse įstaigose (TLK) taikoma vienoda apskaitos politika, patvirtinta VLK direktoriaus įsakymu<sup>6</sup>. VLK ir TLK veiklos ir fondo apskaitos principai sutampa.

Audito metu reikšmingų pastebėjimų dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2013 m. konsoliduotųjų finansinių ataskaitų ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenų nenustatėme. Atkreipiame dėmesį į tai, kad dalis (iki 1,4 proc., 2013 m. – 64 mln. Lt) PSD įmokų yra administruojama Valstybinės mokesčių inspekcijos prie LR finansų ministerijos (toliau – VMI). Jos VSAKI sistemoje pateikti derinti mokėtinų PSD įmokų sumų ataskaitinio laikotarpio pabaigos duomenys nesutampa (26,3 mln. Lt) su Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinyje pateiktomis iš VMI gautinomis mokesčių ir socialinių įmokų sumomis.

Reikia pažymėti, kad informacijos, kuria remiantis PSDF buhalterinėje apskaitoje būtų daromi įrašai apie VMI mokesčių fondo apskaitoje registruotas sukauptas mokėtinas sumas, teikimo tvarka nenustatyta, todėl tai gali turėti neigiamos įtakos siekiant sklandžiai suderinti sumas VSAKI sistemoje ir VMI administruojamas PSD įmokas teisingai nurodyti finansinėse ataskaitose.

<sup>3</sup> Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2007-06-26 Nr. X-1212, 2 str. 14 d.

<sup>4</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 14 str. 4 d.

<sup>5</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės (su vėlesniais pakeitimais), 29 p.

<sup>6</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-06-21 įsakymas Nr. 1K-120 „Dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų buhalterinės apskaitos vadovo patvirtinimo“.

Pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui VLK prašė<sup>7</sup>, kad VMI pateiktų informaciją apie įsiskolinimą fondui 2013 m. gruodžio 31 d., surinktas ir į fondo sąskaitą pervestas PSD įmokas, delspinigius ir baudas. VMI nurodė<sup>8</sup> tik bendrą lėšų, pervestų į fondo sąskaitą, sumą (64 955 tūkst. Lt), t. y. piniginių lėšų judėjimą. Ji neišskyrė baudų ir delspinigių dalies, o tai galėjo turėti įtakos mokesčių ir socialinių įmokų pajamų bei finansinės ir investicinės veiklos pajamų atskleidimui Privalomojo sveikatos draudimo fondo veiklos rezultatų ataskaitoje.

Pažymėtina, kad Valstybės kontrolė atsisakė pareikšti nuomonę dėl Valstybinės mokesčių inspekcijos mokesčių fondo 2013 m. finansinių ataskaitų rinkinio. Valstybiniai auditoriai konstatavo, kad šios institucijos finansinė apskaita tvarkoma nesivadovaujant teisės aktais, reglamentuojančiais finansinę apskaitą ir finansinių ataskaitų rinkinio rengimą, todėl VMI į apskaitą įtrauktos ir finansinėse ataskaitose nurodytos su VMI administruojamomis PSD įmokomis susijusios gautinos sumos ir pajamos gali būti neteisingos ir turėti įtakos ir PSDF finansinių ataskaitų (tiek, kiek jos susijusios su šiomis VMI administruojamomis įmokomis) teisingumui.

Atkreipiame dėmesį ir į tai, kad ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybai turėjome pastabų dėl kaupimo principo – jis netaikomas vykdant savarankiškai dirbančių asmenų, turinčių prievolę deklaruoti pajamas, socialinio draudimo įmokų apskaitą, todėl minėtų įmokų apskaita gali turėti įtakos ir fondo valdybos administruojamų PSD įmokų sumai, nurodytai PSDF finansinėse ataskaitose.

Pastebėjimai, neturintys įtakos nepriklausomai nuomonei dėl finansinių ataskaitų duomenų teisingumo, Valstybinei ligonių kasai pateikti 2014 m. balandžio 15 d. raštu Nr. S-(10-3336)-1107.

## 2. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO VERTINIMAS

### 2.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas 2013 metais įvykdytas 104 proc. – į fondo biudžetą surinkta 4 267 554 tūkst. Lt pajamų (4 proc., arba 165 264 tūkst. Lt daugiau, negu planuota). Sėkmingą pajamų surinkimą lėmė didesnės, nei planuota, VSDF valdybos administruojamų PSD įmokų (5 proc., arba 132 137 tūkst. Lt daugiau, negu planuota) ir VMI įmokų (20,7 proc., arba 11 139 tūkst. Lt daugiau, negu planuota) pajamos. Lyginant su planu matyti, kad reikšmingai padidėjo ir kitos pajamos, tačiau jos sudaro santykinai nereikšmingą visų planą viršijančių pajamų dalį.

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

<sup>7</sup> Valstybinės ligonių kasos 2014-01-06 raštas Nr. 4K-70 „Dėl 2013 m. duomenų apie sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir pervedimą į privalomąjį sveikatos draudimo fondą“.

<sup>8</sup> Valstybinės mokesčių inspekcijos 2014-02-03 raštas Nr. (20.2-06)-R-974 „Dėl informacijos pateikimo“.

PSDF biudžeto pajamas sudaro PSD įmokos, kurias administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (toliau – VSDF valdyba) 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, ir kitos pajamos (žr. 1 lentelę).

**1 lentelė.** PSDF biudžeto 2012 m. planuotų ir surinktų pajamų struktūra

Kodas ir pajamų straipsniai	2013 m. planuota		2013 m. surinkta		Skirtumas tarp surinktų ir planuotų pajamų (padidėjimas / sumažėjimas), tūkst. Lt ir proc.	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio planas, tūkst. Lt	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio surinktos pajamos, tūkst. Lt	2013 ir 2012 m. surinktų pajamų skirtumas, tūkst. Lt ir proc.
	pajamos, tūkst. Lt	pajamų dalis biudžete, proc.*	pajamos, tūkst. Lt	pajamų dalis biudžete, proc.*				
01 VSDF valdybos administruojamos PSD įmokos	2 662 901	64,6	2 795 038	61,4	132 137 5,0 proc.	2 477 626	2 600 830	194 208 7,5 proc.
02 VMI administruojamos PSD įmokos	53 707	1,3	64 846	1,4	11 139 20,7 proc.	41 574	54 716	10 130 18,5 proc.
03 Asignavimai iš valstybės biudžeto	1 359 219	33,0	1 359 219	29,8	0 0 proc.	1 417 721	1 417 721	-58 502 -4,1 proc.
03.01. Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	1 337 740	32,5	1 337 740	29,4	0 0 proc.	1 396 242	1 396 242	-58 502 -4,1 proc.
03.02. Papildomi valstybės biudžeto asignavimai	21 479	0,5	21 479	0,5	0 0 proc.	21 479	21 479	0 0 proc.
04 Institucijų, vykdančių PSD, veiklos pajamos	3 923	0,1	3 642	0,1	-281 -7,2 proc.	10 700	6 752	-3 110 -46,1 proc.
05 Savanoriškos asmenų įmokos	5 932	0,1	6 133	0,1	201,0 3,4 proc.	6 038	6 039	94 1,6 proc.
06 Išieškotos ar grąžintos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą	5 185	0,1	6 677	0,1	1 492 28,8 proc.	5 529	6 266	411 6,6 proc.
07 Kitos pajamos	11 423	0,3	31 998	0,7	20 575 180,1 proc.	7 268	18 686	13 312 71,2 proc.
Iš viso pajamų:	<b>4 102 290</b>	<b>99,5</b>	<b>4 267 554</b>	<b>93,7</b>	<b>165 263 4,0 proc.</b>	<b>3 966 456</b>	<b>4 111 010</b>	<b>156 543 3,8 proc.</b>

\*Lyginama su visa PSDF biudžeto vykdymo apyskaitoje nurodyta pajamų suma, įvertinus ir lėšų likutį 2012 m. sausio 1 d. duomenimis.

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas 2013 metais įvykdytas 104 proc. – į fondo biudžetą surinkta 4 267 554 tūkst. Lt pajamų (4 proc., arba 165 264 tūkst. Lt daugiau, negu planuota). Sėkmingą pajamų surinkimą lėmė viršytos VSDF valdybos administruojamų PSD įmokų (5 proc., arba 132 137 tūkst. Lt daugiau, negu planuota) ir VMI įmokų (20,7 proc., arba 11 139 tūkst. Lt daugiau, negu planuota) pajamos.

2013 m. matyti ir VSDF valdybos bei VMI administruojamų PSD įmokų didėjimo tendencija: palyginti su 2012 m., VSDF valdybos administruojamų PSD įmokų surinkimas padidėjo 7,5 proc., o VMI – 18,5 procento. Šių pajamų didėjimą labiausiai sąlygojo nuo 2013 m. sausio 1 d. iki 1 000 Lt padidėjusi minimalioji mėnesinė alga, 1,9 proc. išaugęs apdraustųjų skaičius ir 6,2 proc. didesnės apdraustųjų vidutinės mėnesio pajamos.

Lyginant su planu matyti, kad taip pat reikšmingai – net 180 proc. – padidėjo kitos pajamos<sup>9</sup>, o institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos sumažėjo 7,2 procento.

Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamų surinkta 7,2 proc. mažiau, nei planuota, nes nuo 2013 m. rugsėjo 27 d. už sąskaitose laikomas PSDF biudžeto lėšas bankas pradėjo mokėti mažesnes, t. y. ne 1 proc., o 0,4 proc., palūkanas<sup>10</sup>.

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 daugiau lėšų, nei planuota, buvo gauta iš Europos Sąjungos šalių narių už jų piliečių gydymą šalies asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ).

## Pajamos iš valstybės biudžeto asignavimų

Pajamos iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 2013 m. suplanuotos tiksliau, nes, palyginti su 2012 m., skirtumas tarp planuoto ir faktinio šių asmenų skaičiaus sumažėjo 4 kartus, tačiau dėl taikomo apmokėjimo modelio, kai valstybės biudžeto lėšos pervedamos atsižvelgiant į planuojamą, o ne faktinį asmenų skaičių, problema išliko ir PSDF gavo iš valstybės biudžeto 37 546 tūkst. Lt daugiau pajamų, nei būtų gavęs mokant už faktinį (1 706 tūkst.) valstybės biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičių.

Viena iš PSDF biudžeto pajamų rūšių yra asignavimai iš valstybės biudžeto, skiriami kaip įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis. Šie asignavimai skiriami iš Sveikatos apsaugos ministerijai patvirtintų Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos (04 01) asignavimų<sup>11</sup>. Pagal Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą 2013 metams VLK buvo numatyta skirti 1 359 219 tūkst. Lt valstybės biudžeto asignavimų: 1 337 740 tūkst. Lt valstybės biudžeto įmokoms už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, mokėti ir 21 479 tūkst. Lt papildomiems valstybės biudžeto asignavimams.

<sup>9</sup> Daugiau nei du kartus (2,4) surinkta daugiau pajamų iš vaistų gamintojų pervedamų lėšų pagal sutartis, sudarytas su VLK (planuota surinkti 9 609,0 tūkst. Lt, o surinkta 22 880,0 tūkst. Lt), beveik 9 kartus (8,7) daugiau pajamų už ES šalių piliečių gydymą (planuota surinkti 926,0 tūkst. Lt, o surinkta 8 072,1 tūkst. Lt).

<sup>10</sup> Palūkanos sumažintos AB „Swedbank“ Verslo bankininkystės tarnybos vadovo 2013-08-21 raštu Nr. SR/13-28692.

<sup>11</sup> Valstybės biudžeto asignavimai VLK skirti vadovaujantis 2013 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymu, 2012-12-20 Nr. XII-65.

Tvirtinant 2013 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą buvo prognozuota, kad 2013 m. asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis<sup>12</sup>, skaičius sieks 1 754,9 tūkst. Atsižvelgiant į tai, kad metinė valstybės biudžeto įmoka už kiekvieną asmenį 2013 metais sudarė 763,2 Lt, Sveikatos draudimo įstatyme nurodytoms draudžiamųjų asmenų grupėms prognozuotas lėšų poreikis 2013 m. buvo 1 337 740 tūkst. Lt.

Jau keletą metų teikiame pastebėjimus, kad šie valstybės biudžeto asignavimai skiriami VLK atsižvelgiant į planuotą, o ne faktinį biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičių, nors tiksliau vertinant apdraustųjų skaičių per metus, gaunama valstybės biudžeto asignavimų suma būtų kitokia. Remdamiesi PSD registro duomenimis apie kiekvieną valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupę, išanalizavome 2013 m. faktinį valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičių ir nustatėme, kad valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius 2013 m. kito nuo 1 757 tūkst. iki 1 671 tūkst., todėl iš valstybės biudžeto pervestinių lėšų suma turėjo sudaryti nuo 111 610,1 tūkst. Lt iki 106 131,6 tūkst. Lt per mėnesį, t. y. 1 300 193,9 tūkst. Lt per metus, tačiau Sveikatos apsaugos ministerijos į PSDF biudžetą pervesta valstybės biudžeto lėšų suma per metus buvo 1 337 740,0 tūkst. Lt.

Taigi, PSD registro duomenimis, 2013 m. valstybė turėjo apdrausti 1 706 tūkst. asmenų, už kuriuos į PSDF biudžetą turėjo pervesti 1 300 193,9 tūkst. Lt valstybės biudžeto lėšų, tačiau pervesta 37 546 tūkst. Lt daugiau, nes suplanuotas draudžiamųjų valstybės lėšomis skaičius buvo didesnis.

Pažymėtina, kad asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, skaičius per 2013 m. tikslintas tik planuojant 2014 metų PSDF biudžetą (pajamų iš valstybės biudžeto dalį) ir neturėjo įtakos 2013 m. pervedamų asignavimų dydžiui – biudžeto asignavimai pervesti atsižvelgiant į planuotą draudžiamųjų valstybės biudžeto lėšomis skaičių. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad 2013 m., palyginti su 2012 m., skirtumas tarp faktinio ir planuojamo asmenų skaičiaus sumažėjo 4 kartus: 2012 m. skirtumas tarp planuoto ir faktinio asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, skaičiaus siekė 203 tūkst., o 2013 m. – tik 49,3 tūkst. Taigi ir PSDF iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 2013 m. gavo 37 546 tūkst. Lt daugiau, o 2012 m. – 147 271 tūkst. Lt daugiau.

## 2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos

2013 m. fondo biudžeto išlaidos sudarė 4 256 407 tūkst. Lt, t. y. 154 117 tūkst. Lt (3,8 proc.) daugiau, negu planuota.

2013 m. gruodžio 31 d. duomenimis, įvertinus fondo biudžeto lėšų likutį, išlaidos 2013 metais sudarė 93,5 proc. viso fondo biudžeto.

2013 m. fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintas 0,6 proc. didesnis fondo biudžetas, todėl turėta ir daugiau išlaidų. Daugiausia (66,6 proc.) turėta asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkoje nurodyta, kad už stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas galima mokėti didinant balo vertę nuo 0,89 iki 1,50 Lt. Tai leido sveikatos priežiūros įstaigoms gauti visą sutartyje sulygta sumą suteikus mažiau minėtų paslaugų, taip sumažinant paslaugų prieinamumą apdraustiesiems.

Gydymo įstaigai suteikus daugiau ar mažiau stacionarinių paslaugų, nei sulygta sutartyje taikant 0,89 Lt įkainį, skirtingose TLK tų pačių paslaugų kaina skyrėsi iki 3,9 karto (balo vertė – nuo 0,38 iki 1,50 Lt).

<sup>12</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 str. 4 d. nurodyta 19 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupių.

2013 m., kaip ir 2012 m., iš PSDF biudžeto lėšų buvo apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, kompensuojamos medicininės rehabilitacijos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidos<sup>13</sup>. PSDF biudžeto išlaidų pasiskirstymas pateiktas 2 lentelėje.

**2 lentelė.** Planuotos ir faktinės PSDF biudžeto išlaidos 2013 m.

Kodas ir išlaidų straipsniai	2013 m. planuota išlaidų		2013 m. padaryta išlaidų		Skirtumas tarp padarytų ir planuotų išlaidų (padidėjimas / sumažėjimas), tūkst. Lt ir proc.	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio išlaidų planas, tūkst. Lt	Ankstesnio ataskaitinio laikotarpio faktinės išlaidos, tūkst. Lt	2013 ir 2012 m. faktinių išlaidų skirtumas, tūkst. Lt ir proc.
	išlaidos, tūkst. Lt	išlaidų dalis biudžete, proc. *	išlaidos, tūkst. Lt	išlaidų dalis biudžete, proc. *				
01 Asmens sveikatos paslaugų išlaidoms apmokėti	2 863 068	69,5	3 030 535	66,6	167 467 5,8 proc.	2 773 226	3 065 267	-34 732 -1,1 proc.
02 Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms *	813 291	19,7	813 288	17,9	-3 -0,0004 proc.	780 169	769 113	44 175 5,7 proc.
03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui	126 543	3,1	135 467	3,0	8 924 7,1 proc.	134 861	138 789	-3 322 -2,4 proc.
04 Ortopedijos technikos priemonėms, iš jų:	50 000	1,2	34 838	0,8	-15 162 -30,3 proc.	39 573	39 545	-4 707 -11,9 proc.
– neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti	15 000	0,4	0	0,0	-15 000 -100 proc.	0	0	0 0,0
05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms	204 323	5,0	206 382	4,5	2 059 1,0 proc.	191 562	187 488	18 894 10,1 proc.
06 PSD vykdančių institucijų veiklos išlaidos	45 065	1,1	35 897	0,8	-9 168 -20,3 proc.	47 065	32 725	3 172 9,7 proc.
Iš viso išlaidų:	<b>4 102 290</b>	<b>99,5</b>	<b>4 256 407</b>	<b>93,5</b>	<b>154 117 3,8 proc.</b>	<b>3 966 456</b>	<b>4 232 927</b>	<b>23 480 0,6 proc.</b>

\*Lyginama su visa PSDF biudžeto vykdymo apyskaitoje nurodyta išlaidų suma įvertinus ir lėšų likutį 2013 m. gruodžio 31 d. duomenimis.

\*Nuo 2013 m. centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių bei kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidos registruojamos viename išlaidų straipsnyje, todėl siekiant palyginti išlaidas, 2012 m. padarytos išlaidos taip pat susumuotos.

Šaltinis – Valstybės kontrolė

<sup>13</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 9, 10, 11, 12 ir 21 str.

2013 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintas 3,4 proc. (135 834 tūkst. Lt) didesnis nei 2012 m. biudžetas, tai leido padidinti išlaidas: į kompensuojamųjų vaistų sąrašą įtraukti naujus vaistus, todėl vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidos, palyginti su 2012 m., padidėjo 5,7 proc. (44 175 tūkst. Lt); 10,1 proc. (18 894 tūkst. Lt) daugiau nei 2012 m. fondo lėšų skirta sveikatos programoms finansuoti: priklausomybės ligoms gydyti, Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti, būtent – Lietuvos apdraustiesiems gydyti Europos Sąjungos šalyse; 9,7 proc. (3 173 tūkst. Lt) daugiau lėšų skirta PSD vykdančių institucijų veiklai finansuoti (šios išlaidos daugiausia didėjo dėl valstybės tarnautojų atlyginimams atkurti skirtų lėšų).

Reikia pabrėžti, kad, nors 2013 m. ortopedijos technikos priemonėms įsigyti buvo skirta 26 proc. (10 427 tūkst. Lt) daugiau nei 2012 m., išlaidos, palyginti su praeitu ataskaitiniu laikotarpiu, sumažėjo beveik 12 proc. (4 707 tūkst. Lt). Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidų kompensuota mažiau, nes dalis šių lėšų buvo skirta neapibrėžtiesiems įsipareigojimams – susidariusiai skolai už 2009–2011 m. pagamintas ir apdraustiesiems išduotas ortopedines priemones – padengti, tačiau per visą ataskaitinį laikotarpį neapibrėžtieji įsipareigojimai nebuvo sumažinti. Pastebėjimai, susiję su minėtais neapibrėžtais įsipareigojimais, pateikiami ataskaitos 3.2 poskyryje.

2013 m., kaip ir kiekvienais metais, PSDF kai kurių išlaidų (01, 03, 05 str.) turėjo daugiau, negu planavo, nes remdamasis sveikatos apsaugos ministro įsakymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybei pritarus<sup>14</sup>, per metus panaudojo 185 329 tūkst. Lt PSDF biudžeto rezervo lėšų: 145 329 tūkst. Lt (78,4 proc. visų panaudotų fondo rezervo lėšų) skirta 2012 m. teiktų paslaugų lygiui išlaikyti, atsiskaityti už 2013 m. II pusmetį suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – ASPP)<sup>15</sup> taikant I pusmetį galiojusias bazines kainas, 33 797 tūkst. Lt (18,2 proc. visų panaudotų fondo rezervo lėšų) skirta sumažinti ASPP bazinių kainų balo vertei iš dalies kompensuoti ir 6 203,3 tūkst. Lt (3,3 proc.) fondo rezervo lėšų skirta sumokėti už ambulatorines ASPP ir žmogaus organų ir audinių transplantacijos paslaugas, suteiktas viršijant sumas, nurodytas TLK ir gydymo įstaigos pasirašytoje sutartyje.

Audituojamu laikotarpiu fondo išlaidų struktūra nesikeitė: daugiausia biudžeto lėšų panaudota ASPP išlaidoms apmokėti (apie 66,6 proc.), iš jų 48 proc. (1 464 180,7 tūkst. Lt) panaudota sumokėti už stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (neįskaitant PSDF biudžeto rezervo lėšų).

Už stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas gydymo įstaigoms mokama vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka<sup>16</sup>, kurioje nurodyta, kad balo vertė, taikoma nustatant lėšų, skirtų stacionarinių paslaugų išlaidoms apmokėti, sumą, negali būti didesnė nei 0,89 Lt, tačiau jeigu suteikta mažiau, nei nurodyta TLK ir ASPĮ sutartyje, stacionarinių paslaugų, šių suteiktų paslaugų įkainis gali būti perskaičiuojamas taikant balo vertę iki 1,50 Lt. Perskaičiuotoji suma negali būti didesnė už sutartinę sumą. Taigi remiantis šiomis tvarkos nuostatomis sveikatos priežiūros įstaigos gali gauti visą metinę sutartinę sumą, suteikusios 40 proc. mažiau stacionarinių paslaugų, nei buvo sulygta taikant bazinį 0,89 Lt įkainį.

<sup>14</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimai: 2013-07-03 Nr. 605 ir 2013-12-18 Nr. 1230.

<sup>15</sup> Didžioji dalis PSDF rezervo naudota atsiskaityti už 2013 m. II pusmetį suteiktas ambulatorines ir stacionarines ASPP, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas, kai kurias prevencines sveikatos programas ir dantų protezavimo paslaugas.

<sup>16</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113 (2012-02-10 įsakymo Nr. V-96 redakcija).

Audito metu išanalizavome 18 įvairaus dydžio ASPĮ stacionariųjų paslaugų struktūrą ir sumokėjimą už jas<sup>17</sup>. Nustatėme, kad už skirtingoms TLK priklausantiems apdraustiesiems suteiktas stacionarines paslaugas ASPĮ sumokama taikant labai nevienodą balo vertę, t. y. tos pačios stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos įkainis, kurį taikant sumokama vienai ASPĮ, kinta nuo 0,38 Lt iki 1,41 Lt, o kai mokama skirtingoms ASPĮ, įkainis sudaro iki 1,50 Lt.

#### Pavyzdys

Didžiausi stacionariųjų paslaugų įkainių skirtumai nustatyti Vilniaus, Panevėžio ir Klaipėdos TLK mokant už kitai veiklos zonai priklausančių gydymo įstaigų suteiktas paslaugas:

- už VŠĮ Ukmergės ligoninės teiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus TLK sumokėjo taikydama 0,86 Lt balo vertę, Panevėžio TLK – 1,41 Lt, o Klaipėdos TLK – 0,38 Lt (įkainis skiriasi 1,03 Lt);
- už VŠĮ Naujosios Akmenės ligoninės teiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus TLK sumokėjo taikydama 0,65 Lt balo vertę, o Klaipėdos TLK – 1,50 Lt (paslaugos įkainis skiriasi 0,85 Lt);
- už VŠĮ Kelmės ligoninės teiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus TLK sumokėjo taikydama 1,32 Lt balo vertę, Panevėžio TLK – 0,91 Lt, o Klaipėdos TLK – 0,53 Lt (paslaugų įkainis skiriasi 0,79 Lt);
- už VŠĮ Kėdainių ligoninės teiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus TLK sumokėjo taikydama 1,16 Lt balo vertę, Panevėžio TLK – 1,50 Lt, o Klaipėdos TLK – 0,76 Lt (paslaugų įkainis skiriasi 0,74 Lt).

Tarp Panevėžio ir Klaipėdos TLK veiklos zonose veikiančių gydymo įstaigų buvo tokių, kurios net gavusios lėšų, suteiktų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti taikant didžiausią leistiną (1,50 Lt) balo vertę, nepanaudojo visos sutartyje suldytos lėšų, skirtų sumokėti už stacionarines paslaugas, sumos.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad Valstybės kontrolė, įvertinusi tyrimų, atliekamų brangiaisiais medicinos prietaisais, organizavimą Lietuvoje<sup>18</sup>, konstatavo, kad balo vertė, priklausanti nuo suteiktų paslaugų skaičiaus, neskatina gydymo įstaigų atlikti daugiau, nei planuota, tyrimų ir ASPĮ administracinėmis priemonėmis reguliuoja per einamąjį mėnesį atliekamų brangiųjų tyrimų skaičių – sudaro pageidaujančiųjų atlikti tyrimus eiles arba pacientams siūlo mokamas paslaugas. Tokia brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarka turi neigiamos įtakos šių tyrimų prieinamumui. Situacija, kai paslaugos įkainio mažėjimas tiesiogiai priklauso nuo didesnio suteikiamų paslaugų skaičiaus, gali lemti stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo mažėjimą ir netolygų šių paslaugų prieinamumą įvairių TLK zonų gyventojams.

#### VLK nuomonė dėl skirtingo balo taikymo sumokant už stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas

Galimybė sumokėti už ASPĮ, priklausančios kitos TLK veiklos zonai, suteiktas paslaugas yra nurodyta sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakyme Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“. Minėtu įsakymu patvirtinto PSDF biudžeto

<sup>17</sup> Išanalizavome pasirinktų ASPĮ su Vilniaus, Kauno ir Šiaulių TLK sudarytas sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir kitą TLK pateiktą informaciją apie 2013 m. pasirinktų ASPĮ teiktas paslaugas (mokama iš lėšų, skirtų sumokėti už specializuotas ambulatorines ir stacionarines paslaugas) ir taikytas balo vertes.

<sup>18</sup> 2013-11-29 veiklos audito ataskaita Nr. VA-P-10-1-19 „Kaip organizuojami brangiais medicinos prietaisais atliekami tyrimai“.

lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo 8 ir 9 punktuose numatytos VLK ir TLK nepaskirstytos PSDF biudžeto lėšos pagal 10.2 punkto reikalavimus gali būti skiriamos ASPĮ, sudariusių sutartis su TLK, išlaidoms apmokėti, kai suteikiama daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nei nurodyta TLK ir ASPĮ, priklausančios kitos TLK veiklos zonos, sutartyje.

Nuo 2014 m. leista nepaskirstyti didesnio PSDF biudžeto lėšų kiekio – iki 1,5 procento PSDF biudžeto lėšų (2013 m. galiojusiomis šio teisės akto nuostatomis VLK ir TLK buvo leidžiama nepaskirstyti tik iki 0,5 procento PSDF biudžeto lėšų). Taigi jau nuo 2014 m. atsiranda galimybė sumokėti už visas sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas kitos TLK veiklos zonos ASPĮ, ir stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apskaičiuotosios balo vertės skirtumų nebus.

### 2.2.1. Lėšos, skirtos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti

IS „Sveidra“ ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apskaitos posistemės kontrolės priemonės yra nepakankamos, nes negalima aptikti visų galimų duomenų įvesties į posistemę klaidų. Nustatėme, kad posistemė neužtikrina, kad nebūtų sumokėta už:

- sutartyje neįvardytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
- pacientams suteiktas paslaugas, kurios jiems nepriklausė pagal amžiaus grupę;
- daugiau, nei leidžia paslaugų apmokėjimo tvarka, suteiktų paslaugų;
- dvi vienodas tuo pačiu metu pacientui suteiktas paslaugas, kai vienu metu pildomos kelios to paties paciento kortelės.

Visos pacientams suteiktos pirminės (įskaitant pirmines ambulatorines odontologines ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) ir specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, vadovaujantis nustatyta tvarka, įrašomos į Asmens ambulatorinio gydymo statistinę kortelę, forma Nr. 025/a-LK (toliau – kortelė), kurios duomenys elektroniniu būdu teikiami TLK<sup>19</sup>, t. y. įvedami į privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – IS „Sveidra“) ambulatorinių paslaugų apmokėjimo posistemę (toliau – APAP)<sup>20</sup>.

Remiantis šia informacija mokama už ambulatorines paslaugas, todėl labai svarbu, kad būtų užtikrinamos pakankamos APAP kontrolės priemonės (automatiniai patikrinimai), neleidžiančios atsirasti klaidų (pažeidimų) surašant duomenis į kortelę.

Audito metu nustatėme, kad surašant duomenis į kortelę APAP yra taikomos duomenų korektiškumo automatinės kontrolės priemonės, be to, kol nustatytos klaidos kortelėje neištaisytos, užregistruoti kortelės (pakeisti būsenos „baigta“) APAP negalima.

APAP integracinės sąsajos specifikacijoje<sup>21</sup> nurodyta, kad TLK kortelių duomenis gali tikrinti papildomai pagal sistemoje neužprogramuotus kriterijus ir, jeigu yra nekorektiškų duomenų, TLK atsakingas darbuotojas sistemoje turi atitinkamai tai pažymėti (žymima, kad kortelė „blogai užregistruota“).

<sup>19</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998-11-26 įsakymas Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų patvirtinimo“ (2013-01-15 įsakymo Nr. V-39 redakcija), 8 p.

<sup>20</sup> Nuo 2013-07-01 į APAP duomenis privalo surašyti visos gydymo įstaigos. Iki šios datos duomenys galėjo būti surašomi ir į gydymo įstaigoje įdiegtą informacinę sistemą.

<sup>21</sup> APAP integracinės sąsajos specifikacija (dokumento atnaujinimo data 2013-08-26).

**APAP taikomos automatinės kontrolės priemonės duomenų korektiškumui patikrinti:**

- sistema pateikia sisteminį pranešimą, jeigu į kortelę bandoma įrašyti neegzistuojantį, paslaugų klasifikatoriaus<sup>22</sup> neatitinkantį paslaugos kodą, neegzistuojantį paslaugą suteikusių specialisto numerį, neegzistuojantį intervencijos kodą pagal ACHI (Australijos medicininių intervencijų klasifikacija), neegzistuojantį galutinės diagnozės TLK-10-AM kodą;
- sistema sutikrina Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro ir asmens draustumo duomenis;
- kadangi gydymo įstaigose kortelė pildoma periodais – 30 dienų<sup>23</sup>, o tikrinama TLK periodui pasibaigus, tai jeigu į kortelę surašyti ne visi duomenys arba kortelėje yra klaidų, perduoti tikrinti TLK kortelės periodo duomenų negalima. Periode turi būti vien tik patvirtintos kortelės. Jeigu taip nėra, tai sistema neleidžia patvirtinti ir atitinkamai baigti laikotarpio;
- APAP yra sukurtos automatinės priemonės (mygtukas „tikrinti“), leidžiančios vartotojui patikrinti, ar surašant duomenis į kortelę nebuvo padaryta klaidų. Jei sistema patikrinimo metu aptinka klaidų ar pažeidimų, yra pateikiamas jų aprašymas (pažeidimo kodas, pažeidimo kritiškumas (klaida / pranešimas), pažeidimo tekstas). Automatiniai patikrinimai atliekami ir kortelę užbaigiant (paspaudus mygtuką „baigti“).

Taigi TLK patikrinimo metu gali taikyti pasirinktas papildomas kontrolės priemonės, tačiau pažymime, kad bendrų patikrinimo taisyklių, kurios būtų taikomos visoms TLK, nėra. Audito metu nustatyta, kad vienos TLK (pvz.: Panevėžio TLK, Klaipėdos TLK) tikrinimo metu gydymo įstaigų perduotų kortelių duomenims APAP netaiko papildomų kontrolės priemonių, o kitos (pvz.: Vilniaus TLK ir Kauno TLK) tokias priemones taiko ir jau gydymo įstaigoms teikiant paslaugas apmokėti nustato pažeidimų (klaidų), kurių APAP automatiškai neaptinka. Analogiškų pažeidimų (klaidų) aptinkama TLK kontrolės skyriams atliekant patikrinimus.

**Klaidų ir pažeidimų, kurių gali būti aptikta papildžius APAP automatines kontrolės priemones, pavyzdžiai:**

- gydymo įstaiga pateikia apmokėjimui paslaugas, už kurias pagal TLK ir įstaigos sudarytoje sutartyje numatytą paslaugų nomenklatūrą nesulygta sumokėti. APAP netikrina, ar į kortelę įrašyta paslauga, už kurią prašoma mokėti, atitinka sutartyje su ASPĮ numatytą paslaugų nomenklatūrą;
- gydymo įstaiga pateikia apmokėjimui prevencinės programos paslaugas, kurių suteikti asmeniui pagal nustatytą amžiaus grupę nepriklausė. APAP netikrina, ar į kortelę įrašyta prevencinės programos paslauga, už kurią prašoma sumokėti, privaloma teikti asmeniui pagal amžiaus grupę, netikrinamas prevencinės paslaugos suteikimo periodiškumas;
- nustatyta<sup>24</sup> atvejų, kai gydymo įstaiga per metus pateikia apmokėti daugiau kaip 12 skatinamųjų neįgalųjų sveikatos priežiūros paslaugų (gydytojo ir slaugytojo vizitų į namus) išlaidas. APAP netikrina, ar per kalendorinius metus į kortelę įrašyta ne daugiau kaip 12 skatinamųjų neįgalųjų sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų namuose, už kurias prašoma sumokėti, todėl gali būti sumokėta už daugiau neįgalųjų sveikatos priežiūros paslaugų, nei nustatyta teisės aktų reikalavimuose<sup>25</sup>;

<sup>22</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2005-06-30 įsakymu Nr. 1K-81 (2014-04-04 įsakymo Nr. 1K-87 redakcija) patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš PSDF biudžeto, klasifikatorius.

<sup>23</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-01-15 įsakymu Nr. V-39 patvirtintų Formos Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklių 5, 6, 7 p.

<sup>24</sup> Panevėžio TLK 2013 m. III ketvirčio kontrolės procedūrų ataskaita.

<sup>25</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 patvirtinto Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 30.1 ir 30.2 p.

- teisės aktai<sup>26</sup> nustato, kad gydymo įstaiga gali vienu metu pradėti pildyti kelias to paties paciento korteles, jei jos nustatyta tvarka tam tikros paslaugos turi būti registruojamos atskiroje kortelėje. Nustatyta<sup>27</sup> atveju, kai skirtingose to paties paciento to paties periodo kortelėse 2 kartus buvo įrašyta ta pati suteikta paslauga, už kurią prašoma sumokėti, nes APAP netikrina, ar į vieną kortelę įrašyta paslauga nėra įrašyta į kitą to paties paciento kortelę (neužtikrinta, kad tokiu atveju, kai vienu metu pildomos kelios to paties paciento kortelės, į sistemą nepatektų dvi vienodos tuo pačiu metu suteiktos paslaugos, už kurias prašoma sumokėti).

Gydymo įstaigos nurodo, kad APAP netikrina, ar paslaugą, už kurią prašoma sumokėti, gali teikti specialistas, turintis atitinkamą licenciją. Dėl tokių automatinė kontrolė procedūrų stokos atsiranda papildomas darbo krūvis atliekant pakartotines APAP suvestų duomenų (paslaugų kodų) peržiūras ir patikrinimus, siekiant įsitikinti, kad TLK bus pateikti tinkami ir teisingi duomenys.

Kadangi sistema neatlieka automatinė patikrinimų, o TLK ne visada taiko papildomas kontrolės priemones, klaidos (pažeidimai) kortelėse gali būti neaptiktos, todėl patvirtinus korteles, kuriose yra pažeidimų, ir sumokėjus už paslaugas, gali būti padaroma žala PSDF biudžetui.

## 2.2.2. Lėšos, skirtos greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų paslaugų išlaidoms apmokėti

Dėl audito metu nustatytų neatitikimų negalime įvertinti 2 627,0 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų, skirtų sumokėti už greitosios medicinos pagalbos centralizuotų dispečerinių tarnybų paslaugas, panaudojimo teisėtumo, nes už 5 centralizuotų GMP dispečerinių tarnybų paslaugas sumokėta taikant didesnį bazinį įkainį, tinkamai neįvertinus, ar jos įvykdė teisės aktuose tokiam apmokėjimui keliamus reikalavimus:

- neparengta GMP dispečerinių tarnybų ir ministro nustatytų apmokėjimo taikant didesnį balą reikalavimų atitikties vertinimo metodika, nenustatyti įrangai keliami techniniai reikalavimai;
- Sveikatos apsaugos ministerijos vardu veikianči dispečerinių veiklos vertinimo komisija neturi teisėtai suteiktų viešojo administravimo įgaliojimų;
- centralizuotų GMP dispečerinių tarnybų vertinimo komisija dispečerinių veiklą vertino skirtingais būdais, kai kurias atvejais viršydama ministro įsakyme nurodytą vertinimo apimtį, nes dispečerinėms taikė neįsigaliojusioje tvarkoje nustatytus reikalavimus;
- nenustatytas GMP dispečerinių tarnybų vertinimo periodiškumas, nors dalis didesnį apmokėjimą gaunančių tarnybų šiam apmokėjimui reikiamą turėti programinę įrangą nuomoja, o sudarytos nuomos sutartys gali būti nutrauktos;
- VŠĮ Greitosios medicinos pagalbos stočiai nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. liepos 1 d. sumokėta už dispečerinės paslaugas taikant didesnį balą neatlikus dispečerinės vertinimo ir neįsitikinus, ar ji įvykdžiusi visus teisės aktuose tokiam apmokėjimui keliamus reikalavimus; centralizuotų GMP dispečerinių tarnybų vertinimo komisija, atlikdama vertinimus, nevertino centralizuotos dispečerinės įrangos suderinimo su visų aptarnaujamų savivaldybių GMP stotyse turima GMP brigadų automobilių technine įranga.

GMP dispečerinėms tarnyboms už tam tikrų techninių priemonių įdiegimą įstaigoje nepagrįstai sumokėta taikant didesnį balą, nes nė vienos sveikatos priežiūros paslaugos, už kurią mokama iš PSDF biudžeto lėšų, bazinės kainos balo vertė nėra siejama su teikiant paslaugas naudojama technine įranga ar paslaugos kokybe.

<sup>26</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998-11-26 įsakymu Nr. 687 patvirtintų Formos NR. 025/A-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“ pildymo, pateikimo ir tikslinimo taisyklių (su vėlesniais pakeitimais) 21 p.

<sup>27</sup> Panevėžio TLK 2013 m. III ketvirčio kontrolės procedūrų ataskaita.

Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimą ir mokėjimą už jas iš PSDF biudžeto lėšų reglamentuoja Greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas<sup>28</sup>, kuriuo vadovaujantis mokama už GMP stočių teikiamos GMP dispečerinių tarnybų paslaugas. 2013 m. už dispečerinių tarnybų teikiamas paslaugas sumokėta 8 059,7 tūkst. Lt.

Pagal minėtą aprašą 2013 m. už GMP dispečerinių paslaugas sumokėti skiriama suma apskaičiuota metinę 1,95 bazinio balo vertės kainą dauginant iš statistinio gyventojų skaičiaus kiekvienoje savivaldybėje, kuriai dispečerinės tarnybos paslaugas teikia atitinkama GMP stotis. Balo vertė padidinama iki 4 balų vienam savivaldybės gyventojui, kai GMP dispečerinė yra centralizavusi GMP dispečerinių tarnybų funkcijas ir įdiegusi programinę ir aparatinę įrangą, leidžiančią priimti GMP pagalbos kvietimus, juos perduoti artimiausiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai<sup>29</sup>. 2013 m. GMP dispečerinėms 1,95 balą padidinus iki 4 balų, už dispečerinių paslaugas papildomai sumokėta 2 627,0 tūkst. Lt. Pažymėtina, kad Sveikatos apsaugos ministerija jau nuo 2012 m. liepos mėnesio GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos apraše leido teritorinėms ligonių kasoms už dispečerinės paslaugas mokėti taikant didesnę (nevienodą) balą, tačiau nereglementavo, kas turėtų įvertinti, ar įstaigos atitinka įsakymo reikalavimus, kad gautų didesnę balą, nenustatė programinei ir aparatinei įrangai keliamų techninių reikalavimų ir neparengė metodikos, kaip turi būti vertinama atitiktis šiems reikalavimams. Tarpžinybinė GMP dispečerinių tarnybų vertinimo komisija<sup>30</sup> (toliau – Komisija), įpareigota vertinti, ar GMP dispečerinės tarnybos atitinka reikalavimus, į kuriuos atsižvelgiant taikomas didesnis balas, sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta beveik po metų – 2013 m. birželio mėnesį.

Sveikatos apsaugos ministerijos vardu veikiančios Komisijos surašyti atitinkamos GMP stoties centralizuotos dispečerinės teikiamų paslaugų patikrinimo aktai lėmė atitinkamos zonos TLK sudaromoje asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo sutartyje numatytą dydį (taikant 1,95 ar 4 bazinio balo vertę). Minimi Komisijos atlikti patikrinimai ir pagal juos surašyti aktai atitinka Viešojo administravimo įstatyme<sup>31</sup> reglamentuotų viešojo administravimo įgaliojimų vykdymą (tam tikrą juridinį faktą patvirtinančių dokumentų išdavimą ir viešųjų paslaugų teikimo administravimą), tačiau Sveikatos apsaugos ministerijos vardu veikiančiai komisijai viešojo administravimo įgaliojimai nebuvo suteikti pagal Viešojo administravimo įstatymo 4<sup>1</sup> straipsnio 1 dalies 1 ir 2 punktų nuostatas. Teisės aktuose sveikatos apsaugos politiką formuojančiai ministerijai nėra suteikta įgaliojimų išduoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą lemiančius atitikties teisės aktų reikalavimams aktus (pažymas), jie nėra nurodyti apraše ir įsakyme dėl komisijos sudarymo bei jos įgaliojimų.

Sudarytai Komisijai minėtu ministro įsakymu<sup>32</sup> buvo pavesta įvertinti apskričių centrų GMP dispečerinių atitiktį tik GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 20 p. reikalavimams ir aprašo kokybei. Taigi vertinimas turėjo būti atliktas pagal du kriterijus: ar dispečerinė įvykdė aprašo 20 punkte nurodytą GMP dispečerinių tarnybų funkcijų centralizavimą ir ar yra įdiegusi programinę ir aparatinę įrangą, leidžiančią priimti GMP pagalbos kvietimus, juos perduoti artimiausiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai. Apraše nebuvo nurodyta, kas turi būti laikoma atitiktimi aprašo kokybei ir kaip tai įvertinama.

<sup>28</sup> Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymu Nr. V-1131.

<sup>29</sup> Ten pat (2012-07-05 įsakymo Nr. V-681 redakcija), 20 p.

<sup>30</sup> Sudaryta remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-06-03 įsakymu Nr. V-571.

<sup>31</sup> Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymas, 1999-06-17 Nr. VIII-1234 (2013-05-16 įstatymo Nr. XII-322 redakcija), 2 str. 17 d., 5 str. 3 p., 15 str. 1 d. 2 p. ir 2 str. 20 d., 5 str. 4 p. ir 16 str.

<sup>32</sup> Sudaryta remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-06-03 įsakymu Nr. V-571.

Pažymime, kad, nesant reglamentuotos dispečerinių vertinimo metodikos, būdų ir periodiškumo, Komisija savo patikrinimus atliko skirtingai ir viršydama ministro jai suteiktus įgaliojimus – ne tik pagal GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 20 punktą, kaip buvo pavesta ministro, bet ir pagal Laikinajame GMP dispečerinių tarnybų veiklos apraše nustatytus reikalavimus, nors šis aprašas atliekamų patikrinimų metu dar nebuvo įsigaliojęs<sup>33</sup>. Be to, audito metu nustatyta, kad į Komisijos, daugiausia vertinusios programinės ir aparatinės įrangos galimybes, sudėtį buvo įtrauktas tik vienas informacinių technologijų srities specialistas, tačiau ir jis ne visais atvejais dalyvavo vertinant GMP dispečerines, o tai leidžia abejoti tokios Komisijos atliktų patikrinimų patikimumu.

GMP dispečerinės aptarnaujamų stočių vertinimus 2013 m. Komisija atliko ir kiekvieną kartą dispečerinei pradėjus paslaugas teikti naujoms savivaldybių GMP stotims<sup>34</sup>. Patikrinimų metu buvo vertinama centralizuotos dispečerinės tarnybos ir konkrečios savivaldybės GMP stoties ryšio kokybė, kai kuriais atvejais rinkta informacija apie GMP automobilių įrangos suderinimą su centralizuotos dispečerinės įranga. Tačiau tokie vertinimai nebuvo atlikti visų dispečerinės aptarnaujamų savivaldybių GMP stotyse, todėl 4 balų įkainis už šių savivaldybių GMP stočių paslaugas taikytas neįsitikinus jų įrangos suderinamumu su dispečerinės įranga.

#### Pavyzdys

Auditoriams kyla abejonių dėl tinkamo GMP stočių automobilių suderinimo su centralizuotomis GMP dispečerinėmis, nes susipažinus su Švenčionių GMP stočiai priklausančių automobilių įranga nustatyta, kad automobiliuose yra įdiegtas skaitmeninis radijo ryšys, naudojamas centralizuotoje dispečerinėje, kuri teikia paslaugas stočiai, ir GPS navigacija, tačiau GMP brigados į skaitmeninio ryšio radijo stoteles negauna tekstinių pranešimų. Tai reiškia, kad GMP brigada, gavusi iškvietimą automobilyje, turi ranka užsirašyti koordinates ir įrašyti jas į GPS navigaciją, nes Švenčionių GMP brigadų naudojama GPS navigacija nėra suderinta su centralizuotos dispečerinės programine įranga.

Dėl minėtų pastebėjimų auditoriai abejoja, kad Švenčionių GMP brigados, gavusios centralizuotos dispečerinės iškvietimą, reaguos taip pat operatyviai, kaip, pvz., Vilniaus GMP brigada.

Pažymėtina, kad Vilniaus apskrčiai paslaugas teikiančiai VŠĮ Greitosios medicinos pagalbos stoties GMP dispečerinei padidintas 4 balų įkainis buvo pradėtas taikyti jau nuo 2012 m. II pusmečio, net neatlikus jokio GMP dispečerinių vertinimo: auditoriams nebuvo pateikti jokie vertinimo (patikrinimo) dokumentai, kurie pagrįstų mokėjimą už paslaugas taikant bazinę 4 balų vertę<sup>35</sup> nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. liepos 3 d. (kaip minėta, vertinimus atliekanti Komisija sudaryta tik 2013 m. birželio 3 dieną).

#### Pastebėjimas

Didesnis balas mokant už šios GMP dispečerinės paslaugas pradėtas taikyti Vilniaus TLK gavus VŠĮ Greitosios medicinos pagalbos stoties direktoriaus raštą<sup>36</sup>, kuriame buvo teigiama, kad įstaiga nuo 2012 m. sausio 1 d. vykdo centralizuotos dispečerinės funkcijas Vilniaus apskrities zonoje ir yra įsidiegusi programinę ir aparatinę įrangą, leidžiančią priimti GMP pagalbos kvietimus, juos perduoti artimiausiai įvykio esančiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai.

<sup>33</sup> Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012-11-07 įsakymu Nr. V-996, įsigaliojo 2014-04-01.

<sup>34</sup> Pavyzdžiui, VŠĮ Kauno miesto GMP stoties dispečerinės tarnybos paslaugų vertinimas atliktas įstaigai pradėjus teikti paslaugas Jonavos, Vilkaviškio, Šakių savivaldybių gyventojams, VŠĮ Greitosios medicinos pagalbos stoties vertinimas atliktas pradėjus teikti paslaugas Zarasų ir Visagino savivaldybių gyventojams.

<sup>35</sup> Pirmą kartą VŠĮ Greitosios medicinos pagalbos stoties dispečerinių paslaugų vertinimą Komisija atliko 2013-07-03.

<sup>36</sup> 2012-09-03 raštas Nr. 8-R-357.

Auditorių nuomone, siekiant skaidriai naudoti PSDF lėšas GMP paslaugų išlaidoms apmokėti, turėtų būti reglamentuota, kaip turi būti vertinamos GMP dispečerinės, ir vertinimas turi būti atliekamas kiekvienoje GMP stotyje, gaunančioje informaciją iš centralizuotos dispečerinės, vertinant jos pasirengimą operatyviai gauti pranešimus ir optimaliu maršrutu nuvykti į jvykio vietą (teikti būtiną pagalbą) kitame rajone (kitos GMP stoties zonoje). Svarbu reglamentuoti ir tai, kokį laikotarpį galioja Komisijos atliktas vertinimas ar kokį laikotarpį jis turi būti siejamas su GMP dispečerinės paslaugų išlaidų apmokėjimu, nes dalis įstaigų programinę įrangą, reikalingą papildantam 4 balų bazinės kainos dydžiui taikyti, tik nuomoja, tačiau su tiekėjais sudarytos sutartys bet kada gali būti nutrauktos ar pakeistos.

SAM patvirtinta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarka leidžia už paslaugas dvigubai mokėti būtent toms GMP dispečerinėms, kurios yra investavusios į įstaigos įrangą, leidžiančią operatyviau ir efektyviau teikti paslaugas. Tokiu būdu iš dalies PSDF biudžeto lėšomis yra kompensuojamos GMP stoties turėtos išlaidos, susijusios su įstaigos veiklos optimizavimu, infrastruktūros gerinimu. Pažymime, kad nė vienos kitos sveikatos priežiūros paslaugos, už kurią sumokama iš PSDF biudžeto lėšų, bazinės kainos balo vertė nėra siejama su tuo, kokia (kiek kainavusia ar kiek operatyviai padedančia atlikti tam tikras funkcijas) įranga, esančia gydymo įstaigoje, teikiamos paslaugos, todėl manome, kad 4 balų taikymas už tam tikrų techninių priemonių įdiegimą įstaigoje yra nepagrįstas.

## 2.3. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidos

### 2.3.1. PSDF biudžeto lėšų panaudojimas jodo I-125 šaltiniams įsigyti

VšĮ Vilniaus universiteto Onkologijos institutas ir LSMUL VšĮ Kauno klinikos 588,2 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų, skirtų jodo I-125 šaltiniams įsigyti, panaudojo pažeisdamos Viešųjų pirkimų įstatyme įtvirtintus lygiateisiškumo ir nediskriminavimo principus.

VLK direktorius<sup>37</sup>, vadovaudamasis nustatytais tvarkomis<sup>38</sup> ir atsižvelgdamas į VLK viešojo pirkimo komisijos sprendimą<sup>39</sup>, 2013 m. keturioms gydymo įstaigoms paskirstė 1 394,1 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų jodo I-125 šaltiniams, taikomiems prostatos vėžio brachiterapijai, įsigyti<sup>40</sup>.

Atsižvelgdami į praeito finansinio (teisėtumo) audito<sup>41</sup> metu nustatytus Viešųjų pirkimų įstatymo pažeidimus, kuriuos padarė gydymo įstaigos, įsigydamos minėtus jodo šaltinius, ir į tai, kad 2013 m. vėl toms pačioms gydymo įstaigoms buvo paskirstytos PSDF biudžeto lėšos radioizotopams įsigyti, patikrinome gydymo įstaigų 2013 m. vykdytų pirkimų sąlygas ir jų atitiktį Viešųjų pirkimų

<sup>37</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-06-13 įsakymu Nr. 1K-128.

<sup>38</sup> Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo bei centralizuotai iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų protezų, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo, patvirtinto sveikatos apsaugos ministro įsakymais: 1998-03-20 Nr. 151, 6 p; 2013-05-27 Nr. V-531 „Dėl lėšų centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti skyrimo ir 2013 m. galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“, Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-04-08 įsakymu Nr. 1K-70 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo centralizuotai apmokamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis ir jų panaudojimo kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“.

<sup>39</sup> Valstybinės ligonių kasos viešojo pirkimo komisijos 2013-06-06 posėdžio protokolas Nr. VP-144.

<sup>40</sup> PSDF biudžeto lėšos 2013 m. skirtos VšĮ Vilniaus universiteto ligoninei Santariškių klinikoms, VšĮ Vilniaus universiteto Onkologijos institutui, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninei, VšĮ Kauno klinikoms, VšĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei.

<sup>41</sup> 2013-07-12 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-P-10-5-82 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio audito rezultatų“.

įstatymui. Patikrinę nustatėme, kad dvi iš keturių gydymo įstaigų PSDF biudžeto lėšas naudojo pažeisdamos Viešųjų pirkimų įstatyme įtvirtintus lygiateisiškumo ir nediskriminavimo principus.

Nustatėme *VšĮ Vilniaus universiteto Onkologijos instituto* vykdyto jodo I-125 šaltinių (sėklų) pirkimo neatitikimų.

Šiai gydymo įstaigai jodo šaltiniams įsigyti skirta 638,5 tūkst. Lt, panaudota 305,1 tūkst. Lt. Pirkimo, vykdyto atviro konkurso būdu<sup>42</sup>, sąlygose numatyta pateiktus tiekėjų pasiūlymus vertinti pagal mažiausios kainos kriterijų. Konkursas skaidytas į dvi dalis: I dalyje planuota pirkti 3 750 vnt. sėklų (50 pacientų gydyti), II dalyje – 750 vnt. sėklų (10 pacientų gydyti). Pirmos dalies pirkimo laimėtoju tapo vienintelis pasiūlymą pateikęs tiekėjas – UAB „A“ (1 vnt. kaina – 134,93 Lt su PVM). Pasiūlymo kaina – 504 tūkst. Lt. Antros dalies laimėtojas nepaskelbtas.

Pirmos dalies jodo šaltinių pirkimo sąlygų specifikacijose nustatomi reikalavimai gali būti siejami su tam tikru jų gamintoju ir tuo pačiu su šio gamintojo atstovu Lietuvoje. Mūsų šalyje jodo šaltinius prostatos vėžio brachiterapijai atlikti lignoninėms tiekia UAB „B“ (gamintojas „Eckert & Ziegler BEBIG“), UAB „C“, jos dukterinė firma UAB „A“ (gamintojas „Bard Medical“) ir UAB „D“ (gamintojai „BrachySciences“ ir „Oncura“).

#### **Pirkimo objekto techninėje specifikacijoje nustatyti reikalavimai**

Planuojami įsigyti radioizotopai – „...radioaktyvūs šaltiniai (I-125) – sterilūs, kartridžuose. Kartridžas (*cartridge*) suderinamas su gydymo įstaigos turimu šaltinių sujungimui į grandinės naudojamu prietaisu „QuickLink“ ir pavienių šaltinių implantacijai naudojamu MICK200-TPV (Mick Radio-Nuclear Instruments, Inc. JAV) aplikatoriumi. Radioaktyvius šaltinius procedūros metu galima sujungti į pageidaujamo ilgio grandinėle su galimybe pasirinkti norimą tarpą tarp šaltinių centrų: 5 mm; 10 mm; 15 mm (skirtingas atstumas tarp šaltinių reikalingas tam, kad galima būtų paskirstyti spinduliuavimo dydį būtent taip, kaip suplanuota) ... „Radioaktyvus šaltinis – tai cilindro formos 0,8–1,0 mm diametro, 4,3–4,5 mm ilgio titano kapsulė, kurioje radioaktyvus I-125 šaltinis absorbuotas nikelio/variu dengtame aliuminio vielos gabalėlyje su aukso šerdimi. Aukso šerdies (markerio) ilgis ne mažiau kaip 3,5 mm.“

Pirkimo sąlygų techninėje specifikacijoje buvo nurodyti su konkretaus gamintojo („Bard Medical“) gaminamais jodo šaltiniais siejami reikalavimai, iš esmės analogiški tiems, dėl kurių teismai panaikino 2012 m. VLK ir Klaipėdos universitetinės lignoninės vykdytus jodo I-125 šaltinių viešųjų pirkimų rezultatus. Dėl to šioje pirkimo dalyje nustatyti specifiniai reikalavimai, kaip ir 2012 m. vykdytų pirkimų, laikytini nepagrįstais, nes jais buvo ribojama tiekėjų teisė vienodomis sąlygomis konkuruoti dėl viešojo pirkimo konkurso laimėjimo. Taip buvo pažeistas Viešųjų pirkimų įstatymo 25 straipsnio 2 dalyje nustatytas draudimas dirbtinai riboti konkurenciją ir šiame straipsnyje nustatytos pirkimo objekto apibūdinimo taisyklės, taip pat buvo pažeisti 3 straipsnio 1 dalyje nustatyti lygiateisiškumo, nediskriminavimo, proporcingumo ir skaidrumo principai ir nepasiektas šio straipsnio 2 dalyje nustatytas tikslas – vadovaujantis šio įstatymo reikalavimais sudaryti pirkimo sutartį, leidžiančią įsigyti lignoninei ir pacientams reikalingų prekių, racionaliai naudojant tam skirtas lėšas.

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto lignoninei VšĮ Kauno klinikoms* (toliau – Kauno klinikos) 2013 m. VLK direktoriaus įsakymu<sup>43</sup> jodo I-125 šaltiniams įsigyti skirta 372,5 tūkst. Lt, iš jų panaudota 286,1 tūkst. Lt. 2013 m. šiai gydymo įstaigai radioizotopų išlaidos kompensuotos

<sup>42</sup> Konkursas skelbiamas 2013-08-10 Europos Sąjungos oficialiajame leidinyje Nr. 2013 /S 155 – 270227.

<sup>43</sup> Lietuvos Respublikos valstybinės lignonų kasos direktorius 2013-06-13 įsakymu Nr. 1K-128.

vadovaujantis 2012 m. gruodžio 3 d. sudaryta sutartimi<sup>44</sup>, nors 2013 m. finansinio (teisėtumo) audito ataskaitoje konstatavome, kad ši sutartis sudaryta pažeidžiant Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimus. Pirkimo sąlygų techninės specifikacijos reikalavimai buvo iš esmės analogiški tiems, dėl kurių teismai panaikino 2012 m. VLK ir Klaipėdos universitetinės ligoninės vykdytus analogiškus jodo I-125 šaltinių pirkimus, nes buvo nurodyti su gamintojo „Bard Medical“ gaminamais jodo šaltiniais siejami reikalavimai.

Nustatydamos šiuos reikalavimus, Kauno klinikos pažeidė savo supaprastintų viešųjų pirkimų taisyklių<sup>45</sup> 43–49 punktų reikalavimus dėl techninės specifikacijos, pirkimo metu pažeidė skaidrumo principą, nes pirkimo sąlygos buvo neaiškios, netikslios ir dviprasmiškos. Taip klinikos negalėjo įvykdyti Viešųjų pirkimų įstatymo 24 straipsnio 8 dalyje nurodytos pareigos – užtikrinti, kad tiekėjai galėtų pateikti pasiūlymus, o perkančioji organizacija nupirkti tai, ko reikia. Kauno klinikų pirkimo sąlygose nustatyti specifiniai reikalavimai buvo nepagrįsti ir jomis buvo ribojama tiekėjų teisė vienodomis sąlygomis konkuruoti dėl viešojo pirkimo konkurso laimėjimo. Taip buvo pažeistas Viešųjų pirkimų įstatymo 25 straipsnio 2 dalyje nustatytas draudimas dirbtinai riboti konkurenciją ir šiame straipsnyje nustatytos pirkimo objekto apibūdinimo taisyklės, taip pat buvo pažeisti 3 straipsnio 1 dalyje nustatyti lygiateisiškumo, nediskriminavimo, proporcingumo ir skaidrumo principai ir nepasiektas šio straipsnio 2 dalyje nustatytas tikslas – vadovaujantis šio įstatymo reikalavimais sudaryti pirkimo sutartį, leidžiančią įsigyti ligoninei ir pacientams reikalingų prekių, racionaliai naudojant tam skirtas lėšas.

### 2.3.2. PSDF biudžeto lėšų panaudojimas nekokybiškiems intraokuliniams lęšiukams įsigyti

VLK nupirko lęšiukus iš pirkimo sąlygose nustatytų kvalifikacijos reikalavimų neatitinkančio tiekėjo ir dėl netinkamai parengtų pirkimo sąlygų negalėjo pasinaudoti perkamų lęšiukų pavyzdžių bandymų rezultatais. Sveikatos priežiūros įstaigose implantavus lęšiukus paaiškėjo, kad jie nekokybiški, nes kai kuriems pacientams sukėlė sunkius uždegimus, todėl pacientams buvo teikiamos ne dienos chirurgijos paslaugos, bet jie buvo gydomi daug ilgiau tiek stacionare, tiek ambulatoriškai, o PSDF biudžetui galėjo būti padaryta mažiausiai 20,2 tūkst. Lt žala.

VLK 2012 m. atviro konkurso būdu vykdė intraokulinių lęšiukų viešąjį pirkimą (pirkimo Nr. 124747). Su pirkimo konkursą laimėjusiu tiekėju sudaryta 7 835 vnt. intraokulinių lęšiukų pirkimo–pardavimo sutartis, kurios vertė – 403,1 tūkst. Lt, katarakta sergantiems pacientams gydyti<sup>46</sup>. Pagal šią sutartį VLK įsigijo iš tiekėjo intraokulinių lęšiukų už 270,3 tūkst. Lt.

Audito metu kilo abejonių, ar laimėjęs tiekėjas atitinka pirkimo sąlygose nustatytus tiekėjo kvalifikacijos reikalavimus, kurie būtini tokiai sutarčiai vykdyti. Buvo gauta informacija, kad laimėjęs tiekėjas pateikė neteisingus duomenis apie savo techninį ir profesinį pajėgumą, kuris iš tikrųjų neatitinka pirkimo sąlygose nustatyto reikalavimo, kad tiekėjas anksčiau būtų vykdęs medicininės paskirties prekių pirkimo sutartį, kurios vertė ne mažesnė kaip 0,7 pirkimo objekto (pasiūlymo) vertės. Laimėjęs tiekėjas ir pažymą apie sutarties įvykdymą išdavusi gydymo įstaiga nenurodė svarbios aplinkybės, kad pirkimo sutartyje, kuri buvo deklaruota kaip įvykdyta, nurodyti perkamų prekių kiekiai ir sutarties vertė buvo tik orientaciniai ir vykdant sutartį nepasiekti.

<sup>44</sup> Su UAB „A“ Nr. LB1-1714, kurios vertė – 903,2 tūkst. Lt su PVM (1 vnt. – 134,4 Lt su PVM).

<sup>45</sup> Patvirtinta VŠĮ Kauno klinikų generalinio direktoriaus 2011-01-12 įsakymu Nr. V-17.

<sup>46</sup> „Optitech Eyecare“ (gamintojas „Tarun Enterprises“, Indija), 2012-12-18 pirkimo–pardavimo sutartis Nr. 1SUT-503.

**Pastebėjimas dėl tiekėjo neatitikties nustatytam techninio ir profesinio pajėgumo reikalavimui**

Atviro konkurso sąlygų 2 lentelėje pateikiamų Finansinės ir ekonominės būklės, techninio ir profesinio pajėgumo reikalavimų dalies 3.1.8 punkte buvo nustatytas reikalavimas, kad tiekėjas turi būti įvykdęs bent vieną medicininės paskirties prekių pirkimo sutartį, kurios vertė yra ne mažesnė kaip 0,7 pirkimo objekto (pasiūlymo) vertės, t. y. 288 291,5 Lt be PVM (411 845 × 0,7) arba 302 706,08 Lt su PVM. Šiam kvalifikacijos reikalavimui pagrįsti tiekėjas turėjo pateikti pažymą apie jo įvykdytas sutartis, kurios yra susijusios su medicininės paskirties prekių pardavimu. Toje pažymoje turėjo būti nurodyta prekių pavadinimas, sutarties kaina, data, pirkėjo identifikavimo duomenys ir tai, kad sutartis įvykdyta tinkamai.

Tiekėjas pasiūlyme nurodė 2012-08-27 pažymą apie įvykdytas sutartis Nr. 120827vlk4, iš kurios matyti, kad didžiausia jo įvykdytos sutarties vertė yra tik 76 146 Lt. VLK 2012-09-18 raštu Nr. 4K-24-7445 laimėjusio tiekėjo paprašė patikslinti jo pasiūlyme nurodytos kvalifikacijos atitiktį reikalavimui, kad turi būti įvykdyta ne mažesnės kaip 288 291,5 Lt be PVM arba 302 706,08 Lt su PVM vertės medicininių prekių tiekimo sutartis.

Dėl šio VLK prašymo tiekėjas 2012-09-19 raštu Nr. 120919vlk2, 2012-09-19 raštu Nr. 120919vlk1 ir vienos gydymo įstaigos 2012-10-03 raštu pateikė prieštarinę informaciją apie įvykdytą 2010-11-05 sutartį „Dėl priemonių intervencinei kardiologijai/1682 pirkimo“. Kilus pagrįstų abejonių dėl tokios informacijos patikimumo, audito metu gydymo įstaigos paprašė pateikti informaciją apie tiekėjo nurodytos preliminarios 2010-11-05 sutarties vykdymo apimtis. Gydymo įstaiga 2014-06-05 raštu valstybiniais auditoriams pateikė informaciją, kad laimėjęs tiekėjas, vykdydamas nurodytą ir jau pasibaigusią 2010-11-05 sutartį, gydymo įstaigai yra pateikęs tik 15 450 Lt be PVM ir 16 222, 50 Lt su PVM vertės medicininių prekių.

Dėl minėtų aplinkybių manome, kad laimėjęs tiekėjas sutarties dėl ne mažiau kaip 288 291,5 Lt be PVM arba 302 706,08 Lt su PVM vertės medicininės paskirties prekių tiekimo nebuvo įvykdęs, todėl nebūtų pripažintas atitinkančiu pirkimo sąlygų reikalavimus, jeigu būtų pateikęs teisingą informaciją apie savo kvalifikaciją.

VLK pirkimo metu į tiekėją, pateikusį prieštarigus savo kvalifikacijos duomenis, papildomai nesikreipė ir pakartotinai patikslinti duomenų neprašė, taip buvo pažeista Viešųjų pirkimų įstatymo 32 straipsnio 5 dalis. Pažymime ir tai, kad tiekėjų kvalifikacijos vertinimo metodinių rekomendacijų<sup>47</sup> 20.1 punkte nurodyta, kad netgi tuo atveju, kai tiekėjas teikia informaciją apie vykdomas sutartis, laikoma, kad jo patirtis tik tuomet atitinka keliamą reikalavimą, jei būtent įvykdyta sutarties dalis yra ne mažesnė kaip 0,7 pirkimo objekto (pasiūlymo) vertės.

Kadangi tiekėjas pateikė neteisingą, pirkimo sąlygų neatitinkančią informaciją apie įvykdytas sutarties vertę, jis negalėjo būti pripažintas atitinkančiu pirkimo sąlygų reikalavimus dėl techninio ir profesinio pajėgumo, todėl vadovaudamasi Viešųjų pirkimų įstatymo 32 straipsnio 6 dalimi ir 39 straipsnio 2 dalies 1 punktu Valstybinė ligonių kasa turėjo atmesti jo pasiūlymą.

Pagal pirkimo sąlygose nustatytą reikalavimą tiekėjas kartu su konkurso pasiūlymu pateikė 20 vnt. lėšiuokų pavyzdžių, nes VLK to tiekėjo atstovaujamo gamintojo lėšiuokų iki tol nebuvo pirkusi. Šiuo reikalavimu buvo siekiama praktiškai išbandyti iki tol nepirktų lėšiuokų rūšis, tačiau VLK pažeidė Viešųjų pirkimų įstatymo 24 straipsnio 9 dalies reikalavimą parengti tikslus ir aiškius pirkimo dokumentus, nes pirkimo sąlygose nenustatė jokių su tiekėjo pateiktų lėšiuokų pavyzdžių bandymais ir jų rezultatais susijusių kriterijų ar kitų objektyviai nustatomų aplinkybių, kurios galėtų daryti kokią nors įtaką pirkimo rezultatui.

<sup>47</sup> Patvirtinta Lietuvos Respublikos viešųjų pirkimų tarnybos direktoriaus 2003-10-20 įsakymu Nr. 1S-100 (2011-12-30 įsakymo Nr. 1S-196 redakcija).

Tiekėjų pateiktus lęšius bandžiusių implantuoti gydytojų vertinimų ataskaitose pateikti tokie abstraktūs, subjektyvūs ir nepamatuojami apibūdinimai: „smagesni už dabar naudojamus“, „nėra patys smagiausi“, „geri“, „per standus (kietas)“, „per greitai išsiskleidžiantis akyje (gali nutraukti raiščius)“, „sunkiai įdedamas“ ar „lengviau implantuojami“. Laimėjusio konkursą tiekėjo lęšiai atitiko visus VLK pirkimo sąlygose nustatytus jiems keliamus reikalavimus, todėl gydytojų subjektyvių nuomonių apie lęšiukų implantavimą ir netgi vieno gydytojo pateiktos informacijos apie laimėjusio konkursą tiekėjo lęšiu implantavimo metu sukeltą ryškią uždegiminę reakciją reikšmė pirkimo dokumentuose nebuvo aptarta ir savaime negalėjo būti pakankama priežastis atmesti to tiekėjo pasiūlymą. 2012 m. rugsėjo 28 d. viešųjų pirkimų komisijos nariai (gydytojai specialistai) įvertino bandymų metu padarytas išvadas ir nusprendė, kad lęšius naudoti galima.

Pirmieji minėto viešojo pirkimo metu įsigyti lęšiai gydymo įstaigoms buvo pradėti tiekti nuo 2013 m. sausio mėn., tačiau jau 2013 m. balandžio 26 d. ir 2013 m. gegužės 22 d. Kauno klinikų Akių ligų klinikos vadovas informavo<sup>48</sup> Valstybinę akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybą (toliau – Akreditavimo tarnyba) apie nekokybiškų lęšiukų (medicinos prietaisų) sukeltas komplikacijas.

#### **Komplikacijų, kurias sukėlė lęšiukų implantavimas, aprašymas**

Uždegiminės reakcijos, sukeltos implantuotų lęšiukų, pasireiškė intensyvia eksudacija į priekinę akies kamerą, sunkesniais atvejais – hipopionu. Tai vertinta kaip toksinė reakcija, kurią sukėlė implantuoti lęšiai. Pacientai, kuriems pasireiškė reakcijos, buvo papildomai gydomi hormonais, antibiotikais.

Akreditavimo tarnyba<sup>49</sup> nurodė laikinai, iki atskiro pranešimo, sustabdyti „Opitech Eyecare“ intraokulinių lęšiukų implantavimą, o gavusi ir kitų gydymo įstaigų, implantavusių minėtus lęšius, skundų, uždraudė juos platinti ir naudoti<sup>50</sup>.

#### **Motyvai, kodėl Akreditavimo tarnyba uždraudė naudoti intraokulinius lęšius**

Akreditavimo tarnyba nurodė, kad visose gydymo įstaigose toksinės reakcijos pasireiškė 10–12 proc. pacientų iš 100 implantuotų lęšiukų, taip pat nurodė, kad Indijos gamintojas „Tarun Enterprises“, gamintojo įgaliotas atstovas Europos ekonominėje erdvėje („Opitech Europe“, Belgija), notifikuota įstaiga, išdavusi sertifikatą minėtam gamintojui („Det Norske Veritas“, AS, Norvegija) ir Belgijos įgaliotoji institucija (Federal Agency for Medicines and Health Products Division) nepateikė dokumentų ir paaiškinimų dėl „Opitech Eyecare“ intraokulinių lęšių saugumo.

Audito metu išanalizavome dviejų daugiausia lęšiukų implantavimo operacijų 2013 m. atlikusių gydymo įstaigų – VŠĮ VUL Santariškių klinikų (toliau – Santariškių klinikos) (gavo 20 proc. visų 2013 m. pradėtų naudoti lęšiukų) ir Kauno klinikų (gavo 33 proc. visų 2013 m. pradėtų naudoti lęšiukų) – pateiktą informaciją apie intraokulinių lęšiukų panaudojimą ir sukeltas komplikacijas gydytiems pacientams.

Nustatėme, kad Santariškių klinikose buvo implantuoti 78 nekokybiškais pripažinti lęšiai, jie sukėlė 8 toksines (sunkias uždegimines) reakcijas. Kauno klinikose buvo implantuoti 466 lęšiai, sukeltos 47 reakcijos. Abiejose įstaigose sukurta apie 10 proc. uždegiminių reakcijų, nors specialistų, atliekančių tokias operacijas, teigimu, implantuojant kokybiškus lęšius tokių uždegiminių reakcijų dalis nesiekia net 1 procento.

<sup>48</sup> Vadovaudamasis Pranešimų apie neatitinkančius reikalavimų medicinos prietaisų (budra) pateikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Akreditavimo tarnybos direktoriaus 2004-08-05 įsakymu Nr. T1-136, pateikė naudotojo incidentų pranešimą.

<sup>49</sup> Akreditavimo tarnybos direktoriaus 2013-05-29 raštas Nr. D2-8102-(5.45).

<sup>50</sup> Akreditavimo tarnybos direktoriaus 2013-06-19 raštas Nr. D2-9360-(5.45).

Pažymėtina, kad kiekvienos komplikacijos atveju PSDF biudžetas patyrė papildomų pacientų gydymo išlaidų. Iš minėtų gydymo įstaigų pateiktų duomenų apie pacientus, kuriems buvo kilusios komplikacijos dėl nekokybiškų lęšiukų, nustatėme, kad už tokių pacientų gydymą iš PSDF biudžeto gydymo įstaigoms papildomai sumokėta 20,2 tūkst. Lt<sup>51</sup>. Taip pat atkreiptinas dėmesys į tai, kad ši suma skirta tik tiems pacientams, kurie buvo gydomi implantacijas atlikusiose dvejose įstaigose, tačiau audito metu nustatyta atveju, kai komplikacijos buvo gydomos ambulatoriškai, o tai reiškia, kad PSDF biudžetui galėjo būti padaryta dar didesnė žala.

Auditorių nuomone, lęšiukų kokybės trūkumus susiejus su didesnėmis PSDF biudžeto išlaidomis dėl papildomo pacientų gydymo, šios išlaidos turėtų būti pripažintos žala ir, vadovaujantis VLK ir lęšiukų tiekėjo sudaryta pirkimo–pardavimo sutartimi<sup>52</sup>, išieškotos iš lęšiukų tiekėjo ir (ar) gamintojo.

#### **VLK ir lęšiukų tiekėjo pasirašytos sutarties nuostatos, kuriomis vadovaujantis gali būti išieškomas žalos atlyginimas**

Sutartyje nustatyta, kad: 3.1. „pardavėjas privalo užtikrinti, kad pristatytų prekių kokybė turi visiškai atitikti atviro konkurso lęšiukų pirkimo sąlygose nurodytus specifikacijos reikalavimus“ (...); 3.2 „nustačius, kad prekių trūkumas, nekomplektiškumas arba kitas specifikacijos neatitikimas įvyko dėl pardavėjo kaltės, pardavėjas savo sąskaita įsipareigoja per 30 (trisdešimt) dienų nuo informavimo apie tai prekių gavėjui pateikti trūkstamą ir (arba) nekomplektišką prekių kiekį ir atlyginti pirkėjui dėl to turėtus nuostolius“.

### 2.3.3. PSDF lėšų naudojimas peritoninės dializės tirpalams įsigyti

VLK pažeidė tiekėjų diskriminaciją draudžiančias Viešųjų pirkimų įstatymo 25 straipsnio nuostatas, nes peritoninės dializės tirpalų pirkimo sąlygose nurodė tiekėjų konkurenciją ribojančius prekinius gamintojų ženklus, taip pat suformavo neaiškias pirkimo sąlygų nuostatas dėl perkamų tirpalų kiekių. Taip VLK pažeidė ir viešųjų pirkimų skaidrumo bei nediskriminavimo principus ir nepasiekė pagrindinio viešojo pirkimo tikslo – vadovaujantis Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimais ir racionaliai naudojant tam skirtas lėšas sudaryti pirkimo sutartį, leidžiančią įsigyti pacientams reikalingų vaistų.

2013 m. VLK atviro konkurso būdu atliko peritoninės dializės tirpalų viešąjį pirkimą (pirkimo Nr. 141394). Atviro konkurso sąlygų 1 priede pateiktoje pirkimo specifikacijoje pirkimo objektas buvo suskirstytas į 4 dalis.

Valstybinė ligonių kasa pirkimo 1, 2 ir 3 dalių, kuriose laimėjusių pasiūlymų bendra vertė – 3 439 tūkst. Lt be PVM, techninėje specifikacijoje nurodė tiekėjų konkurenciją ribojančius ir juos diskriminuojančius atitinkamų gamintojų prekių ženklų pavadinimus, todėl pasiūlymus kiekvienoje dalyje teikė tik po vieną Lietuvoje oficialiai tam gamintojui atstovaujantį tiekėją.

#### **Konkurenciją ribojantys atviro konkurso sąlygose nurodyti prekių ženklų pavadinimai ir gamintojai:**

1. Pirkimo dalyje nurodytas tirpalų ir priemonių rinkinys, tinkantis „Stay Safe“ ir „Sleep Safe“ sistemoms, skirtoms tęstiniam pacientų gydymui, pagal nurodytų sistemų pavadinimus siejamas su jų gamintoju „Fresenius“, kurio oficialusis atstovas Lietuvoje yra „E“.
2. Pirkimo dalyje nurodytas tirpalų ir priemonių rinkinys, tinkantis „Miniset Twist“ ir „Home Choice“ sistemoms, skirtoms tęstiniam pacientų gydymui, pagal nurodytų sistemų pavadinimus

<sup>51</sup> Papildomos PSDF biudžeto lėšos, skirtos sumokėti už pacientams, kuriems kilo komplikacijų dėl nekokybiškų lęšiukų, suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, apskaičiuotos įvertinus gydymo stacionare dienų skaičių, suteiktas paslaugas ir apmokėtas jų išlaidas, neįskaičius pačios dienos chirurgijos paslaugos kainos.

<sup>52</sup> Valstybinės ligonių kasos ir tiekėjo 2012-12-18 pirkimo–pardavimo sutartis Nr. 1SUT-503.

siejamas su jų gamintoju „Baxter“, kurio oficialusis atstovas Lietuvoje yra „F“.

3. Pirkimo dalyje nurodytas tirpalų ir priemonių rinkinys, tinkantis „PDL-2005 Line-Set“ ir „Gambrosol Trio“ sistemoms, skirtoms tęstiniam pacientų gydymui, pagal nurodytų sistemų pavadinimus siejamas su jų gamintojo „Fresenius“ padaliniu „Gambro“, kurių oficialusis atstovas Lietuvoje yra „E“.

Valstybinė ligonių kasa tokiomis pirkimo specifikacijoje pateiktomis nuorodomis į konkrečių gamintojų prekių ženklus ir perkamų vaistų pavadinimus pažeidė Viešųjų pirkimų įstatymo 25 straipsnio 2 dalį, kurioje nurodoma, kad techninė specifikacija turi užtikrinti konkurenciją ir nediskriminuoti tiekėjų, taip pat to paties straipsnio 8 dalį, reglamentuojančią, kad, apibūdinant pirkimo objektą, techninėje specifikacijoje negali būti nurodytas konkretus prekės ženklas ar tipas, dėl kurių tam tikroms įmonėms ar tam tikriems produktams būtų sudarytos palankesnės sąlygos. Valstybinė ligonių kasa pažeidė ir Viešųjų pirkimų įstatymo 3 straipsnio 1 dalyje įtvirtintus skaidrumo ir nediskriminavimo principus, kurie įpareigoja perkančiąją organizaciją parengti tokias pirkimo sąlygas, kad kuo didesnis tiekėjų skaičius galėtų pateikti pasiūlymus parduoti prekes ir taip būtų užtikrinta kuo didesnė jų tarpusavio konkurencija, todėl nepasiekė Viešųjų pirkimų įstatymo 3 straipsnio 2 dalyje numatyto tikslo – vadovaujantis šio įstatymo reikalavimais ir racionaliai naudojant tam skirtas lėšas sudaryti pirkimo sutartį, leidžiančią įsigyti reikalingų prekių.

Pažymime, kad tarpusavyje nekonkuruojančių tiekėjų pasiūlymai galėjo lemti ir gerokai aukštesnes kainas, dėl kurių Valstybinė ligonių kasa pirkimo metu priėmė sprendimus 1 ir 3 pirkimo dalyse nurodytus kiekius sumažinti 30 proc., o 2 dalyje – sumažinti 20 procentų. Tai galėjo turėti neigiamos įtakos ir dializės paslaugų laukiančių apdraustų pacientų gydymo apimtims.

Šio pirkimo metu tiekėjų pasiūlytos kainos buvo palygintos su naujausio atviro konkurso būdu VLK vykdyto peritoninės dializės tirpalų ir priemonių pirkimo (pirkimas vykdytas 2006 m.), kurio metu konkurencingus pasiūlymus pagal kiekvieną pirkimo dalį teikė 3 tiekėjai, rezultatai. Nustatyta, kad, palyginti su 2006 metais vykusio konkurencingo pirkimo kainomis, 2013 metais VLK vykdyto pirkimo metu dėl konkurencijos nebuvimo tų pačių laimėjusių tiekėjų siūlomų peritoninės dializės tirpalų kainos buvo aukštesnės nuo 47 iki 127 proc., o vertinant visos pirkimo vertės apimtį – aukštesnės iki 1 165 tūkst. Lt be PVM, todėl manome, kad toks ryškus kainų skirtumas gali būti susijęs su tuo, kad tiekėjams pirkimo metu nebuvo sudarytos sąlygos konkuruoti.

Atkreipiame dėmesį ir į tai, kad jokie konkretūs gamintojai ar prekių ženklai ir būtinybė tęsti gydymą to paties gamintojo dializės sistemomis nėra reglamentuoti sveikatos apsaugos ministro patvirtintuose dializės paslaugų teikimo reikalavimuose<sup>53</sup>, be to, tą patvirtino ir audito metu gauta gydytojo nefrologo nuomonė.

### Pastebėjimas

Vienos didžiausių Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros įstaigų gydytojas nefrologas nurodo, kad peritoninei dializei atlikti gali būti naudojami visų gamintojų tirpalai, nes jie yra vienodos cheminės sudėties ir juos naudojant pasiekiamas vienodas rezultatas, t. y. kenksmingų medžiagų ir skysčių perteklius iš kraujo pašalinamas pro pilvaplėvę į dializei naudojamą tirpalą, esantį pilvo ertmėje.

Vienintelė nurodoma išimtis – tai gamintojo „Baxter“ gaminami aminorūgščių tirpalas,

<sup>53</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-09-23 įsakymas Nr. V-661 „Dėl dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“.

naudojamas, jei organizme yra sumažėjęs baltymų kiekis, ir gliukopiranozės 7,5 % polimero tirpalas, taikomas pacientams, kurių kraujyje gliukozės kiekis nenormalus, gydyti. Pirkimo sąlygų 2 dalyje nurodytų šių abiejų tirpalų numatomą pirkti kiekį tiekėjas pasiūlė už 208,9 tūkst. Lt su PVM ir ši tiekėjų konkurencijos dėl pateisinamų ir objektyvių priežasčių negalinti sukelti pirkimo dalis turėjo būti atskirta, taip užtikrinant kuo didesnę tiekėjų konkurenciją kitose pirkimo dalyse.

Pažymime, kad VLK šio pirkimo metu pažeidė ir Viešųjų pirkimų įstatymo 24 straipsnio 9 dalį, reglamentuojančią, kad pirkimo dokumentai turi būti tikslūs, aiškūs, be dviprasmybių, kad tiekėjai galėtų pateikti pasiūlymus, ir neužtikrino 3 straipsnio 1 dalyje įtvirtinto skaidrumo principo, kuris įpareigoja, kad visos procedūros nuo pirkimo pradžios iki pabaigos būtų skaidrios, ir draudžia nustatyti sąlygas, kuriomis vadovaudamasi perkančioji organizacija galėtų priimti neskaidrius sprendimus. Atviro konkurso sąlygų 1 priede pateiktoje pirkimo specifikacijoje nurodyta sąlyga, kad, atsižvelgiant į gautų pasiūlymų kainas, perkamas kiekis gali būti mažinamas ar didinamas iki 30 proc., yra neaiški, dviprasmiška, todėl neskaidri, nes nėra nurodyti jokie objektyvūs tiekėjų pateiktų kainų vertinimo kriterijai, pagal kuriuos Valstybinė ligonių kasa galėtų didinti ar mažinti perkamų vaistų kiekį.

## 2.4. Sveikatos programų išlaidos

### 2.4.1. PSDF biudžeto lėšos Priklausomybės ligų gydymo programai įgyvendinti

Negalime patvirtinti, kad 2 000 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų skirta ir panaudota pagrįstai ir teisėtai, nes:

- SAM, neturėdama teisės aktuose įtvirtintų įgaliojimų vykdyti PSDF biudžetą ir disponuoti jo lėšomis, savo įsakymu nurodė VLK skirti papildomų tikslinių fondo lėšų Vilniaus PLC;
- VLK papildomus 2 000 tūkst. Lt skyrė Vilniaus PLC Priklausomybės ligų programai vykdyti, nepagrindusi šių lėšų poreikio ir nesant paskirstymo kriterijų, nenurodžiusi jokių papildomų programos vykdymo užduočių, jų rezultatų ar įvertinimo kriterijų, kuriuos būtų turėjęs pasiekti Vilniaus PLC;
- Vilniaus PLC Priklausomybės ligų programai vykdyti papildomai skirtas PSDF lėšas panaudojo įstaigos veiklos išlaikymo išlaidoms apmokėti, nors jos turėjo būti padengtos iš savivaldybės ir valstybės biudžetų lėšų.
- Papildomai skirtų PSDF lėšų panaudojimas neturėjo teigiamos įtakos programos tikslų įgyvendinimui ir nesukūrė jokios pridėtinės vertės PSD draustiems asmenims.

Valstybinė ligonių kasa Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuoja 2009–2013 m. priklausomybės ligų gydymo programą<sup>54</sup> (toliau – programa), kurios tikslas – teikti priklausomybės ligų gydymo paslaugas vaikams, paaugliams ir suaugusiesiems, draustiems privalomuoju sveikatos draudimu, ir gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą. Programa vykdoma 5 priklausomybės ligų centruose<sup>55</sup>, veikiančiuose visoje Lietuvoje. 2013 m. programai įgyvendinti skirta ir panaudota 3 813,7 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų.

<sup>54</sup> Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-12-31 įsakymu Nr. V-1288.

<sup>55</sup> Vilniaus priklausomybės ligų centras (Vilniaus TLK veiklos zona); Kauno aps. priklausomybės ligų centras (Kauno TLK veiklos zona); Klaipėdos priklausomybės ligų centras (Klaipėdos TLK veiklos zona); Šiaulių priklausomybės ligų centras (Šiaulių TLK veiklos zona); Panevėžio priklausomybės ligų centras (Panevėžio TLK veiklos zona).

Pagal teisės aktuose nustatytą programos finansavimo tvarką<sup>56</sup> PSDF biudžeto lėšos, skirtos programai finansuoti, paskirstomos TLK, atsižvelgiant į statistinį jų veiklos zonoje esančių gyventojų skaičių. Programai įgyvendinti skirtos lėšos kompensuojamos vadovaujantis TLK ir priklausomybės ligų centro sutartimi bei programos (išlaidų) sąmata, kurią sudarant lėšos paskirstomos proporcingai: medikamentams ir diagnostinėms priemonėms – 45 proc.; mokes fondui – ne mažiau kaip 40 proc.; likusios lėšos naudojamos infrastruktūrai gerinti ir kitoms išlaidoms apmokėti.

2013 m. patikslinus programą, joje pirmą kartą numatyta Vilniaus PLC papildomai skirti ir tikslinių lėšų<sup>57</sup>, kurios sudarė 52,4 proc. (2 000 tūkst. Lt iš 3 813,7 tūkst. Lt) visų programai vykdyti skirtų lėšų.

**VLK direktoriaus įsakymu<sup>58</sup> programos lėšos priklausomybės ligų centrums paskirstytos:**

Kauno apskrities priklausomybės ligų centrui skirta 458,2 tūkst. Lt;

Šiaulių apskrities priklausomybės ligų centrui – 269,2 tūkst. Lt;

Klaipėdos apskrities priklausomybės ligų centrui – 267,5 tūkst. Lt;

Panevėžio apskrities ligų centrui – 238,6 tūkst. Lt;

Vilniaus miesto priklausomybės ligų centrui – 2 580,2 tūkst. Lt, iš jų 2 mln. Lt – tikslinės lėšos.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl programos papildymo, kuriame nurodyta, kad Vilniaus priklausomybės ligų centrui 2013 metais skiriama tikslinių PSDF lėšų, nėra pagrįstas teisės aktais SAM suteiktais įgaliojimais, taigi ministerija šiuo atveju viršijo Sveikatos draudimo įstatymu jai suteiktus įgaliojimus. Sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 2 dalimi ir 31 straipsniu VLK suteikta teisė pačiai spręsti ne tik dėl PSDF biudžeto vykdymo ir disponavimo jo lėšomis, bet ir apskritai dėl tokių sveikatos programų finansavimo, tokius sprendimus tik derinant su ministerija, o ne vykdant jos nurodymus vieneriais 2009–2014 metų programos įgyvendinimo metais skirti tikslinėmis pavadintų lėšų tik vienam iš ministerijos nurodytų centrų. Teismai jau ne kartą yra konstatavę, kad tik Valstybinė ligonių kasa ir jai pavaldžios teritorinės ligonių kasos, vykdydamos privalomąjį sveikatos draudimą, turi teisę savarankiškai disponuoti tam tikrų biudžetinių metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, o ministerijai teisės aktai nesuteikia teisės duoti tokius nurodymus<sup>59</sup>.

Atkreiptinas dėmesys, kad kitaip, nei skirstant kitas programos lėšas, tikslinės lėšos neskirstomos pagal gyventojų skaičių, o šių lėšų sąmatai netaikomos nuostatos skirstyti lėšas proporcingai. Programos pakeitime reglamentavus, kad Vilniaus priklausomybės ligų centrui 2013 metais skiriama tikslinių lėšų, nenurodytas joks konkretus tikslas ar užduotys, kurioms įvykdyti skiriamos šios lėšos, nenurodyti jokie kriterijai, kaip nustatomas skiriamų tikslinių lėšų dydis. Be to, neaiškios ir priežastys, kodėl programoje numatyta skirti tikslinių lėšų tik vienam iš penkių priklausomybės ligų centrų.

Pažymėtina ir tai, kad Vilniaus TLK, pasirašiusi papildomus susitarimus<sup>60</sup> prie pirminės programos vykdymo sutarties ir skyrusi papildomai 2 000 tūkst. Lt tikslinių lėšų programai vykdyti, taip pat nenumatė jokių papildomų užduočių ar aukštesnių kriterijų.

<sup>56</sup> 2009–2013 m. priklausomybės ligų gydymo programa, 22 p.

<sup>57</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-08-30 įsakymas Nr. V-834.

<sup>58</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus įsakymai: 2013-12-09 Nr. 1K-281 ir 2013-12-31 Nr. 1K-318.

<sup>59</sup> LVAT 2012-12-19 sprendimas administracinėje byloje A<sup>602</sup>-2555/2012 ir 2013-10-07 sprendimas administracinėje byloje A<sup>756</sup>-1579/2013.

<sup>60</sup> Vilniaus TLK ir Vilniaus PLC 2013-04-22 sutartis Nr. ST-1PL-13 „Dėl sergančiųjų priklausomybės ligomis medicininių paslaugų prieinamumo bei gerinimo programos vykdymo išlaidų apmokėjimo“ ir 2013-09-10 sutarties Nr. ST-1PL-13 Susitarimas Nr. 1, 2013-05-30 sutarties Nr. ST-1PL-13 Susitarimas Nr. 1, 2013-12-12 Susitarimas Nr. 2.

Audito metu nustatėme, kad Vilniaus PLC gautas tikslines PSDF biudžeto lėšas panaudojo skolai, susijusiai su darbo užmokesčiu ir socialinio draudimo įmokomis, apmokėti<sup>61</sup>, t. y. viso įstaigoje dirbančio personalo darbo užmokesčiui. Įvertinę tai, kad Vilniaus PLC 2013 m. ambulatoriniuose ir stacionariniuose skyriuose nuo priklausomybės ligų gydyta apie 18 proc. privalomuoju sveikatos draudimu nedraustų asmenų, galime teigti, kad ne visos PSDF biudžeto tikslinės lėšos buvo panaudotos vadovaujantis programos tikslu – teikti priklausomybės ligų gydymo paslaugas draustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims ir gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą. Be to, Vilniaus priklausomybės ligų centras programą įvykdė tiek, kiek turėjo įvykdyti gavęs lėšų pagal TLK veiklos zonoje esančių asmenų skaičių.

Manome, kad tokiam nepagrįstam lėšų skyrimui Vilniaus PLC galėjo turėti įtakos tai, kad, šios įstaigos steigėjams neskyrus lėšų jos išlaikymui, įstaigos veiklos tęstinumą siekta užtikrinti PSDF skirtomis tikslinėmis lėšomis.

Iki 2013 m. spalio 1 d. Vilniaus priklausomybės ligų centras buvo savivaldybės biudžetinė įstaiga, kurios steigėja – Vilniaus m. savivaldybė – 2013 m. II–III ketv. neužtikrino įstaigos finansavimo, nors pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 41 straipsnio 2 dalies 1 punktą turėjo skirti lėšų įstaigos veiklai išlaikyti iš savivaldybės biudžeto asignavimų. Nuo 2013 m. spalio 1 d. Sveikatos apsaugos ministerijai tapus Vilniaus PLC savininko teises ir pareigas įgyvendinančia institucija (steigėja), vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 41 straipsnio 1 dalies 2 punktu<sup>62</sup> jai perėjo prievolė finansuoti Vilniaus PLC veiklą. SAM jai skirtais valstybės biudžeto asignavimais neužtikrino Vilniaus PLC veiklos finansavimo ir susidariusių visų skolų apmokėjimo, tačiau į Priklausomybės ligų programą įtraukė papildomas nuostatas, kurios leido šias steigėjams priklausiusias apmokėti išlaidas padengti iš PSDF biudžeto lėšų. Remdamasi SAM nurodymais ir minėtais programos pakeitimais, VLK papildomai skyrė Vilniaus PLC 2 000 tūkst. Lt tikslinių lėšų, kurių panaudojimas neprisidėjo prie programos tikslų įgyvendinimo ir nedavė naudos apdraustiesiems.

#### 2.4.2. Dėl ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės priemonių finansavimo

SAM įpareigojimas už laboratorinius kraujo tyrimus sumokėti vadovaujantis VLK su NVSPL sudaryta sutartimi prieštarauja Sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis, reikalaujančioms, kad apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos būtų apmokamos vadovaujantis TLK ir gydymo įstaigų sudarytomis sutartimis.

VLK atsisakius pateikti visą auditui atlikti reikalingą informaciją apie ŽIV užsikrėtusiems pacientams atliktus laboratorinius kraujo tyrimus, už kuriuos buvo sumokėta iš PSDF biudžeto lėšų, negavome patikimų įrodymų, kad 794,2 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų ŽIV ligos stebėsenos laboratorinių tyrimų išlaidoms apmokėti buvo panaudota teisėtai – sumokėta už faktiškai atliktus kraujo tyrimus.

Asmenys, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, tarp kurių yra ir žmogaus imunodeficito viruso liga (ŽIV)<sup>63</sup>, yra draudžiami valstybės lėšomis ir laikomi apdraustaisiais privalomuoju sveikatos draudimu. Šios ligos diagnostiniai kriterijai, gydymas, užsikrėtusiųjų ŽIV

<sup>61</sup> Vadovaujantis Vilniaus PLC direktoriaus 2013-04-24 įsakymu Nr. 1.3-(1.2)-35 ir 2013-10-01 įsakymu Nr. 1.3-(1.2)-70.

<sup>62</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996-06-06 Nr. I-1367 (su vėlesniais pakeitimais).

<sup>63</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-05-14 įsakymas Nr. V-276 „Dėl Visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo“.

pacientų priežiūros schema yra reglamentuoti sveikatos apsaugos ministro įsakymu<sup>64</sup>, paslaugos ŽIV infekuotiems ir AIDS sergantiems asmenims teikiamos ASPĮ, visos gydymo išlaidos, išskyrus 4 ŽIV ligos stebėsenos laboratorinių tyrimų, atliekamų gydymo eigai įvertinti (toliau – laboratoriniai kraujo tyrimai), apmokamos TLK kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Minėti 4 laboratoriniai kraujo tyrimai atliekami Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijoje (NVSPL), už juos sumokama pagal VLK ir NVSPL sudarytą sutartį<sup>65</sup>, vadovaujantis ministerijos patvirtintais į kainiais ir tvarka<sup>66</sup>, naudojant PSDF biudžeto lėšas, skirtas ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės programos priemonėms finansuoti. 2013 m. šiai sveikatos programai skirta 794,2 tūkst. Lt, tiek ir panaudota.

Atkreiptinas dėmesys, kad situacija, kai VLK apmoka tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas (ŽIV ligos stebėsenos laboratoriniai tyrimai) išlaidas, neatitinka Sveikatos draudimo įstatymo nuostatų, reglamentuojančių, kad apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis TLK ir ASPĮ sutartimis, o VLK, vadovaudamasi šiuo įstatymu ir sąlygomis, tik užtikrina visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidų apmokėjimą PSDF biudžeto lėšomis per TLK, todėl SAM nustatytas atsiskaitymo už ŽIV ligos stebėsenos laboratorinius tyrimus būdas – sumokėti už kraujo tyrimus vadovaujantis VLK su NVSPL sudaryta sutartimi dėl laboratorinių tyrimų finansavimo – neatitinka Sveikatos draudimo įstatymo nuostatų<sup>67</sup>.

Audito metu, vertindami, ar vykdoma pakankama kontrolė siekiant užtikrinti tik faktiškai atliktų kraujo tyrimų išlaidų apmokėjimą, nustatėme, kad VLK atsakingi darbuotojai patikrina, ar NVSPL sąskaitose pateikti duomenys (tyrimų nomenklatūra, atliktų tyrimų skaičius ir suma) sutampa su į IS „Sveidra“ duomenimis, tačiau VLK neįsitikina NVSPL pateiktų sąskaitų už atliktus laboratorinius kraujo tyrimus pagrįstumu, t. y. neatlieka patikrinimų ir kitu būdu neįvertina, ar į IS „Sveidra“ įrašomi tik faktiškai atlikti kraujo tyrimai, už kuriuos prašoma sumokėti, ar tos pačios paslaugos nėra įrašytos kelis kartus, ar yra visi reikalingi paslaugas pagrindžiantys dokumentai. VLK atsisakius Valstybės kontrolei pateikti prašomą IS „Sveidra“ informaciją apie visiems asmenims atliktus kraujo tyrimus, už kuriuos NVSPL sumokėjo Žmogaus imunodeficito viruso ligos stebėsenos laboratorinių tyrimų finansavimo programos lėšomis, neturėjome galimybės įsitikinti, ar NVSPL teikiamos sąskaitos yra pagrįstos faktiškai suteiktomis paslaugomis.

### 3. KITI PASTEBĖJIMAI

#### 3.1. Dėl PSDF biudžeto lėšų naudojimo neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti

PSDF biudžeto lėšos (1 629,6 tūkst. Lt) neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti galėjo būti naudojamos ne pačiu efektyviausiu būdu, nes:

<sup>64</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-05-03 įsakymas Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“.

<sup>65</sup> 2011-06-21 sutartis Nr. 1SUT-129 dėl žmogaus imunodeficito viruso ligos stebėsenos laboratorinių tyrimų finansavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

<sup>66</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011-05-13 įsakymas Nr. V-473.

<sup>67</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 26 str. ir 30 str. 7 p.

- 2013 m. VLK skyrė lėšų programai vykdyti koordinavimo tarybai nepateikus šių lėšų poreikio, be to, nesant reglamentuotos lėšų poreikio apskaičiavimo metodikos, lėšų skyrimas pagal KDĮ pateiktus apskaičiavimus taip pat būtų nepagrįstas realiu, objektyviai įvertintu poreikiu;
- finansavimas KDĮ programai vykdyti skirtas nesusiejus jo su programoje numatytais tikslais, siektiniais rodikliais ar neatlygintinų donacijų skaičiumi. Nenustačius jokių siektinų rezultatų ir jų įvertinimo kriterijų, KDĮ, panaudojusios visas programai vykdyti skirtas lėšas, jos visos neįgyvendino, t. y. nepasiekė programoje numatytos 38 proc. neatlygintinų donacijų dalies iš viso jų skaičiaus.

Dėl šių priežasčių įgyvendinus programą vienos neatlygintinos donacijos įkainis 2013 m. buvo apie 40 proc. didesnis nei atlygintinam kraujo donorui mokama kompensacija, o skirtingose kraujo donorystės įstaigose neatlygintinos donacijos kaina skyrėsi iki 11 kartų.

PSDF biudžeto lėšomis finansuojama neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programa 2006–2015 m.<sup>68</sup> yra kompleksinė priemonė, siekiant asmens sveikatos priežiūros įstaigas aprūpinti kraujo komponentais, paruoštais iš neatlygintinai kraujo davusių donorų kraujo.

2013 m. neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti skirta 1 629,6 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų, kurios kraujo donorystės įstaigų<sup>69</sup> (2013 m. programą Lietuvoje vykdė 3 tokios įstaigos) buvo naudojamos vadovaujantis su TLK pasirašytomis sutartimis bei patvirtintomis išlaidų sąmatomis.

#### Pagrindinės programos priemonės:

- neatlygintinos kraujo donorystės reklamos paslaugos ir akcijos;
- visuomenės švietimo ir informavimo neatlygintinos donorystės klausimais priemonės;
- neatlygintinų kraujo donorų skatinimo priemonės, teikiamos neatlygintiniams kraujo donorams.

Vadovaudamasi programos nuostatomis<sup>70</sup>, VLK bendrą kraujo donorystės įstaigų (toliau – KDĮ) lėšų poreikį šiai programai vykdyti pateikia Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos koordinavimo taryba, kuri savo ruožtu lėšų poreikį sužino iš kiekvienos KDĮ. Tačiau metodikos, kaip ir kuo remiantis turėtų būti skaičiuojamas šis poreikis pačiose donorystės įstaigose, nėra. Audito metu nustatėme, kad neatlygintinai donorystei propaguoti reikiamų lėšų sumą kiekviena KDĮ planuoja ne pagal bendrą sistemą ir tvarką, nes jų nėra.

VLK, suderinusi su SAM, direktoriaus įsakymu einamaisiais biudžetinais metais patvirtina kraujo donorų kompensacijoms mokėti skiriamas lėšas, paskirstydama jas TLK, o šios lėšas pagal patvirtintas sąmatas perveda KDĮ. Pažymime, kad 2013 m. lėšos programai įgyvendinti suplanuotos atsižvelgiant ne į realų jų poreikį, o į 2012 m. skirtą lėšų sumą, nes VLK 2013 m. lėšų poreikis nebuvo pateiktas, taigi buvo nesilaikyta programos 25 punkto.

#### Pastebėjimas

Išanalizavus VLK ir SAM teiktus duomenis apie lėšų planavimą, nustatyta, kad Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos koordinavimo taryba posėdį dėl 2013 m. PSDF biudžeto lėšų skyrimo programai (lėšų

<sup>68</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-11-28 įsakymas Nr. V-992 „Dėl Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos 2006–2015 m. patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

<sup>69</sup> Nacionalinis kraujo centras ir jo padaliniai (centrinis biuras Vilniuje, padaliniai Klaipėdoje ir Panevėžyje), Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų kraujo centras (VULSK KC), Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės kraujo centras (LSMUL KC).

<sup>70</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-11-28 įsakymo Nr. V-992 25 p.

skirstymo, kaip nustato Kraujo donorystės įstatymas) surengė tik 2013 m. gegužės 14 d. (2013 m. gegužės 14 d. posėdžio protokolas Nr. 8) – jau po to, kai VLK direktoriaus 2013 m. kovo 14 d. įsakymu<sup>71</sup> PSDF biudžeto lėšos buvo paskirstytos visoms iš fondo lėšų finansuojamoms sveikatos programoms.

Paraiškos ar jos kopijos, kuri pagrįstų, kokiu pagrindu VLK patvirtino lėšas kraujo donorystės programai, nebuvo pateikta, o VLK atsakingi darbuotojai patvirtino, kad paraiška 2013 metams nebuvo pateikta. Todėl, atsižvelgiant į pirmiau išdėstytus argumentus, galima teigti, kad kraujo donorystei skirtos PSDF biudžeto lėšos 2013 metams buvo suplanuotos neatsižvelgiant į realų KDĮ poreikį.

Reikia pabrėžti ir tai, kad, nors programoje įtvirtinta nuostata, kad kraujo donorystės įstaigos turi siekti kuo daugiau kraujo komponentų pagaminti iš neatlygintinai duoto kraujo ir iki 2013 m. gruodžio 31 d. pasiekti iki 38 proc. neatlygintinų donacijų visose kraujo donorystės įstaigose, TLK ir KDĮ pasirašytose finansavimo sutartyse šis rodiklis nenurodytas. Taigi VLK ir TLK, skirdamos PSDF lėšų programai vykdyti, jos finansavimo nesiejo su programos tikslų pasiekimu, nenumatė jokių kitų siektinų rodiklių ir vertinimo kriterijų, kuriais remiantis būtų galima įvertinti kiekvienos KDĮ indėlį į programos vykdymo rezultatus.

Įvertinę 2013 m. programos vykdymo rezultatus kraujo donorystės įstaigose, nustatėme, kad tik viena iš trijų KDĮ pasiekė ir viršijo numatytą 38 proc. neatlygintinų donacijų rodiklį (pasiekė 51 proc.), o kitų KDĮ šis rodiklis svyravo nuo 30 iki 36 proc. nuo viso donacijų skaičiaus. Susumavus visų KDĮ programos vykdymo rezultatus, rodiklis taip pat nebuvo pasiektas – jis sudarė 34 proc. neatlygintinų donacijų, palyginti su visu jų skaičiumi.

Remdamiesi kraujo donorystės programos vykdymo ir lėšų neatlygintinai donorystei propaguoti panaudojimo duomenimis nustatėme, kad vieno neatlygintino donoro įkainis<sup>72</sup> tarp įstaigų, vykdančių vienodas programos priemones, skiriasi beveik 11 kartų (kinta nuo 27,6 iki 295,05 Lt už donorą). Vidutinis vienos neatlygintinos donacijos įkainis 2013 m. sudarė 56,39 Lt ir buvo didesnis nei kompensacija, mokama atlygintinam kraujo donorui už vieną donaciją, – 40 Lt.

### 3 lentelė. Vienos donacijos iš neatlygintino donoro paėmimo kaina

KDĮ pavadinimas	Neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti faktiškai panaudotos lėšos per 2013 m., Lt	Faktinis neatlygintinų donacijų skaičius per 2013 m.	Vieno neatlygintino donoro kaina, Lt
VULSK KC	419 840,94	5 135	81,76
NKC	783 013	21 918	35,72
Kauno kraujo centras <sup>73</sup>	496 572	1 683	295,05
LSMUKL KC	81 200,14	2 947	27,55
Iš viso	1 786 693,52	31 683	56,39

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Toks didelis neatlygintinų donorų donacijų įkainių skirtumas susidarė dėl to, kad nėra nustatytas fiksuotas ar maksimalus vieno neatlygintino donoro donacijos įkainis, o KDĮ finansavimas nesiejamas su skirtų lėšų panaudojimo rezultatyvumu – priimtų donacijų skaičiumi.

<sup>71</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-03-14 įsakymas Nr. 1K-53 (su vėlesniais pakeitimais).

<sup>72</sup> Įverčiai apskaičiuoti, neatlygintinai donorystei propaguoti faktiškai panaudotų lėšų sumą dalijant iš gautų neatlygintinų donacijų skaičiaus.

<sup>73</sup> Kauno kraujo centras veikė iki 2013 m. balandžio mėn.

### 3.2. PSDF biudžeto lėšų naudojimas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti

2013 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti patvirtinti 15 mln. Lt nebuvo panaudoti ortopedijos techninių priemonių gamintojų laukimo eilei sumažinti, nes VLK ir SAM:

- rengiant įstatymo projektą, tinkamai neįvertino šių lėšų panaudojimo galimybių ir naujų teisės aktų poreikio;
- vykdant 2013 m. PSDF biudžetą, nepriėmė bendro sprendimo dėl tvarkos, reglamentuojančios kompensuojamų lėšų apskaičiavimo ir grąžinimo mechanizmą, poreikio ir neprisiėmė atsakomybės už jos rengimą.

Sveikatos draudimo įstatymas reglamentuoja, kad VLK organizuoja ortopedijos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą. Remiantis įstatymu<sup>74</sup> ortopedijos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti skiriamos valstybės biudžeto lėšos. Šių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką nustato ministras<sup>75</sup>. Kompensuojama per ortopedijos įmones, sudariusias sutartis su VLK.

Per eilę metų įmonėms gaminant ortopedines priemones pagal pacientų poreikį, neatsižvelgiant į sutartyse su VLK nustatytus metinius ortopedijos techninių priemonių poklasių limitus, ir VLK patvirtinus visų pageidavusių asmenų pateiktus ortopedinių priemonių užsakymus, 2013 m. pabaigoje kompensacija už 2009–2011 m. pagamintas ir apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu išduotas OTP sudarė 69,4 mln. Lt. VLK šią sumą registruoja nebalansinėje sąskaitoje kaip neapibrėžtuosius įsipareigojimus, o informaciją apie juos pateikia 2013 m. PSDF metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio aiškinamajame rašte.

**4 lentelė.** 2009–2011 metais susidariusi ortopedijos techninių priemonių gamintojų kompensacijų laukimo eilė

Metai	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Laukimo eilė, mln. Lt	14,2	39,8	68,7	73,8	69,5	69,5	69,4

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Lietuvos Respublikos Seimas 2013 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu<sup>76</sup> patvirtino 15 mln. Lt neapibrėžtiesiems įsipareigojimams už ortopedijos technines priemones padengti, t. y. šios lėšos turėjo būti naudojamos 2009–2011 metais susidariusiai ortopedijos techninių priemonių gamintojų kompensacijų laukimo eilei iš dalies sumažinti. Tačiau VLK teigė, kad sveikatos apsaugos ministras nepatvirtino jos parengto ir, jos nuomone, reikalingo kompensuojamų lėšų apskaičiavimo ir grąžinimo mechanizmą reglamentuojančio įsakymo<sup>77</sup>, todėl šių lėšų 2013 metais nepanaudojo. Pažymėtina, kad jau yra susiklosčiusi teismų praktika dėl SAM kompetencijos PSDF biudžeto lėšų naudojimo klausimu.

<sup>74</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 9 str. 3 d. 4 p. 15 str. 1 d. 6 p.

<sup>75</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymas Nr. V-234 „Dėl valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos patvirtinimo“.

<sup>76</sup> 2013 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2012-12-20 Nr. XII-67.

<sup>77</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras nepatvirtino įsakymo „Dėl 2009–2011 m. išduotų ortopedijos techninių priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidų, kurių apmokėjimas priskiriamas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams, kompensavimo tvarkos“ projekto.

**Teismų nuomonė dėl SAM teisės nustatyti atitinkamų metų PSDF lėšų naudojimo tvarką**

Sveikatos apsaugos ministras netvirtino minėto įsakymo projekto, vadovaudamasis tuo, kad ankstesniais metais patvirtinti įsakymai dėl PSDF biudžeto lėšų naudojimo OTP priemonėms<sup>78</sup> teismo pripažinti neteisėtais ir panaikinti. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas 2012-12-19 nutartyje konstatavo, kad Sveikatos apsaugos ministerija, neturėdama tam teisinio pagrindo, priėmė įsakymą, t. y. veikė *ultra vires*. Teismas pažymėjo, kad Sveikatos apsaugos ministerija, priimdama ginčijamus įsakymus, privalomojo sveikatos draudimo sistemoje atliko sveikatos draudimą vykdančios institucijos funkcijas, nors ši įstaiga nėra priskirta prie tokių institucijų. Pagal Sveikatos draudimo įstatymo 31 str. nuostatas VLK suteikta teisė įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka naudoti jai perduotas PSDF biudžeto lėšas, kitas teisėtai įgytas lėšas ir turtą, įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka sudaryti sutartis. Teismas pabrėžė, kad SAM nėra priskiriama pagal minėto įstatymo 4 str. privalomąjį sveikatos draudimą vykdančioms institucijoms, taip pat konstatavo, kad Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. 3 d. 4 p. yra nurodyta, kad iš PSDF biudžeto skiriama valstybės parama ortopedijos technikos priemonėms įsigyti SAM nustatyta tvarka, tačiau tai nereiškia, kad įstatymas suteikia teisę ministerijai (ministrui) priimti individualų administracinį aktą ir juo nurodyti, kaip VLK turėtų disponuoti PSDF biudžeto lėšomis, t. y. paskirstyti tam tikriems metams VLK skirtas lėšas OTP įsigijimo išlaidoms kompensuoti.

Pažymime, kad įsakymo, reglamentuojančio kompensuojamų lėšų apskaičiavimo ir grąžinimo mechanizmą, poreikis ir jo parengimo klausimas turėjo būti išspręsti rengiant 2013 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą. Audito metu nustatėme, kad minėtą įstatymo projektą lydinčiuose dokumentuose pateikta suderinta VLK ir Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė, kad, priėmus teikiamą įstatymo projektą, nereikės priimti naujų, keisti ar pripažinti netekusiais galios galiojančių teisės aktų, t. y. ir planuotiems 15 mln. Lt panaudoti neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti jokių teisės aktų keisti ar priimti nereikės<sup>79</sup>. Nors 2013 metais už 2009–2011 m. pagamintas ir apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu išduotas OTP priemonės sumokėti skirti 15 mln. Lt nepanaudoti ir panaudojimo klausimas VLK ir ministerijos neišspręstas, 2014 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu vėl patvirtinta 15 mln. Lt neapibrėžtiesiems įsipareigojimams už ortopedijos technines priemones padengti.

2013 metais VLK nesumokėjęs už 2009–2011 m. ortopedijos įmonių pagamintas ir pacientams išduotas OTP, įmonės kreipėsi į teismus dėl nuostolių atlyginimo. Nuo 2013 metų iki 2014 m. sausio mėn. skundus dėl 2009–2011 m. išduotų gamybos ir pritaikymo išlaidų kompensavimo administraciniais teismams pateikė 7 ortopedijos įmonės, kaip atsakovą nurodydamos VLK.

Mūsų vertinimu, šie skundai iš dalies yra sąlygoti iki šiol galiojančių prieštaringų ir dviprasmiškų Ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarkos nuostatų, pagal kurias, viena vertus, bendra PSDF biudžete numatyta metinė ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo suma, paskirstyta pagal atskirus šių priemonių poklasių, negali būti viršijama, tačiau, kita vertus, ir viršijusios šią sumą OTP gaminančios bendrovės gali toliau registruoti OTP užsakymus Ortopedijos IS, pagal juos gaminti ir išduoti OTP, o VLK šiuos užsakymus patvirtina kaip atitinkančius teisės aktus<sup>80</sup>. Pirmosios instancijos teismas<sup>81</sup>, nagrinėdamas vienos iš OTP gaminančių bendrovių skundą dėl nuostolių atlyginimo, nustatė, kad viršijusiems numatytą sumą OTP

<sup>78</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 2011-11-22 Nr. V-999 ir 2012-02-01 Nr. V-71.

<sup>79</sup> 2013 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektai ir juos lydintys dokumentai pagal registracijos www.lrs.lt datas: 2012-10-08 Nr. 12-3380-01, 2012-10-17 Nr. XIP-4924 ir 2012-12-17 Nr. XIP-4924 (2).

<sup>80</sup> Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarka, 23 ir 27 p.

<sup>81</sup> Teismo sprendimas yra apskųstas aukštesnei instancijai ir neįsiteisėjęs.

gamintojams VLK atlygindavo vėliau pagal „susiklosčiusią dalykinę praktiką“, ir apskritai nenustatė VLK pareigos apmokėti viršijant atitinkamą kompensavimo sumą pagamintų OTP. Mūsų vertinimu, situacija, kai viešojo administravimo institucija neturi aiškios ir visiems vienodai suprantamos pareigos sumokėti OTP gamintojams už pacientams išduotas OTP, yra nepriimtina.

### 3.3. Dėl PSDF lėšų panaudojimo centralizuotai perkamiems vaistams įsigyti

PSDF biudžeto lėšos, skirtos vaistams, už kuriuos mokama centralizuotai, pirkti, naudotos nepakankamai racionaliai ir ekonomiškai, nes VLK ne visada tinkamai suplanavo konkrečių vaistų poreikį, nenumatė pacientų, kuriems reikės atitinkamo vaisto, skaičių, todėl ne visada nupirko reikalingiausių vaistų ir tinkamą jų kiekį. Dėl šių priežasčių, nespėjusios jų panaudoti, apklausoje dalyvavusios gydymo įstaigos 2013 m. nurašė iš VLK gautus vaistus, kurių vertė – 648 tūkst. Lt.

Audito metu vertindami centralizuotai perkamų vaistų planavimo ir gydymo įstaigų aprūpinimo jais klausimus, atlikome 20-ies<sup>82</sup> gydymo įstaigų apklausą apie centralizuotai perkamus vaistus, kuriuos gydymo įstaigos 2013 m. gavo iš VLK.

Gydymo įstaigų klausėme, ar jas tenkina iš VLK gaunamų vaistų galiojimo terminai ir kokybė, ir, jeigu vaistų galiojimo terminai ar kokybė jų netenkina, prašėme nurodyti priežastis, taip pat klausėme, ar įstaigos spėja panaudoti iš VLK gautus vaistus. Išanalizavę pateiktus atsakymus nustatėme, kad iš VLK gaunamų vaistų galiojimo terminai ir vaistų kokybė gydymo įstaigas tenkina, tačiau daliai apklaustų įstaigų kilo sunkumų siekiant laiku panaudoti gautus vaistus: 57,1 proc. gydymo įstaigų nurodė, kad spėja panaudoti iš VLK gaunamus vaistus, tačiau 42,9 proc. to padaryti nespėjo. Šios įstaigos nurodė, kad vaistų nepanaudoja, nes gauna per didelius jų kiekius, taip pat apklausoje dalyvavusios įstaigos nurodė, kad 2013 m. gavo vaistų, kuriuos buvo uždrausta skirti pagal patvirtintas indikacijas, arba dėl griežtų vaisto vartojimo indikacijų gauti vaistų kiekiai buvo didesni nei pacientų, kuriems gydyti tie vaistai gali būti panaudoti, skaičius. Viena gydymo įstaiga nurodė, kad vaistai kartais tiekiami net neatsižvelgiant į gydymo įstaigų poreikius.

Taip pat pažymėtina, kad daugiausia tos pačios gydymo įstaigos, kurioms kyla sunkumų panaudoti gaunamus vaistus, 2013 m. nurašė vaistų, kurių vertė – 648,0 tūkst. Lt. Dauguma (80 proc.) įstaigų nurodė, kad informavo VLK dėl susidariusio vaistų pertekliaus, ir tik vienos iš 4 tokių įstaigų vaistų likučiai iš dalies buvo perskirstyti.

#### Paaškinimas dėl vaistų poreikio planavimo

Audito metu nustatėme, kad VLK, planuodama 2013 m. vaistų poreikį, įvertino jau pradėtų gydyti pacientų skaičių, kuriems reikalingi vaistai gydymo tęstinumui užtikrinti, ir, atsižvelgdama į vaisto kainas, laikotarpį, iki kurio reikia užtikrinti sergančių pacientų gydymą, bei ASPĮ likučius, apskaičiavo reikalingą vaistų kiekį, kurio mažiausiai užtektų iki 2014 m. pirmo ketvirčio pabaigos. Auditorių nuomone, viena iš gydymo įstaigose susidarančio vaistų pertekliaus priežasčių galėtų būti apklausoje dalyvavusių gydymo įstaigų nurodyta situacija, kad vaistų poreikiai ateinantiems metams su VLK derinami iš anksto, todėl, pasikeitus gydymo schemoms ar pacientų srautams, numatytas kiekis ne visada atitinka realų suvartojimą. Centralizuotai tiekiamų vaistų (išskyrus vaistus, skirtus vaikų onkohematologinėms ligoms ir suaugusiųjų hemoblastozėms gydyti) kiekius nustato VLK, orientuodamasi į Lietuvos Respublikoje esančius pacientus, todėl konkrečiai gydymo įstaigai paskirtų vaistų kiekis ne visada atitinka realius jos poreikius.

<sup>82</sup> Į pateiktus anketos klausimus atsakė 18 gydymo įstaigų.

Atsižvelgdami į tai, kad daliai (42,9 proc.) gydymo įstaigų, gaunančių vaistus iš VLK ir dalyvavusių apklausoje, vis dėlto kyla sunkumų panaudoti vaistus, už kuriuos sumokama centralizuotai, ir į tai, kad vaistų nepanaudojimo priežastys yra susijusios su dideliais vaistų kiekiais, manome, kad VLK ne visada nuosekliai įvertina visas aplinkybes, susijusias su konkrečių įstaigų vaistų poreikio nustatymu, pacientų, kuriems reikia ar reikės vienokio ar kitokio vaisto, skaičiaus prognozavimu, todėl ne visais atvejais nuperka reikalingiausius vaistus ar tinkamus vaistų kiekius.

Pažymime, kad nepanaudojamų vaistų likučius gydymo įstaigose lemia ir vaistų, perkamų per Centrinę perkančiąją organizaciją, pirkimo sutartyse<sup>83</sup> nurodoma sąlyga, kad užsakovas įsipareigoja iš tiekėjo nupirkti ne mažiau kaip 70–75 proc. viso sutartyje numatyto vaistinių preparatų kiekio, nes sudarius sutartį dėl didesnio, nei faktiškai reikia, vaistų kiekio, VLK praranda galimybę perskirstyti susidariusį vaistų perteklių.

#### VLK nuomonė dėl vaistų planavimo 2014 m.

2014 m. vaistų, už kuriuos mokama centralizuotai, poreikis apskaičiuojamas įvertinus informacinės sistemos SVEIDRA duomenis (praėjusį laikotarpį buvusį pacientų skaičių, gydytų pacientų skaičių, atliktas procedūras ar suteiktas paslaugas), per praėjusį laikotarpį sunaudotą vaistų kiekį, skyrimo indikacijas, gydymo trukmę, likučius, planuojamus vaistų kainų pokyčius. Minimalus vaisto poreikis apskaičiuojamas atsižvelgiant į gydomų pacientų, kuriems reikia tęsti gydymą, skaičių. Maksimalus vaisto poreikis apskaičiuojamas atsižvelgiant į pacientų, kuriems gydymas atitinkamu vaistu reikalingas, skaičių, remiantis oficialiai skelbiamais ligų registrais, statistiniais sergamumo ir ligotumo duomenimis ir kt. Taip pat 2014 m. balandžio 9 d. VLK sudarė Eilių valdymo sprendimo paslaugų teikimo sutartį su paslaugos teikėju, kurioje numatyta iki 2014 metų pabaigos sukurti ir įdiegti VLK vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, už kuriuos mokama centralizuotai, apskaitos bei kompensacijos laukimo eilių valdymo modulį, leisiantį įvertinus vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sunaudojimą ir esamus jų likučius, detaliai nustatyti ir prognozuoti jų poreikį.

## 4. REKOMENDACIJOS

Atsižvelgdami į šioje ataskaitoje išdėstytus dalykus ir kitų auditų metu teiktas rekomendacijas bei jų įgyvendinimo terminus, siūlome:

#### Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Siekiant užtikrinti teisėtą, pagrįstą ir efektyvą PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti ir sveikatos programoms vykdyti, naudojimą:
  - kartu su Valstybine ligonių kasa spręsti klausimą dėl centralizuotų GMP dispečerinių teikiamų paslaugų išlaidų skirtingo apmokėjimo, atsižvelgiant į naudojamą programinę ir aparatinę įrangą, tikslingumo;
  - apsisprendus toliau taikyti tą patį mokėjimo už GMP dispečerinių tarnybų paslaugas modelį:
    - sukurti GMP dispečerinių tarnybų atitikties nustatytoms reikalavimams vertinimo mechanizmą: nustatyti tinkamai įgaliotos institucijos teisėtai atliekamų vertinimų

<sup>83</sup> Per Centrinę perkančiąją organizaciją 2013 m. VLK įsigijo per 62,5 proc. visų centralizuotai perkamų vaistų.

- objektyvias apimtis, kriterijus, periodiškumą, susieti vertinimą su konkrečių paslaugų išlaidų apmokėjimu;
- įvertinti, ar visų GMP stočių, kurioms centralizuotas paslaugas teikia GMP dispečerinių tarnybos, naudojama programinė ir aparatinė įranga yra pakankama ir suderinta, kad GMP dispečerinė tarnyba pagalbos kvietimus tinkamai ir operatyviai perduotų artimiausiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai;
- iki bus tinkamai reglamentuotas padidinto balo taikymas mokant už GMP dispečerinės tarnybos paslaugas, sustabdyti GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 20 p. nuostatų, susijusių su 4 balų taikymu, galiojimą;
- spręsti klausimą, kaip užtikrinti Priklausomybės ligų gydymo programos lėšų naudojimą tik su programos vykdymu susijusiems tikslams įgyvendinti, teikiant pridėtinę vertę PSD draustiems asmenims;
- atsižvelgiant į 2012 m. finansinio audito ataskaitoje pateiktų rekomendacijų dėl ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės priemonių finansavimo programos įgyvendinimo rezultatus, patikslinti šios programos nuostatas dėl sutarties su NVSPL sudarymo, kad jos neviršytų VLK teisės aktais nustatytos kompetencijos;
- nustatyti PSDF biudžeto lėšų, skiriamų neatlygintinai donorystei propaguoti, planavimo ir naudojimo bendrus kriterijus;
- derinant planuojamą 2015 m. PSDF biudžetą, lėšas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti (kompensacijų už ortopedijos technines priemones laukimo eilei mažinti) planuoti tik objektyviai įvertinus jų panaudojimo galimybę;
- įpareigoti Akreditavimo tarnybą ar kitas pavaldžias kompetentingas institucijas nustatyti, ar dėl Akreditavimo tarnybos 2013-06-19 raštu Nr. D2-9360-5.45 uždraustų platinti ir naudoti intraokulinių lęšiukų netinkamos kokybės pacientams nebuvo kilusių uždegiminių reakcijų.

#### **Valstybinei ligonių kasai:**

- Siekiant efektyviau, pagrįstai ir teisėtai naudoti PSDF biudžeto lėšas, skirtas asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti:
  - svarstyti papildomų kontrolės priemonių ambulatorinių paslaugų apmokėjimo posistemėje įdiegimo galimybę;
  - organizuojant ir vykdant centralizuotus vaistų ir medicinos pagalbos priemonių viešuosius pirkimus:
    - tais atvejais, kai pirkimo metu planuojama tiekėjų prašyti pateikti medicinos pagalbos priemonių pavyzdžius, pirkimo sąlygose nustatyti tokių pavyzdžių vertinimo kriterijus, tvarką ir šio vertinimo rezultatų įtaką laimėjusio pasiūlymo nustatymui;
  - užtikrinti, kad, atsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus lėšų neatlygintinai donorystei propaguoti planavimo ir jų naudojimo bendrus kriterijus, KDĮ finansavimo sutartyse būtų nurodyti siektini rodikliai ir jų neįvykdymo pasekmės;
  - kartu su Sveikatos apsaugos ministerija spręsti klausimą dėl lėšų, skirtų neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti, naudojimo, kad būtų mažinama 2009–2011 m. susidariusi kompensacijų už ortopedijos technines priemones laukimo eilė;
  - išsiaiškinti ir įvertinti lęšiukų pirkimo sąlygose nustatytų kvalifikacijos reikalavimų neatitinkančio tiekėjo pripažinimo šio pirkimo konkurso laimėtoju aplinkybes;

- nustatyti, ar implantavus intraokulinius lęšiukus, kuriuos vėliau Akreditavimo tarnyba 2013-06-19 raštu Nr. D2-9360-5.45 uždraudė platinti ir naudoti, PSDF biudžetui buvo padaryta žala ir, esant kitoms tiekėjo civilinės atsakomybės sąlygoms, imtis priemonių dėl patirtos žalos atlyginimo.

Valstybės kontrolierė

Giedrė Švedienė

---

Auditas atliktas, vykdant 2013-07-25 pavedimą Nr. P-10-6

Valstybinio audito išvadą ir ataskaitą parengė 1-ojo audito vyriausieji valstybiniai auditoriai Jolanta Indriulienė, Aušrinė Asanavičienė Vyrmandas Jašmontas, vyresnioji valstybinė auditorė Vilma Lapinskienė, Informacinių sistemų ir infrastruktūros audito departamento Informacinių sistemų audito skyriaus vyresnioji valstybine auditorė Jurgita Musteikienė.

# PRIEDAI

---

Valstybinio audito ataskaitos  
„Dėl Privalomojo sveikatos draudimo  
fonde atlikto finansinio (teisėtumo)  
audito rezultatų “  
1 priedas

## Teisės aktai, kuriais vadovaujantis atlikto audito procedūros ir vertinimai

1. Sveikatos draudimo įstatymas.
2. 2013 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
3. 2013 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas.
4. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.
5. Lietuvos Respublikos kraujo donorystės įstatymas.
6. Viešųjų pirkimų įstatymas.
7. Viešojo administravimo įstatymas.
8. Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymas.
9. Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymas.
10. Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymas.
11. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. birželio 8 d. nutarimas Nr. 511 „Dėl biudžetinių įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarkos tobulinimo“.
12. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).
13. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. vasario 13 d. nutarimas Nr. 144 „Dėl 2013 metų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto patvirtintų asignavimų paskirstymo pagal programas“ (su vėlesniais pakeitimais).
14. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. liepos 3 d. nutarimas Nr. 605 „Dėl lėšų skyrimo iš 2013 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo“.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. gruodžio 18 d. nutarimas Nr. 1230 „Dėl lėšų skyrimo iš 2013 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo“.
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“.

17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997 m. birželio 12 d. nutarimas Nr. 594 „Dėl Kompensacijų iš Lietuvos valstybės biudžeto mokėjimo kraujo ar kraujo sudedamųjų dalių donorams tvarkos patvirtinimo (Dėl Kompensacijų iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto mokėjimo kraujo ar kraujo sudedamųjų dalių donorams taisyklių patvirtinimo)“.
18. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. balandžio 19 d. nutarimas Nr. 451 „Dėl Valstybės informacinių sistemų steigimo ir įteisinimo taisyklių patvirtinimo“.
19. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. vasario 27 d. nutarimas Nr. 180 „Dėl Valstybės informacinių sistemų steigimo, kūrimo, modernizavimo ir likvidavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
20. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. birželio 3 d. nutarimas Nr. 719 „Dėl Inventorizacijos tvarkos patvirtinimo“.
21. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 19 d. nutarimas Nr. 1250 „Dėl Pripažinto nereikalingu arba netinkamu (negalimu) naudoti valstybės ir savivaldybių turto nurašymo, išardymo ir likvidavimo tvarkos patvirtinimo“.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. spalio 1 d. įsakymas Nr. V-831 „Dėl ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) ekonominių normatyvų sveikatos priežiūros viešojo sektoriaus subjektams patvirtinimo“.
23. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. rugpjūčio 19 d. nutarimas Nr. 844 „Dėl bazinės mėnesinės algos ir bazinio valandinio atlygio patvirtinimo“.
24. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. A1-581 „Dėl metinių darbo dienų koeficientų bei metinių vidutinio mėnesio darbo dienų ir valandų skaičių 2013 metais patvirtinimo“.
25. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. vasario 13 d. nutarimas Nr. 144 „Dėl 2013 metų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto patvirtintų asignavimų paskirstymo pagal programas“.
26. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. liepos 19 d. nutarimas Nr. 1167 „Dėl Vienkartinių piniginių išmokų valstybės tarnautojams skyrimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
27. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. gegužės 5 d. nutarimas Nr. 432 „Dėl Viešojo pirkimo–pardavimo sutarčių, sudaromų ilgiau kaip 3 metams, terminų nustatymo kriterijų ir atvejų, kuriais gali būti sudaromos tokios sutartys, aprašo patvirtinimo“.
28. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. lapkričio 17 d. nutarimas Nr. 1341 „Dėl tarnybinių lengvųjų automobilių įsigijimo, nuomos ir naudojimo biudžetinėse įstaigose“.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-708 „Dėl lėšų skyrimo iš 2013 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo“.
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-1235 „Dėl lėšų skyrimo iš 2013 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo“.

31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 13 d. įsakymas Nr. V-1059 „Dėl Banko pasirinkimo konkurso būdu sąlygų aprašo patvirtinimo“.
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-202 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete numatyto Stabilizavimo fondo (sveikatos sistemos pertvarkai) lėšų naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 28 d. įsakymas Nr. V-992 „Dėl Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos 2006–2015 m. patvirtinimo“.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 3 d. įsakymas Nr. V-808 „Dėl viešųjų kraujo donorystės įstaigų eritrocitų komponentų paruošimo 2013 m. plano patvirtinimo“.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymas Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“.
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. 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“.
37. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 14 d. įsakymas Nr. V-276 „Dėl Visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo“.
38. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
39. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 13 d. įsakymas Nr. V-473 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos stebėsenos laboratorinių tyrimų finansavimo 2011–2013 m. programos patvirtinimo“.
40. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymas Nr. V-234 „Dėl Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos patvirtinimo“.
41. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-698 „Dėl ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“.
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1288 „Dėl 2009–2013 m. priklausomybės ligų gydymo programos patvirtinimo“.
43. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.
44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. V-996 „Dėl Laikino greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“.

45. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 16 d. įsakymas Nr. V-39 „Dėl Skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“.
47. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
48. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. 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“.
49. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. rugsėjo 24 d. įsakymas Nr. V-411 „Dėl žmogaus organų ir audinių transplantacijos paslaugų teikimo viešosiose įstaigose reikalavimų ir bazinių kainų nustatymo“.
50. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“.
51. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-634 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamiesiems vaistams valdymo sutarčių tarp Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir vaistų gamintojų sudarymo ir vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
52. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. 112 „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“.
53. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-294 „Dėl Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių išlaidos arba jų dalis ambulatorinio gydymo metu kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis, išrašymo ir išdavimo tvarkos aprašo“.
54. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 13 d. įsakymas Nr. V-724 „Dėl Nuolaidos paciento priemokai už kompensuojamąjį vaistinį preparatą ir kompensuojamąją medicinos pagalbos priemonę apskaičiavimo ir taikymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
55. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-343 „Dėl 2013 m. kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyno patvirtinimo“.
56. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio 5 d. įsakymas Nr. V-583 „Dėl 2013 m. kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kainyno patvirtinimo“.
57. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 30 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl Sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

58. VLK direktoriaus 2009 m. rugpjūčio 18 d. įsakymas Nr. 1K-130 „Dėl E 125 Lt formos pažymų tvarkymo aprašo patvirtinimo“.
59. VLK direktoriaus įsakymas Nr. 1K-123 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo IS „Sveidra“ nuostatų patvirtinimo“.
60. VLK direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. 1K-81 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“.
61. VLK direktoriaus 2011 m. balandžio 15 d. įsakymas Nr. 1K-58 „Dėl Stabilizavimo fondo lėšų skyrimo komisijos darbo reglamento patvirtinimo“.
62. VLK direktoriaus 2012 m. rugsėjo 27 d. įsakymas Nr. 1K-217 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugų išlaidų kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis ir šių paslaugų apskaitos tvarkos aprašo ir su juo susijusių medicininės apskaitos formų ir jų pildymo taisyklių bei medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugų rūšių ir profilių klasifikatorių patvirtinimo“.
63. VLK direktoriaus 2012 m. gegužės 11 d. įsakymas Nr. 1K-106 „Dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų atidėjinių ir neapibrėžtųjų įsipareigojimų apskaitos tvarkos aprašo tvirtinimo“.
64. VLK direktoriaus 2012 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-381 „Dėl 2012 metų galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo bei centralizuotai iš PSDF biudžeto apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“.
65. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. 1K-13 „Dėl ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) ekonominių normatyvų taikymo VLK ir TLK“.
66. VLK direktoriaus 2011 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. 1K-120 „Dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų buhalterinės apskaitos vadovo patvirtinimo“.
67. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2013 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. 1K-71 „Dėl grąžintinų į PSDF biudžetą lėšų sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“.
68. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2013 m. vasario 1 d. įsakymas Nr. 1K-23 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo teritorinių ligonių kasų reprezentacinėms išlaidoms tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Valstybinio audito ataskaitos  
 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo  
 fonde atlikto finansinio (teisėtumo)  
 audito rezultatų “  
 2 priedas

Raštai „Dėl audito metu nustatytų dalykų“ teritorinėms ligonių kasoms ir ASPĮ

Eil. Nr.	Įstaiga	Registracijos data	Dokumento numeris
1.	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos	2014-04-15	Nr. S-(10-3336)-1107
2.	Medicinos centras UAB „Lorna“	2014-06-13	Nr. S-(10-3336)-1528
3.	VšĮ Palangos pirminės sveikatos priežiūros centras	2014-06-13	Nr. S-(10-3336)-1529
4.	VšĮ Širvintų rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	2014-06-13	Nr. S-(10-3336)-1530
5.	AB „Eglės“ sanatorija	2014-06-13	Nr. S-(10-3336)-1531
6.	VšĮ Panevėžio fizinės medicinos ir reabilitacijos centras	2014-06-13	Nr. S-(10-3336)-1532
7.	VšĮ Klaipėdos pirminės sveikatos priežiūros centras	2014-06-13	Nr. S-(10-3336)-1533
8.	VšĮ Greitosios medicinos pagalbos stotis	2014-06-26	Nr. S-(10-3336)-1614
9.	VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotis	2014-06-26	Nr. S-(10-3336)-1615
10.	VšĮ Panevėžio miesto greitosios medicinos pagalbos stotis	2014-06-26	Nr. S-(10-3336)-1616
11.	VšĮ Utenos pirminės sveikatos priežiūros centras	2014-06-26	Nr. S-(10-3336)-1617
12.	VšĮ Nacionalinis kraujo centras	2014-06-26	Nr. S-(10-3336)-1618
13.	Vilniaus universiteto Onkologijos insitutas	2014-06-30	Nr. S-(10-3336)-1692
14.	VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	2014-06-30	Nr. S-(10-3336)-1693
15.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos	2014-06-30	Nr. S-(10-3336)-1694
16.	Klaipėdos teritorinė ligonių kasa	2014-07-01	Nr. S-(10-3336)-1724
17.	Panevėžio teritorinė ligonių kasa	2014-07-02	Nr. S-(10-3336)-1745
18.	Vilniaus teritorinė ligonių kasa	2014-07-02	Nr. S-(10-3336)-1746
19.	Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija	2014-07-02	Nr. S-(10-3336)-1763
20.	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerija	2014-07-24	Nr. S-(10-3336)-2051

Valstybinio audito ataskaitos  
 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo  
 fonde atlikto finansinio (teisėtumo)  
 audito rezultatų “  
 3 priedas

### Rekomendacijų įgyvendinimo planas

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas/ Priemonės/ Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
1	2	3	4	5
1.	Siekiant užtikrinti teisėtą, pagrįstą ir efektyvų PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti ir sveikatos programoms vykdyti, naudojimą:			
1.1	kartu su Valstybine ligonių kasa spręsti klausimą dėl centralizuotų GMP dispečerinių teikiamų paslaugų išlaidų skirtingo apmokėjimo, atsižvelgiant į naudojamą programinę ir aparatinę įrangą, tikslingumo;	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Sudaryti darbo grupę, klausimui dėl centralizuotų GMP dispečerinių teikiamų paslaugų išlaidų skirtingo apmokėjimo, atsižvelgiant į naudojamą programinę ir aparatinę įrangą, tikslingumo spręsti bei išvadoms pateikti.	2014 m. IV ketv.
1.2	apsisprendus toliau taikyti tą patį mokėjimo už GMP dispečerinių tarnybų paslaugas modelį:			
1.2.1	sukurti GMP dispečerinių tarnybų atitikties nustatytoms reikalavimams vertinimo mechanizmą: nustatyti tinkamai įgalios institucijos teisėtai atliekamų vertinimų objektyvias apimtis, kriterijus, periodiškumą, susieti vertinimą su konkrečių paslaugų išlaidų apmokėjimu;	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Sudaryti darbo grupę, kuri parengs dispečerinės tarnybos reikalavimų atitikimo lentelę, leisančią nustatyti, GMP dispečerinių tarnybų atitiktį nustatytoms reikalavimams ir konkrečių paslaugų išlaidų apmokėjimui.	2014 m. IV ketv.
1.2.2.	įvertinti, ar visų GMP stočių, kurioms centralizuotas paslaugas teikia GMP dispečerinių tarnybos, naudojama programinė ir aparatinė įranga yra pakankama ir suderinta, kad GMP dispečerinė tarnyba pagalbos kvietimus tinkamai	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio 3 d. įsakymu Nr. V-571 sudarytai darbo grupei įvertinti ir pateikti išvadas, ar visų GMP stočių, kurioms centralizuotas paslaugas teikia GMP dispečerinių tarnybos, naudojama	2014 m. IV ketv.

	ir operatyviai perduotų artimiausiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai;		programinė ir aparatinė įranga yra pakankama ir suderinta, kad GMP dispečerinė tarnyba pagalbos kvietimus tinkamai ir operatyviai perduotų artimiausiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai.	
1.2.3	iki bus tinkamai reglamentuotas padidinto balo taikymas mokant už GMP dispečerinės tarnybos paslaugas, sustabdyti GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 20 p. nuostatų, susijusių su 4 balų taikymu, galiojimą;	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Sveikatos apsaugos ministerija, kartu su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos įvertinusi 1.2.1 p. minėtos darbo grupės parengtą dispečerinės tarnybos reikalavimų atitikimo lentelę ir gavusi 1.2.2 p. minėtas išvadas spęs dėl GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 20 p. nuostatų, susijusių su 4 balų taikymu, galiojimo.	2015 m. I ketv.
1.3	spręsti klausimą, kaip užtikrinti Priklausomybės ligų gydymo programos lėšų naudojimą tik su programos vykdymu susijusiems tikslams įgyvendinti, teikiant pridėtinę vertę PSD draustiems asmenims;	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Atsižvelgiant į 2013 m. valstybinio audito ataskaitoje „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio audito rezultatų“ pateiktų rekomendacijų dėl fondo biudžeto lėšų skyrimo priklausomybės ligų centruose PSD draustiems asmenims suteiktoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti įgyvendinimo rezultatus, sudaryti darbo grupę, kuri spręstų Priklausomybės ligų gydymo programos lėšų naudojimą tik su programos vykdymu susijusiems tikslams ir uždaviniams įgyvendinti.	2016 m. I ketv.
1.4	atsižvelgiant į 2012 m. finansinio audito ataskaitoje pateiktų rekomendacijų dėl ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės priemonių finansavimo programos įgyvendinimo rezultatus, patikslinti šios programos	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Atsižvelgiant į Valstybės kontrolės 2013 m. liepos 12 d. valstybės audito ataskaitoje Nr. FA-P-10-5-82 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio audito rezultatų“ pateiktas rekomendacijas	2015 m. IV ketv.

	nuostatas dėl sutarties su NVSPL sudarymo, kad jos neviršytų VLK teisės aktais nustatytos kompetencijos;		sudaryta darbo grupė įvertins asmens sveikatos priežiūros įstaigų pajėgumus, atliekamų tyrimų kokybę, darbo efektyvumą ir pagal pateiktas išvadas dėl ŽIV ligos stebėsenos laboratorinių kraujo tyrimų atlikimo decentralizavimo galimybių bus atlikti reikiami teisės aktų pakeitimai.	
1.5	nustatyti PSDF biudžeto lėšų, skiriamų neatlygintinai donorystei propaguoti, planavimo ir naudojimo bendrus kriterijus;	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Parengti Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos pakeitimo projektą.	2015 m. II ketv.
1.6	derinant planuojamą 2015 m. PSDF biudžetą, lėšas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti (ortopedijos techninių priemonių gamintojų laukimo eilei mažinti) planuoti tik objektyviai įvertinus jų panaudojimo galimybę.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Įvertinti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktus siūlymus dėl lėšų, skirtų neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti, panaudojimo 2014 m. ir derinti 2015 m. planuojamų lėšų neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti panaudojimo galimybes.	2014 m. IV ketv.
1.7	įpareigoti Akreditavimo tarnybą ar kitas pavaldžias kompetentingas institucijas nustatyti, ar dėl Akreditavimo tarnybos 2013-06-19 raštu Nr. D2-9360-5.45 uždraustų platinti ir naudoti intraokulinių lęšiukų netinkamos kokybės pacientams nebuvo kilusių uždegiminių reakcijų.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Akreditavimo tarnybai surinkti visą informaciją, susijusią su Akreditavimo tarnybos 2013-06-19 rašte Nr. D2-9360-5.45 nurodytų intraokulinių lęšiukų platinimo ir naudojimo uždraudimu, bei pateikti šią informaciją Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos Respublikos valstybės kontrolei.	2014 m. IV ketv.
2.	Siekiant efektyviau, pagrįstai ir teisėtai naudoti PSDF biudžeto lėšas, skirtas asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti:			
2.1	svarstyti papildomų kontrolės priemonių ambulatorinių paslaugų apmokėjimo posistemėje įdiegimo galimybę;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Pagal veiklos pateiktus reikalavimus atlikti informacinės sistemos Sveidra tobulinimus, siekiant įdiegti papildomas kontrolės priemones ambulatorinių paslaugų apmokėjimo posistemėje APAP.	2014m. IV ketv.

2.2	organizuojant ir vykdant centralizuotus vaistų ir medicinos pagalbos priemonių viešuosius pirkimus:			
2.2.1	tais atvejais, kai pirkimo metu planuojama tiekėjų prašyti pateikti medicinos pagalbos priemonių pavyzdžius, pirkimo sąlygose nustatyti tokių pavyzdžių vertinimo kriterijus, tvarką ir šio vertinimo rezultatų įtaką laimėjusio pasiūlymo nustatymui;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Vykdant medicinos pagalbos priemonių viešuosius pirkimus, pirkimo dokumentuose atsisakyti reikalavimo pateikti prekių pavyzdžius.	Nuo 2014 m. III ketv.
2.2.2	užtikrinti, kad, atsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus lėšų neatlygintinai donorystei propaguoti planavimo ir jų naudojimo bendrus kriterijus, KDĮ finansavimo sutartyse būtų nurodyti siektini rodikliai ir jų neįvykdymo pasekmės;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Vilniaus ir Kauno TLK 2016 metų sutartyse su kraujo donorystės įstaigomis numatyti siektinus rodiklius ir jų neįvykdymo pasekmes pagal SAM patvirtintus naudojimo bendrus kriterijus.	2016 m. I pusm.
2.3	kartu su Sveikatos apsaugos ministerija spręsti klausimą dėl lėšų, skirtų neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti, naudojimo, kad būtų mažinama 2009–2011 m. susidariusi kompensacijų už ortopedijos technines priemones laukimo eilė;	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Pateikti pasiūlymus SAM dėl lėšų, skirtų neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti, naudojimo.	2014 m. IV ketv.
2.4	išsiaiškinti ir įvertinti lėšiuok pirkimo sąlygose nustatytų kvalifikacijos reikalavimų neatitinkančio tiekėjo pripažinimo šio pirkimo konkurso laimėtoju aplinkybes.	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Atlikti tyrimą nustatytoms aplinkybėms iširti. Nenustačius komisijos narių kaltės kreiptis į teisėsaugos institucijas dėl suklastotų dokumentų pateikimo.	2014 m. IV ketv.
2.5	Nustatyti, ar implantavus intraokulinius lėšiuokus, kuriuos vėliau Akreditavimo tarnyba 2013-06-19 raštu Nr. D2-9360-5.45 uždraudė platinti ir naudoti, PSDF biudžetui buvo padaryta žala ir, esant kitoms tiekėjo civilinės atsakomybės sąlygoms, imtis priemonių dėl patirtos žalos atlyginimo.	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Pavesti TLK atlikti tikrinimus gydymo įstaigose ir nustatyti galimą PSDF biudžetui padarytą žalą.	2015 m. I ketv.