



Valstybinio audito ataskaita

DĖL 2014 METŲ PRIVALOMOJO  
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDE ATLIKTO  
FINANSINIO (TEISĖTUMO) AUDITO  
REZULTATŲ

2015 m. rugsėjo 25 d. Nr. FA-P-10-8-29-1



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

# TURINYS

---

<u>SANTRAUKA</u>	<u>3</u>
<u>IŽANGA</u>	<u>5</u>
<u>AUDITO APIMTIS IR METODAI</u>	<u>6</u>
<u>PASTEBĖJIMAI, IŠVADOS, REKOMENDACIJOS</u>	<u>8</u>
<u>1. Konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių vertinimas</u>	<u>8</u>
<u>2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo vertinimas</u>	<u>9</u>
2.1. Fondo biudžeto pajamos	9
2.2. Fondo biudžeto išlaidos	12
2.2.1. Greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų paslaugų išlaidų apmokėjimas	15
2.2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų naudojimas vaistams pirkti	19
2.2.3. Lėšų naudojimas ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti	21
2.2.4. Lėšų naudojimas sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms	23
2.2.5. Žmogaus audinių ir organų transplantacijos paslaugų išlaidos	26
2.2.6. Fondo lėšų naudojimas privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklai vykdyti	27
<u>PRIEDAI</u>	<u>35</u>

## SANTRAUKA

Atlikdami auditą Privalomojo sveikatos draudimo fonde siekėme prisidėti prie teisingo finansinių ataskaitų sudarymo, racialesnio lėšų naudojimo, efektyvesnio turto valdymo ir vidaus kontrolės stiprinimo.

Reikšmingų pastabų dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2014 m. konsoliduotųjų finansinių ataskaitų ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių neturėjome.

Valstybinė ligonių kasa ir Sveikatos apsaugos ministerija iš esmės vykdo praeitų valstybinių auditų metu teiktas rekomendacijas. Turime pastebėjimų, lėmusių mūsų nuomonę dėl 2014 m. fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo ir jų naudojimo įstatymų nustatytiems tikslams:

- Ministerija laiku nevykdė praeito audito metu teiktų rekomendacijų dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų apmokėjimo ir 500 tūkst. Lt fondo lėšų panaudojo remdamasi teisės aktų neatitinkančiais centralizuotų greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų vertinimais. Be to, nenustatė gerų darbo rezultatų pasiekimą matuojančios programinės ir kompiuterinės įrangos kriterijų, todėl negalėjome įvertinti 1 471,6 tūkst. Lt lėšų, skirtų geriems greitosios medicinos pagalbos brigadų darbo rezultatams apmokėti, panaudojimo teisėtumo.
- Valstybinė ligonių kasa 6 487,5 tūkst. Lt fondo lėšų, skirtų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir sveikatos programoms finansuoti, skyrė vaistams pirkti, nors jų pirkimo galimybės naudojant fondo lėšas nenumato nei įstatymas, nei ministerijos įsakymai.
- Ortopedijos techninės priemonės kompensuotos netaikant Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimų, o vadovaujantis karteliniu ortopedijos įmonių susitarimo pagrindu nustatytais į kainiais. Kadangi šį klausimą įstatymų nustatyta tvarka nagrinėja Viešųjų pirkimų tarnyba, audito metu nevertinsime 34 847,5 tūkst. Lt fondo lėšų panaudojimo teisėtumo.
- Ministerijai neapibrėžus valstybinių sveikatos programų sąvokos ir kriterijų, o Valstybinei ligonių kasai praplėtus įstatymo nustatytą baigtinį PSDF lėšomis finansuotinių išlaidų sąrašą, negalėjome patvirtinti, kad fondo lėšos sveikatos programoms bei kitoms sveikatos draudimo išlaidoms (dalis iš 206 389,4 tūkst. Lt) panaudotos teisėtai.
- Valstybinė ligonių kasa nevykdė įstatyme nustatytos pareigos užtikrinti racionalų lėšų naudojimą, nes per 2 mln. Lt fondo lėšų panaudojo neracionaliai: turėdama pakankamus žmogiškuosius išteklius funkcijoms atlikti pirkė įvairaus pobūdžio paslaugas; įsigijo licencijų, tinkamai neįvertinusi jų poreikio. Dalį minėtų lėšų vertiname kaip fondui padarytą žalą, nes, Valstybinei ligonių kasai pralaimėjus teismą, pareiškėjui buvo sumokėtos bylinėjimosi išlaidos ir palūkanos.

Nustatėme kitų dalykų, kurie, mūsų nuomone, yra svarbūs siekiant užtikrinti racionalų ribotų PSDF lėšų naudojimą ir padidinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą apdraustiesiems:

- ne visoms draudžiamųjų grupėms įstatyme nustatytas minimalus privalomojo sveikatos draudimo įmokos dydis;
- privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuotos gyvybiškai būtinos sveikatos priežiūros paslaugos, kurių apmokėjimą turi užtikrinti valstybės biudžetas.

Įvertinę šiuos ir kitus audito ataskaitoje nurodytus dalykus, Sveikatos apsaugos ministerijai rekomendavome:

- Siekiant užtikrinti skaidresnį ir tikslingesnį fondo lėšų panaudojimą reglamentuoti sveikatos programų, finansuojamų tik fondo lėšomis, sąvoką, numatyti tokių programų rengimo,

finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką; nustatyti bazinius plaučių, plaučių ir širdies komplekso transplantacijos paslaugų įkainius.

- Siekiant užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, inicijuoti teisės aktų pakeitimus: visoms draudžiamųjų grupėms nustatyti minimalias privalomojo sveikatos draudimo įmokas, siekiant įgyti draustumą privalomuoju sveikatos draudimu; sukurti mechanizmą, kad kiekvienu atveju būtų pagrįstai įvertinta, ar sprendimai dėl vaistų išėmimo iš centralizuotai apmokamų vaistų sąrašo neturės neigiamos įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ar prieinamumui, o su neigiamų pasekmių šalinimu susijusius sprendimus turėtų priimti ministerija teisės aktų nustatyta tvarka.

Valstybinei ligonių kasai siūlėme nuodugniai išsiaiškinti netinkamo Eilių valdymo sprendimo paslaugų pirkimo sąlygų parengimo, tiekėjo pasiūlymo ir sutarties neteisėto pakeitimo aplinkybes ir priimti reikiamus sprendimus, kad ateityje būtų užtikrintas viešųjų pirkimų procedūrų teisėtumas. Rekomendavome nuosekliai paskirstyti darbuotojams pareigas ir apibrėžti atsakomybę už konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rengimą.

# IŽANGA

---

Audito tikslas – įvertinti 2014 m. konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio duomenis ir pareikšti nepriklausomą nuomonę, taip pat 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 – 2014 metai.

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. Jis 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. Fondo pajamas sudaro ir 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 reabilitacijos ir sanatorinio gydymo, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos.

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

Audituojamu laikotarpiu Valstybinei ligonių kasai iki 2014 m. lapkričio 20 d. vadovavo direktorius Algis Sasnauskas. Jis sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo laikinai nušalintas nuo užimamų pareigų. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus pareigas nuo 2014 m. lapkričio 20 d. laikinai vykdyti pavesta<sup>3</sup> Draudimo plėtros departamento direktoriui Gintarui Kacevičiui. 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 pareiškama valstybinio audito išvadoje.

---

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

<sup>2</sup> LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2007-06-26 Nr. X-1212 (su vėlesniais pakeitimais), 2 str. 19 d. ir 22 d. 11 p.

<sup>3</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2014-11-19 įsakymas Nr. K-629.

## 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 konsoliduotuosiose 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 2014 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 2014 m. gruodžio 31 d. duomenis.

Finansinės būklės ataskaitoje 2014 m. pradžioje turto ir atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likutis iš viso buvo 610 759,70 tūkst. Lt, pabaigoje – 632 951,54 tūkst. Lt.

### *Dėl konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio*

2014 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, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų plano vykdymo ataskaita, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaita, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo sudarymo ir jo lėšų naudojimo ataskaita, parengti pagal 2014 m. gruodžio 31 d. duomenis.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2014 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniai sudaryti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir penkių jai pavaldžių biudžetinių įstaigų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų pagrindu.

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

Audituojamame subjekte vertinome 2014 metų fondo lėšų ir valstybės turto valdymo, naudojimo, disponavimo jais teisėtumą ir jų naudojimą įstatymų nustatytiems tikslams. Audito metu vertinome

- pajamų į fondo biudžetą surinkimą;
- kaip laikytasi teisės aktų fondui patiriant išlaidas:
  - vykdant prekių /paslaugų pirkimus;
  - apskaičiuojant ir mokant darbo užmokestį;
  - mokant už sveikatos priežiūros paslaugas;
  - kompensuojant centralizuotai apmokamų vaistų įsigijimą;

- finansuojant sveikatos programų vykdymą;
  - užtikrinant IS „Sveidra“ posistemių funkcionavimą;
  - mažinant kompensacijų už ortopedines priemones laukimo eilę;
  - naudojant veiklai skirtas lėšas.
- 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 4 priede.

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

# PASTEBĖJIMAI, IŠVADOS, REKOMENDACIJOS

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

Vadovaujantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu<sup>4</sup>, Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys – tai fondo administravimo įstaigų, fondo ir jo administravimo įstaigų kontroliuojamų viešojo sektoriaus subjektų finansinių ataskaitų rinkinys, parengtas kaip vieno viešojo sektoriaus subjekto finansinių ataskaitų rinkinys, ir fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys, kuriame pateikiami šio fondo biudžeto vykdymo duomenys.

Sveikatos draudimo įstatymas<sup>5</sup> nustato, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės tvirtina Vyriausybė. Pagal jas<sup>6</sup> Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos rengia žemesnio lygio savo ir fondo biudžeto vykdymo metinių ir ketvirčių ataskaitų rinkinius, susidedančius iš Biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo ataskaitos ir jos aiškinamojo rašto, Valstybinė ligonių kasa sudaro fondo konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinį, kurį sudaro Biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymo ataskaita ir jos aiškinamasis raštas. Minėtos taisyklės įpareigoja Valstybinę ligonių kasą nustatyti ir patvirtinti fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių pateikimo tvarką, ataskaitų formas (suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija).

Visose Valstybinės ligonių kasos (VLK) kontroliuojamose biudžetinėse įstaigose (TLK) taikoma vienoda apskaitos politika, patvirtinta direktoriaus įsakymu<sup>7</sup>. Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų ir veiklos ir fondo apskaitos principai sutampa.

Audito metu nenustatėme reikšmingų pastabų dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2014 m. konsoliduotųjų finansinių ataskaitų ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenų.

Pažymėtina, kad Valstybės kontrolė planuoja atsisakyti pareikšti nuomonę dėl Valstybinės mokesčių inspekcijos mokesčių fondo 2014 m. finansinių ataskaitų rinkinio, nes šios institucijos finansinė apskaita tvarkoma nesivadovaujant teisės aktais, reglamentuojančiais finansinę apskaitą ir finansinių ataskaitų rinkinio rengimą, todėl į apskaitą įtrauktos ir finansinėse ataskaitose nurodytos su Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamomis privalomojo sveikatos draudimo įmokomis susijusios gautinos sumos ir pajamos gali būti neteisingos ir turėti įtakos fondo finansinių ataskaitų (tiek, kiek jos susijusios su šiomis inspekcijos administruojamomis įmokomis) teisingumui.

<sup>4</sup> LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2 str. 14 d.

<sup>5</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 14 str. 4 d.

<sup>6</sup> LR Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių (su vėlesniais pakeitimais) 29 p.

<sup>7</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-06-21 įsakymas Nr. 1K-120 „Dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų buhalterinės apskaitos vadovo patvirtinimo“.

## 2. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO VERTINIMAS

### 2.1. Fondo biudžeto pajamos

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas 2014 metais įvykdytas 101 proc. – į fondo biudžetą surinkta 4 478 172 tūkst. Lt pajamų (1 proc., arba 53 120 tūkst. Lt daugiau, negu planuota). Tai lėmė didesnės Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų (12,8 proc., arba 8 153 tūkst. Lt) pajamos, išieškotos ar grąžintos lėšų už fondui padarytą žalą (18 proc., arba 1 264 tūkst. Lt) sumos, didėjo ir kitų pajamų surinkimas, tačiau sumažėjo institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, pajamos.

Nustatyta privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarka kai kurioms draudžiamųjų grupėms leidžia mokėti mažesnę įmoką nei kitoms draudžiamųjų grupėms nustatyta minimali įmoka, todėl fondas gauna mažiau pajamų, būtinų pakankamam kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui užtikrinti.

Fondo biudžeto pajamų pagrindą 2014 m. sudarė privalomojo sveikatos draudimo įmokos, kurias administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (VSDF valdyba) ir Valstybinė mokesčių inspekcija (VMI), bei valstybės biudžeto skiriamos lėšos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai. Taip pat nedidelė dalis pajamų gauta iš privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos, savanoriškų juridinių ir fizinių asmenų įmokų, išieškotų lėšų už žalą, padarytą fondo biudžetui, ir kitų pajamų (žr. 1 priedą).

Faktinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2014 m. pajamos, kaip ir buvo nustatyta 2014 m. fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatyme<sup>8</sup>, palyginus su 2013 m., padidėjo 7,8 proc., arba 201 619 tūkst. Lt.

2014 m. didėjo privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimas, fondui padarytos žalos susigrąžinimo ir kitos pajamos.

Palyginti su 2013 m., Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimas padidėjo 5,5 proc., o Valstybinės mokesčių inspekcijos – 11 procentų. Tai lėmė 2014 m. spalio 1 d. nuo 1 000 Lt iki 1 035 Lt padidėjusi minimalioji mėnesinė alga, apie 5–6 proc. didesnės apdraustųjų vidutinės mėnesio pajamos, daugiau įmokų, nei planuota, sumokėjo ir asmenys, vykdančys individualiąją veiklą pagal verslo liudijimus, asmenys, užsiimantys žemės ūkio veikla, ir kiti savarankiškai įmokas mokantys asmenys. Padaugėjo pajamų iš išieškomų ar grąžinamų lėšų už fondui padarytą žalą (25 proc., arba 1 680 tūkst. Lt) ir kitų pajamų (35,6 proc., arba 11 385 tūkst. Lt) surinkimas.

Audituojamu laikotarpiu fondo biudžetas įvykdytas 101 proc. – surinkta 4 478 172 tūkst. Lt pajamų (1 proc., arba 53 120 tūkst. Lt daugiau, negu planuota). Palyginti su planu, šiek tiek daugiau (1 proc., arba 32 961 tūkst. Lt) surinkta VSDF valdybos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų. Daugiau, nei planuota, surinkta VMI administruojamų privalomojo

<sup>8</sup> LR 2014 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2013-12-17 Nr. XII-684.

sveikatos draudimo įmokų (13 proc., arba 8 153 tūkst. Lt), daugiau išieškota ar grąžinta lėšų už fondui padarytą žalą (18 proc., arba 1 264 tūkst. Lt).

Lyginant su planu matyti, kad taip pat labai – 33 proc. (10 760 tūkst. Lt) – padidėjo kitos pajamos<sup>9</sup>. Tai lėmė aktyviai vykdomos vaistų gamintojų atstovų ir Valstybinės ligonių kasos sutartys, pagal kurių įsipareigojimus gamintojai pervedė lėšas kasai, kai konkretaus kompensuojamojo vaisto, su kurio gamintoju pasirašyta sutartis, Lietuvoje buvo parduota už didesnę nei numatyta metinę sumą. Daugiau lėšų, nei planuota, buvo gauta iš Europos Sąjungos šalių narių už jų piliečių gydymą šalies asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos mažėja.

Šios pajamos 2014 m. sumažėjo beveik 16 proc. (258 tūkst. Lt). Reikia pažymėti, kad institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos mažėja<sup>10</sup> nuo 2012 m., nes nuolat mažėja palūkanos, mokamos už fondo lėšų likučius banko sąskaitose. Nuo 2014 m. rugsėjo 27 d. už sąskaitose laikomas fondo biudžeto lėšas bankas nustatė nulinę palūkanų normą, todėl 2014 m. IV ketv. fondo biudžetas pajamų už lėšas banko sąskaitose negavo<sup>11</sup>.

Valstybinė ligonių kasa PSDF pinigus laiko viename banke, neišskaidydama rizikos.

Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos visas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas laiko 1996 m. pasirinktame komerciniame banke AB „Swedbank“, nors vadovaujantis įstatymu<sup>12</sup> ministerija yra patvirtinusi Banko pasirinkimo konkurso būdu sąlygų aprašą<sup>13</sup>, pagal kurį fondo biudžeto ir jo rezervo lėšos privalo būti laikomos skirtinguose bankuose. Praeito audito metu atkreipėme Sveikatos apsaugos ministerijos dėmesį į tai, kad Valstybinė ligonių kasa nesilaikė šios nuostatos ir naujo banko paslaugų pirkimo nevykdė: ministro nustatyta tvarka, nurodanti, kad bankų, siūlančių 0–1,99 proc. palūkanas, pasiūlymai nevertinami, riboja kasos galimybes organizuoti banko paslaugų pirkimą, nes tuo metu bankai netaikė didesnių nei 2 proc. metinių palūkanų.

Įvertinę situaciją ministerijai rekomendavome<sup>14</sup> peržiūrėti ir atnaujinti Banko pasirinkimo konkurso būdu sąlygų aprašo nuostatas, o Valstybinei ligonių kasai – užtikrinti, kad būtų organizuotas banko paslaugų pirkimas.

Vykdydama audito rekomendacijas ministerija peržiūrėjo ir atnaujino<sup>15</sup> aprašą. Nepaisant to, Valstybinė ligonių kasa 2014 m. banko paslaugų viešojo pirkimo nevykdė ir neužtikrino, kad fondo biudžeto ir jo rezervo lėšos būtų laikomos skirtingose bankuose. Banko paslaugų pirkimo konkursas Centrinėje viešųjų pirkimų informacinėje sistemoje buvo paskelbtas 2015 m. gegužės 29 d. Taigi audituojamu laikotarpiu nesilaikyta Banko pasirinkimo konkurso būdu sąlygų aprašo nuostatų, be to, neperkėlus fondo biudžeto lėšų rezervo dalies (audituojamu laikotarpiu faktinės rezervo lėšos sudarė 277 180,5 tūkst. Lt) į kitą komercinį banką, neišskaidyta lėšų laikymo rizika.

<sup>9</sup> 2014 m., palyginti su 2013 m., gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutarčių skaičius išaugo nuo 59 iki 82.

<sup>10</sup> 2011 m. institucijos, vykdančios sveikatos draudimą, surinko 14 111 tūkst. Lt, 2012 m. – 6 752 tūkst. Lt, 2013 m. – 3 642 tūkst. Lt.

<sup>11</sup> AB „Swedbank“ palūkanų neskaičiavo pagal 2014-06-19 pranešimą Nr. SR/14-17643 „Dėl palūkanų už sąskaitoje esančias lėšas ir vienašališko banko sutarčių sąlygų keitimo“.

<sup>12</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 20 str.

<sup>13</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2011-12-13 įsakymu Nr. V-1059 patvirtintas Banko pasirinkimo konkurso būdu sąlygų aprašas.

<sup>14</sup> 2014-07-24 raštas Nr. S-(10-3336)-2051 „Dėl audito metu nustatytų dalykų“.

<sup>15</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2014-07-16 įsakymas Nr. V-829 ir 2014-11-27 įsakymas Nr. V-1241.

Ne visiems draudžiamiesiems nustatytas minimalus privalomojo sveikatos draudimo įmokos dydis.

Konstitucinis Teismas konstatavo<sup>16</sup>, kad privalomasis sveikatos draudimas yra visuotinis, t. y. apimantis visus visuomenės narius, draudimo įmokų dydis turėtų priklausyti nuo asmens pajamų, jis turėtų būti nustatytas toks, kad būtų sudarytos prielaidos sukaupti pakankamam kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui užtikrinti būtinas lėšas, ir kad nuo asmens mokamų įmokų dydžio negali priklausyti jam suteikiamų šio draudimo lėšomis finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis.

Įstatyme minimalus privalomojo sveikatos draudimo įmokos dydis, siejamas su minimaliosios mėnesinės algos dydžiu, nustatytas tik savarankiškai įmokas mokantiems asmenims, kitoms draudžiamųjų grupėms toks dydis nenustatytas. Todėl asmenų, pagal darbo sutartis ar kitų darbo santykių pagrindu<sup>17</sup> dirbančių ne visą darbo dieną, šios įmokos dydis gali būti mažesnis už kitoms grupėms nustatytą minimalią įmoką, t. y. kad taptų draustaisiais sveikatos draudimu, šie asmenys sumoka mažesnę nei minėta minimali privalomojo sveikatos draudimo įmoka, tačiau jiems vis tiek teikiamos visos apimties sveikatos priežiūros paslaugos.

Esant tokiam reglamentavimui, kai į Privalomojo sveikatos draudimo fondą gali būti įmokama mažesnė nei kai kurioms draudžiamųjų grupėms nustatyta minimali įmoka, fondas negauna dalies pajamų, kurios būtinos pakankamam kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui užtikrinti.

Siekiant įtvirtinti minimalią sveikatos draudimo įmokų bazę visiems dirbantiems asmenims, vykdančiams ekonominę veiklą Lietuvos Respublikos Seime 2015 m. birželio 4 d. registruotas Sveikatos draudimo pakeitimo įstatymo projektas<sup>18</sup>, kuriuo siekiama nustatyti minimalias privalomojo sveikatos draudimo įmokų sumas ir susieti jas su minimalia mėnesine alga, galiojančia mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną.

Keletą metų teikiame pastebėjimus, kad valstybės biudžeto asignavimai Valstybinei ligonių kasai skiriami atsižvelgiant į planuotą, o ne į faktinį, biudžeto lėšomis draudžiamų asmenų skaičių. Tiksliau vertinant apdraustųjų skaičių per metus, gaunama valstybės biudžeto asignavimų suma būtų kitokia. Kasa, įgyvendindama rekomendacijas, patikslino šių lėšų planavimo tvarką. Jos pakeitimai ar demografinė situacija lėmė mažesnį skirtumą, tačiau faktiškai situacija lieka nepakitusi.

2014 m. Valstybinei ligonių kasai patvirtinta 1 396 749 tūkst. Lt valstybės biudžeto asignavimų<sup>19</sup>, iš kurių 1 355 689 tūkst. Lt planuota<sup>20</sup> skirti valstybės biudžeto įmokoms už 1 685,6 tūkst. apdraustųjų, draudžiamų valstybės lėšomis, mokėti. Įvertinę faktinį valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičių nustatėme, kad 2014 m. jis kito nuo 1 711 tūkst. iki 1 621,4 tūkst., todėl iš valstybės biudžeto pervestinių lėšų suma turėjo sudaryti 1 329 970,5 tūkst. Lt per metus, t. y. 25 718,5 tūkst. Lt mažiau.

Pažymėtina, kad įstatymuose nesant aiškaus reglamentavimo, pagal kokį – planuojamą ar faktinį – asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, skaičių pervedamos biudžeto lėšos kas mėnesį, biudžeto asignavimai pervesti atsižvelgiant į planuotą šių asmenų skaičių, o analogiškos

<sup>16</sup> LR Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas.

<sup>17</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 17 str.

<sup>18</sup> LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 17 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIIP-3193.

<sup>19</sup> LR 2014 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.

<sup>20</sup> Pajamos buvo planuotos prognozuojant, kad 2014 m. asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, skaičius sieks 1 685,6 tūkst., ir atsižvelgiant į tai, kad metinė valstybės biudžeto įmoka už kiekvieną asmenį bus 804,3 Lt.

valstybinio socialinio draudimo įmokos pervedamos pagal faktinį kiekvieno mėnesio valstybės draudžiamų asmenų skaičių. Pažymime, kad skirtumas tarp faktinio ir planuojamo minėtų asmenų skaičiaus vis mažėja, taigi mažėja ir pervedamų lėšų perviršis: Privalomojo sveikatos draudimo fondas iš valstybės biudžeto už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 2012 m. gavo 147 271 tūkst. Lt daugiau pajamų, 2013 m. – 37 546 tūkst. Lt, 2014 m. – 25 718,5 tūkst. Lt daugiau.

## 2.2. Fondo biudžeto išlaidos

2014 m. fondo biudžeto išlaidos sudarė 4 503 047 tūkst. Lt, t. y. 77 995 tūkst. Lt (1,8 proc.) daugiau, negu planuota. 2014 m. gruodžio 31 d. duomenimis, įvertinus fondo biudžeto lėšų likutį, išlaidos 2014 metais sudarė 94,3 proc. viso fondo biudžeto.

2014 m. fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintas 7,8 proc. (322 762 tūkst. Lt) didesnis biudžetas nei 2013 m., todėl ir išlaidų patirta daugiau; daugiausia (67 proc.) – asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms.

Audituojamu laikotarpiu fondas kai kurių išlaidų turėjo daugiau, negu planavo, nes panaudojo 100 000 tūkst. Lt fondo biudžeto rezervo lėšų.

Kadangi valstybės biudžetas neskyrė fondui pakankamai lėšų valstybės pavestoms funkcijoms įgyvendinti, būtina nemokama medicinos pagalba, užtikrinta fondo lėšomis, o tai neatitiko Konstitucinio Teismo išaiškinimo dėl privalomojo sveikatos draudimo lėšų naudojimo.

2014 m. iš fondo biudžeto lėšų buvo apmokamos įstatymu nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, kompensuojamos medicininės reabilitacijos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidos. Reikia pažymėti, kad audituojamu laikotarpiu fondo biudžetas pradėjo kompensuoti VSDF veiklos sąnaudas, susidaranti dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į fondą<sup>21</sup>. Fondo biudžeto išlaidų pasiskirstymas pateiktas 2 priede.

2014 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintas 7,8 proc. (322 762 tūkst. Lt) didesnis nei 2013 m. biudžetas, tai leido padidinti kai kurias fondo išlaidas.

Didėjo gydymo paslaugų, vaistų, ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos.

Įvertinus fondo biudžetą ir panaudotas rezervo lėšas, 2014 m. 6 proc. (180 712 tūkst. Lt) padidintos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, 3,2 proc. (4 311 tūkst. Lt) daugiau lėšų skirta sumokėti už medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas, 1,7 proc. (13 585 tūkst. Lt) lėšų skirta vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti. Net 23,3 proc. (8 361 tūkst. Lt) padidintas privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų finansavimas, daugiau lėšų skirta darbo užmokesčio fondui, nes, atsižvelgiant į Konstitucinio Teismo 2013-07-01 nutarimą, valstybės tarnautojams buvo grąžinti 2009 m. gegužės 1 d.–2013 m. spalio 1 d. laikotarpiu sumažinti priedai už kvalifikacines klases, sugrąžinti galioję pareiginių algų koeficientai.

2014 m., kaip ir kiekvienais metais, fondas kai kurių išlaidų (01, 03, 05 str.) turėjo daugiau, negu planavo, nes, remdamasis sveikatos apsaugos ministro įsakymais, Lietuvos Respublikos

<sup>21</sup> LR sveikatos draudimo įstatymo 9, 10, 11, 12 ir 21 str.

Vyriausybei pritarus<sup>22</sup>, per metus panaudojo 100 000 tūkst. Lt rezervo lėšų: 83 315 tūkst. Lt (83 proc. visų panaudotų fondo rezervo lėšų) skirta gydymo įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sumažintai bazinių kainų balo vertei iš dalies kompensuoti; 1 685 tūkst. Lt fondo rezervo lėšų skirta sumokėti už prevencinių sveikatos programų vykdymą ir žmogaus organų ir audinių transplantacijos išlaidoms kompensuoti, 15 000 tūkst. Lt rezervo lėšų panaudota ortopedijos technikos priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidoms (04 str.), kurių kompensavimas priskiriamas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams, iš dalies apmokėti.

Reikia pažymėti, kad 2014 m. ortopedijos technikos priemonėms įsigyti buvo skirta 86 proc. (30 010 tūkst. Lt) lėšų daugiau nei 2013 m., nes numatytos lėšos (30 000 tūkst. Lt, iš jų 15 000 tūkst. Lt rezervo lėšų) neapibrėžtiesiems įsipareigojimams – susidariusiai skolai už 2009–2011 m. pagamintas ir apdraustiesiems išduotas ortopedines priemones – padengti.

2013 m. finansinio audito metu teigėme, kad Valstybinė ligonių kasa ir Sveikatos apsaugos ministerija, rengdamos 2013 metų fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą, tinkamai neįvertino neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti numatytų 15 000 tūkst. Lt panaudojimo galimybių ir naujų teisės aktų, reglamentuojančių kompensuojamųjų lėšų apskaičiavimo ir grąžinimo mechanizmą, poreikio ir neprisiėmė atsakomybės už jų rengimą.

Šio audito metu įsitikinome, kad nauji teisės aktai ar jau galiojančių teisės aktų pakeitimai nebuvo parengti, tačiau Valstybinė ligonių kasa, sudariusi taikos sutartį su ortopedijos įmonėmis, neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti panaudojo 30 000 tūkst. Lt. Kadangi teismo procesai su keliomis įmonėmis tebevyksta ir jų baigtis neaiški, šių lėšų panaudojimo teisėtumo detaliau nevertinome. Norime atkreipti dėmesį į aplinkybę, kad Valstybinės ligonių kasos tikimybę padengti minėtus įsipareigojimus vertino kaip nedidelę, t. y. numatė kasai palankią bylos baigtį<sup>23</sup>, iki 2015 m. gegužės pabaigos su 9 iš 11 ortopedijos įmonių, administraciniams teismams pateikusių skundus dėl 2009–2011 m. išduotų minėtų priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidų kompensavimo, inicijavo taikos sutarčių sudarymą. Pasirašytose taikos sutartyse nurodyta, kad kasa sumokės 89 proc. pateikto ieškinio sumos, jeigu ortopedijos įmonėms atsisakys palūkanų, bylinėjimosi išlaidų atlyginimo reikalavimų ir sutikus, kad ieškinio sumai būtų pritaikyta 0,89 Lt balo vertė. Su dviem įmonėmis<sup>24</sup> iki šiol taikos sutartys nepasirašytos, nes jų netenkino siūlomos sąlygos.

Patirta mažiau veiklos išlaidų, išlaidų PSD įmokų surinkimo sąnaudoms VSDFV kompensuoti, sveikatos programoms vykdyti.

Fondas audituojamu laikotarpiu išleido 26,5 proc., arba 3 473 tūkst. Lt mažiau, negu planuota, fondo lėšų VSDFV veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į fondą, kompensuoti. Visos planuotos lėšos nepanaudotos, nes 2014 m. IV ketv. VSDFV surinkta ir pervedta įmokų suma bei kompensacijos suma už minėtų

<sup>22</sup> LR Vyriausybė 2014-11-24 nutarimu Nr. 1301 pritarė 50 000 tūkst. Lt PSDF biudžeto fondo rezervo lėšų panaudojimui gydymo įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sumažintai bazinių kainų balo vertei iš dalies kompensuoti ir 2014-12-08 nutarimu Nr. 1369 pritarė 50 000 tūkst. Lt PSDF biudžeto fondo rezervo lėšų panaudojimui, iš jų 35 000 tūkst. Lt sveikatos priežiūros paslaugų sumažintai balo vertei iš dalies kompensuoti ir paslaugų išlaidoms, kurioms kompensuoti neužtenka fondo lėšų, iš dalies apmokėti ir 15 000 tūkst. Lt OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms, kurių kompensavimas priskiriamas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams, iš dalies apmokėti.

<sup>23</sup> 2014-12-31 pasibaigusiu metų PSDF konsoliduotųjų finansinių ataskaitų aiškinamasis raštas (2015-05-29 lydraštis Nr. 4K-4227), Valstybinės ligonių kasos 2015-04-29 raštas Nr. 4K-3516.

<sup>24</sup> Su UAB Ortopedijos centru vyksta derybos dėl taikos sutarties pasirašymo, dvi bendrovės: UAB „Baltic Orthoservice“ ir Šv. Lučo medicinos centras (buvusi UAB „Ortobatas“) toliau bylinėjasi teismuose, su Ortopedijos klinika taikos sutartis pasirašyta 2015 m.

įmokų surinkimą ir pervedimą su VSDFV derinta ir pervesta 2015 m. pradžioje. 7 proc., arba 3 311 tūkst. Lt mažiau, nei planuota, patirta veiklos išlaidų, nes dalis tiekėjų pateiktų sąskaitų faktūrų apmokėta 2015 m. sausio mėnesį. 6 proc., arba 15 067 tūkst. Lt mažiau, nei planuota, skirta lėšų ir sveikatos programoms bei kitoms sveikatos draudimo išlaidoms (05 str.) daugiausia dėl 2014 m. sumažėjusių ES šalių apdraustųjų gydymo Lietuvos ASPĮ<sup>25</sup> ir Lietuvos apdraustųjų gydymo ES šalyse<sup>26</sup> išlaidų. Taip pat mažiau išlaidų padaryta Nacionalinei imunoprofilaktikos programai vykdyti, nes ne visi vakcinų gamintojai, su kuriais buvo sudarytos vakcinų pirkimo sutartys, pristatė vakcinas iki 2014 m. pabaigos.

2014 m. fondo išlaidų struktūra, palyginti su ankstesniais laikotarpiais, nesikeitė: daugiausia biudžeto lėšų panaudota ASPP išlaidoms apmokėti (apie 67,2 proc.), iš jų 48 proc. (1 510 629,2 tūkst. Lt) panaudota sumokėti už stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (neįskaitant PSDF biudžeto rezervo lėšų). Pažymime, kad Valstybinė ligonių kasa, atsižvelgdama į teiktus Valstybės kontrolės siūlymus, tobulina informacinės sistemos „Sveidra“ posistemes. Jas naudojant gydymo įstaigoms sumokama už suteiktas ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Valstybinė ligonių kasa diegia papildomas kontrolės priemones, neleidžiančias gydymo įstaigoms prašyti sumokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, jeigu jų teikimo pacientams periodiškumas, suteikimo laikotarpis ar teikimo kriterijai neatitinka nustatytos tvarkos, t. y. siekiama, kad nebūtų prašoma sumokėti už TLK ir gydymo įstaigos sutartyje nenurodytas paslaugas, pacientams suteiktas, tačiau pagal amžiaus grupę nepriklausančias, prevencines paslaugas, siekiama užtikrinti, kad nebūtų sumokėta už dvi vienodas tuo pačiu metu pacientui suteiktas paslaugas, ir panašiai.

Privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuotos nemokamos medicinos pagalbos paslaugos, už kurias turi būti sumokėta iš valstybės biudžeto.

Valstybės biudžeto asignavimai PSDF biudžetui skiriami valstybės pavestoms funkcijoms<sup>27</sup> atlikti. 2014 m. šiam tikslui skirta 41 060 tūkst. Lt, tačiau, kaip ir kiekvienais metais, fondui jų nepakako, nes vien ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti 2014 m. panaudota 49 847,5 tūkst. Lt. Taigi Valstybinė ligonių kasa išlaidas, susijusias su valstybės pavestų funkcijų vykdymu, apmokėjo iš kitų PSDF biudžeto pajamų. Daugiausia tai buvo apdraustųjų sumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

Konstitucinis Teismas konstatavo<sup>28</sup>, kad įstatymų leidėjui pasirinkus sveikatos priežiūros finansavimo modelį, grindžiamą privalomuoju sveikatos draudimu, šio draudimo lėšomis gali būti finansuojamos tik tos apdraustųjų asmenų sveikatos priežiūros paslaugos, kurių neapima nemokama medicinos pagalba, kuri visiems piliečiams, neatsižvelgiant į tai, ar jie yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, turi būti teikiama valstybės biudžeto lėšomis. Už sveikatos

<sup>25</sup> 2010 m. išlaidos ES šalių apdraustiesiems gydyti Lietuvos ASPĮ sudarė 2 056,0 tūkst. Lt, 2011 m. jos išaugo iki 2 957,0 tūkst. Lt (+901,0 tūkst. Lt), 2012 m. – iki 5 221,7 tūkst. Lt (+2 264,7 tūkst. Lt), 2013 m. sudarė 7 293,9 tūkst. Lt (+2 072,2 mln. Lt), 2014 m. sumažėjo iki 6 446,5 tūkst. Lt (–847,4 tūkst. Lt).

<sup>26</sup> 2010 m. išlaidos Lietuvos apdraustiesiems gydyti ES šalyse sudarė 8 276,2 tūkst. Lt, 2011 m. – 11 778,4 tūkst. Lt (+3 502,2 tūkst. Lt), 2012 m. – 13 217,5 tūkst. Lt (+1 439 tūkst. Lt), 2013 m. – 30 779,1 tūkst. Lt (+17 561,6 tūkst. Lt), 2014 m. sumažėjo 1 056,3 tūkst. Lt ir sudarė 29 722,8 tūkst. Lt.

<sup>27</sup> PSDF biudžetas vykdo tokias valstybės priskirtas funkcijas: ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas, paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidų apmokėjimas, kompensacijų kraujo donorams ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti bei nacionalinės imunoprofilaktikos programų priemonių finansavimas, būtinosios medicinos pagalbos paslaugų, suteiktų nuolatiniam Lietuvos Respublikos gyventojams, nelaukiamiems apdraustiesiems, išlaidų apmokėjimas ir panašiai.

<sup>28</sup> LR Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas.

priežiūros paslaugas, teikiamas privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustiems (neapsidraudusiems) asmenims, iš šio draudimo lėšų negali būti mokama.

Įgyvendinant teismo nuostatas 2014 metų pabaigoje priimti atitinkami įstatymų<sup>29</sup> pakeitimai, apibrėžiantys, kad greitosios medicinos pagalbos paslaugos laikomos paslaugomis, skirtomis gyvybei gelbėti ir išsaugoti, įvardijantys, kam konkrečiai gali būti naudojami valstybės biudžeto asignavimai ir kaip turi būti užtikrintas paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidų apmokėjimas. 2015 m. PSDF biudžete numatyti 10 000 tūkst. Lt (2 896,2 tūkst. Eur) didesni, palyginti su 2014 m., valstybės biudžeto asignavimai, kuriuos numatoma tiesiogiai skirti bent daliai gyvybę gelbstinčios ir išsaugančios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti.

2014 metais nebuvo atskirai planuota ir skirta valstybės biudžeto lėšų būtinajai medicinos pagalbai, tačiau vien tik greitosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti buvo panaudota 147 905,5 tūkst. Lt. Taigi už apdraustųjų ir neapdraustųjų asmenų gyvybiškai būtinas sveikatos priežiūros paslaugas sumokėta iš fondo lėšų, o tai neatitiko Konstitucinio Teismo nuomonės, kad privalomojo sveikatos draudimo lėšomis gali būti finansuojamos tik apdraustųjų sveikatos priežiūros paslaugos, o nemokama medicinos pagalba visiems asmenims teikiama valstybės biudžeto lėšomis. Kita vertus, nesuteikus greitosios medicinos pagalbos visos apimties paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, nebūtų užtikrinta Konstitucijoje įtvirtinta gyvybiškai būtinos nemokamos, t. y. finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis, medicinos pagalbos piliečiams garantija.

Toliau ataskaitoje pateikiame fondo išlaidų rūšių, dėl kurių panaudojimo teisėtumo ar reglamentavimo turėjome pastebėjimų, vertinimus.

### 2.2.1. Greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų paslaugų išlaidų apmokėjimas

5 000 tūkst. Lt fondo lėšų, skirtų sumokėti už greitosios medicinos pagalbos centralizuotų dispečerinių paslaugas, panaudota neteisėtai, nes šių paslaugų išlaidos apmokėtos taikant didesnę bałą, vadovaujantis centralizuotų dispečerinių tarnybų vertinimais, kurie 2013 m. audito metu įvertinti kaip neatitinkantys teisės aktų.

Negalime įvertinti 1 471,6 tūkst. Lt fondo lėšų panaudojimo teisėtumo, nes Sveikatos apsaugos ministerija nenustatė atitinkamų gerų darbo rezultatų pasiekimą matuojančios programinės ir kompiuterinės įrangos reikalavimų.

Viena iš asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšių, už kurias mokama fondo lėšomis, yra greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugos, kurias sutartyse su TLK nurodytose teritorijose teikia šių įstaigų budinčios brigados. Joms paslaugas teikia centralizuotai dirbančios 8 didžiųjų Lietuvos miestų GMP įstaigų dispečerinės tarnybos, priimančios pacientams reikalingos skubios medicininės pagalbos prašančius telefonų skambučius ir juos nukreipiančios atitinkamai GMP įstaigos budinčiai brigadai.

Greitosios medicinos pagalbos paslaugų organizavimą ir mokėjimą už jas PSDF biudžeto lėšomis reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintas tvarkos aprašas<sup>30</sup>. Juo vadovaujantis

<sup>29</sup> LR sveikatos draudimo įstatymo 8, 15, 21 ir 30 str. pakeitimo įstatymas, 2014-12-04 Nr. XII-1388, ir LR sveikatos sistemos įstatymo 2 ir 19 str. pakeitimo įstatymas, 2014-12-04 Nr. XII-1387.

<sup>30</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymu Nr. V-1131 patvirtintas Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas.

fondo biudžeto lėšomis TLK atskirai moka už greitosios medicinos pagalbos įstaigų teikiamas dispečerinių tarnybų paslaugas, įstaigų būdinčių brigadų teikiamas paslaugas ir gerus šių įstaigų darbo rezultatus.

Kadangi nebuvo operatyviai reaguojama į valstybinio audito<sup>31</sup> metu pateiktas pastabas bei rekomendacijas, už Greitosios medicinos pagalbos įstaigų centralizuotų dispečerinių tarnybų teikiamas paslaugas ir 2014 m. sumokėta taikant didesnį balą.

Už minėtas paslaugas mokama taikant du įkainius: priklausomai nuo turimos aparatinės ir programinės įrangos tam tikros tarnybos gauna daugiau. Per 2014 m. už minėtas paslaugas sumokėta 10 590,4 tūkst. Lt, iš jų 5 000 tūkst. Lt panaudota penkių centralizuotų greitosios medicinos pagalbos įstaigų dispečerinių tarnybų paslaugų išlaidoms apmokėti taikant didesnį balą.

Ankstesnio audito metu turėjome pastabų dėl minėtų tarnybų atliktų vertinimų, kuriais remiantis už 5 iš 8 centralizuotų tarnybų paslaugas buvo sumokėta taikant didesnį balą. Konstatavome, kad Sveikatos ministerijos ministerijos vardu veikianti dispečerinių tarnybų veiklos vertinimo komisija neturėjo teisėtai suteiktų viešojo administravimo įgaliojimų, o jos vertinimai atlikti vadovaujantis vertinimo laikotarpiu negaliojusia tarnybų programine ir aparatine įranga reglamentuojančia tvarka<sup>32</sup>.

Daugumą nustatytų neatitikimų ministerija turėjo ištaisyti iki 2014 m. pabaigos ir 2015 m. I ketv., tačiau rekomendacijos vykdomos pavėluotai, o 5 000 tūkst. Lt fondo lėšų, 2014 m. skirtų sumokėti už tarnybų teikiamas paslaugas taikant didesnį balą, panaudota vadovaujantis ta pačia tvarka, kaip ir 2013 m., t. y. tarnybų nauji (2014 m. pabaigoje) vertinimai atlikti neatsižvelgiant į valstybinio audito ataskaitoje pateiktus pastebėjimus (vertinta neturint nustatytos metodikos, o tarnybų vertinimo komisijai neturint viešojo administravimo įgaliojimų), be to, įvertintos ne visos tarnybos (ministras pavedė komisijai atlikti vertinimus iki 2015 m. gruodžio 23 d.).

#### **Kokių veiksmų ėmėsi Sveikatos apsaugos ministerija**

Ministras sudarė<sup>33</sup> darbo grupę, kuri konstatavo<sup>34</sup>, kad centralizuotų greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų teikiamų paslaugų kokybė tiesiogiai priklauso nuo naudojamos programinės ir aparatinės įrangos. Darbo grupės nuomone, mokant už centralizuotų greitosios medicinos pagalbos dispečerinių teikiamas paslaugas, tikslinga taikyti diferencijuotą apmokėjimą, atsižvelgiant į naudojamą programinę ir aparatinę įrangą.

Ministro įsakymu<sup>35</sup> sudaryta nauja centralizuotų dispečerinių tarnybų teikiamų paslaugų įvertinimo komisija ir patvirtintas jos darbo reglamentas.

Pažymime, kad ministro įsakymu sudaryta nauja centralizuotų GMP dispečerinių tarnybų teikiamų paslaugų įvertinimo komisija iki šio neturi aiškių įstatymais suteiktų viešojo administravimo įgaliojimų šiam vertinimui atlikti. Kadangi minėti ministerijos veiksmai, kurių imtasi įgyvendinant teiktas rekomendacijas, yra aktualūs 2015 m. fondo lėšų panaudojimui, jų vertinimai bus atlikti kito audito metu.

<sup>31</sup> 2014-09-15 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-P-10-6-50.

<sup>32</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2012-11-07 įsakymu Nr. V-996 patvirtintas Laikinas greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašas.

<sup>33</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2015-03-16 įsakymas V-365.

<sup>34</sup> Darbo grupės 2015-05-22 pažyma.

<sup>35</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2015-07-02 įsakymas Nr. V-820.

Valstybinė ligonių kasa sumokėjo už greitosios medicinos pagalbos įstaigų gerus darbo rezultatus, nors Sveikatos apsaugos ministerija nebuvo nustačiusi šiuos rezultatus matuojančios įrangos reikalavimų.

Greitosios medicinos pagalbos įstaigų gerų darbo rezultatų rodiklis – jose dirbančių brigadų operatyvumas – nustatomas atsižvelgiant į laiką nuo skubaus brigados iškvietimo (skambučio priėmimo Greitosios medicinos pagalbos įstaigos dispečerinėje) iki pagalbos teikimo pradžios. Šio rodiklio vertė nustatoma skubių kvietimų, pagal kuriuos brigada pas pacientą nuvyksta ne vėliau kaip per 25 minutes kaimuose ir miesteliuose ir ne vėliau kaip per 15 minučių mieste, dalį palyginus su visais greitosios medicinos pagalbos įstaigos priimtais skubiais kvietimais. Pagal nustatytą tvarką<sup>36</sup> įstaiga gauna daugiau lėšų priklausomai nuo minėtų nuvykimo laiko pas pacientą rodiklių pasiekimo intensyvumo. Už gerus darbo rezultatus įstaigoms sumokėta 1 471,6 tūkst. Lt.

Įstatyme Sveikatos apsaugos ministerijai įtvirtinta pareiga nustatyti greitosios medicinos pagalbos teikimo tvarką<sup>37</sup> turi apimti ir visapusišką su mokamų sumų dydžiu susijusį greitosios medicinos pagalbos įstaigų veiklos reglamentavimą. Nustatydamą mokėjimo už gerus darbo rezultatus kriterijus, ministerija kartu nenustatė detalių atvykimo laiką fiksuojančios šių įstaigų programinės įrangos reikalavimų, kuriuos taikant gali būti patikimai įvertintas dispečerinių tarnybų naudojamos programinės įrangos Valstybinei ligonių kasai teikiamų duomenų apie atvykimo operatyvumą patikimumas.

Metrologijos įstatymas<sup>38</sup> nustato, kad teisinis metrologinis reglamentavimas taikomas matavimo priemonėms, kurios naudojamos nustatant paslaugų kiekį ir vertę atsiskaitant už suteiktas paslaugas, kai nuo jų kiekio matavimo priklauso kaina. Valstybinio audito metu paprašėme<sup>39</sup> kompetentingos institucijos – Lietuvos metrologijos inspekcijos – pareikšti nuomonę dėl šio įstatymo reikalavimų taikymo Greitosios medicinos pagalbos įstaigų programinei įrangai, kurios duomenimis remdamasi Valstybinei ligonių kasai sumoka už laiko matavimo vienetais matuojamą skubios medicinos pagalbos teikimo paslaugą. Lietuvos metrologijos inspekcija patikrino Vilniaus miesto GMP įstaigoje ir dispečerinėje naudojamą įrangą ir pateikė informaciją apie šioje įstaigoje įdiegtą jokiame teisės akte nenurodytą skubios medicinos pagalbos suteikimo laiko matavimo sistemą, kurios pagrindas yra automobilio buvimo vietos nustatymas GPS, o toks matavimas į minėto įstatymo reguliavimo ir inspekcijos priežiūros sritį nepatenka<sup>40</sup>. Mūsų nuomone, šių paslaugų suteikimo operatyvumas turi būti matuojamas priemonėmis, kurios patenka į Metrologijos įstatymo reguliavimo sritį, o šių priemonių patikra turi būti vykdoma įgaliotos Lietuvos metrologijos inspekcijos.

Sveikatos apsaugos ministerija, kaip sveikatos politiką formuojanti institucija, neužtikrina, kad gyvybiškai būtinos greitosios medicinos pagalbos paslaugos visuose Lietuvos regionuose būtų skatinamos teikti vienodai kokybiškai.

Nustatyta, kad 2013 metais trys tarnybos (Marijampolės, Utenos ir Panevėžio) gavo mažiau lėšų, nes neatitiko 2014 m. įsigaliojusio šių tarnybų veiklą reglamentuojančio veiklos aprašo, kuriame nurodyti privalomi tarnybų darbo organizavimo ir techninės bei aparatinės įrangos reikalavimai.

<sup>36</sup> Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, 17–20 p.

<sup>37</sup> LR sveikatos sistemos įstatymas, 19 str.

<sup>38</sup> LR metrologijos įstatymas, 1996-07-09 Nr. I-1452 (su vėlesniais pakeitimais), 15 str.

<sup>39</sup> Valstybės kontrolės 2015-04-01 raštas Nr. S-(10-3889)-616.

<sup>40</sup> Lietuvos metrologijos inspekcijos 2015-04-24 raštas Nr. 13SR-181.

Pažymėtina, kad veiklos aprašo neatitinkančios tarnybos naudojami Vidaus reikalų ministerijos programine įranga, t. y. ta pačia, kuria naudojami Bendrasis pagalbos centras (BPC).

Minėtas veiklos aprašas yra norminis teisės aktas. Jo nuostatos privalomos visoms aštuonioms Lietuvoje paslaugas teikiančioms greitosios medicinos pagalbos įstaigų dispečerinėms tarnyboms. 2014 metais įsigaliojus aprašui, trys tarnybos neatitinka jų teikiamoms paslaugoms sveikatos apsaugos ministro nustatytų privalomų reikalavimų, tačiau ir toliau teikia paslaugas, kurių rodiklius vertina Valstybinė ligonių kasa, o moka teritorinė ligonių kasa.

2014 metais nustatytą papildomą lėšų sumą už greitosios medicinos pagalbos įstaigų brigadų operatyvumą gavo tik tos įstaigos, kurioms paslaugas teikia minėto veiklos aprašo nuostatas atitinkančios penkios greitosios medicinos pagalbos įstaigų dispečerinės tarnybos. Valstybinės ligonių kasos atsakingi darbuotojai nurodė, kad trys greitosios medicinos pagalbos įstaigų dispečerinės tarnybos, naudojančios VRM ryšį ir programinę įrangą, negali perduoti objektyvių duomenų apie stočių, kurioms jos teikia paslaugas, operatyvumą. Tačiau valstybinio audito metu aiškių ir patikimų duomenų ar informacijos, kad trijų greitosios medicinos pagalbos įstaigų dispečerinių tarnybų teikiama duomenys yra neobjektyvūs, o kitų penkių tarnybų teikiama duomenys objektyvūs, negavome.

Taigi 2014 m. buvo susidariusi situacija, kai dalyje Lietuvos regionų skubios medicinos pagalbos prašančių asmenų skambučius priima ministro patvirtinto veiklos aprašo nuostatų neatitinkančios trys tarnybos. Dėl tokio neatitikimo greitosios medicinos pagalbos įstaigos, kurioms jos teikia paslaugas, negalėjo Valstybinei ligonių kasai pateikti duomenų apie jų atvykimo operatyvumą ir gauti nuo jo priklausančią didesnę lėšų sumą už suteiktas paslaugas. Šios įstaigos nebuvo skatintos (neturėjo finansinės motyvacijos) kuo greičiau nuvykti pas skubios medicinos pagalbos prašančius pacientus (žr. 3 priedą).

#### **Sveikatos apsaugos ministerijos pateikta informacija apie 2015 m. įvykusius pokyčius:**

Ministerija informavo, kad Bendrasis pagalbos centras 2015-07-09 raštu Nr. 41D-496 informavo, kad 2015 m. birželio mėn. informacinėje sistemoje BPCIS atliko pakeitimus, įgyvendinančius Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. balandžio 23 d. įsakymo Nr. V-528 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymo Nr. V-996 „Dėl Laikino greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ 12 punkto nuostatą „Pasikeitus GMP brigados būsenai į „atvyko į iškvietimo vietą“, turi fiksuoti GMP brigados koordinatas“. Centras informavo, kad brigados būsenos / statuso „atvyko į iškvietimo vietą“ laiką bei koordinatas, esant poreikiui, galima patikrinti BPCIS duomenų bazėje.

Kad greitosios medicinos pagalbos įstaigų operatyvumo matavimai būtų atliekami vadovaujantis patikima, objektyvia ir pagrįsta informacija, o gyvybiškai būtinos greitosios medicinos pagalbos paslaugos būtų skatinamos teikti vienodai kokybiškai, audito metu Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai siūlėme inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kad brigadų atvykimo operatyvumo matavimas GPS atitiktų teisės aktuose numatytas teisinio metrologinio reglamentavimo srities nuostatas. Tačiau ministerijai informavus, kad nuo 2015 m. lapkričio 1 d. planuojama pakeisti tvarkos aprašą, reglamentuojantį greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklą, šių pakeitimų įtaką greitosios medicinos pagalbos brigadų operatyvumo apmokėjimui ir lėšų panaudojimo teisėtumui bei siūlymus galimam klausimo sprendimui planuojame svarstyti 2015 m. fondo biudžeto vykdymo audito metu.

## 2.2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų naudojimas vaistams pirkti

Valstybinė ligonių kasa per 2014 m. neteisėtai panaudojo 6 487,5 tūkst. Lt fondo lėšų, nes:

- pirko vaistus, kurių pirkimas fondo lėšomis nenumatytas Sveikatos draudimo įstatyme ir ministro įsakymuose;
- sumokėjo gydymo įstaigoms už sveikatos priežiūros paslaugas viršydama ministro įsakymais nustatytas paslaugų kainas, nes apmokėtos ne tik suteiktų paslaugų, bet ir vaistų įsigijimo išlaidos;
- vaistus pirko lėšomis, skirtomis ne vaistams įsigyti, o sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti ir sveikatos programoms finansuoti.

Ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos priimtų sprendimų dėl PSDF lėšų panaudojimo nesuderinamumas rodo nepakankamai aiškią privalomojo sveikatos draudimo politiką.

Už visas pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (įskaitant joms teikti reikalingus vaistus) mokama tik laikantis sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytų bazinių kainų ir pagal joms taikomą bazinių kainų balo vertę<sup>41</sup>. Įstatymas leidžia Valstybinės ligonių kasos fondo lėšomis aprūpinti gydymo įstaigas centralizuotai perkamais (už kuriuos mokama centralizuotai) vaistais, kurių sąrašai sudaromi pagal ministro patvirtintus kriterijus, ar atitinkamose valstybinėse ar savivaldybių sveikatos programose nurodytais vaistais<sup>42</sup>. Tai reiškia, kad šio fondo lėšų negali naudoti jokiems kitiems vaistams, kurie nėra įrašyti į centralizuotai perkamų vaistų sąrašus ar nėra įtraukti į sveikatos programas, įsigyti. Audito metu nustatėme, kad šio fondo lėšomis įsigyja ir gydymo įstaigas aprūpina ir kitais, Sveikatos apsaugos ministerijos nenurodytais vaistais. Tokie Valstybinės ligonių kasos priimti sprendimai dėl tam tikrų vaistų įsigijimo neatitiko ministerijos, kaip sveikatos draudimo politiką formuojančios institucijos, pagal kompetenciją priimtų įsakymų.

Valstybinė ligonių kasa, viršydama jai suteiktus įgaliojimus, panaudojo 2 812,4 tūkst. Lt gydymo įstaigų vaistų įsigijimo išlaidoms kompensuoti.

Daug metų vaistinių preparatų, skirtų BCG neinvaziniam šlapimo pūslės gleivinės vėžiui gydyti, storosios žarnos vėžiui gydyti, inhibitoriams miokardo infarktui ir nestabiliai krūtinės anginai gydyti, onkohematologinėms ligoms ir hemoblastozėms gydyti, įsigijimas gydymo įstaigoms kompensuotas iš lėšų, skiriamų vaistams, už kuriuos mokama centralizuotai, įsigyti (02 išlaidų str.). 2014 m. šie vaistai nebuvo įtraukti į Centralizuotai iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą, nes neatitiko Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytų kainos ir pacientų, kuriems gydyti naudojamas vaistas, skaičiaus kriterijų<sup>43</sup>. Kadangi minėti vaistai naudojami teikiant stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas<sup>44</sup>, todėl jie negalėjo būti įrašyti ir į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A).

<sup>41</sup> LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996-06-06 Nr. I-1367, 13 str. 1 d.; LR sveikatos draudimo įstatymo 25 str. 1 d.; LR sveikatos apsaugos ministro 2014-11-14 įsakymas Nr. V-1173 „Dėl balo vertės patvirtinimo“.

<sup>42</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 12 ir 21 str.

<sup>43</sup> Kriterijai nustatyti Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašo, patvirtinto LR sveikatos apsaugos ministras 2002-04-05 įsakymu Nr. 159, 25.1 p. (vaistinis preparatas skiriamas stacionare ir (arba) dienos stacionare mažiau kaip 500 pacientų per metus šalies mastu), 25.2. p. (aktyviojo stacionarinio gydymo šiuo vaistiniu preparatu atveju kaina yra didesnė negu 15 socialinių bazinių išmokų dydžių suma).

<sup>44</sup> Ten pat nurodyta, kad į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A) negali būti įrašytas vaistinis preparatas, kuriuo gydoma tik stacionare.

### Pastebėjimas dėl Sveikatos apsaugos ministerijos priimto sprendimo išbraukti minėtus vaistus iš centralizuotai perkamų vaistų sąrašo

Jau svarstant 2011 m. centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą, buvo atsižvelgta į tai, kad centralizuotai perkami tik labai brangūs vaistiniai preparatai, ir nuspręsta šių medikamentų neįrašyti į šį sąrašą. Apie sprendimą buvo informuotos VŠĮ VUL Santariškių klinikos, VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikos, VŠĮ VU Vaikų ligoninė ir joms buvo pasiūlyta lėšas šiems vaistams pirkti įtraukti į savo 2011 m. įstaigų biudžetus ir pačioms pasirūpinti jų įsigijimu. Gydytojai, reaguodamos į pasiūlymą, prašė toliau minėtus vaistus pirkti centralizuotai arba padidinti atitinkamų paslaugų įkainius iki realių faktinių išlaidų. Šie vaistai iš centralizuotai perkamų vaistų sąrašo išbraukti tik 2014 metais. Valstybinė ligonių kasa, įvertinusi 2011 m. teiktus gydytojų įstaigų prašymus ir neinicijavusi paslaugų, kurias teikiant naudojami minimi vaistai, įkainių didinimo, nusprendė gydytojų įstaigoms kompensuoti vaistinių preparatų įsigijimo išlaidas.

Valstybinės ligonių kasos direktorius<sup>45</sup> iš lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti (01 išlaidų str.), 2014 m. visoms TLK skyrė 925 tūkst. Lt tikslinių PSDF biudžeto lėšų sumą gydytojų įstaigų minėtų vaistų įsigijimo išlaidoms, patirtoms iki 2014 m. gruodžio 31 d., apmokėti. Vaistams įsigyti panaudota 2 812,4 tūkst. Lt.

Valstybinės ligonių kasos direktorius lėšų šiems vaistams įsigyti skyrimą gydytojų įstaigoms pagrindė PSDF biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo<sup>46</sup> nuostatomis, leidžiančiomis skirti tikslinių lėšų gydytojų įstaigoms, sudariusioms sutartis su TLK, už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jei jomis bus užtikrintas tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientams. Įvertinus tai, kad minėtame tvarkos apraše vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimo nenumatyta, tokios išlaidos negali būti laikomos suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidomis, o apmokėjimas už paslaugas negali viršyti sveikatos apsaugos ministro nustatytų paslaugų bazinių kainų. Valstybinei ligonių kasai įstatymuose nėra suteikta teisė už paslaugas mokėti taikant didesnes kainas, nei nustatyta sveikatos apsaugos ministro, ar papildyti ministro patvirtintą 2014 metų Centralizuotai iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą.

Valstybinė ligonių kasa nepagrįstai panaudojo 3 675,1 tūkst. Lt gydytojų įstaigoms aprūpinti kraujo preparatais – krešėjimo faktoriais.

Valstybinės ligonių kasos direktorius kiekvienais metais iš 05 išlaidų straipsnio skiria<sup>47</sup> fondo lėšų gydytojų įstaigoms aprūpinti krešėjimo faktoriais, skirtais stacionariam gydymui, nors jie taip pat nėra įtraukti nei į minėtą sąrašą, nei į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A). Krešėjimo faktoriams įsigyti 2014 m. išleista 3 675,1 tūkst. Lt.

Daug metų PSDF lėšos šiems kraujo preparatams įsigyti naudotos vadovaujantis iki 2010 m. sausio 1 d. galiojusia Nacionaline kraujo programa<sup>48</sup>, skirta gydytojų bei gyventojų aprūpinimui saugiu krauju, jo komponentais ir preparatais užtikrinti. Nors Sveikatos apsaugos ministerija šią programą panaikino ir kitos gydytojų įstaigų aprūpinimo krešėjimo faktoriais sveikatos programos nepatvirtino, Valstybinė ligonių kasa ir toliau aprūpino gydytojų įstaigas krešėjimo faktoriais laikydamosi negaliojančios Nacionalinės kraujo programos nuostatų ir taip

<sup>45</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-04-23 įsakymas Nr. 1K-104.

<sup>46</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V- 812 patvirtinto PSDF biudžeto lėšų paskirstymo TLK pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo 8 ir 10.12 p.

<sup>47</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-12-12 įsakymas Nr. 1K-360.

<sup>48</sup> Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2005-04-15 įsakymu Nr. V-261.

viršydamą sveikatos apsaugos ministro nustatytas sveikatos priežiūros paslaugų, kurios teikiamos naudojant krešėjimo faktorius, bazines kainas.

Įvertinę susiklosčiusią situaciją, kai fondo lėšomis perkami vaistai, kurių įsigyti ar kompensuoti neleidžia įstatymas, ministerijai siūlome sukurti mechanizmą, kad kiekvienu atveju būtų pagrįstai įvertinta, ar sprendimai dėl vaistų išbraukimo iš centralizuotai apmokamų vaistų sąrašų neturės neigiamos įtakos paslaugų kokybei ar prieinamumui, o su tokių neigiamų pasekmių šalinimu susijusius sprendimus priimtų ministerija teisės aktų nustatyta tvarka.

### 2.2.3. Lėšų naudojimas ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti

Ortopedijos techninės priemonės jų gamintojams kompensuojamos PSDF lėšomis vadovaujantis karteliniu ortopedijos įmonių susitarimu nustatytais ir daug metų nekeičiamais į kainiais, netaikant Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimų. Kadangi šį klausimą įstatymų nustatyta tvarka nagrinėja Viešųjų pirkimų tarnyba, negalime įvertinti 34 847,5 tūkst. Lt fondo lėšų panaudojimo teisėtumo.

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba 2011 metais nustatė, kad ortopedijos technines priemones (OTP) gaminančios įmonės duomenis apie šių priemonių gamybos savikainą Valstybinei ligonių kasai teikė vadovaudamosi nustatytu neteisėtu karteliniu susitarimu<sup>49</sup>. Vėliau, remdamasi šiais duomenimis apie ortopedijos priemonių savikainą, Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino PSDF lėšomis kompensuojamų OTP kainas<sup>50</sup>. Konkurencijos tarybos nutarimą dėl kartelinio susitarimo patvirtinęs teismas<sup>51</sup> konstatavo, kad ortopedijos technikos priemones gaminančios įmonės sudarė draudžiamą kartelinį susitarimą, kuriuo buvo padaryta žala valstybei ir pacientams. Ji pasireiškė tuo, kad Valstybinė ligonių kasa negalėjo nustatyti realios ortopedinių priemonių kainos, nes konkurentų draudžiamu susitarimu nustatyta kaina už ortopedijos technines priemones buvo neobjektyviai aukšta ir nepagrįsta.

Teismas šiame susitarime dalyvavusioms įmonėms skyrė baudas. Jas, kaip sankcijas už neteisėtus veiksmus, šios įmonės sumokėjo į valstybės biudžetą, tačiau šios baudos neatlygino neteisėtu karteliniu susitarimu PSDF padarytos žalos. Neteisėtu karteliniu susitarimu padaryta žala atlyginama bendrais Civilinio kodekso reglamentuojamais deliktinės civilinės atsakomybės pagrindais. Ankstesnio audito metu ministerijai kartu su Valstybine ligonių kasa rekomendavome apskaičiuoti ortopedijos technines priemones gaminančių įmonių karteliniu susitarimu padarytą žalą ir ją išieškoti<sup>52</sup>.

#### Kokių veiksmų ėmėsi Sveikatos apsaugos ministerija

Ministro įsakymu<sup>53</sup> sudaryta darbo grupė išanalizavo Konkurencijos tarybos pateiktus duomenis, įvertino OTP bazinių kainų pokyčius, apskaičiavo OTP bazinių kainų pokyčių finansinę įtaką PSDF biudžetui, atsižvelgusi į OTP gaminančių ūkio subjektų susitarimus dėl gamybinių pajėgumų, išdirbio normų vienam etatui ir rinkos pasidalijimo, turėjusius tiesioginės įtakos OTP kainodaros procesui, padarė prielaidą, kad Lietuvos rinkoje nėra nė vieno nepriklausomo ar nesusaisyto sutartimi su Valstybine ligonių kasa ūkio subjekto, galinčio ir norinčio darbo grupei pateikti objektyvius to meto

<sup>49</sup> Konkurencijos tarybos 2011-01-20 nutarimas Nr. 2S-2.

<sup>50</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2009-06-10 įsakymas Nr. V-466 „Dėl ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“.

<sup>51</sup> Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012-05-17 nutartis, priimta administracinėje byloje Nr. A502-1301/2012.

<sup>52</sup> 2013-07-12 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-P-10-5-82.

<sup>53</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2014-03-17 įsakymas Nr. V-352.

OTP savikainos skaičiavimo duomenis. Atlikusi analizę darbo grupė konstatavo, kad apskaičiuoti OTP gaminančių įmonių karteliniu susitarimu padarytos žalos PSDF biudžetui galimybių neturi.

Sveikatos apsaugos ministerijos sudaryta darbo grupė dėl neteisėtu karteliniu susitarimu didesnį ortopedijos gaminių kainų PSDF padarytos žalos apskaičiuoti negalėjo.

Šio valstybinio audito metu kreipėmės į Konkurencijos tarybą<sup>54</sup>, prašydami atsakyti, kokie galėtų būti tarybos veiksmai nustatant ir išieškant neteisėtu karteliniu susitarimu valstybei ir fondui padarytą žalą. Konkurencijos taryba, atsakydama į klausimą, nurodė, kad jos veiklą reglamentuojantys teisės aktai nenumato įgaliojimų nustatyti ir išieškoti valstybei ar fondui padarytą žalą.

Pažymime, kad priėmus 2011 metų Konkurencijos tarybos sprendimą, kurio teisėtumą 2012 metais patvirtino ir teismas, remiantis karteliniu ortopedijos įmonių susitarimu Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintos iš PSDF lėšų kompensuojamų OTP kainos nebuvo peržiūretos ir šiuo metu yra iš esmės nepakitusios<sup>55</sup>. Įvertinus minėtą darbo grupės<sup>56</sup> padarytą prielaidą, kad Lietuvos rinkoje nėra nė vieno nepriklausomo ar nesusaisyto sutartimi su Valstybine ligonių kasa ūkio subjekto, galinčio ir norinčio pateikti objektyvius konkretaus laikotarpio OTP savikainos skaičiavimo duomenis, darytina išvada, kad ministerijos patvirtintos OTP kainos neatspindi objektyvių minėtų priemonių įkainių.

Realias ir konkurencingas ortopedijos techninių priemonių kainas galėtų užtikrinti Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatų taikymas.

Valstybinė ligonių kasa, vadovaudamasi Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka<sup>57</sup>, ortopedijos technines priemones apdraustiesiems kompensuoja remdamasi sutartimis su ortopedijos įmonėmis, tačiau sudarydama šias sutartis netaiko Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimų. Pagal minėtas sutartis už apdraustiesiems perduotas ortopedijos technines priemones 2014 m. sumokėta 34 847,5 tūkst. Lt fondo lėšų.

Teismas<sup>58</sup>, išnagrinėjęs administracinę bylą pagal ortopedijos įmonės skundą, konstatavo, kad sutartys dėl gyventojų aprūpinimo OTP patenka į Viešųjų pirkimų įstatymo taikymo sritį ir turėjo būti sudaromos laikantis šio įstatymo. Atsižvelgdama į tai, Valstybės kontrolė kreipėsi<sup>59</sup> į Viešųjų pirkimų tarnybą (VPT), prašydama įvertinti, ar Valstybinė ligonių kasa, įsigydama OTP, turi vadovautis Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatomis ir, esant būtinybei, imtis įstatymu suteiktų įgaliojimų ir užtikrinti, kad būtų laikomasi Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimų.

VPT pateikė nuomonę<sup>60</sup>, kad minėto įstatymo nuostatos nenumato išimties, kad Valstybinė ligonių kasa, įsigydama ortopedijos technines priemones, gali netaikyti viešųjų pirkimų principų, ir įsipareigojo imtis Viešųjų pirkimų įstatyme nustatytų veiksmų.

<sup>54</sup> 2015-02-24 raštas Nr. S-(10-3889)-382.

<sup>55</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2012-07-05 įsakymas Nr. V-698 „Dėl ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“.

<sup>56</sup> Darbo grupė, kuriai ministro įsakymu pavesta apskaičiuoti Valstybinės ligonių kasos ir OTP kartelinius susitarimus padarytą žalą PSDF.

<sup>57</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymas Nr. V-234 „Dėl Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos patvirtinimo“.

<sup>58</sup> Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2011-06-06 nutartis, priimta administracinėje byloje Nr. A-756-34-11.

<sup>59</sup> 2015-02-03 raštas Nr. S-(10-3889)-236.

<sup>60</sup> 2015-03-06 raštas Nr. 4S-721 ir 2015-06-04 raštas Nr. 4S-1886.

## 2.2.4. Lėšų naudojimas sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

Įstatymas nustato baigtinį PSDF biudžeto išlaidų sąrašą, į kurį įtrauktas valstybinių bei savivaldybių sveikatos programų finansavimas, tačiau ministerijai neapibrėžus jų sąvokos ir kriterijų, o Valstybinei ligonių kasai praplėtus 05 išlaidų straipsnio lėšomis finansuotinų išlaidų sąrašą, negalėjome patvirtinti, kad fondo lėšos sveikatos programoms bei kitoms sveikatos draudimo išlaidoms (dalis iš 206 389,4 tūkst. Lt) panaudotos teisėtai.

Keletą metų iš eilės atlikdami auditus daugiau dėmesio skiriame sveikatos programų finansavimui ir, siekdami prisidėti prie racionalesnio fondo lėšų naudojimo, teikėme pastebėjimus ir siūlymus.

Iš 05 išlaidų straipsnio apmokamoms *sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms* 2014 m. panaudota 206 389,4 tūkst. Lt. Lėšos skirtos prevencinių, infekcinių, užkrečiamųjų ir priklausomybių ligų profilaktikos ir kontrolės, imunoprofilaktikos ir kraujo donorystės programoms vykdyti, Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti, sumokėti už žmogaus audinių ir organų transplantacijos, dantų protezavimo paslaugas ir skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai teikti, gydymo įstaigoms aprūpinti Anti-D imunoglobulinais ir krešėjimo faktoriais. Kai kurios išlaidos padarytos dalyvaujant tarpinstitucinėse sveikatos programose (pvz.: Nacionalinė imunoprofilaktikos, Tuberkuliozės kontrolės ir profilaktikos programos), finansuojamose tiek fondo, tiek valstybės biudžeto lėšomis, bet didžioji dalis šio straipsnio išlaidų patirta finansuojant tik su PSDF lėšų panaudojimu susijusias programas.

Įstatymas nustato baigtinį PSDF biudžeto išlaidų sąrašą<sup>61</sup>, į kurį įtrauktas valstybinių ir savivaldybių sveikatos programų finansavimas, o tokių programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką privalo nustatyti Sveikatos apsaugos ministerija<sup>62</sup>.

Ministerija neapibrėžė valstybinių sveikatos programų, finansuojamų tik PSDF lėšomis, sąvokos, jų administravimo tvarkos.

Audituojamu laikotarpiu galiojusiame sveikatos apsaugos ministro patvirtintame tvarkos apraše valstybės ir savivaldybių programų sąvokos nėra išskirtos ar kitaip apibrėžtos, todėl neaišku, kurios ir kokius kriterijus atitinkančios sveikatos programos laikomos valstybinėmis. Neapibrėžus valstybinės sveikatos programos sąvokos, neaišku, ar tik PSDF lėšomis įgyvendinamos programos, neatitinkančios tarpinstitucinių programų bruožų, gali būti laikomos valstybinėmis ir finansuojamos fondo lėšomis<sup>63</sup>.

Reikia pažymėti ir tai, kad 2012 m. valstybinio audito ataskaitoje<sup>64</sup> konstatavome, kad Nacionalinė imunoprofilaktikos, ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės, Priklausomybės ligų programos yra patvirtintos sveikatos apsaugos ministro įsakymais ir pagal Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką minėtos programos yra laikytinos žinybinėmis, o ne valstybinėmis sveikatos programomis. Tokių programų finansavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų Sveikatos draudimo įstatyme nenumatytas. Sveikatos apsaugos ministerijai rekomendavome „įvertinti, ar fondo lėšomis finansuotos sveikatos programos yra laikytinos valstybinėmis sveikatos programomis, kurioms pagal Sveikatos draudimo įstatymą gali būti

<sup>61</sup> LR sveikatos draudimo įstatymo 21 str.

<sup>62</sup> LR sveikatos sistemos įstatymo 6 str. 5 p., 40 str. ir 46 str. 3 d.; LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 41 str. 1 d. 6 p.

<sup>63</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymu Nr. V-1129 patvirtinto Sveikatos ir su sveikata susijusių programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkos aprašo 3 p.

<sup>64</sup> 2013-07-12 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-P-10-5-82.

skiriamos fondo lėšos, ir reglamentuoti šiomis lėšomis finansuotinų valstybinių sveikatos programų sąvoką, jų rengimo tvarką ir joms keliamus reikalavimus“.

#### Priežastys, kodėl rekomendacija liko neįgyvendinta

Sveikatos apsaugos ministerija informavo<sup>65</sup>, kad teikta rekomendacija tapo nebeaktuali, nes nuo 2015 m. sausio 1 d. nebevykdoma ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės programa, o nuo 2016 m. sausio 1 d. planuojama nebevykdyti Priklausomybės ligų programos. Abiem atvejais už vykdant programas finansuotas paslaugas planuojama sumokėti iš 01 išlaidų straipsnio lėšų. Ministerija teiktą rekomendaciją laikė neaktuali ir dėl to, kad dalies sveikatos programų finansavimas nuo 2014 m. buvo perduotas savivaldybėms<sup>66</sup>.

Kodėl, mūsų manymu, sveikatos programos apibrėžimas lieka svarbus

Visos 05 išlaidų straipsnio išlaidos naudotos ir atitinkamam straipsniui priskirtos vadovaujantis Valstybinės ligonių kasos direktoriaus įsakymu patvirtinta PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų klasifikacija<sup>67</sup>, nustatančia, kad šios išlaidos skiriamos ne tik sveikatos programoms, bet ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms finansuoti.

Įstatymas nustato baigtinį PSDF biudžeto išlaidų sąrašą, tačiau ministerija neįvykdė pareigos apibrėžti įstatymuose minimų sveikatos programų sąvoką ir jų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką, o Valstybinė ligonių kasa 05 išlaidų straipsnio fondo lėšas naudoja ne tik sveikatos programoms finansuoti, todėl negalime įvertinti, ar visos fondo lėšos, skirtos *sveikatos programoms bei kitoms išlaidoms*, yra panaudotos teisėtai, t. y. vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymu, ir atitinka Sveikatos apsaugos ministerijai pavestą formuoti sveikatos draudimo srities valstybės politiką.

#### Tik PSDF lėšomis apmokamų išlaidų, kurios neturėtų būti laikomos sveikatos programų išlaidomis, pavyzdžiai:

- Dantų protezavimo paslaugos, už kurias sumokėti skirta 29 192,3 tūkst. Lt.
- Gydytojų įstaigų aprūpinimas antirezus imunoglobulinu, kuriam skirta 1 324,9 tūkst. Lt. Pagal Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytas tvarkas<sup>68</sup> preparatai įsigijami ir už paslaugas sumokama fondo lėšomis, tačiau atskiros sveikatos programos nėra patvirtintos.

Reikia paminėti, kad neapibrėžus valstybinės sveikatos programos, įgyvendinamos tik PSDF biudžeto lėšomis, sąvokos, ne tik neaiškūs kriterijai, kuriais remiantis už kai kurias sveikatos priežiūros paslaugas (pvz., dantų protezavimą) mokama pagal 05 išlaidų straipsnį, bet neaišku, kaip kai kurių programų finansavimas siejamas su Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytais gydytojų įstaigų teikiamų paslaugų įkainiais, taikomais už sveikatos priežiūros paslaugas mokant pagal 01 išlaidų straipsnį.

#### Pavyzdžiai

Vykdytą Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programą, gydytojų įstaigoms skiriama fondo lėšų kraujo donorų kompensacijoms mokėti ir donorams skatinti neatlygintinai duoti

<sup>65</sup> LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014-10-08 raštas Nr. (1.1.20-283)-10-8849.

<sup>66</sup> Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo programa ir Visuomenės sveikatos priežiūros rėmimo programa.

<sup>67</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-01-11 įsakymas Nr. 1K-11 (su vėlesniais pakeitimais).

<sup>68</sup> PSDF biudžeto lėšomis perkamo Anti-D imunoglobulino skyrimo indikacijų, paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, apskaitos ir atskaitomybės už jo panaudojimą tvarkos aprašas, patvirtintas LR sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-810; Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš PSDF biudžeto tvarkos aprašas, patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2005-11-21 įsakymu Nr. V-890.

kraujo. Naudodamos šias fondo lėšas, programoje dalyvaujančios įstaigos gauna donorų kraujo ir pasigamina jo komponentus, kuriuos vėliau panaudoja teikdamos asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Pažymėtina, kad paslaugoms teikti reikalingo kraujo ir jo komponentų kaina yra įskaičiuota į Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytą, nediferencijuojamą pagal dalyvavimą programoje paslaugų įkainį, t. y. vienodas paslaugos įkainis taikomas ir Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos lėšų negaunančioms gydymo įstaigoms. Todėl už tokių pačių paslaugų suteikimą gydymo įstaigos, dalyvaujančios šioje programoje, nepagrįstai gauna didesnę atlyginimą nei kitos gydymo įstaigos.

Įvertinę susiklosčiusią lėšų naudojimo praktiką, kai 05 išlaidų straipsnio lėšos naudojamos neaiškiai apibrėžtoms sveikatos programoms vykdyti ir kitoms išlaidoms, ne visada akivaizdžiai patenkančioms į įstatymu patvirtintą baigtinį išlaidų sąrašą, apmokėti, pakartotinai siūlome ministerijai reglamentuoti sveikatos programų, finansuojamų tik fondo lėšomis, sąvoką, nustatyti tokių programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo bei kontrolės tvarką. Toks reglamentavimas leistų ribotus fondo išteklius naudoti tik įstatyme įvardytų sveikatos priežiūros paslaugų prienamumui užtikrinti.

Ankstesnių auditų metu turėjome pastabų dėl atskirų sveikatos programų, pavyzdžiui: ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės programos ir Priklausomybės ligų gydymo programos, vykdymo.

Siūlėme Priklausomybės ligų centrams, vykdančioms Priklausomybės ligų gydymo programą, lėšas skirti suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, o ne taikant sąmatinio finansavimo principus, nes lėšų panaudojimo nesusiejus su teikiamomis paslaugomis negalėjome įsitikinti, ar jos naudojamos tik privalomuoju sveikatos draudimu draustiems asmenims, kaip to reikalauja įstatymas<sup>69</sup>.

#### **Kokių veiksmų ėmėsi Sveikatos apsaugos ministerija**

Atsižvelgiant į teiktus pastebėjimus, nuo 2016 m. sausio 1 d. ketinama atsisakyti Priklausomybės ligų gydymo programos finansavimo, pereinant prie mokėjimo už apdraustiesiems suteiktas paslaugas.

Atsižvelgdami į tai, kad ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės programos lėšomis yra finansuojami ŽIV ligos stebėsenos laboratoriniai tyrimai, o tai yra viena iš šių pacientų gydymo sudedamųjų dalių, rekomendavome už šiuos tyrimus mokėti iš PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Taip pat siūlėme peržiūrėti reglamentuotus ŽIV ligos stebėsenos laboratorinių kraujo tyrimų įkainius ir decentralizuoti šių tyrimų atlikimą.

#### **Kokių veiksmų ėmėsi Sveikatos apsaugos ministerija**

Įgyvendinant rekomendacijas, buvo peržiūrėti ŽIV ligos stebėsenos laboratorinių kraujo tyrimų įkainiai ir, nuo 2015 m. sausio 1 d. šiuos tyrimus priskyrus prie brangiųjų tyrimų ir procedūrų, už juos mokama pagal su atitinkama teritorine ligonių kasa sudarytas sutartis, šiam tikslui naudojant asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtas fondo lėšas.

<sup>69</sup> LR sveikatos draudimo įstatymo 5 str.; LR Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas.

## 2.2.5. Žmogaus audinių ir organų transplantacijos paslaugų išlaidos

Remiantis mokėjimo už plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijų paslaugas tvarka 66,8 tūkst. Lt fondo lėšų panaudota sumokėti už transplantacijos paslaugas ne pagal Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus paslaugų įkainius, o pagal faktiškai gydymo įstaigų patirtas išlaidas, nors tai neatitiko įstatymų nuostatų.

Sveikatos priežiūros įstaigų išlaidos, patiriamos dėl žmogaus audinių, ląstelių ir organų paėmimo, paruošimo ir transplantavimo, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto<sup>70</sup> – iš Žmogaus organų ir audinių transplantacijos išlaidų finansavimo programai skirtų lėšų, vadovaujantis kiekvienai transplantacijos rūšiai ministro įsakymais patvirtintais transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimų ir apmokėjimo tvarkos aprašais<sup>71</sup>. 2014 m. transplantacijos paslaugoms teikti panaudota 55 505,9 tūkst. Lt PSDF lėšų.

Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintos tvarkos leidžia už kai kuriuos transplantacijų<sup>72</sup> etapus mokėti atsižvelgiant į faktiškai gydymo įstaigų patirtas išlaidas, o ne pagal nustatytus paslaugų bazinius įkainius, kaip nustatyta įstatyme.

Pagal įstatymų reikalavimus<sup>73</sup> Sveikatos apsaugos ministerija turi nustatyti iš PSDF lėšų gydymo įstaigoms kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas. Kai kurių transplantacijos rūšių (plaučių, plaučių ir širdies komplekso) bazinių kainų ministras įsakyme nenustatė, o už šias gydymo įstaigų paslaugas TLK nurodė sumokėti atsižvelgiant į jas suteikusių gydymo įstaigų faktiškai patirtas išlaidas<sup>74</sup>. Vadovaujantis šiomis nuostatomis 2014 m. už vieną plaučių ir širdies komplekso transplantaciją 66,8 tūkst. Lt PSDF biudžeto lėšų sumokėta LSMUL Kauno klinikoms. Auditoriai mano, kad nustatytas mokėjimo už plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijas būdas atsižvelgiant į faktiškai gydymo įstaigos patirtas išlaidas prieštarauja minėtiems įstatymams. LSMUL Kauno klinikoms už atliktą plaučių ir širdies komplekso transplantaciją pagal Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytą tvarką sumokėta 66,8 tūkst. Lt, tačiau ši suma galėjo būti kitokia, jei Sveikatos apsaugos ministerija būtų nustačiusi šių paslaugų bazinius įkainius.

Už plaučių ir širdies komplekso transplantaciją sumokėta nepritaikius nustatytos transplantacijos paslaugų bazinių kainų balo vertės.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymais tvirtinamos bazinių kainų balo vertės yra nustatomos atsižvelgiant į šalies ekonominę situaciją ir skirtos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms skatinti efektyviau teikti paslaugas. Įsakymu<sup>75</sup> nustatydamas sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertę ministras nurodė, kad 2014 m. mokant už suteiktas žmogaus audinių, ląstelių ir organų transplantacijos paslaugas, kurių išlaidos apmokamos sveikatos apsaugos ministro

<sup>70</sup> LR žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas, 1996-11-19 Nr. I-1626, 14 str.

<sup>71</sup> Už širdies transplantacijos paslaugas mokama pagal LR sveikatos apsaugos ministro 2011-12-13 įsakymą Nr. V-1060, inksto transplantacijos – 2006-05-12 įsakymą Nr. V-381, kepenų transplantacijos – 2010-01-19 įsakymą Nr. V-47, akies ragenos transplantacijos – 2013-01-02 įsakymą Nr. V-2, žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos – 2004-09-09 įsakymą Nr. V-632.

<sup>72</sup> Plaučių transplantacijos paslaugos reglamentuotos sveikatos apsaugos ministro 2014-10-07 įsakymu Nr. V-1046, širdies ir plaučių komplekso transplantacijos – LR sveikatos apsaugos ministro 2014-10-07 įsakymu Nr. V-1045, kasos ir inksto komplekso transplantacijos – sveikatos apsaugos ministro 2014-10-13 įsakymu Nr. V-1064.

<sup>73</sup> LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 13 str. 1 d.; LR sveikatos draudimo įstatymas, 25 str.

<sup>74</sup> Širdies ir plaučių komplekso transplantacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas 61 p.; Plaučių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimų ir apmokėjimo tvarkos aprašas 67 p.

<sup>75</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2014-11-14 įsakymas Nr. V-1173 „Dėl balo vertės patvirtinimo“.

įsakymuose nustatyta tvarka, taikoma bazinių kainų 1 balo vertė – 0,95 Lt. Iš teisės aktais pagrįstos mokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas bazinėmis kainomis, taikant nustatyto balo vertę, bendros sistemos nepagrįstai išskyrus mokėjimą už plaučių, plaučių ir širdies komplekso transplantacijos paslaugas atsižvelgiant į faktines patirtas išlaidas, LSMUL Kauno klinikoms už šią transplantaciją sumokėta nepritaikius mokamą sumą mažinančio balo.

Įvertinę mokėjimo už žmogaus audinių, ląstelių ir organų transplantacijos paslaugas skirtumus, ministerijai siūlėme nustatyti bazinius šių paslaugų įkainius ir taip užtikrinant vienodą ir teisės aktais pagrįstą mokėjimą už visas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir efektyvesnį fondo lėšų naudojimą.

#### **Veiksmai, kurių planuoja imtis Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa**

Atsižvelgiant į tai, kad šios transplantacijos Lietuvoje yra atliekamos labai retai, jų išlaidų struktūra bei suma priklausomai nuo paciento būklės sudėtingumo yra labai skirtinga norint apskaičiuoti vidutinę bazinę kainą ir nuolat kintanti, todėl šiuo metu nėra galimybės teisingai nustatyti tam tikrų etapų kainas.

Kai bus įgyvendintas dalinės pacientų lygio sąnaudų apskaitos projektas, transplantacijos paslaugos bus apmokamos bazinėmis kainomis, taikant giminingų diagnozių grupių (DRG) metodą.

## 2.2.6. Fondo lėšų naudojimas privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklai vykdyti

### ***Dėl neracionalaus fondo lėšų naudojimo***

Valstybinės ligonių kasa nevykdė įstatyme nustatytos pareigos užtikrinti racionalų lėšų naudojimą, nes neracionaliai panaudojo daugiau nei 2 mln. Lt PSDF lėšų:

- turėdama pakankamai žmogiškųjų išteklių funkcijoms atlikti, pirko 647,6 tūkst. Lt vertės teisinės, informacinių technologijų infrastruktūros ir informacinių sistemų esamos būklės įvertinimo ir konsultavimo paslaugas;
- tinkamai nenustačiusi perkamų SAP licencijų skaičiaus poreikio ir sudėtingumo, už 1 477,4 tūkst. Lt įsigijo SAP programinės įrangos licencijas;
- fondas patyrė žalos dėl Valstybinės ligonių kasos neteisėtų veiksmų ir neveikimo, nes teismas tenkino draudimo bendrovės skundą ir kasai priteisė sumokėti 29,1 tūkst. Lt bylinėjimosi išlaidų ir palūkanų.

Vadovaujantis Biudžeto sandaros įstatymu<sup>76</sup>, visų iš valstybės biudžeto išlaikomų įstaigų vadovams yra nustatyta pareiga užtikrinti skirtų lėšų naudojimo teisėtumą, ekonomiškumą, efektyvumą ir rezultatyvumą. Valstybinei ligonių kasai šis įstatymas netaikomas, o Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų naudojimą reglamentuojančiuose įstatymuose tokia pareiga nenustatyta. Tačiau kasos vadovui taikoma Biudžetinių įstaigų įstatyme<sup>77</sup> nustatyta pareiga užtikrinti racionalų ir taupų lėšų naudojimą.

Valstybinio audito metu vertindami Valstybinės ligonių kasos veiklai užtikrinti reikalingų paslaugų pirkimus nustatėme, kad kai kuriais atvejais lėšos buvo naudojamos neracionaliai.

<sup>76</sup> LR biudžeto sandaros įstatymas, 1990-07-30 Nr. I-430 (su vėlesniais pakeitimais), 5 str. 1 d. 7 p., 5 str. 2 d. 7 p., 7 str. 1 p.

<sup>77</sup> LR biudžetinių įstaigų įstatymas, 1995-12-05 Nr. I-1113 (su vėlesniais pakeitimais), 9 str. 2 d. 6 p.

Valstybinė ligonių kasa, savo struktūroje turėdama teisės padalinį, pirkė teises paslaugas savo sprendimų teisėtumui įrodinėti teismuose.

Valstybinė ligonių kasa pagal teisių paslaugų sutartis naudojo advokatų paslaugomis ir 2014 metais už jas sumokėjo 24 tūkst. Lt fondo lėšų. Pažymėtina, kad Valstybinė ligonių kasa pirkė atstovavimo teismuose paslaugas, nors atstovavimas yra viena iš Valstybinės ligonių kasos Teisės skyriaus funkcijų. Šio skyriaus nuostatuose<sup>78</sup> nurodyta, kad jis turi atstovauti kasai teismuose ir ginti jos teisėtus interesus, atstovavimo teismuose funkcija nurodyta skyriaus vedėjo, jo pavaduotojo ir vyriausiųjų specialistų pareigybių aprašymuose<sup>79</sup>, todėl manome, kad perkant teises paslaugas tuo atveju, kai turimą žmogiškųjų išteklių tokioms užduotims atlikti, fondo biudžeto asignavimai panaudoti neekonomiškai. Pažymėtina, kad nagrinėjant kai kurias bylas dėl Valstybinės ligonių kasos sprendimų teisėtumo advokatai pradėjo teikti paslaugas tik priėmus sprendimus, Teisės skyriaus darbuotojams pareiškus teigiamą nuomonę dėl jų teisėtumo (juos vizavus). Mūsų vertinimu, Valstybinė ligonių kasa neturėtų pirkti advokatų paslaugų jos priimtų sprendimų teisėtumui įrodinėti, nes tai turi atlikti jų teisėtumą įvertinę Valstybinės ligonių kasos darbuotojai<sup>80</sup>, o advokatai neturi jokių specialių žinių ar įgūdžių valstybinių institucijų sprendimams, jeigu jie buvo neteisėti, pagrįsti.

Mūsų nuomone, Valstybinei ligonių kasai nebuvo neišvengiamos būtinybės sudaryti teisių paslaugų sutartis, o advokatų pasitelkimas teismo procese nepadėjo pasiekti jai palankios bylų baigties.

Vienos teisių paslaugų sutartis buvo sudarytos dėl atstovavimo byloje su Valstybinės ligonių kasos darbuotoju dėl jam taikytos Valstybės tarnybos įstatyme nustatytos tarnybinės atsakomybės, nors su valstybės tarnyba susijusius teisinio reglamentavimo klausimus privalo išmanyti teisinį išsilavinimą turintys Valstybinės ligonių kasos darbuotojai.

Kitos teisių paslaugų sutartis buvo sudarytos dėl ortopedijos įmonių teismams pateiktų skundų dėl 2009–2011 m. išduotų OTP gamybos ir pritaikymo išlaidų kompensavimo (plačiau skaitykite šios ataskaitos 2.2 poskyryje). Ankstesnio audito metu<sup>81</sup> pareiškėme nuomonę, kad šie teisiniai ginčai vyksta dėl prieštarų ir dviprasmiškų pačios Sveikatos apsaugos ministerijos parengto teisės akto nuostatų aiškinimo.

Pažymėtina, kad Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas, nagrinėdamas bylas, kuriose valstybės institucijoms atstovauja advokatai, yra teigęs: kai administracinės bylos šalis yra viešojo administravimo subjektai, bylinėjimasis būna susijęs su tais teisiniais santykiais, kuriuose atitinkamas subjektas atlieka viešąjį administravimą. Veikdamas specifinėje viešojo administravimo srityje, šis subjektas privalo užtikrinti tokią savo vidaus administravimo struktūrą, kuri leistų jam tinkamai įgyvendinti viešojo administravimo funkcijas<sup>82</sup>. Tuo tikslu jam skiriami atitinkami valstybės (savivaldybių) biudžeto asignavimai. Nors bylinėjimasis teismuose nėra tiesioginis viešojo administravimo subjektų uždavinys, tačiau iš principo šie subjektai turi būti

<sup>78</sup> Valstybinės ligonių kasos Teisės skyriaus nuostatai, patvirtinti Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-08-21 įsakymu Nr. 1P-140.

<sup>79</sup> Valstybinės ligonių kasos Teisės skyriaus nuostatų 8.4 punktas. Valstybinės ligonių kasos Teisės skyriaus darbuotojų pareigybių aprašymai patvirtinti Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-08-21 įsakymu Nr. 1P-140 ir Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-03-13 įsakymu Nr. 1P-55.

<sup>80</sup> LR valstybės tarnybos įstatymas, 1999-07-08 Nr. VIII-1316 (su vėlesniais pakeitimais), 3 str. 2 d. 6 p.

<sup>81</sup> 2014-09-15 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-P-10-6-50, 3.2 dalis.

<sup>82</sup> LR viešojo administravimo įstatymas, 1999-06-17 Nr. VIII-1234 (su vėlesniais pakeitimais), 11 str. 1 d.

pajėgūs teisme atstovauti savo pozicijoms, kylančioms iš atitinkamų administracinių teisinių santykių<sup>83</sup>.

Valstybinės ligonių kasos atsakingų darbuotojų teigimu, teisinių paslaugų pirkimo poreikis atsirado dėl didelio Teisės skyriaus darbuotojų krūvio bei skyriaus darbuotojų kaitos, tačiau manome, kad klausimai, susiję su savalaikiu skyriaus funkcijų atlikimu ir jų tęstinumo užtikrinimu turėjo būti sprendžiami tinkamo darbo organizavimo pagalba.

Valstybinė ligonių kasa įsigijo IT technologijų infrastruktūros ir IS esamos būklės vertinimo paslaugas, nors turėjo tam tikslui įsteigtą struktūrinį padalinį.

Dar daugiau, t. y. 589,4 tūkst. Lt su PVM, kainavo Valstybinės ligonių kasos informacinių technologijų infrastruktūros ir informacinių sistemų esamos būklės įvertinimo, IT strategijos atnaujinimo ir plėtros gairių parengimo paslaugos<sup>84</sup>, nors tokios funkcijos buvo nurodytos Valstybinės ligonių kasos Informacinių sistemų plėtros skyriaus nuostatuose ir darbuotojų pareigybių aprašymuose<sup>85</sup>. Pažymėtina, kad šio skyriaus vienintelis tikslas būtų ir yra nurodytas naujais valdymo metodais pagrįstas informacinių sistemų, skirtų Valstybinės ligonių kasos veiklos ir administravimo procesams tobulinti, strategijos formavimas ir įgyvendinimas. Konkrečios informacinių sistemų strateginių klausimų sprendimo funkcijos nurodytos Informacinių technologijų departamento direktoriaus pavadootojo pareigybės aprašyme. Minėta paslaugų sutartimi privačiai bendrovei buvo pavesta įvertinti Valstybinės ligonių kasos naudojamas informacines sistemas ir jų suderinamumą su organizacijos tikslais, strateginėmis iniciatyvomis bei suinteresuotų šalių informaciniais poreikiais, nors šiuos savo veiklos dalykus turi geriausiai žinoti pati Valstybinė ligonių kasa. Atsižvelgdami į tai, kad minėtus vertinimus konsultantai atliko apibendrinę ir išanalizavę pačios kasos pateiktą informaciją ir įvertinę darbuotojų pareigybėms keliamus reikalavimus ir priskirtas atsakomybes, manome, kad Informacinių sistemų plėtros skyriaus darbuotojai turėjo pakankamai kompetencijos visus reikalingus vertinimus atlikti savarankiškai.

Valstybinė ligonių kasa netinkamai paskyrė darbuotojams finansinių ataskaitų sudarymo pareigas, todėl pirko konsultacijas, kurias nemokamai turėjo suteikti Finansų ministerija.

Valstybinė ligonių kasa 2014 m. pirko<sup>86</sup> iš UAB „Ernst & Young Baltic“ VLK ir TLK apskaitos specialistų konsultavimo, kaip parengti finansinių ataskaitų ir konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinius, ir konsultavimo, kaip įvesti finansinių ataskaitų ir derinamos bei nederinamos informacijos duomenis į Viešojo sektoriaus apskaitos ir ataskaitų konsolidavimo informacinę sistemą (VSAKIS), paslaugas. Didesnė šių konsultacijų dalis yra susijusi su finansinės apskaitos tvarkymo klausimais, už jas audituojamu laikotarpiu sumokėta 34,2 tūkst. Lt.

<sup>83</sup> Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008-09-25 nutartis, priimta administracinėje byloje Nr. AS143-375/2008.

<sup>84</sup> Valstybinės ligonių kasos ir UAB „Informacinės konsultacijos“ 2014-02-25 sudaryta Informacinių technologijų infrastruktūros ir informacinių sistemų esamos būklės įvertinimo, informacinių technologijų strategijos atnaujinimo ir plėtros gairių parengimo paslaugų pirkimo-pardavimo sutartis Nr. 1SUT-120.

<sup>85</sup> Informacinių technologijų departamento Informacinių sistemų plėtros skyriaus nuostatai ir vienos pareigybės nuostatai patvirtinti Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-04-30 įsakymu Nr. 1P-75, kiti pareigybės nuostatai patvirtinti Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-11-28 įsakymu Nr. 1P-239 ir Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-10-30 įsakymu Nr. 1P-192.

<sup>86</sup> Valstybinės ligonių kasos ir UAB „Ernst & Young Baltic“ 2014-03-06 pasirašyta sutartis Nr. 1SUT-149 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Teritorinių ligonių kasų konsultavimo dėl finansinių ataskaitų ir konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinių rengimo ir duomenų įvedimo į Viešojo sektoriaus apskaitos ir ataskaitų konsolidavimo informacinę sistemą (VSAKIS) paslaugų teikimo“.

Konsoliduotųjų PSDF biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkinių rengimas yra viena iš Valstybinės ligonių kasos Apskaitos skyriaus nuostatuose<sup>87</sup> įvardytų funkcijų. Šio skyriaus vedėjas turi užtikrinti, kad finansinių ataskaitų rinkiniai būtų sudaryti tinkamai ir laiku, tačiau skyriaus darbuotojų pareigybių aprašymuose<sup>88</sup> nėra nuosekliai aprašytos pareigos ir atsakomybė, susijusi su finansinių ataskaitų konsolidavimo procesu, duomenų įvedimu į VSAKIS. Nepriskyrus atsakomybių už konkrečių funkcijų atlikimą konkrečioms darbuotojams, didėja ir konsultacijų, kaip parengti konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinius, bei konsultacijų, kaip įvesti finansinių ataskaitų ir derinamos bei nederinamos informacijos duomenis į VSAKIS, poreikis, kuris iš dalies ir lemia tokių paslaugų pirkimą.

Įstatyme<sup>89</sup> įtvirtinta, kad bendrąjį metodinį vadovavimą apskaitai pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus, atsižvelgdama į tarptautinius apskaitos standartus, Europos Sąjungos teisę ir tarptautinius viešojo sektoriaus apskaitos standartus, taip pat viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartų (toliau – VSAFAS) paaiškinimus teikia Finansų ministerija, todėl ji galėjo suteikti konsultacijas, kurias Valstybinė ligonių kasa pirko iš privačios bendrovės. Pagal VSAKIS nuostatus<sup>90</sup> ji yra pagrindinė VSAKIS valdytoja, tvarkytoja ir duomenų teikėja, kuriai pavesta tirti kitų VSAKIS duomenų tvarkytojų ir VSAKIS duomenų gavėjų poreikius, analizuoti ir spręsti metodologines ir organizacines VSAKIS veikimo problemas, konsultuoti VSAKIS duomenų tvarkytojus, duomenų teikėjus ir duomenų gavėjus visais su VSAKIS susijusiais klausimais<sup>91</sup>.

#### Finansų ministerijos teikiamos konsultacijos

Finansų ministerija, atsižvelgdama į poreikį ir galimybes patenkinti konsultacijų poreikį, organizuoja ir veda seminarus, teikia tikslines konsultacijas, informaciją per skambučių centrą, interneto svetainėje teikia informaciją viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinių ataskaitų rengimo metodologijos klausimais, Finansų valdymo ir apskaitos informacinės sistemos diegimo ir naudojimo klausimais, VSAKIS naudojimo klausimais, finansinių ataskaitų konsolidavimo klausimais, biudžeto vykdymo klausimais.

2014 m. balandžio 11 d. Finansų ministerija organizavo 4 val. trukmės tikslines konsultacijas konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinių rengimo VSAKIS metodiniams klausimams aptarti.

Kad PSDF biudžeto lėšos būtų naudojamos racionaliai, siūlome peržiūrėti Apskaitos skyriaus darbuotojų pareigybių aprašymus ir priskirti darbuotojams pareigas ir atsakomybę, susijusią su konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rengimu ir duomenų įvedimu į VSAKIS. Manome, kad nuoseklus pareigų paskirstymas konkrečioms darbuotojams padės išvengti lėšų naudojimo konsultacijoms įsigyti.

Kadangi Valstybinė ligonių kasa nekontroliavo, kaip vykdoma 2009 m. SAP licencijų diegimo sutartis<sup>92</sup>, faktiškai tiekėjo įdiegtas SAP licencijų skaičius buvo didesnis už legaliai naudojamą (už kurį buvo sumokėta) jų kiekį.

<sup>87</sup> Valstybinės ligonių kasos Apskaitos skyriaus nuostatai, patvirtinti Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2012-12-19 įsakymu Nr. 1P-222.

<sup>88</sup> Pareigybių aprašymas patvirtintas Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-02-28 įsakymu Nr. 1P-39.

<sup>89</sup> LR buhalterinės apskaitos įstatymas, 2001-11-06 Nr. IX-574, 3 str. 2 d., 3 str. 8 d.

<sup>90</sup> Patvirtintus finansų ministro 2011-05-13 įsakymu Nr. 1K-182.

<sup>91</sup> Kiti VSAKIS tvarkytojai – viešojo sektoriaus subjektai, atsakingi už konsoliduotųjų ataskaitų parengimą, tvarkantys tik savo lygio duomenis ir atliekantys tik VSAKIS duomenų tvarkymo funkcijas. Viešojo sektoriaus subjektai taip pat yra VSAKIS duomenų gavėjai. VSAKIS duomenų teikėjai – viešojo sektoriaus subjektai, kurie teikia apskaitos duomenis konsoliduotųjų ataskaitų rinkiniui parengti naudodami VSAKIS valdytojo duomenų bazę ir VSAKIS programinę įrangą.

<sup>92</sup> Sutartis Nr. 2009/06/23-01//86.

Valstybinė ligonių kasa naudoja Finansų valdymo apskaitos (toliau – FVAIS) ir Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro (DPSDR) informacines sistemas. FVAIS ir DPSDR veikia SAP programinės įrangos pagrindu ir su šiomis IS dirbantis vartotojas turi turėti galiojančią SAP programinės įrangos licenciją, už kurią sumokėta (1 licencija atitinka vieną darbo su FVAIS ir DPSDR vietą). Licencijų vartotojams buvo suteikta daugiau, nei pirkimo dokumentuose nurodytas 68 licencijų poreikis, nes FVAIS ir DPSDR kūrimo paslaugos pirkimo konkursą 2009 m. laimėjusi bendrovė licencijas diegė savo nuožiūra. Kadangi Valstybinės ligonių kasos kontrolė buvo nepakankama, naudojamų licencijų skaičius buvo gerokai didesnis už tą skaičių, už kurį buvo sumokėta. SAP programinės įrangos atstovai Lietuvoje 2013 m. nustatė<sup>93</sup>, kad kasa savo veikloje naudoja 179 SAP programinės įrangos licencijomis daugiau (jų vertė – 3 240,4 tūkst. Lt), nei tuo metu buvo pirkusi (pirktos tik 68 licencijos, kurių vertė – 1 778,9 tūkst. Lt).

SAP programinės įrangos atstovai informavo Valstybinę ligonių kasą apie galimas sankcijas už nelegaliai naudojamą programinę įrangą, todėl ji pirko visas nelegaliai naudotas licencijas, objektyviai neįvertinusi SAP programinės įrangos licencijų poreikio, kainos ir funkcionalumo.

2014 m. Valstybinė ligonių kasa surengė trečią papildomų SAP licencijų pirkimą, kuriuo iš esmės buvo siekiama faktiškai naudojamų licencijų skaičių prilyginti legaliai įsigytų SAP licencijų skaičiui<sup>94</sup>. Audituojamu laikotarpiu šiam tikslui panaudota 1 477,4 tūkst. Lt, iš kurių už 1 112,7 tūkst. Lt įsigyta 64 vnt. *SAP Professional User* licencijų (vieneto kaina – 17,4 tūkst. Lt) ir už 183,7 tūkst. Lt įsigyta 26 vnt. *SAP Professional Limited User* licencijų (vieneto kaina – 7,1 tūkst. Lt).

#### Pastebėjimas

Valstybinės ligonių kasos 179 nelegaliai naudotas SAP licencijas įsigijo surengusi du papildomus viešuosius pirkimus. Vienas pirkimas atliktas 2013 m., įsigytos 89 SAP licencijos, 2014 m. įsigyta dar 90 SAP licencijų.

Audito metu, įvertinę Valstybinės ligonių kasos pateiktą informaciją apie 249 darbuotojus, kuriems 2009–2014 m. buvo suteiktos prieigos prie minėtų informacinių sistemų, nustatėme, kad 2 darbuotojai, kuriems 2012 m. buvo priskirtos licencijos (FVAIS riboto naudojimo ir DPSDR profesionalaus naudojimo), atliekant auditą nebedirbo, 10 darbuotojų pradėjo eiti kitas pareigas, tačiau SAP licencijos nebuvo perskirstytos.

Valstybinė ligonių kasa audito metu nepateikė SAP licencijų (profesionalaus ir riboto naudojimo) galimybių (funkcionalumo) aprašymų, todėl kyla pagrįstų abejonių, ar brangių licencijų vartotojai žino ir išnaudoja visas jų suteikiamas analitinio darbo apdorojant informaciją galimybes. Be to, audito metu pasirinkus 11 Valstybinės ligonių kasos darbuotojų, kuriems prieigos prie FVAIS ir DPSDR suteiktos 2012–2014 metais, patikrintos jų su SAP programine įranga atliekamos funkcijos. Nustatėme, kad 4 darbuotojai 2014 m. pabaigoje suteiktomis licencijomis visai nesinaudojo, kiti 7 darbuotojai jas naudojo sąskaitoms faktūroms įtraukti į sistemą.

Valstybinė ligonių kasa, pralaimėjusi teismo procesą, iš veiklai skirtų lėšų pareiškėjui sumokėjo 203,4 tūkst. Lt, iš jų 29,1 tūkst. Lt vertiname kaip PSDF padarytą žalą, nes fondo lėšos panaudotos ne sveikatos draudimo išlaidoms, o teismo priteistoms bylinėjimosi išlaidoms ir palūkanoms sumokėti.

<sup>93</sup> UAB „SAP“ 2013-07-08 raštas NR. SAP-2013/08.

<sup>94</sup> UAB „SAP“ 2013-10-16 raštu Nr. SAP-2013/24 informavo Valstybinės ligonių kasos direktorių, kad naudojamų licencijų skaičius didesnis už legaliai įsigytų licencijų skaičių ir kad skirtumas – 64 vnt. SAP Application Professional User ir 25 vnt. SAP Application Limited Professional User licencijų.

Valstybinė ligonių kasa neapmokėjo apdraustojo gydymo išlaidų, patirtų Belgijoje, nes tikrindama asmens draustumą Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registre tinkamai neįsitikino, ar asmuo apdraustas. Susiklosčius tokiai situacijai apdraustojo gydymo išlaidas apmokėjo draudimo bendrovė AAS „Gjensidige Baltic“. Vėliau ji kreipėsi į Valstybinę ligonių kasą dėl gydymo išlaidų apmokėjimo, tačiau kasa tai padaryti atsisakė<sup>95</sup>. Tada bendrovė kreipėsi į teismą. Teismas<sup>96</sup> konstatavo, kad Valstybinė ligonių kasa, tikrindama asmens draustumo privalomuoju sveikatos draudimu faktą, nenustačiusi asmens tikrosios tapatybės, atliko neteisėtus veiksmus, t. y. neveikė taip, kaip pagal įstatymus privalėjo veikti. Valstybinė ligonių kasa pažeidė rūpestingumo pareigą, kurią ji turėjo ir galėjo įvykdyti, atsižvelgiant į jai suteiktus įgaliojimus, be kita ko, susirašinėjimo su kitomis įstaigomis teises, žinias ir gebėjimus. Teismas pareiškėjo AAS „Gjensidige Baltic“ naudai iš Valstybinės ligonių kasos priteisė 174,2 tūkst. Lt turtinės žalos atlyginimo bei 5 procentų dydžio metines palūkanas, taip pat AAS „Gjensidige Baltic“ naudai iš Valstybinės ligonių kasos priteista apie 2,2 tūkst. Lt bylinėjimosi išlaidų.

Iš viso pareiškėjui Valstybinė ligonių kasa sumokėjo 203,4 tūkst. Lt, iš kurių palūkanos ir bylinėjimosi išlaidos sudarė 29,1 tūkst. Lt.

### ***Dėl eilių valdymo sprendimo paslaugos pirkimo***

Valstybinė ligonių kasa įsigijo 1 466,5 tūkst. Lt vertės eilių valdymo sprendimo diegimo paslaugas, pirkimo metu nustačiusi tiekėjų konkurenciją mažinančius ir dėl to racionalaus lėšų panaudojimo neužtikrinančius trumpus paslaugų teikimo terminus. Valstybinė ligonių kasa leido tiekėjui nesilaikyti minėtų terminų, taip pažeisdama Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimus bei principus, ir netaikė sutartyje nurodytų sankcijų ar kitų atsakomybės priemonių.

Valstybinė ligonių kasa atvirojo konkurso būdu (pirkimo Nr. 142847) įsigijo eilių valdymo sprendimo, t. y. centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių apskaitos bei kompensacijos laukimo eilių valdymo modulio, diegimo, priežiūros ir palaikymo paslaugas (sutarties vertė – 3 363,8 tūkst. Lt, vykdant šią sutartį 2014 m. panaudota 1 466,5 tūkst. Lt).

Valstybinė ligonių kasa, pirkimo sąlygose nustačiusi per trumpus darbų atlikimo terminus, apribojo tiekėjų, galinčių šiuos darbus atlikti per ilgesnį terminą, konkurenciją ir nepasiekė įstatyme<sup>97</sup> nustatyto tikslo – sudaryti pirkimo sutartį, leidžiančią reikiamas paslaugas įsigyti racionaliai naudojant lėšas.

Pirkimo sąlygose<sup>98</sup> nurodyta, kad bendra sutarties vykdymo trukmė yra 36 mėn. ir ji bus vykdoma etapais. 1 etapas – trys mėnesiai nuo sutarties įsigaliojimo pradžios (iki 2014 m. liepos 9 d.), 2 etapas – iki 2014 m. gruodžio 31 d., 3 etapas – iki projekto pabaigos. Tokie patys etapų terminai buvo nustatyti ir laimėjusio tiekėjo pasiūlyme bei sutartyje<sup>99</sup>. Kiekviename etape numatomus atlikti darbus sudaro tam tikrų darbų seka: informacinės sistemos analizė, projektavimo, kūrimo, testavimo, diegimo gamybinėje aplinkoje, bandomosios eksploatacijos bei atitinkamo darbų atlikimo dokumentavimas (turi būti pateikti analizės, projektavimo, testavimo dokumentai, naudotojų bei administratoriaus vadovai)<sup>100</sup>. Įvertinę šią darbų seką ir tai, kad sukurta informacinė sistema turėjo būti suderinta su kitomis informacinėmis sistemomis, kurias prižiūri ir tobulina ir kiti tiekėjai,

<sup>95</sup> Valstybinės ligonių kasos 2009-03-18 raštas Nr. 4K-212-1656.

<sup>96</sup> 2014-05-23 Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo nutartis, priimta administracinėje byloje Nr. A858-1033/2014.

<sup>97</sup> LR viešųjų pirkimų įstatymas, 1996-08-13 Nr. I-1491 (su vėlesniais pakeitimais), 3 str. 2 d.

<sup>98</sup> Atviro konkurso pirkimo sąlygų 14.1 p. ir jo priedo „Techninė specifikacija“ 6 p.

<sup>99</sup> Laimėjusio tiekėjo pasiūlymo 2.5 p.; 2014-04-09 sutarties Nr. 1SUT-256 21.3 p.

<sup>100</sup> Atviro konkurso sąlygų priedo „Techninė specifikacija“ 23 p.

manome, kad pirmų dviejų etapų darbų atlikimo terminai buvo nustatyti per trumpi ir apribojo galėjusių pateikti pasiūlymus ir suteikti paslaugas per ilgesnį laiką tiekėjų skaičių. Trumpi minėtų darbų terminai galėjo būti nustatyti tik tokiu atveju, jei kasai būtų kilęs skubus šių paslaugų poreikis, tačiau valstybinio audito metu Valstybinė ligonių kasa nepateikė objektyvių duomenų, įrodančių, kad buvo toks poreikis.

Pirkimas buvo atliekamas pasiūlymus vertinant ne pagal mažiausios kainos, o pagal ekonomiškai naudingiausio pasiūlymo kriterijų. Pažymėtina, kad 2 iš 3 Valstybinės ligonių kasos ekspertų, vertindami balais laimėjusio tiekėjo pasiūlymą, geriausiai (puikiai) įvertino laimėjusio tiekėjo pasiūlyme nurodytas priemones ir jų strategiją, kurių reikia Eilių valdymo sprendimo informacinei sistemai sukurti. Sutarties vykdymo metu buvo keičiamos esminės sutarties sąlygos dėl jos vykdymo terminų (paslaugos suteiktos vėliau, nei numatyta), nes paaiškėjo, kad rengdama pirkimo sąlygas Valstybinė ligonių kasa tiksliai neišsiaiškino detalių ir tikslių reikalavimų, keliamų perkamoms paslaugoms.

Pirkimą laimėjęs tiekėjas nesilaikė sutartyje nustatytų terminų ir darbų apimčių.

Įstatymas nustato, kad pirkimo sutarties sąlygos ir jų neatskiriama dalis – tiekėjo pasiūlymas – visą sutarties galiojimo laikotarpį negali būti keičiami, išskyrus tokias sąlygas, kurias pakeitus nebūtų pažeisti įstatyme<sup>101</sup> nustatyti viešųjų pirkimų principai bei tikslai, ir tuos atvejus, kai yra gautas Viešųjų pirkimų tarnybos sutikimas daryti tokius pirkimo sutarties sąlygų pakeitimus.

Nustatėme, kad sutarties vykdymo metu draudimas keisti sutarties sąlygas buvo pažeistas, buvo pažeisti ir lygiateisiškumo, nediskriminavimo, proporcingumo ir skaidrumo principai. Pagal Valstybinės ligonių kasos ir tiekėjo susitarimus ne visos apimties I etapo darbai buvo atlikti ne per numatytą 3 mėnesių terminą, bet per 7 mėnesius, o II etapo darbų atlikimo pabaigos terminas (2014 m. gruodžio 31 d.) nukeltas į 2015 m. birželio 30 d. Valstybinė ligonių kasa neprašė Viešųjų pirkimų tarnybos sutikimo pratęsti pirkimo sąlygose, tiekėjo pasiūlyme ir sutartyje numatytus I ir II etapo darbų baigimo terminus.

Pirkimo dokumentuose ir sutartyje nurodyti I etapo darbai atlikti ne tik pavėluotai, bet ir ne visos apimties, nes nebuvo atlikta šio etapo darbams priskirta darbų bandomoji eksploatacija<sup>102</sup>.

#### **Valstybinės ligonių kasos nurodytos priežastys, kodėl nebuvo atlikta I etapo darbų bandomoji eksploatacija**

Atviro konkurso sąlygų 5 punkte buvo nurodyta, kad atlikdamas I etapo darbus tiekėjas turi sukurti PSDF lėšomis kompensuojamų sąnarių endoprotezų apskaitos ir kompensacijų už juos laukimo eilės valdymo informacinę sistemą be atsargų valdymo funkcionalumo (šiuos darbus buvo numatyta atlikti II etape). Tačiau Eilių valdymo sistemos kūrimą prižiūrinti darbo grupė priėmė sprendimą (2015 m. kovo 26 d. protokolas Nr. 7K-170), kad I etapo darbų bandomosios eksploatacijos negalima baigti nesukūrus minėto pirkimo sąlygose II etapui priskirto sąnarių endoprotezų atsargų valdymo funkcionalumo.

I etapo darbų bandomosios eksploatacijos atlikimo termino pratęsimą vertiname kaip Valstybinės ligonių kasos nepakankamai kompetentingai parengtų pirkimo sąlygų rezultatą, nes dėl netinkamo darbų suskirstymo į etapus I etapo darbų bandomoji eksploatacija, neatlikus vėlesniame II etape numatytų darbų, tapo negalima.

<sup>101</sup> LR viešųjų pirkimų įstatymo 18 str. 8 d. ir 3 str. 1 d.

<sup>102</sup> I etapo darbams priskirta pagal Atvirojo konkurso sąlygų priedo „Techninė specifikacija“ 23 p. ir tiekėjo pasiūlymo 2.5 p. „Veiklų tvarkaraštis“ projekto plano 54–58 eil., 2.6.1. p., 2.6.3 p., 2.6.3.6 p., 6 p.

Nors laimėjęs tiekėjas pirkimo sąlygose ir sutartyje nustatytais darbų vykdymo terminais planuotų darbų nebaigė, jo atžvilgiu netaikyta jokia sutartyje numatyta atsakomybė<sup>103</sup>.

Valstybinės ligonių kasos teigimu, tiekėjas numatytų darbų laiku atlikti negalėjo dėl jos kaltės, t. y. pirkimo sąlygas rengę darbuotojai neturėjo specialiųjų žinių ir kompetencijos, nes tiekėjui atliekant I etapo darbus nustatė 7 naujus pirkimo sąlygose neįvardytus reikalavimus, be kurių I etapo metu numatyta sukurti informacinė sistema negalėjo pradėti normaliai funkcionuoti. Valstybinio audito metu nustatyta, kad sutarties vykdymo metu papildomus reikalavimus tiekėjui kėlė pirkimo sąlygas rengę Valstybinės ligonių kasos darbuotojai arba su jais atitinkamuose struktūriniuose padaliniuose dirbantys kiti darbuotojai. Mūsų vertinimu, tai rodo, kad Valstybinė ligonių kasa blogai organizuoja darbą ir įtraukdama reikiamus darbuotojus į pirkimo sąlygų rengimo darbus, ir rengdama pirkimo sąlygas, paskirtiems darbuotojams aiškinantis perkamų paslaugų poreikius. Pažymime, kad Valstybinė ligonių kasa neatliko jokių už pirkimo vykdymą atsakingų darbuotojų tarnybinės, drausminės atsakomybės tyrimų ar kitų blogo darbo organizavimo ar darbuotojų kompetencijos stokos, rengiant pirkimo sąlygas, vertinimų. Manome, kad Valstybinė ligonių kasa, netaikydama sutartyje numatytų sankcijų ir dažnai koreguodama tiekėjui pavestus darbus, sudarė sąlygas jam nesilaikyti sutartyje nustatytų trumpų terminų ir motyvuotai dėl to pasiteisinti. Situacija, kai viešąjį pirkimą laimėjęs tiekėjas nesilaiko sutarties motyvuodamas tuo, kad tai kasos kaltė, o šioji tą kaltę pripažįsta, bet atsakingų darbuotojų atžvilgiu net nepradeda teisės aktuose nustatyto galimo tarnybinio nusižengimo tyrimo dėl netinkamai atliktų pareigų (siekiant bent išsiaiškinti darbuotojų netinkamai atlikto ir netinkamai organizuoto darbo priežastis ar kitas svarbias aplinkybes, kad tokių atvejų ateityje nebūtų), t. y. kai už netinkamą sutarties vykdymą niekas nėra atsakingas, neskatina Valstybinės ligonių kasos viešųjų pirkimų teisėtumo ir skaidrumo ateityje. Todėl siūlome Valstybinei ligonių kasai pačiai nuodugnai išsiaiškinti netinkamo pirkimo sąlygų parengimo, tiekėjo pasiūlymo ir sutarties neteisėto pakeitimo aplinkybes ir priimti reikiamus sprendimus dėl viešųjų pirkimų procedūrų teisėtumo ateityje užtikrinimo.

Valstybės kontrolierius

Arūnas Dulkys

---

Auditas atliktas, vykdant 2014-07-28 pavedimą Nr. P-10-8

Valstybinio audito išvadą ir ataskaitą parengė 1-ojo audito departamento vyriausieji valstybiniai auditoriai Jolanta Indriulienė, Vilmantė Krogertienė, Vyrmandas Jašmontas, vyresnieji valstybiniai auditoriai Vilma Lapinskienė, Šarūnas Lašakonis, Informacinių sistemų ir infrastruktūros audito departamento Informacinių sistemų audito skyriaus vyresniosios valstybinės auditorės Jurgita Musteikienė ir Loreta Tomickytė-Šajaukienė.

---

<sup>103</sup> Įvairios sankcijos už paslaugos teikimo terminų nesilaikymą numatytos 2014-04-09 sutarties Nr. 1SUT-256 10, 16, 17, 23, 24 p.

# PRIEDAI

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

## PSDF biudžeto 2013–2014 m. planuotų ir surinktų pajamų struktūros palyginimas

Kodas ir pajamų straipsniai	2014 m. planuota		2014 m. surinkta		Skirtumas tarp surinktų ir planuotų pajamų, tūkst. Lt ir proc.	2013 m. planas	2013 m. faktiškai surinktos pajamos	2014 m. ir 2013 m. surinktų pajamų skirtumas, tūkst. Lt ir proc.
	pajamos	pajamų dalis biudžete	pajamos	pajamų dalis biudžete				
	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.				
01 Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administruojamo s privalomojo sveikatos draudimo įmokos	2917121	65,6	2950082	61,8	32961 1,1	2662901	2795038	155044 5,5
02 Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamo s privalomojo sveikatos draudimo įmokos	63831	1,4	71984	1,5	8153 12,8	53707	64846	7138 11,0
03 Asignavimai iš valstybės biudžeto	1396749	31,4	1396749	29,2	0 0	1359219	1359219	37530 2,8
03.01. Valstybės biudžeto įmokos už apdraustusius, draudžiamus valstybės lėšomis	1355689	30,5	1355689	28,4	0 0	1337740	1337740	17949 1,3
03.02. Papildomi valstybės biudžeto asignavimai	41060	0,9	41060	0,9	0 0	21479	21479	19581 91,2
04 Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos	1620	0,0	1362	0,0	-258 -15,9	3923	3642	-2280 -62,6

Kodas ir pajamų straipsniai	2014 m. planuota		2014 m. surinkta		Skirtumas tarp surinktų ir planuotų pajamų, tūkst. Lt ir proc.	2013 m. planas	2013 m. faktiškai surinktos pajamos	2014 m. ir 2013 m. surinktų pajamų skirtumas, tūkst. Lt ir proc.
	pajamos	pajamų dalis biudžete	pajamos	pajamų dalis biudžete				
	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.				
05 Savanoriškos asmenų įmokos	6015	0,1	6255	0,1	240,0 4,0	5932	6133	122 2,0
06 Išieškotos ar gražintos lėšos už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą	7093	0,2	8357	0,2	1264 17,8	5185	6678	1679 25,1
07 Kitos pajamos	32623	0,7	43383	0,9	10760 33,0	11423	31998	11385 35,6
Iš viso pajamų	<b>4425052</b>	99,6	<b>4478172</b>	93,8	53120 1,2	<b>4102290</b>	<b>4267553</b>	210619 4,9

Lyginama su visa PSDF biudžeto vykdymo apyskaitoje nurodyta pajamų suma, įvertinus ir lėšų likutį 2014 m. sausio 1 d. duomenimis.

Šaltinis – Valstybės kontrolė

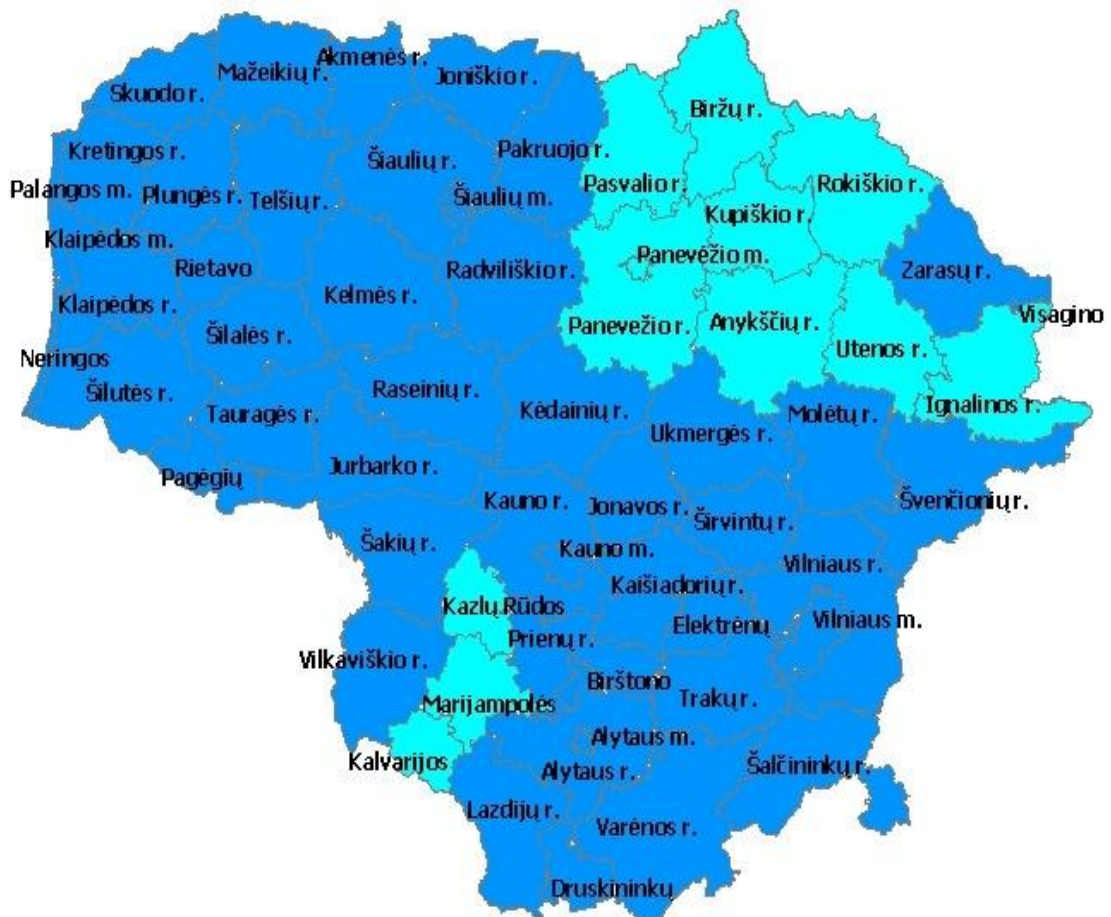
Valstybinio audito ataskaitos  
 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo  
 fonde atlikto finansinio (teisėtumo)  
 audito rezultatų“  
 2 priedas

Planuotų ir faktinių PSDF biudžeto išlaidų 2013–2014 m. analizė

Kodas ir išlaidų straipsniai	2014 m. planuota		2014 m. patirta išlaidų		Skirtumas tarp patirtų ir planuotų išlaidų, tūkst. Lt ir proc.	2013 m. išlaidų planas tūkst. Lt	2013 m. patirtos išlaidos tūkst. Lt	2014 m. ir 2013 m. patirtų 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	3132851	70,5	3211247	67,2	78396 2,5	2863068	3030535	180712 6,0
02 Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės *	826873	18,6	826873	17,3	0 0,0	813291	813288	13585 1,7
03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui	134861	3,0	139778	2,9	4917 3,6	126543	135467	4311 3,2
04 Ortopedijos technikos priemonėms iš jų:	50000	1,1	64848	1,4	14848 29,7	50000	34838	30010 86,1
neapibrėžtiems įsipareigojimams padengti	15000	0,3	30000	0,6	15000 100	15000	0	30000 0,0
05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms	219771	4,9	206389	4,3	-13382 -6,1	204323	206389	7 0,0
06 PSD vykdančių institucijų veiklos išlaidos	47569	1,1	44258	0,9	-3311 -7,0	45065	35897	8361 23,3
07 VSDFV veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl PSD įmokų surinkimo ir pervedimo į fondą, kompensuoti	13127	0,3	9654	0,2	-3473 -26,5	-	-	0,0 0,0
Iš viso išlaidų	<b>4425052</b>	99,6	<b>4503047</b>	94,3	<b>77995</b> <b>1,8</b>	<b>4102290</b>	<b>4256407</b>	<b>246640</b> <b>5,8</b>
*Lyginama su visa fondo biudžeto vykdymo apyskaitoje nurodyta išlaidų suma įvertinus ir lešų likutį 2014-12-31. Faktiškai patirtos išlaidos lentelėje nurodytos su panaudotomis PSDF biudžeto rezervo lėšomis.								
Šaltinis – Valstybės kontrolė								

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

2014 m. GMP dispečerinių tarnybų aptarnaujamų teritorijų pasiskirstymas pagal apmokėjimą



GMP dispečerinių tarnybų, atitinkančių ministro patvirtinto veiklos aprašo nuostatas, teikiančių duomenis apie GMP brigadų atvykimo operatyvumą ir gaunančių didesnę apmokėjimą, aptarnaujama teritorija.

GMP dispečerinių tarnybų, neatitinkančių ministro patvirtinto veiklos aprašo nuostatų, negalinčių pateikti duomenų apie GMP brigadų atvykimo operatyvumą ir negaunančių didesnio apmokėjimo, aptarnaujama teritorija.

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

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

1. Sveikatos draudimo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
2. 2014 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
3. 2014 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas.
4. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.
5. Viešųjų pirkimų įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
6. Viešojo administravimo įstatymas.
7. Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymas.
8. Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymas.
9. Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
10. Lietuvos Respublikos metrologijos įstatymas.
11. Lietuvos Respublikos darbo kodeksas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
12. Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
13. Lietuvos Respublikos buhalterinės apskaitos įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
14. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. birželio 8 d. nutarimas Nr. 511 „Dėl biudžetinių įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarkos tobulinimo“.
15. 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).
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. balandžio 19 d. nutarimas Nr. 451 „Dėl Valstybės informacinių sistemų steigimo ir įteisavimo taisyklių patvirtinimo“.
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. vasario 27 d. nutarimas Nr. 180 „Dėl Valstybės informacinių sistemų steigimo, kūrimo, modernizavimo ir likvidavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
18. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. lapkričio 17 d. nutarimas Nr. 1341 „Dėl tarnybinių lengvųjų automobilių įsigijimo, nuomos ir naudojimo biudžetinėse įstaigose“.

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

## Raštai „Dėl audito metu nustatytų dalykų“ teritorinėms ligonių kasoms ir gydymo įstaigoms

Eil. Nr.	Įstaiga	Registracijos data	Dokumento numeris
1.	VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	2015-06-17	Nr. S-(10-3889)-1110
2.	VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikos	2015-06-18	Nr. S-(10-3889)-1128
3.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos	2015-06-18	Nr. S-(10-3889)-1129
4.	Kauno teritorinė ligonių kasa	2015-06-23	Nr. S-(10-3889)-1179
5.	Šiaulių teritorinė ligonių kasa	2015-06-23	Nr. S-(10-3889)-1178
6.	Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija	2015-07-14	Nr. S-(10-3889)-1347
7.	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos	2015-07-31	Nr. S-(10-3889)-1538

Šaltinis –

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

## Rekomendacijų įgyvendinimo planas

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas/ Priemonės/ Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
1.	Siekiant užtikrinti skaidresnį ir tikslingesnį fondo lėšų panaudojimą reglamentuoti sveikatos programų, finansuojamų tik fondo lėšomis, sąvoką, rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką;	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Parengti Sveikatos programų, finansuojamų PSDP biudžeto lėšomis, rengimo finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkos aprašą.	2016 m. II ketv.
2.	Siekiant užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sukurti mechanizmą, kad kiekvienu atveju būtų pagrįstai įvertinta, ar sprendimai dėl vaistų išėmimo iš centralizuotai apmokamų vaistų sąrašo neturės neigiamos įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ar prieinamumui, o su neigiamų pasekmių šalinimu susijus sprendimus priimtų ministerija teisės aktų nustatyta tvarka.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	Parengti teisės akto projektą, kuris užtikrintų, kad vaistų išėmimas iš centralizuotai apmokamų vaistų sąrašo neturės neigiamos įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ar prieinamumui.	2015 m. IV ketv.
3.	Išsiaiškinti netinkamo Eilių valdymo sprendimo paslaugų pirkimo sąlygų parengimo, tiekėjo pasiūlymo ir sutarties neteisėto pakeitimo aplinkybes ir priimti sprendimus, būtinus ateityje užtikrinti viešųjų pirkimų procedūrų teisėtumą.	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	1. Atlikti eilių valdymo sprendimo paslaugų pirkimo sąlygų parengimo, teikėjo pasiūlymo ir sutarties pakeitimo aplinkybių vidinį tyrimą, 2. Vadovaujantis tyrimo rezultatais, pakeisti Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2012 m. gruodžio 21 d. įsakymą Nr. 1K-343 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuolat veikiančios viešojo pirkimo komisijos darbo reglamento patvirtinimo“.	2015 m. IV ketv.
4.	Peržiūrėti Apskaitos skyriaus darbuotojų pareigybių aprašymus ir priskirti darbuotojams pareigas ir atsakomybę dėl konsoliduotųjų	Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Peržiūrėti Valstybinės ligonių kasos Apskaitos skyriaus darbuotojų pareigybių aprašymus priskiriant atitinkamiems	2015 III ketv.

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas/ Priemonės/ Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
	finansinių ataskaitų rengimo ir duomenų įvedimo į VSAKIS.		darbuotojams pareigas bei atsakomybę dėl konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rengimo ir duomenų įvedimo į VSAKIS.	