



Valstybinio audito ataskaita

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO  
FONDO 2015 METŲ ATASKAITŲ  
RINKINIO TEISINGUMAS BEI LĖŠŲ IR  
TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR  
DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMAS

2016 m. rugsėjo 30 d. Nr. FA-P-10-2-5-1



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

# TURINYS

---

<u>SANTRUMPOS IR SAVOKOS</u>	<u>4</u>
<u>SANTRAUKA</u>	<u>6</u>
IŠVADOS	6
REKOMENDACIJOS	8
<u>IŽANGA</u>	<u>10</u>
<u>AUDITO APIMTIS IR METODAI</u>	<u>11</u>
<u>AUDITO REZULTATAI</u>	<u>13</u>
<u>1. Konsoliduotųjų finansinių ataskaitų ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių vertinimas</u>	<u>13</u>
<u>2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo vertinimas</u>	<u>14</u>
2.1. Esminių 2015 m. fondo biudžeto struktūros ir surinkimo pokyčių nebuvo	14
2.2. Iš valstybės biudžeto nebuvo finansuotos visos fondui priskirtos funkcijos, tačiau valstybė prisiėmė naujų įsipareigojimų	15
2.3. Valstybės biudžeto lėšos už draudžiamus asmenis skirtingiems fondams skaičiuojamos skirtingais principais	17
2.4. Mokėjimo už GMP paslaugas sistema Lietuvos gyventojams neužtikrina geresnės paslaugų kokybės	17
2.4.1. GMP dispečerinėms už jų naudojamą įrangą papildomai sumokama neįsitikinus, ar ši įranga gerina paslaugų kokybę	18
2.4.2. GMP stotims už operatyvų paslaugų suteikimą papildomai sumokama vadovaujantis šiam tikslui netinkamais GPS prietaisų rodmenimis	19
2.4.3. Neskatinamas vienodos kokybės GMP paslaugų teikimas visuose regionuose	19
2.5. Mokamų paslaugų kontrolė nepakankama, kad būtų užtikrinta pacientų teisė pirmiausia gauti sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias mokama iš fondo lėšų	20
2.6. Ministerija neturi aiškiai suformuotos fondo lėšų panaudojimo politikos	21
2.6.1. Įstatymu nustačius skirti beveik 6 mln. Eur inovaciniams vaistams, ministerija nenurodė, kokie vaistai turėtų būti finansuojami	21
2.6.2. Ministerija pritarė VLK sprendimui beveik 1 mln. Eur skirti gydymo įstaigoms, kad būtų kompensuota už MPP, išbrauktas iš centralizuotai apmokamų sąrašų	22
2.6.3. Ministerijos patvirtinta mokėjimo už plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijų paslaugas tvarka neatitinka įstatymų nuostatų	24
2.6.4. Ministerijos nustatyta pacientų aprūpinimo peritoninės dializės tirpalais tvarka neužtikrina nei tirpalų kokybės, nei panaudojimo kontrolės	25

2.7.	2015 m. fondo lėšos naudotos sveikatos programoms įgyvendinti vis dar neturint tinkamo teisinio pagrindo	26
2.7.1.	69,5 mln. Eur panaudota neapibrėžus sveikatos programų sąvokos, nenustačius jų rengimo, finansavimo bei kontrolės taisyklių	26
2.7.2.	1,7 mln. Eur vertės kraujo vaistinių preparatų įsigijimas finansuotas neturint teisinio pagrindo	27
2.8.	Ortopedijos techninės priemonės apdraustiesiems kompensuojamos vis dar taikant per aukštas kainas	29
2.9.	Lėšos, skirtos fondo veiklą administruojančioms įstaigoms, naudojamos neracionaliai	30
2.9.1.	Ministerijos kompetencijai priskirti įsakymai rengiami išskirtinai naudojant tik fondo lėšas	30
2.9.2.	Neteisėtais Valstybinės ligonių kasos direktoriaus sprendimais fondui padaryta žala	31
<u>PRIEDAI</u>		<u>33</u>

## SANTRUMPOS IR SĄVOKOS

---

**Fondas, PSDF** – Privalomojo sveikatos draudimo fondas.

**PSD** – privalomasis sveikatos draudimas.

**Sodra** – Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos

**Gydymo įstaigos** – asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

**Ministerija** – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

**Ministras** – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras.

**VLK** – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

**TLK** – teritorinė ligonių kasa.

**GMP** – greitoji medicinos pagalba.

**BPC** – Bendrasis pagalbos centras.

**GPS** (*Global Positioning System*) – Globali padėties nustatymo sistema, leidžianti nustatyti objekto koordinates bet kurioje pasaulio vietoje visomis oro sąlygomis, kuomet yra galimybė gauti signalus iš keturių ar daugiau palydovų.

**LNSS įstaigos** – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos.

**MPP** – medicinos pagalbos priemonės.

**DPLSA** – detali paciento lygio sąnaudų apskaita, diegiama siekiant tobulinti aktyviojo gydymo kainos koeficiento nustatymą.

**LVAT** – Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas.

**VAAT** – Vilniaus apygardos administracinis teismas.

**PSD taryba** – Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

**OTP** – ortopedijos techninės priemonės.

**DRG** (*Diagnosis Related Groups*) – mokėjimo už aktyviojo gydymo paslaugas (dienos chirurgijos ir stacionarinės paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis / chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis) metodas, kai jos automatiškai (naudojant specialią taikomąją programinę įrangą) yra sugrupuojamos medicininio (pagal diagnozes ar kitus kriterijus) ir ekonominiu (pagal sąnaudas) požiūriu į panašias paslaugų grupes ir kai už jas sumokama įvertinus konkrečiai paslaugų grupei nustatytas faktines paslaugų teikimo sąnaudas.

**Peritoninė dializė** – tai dializės metodas, taikomas pacientams, sergantiems 5 stadijos lėtinėmis inkstų ligomis. Šios procedūros metu kenksmingųjų medžiagų ir skysčių perteklius iš paciento kraujo šalinamas pro pilvaplėvę į dializei naudojamą tirpalą, esantį pilvo ertmėje.

**Centralizuotai apmokami vaistai** ir medicinos pagalbos priemonės (MPP)– fondo biudžeto lėšomis pagal ministro patvirtintą sąrašą perkami ir stacionare ir (ar) dienos stacionare skiriami brangūs vaistiniai preparatai ir MPP, kuriuos tam tikras skaičius specialistų pagal griežtas indikacijas skiria per metus ne daugiau kaip 500 pacientų šalies mastu.

**Kompensuojamieji vaistai** – vaistai, kurie įrašyti į Kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyną ir kurių įsigijimo išlaidos ar jų dalis privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims yra kompensuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Kompensuojami vaistai pacientams išrašomi šeimos gydytojų ar gydytojų specialistų ir yra skirti ambulatoriniam pacientų gydymui.

## SANTRAUKA

Privalomojo sveikatos draudimo fondas – apdraustųjų sveikatos priežiūros garantas ir pagrindinė šalies sveikatos apsaugos sistemos finansinio stabilumo užtikrinimo ir plėtojimo priemonė. 2015 m. naudojant fondo lėšas (1 394 mln. Eur) siekta skatinti ekonomiškai efektyvių paslaugų teikimą, gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą, mažinti jų teikimo netolygumus, tobulinti mokėjimo už vaistus, ortopedijos technines priemones ir sveikatos priežiūros paslaugas sistemą.

Vykdydami įstatymuose<sup>1</sup> aukščiausiai audito institucijai nustatytą prievolę – atlikti Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio bei fondo biudžeto vykdymo valstybinį auditą, atlikome fondo finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo ir lėšų bei turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimus. Kaip aukščiausioji audito institucija teikiame ir pastebėjimus dėl privalomojo sveikatos draudimo politikos formavimo ir vykdymo trūkumų, kurie, mūsų nuomone, turi tiesioginės įtakos kryptingam fondo lėšų panaudojimui, taigi ir apdraustųjų interesų užtikrinimui.

Reikšmingų pastabų dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2015 m. konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio ir fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio duomenų neturime. Tačiau nustatėme, kad ministerijos formuojama privalomojo sveikatos draudimo politika buvo nenuosekli, neturėjo aiškių fondo lėšų panaudojimo prioritetų ir neužtikrino vienodo požiūrio į visų apdraustųjų pacientų interesus. Dėl ministerijos laiku nepriimtų ar teisės aktų nuostatomis prieštaraujančių sprendimų nustatėme neteisėto fondo lėšų naudojimo sveikatos priežiūros paslaugoms, medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti atvejų. Toks lėšų naudojimas nesuteikia galimybių padidinti pacientams teikiamų paslaugų prieinamumą, gerinti jų kokybę, be to, prarandama galimybė plėtoti ekonomiškai efektyvias ir pacientams patrauklesnes sveikatos priežiūros paslaugas.

## IŠVADOS

1. Ministerija neturi aiškios privalomojo sveikatos draudimo politikos dėl fondo lėšomis kompensuojamų paslaugų ir nustatytų fondo lėšų naudojimo prioritetų, nes:
  - pagal įstatymą skyrus beveik 6 mln. Eur sumokėti už inovacinius vaistus, neapibrėžė *inovacinių vaistų sąvokos*, nenustatė, kurių inovacinių vaistų – už kuriuos mokama centralizuotai ar už kuriuos kompensuojama pagal sąrašus – prieinamumas turėtų būti gerinamas, todėl negalime patvirtinti, kad panaudotos lėšos padėjo pasiekti geriausią galimą rezultatą. Be to, pagal VLK direktoriaus nustatytą metodiką šiems vaistams skiriamų lėšų suma nesusieta su faktiniu vaistų poreikiu ir planuojamu gydyti pacientų skaičiumi. Dėl tokio planavimo inovaciniams vaistams įsigyti skirta suma buvo viršyta ir fondas liko 2,6 mln. Eur skolingas vaistinėms (2.6.1 skirsnis);
  - Ministerija pritarė VLK sprendimui didinti nustatytus paslaugų įkainius, padengiant gydymo įstaigoms iš centralizuotai apmokamų MPP sąrašų išbrauktų MPP įsigijimo išlaidas. Tokiu būdu ministerija nesilaikė savo nustatytų tokio sąrašo sudarymo kriterijų, apmokėjimo gydymo įstaigoms už jų suteiktas paslaugas tvarka tapo neaiški, lėšos panaudotos ne tik

<sup>1</sup> LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas 2007-06-26 Nr. X-1212 (su vėlesniais pakeitimais), 30 str., LR valstybės kontrolės įstatymas, 1995-05-30 Nr. I-907 (su vėlesniais pakeitimais) 9 str.

- pažeidžiant įstatymu numatytą kompensavimo už paslaugas ir MPP tvarką, bet ir gydymo įstaigoms sudarius nevienodas sąlygas teikti atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas (2.6.2 skirsnis);
- 2015 m. galiojo ministro patvirtinta įstatymų nuostatų neatitinkanti mokėjimo už plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijų paslaugas tvarka, leidžianti mokėti už jas ne pagal nustatytus įkainius, o atsižvelgiant į gydymo įstaigų faktiškai patirtas išlaidas, kurių pagrįstumo vertinimo reikalavimai nebuvo nustatyti, todėl susidarė situacija, kai fondo lėšomis galėjo būti apmokėtos gydymo įstaigos faktiškai nepatirtos sąnaudos (2.6.3 skirsnis);
  - ministerijos nustatyta pacientų aprūpinimo peritoninės dializės tirpalais tvarka neleidžia fondo lėšomis kompensuoti šių tirpalų naudojimo gydant namuose, nors tai pagrindinė peritoninės dializės paslaugų pridėtinė vertė. Nesant aiškios fondo lėšų panaudojimo tvarkos, šiuo metu pacientai gydomi namuose neužtikrinant nei tirpalų kokybės, nei jų panaudojimo kontrolės (2.6.4 skirsnis);
  - ministro įsakymai dėl fondo lėšų (1,7 mln.) Eur panaudojimo kraujo vaistiniams preparatams įsigyti priimti neturint teisinio pagrindo (2.7.2 skirsnis).
2. Valstybės įsipareigojimų, skiriant lėšų iš valstybės biudžeto fondui, apimtis neaiški – tai lemia nesuderintas ir nepakankamas reglamentavimas:
- tinkamai neįvertinus valstybės biudžeto finansinių galimybių, valstybė prisiima naujus įsipareigojimus finansuoti tokias GMP paslaugas, kurių teikimo užtikrinti neprivalo, ir dėl to neskiria pakankamai valstybės biudžeto lėšų visoms esamoms teisės aktais fondui pavestoms funkcijoms atlikti (2.2 poskyris);
  - pagal VLK nusistatytą tvarką valstybės lėšomis PSD draudžiamas planuojamas, o ne faktinis asmenų skaičius, todėl kasmet valstybė sveikatos draudimą garantuoja didesniai negu priklauso pagal įstatymą asmenų skaičiui, nors valstybinio socialinio draudimo įmokas valstybė moka už faktinį tokių asmenų skaičių (2.3 poskyris).
3. Ministerija nustatė mokėjimo už GMP paslaugas sistemą, skatinančią kokybiškesnę tokių paslaugų teikimą, tačiau fondo lėšos panaudotos tinkamai neįsitikinus GMP teikiamų paslaugų kokybe:
- 1,6 mln. Eur fondo lėšų sumokėta GMP dispečerinėms tarnyboms už geresnę paslaugų kokybę užtikrinančią įrangą, neįsitikinus, ar ji yra pakankama ir tinkamai suderinta, kad GMP dispečerinė tarnyba pagalbos kvietimus tinkamai ir operatyviai perduotų artimiausiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai (2.4.1 skirsnis);
  - 0,9 mln. Eur už operatyvų GMP brigadų nuvykimą pas pacientą, kaip už gerą GMP stoties darbo rezultatą, sumokėta nepagrįstai, nes operatyvumas vertintas pagal metrologiškai netikrinamų ir todėl šiam tikslui netinkamų GPS prietaisų matavimų rodmenis (2.4.2 skirsnis);
  - nesiimta veiksmų skatinti vienodai kokybišką gyvybiškai būtinų GMP paslaugų teikimą visuose Lietuvos regionuose, nes VLK nevertino 3 GMP dispečerinių aptarnaujamų GMP stočių informacijos apie jų operatyvumą vykstant pagal iškvietimą, o ministerija neinicijavo vertinimų, kad šios GMP stotys galėtų gauti finansinę paskatą už operatyvų atvykimą (2.4.3 skirsnis).
4. Nededama pakankamai pastangų, kad būtų užtikrinta pacientų pirmumo teisė gauti jiems priklausančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias mokama iš fondo lėšų. VLK ir TLK neorganizuoja nuoseklios gydymo įstaigų teikiamų mokamų sveikatos priežiūros paslaugų

teikimo teisėtumo ir pagrįstumo kontrolės, nenustatytos pažeidimo masto atitinkančios baudos už nepagrįstai suteiktas šias paslaugas (2.5 poskyris).

5. Dėl nepakankamo reglamentavimo ir skirtingo teisės aktų interpretavimo išlieka aktualus fondo lėšų panaudojimo privalomojo sveikatos draudimo tikslams pasiekti klausimas:
  - 69,5 mln. Eur fondo lėšų panaudota sveikatos programoms vykdyti bei kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti, nors 2015 m. dar nebuvo apibrėžtos sveikatos programų, finansuojamų tik iš fondo lėšų, sąvokos, nenustatyta tokių programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarka (2.7.1 skirsnis);
  - ortopedijos techninės priemonės (10,1 mln. Eur) įsigytos vis dar per aukštomis kainomis, nes iki šiol nenustatytos OTP gamintojų konkurenciją skatinančios ir atitinkamai mažesnes kainas lemiančios šių priemonių įsigijimo procedūros (2.8 poskyris).
6. Atliktas auditas parodė, kad 2015 m. liko problema dėl netinkamo veiklos išlaidų administravimo:
  - dėl neteisėtų VLK direktoriaus įsakymų, teismo sprendimu išmokėjus darbo užmokestį už priverstines pravaikštas, fondui padaryta 20,5 tūkst. Eur žala, tačiau tarnybiniai tyrimai dėl kaltų asmenų nustatymo nebuvo pradėti (2.9.2 skirsnis);
  - paslaugų bazinių kainų nustatymo metodika tobulinta vien tik fondo lėšomis (453,6 tūkst. Eur), nors bazinių kainų ir jų nustatymo metodikos tvirtinimą įstatymas priskiria ministerijos kompetencijai (2.9.1 skirsnis).

## REKOMENDACIJOS

### Sveikatos apsaugos ministerijai

Kad būtų nustatytas aiškus valstybės biudžeto lėšų poreikis, ministerija kartu su atsakingomis institucijomis turėtų įvertinti socialiniams fondams valstybės mokamų draudimo įmokų tikslus, galimą specifiką ir inicijuoti reikiamų teisės aktų pakeitimus, kad PSD įmokų mokėjimo už valstybės draudžiamus asmenis principai – pagal planuojamą arba pagal faktinį asmenų skaičių – būtų reglamentuoti LR Vyriausybės nutarimu (2 išvada).

Ministerija kaip sveikatos draudimo politikos formuotoja turi skirti daugiau dėmesio tam, kad būtų sudarytos sąlygos taikyti skaidresnę mokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas tvarką, kuri atitiktų Sveikatos draudimo įstatymo reikalavimus, užtikrintų kokybiškų paslaugų teikimą ir vienodą požiūrį į visų apdraustųjų pacientų interesų tenkinimą:

- PSDF biudžeto rodiklių įstatymo projekte numatius skirti lėšų inovaciniams vaistams, parengti įstatymo, kuriame būtų apibrėžta *inovacinio vaisto* sąvoka ir nustatyta finansavimo tvarka, projektą ir atlikti vertinimą, ar inovacinių vaistų prieinamumas turi būti gerinamas tik ambulatorinio, ar ir stacionarinio gydymo lygmenimis (1 išvada);
- sukurti mechanizmą, kad kiekvienu atveju priimant sprendimą dėl MPP išbraukimo iš centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašo būtų pagrįstai įvertinta, ar tai neturės neigiamos įtakos paslaugų kokybei ir prieinamumui. Toks sprendimas turėtų reikšti aiškią gydymo įstaigų pareigą minėtus preparatus įsigyti savo lėšomis (1 išvada);
- įvertinti faktiškai susiklosčiusią aprūpinimo peritoninės dializės tirpalais situaciją ir tam, kad fondo lėšos šiam tikslui būtų naudojamos teisėtai, racionaliai ir užtikrinant pacientų gydymo namuose kokybę, atitinkamai tai reglamentuoti, kartu nustatyti pristatomų tirpalų kokybės ir panaudojimo kontrolės mechanizmą (1 išvada);

- vadovaujantis patvirtinta sveikatos programų, finansuojamų tik fondo lėšomis, rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarka, iš naujo įvertinti visų lėšų, skiriamų sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms (05 išlaidų straipsnis) finansuoti, atitiktį nustatyti tvarkai (5 išvada).

## Valstybinei ligonių kasai

Kad fondo lėšos būtų panaudojamos tik apdraustųjų interesams tenkinti:

- PSDF biudžeto rodiklių įstatymo projekte numaćius skirti lėšų inovaciniams vaistams, šias išlaidas suplanuoti įvertinus faktinį inovacinių vaistų poreikį ir planuojamą gydyti pacientų skaičių (1 išvada);
- įpareigoti TLK už plaučių ir plaučių širdies komplekso transplantacijos paslaugas sumokėti tik įvertinus gydymo įstaigų pateiktų sąnaudų pagrįstumą (1 išvada);
- mokamų paslaugų suteikimo teisėtumo ir pagrįstumo tikrinimus įtraukti į VLK ir TLK ketvirtinius bei metinius gydymo įstaigų tikrinimo veiklos planus, o gydymo įstaigoms skiriamų baudų dydžius susieti su padaryto pažeidimo mastu (4 išvada).

## IŽANGA

---

Audito tikslas – įvertinti 2015 m. konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenis ir pareikšti nepriklausomas nuomones, taip pat įvertinti fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumą.

Audituojamas subjektas – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (viešojo sektoriaus subjektas Privalomojo sveikatos draudimo fondas).

Įstatyme<sup>2</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 rehabilitacijos 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>3</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.

Atlikę Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinį (teisėtumo) auditą ataskaitoje pateikiame tik audito metu atliktus ir nustatytus dalykus, o nepriklausoma nuomonė dėl konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenų pareiškiami valstybinio audito išvadoje.

---

<sup>2</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais), 4 ir 13 str.

<sup>3</sup> LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2 str. 19 d. ir 22 d. 11 p.

## AUDITO APIMTIS IR METODAI

Finansinis (teisėtumo) auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus<sup>4</sup>, Tarptautinius audito standartus<sup>5</sup> ir Tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus<sup>6</sup>, siekiant gauti pakankamą užtikrinimą, kad konsoliduotosiose finansinėse ir biudžeto vykdymo ataskaitose nėra reikšmingų iškreipimų, o valstybės lėšos ir 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. Audito procedūros buvo atliktos svarbiausiose audito srityse, atrinkus audito pavyzdžius, kurie geriausiai reprezentavo visumą.

Audito metu vertinome Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2015 m. konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenis. Šie ataskaitų rinkiniai sudaryti VLK ir penkių jai pavaldžių biudžetinių įstaigų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų pagrindu.

### Dėl konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio

Konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinį sudarė finansinės būklės, veiklos rezultatų, pinigų srautų ir grynojo turto pokyčių ataskaitos bei finansinių ataskaitų aiškinamasis raštas, parengti pagal 2015 m. gruodžio 31 d. duomenis.

Finansinės būklės ataskaitoje 2015 m. pradžioje turto ir atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likutis buvo iš viso 10 674,99 tūkst. Eur, pabaigoje – 13 082,89 tūkst. Eur. Per tą patį laikotarpį fondas gavo 1 392 200 tūkst. Eur pajamų ir patyrė 1 393 687 tūkst. Eur išlaidų.

### Dėl metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio

2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinį sudarė Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų aiškinamasis raštas, biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo ataskaita, mokėtinų ir gautinų sumų ataskaita, informacijos apie valstybės 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 2015 m. gruodžio 31 d. duomenis.

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

*Audituojamame subjekte* vertinome 2015 metų fondo lėšų ir valstybės turto valdymo, naudojimo, disponavimo jais teisėtumą ir jų naudojimą įstatymų nustatytiems tikslams. Remdamiesi rizikos analize ir įvertinę veiksnius, turinčius įtakos tam tikroms audito sritims, audito procedūras atlikome:

<sup>4</sup> LR valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymas Nr. V-26 „Dėl Valstybinio audito reikalavimų patvirtinimo“.

<sup>5</sup> Tarptautinės buhalterijų federacijos Tarptautinių audito ir užtikrinimo standartų valdybos išleisti Tarptautiniai audito standartai (Lietuvos audito rūmų išversti į lietuvių kalbą). Prieiga per internetą: <http://lar.lt/www/new/page.php?326>.

<sup>6</sup> Finansinio audito (1000–1810 TAAIS) ir atitikties audito (4000, 4200 TAAIS) standartai. Prieiga per internetą: <http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=350>.

- pajamų į fondo biudžetą surinkimo srityje;
- vertindami inventorizacijos atlikimą, turto įsigijimo, perdavimo, nurašymo teisėtumą;
- vertindami, kaip laikytasi teisės aktų, fondui patiriančių išlaidas:
  - vykdančių prekių / paslaugų pirkimus,
  - apskaičiuojant ir mokant darbo užmokestį,
  - mokant už sveikatos priežiūros paslaugas;
  - kompensuojant centralizuotai apmokamų vaistų įsigijimo išlaidas,
  - finansuojant sveikatos programų vykdymą,
  - naudojant veiklai skirtas lėšas.

Vertindami, kaip laikomasi teisės aktų ar kitų dokumentų reikalavimų, atsižvelgėme į šių reikalavimų nesilaikymo priežastis ir įvertinome galimas teisės aktų nesilaikymo pasekmes. Siūlymus taisyti nustatytus dalykus ir už jų įgyvendinimą atsakingas institucijas nurodėme 2 priede „Rekomendacijų įgyvendinimo planas“.

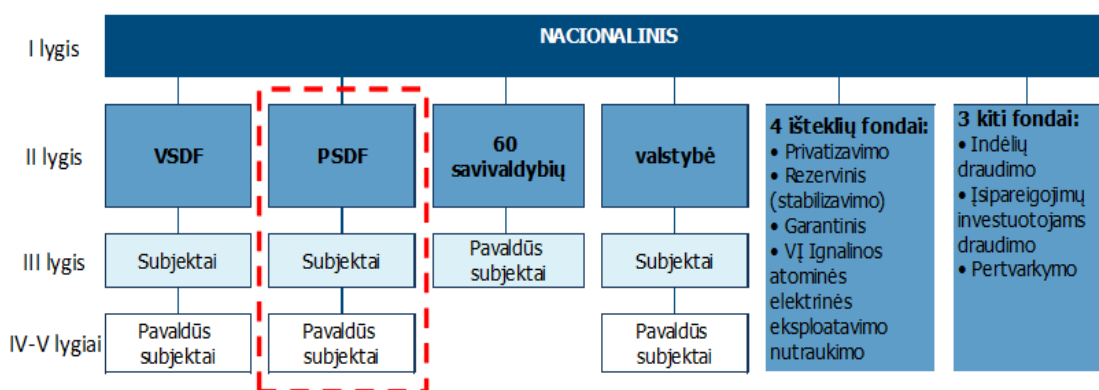
Teisės aktai, kuriais vadovaujantis atliktos fondo lėšų ir valstybės turto valdymo, naudojimo, disponavimo jais teisėtumo vertinimo procedūros, pateikti 1 priede.

# AUDITO REZULTATAI

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

Vadovaujantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu<sup>7</sup>, Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys – 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.

**1 pav.** Fondas nacionalinio finansinių ataskaitų rinkinio sudėtyje



Šaltinis: Valstybės kontrolė

Sveikatos draudimo įstatymas<sup>8</sup> nustato, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės tvirtina Vyriausybė. Pagal jas<sup>9</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 VLK kontroliuojamose biudžetinėse įstaigose – teritorinėse ligonių kasose – taikoma vienoda apskaitos politika, patvirtinta direktoriaus įsakymu<sup>10</sup>. Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų ir veiklos, ir fondo apskaitos principai sutampa.

Audito metu nepareiškėme reikšmingų pastabų dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2015 m. konsoliduotųjų finansinių ataskaitų ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenų.

<sup>7</sup> LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2 str. 14 d.

<sup>8</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 14 str. 4 d.

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

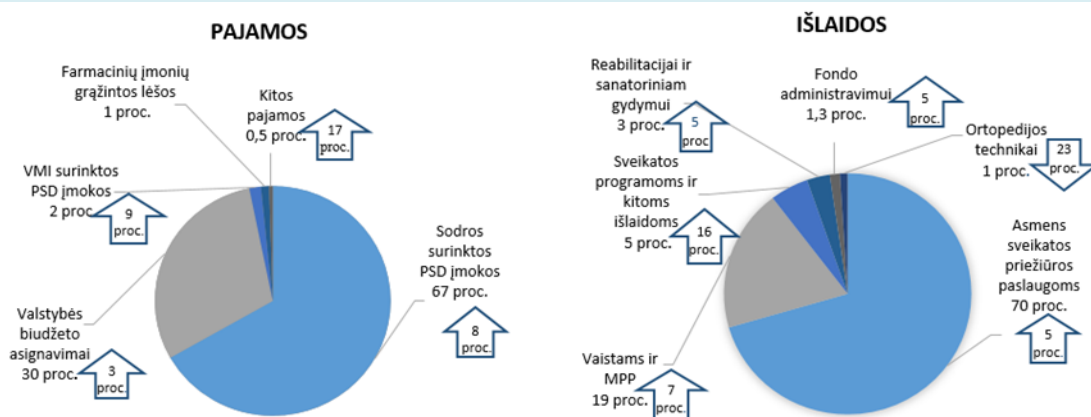
<sup>10</sup> 2011-06-21 įsakymas Nr. 1K-120 „Dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų buhalterinės apskaitos vadovo patvirtinimo“.

## 2. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO VERTINIMAS

### 2.1. Esminių 2015 m. fondo biudžeto struktūros ir surinkimo pokyčių nebuvo

Fondo biudžetas<sup>11</sup> 2015 m. patvirtintas beveik 8 proc. didesnis nei ankstesniais metais. Faktiškai biudžetas įvykdytas 100,4 proc. – į fondą surinkta 0,4 proc., arba 5 mln. Eur, daugiau pajamų, nei planuota (viso surinkta 1 386,6 mln. Eur). Atsižvelgiant į padidėjusias pajamas, atitinkamai patirta daugiau išlaidų, tačiau pajamų ir išlaidų struktūra ir surinkimo tendencijos audituojamu laikotarpiu iš esmės nesikeitė (žr. 2 pav.).

**2 pav.** 2015 m. fondo biudžeto vykdymas ir pokytis lyginant su 2014 m.



Šaltinis: 2015 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaita

2015 m., palyginti su 2014 m., didėjant apdraustųjų ir draudėjų skaičiui, apdraustųjų vidutinėms mėnesio pajamoms, taigi ir draudėjų bei apdraustųjų sumokėtoms įmokoms, matyti *Sodros* surenkamų PSD įmokų didėjimo tendencija. Taip pat nuosekliai didėjo pajamos, gaunamos pagal VLK ir vaistų gamintojų pasirašytas gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis. Nuo 2015 m. įstatymu<sup>12</sup> tvirtinant fondo pajamų planą, šios pajamos išskirtos kaip atskira fondo pajamų rūšis.

Nesikeitė ir pajamų surinkimo iš institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, tendencija – jos ir 2015 m. mažėjo<sup>13</sup>.

#### **Institucijos, vykdančios privalomąjį sveikatos draudimą, pajamų surenka vis mažiau, nes:**

nuo 2012 m. mažėjo didžiausią šių pajamų dalį sudarančios iš bankų gaunamos palūkanos už fondo lėšų likučius, laikomus banko sąskaitose, o nuo 2014-09-27 už sąskaitose laikomas PSDF biudžeto lėšas nustatyta nulinė palūkanų norma.

Pažymime, kad, vykdydama valstybinio audito rekomendaciją, VLK audituojamu laikotarpiu atliko banko paslaugų viešąjį pirkimą ir 2015 m. spalio mėn. pasirašė sutartis su AB „Swedbank“ dėl fondo biudžeto lėšų ir su „DanskeBank A/S“ Lietuvos filialu dėl fondo rezervo lėšų laikymo bankuose. Pagal

<sup>11</sup> LR 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2014-12-04 Nr. XII-1386.

<sup>12</sup> Ten pat.

<sup>13</sup> 2011 m. institucijos, vykdančios sveikatos draudimą, surinko 4,1 mln. Eur, 2012 m. – 2 mln. Eur, 2013 m. – 1,1 mln. Eur, 2014 m. – 0,4 mln. Eur.

šias sutartis atskyrus fondo biudžeto ir jo rezervo lėšas ne tik išskaidyta lėšų laikymo bankuose rizika, bet ir už banko sąskaitose esančių lėšų likučius nustatytos atitinkamai 0,14 ir 0,11 proc. metinės palūkanų normos, o per 2015 m., vykdant sutartis, už lėšas bankų sąskaitose gauta beveik 27 tūkst. Eur.

Nepaisant to, kad kiekvienais metais mažėja fondo lėšomis finansuojamų sveikatos programų skaičius, šios išlaidos audituojamu laikotarpiu didėjo labiausiai – panaudota beveik 10 mln. Eur (16 proc.) daugiau nei pernai, daugiau lėšų skirta sumokėti už transplantacijos paslaugas, prevencinėms sveikatos programoms vykdyti, kraujo vaistiniams preparatams įsigyti ir t. t. Kitos išlaidos didėjo tolygiai nuo 5 iki 7 procentų.

Didėjo beveik visos fondo biudžeto išlaidos, išskyrus skirtas ortopedijos technikos priemonėms įsigyti, tačiau kaip ir kasmet fondas turėjo daugiau išlaidų, negu planavo, ir joms padengti panaudojo 14,9 mln. Eur fondo biudžeto rezervo lėšų. Iš rezervo lėšų sumokėta už dalį ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų viršijant 2015 m. gydymo įstaigų ir teritorinių ligonių kasų sutartyse numatytas lėšų sumas (panaudota 6 mln. Eur), iš dalies padengta kreditinė skola už apdraustiesiems išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones (panaudota beveik 9 mln. Eur).

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

## 2.2. Iš valstybės biudžeto nebuvo finansuotos visos fondui priskirtos funkcijos, tačiau valstybė prisiėmė naujų įsipareigojimų

Pagal Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimą<sup>14</sup> visiems piliečiams, nepriklausomai nuo jų draustumo, gyvybei gelbėti ir išsaugoti būtinos paslaugos privalo būti finansuojamos iš valstybės biudžeto lėšų. Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis gali būti finansuojamos tik apdraustų asmenų ir tik tos sveikatos priežiūros paslaugos, kurių neapima iš valstybės biudžeto lėšų finansuojama būtina gyvybei gelbėti ir išsaugoti medicinos pagalba. Taip pat Konstitucinis Teismas yra pažymėjęs, kad, atsižvelgiant į valstybės finansines galimybes, užtikrinus gyvybei gelbėti ir išsaugoti būtinų paslaugų finansavimą, iš valstybės biudžeto lėšų gali būti finansuojama ir daugiau sveikatos priežiūros paslaugų.

Įgyvendinant nutarimą nuo 2015 m. Sveikatos sistemos įstatymas su valstybės lėšomis finansuojamomis sveikatos priežiūros žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti skirtomis paslaugomis susiejo visas greitosios medicinos pagalbos (GMP) paslaugas<sup>15</sup>. Toks pakeitimas sumažino kitos įstatyme vartojamos sąvokos – *būtinąją medicinos pagalbą* – aiškumą ir jos taikymo sritį, nes būtinąją medicinos pagalbą taip pat siejama su žmogaus gyvybės gelbėjimu, bet už ją mokama ne iš valstybės biudžeto, o iš fondo lėšų.

Reikia pažymėti, kad būtinąją medicinos pagalbą apima pirmąją ir skubiąją medicinos pagalbą<sup>16</sup>, pastaroji įvardijama kaip institucinė – stacionarinė ir nestacionarinė – medicinos pagalba, o GMP paslaugos nėra stacionarinės ir ne visada susijusios su gyvybės gelbėjimu ir išsaugojimu. Priėmus

<sup>14</sup> 2013-05-16 nutarimas, priimtas byloje Nr. 47/2009-131/2010.

<sup>15</sup> LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552, 2 str. 4 d.

<sup>16</sup> Būtinąją medicinos pagalbą skirstoma į: **pirmąją medicinos pagalbą**, kuri Sveikatos sistemos įstatyme apibrėžta kaip svarbiausi tikslingi **veiksmai, skirti padėti** kitų asmenų ar savo **sveikatai ir gyvybei**, panaudojant turimas medicinos ir (ar) kitokias priemones ir medžiagas, iki tol, kol nukentėjusiajam (pacientui) bus pradėta teikti skubioji medicinos pagalba arba jo būklė taps normali, arba bus konstatuota jo mirtis; **skubiąją medicinos pagalbą** – kaip **institucinę** (stacionarinę ar nestacionarinę) medicinos **pagalbą, kuri teikiama** nedelsiant arba neatidėliotinai, **kai** dėl ūmių klinikinių būklių, nustatytų sveikatos apsaugos ministro įsakymu, **gresia pavojus paciento ir (ar) aplinkinių gyvybei** arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams.

sprendimą finansuoti visas GMP teikiamas paslaugas, valstybės biudžeto lėšos būtų skiriamos ir paslaugoms, nesusijusioms su gyvybės gelbėjimu ir išsaugojimu, teikti. Kadangi šiuo metu galiojantis įstatymas būtinosios medicinos pagalbos paslaugų netapatina su GMP priskirtomis paslaugomis gyvybei gelbėti ir išsaugoti, galima teigti, kad teisinio reglamentavimo lygmeniu nėra apibrėžtas *greitosios medicinos pagalbos paslaugų* ir *būtinosios pagalbos paslaugų* sąvokų tarpusavio ryšys, kurio nenustačius nėra aiški bendra valstybės biudžeto lėšomis finansuojamų medicinos pagalbos paslaugų apimtis, taigi ir valstybės biudžeto lėšų, skirtų sumokėti už žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti skirtas paslaugas, poreikis.

Kiekvienais metais iš valstybės biudžeto PSDF skiriama asignavimų suma nėra pakankama Sveikatos draudimo įstatyme nustatytiems valstybės funkcijoms<sup>17</sup> vykdyti. 2015 m. fondui skirta 14,8 mln. Eur valstybės biudžeto asignavimų, nors fondas valstybės funkcijoms vykdyti panaudojo 131,8 mln. Eur, iš kurių nedraustiems asmenims suteiktos būtinosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti skirta 6 mln. Eur. Priimtas sprendimas valstybės biudžeto lėšomis finansuoti visas be išimties GMP paslaugas šį lėšų poreikį 2015 m. dar padidino 46,2 mln. Eur. Tokiu būdu valstybė ne tik nevykdo turimų įsipareigojimų finansuoti fondui priskirtas valstybės funkcijas, bet pagal įstatymą prisiima naujų, neįvertinusių valstybės finansinių galimybių tuos įsipareigojimus vykdyti biudžeto lėšomis. Norime pabrėžti, kad šios situacijos pokyčių ateityje nematome, nes 2017–2018 m. planuojama skirti tiek pat asignavimų kaip ir 2015 m.<sup>18</sup>

Sveikatos draudimo įstatyme<sup>19</sup> numatyta apmokėti būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas iš fondui skirtų valstybės biudžeto lėšų tik nedraustiems Lietuvos gyventojams. Būtinajai pagalbai užtikrinti PSD draustiems asmenims skirti valstybės biudžeto lėšų minėtame įstatyme nenumatyta. Visos šios pagalbos išlaidos apmokamos iš fondo lėšų, o tai, mūsų nuomone, neatitinka Konstitucinio Teismo išaiškinimo, kad nemokama medicinos pagalba visiems piliečiams, neatsižvelgiant į tai, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, turi būti teikiama valstybės biudžeto lėšomis.

PSDF lėšas naudojant nedraustų asmenų sveikatos priežiūrai, ne tik nevykdomas teismo nutarimas, bet ir nukenčia apdraustųjų pacientų interesai – jų sveikatos priežiūrai skiriama mažiau fondo lėšų.

Audito metu ministerijai siūlėme aiškiai apibrėžti paslaugų gyvybei gelbėti ir išsaugoti ir būtinosios medicinos (pirmosios ir skubiosios) pagalbos sąvokų ryšį, ir nustatyti valstybės biudžeto realias galimybes atitinkantį tiek mokėjimo už gyvybei gelbėti ir išsaugoti būtinas paslaugas, tiek kitų valstybės funkcijų finansavimo reglamentavimą.

#### **Ministerijos pozicija dėl siūlymų tikslinti nustatytas sąvokas**

Ministerija nurodė,<sup>20</sup> kad sutapatinti ir apjungti šias dvi sąvokas yra neteisinga teoriškai ir nenaudinga praktiškai. Ji pripažįsta, kad gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugos pagal savo pobūdį gali dubliuoti būtinosios pagalbos turinį, tačiau mano, kad jų atskyrimas dalį būtinosios pagalbos kategorijai dabar priskirtų paslaugų, kurios yra išimtinai susijusios su gyvybės išgelbėjimu, priskiriant gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugų grupei, būtų neracionalus.

Mūsų vertinimu, aiškus valstybės lėšų poreikis gali būti nustatytas tik patikslinus minėtas sąvokas. Taip pat manome, kad skaičiuojant valstybės lėšų poreikį gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo

<sup>17</sup> Imunoprofilaktikos, neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programų priemonių vykdymas, mokėtos kraujo donorų kompensacijos, kompensuotos ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos.

<sup>18</sup> 2015 m. valstybės biudžeto asignavimai sudarė 14 788 tūkst. Eur, 2016 m. – 15 288 tūkst. Eur, o 2017–2018 m. planuojama išlaikyti 2016 m. lygį (15 288 tūkst. Eur).

<sup>19</sup> 8 str. 5 d.

<sup>20</sup> LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016-09-20 raštas Nr. (1.1.20-283)10-7710.

paslaugoms finansuoti reikėtų atsižvelgti ir į tai, kad valstybė savo lėšomis draudžia per 1,6 mln. šalies gyventojų, už kuriuos mokama įmoka turėtų apimti ir GMP paslaugų užtikrinimą.

### 2.3. Valstybės biudžeto lėšos už draudžiamus asmenis skirtingiems fondams skaičiuojamos skirtingais principais

Jau kelerius metus konstatuojame, kad pagal nustatytą PSD įmokų už valstybės draudžiamus asmenis mokėjimo tvarką valstybė draudžia planuojamą, o ne faktinį, asmenų skaičių, todėl kiekvienais metais apdraudžiama daugiau asmenų, negu tokios garantijos yra suteikiamos pagal teisės aktus, nors valstybinio socialinio draudimo įmokos mokamos vertinant faktinį lėšų poreikį.

Tvirtinant 2015 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą buvo prognozuota, kad 2015 m. asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, skaičius sudarys 1,6 mln. Atsižvelgiant į šį skaičių ir į metinę valstybės biudžeto įmoką už kiekvieną asmenį, Sveikatos draudimo įstatyme nurodytoms draudžiamųjų asmenų grupėms prognozuotas lėšų poreikis sudarė 401,5 mln. Eur. Privalomojo sveikatos draudimo registro duomenimis, faktinis valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius 2015 m. kito nuo 1,7 mln. iki 1,6 mln., todėl iš valstybės biudžeto pervestinių lėšų suma turėjo sudaryti 393,4 mln. Eur per metus, tačiau į fondo biudžetą per metus pervesta valstybės biudžeto lėšų suma buvo didesnė – 401,5 mln. Eur.

Reikia pažymėti, kad VLK taikomi principai, prognozuojant valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičių, neužtikrina tikslų skaičiavimų. 2012–2014 m. nuolat mažėjęs skirtumas tarp faktinio ir planuojamo minėtų asmenų skaičiaus<sup>21</sup> 2015 m. nedaug, bet padidėjo, padidėjo ir pervestamų valstybės biudžeto lėšų – 8 110,3 tūkst. Eur – perviršis.

Kadangi analogiškos valstybės biudžeto įmokos už asmenis, draudžiamus valstybiniu socialiniu draudimu, pervedamos atsižvelgiant į faktinį kiekvieną mėnesį valstybės draudžiamų asmenų skaičių, tikslinga įvertinti galimybes PSD įmokas už valstybės draudžiamus asmenis mokėti vertinant faktinį šių asmenų skaičių. Nusprendus, kad PSD įmokų planavimas, palyginti su valstybiniu socialiniu draudimu, yra specifinis ir dėl objektyvių priežasčių neįmanoma planuoti remiantis faktiniu draudžiamų asmenų skaičiumi, PSD įmokų mokėjimas už valstybės draudžiamus asmenis pagal planuojamą jų skaičių turėtų būti nustatytas įstatymu ar LRV nutarimu.

### 2.4. Mokėjimo už GMP paslaugas sistema Lietuvos gyventojams neužtikrina geresnės paslaugų kokybės

Audituojamu laikotarpiu GMP paslaugų išlaidoms apmokėti panaudota 46,1 mln. Eur fondo biudžeto lėšų, iš jų 2,5 mln. Eur siejama su GMP įstaigų teikiamų paslaugų kokybės ir prieinamumo skatinimu: 1,6 mln. Eur skiriama didesnėms bazinėms GMP dispečerinių tarnybų, naudojančių kokybiškesnę techninę ir programinę įrangą, paslaugų kainoms padengti ir 0,9 mln. Eur – GMP brigadoms skatinti operatyviau teikti pagalbą pacientams.

<sup>21</sup> 2012 m. dėl didesnio planuojamo valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičiaus fondui pervesta 42,7 mln. Eur daugiau pajamų, 2013 m. – 10,9 mln. Eur, 2014 m. – 7,4 mln. Eur daugiau.

### 2.4.1. GMP dispečerinėms už jų naudojamą įrangą papildomai sumokama neįsitikinus, ar ši įranga gerina paslaugų kokybę

Vadovaujantis ministro nustatyta GMP paslaugų bazinių kainų sąrašu<sup>22</sup> už įstaigų, kurių naudojama techninė ir programinė įranga atitinka ministro patvirtintus<sup>23</sup> privalomojo ir rekomendacinio pobūdžio reikalavimus, teikiamas paslaugas sumokama taikant dvigubai didesnę į kainą nei už tų įstaigų, kurios naudoja tik privalomuosius reikalavimus<sup>24</sup> atitinkančią įrangą, skirtą nuolatiniam ryšiui su gretimomis dispečerinėmis tarnybomis ir GMP brigadomis palaikyti, jų buvimo vietai ir pasirengimo būsenai nustatyti.

2015 m. penkios (iš 8) centralizuotos GMP dispečerinės tarnybos gavo daugiau lėšų, nes, vadovaujantis ankstesniais metais atliktais vertinimais, turėjo ministro įsakyme nurodytą techninę / programinę ir aparatinę įrangą, kuri reikalinga norint gauti papildomų lėšų.

Praeity auditų metu pateikėme pastebėjimu<sup>25</sup> dėl GMP dispečerinių tarnybų naudojamos techninės ir programinės įrangos vertinimų. Vertinimo trukumai turėjo būti ištaisyti iki 2014 m. pabaigos, įgyvendinant teiktas rekomendacijas.

#### **Ministerijai teikta rekomendacija dėl GMP dispečerinių tarnybų naudojamos techninės ir programinės įrangos vertinimų**

Įvertinti, ar visų GMP stočių, kurioms centralizuotas paslaugas teikia GMP dispečerinių tarnybos, naudojama programinė ir aparatinė įranga yra pakankama ir suderinta, kad GMP dispečerinė tarnyba pagalbos kvietimus tinkamai ir operatyviai perduotų artimiausiai laisvai atitinkamo pasirengimo lygio GMP brigadai.

Kadangi buvo vėluojama įgyvendinti rekomendacijas, neatliktas nė vienas naujas GMP dispečerinės tarnybos vertinimas, o audituojamu laikotarpiu 1,6 mln. Eur fondo lėšų, skirtų sumokėti už dispečerinių tarnybų teikiamas paslaugas taikant didesnę balą kaip ir ankstesniais metais panaudota neįsitikinus, ar visų GMP stočių, kurioms centralizuotas paslaugas teikia GMP dispečerinių tarnybos, naudojama programinė ir aparatinė įranga yra pakankama, ir suderinta, kad už GMP dispečerinių tarnybų teikiamas paslaugas būtų galima apmokėti didesniu balu.

#### **Veiksmai, kurių ministerija ėmėsi organizuojant GMP stočių vertinimus**

Ministerija atsižvelgdama į ankstesnes Valstybės kontrolės rekomendacijas dėl GMP dispečerinių tarnybų ir GMP brigadų techninės ir programinės įrangos vertinimo patvirtino Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašą, kuriuo nuo 2016 m. birželio 23 d. apskričių centrų GMP paslaugas teikiančių įstaigų naudojamos techninės ir programinės įrangos atitiktį privalomojo ir rekomendacinio pobūdžio reikalavimams ne rečiau, kaip kas 3 metus pavesta vertinti Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos tarnybos direktoriaus nustatyta tvarka.

<sup>22</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymu Nr. V-1131 patvirtintas Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas.

<sup>23</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2012-11-07 įsakymas Nr. V-996 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“.

<sup>24</sup> Vienam gyventojui tenkančių GMP dispečerinės tarnybos, kurios techninė ir programinė įranga atitinka privalomuosius ir rekomendacinius ministro nustatytus reikalavimus, teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina – 1,16 balo, o GMP dispečerinės tarnybos, atitinkančios privalomojo pobūdžio reikalavimus, – 0,56 balo.

<sup>25</sup> Detalesni vertinimai pateikti 2015-09-25 valstybinio audito ataskaitoje Nr. FA-P-10-8-29-1.

## 2.4.2. GMP stotims už operatyvų paslaugų suteikimą papildomai sumokama vadovaujantis šiam tikslui netinkamais GPS prietaisų rodmenimis

2015 m. GMP brigadų operatyvumas buvo nustatomas atsižvelgiant į laiką nuo skubaus brigados išskvietimo (skambučio priėmimo GMP 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 priimtais skubiais kvietimais<sup>26</sup>, tačiau ministerija nenustatė patikimų GMP brigadų atvykimo laiko matavimo būdų ir priemonių.

GMP dispečerinėse įdiegtos skubios medicinos pagalbos suteikimo laiko matavimo sistemos pagrindas buvo automobilio buvimo vietos nustatymas GPS, o toks matavimas nepatenka nei į Metrologijos įstatymo reguliavimo, nei į Lietuvos metrologijos inspekcijos priežiūros sritį. GMP brigadų atvykimo laikui nustatyti turi įtakos ir rankiniu būdu fiksuojamas jų išvykimo ir atvykimo laikas. Be to, neaiškumų sukelia ministro įsakymuose nenurodytos „beveik atvykimo“ būsenos fiksavimas<sup>27</sup>.

Paprašius Ūkio ministerijos pateikti kompetentingą nuomonę dėl Metrologijos įstatymo taikymo teikiant GMP paslaugas ir sumokant už jas pagal GPS prietaisų rodmenis, ji nurodė<sup>28</sup>, kad GMP suteikiamos paslaugos matavimas GPS ir su ja susieta įranga neturi teisinės galios, nes GPS nepriskirtina teisinės metrologijos objektams, todėl teisinis metrologinis reglamentavimas jai netaikomas. Ūkio ministerijos nuomone, suteikiamos GMP paslaugos laikui matuoti galėtų būti naudojamas mobilusis telefono ryšys, nes visos Lietuvoje naudojamo mobiliojo telefoninio ryšio operatorių sistemos yra patvirtintos ir metrologiškai kontroliuojamos.

Mūsų vertinimu, šių paslaugų suteikimo operatyvumas turi būti matuojamas patikimomis priemonėmis, o jų patikrą turi atlikti kompetentinga institucija, atlikti šią funkciją įgaliota teisės aktais, tačiau ministerija nemato jokių galimybių vertinti GPS patikimumo.

## 2.4.3. Neskatinamas vienodos kokybės GMP paslaugų teikimas visuose regionuose

Ankstesnio audito metu konstatavome, kad ne visos GMP stotys buvo finansiškai skatinamos kuo greičiau nuvykti pas skubios medicinos pagalbos prašančius pacientus, nes joms pranešimus siunčiančių GMP dispečerinių tarnybų (3 iš 8) naudojama aparatinė ir programinė įranga neatitiko visų ministro nustatytų reikalavimų. Todėl iš GMP stočių, kurioms pranešimus siunčia tos 3 dispečerinės, nebuvo priimama informacija apie jų atvykimo į išskvietimo vietą operatyvumo rodiklius. Reikia pažymėti, kad šios GMP dispečerinės naudojosi BPC informacine sistema, kuria, kaip teigia VLK, nebuvo galimybės fiksuoti parametru<sup>29</sup>, reikalingų GMP brigadų operatyvumui įvertinti.

BPC šiuos programinės įrangos trūkumus pašalino ir nuo 2015 m. birželio mėn. sudarė sąlygas BPC informacinės sistemos duomenų bazėje patikrinti brigados būsenos / statuso „atvyko į išskvietimo vietą“ laiką ir koordinates. GMP stočių, kurioms pranešimus siuntė Panevėžio, Utenos ir Marijampolės GMP dispečerinės tarnybos, 2015 m. II pusmečio operatyvumo rodikliai taip pat nebuvo vertinami, todėl jos finansinio skatinimo už operatyviai suteiktas paslaugas ir toliau negavo.

<sup>26</sup> Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas.

<sup>27</sup> Lietuvos metrologijos inspekcijos 2015-04-24 raštas Nr. 13SR-181.

<sup>28</sup> 2016-04-19 raštas Nr. (26.16-81)-3-1732 „Dėl matavimo priemonių teisinio metrologinio reglamentavimo“.

<sup>29</sup> GMP brigados atvykimo į išskvietimo vietą laikas ir koordinatės.

**VLK nurodytos priežastys, kodėl nebuvo vertinti kai kurių GMP stočių operatyvumo duomenys**

VLK atsakingi darbuotojai nurodė, kad minėti duomenys nevertinti, nes GMP paslaugas teikiančių įstaigų gerų darbo rezultatų rodiklių reikšmė skaičiuojama pagal centralizuotų GMP dispečerinių tarnybų automatinio būdu į privalomojo sveikatos draudimo IS „Sveidra“ perduodamus duomenis. Tokių objektyvių duomenų kaip, pavyzdžiui, GMP brigados koordinatės (automobilio buvimo vieta), kvietimo priėmimo, išvykimo ir atvykimo pas pacientą laikas ir kt., perdavimas priklauso ne tik nuo GMP dispečerinės paslaugas teikiančios įstaigos (šiuo atveju – BPC) programinės ir techninės įrangos, bet ir nuo GMP paslaugas teikiančių įstaigų įrangos, kuri nėra nustatyta tvarka patikrinta.

Mūsų vertinimu, VLK paaiškinimas rodo, kad GMP dispečerinėms keliami nevienodi reikalavimai, nes 2015 m. lapkričio mėn. įsigaliojus naujai dispečerinių tarnybų naudojamai techninei ir programinei įrangai keliamus reikalavimus nustatančiai teisės akto redakcijai, nebuvo atliktas nė vienos GMP dispečerinės tarnybos ar GMP stoties vertinimas, tačiau neįsitikinus, ar įranga atitinka nustatytus privalomojo ar rekomendacinio pobūdžio reikalavimus, gerų darbo rezultatų rodikliai nevertinti tik tų pačių GMP stočių, kaip ir 2014 m. (plačiau – 2.4.1 skirsnyje).

Pažymime, kad ministerija nesiėmė priemonių kai kuriuose Lietuvos regionuose susiklosčiusiai situacijai pagerinti, nors, mūsų vertinimu, ji kaip sveikatos politiką formuojanti institucija privalėjo inicijuoti GMP dispečerinių tarnybų programinės ir aparatinės įrangos vertinimus.

## 2.5. Mokamų paslaugų kontrolė nepakankama, kad būtų užtikrinta pacientų teisė pirmiausia gauti sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias mokama iš fondo lėšų

Ministerija yra įtvirtinusi<sup>30</sup> paciento teisę pirmiausia gauti nemokamas, fondo lėšomis kompensuojamas paslaugas, o Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms, vykdant LNSS įstaigų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės (tinkamumo) ir prieinamumo valstybinę kontrolę, suteikta teisė kontroliuoti ir mokamų paslaugų teikimo teisėtumą ir pagrįstumą.

TLK, kontroliuodamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, 2015 metais atliko mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų 58 patikrinimus, iš kurių 38 atvejais (65,5 proc.) nustatė pažeidimų dėl neteisėtai iš pacientų paimtų priemonių. Nustačius pažeidimus, įstaigos įpareigtos pacientams gražinti pinigus, joms paskirtos 289,62 arba 290 Eur dydžio baudos.

Reikia pažymėti, kad TLK atliekamos planinės kontrolės procedūros apima tik tas paslaugas ir išduodamas medicininės pagalbos priemonės, dėl kurių teikimo jos yra sudariusios sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir už kurias yra apmokama ar kompensuojama fondo biudžeto lėšomis. Pažeidimai, susiję su neteisėtu mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, nustatyti tiriant gyventojų skundus arba gavus kompetentingos institucijos prašymą atlikti gydymo įstaigos veiklos patikrinimą. Už nustatytus pažeidimus, susijusius su mokamų paslaugų teikimu ar netinkamu kitų sutartyse nustatytų įsipareigojimų vykdymu, gydymo įstaigoms skiriamos pastovaus dydžio, su neteisėtai suteiktų paslaugų apimtimi nesusietos baudos.

<sup>30</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymas Nr. 357.

**Nustatytų pažeidimų ir skirtų baudų santykio pavyzdžiai**

- TLK gydymo įstaigoje nustačiusi<sup>31</sup> 1 768 atvejus, kai pacientams buvo implantuoti intraokuliniai lęšiukai, kuriuos jie įsigijo savo lėšomis, gydymo įstaigą įpareigojo pacientams grąžinti šios MPP įsigijimui panaudotas pinigų sumas (iš viso apie 35,4 tūkst. Eur) ir sumokėti 290 Eur baudą.
- TLK nustačiusi<sup>32</sup> neteisėtai suteiktas mokamas paslaugas, gydant vaiko dantis, gydymo įstaigą įpareigojo paciento mamai grąžinti 6,08 eurus už panaudotas plombines medžiagas ir sumokėti 289,62 Eur baudą.

Mūsų vertinimu, pastovus baudų dydis ir nenuoseklus turimų kontrolės priemonių taikymas neskatina gydymo įstaigų laikytis ministro nustatytos mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir mokėjimo už jas tvarkos ir siekti užtikrinti visų pacientų pirmumo teisę gauti jiems priklausančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias mokama iš fondo lėšų. Todėl manome, kad teritorinės ligonių kasos turėtų daugiau dėmesio skirti mokamų paslaugų teikimo pažeidimų prevencijai, įtraukdamos tokius patikrinimus į VLK ir TLK ketvirtinius bei metinius asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tikrinimo planus, o gydymo įstaigoms skiriamos baudos turėtų atspindėti padaryto pažeidimo mastą.

## 2.6. Ministerija neturi aiškiai suformuotos fondo lėšų panaudojimo politikos

### 2.6.1. Įstatymu nustačius skirti beveik 6 mln. Eur inovaciniams vaistams, ministerija nenurodė, kokie vaistai turėtų būti finansuojami

Siekiant pagerinti inovacinių vaistų prieinamumą, 2015 m. pirmą kartą įstatymu<sup>33</sup> buvo nustatyta skirti beveik 6 mln. Eur (5 792 tūkst. Eur) šių vaistų išlaidoms kompensuoti. Tačiau Lietuvos Respublikos Seimui pateiktame įstatyme vartota nauja sąvoka, neapibrėžta nei Farmacijos ar Sveikatos draudimo įstatymuose, nei ministerijos įsakymuose, jos nėra ir LR terminų banke, užtikrinančiame nuoseklų sunormintų lietuvių kalbos terminų vartojimą Lietuvos Respublikos teisės aktuose. *Inovacinių vaistų sąvoka*, neturint atitinkamų įstatymų suteiktų įgaliojimų, pritarus PSD tarybai, vėliau apibrėžta VLK direktoriaus įsakyme<sup>34</sup>.

**VLK direktoriaus įsakyme pateikta tokia apibrėžtis:**

Inovaciniai vaistai – nauji vaistai (išskyrus sudėtinius vaistus):

- kurių duomenų išimtinumo ir rinkos išimtinumo laikotarpis nėra pasibaigęs;
- kurie nuo praėjusių metų paskutiniojo ketvirčio ir einamaisiais metais įrašomi į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) ir einamųjų metų kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyną;
- dėl kurių VLK yra sudariusi su vaisto registruotoju arba jo atstovu, arba juridiniu asmeniu, turinčiu didmeninio platinimo licenciją, gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis.

<sup>31</sup> Kauno TLK 2015-09-28 patikrinimo pažyma Nr. AS-124 ir 2015-12-17 ekspertizės pažyma Nr.103-228.

<sup>32</sup> Kauno TTLK 2015-03-27 patikrinimo pažyma Nr. AS-20 ir 2015-05-20 ekspertizės pažyma Nr. 103-112.

<sup>33</sup> LR 2015 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių įstatymas.

<sup>34</sup> 2015-05-25 įsakymu Nr. 1K-144 patvirtintas Kompensuojamųjų vaistų skyrimo stebėsenos ir jų skyrimo kokybės vertinimo tvarkos aprašas, 3.2 p.

Atkreipiame dėmesį, kad pagal VLK direktoriaus įsakyme pateiktą *inovacinių vaistų sąvokos* apibrėžtį viena šių vaistų kompensavimo fondo lėšomis sąlygų ta, kad vaistai jau turi būti įtraukti į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, todėl net ir nepatvirtinus atskiros, inovaciniams vaistams kompensuoti skiriamos lėšų sumos, vadovaujantis bendra vaistų kompensavimo tvarka, apdraustiesiems jie vis tiek būtų kompensuoti. Be to, pagal VLK direktoriaus nustatytą fondo biudžeto lėšų poreikio nustatymo metodiką šiems vaistams skiriamų lėšų suma susieta ne su faktiniu inovacinių vaistų poreikiu, planuojamu gydyti pacientų skaičiumi ar į kompensuojamųjų vaistų sąrašus įtrauktą tokių vaistų kiekį, o su vaistų gamintojų planuojama grąžinti į fondo biudžetą suma<sup>35</sup>.

Mūsų vertinimu, fondo lėšų panaudojimas inovacinių vaistų išlaidoms kompensuoti ne tik nebuvo tinkamai reglamentuotas, bet nebuvo ir aiškios sveikatos draudimo politiką vykdančios ministerijos vizijos, kokio poveikio apdraustųjų gydymui ir kokio efekto panaudojant fondo lėšas yra siekiama. Dėl neaiškių lėšų skyrimo inovaciniams vaistams tikslų ir neapibrėžtos lėšų panaudojimo tvarkos buvo viršyta inovaciniams vaistams įsigyti skirta suma, fondas liko 2,6 mln. Eur (2 577,7 tūkst. Eur) skolingas vaistinėms, o inovaciniams vaistams skirtos lėšos panaudotos pacientams, gaunantiems sveikatos priežiūros paslaugas ambulatorinėje grandyje, gydyti, neužtikrinant, kad dalis lėšų būtų skirta ir pacientams, gaunantiems stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas.

Kad fondo biudžetas būtų subalansuotas, o lėšos naudojamos aiškiai apibrėžtiems tikslams ir duotų pridėtinę vertę apdraustiesiems:

- ministerija turi parengti atitinkamo įstatymo, kuriame būtų apibrėžta *inovacinio vaisto sąvoka* ir nustatyta finansavimo tvarka, projektą ir atlikti vertinimą, ar inovacinių vaistų prieinamumas turi būti gerinamas tik atsižvelgiant į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, t. y. teikiant pacientams ambulatorinį gydymą;
- VLK, planuodama inovacinių vaistų įsigijimo išlaidas, turėtų įvertinti faktinį tokių vaistų poreikį, planuojamą gydyti pacientų skaičių, vaistų, kurių įsigijimą planuojama kompensuoti, kiekius.

## 2.6.2. Ministerija pritarė VLK sprendimui beveik 1 mln. Eur skirti gydymo įstaigoms, kad būtų kompensuota už MPP, išbrauktas iš centralizuotai apmokamų sąrašų

Sveikatos draudimo įstatymas leidžia iš fondo lėšų aprūpinti gydymo įstaigas tik centralizuotai perkamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis, kurių sąrašai sudaromi pagal ministro patvirtintus kriterijus<sup>36</sup>, o už visas suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (įskaitant joms teikti reikalingus vaistus ir MPP) mokama tik laikantis sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytų bazinių kainų ir pagal joms taikomą bazinių kainų balo vertę<sup>37</sup>.

Priėmus sprendimą tam tikrus vaistus ar priemones išbraukti iš centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP sąrašų ir nesant galimybės įrašyti jų į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, nebelieka teisinio pagrindo joms įsigyti skirti fondo lėšų ar kompensuoti šių priemonių įsigijimo išlaidas. Be to, įstatymuose VLK nėra suteikta teisė už paslaugas mokėti taikant didesnes kainas, nei nustatyta, ar papildyti ministro patvirtintą 2015 metų centralizuotai iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą.

<sup>35</sup> Pagal Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-06-23 įsakymu Nr. 1 K-152 patvirtintos PSDF biudžeto lėšų poreikio nustatymo metodikos (2015-03-25 įsakymo Nr. 1K-78 redakcija) 5.1 p. inovaciniams vaistams skirta lygiai 50 proc. iš vaistų gamintojų susigrąžintos sumos (07 pajamų str.).

<sup>36</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 12 ir 21 str.

<sup>37</sup> LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996-06-06 Nr. I-1367, 13 str. 1 d.; LR sveikatos draudimo įstatymas, 25 str. 1 d.; LR sveikatos apsaugos ministro 2015-02-10 įsakymas Nr. V-188 „Dėl balo vertės patvirtinimo“.

Vadovaudamasi įstatymu ministerija patvirtino fondo lėšomis Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą<sup>38</sup> ir kriterijus jam sudaryti. Patikrinus sąrašo atitiktį nustatytiems kriterijams, matyti, kad 2015 m. į jį neįpateko anksčiau centralizuotai fondo lėšomis pirktos traumatologijos ir ortopedijos priemonės<sup>39</sup>, ausies kilputės, ventiliaciniai vamzdeliai ir klausos kauliukų grandinių atkūrimo protezai.

Minėtas priemonės išbraukus iš sąrašo, paslaugų įkainiai, susiję su jų naudojimu, nebuvo pakoreguoti. VLK<sup>40</sup>, suderinusi su ministerija<sup>41</sup>, gydymo įstaigų priemonių įsigijimo išlaidoms padengti skyrė 978 tūkst. Eur tikslinių lėšų (panaudota 884 tūkst. Eur), kurios turėjo būti panaudotos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, o ne MPP įsigijimo, išlaidoms kompensuoti<sup>42</sup>.

Tikslinių lėšų skyrimas argumentuotas siekiu užtikrinti nenutrūkstamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, bet abejojame, kad šis tikslas buvo pasiektas visos šalies mastu, nes:

- tikslinės lėšos paskirstytos 15-ai gydymo įstaigų, o licencijas teikti traumatologijos ortopedijos paslaugas turi kur kas daugiau gydymo įstaigų. Pavyzdžiui, Vilniaus TLK 2015 m. buvo sudariusi sutartis su 36 gydymo įstaigomis, esančiomis visoje Lietuvoje, ir joms sumokėjusi už savo zonos gyventojams suteiktas ortopedo traumatologo stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas;
- vienas iš VLK nurodytų tikslinių lėšų skyrimo kriterijų buvo analogiškų priemonių gavimas praeitais metais, o ne visų šalies gydymo įstaigų pajėgumo užtikrinti nenutrūkstamą atitinkamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą vertinimas. Gydymo įstaigų, negavusių tikslinių lėšų, stacionariųjų paslaugų vidutinė bazinių kainų balo vertė buvo tokia pati kaip gavusių lėšas įstaigų arba mažesnė.

Be to, pastebėta, kad tikslinės lėšos skirtos ir tokioms gydymo įstaigoms, kurios ankstesniais metais minėtų priemonių negavo, o nenutrūkstamoms paslaugoms teikti pacientams, mūsų vertinimu, papildomų lėšų nereikėjo.

#### Pavyzdys

Tikslinių lėšų skirta UAB „BATK“, pateikusiai prašymą 2015 m. iš fondo biudžeto lėšų kompensuoti ortopedinių konstrukcijų ir implantų įsigijimą. Pažymėtina, kad ši įstaiga neatitiko visų VLK nurodytų lėšų skyrimo kriterijų, nes ankstesniais metais nebuvo gavusi centralizuotai apmokamų medicinos pagalbos priemonių, o audituojamu laikotarpiu teikė tik dienos chirurgijos paslaugas, už kurias iš fondo lėšų mokama taikant DRG sugeneruotą ir faktines paslaugos suteikimo sąnaudas atitinkančią kainą, į kurią jau yra įtrauktos ir naudojamų priemonių įsigijimo sąnaudos. Todėl, patenkinus šios gydymo įstaigos prašymą ir skyrus jai tikslinių lėšų traumatologijos ortopedijos priemonėms įsigyti, už gydymo įstaigos suteiktas dienos chirurgijos paslaugas fondas sumokėjo daugiau, nei gydymo įstaiga patyrė sąnaudų jas teikdama.

- pagal TLK ir gydymo įstaigų pasirašytus susitarimus atsiskaitymas už tikslinių lėšų panaudojimą buvo susietas ne su konkrečių paslaugų teikimu pacientams, o su priemonių įsigijimo faktu,

<sup>38</sup> Patvirtintas LR sveikatos apsaugos ministro 2014-08-28 įsakymu Nr. V-910.

<sup>39</sup> Traumatologijos ortopedijos priemonės – įvairūs sraigai, plokštelės, vinys, inkariniai siūlai ir daugelis kitų priemonių, naudojamos gydymo įstaigų įvairioms traumatologijos (įvairių lūžių fiksacija) ir ortopedijos (esant peties, kelio, čiurnos įvairioms patologijoms) operacijoms atlikti.

<sup>40</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2015-05-08 įsakymas Nr. 1K-122 „Dėl 2015 metų PSDF biudžeto lėšų skyrimo teritorinėms ligonių kasoms“.

<sup>41</sup> LR sveikatos apsaugos ministerijos 2015-05-05 raštas Nr. (1.1.20-28)10-421.

<sup>42</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V- 812 patvirtintas PSDF biudžeto lėšų paskirstymo TLK pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašas, 8 ir 10.12 p.

nes gydymo įstaigos įpareigos metų pabaigoje pateikti paaiškinimus dėl susidariusių ir nepanaudotų MPP (įsigytų už skirtas tikslines lėšas) likučių. Iš to darome išvadą, kad, skirstant lėšas ir nustatant atsiskaitymo už jų panaudojimą tvarką, buvo numatyta likučių susidarymo galimybė. Reikia pabrėžti ir tai, kad, paskirsčius lėšas gydymo įstaigoms, pasikeitė VLK nuostata dėl traumatologinių ir ortopedinių priemonių įsigijimo. VLK nurodė<sup>43</sup>, kad gydymo įstaigos gali įsigyti ne tik tas priemones, kurias ji pirko joms, bet ir naujas rinkoje atsirandančias priemones, būtinas pacientų gydymui užtikrinti;

- prieš skiriant tikslines lėšas neįvertinti iš praeitų metų gydymo įstaigų sukauptų priemonių likučiai ar turimos atitinkamų paslaugų teikimo licencijos.

#### Pavyzdys

VšĮ Panevėžio respublikinė ligoninė skirtų tikslinių lėšų nepanaudojo, nes teikdama ortopedijos traumatologijos paslaugas naudojo turimus priemonių likučius, o operacijų, kurių metu būtų naudojamos ausies kilputės ir klausos kauliukų grandinių atkūrimo protezai, įstaiga visiškai neatliko, nes neturėjo III lygio otolaringologo licencijos.

Atsižvelgdami į nustatytus dalykus, siūlome ministerijai sukurti mechanizmą, padedantį kiekvienu atveju pagrįstai įvertinti, ar sprendimas dėl MPP išbraukimo iš centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašo neturės neigiamos įtakos paslaugų kokybei ir prieinamumui. Tokio sprendimo priėmimas turėtų reikšti aiškią gydymo įstaigų pareigą minėtus preparatus ir priemones įsigyti savo lėšomis.

Igyvendinus pasiūlymus, visoms gydymo įstaigoms būtų užtikrintos skaidresnės, vienodos, įstatymą atitinkančios mokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas sąlygos, išvengta situacijų kai, vadovaujantis neaiškiais kriterijais, lėšų kai kurioms gydymo įstaigoms skiriama kaip papildomas užmokestis už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas.

### 2.6.3. Ministerijos patvirtinta mokėjimo už plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijų paslaugas tvarka neatitinka įstatymų nuostatų

Antri metai iš eilės, remiantis ministro nustatyta tvarka<sup>44</sup>, fondo lėšos, skirtos plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijų paslaugų išlaidoms apmokėti, naudojamos ne taikant ministerijos nustatytus paslaugų įkainius, o atsižvelgiant į faktiškai gydymo įstaigų patirtas išlaidas. Tai neatitinka įstatymų<sup>45</sup> nuostatų, kad ministerija turi nustatyti gydymo įstaigoms iš PSDF lėšų kompensuojamųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas.

Praeito audito metu dėl itin reto šių transplantacijų pobūdžio ir individualumo minėtų transplantacijų etapų kainų nustatymą ministerija siejo su dalinės pacientų lygio sąnaudų apskaitos įdiegimu. Kadangi baigti diegti šią apskaitą numatoma tik 2018 m., audito metu toliau stebėjome, kaip mokama už plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijų paslaugas. Šio audito metu kilo abejonių, ar visos gydymo įstaigų nurodytos apmokėtinės sąnaudos<sup>46</sup> yra pagrįstos faktiškai patirtomis išlaidomis, nes nustatėme atvejų, kai gydymo įstaiga į pateiktas sąnaudas įtraukė vaistinių preparatų, kuriuos buvo gavusi iš VLK pagal centralizuotai apmokamų vaistų sąrašus, įsigijimo išlaidas.

<sup>43</sup> 2015-06-10 raštas Nr. 3S-6521.

<sup>44</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2014-10-07 įsakymai Nr. V-1046 ir Nr. V-1045.

<sup>45</sup> LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 13 str. 1 d.; LR sveikatos draudimo įstatymas, 25 str.

<sup>46</sup> 2015 m. atliktos dvi plaučių transplantacijos, o sumokėta už vieną (82 tūkst. Eur).

**Vaistiniai preparatai, kurie, mūsų vertinimu, neturėjo būti įtraukti į paciento gydymo sąnaudas:**

- Vienu atveju (kai už paslaugas sumokėta 82 tūkst. Eur) ataskaitoje nurodyta, kad pacientui gydyti naudotas kraujo krešėjimo faktorius „Octaplex 500IU“ (dvi pakuotės, kainuojančios po 0,3 tūkst. Eur, iš viso – 0,7 tūkst. Eur), sistemiškai veikiantys vaistai nuo infekcijos „Octagram“ 5 g (30 flakonų, kainuojančių po 0,2 tūkst. Eur, iš viso – 6,3 tūkst. Eur) ir „Octagram“ 10 g. (30 flakonų, kainuojančių po 0,4 tūkst. Eur, iš viso – 13,2 tūkst. Eur).
- Kitu atveju (paslaugų sąnaudos – 55 tūkst. Eur, tačiau už paslaugą nesumokėta, nes viršyta sutartinė paslaugų suma) ataskaitoje nurodytas pacientui gydyti naudotas kraujo krešėjimo faktorius „NovoSeven“ (vienas flakonas, kainuojantis 1,2 tūkst. Eur) ir krešėjimo faktorius „Octaplex 500IU“ (5 pakuotės, kainuojančios po 279,19 eurus, iš viso – 1,4 tūkst. Eur).

Reikia pažymėti ir tai, kad pacientams paslaugos teiktos toje pačioje gydymo įstaigoje tuo pačiu audituojamu laikotarpiu, bet tų pačių medikamentų ir tvarsliaivos kainos bei specialistų valandinio darbo užmokesčio vidurkis skyrėsi.

TLK atsakinga darbuotoja paaiškino, kad, prieš apmokant pateiktas sąskaitas už atliktas transplantacijas, ataskaitose nurodyta informacija apie panaudotus medikamentus, tvarsliaivą ir kitas sąnaudas analizuojama pagal kompetenciją. Norime atkreipti dėmesį, kad nė viena teritorinė ligonių kasa nedisponuoja informacija apie gydymo įstaigos gaunamus, VLK centralizuotai įsigijamus, vaistinius preparatus.

Atsižvelgdama į tai, kas nustatyta, VLK turėtų įpareigoti TLK kiekvienu atveju, apmokėdama šios transplantacijos paslaugų išlaidas, įvertinti gydymo įstaigų pateikiamų sąnaudų pagrįstumą.

#### 2.6.4. Ministerijos nustatyta pacientų aprūpinimo peritoninės dializės tirpalais tvarka neužtikrina nei tirpalų kokybės, nei panaudojimo kontrolės

Per metus peritoninės dializės paslaugas gauna apie 60–70 pacientų. Juos stebi ir konsultuoja 4 gydymo įstaigos<sup>47</sup>. Audituojamu laikotarpiu VLK peritoninės dializės tirpalų įsigijo už 440,5 tūkst. Eur.

Pagal ministro nustatytą tvarką peritoninės dializės procedūros, įvykdžius nustatytą gydomų pacientų mokymo programą, atliekamos ambulatoriškai, o skiriant tokią dializę atsižvelgiama į socialinius kriterijus, t. y. paciento galimybę gydytis namuose<sup>48</sup>. Fondo lėšomis peritoninės dializės tirpalai kaip ir kiti centralizuotai apmokami vaistai perkami centralizuotai pagal nustatytą sąrašą, naudojami stacionare ir (ar) dienos stacionare, o jų įsigijimą užtikrina VLK.

Audituojamu laikotarpiu VLK su peritoninės dializės tirpalų tiekėjais sudarytose pirkimo–pardavimo sutartyse numatyta, kad perkamos prekės turi būti pristatytos į VLK nurodytas gydymo įstaigas Lietuvoje, o konkretų prekių kiekį ir jų gavėją VLK nurodo atskirame užsakymo dokumente. Tiekėjas, gavęs užsakymą, garantuoja prekių tiekimą, nurodytais adresais pristatant nustatytą kiekį.

Audito metu nustatėme, kad pasirašytų sutarčių sąlygų faktiškai nesilaikoma, nes VLK jokių užsakymų tiekėjui neteikia, o konkrečius tirpalų kiekius ir jų pristatymo vietas tiekėjui telefonu praneša gydymo įstaiga, paskyrusi peritoninės dializės procedūras konkrečiam pacientui. Nesilaikoma ir ministro

<sup>47</sup> VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas Vaikų ligoninė, VŠĮ LSMUL Kauno klinikos, VŠĮ VMKL Antakalnio filialas, VŠĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė.

<sup>48</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2004-09-23 įsakymu Nr. V-661 patvirtintas Dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų aprašas, 33, 34, 56.2 ir 64 p.

nustatytos centralizuotai apmokamų MPP panaudojimo tvarkos<sup>49</sup>, nes gydyti namuose reikalingus tirpalus, atsižvelgdami į paskirtą gydymo planą, iš tiekėjo užsisako patys pacientai.

Pagrindinė peritoninės dializės paslaugų pridėtinė vertė – paciento galimybė toliau aktyviai funkcionuoti visuomenėje, neatsisakant darbo, studijų ar kitų įprastų veiklų, tačiau jokiam teisės akte ministerija nenustatė, kad peritoninės dializės tirpalai, už kuriuos sumokama centralizuotai iš fondo lėšų, gali būti naudojami pacientams gydyti namuose. Pažymime, kad nenustatyta ir tirpalų panaudojimo kontrolė – audituojamu laikotarpiu ji priklausė tik nuo gydymo įstaigos iniciatyvos, o pareiga užsisakyti šias priemones ir patikrinti jų kokybę, pasirūpinti jų saugojimo sąlygomis teko patiems pacientams.

Kadangi ministerijos patvirtinti teisės aktai nereglamentuoja, kaip turi būti naudojamos fondo lėšos siekiant užtikrinti pacientams gydyti namuose reikalingų peritoninės dializės tirpalų tiekimą, o faktiškas tirpalų pristatymas neužtikrina nei racionalaus ir teisėto fondo lėšų naudojimo, nei pacientų gydymo namuose kokybės, pacientų aprūpinimo peritoninės dializės tirpalais sistema, įskaitant fondo lėšų naudojimą pacientams aprūpinti tirpalais, skirtais gydyti namuose, turi būti pertvarkyta, o susiklosčiusi situacija pakeista arba tinkamai reglamentuota.

## 2.7. 2015 m. fondo lėšos naudotos sveikatos programoms įgyvendinti vis dar neturint tinkamo teisinio pagrindo

### 2.7.1. 69,5 mln. Eur panaudota neapibrėžus sveikatos programų sąvokos, nenustačius jų rengimo, finansavimo bei kontrolės taisyklių

Praėjusio audito metu įvertinę sveikatos programų ir kitų sveikatos draudimo išlaidų straipsniui (05 išlaidų straipsnis) skirtų lėšų panaudojimo praktiką nustatėme, kad dažnai lėšos naudojamos neaiškiai apibrėžtoms sveikatos programoms įgyvendinti ir kitoms išlaidoms, ne visada akivaizdžiai patenkančioms į įstatymu patvirtintą baigtinį išlaidų sąrašą, apmokėti. Net ir tais atvejais, kai sveikatos programos buvo parengtos, jose numatyti lėšų panaudojimo tikslai ir vertinimo kriterijai nebuvo aiškiai suformuluoti, todėl fondo lėšų panaudojimas sunkiai susiejamas su jų pasiekimu.

#### Priklausomybės ligų programos vykdymo pavyzdys

Negalime įvertinti, kiek tikslingai fondo lėšos buvo naudojamos 2009–2015 m. priklausomybės ligų programai įgyvendinti, nes:

- šios programos tikslai ir uždaviniai iš esmės atitinka priklausomybės ligų gydymo centrų nuostatuose nurodytą įstaigos veiklos tikslą – gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo priklausomybės ligų, kokybiškai teikti sveikatos priežiūros ir kitas paslaugas. Taigi ši programa skirta teikti tokias pat sveikatos priežiūros paslaugas, kokias įprastai turi teikti priklausomybės ligų centrai, vykdydami savo veiklą;
- programoje numatyta, kad ji padės pagerinti kitus šalies sveikatos rodiklius, pvz.: sumažėjęs alkoholinių psichozijų, apsinuodijimų alkoholiu, nelaimingų atsitikimų, savižudybių skaičius ir pan., tačiau joje nebuvo numatytos konkrečios šių vertinimo kriterijų reikšmės ar dydžiai,

<sup>49</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2014-04-18 įsakymu Nr. V-488 patvirtintas Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo ir keitimo, šių preparatų ir priemonių įsigijimo ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo šiais preparatais ir priemonėmis tvarkos aprašas 3.2 p.; LR sveikatos apsaugos ministro 2014-08-28 įsakymu Nr. V-910 patvirtintas Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašas (2015-05-05 įsakymo redakcija).

kiek programa turėtų prisidėti prie jų gerinimo, todėl audito metu negalėjome pasakyti, ar šie rodikliai buvo pasiekti;

- priklausomybės ligų centrai neteikė programoje numatytų efektyvumo vertinimo kriterijų ataskaitų, programos priemonės įgyvendino pagal atitinkamo centro vadovų patvirtintus 2015 metų priklausomybės ligų gydymo programos priemonių planus, tačiau ne visos planuose numatytos priemonės buvo įgyvendintos.

2015 m. įstatymo įgyvendinamuosiuose teisės aktuose ir taip pat nebuvo apibrėžta *sveikatos programų*, finansuojamų tik fondo lėšomis, sąvoka, nenustatyta tokių programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo bei kontrolės tvarka, todėl 05 išlaidų straipsniui skirti 69,5 mln. Eur<sup>50</sup> naudoti tiems patiems tikslams, kaip ir praeitais metais<sup>51</sup>. Minėtą tvarką, įgyvendindamas Valstybės kontrolės rekomendacijas, ministras patvirtino 2016 m. II pusmetį<sup>52</sup>. Ši tvarka nebuvo taikoma 2015 m. programoms finansuoti. Atsižvelgdami į tai, negalime patvirtinti, kad 2015 m. fondo lėšos, skirtos sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms buvo panaudotos sveikatos draudimo įstatyme numatytiems tikslams<sup>53</sup>.

Atkreipiame dėmesį, kad, apibrėžus *sveikatos programas*, finansuojamos fondo lėšomis, sąvoką ir nustatčius šių lėšų panaudojimo ir kontrolės tvarką, būtina iš naujo įvertinti visų iš 05 išlaidų straipsnio planuojamų finansuoti sveikatos programų atitiktį jai. Toks vertinimas būtinas ne tik siekiant įsitikinti, ar visos išlaidos yra pagrįstos, bet ir dėl to, kad ministerija ne visada gali identifikuoti teisės aktus, suteikiančius jai teisę ir kompetenciją įpareigoti VLK fondo lėšas naudoti tam tikriems tikslams, pavyzdžiui, kraujo vaistiniams preparatams, neįtrauktiems nei į kompensuojamųjų, nei į centralizuotai apmokamų vaistų sąrašus, įsigyti, bet finansuojamiems iš sveikatos programoms skirtų lėšų.

## 2.7.2. 1,7 mln. Eur vertės kraujo vaistinių preparatų įsigijimas finansuotas neturint teisinio pagrindo

„<...> viešojo administravimo subjektų kompetencija turi būti nustatyta įstatymu, veikla vykdoma tik jiems priskirtos kompetencijos ribose, o atitinkamam teisėkūros subjektui viršijus jam teisės aktais suteiktą kompetenciją ir priėmus norminį administracinį aktą, kurį jis nėra įgaliotas priimti, tuo pačiu būtų pažeistas ir Konstitucijos preambulėje įtvirtintas teisinės valstybės principas <...>, Viešojo administravimo įstatyme<sup>54</sup> įtvirtintas įstatymo viršenybės principas <...>. Administraciniai aktai, susiję su asmenų teisių ir pareigų įgyvendinimu, visais atvejais turi būti pagrįsti įstatymais“<sup>55</sup>. Sveikatos apsaugos ministro įsakymai, reglamentuojantys fondo lėšomis finansuojamą gydymo įstaigų aprūpinimą krešėjimo faktoriais ir anti-D imunoglobulinu, nėra pagrįsti tinkamais arba visai nepagrįsti aukštesniais teisės aktais:

<sup>50</sup> LR 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių įstatymas.

<sup>51</sup> Priklausomybių ligų, imunoprofilaktikos, kraujo donorystės ir kitų ligų profilaktikos programoms įgyvendinti; Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti; žmogaus audinių ir organų transplantacijos, dantų protezavimo paslaugų išlaidoms apmokėti ir skubiai konsultacinei sveikatos priežiūrai pagalbai teikti; gydymo įstaigoms aprūpinti anti-D imunoglobulinais ir krešėjimo faktoriais.

<sup>52</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2016-07-22 įsakymas Nr. V-985.

<sup>53</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 21 str.

<sup>54</sup> LR viešojo administravimo įstatymas, 1999-06-17 Nr. VIII-1234 (su vėlesniais pakeitimais), 3 str. 1 d.

<sup>55</sup> LVAT išplėstinės teisėjų kolegijos 2015-12-21 sprendimas administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015 dėl sveikatos apsaugos ministro priimtų teisės aktų teisėtumo

- Anti-D imunoglobulino skyrimo, paskirstymo ir apskaitos tvarkos aprašą<sup>56</sup> ministras tvirtino vadovaudamasis įstatymo nuostatomis<sup>57</sup> dėl kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų kompensavimo apdraustiesiems tvarkos, nors šis vaistinis preparatas nėra įrašytas į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, o iš anti-D imunoglobulino skyrimo indikacijų, naudojimo ir apskaitos tvarkos matyti, kad jis visais atvejais naudojamas gydymo įstaigoje ir neretai teikiant stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas<sup>58</sup>.
- Atskiru įsakymu papildydamas gydymo įstaigų aprūpinimo anti-D imunoglobuliniu reglamentavimą ir nustatydamas įstaigų aprūpinimą stacionariniam gydymui skirtais kraujo vaistiniaisiais preparatais bei rekombinantiniais krešėjimo faktoriais<sup>59</sup>, ministras nenurodė jokio teisės akto, apibrėžiančio ministerijos teisę ar kompetenciją nustatyti fondo lėšų panaudojimą šiems vaistiniams preparatams įsigyti.

Audito metu ministerijos paprašė<sup>60</sup> pagrįsti nurodymo VLK įsigyti anti-D imunoglobuliną, skirtą naudoti stacionare, ryšį su įstatymo nuostatomis dėl kompensuojamųjų vaistų išlaidų apmokėjimo ir paaiškinti, ar šis vaistinis preparatas atitinka įrašymo į kompensuojamųjų vaistų sąrašus reikalavimus ir, jeigu atitinka, kodėl jo minėtuose sąrašuose nėra. Taip pat ministerijos paprašė nurodyti įstatymus, suteikiančius jai kompetenciją ar teisę nustatyti, kad gydymo įstaigų aprūpinimas kraujo vaistiniaisiais preparatais ir rekombinantiniais krešėjimo faktoriais būtų finansuojamas fondo lėšomis. Abiem atvejais savo įsakymų teisėtumo ir kompetencijos priimti sprendimus šiuo klausimu ministerija nepagrindė.

#### Ministerijos pateiktas atsakymas

Ministerija nurodė<sup>61</sup>, kad anti-D imunoglobulinas nebuvo vertintas pagal kompensuojamiesiems vaistams nustatytus reikalavimus<sup>62</sup>. Taip pat nurodė, kad anti-D imunoglobulinas skiriamas vartoti asmens sveikatos priežiūros įstaigose, todėl įrašyti šį vaistinį preparatą (tuo atveju, jeigu jį įvertinus, jis atitiktų Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos apraše nustatytus reikalavimus) į A sąrašą ir atitinkamai į kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyną, kad pacientas galėtų jį įsigyti kaip kompensuojamąjį vaistą vaistinėse, nebūtų tikslinga.

Atsakydama į klausimą dėl kraujo vaistinių preparatų ir rekombinantinių krešėjimo faktorių įsigijimo reglamentavimo, ministerija nenurodė įstatymo, suteikiančio jai tokią teisę ar kompetenciją.

Ministerija, apibrėžusi *sveikatos programos*, finansuojamos fondo lėšomis, sąvoką ir nustačiusi šių lėšų naudojimo ir kontrolės tvarką, turėtų įvertinti, ar lėšų skyrimas gydymo įstaigoms aprūpinti kraujo krešėjimo faktoriais ir anti-D imunoglobuliniais atitinka šią tvarką.

<sup>56</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2014-02-14 įsakymas Nr. V-237.

<sup>57</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 10 str. 1 d.

<sup>58</sup> Pagal anti-D imunoglobulino skyrimo, paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, apskaitos ir atskaitomybės už jo panaudojimą tvarkos aprašo 5 p. VLK paskirsto anti-D imunoglobuliną sutartis su TLK sudariusioms gydymo įstaigoms, kuriose teikiamos akušerijos ir ginekologijos paslaugos ir prižiūrimos nėščiosios. Jei nėščiajai šios paslaugos teikiamos gydymo įstaigoje, nesudariusioje sutarties su TLK, anti-D imunoglobulinas skiriamas pirminėje ambulatorinėje gydymo įstaigoje, prie kurios moteris yra prisirašiusi, arba artimiausios gydymo įstaigos, teikiančios stacionarines akušerijos paslaugas ir pasirašiusios sutartį su TLK, priėmimo skyriuje.

<sup>59</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2015-06-11 įsakymas Nr. V-740.

<sup>60</sup> 2015-03-17 raštas Nr. S-(10-4346)-525.

<sup>61</sup> LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016-04-13 raštas Nr. (1.1.41-142)-10-3413).

<sup>62</sup> Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašas, patvirtintas LR sveikatos apsaugos ministro 2002-04-05 įsakymu Nr. 159.

## 2.8. Ortopedijos techninės priemonės apdraustiesiems kompensuojamos vis dar taikant per aukštas kainas

2015 m. apdraustiesiems kompensuojant OTP, taikytos nuo 2011 metų iš esmės nepakitusios kainos, nustatytos tais pačiais metais Konkurencijos tarybos konstatuoto ir vėliau teismų patvirtinto neteisėto kartelinio ortopedijos įmonių susitarimo metu, o šio neteisėto susitarimo žala fondo biudžetui iki šiol neapskaičiuota ir neatlyginta.

Be to, teismas yra konstatavęs, kad sutartys dėl gyventojų aprūpinimo OTP patenka į Viešųjų pirkimų įstatymo taikymo sritį ir turi būti sudaromos laikantis šio įstatymo<sup>63</sup>. Viešųjų pirkimų tarnyba, atsižvelgdama į Valstybės kontrolės kreipimąsi<sup>64</sup>, pateikė išvadą<sup>65</sup>, kad Viešųjų pirkimų įstatymas nenustato išimties VLK minėtas priemonės įsigyti, netaikant viešųjų pirkimų principų, ir nurodė, kad Sveikatos draudimo įstatymo ir ministro nustatyta ortopedijos techninių priemonių kompensavimo tvarka bei jų bazinių kainų balais sąrašas nepaneigia būtinybės vykdyti viešuosius pirkimus. Tarnyba pažymėjo, kad ministro įsakyme nustatytos didžiausios leistinos minėtų priemonių kainos, kompensuojamos iš fondo lėšų, jokių būdu nereiškia, kad tos priemonės negalėjo būti perkamos mažesnėmis kainomis, nei nurodyta, ir konstatavo, kad VLK turėtų nutraukti sudarytas sutartis dėl apdraustųjų aprūpinimo OTP ir organizuoti naują viešąjį prekių ir paslaugų pirkimą.

Situacija OTP kainų teisinio reguliavimo srityje iš esmės nebuvo pasikeitusi ir audituojamuoju laikotarpiu. VLK ir 2015 m. OTP įsigijimo išlaidas kompensavo pagal sutartis su šių priemonių gamintojais, sudarytas netaikant Viešųjų pirkimų įstatyme numatytų procedūrų. Minėtų sutarčių vykdymui panaudota 10,1 mln. Eur fondo lėšų. Viešųjų pirkimų tarnyba dėl pažeisto Viešųjų pirkimų įstatymo VLK direktorių patraukė administracinę atsakomybę. Šį VLK direktoriaus apskųstą nutarimą išnagrinėjęs teismas pripažino, kad sudarydama sutartis su OTP tiekėjais VLK privalėjo vadovautis Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatomis ir vykdyti jame nustatytas procedūras. Teisminio proceso baigtis fondo lėšų panaudojimo teisėtumo vertinimui svarbi, nes jame patvirtinta, kad galiojantys teisės aktai nenumato Viešųjų pirkimų įstatymo taikymo išimčių VLK kompensuojant OTP priemonių įsigijimą.

Šiuo metu ministerija yra parengusi ir Lietuvos Respublikos Seimui pateikusi Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo projektą, kuriuo OTP kompensavimui siekiama netaikyti Viešųjų pirkimų įstatymo ir OTP kompensuoti pagal jų bazines kainas, apskaičiuotas pagal gamintojų deklaruotas jų pagaminimo sąnaudas. Ši tvarka yra numatyta Ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikoje<sup>66</sup>. Pagal šią metodiką apskaičiuotas ortopedijos techninių priemonių kainas numatoma taikyti nuo 2017 metų. Mūsų vertinimu, esant dabartiniam teisiniam reglamentavimui privačių pelno siekiančių OTP gamintojų tarpusavio konkurenciją ir atitinkamai šios konkurencijos užtikrintą mažesnę PSDF lėšomis kompensuojamų OTP gaminių kainą garantuotų viešojo pirkimo procedūrų taikymas.

<sup>63</sup> LVAT 2011-06-06 nutartis administracinėje byloje Nr. A756-34/2011.

<sup>64</sup> 2015-02-03 raštas Nr. S-(10-3889)-236.

<sup>65</sup> 2015-12-15 viešųjų pirkimo vertinimo išvada Nr. 4S-4156.

<sup>66</sup> VLK direktoriaus 2016-08-30 įsakymas Nr. 1K-251

## 2.9. Lėšos, skirtos fondo veiklą administruojančioms įstaigoms, naudojamos neracionaliai

### 2.9.1. Ministerijos kompetencijai priskirti įsakymai rengiami išskirtinai naudojant tik fondo lėšas

Ministras, vadovaudamasis įstatymais suteikta teise<sup>67</sup>, nustatė<sup>68</sup>, kad už aktyviojo gydymo stacionarines paslaugas mokama taikant faktines kainas, apskaičiuojamas bazinę gydymo atvejo kainą dauginant iš kainos koeficiento<sup>69</sup>. Abu rodikliai tvirtinami ministro įsakymu, bet kintamąją kainos dalį – jos koeficientą, turintį užtikrinti, kad suteiktų aktyviojo gydymo paslaugų išlaidos būtų apmokėtos proporcingai gydymo įstaigų patiriamoms sąnaudoms, apskaičiuoti pavesta<sup>70</sup> VLK.

Aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti audituojamuoju laikotarpiu panaudota 453,6 mln. Eur. Šių paslaugų kainas VLK apskaičiuoja pagal DRG metodą ir tarptautinius sąnaudų grupių kainų koeficientus, kurių dydis apskaičiuojamas remiantis Australijos AR-DRG sąnaudų klasifikavimo sistema. Tačiau VLK nurodo, kad šiuo metu taikomi koeficientai, net ir perskaičiuoti pagal Lietuvos gydymo įstaigų sąnaudas<sup>71</sup>, neatspindi mūsų šalies gydymo įstaigų patiriamų sąnaudų, o kai kurių aktyviojo gydymo paslaugų grupių savikaina yra nelogiška ir nepagrįsta.

VLK nurodė, jog norint nustatyti mūsų šalies situaciją atitinkančius koeficientus, būtina išanalizuoti Lietuvos gydymo įstaigų patiriamas sąnaudas, tačiau skirtingos gydymo įstaigų sąnaudų struktūros (skirtingai detalizuojami sąskaitų planai) ir skirtingas apskaitos detalumo lygis (nenuoseklus sąnaudų priskyrimas struktūriniais padaliniais) nesukuria prielaidų palyginti gydymo įstaigų sąnaudas tarpusavyje ir tiksliai įvertinti konkrečią DRG atvejo ar unikalios paciento gydymo savikainą. Todėl ministerijos pavedimu<sup>72</sup> VLK sudarė su UAB „Ernst & Young Baltic“ 703,3 tūkst. Eur vertės sutartį<sup>73</sup>, kuria UAB „Ernst & Young Baltic“ įsipareigojo atlikti visus su DPLSA diegimu susijusius darbus, o VLK įsipareigojo už juos sumokėti PSDF biudžeto lėšomis.

VLK, tobulindama ministro įsakyme nustatytą aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientų apskaičiavimo sistemą, 2015 m. panaudojo 168,4 tūkst. Eur, o iki 2018 m. sausio pabaigos – dar 534,6 tūkst. Eur fondo lėšų.

Pažymime, kad VLK vykdomas DPLSA diegimas yra tiesiogiai susijęs ne tik su VLK atsakomybe<sup>74</sup> organizuoti ir vykdyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros valdymą, skaičiuoti asmens

<sup>67</sup> LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 13 str.

<sup>68</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2013-04-22 įsakymu Nr. V-388 patvirtinta Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika.

<sup>69</sup> **Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina** nustatoma viena visoms aktyviojo gydymo paslaugoms, o apskaičiuojama atsižvelgiant į prognozuojamą metinę fondo biudžeto išlaidų sumą, skirtą šių paslaugų išlaidoms apmokėti. Ši suma dalijama iš svertinio aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičiaus **Aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas** – santykis tarp bazinės ir faktinės kiekvieno aktyviojo gydymo atvejo kainų. Jis priklauso nuo giminingų diagnozių grupės, kuriai priskiriamas aktyviojo gydymo atvejis, ir gydymo trukmės. Abu šie dydžiai tvirtinami atskiru ministro įsakymu (2011-12-23 įsakymo Nr. V-1118 aktuali redakcija).

<sup>70</sup> Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika.

<sup>71</sup> Gydymo įstaigos pateikia VLK sąnaudas pagal šias grupes: gydytojų, slaugos personalo, kito personalo darbo užmokesčio, laboratorijos, vaizdo gavimo (pvz.: angiografija, kompiuterinė tomografija ir t. t.), kitų aktyviojo gydymo paslaugų, vaistinės, kritinės būklės pacientų priežiūros, operacijų, priėmimo ir skubiosios pagalbos skyriaus, prekių, paslaugų ir MPP, procedūrų, kitos darbo užmokesčio fondo, protezų ir implantų, viešbučio paslaugų sąnaudų.

<sup>72</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2013-07-25 įsakymas Nr. V-761.

<sup>73</sup> 2015-02-10 pasirašė Detalios asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų apskaitos gydymo įstaigose parengimo ir techninės pagalbos ją diegiant paslaugų teikimo sutartį Nr. 2015/02-15/ADV/1SUT-54.

<sup>74</sup> VLK nuostatai, pavirtinti ministro 2003-01-23 įsakymu Nr. V-35, 7.13 p.

sveikatos priežiūros paslaugų, kompensuojamų iš fondo, bazines kainas ir jas teikti tvirtinti ministrui, bet ir ministerijos pavedimu nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų kainas ir patvirtinti jų nustatymo metodiką bei rengti sveikatos draudimo srities įstatymų, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų, kitų teisės aktų projektus<sup>75</sup>. Todėl manome, kad DPLSA diegimas turėtų būti finansuojamas ir ministerijos (valstybės biudžeto) lėšomis, tačiau ministerija sveikatos draudimo politikos formavimą prilygina pavedimo VLK įdiegti DPLSA suformulavimui ir nemato poreikio svarstyti galimybės mažinti fondui tenkančią finansinę naštą rengiant ministerijos kompetencijai priskirtus įsakymų projektus.

## 2.9.2. Neteisėtais Valstybinės ligonių kasos direktoriaus sprendimais fondui padaryta žala

VLK direktoriaus sprendimais, kurie teismų buvo pripažinti neteisėtais, fondui buvo padaryta 20,5 tūkst. Eur žala, tačiau nei ministerija, nei VLK nepradėjo tarnybinių patikrinimų kaltiems asmenims nustatyti.

VLK direktorius 2013 m. spalio 10 d. skyrė tarnybines nuobaudas Klaipėdos TLK direktoriui, o 2013 m. spalio 16 d. atleido iš pareigų<sup>76</sup>. Šie VLK direktoriaus įsakymai buvo apskūsti Vilniaus apygardos administraciniam teismui. Šis teismas 2014 m. spalio 1 d. sprendimu VLK direktoriaus įsakymus panaikino<sup>77</sup>, įpareigojo Klaipėdos TLK direktorių skubiai grąžinti į buvusias pareigas ir priteisė sumokėti už priverstinių pravaikštų laiką 20,5 tūkst. Eur.

Klaipėdos TLK direktorius į pareigas grąžintas<sup>78</sup>, tačiau Vilniaus apygardos administracinio teismo sprendimo dalį, susijusią su priteista sumokėti suma už priverstines pravaikštas, VLK apskundė LVAT. VLK skundas 2015 m. balandžio 7 d. buvo atmetas, Vilniaus apygardos administracinio teismo sprendimas paliktas nepakeistas, todėl VLK, vykdydama teismo sprendimą, 2015 m. balandžio 27 d.<sup>79</sup> priteistą sumą sumokėjo.

Kadangi priteista suma už priverstines pravaikštas nėra susijusi su Sveikatos draudimo įstatyme nustatytais fondo išlaidomis ir VLK tuo nedavė jokios naudos jai pavestai vykdyti veiklai, 20,5 tūkst. Eur vertiname kaip fondui padarytą žalą.

Be to, įstatymas nustato<sup>80</sup>, kad, jeigu įsiteisėjusiame teismo sprendime konstatuota, kad valstybės ar savivaldybės institucija ar įstaiga pažeidė įstatymus ar kitus teisės aktus, <...> įstaigoje turi būti pradėtas valstybės tarnautojų, dėl kurių galimos kaltės buvo padaryti <...> teisės aktų pažeidimai, tarnybinio nusižengimo tyrimas, kurį pradeda valstybės tarnautoją į pareigas priėmęs asmuo. Tačiau įsiteisėjus Lietuvos apeliacinio teismo sprendimui ministerija tarnybinių tyrimų dėl VLK direktoriaus veiksmų, o VLK – dėl atsakingų darbuotojų veiksmų, neinicijavo.

### Ministerijos atsakingų darbuotojų paaiškinimas<sup>81</sup>

Ministerija nebuvo administracinės bylos, iškeltos dėl Klaipėdos TLK direktoriaus atleidimo teisėtumo, proceso šalimi. LR valstybės tarnybos įstatymo 30 str. 1 dalyje nustatyti imperatyvūs tarnybinių nuobaudų skyrimo terminai yra naikinamieji, todėl negali būti sustabdomi, pratęsimi ar atnaujinami. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas, formuodamas vienodą administracinių teismų praktiką, aiškinant ir taikant įstatymus bei kitus teisės aktus, yra pasisakęs, kad Valstybės

<sup>75</sup> LR Vyriausybės 2010-10-13 nutarimu Nr. 1443 patvirtinti LR sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai, 10.4.1 p.

<sup>76</sup> VLK direktoriaus įsakymai: 2013-10-10 Nr. 1P-200 ir 2013-10-15 Nr. 1P-202.

<sup>77</sup> Administracinė byla Nr. I-4014-142/2014.

<sup>78</sup> VLK direktoriaus 2014-10-22 įsakymas Nr. 1P-183.

<sup>79</sup> Iš priteistos 20,5 tūkst. Eur sumos Klaipėdos TLK direktoriui išmokėta 15,6 tūkst. Eur, kita sumos dalis skirta pajamų mokesčiui (3,1 tūkst. Eur) ir valstybinio socialinio draudimo įmokoms (1,8 tūkst. Eur) sumokėti.

<sup>80</sup> LR valstybės tarnybos įstatymas, 1999-07-08 Nr. VIII-1316, 30 str.

<sup>81</sup> LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016-04-15 raštas Nr. (1.1.41-142)10-3413.

tarnybos įstatymo 30 str. 1 dalyje nustatytas bendrasis 6 mėn. terminas skaičiuojamas nuo tarnybinio nusižengimo padarymo dienos, o jo praleidimas paskirtą nuobaudą savaime daro negaliojančią.

Pagal tokį ministerijos paaiškinimą tarnybinė atsakomybė kyla ne tik neteisėtai teritorinės ligonių kasos direktorių iš pareigų atleidusiems asmenims, bet ir įstatyme nurodyto tarnybinio nusižengimo tyrimo laiku nepradėjusiems darbuotojams. Teisės aktuose nenustatyta galimybės nepradėti galimo tarnybinio nusižengimo tyrimo dėl numatomos tarnybinės nuobaudos skyrimo senaties. Pažymėtina, kad ministerijai šie tarnybinės atsakomybės taikymo klausimai turi būti gerai žinomi, nes ji jau yra buvusi administracinės bylos, kurioje buvo nagrinėjami analogiški klausimai, šalimi<sup>82</sup>.

Valstybės kontrolierius

Arūnas Dulkys

---

Auditas atliktas, vykdant 2015-09-07 pavedimą Nr. P-10-2

Valstybinio audito išvadą ir ataskaitą parengė 1-ojo audito departamento vyriausieji valstybiniai auditoriai Jolanta Indriulienė (grupės vadovė), Vilmantė Krogertienė, Vyrmantas Jašmontas, vyresnieji valstybiniai auditoriai Rūta Grybaitė, Šarūnas Lašakonis (iki 2016-05-25), Informacinių sistemų ir infrastruktūros audito departamento Informacinių sistemų audito skyriaus vyriausiasis valstybinis auditorius Rimgaudas Gamulis (nuo 2016-07-12 iki 2016-08-31), vyresnysis valstybinis auditorius Kęstutis Kumetaitis (nuo 2016-05-09 iki 2016-05-31) ir vyresnysis specialistas Linas Balčiūnas (nuo 2016-07-12 iki 2016-08-31).

---

<sup>82</sup> VAAT 2012-10-23 administracinė byla Nr. I-3433-624/2012.

# PRIEDAI

---

Valstybinio audito ataskaitos  
„Privalomojo sveikatos draudimo  
fondo 2015 m. ataskaitų rinkinio  
teisingumas bei lėšų ir turto valdymo,  
naudojimo ir disponavimo jais  
teisėtumas“  
1 priedas

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

1. LR draudimo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
2. LR 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
3. LR 2015 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas.
4. LR priežiūros įstaigų įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
5. LR sveikatos sistemos įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
6. LR viešųjų pirkimų įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
7. LR viešojo administravimo įstatymas.
8. LR valstybės tarnybos įstatymas.
9. LR biudžeto sandaros įstatymas.
10. LR valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
11. LR metrologijos įstatymas.
12. LR darbo kodeksas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
13. LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
14. LR buhalterinės apskaitos įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
15. LR Vyriausybės 1993 m. birželio 8 d. nutarimas Nr. 511 „Dėl biudžetinių įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarkos tobulinimo“.
16. LR Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“
17. LR Vyriausybės 2004 m. balandžio 19 d. nutarimas Nr. 451 „Dėl Valstybės informacinių sistemų steigimo ir įteisinimo taisyklių patvirtinimo“.
18. LR Vyriausybės 2013 m. vasario 27 d. nutarimas Nr. 180 „Dėl Valstybės informacinių sistemų steigimo, kūrimo, modernizavimo ir likvidavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
19. LR Vyriausybės 1998 m. lapkričio 17 d. nutarimas Nr. 1341 „Dėl tarnybinių lengvųjų automobilių įsigijimo, nuomos ir naudojimo biudžetinėse įstaigose“.

Valstybinio audito ataskaitos  
 „Privalomojo sveikatos draudimo  
 fondo 2015 m. ataskaitų rinkinio  
 teisingumas bei lėšų ir turto valdymo,  
 naudojimo ir disponavimo jais  
 teisėtumas“  
 2 priedas

## Rekomendacijų įgyvendinimo planas

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas/ priemonės/ komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
1.	Kartu su LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija ir/ar LR finansų ministerija įvertinti socialiniams fondams valstybės mokamų draudimo įmokų tikslus, galimą specifiką ir inicijuoti reikiamų teisės aktų pakeitimus, kad PSD įmokų mokėjimo už valstybės draudžiamus asmenis principai – pagal planuojamą arba pagal faktinį asmenų skaičių – būtų reglamentuoti LR Vyriausybės nutarimu.	Sveikatos apsaugos ministerija	Kartu su atsakingomis institucijomis įvertinti esamą PSD įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis planavimo reglamentavimą ir galimas perskaičiavimo pagal faktą alternatyvas, atsižvelgiant į faktines valstybės lėšomis draudžiamų asmenų gydymo išlaidas. Parengti PSDF biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių, patvirtintų 2003 m. gegužės 14 d. LRV nutarimu Nr. 589 pakeitimo projektą.	2017 m. II ketvirtis.
2.	PSDF biudžeto rodiklių įstatymo projekte numačius skirti lėšų inovaciniams vaistams, parengti įstatymo, kuriame būtų apibrėžta <i>inovacinio vaisto</i> sąvoka ir nustatyta finansavimo tvarka, projektą ir atlikti vertinimą, ar inovacinių vaistų prieinamumas turi būti gerinamas tik ambulatorinio ar ir stacionarinio gydymo lygmenimis.	Sveikatos apsaugos ministerija	Rengiant ateinančių metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą, lėšas vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms planuoti neišskiriant atskira eilute lėšų inovaciniams vaistams	2016 m. III-IV ketvirtis.
3.	Sukurti mechanizmą, padedantį kiekvienu atveju priimant sprendimą dėl MPP išbraukimo iš centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašo pagrįstai įvertinti, ar tai neturės neigiamos įtakos paslaugų kokybei ir prieinamumui. Toks sprendimas turėtų reikšti aiškią gydymo įstaigų pareigą minėtus preparatus ir priemones įsigyti savo lėšomis.	Sveikatos apsaugos ministerija	Pakeisti SAM 2002 m. balandžio 5 d. įsakymą Nr. 159 „Dėl Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, papildant nuostata, MPP gali būti išbraukta iš Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašo tik tuo atveju, jei yra priimtas sprendimas dėl šios MPP įsigijimo išlaidų kompensavimo kitais	2017 m. I ketvirtis.

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas/ priemonės/ komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			būdais pacientų gydymui tęsti.	
4.	Įvertinti faktiškai susiklosčiusią aprūpinimo peritoninės dializės tirpalais situaciją ir tam, kad fondo lėšos šiam tikslui būtų naudojamos teisėtai, racionaliai ir užtikrinant pacientų gydymo namuose kokybę, atitinkamai tai reglamentuoti, kartu nustatyti pristatomų tirpalų kokybės ir panaudojimo kontrolės mechanizmą.	Sveikatos apsaugos ministerija	Persvarstyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 23 d. įsakymą Nr. V-661 „Dėl dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo“	2017 m. IV ketvirtis.
5.	Vadovaujantis patvirtinta sveikatos programų, finansuojamų tik fondo lėšomis, rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarka, iš naujo įvertinti visų lėšų, skiriamų sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms (05 išlaidų straipsnis) finansuoti, atitiktį nustatyti tvarkai.	Sveikatos apsaugos ministerija	Sudaryti darbo grupę ir atsižvelgiant į galiojančius teisės aktus, įvertinti sveikatos programų atitiktį nustatyti tvarkai.	2017 m. III ketvirtis.
6.	PSDF biudžeto rodiklių įstatymo projekte numčius skirti lėšų inovaciniams vaistams, šias išlaidas suplanuoti įvertinus faktinį inovacinių vaistų poreikį ir planuojamą gydyti pacientų skaičių.	Valstybinė ligonių kasa	Rengiant ateinančių metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą, lėšas vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms planuoti neišskiriant atskira eilute lėšų inovaciniams vaistams	2016 m. III-IV ketvirtis.
7.	Įpareigoti TLK už plaučių ir plaučių širdies komplekso transplantacijos paslaugas sumokėti tik įvertinus gydymo įstaigų pateiktą sąnaudų pagrįstumą.	Valstybinė ligonių kasa	Parengti rekomendacijas dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų duomenų apie plaučių ir plaučių širdies komplekso transplantacijos paslaugų sąnaudas pateikimo teritorinėms ligonių kasoms ir šių sąnaudų pagrįstumo įvertinimo	2017 m. I ketvirtis
8.	Mokamų paslaugų suteikimo teisėtumo ir pagrįstumo tikrinimus įtraukti į VLK ir TLK ketvirtinius bei metinius gydymo įstaigų tikrinimo veiklos planus, o gydymo įstaigoms skiriamų baudų dydžius diferencijuoti pagal padaryto pažeidimo mastą.	Valstybinė ligonių kasa	1. VLK parengti kontrolinį klausimyną dėl papildomų mokėjimų teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis ir jį taikyti teritorinėms ligonių kasoms vykdant patikrinimus. 2. Parengti VLK direktoriaus 2014 m. vasario 6 d. įsakymo Nr. 1K-23 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo	2017 m. IV ketvirtis.  2017 m. I ketvirtis.

Eil. Nr.	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas/ priemonės/ komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo“ pakeitimo projektą, diferencijuojant baudų dydžius.	
Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais: Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos ekonomikos departamento Sveikatos draudimo skyriaus vedėja L. Vaičiulienė.				

Valstybinio audito ataskaitos  
 „Privalomojo sveikatos draudimo  
 fondo 2015 m. ataskaitų rinkinio  
 teisingumas bei lėšų ir turto valdymo,  
 naudojimo ir disponavimo jais  
 teisėtumas“  
 3 priedas

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

Eil. Nr.	Įstaiga	Registracijos data	Dokumento numeris
1.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos	2016-09-12	Nr. S-(10-4346)-1447
2.	Vilniaus teritorinė ligonių kasa	2016-02-10 2016-09-12	Nr. S-(10-4346)-335 Nr. S-(10-4346)-1446
3.	Kauno teritorinė ligonių kasa	2016-09-12	Nr. S-(10-4346)-1445
4.	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos	2016-04-20 2016-04-25 2016-09-27	Nr. S-(10-4346)-732 Nr. S-(10-4346)-758 Nr. S-(10-4346)-1543