



AUKŠČIAUSIOJI
AUDITO INSTITUCIJA
NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽĪSTAMI

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO
FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ
FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO
ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI
LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR
DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO
VERTINIMAS

2018 m. spalio 1 d.

Nr. FA-2018-P-6-3-7-1



Valstybės kontrolės – aukščiausiosios valstybinio audito institucijos – pagrindinė funkcija – prižiūrėti, ar teisėtai ir efektyviai valdomi ir naudojami valstybės finansai ir kitas turtas bei kaip vykdomas valstybės biudžetas. Aukščiausioji audito institucija, teikdama audito pastebėjimus ir rekomendacijas, siekia didinti viešojo sektoriaus efektyvumą ir jo kuriamą naudą visuomenei, o savo darbui keldama aukščiausius kokybės reikalavimus – būti pavyzdžiu visam viešajam sektoriui.

Auditą atliko: Laura Grigonytė (grupės vadovė), Asta Grigonė, Danutė Sidabraitė, Liucija Kuncevičienė, Rasa Mikučiauskienė.

Valstybinio audito ataskaita pateikta: Lietuvos Respublikos Seimui, Lietuvos Respublikos Vyriausybei, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai, Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

TURINYS

PAGRINDINIAI FAKTAI	4
SANTRAUKA	5
ĮŽANGA	8
AUDITO REZULTATAI	10
1. KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ VERTINIMAS	10
1.1. Ataskaitas rengiančių subjektų turi būti mažiau	10
2. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO VERTINIMAS	12
2.1. Valstybės kuriama sveikatos priežiūros finansavimo sistema stokoja nuoseklumo	13
2.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina nėra pagrįsta objektyviai apskaičiuotomis jų teikimo sąnaudomis	14
2.3. Naujų paslaugų įtraukimas į apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo sąrašą – neaiškus	19
2.3.1. Kompensuojant išlaidas už ortopedijos technines priemones nustatėme neracionalaus lėšų naudojimo atvejų	22
REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS	24
PRIEDAI	25
1 priedas. Santrumpos ir sąvokos	25
2 priedas. Audito apimtis ir metodai	27

PAGRINDINIAI FAKTAI

 **1,64 mlrd. Eur**

– tiek įplaukų gauta į Privalomojo sveikatos draudimo fondą.

 **1,56 mlrd. Eur**

– tiek iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokėta išlaidų.

 **1,2 mlrd. Eur**

– tiek už asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokėta ne objektyviomis sąnaudomis grįstomis kainomis.

 **6**

– tiek juridinių asmenų administruoja vieną privalomojo sveikatos draudimo fondą.

SANTRAUKA

Audito tikslas ir apimtis

Vadovaudamiesi Valstybės kontrolės įstatymu¹ ir Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu², atlikome Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo ir lėšų bei turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimo auditą.

Auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus. Audito ataskaitoje pateikiami tik audito metu atlikti ir nustatyti dalykai, o nepriklausoma nuomonė dėl konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio, konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio pareiškiama audito išvadoje. Audito apimtis ir taikyti metodai išsamiau aprašyti 2 priede „Audito apimtis ir metodai“ (27 psl.).

Pagrindiniai audito rezultatai

1. 2017 m. konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniuose reikšmingų iškraipymų ar sudarymo neatitikimų nenustatyta

Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenys visais reikšmingais atžvilgiais parengti ir pateikti pagal jiems keliamus reikalavimus.

2. Privalomojo sveikatos draudimo fondą administruojančios institucijos turi prisijungti prie Vyriausybės vykdomo įstaigų optimizavimo proceso

Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondą administruojančių institucijų išskirstymo į atskirus juridinius asmenis patiriama pridėtinės vertės nesukuriančių nereikalingų fondo administravimo sąnaudų. Valstybinė ligonių kasa ir 5 teritorinės ligonių kasos, turėdamos atskirų juridinių asmenų statusą, sudaro 22 vnt. finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių. Tai apsunkina VLK ir Finansų ministerijos veiklą rengiant ir konsoliduojant žemiausiojo lygio (18 vnt.) ataskaitas. VLK prisidėjus prie Vyriausybės programoje numatytų viešojo sektoriaus įstaigų sistemos optimizavimo iniciatyvų įgyvendinimo, PSDF visoje Lietuvos teritorijoje galėtų administruoti viena Valstybinė ligonių kasa, sudaranti sutartis su visomis gydymo įstaigomis ir rengianti 4 ataskaitų rinkinius (1.1. poskyris).

3. Valstybės kuriama sveikatos priežiūros finansavimo sistema stokoja nuoseklumo

Ankstesnių auditų metu esame konstatavę, kad vis dar neišgryninta sveikatos draudimo įmokų paskirtis ir aiškiai nenustatyta šio draudimo garantuojamų paslaugų apimtis.

¹ Valstybės kontrolės įstatymo 9 str. 1 d. 5 p.

² Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymo 30 str.

Sveikatos draudimo lėšomis yra vykdomi valstybės prisiimti įsipareigojimai, kurie savo esme artimesni nedraudžiamiesiems ar net turi socialinės paramos požymių.

Šio audito metu nustatėme, kad valstybė nesumoka ar sumoka mažiau įmokų į fondą už socialiai jautriausių asmenų grupes ir taip neįvykdo savo įsipareigojimų fondui. Pagal įstatymą smulkiesiems ūkininkams reikia mokėti 3 kartus mažesnes PSD įmokas nei kitiems asmenims, tačiau šių remiamų asmenų mokamų įmokų skirtumo valstybė nepadengia. Mažesnis PSD įmokų dydis įstatymu nustatytas ir asmenims, draudžiamiesiems valstybės biudžeto lėšomis – VB įmoka 2017 m. buvo 16,1 proc. mažesnė nei MMA gaunančių darbuotojų PSD įmokos dydis, kurį numatoma pasiekti tik 2021 m. Kita vertus, valstybė daliai gydymo įstaigų neatlygintinai suteikia savo turtą – ne tik pastatus, bet sveikatos priežiūros paslaugoms teikti perka ir brangią medicinos įrangą ir kitą turtą. Taigi, viena vertus, valstybė neskiria pakankamai lėšų savo įsipareigojimams vykdyti, kita vertus – šį trūkumą bando kompensuoti neatlygintinai skiriamu turtu. Tokie nesubalansuoti sprendimai neleidžia įvertinti viešųjų lėšų, skiriamų sveikatos priežiūrai, dydžio ir priimti objektyvių sprendimų dėl sveikatos apsaugos finansavimo (2.1 poskyris).

4. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina nėra pagrįsta objektyviai apskaičiuotomis jų teikimo sąnaudomis

Dažnai keičiama ir sudėtinga mokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas iš fondo lėšų sistema kol kas neužtikrina, kad būtų nustatytos paslaugos vertę atitinkančios objektyvios kainos. Gydymo įstaigos, kaip ir bet kuris kitas rinkoje veikiantis subjektas, turėtų žinoti kainą, kurią gaus už teikiamas paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis.

Pagal galiojančią apmokėjimo už teikiamas paslaugas sistemą nustatomos kainos nėra objektyvios, nes į atliekamus skaičiavimus įtraukiamos ne visos jų teikimo sąnaudos.

Nors dabar patvirtintos paslaugų bazinės kainos balais yra įvertis, gaunamas atsižvelgus tik į dalį gydymo įstaigų patiriamų vidutinių paslaugos teikimo sąnaudų, tačiau tai nėra kaina, kurią gauna gydymo įstaigos. Be to, pasirinktas kainos apskaičavimo metodas neskatina taikyti brangesnius pažangius gydymo metodus ir, iki tapdamas gaunama kaina, šis dydis – bazinė kaina balais – be įstatyminio pagrindo ir nesant metodikos, koreguojamas nustatant balo įkainį eurais ir skiriant papildomus priedus (2.2 poskyris).

5. Ne visi ministerijos sprendimai dėl naujų paslaugų apmokėjimo yra objektyviai pagrįsti

Sveikatos apsaugos ministro patvirtintų paslaugų įtraukimą į apmokamas PSDF lėšomis reglamentuojančios tvarkos nesuderintos ir prieštaringos, todėl šis procesas neaiškus. Tokiu būdu galiojanti tvarka sudaro prielaidas fondo lėšomis apmokėti paslaugas, įskaitant vakcinas ir vaistus, kurias ministerijos pakviesti ekspertai neįvertino kaip reikalingiausias ir prioritetines (2.3 poskyris).

6. Kompensuojant išlaidas už ortopedijos technines priemones pasitaiko neracionalaus lėšų naudojimo atvejų

Valstybės kontrolė nuo 2012 metų savo valstybinio audito ataskaitose nurodydavo neracionalaus lėšų panaudojimo kompensuojant ortopedijos technines priemones problemas. Jos nebuvo galutinai išspręstos, o šio valstybinio audito metu nustatėme naujų neracionalaus lėšų naudojimo atvejų, kai OTP buvo kompensuotos didesnėmis nei rinkoje

esančiomis kainomis. Nors naujos tvarkos nuostatos, galinčios sumažinti OTP bazines kainas, įsigaliojo nuo 2018-01-01, tačiau delsiama jas pradėti taikyti jau kompensuojamoms OTP. Pernai teikta ketvirta rekomendacija, kurios įgyvendinimo terminas – 2018 m. IV ketv., vis dar aktuali (2.3.1 skirsnis).

Rekomendacijos

Siekiant pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos, periodiškai perskaičiuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, turi būti įgyvendintos ankstesnių auditų metu teiktos rekomendacijos:

1. sveikatos draudimo įmokomis būtų apmokamos tik tos išlaidos, kurios atitinka draudimo tikslą ir nėra dengtinės valstybės lėšomis; socialinė parama būtų finansuojama kitomis nei privalomojo sveikatos draudimo įmokų lėšomis (2017-09-29 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-2017-P-10-10-4-1 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“);
2. būtų priimti sprendimai dėl turto naudojimo (valstybinio audito ataskaitos: 2017-04-20 Nr.VA-2017-P-10-2-8 „Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas“ ir 2018-01-24 Nr. VA-2018-P-60-8-1 „Valstybės nekilnojamojo turto valdymas“).

Sveikatos apsaugos ministerijai

1. Įgyvendinus ankstesnių auditų metu teiktas rekomendacijas ir žinant aiškias fondo finansines galimybes, pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos ASP paslaugų kainos, kuri būtų periodiškai perskaičiuojama pagal nustatytus kriterijus (3-iasis ir 4-asis pagrindiniai audito rezultatai).
2. Užtikrinti, kad visos apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas dalys atitiktų įstatymo nuostatas (3-iasis ir 4-asis pagrindiniai audito rezultatai).
3. Reglamentuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimą ir išbraukimą iš kompensuojamųjų fondo lėšomis pagal įstatymais patvirtintus kriterijus, atsižvelgiant į paslaugų teikimo kainas ir objektyviai įvertintas fondo galimybes. Nustatyti kompensuojamųjų paslaugų sąrašo atnaujinimo ir peržiūrėjimo periodiškumą (5-asis pagrindinis audito rezultatas).
4. Siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą sujungti šiuo metu veikiančias fondo administravimo šešias įstaigas į vieną juridinį asmenį (2-asis pagrindinis audito rezultatas).

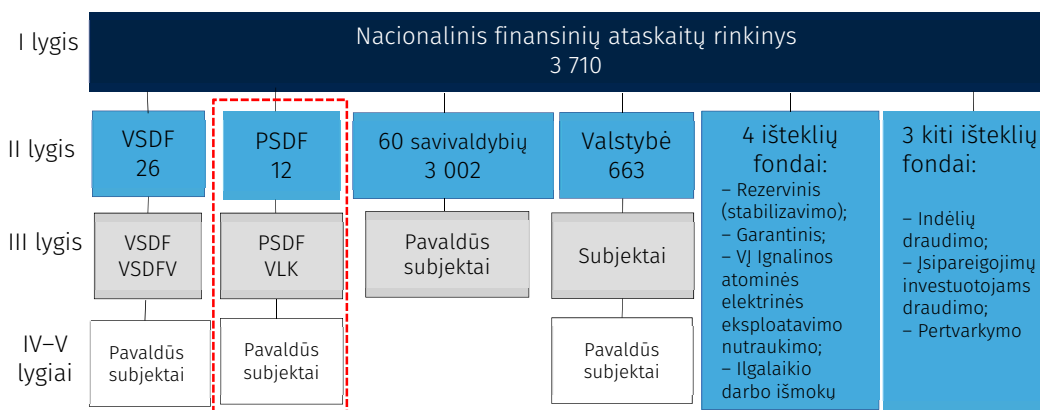
Rekomendacijų įgyvendinimo priemonės ir terminai pateikti ataskaitos dalyje „Rekomendacijų įgyvendinimo planas“ (24 psl.).

JŽANGA

Privalomojo sveikatos draudimo fondą administruoja ir metinį ataskaitų rinkinį rengia Valstybinė ligonių kasa kartu su jai pavaldžiomis penkiomis teritorinėmis ligonių kasomis. Vadovaujantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu³, šio fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys – jo 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 fondo biudžeto vykdymo duomenys.

Finansinėse ir biudžeto vykdymo ataskaitose konsoliduojama 12-os subjektų (Valstybinės ligonių kasos ir penkių jai pavaldžių biudžetinių įstaigų bei jų administruojamų išteklių fondų) ataskaitos. Informacija apie konsolidavimo lygius ir PSDF finansinių ataskaitų rinkinį nacionalinio finansinių ataskaitų rinkinio sudėtyje pateikta 1 paveiksle.

1 pav. Konsolidavimo lygiai ir PSDF finansinių ataskaitų rinkinys nacionalinio finansinių ataskaitų rinkinio sudėtyje



Šaltinis – Valstybės kontrolė

Fondo metinių ataskaitų rinkinys ne vėliau kaip iki kitų metų spalio 1 dienos teikiamas Vyriausybei, kuri, pritarusi ataskaitų rinkiniui, teikia jį Seimui ne vėliau kaip iki spalio 10 dienos, o Valstybės kontrolė dėl šių rinkinių teikia išvadą⁴.

Privalomasis sveikatos draudimas yra valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudžiamajam įvykiui⁵. Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas, į valstybės ir savivaldybių biudžetus neįtrauktas PSDF biudžetas, kasmet tvirtinamas biudžeto rodiklių įstatymu. 2017 metams patvirtintos fondo pajamos (įplaukos) ir išlaidos, sudarančios po 1,57 mlrd. Eur.

Fondo lėšomis apmokamos apdraustiems asmenims suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, kompensuojama už įsigytus vaistus ir medicinos pagalbos priemones, apmokamos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo, galūnių, sąnarių ir organų

³ Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2 str. 14 d.

⁴Ten pat, 30 str. 3 d., 32 str. 7 ir 9 d., redakcija, galiojusi iki 2018-07-01.

⁵ Sveikatos draudimo įstatymas, 2 str. 5 d.

protezavimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos. Pagrindinę fondo pajamų (įplaukų) dalį sudaro įmokos, kurias moka apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu, ir valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.

AUDITO REZULTATAI

1. KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ VERTINIMAS

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenų reikšmingų išskaičiavimų nenustatėme.
2. Atkreipiame dėmesį, kad, tvarkydama buhalterinę apskaitą ir sudarydama finansinių ataskaitų rinkinį, VLK turi vadovautis bendraisiais apskaitos principais, tarp jų – subjekto principu⁶, nurodančiu, kad VSS apskaitoje registruojamas tik to subjekto nuosavas ir patikėjimo teise valdomas, naudojamas ir disponuojamas turtas, finansavimo sumos ir įsipareigojimai, pajamos ir sąnaudos. VSDF valdyba administruoja PSD įmokų surinkimą, kartu su kitomis VSDF administravimo įstaigomis disponuoja informacija apie mokamas ir gautinas į PSDF įmokų sumas. Šias sumas įtraukia į VSDF apskaitą, įvertina jų nuvertėjimą ir rodo VSDF finansinių ataskaitų rinkinyje, tačiau pagal pasirinktą apskaitos politiką ir apskaitos vedimo tvarką duomenų apie minimas nuvertėjimo sumas PSDF neteikia. Dėl šios priežasties PSDF finansinių ataskaitų rinkinyje pagal 2017-12-31 duomenis pateikta informacija neišsami: veiklos rezultatų ataskaitoje neparodyta dalis nuvertėjimo sąnaudų, aiškinamajame rašte atskleista ne visa informacija apie per vienerius metus gautinas sumas.
3. Sudarant biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinį, PSDF biudžeto vykdymo ataskaitoje prie išlaidų, skirtų privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos sąnaudoms kompensuoti⁷, nepriskiriamos išlaidos VSDF sąnaudoms, susidarančioms dėl PSD įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti (2017 m. – 4,6 mln. Eur). Taikomas nepagrįstas išlaidų, susidarančių dėl sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, atskyrimas leidžia dirbtinai sumažinti įstatymu iki 2 proc. ribojamas faktines PSDF administravimo išlaidas ir neparodo tikrojo jų dydžio.

1.1. Ataskaitas rengiančių subjektų turi būti mažiau

4. Lietuvos viešajame sektoriuje yra daugiau kaip pusketvirto tūkstančio įstaigų, kurios, veikdamos kaip atskiti juridiniai asmenys, pagal nustatytą tvarką privalo rengti ir atskaitingoms institucijoms periodiškai teikti savo finansinių ir biudžeto vykdymo duomenų ataskaitas.

Siekdama⁸ stiprinti strateginį mąstymą viešojo valdymo institucijose ir gerinti jų valdymą, kad būtų racionaliau naudojamos valstybės biudžeto lėšos, Vyriausybė šiuo metu įgyvendina viešojo sektoriaus įstaigų sistemos optimizavimo iniciatyvas, skirtas viešojo sektoriaus organizacijų skaičiui sumažinti, reorganizuojant teritoriniu principu veikiančias

⁶ Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 3 str. 2 d. ir 4 str.

⁷ Sveikatos draudimo įstatymas, 21 str. 1 d. 6 ir 7 p.

⁸ Vyriausybės 2012-02-07 nutarimas Nr. 171 „Dėl Viešojo valdymo tobulinimo 2012–2020 metų programos patvirtinimo“.

įstaigas, taip pat pertvarkant kitas įstaigas. 2015–2017 m. institucinė sąranga buvo patobulinta pertvarkius Finansų, Kultūros, Susisiekimo, Sveikatos apsaugos, Teisingumo, Vidaus reikalų ministerijų įstaigas, o 2018 m. tokia pertvarka tęsiama Aplinkos, Socialinės apsaugos ir darbo, Susisiekimo, Teisingumo ministerijų srityse. Dėl vykdomų pertvarkų viešajame sektoriuje mažėja jo dalyvių, t. y. juridinių asmenų, ir atitinkamai apskaitą tvarkančių bei ataskaitas rengiančių subjektų skaičius, tačiau jis vis dar išlieka didelis.

Iki 2020 m. Vyriausybė yra numačiusi⁹ ne tik 15 proc. sumažinti viešojo sektoriaus įstaigų skaičių, bet ir optimizuoti jų vidinius procesus. Šiam tikslui pasiekti įgyvendinamas strateginis valstybės projektas¹⁰ – įkurtas¹¹ Nacionalinis bendrųjų funkcijų centras, kuris pirmajame konsolidavimo etape 2018 m. apjungė 139 valstybinių įstaigų buhalterinę apskaitą. Antrąjį konsolidavimo etapą numatoma pradėti 2019 m., trečiąjį – 2020 m. Viešojo sektoriaus buhalterinės apskaitos funkcijos konsolidavimas ir suvienodintos informacinės sistemos, apskaitos metodai ir standartizuoti procesai leis sumažinti apskaitos klaidų skaičių.

Dėl Vyriausybės vykdomų pertvarkų matoma vykdomosios valdžios sistemos įstaigų skaičiaus mažėjimo tendencija. Manome, kad taip pat galėtų mažėti ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo įstaigų skaičius. Šio fondo ataskaitų konsolidavimo procese dalyvauja net 12 subjektų (žr. įžangos 2 pastraipą) todėl buhalterinės apskaitos organizavimo procesas be reikalo apkrautas žemesniojo lygio ataskaitų rinkinių sudarymu. Dėl to ne tik Valstybinei ligonių kasai, bet ir Finansų ministerijai, sudarančiai nacionalinį finansinių ataskaitų rinkinį, apsunkinamas finansinių ataskaitų konsolidavimas.

5. Įvertinę PSDF vykdomas funkcijas, organizacinę struktūrą, fondo įplaukų ir išlaidų srautus, manome, kad fondo valdymo struktūra galėtų būti supaprastinta – visos pagal galiojančius teisės aktus vieną fondą¹² administruojančios įstaigos galėtų būti sujungtos į vieną juridinį asmenį. Tai leistų sumažinti vadovaujančiųjų ir bendrąsias funkcijas atliekančių (įstaigų veiklą aptarnaujančių) pareigybių skaičių fondo administravimo įstaigose, o buhalterinės apskaitos procesą padaryti centralizuotą ir paprastesnį, reikalaujantį mažesnių veiklos administravimo sąnaudų. VLK pavaldžių įstaigų tiesiogines funkcijas galėtų atlikti teritoriniai padaliniai, neturintys juridinio asmens statuso, nes esminiai sprendimai dėl šio fondo lėšų panaudojimo priimami centralizuotai, taip pat centralizuotai kaupiami jo išteklių (įplaukos), lėšos įtraukiamos į apskaitą vadovaujantis vienodais apskaitos principais, bendru sąskaitų planu, bendros yra ir informacinės sistemos. Tuo pačiu galėtų sumažėti ir teritorinių ligonių kasų (TLK) su gydymo įstaigomis sudaromų sutarčių skaičius, nes dabar jas kiekviena TLK sudaro beveik su visomis Lietuvoje esančiomis asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis gydymo įstaigomis. Dėl to palengvėtų ir šių sutarčių administravimas. Esamos ir Valstybės kontrolės rekomenduojamos fondo valdymo ir atskaitomybės struktūrų palyginimas pateiktas 2 paveiksle.

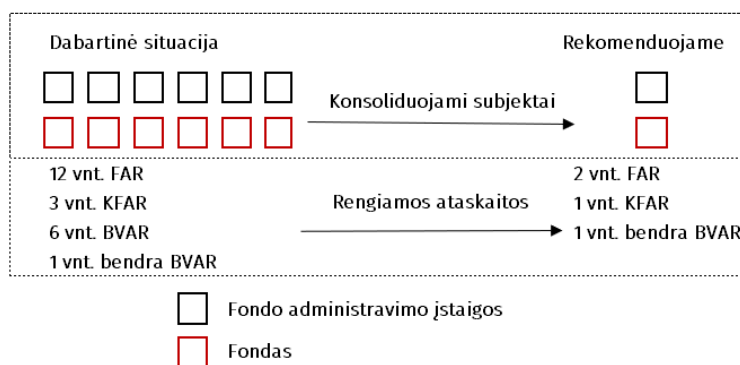
⁹ Vyriausybės programos įgyvendinimo planas, Vyriausybės 2017-03-13 nutarimas Nr. 167, 3.1.1. Darbas „Viešojo sektoriaus įstaigų sistemos (institucinės sąrangos) optimizavimas“ ir 3.1.2. Darbas „Viešojo sektoriaus įstaigų vidinių procesų optimizavimas“.

¹⁰ Strateginių projektų portfelis, 2017-09-28 patvirtintas Vyriausybės sudarytos Strateginių projektų portfelio komisijos.

¹¹ Vyriausybės 2018-02-07 nutarimas Nr. 125 „Dėl biudžetinės įstaigos Nacionalinio bendrųjų funkcijų centro įsteigimo ir jo nuostatų patvirtinimo“.

¹² Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2 str. 19 d.

2 pav. Esamos ir rekomenduojamos PSDF valdymo ir atskaitomybės struktūrų palyginimas



Šaltinis – Valstybės kontrolė

Šio audito metu VLK teikėme rekomendacijas dėl PSDF organizacinės struktūros, buhalterinės apskaitos organizavimo. VLK informavo planuojanti atlikti fondą administruojančių įstaigų valdymo, vykdomų funkcijų analizę ir pateikti fondą administruojančių įstaigų optimalios pertvarkos alternatyvas, įvertinant ir įstaigų reorganizavimo galimybę. Pažymime, kad iš esmės analogiškus pasiūlymus dėl Valstybinio socialinio draudimo fondą administruojančių įstaigų ir jų sudaromų finansinių ataskaitų rinkinių skaičiaus sumažinimo pateikėme šio fondo valdybai ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai.

2. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO VERTINIMAS

- Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos gyventojui sudaro tik pusę to, ką gauna vienas statistinis europietis, o BVP vienam gyventojui nuo Europos vidurkio atsilieka 25 proc.¹³. Vis dėlto EBPO ekspertai konstatavo, kad vieno Lietuvos gyventojų sveikatos apsaugai skiriama nedaug išteklių, bet, žinant bendrą ekonomikos lygį, tai nėra labai mažai¹⁴. Atlikti tyrimai patvirtino, kad kitos panašios į Lietuvą šalys su turimais ištekliais pasiekia gerokai geresnius tikėtinos gyvenimo trukmės rezultatus. EBPO akcentavo, kad labai skiriamės nuo kitų šalių pagal tai, kaip naudojame lėšas, ir pažymėjo, kad privalomasis sveikatos draudimas apima plačią tiek gyventojų, tiek kompensuojamųjų paslaugų aprėptį.¹⁵ Apie tai, ar formuojama ir įgyvendinama sveikatos priežiūros politika padeda užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, Valstybės kontrolė numato pasisakyti valstybinio audito ataskaitose „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“, „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“.

¹³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels (6 psl.). Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285293-lt>.

¹⁴ OECD/Reviews of Health Systems:Lithuania, 2018.

¹⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285293-lt>.

7. Sveikatos priežiūros paslaugų kainas reguliuoja valstybė¹⁶. Didžioji dalis PSDF įplaukų skiriama asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Šių paslaugų apimtį, įkainio apskaičiavimo tvarką ir patį įkainį nustatyti pavesta¹⁷ SAM. Šio audito metu tikrinome, ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina nustatyta vadovaujantis teisinio reglamentavimo nuostatomis, ar naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, tarp jų vakcinos, vaistai ir OTP, teisėtai įtraukiamos į apmokamų PSDF biudžeto lėšomis sąrašą.

2.1. Valstybės kuriama sveikatos priežiūros finansavimo sistema stokoja nuoseklumo

8. Įstatymu¹⁸ įtvirtintų PSD įmokų dydžiai, tarifai yra skirtingi, priklausomai ne nuo asmenų pajamų dydžio, o nuo jų veiklos pobūdžio. Konstitucinis Teismas dar 2014-02-26 sprendimu išaiškino: pasirinkęs visuomenės solidarumo principu grindžiamą privalomąjį sveikatos draudimą, įstatymų leidėjas turi diskreciją nustatyti *nuo tam tikrų asmens pajamų* priklausantį šio draudimo įmokų dydį, *taip pat asmens pajamų rūšis*, nuo kurių jis apskaičiuojamas. Kartu pabrėžė ir tai, kad įstatymų leidėjas tam tikrų socialiai jautriausių asmenų grupių privalomojo sveikatos draudimo našta gali perkelti valstybei.
9. Ankstesnio audito metu¹⁹ esame atkreipę dėmesį į tai, kad sveikatos priežiūros politikos srityje valstybė teisės aktais prisiima papildomus, artimesnius nedraudžiamiesiems, ar net turinčius socialinės paramos požymių, įsipareigojimus, kuriuos vykdyti paveda fondui, bet neužtikrina jų tinkamo finansavimo valstybės biudžeto lėšomis. Taip kyla pagrįstų abejonių priimamais sprendimais dėl fondo lėšų panaudojimo teisėtumo, kai fondas įstatymais nustatytus įsipareigojimus vykdo iš kitoms sveikatos apsaugos sritims skirtų fondo lėšų. Nurodėme, kad turėtų būti išgryninta ir sveikatos draudimo įmokų paskirtis bei aiškiai nustatyta privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis, nes šiuo metu sveikatos draudimo lėšomis yra vykdomi ir valstybės prisiimti įsipareigojimai, kurie savo esme neatitinka draudžiamąjį įvykio sąvokos / apibrėžimo ar net turi socialinės paramos požymių. Todėl Sveikatos apsaugos ministerijai rekomendavome pirmiausiai tobulinti teisinį reglamentavimą: nustatyti aiškią iš PSDF (sveikatos draudimo įmokų) apmokamų asmens sveikatos paslaugų apimtį ir numatyti, kad iš šių įmokų būtų apmokamos tik tos išlaidos, kurios atitinka draudimo tikslą ir nėra dengtinės valstybės lėšomis. Ministerija įsipareigojo kartu su kompetentingomis institucijomis peržiūrėti teisinį reguliavimą ir parengti atitinkamus teisės aktų projektus iki 2019 m. pabaigos.
10. Draudžiamieji asmenys privalo mokėti mažiausiai 9 proc. PSD įmokas, tačiau vienai grupei asmenų – individualia žemės ūkio veikla besiverčiantiems smulkiesiems ūkininkams²⁰ – nustatytos 3 proc. įmokos, skaičiuojamos nuo MMA, nors niekur nedarbantys ir nedraudžiami valstybės biudžeto lėšomis asmenys (namų šeimininkės, darbo neieškantys ir pan.) turi prievolę mokėti 9 proc. nuo MMA dydžio PSD įmokas. Remiantis „Sodros“ duomenimis, audituojamuoju laikotarpiu šiems asmenims taikant 3 proc. nuo MMA PSD

¹⁶ Sveikatos sistemos įstatymas, 43 str. 8 p.

¹⁷ Sveikatos draudimo įstatymas, 9 str. 6 d., 25 str.; Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 13 str. 1 d.

¹⁸ Ten pat, 17 str.

¹⁹ 2017-09-29 Valstybinio audito ataskaita Nr. FA-2017-P-10-10-4-1 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio teisingumas bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumas“.

²⁰ Sveikatos draudimo įstatymas, 17 str. 7 d. redakcija, galiojusi iki 2018-01-01 „kurių žemės ūkio valdos ar ūkio ekonominis dydis pagal valstybės įmonės Žemės ūkio informacijos ir kaimo verslo centro atliktus skaičiavimus už praėjusių metų laikotarpį nuo sausio 1 dienos iki gruodžio 31 dienos yra ne didesnis kaip 2 ekonominio dydžio vienetai“.

įmokų tarifą, priskaičiuota 2,2 mln. Eur pajamų ir tai sudaro 1/3 pajamų, kurias galėjo gauti PSDF, jei mokesstinę lengvatą gaunančių asmenų įmokų skirtumą būtų padengusi valstybė.

11. Mažesnis PSD įmokų dydis įstatymu nustatytas ir asmenims, draudžiamiems valstybės biudžeto lėšomis²¹. Valstybės sprendimas remti net 19 nustatytų asmens kategorijų, prisiimant įsipareigojimą mokėti už juos PSD įmokas, nėra tinkamai ekonomiškai įvertintas. Metinė VB įmoka už remiamą asmenį 2017 metais sudarė 283,3 Eur – buvo 54,2 Eur, arba 16,1 proc. mažesnė nei 9 proc. užpraeitų metų 12 MMA dydžio, todėl į fondą už tokius asmenis pervesta 449,3 mln. Eur. Jei VB lėšomis draudžiamų asmenų įmokų dydis būtų bent 9 proc. nuo atitinkamo laikotarpio MMA, į fondą būtų pervesta 86,0 mln. Eur daugiau. Seime 2018-06-13 buvo registruotas įstatymo projektas²², numatantis, kad jau nuo 2019-01-01 PSD įmoka vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis bus 9 proc. nuo 12 MMA dydžio. Tačiau po svarstymų priimtas nuosaikesnis nei projekte, tačiau spartesnio nei galiojančiame įstatyme atotrūkio tarp PSD įmokų mažinimo įstatymo pakeitimas²³ – reglamentuota įmoka už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 2019–2020 m. didinti 3 procentiniais punktais vietoj 2, o nuo 2021 metų pasiekti MMA gaunančių darbuotojų PSD įmokos dydį.
12. Valstybė, už apdraustuosius mokėdama mažesnes įmokas nei MMA uždirbantieji, valstybės ir daliai savivaldybių sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų neatlygintinai pagal panaudą suteikia valstybės turtą – ligoninių pastatus, taip pat sveikatos priežiūros paslaugoms teikti valstybės biudžeto lėšomis perka brangią medicinos įrangą ir kitą turtą. Toks objektyviai nepamatuojamas skiriamų valstybės lėšų ir perduodamo valstybės turto balansavimas iškreipia asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos skaičiavimą (plačiau žr. 14 pastraipos 4 dalį). Be to, apie perduoto turto *valdymo ir naudojimo* problemas Valstybės kontrolė yra pasisakiusi ankstesniuose audituose²⁴. Seimo Audito komitetas, akcentuodamas VK rekomendacijas ir siekdamas reikšmingų turto valdymo ir sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pokyčių, ministerijai pateikė pasiūlymus²⁵ atlikti turto valdymo kaštų palyginimo analizę ir jos pagrindu iš esmės peržiūrėti sveikatos sistemos apmokėjimo už paslaugas modelį.

2.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina nėra pagrįsta objektyviai apskaičiuotomis jų teikimo sąnaudomis

13. SAM patvirtino asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų nustatymo metodiką²⁶, reglamentuojančią tokių paslaugų bazinių kainų skaičiavimo principus ir tvarką, pagal kurią kainos nustatomos balais. Nors vadovaujantis ja apskaičiuotos ir sveikatos apsaugos ministro patvirtintos bazinės kainos (įvertis, gaunamas atsižvelgus į vidutines gydymo įstaigų patiriamas sąnaudas, bet jų visa apimtimi nekompensuojantis), tačiau, iki tapdamas įstaigoms už suteiktas paslaugas taikoma kaina, atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes, šis dydis, nesant įstatymų pagrindo, gali būti koreguojamas keičiant balo įkainį eurai (18 pastraipa), nustatant papildomus skatinamuosius priedus (19 pastraipa).

²¹ Sveikatos draudimo įstatymas, 6 str. 4 d., 16 str.

²² Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 6, 16, 17 ir 18 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIII-P-2238(2).

²³ Sveikatos draudimo įstatymo 6,16,17, ir 18 str. pakeitimo įstatymas Nr. XIII-1341 (įsigalios 2019-01-01).

²⁴ Valstybės kontrolės valstybiniai auditai: 2018-01-24 Nr. VA-2018-P-60-8-1 „Valstybės nekilnojamojo turto valdymas“ ir 2017-04-20 Nr. VA-2017-P-10-2-8 „Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas“.

²⁵ Seimo audito komiteto 2018-04-11 sprendimas Nr. 141-S-7 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijosz valdomo turto ir sveikatos priežiūros sistemos finansavimo“.

²⁶ Sveikatos apsaugo ministro 2013-04-22 įsakymas Nr.V-388.

14. Stacionarinėms (aktyviojo gydymo) paslaugų bazinėms kainoms nustatyti taikomas giminingų diagnozių grupių (DRG) metodas, padeda spręsti ne kainų lygio (dydžio), o kainų disproporcijos problemą. Jo rezultatas – paslaugų įkainio, proporcingo gydymo įstaigų sąnaudoms, nustatymas. DRG metodo esmė – aktyviojo gydymo paslaugų grupavimas į medicinos ir ekonominiu požiūriu panašias grupes, kiekvienai jų nustatant vidutinį įkainį, atsižvelgiant į gydymo įstaigų teikiamus sąnaudų duomenis. Pažymėtina, kad DRG metodas nusako gydymo paslaugų suskirstymą į grupes, tačiau kaip turi būti apskaičiuojamas kiekvienai grupei taikomas įkainis, sprendžia kiekviena šį metodą taikanti valstybė. Lietuvoje įkainis apskaičiuojamas²⁷ bendrą vidutinę hospitalizacijos atvejo kainą padauginus iš gydymo kainos koeficiento.

Šių kainų apskaičiavimo procesas sudėtingas, painus, apimantis daug duomenų. Pagal gydymo įstaigų kiekvienais metais teikiamus sąnaudų²⁸ duomenis, remiantis tarptautiniais sąnaudų grupių koeficientais, apskaičiuojamas gydymo atvejo kainos koeficientas, kuris ir tvirtinamas sveikatos apsaugos ministro įsakymu. Kaina, mokama gydymo įstaigoms, nustatoma šį kainos koeficientą padauginant iš ateinantiems metams patvirtintos bazinės kainos – pagal PSDF galimybes nustatytos bendros vidutinės hospitalizacijos atvejo kainos.

DRG grupės B03B paslaugų kainos (Nervų sistemos ligos ir sutrikimai – stuburo procedūros, kai būklė vidutinio sudėtingumo) pavyzdys

1. Remiantis tarptautiniais sąnaudų grupių koeficientais (parodančiais kiekvienos sąnaudų grupės įtaką konkrečios DRG sąnaudoms) perskaičiuoti gydymo įstaigų teikiami 16 sąnaudų grupių duomenys ir nustatyta vidutinė grupės atvejo sąnaudų suma:

Dienos gydymo sąnaudos	Paros gydymo sąnaudos	Lovadienio sąnaudos, kai gydymo trukmė < min	Atvejo sąnaudos, kai min ≤ gydymo trukmė ≤ max	Lovadienio sąnaudos, kai gydymo trukmė > max
1 131,89	1 246,07	228,35	1 931,12	62,41

2. Įvertinus ataskaitinio laikotarpio gydymo įstaigų bendras vidutines atvejo kainos sąnaudas (2015 m. buvo 599,95 Eur), apskaičiuojamas kainos koeficientas 2017-iesiems metams, parodantis konkrečiai grupei apskaičiuotų sąnaudų ir bendrų gydymo įstaigų ataskaitinio laikotarpio vidutinių sąnaudų santykį. Jis tvirtinamas sveikatos apsaugos ministro įsakymu²⁹:

Dienos gydymo kainos koeficientas	Paros gydymo kainos koeficientas	Lovadienio sąnaudos, kai gydymo trukmė < min	Atvejo kainos koeficientas, kai min ≤ gydymo trukmė ≤ max	Lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė > max
1131,89 / 599,95 = 1,887	1 246,07 / 599,95 = 2,077	228,35 / 599,95 = 0,381	1 931,12 / 599,95 = 3,219	62,41 / 599,95 = 0,104

3. Apskaičiuotas kainos koeficientas dauginamas iš sveikatos apsaugos ministro patvirtintos bazinės kainos (2017 metams – 536,87* balo). Gaunama kaina balais, mokama gydymo įstaigoms teikiant šiai grupei priskiriamas paslaugas:

Dienos gydymo	Paros gydymo	Lovadienio, kai gydymo trukmė < min	Atvejo kainos, kai min ≤ gydymo trukmė ≤ max	Lovadienio kainos, kai gydymo trukmė > max
1,887 × 536,87 = 1 013,07	2,077 × 536,87 = 1 115,08	0,381 × 536,87 = 204,55	3,219 × 536,87 = 1 728,18	0,104 × 536,87 = 55,83

*nuo 2017-07-01, atsižvelgiant į skiriamą papildomą rezervo lėšas, perskaičiuota į 558,88 balo.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal VLK duomenis

²⁷ Ten pat.

²⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2011-08-12 įsakymu Nr. V-786 patvirtinto Aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo III sk. nurodytos sąnaudų grupės, pvz. gydytojų, slaugos personalo, kito personalo darbo užmokesčio, laboratorijos, vaizdo gavimo, kritinės būklės pacientų priežiūros, operacijų, priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus ir kt.

²⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2011-12-23 įsakymas Nr. V-1118.

Apibendrinant visą sudėtingą sistemą galima sakyti, kad bazinė kaina, nuo kurios priklauso gydymo įstaigoms už teikiamas paslaugas mokama lėšų suma, – tai vidutinė kaina, kurią PSDF planuoja mokėti bendrai už vieną gydymo atvejį (kai koeficientas 1 ir nėra naudojamos tik retesniems atvejams reikalingos papildomos priemonės³⁰). Ši kaina, apskaičiuota 2017-tiems metams³¹ pagal gydymo įstaigų 2015 metų duomenis ir įvertinus 2017 metų PSDF biudžeto galimybes, sudarė 536,87 balų (jei balas būtų lygus 1, tai sudarytų 536,87 Eur), tuo tarpu pagal gydymo įstaigų sąnaudų pateiktus duomenis vidutinė gydymo atvejo kaina 2015 metais buvo 599,95 Eur. Vadinasi vidutinė kaina, esant infliacijai, ne tik nepadidėjo, bet dar ir nesiekė prieš du metus buvusio lygio.

Pažymėtina, kad skaičiuojant aktyviojo gydymo paslaugų kainą vertinami 16 sąnaudų grupių duomenys, tačiau įtraukiamos ne visos sąnaudos: neįtraukiamos ilgalaikio turto, įsigyto ne PSDF lėšomis, nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos (tai sudaro apie 20–25 proc. gydymo įstaigų nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudų); nevertinama SAM gydymo įstaigoms perduota medicininė įranga, nekilnojamasis turtas, kurių įsigijimo vertė 2018-01-31 sudarė atitinkamai 213,9 mln. ir 323,9 mln. Eur (likutinė vertė – atitinkamai 42,5 mln. ir 250,4 mln. Eur). Todėl apskaičiuoti netikslūs (sumažinti) tų paslaugų, kurioms suteikti naudojama minima nevertinama įranga, pastatai ir kt., kainų koeficientai. Analogiška situacija yra ir skaičiuojant kitų ASP paslaugų bazines kainas.

Kita problema – surinkus skirtingų gydymo įstaigų duomenis, gaunamas jų patiriamų sąnaudų vidurkis, neatsižvelgiant į taikomų sveikatos priežiūros technologijų skirtumus (kai pažangesnės technologijos yra pacientui naudingesnės bet brangesnės), brangesnes technologijas taikančių gydymo įstaigų sąnaudos nevisiškai kompensuojamos, o ne tokias pažangias technologijas taikančios įstaigos gauna didesnę apmokėjimą. Skirtingas technologijas taikančių gydymo įstaigų sąnaudų sulyginimas sukuria ir pacientų priemokų problemą – iš pacientų reikalaujama priemokų už paslaugas, už kurias, gydymo įstaigų ir VLK nuomone, PSDF neapmoka.

Apie tai, ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas siejamas su jų kokybe (paslaugų veiksmingumo ir gydymo rezultatais), ar gydymo įstaigos turi finansinių paskatų šią kokybę gerinti, ar pacientams prieinamas gydymas naujomis technologijomis Valstybės kontrolė numato pasisakyti valstybinio audito ataskaitose „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“, „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“.

15. EBPO savo ataskaitoje³² nurodė, kad Lietuvos ligoninių tinklas vis dar neefektyvus, specialistai atlieka per mažai sudėtingų procedūrų, tad praranda įgūdžius. Problemų kelia ir žemi atlyginimai, medikų emigracija. Esama sistema³³, kai ligoninių pajėgumai (lovų skaičius) gana dideli, ligoninės yra arti ir nereikia mokėti, stacionaro paslaugomis naudojamosi per daug: stacionaro lovų skaičius yra antras pagal dydį ES (Lietuvoje 608, palyginti su ES vidurkiu 418 lovų 100 tūkst. gyventojų), hospitalizavimo rodikliai tebėra dideli ir nemažėja – 24 atvejai 100 gyventojų, o ES vidurkis yra 17.

³⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2011-12-23 įsakymo Nr. V-1118, 1.4 p.

³¹ Skaičiavimo duomenų bazė, skaičiuojant 2017 metų kainas, yra 2015 metai.

³² OECD/Reviews of Health Systems:Lithuania, 2018.

³³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285293-lt>.

Aktyviojo gydymo kainoms nustatyti naudojami pagal Lietuvos gydymo įstaigų sąnaudas perskaičiuoti tarptautiniai koeficientai. Tačiau dėl didelių tarptautinių ir Lietuvos paslaugų struktūrų skirtumų, kainai nustatyti naudojamų duomenų detalumo ir patikimumo trūkumo (gydymo įstaigos taiko skirtingus gydymo metodus, sąnaudų skirstymo į sąnaudų grupes principus, trūksta duomenų (duomenys reikiamu detalumu neregistruojami) ir kt.) šių paslaugų kainų disproporcijos kol kas išlieka. Todėl 2015 m. I ketv. pradėtas vykdyti Detalios paciento lygiu sąnaudų apskaitos (DPLSA) projektas (numatoma pabaiga – 2018 m. IV ketv.). Juo siekiama apskaičiuoti kiekvienos aktyviojo gydymo paslaugos savikainą bei sudėti į jų pagrindą nustatyti vidutinę paslaugos kainą. Nors vykdant DPLSA projektą buvo siekiama sukurti tuo pačiu ir gydymo įstaigų veiklos poreikiams pritaikytas, dalinę paciento lygmens apskaitą atlikti leidžiančias priemones (įskaitant informacinę sistemą), tačiau audito metu apskaitą 5 gydymo įstaigas (iš 15), kuriose diegiama DPLSA informacinė sistema, nustatėme, kad patikimų duomenų surinkimo ir gavimo problema išlieka.

16. Kitoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (PAASP, GMP, kt.) nustatyta bazinė kaina – tai taip pat vidutinė tokių paslaugų kaina. Ji apskaičiuojama vertinant pasirinktų gydymo įstaigų ataskaitinio laikotarpio veiklos sąnaudas, tenkančias vienam aptarnaujamam gyventojui / paslaugai suteikti. Tačiau kitaip nei aktyviojo gydymo paslaugų atveju, šios bazinės kainos neperskaičiuotos jau daug metų, o jų perskaičiavimo periodiškumas nereglamentuotas. Per 2006–2017 m. laikotarpį PAASP paslaugų metinės bazinės kainos balais³⁴ keitėsi įvertinant tik paslaugos turinio keitimo įtaką, bet ne visas besikeičiančias teikimo sąnaudas. 2011–2017 metų laikotarpiu GMP paslaugų metinės bazinės kainos balais³⁵ dėl besikeičiančių teikimo sąnaudų taip pat nesikeitė.

ASP paslaugų bazinių kainų perskaičiavimą³⁶ gali inicijuoti SAM, VLK, asmens sveikatos priežiūros įstaigos, sveikatos apsaugos srityje veikiančios asociacijos ir fiziniai asmenys, tačiau šis procesas yra nepakankamai viešas ir atviras visuomenei, neinformuojamas su sveikatos apsauga susijusios nevyriausybinės organizacijos (pacientų ir gydytojų draugijos) ir kiti suinteresuoti asmenys, nes vykdomas pagal oficialiame Teisės aktų registre nepaskelbtą teisės aktą.

ASP paslaugų bazinių kainų nustatymo ir perskaičiavimo periodiškumas pagal iniciatorius pavyzdys

Per 2017 m. VLK gavo 9 pavedimus nustatyti arba perskaičiuoti ASP paslaugų bazines kainas. Visais atvejais pavedimus teikė tik SAM, iš jų: 6 – dėl naujų paslaugų bazinių kainų nustatymo, 3 – dėl bazinės kainos pakeitimo įvertinant tik paslaugos turinio pakeitimo įtaką. PSDT sprendimai priimti ir ministro įsakymai išleisti dėl 6 pavedimų, iš kurių tik vienas – dėl bazinės kainos pakeitimo: sumažinus pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros ir kitų specialistų maksimalų prirašytų gyventojų skaičių iki 17 tūkst., metinė bazinė kaina balais³⁷ padidinta 0,73 balo ir siekė 4,7 balo atsižvelgiant į papildomų etatų skaičių. Šiai kainai apskaičiuoti taikytas 2016 m. II pusmečio vidutinis etato DU. Dėl kitų pavedimų sprendimai nepriimti, vyksta kainos nustatymo, perskaičiavimo procesas.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal VLK duomenis

³⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymas Nr. V-943.

³⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymas Nr. V-1131.

³⁶ VLK direktoriaus 2009-02-13 įsakymu Nr. 1K-19 patvirtinto Paraiškų dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo arba perskaičiavimo teikimo ir vertinimo bei šių paslaugų bazinių kainų nustatymo ir perskaičiavimo tvarkos aprašo 5 p.

³⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2018-02-02 įsakymas Nr. V-124.

Dabar taikomu metodu kitų nei aktyviojo gydymo paslaugų (PAASP, GMP, kt.) bazinė kaina balais apskaičiuojama vertinant kintamus dydžius (gyventojų skaičius, jų amžius, paslaugos turinys ir pan.), priklausančius nuo šalies ekonominės būklės, demografinių, emigracijos procesų, kainų pokyčių. Taigi, tokių paslaugų kaina negali būti nekintama (neperskaičiuojama), o VLK nustatytas 1,5 etato šių bazinių kainų apskaičiavimo (perskaičiavimo) funkcijai atlikti neturėtų būti viena iš kainų neperskaičiavimo priežasčių. Pažymėtina, kad SAM iniciatyva nuo 2018-04-21 patvirtinta³⁸ nauja PAASP paslaugų (išskyrus psichikos sveikatos priežiūros ir odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) bazinė kaina, kuri pagal pakeistą kainų nustatymo tvarką³⁹ apskaičiuota vertinant ne gydymo įstaigų patiriamas sąnaudas, o pagal PSDF galimybes tokias paslaugas apmokėti.

17. Nors sveikatos priežiūros paslaugų kainos dėl kintančių jų teikimo sąnaudų perskaičiuojamos skirtingu periodiškumu, visos ASP paslaugų, už kurias apmokama iš PSDF, bazinės kainos 2016–2017 metų laikotarpiu indeksuotos 5,5 ir 4,1 proc., tam iš PSDF biudžeto rezervo skirta atitinkamai 30 mln. ir 24,6 mln. Eur. ASP paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodikoje⁴⁰ yra numatyta galimybė indeksuoti ASP paslaugų bazines kainas, tačiau joje nustatyti tik indeksavimo principai, o indeksavimo dydžio nustatymo kriterijų nėra, todėl jų objektyviai įvertinti negalime. Minėti procentiniai dydžiai apskaičiuoti atsižvelgiant tik į PSDF biudžeto finansines galimybes ir neatitiko kitų metodikoje įtvirtintų principų – bazines kainas indeksuoti įvertinus paslaugų aktualumą, plėtrą, optimizavimą bei atsižvelgus į gydymo įstaigų restruktūrizavimo tikslus. Detalesnis iš PSDF apmokamų ASP paslaugų bazinių kainų indeksavimas nereglamentuotas, nors mokamų paslaugų kainų indeksavimo tvarka patvirtinta⁴¹.
18. Gydymo įstaigų teikiamų mokamų ir nemokamų (t. y. tų, už kurias apmokama iš PSDF biudžeto) paslaugų kainas tvirtina SAM⁴². Ji taiko skirtingą praktiką: iš PSDF biudžeto apmokamų ASP paslaugų *bazines kainas* tvirtina balais, o mokamų asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kainas tvirtina nacionaline valiuta (eurais). Įstatymai nereglamentuoja, kokia išraiška – balais ar nacionaline valiuta – nustatomos kainos. Balo vertė nacionaline valiuta tvirtinama atskirai, nors balo vertės nustatymo nacionaline valiuta (jos dydžio) tvarkos nėra. SAM nemano, kad būtų tikslinga nustatyti tokią tvarką, tačiau svarių argumentų nepateikė. Per 2010–2017 m. laikotarpį ministro įsakymais nustatytas ASP paslaugoms taikomas bazinių kainų balo įkainis nacionaline valiuta⁴³ kito tiek į didesnę, tiek į mažesnę pusę. Taip pat taikytas diferencijuotas bazinių kainų balo įkainis eurais skirtingoms ASP paslaugoms. Todėl patvirtinus didesnes ASP paslaugų bazines kainas, dėl padidėjusių gydymo įstaigų sąnaudų tas paslaugas teikiant, gydymo įstaigos nebūtinai gaus didesnę apmokėjimą už jas dėl sveikatos apsaugos ministro periodiškai nustatomo balo įverčio nacionaline valiuta, kuris šiuo metu yra 1, o, pvz., sunkmečiu buvo nukritęs iki 0,81.

³⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2018-04-19 įsakymas Nr. V-468.

³⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2018-05-10 įsakymas Nr. V-571.

⁴⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2013-04-22 įsakymas Nr. V-388.

⁴¹ Sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymas Nr. 357.

⁴² Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 13 str. 1 d.; Sveikatos draudimo įstatymas, 25 str.; Sveikatos sistemos įstatymas, 11 str. 2 d. 2 p.

⁴³ Sveikatos apsaugos ministro įsakymai „Dėl bazinių kainų balo vertės“, „Dėl balo vertės patvirtinimo“: 2009-12-30 Nr. V-1105; 2010-06-17 Nr. V-553; 2010-09-10 Nr. V-788; 2011-05-31 Nr. V-555; 2011-12-23 Nr. V-1114; 2014-02-10 Nr. V-214; 2015-02-10 Nr. V-188; 2015-12-30 Nr. V-1550.

19. Tam tikrų rūšių paslaugas, tokias kaip PAASP, GMP, teikiančioms gydymo įstaigoms skiriami papildomi mokėjimai už šių paslaugų teikimo rezultatus⁴⁴ kurie į bazinę kainą balais neįskaičiuojami. Savo turiniu tai yra apmokėjimas už gydymo paslaugas. 2017 metais jis sudarė 40 219,4 tūkst. Eur. Toks greta bazinės kainos esantis papildomas apmokėjimas⁴⁵ įstatyme nėra numatytas, o tokie priedai, skiriami gydytojams ir slaugytojams už jų tiesioginių funkcijų vykdymą, priklauso nuo objektyviai pagal nustatytus kriterijus nevertinamų PSDF biudžeto finansinių galimybių (nėra jų dydžių nustatymo tvarkos). Atkreipiame dėmesį, kad Sveikatos draudimo įstatyme nėra nustatyta kitų apmokėjimo už ASP paslaugas galimybių – tik bazinė kaina, todėl priedai už šių paslaugų teikimo rezultatus ne tik neturi įstatyminio pagrindo, bet ir iškreipia taikomą bazinių kainų nustatymo metodiką.
20. Gydymo įstaigos, kaip ir bet kuris kitas rinkoje veikiantis subjektas, turėtų žinoti kainą, kurią gaus už teikiamą paslaugą apmokamą iš PSDF biudžeto lėšų. Taip pat kiekvienas pacientas turėtų turėti galimybę žinoti visą tikslią jo gydymo kainą. To šiuo metu nėra dėl kintančio balo įverčio eurais, papildomų skatinamųjų mokėjimų ir netiksliai ir neišsamiai skaičiuojamų gydymo įstaigų patiriamų sąnaudų. Kaina, mokama gydymo įstaigoms už PSDF biudžeto lėšomis apmokamas gydymo paslaugas, turėtų būti nustatyta tokia, kuri padengtų objektyviai pagrįstas tokių paslaugų teikimo sąnaudas. Taip pat kainos perskaičiavimas, keitimas į didesnę ar mažesnę turėtų priklausyti nuo aiškiai įvardytų kriterijų, aplinkybių, numatyto periodiškumo. Įtakos šiems procesams neturėtų turėti PSDF finansinės galimybės, kurias valdyti galima koreguojant iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų paslaugų kiekį pagal prioritetus, atsižvelgiant tiek į jų rūšis, tiek į skaičių.

2.3. Naujų paslaugų įtraukimas į apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo sąrašą – neiškus

21. Teisė spręsti, kokios ASP paslaugos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, įvertinus VLK ir PSDT nuomones, suteikta⁴⁶ sveikatos apsaugos ministrui, tačiau aiškaus teisinio reglamentavimo, dėl jų įtraukimo, išbraukimo kriterijų, atnaujinimo periodiškumo nėra. Taip nesukuriamos prielaidos svarbioje visiems Lietuvos gyventojams sveikatos apsaugos srityje įgyvendinti Teisėkūros pagrindų įstatyme nustatytą konsultavimosi su visuomene teisėkūros etapą ir atvirumo bei skaidrumo principą. Praktikoje VLK, atsižvelgdama į Vyriausybės programos vykdymo plane numatytas priemones, nacionalinėse programose numatytas priemones, SAM darbo grupių, rengiančių paslaugų teikimo tvarkos aprašus, siūlymus, rengia PSDF biudžeto papildomų lėšų poreikio naujoms paslaugoms teikti prognozę⁴⁷ – Planuojamų naujų paslaugų sąrašą. Šį sąrašą VLK atnaujina per metus, tačiau 2017 metais dalis paslaugų, už kurias pradėta apmokėti iš PSDF buvo ne iš šio sąrašo.

⁴⁴ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skatinamieji priedai (pvz.: už moksleivių paruošimą mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūrą), apmokėjimas už gerus PAASP, GMP rezultatus (pvz.: darbo intensyvumą, prevencinių programų vykdymą, operatyvumą).

⁴⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 patvirtintas Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašas (2017 m. redakcija), I sk. 2 p., II sk.; sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymu Nr. V-1131 patvirtintas Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas, 21 p.

⁴⁶ Sveikatos draudimo įstatymas, 9 str. 6 d.

⁴⁷ VLK direktoriaus 2011-11-28 įsakymu Nr. 1K-260 patvirtintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų planavimo ir paskirstymo tvarkos aprašas, 15.7 p.

22. Sprendžiant šią problemą, Seime registruotas įstatymo projektas⁴⁸. Jame nustatomos ASP paslaugų, už kurias apmokama iš PSDF biudžeto lėšų, įrašymo į tokių paslaugų sąrašą ir išbraukimo iš jo sąlygos ir tvarka (numatoma rengti du ASP paslaugų sąrašus (kompensuotinių ir apmokamų), detalizuojami jų sudarymo principai ir kriterijai. Pažymime, kad įstatymo aiškumą ir numatomus teigiamus pokyčius mažina tai, kad projekte vis dar nėra *naujos paslaugos* sąvokos, numatytas principų ir kriterijų turinys pateiktas tik įstatymo projekto aiškinamajame rašte, o įpareigojimo parengti įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus, konkretizuojant turinį, šis projektas taip pat nenumato.
23. Siekiant kontroliuoti skiepjimais valdomas užkrečiamąsias ligas, PSDF biudžeto lėšomis⁴⁹ vykdoma Nacionalinė imunoprofilaktikos programa⁵⁰ – apmokama už centralizuotai įsigijamus programoje numatytus skiepus, skirtus apsaugoti apdraustuosius nuo užkrečiamųjų ligų ir jų komplikacijų. Įgyvendinant programą sveikatos apsaugos ministras įsakymais⁵¹ patvirtino jos įgyvendinimo tvarką, tačiau ministro įsakymai dėl naujų vakcinų įtraukimo į programą nesuderinti tarpusavyje ir neaiškūs. Programoje numatyta apmokėti už profilaktinius skiepėjimus pagal vaikų profilaktinių skiepėjimų kalendorių, bet jo keitimas neregamentuotas. Patvirtinus 2014–2018 metų imunoprofilaktikos programą, šis kalendorius visais atvejais pildytas remiantis minimos programos pakeitimais, išskyrus atvejį, kai į kalendorių buvo įtraukta rotavirusinės infekcijos vakcina, kuri nebuvo numatyta programoje. SAM, argumentuodama šios vakcinų įtraukimą, paaiškino, kad nepriklausomų ekspertų (patarėjų, konsultantų) grupė (NEG) 2015 metais nurodė įtraukti rotavirusinės infekcijos vakciną kaip vieną iš prioritetinių priemonių. Toks ministerijos paaiškinimas neteisingas, nes NEG svarstė klausimą dėl galimo erkinio encefalito ir rotaviruso vakcinų įtraukimo į skiepėjimų kalendorių, nurodant, kurių vakcinų įtraukimas į jį būtų prioritetinis, ir rekomendavo į Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programos priemonių planą nuo 2017 metų įtraukti erkinio encefalito vakciną, o dėl rotavirusinės infekcijos pasiūlė svarstyti skiepėjimo galimybes, įvykdžius visas 2014–2018 m. programoje numatytas priemones arba atsiradus papildomam šios programos finansavimui. Atkreipiame dėmesį, kad NEG rekomendacija – prioriteto tvarka įtraukti erkinio encefalito vakciną – neįgyvendinta.
24. Analogiška yra ir vaistinių preparatų įrašymo į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą situacija: nustatėme, kad į jį įtraukiami preparatai ne prioriteto tvarka. Vaistinių preparatų perkėlimą iš Rezervinio vaistų sąrašo į Ligų ir kompensuojamųjų vaistinių preparatų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) ar Centralizuotai apmokamų vaistų sąrašą (kompensuojami PSDF biudžeto lėšomis) reglamentuoja ministro patvirtinta tvarka⁵². Rezervinis vaistų sąrašas – tai prioriteto tvarka išdėstytas vaistinių preparatų, kurie dėl ribotų PSDF biudžeto galimybių dar nekompensuojami, sąrašas. Nustatėme atvejį, kai į PSDF biudžeto lėšomis centralizuotai apmokamų vaistų sąrašą⁵³ įtrauktas ne pirmoje, bet antroje Rezervinio vaistų sąrašo

⁴⁸ 2018-06-25 registruotas Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 9(2) ir 9(3) straipsniais įstatymo projektas (Reg. Nr. XIII P-2367).

⁴⁹ Sveikatos draudimo įstatymas, 15 str. 1 d. 3 p. a pp., 21 str. 2 d.

⁵⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2014-01-03 įsakymas Nr. V-8.

⁵¹ Sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 2015-06-12 Nr. V-757; 2017-09-19 Nr. V-1101 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepėjimų kalendoriaus patvirtinimo“; 2014-01-03 Nr. V-8 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programos patvirtinimo“; 2002-09-23 Nr. 468 „Dėl Imunoprofilaktikos organizavimo ir atlikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁵² Sveikatos apsaugos ministro 2002-04-05 įsakymu Nr. 159 patvirtintas Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašas, VII sk., 57–64 p.

⁵³ Sveikatos apsaugos ministro 2017-06-15 įsakymas Nr. V-747.

vietoje esantis vaistinis preparatas⁵⁴. Pagal komisijos protokolą⁵⁵ šis sprendimas buvo priimtas vadovaujantis jau kita aprašo nuostata⁵⁶, leidžiančia vaistinius preparatus įrašyti į Centralizuotai apmokamų vaistų sąrašą, kai esant toms pačioms aplinkybėms jau tenkinamas kitas, paprastesnis, lankstesnis, kriterijus – prognozuojamos vaistinio preparato kompensavimo iš PSDF biudžeto išlaidos neturi viršyti 0,05 proc. visų praėjusių metų PSDF biudžeto išlaidų, skirtų vaistiniams preparatams kompensuoti, sumos. Tokiu būdu dabar galiojanti tvarka leidžia įtraukti pigesnius vaistinius preparatus į centralizuotai apmokamų vaistų sąrašą, taip išvengiant prioriteto kriterijaus. Atkreipiame dėmesį, kad SAM ir VLK pateikė skirtingus teisės aktų nuostatų taikymo paaiškinimus. Tai rodo, kad jie painūs ir kad sudarytos sąlygos priimti ne visada tinkamiausius sprendimus.

SAM, VLK nuomonių pavyzdys

Atsakydama į klausimą, kodėl komisija perkėlė vaistinį preparatą iš Rezervinio vaistų sąrašo į Centralizuotai apmokamų vaistų sąrašą neatsižvelgdama į tai, kad minimas vaistinis preparatas buvo antroje vietoje, kai pirmoje ir antroje vietose esančių vaistų terapinė ir farmaekonominė vertė vienoda, SAM informavo: Tvarkos aprašo 64 punktas nurodo, kad, jeigu PSDF biudžetas yra nepakankamas visų Rezerviniame vaistų sąrašė esančių vaistinių preparatų prognozuojamam kompensavimo poreikiui užtikrinti, į Centralizuotai apmokamų vaistų sąrašus siūloma įtraukti tik tuos vaistinius preparatus, kurių poreikiui užtikrinti lėšų pakanka. Minimu atveju, įvertinus pareiškėjo pasiūlytas nuolaidas, papildomos PSDF biudžeto išlaidos buvo nereikšmingos, todėl buvo priimtas siūlymas šį vaistą kompensuoti.

Atsakydamos į klausimą, su kurių metų prognozuojamomis išlaidomis pagal Tvarkos aprašo 37 punktą reikia lyginti praėjusių metų PSDF išlaidas vaistiniams preparatams kompensuoti, SAM informavo, kad vertinamos tiek pirmųjų, tiek trečiųjų metų prognozuojamos kompensavimo išlaidos, o VLK – kad 37 punktas nereglamentuoja, su kurių metų prognozuojamomis išlaidomis turi būti lyginamas limitas, tačiau praktikoje limitas lyginamas tik su pirmųjų metų prognozuojamomis išlaidomis.

Atkreipiame dėmesį, kad, įrašant vaistus į centralizuotai apmokamų vaistų sąrašą, labai svarbus tampa aiškus laikotarpio identifikavimas, nes įprastai pirmaisiais metais naujo vaisto prognozuojamos išlaidos būna mažiausios, o kitais metais gali reikšmingai padidėti (minimo vaistinio preparato atveju prognozuojamos išlaidos be nuolaidų per 3 metus išaugo daugiau nei 3 kartus – nuo 160 tūkst. Eur. pirmaisiais iki 510 tūkst. Eur trečiaisiais metais). Siekiant PSDF lėšų naudojimo aiškumo ir skaidrumo, tikslinga atsisakyti ydingos praktikos tuos pačius klausimus reglamentuoti keliais tarpusavyje nesuderintais teisės aktais ir patikslinti teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir jų apmokėjimą, neaiškias ir nevienodai suprantamas nuostatas.

25. Ministro įsakymų, reglamentuojančių tą patį klausimą, gausa apsunkina procesą, nes net juos taikančios institucijos reglamentavimą supranta skirtingai. Audito metu išnagrinėję Imunoprofilaktikos programos ir Centralizuotai apmokamų vaistų sąrašo papildymo ir keitimo procesą nustatėme, kad kiekvieno jų sudarymą reglamentuoja net keli ministro įsakymai, tačiau naujų vakcinų įtraukimas, taip pat ir vaistų įrašymas į kompensuojamų PSDF biudžeto lėšomis sąrašą vis tiek neaiškus, o kai kuriais atvejais painūs ir šiuos įsakymus įgyvendinančioms institucijoms. Tai sudaro prielaidas finansuoti nebūtinai ekspertų vertinimu prioritetines, reikalingiausias vakcinas ir vaistus.

⁵⁴ Adalimumab supūliavusiam hidradenitui gydyti (L73.2).

⁵⁵ Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos posėdžio 2017-05-18 protokolas Nr. LKV-8/7.

⁵⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2002-04-05 įsakymu Nr. 159 patvirtintas Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašas, 37 p.

2.3.1. Kompensuojant išlaidas už ortopedijos technines priemones nustatėme neracionalaus lėšų naudojimo atvejų

26. Įstatyme⁵⁷ įtvirtinta biudžetinės įstaigos vadovo pareiga užtikrinti racionalų ir taupų lėšų bei turto naudojimą, veiksmingą biudžetinės įstaigos vidaus kontrolės sistemos sukūrimą, jos veikimą ir tobulinimą. Tačiau nustatant OTP bazines kainas nebuvo užtikrinta, kad kompensuojant jas PSDF biudžeto lėšos būtų naudojamos taupiai ir racionaliai. Nustatyta atvejų, kai už tą patį gaminį PSDF biudžeto lėšomis mokama 50 proc. daugiau, nei pacientas jį įsigytų be kompensacijų.
27. Tik nuo OTP įmonių pateiktų sąnaudų duomenų priklauso apskaičiuotos bazinės kainos dydis. OTP bazines kainas apskaičiuoja VLK⁵⁸ pagal šias priemones gaminančių ir (arba) parduodančių įmonių pateiktą informaciją apie patiriamas sąnaudas, t. y. apskaičiuojamas vidurkis, eliminuojant į pasikliautinį intervalą nepatekusių OTP duomenis. VLK, skaičiuodama daugiau nei 60-ies OTP tipų grupių bazines kainas 2017 metams, tik dvejais atvejais pasinaudojo numatyta⁵⁹ galimybe prašyti OTP įmonių papildomos informacijos apie sąnaudų pagrindimą, todėl bazinės kainos dydis nustatytas nepagrįstai besąlygiškai pasitikint OTP įmonių pateiktais sąnaudų duomenimis.

OTP kainų palyginimo pavyzdys: kompensuojamos fondo lėšomis vs perkamos be kompensacijos

Palyginus 2018-05-03, 2018-05-14, 2018-07-24 pasirinktų kompensuojamų OTP kainas, jas įsigyjant be kompensacijos, UAB „X“ interneto puslapyje su SAM patvirtintomis (nuo 2017-01-01) kainomis, matyti, kad jos skiriasi: pvz., serijinio kelio įtvairo (KA3-4) kaina be kompensacijų – 66,55 Eur, įsigyjant šią priemonę su kompensacija, ministro įsakymu patvirtinta jos vertė – 107,42 balai, o įvertinus balo vertę eurais, 2018 m. kovo mėn. iš PSDF biudžeto už ją buvo sumokėta 78,23 Eur, t. y. 17,5 proc. daugiau, nei įsigyjant be kompensacijos. Analogiška situacija ir įsigyjant krūtinės ir juosmens įtvarą (KR0-5-4), tik šiuo atveju kaina be kompensacijos – 27,83 Eur, o esant 100 proc. kompensacijai, už šią priemonę iš PSDF biudžeto sumokėta 42,99 Eur, t. y. net 54,5 proc. daugiau, nei įsigyjant be kompensacijos.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal UAB „X“ interneto puslapio ir ministro patvirtintų OTP bazinių kainų duomenis

Teisės aktuose OTP gaminių techninė specifikacija apibrėžta nepakankamai detalai, nors OTP gaminių detalės, medžiagos ir jų kokybė gali gerokai skirtis. Teisės aktuose nėra reikalavimo (išskyrus klausos aparatus) OTP įmonėms prekiauti tais gaminiiais, kurių sąnaudų duomenis jos teikė VLK, taigi informuojant apie sąnaudas gali būti pateikta, brangesnių gaminių kaina, o vėliau OTP įmonė apdraustiesiems gali išduoti pigesnius gaminius.

28. Be to, kad sąnaudų dydis nekontroliuojamas, jų pagrindu nustatytas bazines kainas perskaičiuoti privaloma tik kas trejus metus⁶⁰. Įpareigojimo perskaičiuoti OTP bazines kainas šiai tvarkai keičiantis taip pat nėra. Nuo 2018-01-01 pasikeitė⁶¹ OTP bazinių kainų nustatymo tvarka, tačiau pagal ją nėra viena jau kompensuojamų OTP bazinė kaina perskaičiuota nebuvo. Be kitų reikalavimų, naujoje tvarkoje įtvirtintas kainas galintis sumažinti įpareigojimas palyginti ortopedijos įmonių nurodytas iš trečiųjų šalių įsigyjamų

⁵⁷ Biudžetinių įstaigų įstatymo 9 str. 2 d. 6 p.

⁵⁸ VLK direktoriaus 2016-08-30 įsakymu Nr. 1K-251 patvirtinta Ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika.

⁵⁹ Ten pat, 10 p.

⁶⁰ Ten pat, 20 p.

⁶¹ VLK direktoriaus 2017-12-12 įsakymo Nr. 1K-241 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016 m. rugsėjo 30 d. įsakymo Nr. 1K-251 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“.

OTP kainas su viešai prieinamuose gamintojų kataloguose nurodytomis kainomis, o jas viršijus bazines kainas skaičiuoti pagal gamintojo nurodytas kainas. Numatyta ir didžiausia leistina bendrųjų ir administracinių sąnaudų dalis – ne daugiau kaip 30 proc. visos OTP bazinės kainos. Anksčiau ši riba nebuvo apibrėžta ir pasitaikė atvejų, kai OTP įmonės bendrųjų ir administracinių sąnaudų dalį įkainyje įvertino net 54 ar 60 procentų.

29. Kaip ir keičiant centralizuotai apmokamų vaistų sąrašą (24 pastraipa), įtraukiant naujas vakcinas į apmokamas PSDF biudžeto lėšomis (23 pastraipa), iš PSDF biudžeto kompensuojamų OTP sąrašas ne visais atvejais keistas (pildytas) vadovaujantis teisiniu reglamentavimu. Nuo 2017 m. klausos aparatai ir akių protezai įtraukti⁶² į pirmąjį OTP, kompensuojamų iš PSDF biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašą. Šis sąrašas papildytas be privalomų OTP gamybos ir pritaikymo išlaidų kompensavimo komisijos vertinimo⁶³ ir PSDT nuomonės dėl jų bazinių kainų⁶⁴.

Iki šių pokyčių klausos aparatai ir akių protezai buvo identifikuojami kaip medicinos pagalbos priemonės ir PSDF biudžeto lėšomis apmokami centralizuotai (buvo įrašyti į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą⁶⁵). Jiems įsigyti buvo taikomos Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatos⁶⁶. Už šias priemones apmokant kaip už OTP, patvirtintos klausos aparatų (su standartiniu ausies įdėklų) bazinės kainos kito: 2017-01-01–2017-02-07 laikotarpiu jos buvo prilygintos paskutinio viešojo konkurso mažiausiai kainai – šiuo laikotarpiu jų bazinių kainų apskaičiavimas nebuvo reglamentuotas; likusiu audituojamuoju laikotarpiu (2017 m.) atitiko teisinį reglamentavimą⁶⁷, tačiau dėl pastarojo taikymo, skaičiuojant paskutinio VLK vykdyto viešojo pirkimo konkurso dalyvių pasiūlytų kainų vidurkį, klausos aparatų bazinės kainos 2017 metais padidėjo 8–77 procentus.

Esamas OTP bazinių kainų nustatymo mechanizmas neužtikrina, kad kompensuojant OTP PSDF biudžeto lėšos būtų naudojamos taupiai ir racionaliai. Suprantant privataus verslo siekius uždirbti pelną, labai svarbu nustatyti visiems priimtina efektyvų sąnaudų kontrolės mechanizmą. Siekiant užtikrinti PSDF biudžeto lėšų racionalų naudojimą ir patenkinti pagrįstus apdraustųjų lūkesčius, tikslinga tobulinti OTP bazinių kainų skaičiavimo metodiką, įskaitant kainų perskaičiavimą, ir sukurti OTP įmonių pateikiamų sąnaudų duomenų kontrolės mechanizmą.

⁶² Sveikatos apsaugos ministro 2016-12-29 įsakymas Nr. V-1507.

⁶³ Sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymu Nr. V-234 patvirtintas Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos aprašas, 84 p.

⁶⁴ Sveikatos draudimo įstatymas, 25 str. 1 d.

⁶⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2014-08-28 įsakymas Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“ (iki 2017-01-01 galiojusi redakcija).

⁶⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2007-03-02 įsakymu Nr. V-136 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, 16.1 pp.

⁶⁷ VLK direktoriaus 2016-08-30 įsakymu Nr. 1K-251 patvirtinta Ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika, 17 (1) p.

REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
1.	Įgyvendinus ankstesnių auditų metu teiktas rekomendacijas ir žinant aiškias fondo finansines galimybes, pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos ASP paslaugų kainos, kuri būtų periodiškai perskaičiuojama pagal nustatytus kriterijus.	SAM	<ol style="list-style-type: none"> Įgyvendinti rekomendacijas dėl sveikatos draudžiamojo įvykio išgryninimo. Įgyvendinti rekomendacijas dėl gydymo įstaigoms neatlygintinai perduoto valstybės turto naudojimo. Įvertinti gydymo įstaigų tinklo efektyvumą, atsižvelgiant į EBPO pastabėjimus. Patvirtinti kriterijus, kuriais vadovaujantis būtų peržiūrimos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos. 	2020 m. I ketv.
2.	Užtikrinti, kad visos apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas dalys atitiktų įstatymo nuostatas.	SAM	Parengti Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo projektą.	2019 m. IV ketv.
3.	Reglamentuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimą ir išbraukimą iš kompensuojamųjų fondo lėšomis pagal įstatymais patvirtintus kriterijus, atsižvelgiant į paslaugų teikimo kainas ir objektyviai įvertintas fondo galimybes. Nustatyti kompensuojamųjų paslaugų sąrašo atnaujinimo ir peržiūrėjimo periodiškumą.	SAM	Lietuvos Respublikos Seimui priėmus Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 92 ir 93 straipsniais įstatymo projektą (2018-06-25 Nr. XIII P-2367), parengti poįstatyminius teisės aktus dėl paslaugų įtraukimo ir išbraukimo iš kompensuojamųjų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis paslaugų sąrašo, nustatant šio sąrašo atnaujinimo, peržiūrėjimo periodiškumą, atsižvelgiant į įstatyme nustatytus terminus.	2019 m. III ketv.
4.	Siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą, sujungti šiuo metu veikiančias fondo administravimo šešias įstaigas į vieną juridinį asmenį.	SAM	<ol style="list-style-type: none"> Atlikti Privalomąjį sveikatos draudimo fondą administruojančių įstaigų valdymo, vykdomų funkcijų analizę ir, atsižvelgiant į analizės rezultatus, priimti sprendimus dėl VLK ir teritorinių ligonių kasų vykdomos veiklos (funkcijų) optimizavimo, įskaitant tik vienos sutarties su kiekviena ASP į sudarymą, ir fondą administruojančių įstaigų optimalios pertvarkos alternatyvų, įvertinant ir įstaigų reorganizavimo galimybes. Pakeisti teisės aktus. 	<p>2018 m. IV ketv.</p> <p>2019 m. II ketv.</p>

* – priemonės ir terminus rekomendacijoms įgyvendinti pateikė Sveikatos apsaugos ministerija

Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais:
SAM Sveikatos ekonomikos departamento Sveikatos draudimo skyriaus vedėja Laima Vaičiulienė, tel. (8 5) 219 3314, el. p. laima.vaiciuliene@sam.lt

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo
fondo 2017 metų konsoliduotųjų
finansinių ir biudžeto vykdymo
ataskaitų rinkinių teisingumo bei
lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir
disponavimo jais teisėtumo
vertinimas“
1 priedas

Santrumpos ir sąvokos

Aktyviojo gydymo paslaugos – dienos chirurgijos ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo, tęstinio aktyvaus gydymo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis, išskyrus ilgalaikio gydymo ir stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas ir asmens slaugančio vaiką (-us) išlaikymą⁶⁸.

Aktyviojo gydymo atvejis – paciento gydymo laikotarpis (gydymo etapas), kuriuo jam teikiamos aktyviojo gydymo paslaugos⁶⁹.

ASP paslaugos – asmens sveikatos priežiūros paslaugos (PAASP, GMP, aktyviojo gydymo, kitos).

Bazinė kaina – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto, kaina. Viešojo pirkimo būdu centralizuotai įsigyjamų protezų, reagentų ir kitų medicinos pagalbos priemonių, būtinų asmens sveikatos priežiūrai, kaina laikoma šių priemonių bazine kaina⁷⁰.

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 mastu⁷¹.

Centralizuotai apmokamų vaistų sąrašas - centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašas.

⁶⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2013-04-22 įsakymu Nr. V-388 patvirtintos Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos 4.3 p.

⁶⁹ Ten pat, 4.1 p.

⁷⁰ Ten pat, 4.5 p.

⁷¹ Sveikatos apsaugos ministro 2007-03-02 įsakymas Nr. V-136.

DRG (giminingų diagnozių grupių angl. *Diagnosis Related Groups*) metodas – aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti taikomas šių paslaugų grupavimo, jas priskiriant medicinos (pagal diagnozes ir kitus kriterijus) ir ekonomikos (pagal sąnaudas) požiūriu panašioms paslaugų grupėms, metodas⁷².

Gydymo įstaigos – asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

GMP – greitoji medicinos pagalba.

KT nutarimas – LR Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas „Dėl LR valstybinio socialinio draudimo įstatymo, LR sveikatos draudimo įstatymo, LR ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties LR Konstitucijai“ (Byla Nr. 47/2009-131/2010).

SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

MMA – minimalioji mėnesinė alga.

OTP – ortopedijos techninės priemonės.

PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra.

PSD – privalomasis sveikatos draudimas.

PSDF, fondas – Privalomojo sveikatos draudimo fondas.

PSDT – Privalomojo sveikatos draudimo fondo taryba.

Rezervinis vaistų sąrašas – apsvarstytas vaistinių preparatų, kurių terapinė ir farmakoekonominė vertė atitinka nustatytus reikalavimus, kad jie būtų siūlomi įrašyti į Ligų ir kompensuojamųjų vaistinių preparatų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) ar Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą, tačiau šių vaistinių preparatų kompensavimas didina PSDF biudžeto išlaidas ir sprendimo priėmimo metu PSDF biudžeto finansinės galimybės yra nepakankamos, sąrašas⁷³.

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

VSDF – Valstybinis socialinio draudimo fondas.

⁷² Sveikatos apsaugos ministro 2011-08-12 įsakymu Nr. V-786 patvirtinto Aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo 3.4 p.

⁷³ Sveikatos apsaugos ministro 2002-04-05 įsakymu Nr. 159 patvirtinto Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašo 2.4 p.

Valstybinio audito ataskaitos
 „Privalomojo sveikatos draudimo
 fondo 2017 metų konsoliduotųjų
 finansinių ir biudžeto vykdymo
 ataskaitų rinkinių teisingumo bei
 lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir
 disponavimo jais teisėtumo
 vertinimas“
 2 priedas

Audito apimtis ir metodai

Auditų tikslai:

- įvertinti 2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenis ir pareikšti nepriklausomas nuomones;
- įvertinti Privalomojo sveikatos draudimo fondų lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais 2017 metais teisėtumą atsirinktose audituoti srityse.

Audituotos 2017 metų finansinės ataskaitos:

- konsoliduotosios finansinės būklės, konsoliduotosios veiklos rezultatų, konsoliduotosios pinigų srautų ir konsoliduotosios grynojo turto pokyčių ataskaitos bei konsoliduotųjų finansinių ataskaitų aiškinamieji raštai, parengti pagal 2017-12-31 duomenis.

Audituotos 2017 m. biudžetų vykdymo ataskaitos:

- biudžeto vykdymo, biudžeto pajamų plano vykdymo, biudžeto išlaidų plano vykdymo, asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų panaudojimo, biudžeto rezervo, biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo, mokėtinų ir gautinų sumų 2017 m. gruodžio 31 d. ataskaitos, 2017 m. gruodžio 31 d. informacija apie išlaidų asignavimų valdytojų darbo užmokesčiui vykdymą, biudžeto vykdymo ataskaitų aiškinamasis raštas.

Veikusios pavaldžios, kontroliuojamos ir (ar) konsoliduojamos įstaigos:

- Fondą administruoja VLK ir penkios TLK. Finansinės ir biudžeto vykdymo ataskaitose konsoliduojami 12 subjektų: VLK ir 5 jai pavaldžios biudžetinės įstaigos bei jų administruojami 6 išteklių fondai.

Audito apimtis nebuvo ribojama.

Auditas atliktas:

- pagal Valstybinio audito reikalavimus⁷⁴, tarptautinius audito standartus (TAS)⁷⁵ ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus⁷⁶;

⁷⁴ Valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymas Nr. V-26 „Dėl Valstybinio audito reikalavimų patvirtinimo“.

⁷⁵ 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>.

⁷⁶ Finansinio audito (1000-1810 TAAIS) ir atitikties audito (4000 TAAIS) standartai, prieiga per internetą: <http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=350>.

- siekiant gauti pakankamą užtikrinimą, kad (konsoliduotose) finansinėse ir biudžeto vykdymo ataskaitose nėra reikšmingų iškreipimų, o atsirinktose audituoti srityse fondo lėšos ir turtas valdomi, naudojami ir disponuojama jais teisėtai. Visiškas užtikrinimas neįmanomas dėl įgimtų audito ir vidaus kontrolės apribojimų bei to fakto, kad netikrinome visų (100 proc.) ūkinių operacijų, ūkinių įvykių ir sudarytų sandorių.

Audito apimtis ir metodai

Vertintos sritys ir atliktos procedūros dėl 2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinių duomenų

Atlikus audituojamo subjekto veiklos, apskaitos ir vidaus kontrolės sistemų tyrimą, nustatytos sritys, kuriose egzistuoja reikšmingo iškreipimo rizika:

Nustatytos svarbiausios audito sritys:

- pajamos (PSD įmokos, VB asignavimai, farmacinių įmonių grąžintos lėšos ir kt.);
- sąnaudos (socialinių išmokų, finansavimo – asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, OTP, VLK ir jos pavaldžių įstaigų darbo užmokesčio ir socialinio draudimo ir kt.);
- turto;
- įsipareigojimų.

Šiose srityse reikšmingo iškreipimo rizika nenustatyta.

Sritys, kuriose nustatytas kontrolės procedūrų efektyvumas (atliktas kontrolės testavimas):

Atlikti kontrolės testai pagrindinių kontrolės priemonių, skirtų užtikrinti, kad visos patiriamos sąnaudos būtų pagrįstos tinkamais dokumentais, apskaitos registruose užregistruojamos laiku, teisinga verte, tinkamose sąskaitose ir teisingai nurodytos finansinėse ataskaitose.

Sritys, kuriose atliktos pagrindinės audito procedūros (detalūs testai ir (ar) analitinės procedūros):

- Pajamų srityje atrankos būdu vertinta: pajamų pripažinimas, įvertinimas ir su jomis susijusių gautinų sumų registravimas (laiku, teisinga verte, esant tinkamiems pagrindžiamiesiems dokumentams, tinkamose sąskaitose); pajamų ir su jomis susijusių gautinų sumų inventorizacijos, suderinimo su trečiosiomis šalimis tinkamumas.
- Sąnaudų srityje atrankos būdu vertinta: sąnaudų pripažinimas ir registravimas (tą ataskaitinį laikotarpį, kurį jos buvo patirtos, pagrįstumas, tikrumas, užregistravimas teisinga verte, tinkamose sąskaitose); su jomis susijusių įsipareigojimų ir piniginių lėšų registravimas laiku, teisinga verte, atitinkančia pagrindžiančiuose dokumentuose nurodytas sumas.
- Turto ir įsipareigojimų srityse vertintas inventorizacijos atlikimo tinkamumą.

Bendras ataskaitų rinkinio vertinimas:

Įvertinta:

- taikomų apskaitos metodų tinkamumas ir apskaitinių vertinimų bei susijusių vadovybės atskleidimų pagrįstumas;
- bendras atitinkamai konsoliduotųjų finansinių ataskaitų arba finansinių ataskaitų pateikimas, struktūra ir turinys, įskaitant atskleidimus, ir tai, ar šiose ataskaitose pateikti pagrindžiantys sandoriai ir įvykiai taip, kad atitiktų VSAFAS reikalavimus;
- bendras biudžeto vykdymo ataskaitų pateikimas, struktūra ir turinys, ir tai, ar šiose ataskaitose pateikti pagrindžiantys sandoriai ir įvykiai taip, kad atitiktų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio pateikimo reikalavimus.

Vertintos sritys ir jose atliktos procedūros dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais 2017 metais teisėtumo

Atlikus audituojamų subjektų veiklos ir vidaus kontrolės sistemų tyrimą, nustatytos sritys, kuriose egzistuoja reikšminga neatitikties rizika:

Reikšminga neatitikties rizika nenustatyta, nustatytos šios svarbiausios audito sritys:

- Konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų – išlaidų ir pajamų;

Sritys, kuriose nustatytas kontrolės procedūrų efektyvumas (atliktas kontrolės testavimas):

Vidaus kontrolės testavimas nebuvo vykdomas.

Sritys, kuriose atliktos pagrindinės audito procedūros (detalūs testai ir (ar) analitinės procedūros):

Konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys:

- Išlaidų srityje vertinta: kaip laikomasi teisės aktų nuostatų dėl VLK ir jai pavaldžių įstaigų darbo užmokesčio apskaičiavimo ir mokėjimo; rezervo lėšų panaudojimas pagal paskirtį; kaip laikomasi teisės aktų, reglamentuojančių fondo lėšomis apmokamų paslaugų apimtį; kaip laikomasi teisės aktų nuostatų: keičiant centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą,

Audito apimtis ir metodai

ortopedijos techninių priemonių sąrašus, apmokant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kompensuojant ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidas.

- Pajamų srityje vertinta: kaip laikomasi teisės aktų nuostatų, susijusių su gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutarčių vykdymu; skirtingo PSD įmokų tarifo taikymo atitiktį Sveikatos draudimo įstatymo 2 str. 5 d., 5 str. apibrėžtam privalomojo sveikatos draudimo tikslui.
-

Teisės aktai, kuriems vertinta atitiktis:

Įstatymai:

- Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- Lietuvos Respublikos 2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
- Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (9 str., 13 str. 1 d.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (43 str., 49 str. 3 d., 84 str.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (4 str.).
- Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymas (27 str. 2 d.).
- Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo įstatymas (12 str.).
- Lietuvos Respublikos viešųjų ir privačių interesų derinimo valstybinėje tarnyboje įstatymas (4 ir 10 str.).
- Lietuvos Respublikos bendrojo pagalbos centro įstatymas (10 ir 11 str.).
- Lietuvos Respublikos biudžetinių įstaigų įstatymas (9 str. 2 d.).

Teismo sprendimas:

- Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014-02-26 sprendimas „Dėl LR Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo (byla Nr. 47/2009-131/2010).“

Vyriausybės nutarimai:

- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002-07-19 nutarimas Nr. 1167 „Dėl Vienkartinių piniginių išmokų valstybės tarnautojams skyrimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
 - Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.
 - Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014-04-23 nutarimas Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“.
 - Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999-06-03 nutarimas Nr. 719 „Dėl inventorizacijos taisyklių patvirtinimo“.
 - Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007-09-11 nutarimas Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patvirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“.
-

NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽŪSTAMI

