

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2021 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ FINANSINIO AUDITO REZULTATAI

2022 m. spalio 3 d.

Nr. FAE-8

SANTRAUKA

Audito tikslas ir apimtis

Vadovaudamiesi Valstybės kontrolės įstatymu¹ ir Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu², atlikome Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2021 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo vertinimo auditą.

Auditas atliktas pagal tarptautinius audito standartus ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus. Audito apimtis ir taikyti metodai išsamiau aprašyti 2 priede „Audito apimtis ir metodai“ (20–21 psl.).

¹ Valstybės kontrolės įstatymas, 8 str. 2 d. 2 p.

² Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 30 str.

Pagrindiniai audito rezultatai

1. 2021 m. konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinyje yra reikšmingų duomenų iškraipymų, biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys visais reikšmingais atžvilgiais teisingas

Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinys ne visais reikšmingais atžvilgiais sudarytas vadovaujantis viešojo sektoriaus atskaitomybės standartų nuostatomis. Nustatėme finansinės būklės ataskaitos (per vienerius metus gautinų sumų straipsnio) ir veiklos rezultatų ataskaitos (pagrindinės veiklos kitų pajamų ir socialinių išmokų sąnaudų straipsnių) duomenų reikšmingų iškraipymų (ataskaitos 1.1 poskyris, 2–22 p.), kuriuos lėmė šios aplinkybės:

- Nepagrįstai 41,84 mln. Eur padidintos fondo pagrindinės veiklos kitos pajamos ir socialinių išmokų sąnaudos. Šias lėšas sudaro vaistinio preparato registruotojų (jų atstovų) arba juridinių asmenų, turinčių didmeninio platinimo licenciją, pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis fondui pervestos lėšos ir ES, EEE šalių narių ir Šveicarijos grąžintos lėšos už jų apdraustiesiems Lietuvoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Savo ekonomine prasme šios lėšos yra fondo ankstesniais laikotarpiais pripažintų sąnaudų kompensacija už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) išduotus kompensuojamuosius vaistus bei medicinos pagalbos priemones ir fondo apskaitoje negali būti pripažįstamos pajamomis, o jų dydžiu turėtų būti mažinamos fondo patirtos sąnaudos.
- Negalime patvirtinti konsoliduotojoje finansinės būklės ataskaitoje nurodyto trumpalaikio turto (iš fizinių ir juridinių asmenų kitų gautinų sumų už fondui padarytą žalą) likučio (5,56 mln. Eur) ir veiklos rezultatų ataskaitoje nurodytų su šiomis gautinomis sumomis susijusių pagrindinės veiklos kitų pajamų dalies (2,19 mln. Eur) teisingumo. Šios lėšos administruojamos Žalos išieškojimo informacinėje sistemoje, kurios parametru nuostatos neužtikrina apskaitai tvarkyti reikalingų duomenų (konkrečios gautinos sumos, nustačius žalos faktą, pripažinimo laikotarpio, skolos padengimo ir jo pradelsimo termino) atsekamumo.
- Negalima įvertinti, kokia suma konsoliduotojoje finansinės būklės ataskaitoje pagal 2021-12-31 duomenis nurodytas trumpalaikio turto (kitų iš užsienio šalių gautinų sumų už Lietuvoje suteiktas paslaugas šių šalių draustiesiems) likutis (7,28 mln. Eur iš 32,86 mln. Eur) turi būti mažesnis ir atitinkamai ilgalaikio finansinio turto likutis (41,3 mln. Eur) didesnis dėl ilgiau nei 12 mėn. atidėtų kompensuotinių sumų mokėjimų, nes apskaitoje nėra fiksuojamas konkrečios gautinos sumos padengimo terminas.
- Trumpalaikių gautinų sumų apskaitoje neužregistruota 642,94 tūkst. Eur sukauptų gautinų finansavimo sumų ir finansavimo pajamų, iš jų 581,76 tūkst. Eur už migrantams suteiktas priežiūros paslaugas (išlaidos kompensuotinos ES ir valstybės biudžetų lėšomis) ir 61,18 tūkst. Eur – už pacientams, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktas paslaugas (išlaidos kompensuotinos valstybės biudžeto lėšomis).

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka, neatitinkanti Sveikatos draudimo įstatymo, taikyta 2020–2022 metais

Praėjusio audito metu konstatavome, kad nuo 2020 m. kovo mėn. sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatytas mokėjimas už planuotas suteikti ASP paslaugas negali būti laikomas bazinių kainų nustatymu, o teisė nustatyti tokią atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis tvarką įstatymu ministrui nebuvo suteikta. Tokią mokėjimo tvarką įvertinome kaip nesuderintą su Sveikatos draudimo įstatymo, paslaugų teikimo ir mokėjimo sutarčių nuostatomis.

Ministerija, atsižvelgusi į 2020 m. finansinio audito rezultatus, planavo svarstyti paslaugų apmokėjimo tvarkos nesuderinamumo su įstatymu klausimą, tačiau toks apmokėjimas fondo lėšomis už planuotas suteikti ASP paslaugas taikytas iki 2022 m. rugsėjo 30 dienos.

Fondo biudžeto lėšomis už 2021 m. sumokėta 1 032,46 mln. Eur už faktiškai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir 119,60 mln. Eur už planuotas suteikti sutartyse numatytos apimties paslaugas. Nuo 2022-10-01 grįžtama prie mokėjimo tik už faktiškai atliktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (2 skyrius, 17–18 psl.).

Rekomendacijos

Audito metu VLK raštu³ teiktos dvi rekomendacijos, susijusios su gautinų sumų (iš fizinių ir juridinių asmenų už fondui padarytą žalą ir iš ES, EEE šalių ir Šveicarijos už apdraustųjų gydymą) administravimo procesų įvertinimu ir visos buhalterinei apskaitai tvarkyti reikalingos informacijos kaupimu.

Aktuali informacija apie rekomendacijų įgyvendinimo būklę, rezultatus ir įvykusius pokyčius yra skelbiama atvirose duomenyse Valstybės kontrolės interneto svetainėje <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/AtviriDuomenys>.

³ Valstybės kontrolės 2022-07-19 raštas Nr. SD-(100-6-9.1.1-E-6116)-734.