



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS VEIKLA

2008 m. gegužės 10 d. Nr. VA-P-10-20-2-8
Vilnius

Auditas atliktas, vykdant
Valstybės kontrolės 1-ojo audito departamento
direktorės Vitos Jurkevičienės
2007-10-03 pavedimą Nr. P-10-20-2

Auditą atliko valstybinės auditorės:
Rasa Baušienė (grupės vadovė)
Virginija Paunksnienė
Milda Čeplinskienė

Auditas pradėtas 2007-10-03
Auditas baigtas 2008-05-10

Su valstybinio audito ataskaita galima susipažinti
Valstybės kontrolės interneto puslapyje
adresu www.vkontrole.lt

TURINYS

Santrauka	3
Ižanga	5
Audito apimtis ir procesas	6
Audito rezultatai	7
1. VLK funkcijų įgyvendinimas, planuojant ir naudojant PSDF biudžetą	7
1.1. PSDF biudžeto ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų masto kitimas	7
1.2. PSDF biudžeto rezervo planavimas ir paskirstymas	11
2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros ir kontrolės procesai VLK	15
2.1. Prioritetinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas	15
2.1.1. Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas	17
2.1.2. Ambulatorinių specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas	18
2.1.3. Profilaktinės (prevencinės) sveikatos priežiūros apmokėjimas	19
2.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekio ir kokybės kontrolės įgyvendinimas	23
3. VLK vykdomas centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos priemonių kompensavimas	26
3.1. Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimo organizavimas	26
3.2. VLK vykdomas sąnarių endoprotezų kompensavimas	27
3.2.1. Nemokamų sąnarių endoprotezų kompensavimas	28
3.2.2. Dalinių kompensacijų už pacientų lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus mokėjimas	30
4. Kita VLK vykdoma veikla	31
4.1. Paslaugų restruktūrizavimo programai skirtų lėšų panaudojimas	31
4.2. Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai skirtų lėšų panaudojimas	33
Išvados ir rekomendacijos	37

SANTRAUKA

Sveikatos draudimo įstatyme numatyta, kad Valstybinė ligonių kasa, atlikdama savo funkcijas, vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą, rengia jo projektą ir vykdymo metinę apyskaitą, prižiūri teritorinių ligonių kasų veiklą, iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sudaro rezervą ir nustatyta tvarka jį naudoja. Veiklos audito metu siekėme įvertinti VLK veiklą planuojant ir įgyvendinant PSDF biudžetą, tobulinant prioritetinių (ambulatorinių sveikatos priežiūros) paslaugų apmokėjimą, aprūpinant ir kompensuojant sanarių endoprotezus, finansuojant restruktūrizavimo, savivaldybių visuomenės sveikatos programas.

Audito metu nustatyta, kad Valstybinė ligonių kasa, planuodama PSDF biudžetą, turėtų tiksliau nurodyti biudžeto rezervo lėšų likutį metų pabaigoje. Didelę dalį iš PSDF biudžeto rezervo 2006 ir 2007 metais paskirstytų lėšų buvo galima planuoti ir skirti iš patvirtinto PSDF biudžeto.

Planuojant PSDF biudžeto lėšas prevencinėms programoms įgyvendinti buvo numatomos didesnės lėšos, neatsižvelgiant į tai, kad 2004–2006 metais šioms programoms įgyvendinti planuotos lėšos nebuvo panaudotos (išskyrus 2006 metais Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą). Valstybinė ligonių kasa 2007 metais neatliko išsamios asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir jo kitimo tendencijų analizės, todėl ne visais atvejais pakankamai pagrįstai numatė PSDF biudžeto rezervo lėšų poreikį asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti.

Valstybinė ligonių kasa formavo teritorinėms ligonių kasoms PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų planinės kontrolės kryptis ir apimtis, rengė teritorinių ligonių kasų atliktos kontrolės apibendrinimus, tačiau vykdomos kontrolės procedūros ne visada buvo tinkamos. Kai kurių sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, turinys (diagnostikos ir gydymo technologija) neapibrėžtas, o paslaugos bazinė kaina neatitinka reikiamų sąnaudų. Valstybinė ligonių kasa, skirdama PSDF biudžeto lėšas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, negali tiksliai nurodyti, už kokios apimties pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas (konsultacijas ir tyrimus) apmoka (išskyrus skatinamąsias ir profilaktinių programų paslaugas). Šeimos gydytojo ta pati prevencinė veikla PSDF biudžeto lėšomis gali būti apmokama keliais būdais: kaip bazinis mokėjimas už įrašytus į sąrašą aptarnaujamus gyventojus, kaip skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kaip prevencinių programų priemonių vykdymas. Vienodos ambulatorinės specializuotos konsultacijos gali būti apmokamos skirtingomis bazinėmis kainomis. Pavyzdžiui, jei gydytojų specialistų konsultacijos apmokamos pagal prevencinėse programose numatytas bazines kainas, šios konsultacijos apmokamos didesnėmis bazinėmis kainomis negu įprastinės konsultacijos. Valstybinė

ligonių kasa neteikė siūlymų Sveikatos apsaugos ministerijai dėl paslaugų detalizavimo (kokybinių reikalavimų) tobulinimo.

Valstybinė ligonių kasa, 2006–2007 metais nepanaudojusi sąnarių endoprotezams įsigyti ir kompensacijoms išmokėti numatytų lėšų, neskyrė jų kompensacijoms išmokėti, kad sumažintų dalinių kompensacijų už savo lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus laukiančiųjų skaičių. Neskelbiama informacija apie pacientų eilę pagal pasirinktą asmens sveikatos priežiūros įstaigą, nuo kurios priklauso, kiek reikės laukti nemokamo sąnario endoprotezo.

Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų netikslingas, nes teritorinės ligonių kasos nedalyvauja programų atrankoje, nėra atsakingos, neturi galimybės kontroliuoti programų priemonių vykdymo ir rezultatų. Skirtingais būdais finansuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugas (sudarant sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, prevencines programas, savivaldybių programas) didėja Valstybinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų administravimo sąnaudos.

Pateikėme rekomendacijas Valstybinei ligonių kasai ir Sveikatos apsaugos ministerijai. Įgyvendinus pateiktas rekomendacijas, atsirastų prielaidos tiksliau planuoti PSDF biudžetą, tobulinti ambulatorinių paslaugų finansavimo ir apmokėjimo principus, sąnarių endoprotezų kompensavimą.

IŽANGA

Strateginį tikslą¹ – efektyviai naudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšas sveikatos priežiūrai ir tinkamai atstovauti draudžiamųjų interesams – įgyvendinti pavesta Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK). VLK numatė² gerinti PSDF biudžeto planavimą ir tobulinti kainodaros sistemą, atsižvelgiant į gyventojų sveikatos priežiūros poreikius. VLK pagrindinės funkcijos³ – rengti PSDF biudžeto projektą ir jo vykdymo metinę apyskaitą, vykdyti PSDF biudžetą; prižiūrėti teritorinių ligonių kasų veiklą; sudaryti iš PSDF biudžeto lėšų rezervą ir teisės aktų nustatyta tvarka jį naudoti. Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos, vykdančios privalomąjį sveikatos draudimą, pagal kompetenciją užtikrina nustatytų rūšių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą, kontroliuoja jų kiekį ir kokybę, atlieka privalomojo sveikatos draudimo lėšų naudojimo finansinę ir ekonominę analizę, teikia lėšas valstybės ir savivaldybių fondams, vykdo įstatymuose ir ligonių kasų nuostatuose numatytas funkcijas⁴.

VLK turi nuolat analizuoti savo ir TLK veiklą, vertinti, kaip vykdomas PSDF biudžetas ir įgyvendinami PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymai.

Pastaraisiais metais sparčiai didėjo PSDF biudžeto pajamos. Didėjo ir asmens sveikatos priežiūros finansavimas. PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, didėjimui daugiausia įtakos turėjo prisiimti išipareigojimais⁵ didinti medicinos darbuotojų darbo užmokestį. Labai svarbu, kad geresnį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą pajustų ne tik specialistai, bet ir kiekvienas šių paslaugų vartotojas – pacientas. Privalomojo sveikatos draudimo taryboje buvo pažymėta⁶, kad medikų atlyginimų didinimas tebėra per menkai susijęs su sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimu.

2007 metais VLK, planuodama PSDF biudžeto lėšas, prioritetą skyrė ambulatorinei grandžiai, dienos stacionarui ir dienos chirurgijai plėtoti, naujoms technologijoms, daugėjančioms brangių tyrimų ir procedūrų paslaugoms apmokėti, tikintis, kad tai paskatins stacionaro įstaigų veiklą, sumažins brangių stacionaro paslaugų poreikį, bus teikiama daugiau pigesnių (dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo, trumpalaikių ir priėmimo skyriuose teikiamos skubios pagalbos) paslaugų pacientams. Geras PSDF biudžeto lėšų administravimas – svarbus veiksnys finansuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, gerinant jų prieinamumą.

¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007-01-24 nutarimu Nr. 140 patvirtintas Sveikatos apsaugos ministerijos 2007-2009 metų strateginis veiklos planas.

² Valstybinės ligonių kasos kokybės politika, prieiga per internetą <http://www.vlk.lt/kokybespolitika> [Žiūrėta 2008-02-19].

³ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343, 30 str.

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343.

⁵ 2005-05-03 trišalis susitarimas „Dėl medikų darbo užmokesčio didinimo“.

⁶ Valstybinės ligonių kasos 2007-08-02 informacinis pranešimas „Privalomojo sveikatos draudimo taryboje“.

AUDITO APIMTIS IR PROCESAS

Audito objektas – VLK veikla.

Audito subjektas – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Audito tikslas – įvertinti VLK veiklą, gerinant asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą ir apmokėjimą, atsižvelgiant į tai, kad PSDF biudžetas pastaraisiais metais didėjo.

Vertinimo kriterijai

Audito metu buvo taikomi kiekybiniai vertinimo kriterijai:

- PSDF biudžeto lėšomis finansuojamų paslaugų skaičius, kitimas ir palyginimas;
- Centralizuotai perkamiems sąnarių endoprotezams ir piniginiams kompensacijoms už endoprotezus skirtų lėšų kitimas ir įtaka sąnarių endoprotezavimo eilės pokyčiui;
- PSDF biudžeto planuotų ir panaudotų lėšų palyginimas;
- Pasirinktose VLK vykdomose programose numatyti kriterijai pasiektiems rezultatams įvertinti.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybinius pokyčius vertinome pagal teisės aktuose, sutartyse su gydymo įstaigomis nustatytus reikalavimus ir jų pakeitimus.

Audito procesas. Informaciją rinkome Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Sveikatos apsaugos ministerijoje, asmens sveikatos priežiūros įstaigose, Vilniaus miesto savivaldybėje. Raštu pateikėme klausimus teritorinėms ligonių kasoms ir asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, atliekančioms sąnarių endoprotezavimą. Susipažinome su teisės aktais, reglamentuojančiais VLK veiklą, metinėmis veiklos ataskaitomis, skyrių nuostatais, planais, ataskaitomis, PSDF biudžeto vykdymo apyskaitomis, kai kuriais sprendimais dėl PSDF biudžeto lėšų skyrimo ir kitais dokumentais.

Audito metu vertinome Valstybinės ligonių kasos pateiktus 2007 metų duomenis, o tendencijas vertinome pagal 2004–2007 metų duomenis.

Pastaba: Audito metu buvo naudojami 2008 m. kovo 26 d. VLK pateikti nepatvirtinti 2007 metų PSDF biudžeto vykdymo apyskaitos duomenys.

Sutrumpinimai:

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

TLK – teritorinė ligonių kasa

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

AUDITO REZULTATAI

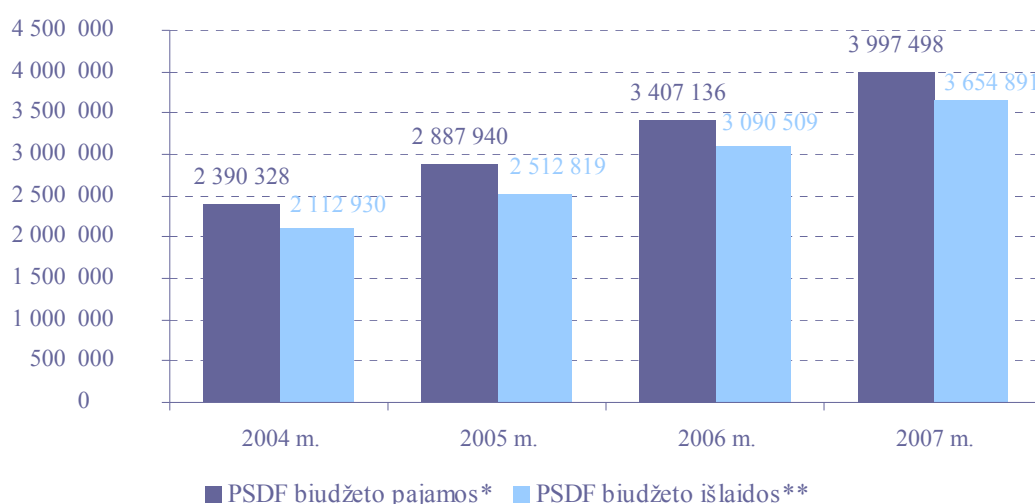
1. VLK funkcijų įgyvendinimas, planuojant ir naudojant PSDF biudžetą

Svarbiausias VLK uždavinys – teisės aktų nustatyta tvarka vykdyti privalomąjį sveikatos draudimą ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės programą šioje srityje. VLK nuostatuose numatyta, kad įgyvendinama jai pavestą uždavinį, VLK Sveikatos draudimo įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis privalomuoju sveikatos draudimu garantuoja draudžiamiesiems asmenims asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimą iš PSDF biudžeto per TLK; rengia ir teikia Sveikatos apsaugos ministerijai PSDF biudžeto projektą; vykdo PSDF biudžetą; suderinusi su Sveikatos apsaugos ministerija, sudaro PSDF biudžeto lėšų rezervą ir jį naudoja Vyriausybės nustatyta tvarka.

1.1. PSDF biudžeto ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų masto kitimas

PSDF biudžeto pajamų 2004–2007 metais kasmet daugėjo. Patvirtintas PSDF biudžetas 2007 metais, lyginant su 2003-iaisiais, buvo du kartus didesnis (2003 m. – 1 888 722 tūkst. Lt, 2007 m. – 3 640 382 tūkst. Lt). Didėjant PSDF biudžeto pajamoms, didėjo ir išlaidos.

1 pav. PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos, tūkst. Lt



* PSDF biudžeto pajamos – visos pajamos (patvirtintos PSDF biudžeto pajamos, planuotų pajamų (įmokų) padidėjimas ir lėšos rezervo sąskaitoje metų pradžioje).

** PSDF biudžeto išlaidos – išlaidos, atėmus rezervo sąskaitos ir kasos apyvartos lėšas metų pabaigoje.

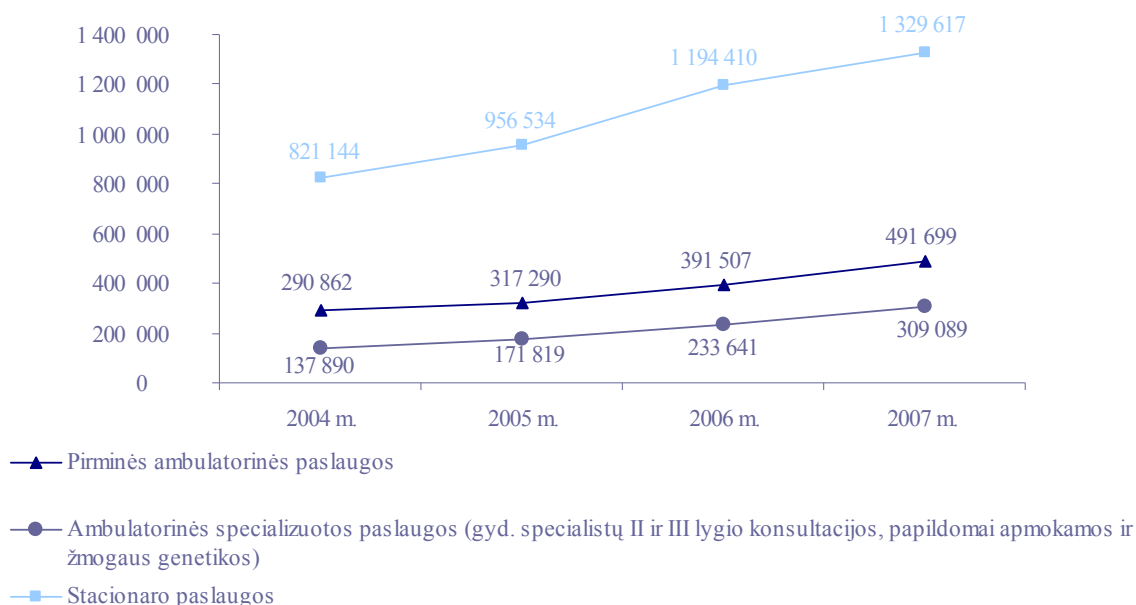
Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Didėjant PSDF biudžeto išlaidoms, išlaidų struktūra 2004–2007 m. nedaug keitėsi. Didžiausią dalį 2006 metais sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti – 61,8 proc. viso PSDF biudžeto. Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti sudarė 16,1 proc. viso PSDF biudžeto, sveikatos programoms finansuoti – 4,3 proc., medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui – 3,2 proc., galūnėms, sąnariams ir organams protezuoti, protezams įsigyti ir centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos priemonėms – 2,5 proc.

Patvirtinus naują asmens sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą⁷, paslaugoms, kurioms teikti reikia mažiau laiko ir yra mažesnės bazinės kainos (dienos chirurgijos, dienos stacionaro, teikiamos priėmimo–skubios pagalbos skyriuose, stebėjimo), apmokėti skirtas lėšas VLK priskyrė ambulatorinėms specializuotoms paslaugoms apmokėti skirtoms lėšoms. Palygindami ambulatorinių specializuotų paslaugų kitimą 2004–2007 m., prie šių paslaugų nepriskyrėme trumpesnio teikimo laiko ir mažesnės bazinės kainos paslaugų (dienos chirurgijos, dienos stacionaro, teikiamų priėmimo–skubios pagalbos skyriuose, stebėjimo), nes jos dažniausiai teikiamos ne ambulatorinėse, bet stacionaro įstaigose.

PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kasmet didėjo. Nuo 2005 m. paslaugų bazinės kainos buvo nuolat didinamos dėl planuoto medicinos darbuotojų darbo užmokesčio kėlimo.

2 pav. PSDF biudžeto lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, tūkst. Lt

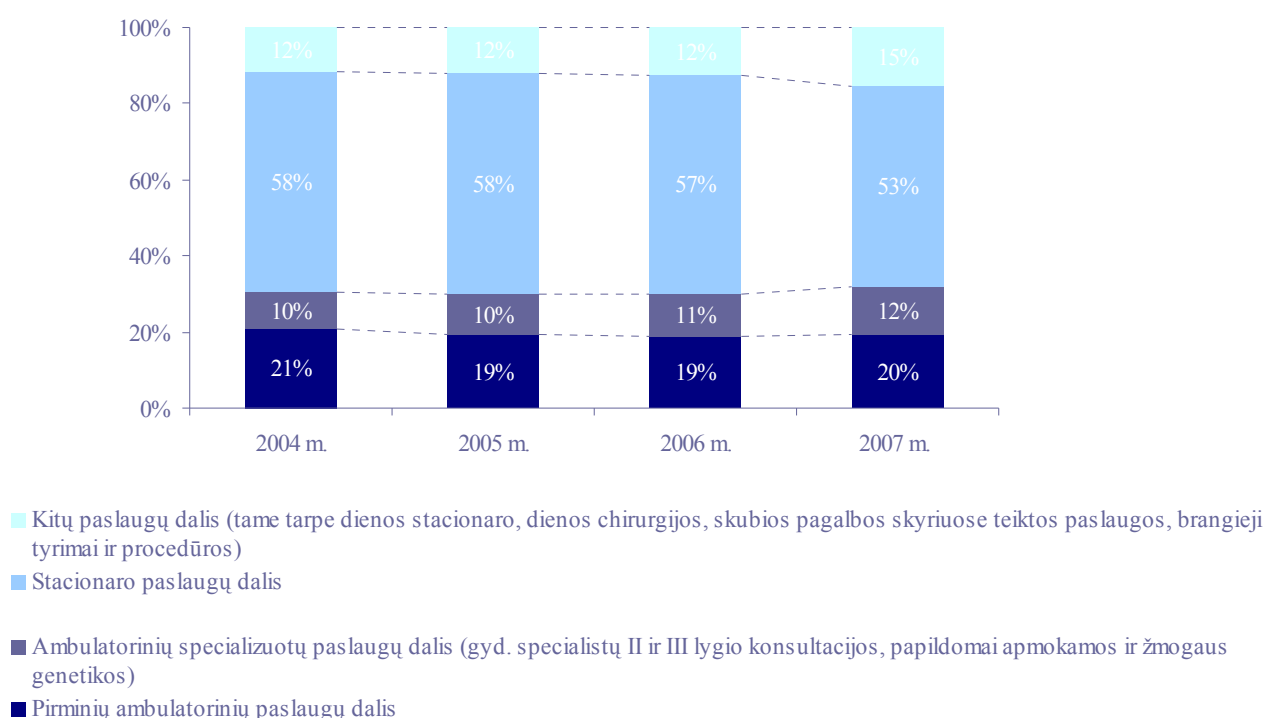


Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

Pirminė sveikatos priežiūra laikoma prioritetine sveikatos sistemos sritimi. Lietuvos sveikatos programoje deklaruojama, kad ne mažiau kaip 80 proc. visų sveikatos problemų turėtų spręsti ši sveikatos priežiūros grandis. PSDF biudžeto lėšos, skiriamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, nuolat didėjo: 2005 m., lyginant su 2004 m., padidėjo 9 proc., 2006 m., lyginant su 2005 m., – 23 proc., 2007 m., lyginant su 2006 m., – 26 proc. Plečiant pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, didėjo šias paslaugas teikiančių privačių įstaigų skaičius: 2003 m. buvo 322 (iš jų 124 privačios įstaigos), 2007 m. – 404 (iš jų 203 privačios įstaigos). Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms 2004–2007 m. buvo skiriama apie penktadalį asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti skirtų lėšų.

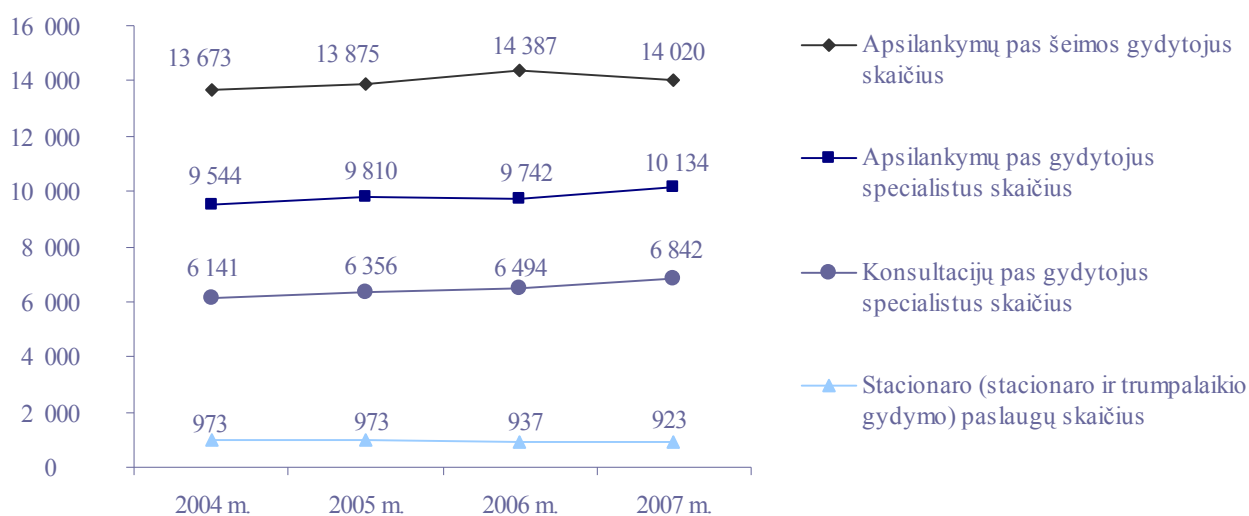
3 pav. Išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms struktūra, proc.



Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PSDF biudžeto lėšų ambulatorinei specializuotai pagalbai apmokėti dalis 2004–2007 m. mažai kito, t. y. sudarė 10–12 proc. Siekiant pagerinti ambulatorinės specializuotos pagalbos prieinamumą, buvo padidintas ambulatorinės pagalbos sutarčių skaičius: 2006 m. pradžioje pasirašytos 438 sutartys, 2006 m. pabaigoje – 568 sutartys, 2007 m. – 600 sutarčių. Padidėjęs sutarčių dėl ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų skaičius didelės įtakos paslaugų skaičiui neturėjo. Gydytojų specialistų konsultacijų skaičius 2007 m., lyginant su 2006 m., padidėjo 5 proc., o apsilankymai – 4 proc.

4 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus kitimas, tūkst.



Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Stacionaro paslaugų skaičius 2005–2007 m. nuolat mažėjo, tačiau stacionaruose buvo teikiama vis daugiau paslaugų, kurias VLK priskyrė ambulatorinėms paslaugoms (dienos chirurgijos, dienos stacionaro, teikiamos priėmimo–skubios pagalbos skyriuose, stebėjimo paslaugos). Šioms stacionare teikiamoms paslaugoms skirtos lėšos 2007 m. sudarė 56,7 proc.⁸ visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų lėšų. Stacionaro paslaugų skaičius ir lėšų dalis, skirta joms apmokėti, 2005–2007 m. mažėjo. Auditorių nuomone, mažinant stacionariųjų paslaugų apimtį, VLK turėtų vertinti tiek stacionaro, tiek ambulatorinių paslaugų poreikį ir prieinamumą. Yra rizika, kad mažėjant stacionaro paslaugų apimtims pacientams teks ilgiau laukti reikiamos planinės pagalbos.

PSDF biudžetas 2005–2007 metais didėjo. Jo išlaidų struktūra keitėsi nedaug. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastas kito nežymiai – pirminių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų mastas beveik nekito, šiek tiek didėjo ambulatorinių specializuotų paslaugų, mažėjo stacionaro paslaugų.

PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūrai, didėjimą sąlygojo medicinos darbuotojų darbo užmokesčio didinimas.

⁸ Stacionaro paslaugoms – 52,9 proc., dienos chirurgijos, dienos stacionaro, teikiamoms priėmimo–skubios pagalbos skyriuose ir stebėjimo paslaugoms teikiamoms paslaugoms – 3,8 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų lėšų.

1.2. PSDF biudžeto rezervo planavimas ir paskirstymas

2005–2007 m. PSDF biudžeto pajamos, lyginant su planuojamomis pajamomis, kurios tvirtinamos Lietuvos Respublikos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymais, didėjo. Šį didėjimą lėmė du veiksniai: 1) įmokų į PSDF biudžetą geresnis surinkimas (biudžeto pajamų, lyginant su planuotomis, didėjimas); 2) rezervo lėšos metų pradžioje, kurios, tvirtinant PSDF biudžeto rodiklius, nenurodomos.

PSDF biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėse⁹ numatyta: 1) PSDF biudžeto rezervo lėšos laikomos atskiroje rezervo sąskaitoje; 2) į rezervo sąskaitą pervedamos planinės rezervo lėšos ir jų likutis, viršijantis planines kasos apyvartos lėšas, nepanaudotas iki ataskaitinių metų pabaigos; 3) atsižvelgiant į PSDF biudžeto pajamų plano vykdymą, atskaitymai į rezervą atliekami pirmą kalendorinių metų pusmetį.

PSDF biudžeto vykdymo apyskaitų duomenimis, nepanaudotų lėšų likutis metų pabaigoje: 2004 m. buvo 257 398 tūkst. Lt, 2005 m. – 355 121 tūkst. Lt, 2006 m. – 296 627 tūkst. Lt. Šios lėšos kitų metų pradžioje buvo apskaitomos rezervo sąskaitoje.

1 lentelė. PSDF biudžeto pajamos, tūkst. Lt

	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.
Patvirtintos PSDF biudžeto pajamos	2 049 310	2 360 810	2 885 173	3 640 382	4 386 776
Lėšos sausio 1 d., atėmus planuotas kasos apyvartos lėšas	127 523	257 398	355 121	296 627	322 607
Planuotų pajamų (įmokų) padidėjimas	213 495	269 732	166 842	60 489	–
Faktinis PSDF biudžetas	2 390 328	2 887 940	3 40 7136	3 997 498	–

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Rezervas yra neatskiriama PSDF biudžeto dalis¹⁰, todėl įvertinus patvirtintas PSDF biudžeto pajamas ir metų pradžioje rezervo sąskaitoje buvusias lėšas, planuojamas PSDF biudžetas 2005 m. būtų didesnis 10 proc., 2006 m. – 11 proc., 2007 m. – 8 proc., 2008 m. – 7,4 proc.

Rengdama PSDF 2005–2008 m. biudžeto projektus rezervo lėšų VLK nenurodė. Lietuvos Respublikos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymais patvirtintos planuojamos PSDF biudžeto pajamos buvo mažesnės: 2005 m. – 257 398 tūkst. Lt, 2006 m. – 355 121 tūkst. Lt, 2007 m. – 296 627 tūkst. Lt, 2008 m. – 322 607 tūkst. Lt.

Lėšas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti teritorinėms ligonių kasoms VLK metų pradžioje skirsto vadovaudamasi patvirtintu PSDF biudžetu. PSDF biudžeto rezervo naudojimo tvarkoje numatyta, kad rezervo lėšos naudojamos: laikinam pajamų trūkumui, susidariusiam vykdant biudžetą, padengti; išlaidoms, kurių nebuvo galima numatyti tvirtinant PSDF

⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.

¹⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002-06-03 nutarimu Nr. 798 patvirtinta Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarka, 2 p.

biudžetą, apmokėti. PSDF biudžeto rezerve esančios lėšos skirstomos sveikatos apsaugos ministro įsakymais.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymais 2006 m. paskirstyta 302 295 tūkst. Lt, arba 85 proc. rezervo sąskaitoje metų pradžioje buvusių lėšų, 2007 m. – 182 416 tūkst. Lt, arba 62 proc. rezervo sąskaitoje metų pradžioje buvusių lėšų.

2 lentelė. PSDF biudžeto rezervo paskirstymas, tūkst. Lt

	2006 m.		2007 m.	
	Lėšos	Proc.	Lėšos	Proc.
Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti	1 200	0,4	64 985	35,6
Paslaugų restruktūrizavimo programai įgyvendinti	17 557	5,8	34 580	19,0
Bazinių kainų indeksavimui (DU didinimui)	210 000	69,5	32 726	17,9
Vaistų ir MPP įsigijimui kompensuoti	40 000	13,2	30 000	16,4
Asmens sveikatos priežiūros paslaugų patvirtintoms naujoms bazinėms kainoms	10 813	3,6	18 000	9,9
Kita	11 725	3,9	2 125	1,2
Nacionalinei imunoprofilaktikos programai įgyvendinti	11 000	3,6	0	0
Iš viso	302 295	100,0	182 416	100,0

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Daugiausia PSDF biudžeto rezervo lėšų (69,5 proc.) 2006 m. skirta paslaugų bazinių kainų indeksavimui dėl darbo užmokesčio didinimo. 2007 m. šiam tikslui lėšų iš PSDF biudžeto rezervo skirta tik nedidelė dalis (17,8 proc.) (kita lėšų dalis darbo užmokesčiui didinti skirta iš PSDF biudžeto). Kiekvienais metais iš PSDF biudžeto rezervo skiriamos lėšos Paslaugų restruktūrizavimo programai – paslaugų restruktūrizavimo pradėtiems projektams užbaigti. 2007 m. trečdalis PSDF biudžeto rezervo paskirstytų lėšų skirta paslaugų prieinamumui gerinti. Auditorių nuomone, daugiau nei 70 proc. iš PSDF biudžeto rezervo paskirstytų lėšų VLK galėjo planuoti ir numatyti tvirtindama PSDF biudžetą, jeigu tvirtinant PSDF biudžeto rodiklius būtų įvertintos rezervo lėšos.

Per finansinius metus panaudojama tik dalis paskirstytų PSDF biudžeto rezervo lėšų. Įvertinus viršplanines kasos apyvartos lėšas, metų pabaigoje nemaža PSDF biudžeto lėšų dalis lieka nepanaudota.

3 lentelė. Nepanaudotos PSDF biudžeto lėšos, tūkst. Lt

	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.
PSDF biudžeto rezervas	127 523	257 398	355 121	296 627
Panaudotos rezervo lėšos	110 385	213 307	288 265	157 197
Rezervo lėšų likutis gruodžio 31 d.	17 138	44 091	66 856	139 430
Banko palūkanos	1 238	3 221	3 872	3 074
Rezervas metų pabaigoje	18 376	47 312	70 769	142 502
Viršplaninės kasos apyvartos lėšos (gruodžio 31 d.)	239 022	307 809	225 858	180 103
Lėšos, gražintos į PSDF biudžetą	0	41	0	0
PSDF biudžeto lėšų likutis gruodžio 31 d.	257 398	355 162	296 627	322 607
Faktinis PSDF biudžetas	2 390 328	2 887 940	3 40 7136	3 997 498
nuo faktinio PSDF biudžeto nepanaudotos lėšos procentais	10,77	12,30	8,71	8,07

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Auditorių nuomone, finansiniais metais nepanaudotos PSDF biudžeto lėšos, metų pradžioje apskaitomos PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje, rengiant kitų finansinių metų PSDF biudžeto projektą turėtų būti įtraukiamos į PSDF biudžeto pajamas, tai leistų teikiant projektą tiksliau įvertinti PSDF biudžeto lėšas.

Finansinio audito metu Valstybės kontrolė raštu pateikė savo nuomonę dėl PSDF biudžeto rezervo planavimo¹¹. VLK raštu informavo, kad nuo 2009 m. rengdama PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektus planuos rezervo išlaidas, atsižvelgdama į tais metais planuojamas PSDF biudžeto pajamas¹².

Iš PSDF biudžeto rezervo asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, plėtrai ir kokybei gerinti 2007 metais skirta 64 984 tūkst. Lt. Didžioji lėšų dalis (83,1 proc., arba 54 043 tūkst. Lt) buvo skirta 2007 m. vasario mėnesį, o lėšos naudojamos 2007 m. suteiktoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Minėtas lėšas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti daugeliu atvejų buvo galima ir, auditorių nuomone, tikslinga numatyti planuojant lėšas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti iš PSDF biudžeto.

VLK, skaičiuodama papildomų lėšų poreikį asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, plėtrai ir kokybei gerinti, vadovavosi teritorinių ligonių kasų ir gydymo įstaigų pateiktais prašymais. Kai kuriuose prašymuose nurodytas papildomų lėšų poreikis asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti buvo kur kas didesnis, nei gydymo įstaigos jų panaudojo. Pavyzdžiui, kai kurios gydymo įstaigos panaudojo tik dalį prašymuose nurodyto lėšų poreikio: 32,4 proc. – sudariusios sutartis su Klaipėdos TLK, 23,4 proc. – su Kauno TLK, 56,2 proc. – su Šiaulių TLK. VLK, skirdama rezervo lėšas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti, objektyvių duomenų dėl nepakankamo prieinamumo ir jo priežasčių neanalizavo. VLK turi teisę atlikti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės kitimo tendencijų analizę¹³, o teritorinėms ligonių kasoms šią analizę pavesta¹⁴ atlikti savo veiklos zonose.

Siekdama asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagerinti teikiamų paslaugų prieinamumą ir tinkamai organizuoti pacientų informavimą apie teikiamas paslaugas, VLK 2007 m. patvirtino asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašą¹⁵. Vadovaujantis šiuo aprašu, VLK Duomenų analizės ir prognozės skyriui pavesta rinkti, sisteminti ir analizuoti TLK teikiamus duomenis apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles, tačiau

¹¹ Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2007-12-19 raštas Valstybinei ligonių kasai Nr. S-(10-1.10.1) -1964 „Dėl vidaus kontrolės ir 2007 m. spalio 1 d. finansinės atskaitomybės vertinimo rezultatų“.

¹² Valstybinės ligonių kasos 2008-02-07 raštas Valstybės kontrolei Nr. 4K-12-642.

¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343, 31 str., 9 p.; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-01-23 įsakymas Nr. V-35 „Dėl valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343, 33 str. 8, 10 p.

¹⁵ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2007-07-24 įsakymas Nr. 1K-113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“.

nebuvo numatyta, kokia analizė VLK bus atliekama ir kokiam tikslui bus naudojamos analizės išvados. VLK pateikė auditoriams iš TLK gautų duomenų (pacientų eilių stebėsenos) suvestines lenteles, tačiau 2007 metais asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo analizės su apibendrintomis išvadomis ir rekomendacijomis prieinamumui gerinti neatliko. Teritorinės ligonių kasos 2007 metais savo nuožiūra analizavo teikiamų paslaugų prieinamumą, remdamosi gydymo įstaigų pateiktais pirminių ambulatorinių, ambulatorinių specializuotų, brangiųjų tyrimų ir dienos stacionaro paslaugų eilių stebėsenos duomenimis.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, plėtrai ir kokybei gerinti iš PSDF biudžeto rezervo 2007 m. skirtų lėšų dalis nebuvo panaudota (pavyzdžiui, kai kurios gydymo įstaigos, sudariusios sutartis su Vilniaus TLK, Panevėžio TLK, Klaipėdos TLK) arba buvo skirta kitoms ASPĮ ir panaudota kitoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, negu planuota (pavyzdžiui, Šiaulių TLK).

Audito metu nebuvo galima tiksliai nustatyti, kokių paslaugų prieinamumui gerinti buvo panaudotos iš PSDF biudžeto rezervo 2007 m. skirtos lėšos. Skiriant lėšas dažnai nebuvo nurodoma, kiek ir kokių paslaugų numatoma suteikti už papildomai iš PSDF biudžeto rezervo skirtas lėšas, todėl nebuvo galima įvertinti, kokią įtaką papildomai skirtos lėšos turėjo paslaugų prieinamumo pokyčiui.

Lietuvos Respublikos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu 2005–2008 m. tvirtinant PSDF biudžetą nebuvo nurodomos PSDF biudžeto rezervo lėšos, todėl planuojamos PSDF biudžeto pajamos ir išlaidos buvo sumažintos šiomis sumomis: 2005 m. – 257 398 tūkst. Lt, 2006 m. – 355 121 tūkst. Lt, 2007 m. – 296 627 tūkst. Lt, 2008 m. – 322 607 tūkst. Lt.

Metų pabaigoje nemažai PSDF biudžeto lėšų lieka nepanaudota (2005 m. – 12,3 proc., 2006 m. – 8,7 proc., 2007 m. – 8,1 proc.). Didelę iš PSDF biudžeto rezervo paskirstytų lėšų dalį VLK galėjo planuoti ir numatyti, rengdama PSDF biudžeto projektą (įvertinusi PSDF biudžeto rezervo lėšas).

Skirdama papildomas lėšas paslaugų prieinamumui gerinti VLK 2007 metais neatliko išsamios asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir jo kitimo tendencijų analizės, kuri tikslinga, norint tinkamai ir pagrįstai planuoti lėšas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros ir kontrolės procesai VLK

2007 m. buvo papildytos¹⁶ VLK funkcijos, pavedant organizuoti ir vykdyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros valdymo procesą, skaičiuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas ir, pritarus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, jas teikti tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui. Audito metu VLK pateikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir ortopedijos techninių priemonių ir paslaugų kainodaros valdymo aprašo projektą. Minėtos funkcijos 2007 m. nebuvo pavestos konkrečiam VLK skyriui ar struktūriniam padaliniiui.

VLK užsakymu UAB „Health Care Management and Consulting“ atliko tyrimą dėl paslaugų kainodaros tobulinimo. Šio tyrimo metu buvo atlikta Lietuvos ligoninių anketinė apklausa. Pagal apklausos rezultatus stacionaro paslaugų kainodara įvertinta kritiškai.

Tyrimo išvados dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros

1. Bendras Lietuvos ligoninių atstovų apklausos metu nustatytas stacionarinių paslaugų apmokėjimo sistemos vertinimas laikytinas neigiamu, kadangi pusė visų apklaustųjų ją įvertino vidutiniškai, o 48 proc. blogai: netinkamas sąnaudų kompensavimas, personalo nepasitenkinimas, lankstumo ir reikiamų paskatų formavimo stoka, pernelyg didelis ligoninių veiklos reguliavimas. Dabartinė stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka (sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113) vertinama vidutiniškai (5 balai iš 10).
2. Nemažai respondentų nurodė paslaugų klasifikavimo problemas, neaiškią įkainių skaičiavimo tvarką ir įkainių disproporcijas.

Minėto tyrimo ataskaitoje nurodoma, kad paslaugų kodavimas šiuo metu nevertinamas kaip sudėtingas, nors vadinamojo popierinio darbo problema yra aktuali. Taip pat akcentuojama, kad nepakankamai aiškus reglamentavimas, kaip priskirti atvejį vienam ar kitam stacionariniam profiliui.

2.1. Prioritetinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina lemia paslaugos turinį, t. y. diagnostikos ir gydymo technologijos apimtį. Todėl bazinių kainų pokyčiai susiję su paslaugų kokybiniais pokyčiais.

Stacionaro įstaigų vadovų nuomonės dėl stacionaro paslaugų

Teikiant stacionaro paslaugas (ypač teikiamas priėmimo-skubios pagalbos skyriuose, trumpalaikio gydymo) darbas suintensyvėjo 3–4 kartus, tačiau TLK sutartyse su ASPĮ numatytos lėšos nevisiškai panaudojamos, išlaidos, teikiant šias paslaugas, dažniausiai yra didesnės nei jų nustatyta bazinė kaina, maža balo vertė už stacionaro paslaugas¹⁷.

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-05-28 įsakymas Nr. V-423 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-01-23 įsakymo Nr. V-35 „Dėl valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁷ Kauno TLK 2007-04-02 raštas Nr. 4K-50-1295 Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos „Dėl naujos paslaugų apmokėjimo tvarkos“.

Pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką¹⁸, patvirtintų bazinių kainų struktūrinius pakeitimus gali inicijuoti Sveikatos apsaugos ministerija, Privalomojo sveikatos draudimo taryba ir VLK. Šioje metodikoje numatyta, kad:

- paslaugų bazinės kainos nustatomos, vadovaujantis ataskaitinio laikotarpio (ne mažiau kaip pusmečio) išlaidomis, teikiamų paslaugų apimtimis, ir tvirtinamos, jeigu neviršija patvirtinto PSDF biudžeto pajamų. Vėlesniais metais galiojančios bazinės kainos gali būti tikslinamos atsižvelgiant į kiekvienais metais patvirtintą PSDF biudžeto pajamų ir Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės skelbiamą vartojimo kainų indeksą.
- Bazinės kainos gali būti indeksuojamos atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes, ekspertinį paslaugų aktualumo, paslaugų plėtros, optimizavimo vertinimą ir restruktūrizavimo tikslus.

Metodikoje nenumatyta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina siejama su diagnostikos ir gydymo technologija.

Privalomojo sveikatos draudimo taryba 2006–2007 metais svarstė šių paslaugų bazinių kainų keitimus: kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso angiografijos procedūrų, gydamosios intervencinės intraaortinės balioninės kontrapulsacijos, urologijos III A, urologijos III B, urologijos III C, sepsio ir reanimacijos III–3 paslaugų.

Kai kurių paslaugų bazinių kainų keitimus VLK atliko pagal universiteto ligoninių raštus, kuriuose nurodoma, kad paslaugų kaštų nedengia nustatytos bazinės kainos. Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms tiesiogiai priklauso nuo kiekvienos įstaigos veiklos efektyvumo, jei jos nėra siejamos tik su diagnostikos ir gydymo technologijos sąnaudomis.

Auditorių nuomone, asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos turėtų būti siejamos su paslaugos turiniu, t. y. diagnostikos ir gydymo technologijos sąnaudomis. Yra rizika, kad paslaugų bazinių kainų peržiūrėjimas, remiantis ekspertinio paslaugų aktualumo kriterijumi ir (ar) gydymo įstaigų pateiktais prašymais, gali būti nepakankamai objektyvus. Bazinių kainų nustatymo metodikoje nenustatyta, kas sudaro asmens sveikatos priežiūros paslaugos turinį ir kaip jis kinta, taikant brangius tyrimus ir procedūras, naudojant centralizuotai perkamas medicinos priemones.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997-06-30 įsakymas Nr. 363 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos“.

2.1.1. Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas

Pagal patvirtintą apmokėjimo tvarką¹⁹: už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas mokama šiais būdais: 1) bazinis mokėjimas už įrašytų į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių; 2) papildomas mokėjimas už suteiktas skatinamąsias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas; 3) papildomas mokėjimas už prevencinių programų priemonių vykdymą. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios ASPĮ privalo užtikrinti, kad aptarnaujamiems gyventojams būtų suteiktos visos atitinkamose normose ir specialistų pareiginėse instrukcijose numatytos paslaugos²⁰. 2007 m. po pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų indeksavimo bazinės kainos balai išliko palyginti nedideli: priklausomai nuo amžiaus grupės, vienam prisirašiusiam pacientui per metus – nuo 55,3 iki 285,4 balo. Tai lėšų suma, už kurią turi būti suteiktos kiekvienam prisirašiusiam pacientui reikiamos pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos, t. y. šeimos gydytojo profilaktiniai tikrinimai, konsultacijos ir tyrimai. Šios lėšos mokamos ir už tuos pacientus, kurie per metus nesilankė pas šeimos gydytoją.

Siekdama efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas, taip pat susieti mokėjimą su darbo rezultatais, VLK parengė ir pateikė sveikatos apsaugos ministrui tvirtinti²¹ pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros, taip pat ir dviejų prevencinių programų, gerų darbo rezultatų dvylika rodiklių ir jų apskaičiavimo tvarką. Pirminėms ASPĮ, kurių rodikliai viršys gerų darbo rezultatų vidurkių, bus papildomai mokama iš PSDF biudžeto. Tai didina administravimo sąnaudas. Šios PSDF biudžeto lėšos didintų pirminėms ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skiriamų lėšų kiekį, tačiau įstaigų efektyvumo skatinimas nėra tiesiogiai susijęs su paslaugų diagnostikos ir gydymo technologijos gerinimu.

Norminiuose teisės aktuose nėra nustatyta, kokių ir kiek tyrimų šeimos gydytojas privalo atlikti per laiko periodą, apmokamą PSDF biudžeto lėšomis.

Tiksliausiai pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkoje kaip skatinamosios paslaugos (papildomai apmokamos) numatytas dviejų tyrimų atlikimas ir apmokėjimas: iki 12 kraujo krešumo sistemos būklės įvertinimo paslaugų ir iki 4 glikozilinto hemoglobino tyrimų vienam pacientui per kalendorinius metus.

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-01-17 įsakymas Nr. V-48 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“.

²¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-01-17 įsakymas Nr. V-48 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

Šiuo metu esantis apmokėjimas už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas tiksliai reglamentuoja tik tyrimų, kaip skatinamųjų paslaugų, apmokėjimą. Nereglamentuota, kurie tyrimai ir kiek jų atliekama, teikiant PSDF biudžeto lėšomis apmokamas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas (išskyrus skatinamosiose paslaugose nurodytus tyrimus). Tai gali skatinti ASPĮ, taupant lėšas, riboti reikiamų tyrimų atlikimą arba numatyti papildomą užmokestį už pirminę sveikatos priežiūrą.

Auditorių nuomone, mokėjimas už įrašytų į pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos sąrašą gyventojų skaičių neskatina teikti rezultatyvių ir veiksmingų paslaugų. Numatomi vis nauji pirminių ambulatorinių paslaugų apmokėjimo būdai, kurie didins PSDF biudžeto išlaidas, reikalaus didesnių administravimo sąnaudų, tačiau nėra tiesiogiai susiję su paslaugų turinio (diagnostikos ir gydymo technologijos) gerinimu.

2.1.2. Ambulatorinių specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas

PSDF biudžeto lėšomis apmokama gydytojo specialisto konsultacija, jei pacientas apsilanko pas jį turėdamas siuntimą²². Teisės aktuose, reglamentuojančiuose ambulatorinių paslaugų teikimą, neapibrėžta, kuo skiriasi gydytojo specialisto konsultacija nuo apsilankymo ir jų apmokėjimo tvarka.

Pagal nustatytą ambulatorinių specializuotų paslaugų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarką apmokama:

- pirmoji, vėliau kas ketvirta gydytojo specialisto konsultacija ir visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai (medicinos technologija);
- apsilankymo metu atliekami pagal gydytojo specialisto kompetenciją visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiam gydytojui.

Antrinės sveikatos priežiūros ASPĮ teikiamų ambulatorinių konsultacijų nustatytos bazinės kainos nuo 35,4 iki 159,6 balo; tretinio sveikatos priežiūros ASPĮ atitinkamai – nuo 64,7 iki 108,5 balo (vienas balas dažniausiai buvo prilyginamas vienam litui). Tretinės sveikatos priežiūros įstaigose specialistų konsultacijų įkainiai didesni už antrinės sveikatos priežiūros gydymo įstaigose teikiamų atitinkamų specialistų paslaugų įkainius, nors paslaugų apimtis, nusakoma specialistų medicinos normose ir apmokėjimo reikalavimuose, nesiskiria. Pagal nustatytą specializuotų ambulatorinių konsultacijų apmokėjimo tvarką vieno gydymo epizodo metu tos pačios srities gydytojas

²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998-06-18 įsakymas Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“.

specialistas gali teikti skirtingai apmokamas specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

VLK specialistai, atlikę gydymo įstaigų apklausą, nustatė, kad labiausiai neatitiko darbo sąnaudų bazinės kainos tų konsultacijų, kurių metu atliekami sudėtingi tyrimai ir procedūros, nors bazinės kainos 2006–2007 m. didėjo 1,45 koeficientu dėl darbo užmokesčio kėlimo.

Pagal minėtą specializuotų ambulatorinių konsultacijų apmokėjimo tvarką, jeigu per pirmąjį apsilankymą dėl konkrečios priežasties pas gydytoją specialistą nustatoma, kad pacientui būtina gydytis stacionare ir jis iškart siunčiamas į tos pačios įstaigos stacionaro skyrių, toks atvejis nelaikomas konsultacija ir apsilankymo išlaidos įskaičiuojamos į stacionaro gydymo bazinę kainą, nors pacientams, besikreipiantiems į stacionarą be gydytojo siuntimo, būtina specialisto konsultacija diagnostikos ir gydymo taktikai numatyti.

Laboratorijos specialistų veikla atskirai neišskiriama ir konsultacijai neprilyginama, nors gydytojo specialisto konsultacijos metu turi būti atlikti visi pacientui būtini tiriamieji ir gydomieji veiksmai. Vadinasi, visi būtini laboratoriniai tyrimai turi būti atliekami už gydytojo specialisto paslaugos bazinę kainą. Kai kurių gydytojų tyrėjų (radiologų, endoskopusuotojų, echoskopuotojų) paslaugos išskirtos ir nustatyta jų bazinė kaina.

Tyrimo „DRG metodo taikymo galimybės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui Lietuvoje“ metu atliktos apklausos išvadose pagrindiniu ambulatorinių paslaugų apmokėjimo trūkumu įvardytas nevienodas skirtingų rūšių konsultacijų sąnaudų kompensavimas, neiškus konsultacijų ir apsilankymų apibrėžimas bei turinys, siūloma konsultacijos apmokėjimą susieti su diagnoze ir taikoma diagnostikos ir gydymo technologija.

Nenumatytas ambulatorinių specializuotų paslaugų (specialistų konsultacijų) apmokėjimas už visas konsultacijas, vienodos gydytojų specialistų konsultacijos gali būti skirtingai apmokamos. Nepaisant ambulatorinių specializuotų paslaugų apmokėjimo tvarkos nuostatos atlikti visus pacientui būtinus tiriamuosius ir gydomuosius veiksmus, kai kurių konsultacijų įkainiai skiriasi, nes atskirai numatyta, kad teikiant paslaugą atliekami laboratoriniai tyrimai.

2.1.3. Profilaktinės (prevencinės) sveikatos priežiūros apmokėjimas

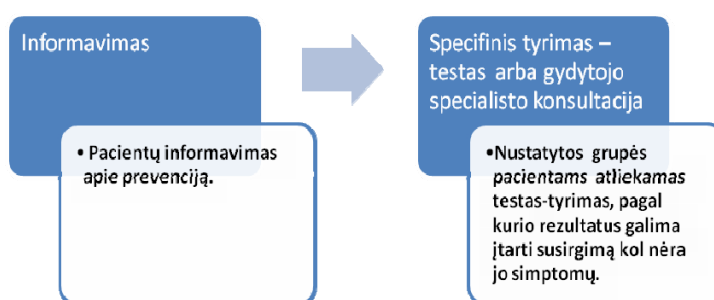
Atvykusių savo noru pacientų profilaktinių sveikatos tikrinimų periodiškumą, siuntimą atlikti tyrimus ir konsultuotis nustato pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis gydytojas, jei teisės aktai nenumato kitaip²³. Pirminės sveikatos priežiūros profilaktinio sveikatos tikrinimo paslaugos atliekamos vadovaujantis Lietuvos medicinos norma MN 14:1999 „Bendrosios praktikos

²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000-05-31 įsakymas Nr.301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigos“.

gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Bendrosios praktikos (šeimoms) gydytojo medicinos normoje numatyta viena iš gydytojo pareigų privalomai propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones. Šios sveikatos priežiūros paslaugos apdraustiesiems apmokamos iš lėšų, skirtų gyventojų pirminės sveikatos priežiūrai per metus. Pas specialistus konsultuotis siunčiama tik esant medicininių indikacijų²⁴.

Šiuo metu vykdomos kelios ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos: Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa bei Vaikų dantų dengimo silantinėmis medžiagomis finansavimo programa. Numatyta 2008 m. pradėti vykdyti storosios žarnos vėžio prevencijos programą.

5 pav. Lietuvos prevencinių programų modelis



Šaltinis – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintos prevencinės programos

Nė viena atrankinės patikros (skriningo) programa neturi matuojamų vertinimo kriterijų ir (ar) siektinų rezultatų rodiklių.

Programų aprašymuose nenumatyta, kokiais požymiais skiriasi atrankinės grupės nuo to paties amžiaus grupės pacientų, kuriems reikalingos ambulatorinės specialistų konsultacijos pagal nusiskundimus ar tyrimus. Yra rizika, kad prevencinių programų paslaugos gali būti teikiamos ir pacientams, patenkantiems pagal amžių į atrankines grupes, tačiau turintiems medicininių indikacijų gydytojo specialisto konsultacijai.

Pagal prevencinių programų aprašymus numatyta, kad jas įgyvendina pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir tam tikrų profilių ambulatorines specializuotas paslaugas teikiančios įstaigos. PSDF biudžeto lėšos planuojamos ir skiriamos prevencinėms

24 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000-05-31 įsakymu Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“.

programoms įgyvendinti, tačiau nereglementuota kaip ir kurioms ASPĮ jos skirstomos pasirašant sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Pagal šiuo metu galiojančią tvarką tiek profilaktiniai tikrinimai, tiek prevencinės programos Lietuvoje apmokamos PSDF biudžeto lėšomis.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa²⁵ numato rizikos įvertinimą (informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga) ir siuntimą ambulatorinei specialisto konsultacijai. Auditorių nuomone, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa parengta neatsižvelgiant į nustatytą profilaktinių sveikatos tikrinimų tvarką.

Minėtoje profilaktinių sveikatos tikrinimų tvarkoje numatyta, kad pacientas gali būti siunčiamas konsultuotis pas kitus gydytojus specialistus (nenurodytus šio įsakymo prieduose), jei profilaktinio sveikatos tikrinimo metu nustatomos medicininės indikacijos. Šios konsultacijos apmokamos pagal patvirtintą gydytojo specialisto konsultacijos bazinę kainą iš PSDF biudžeto lėšų.

4 lentelėje pateikiame prevencinių programų ir gydytojų specialistų konsultacijų bazinių kainų palyginimą.

4 lentelė. Konsultacijų bazinių kainų palyginimas

Prevencinės programos	Bazinė kaina balais	Gydytojų specialistų konsultacijos	Bazinė kaina balais
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomųjų sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa			
Prevencinės programos paslauga (Profilaktinis patikrinimas, atlikus citologinį tyrimą.)	32,8	Akušerio ginekologo konsultacija (1.21. arba 2.30)	35,4 arba 64,7
Prevencinės programos paslauga (Profilaktinis patikrinimas, atlikus biopsiją.)	129,5	Akušerio ginekologo (kai atliekamas echoskopinis ir (ar) kolposkopinis tyrimas ir (ar) biopsija, ir (ar) ekscizija, ir (ar) ekstirpacija, ir (ar) ektomija, ir (ar) rafija, ir (ar) rezekcija, ir (ar) tomija, ir (ar) drenavimas, ir (ar) incizija, ir (ar) ligacija, ir (ar) polipektomija) (1.101 arba 2.97)	60,6 arba 86,1
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa			
Prevencinės programos paslauga	62,5	Radiologas (1.66. arba 2.80.)	45,5 arba 82,8
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa			
Prevencinės programos paslauga	430,2	Urologo konsultacija (kai atliekamas echoskopinis ir (ar) endoskopinis tyrimas, ir (ar) mikrobiologinis tyrimas, ir (ar) ekscizija, ir (ar) ektomija, ir (ar) rafija, ir (ar) rezekcija, ir (ar) tomija, ir (ar) biopsija, ir (ar) drenavimas, ir (ar) incizija, ir (ar) ligacija) (1.110 arba 2.106)	60,6 arba 86,1

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-11-25 įsakymas Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“.

4 lentelės tęsinys. Konsultacijų bazinių kainų palyginimas

Preveninės programos	Bazinė kaina balais	Gydytojų specialistų konsultacijos	Bazinė kaina balais
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa			
Preveninės programos paslauga	245,9 arba 289,1	Kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija ir (ar) veloergometrija, ir (ar) perstemplinis elektrofiziologinis ištyrimas (stimuliacija), ir (ar) EKG Holter kompiuterinė analizė) (1.74. arba 2.64.)	57,6 arba 111,3

Šaltinis – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintos prevencinės programos ir specialistų konsultacijų bazinės kainos

Gydytojų specialistų konsultacijų, apmokamų pagal prevencines programas ir įprastines konsultacijas, bazinės kainos skiriasi, nors bazinių kainų nustatymo metodikoje numatyta, kad to paties lygio sveikatos priežiūros įstaigoms už faktiškai suteiktas vienodas asmens sveikatos priežiūros paslaugas TLK apmoka pagal vienodas bazines kainas. Teikiant profilaktikos paslaugas pagal Sveikatos apsaugos ministro patvirtintą tvarką pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose profilaktinių paslaugų bazinė kaina neišskiriama, o prevencinėse programose išskirtos pirminės sveikatos priežiūros gydytojo teikiamų paslaugų kainos (nuo 4,0 iki 45,4 balo).

Preveninių programų paslaugoms nustatyti skirtingi kodai (skiriasi ir pagal tyrimų rezultatus) negu kitoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Preveninių paslaugų kodavimą atlieka gydymo įstaigos. Tam reikia didesnių administravimo sąnaudų gydymo įstaigose.

Preveninėms programoms įgyvendinti VLK 2005–2006 m. planavo ir skyrė kur kas daugiau lėšų (išskyrus Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą) negu buvo panaudota. 2007 m. prevencinėms programoms įgyvendinti visos planuotos lėšos buvo panaudotos jas perskirščius: Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programai teko 66 proc. metų pradžioje planuotų lėšų, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai – 138 proc.

Nėra nustatytos ir patvirtintos tvarkos, kaip pasirašomos sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir ASPĮ dėl prevencinių programų įgyvendinimo.

PSDF biudžeto lėšomis šeimos gydytojo ta pati prevencinė veikla gali būti apmokama keliais būdais: kaip bazinis mokėjimas už įrašytus į sąrašą aptarnaujamus gyventojus, kaip skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kaip prevencinių programų priemonių vykdymas. Patvirtintose prevencinėse programose skiriasi gydytojų specialistų konsultacijų kainos nuo įprastinių konsultacijų kainų.

Profilaktinių (prevencinių) paslaugų finansavimas pagal teritorinių ligonių kasų sutartis su gydymo įstaigomis ir per prevencines programas reikalauja didesnių administravimo sąnaudų VLK ir gydymo įstaigose.

2.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekio ir kokybės kontrolės įgyvendinimas

Sveikatos sistemos įstatyme²⁶ nustatyta, kad Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos pagal kompetenciją užtikrina nustatytų rūšių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą, kontroliuoja jų kiekį ir kokybę, atlieka privalomojo sveikatos draudimo lėšų naudojimo finansinę ir ekonominę analizę, teikia lėšas valstybės ir savivaldybių fondams, vykdo įstatymų ir ligonių kasų nuostatų nustatytas funkcijas. Vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymu²⁷ asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kiekio ir kokybės kontrolė pavesta teritorinėms ligonių kasoms, o VLK numatyta tik teisė. VLK nuostatuose taip pat numatyta tik teisė²⁸ kontroliuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę bei šių paslaugų atitiktį nustatytiems reikalavimams, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo teisėtumą bei su tuo susijusią sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą.

VLK struktūroje yra atskiras padalinys – Metodinio vadovavimo, paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyrius. Šio skyriaus pagrindiniai uždaviniai²⁹: metodinis vadovavimas, asmens sveikatos priežiūros, apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ekspertizė ir kontrolė. Be to, skyrius įpareigotas nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų neplaninės kontrolės poreikį, planinės kontrolės kryptis ir apimtis. Viena iš skyriaus funkcijų – atlikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės kitimo tendencijų analizę. VLK pateikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo stebėsenos duomenis ir 2006 – 2007 metų suteiktų paslaugų palyginimus. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kitimo tendencijų analizė nebuvo atliekama, nors Metodinio vadovavimo, paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus funkcijose tai numatyta. VLK nenumatė, koku tikslu ir kaip ši analizė turėtų būti atliekama.

VLK, numatydama kontrolės įgyvendinimo kryptis, pagrindinį dėmesį skiria pagrįstam PSDF biudžeto lėšų panaudojimui teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išrašant ir išduodant vaistus ir medicinos priemones. Ne mažiau svarbus klausimas pacientams, kokios apimties paslaugos jiems apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, t. y. pagal TLK sutartis su ASPĮ.

Teritorinių ligonių kasų sutartyse³⁰ su ASPĮ numatyti įstaigų išpareigojimai garantuoti pagal kompetenciją pacientų teisę į valstybės laiduojamą (nemokamą) medicinos pagalbą įstatymų

²⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19, I-552, 76 str.

²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21, Nr. I-1343, 31 str. 7 p., 33 str. 6 p.

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-01-23 įsakymu Nr. V-358 patvirtintų Valstybinės ligonių kasos nuostatų 6 p., 8.9 p.

²⁹ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2004-09-28 įsakymas Nr. 1K-108 „VLK Metodinio vadovavimo, paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus nuostatai“.

³⁰ Vilniaus TLK sutartys su ASPĮ: Nr. 112-07 Priedas Nr. 4-ASPP 1.1.12 p., Nr. 59-07 Priedas Nr. 4-ASPP 1.1.12 p., Nr. 64-07 Priedas Nr. 4-ASPP 1.1.12 p., Nr. 59-07 Priedas Nr. 4-ASPP 1.1.12 p., Nr. 26-07 Priedas Nr. 4-ASPP 1.1.12 p., Nr. 27-07 Priedas Nr. 4-ASPP 1.1.12 p.

ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka, neimti papildomų priemonių už PSDF biudžeto lėšomis apmokamas paslaugas, išskyrus Sveikatos draudimo įstatymo 10 str. 5 p.³¹ ir Sveikatos sistemos įstatymo 49 str. 5 d. numatytus atvejus³².

Mokamas paslaugas teikiančių įstaigų tinklapiuose nėra informacijos, kad už TLK ir įstaigų sutartyse numatytas paslaugas pacientams nereikia mokėti. Kartais šios įstaigos skelbia, kad kai kurioms intervencijoms taikoma 0 Lt priemoka. ASPĮ sutartyse su TLK yra įsipareigojusios teikti informaciją apie valstybės laiduojamą nemokamą asmens sveikatos priežiūrą ir jos teikimo tvarką.

VLK pateikė 2006 m. sausio–rugpjūčio mėnesiais gautų piliečių prašymų klausimų suvestinę: nusiskundimai dėl vaistų ir medicinos priemonių pirkimo gydantis stacionare sudarė 9 proc., dėl mokamų paslaugų teikimo ir kainų – 26 proc. visų pateiktų prašymų.

2006 m. birželio–liepos mėnesiais buvo atlikti TLK neplaniniai tikrinimai ASPĮ dėl ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo³³, įvertinant apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu priėmimo–skubios pagalbos skyriuose ir konsultacinėse poliklinikose suteiktų paslaugų apmokėjimą. Neplaninio tikrinimo tikslas buvo išsiaiškinti pacientų priemonių ir mokamų paslaugų teikimo, registracijos ir apskaitos tvarką TLK veiklos zonose esančiose ASPĮ. Neplaninio tikrinimo apibendrinime nurodyta, kad yra atvejų, kai pacientų apsilankymai neregistruojami 025/a – LK formose ir duomenys apie paciento lėšomis apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas neįvedami į informacinę sistemą Sveidra. Tyrimo suvestinėje nepažymėta, kad teikiamos iš dalies apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos Vilniaus ir Kauno TLK zonose esančiose ASPĮ, nors valstybės auditoriams lankantis gydymo įstaigose nebuvo neigiama, kad teikiant ambulatorines specialistų konsultacijas už kai kuriuos tyrimus pacientai moka, nes konsultacijų bazinės kainos ne visuomet padengia sąnaudas. Atkreiptinas dėmesys, kad VLK pareiškėjų prašymų suvestinėse nurodyta, jog buvo prašymų dėl mokėjimo (priemonių) už asmens sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat Vilniaus ir Kauno TLK veiklos zonos įstaigose. Yra rizika, kad taikytos kontrolės procedūros nebuvo pakankamos nustatyti ir įvertinti pacientų priemokas už PSDF biudžeto lėšomis apmokamą gydymą. Šio tikrinimo išvadų apibendrinime pažymėta, kad Panevėžio, Klaipėdos ir Šiaulių TLK tikrintose įstaigose ne visada galima nustatyti, ar pacientai mokėjo priemokas už PSDF biudžeto lėšomis teikiamas paslaugas ir kokio dydžio, nes teisės aktuose nenumatyti įpareigojimai medicininiuose ar kituose dokumentuose žymėti apie

³¹ Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai sumokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojai pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą (šis skirtumas gali būti sumokamas ir iš papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo ar kitų lėšų).

³² Negali būti reikalaujama papildomo mokesčio iš pacientų už valstybės laiduojamą (nemokamą) sveikatos priežiūrą, išskyrus atvejus, kai pacientas savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras.

pacientų priemokas ar mokesčių už ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas. VLK neteikė siūlymų Sveikatos apsaugos ministerijai dėl teisės aktų tobulinimo, siekiant nustatyti trūkštamus reikalavimus dėl mokėjimų teikiant ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas.

2007 metais tikrinimų dėl priemokų už PSDF lėšomis apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas nebuvo atlikta.

Yra rizika, kad tiek mokamas, tiek nemokamas paslaugas teikiančiose įstaigose pacientai iš dalies moka už PSDF biudžeto lėšomis apmokamas paslaugas. Taip pažeidžiamos TLK ir ASPI sutarčių sąlygos.

VLK specialistai, 2007 metais išanalizavę dažniausiai pasitaikančius pažeidimus, parengė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo projektą – pakeista skatinamųjų paslaugų (krešėjimo rodiklių ir glikozilinto hemoglobino nustatymo) apmokėjimo tvarka. Taip pat VLK specialistai, išanalizavę dažniausiai pasitaikančius pažeidimus ir TLK siūlymus, Sveikatos apsaugos ministerijai pateikė siūlymus dėl teisės aktų, reglamentuojančių slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų prieinamumą ir kokybę, gerinimo.

Geroji praktika

Kauno TLK, naudojant informacines technologijas, įdiegtas asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolės modelis, užtikrinantis, kad būtų laiku informuojama asmens sveikatos priežiūros įstaiga, jei pacientas gydomas slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas teikiančioje įstaigoje ne pagal nustatytą tvarką.

VLK rekomendavo paskatinti TLK specialistus kurti kontrolės mechanizmus, naudojant informacines technologijas pagal Kauno TLK modelį, tačiau rekomendacijų metodikos nepatvirtino, nors viena iš Metodinio vadovavimo, paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus funkcijų yra rengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės atlikimo metodines rekomendacijas.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kitimo tendencijų analizė 2007 metais nebuvo atliekama, nors VLK Metodinio vadovavimo, paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus funkcijose tai numatyta. Nenustatyta, koku tikslu ir kaip ši analizė turėtų būti atliekama.

PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų taikomos kontrolės procedūros ne visada užtikrina tinkamą įstatymų nuostatų ir sutarčių sąlygų įgyvendinimą. Metodinio vadovavimo, paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyrius nepakankamai analizavo nustatytus pažeidimus, neteikė rekomendacijų siekiant tobulinti kontrolės procesą.

³³ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2006-07-28 įsakymas Nr. 1K-118 „Dėl neplaninio tikrinimo“.

3. VLK vykdomas centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos priemonių kompensavimas

VLK nuostatuose teigiama, kad vykdydama savo funkcijas VLK kompensuoja galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išlaidas SAM nustatyta tvarka³⁴. Viešųjų pirkimų tarnyba prie Lietuvos Respublikos vyriausybės atliko patikrinimą VLK, kaip vykdant viešuosius pirkimus 2006 m. buvo laikomasi Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimų³⁵, todėl viešojo pirkimo procedūrų nevertinome.

2007 m. patvirtinta Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo tvarka³⁶, kuria bus vadovaujama sudarant 2008 m. centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą. Atsižvelgdami į tai, audito metu analizavome centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos priemonių kompensavimo pagrindinius principus.

3.1. Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimo organizavimas

Centralizuotai įsigyjamų medikamentų ir medicinos priemonių pirkimo išlaidos 2006–2007 metais buvo kompensuojamos pagal sąrašą, kurį kiekvienais metais rengė VLK, nuomonę dėl sąrašo teikė Privalomojo sveikatos draudimo taryba³⁷, o sąrašą tvirtino SAM³⁸. Viešuosius pirkimus pagal patvirtintą sąrašą vykdė VLK.

Minėtoje tvarkoje nustatyta paraiškų priėmimo tvarka ir kriterijai, kuriais remiantis bus vertinama, ar vaistinis preparatas, medicinos pagalbos priemonė bus įtraukiama į centralizuotai perkamų sąrašą. Numatyta, kad be VLK, SAM ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos priimant sprendimus dėl vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo dalyvaus ir šios institucijos – Farmacijos departamentas ir Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM. Šių institucijų atstovai kartu su SAM ir VLK atstovais dalyvauja centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo komisijoje, kurią sudaro SAM.

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-01-23 įsakymas Nr. V-35 „Dėl valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“.

³⁵ Viešųjų pirkimų tarnyba prie Lietuvos Respublikos vyriausybės 2007-03-23 ataskaita Nr. 1S-7 Viešojo pirkimo vykdymo tvarkos patikrinimo.

³⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-03-02 įsakymas Nr. V-136 „Dėl centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo tvarkos aprašo ir centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo komisijos darbo reglamento tvirtinimo“.

³⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-04-18 įsakymas Nr. V-230, PSD tarybos nuostatai.

³⁸ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 1998-03-20 įsakymas Nr. 151 „Dėl galūnių, sąnarių ir organų protezavimo darbų bei protezų ir kitų centralizuotai įsigyjamų medikamentų ir medicinos priemonių pirkimo išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“.

Komisija priima sprendimą siūlyti ar nesiūlyti Privalomo sveikatos draudimo tarybai svarstyti klausimą dėl medikamentų ir medicinos priemonių įtraukimo į sąrašą.

Audito metu peržiūrėjus komisijų, priimančių sprendimus dėl centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo³⁹ bei vykdančios jų viešuosius pirkimus⁴⁰, sudėtį pastebėta, kad į jas paskirta po vieną tą patį VLK ir SAM atstovą. Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo komisijoje VLK turi daugiausia balsų: iš 7 balsavimo teisę turinčių komisijos narių 3 – VLK atstovai, 2 – SAM atstovai, po 1 – Farmacijos departamento ir Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie SAM atstovą. Šioje komisijoje VLK atstovai su SAM atstovu, kuris taip pat paskirtas ir į VLK nuolatinę viešųjų pirkimų komisiją, turi daugumą.

Auditorių nuomone, centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių viešuosius pirkimus vykdančios komisijos nariai, neturi būti skiriami į komisiją, priimančią sprendimus dėl centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo.

Yra rizika, kad komisijų priimami sprendimai gali būti nepakankamai objektyvūs, kai centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių viešuosius pirkimus vykdančios komisijos nariai dalyvauja priimant sprendimus dėl centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo.

3.2. VLK vykdomas sąnarių endoprotezų kompensavimas

Pagal SAM nustatytą tvarką⁴¹ galūnių, sąnarių ir organų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos pagal sutartis tarp TLK ir ASPĮ, o protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių pirkimo išlaidos kompensuojamos konkurso būdu VLK organizuojant jų įsigijimą ir ASPĮ aprūpinimą.

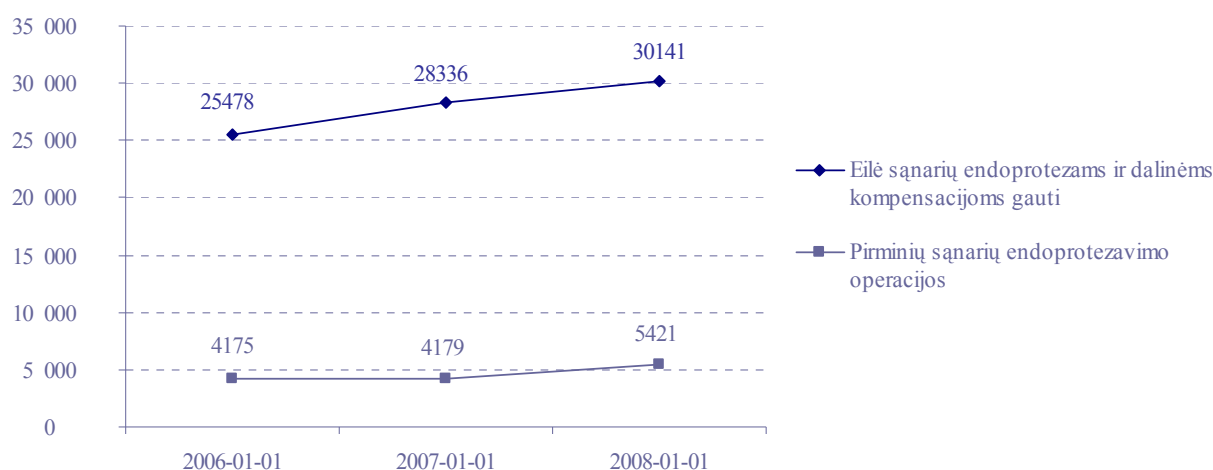
Laukiančiųjų sąnarių endoprotezų ir dalinių kompensacijų nuolat daugėjo.

³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-03-02 įsakymas Nr. V-154 „Dėl centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo komisijos sudarymo“.

⁴⁰ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2004-03-23 įsakymu Nr. 1-K-33 „Dėl nuolat veikiančios VLK viešojo pirkimo komisijos sudėties pakeitimo“. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2006-10-24 įsakymas Nr. 1-K-150 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2004-03-23 įsakymu Nr. 1-K-33 „Dėl nuolat veikiančios VLK viešojo pirkimo komisijos sudėties pakeitimo“ sudarytos komisijos sudėties pakeitimo“.

⁴¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998-03-20 įsakymu Nr. 151 „Dėl galūnių, sąnarių ir organų protezavimo darbų bei protezų ir kitų centralizuotai įsigyjamų medikamentų ir medicinos priemonių pirkimo išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“.

6 pav. VLK duomenų bazėje registruotų laukiančiųjų sąnarių endoprotezų ir dalinių kompensacijų skaičius ir endoprotezavimo operacijų skaičius



Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Apie 30–40 proc. laukiančiųjų sąnarių endoprotezų dėl vienokių ar kitokių priežasčių atideda operacijas, todėl laukiančiųjų sąnarių endoprotezavimo skaičius žymiai mažesnis, negu registruotų VLK duomenų bazėje. Be to, daliai pacientų, įrašytų į VLK duomenų bazę, jau atliktos sąnarių endoprotezavimo operacijos. Šie asmenys laukia dalinės kompensacijos už savo lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus.

3.2.1. Nemokamų sąnarių endoprotezų kompensavimas

Prašymą sąnario endoprotezui gauti VLK teikia pacientas, kuriam reikalinga planinė sąnario endoprotezavimo operacija, o ne ASPI, nors pacientui diagnozė nustatoma ir numatomas endoprotezavimas gydymo įstaigoje. Prašyme pacientas nurodo ASPI, kurioje jis pageidautų operuotis. Pacientas, pateikęs VLK prašymą, raštu informuojamas apie įtraukimą į VLK eilę nemokamam sąnario endoprotezui gauti, suteikiant registracijos numerį. Be to, pacientas informuojamas ir apie jo registracijos numerį pasirinktoje gydymo įstaigoje.

Audito metu nustatyta, kad VLK centralizuotai nupirktus sąnarių endoprotezus ir prieš tai buvusio skyrimo likusius nepanaudotus endoprotezus paskirsto ASPI. Tik po to endoprotezai skiriami pacientams pagal pasirinktą ASPI ir atsižvelgiant į registravimosi VLK datą. Sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimo tvarkos apraše⁴² (toliau – aprašas) nėra nurodyta, ar nemokami sąnarių endoprotezai pacientams skiriami pagal registracijos VLK datą, ar gydymo įstaigą, kurioje planuojama atlikti operaciją, t. y. nenustatytas kriterijus, kuris yra prioritetas skiriant nemokamą sąnario endoprotezą pacientui.

⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-08-01 įsakymas Nr. V-638 „Dėl sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams įsigyti kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

ASPI pasirenka skirtingas skaičius pacientų. ASPI nevienodai greitai panaudoja VLK paskirstytas centralizuotai išigytus endoprotezus, todėl VLK eilėje registruotiems pacientams nemokamų sąnarių endoprotezų tenka laukti nevienodą laiką.

Pagal apraše⁴³ nustatytą tvarką Sąnarių endoprotezų skirstymo komisija turėtų dirbti pagal VLK direktoriaus patvirtintą reglamentą. Audito metu Sąnarių endoprotezų skirstymo komisijos sudarymo ir veiklos reglamento VLK direktorius nebuvo patvirtinęs. Vadovaujantis nustatyta tvarka galutinį sprendimą dėl sąnarių endoprotezų skyrimo arba išsigijimo išlaidų kompensavimo turėtų priimti VLK direktorius, atsižvelgdamas į Komisijos ir prireikus Sprendimų labai retoms ligoms ir būklėms gydyti bei dėl nenumatytų atvejų priėmimo komisijos išvadas, tačiau nėra duomenų⁴⁴, kad buvo teikti siūlymai VLK direktoriui dėl sąnarių endoprotezų, jų priedų skyrimo pacientams ir ASPI, atsižvelgiant į registracijos datą VLK ir (ar) pasirinktą gydymo įstaigą.

Esant tokiai tvarkai pacientas nežino, kelintas jis yra eilėje ir kiek laiko jam teks laukti protezo. Tokia praktika netaikoma kitoms paslaugoms, kai naudojamos centralizuotai perkamos medicinos priemonės, pavyzdžiui, kardiostimuliatoriai, širdies vožtuvai, akių lęšiai, kraujagyslių protezai ir kt. Šios medicinos priemonės, kaip ir sąnarių endoprotezai, naudojamos teikiant atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tuo pačiu metu prašymus endoprotezui gauti pateikusiems pacientams, pageidaujantiems operuotis skirtingose ASPI, laukimo trukmė iki endoprotezo paskyrimo gali gerokai skirtis dėl skirtingų laukiančiųjų eilių endoprotezavimui ASPI. Auditorių nuomone, būtų racionaliau pacientų prašymus skirti endoprotezą registruoti ASPI, kurioje pacientas planuoja operuotis. Siekiant supaprastinti pacientų registraciją, VLK duomenų bazėje duomenys galėtų būti kaupiami gavus informaciją iš ASPI elektroniniu būdu.

Centralizuotai pirktų sąnarių endoprotezų panaudojimas tiesiogiai priklauso nuo to, kaip ASPI panaudoja per tam tikrą laiką VLK skirtus sąnarių endoprotezus. VLK specialistų nuomone, tai labiausiai turėjo įtakos planuotų ir panaudotų lėšų skirtumui. Pagal VLK skelbtą informaciją⁴⁵ 2007 m. gruodžio mėnesį pacientams klubo sąnario endoprotezavimo trumpiausiai teko laukti 13 mėnesių, kelio sąnario endoprotezavimo – 8 mėnesius.

VLK tinklalapyje (www.vlk.lt) neskelbiama informacija ir apie pacientų skaičių pagal pasirinktas ASPI, numatomą endoprotezavimo paslaugoms teikti.

5 lentelė. PSDF biudžeto lėšos sąnarių protezams išgyti ir dalinėms kompensacijoms išmokėti, tūkst. Lt

	2006 metai		2007 metai	
	Planuota	Panaudota	Planuota	Panaudota
Išlaidos sąnarių endoprotezams išgyti:	1 404	1 262	1 800	1 591

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-08-01 įsakymas Nr. V-638 „Dėl sąnarių endoprotezavimo ir išlaidų sąnarių endoprotezams išgyti kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁴⁴ Sąnarių endoprotezų skirstymo komisijos posėdžio 2007-09-28 protokololas Nr. 38.

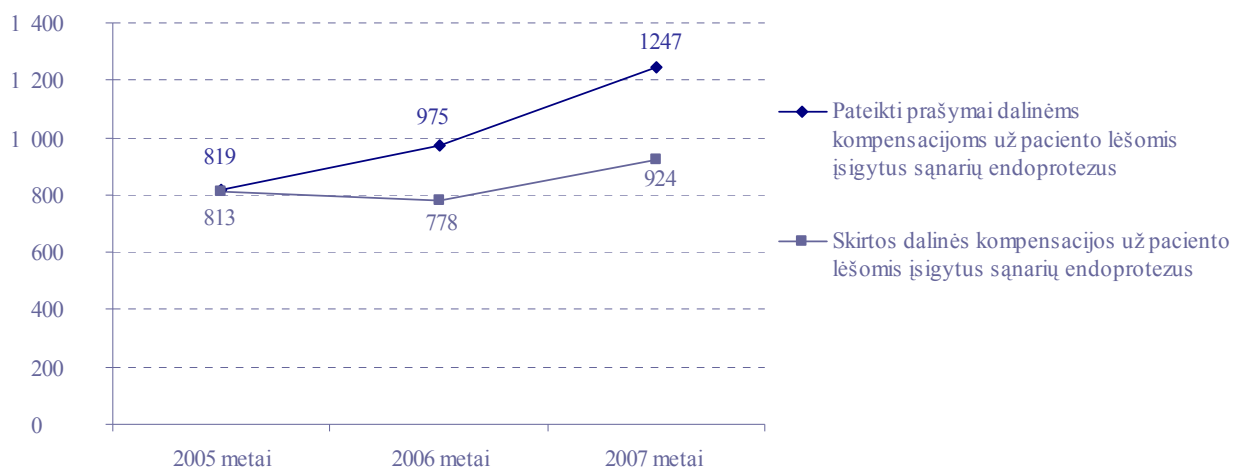
⁴⁵ Prieiga per internetą http://www.vlk.lt/vlk/san_endoprotez_eile [Žiūrėta 2008-01-28].

VLK 2006 ir 2007 m. nepanaudojo numatytų lėšų sąnarių endoprotezams ir dalinėms kompensacijoms išmokėti.

3.2.2. Dalinių kompensacijų už pacientų lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus mokėjimas

VLK duomenimis, šalyje apie 75 proc. pirminių sąnarių endoprotezavimo operacijų naudojami centralizuotai įsigyti sąnarių endoprotezai. Likusi dalis (apie 25 proc.) pirminių operacijų atliekama naudojant sąnarių endoprotezus, įsigytus pacientų lėšomis. VLK duomenų bazėje registruojami eilėje registruojami pacientai, laukiantys nemokamų sąnarių endoprotezų ir pacientai, kuriems buvo atlikta sąnario endoprotezavimo operacija, naudojant jų pačių lėšomis įsigytus endoprotezus. Pažymėtina, kad pacientai klubo ir kelio sąnarių endoprotezus perka už didesnę kainą, negu jie perkami centralizuotai. VLK išmoka dalį lėšų už paciento lėšomis įsigytą endoprotezą, nes kompensuoja mažiausią operacijos atlikimo laikotarpiu VLK centralizuotai pirktų atitinkamos grupės endoprotezų kainą. Dalinių kompensacijų už paciento lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus prašymų skaičius nuolat augo.

7 pav. Kompensacijų už paciento lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus skaičius



Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Apraše numatyta, kad dalinės kompensacijos už paciento lėšomis įsigytas EPS mokamos ir VLK eilės tvarka, ir atsižvelgiant į gautų pacientų prašymų operuoti šioje ASPĮ skaičių. 2008 m. sausio mėnesį VLK mokėjo kompensacijas tiems pacientams, kurių pirminiai prašymai apie įrašymą į eilę klubo sąnario endoprotezui gauti VLK buvo pateikti beveik prieš trejus metus⁴⁶, nors 2006 ir 2007 metais VLK nepanaudojo planuotų lėšų sąnarių endoprotezams įsigyti.

⁴⁶ Prieiga per internetą http://www.vlk.lt/vlk/san_endoprotez_eile [Žiūrėta 2008-01-28]

VLK skelbiama informacija apie laiką (mėnesiais), kurį pacientai laukė nemokamo endoprotezo atskirose gydymo įstaigose, nepakankama pasirenkant asmens sveikatos priežiūros įstaigas nemokamam endoprotezavimui.

Jei būtų panaudotos 2006 ir 2007 metais sąnarių endoprotezams įsigyti ir kompensacijoms išmokėti planuotos lėšos, būtų atsiradusi galimybė daugiau lėšų skirti dalinėms kompensacijoms už pacientų lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus.

4. Kita VLK vykdoma veikla

4.1. Paslaugų restruktūrizavimo programai skirtų lėšų panaudojimas

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo tikslai, uždaviniai, vertinimo kriterijai ir finansavimo šaltiniai nustatyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintose pirmojo ir antrojo etapo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijose⁴⁷. Vienas iš ASPI paslaugų restruktūrizavimo projektų finansavimo šaltinių – VLK vykdomo PSDF biudžeto lėšos. Patvirtinta ASPI teikiamų paslaugų restruktūrizavimo projektams finansuoti PSDF biudžeto lėšų skyrimo, naudojimo apskaitos ir atskaitomybės tvarka⁴⁸.

Sprendimus dėl ASPI restruktūrizavimo programos finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų priima Paslaugų restruktūrizavimo programų vertinimo komisija⁴⁹. PSDF tarybai pritarus, restruktūrizavimo programai skiriamas PSDF biudžeto lėšas įsakymu tvirtina sveikatos apsaugos ministras. VLK šias lėšas paskirsto TLK. ASPI teikiamų paslaugų restruktūrizavimo programoms skirtų lėšų administravimą, lėšų panaudojimo kontrolę, ataskaitų vertinimus atlieka TLK.

Išnagrinėjus 2005–2007 m. restruktūrizavimo programos iš PSDF biudžeto lėšų skirto finansavimo duomenis, nustatyta, kad restruktūrizavimo programai lėšos skiriamos: a) skirstant patvirtintą PSDF biudžetą naujai patvirtintiems projektams; b) papildomos lėšos iš PSDF biudžeto rezervo, trūkstant lėšų naujai patvirtintiems projektams vykdyti; c) iš PSDF biudžeto rezervo restruktūrizavimo programoje numatytoms, bet nebaigtoms priemonėms įgyvendinti.

ASPI teikiamų paslaugų restruktūrizavimo projektams finansuoti PSDF biudžeto lėšų skyrimo, naudojimo apskaitos ir atskaitomybės tvarkoje numatyta, kad restruktūrizavimo programai skirtos, bet finansiniais metais nepanaudotos lėšos perkeliamos į kitus biudžetinius metus (t. y. nepanaudotos lėšos metų pabaigoje gražinamos į PSDF biudžeto rezervą, o kitais metais ministro

⁴⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimai: 2003-03-18 Nr. 335 ir 2006-06-29 Nr. 647.

⁴⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-03-08 įsakymas Nr. V-163; 2007-05-23 įsakymas Nr. V-410.

⁴⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-01-28 įsakymas Nr. V-66.

įsakymu iš PSDF biudžeto rezervo skiriamos lėšos restruktūrizavimo programoje numatytoms, bet nebaigtoms priemonėms įgyvendinti).

6 lentelė. Paslaugų restruktūrizavimo programai skirtos lėšos, tūkst. Lt

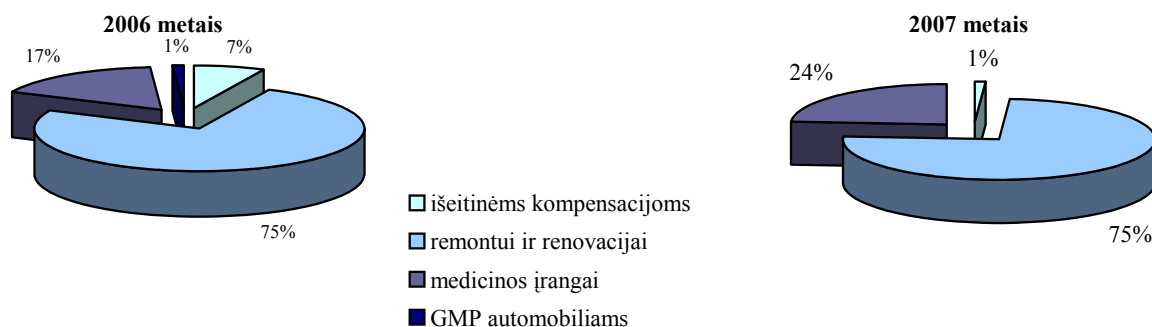
	2005 m.	2006 m.	2007 m.
PSDF biudžeto lėšos, skirtos paslaugų restruktūrizavimo programai	29 122	30 000	20 902
PSDF biudžeto rezervo lėšos, skirtos paslaugų restruktūrizavimo programai	4 100	9 647	20 000
PSDF biudžeto rezervo lėšos pradėtiems projektams užbaigti	–	7 910	14 580
Iš viso	33 222	47 557	55 482

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Paslaugų restruktūrizavimo programai iš PSDF biudžeto 2005–2007 m. skirtas finansavimas kasmet didėjo.

Įgyvendinant restruktūrizavimo projektus, iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos išlaidos, susijusios su restruktūrizuojamos ASPĮ personalo darbo santykiais (išeitinės kompensacijos), išlaidos būtiniams paslaugų teikimo formos pertvarkymams (statybos ir remonto darbai) bei medicinos įrangai.

8 pav. Paslaugų restruktūrizavimo programos lėšomis pradėtų finansuoti projektų išlaidų struktūra



Šaltinis - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Įgyvendinant 2006–2007 m. paslaugų restruktūrizavimo projektus, patalpų remontui panaudojama apie 75 proc. skirtų PSDF lėšų, medicinos įrangai (taip pat ir GMP automobiliams) – 24 proc. skirtų lėšų.

PSDF biudžeto ir PSDF rezervo lėšos, skirtos paslaugų restruktūrizavimo programai, panaudojamos nevisiškai. 2005 m. panaudota 76 proc. (24 663 tūkst. Lt), 2006 m. – 69 proc. (32 829 tūkst. Lt), 2007 m. – 34 proc. (18 836 tūkst. Lt) paslaugų restruktūrizavimo programai skirtų lėšų.

Tvirtinant PSDF biudžeto išlaidas ir neįvertinus PSDF biudžeto rezervo lėšų, tačiau PSDF biudžeto vykdymo apyskaitoje nurodant iš rezervo lėšų apmokėtas išlaidas, lėšų panaudojimo vertinimas yra netikslus: 2006 metais PSDF biudžeto vykdymo apyskaitoje nurodoma, kad planuotos išlaidos sveikatos programoms finansuoti – 147 626 tūkst. Lt, įvykdyta (kasos išlaidos) –

145 370,1 tūkst. Lt (98,5 proc.). Įvertinus iš PSDF rezervo skirtas lėšas, planuotos išlaidos sveikatos programoms finansuoti padidėja 36 545,34 tūkst. Lt (78,9 proc. visų skirtų lėšų).

Paslaugų restruktūrizavimo programoje numatytoms, bet nebaigtoms priemonėms įgyvendinti reikalingos lėšos skiriamos iš PSDF biudžeto rezervo. Rengiant PSDF biudžeto projektą, VLK šių išlaidų neplanuoja.

4.2. Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai skirtų lėšų panaudojimas

Vadovaujantis Lietuvos sveikatos sistemos įstatymo 41 str., visuomenės sveikatos programoms remti ir finansuoti naudojamos Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšos. Šios programos pagrindiniai finansavimo šaltiniai: savivaldybės biudžeto asignavimai, 20 proc. savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos lėšų, ne mažiau kaip 0,3 proc. PSDF biudžeto lėšų, kurios skiriamos savivaldybėms atsižvelgiant į gyventojų skaičių. Iš PSDF biudžeto savivaldybėms skiriamos lėšos kasmet didėjo.

7 lentelė. Savivaldybėms skirtų PSDF lėšų duomenys, tūkst. Lt

	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.
Patvirtintos PSDF išlaidos	1 831 585	1 888 722	2 049 310	2 360 810	2 885 173	3 640 382	4 297 991
Skirta savivaldybėms*	556	1 556	7 056	8 056	9 056	42 895	53 374
Proc. nuo patvirtinto PSDF biudžeto	0,03	0,08	0,34	0,34	0,31	1,18	1,24
Faktinės išlaidos	543	1 543	6 345	7 087	9 413	37 023	

*Savivaldybių sveikatos fondui; nuo 2004-11-26 Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa

Šaltinis – PSDF biudžeto vykdymo pagal išlaidų straipsnius apyskaita

Iš savivaldybėms skiriamų PSDF biudžeto lėšų 2004–2006 m. buvo finansuojamos trys atskiros programos: Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialioji programa, Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo programa, Vaikų dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa. Be šių programų 2007 m. Pagyvenusių žmonių dantų protezavimo programai finansuoti skirta 30 mln. Lt.

8 lentelė. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiajai programai skirtos PSDF biudžeto lėšos, tūkst. Lt

		2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.
Metų pradžioje skirtos lėšos	Iš viso:	7 056	8 056	9 056	42 895	53 374
Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialioji programa		1 556	1 556	1 556	2 000	2 400
Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo programa		4 500	4 500	5 500	7 895	9 474
Vaikų dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa		1 000	2 000	2 000	3 000	1 500
Pagyvenusių žmonių dantų protezavimui finansuoti		–	–	–	30 000	40 000
Panaudotos lėšos	Iš viso:	6 345	7 087	9 413	37 024	–
Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialioji programa		1 289	1 474	1 553	1 952	–
Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo programa		4 334	4 754	6 173*	7 853	–
Vaikų dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa		722	860	1 688	1 579	–
Pagyvenusių žmonių dantų protezavimui finansuoti		–	–	–	25 640	–

* Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-04-28 įsakymu Nr. V-347 darbo užmokesčio didinimui papildomai skirta 719 tūkst. Lt.

Šaltinis – PSDF biudžeto vykdymo pagal išlaidų straipsnius apyskaita

Audito metu nagrinėta Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialioji programa, kuriai skirtos PSDF lėšos naudojamos savivaldybių atrinktoms programoms finansuoti. Lietuvoje, siekiant pagerinti visuomenės sveikatą, parengtos ir įgyvendinamos visuomenės sveikatos priežiūros programos, kuriomis turėjo vadovautis savivaldybės, planuodamos konkrečias savivaldybėse numatomas vykdyti priemones (toliau – programas). TLK nedalyvauja šių programų atrankoje, lėšas savivaldybėms perveda pateikus patvirtintų programų sąmatas. TLK tvirtina minėtas sąmatas, prižiūri tolesnį finansavimą ir vykdo lėšų panaudojimo kontrolę, t. y. surenka savivaldybių ataskaitas apie lėšų panaudojimą pagal ekonominės klasifikacijos išlaidų straipsnius, jokių kitų duomenų (programų tikslai, uždaviniai, priemonės, vertinimo kriterijai ir kt.) nerenka.

VLK vidaus audito tarnyba apibendrina Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos lėšų panaudojimo ataskaitų duomenis.

9 lentelė. Savivaldybių programos, finansuotos iš PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Lt

Apibendrintas programų pavadinimas pagal sritis	2005 m.		2006 m.	
	tūkst. Lt	proc.	tūkst. Lt	proc.
Atskirų ligų prevencijos programos	687,6	46,7	679,4	43,8
Sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos ugdymas	506,4	34,4	530,5	34,2
Užkrečiamų ligų profilaktikos programos	135,0	9,2	189,0	12,2
Kitos programos	144,6	9,7	153,7	9,8
Iš viso:	1473,6	100	1552,6	100

Šaltinis - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

2005–2006 m. beveik pusė iš PSDF biudžeto Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai skirtų lėšų panaudota atskirų ligų prevencijos programoms vykdyti. Daugelis savivaldybių prevencijos programų labai panašios ar tokioms pat kaip ir Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintos valstybinės ar prevencinės programos.

Didelė dalis savivaldybių finansuojamoms prevencinėms programoms skirtų lėšų (apie 95 proc.) naudojama asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Šias programas savivaldybėse vykdo 2–3 ASPĮ. Savivaldybės gyventojams teikiamos paslaugos, kurios į kompiuterizuotą informacinę sistemą Sveidra įvedamos kaip mokamos paslaugos. Todėl nėra galimybės surinkti patikimos informacijos apie savivaldybių programų lėšomis finansuotas paslaugas.

Gaudamos iš savivaldybių lėšas, ASPĮ gali suteikti paslaugas, numatytas SAM patvirtintose ligų prevencijos programose, išplėsdamos tyrimams siunčiamiems pacientams nustatytas amžiaus ribas, nors visų gyventojų (nepriklausomai nuo amžiaus) profilaktiniai tikrinimai apmokami iš PSDF biudžeto nustatyta tvarka.

Sveikatos apsaugos ministerijos sekretoriaus pavedimu Higienos institutas analizavo ir vertino savivaldybių 2006 m. veiklą, įgyvendinant Visuomenės sveikatos rėmimo specialiąją programą.

Higienos instituto vertinimo rezultatai

1. Savivaldybės 2006 m. iš viso vykdė 1027 programas, iš kurių 63,4 proc. sudarė aplinkos ir sveikatos srities programos, 11,8 proc. – užkrečiamų ligų profilaktikos ir kontrolės srities programos, 8,9 proc. – programos, susijusios su visuomenės sveikatos sritimi, 15,9 proc. programų nepateko nė į vieną visuomenės sveikatos priežiūros programų sritį.
2. 2006 m. savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiąsias programas vykdė 929 institucijos: nevyriausybines organizacijos – 39 proc., švietimo įstaigos – 28 proc., asmens sveikatos priežiūros įstaigos – 16 proc., visuomenės sveikatos priežiūros centrai – 5 proc., kitos organizacijos – 11 proc. Biudžetinės institucijos sudarė 54,6 proc. vykdytojų.
3. Tik 24,2 proc. savivaldybių visuomenės sveikatos programų pavadinimų formuluočių atitiko šalies mastu vykdomų programų pavadinimus.
4. Savivaldybių vykdytų programų tikslų formuluotės buvo tinkamos 38,9 proc. atvejų. Uždavinių formuluotės atitiko tikslus 53,2 proc. atvejų. 44 proc. vykdytų priemonių iš esmės neatitiko vykdytų programų uždavinių.
5. Tik 28,4 proc. savivaldybių vykdytomis programoms vertinti buvo pasirinkti kiekybiniai kriterijai. Logiški buvo 11,7 proc., suprantami 18,2 proc., 64,7 proc. kriterijų buvo pasirinkti netinkamai. Pilnai pasiekti pasirinktus kriterijus pavyko 9,2 proc. savivaldybių.

Sveikatos apsaugos ministerijai pateiktoje Higienos instituto ataskaitoje⁵⁰ „Savivaldybių veiklos įvertinimas pagal pateiktas savivaldybių 2006 m. visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos įgyvendinimo ataskaitas“ konstatuota, kad atlikta analizė rodo nepakankamą savivaldybių patirtų programinės veiklos įgyvendinime (44 proc. vykdytų priemonių iš esmės neatitiko programų uždavinių).

⁵⁰ Higienos instituto 2007-11-05 raštas Nr. 01-(1.18)-500 Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos strategijos skyriui.

Įvertinant⁵¹ visuomenės sveikatos priežiūros veiklą savivaldybėse, taip pat konstatuota, kad ji nesisteminga, nepakankama ar fragmentiška, nėra tinkamo vykdomų priemonių koordinavimo. Nepaisant šių vertinimų, Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiąją programą tikslinga ir toliau finansuoti iš PSDF biudžeto⁵².

Išnagrinėjus Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų, galima teigti, kad:

- TLK nedalyvauja programų atrankoje ir neturi galimybės kontroliuoti programų priemonių vykdymą.
- Apie 40 proc. savivaldybėms skiriamų lėšų naudojama prevencinėms sveikatos programoms, kurios yra finansuojamos iš PSDF biudžeto.
- Savivaldybių finansuojamas prevencines programas vykdo (paslaugas teikia) tik kelios ASPĮ. Vadinasi, šios paslaugos skirtos ne visiems savivaldybių gyventojams.
- Didelės programos administravimo sąnaudos (TLK, savivaldybės, ASPĮ ir kt.), nors, pavyzdžiui, prevencinė veikla visais atvejais finansuojama PSDF biudžeto lėšomis.

Finansuojant prevencines paslaugas iš kelių šaltinių (iš PSDF biudžeto ir savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos) apsunkinama ligų prevencijos programų vykdymo stebėseną. TLK neturi duomenų apie suteiktas paslaugas, kurias finansavo savivaldybės.

Siekiant racionaliai naudoti PSDF biudžetą, nuolat tobulinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą, apmokėjimą ir administravimą, auditorių nuomone, tikslinga atsisakyti tiesiogiai su asmens sveikatos priežiūra nesusijusios veiklos (Paslaugų restruktūrizavimo, visuomenės sveikatos priežiūros programų) finansavimo iš PSDF biudžeto.

⁵¹ Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007-2010 metų programa, 12 ir 20 d.

⁵² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2008-02-22 raštas Nr. 10-(11.3-3-19)-1036 Valstybės kontrolei.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Išvados

Dėl PSDF biudžeto planavimo:

1. Valstybinė ligonių kasa turėtų tobulinti PSDF biudžeto planavimą, nes:
 - 1.1. rengiant PSDF biudžeto projektą į pajamas neįtraukiamas biudžeto rezervo lėšų likutis metų pabaigoje, todėl patvirtintas PSDF biudžetas sumažintas reikšmingomis sumomis. Didelę dalį iš PSDF biudžeto rezervo 2006 ir 2007 metais paskirstytų lėšų buvo galima planuoti ir skirti iš patvirtinto PSDF biudžeto; (11 psl.)
 - 1.2. planuojant PSDF biudžeto lėšas prevencinėms programoms įgyvendinti numatomos didesnės lėšos, neatsižvelgiant į tai, kad 2004–2006 metais šioms programoms įgyvendinti planuotos lėšos nebuvo panaudotos (išskyrus 2006 metais Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą); (22 psl.)
 - 1.3. skirdama asmens sveikatos priežiūros įstaigoms 2007 metais papildomas lėšas iš PSDF biudžeto rezervo paslaugų prieinamumui gerinti VLK neatsižvelgė į asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stebėsenos ir jo kitimo tendencijų duomenis, pagal kuriuos būtų objektyviau planuotos lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti; (14 psl.)
 - 1.4. tvirtinant PSDF biudžetą nenumatomos išlaidos Paslaugų restruktūrizavimo programoje numatytoms, bet nebaigtoms priemonėms įgyvendinti. Lėšos skiriamos iš PSDF biudžeto rezervo. (32 psl.)
2. Metų pabaigoje nepanaudotos PSDF biudžeto lėšos kitų finansinių metų pradžioje apskaitomos rezervo sąskaitoje. Finansiniais metais neįvertinus iš PSDF biudžeto rezervo skirtų lėšų, planuojamų išlaidų panaudojimo duomenys PSDF biudžeto apskaitoje nėra tikslūs. (11, 32 psl.)

Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo ir kontrolės:

3. Kai kurių ambulatorinių paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, turinys (diagnostikos ir gydymo technologija) neapibrėžtas, o paslaugos bazinė kaina neatitinka reikiamų sąnaudų. Tai gali skatinti, teikiant paslaugas, naudoti mažiau veiksmingas medicinos technologijas arba numatyti paciento priemokas už dalį paslaugos (17, 18 psl.)

4. Valstybinė ligonių kasa, skirdama PSDF biudžeto lėšas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, negali tiksliai nurodyti, už kokios apimties pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas apmoka (išskyrus skatinamąsias ir profilaktinių programų paslaugas), numatytas apmokėjimas ne už visas ambulatorines specialistų konsultacijas. (17, 18, 19 psl.)
5. Valstybinė ligonių kasa turėtų tobulinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų turinio reglamentavimą, nes:
 - 5.1. ambulatorinių specializuotų paslaugų apmokėjimo tvarkose nustatyta, kad turi būti atliekami visi pacientui būtini tiriamieji ir gydomieji veiksmai, nors kai kurių ambulatorinių specializuotų konsultacijų įkainiai didesni, nes atskirai numatyti laboratoriniai tyrimai; (18 psl.)
 - 5.2. šeimos gydytojo ta pati prevencinė veikla PSDF biudžeto lėšomis gali būti apmokama keliais būdais: kaip bazinis mokėjimas už įrašytus į sąrašą aptarnaujamus gyventojus, kaip skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kaip prevencinių programų priemonių vykdymas; (22 psl.)
 - 5.3. vienodos ambulatorinės specializuotos konsultacijos gali būti apmokamos skirtingomis bazinėmis kainomis. Patvirtintose prevencinėse programose skiriasi gydytojų specialistų konsultacijų kainos nuo įprastinių konsultacijų kainų. (17, 21, 22 psl.)
6. Valstybinė ligonių kasa formavo teritorinėms ligonių kasoms PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų planinės kontrolės kryptis ir apimtį, rengė teritorinių ligonių kasų atliktos kontrolės apibendrinimus, tačiau vykdytos kontrolės procedūros ne visada buvo tinkamos. Valstybinė ligonių kasa neišnaudojo visų galimybių kontrolės procesui tobulinti. (24 psl.)

Dėl centralizuotų vaistų ir medicinos priemonių pirkimo ir endoprotezavimo:

7. Skiriant tuos pačius Valstybinės ligonių kasos ir Sveikatos apsaugos ministerijos atstovus į centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo bei viešųjų pirkimų vykdymo komisijas, jų priimami sprendimai gali būti nepakankamai objektyvūs. (26, 27 psl.)
8. Valstybinės ligonių kasos skelbiamos informacijos pacientams nepakanka, nes nenurodoma, kiek yra laukiančiųjų nemokamo sąnarių endoprotezavimo atskirose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. (29 psl.)
9. Valstybinė ligonių kasa, 2006–2007 metais nepanaudojusi sąnarių endoprotezams įsigyti ir kompensacijoms išmokėti numatytų lėšų, neskyrė jų kompensacijoms išmokėti, kad sumažintų dalinių kompensacijų už savo lėšomis įsigytus sąnarių endoprotezus laukiančiųjų skaičių. (30 psl.)

Dėl kitos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos veiklos:

10. Valstybinės ligonių kasos finansuojamose prevencinėse programose nenustatyti aiškūs matuojami vertinimo kriterijai, nėra nustatytos ir patvirtintos tvarkos, kaip pasirašomos sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų dėl šių programų įgyvendinimo. (20, 21 psl.)
11. Finansuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugas iš PSDF biudžeto skirtingais būdais (sudarant sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, prevencines programas, savivaldybių programas), didėja Valstybinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų administravimo sąnaudos. (19, 21, 35 psl.)
12. Savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiosios programos finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų yra netikslingas, nes teritorinės ligonių kasos nedalyvauja programų atrankoje, nėra atsakingos, neturi galimybės kontroliuoti programų priemonių vykdymo ir rezultatų. Didelės Valstybinės ligonių kasos administravimo sąnaudos. (34 psl.)

Rekomendacijos

Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos:

1. Rengiant PSDF biudžeto projektą, metų pabaigoje rezervo sąskaitoje esančias lėšas planuoti kaip PSDF biudžeto pajamas.
2. Tobulinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekio ir kokybės kontrolės procesą.
3. Siekiant racionaliau vykdyti sąnarių endoprotezavimo kompensavimą, apsvarstyti galimybę:
 - 3.1. Valstybinės ligonių kasos duomenų bazėje kaupti informaciją apie laukiančiuosius nemokamo sąnarių endoprotezavimo pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigų elektroniniu būdu teikiamus duomenis;
 - 3.2. viešai skelbiamą informaciją papildyti asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamais duomenimis apie laukiančiųjų nemokamo sąnarių endoprotezavimo skaičių.

Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos:

4. Įvertinus PSDF biudžeto galimybes ir tarptautinę patirtį, peržiūrėti ambulatorinių paslaugų (pirminių ir gydytojų specialistų konsultacijų) bazines kainas, nustatant bendrus (taip pat ir profilaktinių (prevencinių) paslaugų) ambulatorinių paslaugų finansavimo ir apmokėjimo principus. Valstybės kontrolė 2002 metais teikė Sveikatos apsaugos ministerijai siūlymus dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų peržiūrėjimo, atlikus asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų analizę⁵³.
5. Sudarant komisijas užtikrinti, kad centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių viešuosius pirkimus vykdančios komisijos nariai nebūtų skiriami į komisiją priimančią sprendimus dėl jų sąrašo sudarymo.
6. Siekiant pagerinti asmens sveikatos priežiūrą, atsisakyti tiesiogiai nesusijusių su asmens sveikatos priežiūra priemonių finansavimo PSDF biudžeto lėšomis, pavyzdžiui, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos, paslaugų restruktūrizavimo programos.

1-ojo veiklos audito departamento direktorė

Vita Jurkevičienė

1-ojo veiklos audito departamento vyresnioji auditorė

Rasa Baušienė

Valstybinio audito ataskaita (po vieną egzempliorių) pateikta Lietuvos Respublikos Seimo Audito komitetui (kopija), Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai, Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

⁵³ Sveikatos apsaugos reformos vertinimo ataskaita, 2002-10-31 Nr. 210-1, 68 psl.