



Valstybinio audito ataskaita

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO
FONDO 2016 METŲ ATASKAITŲ
RINKINIO TEISINGUMAS BEI LĖŠŲ IR
TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR
DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMAS

2017 m. rugsėjo 29 d. Nr. FA-2017-P-10-10-4-1



TURINYS

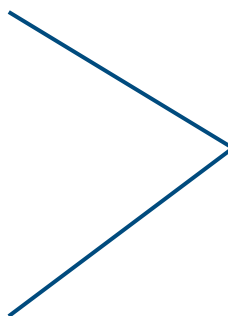
<u>PAGRINDINIAI ATASKAITOS FAKTAI</u>	<u>3</u>
<u>SANTRAUKA</u>	<u>4</u>
<u>IŽANGA</u>	<u>7</u>
<u>AUDITO REZULTATAI</u>	<u>8</u>
<u>1. KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ ATASKAITŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ VERTINIMAS</u>	<u>8</u>
<u>2. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO VERTINIMAS</u>	<u>8</u>
2.1. Sveikatos draudimo įmokų paskirtis nėra išgryninta	10
2.2. Liko aktualūs GMP ir OTP išlaidų dydžio pagrįstumo klausimai	15
2.3. Ministro įsakymais išplečiamas įstatymo nuostatų dėl fondo išlaidų taikymas	17
<u>REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS</u>	<u>18</u>
<u>PRIEDAI</u>	<u>20</u>
1 priedas. Santrumpos ir sąvokos	20
2 priedas. Audito apimtis ir metodai	21

PAGRINDINIAI ATASKAITOS FAKTAI

1 484,2

mln. Eur

Privalomojo sveikatos
draudimo fondo gautos
pajamos



1 474,2

mln. Eur

Iš Privalomojo sveikatos
draudimo fondo apmokėta
išlaidų

69,6 mln. Eur

Privalomojo sveikatos draudimo įmokų lėšomis apmokėtos fondui priskirtos valstybės funkcijos, nors įstatymu numatytas jų finansavimo šaltinis – valstybės biudžeto lėšos

10,1 mln. Eur

Ortopedijos techninės priemonės apmokėtos ne kartą kritikuota tvarka, neužtikrinančia konkurencingų kainų nustatymo

3,3 mln. Eur

Apmokėtas greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės skatinimas neįsitikinus, ar įranga atitinka tam keliamus reikalavimus

0,7 mln. Eur

Privalomojo sveikatos draudimo įmokų lėšomis apmokėtos paslaugos, savo turiniu neatitinkančios draudimo tikslo

SANTRAUKA

Audito tikslas ir apimtis

Vadovaudamiesi Valstybės kontrolės įstatymu¹ ir Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu², atlikome Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo ir lėšų bei turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimo auditą.

Auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus, tarptautinius audito standartus ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus. Audito ataskaitoje pateikiami tik audito metu atlikti ir nustatyti dalykai, o nepriklausoma nuomonė dėl konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio, konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio pareiškama audito išvadoje. Audito apimtis ir taikyti metodai išsamiau aprašyti 2 priede „Audito apimtis ir metodai“ (21 psl.).

Pagrindiniai rezultatai

Valstybės prisiimti įsipareigojimai vykdyti sveikatos draudimo lėšomis, dėl to galėjo nukentėti apdraustųjų šiuo draudimu interesai

Sveikatos draudimo įstatyme nurodytas baigtinis fondui priskirtų valstybės funkcijų sąrašas pagal turinį neatitinka privalomojo sveikatos draudimo tikslo: apmokama ir už neapdraustus asmenis; ir nesant sveikatos sutrikimų; ir ne už asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones. Valstybės funkcijų įgyvendinimui skyrus tik 15,3 mln. Eur valstybės biudžeto asignavimų, jos – 69,6 mln. Eur – apmokėtos draudimo įmokų lėšomis, nors toks finansavimo šaltinis neatitinka ir Konstitucinio Teismo išaiškinimų (už asmenų mokamas draudimo įmokas negali būti finansuojama nemokama medicinos pagalba ir nedraustiesiems negali būti teikiamos paslaugos). Taigi galėjo nukentėti ir apdraustųjų šiuo draudimu interesai (2.1.1 skirsnis).

Draudimo lėšomis apmokamos ir tos paslaugos, kurios savo turiniu neatitinka privalomojo sveikatos draudimo tikslo

Tiek vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugos, tiek Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano priemonių įgyvendinimas nekoreliuoja su įstatyme numatytu sveikatos draudimo tikslu: jie nesusiję su gydytojo diagnozuotais sveikatos sutrikimais ar jos būkle, tačiau vis dėlto apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo įmokų pagrindu surinktų fondo lėšų (atitinkamai 0,5 mln. Eur ir 0,2 mln. Eur) (2.1.2 skirsnis).

Sveikatos draudimo sąskaita vykdoma veikla, turinti socialinės paramos požymių

Socialiai jautrių asmenų grupėms (senatvės pensijos amžiaus sulaukusiems asmenims, nedarbingiems asmenims, vaikams ir kt.) įstatymu nustatytos ir sveikatos draudimo lėšomis apmokamos didesnės apimties nei kitiems apdraustiesiems sveikatos priežiūros paslaugos.

¹ LR valstybės kontrolės įstatymas, 1995-05-30 Nr. I-907 (su vėlesniais pakeitimais), 9 str. 1 d. 5 p.

² LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2007-06-26 Nr. X-1212 (su vėlesniais pakeitimais), 30 str.

Pavyzdžiui: skirtinga vaistų kompensacijos dalis (nuo 50 iki 100 proc.), kompensuojamos skirtingos apimties odontologo paslaugos, ne visiems kompensuojamos protezavimo paslaugos.

Tokiu diferencijuotu teisiniu reguliavimu siekiama pozityvių, visuomeniškai ir konstituciškai svarbių tikslų. Pati savaime nustatytoms grupėms didesnė apmokamų paslaugų apimtis nėra ydinga, tačiau atkreiptinas dėmesys į šios apimties finansavimo šaltinį – privalomojo sveikatos draudimo įmokų lėšas. Skirtingos, priklausančios nuo asmens socialinio statuso, apimties išlaidų apmokėjimas turi socialinės paramos požymių, o ji vykdoma valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšomis (2.1.3 skirsnis).

Už greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės skatinimą vis dar mokėta neįsitikinus, ar tenkinami keliami įrangos reikalavimai

Greitosios medicinos pagalbos paslaugos didesniu įkainiu (papildomai 1,6 mln. Eur) ir jų geri darbo rezultatai (1,7 mln. Eur) apmokėti neatlikus dispečerinių tarnybų techninės ir programinės įrangos vertinimų, t. y., neįsitikinus, ar tenkinami tokiam apmokėjimui keliami įrangos reikalavimai. Šiuos vertinimus akredituota institucija pradėjo 2017 metais (2.2.1 skirsnis).

Teisiniam reguliavimui nepakitus, ortopedijos techninės priemonės apmokėtos senąja, ne kartą kritikuota, tvarka

Audituojamu laikotarpiu teisiniam reguliavimui nepakitus, ortopedijos techninės priemonės apmokėtos (10,1 mln. Eur) pagal sutartis su šių priemonių gamintojais, sudarytas nesilaikant Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimų ir taikant iš esmės nepakitusius ortopedijos įmonių karteliniu susitarimu 2011 m. nustatytus įkainius (2.2.2 skirsnis).

Ministro įsakymais įstatymo nuostatų dėl išlaidų, apmokamų iš fondo, taikymas išplečiamas

Vadovaujantis ministro patvirtinta tvarka, taikant dirbtinę plaučių ventiliaciją namuose, fondo lėšomis kompensuota atitinkamos įrangos nuoma (2016 metais panaudota 0,3 mln. Eur), nors Sveikatos draudimo įstatymas, apibrėžiantis fondo išlaidas, šiuo metu medicinos priemonių nuomos kompensavimo iš fondo biudžeto nenumato (2.3 poskyris).

2016 m. konsoliduotųjų ataskaitų rinkinyje reikšmingų iškraipymų ar sudarymo neatitikimų nenustatyta

Išvados

1. Sveikatos draudimo įmokų paskirtis nėra išgryninta, nes teisės aktai aiškiai nenustato privalomojo sveikatos draudimo garantuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimties, dėl to:
 - sveikatos draudimo įmokos naudotos valstybės prisiimtiems įsipareigojimams apmokėti;
 - sveikatos draudimo lėšomis apmokėtos išlaidos, kurios neatitinka šio draudimo tikslo.
2. Problemos dėl greitosios medicinos pagalbos ir ortopedijos techninių priemonių apmokėjimo pagrįstumo išliko aktualios ir 2016 metais, nes, greitosios medicinos pagalbos atveju, nebuvo

vertinama įrangos atitiktis reikalavimams, o ortopedijos techninių priemonių apmokėjimo atveju – neišnaudotos visos galimybės siekiant konkurencingų jų kainų.

3. Ministro įsakymais praplečiamas įstatymo nuostatų dėl išlaidų, apmokamų iš fondo, taikymas, nes ministras reglamentuoja paslaugų apmokėjimą ne įstatymų nustatyta tvarka.

Rekomendacijos

Sveikatos apsaugos ministerijai

Dėl sklandesnio įstatymu pavestų funkcijų įgyvendinimo Sveikatos apsaugos ministerija, kaip sveikatos draudimo politikos formuotoja, atsakinga už sveikatos draudimą ir jo strateginių krypčių koordinavimą, teisės aktų projektų sveikatos draudimo politikos srityje rengimą, turėtų tobulinti teisinį reglamentavimą ir inicijuoti teisės aktų pakeitimus:

1. nustatyti aiškią iš fondo (sveikatos draudimo įmokų) apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir numatyti, kad sveikatos draudimo įmokomis apmokamos tik tos išlaidos, kurios atitinka draudimo tikslą bei nėra dengtinės valstybės lėšomis (1 išvada);
2. inicijuoti diskusiją su institucijomis, atsakingomis už socialinės paramos politiką, siekiant įvertinti socialiai jautrioms grupėms teikiamų didesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, jo atitiktį socialinės paramos turiniui, taip pat inicijuoti teisinio reglamentavimo pakeitimus, kad tokia socialinė parama būtų finansuojama kitomis nei privalomojo sveikatos draudimo įmokos lėšomis (1 išvada);
3. atlikti kompleksinę įstatymus įgyvendinančių teisės aktų peržiūrą ir užtikrinti, kad jie nekonkuruotų su įstatyminiu reglamentavimu (3 išvada).

Valstybinei ligonių kasai kartu su Sveikatos apsaugos ministerija

4. Tobulinti ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymo mechanizmą, siekiant šias priemones kompensuoti mažiausiomis, objektyviai pagrįstomis ir su nešališkais šaltiniais palyginamomis kainomis (2 išvada).

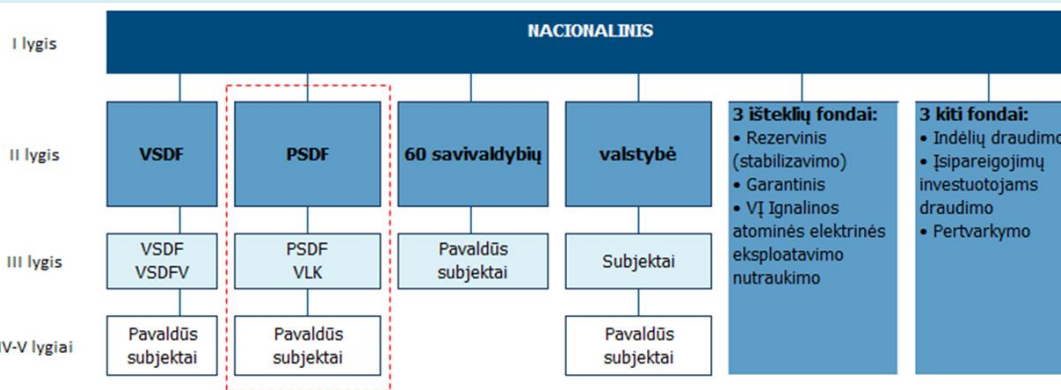
Rekomendacijų įgyvendinimo priemonės ir terminai pateikti ataskaitos dalyje „Rekomendacijų įgyvendinimo planas“ (18 psl.).

IŽANGA

Privalomojo sveikatos draudimo fondą administruoja ir metinį ataskaitų rinkinį rengia Valstybinė ligonių kasa kartu su jai pavaldžiomis penkiomis teritorinėmis ligonių kasomis. Vadovaujantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu³, šio fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys – jo administravimo įstaigų, fondo ir jo administravimo įstaigų kontroliuojamų viešojo sektoriaus subjektų finansinių ataskaitų rinkinys, parengtas kaip vieno viešojo sektoriaus subjekto finansinių ataskaitų rinkinys, ir fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys, kuriame pateikiami fondo biudžeto vykdymo duomenys.

Finansinėse ir biudžeto vykdymo ataskaitose konsoliduojama 12-os subjektų (Valstybinės ligonių kasos ir penkių jai pavaldžių biudžetinių įstaigų bei jų administruojamų išteklių fondų) ataskaitos (1 pav.).

1 pav. Fondas nacionalinio finansinių ataskaitų rinkinio sudėtyje



Šaltinis – Valstybės kontrolė

Fondo metinių ataskaitų rinkinys ne vėliau kaip iki kitų metų spalio 1 dienos teikiamas Vyriausybei, kuri pritarusi ataskaitų rinkiniui, teikia jį Seimui ne vėliau kaip iki spalio 10 dienos⁴.

Fondo valdymo sistemoje dalyvauja Privalomojo sveikatos draudimo taryba ir Sveikatos apsaugos ministerija.

Privalomasis sveikatos draudimas yra valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudžiamajam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą.

Įstatyme⁵ nustatyta, kad privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams. Jis kasmet tvirtinamas biudžeto rodiklių įstatymu.

Fondo lėšomis apmokamos apdraustiems asmenims suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, kompensuojamas vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimas, medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos.

Pagrindinę fondo pajamų dalį sudaro įmokos, kurias moka apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu, ir valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis. Fondo pajamas sudaro ir valstybės biudžeto asignavimai, institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, pajamos, iš gydymo įstaigų ir fizinių bei juridinių asmenų išieškota fondui padaryta žala.

³ LR viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2007-06-26 Nr. X-1212 (su pakeitimais ir papildymais), 2 str. 14 d.

⁴ Ten pat, 32 str. 7 ir 9 d.

⁵ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su pakeitimais ir papildymais), 13 ir 14 str.

AUDITO REZULTATAI

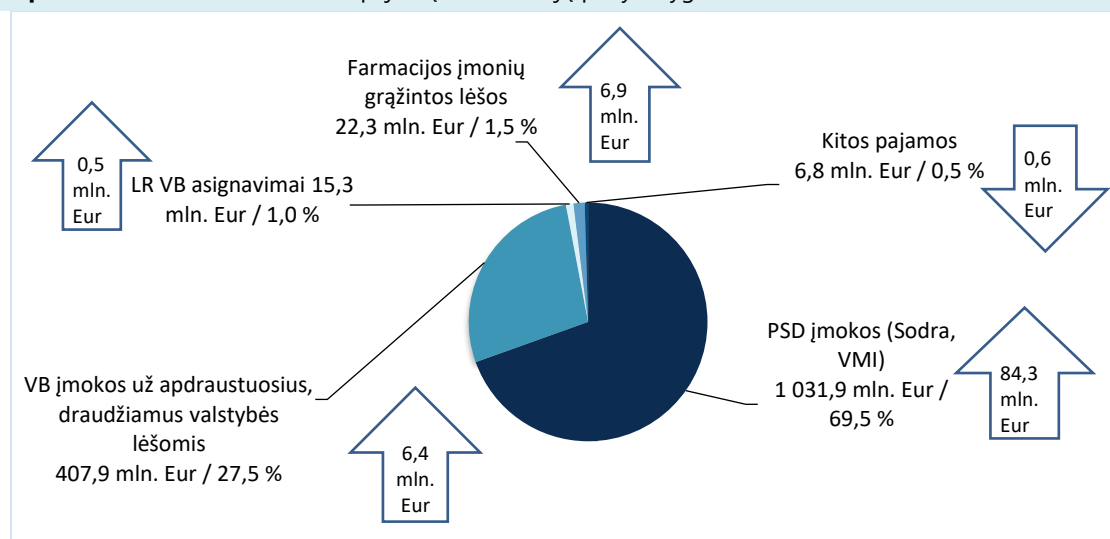
1. KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ ATASKAITŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ VERTINIMAS

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų finansinių ataskaitų rinkinio duomenų reikšmingų iškraipymų ir 2016 metų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio sudarymo reikšmingų neatitikimų nenustatyta.

2. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO VERTINIMAS

2. 2016 m. patvirtintas⁶ 4,1 proc. didesnis nei ankstesniais metais fondo biudžetas. Faktiškai biudžetas įvykdytas 102,5 proc. – surinkta 1 484,2 mln. Eur, arba 46,4 mln. Eur daugiau pajamų, nei planuota. Kaip ir ankstesniais metais didžiausią jų dalį sudarė draudžiamųjų sumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, administruojamos „Sodros“ ir VMI bei valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (žr. 2 pav.). Didėjant apdraustųjų ir draudėjų skaičiui, apdraustųjų vidutinėms mėnesio pajamoms, atitinkamai augo ir šių įmokų sumos. Taip pat nuosekliai didėjo pajamos, gaunamos pagal VLK ir vaistų gamintojų pasirašytas gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis.

2 pav. 2016 m. fondo biudžeto pajamų sandara ir jų pokytis lyginant su 2015 m.

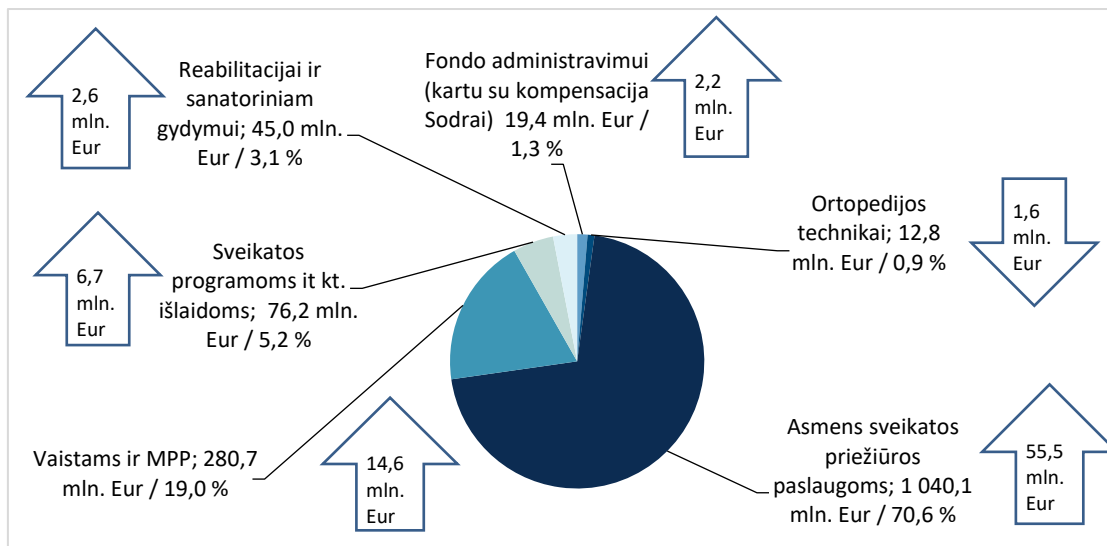


Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal 2016 m. ir 2015 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitų duomenis

⁶ LR 2016 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2015-12-10 Nr. XII-2165.

3. Audituoti laikotarpiu išlaidų struktūra ir paskirstymo tendencijos kaip ir pajamų atveju iš esmės nesikeitė. Didžiausią išlaidų dalį (apie 90 proc.) sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, vaistams ir MPP (žr. 3 pav.).

3 pav. 2016 m. fondo biudžeto išlaidų sandara ir jų pokytis lyginant su 2015 m.



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal 2016 m. ir 2015 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitų duomenis

4. 2016 m. skatinant aukštos kokybės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, pradėti taikyti papildomi gerų darbo rezultatų rodikliai⁷, naujos skatinamosios priemonės⁸, o į ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą (A) buvo įrašyti 26 nauji kompensuojamieji vaistai. Įstatymu neapibrėžus inovacinių vaistų sąvokos, 2016 m. į kompensuojamųjų vaistų sąrašą naujiems įtrauktiems tokiems vaistams apmokėti panaudota 16,1 mln. Eur fondo lėšų, dar 13,7 mln. apmokėta už 2015 m. inovaciniais laikytus ir į sąrašą įtrauktus vaistus.
5. Po LR Prezidentės raginimų imtis veiksmų, įgyvendinant Valstybės kontrolės ir Konkurencijos tarybos siūlymus bei siekiant užtikrinti efektyvią vaistų kainodarą ir sąžiningą konkurenciją, suteikti galimybę kiekvienam žmogui įsigyti tinkamiausių, nebrangių ir efektyvių vaistų, pakeistas kompensuojamųjų vaistinių preparatų bazinių kainų apskaičiavimo teisinis reglamentavimas⁹. Todėl į 2017 m. kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyną įtraukiami tik tie vaistai, kurių kaina yra ne daugiau kaip 10 proc. (iki pakeitimo – 40 proc.) didesnė nei pigiausių vaistų referencinėse valstybėse. Vaistų gamintojui įsipareigojus taikyti tokio dydžio nuolaidas, kurias pritaikius būtų pasiektas nustatytas deklaruojamos kainos reikalavimas, į kainyną įtraukiami ir kiti vaistai.
6. Kaip ir ankstesniais metais fondas patyrė daugiau išlaidų, nei buvo planuota, o joms apmokėti panaudojo 43,0 mln. Eur fondo biudžeto rezervo lėšų, iš kurių 13,0 mln. Eur skirta kreditiniam įsiskolinimui už išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP iš dalies padengti, o nuo 2016 m. liepos 1 d. asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas padidinus 5,5 proc., skirta 30,0 mln. Eur padidėjusioms išlaidoms apmokėti.

⁷ Už GMP darbo intensyvumą ir už Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymą.

⁸ Asmenų, priskiriamų rizikos grupei, skiepimą gripo vakcina; A grupės beta hemolizinio streptokoko antigeno nustatymo greitojo testo atlikimą 2–7 m. vaikams, susirgusiems viršutinių kvėpavimo takų infekcinėmis ligomis; asmenų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas metadonu, priežiūra.

⁹ LR Vyriausybės 2005-09-13 nutarimas Nr. 994 „Dėl Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2017-04-26 nutarimo Nr. 323 redakcija).

7. Fondo administravimo išlaidos 2016 m. sudarė 19,4 mln. Eur, iš jų – 3,9 mln. Eur „Sodrai“ už privalomojo sveikatos draudimo įmokų rinkimą. Nuo 2018 m. liepos 1 d. įgyvendinus ketinimą „E. sveikatos“ sistemos duomenų valdymą perduoti Valstybinei ligonių kasai, jos administravimas gali pareikalauti ir papildomų išteklių.

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

2.1. Sveikatos draudimo įmokų paskirtis nėra išgryninta

8. LR Konstitucijos 53 str. 1 dalyje įtvirtinti sveikatos apsaugos pagrindai – valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką¹⁰.

KT nutarime pabrėžta: jei sveikatos priežiūrai negali būti skiriama tiek valstybės biudžeto lėšų, kiek būtina pakankamam asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių neapima piliečiams garantuota nemokama medicinos pagalba, prieinamumui neatsižvelgiant į asmens pajamas užtikrinti, įstatymų leidėjas, įgyvendindamas Konstitucijos 53 str. 1 d. įtvirtintą valstybės priedermę, ne tik gali, bet ir privalo numatyti ir kitą visuomenės solidarumu grindžiamą būdą sukaupti reikiamas viešąsias lėšas, *inter alia* gali pasirinkti privalomąjį sveikatos draudimą.

Pagal Sveikatos draudimo įstatymą¹¹ privalomasis sveikatos draudimas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir MPP kompensavimą iš PSDF biudžeto, įvykus draudžiamajam įvykiui, t. y., pagal šio įstatymo 5 str. esant gydytojo diagnozuotiems šiuo draudimu draudžiamų asmenų sveikatos sutrikimams ar sveikatos būklei, kurie yra pagrindas draudžiamiesiems asmenims teikti šio įstatymo ir kitų teisės aktų nustatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir apmokėti iš fondo biudžeto.

Didžiausią PSDF biudžeto pajamų (žr. 2 pav.) dalį sudaro privalomojo sveikatos draudimo įmokos (tarp jų ir VB įmokos už apdraustus), tačiau šiomis draudimo lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis įstatyme nėra aiškiai reglamentuota, nors KT nutarime pabrėžė, kad juos nustatyti yra aktualu¹².

9. Kokias paslaugas apmokėti iš fondo biudžeto, įstatymu¹³ suteikta teisė spręsti ministrui, patvirtinant iš fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įvertinus VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones, tačiau šiuo metu teisės aktuose nenumatyta kriterijų, pagal kuriuos šios paslaugos turėtų būti vertinamos, siekiant jas įrašyti į sąrašą arba išbraukti iš jo (t. y., siekiant nustatyti, kokių paslaugų išlaidos bus apmokamos iš PSDF biudžeto, o kokių – ne).

¹⁰ Konstitucinis Teismas 2014-02-24 sprendimu išaiškino, kad Konstitucijoje yra įtvirtinta gyvybiškai būtinos (reikalingos žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti ir netapatintinos su medicinos pagalba žmogaus sveikatai gelbėti ir išsaugoti) nemokamos medicinos pagalbos piliečiams garantija t. y. finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis. Taip pat pažymėjo, kad įstatymų leidėjas gali nustatyti didesnę, negu implikuoja ši konstitucinė garantija, nemokamos medicinos pagalbos piliečiams apimtį.

¹¹ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343, 2 str. 5 d.

¹² LR Konstitucinio teismo 2013-05-16 nutarimas: „Pasirinkęs privalomąjį sveikatos draudimą kaip vieną iš sveikatos priežiūros finansavimo šaltinių, įstatymų leidėjas turi aiškiai apibrėžti šio draudimo lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį.“

¹³ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su pakeitimais ir papildymais), 9 str. 6 d.

10. Pažymėtina, kad patvirtinto vieno sąrašo nėra, ministro įsakymais patvirtinta daug sąrašų ir tvarkų¹⁴, kuriose nurodytos iš fondo apmokamos paslaugos. Susistemintas iš fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas pateikiamas teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse¹⁵.
11. Įstatymu taip pat nėra apibrėžta asmens sveikatos priežiūros paslaugos sudėtis, o ministro įsakymais patvirtintos paslaugos, apmokamos fondo lėšomis, vienu atveju apima ir medžiagas, reikalingas paslaugai teikti (pvz., dantų protezavimo paslauga¹⁶), kitu atveju – ne (pvz., odontologinės paslaugos suaugusiesiems¹⁷).
12. VLK kartu su SAM parengė Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio pakeitimo įstatymo projektą¹⁸. Jame nustatomi kriterijai, kuriais vadovaujantis asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų įrašomos į sveikatos apsaugos ministro tvirtinamą PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą. Aiškiai įvardijama, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į sąrašą ir išbraukimo iš jo tvarką bei įstatyme nurodytų kriterijų reikšmes nustato LR Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Patvirtinus įstatymą, jis turėtų įsigalioti nuo 2018-05-01.
13. Teisės aktai aiškiai nenustato ne tik sveikatos priežiūros paslaugos sudėties, bet ir privalomojo sveikatos draudimo garantuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimties (žr. 2.1.1–2.1.3 skirsnius). Įstatymu aiškiai neatskyrus pajamų šaltinių paskirties, visos fondo išlaidos apmokamos bendrai iš fondo biudžeto, dėl to sveikatos draudimo įmokos naudojamos apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kitas išlaidas, kurių ne visos atitinka PSD tikslą, Konstitucinio Teismo 2013-05-16 ir 2014-02-26 išaiškinimus.

2.1.1. Valstybės prisiimti įsipareigojimai vykdomi draudimo lėšomis

14. Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. pasisakė dėl aiškios privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimties. Kartu pabrėžė ir tai, kad, įstatymų leidėjui pasirinkus sveikatos priežiūros finansavimo modelį, grindžiamą *inter alia* privalomuoju sveikatos draudimu, šio draudimo lėšomis gali būti finansuojamos tik tos apdraustų asmenų sveikatos priežiūros paslaugos, kurių neapima nemokama medicinos pagalba. Už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustiems (neapsidraudusiems) asmenims, iš šio draudimo lėšų negali būti apmokama. Atsižvelgiant į KT išaiškinimus, nuo 2015-01-01 Sveikatos sistemos įstatymo 2 str. apibrėžtos paslaugos, skirtos

¹⁴ LR sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 2008-05-09 Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“, 2011-12-27 Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“, 2011-12-23 Nr. V-1118 „Dėl Giminingų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo bei bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos tvirtinimo“, 2008-01-17 Nr. V-49 „Dėl Imunotipavimo, genetinio, kraujo krešėjimo veiksnių tyrimų, apmokamų iš PSDF biudžeto, atlikimo reikalavimų ir apmokėjimo sąlygų aprašo patvirtinimo“, 2005-12-05 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“, įsakymai, susiję su transplantacija ir kt.

¹⁵ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014-02-06 įsakymas Nr. 1K-23 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo“.

¹⁶ LR sveikatos apsaugos ministro 2005-11-21 įsakymas Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ 2.1 p.

¹⁷ LR sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymu Nr. 357 patvirtinta Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka, 8 p.

¹⁸ LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas, registruotas 2017-05-29 Nr. 17-4256(2).

gyvybei gelbėti ir išsaugoti – jomis laikomos GMP paslaugos. Atitinkamai tikslintas ir Sveikatos draudimo įstatymas: 15 str. 1 d. 3 p. išvardytas baigtinis VB asignavimais apmokamų išlaidų sąrašas, kurį sudaro ir kitos, nei žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti skirtos, išlaidos.

15. 2016 m. skirta valstybės biudžeto asignavimų suma – 15 288 tūkst. Eur, nors faktinis lėšų poreikis Įstatymo 15 str. 1 d. 3 p. funkcijoms vykdyti – 84 872 tūkst. Eur:
- paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidoms apmokėti – 48 595 tūkst. Eur; pagal KT išaiškinimus šios paslaugos apmokamos VB lėšomis (žr. 14 pastraipą);
 - kompensacijoms kraujo donorams ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti – 1 174 tūkst. Eur; tai nėra teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, o ir donorystės propagavimas niekaip nesiejamas su PSD tikslu (žr. 8 pastraipos trečią dalį);
 - sveikatos priežiūros išlaidoms, apmokamoms pagal Sveikatos draudimo įstatymo 6 str. 5 d. (pvz., padariusių visuomenei pavojingą veiką, kuriems teismo nutartimi paskirtos priverčiamosios medicininio pobūdžio priemonės) bei šio įstatymo 8 str. 5 d., t. y., už nelaikomų apdraustaisiais asmenų sveikatos priežiūrą – 8 091 tūkst. Eur ir 5 515 tūkst. Eur atitinkamai. Įstatymu¹⁹ reglamentuotas šių išlaidų apmokėjimo šaltinis – VB lėšos, taip pat remiantis KT nutarimu, neapdraustiems (neapsidraudusiems) asmenims, iš šio draudimo lėšų negali būti apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (žr. 14 pastraipą);
 - ortopedijos technikos priemonėms įsigyti – 12 808 tūkst. Eur. Įstatyme kito finansavimo šaltinio nei VB lėšos²⁰ – nenumatyta. OTP – medicinos priemonėms priskiriami įtvarai²¹, tai nėra nei suteikta asmens sveikatos priežiūros paslauga, nei vaistas, nei MPP, todėl šių priemonių kompensavimas draudimo lėšomis neatitinka PSD tikslo (žr. 8 pastraipos trečią dalį);
 - nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti (8 689 tūkst. Eur). Šia programa apmokami centralizuotai įsigijami skiepai, skirti apsaugoti apdraustuosius nuo užkrečiamųjų ligų ir jų komplikacijų, kontroliuoti skiepėjimais valdomas užkrečiamąsias ligas ir niekaip nesiejami su PSD tikslu (žr. 8 pastraipos trečią dalį) – gydytojo diagnozuotais sveikatos sutrikimais ar sveikatos būkle.
16. Fondo biudžetui skyrus gerokai mažesnę VB asignavimų (lėšų) sumą valstybės prisiimtiems įsipareigojimams vykdyti, jie (69 584 tūkst. Eur) apmokėti fondo lėšomis – iš draudimo įmokų gautomis fondo pajamomis. Tokią apmokėjimo galimybę, kai faktiškai viso fondo išlaidos naudojamos bendrai tiek su sveikatos draudimo tikslu susijusioms išlaidoms, tiek ir valstybės įsipareigojimams vykdyti, numato Sveikatos draudimo įstatymo 21 str. Jame nurodomos PSDF biudžeto išlaidos, tačiau neišskirta, kas gali būti apmokama iš fondo pajamų – draudimo įmokų, o kas iš fondo pajamų – valstybės biudžeto lėšų.
17. Taigi fondui pavesti valstybės įsipareigojimai buvo apmokėti ne tik VB skirtomis lėšomis, bet ir iš sveikatos draudimo įmokų gautomis lėšomis, o tai neatitinka įstatymo nuostatų dėl šių paslaugų apmokėjimo šaltinio, KT išaiškinimų dėl iš draudimo įmokų surinktų lėšų naudojimo (žr. 14 pastraipą) ir privalomojo sveikatos draudimo tikslo – apmokama ir už neapdraustus asmenis; nesant sveikatos sutrikimų; ne už paslaugas, vaistus ir MPP (žr. 8 pastraipos trečią dalį).

¹⁹ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su pakeitimais ir papildymais), 6 str. 6 d., 8 str. 5 d.

²⁰ Ten pat, 9 str. 3 d. 4 p., 15 str. 1 d. 3 p.

²¹ LR sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymu Nr. V-234 patvirtinto Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti apmokėjimo tvarkos aprašo 3.11 p.: „Ortopedijos techninės priemonės – medicinos prietaisams priskiriami įtvarai, tvirtinami iš išorės prie kūno dalies ir ją sustiprinantys, pagerinantys jos funkcijas, palengvinantys ligos ar sužeidimo padarinius, padedantys atraminei judėjimo sistemai, papildomieji ir keičiamieji kūno dalių protezai. Ortopedijos techninėms priemonėms Apraše prilyginami ir ortopedijos įmonių išduodami klausos aparatai su ausies įdėklais bei akių protezai.“

18. Kad skirtingos savo paskirtimi fondo lėšos būtų naudojamos įstatyme apibrėžtiems tikslams, VLK fondui priskirtas valstybės funkcijas turėtų apmokėti tik iš įstatyme išskirtinai numatyto lėšų šaltinio – VB asignavimų, o ministerija, kaip sveikatos draudimo politikos formuotoja, turėtų užtikrinti įstatyminių nuostatų, KT išaiškinimų laikymąsi, taigi ir valstybės įsipareigojimų dydį atitinkančius fondui skiriamus VB asignavimus.
19. Pažymėtina, kad valstybės įsipareigojimų dydis priklauso ir nuo ministro nustatomos VB lėšomis apmokamų paslaugų teikimo tvarkos ir įkainių. Kaip minėta (žr. 16 pastraipą), įsipareigojimų vykdymui kaip ir ankstesniais metais skirta gerokai mažesnė lėšų suma nei jų faktinis poreikis, tačiau, net ir esant VB lėšų trūkumui, ministras tvarkoje nustatė papildomą apmokėjimą už paslaugų gyvybei gelbėti ir išsaugoti teikimą, o kitu atveju – nesprendė įsisenėjusios problemos dėl nekonkurencingų OTP kainų. Šių problemų, nurodytų 2.2 poskyryje, sprendimas, mūsų nuomone, galėtų turėti įtakos valstybės įsipareigojimų dydžiui.

2.1.2. Draudimo lėšomis apmokamos ir tos paslaugos, kurios savo turiniu neatitinka draudimo tikslo

20. Vertinant PSDF išlaidų atitiktį privalomojo sveikatos draudimo tikslui, be draudimo lėšomis vykdytų valstybės įsipareigojimų nustatyta kitų atvejų, kai draudimo lėšos panaudotos šio draudimo tikslo (žr. 8 pastraipos trečią dalį) neatitinkančioms išlaidoms:
- 2016 m. apmokėtos²² vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugos²³ – 533,4 tūkst. Eur. Jų tikslas – užtikrinti, kad auganti karta turėtų kuo sveikesnius dantis, t. y. savo esme tai prevencinės paslaugos, nesusijusios su gydytojo diagnozuotais sveikatos sutrikimais ar sveikatos būkle. Savo turiniu jos atitinka nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonių, kurių apmokėjimas pagal įstatymą²⁴ numatytas iš VB, esmę.
 - Apmokėtas ir Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano priemonių įgyvendinimas²⁵ – 192,3 tūkst. Eur, o skirtos lėšos susijusios su darbo santykių nutraukimu – išeitinėms išmokoms ir kompensacijoms už nepanaudotas atostogas atleidžiamiesiems darbuotojams, kurie netenka darbo restruktūrizuojamoje sveikatos priežiūros įstaigoje, o ne apdraustiesiems suteiktoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.
21. Taikomas jų apmokėjimo šaltinis (privalomojo sveikatos draudimo įmokos) nekoreliuoja su įstatyme numatytu šio draudimo tikslu (žr. 8 pastraipos trečią dalį) – nesusijęs su draudžiamiesiems asmenims suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis esant gydytojo diagnozuotų sveikatos sutrikimų ar sveikatos būklei ir, mūsų nuomone, negali būti apmokamos šio draudimo lėšomis. Tokių išlaidų padengimo našta turėtų prisiimti valstybė ir apmokėti iš valstybės biudžeto.

²² Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaita, 2017-05-30 Nr. 7K-628.

²³ LR sveikatos apsaugos ministro 2005-09-16 įsakymu Nr. V-713 patvirtintas Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašas.

²⁴ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su pakeitimais ir papildymais), 15 str. 1 d. 3 p.

²⁵ LR Vyriausybės 2015-12-09 nutarimas Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“, LR sveikatos apsaugos ministro 2016-07-07 įsakymas Nr. V-913 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete numatytų lėšų Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano įgyvendinimo priemonėms finansuoti skyrimo ir naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

2.1.3. Skirtinga apdraustiesiems teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis

22. KT išaiškinimuose pažymėjo, jog reguliuojant privalomojo sveikatos draudimo santykius, įstatymų leidėją saisto Konstitucijos²⁶ reikalavimas užtikrinti visiems vienodą kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Taigi, asmeniui suteikiamų iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį lemia apdraustųjų sveikatos poreikiai, sukauptų privalomojo sveikatos draudimo lėšų kiekis, sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo prioritetai.
23. Įstatyme²⁷ nurodytoms socialinėms (asmenų) grupėms įtvirtintos išskirtinės sąlygos, pagrindai, įvykus draudžiamajam įvykiui vaistus ir MPP kompensuoti PSDF biudžeto lėšomis (t. y., iš visų besidraudžiančių asmenų surinktomis draudimo įmokomis) didesne apimtimi nei kitiems apdraustiesiems, pvz., vaistai išskirtoms socialinėms grupėms kompensuojami 100 proc., tuo tarpu kitoms asmenų grupėms tomis pačiomis sąlygomis kompensacijos dalis – 90, 80 ar 50 proc.
24. Analogiškas principas taikomas ir PSDF biudžeto lėšomis apmokant už pirminės odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkoje²⁸ numatyta, kad LNSS įstaigose teikiant odontologinės priežiūros paslaugas, apdraustieji (išskyrus vaikus; socialiai remtinus asmenis, pateikusius atitinkamą socialinės paramos skyriaus pažymą ir kt. asmenis) moka už vaistus, odontologines ir kitas medžiagas, sunaudotas odontologinės priežiūros paslaugų teikimui, vienkartinės priemonės, atsižvelgiant į sunaudotų medžiagų, priemonių kiekį ir jų įsigijimo kainas. Taip pat dantų protezavimo paslaugos PSDF biudžeto lėšomis, sudarytomis draudimo įmokų pagrindu, kompensuojamos tik sveikatos apsaugos ministro 2005-11-21 įsakymu Nr. V-890 patvirtintame tvarkos apraše nurodytoms socialinėms grupėms.
25. Taigi, įvykus draudžiamajam įvykiui, paslaugos, vaistai, priemonės nurodytoms asmenų grupėms (pensininkams, vaikams ir kt.) apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų – visų besidraudžiančių asmenų surinktomis draudimo įmokomis, didesne apimtimi nei kitiems apdraustiesiems. Tokiu diferencijuotu teisiniu reguliavimu siekiama teigiamų, visuomeniškai ir konstituciškai svarbių tikslų ir pati savaime nustatytoms grupėms didesnė apmokamų paslaugų apimtis nėra ydinga, tačiau atkreiptinas dėmesys į šios apimties finansavimo šaltinį – privalomojo sveikatos draudimo įmokų lėšas. Atsižvelgiant į PSD tikslą (žr. 8 pastraipos trečią dalį), KT išaiškinimus (žr. 22 pastraipą), įvykus draudžiamajam įvykiui, asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų ir MPP kompensavimo apimtis neturėtų priklausyti nuo asmens socialinio statuso ir, jei įstatymų leidėjas įtvirtina tam tikrą kompensavimo mechanizmą (kai kompensacijos šaltinis – iš draudimo įmokų suformuotas PSDF biudžetas), jis turėtų būti taikomas vienoda apimtimi neatsižvelgiant į asmens socialinį statusą (priklausomybę socialinei grupei). Skirtingos, priklausančios nuo apdraustojo socialinio statuso, apimties išlaidų apmokėjimas turi socialinės paramos požymių, o ji vykdoma valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšomis. Todėl ministerija turėtų inicijuoti diskusiją su institucijomis, atsakingomis už socialinės paramos politiką, kad būtų galima įvertinti socialiai jautrioms grupėms teikiamų didesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, jo atitiktį socialinės paramos turiniui, ir inicijuoti teisinio reglamentavimo pakeitimus, kad tokia socialinė parama būtų finansuojama kitomis nei PSD įmokos lėšomis, taip užtikrinant visiems vienodo sveikatos priežiūros prieinamumo principo laikymąsi.

²⁶ LR Konstitucija, 53 str. 1 d.

²⁷ LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su pakeitimais ir papildymais), 10 str. 2 ir 4 d.

²⁸ Patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymu Nr. 357, 8 p.

2.2. Liko aktualūs GMP ir OTP išlaidų dydžio pagrįstumo klausimai

2.2.1. Už GMP paslaugų kokybės skatinimą mokėta neįsitikinus, ar tenkinami įrangai keliami reikalavimai

26. Audituojamu laikotarpiu GMP paslaugų išlaidoms apmokėti panaudota 48,6 mln. Eur PSDF biudžeto lėšų: 1,7 mln. Eur GMP geriams darbo rezultatams apmokėti, 1,6 mln. Eur – GMP paslaugoms taikant didesnę į kainą apmokėti. Ministro nustatyta tvarka²⁹, GMP paslaugas teikiančių įstaigų gerų darbo rezultatų rodiklių (operatyvumo, darbo intensyvumo) reikšmė skaičiuojama pagal centralizuotų GMP dispečerinių tarnybų, kurių techninė ir programinė įranga atitinka ministro įsakymu patvirtintus reikalavimus (leidžiančius operatyviau ir efektyviau teikti paslaugas), duomenis³⁰, o GMP dispečerinių tarnybų, atitinkančių minėtos įrangos reikalavimus, teikiamos paslaugos apmokamos taikant dvigubai didesnę į kainą³¹.
27. 2016 metais nebuvo vertinama nė vienos GMP dispečerinės tarnybos įrangos atitiktis reikalavimams, tačiau kaip ir ankstesniais metais už gerus darbo rezultatus lėšų skirta GMP įstaigoms, kurias aptarnavo penkios iš aštuonių Lietuvoje veikiančių GMP centralizuotų dispečerinių tarnybų, turinčios atitinkamą techninę programinę įrangą, atitinkamai už šių tarnybų darbą buvo apmokėta taikant didesnę į kainą. Likusių trijų dispečerinių tarnybų (Panevėžio, Utenos ir Marijampolės), kurios naudojos BPC informacine sistema ir jų naudojama techninė ir programinė įranga neatitiko visų ministro nustatytų reikalavimų, aptarnaujamų GMP įstaigų veikla ir 2016 metais nebuvo skatinama. Ministro įsakymu patvirtintos įrangos reikalavimų atitiktis paskutinį kartą vertinta 2014 m. pabaigoje, o šiai įrangai keliamus reikalavimus nustatančio teisės akto nauja redakcija įsigaliojo 2015 m. lapkričio mėn. Nuo 2016 m. spalio mėn. tam tikri rekomendacinio pobūdžio reikalavimai tapo privalomojo pobūdžio.
28. Ankstesnių auditų metu teikėme pastebėjimus³² dėl GMP dispečerinių tarnybų naudojamos techninės ir programinės įrangos vertinimų. Ministerija, atsižvelgdama į Valstybės kontrolės rekomendacijas, nuo 2016 m. birželio 23 d. apskričių centrų GMP paslaugas teikiančių įstaigų naudojamos techninės ir programinės įrangos atitiktį privalomojo ir rekomendacinio pobūdžio reikalavimams ne rečiau kaip kas trejus metus pavedė³³ vertinti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.
29. Akreditavimo tarnyba 2017 m. numatė atlikti visų aštuonių GMP stočių, teikiančių GMP paslaugas ir vykdančių dispečerinės tarnybos funkcijas, veiklos planinius tikrinimus – funkcijų atitiktį teisės aktų reikalavimams. Šiuo metu (liepos 31 d.) yra atlikti penkių stočių tikrinimai, įstaigos informuotos apie nustatytus trūkumus, trys jų (Kauno, Panevėžio, Klaipėdos) nustatytus trūkumus jau yra pašalinusios ir jų techninė ir programinė įranga atitinka ministro įsakymu patvirtintus privalomus ir rekomendacinio pobūdžio reikalavimus. Kitų trijų stočių (Šiaulių, Marijampolės, Utenos) veiklos tikrinimai šiuo metu atliekami.

²⁹ LR sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymas Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

³⁰ LR sveikatos apsaugos ministro 2012-11-07 įsakymas Nr. V-996 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“.

³¹ Vienam gyventojui tenkančių GMP dispečerinės tarnybos, kurios techninė ir programinė įranga atitinka ir privalomuosius, ir rekomendacinius ministro nustatytus reikalavimus, teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina: 2016-01-01–2016-06-30 – 1,16 (0,56) balo, 2016-07-01–2016-12-31– 1,22 (0,59) balo.

³² Valstybinio audito ataskaitos: 2016-09-30 Nr. FA-P-10-2-5-1, 2015-09-25 Nr. FA-P-10-8-29-1.

³³ LR sveikatos apsaugos ministro 2016-06-23 įsakymas Nr. V-858 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-12-27 įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

2.2.2. Teisiniam reguliavimui nepakitus, ortopedijos techninės priemonės apmokėtos senąja, ne kartą kritikuota, tvarka

30. Situacija OTP kainų teisinio reguliavimo srityje audituojamuoju laikotarpiu iš esmės nesikeitė. Ortopedijos techninės priemonės (10,1 mln. Eur) fondo lėšomis ir 2016 m. apmokėtos senąja, ne kartą ankstesnių auditų metu Valstybės kontrolės kritikuota tvarka – pagal sutartis, sudarytas su šių priemonių gamintojais nesilaikant Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimų ir taikant iš esmės nepakitusius, vadovaujantis karteliniu ortopedijos įmonių susitarimu 2011 m. nustatytus įkainius.
31. Nuo 2017-01-01 įsigaliojo ministro įsakymu³⁴ pakeisti ir nauja redakcija išdėstyti OTP bazinių kainų sąrašai. Ministrui numačius ir serijiniu būdu gaminamų OTP bazinės kainos apskaičiavimą³⁵ (anksčiau kompensuotos tik pagal užsakymą gaminamos OTP), juose pirmą kartą įtrauktos ir serijiniu būdu gaminamų OTP bazinės kainos. Pagal VLK direktoriaus įsakymu patvirtintą metodiką³⁶ apskaičiuoti šių priemonių įkainiai, lyginant su analogiškais individualiai gaminamomis OTP, mažesni 2,16–3,51 karto, pradėti taikyti tik nuo 2017 m. sausio 1 d., todėl šie pokyčiai PSDF biudžeto lėšų, skirtų kompensuoti OTP, panaudojimui 2016 m. įtakos neturėjo.
32. VLK kartu su SAM parengtame Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių ir priedo pakeitimo įstatymo projekte³⁷ nustatoma, kad OTP įsigijimui Viešųjų pirkimų įstatymas netaikomas, o OTP įsigijimas kompensuojamas pagal jų bazines kainas. Aiškinamajame rašte nurodyta, kad įstatymo projektas parengtas atsižvelgiant į ES Teisingumo Teismo 2016 m. birželio 2 d. priimtame prejudiciniame sprendime byloje *Falk Pharma* nustatytas sąlygas, kurioms esant, viešasis pirkimas gali būti nevykdomas.
33. Mūsų, kaip ir Viešųjų pirkimų tarnybos³⁸ bei Specialiųjų tyrimų tarnybos³⁹, vertinimu, patvirtinta nauja OTP bazinės kainos apskaičiavimo tvarka problemos dėl konkurencingų kainų nustatymo neišsprendė. Pagal tvarkoje patvirtintą apskaičiavimo mechanizmą, bazinė kaina nustatoma pagal Valstybinės ligonių kasos iš šias priemones gaminančių ir (arba) parduodančių įmonių gautą informaciją apie patiriamas sąnaudas. Siekiant objektyvių ir skaidriai nustatomų kainų, skatinančių įmones mažinti OTP gamybos ir (arba) įsigijimo sąnaudas, kurti OTP prekiaujančioms įmonėms konkurencinį spaudimą, taip mažinant fondo ir pacientų išlaidas OTP ir gerinant jų prieinamumą, tikslinga būtų tobulinti OTP bazinių kainų nustatymo mechanizmą, siekiant OTP kompensuoti mažiausiomis, objektyviai pagrįstomis ir su nešališkais šaltiniais palyginamomis kainomis.

³⁴ LR sveikatos apsaugos ministro 2012-07-05 įsakymu Nr. V-698 patvirtinti ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašai (2016-12-29 įsakymo Nr. V-1507 redakcija).

³⁵ LR sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymu Nr. V-234 patvirtinta Valstybės paramos ortopedinėms techninėms priemonėms įsigyti apmokėjimo tvarka (2016-04-26 įsakymo Nr. V-521 redakcija).

³⁶ 2016-08-30 įsakymas Nr. 1K-251 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“.

³⁷ LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių ir priedo pakeitimo ir įstatymo papildymo 9(1) straipsniu įstatymo projektas, 2017-05-29 Nr. 17-362(4).

³⁸ 2017-02-09 susitikimas dėl ortopedinių priemonių įsigijimo.

³⁹ Specialiųjų tyrimų tarnyba, *Antikorupcinio vertinimo išvada dėl teisės akty, reglamentuojančių Ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymą ir kompensavimą*, 2016-10-11 Nr. 4-01-44.

2.3. Ministro įsakymais išplečiamas įstatymo nuostatų dėl fondo išlaidų taikymas

34. Sveikatos draudimo įstatymas, apibrėžiantis PSDF išlaidas, šiuo metu medicinos priemonių nuomos kompensavimą iš PSDF biudžeto nenumato. Tokias išlaidas kompensuoti, taip išplečiant įstatymais taikomą reglamentavimą, numato tik sveikatos apsaugos ministro patvirtinta tvarka⁴⁰.

Audituojamu laikotarpiu 67 pacientams taikant dirbtinę plaučių ventiliaciją namie, fondo lėšomis buvo kompensuotos DPV aparato nuomos ir jo keičiamųjų dalių įsigijimo bei kitų paciento būklei stebėti būtinų medicinos prietaisų (gyvybinių funkcijų sekimo monitorius, aktyvios drėkinimo sistemos ir pan.) išlaidos. Įrangos nuomos kompensavimo suma sudarė 276,3 tūkst. Eur.

Sprendžiant šią problemą LR Seime 2017 m. gegužės 30 d. registruotas Sveikatos draudimo įstatymo projektas⁴¹: jame numatomas medicinos priemonių (prietaisų), būtinų pacientų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų kompensavimas PSDF biudžeto lėšomis. Numatoma įstatymo įsigaliojimo data – nuo 2018 m. sausio 1 d.

35. Taip pat treči metai iš eilės, remiantis ministro nustatyta tvarka⁴², fondo lėšomis plaučių bei plaučių ir širdies komplekso transplantacijų paslaugų išlaidos (88,7 tūkst. Eur) apmokėtos pagal faktines išlaidas. Tai neatitinka įstatymų⁴³ nuostatų, kad ministerija turi nustatyti gydymo įstaigoms iš fondo lėšų kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas. Dėl itin reto šių transplantacijų pobūdžio ir individualumo minėtų transplantacijų etapų kainų nustatymą ankstesnio audito metu ministerija siejo su dalinės pacientų lygio sąnaudų apskaitos įdiegimu, numatomu tik 2018 m.
36. Viešojo administravimo įstatyme⁴⁴ nustatytas vienas iš viešojo administravimo principų, kuriais vadovaujasi viešojo administravimo subjektai savo veikloje, t. y. įstatymo viršenybės principas. Šis principas apibrėžia, kad viešojo administravimo subjektų įgaliojimai atlikti viešąjį administravimą turi būti nustatyti teisės aktuose, o veikla turi atitikti šiame įstatyme išdėstytus teisinius pagrindus; administraciniai aktai, susiję su asmenų teisių ir pareigų įgyvendinimu, visais atvejais turi būti pagrįsti įstatymais. Konstitucinis teisinės valstybės principas⁴⁵ neleidžia poįstatyminiais teisės aktais nustatyti tokio teisinio reguliavimo, kuris konkuruotų su nustatytoju įstatyme, nebūtų grindžiamas įstatymais.
37. Sveikatos apsaugos ministerijoje jau ne kartą auditų⁴⁶ metu pastebimas ir teismo nustatytas⁴⁷ minėto principo nesilaikymas, todėl tikslinga būtų atlikti kompleksinę įstatymų įgyvendinančių teisės aktų peržiūrą ir užtikrinti, kad jie nekonkuruotų su įstatyminiu reglamentavimu.

⁴⁰ LR sveikatos apsaugos ministro 2015-12-30 įsakymu Nr. V-1566 patvirtintas Sprendimų dėl labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo priėmimo tvarkos aprašas.

⁴¹ LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 1, 2, 9, 12¹, 15, 21, 27 ir 30 straipsnių pakeitimo, įstatymo papildymo 12², 26¹ ir 27¹ straipsniais įstatymo projektas, 2017-05-30 Nr. 16-8912(5).

⁴² LR sveikatos apsaugos ministro 2014-10-07 įsakymai Nr. V-1046 ir Nr. V-1045.

⁴³ LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996-06-06 Nr. I-1367 (su pakeitimais ir papildymais), 13 str. 1 d.; LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su pakeitimais ir papildymais), 25 str.

⁴⁴ LR viešojo administravimo įstatymas, 1999-06-17 d. Nr. VIII-1234 (su pakeitimas ir papildymas), 3 str. 1 p.

⁴⁵ Konstitucinio Teismo nutarimai: 2006-03-14, byla Nr. 17/02-24/02-06/03-22/04; 2009-06-22, byla Nr. 16/07-17/07-20/08.

⁴⁶ Valstybinio finansinio audito ataskaitos: 2013-07-15 Nr. FA-P-10-7-88; 2015-09-25 Nr. FA-P-10-8-29-1; 2016-09-30 Nr. FA-P-10-2-5-1.

⁴⁷ Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015-12-21 sprendimas administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015 dėl sveikatos apsaugos ministro priimtų teisės aktų teisėtumo.

REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
1.	Tobulinti teisinį reglamentavimą nustatant aiškią (sveikatos draudimo įmokų) apmokamų asmens sveikatos paslaugų apimtį ir numatyti, kad sveikatos draudimo įmokomis apmokamos tik tos išlaidos, kurios atitinka draudimo tikslą bei nėra dengtinės valstybės lėšomis.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	<p>1.1. Kartu su kompetentingomis institucijomis peržiūrėti ir iš naujo įvertinti Sveikatos draudimo įstatyme įtvirtintą privalomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio apibrėžimą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau - PSDF) biudžeto lėšomis apmokamos sveikatos priežiūros bei valstybės biudžeto PSDF biudžetui deleguotų funkcijų atitiktį draudiminio įvykio apibrėžimui.</p> <p>1.2. Parengti teisės aktų projektus, numatančius, kad sveikatos priežiūros, atitinkančios privalomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio apibrėžimą, išlaidos būtų apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, sukauptomis iš sveikatos draudimo įmokų, o neatitinkančios - kito šaltinio lėšomis.</p>	<p>2018 m. II ketv.</p> <p>2019 m. IV ketv.</p>
2.	Inicijuoti diskusiją su institucijomis, atsakingomis už socialinės paramos politiką, siekiant įvertinti socialiai jautrioms grupėms teikiamų didesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, jo atitiktį socialinės paramos turiniui ir inicijuoti teisinio reglamentavimo pakeitimus, kad tokia socialinė parama būtų finansuojama kitomis nei PSD įmokos lėšomis.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	<p>2.1. Nustatyti ir įvertinti socialiai jautrioms grupėms teikiamų didesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir jo atitikimą socialinės paramos turiniui.</p> <p>2.2. Parengti teisinio reglamentavimo pakeitimus, kad socialinė parama būtų finansuojama kitomis nei PSD įmokos lėšomis, užtikrinant mažas pajamas gaunančių gyventojų išlaidų vaistams sumažinimą ir PSDF apmokamų odontologijos paslaugų apimties padidinimą.</p>	<p>2018 m. IV ketv.</p> <p>2019 m. II ketv.</p>
3.	Atlikti kompleksinę įstatymus įgyvendinančių teisės aktų peržiūrą, ir užtikrinti, kad jie nekonkuruotų su įstatyminiu reglamentavimu.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	<p>3.1. Atlikti kompleksinę įstatymus įgyvendinančių teisės aktų peržiūrą ir nustatyti įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų neatitikimus.</p>	2019 m. I ketv.

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
			3.2. Parengti teisės aktų projektus panaikinančius šiuos neatitikimus	2019 m. IV ketv.
4.	Tobulinti OTP bazinių kainų nustatymo mechanizmą, siekiant OTP kompensuoti mažiausiomis, objektyviai pagrįstomis ir su nešališkais šaltiniais palyginamomis kainomis.	Valstybinė ligonių kasa kartu su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	4.1. Parengti ir patvirtinti OTP, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos pakeitimo projektą, įtvirtinant nuostatas dėl medžiagų ir komplektuojančių detalių, kurios naudojamos OTP gamyboje sąnaudų skaičiavimo. Taip pat taikyti vienodą valandinį atlygį ir nustatyti administracinių sąnaudų ribą.	2018 m. IV ketv.
<p>* – priemonės ir terminai rekomendacijoms įgyvendinti pateikė Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa.</p> <p>Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais:</p> <p>VLK Ortopedijos technikos kompensavimo skyriaus vedėjas Giedrius Baranauskas, tel. (8 5) 236 4197, el. p. giedrius.baranauskas@vlk.lt (Pareigų pavadinimas, vardas ir pavardė, kontaktinė informacija)</p> <p>SAM Sveikatos ekonomikos departamento Sveikatos draudimo skyriaus vedėja Laima Vaičiulienė, tel. (8 5) 219 3314, el. p. laima.vaiciuliene@sam.lt (Pareigų pavadinimas, vardas ir pavardė, kontaktinė informacija)</p>				

Valstybės kontrolerius

Arūnas Dulkys

 Auditą atliko:

Laura Grigonytė (grupės vadovė nuo 2017-03-23), Jolanta Indriulienė (grupės vadovė iki 2017-03-23), Vilmantė Krogertienė, Aina Aleškevičienė (nuo 2017-03-23), Loreta Katinienė (nuo 2017-04-24), Vytenis Žukas.

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos
 „Privalomojo sveikatos draudimo
 fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio
 teisingumas bei lėšų ir turto valdymo,
 naudojimo ir disponavimo jais
 teisėtumas“
 1 priedas

Santrumpos ir sąvokos

ASPI, gydymo įstaigos – asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

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

GMP – greitoji medicinos pagalba.

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

KT išaiškinimai – KT nutarimas ir KT sprendimas.

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

KT sprendimas – LR Konstitucinio teismo 2014-02-26 sprendimas „Dėl LR Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo (Byla Nr. 47/2009-131/2010).

LNSS įstaigos – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos.

Ministerija – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

Ministras – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras.

MPP – medicinos pagalbos priemonės.

OTP – ortopedijos techninės priemonės.

PSD – privalomasis sveikatos draudimas.

PSDF, fondas – Privalomojo sveikatos draudimo fondas.

TLK – teritorinė ligonių kasa.

VB – valstybės biudžetas.

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Valstybinio audito ataskaitos
 „Privalomojo sveikatos draudimo
 fondo 2016 metų ataskaitų rinkinio
 teisingumas bei lėšų ir turto valdymo,
 naudojimo ir disponavimo jais
 teisėtumas“
 2 priedas

Audito apimtis ir metodai

Audito tikslas:

- įvertinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2016 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenis ir pareikšti nepriklausomą nuomonę;
- įvertinti fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais 2016 metais teisėtumą.

Auditas atliktas:

- pagal Valstybinio audito reikalavimus⁴⁸, tarptautinius audito standartus⁴⁹ ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus⁵⁰;
- siekiant gauti pakankamą užtikrinimą, kad konsoliduotosiose finansinėse ir biudžeto vykdymo ataskaitose nėra reikšmingų iškraipymų, o fondo lėšos ir turtas valdomi, naudojami ir disponuojama jais teisėtai. Visiškas užtikrinimas neįmanomas dėl įgimtų audito ir vidaus kontrolės apribojimų bei to fakto, kad netikrinome visų (100 proc.) ūkinių operacijų, ūkinių įvykių ir sudarytų sandorių.

Audito apimtis ir metodai	
Audito apimtis	
Audituotos konsoliduotos finansinės ir biudžeto vykdymo ataskaitos	Fondo 2016 metų finansinių ataskaitų rinkinys: finansinės būklės, veiklos rezultatų, pinigų srautų ir grynojo turto pokyčių ataskaitos bei finansinių ataskaitų aiškinamasis raštas, parengti pagal 2016 m. gruodžio 31 d. duomenis. Fondo 2016 metų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys: biudžeto vykdymo, biudžeto pajamų plano vykdymo, biudžeto išlaidų plano vykdymo, Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų panaudojimo, biudžeto rezervo, biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo, mokėtinų ir gautinų sumų 2016 m. gruodžio 31 d. ataskaitos, 2016 m. gruodžio 31 d. informacija apie išlaidų asignavimų valdytojų darbo užmokesčiui vykdymą, biudžeto vykdymo ataskaitų aiškinamasis raštas.
2016 m. pradžios ir pabaigos turto ir atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likučiai	Turto bei atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likutis, kaip nurodyta finansinės būklės ataskaitoje, 2016 metų pradžioje buvo iš viso 182 899,8 tūkst. eurų, pabaigoje –199 603,6 tūkst. eurų.
2016 m. pajamos ir sąnaudos	Fondas gavo 1 491 741,7 tūkst. Eur pajamų ir patyrė 1 477 005,1 tūkst. Eur sąnaudų.
Veikusios pavaldžios, kontroliuojamos ir konsoliduojamos įstaigos	Fondą administruoja VLK ir penkios TLK. Finansinės ir biudžeto vykdymo ataskaitose konsoliduojami 12 subjektų: VLK ir 5 jai pavaldžios biudžetinės įstaigos bei jų administruojami 6 išteklių fondai.

⁴⁸ Lietuvos Respublikos valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymas Nr. V-26 „Dėl Valstybinio audito reikalavimų patvirtinimo“.

⁴⁹ Tarptautinės buhalterijų federacijos Tarptautinių audito ir užtikrinimo standartų valdybos išleisti tarptautiniai audito standartai (Lietuvos audito rūmų išversti į lietuvių kalbą, <http://lar.lt/www/new/page.php?326>).

⁵⁰ Finansinio audito (1000–1810 TAAIS) ir atitikties audito (4000 TAAIS) standartai (<http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=350>).

Audito apimtis ir metodai	
Audito apimtys apribojimai	Audito apimtys apribojimų nebuvo.
Svarbiausios audito sritys ir jose atliktos procedūros	
2016 m. konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio duomenys	
Atlikus audituojamo subjekto veiklos, apskaitos ir vidaus kontrolės sistemų tyrimą, nustatytos sritys, kuriose egzistuoja reikšmingo iškraipymo rizika.	Atlikus veiklos ir vidaus kontrolės sistemų tyrimą, nustatytos svarbiausios audito sritys: <ul style="list-style-type: none"> □ pajamos (PSD įmokos, VB asignavimai, farmacinių įmonių gražintos lėšos ir kt.); □ sąnaudos (socialinių išmokų, finansavimo – asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, vaistams ir MPP, OTP, VLK ir jos pavaldžių įstaigų darbo užmokesčio ir socialinio draudimo ir kt.); □ turto; □ įsipareigojimų; Šiose srityse reikšmingo iškraipymo rizika nenustatyta.
Pajamų sritis	Atlikome testus pagrindinių kontrolės priemonių, skirtų užtikrinti, kad: <ul style="list-style-type: none"> □ visos gautinos sumos, uždirbtos pajamos ir šių pajamų gavimo piniginės operacijos būtų: <ul style="list-style-type: none"> □ laiku užregistruojamos apskaitos registruose; □ užregistruotos apskaitos registruose teisinga verte; □ visos gautinos sumos ir pinigai (kai jie gaunami) bei pajamos būtų užregistruotos tinkamose sąskaitose; □ visos į apskaitos registrus įtrauktos gautinos sumos, uždirbtos pajamos ir šių pajamų gavimo piniginės operacijos būtų pagrįstos tinkamais dokumentais. Atrankos būdu įvertinome: <ul style="list-style-type: none"> □ pajamų pripažinimą ir įvertinimą ir su jomis susijusių gautinų sumų registravimą (laiku, teisinga verte, esant tinkamiems pagrindžiamiesiems dokumentams, tinkamose sąskaitose); □ pajamų ir su jomis susijusių gautinų sumų inventorizacijos, suderinimo su trečiosiomis šalimis tinkamumą.
Sąnaudų sritis	Atlikome testus pagrindinių kontrolės priemonių, skirtų užtikrinti, kad visos patiriamos sąnaudos būtų: <ul style="list-style-type: none"> □ laiku užregistruojamos apskaitos registruose; □ užregistruotos apskaitos registruose teisinga verte; □ užregistruotos tinkamose sąskaitose ir teisingai nurodytos finansinėse ataskaitose; □ pagrįstos tinkamais dokumentais; Atrankos būdu įvertinome sąnaudų: <ul style="list-style-type: none"> □ pripažinimą ir registravimą (tą ataskaitinį laikotarpį, kurį jos buvo patirtos, pagrįstumą, tikrumą, užregistravimą teisinga verte, tinkamose sąskaitose); □ su jomis susijusių įsipareigojimų ir piniginių lėšų registravimą laiku, teisinga verte, atitinkančia pagrindžiančiuose dokumentuose nurodytas sumas;
Turto sritis	Ilgalaikio turto inventorizacijos atlikimo tinkamumą.
Įsipareigojimų sritis	Trumpalaikių įsipareigojimų inventorizacijos atlikimo tinkamumą.
Bendras ataskaitų rinkinio ir konsolidavimo proceso vertinimas	Patikrintas taikomų apskaitos metodų tinkamumas ir apskaitinių vertinimų bei susijusių vadovybės atskleidimų pagrįstumas. Patikrintas konsolidavimo metu atliktų koregavimų tinkamumas, išsamumas ir tikslumas. Patikrintas bendras ataskaitų pateikimas, struktūra ir turinys, įskaitant atskleidimus, ir tai, ar šiose ataskaitose pateikti pagrindžiantys sandoriai ir įvykiai taip, kad atitiktų VSAFAS reikalavimus, o biudžeto vykdymo ataskaitose - išteklių fondų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio sudarymo taisyklių reikalavimus.
Fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais 2016 metais teisėtumas	

Audito apimtis ir metodai	
Atlikus audituojamo subjekto veiklos ir vidaus kontrolės sistemų tyrimą, nustatytos sritys, kuriose egzistuoja reikšminga neatitikties rizika.	Atlikus veiklos ir vidaus kontrolės sistemų tyrimą, nustatytos svarbiausios audito sritys – išlaidų ir pajamų. Šiose srityse reikšminga neatitikties rizika nenustatyta. Konkretūs teisės aktai, kuriems vertinta neatitiktis nurodyti žemiau.
Išlaidų sritis	Įvertinome: <ul style="list-style-type: none"> □ fondo lėšomis apmokamos išlaidos atitinka Sveikatos draudimo įstatymo 2 str. 5 d., 5 str. apibrėžtą privalomojo sveikatos draudimo tikslą. □ kaip laikomasi teisės aktų nuostatų dėl VLK ir jai pavaldžių įstaigų darbo užmokesčio apskaičiavimo ir mokėjimo; □ paslaugų sutarčių vykdymą; □ rezervo lėšų panaudojimą pagal paskirtį; □ kaip laikomasi teisės aktų, reglamentuojančių fondo lėšomis nekompensuojamų paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių apimtį; □ kaip laikomasi teisės aktų nuostatų: <ul style="list-style-type: none"> □ kompensuojant centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas; □ dėl medicinos priemonių nuomos išlaidų kompensavimo; □ apmokant asmens sveikatos priežiūros paslaugas; □ asignavimų sumos valstybės funkcijoms vykdyti pakankamumą ir šių asignavimų panaudojimą.
Pajamų sritis	Įvertinome: <ul style="list-style-type: none"> □ kaip laikomasi teisės aktų nuostatų, susijusių su gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutarčių sudarymu; □ kaip laikomasi teisės aktų nuostatų dėl fondo išlaidų, patirtų apmokant už ES šalių narių piliečių gydymą, susigrąžinimo; □ kaip laikomasi įstatymų, reglamentuojančių kredito įstaigų pasirinkimą.

Teisės aktai, kuriems vertinta lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais atitiktis:

1. LR sveikatos draudimo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
2. LR 2016 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
3. LR 2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
4. LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1 str. 6 d., 9 str., 10 str. 6 p., 13 str., 46 str.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
5. LR sveikatos sistemos įstatymas (11 str. 1 d. 4 p., 2 d. 2 p., 46 str. 2 d., 49 str. 5 d.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
6. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (2 str., 17 str. 1 d.).
7. LR valstybės tarnybos įstatymas (3, 15, 16, 17 ir 24 str.).
8. LR kraujo donorystės įstatymas (7 str., 11 str.).
9. LR darbo kodeksas (114, 145 str.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
10. LR viešųjų ir privačių interesų derinimo valstybinėje tarnyboje įstatymas (4 str.).

11. LR Konstitucinio Teismo 2013-05-16 nutarimas „Dėl LR valstybinio socialinio draudimo įstatymo, LR sveikatos draudimo įstatymo, LR ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties LR konstitucijai“ (byla Nr. 47/2009-131/2010).
12. LR Konstitucinio Teismo 2014-02-26 sprendimas „Dėl LR Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo (byla Nr. 47/2009-131/2010).
13. Europos Parlamento ir Tarybos 2004-04-29 reglamentas (EB) Nr. 987/2009, nustatantis Reglamento (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo įgyvendinimo tvarkos“ įgyvendinimo tvarką (66–68 p.).
14. LR Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.
15. LR Vyriausybės 2013-03-13 nutarimas Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, 186 p.
16. LR Vyriausybės 2014-04-23 nutarimas Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“.
17. LR Vyriausybės 2005-09-13 nutarimas Nr. 994 „Dėl Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 19 p.
18. LR Vyriausybės 1997-06-12 nutarimas Nr. 594 „Dėl Kompensacijų iš Lietuvos valstybės biudžeto mokėjimo kraujo ar kraujo sudedamųjų dalių donorams tvarkos patvirtinimo“.
19. LR Vyriausybės 2015-12-09 nutarimas Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“.
20. LR Vyriausybės 1999-06-03 nutarimas Nr. 719 „Dėl inventorizacijos taisyklių patvirtinimo“;
21. LR Vyriausybės 2003-08-19 nutarimas Nr. 1043 „Dėl atskirų darbo sutarčių ypatumų patvirtinimo“.
22. LR Vyriausybės 2006-07-24 nutarimas Nr. 741 „Dėl valstybės tarnautojų prašymų leisti dirbti kitą darbą pagal darbo sutartį nagrinėjimo, sprendimų priėmimo ir atšaukimo taisyklių patvirtinimo“.
23. LR Vyriausybės 2007-09-11 nutarimas Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patvirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“.
24. LR Vyriausybės 1993-07-08 nutarimas Nr. 511 „Dėl biudžetinių įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarkos tobulinimo“.
25. LR Vyriausybės 2015-05-06 nutarimas Nr. 474 „Dėl 2015 metų prioritetinių teisėkūros iniciatyvų sąrašo patvirtinimo“, 4 p.
26. LR Vyriausybės 2003-08-19 nutarimu Nr. 1043 patvirtintų darbo sutarties dėl antraeilių pareigų (darbo) ypatumai.
27. LR Vyriausybės 2004-01-27 nutarimas Nr. 78 „Dėl darbo laiko apskaitos žiniaraščio pavyzdinės formos ir jo pildymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 5 p.