



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA PRIVALOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS

2011 m. kovo 10 d. Nr. VA-P-10-2-3
Vilnius

Auditas atliktas, vykdant
Valstybės kontrolės 1-ojo audito departamento
direktorės Vitos Jurkevičienės
2010-03-29 pavedimą Nr. P-10-2

Auditą atliko valstybinių auditorių grupė:
Rūta Obcarskienė (grupės vadovė)
Virginija Paunksnienė
Jolita Pašukonienė

Auditas pradėtas 2010-03-29
Auditas baigtas 2011-03-10

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	8
1. Privalomojo sveikatos draudimo vykdymas	9
1.1. Privalomojo sveikatos draudimo vykdymo planavimas	9
1.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos	10
1.3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos	17
1.3.1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastas.	22
1.3.2. Ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas	27
2. Ar įgyvendinama apdraustųjų teisė į nemokamą asmens sveikatos priežiūrą?	32
Išvados ir rekomendacijos	39
Priedai	42

SANTRAUKA

Valstybinio audito „Privalomasis sveikatos draudimas“ tikslas – įvertinti, ar privalomasis sveikatos draudimas valdomas efektyviai.

Privalomasis sveikatos draudimas yra valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą. Valstybės politiką sveikatos draudimo srityje formuoja, jos įgyvendinimą organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja Sveikatos apsaugos ministerija. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžios penkios teritorinės ligonių kasos.

Finansinį privalomojo sveikatos draudimo pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF, fondas) biudžetas, jo pajamų didžioji dalis – tai apdraustų asmenų ir už juos draudėjų mokamos įmokos, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai. PSDF biudžeto pajamos tiek 2008 m., tiek 2009 m. siekė 4,5 mlrd. Lt, 2010 m. – 4 mlrd. Lt. Efektyviai ir racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas sveikatos priežiūrai bei tinkamai atstovauti draudžiamųjų interesams – tokį strateginį veiklos tikslą nustačiusi Valstybinė ligonių kasa. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos 2008–2009 m. neviršijo fondo pajamų. Kasmet apie 3 mlrd. Lt PSDF lėšų skiriama asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Šios paslaugos apmokamos vadovaujantis teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų sudarytomis sutartimis.

Audito metu vertinome Privalomojo sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos rengimą ir stebėseną, klausimus, susijusius su PSDF pajamų surinkimu, ir lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, valdymu. Audito metu nustatėme privalomojo sveikatos draudimo valdymo trūkumų.

2009–2010 m. keičiantis privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičiui labai padidėjo (40 proc.) valstybės biudžeto asignavimų dalis PSDF biudžeto pajamose. Už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis iš valstybės biudžeto mokama pagal suplanuotą, o ne pagal faktinį šių asmenų skaičių. Dėl to valstybės biudžeto išlaidos gali būti nepagrįstai padidintos arba sumažintos, o PSDF gali gauti nepagrįstų pajamų arba turėti nekompensuotų išlaidų. Nesant detalaus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų panaudojimo reglamentavimo, mažėjant šio fondo pajamoms, sprendimas iš rezervo lėšų apmokėti už asmens sveikatos priežiūros paslaugas buvo priimtas tik 2010 m. pabaigoje.

Sudarant teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartis neatsižvelgiama į šių įstaigų teikiamų paslaugų kokybinius veiklos rodiklius, todėl neužtikrinama,

kad būtų geriau atstovaujama draudžiamųjų interesams. Auditorių nuomone, sutarčių sudarymo tvarkoje turėtų būti numatyta sudarant sutartis atsižvelgti į asmens sveikatos priežiūros įstaigose esamų kokybės sistemų tinkamą funkcionavimą. Tai skatintų įstaigas ne tik konkuruoti, bet ir gerinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Audituojamu laikotarpiu Sveikatos apsaugos ministerijai, Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms skatinant ekonomiškai efektyvesnių paslaugų teikimą buvo sudarytos prielaidos apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų masto didėjimui. Tačiau PSDF biudžeto lėšų valdymo priemonė – balo vertės mažinimas, padėjusi subalansuoti biudžeto išlaidas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, sumažino gydymo įstaigų pajamas. Yra rizika, kad, taikant šią priemonę, dalį išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms savo lėšomis turi padengti pacientai, todėl apdraustiesiems mažėja ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Be to, tokią priemonę taikant ilgiau, dėl mažėjančių išteklių blogės teikiamų paslaugų kokybė. Neparengta ir nepatvirtinta asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąnaudų, patiriamų teikiant iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas paslaugas, apskaičiavimo metodika, todėl nėra galimybių vertinti, ar asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikdamos apdraustiesiems paslaugas, PSDF biudžeto lėšas naudoja taupiai ir efektyviai.

Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos priemonės, taikytos gerinti ortopedijos techninių priemonių, kompensuojamų iš PSDF biudžeto, įsigijimą apdraustiesiems, nebuvo rezultatyvios, nes nepagerino šių priemonių prieinamumo. Neužtikrintas ortopedijos techninių priemonių kainų reguliavimas, todėl nesudarytos prielaidos efektyviai (taupiai ir rezultatyviai) naudoti PSDF biudžeto lėšas, skirtas šių priemonių išlaidoms kompensuoti.

Valstybės kontrolė pateikė rekomendacijas, kaip racionaliau vykdyti privalomąjį sveikatos draudimą.

Lietuvos Respublikos Vyriausybei pasiūlyta parengti ir įgyvendinti priemonės, užtikrinančias įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis mokėjimą į PSDF biudžetą pagal faktinį, o ne pagal suplanuotą šių asmenų skaičių. Pasiūlyta patikslinti šio fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarką (nustatyti rezervo lėšų skyrimo kriterijus ir skiriamų lėšų apskaičiavimo tvarką).

Sveikatos apsaugos ministerijai rekomenduota reglamentuoti Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos rengimą ir jos įgyvendinimo stebėseną, tobulinti teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarką, parengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų apskaičiavimo metodiką, numatant jos taikymą, ir kt. Rekomendacija dėl ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, prieinamumo apdraustiesiems gerinimo, efektyvesnio PSDF biudžeto lėšų naudojimo pateikta Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai.

IŽANGA

Privalomasis sveikatos draudimas yra šalies gyventojams valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros pagrindas. Tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, Sveikatos draudimo įstatymo¹ nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą. Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) vykdo įstatymų ir kitų teisės aktų jai pavestas sveikatos apsaugos srities valstybės valdymo funkcijas ir įgyvendina valstybės politiką sveikatos draudimo srityje. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Privalomojo sveikatos draudimo taryba (patariamoji SAM institucija), Valstybinė ligonių kasa prie SAM ir teritorinės ligonių kasos.

Finansinį privalomojo sveikatos draudimo pagrindą sudaro formuojamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžetas. Didžioji šio fondo pajamų dalis yra apdraustųjų asmenų ir už juos draudėjų mokamos įmokos, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai.² Iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kompensuojamos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos, medicininės reabilitacijos išlaidos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo išlaidos ir kita.³ PSDF biudžeto pajamos tiek 2008 m., tiek 2009 m. siekė 4,5 mlrd. Lt. Šioms pajamoms didelę įtaką turi ekonominiai veiksniai – dirbančių asmenų skaičiaus pokytis ir gyventojų pajamų kitimas, socialiniai veiksniai – didėjantis nedarbo lygis ir didėjantis valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius.

Valstybinė ligonių kasa 2009 m. veiklos ataskaitoje pažymėjo, kad, nepaisant to, kad negauta planuotų PSDF biudžeto pajamų, pacientai gavo visas būtinas paslaugas, nes asmens sveikatos priežiūros įstaigos buvo skatinamos persitvarkyti, racionaliau naudoti PSDF biudžeto lėšas. Tačiau žiniasklaidoje gausu informacijos apie gyventojų priekaištus dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų. Paslaugų teikėjai – gydymo įstaigų vadovai atkreipia dėmesį į mažėjantį sveikatos priežiūros finansavimą. Atsižvelgusi į problemos svarbumą visuomenei ir įvairių institucijų siūlymus Valstybės kontrolė į 2010 m. Valstybinio audito programą įtraukė Privalomojo sveikatos draudimo sistemos auditą.

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (su vėlesniais pakeitimais).

² Ten pat, 2008-12-22 įstatymo Nr. XI-98 redakcija, 15 str.

³ Ten pat, 2005-07-05 įstatymo Nr. X-317 redakcija, II sk.

AUDITO APIMTIS IR PROCESAS

Audito objektas – privalomasis sveikatos draudimas.

Audito subjektai – Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Audito tikslas – įvertinti, ar privalomasis sveikatos draudimas valdomas efektyviai.

Audito procesas

Audituojamas laikotarpis 2008–2009 m., pokyčių analizei buvo naudojami ankstesnių laikotarpių duomenys, atkreiptas dėmesys į 2010 m. vykusius procesus.

Šio audito metu vertinome privalomojo sveikatos draudimo valdymą – Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos rengimą ir stebėseną, klausimus, susijusius su PSDF biudžeto pajamų surinkimu, ir lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, valdymu.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos tiek 2008 m., tiek 2009 m. viršijo 4 mlrd. Lt, iš jų apie 3 mlrd. Lt buvo skirta asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Kadangi didžioji Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų dalis tenka asmens sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti, vertinome šių lėšų administravimą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastą ir privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų taikytas priemones, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Informacija rinkta iš audituojamų subjektų, duomenis teikė teritorinės ligonių kasos, Valstybinė socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Valstybinė mokesčių inspekcija prie Finansų ministerijos, asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Audito metu duomenys buvo renkami nagrinėjant Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų veiklos planavimo dokumentus, kitus vidaus dokumentus. Klausimai, susiję su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu ir apmokėjimu iš PSDF biudžeto lėšų, buvo pateikti visų TLK veiklos zonų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPI): 20 stacionarių ASPI, 6 palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėms, 30 pirminės ambulatorinės paslaugas teikiančių ASPI. Atrinkdami stacionarines paslaugas teikiančias įstaigas siekėme, kad informaciją pateiktų skirtingo lygmens įstaigos – respublikos, regiono ir rajono ligoninės. Pusę ligoninių pasirinkome rajono lygmens. Įstaigos, teikiančios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, buvo atrinktos pagal prirašytų prie jų gyventojų skaičių (5–9 tūkst., 10–19 tūkst., 20–29 tūkst., per 30 tūkst.), pusė šių įstaigų – privačių steigėjų. Atrinkdami asmens sveikatos priežiūros įstaigas atsižvelgėme į geografinį kriterijų – kad į klausimus atsakytų skirtinguose regionuose ir rajonuose veikiančios įstaigos (klausimai pateikti įstaigoms, kurios yra 33 rajonuose). Į klausimus atsakė 19 (iš 20) stacionarių ASPI, visos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės, 22 (iš 30) pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (9 viešosios ir 13 privačių).

Audito įrodymai gauti taikant tikrinimo (dokumentų nagrinėjimo), apklausos (pokalbių) metodus ir skaičiavimo, palyginamosios rodiklių analizės ir analitinės procedūras.

Atlikdami šį auditą darėme prielaidą, kad visi auditoriams pateikti dokumentai yra teisingi, išsamūs ir galutiniai, o jų kopijos atitinka originalus. Valstybinis auditas atliktas vadovaujantis Valstybinio audito reikalavimais.

Ataskaitoje vartojamos santrumpos ir sąvokos

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie SAM

TLK – teritorinė ligonių kasa

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSD – privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSDT – Privalomojo sveikatos draudimo taryba

„Sveidra“ – Valstybinės ligonių kasos kompiuterizuota informacinė sistema

VMI – Valstybinė mokesčių inspekcija prie Finansų ministerijos

VSDF – Valstybinis socialinio draudimo fondas

Sveikatinimo veikla – asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančiams subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Asmens sveikatos priežiūra – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą.

Sveikatos priežiūros prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei.

Valstybės laiduojama (nemokama) sveikatos priežiūra – paslaugos, apmokamos iš PSDF, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų.

Bazinė kaina – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kaina, nustatoma balais.

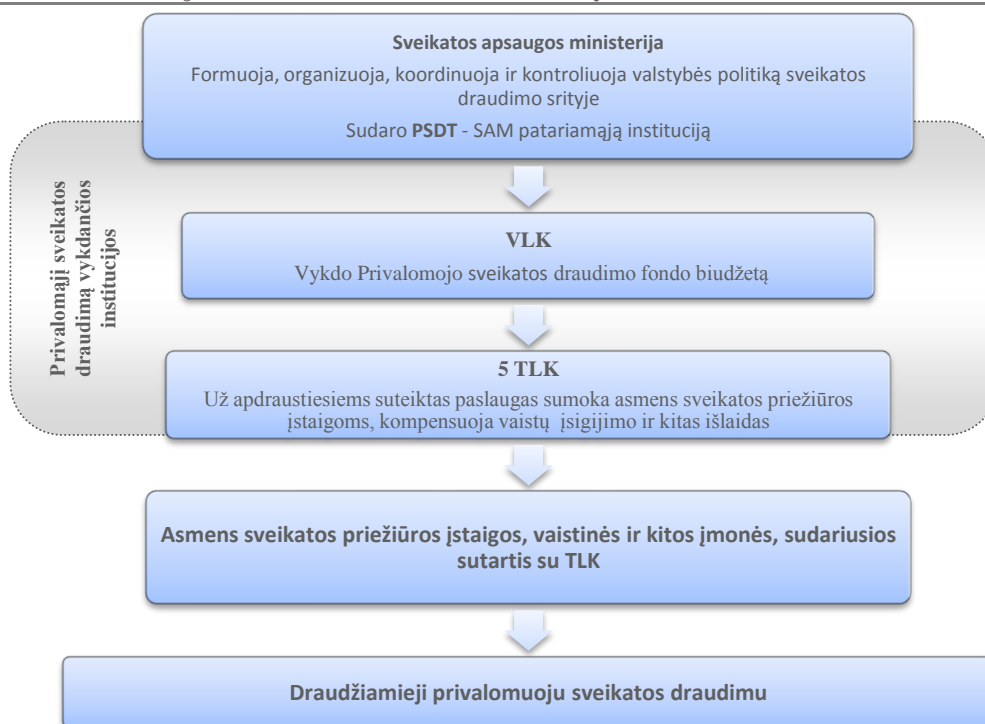
Skatinamosios paslaugos – skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apskaitomos atskirai ir apmokamos papildomai.

Ortopedijos techninės priemonės, OTP – specialiosios techninės priemonės judėjimo ir atramos aparato sutrikusioms funkcijoms grąžinti, sveikatos sutrikimams gydyti ir jų prevencijai.

AUDITO REZULTATAI

Privalomuoju sveikatos draudimu siekiama šalies gyventojams užtikrinti valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros prieinamumą. Lėšos sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti kaupiamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete. Lietuvos Respublikos gyventojai, vykdydami savo pareigas sveikatinimo veikloje, privalo mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas.⁴ Už apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teritorinės ligonių kasos sumoka asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kitoms įmonėms, už išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones – vaistinėms, su kuriomis sudarytos sutartys dėl paslaugų apdraustiesiems teikimo ir vaistų išdavimo. Pateikiame privalomojo sveikatos draudimo sistemos valdymo schemą (1 pav.).

1 pav. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos valdymo schema



Šaltinis – Valstybės kontrolė

Sveikatos apsaugos ministerija formuoja valstybės politiką sveikatos draudimo srityje, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja jos įgyvendinimą.⁵ Ministerija reglamentuoja privalomojo sveikatos draudimo vykdymą: tvirtina iš PSDF biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, bazines kainas ir jų nustatymo metodiką, nustato išlaidų kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, išrašytiems ambulatoriniam gydymui, kompensavimo

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552 (1998-12-01 įstatymo Nr. VIII-946 redakcija), 85 str. 6 p.

⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998-07-24 d. nutarimu Nr. 926 patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010-10-13 nutarimo Nr. 1443 redakcija), 9.4 p.

tvarką, sutarčių tarp TLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarymo tvarką ir kt.⁶ SAM sudaro patariamąją instituciją – Privalomojo sveikatos draudimo tarybą,⁷ kuri svarsto perspektyvinius ir einamuosius privalomojo sveikatos draudimo uždavinius, teikia išvadas dėl PSDF biudžeto projekto, nagrinėja ir teikia pasiūlymus, susijusius su privalomuoju sveikatos draudimu.

1. Privalomojo sveikatos draudimo vykdymas

1.1. Privalomojo sveikatos draudimo vykdymo planavimas

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Valstybinė ligonių kasa prie SAM ir penkios jai pavaldžios teritorinės ligonių kasos. VLK strateginis veiklos tikslas – efektyviai ir racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas sveikatos priežiūrai bei tinkamai atstovauti draudžiamųjų interesams. Siekdama šio tikslo VLK kartu su pavaldžiomis teritorinėmis ligonių kasomis vykdo Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programą (toliau – programa). Programos tikslus, uždavinius ir priemones, vertinimo kriterijus rengia VLK, o tvirtina sveikatos apsaugos ministras.⁸ Programos sudarymas ir vykdymas VLK nereglamentuotas. Kaip teigia VLK, rengiant programą taikomos atskiros strateginio planavimo metodikos nuostatos.⁹ Valstybinė ligonių kasa apie programos įgyvendinimą atsiskaito Sveikatos apsaugos ministerijai pagal nustatytus programoje kriterijus šalies mastu. Auditorių nuomone, būtų tikslinga pagal tuos pačius programoje nustatytus kriterijus ir jų pasiekimo lygį skelbti ir TLK veiklos duomenis. Tai sudarytų sąlygas palyginti ir vertinti, kaip Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programa vykdoma atskiruose šalies regionuose.

Pavyzdys

2009 m. programoje nustatytas uždavinys – užtikrinti teisę pacientams gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto garantuojamas specializuotas stacionarines ir ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Šio uždavinio įgyvendinimo rezultato kriterijus „plėtojant ambulatorines ir kitas efektyvias paslaugų teikimo formas, didės PSDF biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūrai dalis, skirta ambulatorinėms specializuotoms paslaugoms apmokėti (procentais)“. Šalies mastu VLK planuotas didėjimas – 15,5 proc., pasiektas rezultatas – 16 proc. (metinis planas įvykdytas 103 proc.).

Vilniaus TLK 2009 m. veiklos ataskaitos duomenimis, šio uždavinio įgyvendinimo rezultatas pagal nustatytą kriterijų – didėjimas 2,1 proc., t. y. beveik 7 kartus mažesnis, nei VLK planuotas šalies mastu.

Kauno TLK 2009 m. veiklos ataskaitos duomenimis šio uždavinio įgyvendinimo rezultatas pagal nustatytą kriterijų – didėjimas 1,1 proc., t. y. beveik 15 kartų mažesnis nei VLK planuotas šalies mastu.

Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio TLK 2009 m. veiklos ataskaitose duomenų pagal šį kriterijų nepateikė.

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija) 9 str., 10 str., 11 str., 25 str., 26 str.

⁷ Ten pat, 28 str.

⁸ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 metų strateginis veiklos planas patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2008-03-15 įsakymu Nr. V-201, 2009 metų strateginis veiklos planas patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2009-03-26 įsakymu Nr. V-208, 2010–2012 metų strateginis veiklos planas patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2010-03-30 įsakymu Nr. V-231 (2010-12-10 įsakymo Nr. V-1057 redakcija).

⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002-06-06 d. nutarimas Nr. 827 “Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo” (su vėlesniais pakeitimais).

Palyginus VLK skelbtus uždavinio įgyvendinimo rezultatus šalies mastu ir TLK rezultatus matyti, kad TLK skirtingai prisidėjo prie uždavinio įgyvendinimo. Atsiskleidžia specializuotų stacionariųjų ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto skirtumai šalies regionuose, nors paslaugos turėtų būti plėtojamos tolygiai visose TLK.

Audito metu pastebėta, kad audituojamu laikotarpiu kai kurie programos vertinimo kriterijai buvo koreguoti. Auditorių nuomone, siekiant atlikti stebėseną ir vertinti pokyčius kriterijai turėtų būti nustatomi ilgesniam laikotarpiui, pavyzdžiui 3–5 metams.

Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos rengimas VLK nereglamentuotas. Programos įgyvendinimo vertinimo kriterijai iš dalies koreguojami kasmet, atskirų teritorinių ligonių kasų pasiekti pagal šiuos kriterijus rezultatai neskelbiami. Todėl sudėtinga atlikti programos įgyvendinimo stebėseną, išryškinti skirtumus atskiruose regionuose, neigiamas tendencijas ir laiku priimti sprendimus siekiant geresnės apdraustųjų sveikatos priežiūros.

1.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

Valstybės laiduojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu garantas – Privalomojo sveikatos draudimo fondas. Nuo šio fondo lėšų priklauso galimybė užtikrinti apdraustųjų asmens sveikatos priežiūrą, kompensuojant gydymo įstaigoms jų suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas.

Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus.¹⁰ PSDF biudžeto rengimas ir vykdymas yra viena iš Valstybinės ligonių kasos funkcijų.¹¹ PSDF biudžeto sudarymą ir vykdymą reglamentuoja Vyriausybė.¹²

PSDF biudžeto pajamas sudaro draudėjų už dirbančius asmenis mokamos PSD įmokos, apdraustųjų mokamos PSD įmokos, valstybės biudžeto skiriamos lėšos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir papildomi valstybės biudžeto asignavimai, kitos pajamos (privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos pajamos, savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos, išieškotos lėšos už žalą, padarytą PSDF biudžetui arba apdraustojo sveikatai). PSDF biudžeto pajamos tiek 2008 m., tiek 2009 m. siekė 4,5 mlrd. Lt, 2010 m. planuotos pajamos – 4 mlrd. Lt (1 lentelė). Didžiausią PSDF biudžeto pajamų dalį sudaro draudėjų už dirbančius asmenis ir šių asmenų mokamos PSD įmokos (2008 m. – 68 proc., 2009 m. – 56 proc.) ir valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis (2008 m. – 17 proc., 2009 m. – 24 proc.). Todėl audito metu nagrinėtas šių įmokų planavimas ir surinkimas.

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 13 str.

¹¹ Ten pat, 30 str. 1 p.

¹² Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

1 lentelė. PSDF biudžeto 2008–2009 m. ir planuojamų 2010 m. pajamų struktūra

	2008 m.		2009 m.		2010 m.	
	pajamos mln. Lt	pajamų dalis biudžete (proc.)	pajamos mln. Lt	pajamų dalis biudžete (proc.)	planuotos pajamos mln. Lt	pajamų dalis biudžete (proc.)
Draudėjų už dirbančius asmenis ir asmenų mokamos PSD įmokos	3 131,185	68	2 514,417	56	2 053,055	51
Valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	760,118	17	1 077,541	24	1 511,258	38
Papildomi valstybės biudžeto asignavimai	320,273	7	494,593	11	399,876	10
Kitos pajamos	30,236	1	30,227	1	20,947	0,5
Lėšų likutis sausio 1 d.	342,607	7	351,009	8	20,000	0,5
Iš viso pajamų	4 584,419	100	4 467,787	100	4 005,136	100

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

Planuojant PSDF biudžetą jo pajamos apskaičiuojamos atsižvelgiant į sveikatos draudimo įmokų dydį, apdraustųjų skaičių, statistikos rodiklius ir prognozes.¹³ Vykdančioms privalomąjį sveikatos draudimą institucijoms duomenis apie draudžiamųjų ir apdraustųjų skaičių turėtų teikti Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras (toliau – registras).¹⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007-09-11 nutarime Nr. 968 nurodyta registro veiklos pradžia – 2008 m. balandžio 1 d. Nustatytos apimties registras dar nefunkcionuoja, nes VLK diegiama kompiuterinė registro duomenų bazės programa. Be to, negaunama duomenų ir neužtikrinta sąveika su kitais susijusiais registrais ir informacinėmis sistemomis, pavyzdžiui, Mokinių, Studentų registrais, Neįgalumo ir nedarbingumo nustatymo tarnybos informacine sistema. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu įskaita tvarkoma naudojantis „Sveidros“ posisteme, kurios duomenys nėra tikslūs, užtrunka jų atnaujinimas. Valstybinė ligonių kasa, siekdama pagrįsti ateinančių metų valstybės biudžeto įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus privalomuoju sveikatos draudimu asmenis, nustato prognozuojamą šių asmenų skaičių.¹⁵ Informaciją, pagal kurią apskaičiuojamas prognozuojamas apdraustųjų skaičius, teikia VSDF valdyba, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Statistikos departamentas, Lietuvos darbo birža ir kitos institucijos.¹⁶ Sveikatos draudimo įstatyme nustatyta 19 grupių asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis¹⁷ (1 priedas). Planuojant ateinančių metų PSDF biudžetą, prognozuojamas draudžiamųjų valstybės lėšomis

¹³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais), 7 p.

¹⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007-09-11 nutarimas Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“.

¹⁵ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2007-06-22 įsakymas Nr. 1K-99 „Dėl valstybės lėšomis draudžiamų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų skaičiaus nustatymo laikinosios tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹⁶ Informaciją VLK teikia Lietuvos gyventojų genocido ir rezistencijos tyrimo centras, Lietuvos judėjimas „Černobylis“, Respublikinė Afganistano karo veteranų bei kitų karinių konfliktų dalyvių asociacija.

¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343, (2008-11-11 įstatymo Nr. X-1803 redakcija) 6 str.

skaičius nustatomas naudojant einamųjų metų pradžioje turimus duomenis apie kiekvienai grupei priskirtų apdraustųjų skaičių. Besikeičianti šalies ekonominė padėtis ir kiti ekonominiai ir socialiniai veiksniai lėmė vienai ar kitai valstybės lėšomis draudžiamųjų grupei priklausančių asmenų skaičiaus reikšmingus pokyčius.

Pavyzdys

- 2009 m. padidėjus bedarbių skaičiui, nedirbančių darbingo amžiaus asmenų, užsiregistravusių darbo biržoje, skaičius metų pradžioje, lyginant su planuotu skaičiumi, padidėjo 2,3 karto. Lyginant su planuojamais skaičiais, apie 20 proc. padidėjo apdraustųjų skaičius grupėse: „Vienas iš tėvų, auginantis vaiką iki 8 metų arba du ir daugiau nepilnamečių vaikų“ ir „Valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą“.
- 2010 m. labai išaugo asmenų, gaunančių socialinę pašalpą, skaičius. Šios grupės apdraustųjų skaičius metų pradžioje, lyginant su planuojamu skaičiumi, padidėjo 3,5 karto. Apdraustųjų skaičius grupėje „Vienas iš tėvų, auginantis vaiką iki 8 metų arba du ir daugiau nepilnamečių vaikų“, lyginant su planuojamu skaičiumi, padidėjo 18 proc.

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

Vienos ar kitos valstybės lėšomis draudžiamųjų grupės skaičiaus pokyčiai turi įtakos apskaičiuojant bendrą valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičių, kuris labai svarbus sudarant ateinančių metų PSDF biudžetą. Faktinis asmenų, draudžiamų valstybės lėšomis, skaičius 2010 m., palyginti su 2009 m., padidėjo 12,2 proc. Valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius metų pradžioje, lyginant su planuotu, 2009 m. buvo didesnis 100 tūkst., 2010 m. – 80 tūkst. apdraustųjų (1 priedas). Už šiuos asmenis iš valstybės biudžeto nebuvo mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Pavyzdžiui, tikslinant 2009 m. PSDF biudžetą,¹⁸ planuota valstybės biudžeto įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, suma liko nepakeista. Auditorių vertinimu, PSDF biudžetas 2009 m. negavo 60,69 mln. Lt, 2010 m. – 59,63 mln. Lt pajamų. Funkcionuojantis nustatytos apimties Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras, auditorių nuomone, sudarytų galimybę įvertinti draudžiamųjų asmenų skaičiaus pokyčius metų eigoje, pereiti prie atsiskaitymo už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis pagal faktinį asmenų skaičių. Tai padėtų PSDF biudžeto įmokas surinkti teisingai ir pagrįstai.

2008–2009 m. keitėsi PSDF biudžeto pajamų struktūra. Draudėjų už dirbančius asmenis ir šių asmenų mokamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma PSDF biudžete 2009 m., lyginant su 2008 m., sumažėjo 19,7 proc. Valstybės biudžeto įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, suma 2009 m., lyginant su 2008 m., padidėjo 41,7 proc. Šiam pokyčiui turėjo įtakos metinės įmokos, iš valstybės biudžeto mokamos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį, padidėjimas 41 procentu.

¹⁸ Lietuvos Respublikos 2009 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2008-12-22 Nr. XI-97 (2009 m. balandžio 28 d. įstatymo Nr. XI-233 redakcija).

Valstybės biudžeto metinės įmokos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį ir vidutinės metinės dirbančio asmens privalomojo sveikatos draudimo įmokos palyginimas

- Valstybės biudžeto metinės įmokos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį dydis, nustatytas Sveikatos draudimo įstatymo 16 str., 2008 m. yra 27 proc., 2009 m. – 32 proc., 2010 m. – 33 proc., 2011 m. – 34 proc. nuo užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio. Apskaičiuota valstybės biudžeto metinė įmoka už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį: 2008 m. – 428,1 Lt, 2009 m. – 605,3 Lt, 2010 m. – 744,7 Lt, 2011 m. – 733,2 Lt.
- VLK duomenimis, vidutinė metinė dirbančio asmens PSD įmoka, apskaičiuota pagal Statistikos departamento duomenis apie vidutinį darbo užmokesį, 2008 m. buvo 2 357,2 Lt, 2009 m. – 2 220,5 Lt, 2010 m. planuota įmoka – 2 125,1 Lt.

2008–2010 m., didėjant nustatytai valstybės biudžeto įmokai už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį ir mažėjant vidutiniam darbo užmokesčiui, mažėjo PSD įmokų dydžių santykis. Vidutinė metinė vieno dirbančio asmens PSD įmoka, palyginti su valstybės biudžeto įmoka už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį, 2008 m. buvo didesnė 5,5 karto, 2009 m. – 3,7 karto, 2010 m. – 2,9 karto.

Draudėjų ir apdraustųjų mokamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų planas 2008 m. įvykdytas 96 proc., 2009 m. – 91 proc. PSDF biudžetas 2008 m. negavo 118 mln. Lt, 2009 m. – 263 mln. Lt planuotų PSD įmokų (2 lentelė).

2 lentelė. Planuotų privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimas 2008–2009 m.

Kodas	PSDF biudžeto pajamos	2008 m.			2009 m.		
		Planuota (tūkst. Lt)	Įvykdyta (kasos pajamos tūkst. Lt)	Plano įvykdymas (proc.)	Planuota (tūkst. Lt)	Įvykdyta (kasos pajamos tūkst. Lt)	Plano įvykdymas (proc.)
01	Draudėjų už dirbančius asmenis mokamos PSD įmokos	918 225	918 538	100	866 668	772 377	89
02	Dirbančių asmenų mokamos PSD įmokos	2 327 219	2 206 945	95	1 587 190	1 441 045	91
03	Asmenų, gaunančių GPM apmokestinamų pajamų, nesusijusių su darbo santykiais, mokamos PSD įmokos	3 046	4 048	133	284 106	269 583	95
04	Kitų asmenų mokamos PSD įmokos	1 159	1 654	143	39 446	31 412	80
	PSD įmokos iš viso	3 249 649	3 131 185	96	2 777 410	2 514 417	91

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

Privalomojo sveikatos draudimo įmokų plano sėkmingas įvykdymas iš dalies priklauso ir nuo šių įmokų administravimo. PSD įmokas administruoja (surenka) VSDF administravimo įstaigos ir VMI,¹⁹ nustatyta privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo tvarka.²⁰ 2009–2010 m. keitėsi surenkamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų paskirstymas tarp administruojančių

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2003-11-18 įstatymo Nr. IX-1833 redakcija), 18 str.

²⁰ Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos direktoriaus 2010-09-30 įsakymas Nr. V-409 „Dėl Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos viršininko 2009-10-30 įsakymas Nr. VA-78 „Dėl Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo taisyklių patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

institucijų. 2009 m. VSDF įstaigų administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos sudarė 88 proc., VMI – 12 proc. surenkamų PSD įmokų. 2010 m. VSDF įstaigos administravo 98 proc., VMI – 2 proc. planuojamų PSD įmokų, kurias sumoka draudėjai ir apdraustieji.

VSDF įstaigų administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimas (sumokėtų įmokų, lyginant su apskaičiuotomis, santykis) 2009 m. siekė 95 proc. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos yra VSDF įstaigų administruojamų valstybinio socialinio draudimo įmokų dalis, atskirai PSD įmokų įsiskolinimo VSDF įstaigos neskaičiuoja ir neišieško.

VSDF taikomas įmokų įsiskolinimo išieškojimas

Draudėjams, laiku neatsiskaičiusiems su VSDF biudžetu, bendros įmokų skolos (neišskiriant PSD įmokų) išieškojimui taikomos priverstinio poveikio priemonės²¹: raginimai raštu, mokėjimo nurodymų pateikimas kredito įstaigoms, kuriose draudėjas turi sąskaitas, sąskaitų blokavimas, išieškojimo nukreipimas į skolininko darbo užmokestį bei kitas pajamas (stipendiją, pašalpa), turto areštas, skolos išieškojimo perdavimas antstoliams ir kita.

Dažniausiai taikoma priemonė – mokėjimo nurodymų pateikimas kredito įstaigoms.

Šaltinis – VSDF valdyba

PSDF biudžeto pajamų planas 2010 m. I pusmetį viršytas. VSDF įstaigų administruojamų PSD įmokų planas įvykdytas 111 proc., VMI administruojamų įmokų, lyginant su planuotomis, surinkta 4 kartus daugiau. VMI administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimui turėjo įtakos šių įmokų deklaravimas gyventojų pajamų mokesčių deklaracijose už 2009 m.

VMI informacija dėl 2009 m. privalomojo sveikatos draudimo įmokų

VMI, siekdama padėti apskaičiuoti privalomojo sveikatos draudimo įmokas, preliminariose gyventojų pajamų mokesčio deklaracijose pagal savo turimus duomenis nurodė mokėtinas sumas.

- Bendra deklaruota privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma gyventojų pajamų mokesčio deklaracijose už 2009 metus buvo 95,35 mln. Lt. Dalis gyventojų privalomojo sveikatos draudimo įmokas sumokėjo 2009 m., todėl 2010 m. šias įmokas už 2009 metus turėjo sumokėti gyventojai, kurie nėra drausti, nedirba ir nėra registruoti Darbo biržoje. Preliminariais skaičiavimais, privalomojo sveikatos draudimo įmokų skola valstybei siekė 64 mln. Lt.

- PSD įmokų nepriemoka 2010-06-30 buvo 23,83 mln. Lt, iš kurių 20,75 mln. Lt – PSD įmokos nuo gyventojų metinėje deklaracijoje apskaičiuotų pajamų.

- Atsižvelgiant į 2010 m. kilusius klausimus dėl PSD įmokų mokėjimo ir išieškojimo, priimti sprendimai dėl PSD įmokų atidėjimo. Iki 2010 m. birželio 30 d. gauta 6 462 mokesčių mokėtojų prašymai dėl 4,70 mln. Lt privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo atidėjimo.

VMI visų mokesčių nepriemokos išieškomos bendra tvarka. VMI informavo, kad nepriemokų išieškojimo funkciją vykdančių padalinių darbo prioritetas yra naujausios ir didžiausios nepriemokos, o PSD įmokų nepriemokos dažniausiai būna mažos, pagal Mokesčių administravimo įstatymą²² laikomos beviltiškomis, nes priverstinio išieškojimo išlaidos yra didesnės už mokestinę nepriemoką.

²¹ Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos direktoriaus 2009-01-21 įsakymas Nr. V-32 „Dėl priverstinio poveikio priemonių taikymo taisyklių patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

²² Lietuvos Respublikos mokesčių administravimo įstatymas, 2004-04-13 Nr. IX-2112, 113 str. 1 d. 2 p.

PSDF biudžeto rezervas. Laikinam pajamų trūkumui padengti arba apmokėti išlaidoms, kurių nebuvo galima numatyti tvirtinant PSDF biudžetą, sudaromas PSDF biudžeto rezervas. PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje 2009 m. sausio 1 d. buvo 331,009 mln. Lt, 2010 m. sausio 1 d. – 330,032 mln. Lt. Rezervo lėšos naudojamos Vyriausybės nustatyta tvarka.²³ Nustatyta, kad PSDF biudžeto rezervo lėšas kalendoriniais metais VLK naudoja Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimu, rezervo panaudojimo atskiri atvejai ir sąlygos nėra detalizuoti. Iš rezervo lėšų pagal PSDF biudžeto išlaidų straipsnius iš viso panaudota: 2008 m. – 172 613 tūkst. Lt, 2009 m. – 8 779 tūkst. Lt. Iš 2009 m. panaudotų PSDF biudžeto rezervo lėšų 4 999,8 tūkst. Lt skirta galūnėms, sąnariams ir organams protezuoti, protezams įsigyti bei centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti, 3 779,5 tūkst. Lt – sveikatos programoms finansuoti. 2009 m. PSDF biudžeto rezervo lėšos nebuvo naudojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010-11-10 nutarimu Nr. 1611 pakeista Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarka. Pagal naujai išdėstytą 7 punkto redakciją, PSDF biudžeto rezervo lėšas leidžiama naudoti nenumatytoms išlaidoms apmokėti, įskaitant lėšas dėl sunkios ekonominės padėties valstybėje sumažintai asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertei iš dalies kompensuoti. 2010 m. lapkričio mėn. sumažintai bazinių kainų balo vertei kompensuoti iš PSDF biudžeto rezervo iš viso skirta 151 551 tūkst. Lt.²⁴

Pokyčiai audito metu. SAM parengė Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymo projektą (2011-01-24 Nr. 11-202-01), kuriame nustatyti PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo tikslai, tačiau, auditorių nuomone, turėtų būti nustatyti ir aiškūs PSDF biudžeto rezervo lėšų skirstymo kriterijai bei skiriamų lėšų apskaičiavimo tvarka.

Išieškotos lėšos už žalą PSDF biudžetui. TLK atsakingos už teisingą ir teisėtą lėšų, gaunamų iš VLK, naudojimą. Nustačiusios, kad sveikatos priežiūros įstaigos ar vaistinės neteisėtai panaudojo PSDF biudžeto lėšas ir jam padarė žalą, TLK, vadovaudamosi Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu ir kitais įstatymais, reikalauja iš sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių grąžinti lėšas, išieško neteisėtai panaudotas lėšas ir PSDF biudžetui padarytą žalą. PSDF biudžeto vykdymo metinių apyskaitų duomenimis, išieškotos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą 2008 m. siekė 6 443 tūkst. Lt, 2009 m. – 7 262 tūkst. Lt (3 lentelė).

²³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002-06-03 nutarimu Nr. 798 patvirtintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarkos aprašas (2003-08-21 nutarimo Nr. 1060 redakcija), 5 p.

²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-11-19 įsakymas Nr. V-1003 „Dėl bazinių kainų balo vertės ir atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis“.

3 lentelė. Išieškotos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą 2008–2009 m. (tūkst. Lt)

	2008 m.	2009 m.
Iš ASPĮ išieškotos lėšos	1 011,0	2 192,1
Iš vaistinių išieškotos lėšos	2,4	3,2
Iš fizinių ir juridinių asmenų išieškotos lėšos	5 429,6	5 066,7
Iš viso	6 443,0	7 262,0

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

Sveikatos draudimo įstatymas²⁵ ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės²⁶ numato, kad iš ASPĮ ir vaistinių išieškotos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą gražinamos ir įtraukiamos į teritorinės ligonių kasa, kuri sumokėjo už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ar išduotus vaistus ir MPP, biudžetą kaip papildomos lėšos ir skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ar vaistams ir MPP apmokėti. Šios teisės aktų nuostatos nebuvo įgyvendinamos, gražintos lėšos buvo pervedamos į VLK sąskaitą ir tapo bendromis PSDF biudžeto pajamomis.²⁷ Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko 2010-05-12 potvarkiu Nr. 168 sudaryta darbo grupė, kuriai iki 2011 m. vasario 1 d. pavesta parengti ir pateikti Vyriausybei svarstyti Privalomojo sveikatos draudimo įstatymo 33 str. 9 p. nuostatos pakeitimo projektą (siūlytina išieškotas už PSDF biudžetui padarytą žalą lėšas gražinti į bendrą PSDF, o ne TLK biudžetą).

- Reikšmingi valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų skaičiaus pokyčiai 2009–2010 m. lėmė tai, kad labai padidėjo (40 proc.) valstybės biudžeto asignavimų dalis PSDF biudžeto pajamose.
- Už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis iš valstybės biudžeto apmokama pagal suplanuotą, o ne pagal faktinį šių asmenų skaičių, t. y. valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičiaus pokyčiai per metus neįvertinami. Dėl to valstybės biudžeto išlaidos gali būti nepagrįstai padidintos arba sumažintos, o PSDF gali gauti nepagrįstų pajamų arba turėti nekompensuotų išlaidų.
- Nesant detalaus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų panaudojimo reglamentavimo, mažėjant šio fondo pajamoms, sprendimas iš rezervo lėšų apmokėti už asmens sveikatos priežiūros paslaugas buvo priimtas tik 2010 m. pabaigoje.

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 33 str. 9 p.

²⁶ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės, 23 p.

²⁷ Šios lėšos apskaitomos PSDF biudžeto pajamų 08 str. „Išieškotos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą“.

1.3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos

Iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, slauga, kompensuojamos medicininės reabilitacijos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo ir protezų įsigijimo išlaidos, išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti.²⁸ PSDF biudžeto išlaidų pasiskirstymą pateikiame 4 lentelėje.

4 lentelė. PSDF biudžeto išlaidos* 2007–2009 m. ir planuojamos 2010 m. (mln. Lt)

Kodas	Išlaidų straipsnis	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.**
01	Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti	2 513	3 030	2 966	2 919
02	Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti	618	683	696	653
03	Išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti	132	144	130	124
04	Išlaidos galūnėms, sąnariams ir organams protezuoti, protezams įsigyti ir centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti	113	136	158	141
05	Išlaidos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti	34	40	42	39
06	Išlaidos sveikatos programoms finansuoti	179	289	203	165
07	Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos	33	34	43	25
08	Kitos išlaidos	2	1	0	0
	Iš viso	3 625*	4 361*	4 240*	4 066*

* pagal priimtas sąskaitas
 ** išankstiniai duomenys

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

Du trečdaliai visų PSDF biudžeto išlaidų tenka asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti – 2008 ir 2009 m. iki 69 proc. visų PSDF išlaidų. Atsižvelgę, kad tai didžioji PSDF biudžeto išlaidų dalis, audito metu nagrinėjome, kaip šios lėšos valdomos – kaip paskirstomos teritorinėms ligonių kasoms, ASPĮ, kaip keitėsi suteiktų ir iš PSDF apmokėtų asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastas, kokios priemonės taikytos, siekiant lėšas panaudoti efektyviau ir apmokėti už apdraustiesiems suteiktas paslaugas, kai PSDF pajamos mažėja. Mažiausia PSDF biudžeto išlaidų dalis (iki 1 proc., 4 lentelė) tenka ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti. Todėl audito metu vertinome, ar užtikrinamas apdraustųjų aprūpinimas šiomis priemonėmis.

PSDF biudžeto lėšų paskirstymas teritorinėms ligonių kasoms. Valstybinė ligonių kasa 2009 m. veiklos ataskaitoje pažymėjo, kad vienas iš VLK uždavinių, kuriuo siekiama įtvirtinti sveikatos santykių teismo principą, yra PSDF biudžeto paskirstymas pagal bendrus kriterijus, tiksliausiai atitinkančius įvairių gyventojų grupių sveikatos poreikius. PSDF biudžeto lėšas

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 9, 10, 11, 12 ir 21 str.

teritorinėms ligonių kasoms VLK paskirsto vadovaudamasi SAM Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašu²⁹ ir jame nurodytomis formulėmis. Pagrindiniai kriterijai yra TLK veiklos zonos gyventojų, prirašytų prie pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPĮ (toliau – pirminės ASPĮ), skaičius, amžius ir lytis.

Prirašytų gyventojų skaičius nustatomas pagal TLK veiklos zonų pirminių ASPĮ sąrašuose esančių gyventojų skaičių. Audituojamu laikotarpiu nustatyta, kad bendras prirašytų gyventojų skaičius buvo didesnis nei statistinis gyventojų skaičius: 2008 m. – 2,7 proc. 2009 m. – 3,3 proc. (5 lentelė).

5 lentelė. ASPĮ prirašytų gyventojų skaičius ir statistinis šalies gyventojų skaičius (2007-12-31–2010-01-01)

	2007-12-31	2008-12-31	2009-12-31
ASPĮ prirašytų gyventojų skaičius (gruodžio 31 d., TLK duomenys)	3 450 541	3 439 458	3 439 614
Statistinis gyventojų skaičius (pagal statistikos metraštį, metų pradžioje)	3 366 357	3 349 872	3 329 039
Skirtumas tarp prirašytų gyventojų ir statistinio gyventojų skaičiaus	84 184	89 586	110 575
Skirtumas proc.	2,5	2,7	3,3

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa ir Statistikos departamentas

Gyventojai pasirenka, kurioje pirminėje ASPĮ ir pas kurį gydytoją lankysis. Pasirinkę ASPĮ gyventojai registruojami „Sveidros“ sistemoje elektroniniu būdu, naudojantis draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu įskaitos tvarkymo posisteme. VLK reglamentavo ASPĮ prirašytų gyventojų sąrašų sudarymą ir derinimą su TLK.³⁰

Pavyzdys

- Aptarnaujamų gyventojų sąrašus ASPĮ sudaro remdamasi apdraustųjų gyventojų nustatytos formos prašymais. Pasirinkęs kitą ASPĮ, asmuo šiai įstaigai pateikia nustatytos formos prašymą. ASPĮ pagal prašymą įrašo asmenį į jos aptarnaujamų gyventojų sąrašą. Jei asmuo yra pateikęs kelis prašymus vienai ar kelioms įstaigoms, galiojančiu laikomas paskutinis prašymas. <...> Iš ankstesnės ASPĮ sąrašo asmenį išbraukia TLK.
- TLK ir su ja sudariusi sutartį ASPĮ kartą per mėnesį tikslina aptarnaujamų gyventojų skaičių. TLK ir ASPĮ, suderinę duomenis, parengia prisirašusių prie ASPĮ asmenų skaičiaus suderinimo protokolą, kuriame pateikiamas skirtingų amžiaus grupių aptarnaujamų gyventojų skaičius, kuriuo remdamosi ASPĮ ir TLK atsiskaito tarpusavyje.

Esamoje „Sveidros“ draudžiamųjų įskaitos posistemėje (kaip minėta ataskaitos 1.2. dalyje) informacija apie apdraustusius asmenis yra netiksli, nes nefunkcionuoja draudžiamųjų

²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymas Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

³⁰ Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2001-07-13 įsakymu Nr. 77 patvirtinta Gyventojų, prisirašusių prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų, registravimo „Sveidros“ sistemoje tvarka, 4 p.

privalomuoju sveikatos draudimu registro kompiuterinė informacinė sistema. „Sveidroje“ ASPI prirašytų gyventojų duomenys tikslinami tais atvejais, kai asmenys keičia gydymo įstaigą, kreipiasi į TLK dėl draustumo patvirtinimo (pavyzdžiui, studentai, bedarbiai). Tais atvejais, kai asmenys išvyksta nuolat gyventi į užsienį, bet apie tai neinformuoja TLK, „Sveidros“ duomenys gali likti nepatikslinti. Teritorinė ligonių kasa neturi pagrindo asmenį išbraukti iš prirašytų gyventojų sąrašų, jei šis ar jo įgaliotas asmuo nedeklaravo išvykimo. Funkcionuojant nustatytos apimties registru, asmenys, išvykstantys nuolat gyventi į užsienį, iš registro turės būti išregistruojami automatinio būdu.³¹

Audituojamu laikotarpiu PSDF biudžeto lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti buvo paskirstytos pagal didesnę prirašytų gyventojų skaičių, negu buvo statistinis gyventojų skaičius. Tai turėjo įtakos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimui, nes didžioji šios priežiūros dalis apmokama pagal ASPI prirašytų gyventojų skaičių, o ne už suteiktas paslaugas (1.3.1. dalis). Remiantis auditorių skaičiavimu,³² skirstant PSDF biudžeto lėšas pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai pagal prirašytų prie ASPI gyventojų skaičių (pagal „Sveidros“ duomenis), lėšų buvo skirta daugiau: 2008 m. – 10,25 mln. Lt, 2009 m. – 12,65 mln. Lt.

- Nefunkcionuojant nustatytos apimties Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registru lėšos pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai paskirstomos netiksliai, todėl PSDF biudžeto lėšos gali būti naudojamos neefektyviai.
- Siekiant PSDF biudžeto lėšas paskirstyti tiksliau, reikėtų peržiūrėti ir pakeisti prie pirminių ASPI prirašytų gyventojų, už kurių pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą apmokama iš PSDF biudžeto lėšų, skaičiaus tikslinimo tvarką.

TLK ir ASPI sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sudarymas.

Apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis teritorinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis.³³ TLK, vykdydamos joms pavestas funkcijas, PSDF biudžeto lėšas paskirsto pagal išlaidų straipsnius, neviršydamos skirtų asignavimų, ir su ASPI sudaro sutartis dėl finansuojamų iš PSDF biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokama pagal SAM nustatytas bazines

³¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007-09-11 nutarimu Nr. 968 patvirtinto Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro nuostatų 34 p.

³² Skaičiavome pagal mažiausią vieno gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinę bazinę kainą, 18-49 m. amžiaus grupės gyventojams – 114,41 balo (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. 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“ (2008-05-09 įsakymo Nr. V-422 redakcija), 1 balo vertę prilyginome 1,0 Lt.

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 26 str.

kainas.³⁴ Audituojamu laikotarpiu ir 2010 m. teritorinės ligonių kasos su ASPĮ sudarė daugiau nei tūkstantį sutarčių. Daugiau nei trečdalis šių sutarčių (39 proc.) sudarytos su pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą vykdančiomis ASPĮ (6 lentelė).

6 lentelė. Teritorinių ligonių kasų sudarytų sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis skaičius* ir paskirstytos PSDF biudžeto lėšos (mln. Lt) 2008–2010 m.

	2008 m.	2009 m.	2010 m.
TLK sutarčių su ASPĮ skaičius, iš viso*	1111	1118	1142
Iš jų – sutartys su pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą vykdančiomis ASPĮ	428	437	443
Paskirstytos PSDF biudžeto lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (mln. Lt)	3 055	2 971	2 966

* be medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų

Šaltinis – teritorinių ligonių kasų duomenys

Sveikatos draudimo įstatyme numatyta, kad sutartys tarp TLK ir ASPĮ sudaromos vadovaujantis Civiliniu kodeksu, įstatymais ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Audituojamu laikotarpiu nebuvo bendros sutarčių tarp TLK ir ASPĮ sudarymo tvarkos. TLK, sudarydamos sutartis su atitinkamas licencijas asmens sveikatos priežiūrai turinčiomis įstaigomis, vadovavosi įstatymais, SAM įsakymais, VLK ir kitais vidaus dokumentais. Sutarčių sudarymo principus ir prioritetus kiekviena TLK nustatydavo pati, pritarus TLK stebėtojų tarybai. TLK turėjo sudaryti sutartis su licencijuotomis įstaigomis, kai šios kreipdavosi. Sudarant sutartis nebuvo atsižvelgiama į konkrečios asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinius veiklos rodiklius, teikiamų paslaugų kokybės rodiklius, taikomas diagnostikos ir gydymo technologijas. ASPĮ nebuvo palyginamos pagal minėtus rodiklius ir nebuvo nuostatos apdraustiesiems teikti daugiau paslaugų ir apmokėti tose ASPĮ, kurių veiklos rezultatai geresni. Pavyzdžiui, daugiau tam tikrų stacionariųjų chirurgijos paslaugų apmokėti tose ASPĮ, kuriose mažesnis šių paslaugų pooperacinių komplikacijų skaičius arba gydymui taikoma pažangesnė technologija, todėl ir ligonio gydymo išėitis yra geresnė.

SAM patvirtino sutarčių tarp TLK ir ASPĮ sudarymo tvarką,³⁵ pagal kurią 2011 m. pradėtas sutarčių su ASPĮ pasirašymo procesas. Vadovaudamasi Sutarčių tarp TLK ir ASPĮ sudarymo tvarka Valstybinė ligonių kasa nustatė 2011 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto prioritetingą kryptį.³⁶ Sutarčių sudarymo tvarkoje nenustatyti sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis sudarytinos sutartys, atrankos kriterijai, susiję su įstaigų veiklos rodikliais. Auditorių nuomone, sutarčių sudarymo tvarkoje turėtų būti nustatyta, kad TLK

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 25 str.

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-12-18 įsakymas Nr. V-1051 „Dėl teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

³⁶ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010-07-12 įsakymas Nr. 1K-138 „Dėl 2011 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto prioritetingų krypčių sąrašo patvirtinimo“.

sudarant TLK sutartis su ASPĮ, būtina atsižvelgti į esamų kokybės sistemų tinkamą funkcionavimą ir nepageidaujamų įvykių³⁷ valdymą įstaigose. Tai skatintų ASPĮ ne tik konkuruoti, bet ir gerinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Audituojamu laikotarpiu SAM nebuvo patvirtinusi ASPĮ veiklos vertinimo kokybinių rodiklių, todėl buvo ribotos TLK galimybės sudarant sutartis su ASPĮ geriau atstovauti draudžiamųjų interesams, t. y. sutartis sudaryti su tomis ASPĮ, kurių veikla ir teikiamos paslaugos geriausiai atitiktų nustatytus kokybinius rodiklius. Valstybės kontrolė rekomendavo Sveikatos apsaugos ministerijai parengti ir patvirtinti ASPĮ veiklos vertinimo metodiką, kurioje būtų nustatyti ne tik kiekybiniai, bet ir kokybiniai įstaigų veiklos vertinimo rodikliai³⁸ (rekomendacijos įgyvendinimo terminas – 2012 m. IV ketvirtis).

TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarka nesudaro prielaidų sudaryti sutartis su tomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kurių veikla ir teikiamų paslaugų kokybė geriau tenkintų apdraustųjų lūkesčius.

Teritorinės ligonių kasos, pasirašydamos sutartis su ASPĮ, gali nepaskirstyti iki 1,5 proc. PSDF biudžeto lėšų. Šias lėšas TLK vėliau gali skirti ASPĮ, su kuriomis sudarytos sutartys, apmokėti už paslaugas, suteiktas dėl pokyčių, kurių negalima numatyti sutarčių pasirašymo metu.³⁹

Po TLK sutarčių su ASPĮ pasirašymo 2008 m. liko nepaskirstyta iš viso 25,4 mln. Lt, 2009 m. – 20,6 mln. Lt, arba 0,9 proc. ir 0,7 proc., teritorinėms ligonių kasoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti skirtų lėšų. Iš TLK nepaskirstytų lėšų 2008 m. panaudota 11,4 mln. Lt, 2009 m. – 17,8 mln. Lt. Didžiausia dalis nepaskirstytų lėšų buvo panaudota specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms apmokėti (2 priedas). TLK ir ASPĮ sutartyse numatomos lėšos įstaigų teikiamoms specializuotoms paslaugoms apmokėti ir lėšų rezervas,⁴⁰ kuris sudaro iki 3 proc. TLK ir ASPĮ metinės sutartinės sumos. Šio rezervo lėšos naudojamos apmokėti specializuotoms ambulatorinėms, priėmimo-skubios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo, trumpalaikio gydymo paslaugoms, jeigu šių paslaugų ASPĮ suteikia už didesnę sumą nei planuota TLK ir ASPĮ sutartyje. TLK pateiktais duomenimis, sutartyse su ASPĮ numatytas lėšų rezervas 2008 m. buvo 31,5 mln. Lt, 2009 m. – 27,2 mln. Lt. Šalies ASPĮ 2008 m. neišnaudojo 7 mln. Lt, 2009 m. – 3,5 mln. Lt sutartyse numatytų lėšų, skirtų specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms suteikti. Į Valstybės kontrolės klausimus atsakiusios ASPĮ pažymėjo, kad

³⁷ Nepageidaujamas įvykis – tai teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugą išsivysčiusios neįprastos, nenumatytos komplikacijos, atsirandanti grėsmė išsivystyti komplikacijoms ir kt., kai sveikatos baigtis ne tokia, kokios tikėtasi, arba pasiekiamą ne taip kaip tikėtasi. Nepageidaujami įvykiai atsitinka dėl pagalbos teikimo ir organizavimo klaidų, o ne dėl paciento ligos ar būklės.

³⁸ Valstybinio audito ataskaita „Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas“, 2010-08-31 Nr. VA-P-10-16-12.

³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-812 patvirtintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašas (2006-10-26 įsakymo Nr. V-885 redakcija), 8 p.

⁴⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymu Nr. V-1113 patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašas (su vėlesniais pakeitimais), 6 ir 7 p.

norint teikti daugiau ambulatorinių paslaugų, pavyzdžiui, gydytojo kardiologo, endokrinologo, urologo, trūksta gydytojų specialistų, o dirbančių gydytojų krūvis labai didelis.

Iš viso PSDF biudžeto lėšos, 2008 ir 2009 m. skirtos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, buvo panaudotos 99 proc. (3 priedas). Remiantis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis,⁴¹ nepanaudotų lėšų likučiai TLK sąskaitose grąžinami į VLK einamąją sąskaitą.

1.3.1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastas

Vykdamas privalomąjį sveikatos draudimą prioritetine laikoma pirminė asmens sveikatos priežiūra. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarką nustatė SAM.⁴² Vieno gyventojų paslaugų metinė bazinė kaina yra diferencijuota pagal gyventojų amžiaus grupes. Pavyzdžiui, 2008 m. vieno 18–49 m. amžiaus gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (be psichikos ir odontologinės priežiūros paslaugų) metinė bazinė kaina buvo 41,2 balo (2008 m. balo vertė buvo 1,00 Lt), vyresnio nei 65 m. gyventojų – 78,5 balo, 1–4 m. amžiaus gyventojų – 140,5 balo. ASPĮ turi užtikrinti, kad gyventojams būtų suteiktos visos paslaugos, nustatytos pagal Šeimos gydytojo medicinos normos reikalavimus,⁴³ kuriuose nustatyta gydytojo kompetencija diagnozuojant ir gydant ligas, atliekami tyrimai ir kt. Pavyzdžiui, nustatyta skiepyti vaikus, apžiūrėti akių dugną, išmatuoti akispūdį, užrašyti ir įvertinti elektrokardiogramą, atlikti šlapimo, kraujo tyrimus, nustatyti kraujo grupę ir t. t. Papildomai įstaigoms mokama už apdraustiesiems suteiktas skatinamąsias paslaugas, pavyzdžiui, ankstyvą piktybinių navikų diagnostiką, protrombino aktyvumo nustatymą, glikolizinto hemoglobino nustatymą, vaikų iki vienerių metų sveikatos priežiūrą, moksleivių paruošimą mokyklai, nėščiųjų sveikatos priežiūrą, būtinosios pagalbos suteikimą neprirašytiems prie ASPĮ gyventojams ir kt.⁴⁴ Nuo 2008 m. liepos 1 d. ASPĮ mokama už gerus darbo rezultatus.⁴⁵ Nustatyti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodikliai, pavyzdžiui, darbo intensyvumo (vaikų, suaugusių pacientų priežiūros intensyvumo), vaikų profilaktinių tikrinimų intensyvumo, piktybinių navikų prevencinių programų priemonių vykdymo ir kiti. 2007–2009 m., mokant už pirminę ambulatorinę apdraustųjų asmens sveikatos priežiūrą, bazinio mokėjimo už prirašytus prie ASPĮ gyventojus dalis mažėjo. 2007 m. ši dalis sudarė 94 proc.

⁴¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės, 26 p.

⁴² 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“ (su vėlesniais pakeitimais).

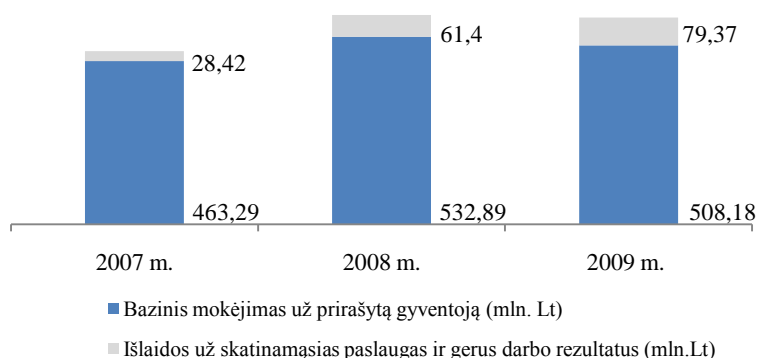
⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-22 įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

⁴⁴ 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“ (2006-01-04 įsakymo Nr. V-9 redakcija), II d.

⁴⁵ Ten pat, 2008-01-17 įsakymo Nr. V-48 redakcija, 6.4 p.

visų PSDF biudžeto išlaidų, skirtų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, 2008 m. – 90 proc., 2009 m. – 86 proc. Didėjo PSDF biudžeto išlaidos faktiškai suteiktoms pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms – skatinamosioms paslaugoms ir geriems darbo rezultatams apmokėti (2 pav.).

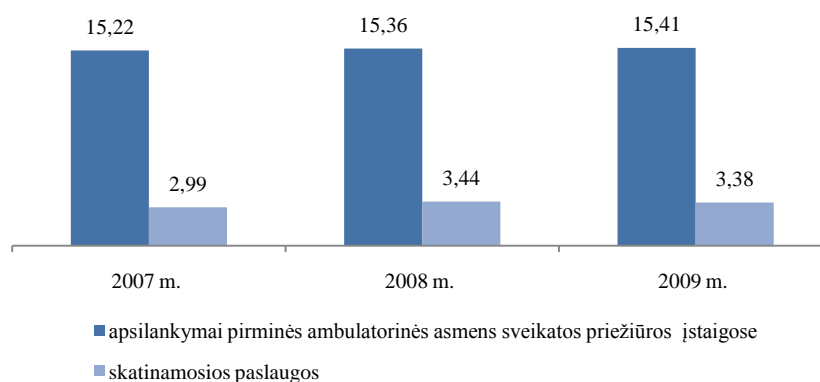
2 pav. PSDF biudžeto išlaidos pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai 2007–2009 m. (mln. Lt)



Šaltinis – teritorinių ligonių kasų duomenys

Pirminės asmens sveikatos priežiūros mastas 2008–2009 m. plėtėsi – apdraustųjų bendras apsilankymų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose skaičius didėjo, palyginti su 2007 m. buvo daugiau teikiama skatinamųjų paslaugų (3 pav.).

3 pav. Apsilankymų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir suteiktų skatinamųjų paslaugų skaičius (mln. atvejų) 2007–2009 m.



Šaltinis – teritorinių ligonių kasų duomenys

2008 m. buvo pradėtos teikti slaugos paslaugos pacientų namuose. Šių paslaugų skaičius 2009 m., palyginti su 2008 m., išaugo tris kartus – nuo 70 tūkst. iki 229 tūkst.

Audituojamu laikotarpiu specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms – ambulatorinėms, stacionarinėms paslaugoms ir brangiems tyrimams (pavyzdžiui, kompiuterinei tomografijai, elektromagnetinio rezonanso tyrimui, dializei ir kitoms procedūroms) apmokėti

2007 m. teko 1 mlrd. 811 mln. Lt, 2008 m. – 2 mlrd. 174 mln. Lt, 2009 m. – 2 mlrd. 117 mln. Lt (4 priedas). Teikiamų specializuotų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų kokybei ir prieinamumui gerinti buvo numatyta plėtoti progresyvias veiklos formas – dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo ir trumpalaikio gydymo bei ambulatorines paslaugas. Teritorinių ligonių kasų pateikti duomenys parodė, kad augo dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų mastas (7 lentelė). Audituojamu laikotarpiu buvo atlikta daugiau brangių tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokėtos iš PSDF biudžeto lėšų.

7 lentelė. Specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokėtų iš PSDF biudžeto lėšų, atvejų skaičius 2007–2009 m.

	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Dienos chirurgijos paslaugos	75 188	105 473	118 978
Dienos stacionaro paslaugos	294 329	328 119	358 602
Trumpalaikio gydymo	134 584	142 365	156 501
Stacionarinės paslaugos	757 656	753 363	746 029
Brangūs tyrimai ir procedūros, iš viso	407 469	467 492	491 842

Šaltinis – teritorinių ligonių kasų duomenys

Specializuotų ambulatorinių paslaugų mastas (II ir III lygio gydytojų specialistų konsultacijų skaičius) tiek 2008 m., tiek 2009 m., palyginti su 2007 m., buvo didesnis. Suteiktų II lygio specializuotų ambulatorinių paslaugų skaičius 2009 m., palyginti su 2008 m., buvo nežymiai (1 proc.) mažesnis. Tačiau 2009 m., palyginti su 2008 m., buvo suteikta daugiau (beveik 5 proc.) sudėtingesnių ir brangesnių, aukštesnės kvalifikacijos III lygio ambulatorinių paslaugų (8 lentelė).

8 lentelė. Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (gydytojų specialistų konsultacijų), apmokėtų iš PSDF biudžeto lėšų, atvejų skaičius 2007–2009 m.

	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Ambulatorinių konsultacijų iš viso	6 836 581	7 153 825	7 139 323
iš jų			
ambulatorinės II lygio konsultacijos	6 008 997	6 266 613	6 209 450
ambulatorinės III lygio konsultacijos	827 584	887 212	929 873

Šaltinis – teritorinių ligonių kasų duomenys

Nors šalies ASPI teikiamų specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius didėja, nėra didelių eilių laukiant kai kurių stacionarinių, dienos chirurgijos, dienos stacionaro paslaugų. Tačiau į Valstybės kontrolės klausimus atsakiusios įstaigos pažymėjo, kad ne visi pacientų poreikiai tenkinami.

ASPI atsakymų apibendrinimas

- Pacientai ilgiausiai laukia brangių, specializuotų stacionarinio gydymo paslaugų – širdies chirurgijos, sąnarių endoprotezavimo, plastinės rekonstrukcinės, kraujagyslių rekonstrukcinės chirurgijos, neurochirurgijos paslaugų.
- Didelės eilės, laukiant ambulatorinių specialistų konsultacijų, yra didžiosiose šalies ligoninėse – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, Kauno medicinos universiteto klinikose, Greitosios pagalbos universitetinėje ir Klaipėdos ligoninėse.
- Pacientų, laukiančių gydytojų specialistų konsultacijų, eilių klausimus ASPĮ sprendžia administracinėmis priemonėmis. Pavyzdžiui, skyrus daugiau lėšų įdarbinti daugiau trūkstamų specialybių gydytojų, prailgintas gydytojų darbo laikas.

Ilgesnės paslaugų laukimo eilės kai kuriose ASPĮ yra iš dalies dėl objektyvių priežasčių – gydytis tose įstaigose pasirenka daugiau pacientų, ne visų sričių gydytojų specialistų yra pakankamas skaičius.

Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa, kad subalansuotų PSDF biudžetą ir užtikrintų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimą,⁴⁶ taiko PSDF biudžeto lėšų valdymo priemones, viena jų – bazinės kainos metodika.⁴⁷ Galiojančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, bazinės kainos gali būti tikslinamos atsižvelgiant į kiekvienais metais patvirtintas PSDF biudžeto pajamas ir Statistikos departamento skelbiamą vartojimo kainų indeksą. Bazinės kainos nustatomos balais. Balo vertę, tvirtinant asmens sveikatos paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, bazines kainas, nustato SAM. Apmokant už stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, brangius tyrimus ir procedūras taikomas kintamas balas.⁴⁸

Pavyzdys

Apskaičiuojant stacionariųjų paslaugų balo vertę sutartyje su ASPĮ nustatyta PSDF biudžeto lėšų toms paslaugoms apmokėti suma, kuri yra nekintantis dydis, dalijama iš suteiktų paslaugų skaičiaus, kuris yra kintantis dydis. ASPĮ pati sprendžia, kiek paslaugų suteikti. Teikiant daugiau paslaugų, nei buvo planuota apskaičiuojant sutartinę sumą, paslaugos balo vertė krenta, įstaigos pajamos mažėja, didėjant išlaidoms. ASPĮ apsisprendus teikti mažiau paslaugų, pagal nustatytą apmokėjimo tvarką, paslaugos balo vertė negali viršyti SAM nustatytos to laikotarpio atitinkamų paslaugų balo vertės (iki 2009-05-01 buvo 1,0 Lt, vėliau 0,89 Lt), nedidėja įstaigos išlaidos, bet santykinai nedidėja ir pajamos.

2009 m. nesurinkus planuotų privalomojo sveikatos draudimo įmokų (2 lentelė), nuo gegužės 1 d., pritarus PSDT,⁴⁹ suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų 1 balas prilygintas 0,89 Lt.⁵⁰ Šia priemone ASPĮ buvo skatinamos racionaliau naudoti PSDF biudžeto lėšas.

⁴⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 27 str. 3 d.

⁴⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997-06-30 įsakymas Nr. 363 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos“ (su vėlesniais pakeitimais).

⁴⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais), 2006-12-22 įsakymu Nr. V-1113 patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašas, 19 ir 20 p., 1997-12-31 įsakymu Nr. 721 patvirtinta Brangiųjų tyrimų ir procedūrų apmokėjimo tvarka (2009-02-20 įsakymo Nr. V-129 redakcija), 5 p.

⁴⁹ Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2009-05-08 posėdžio protokolas Nr. 5.

⁵⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-05-15 įsakymas Nr. V-375 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“ ir įsakymas Nr. V-376 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d.

Įstaigos turėjo suteikti visas pacientams būtinas paslaugas ir nemažinti teikiamų paslaugų apimčių. Stacionarines paslaugas teikiančios ASPĮ taikė ekonomiškai efektyvias dienos chirurgijos, dienos terapijos paslaugų teikimo formas (7 lentelė). 2010 m. bazinės kainos balas dar buvo indeksuojamas, pavyzdžiui, sausio–gegužės mėn. slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, specializuotų ambulatorinių ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos balas buvo prilygintas 0,81 Lt.⁵¹

Mažinant asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų bazinių kainų balo vertę, paslaugų teikimo ir kiti reikalavimai, kuriais turi vadovautis ASPĮ, nebuvo peržiūrimi ir mažinami. ASPĮ, mažėjant pajamoms, priverstos mažinti ir išlaidas. Didžiausią įtaką balo vertės mažinimas, kartu ir paslaugų bazinės kainos mažėjimas, turi stacionarines paslaugas teikiančioms ASPĮ, kurių veiklos išlaidos, palyginti su ambulatorinėmis įstaigomis, yra didesnės. Vilniaus TLK pateiktais duomenimis, 2009 m., palyginti su 2008 m., šios TLK veiklos zonos dviejuose trečdaliuose (18 ASPĮ iš 26) stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų mažėjo išlaidų dalis, tenkanti vaistams ir medicinos reikmenims (iki dviejų procentinių punktų). Auditorių nuomone, išlaidų vaistams ir medicinos reikmenims mažinimas turi tiesioginę įtaką teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

Valstybės kontrolė pateikė ASPĮ klausimus dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo ir apmokėjimo iš PSDF lėšų bei ASPĮ veiklos. Atsakymuose ASPĮ pažymėjo, kad PSDF biudžeto lėšų pakanka „tik baziniams specializuotos pagalbos poreikiams“, „sumažinus balo vertę paslaugos įkainis tapo mažesnis už ASPĮ patiriamas sąnaudas“, ypač trūksta lėšų medikamentams, diagnostikos priemonėms ir medicinos įrangai.

Pastebėjimai dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir PSDF biudžeto lėšų naudojimo ASPĮ (pagal ASPĮ atsakymus ir TLK duomenis)

- PSDF lėšų panaudojimas priklauso nuo ASPĮ – kai kurios ASPĮ pažymėjo, kad vykdo griežtą išlaidų kontrolės politiką, už paslaugas gautos pajamos, viršijančios paslaugų teikimo savikainą, dengia nuostolingai teikiamų paslaugų sąnaudas.
- Nuo administracinių sprendimų priklauso išlaidų, skiriamų pacientų reikmėms (vaistams, tyrimams, medicininėms priemonėms ir kt.), dalis. Kai kurios ASPĮ, mažėjant pajamoms iš PSDF biudžeto, išlaidų dalį pacientų reikmėms padidino.

Kita vertus, ASPĮ atsakymai parodė, kad įstaigos neskaičiuoja sąnaudų, patirtų apdraustiesiems teikiant specializuotas ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal SAM nustatytus ligų gydymo profilius. Dauguma ASPĮ skaičiuoja padalinių veiklos sąnaudas. Tik 3 iš 19 stacionarinių ASPĮ nurodė, kad atliko vienos ar kitos paslaugos teikimo sąnaudų skaičiavimus. SAM nepatvirtino bendros ASPĮ sąnaudų, patiriamų teikiant iš

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“ papildymo“.

⁵¹ Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2009-12-22 posėdžio protokolas Nr. 7, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-12-30 įsakymas Nr. V-1108 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

PSDF biudžeto lėšų apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apskaičiavimo metodikos. Todėl negalima palyginti tų pačių paslaugų teikimo sąnaudų skirtingose ASPĮ ir negalima įvertinti, kiek kainuotų paslaugų teikimas, atsižvelgus į taikytas diagnostikos technologijas (tyrimus) ir gydymo metodus. Be to, negalima pagrįstai vertinti, ar gautas PSDF biudžeto lėšas ASPĮ naudoja taupiai ir efektyviai ir kiek bazinė kaina, patvirtinta SAM, padengia paslaugos teikimo sąnaudas.

- Audituojamu laikotarpiu Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms skatinant ekonomiškai efektyvesnių paslaugų teikimą buvo sudarytos prielaidos apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų masto didėjimui.
- PSDF biudžeto lėšų valdymo priemonė – balo vertės mažinimas – sumažino gydymo įstaigų pajamas, nors padėjo subalansuoti PSDF biudžeto išlaidas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Yra rizika, kad, taikant šią priemonę, dalį suteikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų savo lėšomis turi padengti pacientai, ir apdraustiesiems mažėja ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Be to, tokią priemonę taikant ilgiau, dėl mažėjančių išteklių blogės ASPĮ teikiamų paslaugų kokybė.
- Nesant parengtos ASPĮ sąnaudų, patiriamų teikiant iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apskaičiavimo metodikos nėra galimybių vertinti, ar asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikdamos apdraustiesiems paslaugas, PSDF biudžeto lėšas naudoja taupiai ir efektyviai.

Pokyčiai audito metu. Siekiant tobulinti stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą iš PSDF biudžeto lėšų, įgyvendinant Vyriausybės programos priemones,⁵² VLK rengia naują stacionariųjų paslaugų apmokėjimo tvarką, paremtą medicininių intervencijų klasifikacija ir atitinkamu apmokėjimu pagal grupes.

2010 m. lapkričio mėn. iš PSDF biudžeto rezervo skirtos lėšos sumažintai asmens sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų nuo 2010 m. sausio 1 d. iki 2010 m. rugsėjo 30 d., bazinių kainų balo vertei kompensuoti.⁵³

1.3.2. Ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas

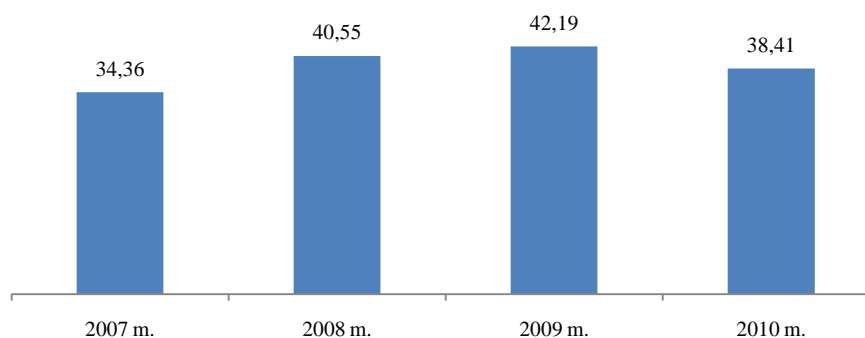
Apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu teikiama parama ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti – PSDF lėšomis visiškai ar iš dalies kompensuojamos ortopedijos techninių

⁵² Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009-02-25 nutarimas Nr. 189 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008–2012 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“.

⁵³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-11-19 įsakymas Nr. V-1003 „Dėl bazinių kainų balo vertės ir atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis“ 1.1.p.

priemonių įsigijimo išlaidos. Šioms išlaidoms kompensuoti PSDF biudžetui skiriami valstybės biudžeto asignavimai⁵⁴ (4 pav.).

4 pav. Lėšos (mln. Lt) ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti 2007–2010 m.



Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

Lėšos, skirtos OTP kompensuoti, 2007–2009 m. didėjo, o 2010 m., lyginant su 2009 m., lėšų skirta 9 procentais mažiau. Audito metu vertintas aprūpinimo ortopedijos techninėmis priemonėmis prieinamumas.

Ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką nustatė SAM.⁵⁵ Kompensavimas vykdomas per ortopedijos įmones, sudariusias sutartis su VLK. Iš PSDF biudžeto lėšų kompensuojamos tik pagal užsakymą pagamintų ortopedijos techninių priemonių⁵⁶ įsigijimo išlaidos.

Pagrindinės apdraustųjų aprūpinimo OTP nuostatos:

- Ortopedijos techninės priemonės apdraustiesiems iš PSDF biudžeto lėšų kompensuojamos pagal SAM patvirtintas bazines kainas⁵⁷.
- Nustatyti trys OTP bazinių kainų sąrašai pagal skirtingus kompensavimo lygius atskirų grupių apdraustiesiems:
 - Į pirmąjį sąrašą įrašytos 100 proc. kompensuojamos OTP taikomos ligų komplikacijoms gydyti, siekiant išvengti nuolatinės įgytos negalios arba ją sušvelninti.
 - Į antrąjį sąrašą įtrauktos 100 ir 80 proc. kompensuojamos OTP (įtvarai, įdėklai).
 - Trečiąjį sąrašą sudaro 100, 95, 80 ir 50 proc. kompensuojamos OTP, skiriamos kaip trumpiausio gydymo priemonės.

Valstybinė ligonių kasa, pritarus PSDT, ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti skiriamas lėšas paskirsto pagal ortopedijos techninių priemonių poklasius (5 priedas). VLK ir ortopedijos įmonių sudarytose sutartyse dėl apdraustųjų aprūpinimo ortopedijos techninėmis

⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija) 15 str. 1 d. 6 p.

⁵⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymas Nr. V-234 „Dėl valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

⁵⁶ Pagal užsakymą pagamintos ortopedijos techninės priemonės – specialiai pagal gydytojo nurodytas charakteristikas konkrečiam pacientui pagamintos ortopedijos techninės priemonės, jos turi atitikti Medicinos prietaisų saugos techninio reglamento nuostatas.

⁵⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-06-10 įsakymas Nr. V-466 „Dėl ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

priemonėmis lėšų suma šioms priemonėms kompensuoti nenurodoma, tačiau negali būti viršijama bendra PSDF biudžete numatyta metinė ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo suma, skirta pagal atskirus OTP poklasius.⁵⁸

Ortopedijos techninių priemonių užsakymų registravimas VLK

Ortopedijos įmonės, priimdamos apdraustųjų užsakymus, duomenis jų priėmimo dieną perduoda į Ortopedijos informacinę sistemą. Užsakymas gali būti vykdomas tik VLK patikrinus ir patvirtinus jo pagrįstumą. Užsakymų pagrįstumas patvirtinamas automatiškai būdu per Ortopedijos informacinę sistemą, jeigu neviršijamos lėšos, tam tikru laikotarpiu skirtos ortopedijos techninėms priemonėms kompensuoti pagal jų poklasius.

Kai OTP išlaidų kompensavimo poreikis viršija tam tikru laikotarpiu skiriamas lėšas, ortopedijos įmonės darbuotojas apie tai informuoja apdraustąjį, nurodo jo užsakymo registracijos numerį ir numatomą priemonės kompensavimo datą. Tenkindamos apdraustųjų poreikius ortopedijos įmonės gamina ir išdavė ortopedijos technikos priemones, tačiau, esant ribotoms lėšoms, susidarė didelė kompensacijų laukimo eilė.⁵⁹ Be to, apdraustieji turi teisę, nelaukdami savo eilės, atitinkamas priemones įsigyti savo lėšomis ir pateikti prašymą VLK kompensuoti išlaidas.⁶⁰

OTP kompensacijos už apdraustiesiems pagamintas ir išduotas ortopedijos technines priemones laukimo eilė didėjo, nes didėjo VLK nekompensuotų išlaidų suma: 2008 m. pradžioje buvo 39,873 mln. Lt, 2009 m. pradžioje – 68,785 mln. Lt, 2010 m. pradžioje – 74,545 mln. Lt, rugsėjo 1 d. – 75,431 mln. Lt. Bendra kompensacijos laukimo eilė, skaičiuojant mėnesiais, 2011 m. sausio 1 d. buvo 22 mėn. (6 priedas). Valstybinė ligonių kasa iki 2010 m. rugsėjo 1 d. buvo neapmokėjusi kompensacijų už 205 790 pagamintų ir apdraustiesiems išduotų ortopedijos techninių priemonių, buvo kompensuojama už priemones, užsakytas pagaminti nuo 2008 m. rugsėjo iki 2009 m. gegužės mėn.

Audituojamu laikotarpiu mažėjo pagamintų ir apdraustiesiems išduotų ortopedijos techninių priemonių kiekis (9 lentelė).

9 lentelė. Pagamintų ir apdraustiesiems išduotų ortopedijos techninių priemonių 2008–2010 m. duomenys pagal OTP poklasius

Ortopedijos techninių priemonių poklasiai	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Rankų protezinės sistemos (vnt.)	97	123	109
Kojos protezinės sistemos (vnt.)	1 300	1 276	1 353

⁵⁸ VLK apskaičiuoja vieno mėnesio lėšų, skiriamų ortopedijos techninėms priemonėms kompensuoti pagal jų poklasius, sumą, kuri lygi 1/12 metinės pagal poklasių paskirstytos sumos. Jei per ataskaitinį mėnesį pagal atskirus poklasius buvo panaudotos ne visos lėšos, lėšų likutis skiriamas tų poklasių kito mėnesio lėšų sumai padidinti (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-03-31 įsakymu Nr. V-234 patvirtinto Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo aprašo 23 p. (su vėlesniais pakeitimais)).

⁵⁹ Kompensacijos laukimo eilė apskaičiuojama kaip kompensuojamos sumos ir mėnesiui skiriamų lėšų OTP įsigijimo išlaidoms kompensuoti santykis.

⁶⁰ Pacientų, savo lėšomis įsigijusių OTP, skaičius nedidelis: 2009 m. sudarė 0,03 proc., 2010 m. – 0,06 proc. visų įvykdytų užsakymų.

Protezai (kiti, ne galūnių) (vnt.)	5 255	3 696	2 620
Viršutinių galūnių įtvarinės sistemos (vnt.)	12 873	4 804	4 380
Apatinės galūnės įtvarinės sistemos (vnt.)	109 176	65 275	50 059
Stuburo įtvarinės sistemos (vnt.)	43 229	23 133	17 420
Kraujotakos sistemos gydymosi priemonės (vnt.)	112	102	41
Dėvimos apsauginės priemonės (vnt.)	24	6	0
Ortopedinė avalynė (vnt.)	35 024	24 490	16 549
Pagalbinės pilvo išvaržų gydymo priemonės (vnt.)	1 602	364	nekompensuojama
Iš viso	208 692	123 266	49 913

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

Didžiausias poreikis yra šių poklasių priemonių: apatinės galūnės įtvarinių sistemų, ortopedinės avalynės ir stuburo įtvarinių sistemų (šios priemonės skiriamos dėl nesunkios ligos ar būklės).

Ortopedijos techninės priemonės apdraustiesiems iš PSDF biudžeto lėšų kompensuojamos pagal SAM patvirtintas bazines kainas.⁶¹ VLK atstovų teigimu, šių priemonių bazinės kainos nustatomos įvertinus ortopedijos įmonių sąnaudas ir atsižvelgiant į kompetentingų institucijų, tarp jų ir pacientų organizacijų, nuomones. Auditoriai atkreipė dėmesį, kad nėra patvirtintos ortopedijos techninių priemonių kainos skaičiavimo metodikos. Sveikatos draudimo įstatymo 25 str. 2 d. nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką tvirtina SAM. Nesant tokios metodikos negalima vertinti, ar OTP bazinių kainų dydžiai nustatyti pagrįstai.

2009 m. buvo pakeisti teisės aktai, reglamentuojantys ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą: į sąrašus įrašyta mažiau kompensuojamų priemonių (2008 m. buvo kompensuojamos 100 OTP tipų grupių priemonės, 2009 m. – 77 grupių priemonės), iš sąrašų išbrauktos priemonės, skiriamos dėl nesunkios ligos ar būklės, kai gali būti taikomas ir serijinės gamybos gaminys (šių gaminių įsigijimo išlaidos nekompensuojamos). Nuo 2010 m. gegužės 1 d. atsiskaitant su įmonėmis nustatyta taikyti kintančio balo sistemą.

Pavyzdys

Už pagamintas ir išduotas OTP atsiskaitoma atsižvelgiant į kintamą balą, kurį apskaičiuoja VLK: pasibaigus kalendoriniam mėnesiui kiekvieno poklasio OTP bazinių kainų balo vertei apskaičiuoti skiriamą sumą (89 proc. ataskaitiniam laikotarpiui 2010 m. PSDF biudžeto skiriamos lėšų sumos) litais dalija iš tą mėnesį išduotų atitinkamo poklasio ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų balų sumos. Kuo daugiau apdraustųjų įmonė aptarnaus ir kuo daugiau priemonių pagamins ir išduos, tuo mažesne kaina jai bus apmokėta už atitinkamo poklasio gaminį (nes mėnesiui skiriamų lėšų suma yra nekintamas dydis).

Pakeitus teisės aktus, reglamentuojančius ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą, šių priemonių užsakymų skaičius sumažėjo. 2010 m. pabaigoje ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensacijos laukimo eilė buvo stabilizuota, tačiau, norint visiškai atsiskaityti su laukiančiais kompensacijų, reikėtų papildomai skirti 70,58 mln. Lt.

⁶¹ Bazinė ortopedijos techninės priemonės kaina – sveikatos apsaugos ministro įsakymu tvirtinama ortopedijos techninės priemonės kaina (balais), pagal kurią kompensuojamos ortopedijos techninės priemonės gamybos ir pritaikymo išlaidos. Į bazinę kainą įskaičiuojamas įstatymų nustatytas pridėtinės vertės mokestis.

Audito metu buvo atlikta devynių ortopedijos įmonių apklausa, atsakymus pateikė septynios įmonės.

Ortopedijos įmonių atsakymų apibendrinimai

- Didesnioji dalis ortopedijos įmonių neigiamai vertina kintančio balo sistemą; jų duomenimis, per 2010 m. gegužės – rugsėjo mėnesius už atliktus užsakymus įmonės praras 1,28 proc. lėšų;
- Nenorėdamos mažinti balo vertės, įmonės kaupia užsakymus neįvesdamos jų duomenų į VLK Ortopedijos informacinę sistemą. Iki 2010-09-01 įmonėse sukaupta apie 6 000 užsakymų.
- Penkiose iš septynių ortopedijos įmonių kompensuojamų OTP įvykdytų užsakymų skaičius 2009 m., lyginant su 2008 m., mažėjo nuo 59 iki 91 proc. (atskirose įmonėse skirtingai – nuo 59 iki 91 proc.).

Dalyvavusių apklausoje ortopedijos įmonių nuomone, susidariusi OTP kompensacijos laukimo eilė turi neigiamos įtakos įmonių veiklai – užšaldytos lėšos neleidžia įgyvendinti planuotus investicinius projektus. Įvesta kintamo balo sistema neskatina įmonių vykdyti daugiau užsakymų. Konkurencijos taryba, atlikusi tyrimą dėl ūkio subjektų, užsiimančių ortopedinių priemonių gamyba ir prekyba, ir jų asociacijų bei Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos veiksmų atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams padarė išvadą, kad Ortopedijos ir reabilitacijos paslaugų teikėjų asociacijos bei Ortopedijos ir medicinos priemonių asociacijos nariai 2006–2010 m. sudarė susitarimus dėl ortopedijos techninių priemonių kainų, gamybos kiekių bei pasidalino ortopedijos techninių priemonių kompensavimui skiriamas PSDF lėšas (Konkurencijos tarybos 2011-01-20 nutarimas Nr. 2S-2). Konkurencijos taryba atkreipė dėmesį, kad dėl tokių įmonių susitarimų VLK, kaip pagrindinis ortopedijos techninių priemonių pirkėjas, praranda galimybę gauti konkurencijos teikiamą naudą, pirmiausia už mažesnę kainą.

- Ortopedijos techninių priemonių įsigijimui kompensuoti skirtos PSDF biudžeto lėšos 2009–2010 buvo valdomos neefektyviai: einamųjų metų lėšos naudojamos atsiskaityti už apdraustiesiems išduotas ortopedijos technines priemones, pagamintas ankstesniais metais. Tai lėmė kompensacijų laukimo eilės didėjimą ir ortopedijos techninių priemonių prieinamumo mažėjimą.
- Sveikatos apsaugos ministerija neparengė ortopedijos techninių priemonių kainų skaičiavimo metodikos, todėl nėra galimybės įvertinti šių priemonių bazinių kainų dydžių pagrįstumo, taigi nėra prielaidos PSDF biudžeto lėšas naudoti efektyviau.

2. Ar įgyvendinama apdraustųjų teisė į nemokamą asmens sveikatos priežiūrą?

Sveikatos sistemos įstatyme nustatyta, kad apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmens sveikatos priežiūra priskiriama valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai, išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų.⁶² Taip pat nustatyta valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo LNSS⁶³ įstaigose tvarka, esminės sąlygos.⁶⁴ Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra šiose įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio.

Viešumoje gausu informacijos apie pacientų papildomus mokėjimus asmens sveikatos priežiūros įstaigose. VLK užsakymu 2010 m. atlikto tyrimo „Lietuvos gyventojų nuomonė apie Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemą, ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą“ duomenimis,⁶⁵ „didelių teisėtų priemokų į ASPI kasą“ nenurodė tik Alytaus ir Telšių regionų respondentai. Daugiausia jas minėjo Klaipėdos regiono gyventojai – 35,1 proc. respondentų, Tauragės regiono – 28,6 proc. respondentų. Tai, kad apdraustieji, gaudami apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų paslaugas, viešosiose ASPI papildomai moka įstaigai, patvirtinta šio audito metu. Devynios (iš 19) stacionarinės ASPI, atsakiusios į Valstybės kontrolės klausimus, nurodė, kad jų pacientai moka už dalį laboratorinių tyrimų ir vaistus. Devynios (iš 22) atsakiusios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų turėjo informacijos, kad jų pacientai kitose ASPI, gaudami iš PSDF lėšų apmokamas paslaugas, moka už dalį gydytojų specialistų paskirtų ambulatorinių tyrimų, taip pat moka už tyrimus, kuriuos reikia atlikti prieš gulantis į ligoninę.

Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino iš PSDF lėšų apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašus ir bazines kainas,⁶⁶ bendruosius ir specialiuosius stacionarinių ir specializuotų ambulatorinių paslaugų teikimo reikalavimus, kuriuose įvardijo taikytinas diagnostikos technologijas (tyrimus) ir gydymo metodus.

⁶² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552 (1998-12-01 įstatymo Nr. VIII-946 redakcija), 47 str. 2 d. 5 p.

⁶³ LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos ir jos išteklių tvarkymo sistema.

⁶⁴ Ten pat, 49 str.

⁶⁵ VLK užsakymu UAB „Konsultus“ atliko Lietuvos gyventojų apklausą.

⁶⁶ 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“ (su vėlesniais pakeitimais), 2008-05-09 įsakymas Nr. V-436 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“, 2008-05-16 įsakymas Nr. V-466 „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“, 1997-12-31 įsakymas Nr. 721 „Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų taikymo tvarkos bei ligų ir indikacijų sąrašų patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais).

Pavyzdys

Vidaus ligų profilio paslaugų teikimo specialieji reikalavimai⁶⁷ numato, kad:

- nustatant pirminės hipertenzijos diagnozę (TLK-10⁶⁸ kodas I 10) taikomos diagnostikos technologijos – biocheminiai, radiologiniai tyrimai, krūvio mėginiai, taikomi gydymo metodai – medikamentinis gydymas, konsultuoja specialistai – oftalmologas, neurologas;
- nustatant bakterinę pneumoniją (TLK-10 kodas J 13, J 14, J15) taikomos diagnostikos technologijos – spirometrija, pulsoksimetrija, biocheminiai, radiologiniai, mikrobiologiniai tyrimai, taikomi gydymo metodai – medikamentinis gydymas, gydymas deguonimi.

Teisės aktai nenumato, kad, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, paslauga būtų apmokama iš skirtingų šaltinių – dalis paslaugos (dalis tyrimų, gydymo) iš PSDF lėšų, dalis – iš kitų šaltinių, pavyzdžiui, apdraustojo lėšų.⁶⁹ Pacientus tiriant ir gydant stacionarinėse ASPĮ, turi būti taikoma tiek diagnostikos technologijų, kiek jų reikia paciento ligai nustatyti, pagrįsti bei gydyti, ir visi pacientui gydyti reikalingi gydymo metodai.⁷⁰ Todėl papildomi apdraustųjų mokėjimai už gydymosi metu atliekamus tyrimus yra nepagrįsti.

Pavyzdys

Vilniaus TLK, išnagrinėjusi apdraustojo skundą, nustatė, kad teikiant gydytojo burnos chirurgo paslaugą pacientui mokami kraujo krešumo ir kraujo grupės nustatymo tyrimai skirti nepagrįstai, nes tyrimai yra sudėtinė paslaugos dalis, o įstaigai už suteiktą paslaugą sumokėjo TLK.

Sveikatos sistemos įstatymo 49 str. 5 d. numatyta, kad „jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka“.

Pavyzdys

Iš PSDF lėšų apdraustiesiems apmokamas sąnarių endoprotezavimas ir jo metu implantuojamas dirbtinis sąnarys, kurį nuperka VLK. Jeigu ASPĮ apdraustajam siūlytų implantuoti kitą, brangesnį dirbtinį sąnarį, tai, vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymo 49 str. 5 d., apdraustasis turėtų ASPĮ apmokėti sąnarių kainų skirtumą.

SAM, patvirtinusi paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, bazines kainas, teikiant paslaugas įskaičiuotų kitų paslaugų (pavyzdžiui, biocheminių, imunologinių tyrimų), medžiagų, procedūrų kainų nedetalizavo. Pagrįstai galima nustatyti tik brangiau kainuojančių ir nemokamų medžiagų (medicinos priemonių) kainų skirtumą tais atvejais, kai teikiant apdraustajam paslaugas

⁶⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-12-29 įsakymas Nr. V-1085 „Dėl Vidaus ligų profilio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“.

⁶⁸ TLK-10 – Tarptautinė ligų ir sveikatos problemų statistinė klasifikacija.

⁶⁹ Išskyrus odontologijos paslaugas, kurias teikiant gyventojai (išskyrus vaikus ir vyresnius, besimokančius dieninėse bendrojo lavinimo mokyklose, profesinių mokyklų dieniniuose skyriuose, bet ne ilgiau iki jiems sukanka 24 metai, ir socialiai remtinus asmenis, kai jie pateikia gyvenamosios vietos savivaldybės socialinės paramos skyriaus atitinkamą pažymą) moka už plombinės ir kitas medžiagas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-05-15 įsakymas Nr. V-450 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo“).

⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-06-13 įsakymu Nr. V-488 patvirtintas Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašas 3.2 p.

ASPI naudoja Valstybinės ligonių kasos nupirkta priemonės, pavyzdžiui, dirbtinius širdies vožtuvus ir kraujagysles, akies lęšiukus, stuburo fiksatorius ir kt. SAM nenustatė brangiau kainuojančių ir iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų (t. y. nemokamų) paslaugų, medžiagų, procedūrų kainų skirtumo apskaičiavimo metodikos (tvarkos), nepatvirtino bendros ASPI sąnaudų, patiriamų teikiant iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apskaičiavimo metodikos. Be to, į Valstybės kontrolės klausimus atsakiusios stacionarinės ASPI nurodė, kad neskaičiuoja atskirų paslaugų teikimo sąnaudų. Todėl daugeliu atvejų ASPI negalėtų pagrįstai nustatyti paslaugų, medžiagų, procedūrų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, ir paciento pasirinktų brangiau kainuojančių paslaugų kainų skirtumo.

Sveikatos sistemos įstatymo 49 str. 5 d. numatyta, kad „jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka papildomas paslaugas ar procedūras, šių paslaugų ar procedūrų kainą jie apmoka patys“. Papildomos paslaugos įvardytos Mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkoje.⁷¹ Prie papildomų priskiriamos paslaugos, kurias pasirenka pacientas ir jos nėra susijusios su pagrindinės ligos gydymu, o priklauso kitam lydinčiam susirgimui (ligai) ir gali būti teikiamos tik leidus tuo metu pacientą gydančiam gydytojui. Atsakydamos į Valstybės kontrolės klausimus, trečdalis (iš 19) stacionarinių ASPI ir visos šešios slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės nurodė, kad gydydamiesi stacionare pacientai vaistus, skirtus ne pagrindinei ligai gydyti, įsigyja savo lėšomis.

Auditorių vertinimu, apdraustuosius gydant stacionare lydinčių susirgimų gydymą priskirti papildomoms paslaugoms būtų galima tais atvejais, kai lėtinė liga (pavyzdžiui, lėtinis skrandžio gleivinės uždegimas) nėra paūmėjusi ir jos gydyti nereikėtų, bet pacientas dėl šios ligos pasirenka atlikti tyrimus ar procedūras, o gydantis gydytojas tai leidžia. Tačiau tais atvejais, kai lėtinių ligų gydymo negalima pertraukti, pavyzdžiui, sergant cukriniu diabetu, tų ligų tyrimas ir gydymas neturėtų būti priskirtas papildomoms paslaugoms, nes gydymą pacientas pasirenka ne savo iniciatyva, o skyrus kitam gydančiam gydytojui.

Siekiant, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose nebūtų ribojamos ar kitaip pažeidžiamos apdraustųjų teisės, stacionarinio gydymo metu ir gydytojų specialistų teikiamos paslaugos bei apmokėjimas už jas turėtų būti tiksliau detalizuoti pagal įstatymų nuostatas.

Mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Sveikatos sistemos įstatymas nustato, kad ASPI teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios apmokamos iš PSDF lėšų, ir

⁷¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymu Nr. 357 patvirtinta Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka (su vėlesniais pakeitimais) 6.3. p.

mokamas paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti.⁷² SAM nustatė mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, teikimo ir apmokėjimo tvarką.⁷³

Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pavyzdžiai

- akupunktūra ir manualinė terapija;
- sveikatos tikrinimas (vairuotojų, norinčių įsigyti ginklą, ir kt.);
- kosmetinės chirurgijos operacijos, procedūros;
- papildoma individuali ligonio priežiūra ir slauga;
- paslaugos, teikiamos neapdraustiems asmenims.

Pagal nustatytą tvarką už asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios gali būti kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, apdraustieji moka, kai, neturėdami gydytojo siuntimo (jei teisės aktuose nenumatytos kitos sąlygos), patys kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, kai, norėdami gauti paslaugas skubos tvarka, sutinka patys už ją sumokėti, kai pacientų pageidavimu teikiamos papildomos paslaugos.⁷⁴

Audito metu rinkome informaciją apie mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Duomenis apie šių paslaugų mastą 2007–2009 m. teikusios TLK nurodė, kad ne visos ASPĮ registruoja visas mokamas paslaugas ir duomenis įveda į „Sveidrą“. Be to, ne visos mokamas paslaugas, pagal jų nomenklatūrą, reikalaujama registruoti „Sveidroje“ – sistemoje nereikalaujama registruoti laboratorinių tyrimų, procedūrų. Mokamų paslaugų apskaitą turėtų vykdyti ASPĮ. Kai kurios Valstybės kontrolei informaciją teikusios ASPĮ nurodė, kad 2008–2009 m. mokamų paslaugų apskaitos nevykdė arba apskaitė tik dalį paslaugų. Pateikiame kai kuriuos „Sveidros“ duomenis apie mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, siekiant parodyti tendencijas (7 priedas).⁷⁵ Remiantis ASPĮ apklausos duomenimis, įstaigos mokamas paslaugas teikia SAM nustatyta tvarka.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateikta informacija apie mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas

- Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pažymėjo, kad daugiausia mokamų paslaugų – tai profilaktiniai sveikatos tikrinimai, už kuriuos SAM nustatyta tvarka⁷⁶ apmoka arba pacientas, arba kitas asmuo, taip pat laboratoriniai tyrimai, nenumatyti vykdant pirminę asmens sveikatos priežiūrą.
- Stacionarinės ASPĮ nurodė, kad dalis mokamų paslaugų suteikta asmenims, neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu. Mokamos ambulatorinės specializuotos paslaugos teikiamos apdraustiesiems, neturintiems gydytojų siuntimo, taip pat pageidaujantiems paslaugas gauti skubos tvarka, nelaukiant eilės. Be to, teikiamos transporto paslaugos, kiti patarnavimai (pavyzdžiui, atskira palata, individuali slauga).

⁷² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552 (1998-12-01 įstatymo Nr. VIII-946 redakcija), 11 str. 2 d 2 p.

⁷³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (su vėlesniais pakeitimais).

⁷⁴ Ten pat, 6.2., 6.3. ir 6.5.p.

⁷⁵ Renkant duomenis buvo sudėtinga detalizuoti „Sveidros“ informaciją, kiek mokamų paslaugų suteikta neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu šalies gyventojams, apdraustiesiems asmenims, kitiems nedraudžiamiesiems asmenims.

⁷⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000-05-31 įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (su vėlesniais pakeitimais).

- Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės nurodė, kad mokamas paslaugas teikia pageidaujant pacientams ar jų artimiesiems, kai išnaudota įstatymu nustatyta gydymosi trukmė (120 d. per metus).⁷⁷

„Sveidros“ duomenimis, daugiausia mokamų paslaugų suteikiama pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje (2008 m. registruota 448 411 atvejų, 2009 m. – 416 721 atvejų) ir teikiant II lygio ambulatorines specializuotas paslaugas (2008 m. registruota 479 330 atvejų, 2009 m. – 440 846 atvejų; 7 priedas). „Sveidros“ duomenimis, pacientų apmokėtų II lygio ambulatorinių paslaugų skaičius audituojamu laikotarpiu sudarė 7 proc. nuo analogiškų paslaugų, apmokėtų iš PSDF lėšų, skaičiaus. Audito metu nebuvo galimybių atskirti ir įvertinti, kuri suteiktų mokamų ambulatorinių specializuotų paslaugų dalis SAM nustatyta tvarka priskiriama tik mokamoms paslaugoms ir kuri paslaugoms, numatytoms apmokėti iš PSDF biudžeto lėšų.

Papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas. Lietuvoje tiesiogiai šalies gyventojams tenka ketvirtadalis išlaidų sveikatos priežiūrai. Vienam gyventojui per metus tekusios namų ūkio išlaidos sveikatai nuo 2005 iki 2008 m. didėjo 31,2 procentinio punkto – nuo 357,6 Lt iki 469,2 Lt (10 lentelė). Tai atspindi didėjantį gyventojų poreikį gauti daugiau, įvairesnių ir kokybiškesnių sveikatos priežiūros paslaugų. Antra vertus, tai rodo, kad valdžios sektoriaus skiriamų lėšų sveikatos priežiūrai nepakanka.

10 lentelė. Išlaidos sveikatai Lietuvoje 2005–2008 m.

	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.
Išlaidos sveikatai iš viso (mln. Lt)	4 065,8	4 832,5	5 609,4	6 432,8
Valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai iš viso (mln. Lt)	2 844,8	3 500,7	4 147,1	4 857,1
iš jų:				
Valstybės ir savivaldybių biudžetas (mln. Lt)	332,0	410,2	492,2	623,7
PSDF biudžetas (mln. Lt)	2 512,8	3 090,5	3 654,9	4 233,4
Valdžios sektoriaus išlaidų sveikatai dalis nuo visų išlaidų sveikatai (proc.)	70,0	72,4	74,0	75,5
Tiesioginės namų ūkių išlaidos sveikatai iš viso (mln. Lt)	1 221,0	1 331,8	1 462,3	1 575,7
1 gyventojui teko visų išlaidų sveikatai (Lt)	1 191,0	1 424,0	1 661,7	1 916,0
iš jų:				
1 gyventojui valdžios sektoriaus išlaidų sveikatai (Lt)	833,2	1 031,0	1 228,5	1 446,0
1 gyventojui tiesioginės namų ūkio išlaidos sveikatai (Lt)	357,6	392,4	433,2	469,2

Šaltinis – Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

ES šalyse funkcionuoja papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas, kuriuo siekiama pritraukti papildomų lėšų į sveikatos priežiūros sektorių, padidinti paslaugų ar jų teikėjų

⁷⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 9 str., 4 d., 1 p.

pasirinkimo laisvę, pagerinti paslaugų kokybę, sumažinti dėl sveikatos sutrikimų galinčią atsirasti finansinę riziką. Papildomo sveikatos draudimo (privataus draudimo) dalis visose sveikatos priežiūrai skirtose išlaidose Europos Sąjungos valstybėse dažniausiai nesiekia 10 proc., palyginti didesnę dalį nuo visų išlaidų sveikatos priežiūrai sudaro pacientų mokėjimai – dažniausiai iki 15–20 proc. (8 priedas).

Lietuvoje Sveikatos draudimo įstatymas nustato dvi sveikatos draudimo rūšis: privalomąjį sveikatos draudimą ir papildomą (savanoriškąjį) sveikatos draudimą.⁷⁸ Papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas nėra privalomojo sveikatos draudimo sistemos dalis, tačiau papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutarčių sudarymo skatinimas gali teigiamai paveikti Privalomojo sveikatos draudimo sistemos veiklą ir padėti geriau užtikrinti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų interesus.

Pavyzdys

Sveikatos draudimo įstatymo 10 str. 5 d. numato, kad kai apdraustasis savo iniciatyva gydančio gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones negu taikoma pagal nustatytas gydymo metodikas, tuo atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti pagal metodiką skiriamų ir pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių skirtumą, o šis skirtumas gali būti apmokamas ir iš papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšų.

Papildomas (savanoriškasis) sveikatos draudimas pagal Draudimo įstatymą⁷⁹ priskirtinas ne gyvybės draudimo šakai, pagal draudimo grupes – draudimui ligos atveju. Lietuvoje draudimo ligos atveju paslaugas 2009 m. teikė 8 draudimo įmonės.⁸⁰ 2007–2009 m. draudimo ligos atveju sutarčių dinamika buvo neigiama, nors sudarytų sutarčių skaičius mažėjo, tačiau bendras išmokų dydis ir išmokų skaičius augo (11 lentelė).

11 lentelė. Draudimai ligos atveju vykdomi atskirai nuo gyvybės draudimo

	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Sudarytos draudimo sutartys (vnt.)	578 578	427 496	353 992
Sutarčių dinamika* (proc.)	1,4	-26,1	-17,2
Galiojančių sutarčių (vnt.)	67 157	47 717	58 095
Galiojančių sutarčių pokytis* (proc.)	7,1	-28,9	21,7
Pasirašytų įmokų dydis (mln. Lt)	44,70	57,86	31,28
Bendras išmokų dydis (mln. Lt)	11,33	22,03	26,16
Išmokų skaičius (vnt.)	37 021	84 709	107 152

* palyginus su praėjusių metų tuo pačiu laikotarpiu

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Lietuvos Respublikos draudimo priežiūros komisijos duomenis

⁷⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 3 str.

⁷⁹ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymas, 2003-09-18 Nr. IX-1737 (su vėlesniais pakeitimais), 2 str. 65 d., 7 str., 76 str.1 d.

⁸⁰ Valstybės kontrolės surinkta informacija parodė, kad dominuoja juridinių asmenų (darbdavių) sudarytos papildomo sveikatos draudimo sutartys.

Valstybės kontrolė domėjosi draudimo įmonių nuomone dėl papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo funkcionavimo Lietuvoje, klausimai buvo pateikti keturioms draudimo įmonėms, dvi iš jų pateikė atsakymus. Draudimo įmonės pažymėjo, kad papildomo savanoriško sveikatos draudimo plėtrai šalyje trukdo teisės aktuose aiškiai neapibrėžta sąveika tarp savanoriško ir privalomojo sveikatos draudimo, neapibrėžtas savanoriškojo draudimo objektas.

Pokyčiai audito metu. Vyriausybės veiklos programoje ir jos įgyvendinimo priemonių plane numatyta 2011 m. trečiąjį ketvirtį⁸¹ parengti papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo koncepcijos projektą ir koncepcijos įgyvendinamųjų teisės aktų projektus. 2010 m. atlikta papildomo savanoriškojo sveikatos draudimo analizė (SAM užsakymu atliko UAB Sveikatos ekonomikos centras), SAM parengė Papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo koncepcijos projektą, kuris pateiktas derinti suinteresuotoms institucijoms.

- Netikslios teisės aktų, reglamentuojančių apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų ir mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, formuluotės trukdo draudžiamiesiems įgyvendinti teisę gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.⁸² Minėti teisinio reglamentavimo trūkumai sudaro prielaidas ASPĮ siūlyti apdraustiesiems papildomai mokėti už paslaugas, kurios apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų.
- Dėl netikslios mokamų paslaugų apskaitos nėra galimybės įvertinti tikrąjį mokamų paslaugų mastą, nustatyti šalies gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, planuoti PSDF biudžeto lėšų poreikį ir vertinti asmens sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimo galimybes, sveikatos draudimo plėtrą šalyje.

⁸¹ Lietuvos Respublikos Seimo 2008-12-09 nutarimu Nr. XI-52 patvirtinta Penkioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programa, 57 p.; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009-02-25 nutarimu Nr. 189 patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008–2012 metų programos įgyvendinimo priemonės, krizės įveikimo plano 57 p.

⁸² Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21 Nr. I-1343 (2002-12-03 įstatymo Nr. IX-1219 redakcija), 38 str.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Išvados

1. Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos rengimas nereglamentuotas Valstybinės ligonių kasos vidaus dokumentu, neatliekama programos įgyvendinimo stebėseną pagal teritorines ligonių kasas, neišryškinami skirtumai ir neigiamos tendencijos atskiruose šalies regionuose, todėl gali būti sudėtinga laiku priimti sprendimus siekiant geresnės apdraustųjų sveikatos priežiūros. (1.1 dalis, 10 psl.)

2. Įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis iš valstybės biudžeto mokamos pagal planuotą, o ne pagal faktinį šių asmenų skaičių, taip neužtikrinamas taupus ir racionalus valstybės biudžeto lėšų naudojimas ir teisingas bei pagrįstas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto įmokų surinkimas. (1.2 dalis, 12 ir 16 psl.)

3. Nesant detalaus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų panaudojimo reglamentavimo, mažėjant šio fondo pajamoms, sprendimas iš rezervo lėšų apmokėti už asmens sveikatos priežiūros paslaugas buvo priimtas tik 2010 m. pabaigoje. (1.2 dalis, 15 ir 16 psl.)

4. Nefunkcionuojant nustatytos apimties Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrai, lėšos pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai paskirstomos netiksliai. (1.3 dalis, 19 psl.)

5. Sudarant teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartis vadovaujamosi sutarčių sudarymo tvarka, kurioje nustatytos sąlygos nesudaro galimybės atsižvelgti į asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybinius veiklos rodiklius. Taip neužtikrinama, kad būtų geriau atstovaujama draudžiamųjų interesams. (1.3 dalis, 21 psl.)

6. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų valdymo priemonė – balo vertės mažinimas – padėjo subalansuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą, tačiau sumažino gydymo įstaigų pajamas. Nesant parengtos asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų apskaičiavimo metodikos nėra galimybių vertinti, kokią įtaką paslaugų teikimui turi bazinės kainos balo vertės mažinimas, taip pat ar asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikdamos paslaugas, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas naudoja taupiai ir efektyviai. Pažymėtina, kad sumažėjus asmens sveikatos priežiūros įstaigų pajamoms, gaunamoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, dalį suteikiamų paslaugų išlaidų apdraustiesiems tenka padengti savo lėšomis. (1.3.1 dalis, 27 psl.)

7. Ortopedijos techninės priemonės apdraustiesiems 2009–2010 m. tapo mažiau prieinamos. Sveikatos apsaugos ministerija neparengė ortopedijos techninių priemonių kainų skaičiavimo

metodikos, todėl nėra galimybės įvertinti šių priemonių bazinių kainų dydžių pagrįstumo, taigi nėra prielaidos PSDF biudžeto lėšas naudoti efektyviau. (1.3.2 dalis, 31 psl.)

8. Teisės aktuose netiksliai reglamentuotas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų ir mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. Tai sudaro prielaidas esant privalomojo sveikatos draudimo draudimui įvykiui asmens sveikatos priežiūros įstaigose siūlyti apdraustiesiems už paslaugas mokėti papildomai. Nekaupiami ir neanalizuojama informacija apie suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias tiesiogiai moka jų gavėjai, todėl sunku vertinti tikrąjį šalyje suteikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastą. Tai riboja galimybes objektyviai nustatyti šalies gyventojų sveikatos priežiūros poreikį, vertinti išlaidų apmokėjimo galimybes ir sveikatos draudimo plėtrą. (2 dalis, 38 psl.)

Rekomendacijos

Lietuvos Respublikos Vyriausybei

Siekiant taupiai ir racionaliai naudoti valstybės ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetų lėšas:

1. Parengti ir įgyvendinti priemones, užtikrinančias įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis mokėjimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pagal faktinį, o ne pagal suplanuotą šių asmenų skaičių. (2 išvada)

2. Patikslinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarką, numatant rezervo lėšų skyrimo kriterijus ir skiriamų lėšų apskaičiavimo tvarką. (3 išvada)

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

Siekiant efektyviau valdyti ir vykdyti privalomąjį sveikatos draudimą:

1. Reglamentuoti Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos rengimą ir jos įgyvendinimo stebėseną. (1 išvada)

2. Peržiūrėti ir patikslinti prie pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų prirašytų draudžiamųjų, už kurių pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, skaičiaus tikslinimo tvarką (4 išvada)

3. Tobulinti teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarką, sutarčių sudarymo sąlygose palaiptiui įrašyti kokybinius reikalavimus asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklai. (5 išvada)

4. Parengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų apskaičiavimo metodiką, numatant jos taikymą. (6 išvada)

5. Peržiūrėti teisės aktus, reglamentuojančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, teikimą ir tiksliau išdėstyti

nuostatas dėl šių paslaugų apmokėjimo tvarkos, sąlygų ir apmokamos paslaugos apimties. (8 išvada)

6. Siekiant įvertinti tikrąjį sveikatos priežiūros paslaugų mastą šalyje ir sudaryti prielaidas vertinti sveikatos draudimo plėtrą, reglamentuoti duomenų apie suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias tiesiogiai moka jų gavėjai, apskaitą. (8 išvada)

7. Parengti ir patvirtinti ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymo metodiką. (7 išvada)

8. Organizuojant ortopedijos techninių priemonių kompensavimą spręsti klausimą dėl procedūrų, leidžiančių naudotis konkurencijos teikiama nauda (viešojo pirkimo procedūra ar pan.), taikymo. (7 išvada)

9. Parengti ir įgyvendinti kompensacijos už pagamintas ir išduotas ortopedijos technines priemones laukimo eilės sumažinimo priemones. (7 išvada)

1-ojo audito departamento direktoriaus pavaduotoja

Raimonda Janonienė

Vyresnioji valstybinė auditorė

Rūta Obcarskienė

Audito ataskaitos kopijos (po 1 egz.) pateiktos Lietuvos Respublikos Seimo Audito komitetui, Lietuvos Respublikos Vyriausybei, Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

PRIEDAI

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
1 priedas**

Apdraustųjų, draudžiamų valstybės lėšomis, skaičiaus planavimas 2009–2010 m.

Apdraustųjų grupė	Duomenis teikia	2009 m.			2010 m.		
		Planuotas skaičius	Faktinis skaičius	Planuoto skaičiaus palyginimas su faktiniu	Planuotas skaičius	Faktinis skaičius	Planuoto skaičiaus palyginimas su faktiniu
1 grupė Asmenys, gaunantys bet kurios rūšies pensiją ar šalpos kompensaciją	VSDF, SADM	556737	558628	Suplanuota 100 proc. tikslumu	558628	577761	Suplanuota 3 proc. mažiau
2 grupė Nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, užsiregistravę darbo biržoje, kaip norintys ir galintys dirbti	Lietuvos darbo birža	75614	175273	Suplanuota 57 proc. mažiau	329000	268800	Suplanuota 22 proc. daugiau
3 grupė Nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, turintys įstatymų nustatytą būtinąjį valstybinio socialinio pensijų draudimo stažą valstybinei socialinio draudimo senatvės pensijai gauti	VSDF	9200	6706	Suplanuota 37 proc. daugiau	7358	7012	Suplanuota 5 proc. daugiau
4 grupė Moterys, kurioms įstatymų nustatyta tvarka suteiktos nėštumo ir gimdymo atostogos, ir nedirbančios moterys nėštumo laikotarpiu	VSDF, SADM	7373	8090	Suplanuota 9 proc. mažiau	8278	7670	Suplanuota 8 proc. daugiau
5 grupė Vienas iš tėvų, auginantis vaiką iki 8 metų arba du ir daugiau nepilnamečių vaikų;	VSDF	57731	69574	Suplanuota 17 proc. mažiau	63749	75263	Suplanuota 15 proc. mažiau
6 grupė Asmenys iki 18 metų	Statistikos departamentas	673887	656033	Suplanuota 3 proc. daugiau	656033	638580	Suplanuota 3 proc. daugiau
7 grupė Bendro lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai bei piliečiai, nuolat gyvenantys Lietuvoje, studijuojantys ES valstybių narių aukštųjų mokyklų dieniniuose skyriuose;	Statistikos departamentas	192480	191400	Suplanuota 1 proc. daugiau	191400	204900	Suplanuota 7 proc. mažiau
8 grupė Valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą	SADM	33394	39700	Suplanuota 16 proc. mažiau	40243	141700	Suplanuota 72 proc. mažiau
9 grupė Vienas iš tėvų, globėjas ar rūpintojas, slaugantis namuose vaiką invalidą, asmenį iki 24 m., pripažintą nedarbingu arba asmenį iki 26 m., kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis	SADM	2528	2461	Suplanuota 3 proc. daugiau	2043	1934	Suplanuota 6 proc. daugiau

1 priedo tęsinys							
Apdraustųjų grupė	Duomenis teikia	2009 m.			2010 m.		
		Planuotas skaičius	Faktinis skaičius	Planuoto skaičiaus palyginimas su faktiniu	Planuotas skaičius	Faktinis skaičius	Planuoto skaičiaus palyginimas su faktiniu
10 grupė Asmenys, teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti neįgaliais	VSDF	169223	170546	Suplanuota 1 proc. mažiau	170546	183795	Suplanuota 7 proc. mažiau
11 grupė Asmenys, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamomis ligomis, įtrauktomis į SAM patvirtintą sąrašą	VLK	174	186	Suplanuota 6 proc. mažiau	186	129	Suplanuota 44 proc. daugiau
12 grupė Pasipriešinimo (rezistencijos) dalyviai - kariai savanoriai, laisvės kovų dalyviai, reabilituoti politiniai kaliniai	GRTC	555	563	Suplanuota 1 proc. mažiau	563	583	Suplanuota 3 proc. mažiau
13 grupė Asmenys, prisidėję prie Černobylio atominės elektrinės avarijos padarinių likvidavimo	Judėjimas "Černobylis"	302	289	Suplanuota 4 proc. daugiau	289	257	Suplanuota 12 proc. daugiau
14 grupė Buvę geto ir mažamečiai fašistinių prievartinio įkalinimo vietų kaliniai	GRTC*	5	5	Suplanuota 100 proc. tikslumu	5	5	Suplanuota 100 proc. tikslumu
15 grupė Valstybės pripažįstamų tradicinių religinių bendrijų dvasininkai, dvasininkų rengimo mokyklų studentai ir vienuolinę formaciją atliekantys naujokai;	VLK	885	910	Suplanuota 3 proc. mažiau	910	870	Suplanuota 5 proc. daugiau
16 grupė Asmenys, kuriems įstatymo nustatyta tvarka yra pripažintas Afganistano karo dalyvių teisinis statusas	Afganistano karo veteranų asociacija	51	59	Suplanuota 14 proc. mažiau	59	69	Suplanuota 14 proc. mažiau
17 grupė Nelydimi nepilnamečiai užsieniečiai	Pabėgėlių priėmimo centras	5	0	0	10	4	Suplanuota daugiau (150 proc.)
18 grupė Papildomą ir laikiną apsaugą Lietuvoje gavę užsieniečiai		33	19	Suplanuota 74 proc. daugiau	50	91	Suplanuota 45 proc. mažiau
19 grupė Nesukakęs senatvės pensijos amžiaus ir neturintis draudžiamųjų pajamų Respublikos Prezidento sutuoktinis, Prezidento kadencijos laikotarpiu					1		
Iš viso		1 780 177	1 880 442	Planuota 95 proc. tikslumu	2 029 351	2 109 423	Planuota 96 proc. tikslumu

* GRTC- Lietuvos gyventojų genocido ir rezistencijos tyrimo centras

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
2 priedas**

TLK asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti nepaskirstytų lėšų panaudojimas 2008–2009 m.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	Lėšos tūkst. Lt	
	2008 m.	2009 m.
Pirminės asmens sveikatos priežiūros	43	-
Priėmimo-skubios pagalbos	0,38	4 110,38
Slaugos ir palaikomojo gydymo	265,59	20,00
Ambulatorinės specializuotos	6 906,83	8 798,20
Stacionarinės	1 377,29	204,73
Dienos stacionaro	79,22	172,24
Dienos chirurgijos	426,07	830,52
Paliatyvios pagalbos	19,55	44,32
Akušerijos	755,31	3 636,16
Stebėjimo	1,27	-
Trumpalaikio gydymo	1 534,79	0,68
Iš viso	11 409,29	17 817,23

Šaltinis – teritorinių ligonių kasų duomenys

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
3 priedas**

PSDF biudžeto lėšos, skirtos išlaidoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir panaudota šių lėšų dalis 2008–2009 m.

	Vilniaus TLK	Kauno TLK	Klaipėdos TLK	Šiaulių TLK	Panevėžio TLK	Iš viso
2008 m. TLK skirtos lėšos (tūkst. Lt)	943 324,8	787 969,1	453 066,4	460 070,3	411 051,7	3 055 482
Pateiktos sąskaitos už suteiktas paslaugas per apyskaitinį laikotarpį (tūkst. Lt)	939 152,6	773 184,2	452 326,7	454 838,4	411 051,1	3 030 553
Įvykdymas 2008 m. (proc.)	99,6 proc.	98,1 proc.	99,8proc.	98,9 proc.	100,0 proc.	99,2 proc.
2009 m. TLK skirtos lėšos (tūkst. Lt)	923 509,3	765 769,0	442203,3	442 499,0	396 991,6	2 970 972
Pateiktos sąskaitos už suteiktas paslaugas per apyskaitinį laikotarpį (tūkst. Lt)	922 748,6	762 247,0	441 981,4	442 498,5	396 991,6	2 966 467
Įvykdymas 2009 m. (proc.)	99,9 proc.	99,5%	99,9 proc.	100,0 proc.	100,0 proc.	99,8 proc.

Šaltinis – teritorinių ligonių kasų duomenys

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
4 priedas**

**PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti
2007–2010 m. (mln. Lt)**

	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.*
Išlaidos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, iš viso	702,13	855,83	849,24	839,96
Iš jų				
Pirminės asmens sveikatos priežiūros ambulatorinėms paslaugoms, iš viso	491,70	594,28	587,55	575,00
Greitosios medicinos pagalbos paslaugoms	115,21	135,68	135,27	138,55
Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms, iš viso	95,22	125,87	126,42	125,34
Papildomi asignavimai				1,07
Specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, iš viso	1 811,53	2 174,7	2 117,21	2 078,70
Specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms	404,15	506,58	505,35	507,97
Iš jų				
Ambulatorinėms konsultacijoms	309,09	379,70	372,80	368,63
Ambulatorinėms paslaugoms, teikiamoms stacionaro sąlygomis:	95,06	126,87	128,70	138,14
Iš jų				
Dienos stacionaro paslaugoms	19,35	28,02	29,97	33,03
Dienos chirurgijos paslaugoms	62,47	81,23	82,06	87,25
Skubios pagalbos priėmimo skyriaus paslaugoms	9,59	10,09	8,66	8,12
Stebėjimo paslaugoms	3,65	7,53	8,01	9,74
Papildomi asignavimai			3,85	1,20
Stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, iš viso	1 265,51	1 465,96	1 416,76	1 367,78
Iš jų				
stacionarinių trumpalaikio gydymo papildomi asignavimai	1 166,27	1 344,09	1 277,92	1 233,11
	99,24	121,87	128,30	134,67
			10,54	
Brangių tyrimų ir procedūrų, iš viso	141,87	202,16	195,10	202,95
Iš jų				
suteiktų ambulatorinėmis sąlygomis	77,76	99,64	97,26	96,75
suteiktų stacionaro sąlygomis	64,11	102,52	97,84	106,20

* išankstiniai duomenys

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
5 priedas**

**PSDF biudžeto lėšų paskirstymo pagal ortopedijos techninių priemonių poklasius
2007–2010 m. duomenys (Lt)**

Ortopedijos techninių priemonių poklasiai	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Rankų protezinės sistemos	414 980	400 839	3 21 294	478 760
Kojos protezinės sistemos	6 495 134	6 467 243	5 437 654	8 395 157
Protezai (kiti, ne galūnių)	805 612	641 188	664 623	654 201
Viršutinių galūnių įtvarinės sistemos	2 708 179	3 756 825	3 373 521	2 145 319
Apatinės galūnės įtvarinės sistemos	15 199 773	19 129 717	2 0956 849	16 632 614
Stuburo įtvarinės sistemos	5 386 411	6 873 587	7 508 767	6 042 160
Kraujotakos sistemos gydomosios priemonės	15 421	6 387	8 478	7 057
Dėvimos apsauginės priemonės	3 298	2 422	1 088	254
Ortopedinė avalynė	3 302 608	3 230 204	3 849 664	4 004 477
Pagalbinės pilvo išvaržų gydymo priemonės	32 583	41 589	67 060	53 000
Iš viso	34 363 999	40 550 001	42 188 998	38 412 999

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
6 priedas**

Kompensacijos laukimo eilė pagal mėnesius ir ortopedijos techninių priemonių poklasius

OTP poklasiai	2007-05-01	2008-01-01	2009-01-01	2010-01-01	2011-01-01
Rankų protezinės sistemos	6	9	11	19	11
Kojos protezinės sistemos	6	9	13	22	13
Protezai (kiti, ne galūnių)	2	5	21	32	30
Viršutinių galūnių įtvarinės sistemos	11	19	14	13	17
Apatinės galūnės įtvarinės sistemos	8	16	22	21	25
Stuburo įtvarinės sistemos	8	16	22	22	24
Kraujotakos sistemos gydomosios priemonės	0	0	13	19	17
Dėvimos apsauginės priemonės	3	4	2	0	0
Ortopedinė avalynė	3	7	26	35	30
Pagalbinės pilvo išvaržų gydymo priemonės	7	16	42	21	13
Bendra kompensacijos eilė	7	14	20	22	22

Šaltinis – Valstybinė ligonių kasa

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
7 priedas**

**Kai kurių mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2007–2009 m.
(„Sveidros“ duomenys)**

Paslaugos	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros	460 862	448 411	416 721
II lygio ambulatorinės	500 172	479 330	440 846
III lygio ambulatorinės	38 238	39 938	38 665
Dienos stacionaro	171	320	501
Dienos chirurgijos	2 344	2 517	2 450
Stacionarinio gydymo	927	803	599
Trumpalaikio gydymo	774	821	601
Brangieji tyrimai ir procedūros ambulatorinėmis sąlygomis	7 353	6 679	6 862

Šaltinis –teritorinių ligonių kasų duomenys

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
8 priedas**

Europos Sąjungos valstybių išlaidų sveikatos priežiūrai (proc.) pasiskirstymas pagal lėšų šaltinius (1996 ir 2005 m. duomenų palyginimas)

	Mokesčių dalis (valstybės biudžeto)		Socialinio / sveikatos draudimo dalis		Privataus draudimo dalis			Pacientų mokėjimų dalis		Kita	
	1996	2005	1996	2005	1996	2005	2006*	1996	2005	1996	2005
Airija	70,5	79,9	0,9	0,6	9,2	6,4	8,4	14,6	13,0	4,8	0,0
Austrija	30,4	29,7	40,0	48,0	9,0	8,2	5,3	16,8	16,4	3,8	0,3
Belgija	17,8	6,4	60,5	64,5	1,8	3,5	5,4	18,4	24,2	1,5	1,4
Čekija	11,2	8,3	79,5	80,8	0,0	0,2	0,2	9,3	10,4	0,0	0,3
Danija	82,4	82,3	0,0	0,0	1,4	1,5	1,5	16,2	14,4	0,0	1,7
Estija	12,8	6,0	75,6	70,9	0,0	0,1	1,1	11,5	20,7	0,1	2,3
Suomija	61,9	61,1	13,9	16,5	2,4	2,3	2,1	20,3	18,0	1,5	2,0
Jungtinė Karalystė	82,9	87,1	0,0	0,0	3,3	1,0	1,0	11,0	11,9	2,8	0,0
Vokietija	12,9	10,5	68,2	66,7	7,5	9,1	9,3	9,5	13,8	0,8	0,0
Latvija	26,8	9,2	31,0	43,4	0,7	0,8	1,0	41,5	46,6	0,0	0,0
Lietuva	56,9	9,2	13,4	58,1	0,0	0,4	0,4	26,9	32,2	3,4	0,1
Lenkija	73,4	12,9	0,0	56,9	0,0	0,6	0,6	26,6	29,5	0,0	0,0
Vengrija	14,2	10,3	66,7	62,4	0,0	0,9	1,2	18,2	25,4	0,9	0,9
Portugalija	63,5	71,9	4,0	0,8	1,3	3,8	2,0	21,8	23,3	9,4	1,3
Prancūzija	2,4	3,4	73,7	75,7	12,4	12,8	12,8	10,5	7,4	1,0	0,8
Slovakija	2,8	7,4	85,9	65,0	0,0	0,0	0,0	8,3	20,2	3,0	7,3
Slovėnija	10,2	6,5	67,6	68,8	12,3	12,7	13,1	9,9	9,7	0,0	2,3
Švedija	86,9	64,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	13,1	13,9	0,0	0,9

Šaltinis - *Financing health care in the European Union, Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos, World Health Organization 2009;*

* 2006 m. duomenys palyginimui pateikti iš Papildomo savanoriškojo sveikatos draudimo analizės, atliktos UAB „Sveikatos ekonomikos centras“.

**Valstybinio audito ataskaitos
„Privalomojo sveikatos draudimo sistema“
9 priedas**

VALSTYBINIO AUDITO „PRIVALOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS“ REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

1 lentelė. Rekomendacijos Lietuvos Respublikos Vyriausybei

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimas Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
Siekiant taupiai ir racionaliai naudoti valstybės ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetų lėšas				
1.	Parengti ir įgyvendinti priemonės, užtikrinančias įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis mokėjimą į PSDF biudžetą pagal faktinį, o ne pagal suplanuotą šių asmenų skaičių	Lietuvos Respublikos Vyriausybė	<p>Prašome:</p> <p>a) kai rekomendacija bus įgyvendinta nurodyti rekomendacijos įgyvendinimo priemones;</p> <p>b) kai rekomendacija atmetama pateikti komentarus / nurodyti priežastis.</p> <p>1. Sudaryti tarpinstitucinę darbo grupę, kuri apsvarstytų, įvertintų ir pateiktų argumentuotą išvadą dėl galimybės įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis mokėti į PSDF biudžetą pagal faktinį, o ne pagal suplanuotą šių asmenų skaičių. Esant teigiamai išvadai, parengti priemonių planą šiai galimybei įgyvendinti.</p> <p>2. Privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų apskaitos tikslumui turi įtakos gaunamų duomenų apie laikomus apdraustais privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis asmenis kokybė. Siekiant tiksliau nustatyti valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų skaičių, siūloma įpareigoti:</p> <p>a) Lietuvos darbo biržą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • užtikrinti, kad bedarbių registravimo duomenys būtų sutikrinami su duomenimis, esančiais kituose valstybės registruose – Gyventojų registre, Adresų registre ir pan. Bedarbio registravimą vykdyti tik tuomet, jei sutikrinimas nenustatė klaidų ar sutikrinimo metu klaidų nerandama; • užtikrinti, kad teritorinėse darbo biržose nebūtų registruojami 	<p>2011 m. III ketvirtis</p> <p>2012 m. IV ketvirtis</p>

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimas Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
			<p>Prašome:</p> <p>a) kai rekomendacija bus įgyvendinta nurodyti rekomendacijos įgyvendinimo priemones;</p> <p>b) kai rekomendacija atmetama pateikti komentarus / nurodyti priežastis.</p> <p>bedarbiais asmenys, kurie išvyko iš Lietuvos ir apie gyvenamosios vietos pakeitimą deklaravo teisės aktų nustatyta tvarka;</p> <ul style="list-style-type: none"> • užtikrinti savalaikį bei tinkamą reikiamų duomenų teikimą VLK; <p>b) Socialinės apsaugos ir darbo ministeriją:</p> <ul style="list-style-type: none"> • įpareigoti Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą teikti reikiamus duomenis VLK; • įsteigti informacinę sistemą, kuri rinktų ir galėtų centralizuotai perduoti reikiamus duomenis VLK apie asmenis, gaunančius socialinę paramą; <p>c) Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centrą teikti reikiamus duomenis VLK;</p> <p>d) Švietimo ir mokslo ministeriją – registro formoje tvarkyti (kaupiti, teikti) informaciją apie studijuojančius Europos Sąjungos valstybių narių aukštųjų mokyklų asmenis;</p> <p>e) Migracijos departamentą prie Vidaus reikalų ministerijos teikti reikiamus duomenis VLK apie asmenis, turinčius pabėgėlio statusą</p>	
2.	Patikslinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarką, numatant rezervo lėšų skyrimo kriterijus ir skiriamų lėšų apskaičiavimo tvarką	Lietuvos Respublikos Vyriausybė	<p>3. Parengti naują valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičiaus nustatymo ir prognozavimo tvarkos aprašą</p> <p>Parengti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 3 d. nutarimo Nr. 798 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo projektą</p>	2012 m. IV ketvirtis

2 lentelė. Rekomendacijos Sveikatos apsaugos ministerijai

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimas Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
Siekiant efektyviau valdyti ir vykdyti privalomąjį sveikatos draudimą				
1.	Reglamentuoti Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos rengimą ir jos įgyvendinimo stebėseną	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	Parengti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) strateginio veiklos plano (Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos) rengimo ir įgyvendinimo stebėsenos tvarkos aprašą	2011 m. III ketvirtis
2.	Peržiūrėti ir patikslinti prie pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų prirašytų draudžiamųjų, už kurių pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, skaičiaus tikslinimo tvarką	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	Patikslinti prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų prirašytų gyventojų skaičiaus tikslinimo tvarką	2011 m. IV ketvirtis
3.	Tobulinti teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarką, sutarčių sudarymo sąlygose palaiptiui įrašyti kokybinius reikalavimus asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklai	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	Įvykdžius Valstybinio audito ataskaitos „Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas“ Rekomendacijų įgyvendinimo plano priemonę „Parengti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kiekybinius ir kokybinius vertinimo rodiklius“ (įvykdymo terminas 2012 m. IV ketvirtis), tikslinti Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą, papildant jį asmens sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo rodikliais	2013 m. III ketvirtis

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimas Veiksmas / Priemonės / Komentarai Prašome: a) kai rekomendacija bus įgyvendinta nurodyti rekomendacijos įgyvendinimo priemones; b) kai rekomendacija atmetama pateikti komentarus / nurodyti priežastis	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
4.	Parengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų apskaičiavimo metodiką, numatant jos taikymą	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	Parengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų apskaičiavimo metodiką, pritaikant ją nustatyti DRG grupių kainas, kuriomis nuo 2012 metų būtų kompensuojamos aktyvaus stacionarinio gydymo paslaugos	2011 m. IV ketvirtis
5.	Peržiūrėti teisės aktus, reglamentuojančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, teikimą ir tiksliau išdėstyti nuostatas dėl šių paslaugų apmokėjimo tvarkos, sąlygų ir apmokamos paslaugos apimtys	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	1. Parengti teisės akto - sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. V-112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo)“ pakeitimą, leidžiantį stacionare besigydantiems pacientams išrašyti ambulatoriniam gydymui skirtus vaistus. 2. Parengti teisės aktą - valstybės lėšomis apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų kainyną. 3. Įdiegti pacientų informavimo sistemą, kuri leistų kiekvienam pacientui suteikus atitinkamas stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas, pateikti informaciją apie valstybės lėšomis apmokėtų paslaugų kainą.	2011 m. I ketvirtis 2011 m. IV ketvirtis 2012 m. III ketvirtis
6.	Reglamentuoti duomenų apie suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias tiesiogiai moka jų gavėjai, apskaitą	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	Patobulinti sveikatos priežiūros paslaugų apskaitą reglamentuojančius teisės aktus, numatant detalią visų šaltinių, iš kurių apmokamos šios paslaugos, įskaitant tiesioginius jų gavėjus, apskaitą ir jos pagrindus – ataskaitos išdavimą paslaugų gavėjams.	2012 m. II ketvirtis
7.	Parengti ir patvirtinti ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymo metodiką.	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	1. Parengti ortopedijos technikos priemonių (toliau – OTP) bazinių kainų nustatymo metodiką 2. Patvirtinus metodiką, sekančiame etape atlikti OTP bazinių kainų perskaičiavimą	2011 m. IV ketvirtis

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimas Veiksmas / Priemonės / Komentarai Prašome: a) kai rekomendacija bus įgyvendinta nurodyti rekomendacijos įgyvendinimo priemones; b) kai rekomendacija atmetama pateikti komentarus / nurodyti priežastis	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
8.	Organizuojant ortopedijos techninių priemonių kompensavimą spręsti klausimą dėl procedūrų, leidžiančių pasinaudoti konkurencijos teikiama nauda (viešojo pirkimo procedūra ar pan.), taikymo	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	Sudaryti tarpžinybinę darbo grupę ir parengti išvadas	2011 m. IV ketvirtis
9.	Parengti ir įgyvendinti kompensacijos už pagamintas ir išduotas ortopedijos technines priemones laukimo eilės sumažinimo priemones	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM	1. Peržiūrėti, įvertinti ir sutrumpinti OTP indikacijų sąrašą pagal kurį taikoma kompensacija 2. Peržiūrėti ir pakeisti OTP priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo periodiškumą	2011 m. IV ketvirtis

Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais:

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorius

Algis Sasnauskas

Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos politikos ir ekonomikos departamento
Sveikatos draudimo skyriaus vedėja

Laima Vaičiulienė