



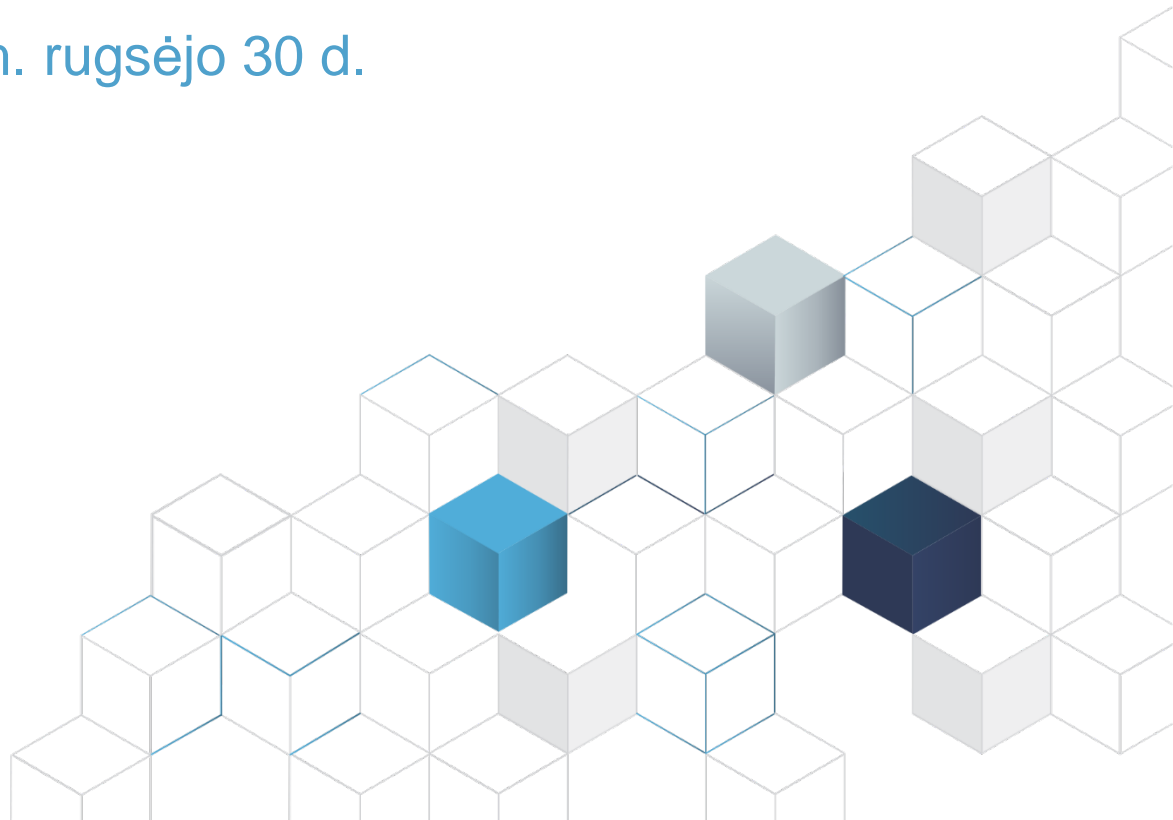
AUKŠČIAUSIOJI  
AUDITO INSTITUCIJA  
NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽĪSTAMI

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO  
FONDO 2018 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ  
FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO  
ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI  
LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR  
DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO  
VERTINIMAS

2019 m. rugsėjo 30 d.

Nr. FA-7



---

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

Auditą atliko: Laura Grigonytė (grupės vadovė), Danguolė Bučelienė, Danutė Sidabraitė, Lina Marcinkėnienė, Rasa Mikučiauskienė.

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

---

# TURINYS

PAGRINDINIAI FAKTAI	4
SANTRAUKA	5
ĮŽANGA	9
AUDITO REZULTATAI	11
1. KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIUOSE REIKŠMINGŲ IŠKRAIPYMŲ AR SUDARYMO NEATITIKIMŲ NENUSTATYTA	11
2. VALSTYBĖS KURIAMAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO SISTEMAI STINGA NUOSEKLUMO	11
2.1. Penkių teritorinių ligonių kasų veikla neužtikrina vienodų sąlygų nei gyventojams, nei gydymo įstaigoms	12
2.1.1. Nesant vienodo reglamentavimo dalis lėšų skirstoma skirtingai	13
2.1.2. Nustatytų tvarkų ne visuomet laikomasi	15
2.1.3. Teisės aktai neaiškūs ir skirtingai taikomi	16
2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervą turime tik metų pabaigoje	20
2.3. Tobulintinas savivaldybių finansuojamas sveikatos priežiūros paslaugų administravimas	21
REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS	23
PRIEDAI	24
1 priedas. Santrumpos ir sąvokos	24
2 priedas. Audito apimtis ir metodai	26

# PAGRINDINIAI FAKTAI

**1,82 mlrd. Eur**

– Privalomojo sveikatos draudimo fondo gautų įplaukų (pajamų) suma.

**1,76 mlrd. Eur**

– Privalomojo sveikatos draudimo fondo patirtų išlaidų suma.

**1 447,43 mln. Eur**

paskirstyta gydymo įstaigoms.

**1 494 sutartis**

sudarė 5 teritorinės ligonių kasos su 893 gydymo įstaigomis, iš jų 200 įstaigų sutartis sudarė su daugiau nei viena teritorine ligonių kasa.

**192 gydymo įstaigoms**

(mažiausiai) lėšų suma apskaičiuota nukrypstant nuo reglamentuojančių tvarkų: 60-iai apskaičiuota mažesnė, 132-iem – didesnė lėšų suma.

**250,51 mln. Eur**

lėšų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išrašyti gydymo įstaigoms sutartimis paskirstyta ne pagal ministro, o pagal teritorinės ligonių kasos nusistatytą tvarką.

**26,46 mln. Eur**

(iš 145,28 mln. Eur) galime laikyti fiskaliniu rezervu.

# SANTRAUKA

## Audito tikslas ir apimtis

Vadovaudamiesi Valstybės kontrolės įstatymu<sup>1</sup> ir Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu<sup>2</sup>, atlikome Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2018 metų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo ir lėšų bei turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimo auditą.

Auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus, tarptautinius audito standartus ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus. Audito ataskaitoje pateikiami tik audito metu atlikti ir nustatyti dalykai, o nepriklausoma nuomonė dėl konsoliduotųjų finansinių ataskaitų rinkinio, konsoliduotųjų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio pareiškia audito išvadoje. Audito apimtis ir taikyti metodai išsamiau aprašyti 2 priede „Audito apimtis ir metodai“ (26–29 puslapiai).

## Pagrindiniai audito rezultatai

### 1. 2018 m. konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniuose reikšmingų iškraipymų ar sudarymo neatitikimų nenustatyta

Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2018 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenys visais reikšmingais atžvilgiais parengti ir pateikti pagal jiems keliamus reikalavimus ir parodo tikrą ir teisingą vaizdą (1 skyrius, 11 puslapis).

### 2. Valstybės sveikatos priežiūros finansavimui sutarčių su gydymo įstaigomis srityje stinga nuoseklumo

#### Penkių teritorinių ligonių kasų veikla neužtikrina vienodų sąlygų nei gyventojams, nei gydymo įstaigoms

Gyventojas gydymo paslaugas, už kurias sumokama fondo lėšomis, gali gauti ne bet kurioje jo pasirinktoje gydymo įstaigoje, t. y. tas pačias paslaugas vienoje įstaigoje gauti, kitoje – jų negauti (arba susimokėti už jas). Gydymo įstaiga, turinti sutartis su visomis teritorinėmis ligonių kasomis, fondo lėšomis apmokamas paslaugas gali teikti visiems gyventojams, įstaiga, pasirašiusi sutartį su viena teritorine ligonių kasa, – tik tos teritorijos gyventojams.

Gydymo įstaigoms, siekiančioms fondo lėšomis apmokamas paslaugas teikti visiems gyventojams, neužtenka vienos sutarties su ligonių kasa. Jos turi sudaryti penkias sutartis su visomis teritorinėmis ligonių kasomis. Taip būdu didinamos tiek fondo, tiek gydymo įstaigų administravimo sąnaudos. Teritorinės ligonių kasos dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo 2018 m. pradžioje sudarė 1 494 sutartis su 893 gydymo įstaigomis, iš jų 200 gydymo įstaigų sudarė sutartis su daugiau nei viena teritorine ligonių kasa.

<sup>1</sup> Valstybės kontrolės įstatymas, 9 str. 1 d. 5 p.

<sup>2</sup> Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 30 str.

Gydymo įstaigos turi nevienodas konkurencines sąlygas ir už tą pačią suteiktą paslaugą iš skirtingų teritorinių ligonių kasų gali gauti skirtingą fondo lėšų sumą. Tuo pačiu gyventojas, priklausomai nuo to, kuriai teritorinės ligonių kasos zonos priklauso, turi didesnes ar mažesnes galimybes gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas nei kitai zonai priklausantis gyventojas, nors įmokas moka vienodomis sąlygomis. Penkios teritorinės ligonių kasos dėl ministro nenustatytų tvarkų (vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms), skirtingai taikytų neaiškių, netikslių tvarkų nuostatų (apmokant už slaugos, ambulatorines, stacionarines paslaugas, įskaitant derybų procesą) ar dėl jų nesilaikymo (apmokant už slaugos, stacionarines, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas), sudarydamos sutartis su gydymo įstaigomis, veikia pagal skirtingus principus. Pavyzdžiui: keturios teritorinės ligonių kasos 132 gydymo įstaigoms apskaičiavo 1 078,89 tūkst. Eur didesnes, o 60 gydymo įstaigų – 1 815,09 tūkst. Eur mažesnes sumas, skirtas apmokėti už stacionarines paslaugas; gydymo įstaigos slaugos paslaugoms teikti gali gauti daugiau ar mažiau lėšų, nes teritorinės ligonių kasos tokias lėšas įstaigoms paskirstė pritaikiusios skirtingus rodiklius.

Taigi, šio audito metu nustatyti atskirų teritorinių ligonių kasų sutarčių sudarymo su gydymo įstaigomis skirtumai rodo poreikį optimizuoti fondą administruojančią struktūrą, kad visi šalies gyventojai turėtų vienodas galimybes gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o gydymo įstaigos veiktų vienodomis sąlygomis.

Jau praeito audito metu teikėme pastebėjimus, kad dėl fondą administruojančių institucijų, t. y. teritorinių ligonių kasų, išskirstymo į atskirus juridinius asmenis patiriama pridėtinės vertės nesukuriančių nereikalingų fondo administravimo sąnaudų, todėl siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą, rekomendavome sujungti šešias fondo administravimo įstaigas į vieną juridinį asmenį (2.1 poskyris, 12–17 puslapiai).

### Derybos sudarant sutartis kuria neskaidrią aplinką

Teritorinės ligonių kasos planuojamą gydymo įstaigoms skirti metinę lėšų sumą gali keisti derybų metu. Šiandieniniai ekonominiai santykiai sunkiai įsivaizduojami be derybų – bendravimo būdo, kai šalys, siekdamos skirtingų tikslų ir laikydamosi skirtingų pozicijų, bando rasti jas abi tenkinantį sprendimą. Tačiau mūsų nagrinėjamu atveju gydymo įstaigos ir ligonių kasos turi siekti bendrų tikslų: vienos – suteikti kokybiškas paslaugas, kitos – teisingai už jas apmokėti. Nustatėme, kad derybų procesas neskaidrus, nes sprendimai dėl projektinių sutarties sumų keitimo priimami nesant tvarkose nustatytų aiškių kriterijų ir motyvų. Tokiuose derybų procesuose 2018 m. dalyvavo iki 26 proc. visų gydymo įstaigų. Atsižvelgdami į tai, manome, kad aplinkybės, lemiančios sutarties sumą, turėtų būti įvertintos iki sutarties projekto pateikimo gydymo įstaigai, o derybos galėtų vykti tik esant ypatingoms, išskirtinėms aplinkybėms (2.1.3 skirsnis, 18–19 puslapiai).

## 3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervą turime tik metų pabaigoje

Fondo rezerve 2018 m. gruodžio 31 d. buvo sukaupta 145,28 mln. Eur, iš jų 26,46 mln. Eur pagrindinė ir 118,82 mln. Eur – rizikos valdymo dalys. Pagrindinė dalis skirta išlaidoms, susidarius išskirtinėms sąlygoms, ir naudojama Vyriausybės pritarimu, o rizikos valdymo lėšų dalis naudojama ministro sprendimu privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti, pajamoms ir išlaidoms subalansuoti, pajamų trūkumui padengti. 2018 metais iš rezervo rizikos valdymo dalies buvo panaudota 80,00 mln. Eur einamosioms

išlaidoms padengti. Tiek teisės aktais apibrėžtos rezervo rizikos valdymo dalies naudojimo aplinkybės, tiek faktas, kad jis naudojamas net ir ekonomikos augimo laikotarpiu, patvirtina mūsų praėjusio audito<sup>3</sup> metu išsakytą nuomonę, kad fiskaliniu, tvariu rezervu galime laikyti tik pagrindinę rezervo dalį – 26,46 mln. Eur. Pažymime, kad ši rezervo dalis nėra kaupiama, o jos dydis, planuojant mažesnes fondo pajamas, mažės.

Teisės aktai nurodo rezervo lėšas į fondo rezervo sąskaitą pervesti iki einamųjų biudžetinių metų pabaigos, t. y. nenustato reikalavimų dėl rezervo dalių formavimo ištisus metus. Daugiau nei pusę metų rezervo sąskaitoje lėšų nebuvo. Mūsų nuomone, teisės aktai turi nustatyti labai aiškius rezervo saugojimo reikalavimus, kurie užtikrintų tokių lėšų naudojimą įstatymu nustatytais aplinkybėmis (2.2 poskyris, 20 puslapis).

#### 4. Tobulintinas savivaldybių finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų administravimas

Valstybinė ligonių kasa ir jai pavaldžios teritorinės ligonių kasos yra iš fondo biudžeto lėšų išlaikomos įstaigos, įgyvendinančios joms pavestas funkcijas vykdant fondo biudžetą, tačiau Vilniaus teritorinė ligonių kasa administruoja ir vienos savivaldybės biudžeto lėšas, skirtas dantų protezavimo paslaugoms teikti. Papildomų pajamų šioms paslaugoms teikti fondo biudžetas negavo ir paslaugų savivaldybės gyventojams administravimo kaštai buvo padengti iš fondo biudžeto lėšų.

Aukščiausioji audito institucija teigiamai vertina savivaldybių prisidėjimą prie sveikatos priežiūros finansavimo, tačiau mato poreikį šį procesą tobulinti. Savivaldybės skiriamų lėšų paskirstymas ne visoms, o tik daliai gydymo įstaigų, galinčių teikti finansuojamas paslaugas, kelia riziką, kad savivaldybės biudžeto lėšos gali būti paskirstytos neskaidriai ir neužtikrinta tinkama konkurencinė aplinka. Be to, vartotojams neteikiama apibendrinta informacija, kiek mokesčių mokėtojų lėšų skiriama sveikatos apsaugai, kai už tas pačias paslaugas apmokama iš įvairių finansavimo šaltinių ir skirtingais būdais. Taigi, reikia tobulinti teisinį reglamentavimą, kad būtų užtikrintas skaidrus, vienodais principais grįstas tokių paslaugų teikimas ir finansavimas (2.3 poskyris, 21–22 puslapiai).

## Rekomendacijos

### Sveikatos apsaugos ministerijai

1. Siekiant, kad gydymo įstaigos veiktų vienodoje konkurencinėje aplinkoje, ir siekiant mažinti administracinę naštą, centralizuoti sutarčių su gydymo įstaigomis sudarymo procesą (2-asis pagrindinis audito rezultatas).
2. Siekiant užtikrinti, kad fondo biudžeto lėšos, skirtos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, būtų planuojamos pagal vienodus principus ir skaidriai paskirstomos gydymo įstaigoms, tobulinti teisinį reglamentavimą (neskirstomų lėšų dydžio, lovos funkcionalumo rodiklio taikymo, lėšų nurodymo sutartyse ir pan., įskaitant lėšų skyrimą vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išrašyti bei derybų procesą) (2-asis pagrindinis audito rezultatas).

<sup>3</sup> 2018-10-01 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-2018-P-60-3-4-1 „2017 metų nacionalinio finansinių ataskaitų rinkinio ir valstybės skolos duomenų ir jos valdymo vertinimas“.

3. Siekiant užtikrinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervo kaupimą, teisės aktuose nustatyti aiškius rezervo saugojimo reikalavimus (3-iasis pagrindinis audito rezultatas).
4. Tobulinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų fondo lėšomis ir papildomai savivaldybių lėšomis, teikimo teisinį reglamentavimą, kad būtų užtikrintas skaidrus, vienodais principais grįstas tokių paslaugų teikimas ir finansavimas (4-asis pagrindinis audito rezultatas).

Rekomendacijų įgyvendinimo priemonės ir terminai pateikti ataskaitos dalyje „Rekomendacijų įgyvendinimo planas“ (23 puslapis).

Siekiant pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos, periodiškai perskaičiuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, optimizuoti fondo veiklą, išgryninti įmokų į fondą paskirtį ir aiškiai nustatyti garantuojamų paslaugų, apmokamų fondų lėšomis, apimtį, svarbu įgyvendinti ankstesnių auditų metu teiktas rekomendacijas (fondo valstybinio audito ataskaitos: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1; 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1):

1. Įgyvendinus ankstesnių auditų metu teiktas rekomendacijas ir žinant aiškias fondo finansines galimybes, pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, kuri būtų periodiškai perskaičiuojama pagal nustatytus kriterijus.
2. Užtikrinti, kad visos apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas dalys atitiktų įstatymo nuostatas.
3. Reglamentuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimą ir išbraukimą iš kompensuojamųjų fondo lėšomis pagal įstatymais patvirtintus kriterijus, atsižvelgiant į paslaugų teikimo kainas ir objektyviai įvertintas fondo galimybes. Nustatyti kompensuojamųjų paslaugų sąrašo atnaujinimo ir peržiūrėjimo periodiškumą.
4. Siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą, sujungti šiuo metu veikiančias fondo administravimo šešias įstaigas į vieną juridinį asmenį.
5. Tobulinti teisinį reglamentavimą nustatant aiškią (sveikatos draudimo įmokų) apmokamų asmens sveikatos paslaugų apimtį ir numatyti, kad sveikatos draudimo įmokomis apmokamos tik tos išlaidos, kurios atitinka draudimo tikslą bei nėra dengtinės valstybės lėšomis.
6. Inicijuoti diskusiją su institucijomis, atsakingomis už socialinės paramos politiką, siekiant įvertinti socialiai jautrioms grupėms teikiamų didesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, jo atitiktį socialinės paramos turiniui ir inicijuoti teisinio reglamentavimo pakeitimus, kad tokia socialinė parama būtų finansuojama kitomis nei privalomojo sveikatos draudimo įmokos lėšomis.



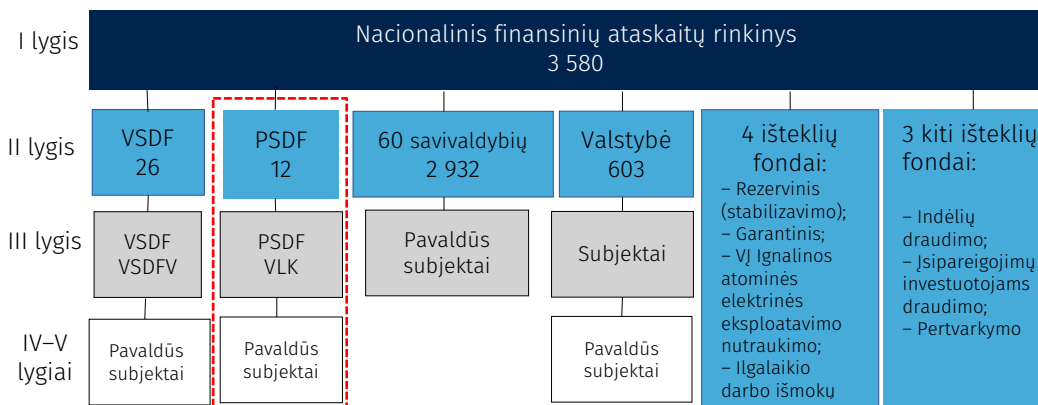
# JŽANGA

Valstybės kontrolė<sup>4</sup> kasmet atlieka Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio auditą ir teikia Seimui audito išvadą ir ataskaitą.

Privalomojo sveikatos draudimo fondą administruoja ir metinį ataskaitų rinkinį rengia Valstybinė ligonių kasa kartu su jai pavaldžiomis penkiomis teritorinėmis ligonių kasomis. Vadovaujantis Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu<sup>5</sup>, šio fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys – jo administravimo įstaigų, fondo ir jo administravimo įstaigų kontroliuojamų viešojo sektoriaus subjektų finansinių ataskaitų rinkinys, parengtas kaip vieno viešojo sektoriaus subjekto finansinių ataskaitų rinkinys, ir fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys, kuriame pateikiami fondo biudžeto vykdymo duomenys.

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

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



Šaltinis – Valstybės kontrolė

Fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys ne vėliau kaip iki kitų metų spalio 1 dienos teikiamas Vyriausybei, kuri, pritarusi ataskaitų rinkiniui, teikia jį Seimui ne vėliau kaip iki spalio 10 dienos. Valstybės kontrolė ne vėliau kaip iki spalio 1 d. Vyriausybei ir ne vėliau kaip iki spalio 10 d. Seimui pateikia valstybinio audito išvadą ir audito ataskaitas dėl audituotų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių<sup>6</sup>.

Privalomasis sveikatos draudimas yra valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, garantuojanti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir suteiktų paslaugų išlaidų apmokėjimą, medicinos priemonių (prietaisų), būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos bei vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimą privalomuoju sveikatos draudimu

<sup>4</sup> Valstybės kontrolės įstatymas, 9 str.

<sup>5</sup> Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2 str. 14 d.

<sup>6</sup> Ten pat, 30 str. 3 d., 32 str. 6 ir 7 d., redakcija, galiojanti nuo 2018-07-01.

draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudžiamajam įvykiui<sup>7</sup>. Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas, į valstybės ir savivaldybių biudžetus neįtrauktas PSDF biudžetas, kasmet tvirtinamas biudžeto rodiklių įstatymu. 2018 metams patvirtintos fondo įplaukos (pajamos) ir išlaidos sudaro po 1,76 mlrd. Eur.

Fondo lėšomis apmokamos apdraustiems asmenims suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, kompensuojama už įsigytus vaistus ir medicinos pagalbos priemones, medicinos priemonių (prietaisų), būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomą, apmokamos medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos. Pagrindinę fondo įplaukų (pajamų) dalį sudaro įmokos, kurias moka apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu, ir valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.

---

<sup>7</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 2 str. 5 d.

# AUDITO REZULTATAI

## 1. KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIUOSE REIŠMINGŲ IŠKRAIPYMŲ AR SUDARYMO NEATITIKIMŲ NENUSTATYTA

1. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2018 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių pateiktos besąlyginės nuomonės, t. y. rinkiniuose reišmingų duomenų iškraipymų ar sudarymo neatitikimų nenustatyta.

## 2. VALSTYBĖS KURIAMAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO SISTEMAI STINGA NUOSEKLUMO

2. Sveikatos priežiūros paslaugų kainas reguliuoja valstybė<sup>8</sup>. Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms teisės aktais pavesta kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kiekį ir kokybę<sup>9</sup>. Šių paslaugų apimtį, įkainio apskaičiavimo tvarką ir patį įkainį nustatyti pavesta<sup>10</sup> Sveikatos apsaugos ministerijai (SAM). Ankstesnio audito metu nustatėme, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina nėra pagrįsta objektyviai apskaičiuotomis jų teikimo sąnaudomis. Pasirinktas kainos apskaičiavimo metodas neskatina taikyti brangesnių, pažangesnių gydymo metodų ir, iki tapdamas gydymo įstaigų gaunama kaina, ministerijos nustatytas paslaugos įvertis – bazinė kaina balais – be įstatyminio pagrindo ir nesant metodikos koreguojamas nustatant balo įkainį eurai ir skiriant papildomus priedus. Siekiant pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos, periodiškai perskaičiuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, optimizuoti fondo veiklą, išgryninti įmokų į fondą paskirtį ir aiškiai nustatyti garantuojamų paslaugų, apmokamų fondų lėšomis, apimtį, svarbu įgyvendinti ankstesnių auditų metu teiktas rekomendacijas (fondo valstybinio audito ataskaitos: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1; 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1).
3. Apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis TLK ir ASPJ sutartimis<sup>11</sup>. 2018 m. tokiomis sutartimis gydymo įstaigoms buvo paskirstyta 83,76 proc., arba 1 477,43 mln. Eur PSDF biudžeto lėšų.

<sup>8</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 43 str. 8 p.

<sup>9</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 52 str. 1 d. 3 p.; Sveikatos draudimo įstatymas, 31 str. 1 d. 8 p., 33 str. 1 d. 6 p.

<sup>10</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 9 str. 6 d., 25 str.; Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 13 str. 1 d., Sveikatos sistemos įstatymas, 12 str. 9 d.

<sup>11</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 26 str.

4. Sutarčių sudarymo procesas reglamentuotas teisės aktais: sutartys tarp TLK ir ASPJ sudaromos SAM nustatyta tvarka<sup>12</sup>, sutarčių tipinės formos<sup>13</sup> patvirtintos Valstybinės ligonių kasos (VLK) direktoriaus įsakymu. Teisės aktuose nurodomos esminės sąlygos: gydymo įstaigos TLK teikiamų prašymų ir dokumentų sąrašas, šių dokumentų pateikimo, nagrinėjimo ir sprendimo priėmimo terminai, sutarties pasirašymo, įsigaliojimo, nutraukimo, pratęsimo, galiojimo sustabdymo ir galiojimo sustabdymo panaikinimo tvarka, sutarties šalių teisės ir pareigos, ASP paslaugų teikimo reikalavimai, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka.
5. Vyriausybės nutarimu nustatyta<sup>14</sup> ASP paslaugų išlaidas, apmokamas fondo lėšomis, apskaičiuoti atsižvelgiant į planuojamą apdraustiesiems suteikti paslaugų kiekį<sup>15</sup> pagal ASP paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, sąrašą ir bazines kainas, kuriuos tvirtina ministerija, atsižvelgdama į VLK ir PSDT nuomonę. VLK, laikydamosi rodiklių įstatymu paslaugoms patvirtintų sumų ribų, apskaičiuoja biudžeto paskirstymą pagal detalesnius išlaidų straipsnius<sup>16</sup>, nei tai patvirtinta įstatymu, ir, pritarus PSDT, VLK direktoriaus įsakymais paskirsto TLK.
6. TLK kasmet sudaro sutartis su gydymo įstaigomis dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis. TLK šias sutartis sudaro ir gydymo įstaigų pateiktas sąskaitas apmoka, neviršydamos VLK pagal atitinkamus išlaidų straipsnius joms skirtų asignavimų (lėšų) sumos<sup>17</sup>. Gydymo įstaigos, pasirašydamos sutartis, įsipareigoja<sup>18</sup> pateikti atskaitiniu laikotarpiu suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąskaitas. Sutartyje nustatytas įpareigojimas sąskaitoje (teikiamoje kas mėnesį) nurodyti mokėtiną sumą, kuri negali būti didesnė kaip 1/3 metų ketvirčiui šioms paslaugoms teikti numatytos sumos.
7. Šio audito metu tikrinome, ar TLK ir gydymo įstaigų sutartyse nurodytos lėšos, skirtos sumokėti už paslaugas, apskaičiuotos vadovaujantis patvirtintais teisės aktais, ar teisinis reglamentavimas nuoseklus ir pakankamas.

## 2.1. Penkių teritorinių ligonių kasų veikla neužtikrina vienodų sąlygų nei gyventojams, nei gydymo įstaigoms

8. Praeito audito metu<sup>19</sup> pateikėme pastebėjimus dėl pridėtinės vertės nesukuriančių fondo administravimo sąnaudų, patiriamų dėl PSDF administruojančių institucijų išskirstymo į atskirus juridinius asmenis, todėl siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą, rekomendavome sujungti šešias fondų administruojančias įstaigas į vieną juridinį asmenį.

<sup>12</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2009-12-18 įsakymas Nr. V-1051.

<sup>13</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-02-06 įsakymas Nr. 1K-23.

<sup>14</sup> Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės, 8.1 p.

<sup>15</sup> Nustatomas vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2014-02-20 įsakymu Nr. V-262.

<sup>16</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-11-28 įsakymas Nr. 1K-260.

<sup>17</sup> Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės, 15 ir 18 p.

<sup>18</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-02-06 įsakymu Nr. 1K-23 patvirtinta tvarka, 2.13.3 p.

<sup>19</sup> Ten pat.

9. Administracinę naštą tiek gydymo įstaigai, tiek fondą administruojančioms ligonių kasoms didina ir tai, kad, jeigu gydymo įstaiga nori teikti paslaugas visiems gyventojams, ji privalo pasirašyti sutartis su visomis 5-iomis TLK.

2018 m. pradžioje TLK sudarė 1 494 sutartis su 893 gydymo įstaigomis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Iš jų 200 gydymo įstaigų sutartis sudarė daugiau nei su viena TLK – iš viso tokių sutarčių buvo 801, o tai yra daugiau nei pusė visų TLK ir ASPJ sutarčių (žr. 1 lentelę).

**1 lentelė.** Gydymo įstaigų sutarčių su TLK skaičius (vnt.)

TLK skaičius	Pasirašytos sutartys					Iš viso
	su viena TLK	su dviem TLK	su trimis TLK	su keturiomis TLK	su penkiomis TLK	
Gydymo įstaigų skaičius	693*	50	13	23	114	<b>893</b>
Sutarčių skaičius	693*	100	39	92	570	<b>1 494</b>

\* iš jų 422 tik dėl pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teritorinių ligonių kasų duomenis

Gydymo įstaiga, sudariusi sutartis su visomis TLK, jose numatytas PSDF lėšomis apmokamas paslaugas gali teikti visiems gyventojams, o pasirašiusi su viena TLK<sup>20</sup> – tik tos TLK zonos gyventojams. Todėl gyventojas gydymo paslaugas, apmokamas fondo lėšomis, gali gauti ne bet kurioje jo pasirinktoje gydymo įstaigoje: tas pačias paslaugas vienoje įstaigoje gauti nemokamai, kitoje – sumokėti už jas.

10. Šio audito metu nustatyti atskirų TLK sutarčių su gydymo įstaigomis sudarymo skirtumai tais atvejais, kurių nereglamentuoja ministro patvirtintos tvarkos (žr. 2.1.1 skirsnį) arba jų nuostatos yra neaiškios, netikslios, todėl taikomos skirtingai (žr. 2.1.3 skirsnį) arba jų nesilaikant (žr. 2.1.2 skirsnį), tik patvirtina poreikį pertvarkyti egzistuojančią PSDF administravimo struktūrą, kad visi šalies gyventojai turėtų vienodas galimybes gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o gydymo įstaigos veiktų vienodomis sąlygomis.

### 2.1.1. Nesant vienodo reglamentavimo dalis lėšų skirstoma skirtingai

11. Gydymo įstaigos sutartyse su TLK įsipareigoja, išrašydamos vaistus ir MPP, neviršyti<sup>21</sup> joms numatytos skirti sumos. Ministras, vadovaudamasis įstatymu<sup>22</sup> ir siekdamas užtikrinti, kad TLK fondo biudžeto lėšas, skirtas asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, planuotų pagal vienodus principus ir jas skaidriai paskirstytų ASPJ, patvirtino atitinkamas tvarkas, tačiau tvarkos, reglamentuojančios PSDF biudžeto lėšų paskirstymą vaistų ir MPP įsigijimo išlaidoms kompensuoti, nenustatė<sup>23</sup>. Todėl lėšos gydymo įstaigoms skirstomos pagal pačių TLK direktorių patvirtintas tvarkas. Audito rezultatai parodė, kad tvarkose numatyti skirtingi lėšų, skirtų vaistų ir MPP receptams išrašyti paskirstymo principai. Sumos paskirstomos:

<sup>20</sup> Pažymėtina, kad tam įtakos turi ir Vyriausybės 2014-04-23 nutarimu Nr. 370 patvirtinti papildomi reikalavimai.

<sup>21</sup> Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-02-06 įsakymu Nr. 1K-23 patvirtintos sutarties standartinės specialiosios sąlygos, 15 p.

<sup>22</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 21 str. 1 d.

<sup>23</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2009-12-18 įsakymu Nr. V-1051 patvirtinta tvarka, 10 p.

- Panevėžio, Klaipėdos, Šiaulių TLK – proporcingai faktiškai praėjusiais metais išrašytiems vaistams ir MPP;
  - Kauno TLK – pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, atsižvelgiant į prisirašiusių gyventojų skaičių, amžiaus grupes ir gyventojų sergamumą, kitoms – atsižvelgiant į praėjusių metų faktines išlaidas;
  - Vilniaus TLK – vertinant ir naujausius, 2018 m. sausio ir vasario mėn., duomenis (tikrintu atveju nesilaikė tvarkos, nes vertino tik sausio mėn.) arba praėjusio laikotarpio faktiškai išduotų vaistų ir MPP sumą (eurais) – pagal mažesnę iš jų. Likusią sumą proporcingai pagal faktines išlaidas paskirsto ASPĮ, kurios išrašo anksčiau buvusius inovacinius vaistus. Tokiu būdu dubliuojamas lėšų skyrimas vaistams išrašyti, nes inovaciniai vaistai nuo 2017 m. sausio 1 d. įrašyti į kompensuojamųjų vaistų sąrašus.
12. Nei įstatyme<sup>24</sup>, nei jį įgyvendinančiuose teisės aktuose (ministro įsakymuose<sup>25</sup>) nėra galimybės dalies lėšų, skirtų vaistams ir MPP, ASPĮ nepaskirstyti, tačiau TLK savo tvarkose<sup>26</sup> tokias lėšas numatė. Audito rezultatai parodė, kad numatyti skirtingi neskirstomų lėšų dydžiai: Šiaulių TLK – iki 0,10 proc., Vilniaus TLK, Klaipėdos TLK, Panevėžio TLK – iki 1,50 proc., Kauno TLK – iki 7,00 proc. Taip pat numatyti ir skirtingi šių neskirstomų lėšų panaudojimo atvejai (žr. 2 lentelę).

**2 lentelė.** Nepaskirstytų lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP dydis ir naudojimo galimybės TLK

Nepaskirstytų lėšų dalis 2018 m.	Nepaskirstytų lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP naudojimo galimybės
<b>Vilniaus TLK</b> 1,50 proc. – 1 344,37 tūkst. Eur	1. Kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, priskiriamiems tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai <sup>27</sup> 2. Papildomam lėšų poreikiui patenkinti, atsižvelgiant į prisirašiusių gyventojų skaičiaus, gydytojų specialistų, ligonių skaičiaus pokyčius ar kitas pagrįstas priežastis 3. Pasikeitus teisės aktams dėl vaistų ir MPP kompensavimo ir kt.
<b>Kauno TLK</b> 7,00 proc. – 4 619,56 tūkst. Eur	1. Kompensuojamųjų vaistų kraujo krešėjimo faktoriams 2. Kitų TLK veiklos zonos ASPĮ išrašytiems vaistams ir MPP kompensuoti 3. Naujiems, įtrauktiems į kompensuojamųjų vaistų ir MPP sąrašą vaistams ir MPP arba kainų pokyčiams kompensuoti
<b>Klaipėdos TLK</b> 1,50 proc. – 607,64 tūkst. Eur	Nenumatytais atvejais vaistams ir MPP kompensuoti
<b>Šiaulių TLK</b> 0,10 proc. – 28,97 tūkst. Eur	Nenumatytais atvejais vaistams ir MPP kompensuoti
<b>Panevėžio TLK</b> 0,50 proc. – 127,07 tūkst. Eur	Naujai įsteigtoms ASPĮ ir kt.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teritorinių ligonių kasų duomenis

13. Tokiu būdu ASPĮ numatomos sumos, skirtos vaistų ir MPP receptams išrašyti, paskirstomos vadovaujantis skirtingais principais, kuriuos nusistato pačios TLK. Taigi,

<sup>24</sup> Sveikatos draudimo įstatymas.

<sup>25</sup> Pagal sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-812 patvirtintos tvarkos redakciją iki 2018-01-30 numatyta nepaskirstyti 1,5 proc. lėšų nuo visų PSDF išlaidų, nuo 2018-01-30 – tik nuo išl. str. 01. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“ išlaidų.

<sup>26</sup> Vilniaus TLK direktoriaus 2016-02-26 įsakymas Nr. 1V-93; Kauno TLK direktoriaus 2018-02-28 įsakymas Nr. 1-33; Klaipėdos TLK direktoriaus 2014-12-31 įsakymas Nr. V-362; Šiaulių TLK direktoriaus 2015-03-06 įsakymas Nr. V-24; Panevėžio TLK direktoriaus 2010-12-30 įsakymas Nr. V-139.

<sup>27</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-15 įsakymas Nr. V-957.

gydymo įstaigos, sutartimis įsipareigodamos šių sumų neviršyti išrašant vaistus ir MPP, turi nevienodas veikimo sąlygas.

## 2.1.2. Nustatytų tvarkų ne visuomet laikomasi

14. Nustatėme atvejų, kai, skirstant lėšas gydymo įstaigoms slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti, buvo nesilaikoma teisinio reglamentavimo nuostatų:
  - Vilniaus TLK nesilaikė patvirtintos tvarkos<sup>28</sup>, numatančios lovos funkcionalumui taikyti 330 dienas ir nepaskirstytas lėšas skirti kitų rūšių slaugos paslaugoms, teikiamoms šios savivaldybės gydymo įstaigų, arba kitų tos pačios TLK veiklos zonos savivaldybių gydymo įstaigų teikiamoms visų rūšių slaugos paslaugoms. Paskaičiavusi pagal tvarkas skirstomas sumas, ji turėjo 1 491 tūkst. Eur nepaskirstytą likutį, kurį papildomai paskirstė proporcingai visoms ASPJ, taikydama didesnę – 365 dienų – lovos funkcionalumo limitą.
  - Šiaulių TLK priėmė sprendimą 125,43 tūkst. Eur mažinti pagal tvarką apskaičiuotas sumas toms gydymo įstaigoms, kurioms jos didėja, palyginus su 2017 metų sutartinėmis sumomis, įvertinus balo pokytį.
15. Ne visos TLK vadovavosi patvirtinta tvarka<sup>29</sup> ir skirstydamos lėšas stacionariųjų paslaugų išlaidoms apmokėti. Vienos jų skaičiavo nesilaikydamos tvarkos nuostatų, kitos – pagal būsimą tvarką, kurią ministras pakeitė tik 2018-12-11<sup>30</sup>, todėl principai, pagal kuriuos sumos buvo apskaičiuotos ir atitinkamai paskirstytos gydymo įstaigoms, skiriasi. Dėl nenuoseklaus taisyklėse įtvirtintų nuostatų taikymo ar taikymo kita tvarka, nei patvirtinta, keturios teritorinės ligonių kasos 132 ASPJ apskaičiavo 1 078,89 tūkst. Eur didesnes, o 60 gydymo įstaigų – 1 815,09 tūkst. Eur mažesnes sumas. Pažymėtina, kad Panevėžio TLK nesivadovavo patvirtinta tvarka ir skirstydama lėšas ASPJ savo iniciatyva vertino jose teiktų stacionariųjų paslaugų balo vertę, t. y. sumažino pagal tvarkas apskaičiuotą sumą toms ASPJ, kurių balo vertė siekė daugiau nei 1,10 Eur, padidino toms, kurių balo vertė nesiekė 1,10 Eur.
16. TLK numatyta galimybė gydymo įstaigoms nepaskirstyti iki 1,50 proc.<sup>31</sup> VLK direktoriaus įsakymu teritorinei ligonių kasai skiriamos metinės lėšų sumos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti ir jas naudoti atskirai tvarkoje įvardytais atvejais. Visos TLK, išskyrus Vilniaus TLK, taikė minimą teisinio reglamentavimo nuostatą. Vilniaus TLK į sutartis neįtraukė stacionariūms įstaigoms apskaičiuotų 53,82 tūkst. Eur, skirtų reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų siuntimams III reabilitacijos etapui<sup>32</sup>. Taigi Vilniaus TLK turėjo 1,84 proc. nepaskirstytų reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skirtų lėšų sumą, t. y. 0,34 proc. punktais didesnę už tvarkoje nustatytą 1,50 proc. ribą.

<sup>28</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymu Nr. V-1020 patvirtintas aprašas, 15, 16 p.

<sup>29</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymas Nr. V-1011.

<sup>30</sup> Vilniaus TLK, skaičiuodama pagal naują tvarką, TLK numatomą sumą tokioms paslaugoms teikti paskirstė proporcingai gydymo įstaigoms imdama mažesnes skirstomas sumas, nei tai numatyta naujoje tvarkoje.

<sup>31</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymu Nr. V-1019 patvirtinta tvarka, 6 p.

<sup>32</sup> Ten pat, 6.1.2.p.; sveikatos apsaugos ministro 2008-01-17 įsakymu Nr. V-50 patvirtinta tvarka, 7 p.

### 2.1.3. Teisės aktai neaiškūs ir skirtingai taikomi

17. Skirstant lėšas gydymo įstaigoms stacionariųjų paliatyvosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti, teisinis reglamentavimas nenustato <sup>33</sup>, kojį lovos funkcionalumo rodiklį taikyti. Audito metu nustatėme, kad Kauno TLK, Panevėžio TLK vadovavosi kitoms paslaugoms – slaugos ir palaikomojo gydymo – nustatytu rodikliu ir taikė 330 dienų funkcionalumą, kitos TLK (Vilniaus TLK, Šiaulių TLK, Klaipėdos TLK) – 365 dienų funkcionalumą. Tokiu būdu gydymo įstaigos pasirašė sutartis dėl mažesnės ar didesnės sumos.
18. Pagal galiojančius teisės aktus TLK taip pat paliekama teisė priimti sprendimą, kaip skirstyti lėšas ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms teikti. Šiuo atveju teisinis reglamentavimas leidžia TLK neskirstyti visos numatomos lėšų sumos, o dalį jos (iki 1,50 proc.)<sup>34</sup> palikti kaip rezervą. Savo turiniu tai papildoma TLK suma, kuria gali būti apmokėta už prioritetines stacionarines paslaugas, tam tikras paslaugas, kurių suteikta daugiau, nei numatyta sutartyje su gydymo įstaiga, taip pat ši suma gali būti skiriama gydymo įstaigoms, kai nustatoma didesnė asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina ir (ar) balo vertė ir kt.

Nustatėme, kad skaičiuodamos tokias neskirstomas sumas TLK priėmė skirtingus sprendimus: Vilniaus ir Kauno TLK nepaskirstė didžiausio leistino dydžio – 1,50 proc. nuo skiriamų lėšų ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms teikti, Panevėžio TLK – 1,48 proc., Šiaulių TLK – 1,24 proc., Klaipėdos TLK – 0,51 procento.

Atsižvelgiant į tai, kad TLK taikė skirtingą neskirstomų lėšų dydį, jos turėjo nevienodas galimybes apmokėti už paslaugų, apskaičiuotų pagal tvarkas, kiekį. Tokiu būdu už paslaugas, apmokamas fondo lėšomis, TLK, atsižvelgdama į apskaičiuotą tokių paslaugų poreikį, planavo apmokėti taikydama skirtingus koeficientus, t. y. nevienodu mastu: už ambulatorines paslaugas – nuo 94 proc. Vilniaus ir Kauno TLK iki 100 proc. Klaipėdos TLK, už stacionarines – nuo 98 proc. Panevėžio TLK iki 104 proc. Vilniaus TLK (žr. 3 lentelę).

**3 lentelė.** TLK numatomų apmokėti ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų poreikis atsižvelgiant į TLK biudžetą

	Vilniaus TLK	Kauno TLK	Klaipėdos TLK	Šiaulių TLK	Panevėžio TLK
<b>VLK skirta suma (tūkst. Eur) ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms apmokėti, iš jų</b>	254 860,30	198 891,40	115 865,90	111 945,70	100 531,40
<b>teritorinės ligonių kasos neskirstoma suma (tūkst. Eur / proc.) sutarčių projektams.</b>	3 822,91 (1,50 proc.)	2 983,37 (1,50 proc.)	587,39 (0,51 proc.)	1 388,20 (1,24 proc.)	1 483,96 (1,48 proc.)
<b>Ambulatorinėms paslaugoms taikytas koeficientas</b>	0,94	0,94	1,00	0,99	0,98
<b>Stacionarinėms paslaugoms taikytas koeficientas</b>	1,04	1,00	1,02	1,00	0,98

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teritorinių ligonių kasų duomenis

Taigi, priklausomai nuo to, kurios TLK veiklos zonos gyventojus gydymo įstaiga aptarnauja, ji už teikiamas paslaugas gali gauti daugiau ar mažiau lėšų, tuo pačiu skirtingų TLK veiklos

<sup>33</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymas Nr. V-1020.

<sup>34</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-812 patvirtinta tvarka, 9 p.



zonų pacientai turi didesnes ar mažesnes galimybes gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nors įmokas visi moka vienodomis sąlygomis.

19. Nustatėme, kad ne visais atvejais sutartyse su ASPJ nurodomos papildomos lėšos<sup>35</sup>, skirtos stacionarinėms aktyviojo gydymo<sup>36</sup> paslaugoms teikti (to daryti neįpareigoja esama tvarka) (žr. 4 lentelę). Tačiau skaičiuojant numatomą gydymo įstaigai ateinantiems metams skirti lėšų sumą, TLK biudžetas paskirstomas kiekvienai ASPJ proporcingai pagal praėjusių metų sutartines sumas, skirtas sumokėti už tokias paslaugas. Tokiu būdu gydymo įstaigos atsiduria skirtingose sąlygose dėl skirtingo fondo lėšų, skirtų sumokėti už paslaugas, pateikimo sutartyse.

**4 lentelė.** 2017 m. papildomos lėšos, skirtos ASPJ aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms (tūkst. Eur) apmokėti, nevertinant lėšų, skirtų bazinėms kainoms didinti

	Vilniaus TLK	Kauno TLK	Klaipėdos TLK	Šiaulių TLK	Panevėžio TLK
Sumokėta daugiau nei sutartyje	25 ASPJ	-	-	-	27 ASPJ
TLK papildomai ASPJ skirtos lėšos	573	76	358	908	1 019
Parodyta sutartyje	ne	taip	taip	taip	ne

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teritorinių ligonių kasų duomenis

Skirstant lėšas aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti, nevertinami ASPJ veiklos rezultatai: nepriklausomai nuo faktiškai suteiktų ASPJ paslaugų, lėšos ASPJ skirstomos pagal praėjusio laikotarpio sutarties sumas (žr. 5 lentelę). Pavyzdžiui, ASPJ1–ASPJ3 2017 m. suteikė paslaugų už mažesnę sumą, nei numatyta sutartyje, tačiau 2018 m. numatyta sutartinė suma didesnė nei 2017 m. ASPJ4, nors ir suteikė paslaugų už didesnę sumą, nei numatyta 2017 m. sutartyje, tačiau 2018 m. suplanuota mažesnė suma.

**5 lentelė.** 2018 m. sutarčių dėl aktyviojo gydymo paslaugų teikimo projektų, lygintų su 2017 m. sutarčių vykdymu, pavyzdžiai

	2017 m. sutartinė (tūkst. Eur)	2017 m. suteiktos paslaugos balais (tūkst. vnt.)	2017 m. sumokėta suma (tūkst. Eur)	2018 m. sutarties projektas (tūkst. Eur)
ASPJ1	59 570,23	55 180,83	58 984,90	<b>60 371,92</b>
ASPJ2	44,86	18,70	20,90	<b>45,38</b>
ASPJ3	35,54	7,29	8,02	<b>36,04</b>
ASPJ4	686,50	753,75	690,91	<b>673,45</b>
ASPJ5	18 473,26	19 969,64	18 542,69	<b>18 641,95</b>

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teritorinių ligonių kasų duomenis

Be to, pagal galiojančią tvarką nevertinama, kokia aktyviojo gydymo paslaugos balo vertė eurais buvo taikoma, o ji svyravo nuo 0,51 iki 1,21 Eur<sup>37</sup>. Tokiu būdu gydymo įstaigos, kurioms už teikiamas paslaugas buvo taikomas didžiausias galimas balo įkainis eurais, ir einamaisiais metais turi palankias sąlygas tokį gauti, kitos, nors ir teikė daugiau paslaugų, nei numatyta sutartyje, tačiau dėl to, kad už paslaugas apmokėto balo vertė eurais nesiekė 1,00 euro, ir toliau, tikėtina, gaus mažesnę sumą.

<sup>35</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2004-11-16 įsakymu Nr. V-812 patvirtinta tvarka, 8, 9, 11, 12 p.

<sup>36</sup> išskyrus gimdymo, insulto gydymo, kai taikoma trombolizė ar invazinė trombektomija, miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, paslaugas.

<sup>37</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymu Nr. V-1113 patvirtinta tvarka, 8 p. – didžiausias balo įkainis kito nuo 1,25 Eur (redakcija, galiojusi iki 2017-03-01) iki 1,1 Eur.

## Derybos sudarant sutartis kuria neskaidrią aplinką

20. Sudarant sutartis numatytas derybų etapas. Nors teisės aktais siekiama skaidriai, pagal sutartas taisykles paskirstyti PSDF biudžeto lėšas ASPJ teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, tačiau derybų etapas suteikia galimybes taip paskirstytas lėšas koreguoti. Kokiais atvejais TLK gali derybų proceso metu keisti sutartines sumas, teisės aktuose<sup>38</sup> nurodytos bendro pobūdžio aplinkybės, kurias kiekviena TLK vertina individualiai. Audito metu nustatėme, kad dėl 2018 m. sutarčių koregavimo – sumų didinimo ar perskirstymo tarp paslaugų rūšių – derybų metu kreipėsi 297 ASPJ, iš jų analizavome 50 atvejų.
21. Audito metu nustatėme, kad teritorinės ligonių kasos visoms gydymo įstaigoms, kurios derybų metu kreipėsi dėl ambulatorinėms paslaugoms apskaičiuotos projekcinės sumos keitimo, taikė iš esmės tuos pačius vertinimo kriterijus – vertino 2017 m. tokių paslaugų teikimą, paslaugų augimą (dinamiką) ir kt., tačiau juos pritaikė skirtingai (žr. 6 lentelę), pavyzdžiui:
- didino prašoma suma, kuri tris kartus didesnė nei 2017 m. tokių paslaugų vykdymas balais (ASPJ1);
  - didino prašoma suma net ir tuomet, kai projekcinės sutartys buvo didesnės nei 2017 m. tokių paslaugų vykdymas balais (ASPJ4, ASPJ5);
  - didino iki 2017 m. suteiktų paslaugų vertės balais (ASPJ6);
  - tenkino prašymą iš dalies – didino mažesne suma, nei prašė ASPJ: a) daugiau nei iki tų paslaugų 2017 m. vykdymo balais (ASPJ2); b) mažiau nei iki tų paslaugų 2017 m. vykdymo balais (ASPJ3);

**6 lentelė.** Derybų dėl ambulatorinėms paslaugoms numatomų sutartinių sumų pavyzdžiai

ASPJ	2018 m. sutarties projekto ir 2017 m. suteiktų paslaugų balais skirtumas (tūkst. vnt.)	Ambulatorinėms paslaugoms	
		ASPJ prašė padidinti, perskirstyti* tūkst. Eur	TLK skyrė, perskirstė* (tūkst. Eur)
ASPJ1	-7,72	21,39	21,39
ASPJ2	-25,24	95,83	42,83
ASPJ3	-317,61	495,00	200,00
ASPJ4	+7,98	25,00	25,00
ASPJ5	+455,10	355,00	355,00
ASPJ6	-29,04	50,10	29,00
ASPJ7	-56,10	56,10	101,00 (+44,90)
	-29,81	29,81	65,00 (+35,19)
ASPJ8	+43,78	150,00*	60,00*
	-476,25	300,00*	396,00*

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teritorinių ligonių kasų duomenis

Visos TLK, išskyrus Vilniaus TLK, gydymo įstaigoms, kurios kreipėsi dėl ambulatorinėms paslaugoms apskaičiuotos projekcinės sumos padidinimo, keitė sutartis ne didesne suma, nei to prašė ASPJ. Vilniaus TLK patikrintais atvejais dviem ASPJ siūlė keisti sutartis kitomis sumomis, nei prašė ASPJ. Vienu atveju papildomai, savo iniciatyva pasiūlė ir su ASPJ

<sup>38</sup> Sveikatos apsaugos ministro įsakymai, reglamentuojantys fondo lėšų paskirstymą ASPJ asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti: 2013-10-31 Nr. V-1020; 2013-10-31 Nr. V-1011; 2013-10-31 Nr. V-1019 ir kt.

suderinusi skyrė papildomus 75,2 tūkst. Eur (ASPJ7). Kitu atveju savo iniciatyva, kitaip nei to prašė ASPJ, šiai sutikus, perskirstė projektines sumas tarp paslaugų rūšių (ASPJ8).

22. Kaip ir ambulatorinių paslaugų atveju, taip ir derantis dėl stacionarinių paslaugų, tarp TLK vyravo skirtinga praktika. Patikrintais atvejais viena TLK derybų proceso metu skyrė daugiau lėšų ASPJ, vertinusi 2018 m. sausio–vasario mėn. suteiktų stacionarinių paslaugų apimtį, kita – sutartines sumas padidino toms ASPJ, kurių 2017 m. teiktų paslaugų balo vertė nesiekė 1 Eur. Likusios trys TLK, be ASPJ prašyme nurodytų motyvų, papildomai atsižvelgė į ASPJ teikiamų paslaugų struktūrą bei dinamiką, praėjusių metų sutarties vykdymą ir kt.

Visais patikrintais atvejais, kai TLK atsisakė tenkinti gydymo įstaigų prašymus, 2018 m. sutarčių projekte numatytos sumos aktyviojo gydymo paslaugoms teikti buvo didesnės, nei suteikta tokių paslaugų 2017 m. balais (žr. 7 lentelę) (ASPJ4, ASPJ5).

**7 lentelė.** Derybų dėl aktyviojo gydymo paslaugoms numatomų sutartinių sumų pavyzdžiai

ASPJ	2017 m. balo vertė Eur	2018 m. sutarties projektas (tūkst. Eur)	2018 m. sutarties projekto ir 2017 m. suteiktų paslaugų balais skirtumas (tūkst.)	Aktyviojo gydymo paslaugoms	
				ASPJ prašė padidinti (tūkst. Eur)	TLK skyrė (tūkst. Eur)
ASPJ1	1,07	60 371,92	+5 191,09	530,00	430,00
ASPJ2	1,00	54 032,29	+108,13	1 000,00	946,00
ASPJ3	1,00	6 065,77	+51,35	160,00	160,00
ASPJ4	1,01	6 273,58	+75,77	100,00	–
ASPJ5	1,11	813,94	+85,15	Padidinti	–
ASPJ6	0,98	22 616,00	–388,30	435,00	182,00
ASPJ7	0,95	569,80	–45,00	45,00	26,00

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teritorinių ligonių kasų duomenis

Pažymėtina, kad ne visoms ASPJ projektinės sutartys dėl stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugoms numatytų lėšų keistos prašoma suma, o teritorinės ligonių kasos taikė įvairią praktiką, pavyzdžiui:

- didino ir tada, kai sutarčių projektuose numatytos sumos buvo didesnės nei praėjusiais metais faktiškai suteiktas tokių paslaugų skaičius balais: didino prašoma suma ASPJ3 (2017 m. balo vertė – 1,00 Eur), tenkino prašymą iš dalies – ASPJ1, ASPJ2 (balo vertė – atitinkamai 1,07 ir 1,00 Eur);
  - didino mažesne suma, nei prašė ASPJ, toms, kurioms 2018 m. sutarties projekte numatyta skirti mažiau lėšų, nei 2017 m. buvo suteikta tokių paslaugų (balais). Tokiu būdu net ir po derybų tokioms ASPJ trūko lėšų iki paslaugų 2017 m. vykdymo balais – ASPJ6, ASPJ7 (balo vertė – atitinkamai 0,98 ir 0,95 Eur).
23. Audito metu nustatyti dalykai rodo, kad derybų procesas galimai neskaidrus, nes sprendimai dėl projektinių sutartinių sumų keitimo priimami nesant tvarkose aiškių kriterijų, motyvų. Atsižvelgdami į tai, manome, kad aplinkybės, lemiančios sutarties sumą, turėtų būti įvertintos, numatytos iki sutarties projekto pateikimo gydymo įstaigai. Derybos turėtų vykti tik esant ypatingoms, išskirtinėms aplinkybėms.

Pažymėtina, kad aukščiausioji audito institucija ankstesnio audito<sup>39</sup> metu jau yra išsakiusi nuomonę, jog nei sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis sudarymas, nei paslaugų išlaidų apmokėjimas nėra siejamas su gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybės reikalavimais: paslaugų veiksmingumu ir gydymo rezultatais.

## 2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervų turime tik metų pabaigoje

24. Teisės aktuose<sup>40</sup> nurodoma, kad fondo biudžeto rezervų sudaro dvi dalys – pagrindinė, laikoma privalomąja ir skirstoma Vyriausybės nutarimu esant ypatingoms sąlygoms, ir rizikos valdymo, naudojama sveikatos apsaugos ministro sprendimu pajamoms ir išlaidoms subalansuoti, privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti, pajamų trūkumui padengti. 2018 m. buvo planuojama<sup>41</sup> rezerve sukaupti 165,29 mln. Eur, iš jų 26,46 mln. Eur pagrindinę ir 138,83 mln. Eur rizikos valdymo dalis.
25. Faktiškai PSDF rezerve 2018 m. gruodžio 31 d. buvo sukaupta 145,28 mln. Eur, iš jų 26,46 mln. Eur pagrindinė ir 118,82 mln. Eur – rizikos valdymo dalys. Rezerve nesukaupta planuota suma, nes 2018 m. 80,00 mln. Eur iš rizikos valdymo dalies ministras skyrė paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, įkainiams didinti. Rezervo naudojimas augant fondo biudžetui (180,10 mln. Eur, arba 10,98 proc.) prieštarauja Lietuvos stabilumo 2019 metų programos<sup>42</sup> nuostatai, kuria siekiama toliau palaipsniui kaupti fiskalinius rezervus išnaudojant vis dar palankias ekonomines aplinkybes. Taigi, mūsų nuomone, rezervo rizikos valdymo dalies – 118,82 mln. Eur – negalima laikyti fiskaliniu rezervu atsižvelgiant į teisės aktuose apibrėžtas jos naudojimo sąlygas ir į faktą, kad augant fondo biudžetui ši rezervo dalis buvo naudojama. Finansų ministerijos duomenimis, PSDF sukaupti finansiniai rezervai 2018 m. – 0,32 proc. BVP, tačiau, mūsų nuomone, iš jų fiskaliniu rezervu galima laikyti tik pagrindinę rezervo dalį, kuri, kaip ir 2017 m., sudarė tik 0,06 proc. BVP ir audituojamuoju laikotarpiu siekė 26,46 mln. Eur. Pažymime, kad ši rezervo dalis nėra kaupiama, o jos dydis, planuojant mažesnes fondo pajamas, mažės.
26. Audito metu nustatėme, kad 2018-06-21–2018-12-27 laikotarpiu rezervo sąskaitoje piniginių lėšų likučio nebuvo. Šiuo laikotarpiu laikinai laisvos fondo biudžeto rezervo pagrindinės dalies lėšos investuotos nebuvo, Vyriausybė nutarimo dėl jų skirstymo nepriėmė. PSDF biudžeto lėšų (einamosios) sąskaitos likutis laikotarpiu, kai rezervo sąskaitoje lėšų nebuvo, buvo didesnis nei pagrindinė rezervo dalies suma (26,46 mln. Eur).
27. Teisės aktai nustato, kad rezervo lėšos į fondo rezervo sąskaitą pervedamos iki einamųjų biudžetinių metų pabaigos, todėl, tiek VLK, tiek Finansų ministerijos specialistų nuomone, kitu laiku rezervo lėšų laikymas fondo einamojoje sąskaitoje kartu su biudžeto lėšomis nedraudžiamas, t. y. teisės aktai nenustato reikalavimų dėl rezervo dalių formavimo ištisus metus. Mūsų nuomone, teisės aktai turi nustatyti labai aiškius fiskalinių rezervų kaupimo, saugojimo ir naudojimo reikalavimus, todėl Valstybinė ligonių kasa kartu su Finansų ministerija, vadovaudamasi ekonomiškumo, prognozavimo, apdairumo (atsargumo), rizikos valdymo ir papildomumo principais, privalo užtikrinti rezervo lėšų

<sup>39</sup> 2018-09-28 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-9-3-9. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“.

<sup>40</sup> Sveikatos draudimo įstatymas; Vyriausybės nutarimai: 2002-06-03 Nr. 798, 2003-05-14 Nr. 589.

<sup>41</sup> 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.

<sup>42</sup> Vyriausybės 2019-04-24 nutarimas Nr. 385.

atskyrimą nuo einamosios sąskaitos lėšų ir ieškoti atitinkamų investavimo priemonių. Sveikatos apsaugos politikos formuotoja SAM, siekdama užtikrinti rezervo kaupimą, turėtų teisės aktuose nustatyti aiškius PSDF rezervo saugojimo reikalavimus.

### 2.3. Tobulintinas savivaldybių finansuojamas sveikatos priežiūros paslaugų administravimas

28. Vadovaujantis teisės aktais<sup>43</sup> Valstybinė ligonių kasa ir jai pavaldžios teritorinės ligonių kasos yra iš PSDF biudžeto lėšų išlaikomos įstaigos, įgyvendinančios joms pavestas funkcijas vykdant šio fondo biudžetą. Didžiąją dalį (apie 97 proc.) šio fondo biudžeto pajamų sudaro PSD įmokos. VLK suteikta teisė<sup>44</sup> gauti ir papildomų pajamų, įgyvendinant Privalomojo sveikatos draudimo tarybos siūlomas priemones.
29. Audito metu nustatėme, kad Vilniaus TLK sudarė sutartį<sup>45</sup> su Vilniaus miesto savivaldybe dėl dantų protezavimo paslaugų teikimo Vilniaus miesto gyventojams iš savivaldybės biudžeto lėšų (už 150,00 tūkst. Eur). Sutartis sudaryta nenumatant atlyginimo už paslaugos suteikimą (VLK tarpininkavimo gydymo įstaigoms paskirstant savivaldybės lėšas), todėl papildomų pajamų šioms paslaugoms teikti PSDF biudžetas negavo ir dantų protezavimo paslaugų suteikimo Vilniaus miesto gyventojams administravimo kaštai buvo padengti iš PSDF biudžeto lėšų. Tokiu būdu fondo lėšos buvo panaudotos kitoms veikloms<sup>46</sup>, nei nurodyta įstatyme.
30. Atkreipiame dėmesį, kad savivaldybės<sup>47</sup> lėšas dantų protezavimo paslaugoms teikti skiria mažiausiai dviem būdais: tarpininkaujant teritorinėms ligonių kasoms arba tiesiogiai gydymo įstaigoms. Savivaldybės skirtoms lėšoms panaudoti Vilniaus TLK sudarė sutartis su 8 gydymo įstaigomis, t. y. su gerokai mažiau nei tuo atveju, kai šios paslaugos apmokamos fondo lėšomis (sutartys dėl dantų protezavimo paslaugų teikimo sudarytos su daugiau negu 200 gydymo įstaigų, iš jų Vilniaus mieste – 141). Savivaldybėms sudarant sutartis tiesiogiai, nustatėme atvejų, kai sudaroma sutartis tik su viena gydymo įstaiga. Savivaldybės skiriamų lėšų paskirstymas ne visoms, o tik daliai gydymo įstaigų, galinčių teikti finansuojamas paslaugas, kelia riziką, kad tokiu būdu lėšos dantų protezavimui, skiriamos iš savivaldybės biudžeto, gali būti paskirstytos neskaidriai ir neužtikrinant tinkamos konkurencinės aplinkos kūrimo.
31. Audito metu sveikatos apsaugos ministras papildė Dantų protezavimo paslaugų kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarkos aprašą<sup>48</sup>: įtraukė dantų protezavimo paslaugų kompensavimą savivaldybių biudžetų lėšomis ir nurodė, kad savivaldybės skirtos<sup>49</sup> tikslinės lėšos jos teritorijos gyventojų dantų protezavimo paslaugai teikti nėra laikomos PSDF biudžeto pajamomis, o tarpininkavimo paslaugos, administruojant savivaldybės lėšas, teikiamos neatlygintinai.

<sup>43</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 15 str., Valstybinės ligonių kasos nuostatai.

<sup>44</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 15 str. 1 d, 8 p., 31 str. 4 p.

<sup>45</sup> Nr. A291-1060/18(2.2.1.95-ID2).

<sup>46</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 21 str., 31 str. 1 p., Vyriausybės 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.

<sup>47</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 48 str. 8 p.

<sup>48</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2005-11-21 įsakymu Nr. V-890 patvirtinta tvarka, 50 p. (redakcija, galiojanti nuo 2019-06-20).

<sup>49</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 48 str. 8 p.

32. Toks ministerijos sprendimas praplečia VLK, TLK veikimo sritį, lyginant su numatyta Sveikatos draudimo įstatyme, ir iš esmės neišsprendžia PSDF lėšomis apmokamų paslaugų, papildomai finansuojamų ir savivaldybių lėšomis, klausimo. Taigi vartotojams neteikiama apibendrinta informacija, kiek mokesčių mokėtojų lėšų skiriama sveikatos apsaugai, kai tos pačios paslaugos apmokamos iš įvairių finansavimo šaltinių ir skirtingais būdais. Vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymu, savivaldybių remiama sveikatos priežiūra apima ne tik dantų protezavimo, bet ir kitas sveikatos priežiūros paslaugas. Manome, kad būtina tobulinti teisinį reglamentavimą: suvienodinti Sveikatos sistemos įstatymo 48 str. nuostatų įgyvendinimo mechanizmą, kai PSDF lėšomis apmokamos paslaugos papildomai finansuojamos ir savivaldybių lėšomis. Taip būtų užtikrintas skaidrus, vienodais principais grįstas tokių paslaugų teikimas ir finansavimas.

# REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
1.	Siekiant, kad ASPĮ veiktų vienodoje konkurencinėje aplinkoje, ir siekiant mažinti administracinę našta, centralizuoti sutarčių su gydymo įstaigomis sudarymo procesą.	SAM	Pakeisti teisės aktus, nustatant, kad su viena ASPĮ dėl paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, būtų sudaroma tik viena sutartis: <ul style="list-style-type: none"> <li>parengti teisės aktus, kuriuose būtų nustatoma, kad su viena ASPĮ sudaroma tik viena sutartis dėl stacionariųjų paslaugų;</li> <li>parengti teisės aktus, kuriuose būtų nustatoma, kad su viena ASPĮ sudaroma tik viena sutartis dėl visų paslaugų.</li> </ul>	2020 m. II ketvirtis 2021 m. II ketvirtis
2.	Siekiant užtikrinti, kad fondo biudžeto lėšos, skirtos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, būtų planuojamos pagal vienodus principus ir skaidriai paskirstomos gydymo įstaigoms, tobulinti teisinį reglamentavimą (neskirstomų lėšų dydžio, lovos funkcionalumo rodiklio taikymo, lėšų nurodymo sutartyse ir pan., įskaitant lėšų skyrimą vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išrašyti bei derybų procesą).	SAM	Atlikti galiojančių teisės aktų analizę ir jos pagrindu patobulinti teisės aktus, susijusius su sutartinių sumų planavimu. Prireikus parengti naujus teisės aktus, siekiant užtikrinti skaidrų PSDF biudžeto lėšų planavimą ir jų paskirstymą ASPĮ pagal vienodus principus. Teisės aktuose labiau detalizuoti kriterijus, kokiais atvejais sutartinės sumos gali būti keičiamos derybų metu.	2020 m. III ketvirtis
3.	Siekiant užtikrinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervo kaupimą, teisės aktuose nustatyti aiškius rezervo saugojimo reikalavimus.	SAM	Parengti ir pateikti Vyriausybei jos 2003 m. gegužės 14 d. nutarimo Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo projektą, siekiant nustatyti PSDF rezervo kaupimo ir saugojimo reikalavimus.	2020 m. IV ketvirtis
4.	Tobulinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų fondo lėšomis ir papildomai savivaldybių lėšomis, teikimo teisinį reglamentavimą, kad būtų užtikrintas skaidrus, vienodais principais grįstas tokių paslaugų teikimas ir finansavimas.	SAM	Kartu su kompetentingomis institucijomis (Finansų ministerija, savivaldybių asociacija, Sveikatos apsaugos ir darbo ministerija ir kt.) nustatyti savivaldybių lėšų naudojimo tvarką, kai šiomis lėšomis finansuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.	2020 m. IV ketvirtis

\* – priemonės ir terminus rekomendacijoms įgyvendinti pateikė Sveikatos apsaugos ministerija.

Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais:  
Strateginio valdymo ir tarptautinio bendradarbiavimo skyriaus vyr. specialistas Algirdas Čepas, tel. (8 5) 205 3614, el. p. algirdas.cepas@sam.lt

# PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos  
„Privalomojo sveikatos  
draudimo fondo 2018 metų  
konsoliduotųjų finansinių ir  
biudžeto vykdymo ataskaitų  
rinkinių teisingumo bei lėšų ir  
turto valdymo, naudojimo ir  
disponavimo jais teisėtumo  
vertinimas“  
1 priedas

## Santrumpos ir sąvokos

**Aktyviojo gydymo paslaugos** – aktyviojo gydymo paslaugos<sup>50</sup> (stacionarinės paslaugos), išskyrus dienos chirurgijos, gimdymo, insulto gydymo, kai taikoma trombolizė ar invazinė trombektomija, miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, paslaugas.

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

**Bazinė kaina** – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto, kaina<sup>51</sup>.

**Gydymo įstaigos, ASPĮ** – asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

**GMP** – greitoji medicinos pagalba.

**Ministras** – sveikatos apsaugos ministras.

**MPP** – medicinos pagalbos priemonės.

**SAM, ministerija** – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

**PAASP** – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra.

**PSDF, fondas** – Privalomojo sveikatos draudimo fondas.

**PSD įmokos** – privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

**PSDT** – Privalomojo sveikatos draudimo fondo taryba.

---

<sup>50</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2013-04-22 įsakymu Nr. V-388 patvirtinta Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika, 4.3 p.

<sup>51</sup> Ten pat, 4.5 p.



**Preliminarios, projektinės sutartys** – pagal patvirtintas ministro, TLK direktorių tvarkas paskirstytos PSDF biudžeto lėšos ASPJ asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, siunčiamos derinti ASPJ.

**Rodiklių įstatymas** – Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.

**VLK** – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

**TAAIS** – tarptautiniai aukščiausiųjų audito institucijų standartai.

**TLK** – teritorinė ligonių kasa.

Valstybinio audito ataskaitos  
„Privalomojo sveikatos  
draudimo fondo 2018 metų  
konsoliduotųjų finansinių ir  
biudžeto vykdymo ataskaitų  
rinkinių teisingumo bei lėšų ir  
turto valdymo, naudojimo ir  
disponavimo jais teisėtumo  
vertinimas“  
2 priedas

## Audito apimtis ir metodai

Audito tikslas:

- įvertinti 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių duomenis ir pareikšti nepriklausomas nuomones;
- įvertinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais 2018 metais teisėtumą pasirinktose srityse.

Audituotos 2018 metų finansinės ataskaitos:

- konsoliduotosios finansinės būklės, konsoliduotosios veiklos rezultatų, konsoliduotosios pinigų srautų ir konsoliduotosios grynojo turto pokyčių ataskaitos bei konsoliduotųjų finansinių ataskaitų aiškinamasis raštas, parengti pagal 2018-12-31 duomenis.

Audituotos 2018 metų biudžeto vykdymo ataskaitos:

- biudžeto vykdymo, biudžeto pajamų plano vykdymo, biudžeto išlaidų plano vykdymo, asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų panaudojimo, biudžeto rezervo, biudžeto išlaidų sąmatos vykdymo 2018 m. gruodžio 31 d. ataskaitos, informacija apie išlaidų darbo užmokesčiui plano vykdymą 2018 m., biudžeto vykdymo ataskaitų aiškinamasis raštas.

Veikusios pavaldžios, kontroliuojamos ir (ar) konsoliduojamos įstaigos:

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

Audito apimtis nebuvo ribojama.

Auditas atliktas:

- pagal Valstybinio audito reikalavimus<sup>52</sup>, tarptautinius audito standartus (TAS)<sup>53</sup> ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus<sup>54</sup>;

<sup>52</sup> Valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymas Nr. V-26 „Dėl Valstybinio audito reikalavimų patvirtinimo“.

<sup>53</sup> Tarptautinės buhalterijų federacijos Tarptautinių audito ir užtikrinimo standartų valdybos išleisti tarptautiniai audito standartai (Lietuvos auditorių rūmų išversti į lietuvių kalbą), prieiga per internetą: <http://lar.lt/www/new/page.php?326>.

<sup>54</sup> Finansinio audito (1000–1810 TAAIS) ir atitikties audito (4000 TAAIS) standartai, prieiga per internetą: <http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=350>.

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

#### Audito apimtis ir metodai

##### 2018 m. pradžios ir pabaigos turto ir atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likučiai:

Turto bei atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likutis, kaip nurodyta konsoliduotojoje finansinės būklės ataskaitoje, 2018 metų pradžioje buvo iš viso 271 141,4 tūkst. Eur, pabaigoje – 420 468,5 tūkst. Eur.

##### 2018 m. gautos įplaukos ir patirtos išlaidos:

Fondas gavo 1 820 358,0 tūkst. Eur įplaukų ir patyrė 1 760 101,0 tūkst. Eur išlaidų.

##### Vertintos sritys ir atliktos procedūros dėl 2018 metų konsoliduotųjų ataskaitų rinkinių duomenų

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

Nustatytos svarbiausios audito sritys:

- pajamos (PSD įmokos, valstybės biudžeto asignavimai, farmacinių įmonių grąžintos lėšos ir kt.);
- sąnaudos (socialinių išmokų, finansavimo: asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, ortopedijos technikos priemonėms, VLK ir jai pavaldžių įstaigų darbo užmokesčio ir socialinio draudimo ir kt.);
- turto;
- įsipareigojimų.

Šiose srityse reikšmingo išskaidymo rizikos nenustatyta.

##### Sritis, kuriose nustatytas kontrolės procedūrų efektyvumas (atliktas kontrolės testavimas):

- Vidaus kontrolės testavimas atliktas atliekant 2017 m. fondo konsoliduotųjų ataskaitų auditą – gautas kontrolės patikimumas, užtikrinantis, kad visos patiriamos sąnaudos būtų pagrįstos tinkamais dokumentais, apskaitos registruose užregistruojamos laiku, teisinga verte, tinkamose sąskaitose ir teisingai nurodytos finansinėse ataskaitose. Gautu kontrolės patikimumu sąnaudų srityje naudotasi atliekant šį auditą.

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

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

##### Bendras ataskaitų rinkinio vertinimas :

Įvertinta:

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

Vertintos sritys ir jose atliktos procedūros dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais 2018 metais teisėtumo

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

Reikšminga neatitikties rizika nenustatyta, nustatytos šios svarbiausios audito sritys:

- Konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų – pajamų ir sąnaudų, įplaukų (pajamų) ir išlaidų;

Sritys, kuriose nustatytas kontrolės procedūrų efektyvumas (atliktas kontrolės testavimas) (jei toks buvo atliekamas):

## Audito apimtis ir metodai

- Vidaus kontrolės testavimas nebuvo atliekamas.

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

Konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys:

- Išlaidų srityje vertinome, kaip laikomasi teisės aktų nuostatų dėl: rezervo lėšų naudojimo; insulino pompų keičiamųjų dalių kompensavimo; VLK darbo užmokesčio apskaičiavimo ir mokėjimo; sutarčių su gydymo įstaigomis sudarymo ir vykdymo. Vertinant sutartis su gydymo įstaigomis, derybų dėl sumų ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms procesui profesiniu sprendimu taikyta atranka: a) pagrindinė dalis derybų (apie 90 proc.) vyko dėl lėšų, skirtų sumokėti už ambulatorines ir stacionaro paslaugas, todėl atrankos vienetu laikėme sutartį su ASPJ dėl ambulatorinių ir stacionaro paslaugų; b) siekdami, kad sutarčių vertinimas atspindėtų visą visumą ir į atranką pakliūtų visos 5 TLK, sutartis atrinkome iš kiekvienos TLK atskirai; c) gydymo įstaigas suskirstėme į 5 grupes: respublikinės, regioninės, rajono, privačios, pirminiai asmens sveikatos priežiūros centrai ir kt.; d) iš kiekvienos grupės atsirinkome po 3 ASPJ.
- Pajamų srityje vertinome, kaip laikomasi teisės aktų nuostatų, susijusių su gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutarčių vykdymu, papildomų pajamų gavimu.
- Finansinės veiklos ir asignavimų naudojimo srityje vertinome, kaip laikomasi teisės aktų nuostatų dėl biudžetų rengimo ir vykdymo tvarkos.

### Vertinta atitiktis šiems teisės aktams:

Įstatymai:

- Sveikatos draudimo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
- Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (13 str. 1 d.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- Sveikatos sistemos įstatymas (12 str. 9 p., 43, 48 str.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- Valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymas (2 str. 14 d., 34 str. 2 d. 2 p., 34 str. 6 d. 6 p., 41 str., 45 str.).

Vyriausybės nutarimai:

- 2003-05-14 nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.
- 2014-04-23 nutarimas Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“.
- 2002-06-03 nutarimas Nr. 798 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Įsakymai:

- Sveikatos apsaugos ministro 2008-01-16 įsakymas Nr. V-41 „Dėl Insulino pompų, taikomų ambulatoriniam gydymui nuolatine poodine insulino injekcija, keičiamųjų dalių skyrimo ir jų įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2006-03-16 įsakymas Nr. V-189 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2014-02-20 įsakymas Nr. V-262 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, masto planavimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2014-06-23 įsakymas Nr. V-726 „Dėl Gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutarčių tarp Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir vaistinių preparatų gamintojų sudarymo ir vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2018-04-18 įsakymas Nr. V-429 „Dėl Medicinos priemonių (priedaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- 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“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2013-08-29 įsakymas Nr. V-833 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms skiriamų lėšų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2005-11-21 įsakymas Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

**Audito apimtis ir metodai**

- Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymas Nr. V-1011 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymas Nr. V-1019 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugų išlaidoms kompensuoti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymas Nr. V-1020 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, ambulatorinių slaugos paslaugų namuose ir sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymas Nr. V-1022 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų greitosios medicinos pagalbos paslaugoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2009-12-18 įsakymas Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2015-10-20 įsakymas Nr. V-1170 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų prevencinėms programoms vykdyti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2013-01-11 įsakymas Nr. 1K-11 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir išlaidų klasifikacijos tvirtinimo“.
- Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-02-06 įsakymas Nr. 1K-23 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo“ .
- Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-06-14 įsakymas Nr. 1k-152 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“.
- Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2011-11-28 įsakymas Nr. 1K-260 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų planavimo ir paskirstymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Klaipėdos teritorinės ligonių kasos direktoriaus 2014-12-31 įsakymas Nr. V-362 „Dėl Klaipėdos teritorinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Šiaulių teritorinės ligonių kasos direktoriaus 2015-03-06 įsakymas Nr. V-24 „Dėl Šiaulių teritorinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Panevėžio teritorinės ligonių kasos direktoriaus 2010-12-30 įsakymas Nr. V-139 „Dėl Panevėžio teritorinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Vilniaus teritorinės ligonių kasos direktoriaus 2016-02-26 įsakymas Nr. 1V-93 „Dėl Vilniaus teritorinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Kauno teritorinės ligonių kasos direktoriaus 2018-02-28 įsakymas Nr. 1-33 „Dėl kokybės vadybos sistemos dokumentų patvirtinimo“.

NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽŪSTAMI

