



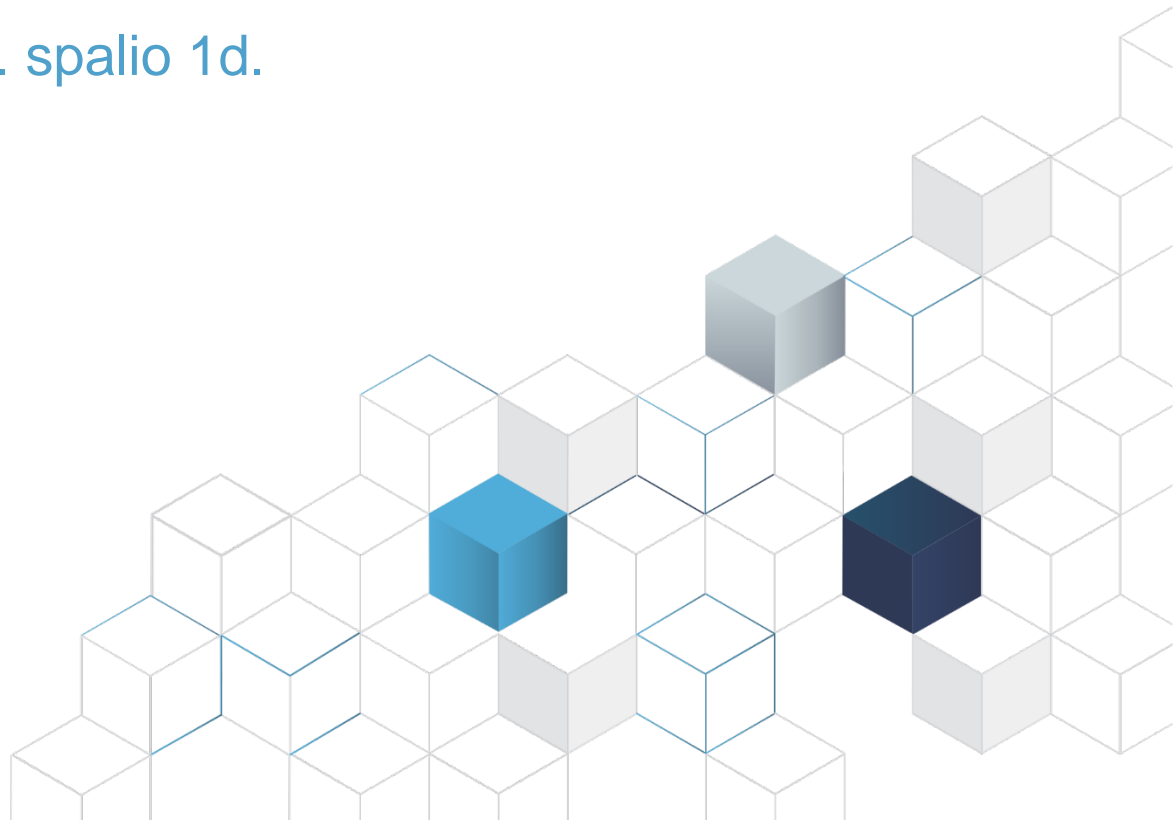
AUKŠČIAUSIOJI  
AUDITO INSTITUCIJA  
NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽĪSTAMI

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO  
FONDO 2019 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ  
FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO  
ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI  
LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR  
DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO  
VERTINIMAS

2020 m. spalio 1d.

Nr. FAE-5



---

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), Rasa Mikučiauskienė, Danutė Sidabraitė, Lina Marcinkėnienė, Ernestas Maksimas Bykovas, Ingrida Bikuvienė, Nomedą Poteliūnienė, Rasa Guobienė, Silvija Čepauskaitė, Anna Andruškevič.

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 RINKINIUISE REIKŠMINGŲ IŠKRAIPYMŲ AR SUDARYMO NEATITIKIMŲ NENUSTATYTA	11
2. VALSTYBĖS KURIAMAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO SISTEMAI STINGA NUOSEKLUMO	11
2.1. Gydomo įstaigų sąnaudos – nepalyginamos	11
2.2. Reglamentavimas ir praktika mokamų medicininių paslaugų srityje skiriasi	15
2.3. Ne visos sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui kelti skirtos lėšos pasiekė tikslą	18
REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS	22
PRIEDAI	24
1 priedas. Santrumpos ir sąvokos	24
2 priedas. Audito apimtis ir metodai	26
3 priedas. Pokyčių rodiklių duomenys	29

# PAGRINDINIAI FAKTAI

**2,02 mlrd. Eur**

Privalomojo sveikatos draudimo fondo gautų įplaukų suma.

**2,07 mlrd. Eur**

Privalomojo sveikatos draudimo fondo patirtų išlaidų suma.

**15 (iš 20)**

tikrintų gydymo įstaigų teikė ne tik ministerijos patvirtintas, bet ir kitas mokamas medicininės paslaugas.

**100 proc.**

visose tikrintose gydymo įstaigose sąnaudos paslaugų kainai apskaičiuoti nepalyginamos, dalyje įstaigų (70 proc.) ir neteisingos.

**9–75 proc.**

naudojamo ilgalaikio turto tikrintose gydymo įstaigose yra visiškai nudėvėta.

**50 proc.**

tikrintų gydymo įstaigų personalo darbo užmokesčiui didinti skyrė visas papildomas fondo lėšas, rekomenduotas asmens sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti.

# 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 2019 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 ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių pareiškiami audito išvadoje. Audito apimtis ir taikyti metodai išsamiau aprašyti 2 priede „Audito apimtis ir metodai“ (26–28 puslapiai).

## Pagrindiniai audito rezultatai

### 1. 2019 m. konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniuose reikšmingų iškraipymų ar sudarymo neatitikimų nenustatyta

Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2019 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. Gydomo įstaigų sąnaudos paslaugų kainai nustatyti – nepalyginamos

Gydomo įstaigų suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos fondo lėšomis apmokamos pagal ministerijos patvirtintas bazines kainas. Atsižvelgiant į jas, į planuojamą apdraustiesiems suteikti paslaugų kiekį, kiekvienais metais apskaičiuojama ir suma, kurią fondo lėšomis planuojama apmokėti gydymo įstaigoms už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Bazinėms aktyviojo gydymo paslaugų kainoms nustatyti kasmet vertinamos gydymo įstaigų sąnaudos, todėl svarbu užtikrinti teisingų duomenų pateikimą. Audito metu nustatyta, kad 70 proc. visų tikrintų gydymo įstaigų neteisingai paskirsto sąnaudas pagrindinei ir kitai veikloms, todėl klaidingi duomenys pateikiami ir Valstybinei ligonių kasai atlygiui už teikiamas gydymo paslaugas apskaičiuoti ir sumokėti.

Skaičiuojamam atlygiui už teikiamas paslaugas įtakos turi ir viena iš sąnaudų grupių – nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos, kurios, nuo 2020-11-01 dėl pasikeitusios turto valdymo formos, padidės du kartus. Šios sąnaudos apskaičiuotos pagal skirtingus ir ekonomiškai nepagrįstus normatyvus:

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

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

- tikrintos gydymo įstaigos savo veikloje naudoja nuo 9 iki 75 proc. visiškai nudėvėto turto. Tai reiškia, kad turto naudojimo pradžioje jo nusidėvėjimo sąnaudos nepagrįstai padidinamos, o vėlesniais laikotarpiais nepagrįstai sumažinamos;
- gydymo įstaigos, priklausomai nuo pavaldumo – Sveikatos apsaugos ministerijai ar savivaldybėms – nusistato skirtingus ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) normatyvus. Audito metu nustatėme, kad dėl šios priežasties tikrintose 20-ye gydymo įstaigų taikomi nusidėvėjimo normatyvai tam tikrais atvejais skiriasi iki 5 kartų, atitinkamai skiriasi ir gydymo įstaigų apskaičiuotos nusidėvėjimo sąnaudos;
- gydymo įstaigos nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudas skaičiuoja pagal tiesiogiai proporcingą (metų) nusidėvėjimo skaičiavimo metodą, kuriuo neįvertinamas įrangos naudojimo intensyvumas. Audito rezultatai parodė, jog daugiau nei pusės (59 proc.) vertintų brangių (per 29 tūkst. Eur) medicinos prietaisų panaudojimo intensyvumas mažas, o 7 proc. jų visiškai nenaudojami.

Taigi, neteisingai paskirstant sąnaudas ir taikant skirtingus ir ekonomiškai nepagrįstus nusidėvėjimo normatyvus, sudaromos sąlygos daryti įtaką sąnaudų dydžiui naudojamam asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti, fondo galimybėms asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokėti ir įstaigos veiklos rezultatui (perviršiui / deficitui) įvertinti (2.1 poskyris, 11–15 puslapiai).

### 3. Reglamentavimas ir praktika mokamų sveikatos priežiūros paslaugų srityje skiriasi

Pagal galiojantį reglamentavimą Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos gydymo įstaigos gali teikti mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, kurių sąrašą ir kainas tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, tačiau audito rezultatai parodė, kad gydymo įstaigos pasitvirtina ir teikia kitas mokamas medicininės paslaugas, ir kitomis kainomis, nei ministerijos nustatytosios. Atkreiptinas dėmesys, kad Sveikatos apsaugos ministerijos mokamų medicininių paslaugų sąrašai dėl naujų paslaugų įtraukimo nekeisti daugiau nei 10 metų. 2017 m. pavasarį Seime buvo užregistruotas įstatymo projektas, kuriuo siūloma suteikti teisę pacientų apmokamų medicininių paslaugų kainas tvirtinti gydymo įstaigos vadovui.

Tobulėjant medicinos technologijoms ir gydymo metodikoms, gydymo įstaigos negali nesiorientuoti į medicinos pažangą, tačiau svarbu ir tai, kad visos gydymo įstaigos vienodai taikytų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reguliuojančius teisės aktus ir taip užtikrintų pacientams vienodą šių paslaugų prieinamumą.

Esant galiojančiam teisiniam reglamentavimui ir siekiant užtikrinti bei nuolat gerinti paslaugų kokybę, atsižvelgti į mokslo, technologijų pažangą ir vienodą paslaugų prieinamumą pacientams, Sveikatos apsaugos ministerija turi laiku atnaujinti teikiamų mokamų medicininių paslaugų sąrašus ir vykdyti paslaugų teikimo pagal sąrašus kontrolę (2.2 poskyris, 15–18 puslapiai).

### 4. Ne visos sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui kelti skirtos lėšos pasiekė tikslą

Šakos kolektyvinė sutartis, kurią 2018-08-31 pasirašė ir Sveikatos apsaugos ministerija, numatė, kad, valstybės institucijoms skyrus papildomų fondo biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir rekomendavus jas nukreipti sveikatos

priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti, šios lėšos privalo būti naudojamos darbo užmokesčiui didinti. Nuo 2019-09-01 padidinus iš fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, Privalomojo sveikatos draudimo taryba visas tokias papildomas lėšas (41,15 mln. Eur) rekomendavo naudoti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti. Atkreipiame dėmesį, kad fondas gydymo įstaigoms apmoka už jų suteiktas gydymo paslaugas, o gydymo įstaigos priima sprendimus dėl lėšų panaudojimo, tame tarpe ir darbo užmokesčiui didinti.

Iš 20 tikrintų gydymo įstaigų tik apie pusę jų šia rekomendacija vadovavosi visa apimtimi. Kitos lėšų skyrė ir kitoms, su gydymo įstaigų veikla susijusioms išlaidoms: komunalinėms paslaugoms apmokėti, vaistams, medicininėms priemonėms įsigyti ir kt.

Tokiems gydymo įstaigų sprendimams įtakos turėjo ministerijos patvirtintos žemesnės (80–85 proc.) šių lėšų panaudojimo siektinos reikšmės, naudojamos gydymo įstaigų veiklai vertinti. Be to, Valstybinė ligonių kasa ir gydymo įstaigos skirtingai vertino tai, kokios pareigybės priskiriamos sveikatos priežiūros specialistams, kokio laikotarpio darbo užmokesį vertinti, kas turėtų atlikti vertinimus. Dėl šių trūkumų fiksuoti skirtingi papildomų lėšų, skirtų darbo užmokesčiui didinti, panaudojimo rezultatai.

Abstrakčios taisyklės, nevienodais duomenimis paremti skaičiavimai rodo objektyvumo, vertinant įstaigų veiklą ir papildomai skirtų lėšų darbo užmokesčiui didinti panaudojimą, trūkumą (2.3 poskyris, 18–21 puslapiai).

## Rekomendacijos

### Sveikatos apsaugos ministerijai

1. Siekiant, kad gydymo įstaigų teikiami duomenys sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti būtų teisingi ir palyginami, sukurti sistemą, užtikrinančią tokių duomenų pateikimą (2-asis pagrindinis audito rezultatas).
2. Siekiant užtikrinti ir nuolat gerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę, atsižvelgiant į mokslo ir technologijų pažangą, sukurti priemones, kurios užtikrintų įstatymu pavestos funkcijos – tvirtinti mokamas medicininės paslaugas ir jų kainas – įgyvendinimą: a) laiku atliekamą mokamų medicininių paslaugų sąrašų atnaujinimą; b) paslaugų teikimo pagal mokamus medicininių paslaugų sąrašus kontrolę (3-iasis pagrindinis audito rezultatas).

Rekomendacijų įgyvendinimo priemonės, terminai ir rodikliai, pagal kuriuos vertinsime situaciją, ar įgyvendintos priemonės pasiekė planuotą rezultatą ir sukūrė laukiamą pokytį, pateikti ataskaitos dalyje „Rekomendacijų įgyvendinimo planas“ (22–23 puslapiai). Audito metu Sveikatos apsaugos ministerijai pateikėme ir mažesnės svarbos rekomendaciją – tobulinti teisės aktus, reglamentuojančius siektino gydymo įstaigų vertinimo rodiklio nustatymą. Šiam pokyčiui įvertinti netaikysime pokyčių vertinimo rodiklių – juos vertinsime pagal suplanuotų priemonių įgyvendinimo rezultatus.

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 bei centralizuoti sutarčių su gydymo įstaigomis sudarymo procesą, svarbu įgyvendinti ankstesnių

auditų metu teiktas rekomendacijas (fondo valstybinio audito ataskaitos: 2019-09-30 Nr. FA-7, 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1; 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1):

1. Tobulinti teisinį reglamentavimą, nustatant aiškią (sveikatos draudimo įmokų) apmokamų asmens sveikatos paslaugų apimtį, ir numatyti, kad sveikatos draudimo įmokomis apmokamos tik tos išlaidos, kurios atitinka draudimo tikslą bei nėra dengtinės valstybės lėšomis.
2. Inicijuoti diskusiją su institucijomis, atsakingomis už socialinės paramos politiką, siekiant įvertinti socialiai jautrioms grupėms teikiamų didesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, jo atitiktį socialinės paramos turiniui, ir inicijuoti teisinio reglamentavimo pakeitimus, kad tokia socialinė parama būtų finansuojama kitomis nei privalomojo sveikatos draudimo įmokos lėšomis.
3. 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 perskaiciuojama pagal nustatytus kriterijus.
4. Užtikrinti, kad visos apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas dalys atitiktų įstatymo nuostatas.
5. 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 (teisės aktai priimti, laukiame praktinio įgyvendinimo).
6. Siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą, sujungti šiuo metu veikiančias fondo administravimo šešias įstaigas į vieną juridinį asmenį.
7. Siekiant, kad gydymo įstaigos veiktų vienodoje konkurencinėje aplinkoje, ir siekiant mažinti administracinę našta, centralizuoti sutarčių su gydymo įstaigomis sudarymo procesą.

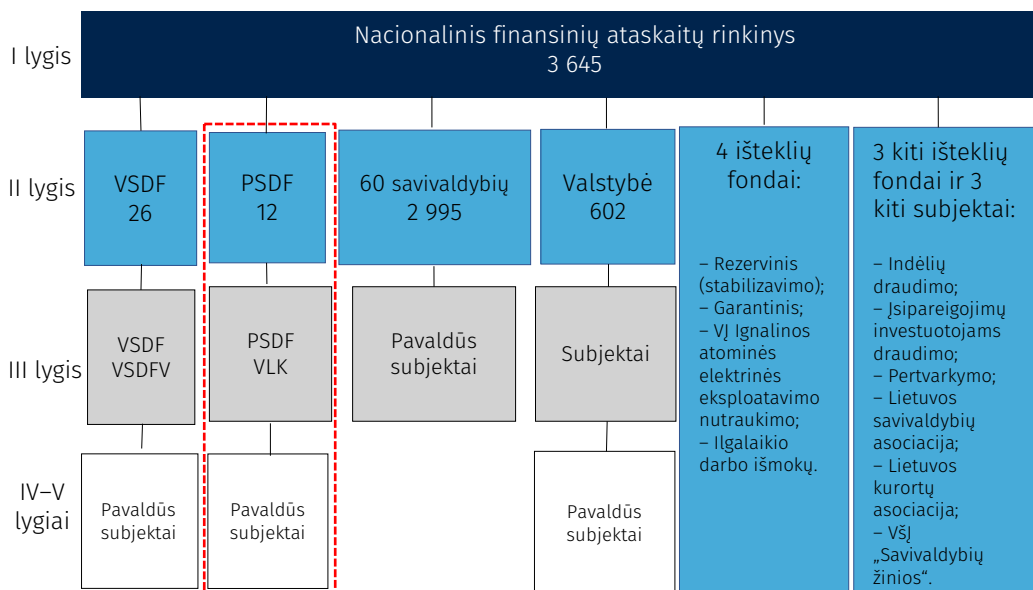
# JŽANGA

Valstybės kontrolė<sup>3</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>4</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, grupę sudarančių subjektų skaičius ir PSDF finansinių ataskaitų rinkinys nacionaliniame finansinių ataskaitų rinkinyje



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 išvadas ir audito ataskaitas dėl audituotų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Valstybės kontrolės įstatymas, 9 str.

<sup>4</sup> Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas, 2 str. 14 d.

<sup>5</sup> Ten pat, 30 str. 3 d., 32 str. 6 ir 7 d.

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 draudžiamiems asmenims, įvykus draudžiamajam įvykiui <sup>6</sup>. Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas, į valstybės ir savivaldybių biudžetus neįtrauktas PSDF biudžetas, kasmet tvirtinamas biudžeto rodiklių įstatymu. 2019 metams patvirtintos fondo įplaukos (pajamos) ir išlaidos sudaro po 2,06 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>6</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 2019 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>7</sup>. Šių paslaugų apimtį, įkainio apskaičiavimo tvarką ir patį įkainį nustatyti pavesta<sup>8</sup> Sveikatos apsaugos ministerijai. 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. Iki tapdamas gydymo įstaigų gaunama kaina, ministerijos nustatytas paslaugos įvertis – bazinė kaina balais – be įstatyminio pagrindo ir, nesant metodikos, koreguojamas: nustatomas balo įkainis eurai ir skiriami papildomi priedai. Siekiant pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos ir periodiškai perskaičiuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, būtina optimizuoti fondo veiklą, išgryninti įmokų į jį paskirtį ir aiškiai nustatyti garantuojamų paslaugų, apmokamų fondų lėšomis, apimtį<sup>9</sup>.
3. Šio audito metu vertinome gydymo įstaigų duomenų, medicininių paslaugų kainai nustatyti, apskaičiavimo, mokamų medicininių paslaugų teikimo atitiktį teisės aktams, teisinio reglamentavimo nuoseklumą ir pakankamumą. Vertinome ir sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio didinimą.

### 2.1. Gydymo įstaigų sąnaudos – nepalyginamos

4. Gydymo įstaigų suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos fondo lėšomis apmokamos pagal ministerijos patvirtintas bazines kainas. Atsižvelgiant į jas, į

<sup>7</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 43 str. 8 p.

<sup>8</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>9</sup> Valstybinio audito ataskaitose 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1 ir 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1 teiktos rekomendacijos.

planuojamą apdraustiesiems suteikti paslaugų kiekį, kiekvienais metais apskaičiuojama ir suma, kurią fondo lėšomis planuojama apmokėti gydymo įstaigoms už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas<sup>10</sup>.

5. 2019 m. už asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokėta 1 363,20 mln. Eur, iš jų 647,55 mln. Eur – už aktyviojo gydymo paslaugas, apmokamas pagal giminingų diagnozių grupių metodą (DRG), padedantį spręsti ne kainų lygio (dydžio), o jų disproporcijos problemą. Jo rezultatas – paslaugų įkainio, proporcingo gydymo įstaigų sąnaudoms, nustatymas. Šių paslaugų bazinės kainos perskaičiuojamos kasmet<sup>11</sup>. Tokiu būdu paslaugų kainai apskaičiuoti gydymo įstaigos kasmet ligonių kasoms teikia užpildytą Sąnaudų modelį<sup>12</sup> – patirtas pagrindinės veiklos sąnaudas priskiria modelyje pagal įstaigos struktūrinius padalinius išskirtoms sąnaudų grupėms (pvz.: gydytojų DU sąnaudos, laboratorijos sąnaudos ir kt.). Taigi, gydymo įstaigų finansinių ataskaitų rinkiniuose svarbu teisingai atskleisti atitinkamų veiklų rezultatus – teisingus pagrindinės veiklos duomenis, kurie pagal Sąnaudų modelį vertinami nustatant sveikatos priežiūros paslaugų kainas.

### Dėl netinkamo sąnaudų priskyrimo veikloms

6. Neteisingai priskyrus sąnaudas pagrindinei ir kitai veikloms (kitos veiklos sąnaudas priskiriant pagrindinei veiklai), klaidingi duomenys perkeliama ir į Sąnaudų modelį, pagal kurį paskirstomos didesnės sąnaudos, nei jų buvo patirta asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.
7. Vadovaujantis VSAFAS<sup>13</sup>, viešojo sektoriaus subjekto pajamos ir sąnaudos veiklos rezultatų ataskaitoje rodomos pagal veiklos pobūdį, t. y. pagrindinės veiklos, kitos veiklos, finansinės ir investicinės veiklos, kad būtų aišku, iš kokių pajamų subjektas finansuoja savo vykdomą veiklą ir kokie atitinkamos veiklos rezultatai. Audito metu nustatyta, kad 14 iš 20 (t. y. 70 proc. visų tikrintų) gydymo įstaigų nesivadovavo VSAFAS – sąnaudas<sup>14</sup>, susijusias su kitos veiklos pajamų uždirbimu, neteisingai<sup>15</sup> priskyrė ir apskaitoje parodė prie pagrindinės veiklos sąnaudų ir (ar) neteisingai registravo pagrindinės veiklos sąnaudas<sup>16</sup>.

<sup>10</sup> Vyriausybės 2003-05-14 nutarimu Nr. 589 patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės, 8.1 p.

<sup>11</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2011-08-12 įsakymas Nr. V-786; Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016-04-08 įsakymas Nr. 1K-116.

<sup>12</sup> Aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių gydymo įstaigų veiklos sąnaudų apskaitos ir priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą modelis.

<sup>13</sup> 3-iasis VSAFAS „Veiklos rezultatų ataskaita“, 11 p.

<sup>14</sup> Tikrintos gydymo įstaigos veiklos rezultatų ataskaitos straipsnyje B. „Pagrindinės veiklos sąnaudos“ nurodė su 1 mln. Eur pajamomis susijusių sąnaudų daugiau, nei jų įstaigos patyrė pagrindinės veiklos vykdymui. Gydymo įstaigos patirtas sąnaudas neteisingai priskyrė pagrindinei ir kitai veikloms, tačiau šis priskyrimas neturėjo įtakos bendram įstaigų veiklos rezultatui, nurodytam 2019 m. veiklos rezultatų ataskaitos straipsnyje „Grynasis perviršis ar deficitas“.

<sup>15</sup> 11-asis VSAFAS „Sąnaudos“, 14 p.; 3-iasis VSAFAS „Veiklos rezultatų ataskaita“, 11 ir 15 p.

<sup>16</sup> 11-asis VSAFAS „Sąnaudos“, 8, 12.3 p.

### Sąnaudų neteisingo priskyrimo pagrindinei veiklai pavyzdžiai

Pagrindinei gydymo įstaigų veiklai neteisingai priskirtos nemedicininės paslaugų sąnaudos, patirtos teikiant: palatų komforto pagerinimo, greitosios pagalbos automobilio nuomos, nakvynės, maitinimo veiklos, mirusiųjų palaikų laikymo ir sutvarkymo, dokumentų kopijavimo, ligos istorijos išrašo pateikimo, duomenų įrašymo į laikmenas, gimimo liudijimo išdavimo, dokumentų rengimo ir išdavimo paslaugas ir pan.

Neteisingai registruotos pagrindinės veiklos sąnaudos – kitos veiklos vykdymui patirtos DU, komunalinės sąnaudos priskirtos pagrindinės veiklos sąnaudoms.

8. Neteisingo pajamų ir sąnaudų priskyrimo veikloms problema nustatyta ir ankstesnio Valstybės kontrolės valstybinio audito metu<sup>17</sup>, todėl Sveikatos apsaugos ministerijai buvo teikta rekomendacija „Įvertinti pajamų apskaitos trūkumų mastą konsoliduojamų viešojo sektoriaus subjektų grupės įstaigose ir užtikrinti, kad apskaitoje būtų atlikti reikiami koregavimai“, tačiau šią rekomendaciją įgyvendinti vėluojama.
9. Tikrintos gydymo įstaigos, kiek tai leidžia jų informacinės sistemos ir personalo politika<sup>18</sup>, visas padalinių sąnaudas, kurias galėjo paskirstyti tiesiogiai, Sąnaudų modelyje taip ir paskirstė. Kitais atvejais, siekdami kuo tiksliau įvertinti sąnaudas (tarp jų ir struktūrinių padalinių, kurie pajamų neuždirba<sup>19</sup>) jų skirstymui naudojo ir pačių pasirinktus rodiklius<sup>20</sup> – paskirstymo bazes, kai VLK tokių nebuvo numatę. 2020 m. patikslintas<sup>21</sup> reglamentavimas ir paskirstymo bazės nustatytos. Atkreipiame dėmesį, kad finansinė apskaita Sąnaudų modelio pildymui reikalingu detalumu nevedama nė vienoje tikrintoje gydymo įstaigoje.

### Taikomi nusidėvėjimo normatyvai skirtingi ir ekonomiškai nepagrįsti

10. Skaičiuojamam atlygiui už teikiamas paslaugas įtakos turi ir viena iš sąnaudų grupių – nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos.
11. Gydymo įstaigos pagal pavaldumą (SAM, savivaldybėms), nustatant ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) normatyvų dydžius, įpareigotos vadovautis skirtingais teisės aktais. SAM pavaldžiosios įstaigos taiko ministerijos nustatytus konkrečius normatyvus<sup>22</sup>, o savivaldybėms pavaldžios – normatyvus, atitinkančius Vyriausybės patvirtintas jų dydžių ribas<sup>23</sup>. Audito metu nustatėme, kad dėl šios priežasties tikrintose 20-yje gydymo įstaigų taikomi nusidėvėjimo normatyvai tam tikrais atvejais skiriasi ir 5 kartus (žr. 1 lentelę), atitinkamai skiriasi ir įstaigų apskaičiuotos nusidėvėjimo sąnaudos.

<sup>17</sup> 2019-10-01 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-8 „2018 m. valstybės konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei valstybės biudžeto lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“.

<sup>18</sup> Įdarbinimas skyriuose atskirais krūviais, DU dalis nuo paslaugų vertės, DU forma: etatinis, priemokos ir pan.

<sup>19</sup> Pvz.: laboratorijos, vaizdo gavimo, vaistinės, sterilizacinės ir kt.

<sup>20</sup> Visos tikrintos gydymo įstaigos Sąnaudų modelio A.5.1. dalį pildė naudodamos pačių pasirinktus rodiklius – paskirstymo bazes. Pvz.: padalinių, atliekančių tyrimus ir procedūras, sąnaudas aktyvaus gydymo ir kitų paslaugų sąnaudų grupėms paskirstė proporcingai pagal pacientams suteiktų paslaugų ar tyrimų skaičių (ne vertę), vaistinės (medikamentai) skyriaus – proporcingai pagal medikamentų kiekį, vertę, materialiai atsakingą asmenį ir pan. Šiai Sąnaudų modelio daliai VLK paskirstymo bazių nebuvo numatę.

<sup>21</sup> Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2020-04-24 įsakymas Nr. 1K-120.

<sup>22</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2014-08-18 įsakymas Nr. V-875 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros viešojo sektoriaus subjektų ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) ekonominių normatyvų patvirtinimo“.

<sup>23</sup> Vyriausybės 2009-06-10 nutarimas Nr. 564 „Dėl minimalios ilgalaikio materialiojo turto vertės nustatymo ir ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) minimalių ir maksimalių ekonominių normatyvų viešojo sektoriaus subjektams sąrašo patvirtinimo“.

**1 lentelė.** Skirtingo pavaldumo tikrintų gydymo įstaigų taikomi nusidėvėjimo ir amortizacijos normatyvų pavyzdžiai (metais)

Gydymo įstaigos pavaldumas	Programinė įranga, jos licencijos ir techninė dokumentacija	Kapitaliniai mūriniai pastatai	Pastatai	Medicinos įranga	Specialieji automobiliai
SAM	4	100	75	9	6
Savivaldybės	1–5	90–140	70–100	6–10	4–7

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal gydymo įstaigų duomenis

12. Audito metu pastebėjome, kad tikrintose gydymo įstaigose nuo 9 iki 75 proc. naudojamo ilgalaikio turto yra visiškai nudėvėta (žr. 2 lentelę). Šių įstaigų ilgalaikio turto įsigijimo savikaina balanse (2018 m.) – 387,10 mln. Eur, visiškai nudėvėto – 95,43 mln. Eur (25 proc.). Tai reiškia, kad turto naudojimo pradžioje jo nusidėvėjimo sąnaudos nepagrįstai padidinamos, o vėlesniais laikotarpiais nepagrįstai sumažinamos. Atsižvelgiant į tai, kad ilgalaikio turto nudėvimoji vertė turi būti nuosekliai paskirstoma per visą turto naudingo tarnavimo laiką<sup>24</sup>, svarstyti nusidėvėjimo normų (dydžio) ekonominis pagrįstumas.

**2 lentelė.** Tikrintų gydymo įstaigų veiklai naudojamo visiškai nudėvėto turto dalis, proc.

Gydymo įstaigos (vnt.)	Nudėvėto ir vis dar veiklai naudojamo turto dalis, proc.
1	9,13
1	13,45
2	24,00, 28,82
5	33,29, 35,13, 38,30, 38,64, 39,61
7	40,67, 41,36, 42,78, 42,90, 45,41, 47,83, 49,56
2	51,19, 55,10
1	67,47
1	<b>74,68</b>
Iš viso:	24,65

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal gydymo įstaigų duomenis

13. Gydymo įstaigos taikė tiesiogiai proporcingą (metų) nusidėvėjimo skaičiavimo metodą. Žinant įrangos naudojimo intensyvumą (audito rezultatai parodė, jog daugiau nei pusės (59 proc.) vertintų brangių (per 29 tūkst. Eur) medicinos prietaisų panaudojimo intensyvumas mažas, o 7 proc. jų visiškai nenaudojami)<sup>25</sup>, svarstyti praktikoje taikomo nusidėvėjimo metodo ekonominis pagrįstumas ir kitų nusidėvėjimo metodų – produkcijos vienetų – taikymo skirtingoms turto grupėms aktualumas.
14. 2019 m. priimtu įstatymu<sup>26</sup> nustatyta, kad valstybės ir savivaldybių viešosios gydymo įstaigos valstybei ir savivaldybėms nuosavybės teise priklausantį ilgalaikį materialųjį turtą nuo 2020 m. lapkričio 1 d. valdys nebe panaudos pagrindais, bet turto patikėjimo teise pagal patikėjimo sutartį. Tikrintose gydymo įstaigose pagal panaudą<sup>27</sup> valdomo turto

<sup>24</sup> 12-asis VSAFAS „Ilgalaikis materialusis turtas“, 45 p., 13-asis VSAFAS „Nematerialusis turtas“, 44 p.

<sup>25</sup> 2018-11-16 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-10-1-10 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“.

<sup>26</sup> 2019-09-26 Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 3 ir 36 straipsnių pakeitimo įstatymas; 2020-06-25 Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 36 straipsnio pakeitimo įstatymas.

<sup>27</sup> Sveikatos apsaugos ministerijos ir savivaldybių perduotas turtas gydymo įstaigoms.

santykinė vertė svyruoja nuo 1 iki 89 proc. viso gydymo įstaigos veikloje naudojamo turto (žr. 3 lentelę). Šio turto įsigijimo savikaina (2018 m.) – 351,29 mln. Eur.

**3 lentelė.** Tikrintų gydymo įstaigų panaudos būdu valdomo turto dalis, palyginti su visu jų veiklai naudojamu turto, proc.

Gydymo įstaigos (vnt.)	Gydymo įstaigų ilgalaikio turto įsigijimo savikaina mln. Eur (balansas)	Gydymo įstaigų pagal panaudą* valdomo ilgalaikio turto įsigijimo savikaina mln. Eur (užbalansis)	Panaudos būdu valdomo turto dalis, palyginti su visu veiklai naudojamu turto, proc.
	1	2	2/(1+2)
1	55,46	0,82	1,45
1	8,10	2,70	25,00
1	173,04	98,40	36,25
5	3,97-14,70	3,39-10,45	40,24-48,05
4	3,06-6,85	4,58-9,33	50,90-59,95
5	1,36-22,13	2,17-41,32	61,50-66,88
2	3,21-24,74	8,13-60,37	70,93, 71,72
1	1,46	11,34	88,59
<b>Iš viso:</b>	<b>387,10</b>	<b>351,29</b>	<b>47,57</b>

\* Iš Sveikatos apsaugos ministerijos, savivaldybių.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal gydymo įstaigų finansinių ataskaitų duomenis

- Taigi, 48 proc. tikrintų gydymo įstaigų veiklai naudojamo turto bus 2020 m. įtraukta į šių įstaigų finansines ataskaitas ir bus skaičiuojamas jo nusidėvėjimas, t. y. turto padaugės du kartus, atitinkamai nusidėvėjimo sąnaudos išaugs. Jas numatyta įtraukti ir skaičiuojant sveikatos paslaugų kainą<sup>28</sup>.
- Esant skirtingiems ir ekonomiškai nepagrįstiems nusidėvėjimo normatyvams, sudaromos sąlygos daryti įtaką sąnaudų dydžiui naudojamam asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti, fondo galimybėms asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokėti ir įstaigos veiklos rezultatui (perviršiumi / deficitui). Todėl siekiant, kad gydymo įstaigų teikiami duomenys sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti būtų teisingi ir palyginami, reikalinga sukurti sistemą, užtikrinančią tokių duomenų pateikimą.

## 2.2. Reglamentavimas ir praktika mokamų medicininių paslaugų srityje skiriasi

- Įstatyme<sup>29</sup> nustatyta, kad LNSS vykdomieji subjektai pagal kompetenciją teikia mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai (juridiniai ir fiziniai asmenys) privalo sumokėti. Šių paslaugų sąrašą, kainas, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.
- Mokamos asmens sveikatos priežiūros (medicininės) paslaugos – tos, už kurias turime susimokėti patys esant nustatytoms sąlygoms<sup>30</sup>. Pavyzdžiui – tokios paslaugos neapmokamos PSDF, nesame apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, neturime

<sup>28</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2020-04-17 įsakymas Nr. V-908; Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2020-04-24 įsakymas Nr. 1K-120.

<sup>29</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 11 str. 2 d. 2 p.

<sup>30</sup> Sveikatos sistemos įstatymo 11 str. 2 d., sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymu Nr. 357 patvirtinta Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka, 3, 5, 7 ir 8 p.

gydytojo siuntimo stacionarinėms ar specializuotoms ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (konsultacijoms, stacionarinio gydymo, procedūroms, tyrimams ir pan.), norime papildomų ar brangesnių paslaugų ir kt. Dėl brangiau kainuojančių medicininių paslaugų – pacientas gali atsisakyti jam gydytojo paskirtos paslaugos, apmokamos PSDF lėšomis ir, gydytojui leidus, rinktis kitą. Jų kainų skirtumą pacientas privalo susimokėti pats. Individualus gydytojo sprendimas skirti vieną ar kitą paslaugą susijęs su gydymo paslaugų kokybės klausimais, kurių šio audito metu nevertinome.

19. Įgyvendinant įstatymo nuostatas patvirtinti<sup>31</sup> du mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai. Viename jų nurodytos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra gyvybiškai būtinos (pvz., išvaizdos gerinimas estetiniais ir kosmetiniais tikslais ir pan.), už kurias pacientai visais atvejais privalo mokėti, kitame – paslaugos, už kurias pacientai turi sumokėti, nes netenkinamos sąlygos, kurioms esant jos galėtų būti apmokamos, pvz., iš PSDF, valstybės biudžetų lėšų.

### Gydymo įstaigos pačios pasitvirtina mokamas medicininės paslaugas, jų kainas, kurių ministerija nenustatė

20. Nustatėme, kad iš 20 audito metu pasirinktų vertinti gydymo įstaigų 15, arba 75 proc. teikė ne ministerijos, o pačių pasitvirtintas mokamas medicininės paslaugas: 8 – pasitvirtino mokamas medicininės paslaugas<sup>32</sup>, kurios neįtrauktos į ministerijos patvirtintus sąrašus ir jų kainų ministerija nenustatė; 2 – mokamų medicininių paslaugų kainas pasitvirtino didesnes<sup>33</sup>, nei ministerijos nustatytos, o 5 – pasitvirtino ir paslaugas, kurios neįtrauktos į ministerijos sąrašus ir nusistatė didesnes kainas<sup>34</sup> (žr. 4 lentelę).

**4 lentelė.** Tikrintų gydymo įstaigų teikiamų mokamų medicininių paslaugų atitiktis ministerijos nustatytosioms

Gydymo įstaigos (vnt.)	Pasitvirtino didesnes medicininių paslaugų kainas, nei ministerija nustatė (įvertinus indeksaciją)*	Pasitvirtino medicininės paslaugas, kurių nėra ministerijos sąrašuose ir jų kainų ministerija nenustatė
5	TAIP	TAIP
8	NE	TAIP
2	TAIP	NE
5	NE	NE

\* Sveikatos apsaugos ministerijos 2020-01-14 raštas Nr. (1.1.20-12)10-238 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų indeksavimo“

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal gydymo įstaigų duomenis

<sup>31</sup> Sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 1999-07-30 Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“; 1996-03-26 Nr. 178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“.

<sup>32</sup> Pvz.: karpos, papildomos šalinimas chirurginiu lazeriu, gravitacinės kraujos chirurgijos procedūros, natriuretino peptido (pro-BNP) nustatymas, benzodiazepinų tyrimas, implanto „Nexplanon“ įvedimas-išėmimas; tymponogramos atlikimas, krioabliacija (prostatos navikų naikinimas šalčiu), cirkuliuojančios EGFR dažniausių mutacijų nustatymas, optinės koherentinės tomografijos tyrimas.

<sup>33</sup> Visose tikrintose gydymo įstaigose vertinome profesiniu sprendimu pasirinktas 8 mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas, nustatytas sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymu Nr. 357 patvirtintame Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė ir gydymo įstaigoje.

<sup>34</sup> Palyginus su ministerijos patvirtintų panašių paslaugų kainomis.

Audito metu tikrintų gydymo įstaigų, teikiančių mokamas medicininės paslaugas, kurių ministerija nėra patvirtinusi, taikomos praktikos argumentai – įvairūs ir reikalaujantys neatidėliotų sprendimų.

#### **Tikrintų gydymo įstaigų, teikiančių mokamas medicininės paslaugas, kurių ministerija nėra patvirtinusi, argumentai dėl taikomos praktikos**

Siekdami užtikrinti ir nuolat gerinti ASPP prieinamumą ir kokybę, atsižvelgdami į besikeičiančius gydymo ir tyrimų metodus, pacientų poreikius, plečiame paslaugų ir tyrimų spektrą, tarp jų ir mokamų.

Tokios praktikos susiformavimą ir jos nekeitimą atitinkamose institucijose iš esmės lėmė kasdienybės realijos, t. y. mokslo, technologijų pažanga lemia nuolatinę ASPP kaitą, ypač jų teikime panaudojamos medicininės įrangos ar pačiame paslaugos suteikimo pobūdyje, kurios neįmanoma laiku įforminti ministerijos lygmens dokumentais.

Gydymo įstaiga negali pateisinti savo neveikimo (paslaugos nesuteikimo) vien tuo, jog (dar) nėra papildytas ministro sąrašas.

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos suteikta licencija paslaugoms teikti ir pan.

### Ministerijos patvirtinti mokamų medicininių paslaugų sąrašai neatnaujinti daugiau nei 10 metų

21. Mokamų medicininių paslaugų sąrašai patvirtinti 1996 ir 1999 m. Naujos paslaugos juose paskutinį kartą buvo įtrauktos 2010 ir 2000 m. Atnaujinimo problema sprendžiama nuo 2014 metų. Per šešerius metus ministro įsakymais sudarytos dvi darbo grupės<sup>35</sup>, turėjusios atnaujinti mokamų asmens sveikatos paslaugų sąrašą ir kainas, o tai rodo ministerijos pastangas ieškoti sprendimų. Tačiau, pirmosios darbo grupės siūlymai nebuvo įgyvendinti, antrosios veikla sustabdyta, nesant politinio sprendimo dėl tokių paslaugų reglamentavimo pakeitimo<sup>36</sup>, kuriuo siūloma suteikti teisę pacientų apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas tvirtinti gydymo įstaigos vadovui.
22. Gydymo įstaigos šiuo šešerių metų laikotarpiu rodė iniciatyvą teikdamos siūlymus dėl kainynų asmens sveikatos priežiūros paslaugų nomenklatūros pakeitimo ar prašydamos ministeriją įtraukti atitinkamas paslaugas į mokamų paslaugų sąrašą ir patvirtinti jų kainas. Pavyzdžiui, 2019 m. Vilniaus m. savivaldybė kreipėsi į ministeriją ne kartą (2019-05-18 ir 2019-09-06). Gauti atsakymai, kad ministerijos specialistai atlieka savivaldybės pateikto mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo vertinimą (2019-06-27) ir ministerija šiuo metu neturi galimybių tinkamai įvertinti pateiktos informacijos (2019-10-22). Ministerija pažymėjo, kad svarstys savivaldybės pateiktą klausimą, kai bus priimtas sprendimas dėl tokių paslaugų reglamentavimo pakeitimo. Pažymėtina, kad siūlytas teisės akto pakeitimas ir 2020-09-30 vis dar nepriimtas, o sąrašai dėl naujų paslaugų įtraukimo nekeisti daugiau nei 10 metų.
23. Taigi, susiklostė situacija, kai pagal galiojantį reglamentavimą pareiga tvirtinti mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir kainas pavesta Sveikatos apsaugos ministerijai, tačiau pagal esamą praktiką gydymo įstaigos jas ir jų kainas pasitvirtina pačios.

<sup>35</sup> Sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 2014-07-30 Nr. V-842, 2018-07-24 Nr. V-843.

<sup>36</sup> Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-522 11 str. pakeitimo įstatymo projektas, 2017-03-07 Nr. XIIIIP-400.

### Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė

Konstitucinio Teismo aktuose ne kartą konstatuota ir tai, kad neatsiejami teisinės valstybės principo elementai yra teisėtų lūkesčių apsauga, teisinis tikrumas ir teisinis saugumas; šie konstituciniai principai suponuoja valstybės pareigą užtikrinti teisinio reguliavimo tikrumą ir stabilumą, apsaugoti asmenų teises, gerbti teisėtus interesus ir teisėtus lūkesčius, vykdyti priimtus įsipareigojimus asmeniui; neužtikrinus asmens teisėtų lūkesčių apsaugos, teisinio tikrumo ir teisinio saugumo, nebūtų užtikrintas asmens pasitikėjimas valstybe ir teise (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2003 m. kovo 4 d., 2013 m. vasario 15 d., 2013 m. spalio 10 d. nutarimai). Atsižvelgiant į tai, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos (joms naudojamos medžiagos, procedūros, vaistai ir kt.) nuolat kinta, jų atsiranda vis naujų ir jeigu įstaigos jų negalėtų teikti dėl to, kad ministerija kartu su kitomis teisės aktais (šiuo atveju įstatymus) priimančiomis valstybės institucijomis negali priimti atitinkamų sprendimų, nukentėtų pacientai, nes jiems nebūtų prieinamos kokybiškos (kad ir mokamos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Ministerijos nuomone, mokamų asmens sveikatos priežiūros (medicininių) paslaugų reglamentavimo problemoms spręsti, taip pat ir kitoms problemoms, kylančioms dėl teisinio reglamentavimo, numatančio galimybę privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems pacientams mokėti už sveikatos priežiūros paslaugas yra būtinas kompleksinis požiūris, teisės aktų keitimas ir politinė valia.

24. Suprantama, kad, tobulėjant medicinos technologijoms ir gydymo metodikoms, gydymo įstaigos negali nesiorientuoti į medicinos pažangą, tačiau svarbu ir tai, kad visos gydymo įstaigos vienodai taikytų mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reguliuojančius teisės aktus ir taip užtikrintų pacientams vienodą šių paslaugų prieinamumą. Mūsų nuomone, teisėkūros procese esantys reglamentavimo pakeitimai nėra priežastis ministerijai nevykdyti įstatymu pavestų funkcijų, o sveikatos priežiūros įstaigų vadovams – priimti sprendimus, neatitinkančius teisės aktų.
25. LNSS įstaigose mokamų paslaugų teisėtumą ir pagrįstumą vertinti ir kontroliuoti pirmiausia privalo sveikatos priežiūros įstaigų steigėjas (savininkas / dalininkas), tačiau manome, kad užsitęsusių sisteminės problemos sprendimo būdų turi imtis ieškoti ministerija (kaip sveikatos politikos formuotoja) – sukurti priemones, užtikrinančias ministerijai įstatymu pavestą funkciją – tvirtinti mokamas medicininės paslaugas ir jų kainas – įgyvendinimą: a) laiku atliekamą mokamų medicininių paslaugų sąrašų atnaujinimą; b) paslaugų teikimo pagal mokamų medicininių paslaugų sąrašus kontrolę.

### 2.3. Ne visos sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui kelti skirtos lėšos pasiekė tikslą

26. Siekiant gerinti Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje veikiančių įstaigų darbuotojų ekonomines, darbo ir socialines sąlygas, darbo organizavimą grįsti šiuolaikiniais jų motyvavimo principais, didinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, stiprinti socialinę partnerystę šios sistemos įstaigose ir bendradarbiaujant įgyvendinti Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje<sup>37</sup> įtvirtintus tikslus, 2018-08-31 sudaryta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinė sutartis<sup>38</sup>. Ji terminuota – galioja trejus metus<sup>39</sup> nuo jos įsigaliojimo 2019-01-01<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> Seimo 2014-06-26 nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“.

<sup>38</sup> Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinė sutartis, 2018-08-31 Nr. 2/S-133. Sudarė: Lietuvos gydytojų sąjunga, Lietuvos sveikatos apsaugos darbuotojų profesinė sąjunga, Lietuvos slaugos specialistų organizacija, Lietuvos farmacijos darbuotojų profesinė sąjunga ir Sveikatos apsaugos ministerija, veikianti Vyriausybės 2018-06-13 nutarimo Nr. 584 pagrindu (su visais pakeitimais iki 2020-01-01).

<sup>39</sup> Ten pat, 1.6 p.

<sup>40</sup> Susitarimas dėl LNSS šakos kolektyvinės sutarties pakeitimo, 2018-09-06 Nr. S-142.

27. Sutarties neatsiejama dalis – darbo apmokėjimo nuostatai (Šakos DU nuostatai), taikomi sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas. Juose nustatyta darbo užmokesčio sandara ir jo nustatymo tvarka: numatytos DU sudedamosios dalys (pagrindinis ir papildomas DU), jų nustatymo kriterijai, mažiausia pagrindinio DU pastovioji dalis pagal sveikatos priežiūros specialistų profesines grupes ir kita.
28. Minėtos sutarties 5.2 p. numatyta, jog, valstybės institucijoms skyrus papildomų PSDF biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir rekomendavus jas nukreipti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti, tos lėšos privalo būti naudojamos darbo užmokesčiui didinti vadovaujantis šia kolektyvine sutartimi ir LNSS įstaigoje patvirtinta darbo apmokėjimo tvarka.
29. Atitinkamai ir Šakos DU nuostatuose<sup>41</sup> išskirtas atvejis, kad, padidinus asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas ar skyrus papildomų PSDF biudžeto lėšų paslaugoms apmokėti, atitinkama PSDF lėšų suma, jei teisės aktuose nurodoma, kad ji skiriama įstaigos darbo užmokesčio fondui didinti, privalo būti skiriama įstaigų darbuotojų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, darbo užmokesčiui didinti pagal Šakos DU nuostatuose išdėstytus kriterijus.

### Visas papildomas lėšas DU didinti skyrė pusė tikrintų gydymo įstaigų

30. Nuo 2019-09-01 ministerijos įsakymais padidintos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos. Tam pritarė ir Privalomojo sveikatos draudimo taryba<sup>42</sup>, kuri papildomai skirtas lėšas (41,15 mlrd. Eur) rekomendavo<sup>43</sup> naudoti susitarimui<sup>44</sup> įgyvendinti, t. y. sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti. Taigi, vadovaujantis Šakos kolektyvine sutartimi, visos minėtos lėšos turėjo būti skirtos sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti. Atkreipiame dėmesį, kad fondas gydymo įstaigoms apmoka už jų suteiktas gydymo paslaugas, o gydymo įstaigos priima sprendimus dėl lėšų panaudojimo, tame tarpe ir darbo užmokesčiui<sup>45</sup> didinti. Audito rezultatai parodė, kad pusė (iš tikrintų 20) gydymo įstaigų<sup>46</sup> personalo darbo užmokesčiui didinti skyrė visas papildomas fondo lėšas, rekomenduotas asmens sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti. Kitos tokias lėšas skyrė ir kitoms su gydymo įstaigų veikla susijusioms išlaidoms: komunalinėms paslaugoms apmokėti, vaistams, medicininėms priemonėms įsigyti ir kt.

<sup>41</sup> Šakos DU nuostatų trečioji pastraipa.

<sup>42</sup> Sveikatos draudimo įstatymas, 25 str. 1 d.: Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinės kainas nustato SAM, įvertinusi VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

<sup>43</sup> Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2019-06-17 nutarimas Nr. DT-6/1 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2019-09-01“.

<sup>44</sup> Derybinės grupės, sudarytos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1208, ir Jungtinės profesinių sąjungų atstovybės atstovų (2017-11-07 profesinių sąjungų atstovų pranešimas) 2017-12-13 kolektyvinių derybų susitarimas Nr. S-391.

<sup>45</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 30 str. 1 d.

<sup>46</sup> Visos tikrintos gydymo įstaigos buvo pasirašiusios Šakos kolektyvinę sutartį.

## Ministerija sudarė prielaidas DU skirti ne visas papildomas lėšas

31. Įstaigų vadovų sprendimus dėl sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio didinimo (skirti ne visas papildomai gautas lėšas) galimai lėmė ministerijos patvirtintų gydymo įstaigos veiklos vertinimo rodiklių nustatytos siektinos reikšmės<sup>47</sup>. Vienas rodiklių<sup>48</sup> – įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis. Numatyta siektina reikšmė 2019 m. – valstybės institucijoms skyrus papildomų PSDF biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir rekomendavus jas nukreipti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti, ne mažiau kaip 80 ar 85 proc.<sup>49</sup> nurodytų lėšų panaudoti darbo užmokesčiui didinti. Kadangi nustatytos siektinos rodiklio reikšmės mažesnės, nei PSDT rekomendavo, įstaigos turėjo galimybę pasirinkti ir dalis jų ne visas papildomai gautas lėšas skyrė DU didinimui. Be to, ministerijos nustatyto rodiklio nepasiekė 8 (jų pačių skaičiavimais) arba 10 (VLK skaičiavimais) gydymo įstaigų.
32. Minėtą rodiklį ministerija įpareigojo skaičiuoti Valstybinę ligonių kasą<sup>50</sup>, bet 18 (iš 20 pasirinktų vertinti) gydymo įstaigų ir pačios skaičiavo bei gautą rezultatą fiksavo veiklos rezultatų įvykdymo ataskaitose, nes VLK savo skaičiavimo rezultatus teikė tik ministerijai. Nustatėme, kad skiriasi VLK ir gydymo įstaigų apskaičiuoto rodiklio rezultatai (žr. 5 lentelę).

**5 lentelė.** Rodiklio „Įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis“ rezultatai 2019 m. tikrintų gydymo įstaigų ir VLK skaičiavimais

Rodiklio rezultatas	Gydymo įstaigų (vnt.) skaičiuotas ir veiklos vertinimo ataskaitoje fiksuotas rezultatas	VLK skaičiuotas rezultatas
100 proc. ir daugiau*	7	10
Nuo 85 proc.** iki 100 proc.	5	0
<b>Pasiektas rodiklis</b>	<b>12</b>	<b>10</b>
Mažiau nei 85 proc.	6	10
Nenurodė***	2	-
<b>Nepasiektas rodiklis</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

\* Gydymo įstaigos DU didinimui skyrė daugiau lėšų nei buvo rekomenduota.

\*\* Tos gydymo įstaigos, kurioms nustatytas rodiklio siektina reikšmė 80 proc. – pasiekė daugiau nei 100 proc.

\*\*\* VLK rezultatą įrašė, neįrašė.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal gydymo įstaigų ir VLK duomenis

VLK vertinimu, 10 gydymo įstaigų pasiekė ministerijos nustatytas siektinas reikšmes. Įstaigų vertinimu, jas pasiekė 12 gydymo įstaigų. Situacija, kai reglamentavime nebuvo nustatytas duomenų dalijimosi būdas (VLK informacijos teikimas ne tik ministerijai, bet ir įstaigoms), o įstaigos naudojo savo pačių apskaičiuotą rodiklio pasiekimą, mūsų nuomone, sudarė nelygiateises sąlygas jų veiklos rezultatams vertinti<sup>51</sup>.

<sup>47</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 15(2) str. 1, 3 d., taikomas LNSS viešosioms įstaigoms (nepriklausomai nuo pavaldumo), sveikatos apsaugos ministro 2019-06-20 įsakymas Nr. V-731 „Dėl LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodiklių 2019 m. siektinų reikšmių patvirtinimo“. Šie rodikliai taikomi visoms LNSS viešosioms ir biudžetinėms gydymo įstaigoms (išvardytoms ministro įsakyme) nepriklausomai, ar jos pasirašė Šakos kolektyvinę sutartį, ar ne.

<sup>48</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 15(2) str. 1 d. 2 p., sveikatos apsaugos ministro 2019-06-20 įsakymas Nr. V-731.

<sup>49</sup> Siektina reikšmė priklauso nuo gydymo įstaigos lygmens (rajonų ir regionų ir pan.).

<sup>50</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2019-06-20 įsakymas Nr. V-731.

<sup>51</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 15(1) str. 10, 11 d., sveikatos apsaugos ministro 2019-03-25 įsakymu Nr. V-361 (2019-08-28 įsakymo Nr. V-1029 redakcija) patvirtintas LNSS viešųjų įstaigų vadovų ir jų pavaduojujų mėnesinio darbo užmokesčio kintamosios dalies dydžio nustatymo tvarkos aprašas, 4 p.

## Lėšų panaudojimo DU didinti vertinimas pagal nustatytą rodiklį turėjo trūkumų

33. Rodiklio – įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis – apskaičiavimas apibrėžtas abstrakčiai: „...apskaičiuojamas imant dviejų laikotarpių vieno mėnesio vidutinio darbo užmokesčio fondo duomenis (iki darbo užmokesčio didinimo ir po jo)...“. Rodiklio tikslas buvo įvertinti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio didinimą. Duomenų analizė parodė, kad VLK ir gydymo įstaigų apskaičiuotų rodiklių skirtumus lėmė naudoti duomenys: pareigybės, kurių darbo užmokestis naudotas skaičiavimams, ir vertinimo laikotarpis:
- VLK vertino viso gydymo įstaigos personalo DU fondo duomenis, įskaitant ir administracijos, ir kito personalo; gydymo įstaigos – tik sveikatos priežiūros specialistų. Visais tikrintais atvejais rodiklį skaičiuojant buvo vertinami gydymo įstaigų darbo užmokesčio duomenys, teikiami ligonių kasoms nustatyta forma<sup>52</sup>. Joje duomenys detalizuoti pagal darbuotojų grupes (medicinos / kitas personalas), tačiau formoje nurodytas asmens sveikatos priežiūros personalo skirstymas nesutampa su Šakos DU nuostatose numatytu skirstymu pagal personalo grupes (pvz., VLK formoje slaugytojų padėjėjai nepriskiriami sveikatos priežiūrą teikiančiam personalui, o Šakos DU nuostatuose – priskiriami). Papildomos lėšos turėjo būti skirtos sveikatos priežiūros personalo pagal Šakos DU nuostatus darbo užmokesčiui didinti, tad pažymime, kad, nepriklausomai nuo to, kas rodiklį skaičiavo, į duomenų apimtį visais atvejais įtraukė ne tuos darbo užmokesčio duomenis.
  - VLK vertino 2019 m. 01–03 ir 2019 m. 09–12 mėn. laikotarpių duomenis, gydymo įstaigos – 2019 m. 01–08 ir 09–12 mėn. Mūsų nuomone<sup>53</sup> gydymo įstaigų rodiklio skaičiavimai, lyginant 2019 m. 01–08 ir 09–12 mėn. laikotarpius, tikslesni, t. y. labiau atspindi tikruosius pokyčius, nei VLK skaičiavimai, kuriems naudoti trumpesnių laikotarpių duomenys.
34. Apibendrinant galima teigti, kad rodiklis tik iš dalies parodė, kokia dalis papildomai skirtų PSDF lėšų, rekomenduotų nukreipti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti, faktiškai buvo nukreipta. Abstrakčios taisyklės, naudojami nevienodai apskaičiuoti rodikliai rodo objektyvumo, vertinant įstaigų veiklą ir papildomai skirtų lėšų DU didinti panaudojimą, trūkumą. Įvertinusi audito metu nustatytus dalykus, Sveikatos apsaugos ministerija pritarė poreikiui tobulinti teisės aktus ir nustatyti: rodiklio skaičiavimo metodiką; siektinas reikšmes, kurios nesukurtų dviprasmiškų situacijų; atsakomybę už apskaičiavimą ir dalijimąsi informacija. Audito metu ministerija patvirtino gydymo įstaigų 2020 m. veiklos vertinimo rodiklius<sup>54</sup>, juose numatė rodiklio – įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis – skaičiavimui vertinamus konkrečius laikotarpius.

<sup>52</sup> Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2015-04-28 įsakymas Nr. 1K-106 „Dėl Duomenų apie asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų skaičių ir jų vidutinį darbo užmokestį ataskaitų formų bei jų pildymo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

<sup>53</sup> Atsižvelgiant į tai, kad teritorinių ligonių kasų ir gydymo įstaigų sutartys dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis pastaruoju metu pasirašomos kasmet numatant vis didesnes sumas ne tik dėl bazinių paslaugų kainų kitimo, bet ir dėl didesnio kompensuojamųjų paslaugų teikimo masto (daugiau apmokama paslaugų vnt.), į tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sezoniskumą, į metų pradžioje ligonių kasų taikomą apmokėjimo mechanizmą, kai už apdraustiesiems suteiktas kompensuojamąsias paslaugas mokama ne daugiau kaip 1/12 praėjusių metų sutartyje numatytos pradinės metinės lėšų sumos, perskaiciuotos pagal praėjusių metų bazinių kainų pokyčius.

<sup>54</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2020-08-18 įsakymas Nr. V-1865 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodiklių 2020 metų siektinų reikšmių patvirtinimo“.

# REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

**Laukiamas audito poveikis:** įgyvendinus rekomendacijas bus laikomasi teisės aktų ir vykdomos įstatymu pavestos funkcijos – taip bus sudarytos sąlygos laikantis teisės aktų teikti pažangias, kokybiškas, pacientų poreikius atitinkančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir sveikatos priežiūros paslaugų kainą apskaičiuoti remiantis teisingais ir palyginamais duomenimis.

Pagrindinis audito rezultatas	Rekomendacija (pokytis, kurio siekiama)	Pokyčio vertinimo rodikliai ir jų reikšmės*			Pokyčio rodiklio matavimo data ir periodiškumas pagal poreikį**	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimo (pokyčio pasiekimo) terminas**		
		rodiklis	pradinė reikšmė	siektina reikšmė					
<b>2-asis pagrindinis audito rezultatas</b> Gydomo įstaigų sąnaudos paslaugų kainai nustatyti – nepalyginamos, nes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sąnaudos neteisingai priskiriamos pagrindinei ir kitai veikloms;</li> <li>• nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos apskaičiuojamos pagal skirtingus ir ekonomiškai nepagrįstus normatyvus.</li> </ul>	<b>Vidutinės svarbos</b> Siekiant, kad gydymo įstaigų teikiami duomenys sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti būtų teisingi ir palyginami, sukurti sistemą, užtikrinančią tokių duomenų pateikimą.	Gydomo įstaigų, kuriose taikoma skirtinga sąnaudų priskyrimo, paskirstymo praktika, dalis iš visų patikrintų.	100 proc.	0 proc.	2026 m.	Sveikatos apsaugos ministerija	2026 m.		
							<b>Priemonės**</b>	<b>Subjektas, įgyvendinantis priemones</b>	<b>Priemonių įgyvendinimo ir informavimo apie jį terminas***</b>
							1. Informuoti gydymo įstaigas apie pagrindinius sąnaudų priskyrimo ir paskirstymo principus, kurių rekomenduojama laikytis, siekiant, kad jų teikiami duomenys būtų teisingi ir palyginami <sup>55</sup> .	Sveikatos apsaugos ministerija	2021 m. I ketv.
							2. Papildyti sveikatos apsaugos ministro 2011-08-12 įsakymą Nr. V-786 „Dėl Aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“ paaiškinimu dėl gydymo įstaigų sąnaudų priskyrimo pagrindinės veiklos ir kitos veiklos bei finansinės ir investicinės veiklos sąnaudoms.	Valstybinė ligonių kasa	2021 m. I ketv.
							3. Kasmet atrankos būdu vertinti gydymo įstaigų sąnaudų, įtrauktų į Sąnaudų apskaitos modelį, atitiktį konkrečios gydymo įstaigos buhalterinės apskaitos duomenims.	Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos	2021–2023 m. IV ketv.
4. Sukurti bendrą ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos informacinę sistemą (VLIVAS) (įrankį), skirtą automatizuotam duomenų teikimui atskaitomybės, analitikos ir kitais tikslais.	Sveikatos apsaugos ministerija	4.1 2021 m. IV ketv. 4.2 2023 m. IV ketv. 4.3 2024 m. IV ketv.							

<sup>55</sup> Gydymo įstaigoms būtų pateikiamos rekomendacijos, atsižvelgiant į Valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaitoje pateiktus pastebėjimus.

Pagrindinis audito rezultatas	Rekomendacija (pokytis, kurio siekiama)	Pokyčio vertinimo rodikliai ir jų reikšmės*			Pokyčio rodiklio matavimo data ir periodiškumas pagal poreikį**	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimo (pokyčio pasiekimo) terminas**
		rodiklis	pradinė reikšmė	siektina reikšmė			
		Etapai: 4.1. VLIVAS projekto parengimas; 4.2. VLIVAS programinės įrangos sukūrimas; 4.3. VLIVAS diegimo, adaptavimo, integravimo, mokymo darbai.					
<b>3-iasis pagrindinis audito rezultatas</b>	<b>Vidutinės svarbos</b>	Gydymo įstaigų, kuriose nustatyti teisinio reglamentavimo <sup>56</sup> nesilaikymo atvejai, dalis iš visų patikrintų.	75 proc.	0 proc.	2023 m.	Sveikatos apsaugos ministerija	2023 m.
Reglamentavimas ir praktika mokamų sveikatos priežiūros paslaugų srityje skiriasi – gydymo įstaigos pasitvirtina ir teikia kitas mokamas medicinines paslaugas, ir kitomis kainomis, nei ministerijos nustatytosios.	Siekiant užtikrinti ir nuolat gerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę, atsižvelgiant į mokslo, technologijų pažangą, sukurti priemones, užtikrinančias įstatymu pavestose funkcijos – tvirtinti mokamas medicinines paslaugas ir jų kainas – įgyvendinimą: a) laiku atliekamą mokamų medicininių paslaugų sąrašų atnaujinimą; b) paslaugų teikimo pagal mokamus medicininių paslaugų sąrašus kontrolę.	Mokamų medicininių paslaugų sąrašų atnaujinimo / peržiūrėjimo periodiškumas.	Neatnauj inama daugiau nei 10 m.	Du kartus metuose	2023 m.	Sveikatos apsaugos ministerija	2023 m.
		<b>Priemonės**</b>				<b>Subjektas, įgyvendinantis priemones</b>	<b>Priemonių įgyvendinimo ir informavimo apie jį terminas***</b>
		Teisės aktų projektų parengimas, kuriuose būtų aiškiai įvardytas mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų objektas ir patikslintas šių paslaugų kainų nustatymo reglamentavimas.				Sveikatos apsaugos ministerija	2021 m. IV ketv.

\* Detalus pokyčių rodyklių duomenys pateikti 3 priede „Pokyčių rodyklių duomenys“.

\*\* Priemonės ir terminus joms įgyvendinti, pokyčiui pasiekti ir rodikliams pamatuoti pateikė Sveikatos apsaugos ministerija.

\*\*\* Rekomendacijų įgyvendinimo stebėsenos metu gali būti tikslinamos arba keičiamos rekomendacijų įgyvendinimo plane nurodytos priemonės ar pokyčių vertinimo rodikliai Valstybinio audito rekomendacijų įgyvendinimo stebėsenos tvarkos aprašo nustatyta tvarka. Aktualus priemonių ir pokyčių vertinimo rodiklių sąrašas yra pateikiamas Valstybės kontrolės atviruose duomenyse adresu [www.vkontrolė.lt](http://www.vkontrolė.lt).

Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie priemonių įgyvendinimą ir kai kurių rodiklių reikšmes plane nustatytais terminais:

Strateginio planavimo ir valdymo skyriaus vyr. specialistas Algirdas Čepas, tel. (8 5) 205 3614, el. p. [algirdas.cepas@sam.lt](mailto:algirdas.cepas@sam.lt)

Valstybės kontrolierius

Mindaugas Macijauskas

<sup>56</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 11 str. 2 d. 2 p., sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 1996-03-26 Nr. 178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“, 1999-07-30 Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“.

# PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos  
 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo  
 2019 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** – dienos chirurgijos ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo, tęstinio aktyvaus gydymo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis, išskyrus ilgalaikio gydymo ir stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas ir asmens slaugančio vaiką (-us) išlaikymą<sup>57</sup>.

**Bazinė kaina** – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto, kaina<sup>58</sup>.

**DU** – darbo užmokestis.

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

**Instrukcija** – aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąnaudų apskaitos ir priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą modelio naudotojo instrukcija<sup>59</sup>.

**LNSS įstaigos** – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos.

**Ministras** – sveikatos apsaugos ministras.

**Mokamos medicininės paslaugos** – mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos LNSS įstaigose, kurių išlaidos nekompensuojamos iš valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos fondų bei lėšų, skirtų sveikatos programoms finansuoti<sup>60</sup>.

**Panaudos sutartis** – neatlygintinio naudojimosi daiktu (panaudos) sutartimi viena šalis (panaudos davėjas) perduoda kitai šaliai (panaudos gavėjui) nesunaudojamąjį daiktą

<sup>57</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2013-04-22 įsakymu Nr. V-388 patvirtinta Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika, 4.3 p.

<sup>58</sup> Ten pat, 4.5 p.

<sup>59</sup> Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016-04-08 įsakymas Nr. 1K-116 „Dėl Aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos sąnaudų apskaitos ir priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą modelio naudojimo instrukcijos patvirtinimo“

<sup>60</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 11 str. 2 d. 2 p., sveikatos apsaugos ministro 1999-07-30 įsakymu Nr. 357 patvirtinta Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka, 3 p.

laikinai ir neatlygintinai valdyti ir juo naudotis, o panaudos gavėjas įsipareigoja grąžinti tą daiktą tokios būklės, kokios jis jam buvo perduotas atsižvelgiant į normalų susidėvimą arba sutartyje numatytos būklės<sup>61</sup>.

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

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

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

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

**Sąnaudų modelis** – aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąnaudų apskaitos ir priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą modelis<sup>62</sup> (elektroninis variantas).

**Šakos DU nuostatai** – Šakos kolektyvinės sutarties neatsiejama dalis. Taikoma sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas. Juose nustatyta darbo užmokesčio sandara ir jo nustatymo tvarka: numatytos darbo užmokesčio sudedamosios dalys (pagrindinis ir papildomas darbo užmokestis), jų nustatymo kriterijai, mažiausia pagrindinio darbo užmokesčio pastovioji dalis pagal sveikatos priežiūros specialistų profesines grupes ir kita.

**Šakos kolektyvinė sutartis** – 2018-08-31 sudaryta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinė sutartis Nr. 2/S-133. Jos tikslas – gerinti Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje veikiančių įstaigų darbuotojų ekonomines, darbo ir socialines sąlygas, darbo organizavimą grįsti šiuolaikiniais jų motyvavimo principais, didinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, stiprinti socialinę partnerystę LNSS įstaigose ir bendradarbiaujant įgyvendinti Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje (Seimo 2014-06-26 nutarimas Nr. XII-964) įtvirtintus tikslus. Sutartį sudarė Lietuvos gydytojų sąjunga, Lietuvos sveikatos apsaugos darbuotojų profesinė sąjunga, Lietuvos slaugos specialistų organizacija, Lietuvos farmacijos darbuotojų profesinė sąjunga ir Sveikatos apsaugos ministerija<sup>63</sup>.

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

**TLK** – teritorinė ligonių kasa.

**Turto patikėjimo teisė** – valstybės ar savivaldybių institucijos, Lietuvos banko, valstybės ar savivaldybės įmonės, įstaigos, organizacijos teisė savo įstatuose (nuostatuose), taip pat valstybės ar savivaldybės įmonių, įstaigų, organizacijų veiklą reglamentuojančiuose norminiuose aktuose nustatyta tvarka bei sąlygomis valdyti, naudoti valstybės ar savivaldybių perduotą turtą ir disponuoti juo nepažeidžiant įstatymų ir kitų asmenų teisių bei interesų<sup>64</sup>.

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

**VSAFAS** – viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartai.

<sup>61</sup> Civilinis kodeksas, 6.629 str.

<sup>62</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2011-08-12 įsakymas Nr. V-786 „Dėl Aktyviojo gydymo paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2.1 p.

<sup>63</sup> Vyriausybės 2018-06-13 nutarimas Nr. 584 „Dėl įgaliojimų derėtis su profesinių sąjungų organizacijomis dėl LNSS Šakos kolektyvinės sutarties parengimo ir pasirašyti LNSS Šakos kolektyvinę sutartį suteikimo“.

<sup>64</sup> Valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymas, 2 str. 12 d.

Valstybinio audito ataskaitos  
 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo  
 2019 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 2019 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 2019 metais teisėtumą pasirinktose srityse.

Audituotos 2019 metų konsoliduotosios finansinės ataskaitos:

- finansinės būklės, veiklos rezultatų, pinigų srautų ir grynojo turto pokyčių ataskaitos bei konsoliduotųjų finansinių ataskaitų aiškinamasis raštas, parengti pagal 2019-12-31 duomenis.

Audituotos 2019 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 2019 m. gruodžio 31 d. ataskaitos, informacija apie išlaidų darbo užmokesčiui plano vykdymą 2019 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>65</sup>, tarptautinius audito standartus (TAS)<sup>66</sup> ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus<sup>67</sup>;
- siekiant gauti pakankamą užtikrinimą, kad konsoliduotosiose finansinėse ir biudžeto vykdymo ataskaitose nėra reikšmingų iškreipimų, o pasirinktose audituoti srityse fondo lėšos ir turtas valdomi, naudojami ir disponuojama jais teisėtai. Visiškas

<sup>65</sup> Valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymas Nr. V-26 „Dėl Valstybinio audito reikalavimų patvirtinimo“.

<sup>66</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>67</sup> Finansinio audito (1000-1810 TAAIS) ir atitikties audito (4000 TAAIS) standartai, prieiga per internetą: <http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=350>.

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

2019 m. pradžios ir pabaigos turto ir atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likučiai:

Turto ir atitinkamai finansavimo sumų, įsipareigojimų ir grynojo turto likutis, kaip nurodyta konsoliduotojoje finansinės būklės ataskaitoje, 2019 metų pradžioje buvo iš viso 420 468,53 tūkst. Eur, pabaigoje – 487 354,42 tūkst. Eur.

2019 m. gautos įplaukos ir patirtos išlaidos:

Fondas gavo 2 024 834,0 tūkst. Eur įplaukų ir patyrė 2 074 219,0 tūkst. Eur išlaidų.

Vertintos sritys ir atliktos procedūros dėl 2019 metų konsoliduotųjų ataskaitų rinkinių duomenų

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

Nustatytos svarbiausios audito sritys:

- pajamos (finansavimo, socialinių įmokų, pagrindinės veiklos kitos pajamos);
- sąnaudos (socialinių išmokų, finansavimo, nuvertėjimo ir nurašytų sumų);
- turto;
- įsipareigojimų.

Šiose srityse reikšmingo iškraipymo rizikos nenustatyta.

Sritys, 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 pagrindžiamiesiems dokumentams, 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 atskaitinį 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 pateikti pagrindžiantys sandoriai ir įvykiai taip, kad atitiktų VSAFAS reikalavimus;
- bendras biudžeto vykdymo ataskaitų pateikimas, struktūra ir turinys, ir tai, ar šiose ataskaitose pateikti pagrindžiantys sandoriai ir įvykiai 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 2019 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):

- Vidaus kontrolės testavimas nebuvo atliekamas.

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

Konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys:

### Audito apimtis ir metodai

- Išlaidų srityje vertinome gydymo įstaigų duomenų, medicininių paslaugų kainai nustatyti, apskaičiavimo, mokamų medicininių paslaugų teikimo atitiktį teisės aktams, teisinio reglamentavimo nuoseklumą ir pakankamumą. Vertinome sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio didinimą. Siekdami, kad vertinimas atspindėtų visą visumą, profesiniu sprendimu pagal lygmenis – universitetines (2), respublikines (4), regionines (4), rajonines (7), poliklinikas (3) – pasirinkome 20 gydymo įstaigų, įvertindami: a) geografinį kriterijų – teritorinį pasiskirstymą; b) gydymo įstaigų 2018 m. metinį ir 2019 m. I pusr. finansinį rezultatą; c) 2019 m. I pusr. lėšas už mokamas paslaugas, d) 2018 m. I pusr. ir 2019 m. I pusr. sveikatos priežiūros specialistų DU pokyčius etatui (iki 10 proc., daugiau nei 10 proc.).
- Finansinės veiklos ir asignavimų naudojimo srityje vertinome, kaip laikomasi teisės aktų nuostatų dėl biudžetų rengimo ir vykdymo tvarkos.

#### Teisės aktai, kuriems vertinta atitiktis:

##### Įstatymai:

- Sveikatos draudimo įstatymas ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- 2019 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.
- Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (13 str. 1 d., 15 (1) str. 10, 11 d., 15 (2) str., 1, 3 d., 30 str. 1 d., 36 str.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.
- Sveikatos sistemos įstatymas (11 str. 2 d., 12 str. 9 p., 43 str. 8 p.) ir jį įgyvendinantys teisės aktai.

##### Vyriausybės nutarimai:

- 2003-05-14 Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.
- 2002-06-03 Nr. 798 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- 2009-06-10 Nr. 564 „Dėl minimalios ilgalaikio materialiojo turto vertės nustatymo ir ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) minimalių ir maksimalių ekonominių normatyvų viešojo sektoriaus subjektams sąrašo patvirtinimo“.

##### Įsakymai:

- Sveikatos apsaugos ministro 2019-06-20 įsakymas Nr. V-731 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodiklių 2019 metų siektinų reikšmių patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2013-04-22 įsakymas Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2011-08-12 įsakymas Nr. V-786 „Dėl Aktyviojo gydymo paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2014-08-18 įsakymas Nr. V-875 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros viešojo sektoriaus subjektų ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) ekonominių normatyvų patvirtinimo“.
- 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“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2019-03-25 įsakymas Nr. V-361 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų vadovų ir jų pavaduotojų mėnesinio darbo užmokesčio kintamosios dalies dydžio nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 1996-03-26 įsakymas Nr. 178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“.
- Sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2015-04-28 įsakymas Nr. 1K-106 „Dėl Duomenų apie asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų skaičių ir jų vidutinį darbo užmokestį ataskaitų formų bei jų pildymo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

##### Kita:

- Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2019-06-17 nutarimas Nr. DT-6/1 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2019 m. rugsėjo 1 d.“.
- Šakos kolektyvinė sutartis, 2018-08-31 Nr. 2/S-133,1,6 ir 5.2. p., sutarties priedas Nr. 2.

Valstybinio audito ataskaitos  
„Privalomojo sveikatos draudimo fondo  
2019 metų konsoliduotųjų finansinių ir  
biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių  
teisingumo bei lėšų ir turto valdymo,  
naudojimo ir disponavimo jais  
teisėtumo vertinimas“

3 priedas

## Pokyčių rodiklių duomenys

Rodiklis	Gydymo įstaigų, kuriose taikoma skirtinga sąnaudų priskyrimo, paskirstymo praktika, dalis iš visų patikrintų	Gydymo įstaigų, kuriose nustatyti teisinio reglamentavimo <sup>68</sup> nesilaikymo atvejai, dalis iš visų patikrintų	Mokamų medicininių paslaugų sąrašų atnaujinimo/peržiūrėjimo periodiškumas
Matavimo vienetas	Proc.	Proc.	Periodiškumas (kartai) per sutartą laiką
Pradinė reikšmė	100 proc.	75 proc.	Neatnaujinama daugiau nei 10 m.
Pradinės reikšmės fiksavimo data	2019 m.	2019 m.	2019 m. (2020 m.)
Siektina reikšmė	0 proc.	0 proc.	Du kartus per metus
Tolerancijos ribos	Gerai	0-1 proc.	Kartą metuose
	Vidutiniškai	1-5 proc.	Kartą per du metus
	Blogai	>5 proc.	Rečiau nei kartą per du metus
Siektinos reikšmės fiksavimo data	2026 m.	2023 m.	2023 m.
Duomenų šaltinis rodikliui skaičiuoti	Gydymo įstaigų duomenys	Gydymo įstaigų duomenys	Mokamų medicininių paslaugų sąrašai
Duomenų pateikimo periodiškumas	netaikoma	netaikoma	netaikoma
Detalus skaičiavimo aprašymas	Gydymo įstaigų duomenų patikrinimas (finansinių ataskaitų, Sąnaudų modelio)	Gydymo įstaigų duomenų peržiūra ir skaičiavimai (teikiamos mokamos medicininės paslaugos, jų kaina)	Mokamų medicininių paslaugų sąrašų atnaujinimo periodiškumo patikrinimas

<sup>68</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 11 str. 2 d. 2 p., sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 1996-03-26 Nr. 178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“, 1999-07-30 Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“.

NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽŪSTAMI

