

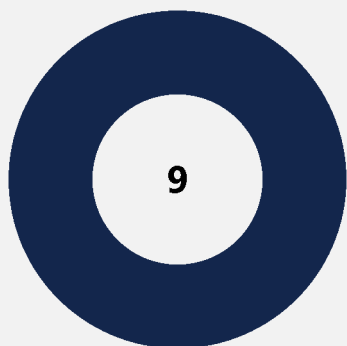
„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS“

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

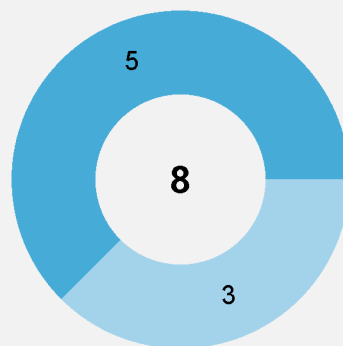
Rekomendacijų stebėsenos ataskaita

2026-09-09 13:18

Teikta



Igyvendinta



- Laiku
- Vėluoja

Laukia įgyvendinimo



- Vėluoja

Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė
1 rekomendacija: Atlikti kompleksinę Valstybinės ligonių kasos direktoriaus įsakymais priimtų norminių teisės aktų peržiūrą ir užtikrinti jų oficialų skelbimą Teisės aktų registre.	2018-12-31	Igyvendinta	Laiku
Atsakingas subjektas: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos			
Pokytis: Valstybinei ligonių kasai atlikus peržiūrą nustatyti nepaskelbti norminiai aktai yra paskelbti Teisės aktų registre.			
2 rekomendacija: Siekiant, kad biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio ataskaitos būtų teisingos, jose pateikta informacija būtų tinkama jos vartotojų sprendimams priimti ir mažėtų administracinė našta ją rengiantiems viešojo sektoriaus subjektams, tobulinti biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio sudarymą: atsisakyti perteklinių ataskaitų ir keisti esamų ataskaitų turinį.	2018-12-31	Igyvendinta	Vėluoja
Atsakingas subjektas: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos			

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS“

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita

2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė

Iki kada turi būti
įgyvendinta

Būklė

Laiko būklė

Pokytis:

Valstybinės ligonių kasos direktoriaus įsakymu pakeista fondo pajamų ir išlaidų klasifikacija atsižvelgiant į teiktą rekomendaciją.

3 rekomendacija:

Dėl delpinigių skaičiavimo pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis.

2018-12-31

Įgyvendinta

Laiku

Atsakingas subjektas:

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Pokytis:

Tokias sutartis reglamentuojančioje tvarkoje (2014-06-23 sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-726) numatytas ilgesnis terminas, per kurį vaistinio preparato gamintojai turi pervesti grąžintinų lėšų sumą (buvo - per 45 k.d. / iki kovo 1 d., tapo - per 60 k.d. / iki gegužės 1 d.).

4 rekomendacija:

Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų apmokėjimo tvarkos pasikeitus šių išlaidų apmokėjimo straipsniui.

2018-12-31

Įgyvendinta

Laiku

Atsakingas subjektas:

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Pokytis:

VLK direktoriaus 2018 m. spalio 18 d. įsakymu PSDF biudžeto lėšų planavimo ir paskirstymo tvarkos aprašas išdėstytas nauja redakcija. Jame reglamentuota taisyklė, kaip turi būti apmokamos išlaidos, kai keičiamas išlaidų straipsnis.

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS“

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita

2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė
5 rekomendacija: 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.	2019-09-30	Įgyvendinta	Vėlavo

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Pokytis:

Teisės aktai dėl kompensuojamųjų paslaugų sąrašo atnaujinimo ir peržiūrėjimo periodiškumo – priimti (Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 str. pakeitimo ir įstatymo papildymo 9(2) ir 9(3) str. įstatymas, 2018-12-13 Nr. XIII-1764 ir jį įgyvendinantys teisės aktai). Pagal įstatymu nustatytus kriterijus naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis ir šio fondo biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo sąnaudos padidėjo dėl organizacinių pakeitimų ir (ar) diegiamų naujų technologijų) vertina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas šio įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka (2019-10 ministro įsakymas Nr. V-1056). Sveikatos apsaugos ministras šį sąrašą keičia 2 kartus per metus – iki balandžio 1 d. ir iki spalio 1 d. Skundus dėl komiteto priimtų sprendimų nagrinėja ministro sudaryta nuolatinė Apeliacinė komisija (2019-09-10 įsakymas Nr. V-1057). Sukurta asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimo ir išbraukimo iš kompensuojamųjų fondo lėšomis sistema veikia. Dėl Komiteto priimtų sprendimų 2021 m. Valstybinė ligonių kasa ir Privalomojo sveikatos draudimo taryba priėmė nutarimus (2021-04-27 ir 2021-09-02 protokolai), kurių pagrindu 2021 m. buvo keičiami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai.

1 priemonė:

Seimui priėmus Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 92 ir 93 straipsniais įstatymo projektą (2018-06-25 Nr. XIII P-2367), parengti poįstatyminius teisės aktus dėl paslaugų įtraukimo ir išbraukimo iš kompensuojamųjų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis paslaugų sąrašo, nustatant šio sąrašo atnaujinimo, peržiūrėjimo periodiškumą, atsižvelgiant į įstatyme nustatytus terminus.

2019-09-30

Įgyvendinta

Vėlavo

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS"

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė
--------------------------	--------------------------------	-------	-------------

Rezultatas:

Teisės aktai dėl kompensuojamųjų paslaugų sąrašo atnaujinimo ir peržiūrėjimo periodiškumo – priimti (Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 str. pakeitimo ir įstatymo papildymo 9(2) ir 9(3) str. įstatymas, 2018-12-13 Nr. XIII-1764 ir jį įgyvendinantys teisės aktai). Pagal įstatymu nustatytus kriterijus naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis ir šio fondo biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo sąnaudos padidėjo dėl organizacinių pakeitimų ir (ar) diegiamų naujų technologijų) vertina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas šio įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka (2019-10 ministro įsakymas Nr. V-1056). Sveikatos apsaugos ministras šį sąrašą keičia 2 kartus per metus – iki balandžio 1 d. ir iki spalio 1 d. Skundus dėl komiteto priimtų sprendimų nagrinėja ministro sudaryta nuolatinė Apeliacinė komisija (2019-09-10 įsakymas Nr. V-1057). Sukurta asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimo ir išbraukimo iš kompensuojamųjų fondo lėšomis sistema veikia. Dėl Komiteto priimtų sprendimų 2021 m. Valstybinė ligonių kasa ir Privalomojo sveikatos draudimo taryba priėmė nutarimus (2021-04-27 ir 2021-09-02 protokolai), kurių pagrindu 2021 m. buvo keičiami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašai.

6 rekomendacija:

Siekiant optimizuoti fondo veiklą ir supaprastinti jo valdymo struktūrą, sujungti šiuo metu veikiančias fondo administravimo šešias įstaigas į vieną juridinį asmenį.

2019-06-30

Įgyvendinta

Vėlavo

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Pokytis:

Nuo 2025-07-01 Valstybinė ligonių kasa (VLK) ir penkios teritorinės ligonių kasos sujungtos į vieną juridinį asmenį (2024-06-25 Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 6, 7, 8, 9, 9(1), 9(2), 11, 12(1), 14, 16, 18, 20, 23, 26, 26(1), 26(2), 27, 28, 30, 31 straipsnių, V ir VI skyrių pakeitimo, įstatymo papildymo 31(1) straipsniu ir 32, 33, 34, 35, 36 straipsnių pripažinimo netekusiais įstatymas Nr. XIV-2789). Pertvarka įgyvendinta siekiant sustiprinti viešųjų paslaugų valdymą sveikatos apsaugos srityje, efektyviau panaudoti valstybės išteklius ir geriau atliepti visuomenės poreikius. Konsoliduota VLK funkcijas vykdo pagal teritorinį principą veikiančiuose VLK administracijos padaliniuose – Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje, taip užtikrinant efektyvų funkcijų vykdymą regionuose ir tolygų paslaugų prieinamumą.

1 priemonė:

Atlikti Privalomąjį sveikatos draudimo fondą administruojančių įstaigų valdymo, vykdomų funkcijų analizę ir, atsižvelgiant į analizės rezultatus, priimti sprendimus dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų vykdomos veiklos (funkcijų) optimizavimo, įskaitant tik vienos sutarties su kiekviena asmens sveikatos priežiūros įstaiga sudarymą, ir fondą administruojančių įstaigų optimalios pertvarkos alternatyvų, įvertinant ir įstaigų reorganizavimo galimybes.

2018-12-31

Įgyvendinta

Vėlavo

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS"

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė
--------------------------	--------------------------------	-------	-------------

Rezultatas:

2020 m. Sveikatos apsaugos ministerija parengė Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 7, 91, 121, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 261, 262, 27, 28, 29, 30, 31, 36 straipsnių, V skyriaus pakeitimo ir 32, 33, 34, 35 straipsnių, VI skyriaus pripažinimo netekusiais galios projektą (2020-06-11 Nr. XIII P-4827(2)), kuriuo siekiama sudaryti teisinės prielaidas Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) veiklai optimizuoti, valdymo struktūrai konsoliduoti, šiuo metu veikiančioms fondo administravimo įstaigoms – Valstybinei ligonių kasai (VLK) ir penkioms teritorinėms ligonių kasoms (TLK) – sujungti į vieną juridinį asmenį; taip pat tikslinti nuostatas, reglamentuojančias sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis (ASPĮ) sudarymą (atsižvelgiant į sutarčių sudarymo centralizavimą). Seimo organizuotas ekspertinio vertinimo pirkimas dėl fondą administruojančių įstaigų optimalios pertvarkos alternatyvų, įvertinant ir įstaigų reorganizavimo galimybes, neįvyko. Įstatymo projektas grąžintas Vyriausybei tobulinti.

Nuo 2020-09-01 įsigaliojo sveikatos apsaugos ministro 2020-06-29 įsakymu Nr. V-1563 patvirtintos naujos Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo nuostatos ir 2021 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigos (išskyrus įstaigas, teikiančias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) sudarė vieną sutartį su teritorine liginių kasa, kurios veiklos zonoje yra ASPĮ buveinė ir paslaugas įstaiga galės teikti visiems gyventojams. Teisės aktu reglamentuota lovos funkcionavimo rodiklio reikšmė (sveikatos apsaugos ministro 2019-10-08 įsakymas Nr. V-1020), priimti teisinio reglamentavimo pakeitimai, pagal kuriuos sutartinės sumos brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti planuojamos centralizuotai VLK (2020-10-28, Nr. V-2393), nustatytas PSDF biudžeto lėšų paskirstymas ASPĮ potencialiems donorams paruošti (2020-12-11, Nr. V-2912). Vadovaujantis VLK direktoriaus 2021-12-03 įsakymu Nr. 1K-363 „Dėl teritorinėms ligonių kasoms numatomų lėšų sumų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms nustatymo“, 2022 m. visose TLK sprendimai dėl lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms priimami remiantis vienoda tvarka „Lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms apimčių nustatymo metodika“ (sutarčių su ASPĮ sudarymo ir vykdymo tvarkos aprašo, patvirtinto Kauno TLK direktoriaus 2021-06-30 įsakymu Nr. 1-106, 5 priedas).

Siekiant sudaryti teisinės prielaidas PSDF veiklai optimizuoti ir efektyvinti, PSD valdymo struktūrai konsoliduoti, administravimui supaprastinti, tobulinti PSD sistemos valdymą, patikslinti ASPĮ, vaistinių ir kitų ūkio subjektų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa ar teritorine ligonių kasa, teises ir pareigas ir reglamentuoti šių subjektų veiklos priežiūrą, aiškiai nustatyti iš PSDF biudžeto apmokamų paslaugų apimtį ir struktūrą, parengtas Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 7, 9(1), 18, 20, 26(1), 26(2), 27, 28, 29, 31, 36 straipsnių, V, VI skyrių pakeitimo, įstatymo papildymo 34(1) straipsniu ir 32, 33, 34, 35 straipsnių pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektas (2023-06-22 Nr. XIV P-2944), kuriuo, numatomas VLK ir teritorinių ligonių kasų sujungimas į vieną juridinį asmenį, VLK teisių ir pareigų patikslinimas.

2 priemonė:

Pakeisti teisės aktus.

2019-06-30ĮgyvendintaVėlavo

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Rezultatas:

Nuo 2025-07-01 įsigalios Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 6, 7, 8, 9, 9(1), 9(2), 11, 12(1), 14, 16, 18, 20, 23, 26, 26(1), 26(2), 27, 28, 30, 31 straipsnių, V ir VI skyrių pakeitimo, įstatymo papildymo 31(1) straipsniu ir 32, 33, 34, 35, 36 straipsnių pripažinimo netekusiais įstatymas (2024-06-25 Nr. XIV-2789), kuriuo sudarytos teisinės prielaidos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) veiklai optimizuoti, valdymo struktūrai konsoliduoti, patikslintos Valstybinės ligonių kasos funkcijos ir teisės, sutarčių sudarymo nuostatos. Siekiant efektyvesnio PSD sistemos veikimo, Valstybinė ligonių kasa ir penkios teritorinės ligonių kasos bus sujungtos į vieną juridinį asmenį. Taip fondas bus administruojamas mažesnėmis sąnaudomis.

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS"

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita				2026-09-09 13:18
Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė	
7 rekomendacija: Užtikrinti, kad visos apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas dalys atitiktų įstatymo nuostatas.	2019-12-31	Iš dalies įgyvendinta Stebėseną baigta	Vėlavo	

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Pokytis:

Nuo 2024-01-01 įsigaliojo Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 5, 6, 8, 9, 9-1, 10, 12, 12-1, 15, 17, 21, 22, 23, 26, 30, 43 str. II sk. pavadinimo pakeitimo ir įstatymo papildymo 3-1 straipsniu įstatymas (2023-05-11 Nr. XIV-1942), kuriame patikslintas draudiminio įvykio apibrėžimas, aiškiai reglamentuota apdraustiesiems teikiama sveikatos priežiūra, finansuojama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, siejant ją su draudiminiu įvykiu. Nustatyta, kad draudiminį įvykį atitinkančios išlaidos apmokamos fondo biudžeto lėšomis, sukauptomis iš privalomojo sveikatos draudimo įmokų, o neatitinkančios – valstybės biudžeto lėšomis, skirtomis Valstybinei ligonių kasai valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti. Valstybės biudžeto lėšų apskaita vedama atskirai nuo PSDF biudžeto lėšų, o už valstybės funkcijų vykdymą numatyta veiklos sąnaudų kompensacija.

Rekomendaciją laikome įgyvendinta iš dalies, nes Sveikatos draudimo įstatymo 17 str. 8 d. nustatytas PSD įmokų tarifas smulkiesiems ūkininkams yra mažesnis nei kitiems asmenims, o įstatyme nenumatytas šios remiamos grupės asmenų mokamų įmokų skirtumo dengimas valstybės biudžeto lėšomis. Taip pat įstatymu (6 str. 4 d. ir 16 str.) nustatytas mažesnis PSD įmokų dydis asmenims, draudžiamiesiems valstybės biudžeto lėšomis (planuojama metinė įmoka už vieną draudžiamąjį iš valstybės biudžeto yra kelis kartus mažesnė už planuojamą dirbančio asmens PSD įmoką). Seimo Audito komitetas, atsižvelgdamas į privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžio netolygumus, Vyriausybei pateikė pasiūlymus (2023-09-20 sprendimas Nr.111-S-26) įvertinti netolygumų pagrįstumą, galimybes didinti valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną draudžiamąjį valstybės lėšomis, dydį (priartinant prie PSD įmokos dydžio) ir poreikį pakeisti įstatyme (6 str. 4 d. ir 17 str.) įtvirtintas nuostatas. Tolimesnė stebėseną bus vykdoma, stebint sveikatos apsaugos srities rizikas.

1 priemonė: Parengti Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo projektą.	2019-12-31	Iš dalies įgyvendinta Stebėseną baigta	Vėlavo
--	------------	---	--------

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS"

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė
--------------------------	--------------------------------	-------	-------------

Rezultatas:

Nuo 2024-01-01 įsigaliojo Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 5, 6, 8, 9, 9-1, 10, 12, 12-1, 15, 17, 21, 22, 23, 26, 30, 43 str. II sk. pavadinimo pakeitimo ir įstatymo papildymo 3-1 straipsniu įstatymas (2023-05-11 Nr. XIV-1942), kuriame patikslintas draudiminio įvykio apibrėžimas, aiškiai reglamentuota apdraustiesiems teikiama sveikatos priežiūra, finansuojama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, siejant ją su draudiminiu įvykiu. Nustatyta, kad draudiminį įvykį atitinkančios išlaidos apmokamos fondo biudžeto lėšomis, sukauptomis iš privalomojo sveikatos draudimo įmokų, o neatitinkančios – valstybės biudžeto lėšomis, skirtomis Valstybinei ligonių kasai valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti. Valstybės biudžeto lėšų apskaita vedama atskirai nuo PSDF biudžeto lėšų, o už valstybės funkcijų vykdymą numatyta veiklos sąnaudų kompensacija. Rekomendaciją laikome įgyvendinta iš dalies, nes Sveikatos draudimo įstatymo 17 str. 8 d. nustatytas PSD įmokų tarifas smulkiesiems ūkininkams yra mažesnis nei kitiems asmenims, o įstatyme nenumatytas šios remiamos grupės asmenų mokamų įmokų skirtumo dengimas valstybės biudžeto lėšomis. Taip pat įstatymu (6 str. 4 d. ir 16 str.) nustatytas mažesnis PSD įmokų dydis asmenims, draudžiamiems valstybės biudžeto lėšomis (planuojama metinė įmoka už vieną draudžiamąjį iš valstybės biudžeto yra kelis kartus mažesnė už planuojamą dirbančio asmens PSD įmoką). Seimo Audito komitetas, atsižvelgdamas į privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžio netolygumus, Vyriausybei pateikė pasiūlymus (2023-09-20 sprendimas Nr.111-S-26) įvertinti netolygumų pagrįstumą, galimybes didinti valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną draudžiamąjį valstybės lėšomis, dydį (priartinant prie PSD įmokos dydžio) ir poreikį pakeisti įstatyme (6 str. 4 d. ir 17 str.) įtvirtintas nuostatas. Tolimesnė stebėseną bus vykdoma, stebint sveikatos apsaugos srities rizikas.

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS"

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita				2026-09-09 13:18
Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė	
8 rekomendacija: 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.	2020-03-31	Laukiama įgyvendinimo	Vėluoja	

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Pokytis:

Įgyvendinant rekomendaciją, nuo 2024-01-01 išgryninta sveikatos draudimo įmokų paskirtis – draudžiamąjį įvykio neatitinkančias išlaidas numatyta finansuoti valstybės biudžeto lėšomis. Taip pat atnaujinta asmens sveikatos priežiūros (ASP) paslaugų bazinių kainų nustatymo metodika, nustatyti bazinių kainų ir jų perskaičiavimo kriterijai, viešai skelbiama informacija apie paslaugų kainas ir jų perskaičiavimo planus.

Tačiau pagrindinis rekomendacijos tikslas – užtikrinti objektyviomis paslaugų teikimo sąnaudomis pagrįstą ir periodiškai perskaičiuojamą ASP paslaugų kainodarą – nepasiektas. Pastaraisiais metais stebima tendencija (valstybinio audito ataskaitos: 2025-05-15 Nr. FAE-4, 2026-05-15 Nr. FAE-2 ir FAE-3), kai ASP įstaigoms galimai susidūrus su pinigų trūkumu (kai apskaičiuotos paslaugų teikimo kainos nepadengia jų teikimo kaštų), ministerija nustato specifinius apmokėjimo už paslaugas būdus (t. y. ne pagal suteiktų paslaugų kiekį ir bazinę kainą): skiriant pinigus įstaigoms, teikiančioms pirminės sveikatos priežiūros paslaugas; skiriant priedus; skiriant pinigų įstaigoms pagal sąmatas ar finansuojant įstaigos veiklą. Tai rodo sisteminės problemas. Dėl nurodytų taikomų ASP paslaugų apmokėjimo būdų VLK teisės aktų nustatyta tvarka visa apimtimi negali užtikrinti tokių suteiktų paslaugų kontrolės.

Visos sveikatos sistemos mastu dar nėra galimybių objektyviai ir patikimai apskaičiuoti faktines ASP paslaugų sąnaudas ir jomis pagrįsti kainas. Objektyviam paslaugų sąnaudų vertinimui trūksta išsamių ir patikimų duomenų. Jiems rinkti sukurta asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąnaudų apskaitos sistema VLIVAS, kuri 2025 m. įdiegta Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje. VLIVAS sudaro galimybę objektyviai įvertinti faktines ASP patiriamas sąnaudas ir palyginti jas su nustatytomis PSDF bazinėmis kainomis. Sistemoje apskaičiuotos sąnaudos leidžia identifikuoti paslaugų finansavimo atitiktį faktinėms sąnaudoms ir nustatyti galimus skirtumus. VLK duomenimis, planuojama priimti sprendimus dėl teisinio reglamentavimo keitimo poreikio ir VLIVAS diegimo kitose viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose.

1 priemonė: Įgyvendinti rekomendacijas dėl sveikatos draudžiamąjį įvykio išgryninimo.	2020-03-31	Neįgyvendinta: nebeaktuali	Netaikoma
---	------------	----------------------------	-----------

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Rezultatas:

Rekomendacija teikta atlikus 2016 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinį (teisėtumo) auditą. Audite už 2017 m. pakartotinai teikta kaip viena iš rekomendacijos "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" priemonių "įgyvendinti rekomendacijas dėl sveikatos draudžiamąjį įvykio išgryninimo".

Atsižvelgiant į tai, kad minėta priemonė siūloma įgyvendinti 2016 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinio (teisėtumo) audito metu teiktą rekomendaciją, kurios priežiūra atliekama, šią priemonę laikome neaktualia ir jos stebėseną baigiame.

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS"

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita 2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė
--------------------------	--------------------------------	-------	-------------

2 priemonė:

Įgyvendinti rekomendacijas dėl gydymo įstaigoms neatlygintinai perduoto valstybės turto naudojimo.

2020-03-31

Įgyvendinta

Vėlavo

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Rezultatas:

Priimtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 3 ir 36 straipsnių pakeitimo įstatymas (2019-09-26 Nr. XIII-2443), kuriuo valstybei ir savivaldybei nuosavybės teise priklausantis ir gydymo įstaigų panaudos pagrindais valdomas ir naudojamas ilgalaikis materialusis turtas, būtinas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, perduotas patikėjimo teise pagal patikėjimo sutartį turėjo būti iki 2020-11-01. Įgyvendindama įstatymo nuostatas, Vyriausybė 2020-06-03 nutarimu Nr. 553 išdėstė naują redakcija Valstybės turto perdavimo patikėjimo teise ir savivaldybių nuosavybės tvarkos aprašą ir patvirtino Turto patikėjimo sutarties pavyzdinę formą. Ilgalaikis materialusis turtas patikėjimo teise pagal patikėjimo sutartis perduotas visoms gydymo įstaigoms, kurių savininkė (dalininkė) yra valstybė.

3 priemonė:

Įvertinti gydymo įstaigų tinklo efektyvumą, atsižvelgiant į Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos pastebėjimus.

2020-03-31

Įgyvendinta

Vėlavo

Atsakingas subjektas:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Rezultatas:

Atlikta analizė ir 2018 m. parengti aktyviojo gydymo ligoninių tinklui konsoliduoti reikalingi įstatymų pakeitimų projektai, kurie buvo pateikti svarstyti Seimui, bet nepatvirtinti. 2021 m. sveikatos apsaugos ministro sudaryta darbo grupė išanalizavo svarbiausius su sveikatos paslaugų teikimu susijusius rodiklius, įvertino jų dinamiką, netolygumus, prognozę, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apžvalgą ir galimus pokyčius formuojant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą. 2021 m. gruodžio mėn. surinkta informacija iš savivaldybių dėl jų ketinimo dalyvauti reformoje ir planuojamų vykdyti pokyčių, pateikti preliminarūs poreikiai dėl reikalingų investicinių lėšų infrastruktūrai ir specialistų pritraukimui. Įvertinus iš savivaldybių gautą informaciją, bus rengiami regioniniai sveikatos priežiūros įstaigų tinklo vystymo bei modernizavimo planai. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo formavimo teisinėms prielaidoms įtvirtinti 2022-06-30 priimti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 10, 11, 15(1), 39 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 46(1) straipsniu įstatymas Nr. XIV-1278 (įsigalios 2023-08-01), Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 12(1) ir 51(1) straipsniais įstatymas Nr. XIV-1279 (įsigaliojo 2022-07-12, įstatymo 1 str. 2 d. ir 2 str. įsigalios 2023-08-01; 1 str. 1 d. ir 3 str. įsigalios 2024-07-01). Įgyvendinant tinklo pertvarką, priimtas Vyriausybės 2023-05-24 nutarimas Nr. 389, kuriuo pakeistas Vyriausybės 2014-04-23 nutarimu Nr. 370 patvirtintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašas (dalis sąlygų sąrašo pakeitimų įsigalios vėlesniais laikotarpiais nuo 2024-01-01 iki 2026-01-01). Vyriausybės 2023-07-12 nutarimu Nr. 551 patvirtintas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išdėstymo reikalavimų ir išdėstymo tvarkos aprašas, patvirtinti keturi kriterijai įstaigų išdėstymui: geografinio prieinamumo, daugiaprofiliskumo, paslaugų kokybės ir skubiosios medicinos pagalbos užtikrinimo visą parą. Efektyviai organizuotas ligoninių tinklas padės užtikrinti pacientams saugias, kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas.

4 priemonė:

Patvirtinti kriterijus, kuriais vadovaujantis būtų peržiūrimos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos.

2020-03-31

Iš dalies
įgyvendinta
Stebėseną baigta

Vėlavo

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS“

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita 2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė	Iki kada turi būti įgyvendinta	Būklė	Laiko būklė
--------------------------	--------------------------------	-------	-------------

Atsakingas subjektas:
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Rezultatas:
2020 m. pakeista Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros (ASP) paslaugų bazinių kainų nustatymo metodika (sveikatos apsaugos ministro 2020-08-19 įsakymas Nr. V-1869), kurioje reglamentuoti ASP paslaugų bazinių kainų ar jų balų verčių perskaičiavimo kriterijai. Nuo 2021-01-01 į kitų ASP paslaugų bazinę kainą (metodikos VII sk.) įskaičiuojamos ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės), tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos (sveikatos apsaugos ministro 2020-10-14 įsakymas Nr. V-2265). Nuo 2024-01-01 įsigaliojo atnaujinta ASP paslaugų kainų nustatymo metodika (sveikatos apsaugos ministro 2023-11-03 įsakymas Nr. V-1141), kurioje numatyta paslaugų kainų skaičiavimuose naudoti gydymo įstaigų indeksuotų kainų vidurkį pagal Valstybės duomenų agentūros skelbiamus vartotojų kainų indeksus, sprendimą dėl kainų indeksavimo, susijusio su infliacijos augimu, priimant įvertinus jos pokyčius nuo paskutinio paslaugų kainų keitimo, susijusio su išaugusios infliacijos padarinių kompensavimu. Taip pat metodikos pakeitimais skaičiuojant gydymo įstaigų bendrąsias ir administracines bei ūkio sąnaudas bus atsižvelgiama į šių sąnaudų skirtumus pagal tai, kokio lygmens yra gydymo įstaiga.
Pagal metodiką išliko kainų nustatymas balais. Apmokant ASP įstaigoms už suteiktas ASP paslaugas, paslaugos bazinė kaina balais yra dauginama iš tuo metu galiojančios balo vertės – taip gaunant paslaugos kainą eurai. Nors patvirtintos paslaugų bazinės kainos balais yra įvertis, gaunamas atsižvelgus į vidutinę gydymo įstaigų patiriamas sąnaudas, tačiau tai nėra kaina, kurią gauna gydymo įstaigos. Iki tapdamas gydymo įstaigų gaunama kaina, šis dydis – bazinė kaina balais – gali būti koreguojamas, keičiant balo įkainį eurai ir skiriant papildomus priedus. Ministerija pažymėjo, kad PSDF biudžetas pagal Fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstitucinį įstatymą (4 str. 2 d.) turi būti planuojamas, tvirtinamas ir vykdomas taip, kad būtų subalansuotas arba perteklinis. Priimtos apmokėti sąskaitos negali viršyti PSDF pajamų galimybių. ASP paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, poreikių tenkinimo masto projektas (sveikatos ministro 2023-07-28 įsakymas Nr. V-862), įvertinus patvirtinto ateinančių metų PSDF biudžeto galimybes, teikiamas tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui ne vėliau kaip per 10 darbo dienų po PSDF biudžeto patvirtinimo.
Nustatant bazinės paslaugų kainas ir jų perskaičiavimo kriterijus būtini teisingi iš gydymo įstaigų periodiškai gaunami duomenys (pagal juos paskaičiuoti objektyvias ASP paslaugų kainas). Ligoninės naudoja skirtingas, tarpusavyje nesuderintas informacines sistemas, o kai kurios išvis tokių nenaudoja. Tai sunkina duomenų perdavimą, analizę ir sprendimų priėmimą. Ministerija numatė sukurti bendrą ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos informacinę sistemą (priemonė, numatyta įgyvendinant 2020 m. teiktą rekomendaciją, kurios įgyvendinimo terminas 2026-12-31). Atsižvelgdami į tai, rekomendacijos priemonę laikome iš dalies įgyvendinta ir jos stebėseną baigiame.

9 rekomendacija: Dėl nepakankamo duomenų apie skolininkų (debitorių) žalos dydį atsekamumo.	2019-12-31	Iš dalies įgyvendinta Stebėseną baigta	Vėlavo
---	------------	---	--------

Atsakingas subjektas:
Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

„PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO 2017 METŲ KONSOLIDUOTŲJŲ FINANSINIŲ IR BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIŲ TEISINGUMO BEI LĖŠŲ IR TURTO VALDYMO, NAUDOJIMO IR DISPONAVIMO JAIS TEISĖTUMO VERTINIMAS“

Valstybinio audito ataskaita: 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7

Rekomendacijų stebėsenos ataskaita

2026-09-09 13:18

Rekomendacija / priemonė

Iki kada turi būti
įgyvendinta

Būklė

Laiko būklė

Pokytis:

Valstybinė ligonių kasa, siekdama užtikrinti duomenų apie skolininkų žalos dydį atsekamumą, atliko Žalos išieškojimo informacinės sistemos (ŽIIS) perkėlimo / prijungimo prie Finansų valdymo apskaitos informacinės sistemos (FVAIS) analizę, kurios pagrindu iki 2022-07-01 buvo atlikti ŽIIS funkcinių nustatymų tobulinimo darbai. Valstybinės ligonių kasos duomenimis nuo 2022-07-01 ŽIIS fiksuojami konkrečios gautinos sumos, nustačius žalos faktą, pokyčio (pvz.: žalos panaikinimas, jos anuliavimas nenustačius kaltininko, žalos sumažinimas) duomenys (pakeitimo data ir suma). Yra galimybė sudaryti gautų žalos įplaukų ataskaitą, kurioje sumos išskaidytos pagal pajamų rūšis (žala ir palūkanų suma). Tačiau informacinėje sistemoje gali būti suformuojamas tik suminis užfiksuotų gautinų sumų likutis, o ne gautinos sumos pagal kiekvieną skolininką (debitorių). Atsižvelgdami į Valstybinės ligonių kasos atliktus veiksmus, rekomendaciją laikome įgyvendinta iš dalies.

Daugiau informacijos apie šio ir kitų auditų metu teiktas rekomendacijas ir jų įgyvendinimą rasite čia [Atviri duomenys](#)