



VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

**PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO 20-MEČIO
IR VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS 25-MEČIO
APŽVALGA**

**20 YEARS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE AND
25 YEARS OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND
UNDER THE MINISTRY OF HEALTH
AN OVERVIEW**



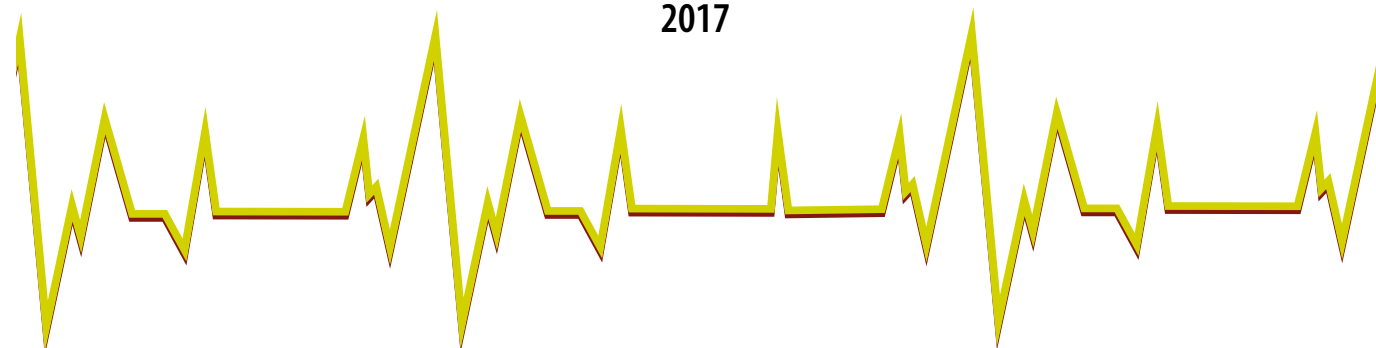


VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

**PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO 20-MEČIO
IR VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS 25-MEČIO
APŽVALGA**

**20 YEARS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE AND
25 YEARS OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND
UNDER THE MINISTRY OF HEALTH
AN OVERVIEW**

**Vilnius
2017**



**PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO 20-MEČIO
IR VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASOS
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS 25-MEČIO
APŽVALGA**

Šis leidinys yra skirtas privalomojo sveikatos draudimo Lietuvoje 20-mečiui ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 25-mečiui paminėti. Jame apžvelgiama privalomojo sveikatos draudimo raida ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos veikla per minėtą laikotarpį, pateikiami duomenys ir informacija apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimą sveikatos priežiūrai, įvardijami esminiai sveikatos priežiūros finansavimo ir lėšų valdymo pokyčiai. Leidinys yra skirtas besidomintiems sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimu viešosiomis lėšomis.

**20 YEARS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE AND
25 YEARS OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND
UNDER THE MINISTRY OF HEALTH
AN OVERVIEW**

This overview was published to mark 20 years of compulsory health insurance in Lithuania and 25 years of the National Health Insurance Fund under the Ministry of Health. It presents a brief history of compulsory health insurance and the activity of the National Health Insurance Fund during this entire period, data and information about the use of funds collected through compulsory health insurance to cover healthcare, and essential changes in healthcare funding and fund management. The publication is intended for those interested in the reimbursement of healthcare costs with public funding.

**LEIDINYJE VARTOJAMŲ TRUMPINIŲ SĄRAŠAS
LIST OF ABBREVIATIONS**

Apdraustieji Insured	asmenys, apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu persons, insured by compulsory health insurance
ASPĮ HCP	asmens sveikatos priežiūros įstaiga (-os) healthcare provider
ES EU	Europos Sąjunga European Union
EEE šalys EEA countries	Europos ekonominės erdvės šalys European Economic Area countries
ESDK EHIC	Europos sveikatos draudimo kortelė European health insurance card
GMP AS	greitoji medicinos pagalba ambulance services
Ligonių kasos HII	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinės ligonių kasos kartu National Health Insurance institutions: the National Health Insurance Fund and Territorial Health Insurance Funds
LRV GRL	Lietuvos Respublikos Vyriausybė Government of the Republic of Lithuania
MPP MD	medicinos pagalbos priemonė (-ės) medical device (devices)
PAASP PAHC	pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra primary healthcare
PAASPĮ PHCP	pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga primary healthcare provider
PSDF CHIF	Privalomojo sveikatos draudimo fondas Compulsory Health Insurance Fund
PSO WHO	Pasaulio sveikatos organizacija World Health Organization
SAM MoH	Sveikatos apsaugos ministerija Ministry of Health
„Sodra“ „Sodra“	Valstybinio socialinio fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos The State Social Insurance Fund Board under the Ministry of Social Security and Labour
„Sveidra“ „Sveidra“	privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema Compulsory Health Insurance Information System
TLK THIF	teritorinė (-ės) ligonių kasa (-os) territorial health insurance fund
VLK NHIF	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos National Health Insurance Fund under the Ministry of Health

- 5 PRIVALOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS PER 20 METŲ
20 YEARS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE
- 6 REIKŠMINGI POKYČIAI
MAJOR DEVELOPMENTS
- 8 LIETUVOS PRIVALOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS TARPTAUTINIAME KONTEKSTE
COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN LITHUANIA IN COMPARISON WITH OTHER SYSTEMS
- 8 PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PRINCIPAI
PRINCIPLES OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE
- 8 PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETAS
BUDGET OF THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE FUND
- 12 SUTARČIŲ SUDARYMAS
CONTRACTING OF PROVIDERS
- 14 ŪKIO SUBJEKTŲ VEIKLOS PRIEŽIŪRA
SUPERVISION OF PROVIDERS
- 16 ŠEIMOS MEDICINA: IŠTAKOS IR ŠIANDIENA
FAMILY DOCTOR: FROM PAST TO PRESENT DAY
- 20 LIGŲ PREVENCIJA
PREVENTION OF DISEASES
- 22 GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGOS
AMBULANCE SERVICES
- 24 AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ PLĖTRA
EXPANDING OUTPATIENT SERVICES
- 26 STACIONARINĖS PASLAUGOS
INPATIENT SERVICES
- 30 VAISTŲ IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ ĮSIGIJIMO IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMAS
COVERING COSTS OF MEDICINES AND MEDICAL DEVICES
- 30 AMBULATORINIAM GYDYMUI SKIRIAMŲ VAISTŲ IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ ĮSIGIJIMO IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMAS
REIMBURSABLE MEDICINES AND MEDICAL DEVICES IN AMBULATORY HEALTHCARE
- 34 CENTRALIZUOTAI APMOKAMI VAISTAI IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖS
SUPPLYING HEALTHCARE SERVICE PROVIDERS WITH MEDICINES AND MEDICAL DEVICES
- 36 IŠLAIDŲ ORTOPEDIJOS TECHNINĖMS PRIEMONĖMS KOMPENSAVIMAS
REIMBURSEMENT OF ORTHOPAEDIC APPLIANCES
- 38 LIETUVOS APDRAUSTIESIEMS – SVEIKATOS PRIEŽIŪRA EUROPOS SĄJUNGOS ŠALYSE
AVAILABILITY OF HEALTHCARE SERVICES IN THE EUROPEAN UNION
- 40 INFORMACINIŲ SISTEMŲ PLĖTRA
DEVELOPMENT OF INFORMATION SYSTEMS
- 42 ELEKTRONINĖS PASLAUGOS
ELECTRONIC SERVICES
- 42 ADMINISTRACINĖS PASLAUGOS
ADMINISTRATIVE SERVICES
- 44 VADOVAI IR DARBUOTOJAI
MANAGEMENT AND PROFESSIONALS

2017-ieji pažymėti dviem sukaktimis – VLK 25-mečiu ir privalomojo sveikatos draudimo 20-mečiu. Minint sukaktis paprastai įvertinami nuveikti darbai, tad šios apžvalgos dėmesio centre – privalomojo sveikatos draudimo raida Lietuvoje ir ligonių kasų, kaip sveikatos draudimo institucijų, vaidmuo.

Per ketvirtį amžiaus VLK tapo viena svarbiausių sveikatos sektoriaus institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą. Ligonų kasos padeda užtikrinti, kad apdraustieji nemokamai gautų reikiamas gydymo paslaugas, kompensuojamuosius vaistus ir MPP, sumokėdamos gydymo įstaigoms, vaistinėms ir kitiems tiekėjams už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

Viena iš pagrindinių užduočių šį laikotarpį buvo efektyviai naudoti PSDF biudžeto lėšas ir įveikti sunkumus per krizinius laikotarpius. Tokiu būdu buvo užtikrinamas gydymo įstaigų finansinis stabilumas, t. y. suteikiamos galimybės teikti sveikatos priežiūros paslaugas apdraustiesiems.

Leidinyje pateikiami duomenys ir informacija apie viešųjų lėšų panaudojimą sveikatos priežiūrai, įvardijami esminiai veiksniai, formuojantys valstybės nustatytos sveikatos priežiūros finansavimo ir lėšų valdymo tobulinimą.

Kiekviena VLK iniciatyva remiasi naudos, vertės apdraustiesiems sukūrimo nuostata, ieškoma sprendimų vadovaujantis principu „pinigai paskui pacientą“. Žvelgiant atgal, akivaizdu, kad daugelis pokyčių buvo įgyvendinti dėl laiku padarytų politinių sprendimų, bendradarbiaujant tiek su institucijomis, tiek su gydymo įstaigomis ir su nevyriausybinėmis pacientų bei medikų organizacijomis.

VLK misija. VLK – sveikųjų ir sergančiųjų garantas – užtikrina apdraustųjų sveikatos priežiūrą, kompensuodama jos išlaidas, skaidriai ir efektyviai naudodama lėšas.

The year 2017 marked two anniversaries – 25 years for NHIF and 20 for compulsory health insurance. Anniversaries are typically used to reflect upon past achievements, thus the focus of this overview will be the history of compulsory health insurance in Lithuania and the role of the country's health insurance funds as institutions of healthcare insurance.

Over the course of the past quarter of a century, the NHIF grew into one of the most important institutions in the healthcare sector to implement the state's compulsory health insurance policy. The health insurance funds ensure that insured residents are provided with the necessary medical treatment for free and have access to reimbursed medication as well as medical aids by paying medical institutions, pharmacies and other providers for medical services rendered.

One of the main tasks during this period was to effectively use funds of the CHIF budget and overcome difficulties during times of crisis. This secured the financial stability of healthcare institutions by giving them the possibility to provide healthcare services to the insured.

The publication presents data and information about the use of public funds for healthcare as well as essential factors that shape how the funding of healthcare services determined by the state and fund management are improved.

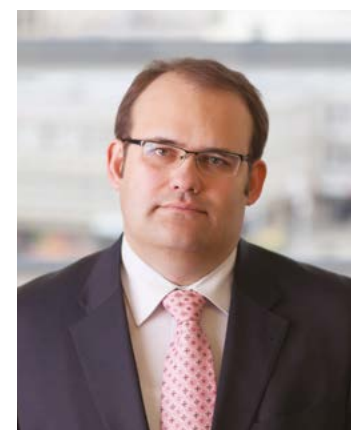
Every NHIF initiative is based on the idea that it must produce some benefit or value for the insured. We look for solutions based on the principle that the money should follow the patient. Looking back, it is clear that the majority of the changes were implemented due to timely political decisions, in cooperation with both institutions and healthcare providers as well as NGOs and medical organisations.

NHIF mission. The NHIF offers protection to everybody – either healthy or sick – as it ensures the healthcare of the insured by remunerating its costs, uses the funds in a transparent and efficient manner.

Informacinių technologijų departamento direktorius,
laikinai vykdantis direktoriaus funkcijas

Director of Information Technologies Department,
Acting as Director

Aurimas Baliukevičius



- **1990 m.**, atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, svarbiausiu sveikatos priežiūros uždaviniu tapo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo gyventojams užtikrinimas. LRV sprendimu, 1990–1991 m. prioritetu laikytas siekis parengti bendrųjų socialinio draudimo įstatymų pagrindus.
- **1990 m. spalio 23 d.** Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba priėmė Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymą, o **1991 m. gegužės 21 d.** – Valstybinio socialinio draudimo įstatymą, įteisinusį sveikatos draudimo sistemos atkūrimo pradžią. Šiame įstatyme reglamentuotas išmokų, susijusių su išlaidų medikamentams ir sanatoriniam gydymui, kompensavimas.
- **1991 m.** Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos priežiūros koncepciją, kuri reglamentavo sveikatos apsaugos politiką, nustatė prioritetus – plėtoti pirminę sveikatos priežiūrą, diegti šeimos gydytojo instituciją, gydymo įstaigas suskirstyti pagal pirminį, antrinį ir tretinį paslaugų teikimo lygmenis. Ši koncepcija tapo Lietuvos sveikatos politikos formavimo pagrindu.
- **1992–1996 m. vyko pasirengimas visuotinio privalomojo sveikatos draudimo įdiegimui.** Reikėjo: pasirinkti tinkamą privalomojo sveikatos draudimo sistemos modelį ir įdiegti sveikatos priežiūros finansavimo principus; parengti ir priimti atitinkamus teisės aktus.
- **1992 m. sausio 10 d.** sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo įsteigta SAM pavaldi VLK. Tuometinės VLK funkcijos: finansuoti respublikinio pavaldumo gydymo įstaigas valstybės biudžeto asignavimų lėšomis, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų mastą; stacionariųjų paslaugų, sugrupuotų pagal tarptautinę ligų klasifikaciją, išlaidas apmokėti SAM nustatytais kainomis, į kurias buvo įtraukiamos visos paslaugų sąnaudos; derinti avansinius mokėjimus su atsiskaitymais už suteiktas paslaugas. Bendras visų įstaigų metinis finansavimas turėjo sutapti su biudžetinėmis asignavimais.
- **Nuo 1992 m. liepos 1 d.** respublikinės įstaigos pradėtos finansuoti valstybės biudžeto lėšomis per VLK. Tai tęsėsi iki 1997 m., kol buvo įkurta TLK, perėmusios daugelį gydymo įstaigų finansavimo funkcijų.
- **1996 m. buvo priimtas Sveikatos draudimo įstatymas ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.**
- **1996 m. rugsėjo 16 d.** VLK tapo pavaldi LRV, buvo patvirtinti Privalomojo sveikatos draudimo tarybos prie LRV nuostatai, nustatyta šios tarybos sudėtis. Įkurta 10 TLK.
- **1997 m. liepos 1 d.** su visomis gydymo įstaigomis buvo pasirašytos sutartys dėl gydymo išlaidų kompensavimo, patvirtintos bazinės medicinos paslaugų kainos, o **nuo 1997 m. spalio 1 d. gydymo įstaigas pradėta finansuoti pagal sveikatos draudimo principus.**
- **1997 m. buvo patvirtintas pirmasis PSDF biudžetas – jį sudarė 1,3 mlrd. litų** (379 mln. eurų).
- **1997 m. pradėta kurti sveikatos draudimo duomenų bazė, kuri vėliau tapo Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registru.** Šiuo registru naudojasi visos gydymo įstaigos, su kuriomis sudaromos sutartys dėl paslaugų teikimo ir jų išlaidų kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis, taip pat vaistinės, išduodančios kompensuojamuosius vaistus ir MPP.
- **Nuo 2000 m.** PSDF biudžeto lėšos paskirstomos TLK: gautomis lėšomis TLK pačios apmoka savo veiklos zonos gyventojams suteiktų paslaugų išlaidas.
- **2003 m. buvo pradėta privalomojo sveikatos draudimo valdymo reforma:** Privalomojo sveikatos draudimo taryba tapo patariamąja institucija sveikatos apsaugos ministru priimant sprendimus; VLK tapo pavaldi SAM; sumažintas TLK skaičius: vietoj 10 liko 5 (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių).
- **2004 m.,** Lietuvai tapus ES nare, šalies apdraustieji įgijo teisę laisvai keliauti, studijuoti, dirbti ES, EEE šalyse ir Šveicarijoje. Apdraustiesiems išduodamos ESDK garantuoja, kad Lietuvos apdraustieji, nuvykę į bet kurią iš išvardytų Europos šalių, prirėkus gautų būtinosios medicinos pagalbos paslaugas tokiomis pačiomis sąlygomis kaip ir šalies, kurioje lankosi, gyventojai.
- **2006 m. buvo pradėtos teikti pirmosios elektroninės paslaugos:** internetu gyventojams tapo prieinama informacija apie gydymo įstaigose jiems suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, išduotus kompensuojamuosius vaistus, nustatytas diagnozes.
- **2009 m. buvo įgyvendinta privalomojo sveikatos draudimo įmokų reforma:** šios įmokos buvo atskirtos nuo gyventojų pajamų mokesčio; buvo aiškiau reglamentuotos savarankiškai mokačių įmokos asmenų ir kitų gyventojų grupių įmokos, suvienodintas jų tarifas (9 proc. nuo apmokestinamųjų pajamų); sugriežtinta šių įmokų mokėjimo kontrolė.
- **2013 m. pabaigoje** Lietuva pradėjo taikyti Europos Parlamento ir Europos Tarybos direktyvas dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas: Lietuvoje apdrausti asmenys, nuvykę į kitas ES šalis, gali savo lėšomis gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas, o grįžę į Lietuvą – kreiptis į TLK dėl išlaidų kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis.
- **2013–2015 m.** buvo vykdomi didelio masto visuomenės informavimo apie PSDF biudžeto lėšomis finansuojamas vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas projektai „**Žinoti sveika**“ ir „**Aplenk ligą**“ – Lietuvos gyventojai buvo kviečiami nemokamai pasitikrinti sveikatą.
- **2015–2016 m.** buvo vykdoma socialinė reklama „**Būk protingas, nepermokėk už vaistus**“, skatinanti racionaliai vartoti vaistus ir vaistinėje pasirinkti vaistą, kurio priemoka mažiausia.
- **2017 m. vykdomas didelio masto nacionalinis socialinis projektas „Kylame į kovą su vėžiu“** – prie VLK ir Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos inicijuotos akcijos prisijungė Lietuvos telekomunikacijų bendrovės ir žiniasklaida. Lietuvos gyventojai kviečiami nemokamai pasitikrinti pagal prevencines programas, finansuojamas PSDF biudžeto lėšomis.

- **1990:** With the restoration of Lithuanian independence, the most important task in healthcare became to ensure that residents were provided with healthcare services. By resolution of the GRL, the priority for 1990–1991 was to lay down the foundations for the country's general social insurance laws.
- **23 October 1990:** The Supreme Council of the Republic of Lithuania passes the Law on the Foundations of a State Social Security System, and on 21 May 1991, the council passes the Law on State Social Insurance. This lays the legal framework for the reinstatement of a health insurance system and regulates the reimbursement of payments related to the cost of medicines and treatment at sanatoriums.
- **1991:** The Lithuanian parliament approves Lithuania's national healthcare concept, which regulates healthcare policy and sets the following priorities: to develop primary healthcare, establish the institution of the family doctor and classify healthcare establishments into primary, secondary and tertiary service levels. This concept becomes the basis for the development of Lithuanian healthcare policy.
- **1992–1996: Institutions prepare for the establishment of universal compulsory health insurance.** This meant selecting an appropriate model for the compulsory health insurance system and establishing the principles of healthcare funding as well as preparing and passing the relevant legal acts.
- **10 January 1992:** The NHIF under the MH is established by order of the Minister of Health. The functions of the NHIF then were: to finance state-run healthcare establishments with assignments from the national budget based on the scale of services provided; to pay for the cost of inpatient services, grouped according to an international classification of disease and based on prices set by the MH that would include all costs related to the service; calibrate advance payments based on payments made for services provided. Overall annual funding of these establishments was to correspond to budget assignments.
- **1 July 1992:** National establishments begin to be funded through the NHIF with funds from the national budget. This goes on until 1997, when the newly established THIFs take over the majority of functions related to funding healthcare providers.
- **1996: The Law on Health Insurance and the Law on Healthcare Establishments are passed.**
- **16 September 1996:** The NHIF becomes a subsidiary of the GRL, the provisions of the Compulsory Health Insurance Council under the GRL are approved, the council is formed. Ten THIFs are established.
- **1 July 1997:** Contracts are signed with all healthcare establishments for the reimbursement of healthcare costs, basic prices for medical services are set. **1 October 1997: Healthcare providers begin to be funded based on the principles of health insurance.**
- **1997: The first CHIF budget is approved, amounting to 1.3 billion litas** (379 million euros).
- 1997: A health insurance database is set up. Later, this will turn into the Register of Residents Insured with Compulsory Health Insurance. This register is used by all healthcare establishments with which contracts have been signed for the provision of services and their reimbursement from the CHIF budget, as well as pharmacies issuing reimbursed medicines and MDs.
- **2000:** Funds from the CHIF budget begin to be distributed across the THIFs: now the THIFs cover the costs of services provided to residents in their designated area.
- **2003: Reforms begin on how compulsory health insurance is managed:** The Compulsory Health Insurance Council becomes the first advisory institution to help the Minister of Health make decisions; the NHIF becomes a subsidiary of the MH; the number of THIFs is reduced from 10 to 5 (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys and Šiauliai).
- **2004:** Lithuania becomes a member of the EU, and the country's insured gain the right to travel, study and work freely within the EU, in EEA countries and Switzerland. Insured residents are issued EHICs, which guarantee that Lithuania's insured can receive necessary medical services in any of the listed EU countries under the same conditions as the residents of the country they are visiting.
- **2006: The first electronic services are launched:** Residents can access online information about the healthcare services they have received that were covered by the CHIF as well as purchases of reimbursed drugs and diagnoses.
- **2009: A reform of the payment system for compulsory health insurance is enacted:** CHI payments are separated from income tax; clearer regulation is established for residents paying CHI payments independently and other resident groups; the same tariff is set for residents across the board (9% of taxable income); the payment of CHI contributions becomes more strictly controlled.
- **Late 2013:** Lithuania begins to apply the directives of the European Parliament and European Council regarding patients' rights to cross-border healthcare services; individuals insured in Lithuania can receive planned healthcare services in other EU countries, and upon their return to Lithuania, request that their THIF reimburse their costs from the CHIF budget.
- **2013–2015:** Large-scale public information campaigns, including *Knowing is Health* and *Overtaking Disease* are launched in order to inform the public about CHIF-funded programmes for the prevention of cancer and cardiovascular disease and invite Lithuania's residents to take advantage of free medical check-ups.
- **2015–2016:** The social advertising campaign **Be Smart, Don't Overpay for Your Medication** is launched, encouraging residents to purchase medicine rationally and choose the medicine that requires the smallest co-payment.
- **2017: The nationwide social campaign Rising up Against Cancer** is launched as a joint project by the NHIF and Pola (Support for Cancer Patients Association) with the help of Lithuania's telecommunication companies and the media. Lithuania's residents are invited to check their health under various prevention programmes funded from the CHIF.

LIETUVOS PRIVALOMASIS SVEIKATOS DRAUDIMAS TARPTAUTINIAME KONTEKSTE

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. 2 straipsnio 5 dalis.

Privalomasis sveikatos draudimas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudiminiam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir MPP kompensavimą

Europos šalyse veikia skirtingi sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis modeliai: Skandinavijos šalyse, Jungtinėje Karalystėje, Portugalijoje, Ispanijoje, Suomijoje ir Norvegijoje pagrindinis lėšų šaltinis yra bendrieji mokesčiai (pacientams dažniausiai tenka savo lėšomis primokėti nereikšmingą dalį arba primokėti nereikia visai), o Lietuvoje, Šveicarijoje ir kitose ES valstybėse už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas mokama iš sukauptų privalomojo sveikatos draudimo įmokų. Abu šie mechanizmai apsaugo gyventojus nuo didelių gydymo išlaidų jiems susirgus.

Kaip ir daugelis Centrinės ir Rytų Europos šalių, Lietuva pasirinko vieno mokėtojo modelį, kurio vaidmenį atlieka ligonių kasos.

Dvidešimties metų patirtis parodė, kad Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo modelis užtikrina nuoseklų apdraustiesiems teikiamos sveikatos priežiūros kokybės ir įvairovės didėjimą, tvarumą net ir regioninių ar globalių finansinių krizių sąlygomis, skaidrų ir efektyvų PSDF biudžeto lėšų administravimą.

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PRINCIPAI

Visuotinio principas. Visi Lietuvos Respublikos piliečiai ir užsieniečiai, nuolat gyvenantys Lietuvoje, taip pat teisėtai dirbantys ir laikinai Lietuvoje gyvenantys užsieniečiai privalo mokėti sveikatos draudimo įmokas, o įvykus draudiminiam įvykiui turi teisę gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias mokama PSDF biudžeto lėšomis.

Solidarumo principas. Visų dirbančių arba kitais būdais vykdančių aktyvią ekonominę veiklą ir bet kokios rūšies pajamas gaunančių asmenų privalomojo sveikatos draudimo įmokos, kaip ir valstybės biudžeto lėšos, prisideda prie privalomojo sveikatos draudimo lėšų kaupimo. Taip sudaromos prielaidos apmokėti apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas. Šis principas reiškia ir tai, kad asmuo prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo galimybes (privalomojo sveikatos draudimo įmokomis), tačiau visiems apdraustiesiems garantuojamas vienodas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Taigi sveikatos priežiūros paslaugų teikimo mastas nepriklauso nuo sumokėtų įmokų dydžio – šios paslaugos teikiamos ligoniams pagal būtinybę.



VLK direktoriaus pavaduotoja Žadvilė Abeliėnė:

„Kiekvienas žinome, kad sveikata – brangiausias turtas, todėl Lietuvos teisės aktai įtvirtina valstybinį privalomąjį sveikatos draudimą: kiekvienam Lietuvoje gyvenančiam ir privalomas sveikatos draudimo įmokas mokančiam žmogui valstybė laidoja medicinos pagalbą jam susirgus. Sveikatos apsaugos sistema grindžiama visuotinio ir solidarumo principais – visuotinai Lietuvos žmonių mokamos įmokos suteikia garantą ne tik patiems mokantiems, jų sumokėtos įmokos, sukauptos PSDF biudžete, bendrai naudojamos ir kitų žmonių – vaikų, neįgaliųjų, senjorų ir kt. – gydymo išlaidoms apmokėti.“

Lietuvai tapus ES nare, šalies apdraustieji įgavo teisę į būtinuosius medicinos pagalbos paslaugų išlaidų kompensavimą PSDF biudžeto lėšomis, jei šios pagalbos jiems prireikia lankantis ES šalyse, Norvegijoje, Islandijoje, Lichtenšteine ir Šveicarijoje. Be to, Lietuvos apdraustieji turi teisę ir į tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą.

PSDF BIUDŽETAS

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. 13 straipsnis.

Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindas.

Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus.

14 straipsnis.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas sudaromas vieneriems metams – nuo sausio 1 dienos iki gruodžio 31 dienos įskaitytinai

Nuo 1997 m. PSDF biudžetas yra pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis, kasmet jo rodikliai tvirtinami įstatymu. Per dvidešimt metų PSDF biudžetas išaugo nuo 1,3 mlrd. litų, t. y. 0,4 mlrd. eurų (1997 m.), iki 1,4 mlrd. eurų (2016 m.). Jo augimas siejamas su šalies ekonomikos ir gyventojų pajamų augimu, todėl kasmet didėjo galimybės PSDF biudžeto lėšomis finansuoti vis daugiau naujų gydymo technologijų, įtraukti naujus vaistus ir MPP į kompensavimo sistemą.

Finansiniai išteklių, kuriais disponuoja Lietuvos privalomasis sveikatos draudimas, yra gerokai mažesni nei kitų šalių (jei lygintume Lietuvos ir kitų ES šalių išlaidas sveikatos priežiūrai su šalies BVP). Bene svarbiausia ligonių kasoms keliami uždutis – efektyvus ir skaidrus turimų lėšų panaudojimas.

COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN LITHUANIA IN COMPARISON WITH OTHER SYSTEMS

The Republic of Lithuania Law on Health Insurance. Part 5 of Article 2.

Compulsory health insurance means a nationally set framework for personal healthcare and economic measures, which, on the basis and under the conditions set out by this Law, guarantees the persons covered by the compulsory health insurance the provision of healthcare services and compensation of costs related to the provided services, medicines and medical supplies in the case of an insured event

In Europe, there are several different models for funding healthcare with public funds: In the Scandinavian countries, the United Kingdom, Portugal, Spain, Finland and Norway, the principal source of funding are general taxes (patients usually have to make minor co-payments or no co-payments at all). In Lithuania, Switzerland and other EU countries, healthcare services are paid for from accumulated compulsory health insurance payments. Both these mechanisms save residents from having to cover high healthcare costs when they fall ill.

Like most Central and Eastern European countries, Lithuania opted for the single-payer model, the role of which is played by the health insurance funds.

Twenty years of experience has shown that the Lithuanian model for compulsory health insurance ensures the consistent growth of the quality and variety of healthcare services available to the insured, a robustness even in the face of regional or global financial crises, as well as transparent and effective administration of funds from the CHIF.

PRINCIPLES OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE

The principle of universality. The citizens of Lithuania and foreigners permanently residing or temporarily residing and working legally in Lithuania must pay health insurance contributions, and in the case of an insured event, have the right to receive healthcare services that are covered by the CHIF.

The principle of solidarity. Just like funds from the state budget, the compulsory health insurance contributions made by individuals who are employed, otherwise engaged in active economic activity or receiving any type of income, contribute to the accumulation of compulsory health insurance funds. This means that the cost of healthcare services received by the insured can be covered by compulsory health insurance funds. This principle also means that the individual contributes to funding the healthcare sector according to their means (compulsory health insurance payments), however, all the insured receive equal access to healthcare services. Thus, the scope of the healthcare services provided to an individual does not depend on the size of their contribution – services are provided to each individual as necessary.

Deputy Director of the NHIF, Žadvilė Abeliėnė:

“Every one of us knows that our health is our greatest treasure, which is why Lithuanian legislation has established the mechanism of compulsory health insurance: for every resident of Lithuania and every individual who has compulsory health insurance, the state covers their healthcare costs if they fall ill. The healthcare system is based on the principles of universality and solidarity – the contributions made universally by the people of Lithuania do not only serve as a guarantee for the payers themselves, they also cover the healthcare costs of other groups: children, the disabled, seniors and others.“

Once Lithuania became a member of the EU, the country's insured gained the right to receive basic medical care covered by the CHIF if they were to require these services during a visit to any EU country, Norway, Iceland, Lichtenstein or Switzerland. In addition to this, Lithuania's insured has the right to cross-border healthcare.

BUDGET OF THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE FUND

The Republic of Lithuania Law on Health Insurance Article 13.

Financial Basis of the Compulsory Health Insurance.

An independent budget of the State Compulsory Health Insurance Fund, which is not included in the state and municipal budgets, shall provide a financial basis for the compulsory health insurance.

Article 14.

Budget of the Compulsory Health Insurance Fund.

The budget of the Compulsory Health Insurance Fund shall be set for a period of one year from 1 January to 31 December.

Since 1997, the budget of the CHIF has been the main source of funding for healthcare, and its indicators are established annually by law. Over a twenty year period, the budget of the CHIF has grown from 1.3 billion litas, or 0.4 billion euros (1997), to 1.4 billion euros (2016). This growth is linked to the growth of the national economy and increasing wages, which resulted in greater possibilities for funding increasingly more new treatment methods and reimbursing new medicines and medical devices from the budget of the CHIF.

The financial resources at the disposal of Lithuania's CHIF are significantly smaller than that of other countries (based on percentage of GDP). Perhaps the most important task for national health insurance institutions is to use funds effectively and transparently.

PSDF biudžeto pajamos

Pagrindiniai PSDF biudžeto lėšų šaltiniai yra du: gyventojų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (jų surinkimą administruoja „Sodra“) ir valstybės biudžeto įmokos bei asignavimai.

Už labiausiai socialiai pažeidžiamus visuomenės narius privalomojo sveikatos draudimo įmokos mokamos iš valstybės biudžeto. Sveikatos draudimo įstatymas išskiria 19 kategorijų asmenų, kuriuos privalomuoju sveikatos draudimu apdraudžia valstybė. Didžiąją šių žmonių dalį sudaro pensinio amžiaus asmenys ir vaikai bei jaunuoliai iki 18 metų.

PSDF biudžeto išlaidos

Per dvidešimtmetį PSDF biudžeto išlaidų struktūra iš esmės nepakito: kasmet didžiausia šio biudžeto lėšų dalis (apie 2/3) yra skiriama pacientams suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, didelė dalis lėšų – vaistams ir MPP finansuoti, kiek mažiau lėšų skiriama reabilitacijai, sveikatos programoms ir kitoms sveikatos priežiūros bei draudimo reikmėms.



Ekonomikos departamento direktorė Simona Adamkevičiūtė:

„Sveikatos priežiūra išties yra brangi: medikai savo amato mokosi daug metų, medicinos srityje nuolat diegiamos naujausios technologijos, mokslininkai kuria naujų vaistų,

MPP ir atranda būdų, leidžiančių geriau suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Praktiškai nei vienas iš mūsų nebūtų pajėgus susimokėti už visas suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Gydymas mums tampa prieinamas tik todėl, kad naudojame bendras lėšas. PSDF biudžetas parodo, kokia stipri gali būti išvien veikianči bendruomenė. Svarbiausias visų laikų uždavinys – užtikrinti šio biudžeto tvarumą, kad apdraustiesiems sveikatos priežiūra būtų garantuota, o su jos teikėjais atsiskaitoma laiku.“

Director of the Economics Department, Simona Adamkevičiūtė:

“Healthcare is truly expensive: medical training takes many years to complete, new technology is continually emerging in the field of medicine, scientists are constantly developing new medications as well as MDs and discovering increasingly more effective methods for the provision of healthcare. Practically speaking, not a single one of us could afford to pay for all of the healthcare services we receive. Treatment only becomes available to us because we draw from a pool of joint funds. The budget of the CHIF shows just how strong a community can become when it works together. The most important task we will ever face is to ensure the sustainability of this budget so that healthcare is guaranteed for the insured and providers are paid in time.”

CHIF revenue

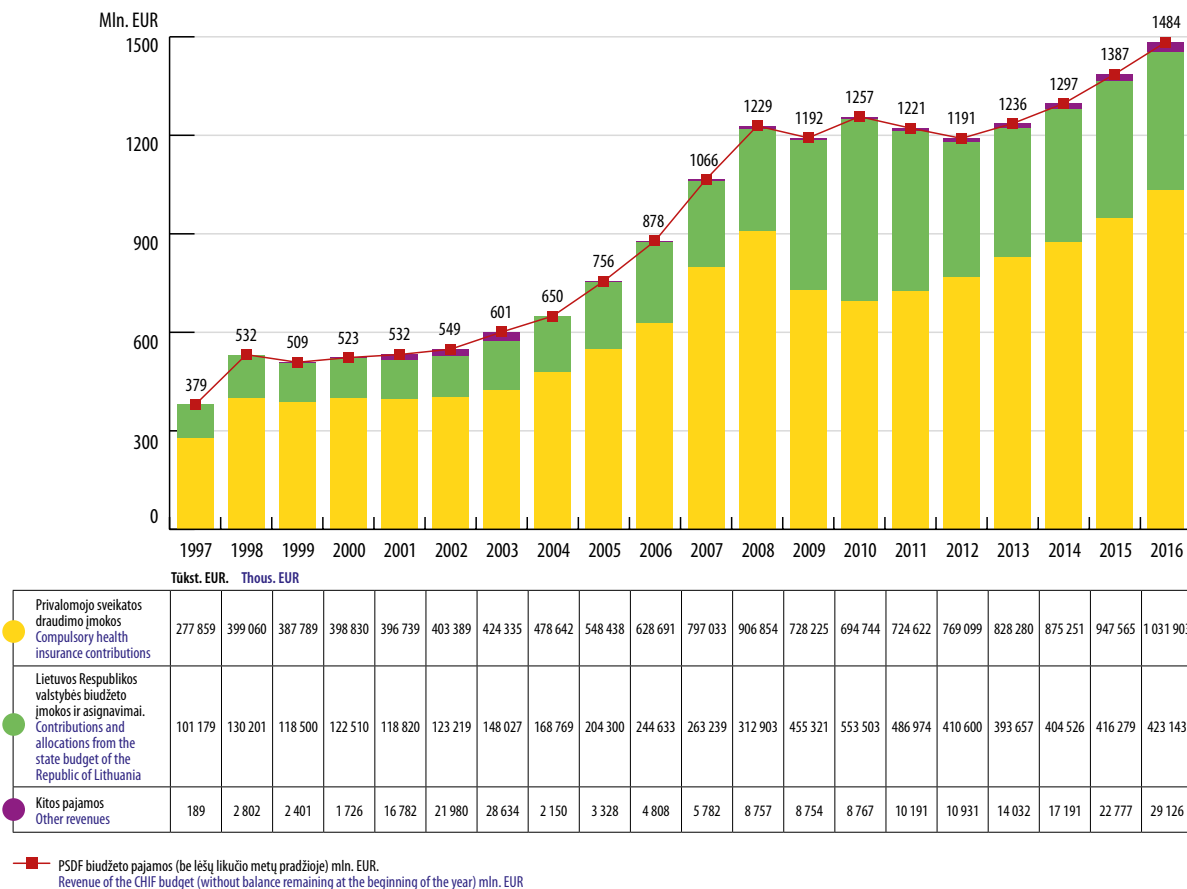
There are two main sources of revenue for the CHIF budget: compulsory health insurance contributions made by residents (the collection of which is administered by Sodra) and contributions as well as allocations from the state budget.

The healthcare needs of the most socially vulnerable members of society are covered by compulsory health insurance contributions paid from the state budget. The Law on Health Insurance establishes 19 categories of individuals, whose compulsory health insurance is covered by the state. The majority of these individuals are seniors of retirement age, children and young people under the age of 18.

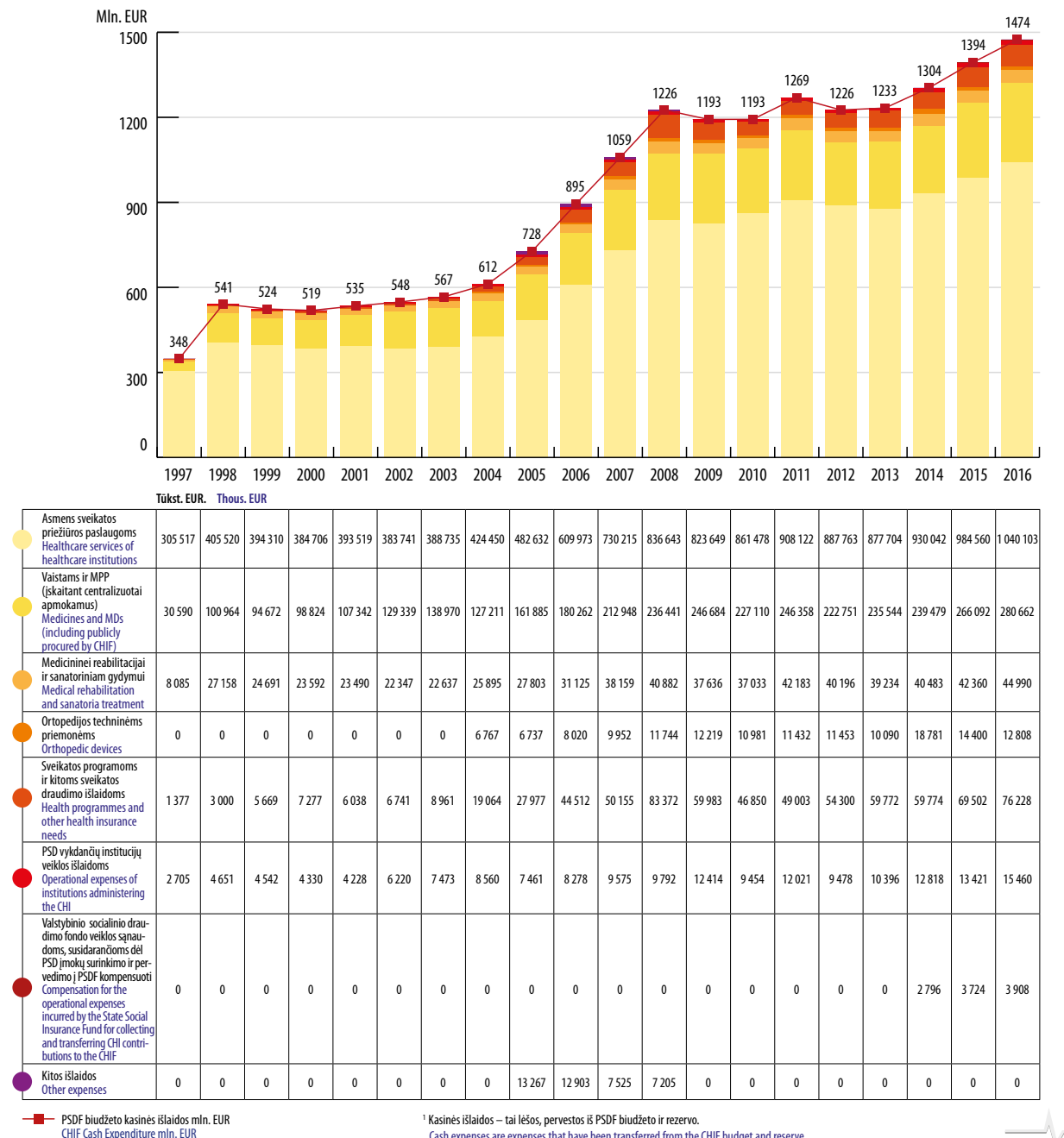
CHIF expenditure

In twenty years, the structure of the CHIF budget has remained essentially unchanged: every year, the largest share of funds (about 2/3) is used to cover the costs of healthcare services provided to patients, a large share is spent on reimbursing medicines and MDs, while the smallest share is spent on rehabilitation, health programmes as well as other healthcare and insurance needs.

1 diagrama. PSDF biudžeto pajamos per 20 metų
Revenue of the CHIF Budget in 1997–2016



2 diagrama. PSDF biudžeto kasinių išlaidų struktūra 1997–2016 m.¹
Structure of Cash Expenditure of the CHIF in 1997–2016¹

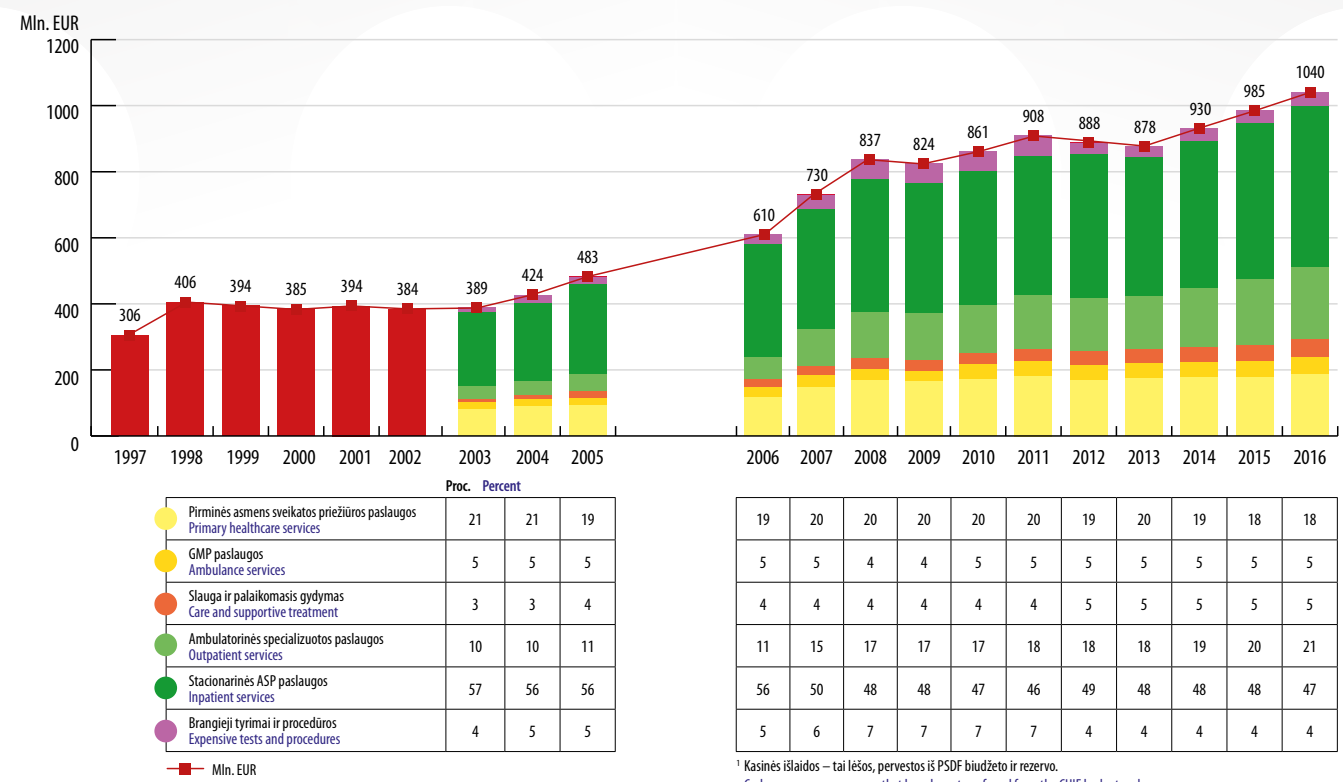


PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms per 20 metų

Didžiausia PSDF biudžeto lėšų, skirtų ASPJ teikiamoms paslaugoms, dalis tenka stacionariųjų paslaugų išlaidoms apmokėti. Per 20 metų išlaidų stacionarijoms paslaugoms dalis mažėjo (2003 m. ši lėšų dalis siekė 57 proc., o 2016 m. – 47 proc.). Tuo tarpu ambulatorinėms paslaugoms skiriama lėšų dalis išaugo (nuo 10 iki 22 proc.). Šiek tiek sumažėjo ir pirminei asmens sveikatos priežiūrai tenkanti lėšų dalis (nuo 21 iki 18 proc.).

Žvelgiant į kitų Europos šalių patirtį ir Lietuvos pastarojo laikotarpio viešųjų sveikatos finansų struktūros pokyčių tendencijas, darytina išvada, kad daugiau dėmesio ir lėšų turėtų būti skiriama pirminei priežiūrai.

3 diagrama. PSDF biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms struktūra ir pokyčiai 2003–2016 m. (proc.)¹



Structure and Changes of Expenditure on healthcare services provided by healthcare institution in 2003–2016, percent

CHIF funds spent on healthcare services over a 20-year period

The largest portion of CHIF funds, allocated for the services provided by HCPs, goes to funding inpatient services. However, over this period of 20 years, the share of expenses attributed to inpatient services has decreased (in 2003, this share amounted to 57%, gradually falling 47% in 2016). Meanwhile, the share of funds spent on outpatient services increased (from 10 to 22%). The share of funds spent on primary healthcare also decreased slightly (falling from 21 to 18%).

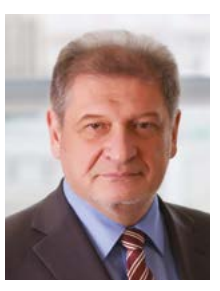
In view of the experience of other EU member states and the trends according to which the structure of public health funding is developing in Lithuania, the conclusion can be made that more attention and funding will be focused on primary care.

TLK ir gydymo įstaigų sutartys užtikrina, kad pacientui laiku bus suteiktos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis.

1996 m. įsteigtų TLK paskirtis buvo užtikrinti gyventojams teikiamas medicinos paslaugas privalomojo sveikatos draudimo sąlygomis, ASPJ už suteiktas paslaugas mokėti pagal sutartis ir kontroliuoti paslaugų kiekį bei kokybę.

1997 m., įsigaliojus Sveikatos draudimo įstatymui, savivaldybių ir valstybės lygmens ASPJ buvo reorganizuotos į viešąsias įstaigas, pradėtos pasirašyti sutartys dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis. Pasirašant pirmąsias sutartis, buvo vertinami šie įstaigų veiklos rodikliai: gydytų ligonių skaičius, lovdienių skaičius, lovos funkcionavimas, apsilankymų skaičius. Tais pačiais metais buvo pradėtas gyventojų prirašymas prie PAASPJ – tai užtikrino šių įstaigų finansavimą pagal aptarnaujamų gyventojų skaičių. Pirmaisiais metais buvo pasirašyta 117 sutarčių dėl PAASPJ paslaugų, 60 sutarčių dėl GMP teikimo, 134 sutartys dėl ambulatorinių specializuotų paslaugų ir 107 sutartys dėl stacionariųjų paslaugų teikimo.

1998–1999 m. su ASPJ buvo sėkmingai atsiskaitoma pagal sudarytas sutartis – PSDF biudžeto lėšomis buvo sumokėta už visas šių įstaigų suteiktas paslaugas. Tokie rezultatai kėlė pasitikėjimą sveikatos sistemos pertvarka draudiminiu pagrindu. Kita vertus, gydymo įstaigos pradėjo teikti daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tad vėlesniais metais kilo iššūkių už jas atsiskaitant.



Sveikatos priežiūros paslaugų departamento direktorius Viačeslavas Zaksas:

„Ligonių kasoms, ginančioms teisėtus pacientų interesus, sutartys su gydymo įstaigomis padeda užtikrinti paslaugų prieinamumą ir kokybę. Kai už kito regiono gydymo įstaigoje suteiktas paslaugas moka ligonių kasa, kurios aptarnaujamoje teritorijoje pacientas nuolat gyvena, įgyvendinama paciento teisė pasirinkti gydymo vietą, skatinama gydymo įstaigų konkurencija teikti kokybiškesnes paslaugas. Sutartys naudingos ir gydymo įstaigoms, nes užtikrina jų veiklos tęstinumą ir pajamų stabilumą. Ligonių kasos, numatydamos sutartyse, kiek iš viso sveikatos priežiūros paslaugų bus teikiama ir kiek joms bus skiriama lėšų, padeda garantuoti apdraustųjų sveikatos priežiūrą, o tai ir yra svarbiausia jų funkcija.“

2000–2001 m., atsižvelgiant į didėjantį ASPJ teikiamų paslaugų kiekį, buvo ieškoma būdų efektyviau panaudoti turimus finansinius išteklius – nutarta pirmiausia apmokėti būtinosios medicinos pagalbos išlaidas.

2002 m., įvertinus didėjantį ASPJ teikiamų paslaugų kiekį ir hospitalizaciją, sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtinta sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarka, reglamentuojanti stacionariųjų paslaugų poreikio nustatymą, sutartyje numatomo šių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimą bei šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarką.

The contracts signed between THIFs and healthcare providers ensure that patients receive quality CHIF-funded healthcare in a timely manner.

The purpose of the THIFs established in **1996** was to ensure the provision of medical services through compulsory health insurance, pay HCPs for the healthcare they provide under the terms of their contracts and ensure the quality and quantity of services.

In **1997**, with the enactment of the Law on Health Insurance, municipal and national HCPs were reorganised into public institutions and were contracted for the provision of services covered by THIFs funds. As the first contracts were signed, specialists took into consideration various indicators: the number of patients treated, number of bed-days, bed occupancy (days per year) and numbers of visits. That same year, residents began to be registered to primary HCPs, allowing the national health insurance funds to stabilise the funding of these establishments based on the number of residents registered. During the first year, 117 contracts were signed with HCPs for the provision of services, 60 contracts – for ambulance services, 134 contracts – for specialised outpatient services and 107 – for the provision of inpatient services.

In **1998–1999**, HCPs were successfully paid according to their contracts – the costs of services rendered were covered by the CHIF. Such results increased confidence in a reformed healthcare system based on insurance. On the other hand, HCPs began to offer increasingly more healthcare services, and HIFs faced various challenges paying for them.

From **2000 to 2001**, in view of the increasing quantity of services provided by HCPs, the HIF tried to come up with ways to use existing

Director of the Healthcare Department, Viačeslavas Zaksas:

“Contracts with healthcare providers help health insurance institutions, which serve to protect the legal interests of patients, to ensure access to services and quality healthcare. The system ensures the patients’ rights to receive services from a healthcare provider of their choice: if the patient chooses to receive services from a healthcare provider that is not in the region they are registered to as a permanent resident, then the THIF of the region they are registered to covers the cost of this treatment. Such a system encourages healthcare providers to compete amongst themselves and provide services of better quality. Contracts are also useful for the healthcare providers themselves because they ensure continuity of service and stability of revenue.

By stipulating the number of healthcare services that will be provided by an HCP and how much funding will be allocated for these services in their contracts, health insurance funds help guarantee healthcare for the insured, and that is their most important role.”

financial resources more effectively, and the decision was made to prioritise payment for basic medical care.

In **2002**, having evaluated hospitalisation rates and the increasing number of services provided by HCPs, the Minister of Health approved a new procedure for the payment of healthcare service costs. It was based on establishing the demand for inpatient services, including the expected quantity of these services in each contract as well as calculations of the overall value of the contract and the procedure for the payment of healthcare costs.

2003 m. lėšas TLK pradėta skirstyti atsižvelgiant į aptarnaujamo regiono gyventojų skaičių, lytį ir amžių, todėl keitėsi ir sutarčių sudarymo tvarka. TLK sutartis dėl paslaugų, teikiamų PSDF biudžeto lėšomis, pradėjo sudaryti ne tik su savo, bet ir su kitų TLK aptarnaujamų zonų gydymo įstaigomis. Už kito regiono gydymo įstaigos suteiktas paslaugas pradėjo mokėti ta TLK, kurios aptarnaujamoje teritorijoje pacientas nuolat gyvena. Taip buvo įgyvendintas principas „pinigai seka paskui pacientą“ ir užtikrinta ne tik paciento teisė pasirinkti, kur gydytis, bet ir skatinama gydymo įstaigų konkurencija.

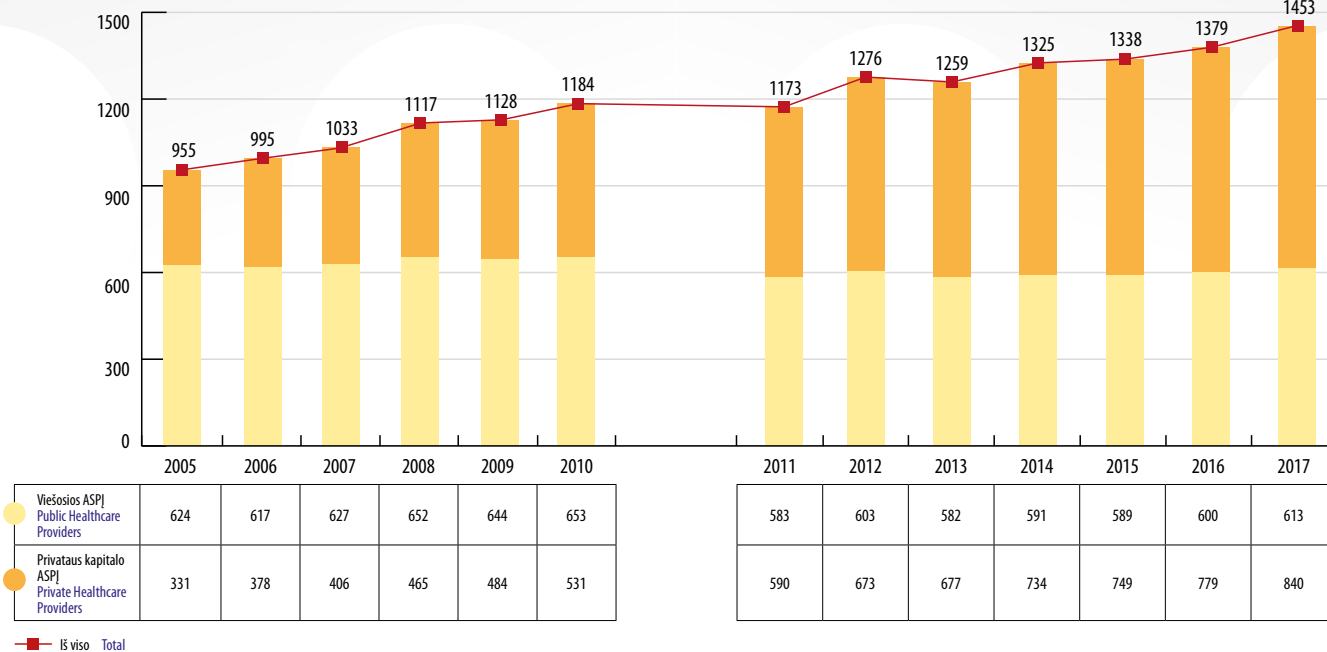
2007 m. už sveikatos priežiūros paslaugas buvo pradėta mokėti pagal naują tvarką, skatinant ASPĮ teikti ekonomiškai efektyvias dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorines specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas. Sutartyse numatyta, bet nepanaudota lėšų suma stacionarinėms paslaugoms galėjo būti skirta apmokėti ambulatorinėmis sąlygomis suteiktų viršsutarčių prioritetinių paslaugų išlaidas. Toks lėšų skirstymas geriau atitiko pacientų poreikius, nes buvo sudaryta galimybė tiek pacientui, tiek gydymo įstaigai rinktis tinkamiausią paslaugos teikimo formą. Siekiant gerinti paslaugų prieinamumą, buvo plečiamas paslaugų teikėjų tinklas, pritraukiant privačius paslaugų teikėjus. Tais metais su privačiomis gydymo įstaigomis buvo sudaryta 33 sutartimis daugiau nei 2006 metais.

Privačių medicinos paslaugų teikėjų, sudarančių sutartis su TLK, skaičius nuolat didėja, bet PSD biudžeto lėšų dalis, skirta jų paslaugų išlaidoms apmokėti, 2016 m. sudarė tik apie 10 proc. visų PSDF biudžeto lėšų ASPĮ paslaugoms.

2009 m., siekiant sutartinių santykių reglamentavimo aiškumo ir skaidrumo, sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtintas TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašas, reglamentuojantis bendrus sutarčių sudarymo principus.

2013 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymais buvo patvirtinti sutartinių sumų planavimo tvarkos aprašai. Specialistų darbo grupė kasmet įvertina šiuos tvarkos aprašus ir prireikus juos koreguoja.

4 diagrama. TLK ir ASPĮ pasirašytų sutarčių skaičius 2005–2017 m.



Number of THIF contracts with healthcare providers in 2005–2017

that money followed the patient, ensuring both the patients' rights to choose the HCP and competition among HCPs.

In 2007, the Hlls began to pay for healthcare according to a new procedure, encouraging HCPs to provide cost-effective day treatment, day surgery and specialised outpatient services. Contracts stipulated that if any funds allocated for inpatient services were left unused, HCPs could use them to pay for priority outpatient services that exceeded the contracted quantity. This kind of allocation of funds was better at meeting patients' needs because it allowed both the patient and the HCP to choose the most appropriate form of healthcare. In order to improve access to services, Hlls began to expand the network providers by attracting private healthcare providers. That year, 33 more contracts were signed with private healthcare providers than were signed in 2006.

The number of private HCPs contracted has been growing, but the share of CHIF funds they receive for services remains low – in 2016 their share was only about 10% of all funds allocated to pay for services provided by HCPs.

In 2009, in order to increase clarity and transparency within these contractual relationships, the Minister of Health approved a new set of rules regulating the general principles of contracting.

In 2013, the Minister of Health issued several orders approving the rules for planning contractual funding amounts. A specialist work group evaluates the documents regulating this procedure on a yearly basis and makes adjustments if necessary.

The year 2014 saw the establishment of standard general and special provisions for contracts regulating compensation for healthcare services provided.

In that same year, for the purpose of ensuring access to healthcare and decrease inequalities, the GRL passed a resolution establishing criteria for healthcare services eligible for funding from the CHIF budget.

2014 m. buvo patvirtintos sutarčių, sudaromų dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo, standartinės bendrosios ir specialiosios sąlygos.

2014 m., siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, mažinti netolygumus, LRV nutarimu buvo nustatyti PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijai.

In 2003, a new method of allocation of funds to THIFs was introduced: it was based on the structure of regional population (number of residents, sex and age) covered by a specific THIF, and rules of contracting were changes. THIFs began to sign contracts not just with the HCPs in their own area, but also with HCPs in the areas of other THIFs. Thus, services provided to a patient by an HCP of his/her choice would be paid for by the THIF of his/her permanent residence. This meant

ŪKIO SUBJEKTŲ VEIKLOS PRIEŽIŪRA

Ligonių kasoms kasmet atliekant gydymo įstaigų, vaistinių ir įmonių, sudariusių sutartis su ligonių kasomis, veiklos priežiūrą, siekiama užtikrinti, kad PSDF biudžeto lėšos būtų naudojamos kuo tikslingiau, efektyviau ir skaidriai.

1997 m. TLK buvo įkurti Kontrolės skyriai. Iš pradžių didžiausias dėmesys buvo skiriamas patikrinimams, atliekamiems pačioje ASPĮ: tikrinama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka, jų kiekio ir kokybės atitiktis teisės aktuose nustatytiems reikalavimams, vaistų, MPP ir ortopedijos techninių priemonių išrašymo, išdavimo / pardavimo teisėtumas.

Per dvidešimtmetį keitėsi kontrolės veiklos sritys – patikrinimus pa-

pildė sutarčių partnerių konsultavimas ir veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną.

2014 m. sutarčių partnerių konsultavimas tapo prioritetine veiklos priežiūros sritis. Konsultacijos teikiamos žodžiu, telefonu, raštu arba elektroniniu paštu, informacija aktualiais klausimais skelbiama ligonių kasų interneto svetainėse. Kasmet suteikiama apie 200 tūkst. konsultacijų: aiškinamos teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, nuostatos, sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarka, kompensuojamųjų vaistų išrašymo, išdavimo ir jų įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarka ir kt.

Health insurance institutions supervise the performance of contracted healthcare providers, pharmacies and other companies in order to make sure that CHIF resources are used appropriately, effectively and transparently.

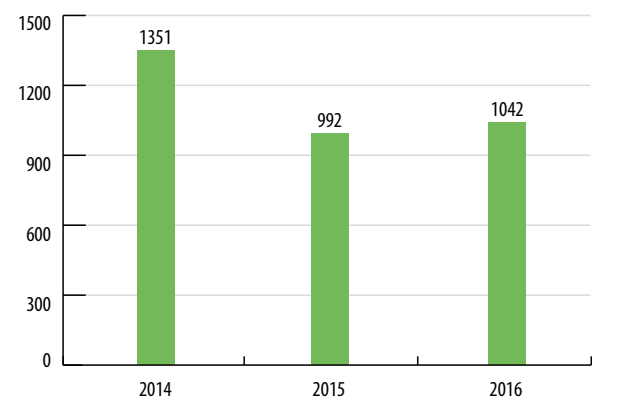
In 1997, supervisory departments were set up in each THIF. At first, much of the attention was focused on periodic inspections at the premises of each HCP: specialists checked the procedure by which HCPs provided their healthcare services, whether the quantity and quality of the services met legal requirements and whether MDs and orthopaedic equipment were prescribed/issued/sold legally.

Over the entire period of 20 years, the functions of the supervisory departments were extended to include consultation for contracted partners and the monitoring of healthcare performance data provided to the NHIF IT database as well as the implementation of control procedures.

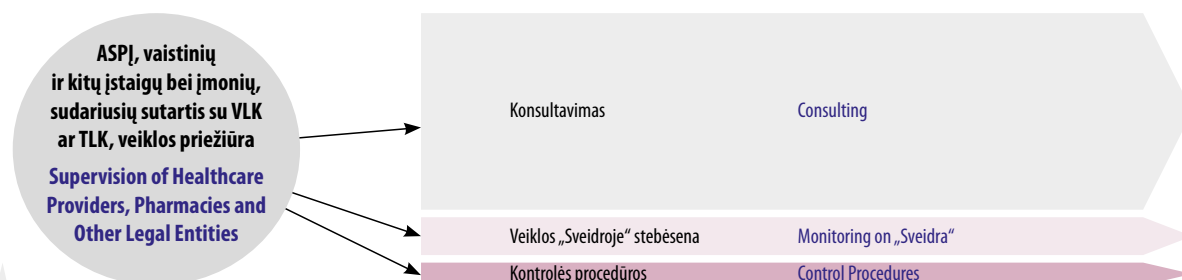
In 2014, providing consultation to contracted partners became a priority area for supervisory departments. Consulting specialists advise providers in person as well as by phone, post or email. Essential information is also available on Hll websites. Every year, supervisory departments conduct around 200 thousand consultations, mostly on the topic of regulations applied to the provision of healthcare services, the rules of paying for healthcare with CHIF funds and the rules for prescribing, issuing and purchasing reimbursable medicines.

5 diagrama. 2014–2016 m. TLK atliktų kontrolės procedūrų skaičius

Number of control procedures conducted by THIFs in 2014–2016



1 pav. Ūkio subjektų veiklos priežiūra Supervision of providers





Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus vedėjo pavaduotoja Vaida Momkuvienė:

„Nors žalos PSDF biudžetui nustatymas nėra pagrindinis veiklos priežiūros tikslas, naujai įdiegtos kontrolės priemonės leidžia identifikuoti rizikingiausias sritis ir vykdyti kontrolės procedūras kryptingai. Taikant naujas kontrolės procedūras, 2014 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis išaugo.“

VLK ir TLK nuolat vykdo įstaigų ir įmonių veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną pagal VLK nustatytus stebėsenos rodiklius. Pavyzdžiui, nustačius ASPĮ teikiamų duomenų statistinėse kortelėse neatitikimus, einamaisiais metais jos turi galimybę duomenis patikslinti. Stebėsenos rodiklių skaičius kasmet didinamas, todėl ligonių kasų specialistams tenka peržiūrėti vis daugiau statistinių kortelių.

Rodiklių stebėseną tampa vis reikšmingesnė: nustačius rizikingiausias sritis, TLK inicijuoja jų kontrolės procedūras. Taigi nors kontrolės procedūrų atliekama mažiau, jos tampa vis kryptingesnės.

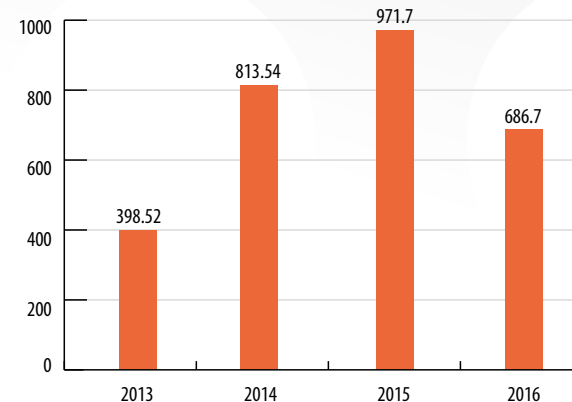
Siekiant didinti veiklos priežiūros efektyvumą, 2015 m. „Sveidroje“ buvo įdiegtos automatinės ASPĮ teikiamų duomenų kontrolės funkcijos, neleidžiančios pateikti per „Sveidrą“ kai kurių sveikatos priežiūros paslaugų, neatitinkančių teisės aktų reikalavimų, išlaidų apmokėjimo dokumentų.

2015 m. TLK pradėjo dalyvauti įgyvendinant Lietuvos Respublikos ūkio ministerijos vykdomą Grįžtamojo ryšio modelio projektą, kuris suteikia galimybę tikrintoms įstaigoms anonimiškai įvertinti jose atliktus patikrinimus ir tikrintojų darbo kokybę. Grįžtamojo ryšio modelis padeda sukurti skaidrią ir saugią aplinką tikrinamųjų įstaigų ir priežiūros institucijų bendradarbiavimui. Daugelio TLK tikrintų įstaigų nuomone, patikrinimai padėjo tobulinti įstaigos veiklos procesus.

Deputy head of the Service Expertise and Supervisory Department, Vaida Momkuvienė:

“Even though the assessment of damage to the CHIF budget is not the main purpose of our supervisory activity, newly set-up supervisory measures allow us to identify the most high-risk areas and plan control procedures accordingly. With the introduction of new control procedures in 2014, more of the damage done to the CHIF budget has been identified.”

6 diagrama. Nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis 2013–2016 m. (tūkst. EUR)
Amount of identified damage to the CHIF budget in 2013–2016 (thous. EUR)



The NHIF and THIFs continually monitor performance data provided to the NHIF IT database by HCPs based on monitoring indicators set by the NHIF. For example, if discrepancies are registered on the statistical data card of an HCP, they are given the opportunity to correct errors within the calendar year. The number of monitored indicators grows annually, which is why the specialists of the national health insurance funds have to oversee larger numbers of statistical cards.

Monitoring is becoming an increasingly important activity: once the most risk-prone areas are identified, a THIF initiates a control procedure at the HCP's facility. So even though fewer control procedures are conducted, they are better-placed to target high-risk areas.

In order to increase the effectiveness of supervisory activity, an automatic control function for monitoring HCP data was introduced into the NHIF IT information system in 2015. This functionality does not allow input of certain healthcare service data that do not meet legal requirements.

In 2015, the THIFs began to participate in the implementation of a feedback model launched by the Lithuanian Ministry of Economy. The model gives institutions that have undergone control procedures the opportunity to leave an anonymous evaluation of the said procedure and the quality of the inspectors' work. The feedback model creates a transparent and safe environment for cooperation between the inspected institution and the supervising institution. According to the feedback provided by the majority of providers inspected by the THIFs, the control procedures helped their organisations improve their work flows.

PAASP – svarbiausia sveikatos apsaugos sistemos sritis, nes būtent į šeimos gydytoją susirgus kreipiamasi pirmiausia. Užsienio šalių patirtis rodo, kad, esant gerai išvystytai ir funkcionuojančiai pirminės grandies medicinos pagalbai, iki 80 proc. visų sveikatos problemų gali išspręsti šeimos medicina.



Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus vedėja Daiva Berūkštienė:

„Pirminės asmens sveikatos priežiūros atrama Lietuvoje yra šeimos gydytojo institucija, kuriai skiriamas finansavimas nuosekliai augo ir nemažėjo net krizės laikotarpiu, kai teko mažinti finansavimą kitoms sveikatos priežiūros sritims.“

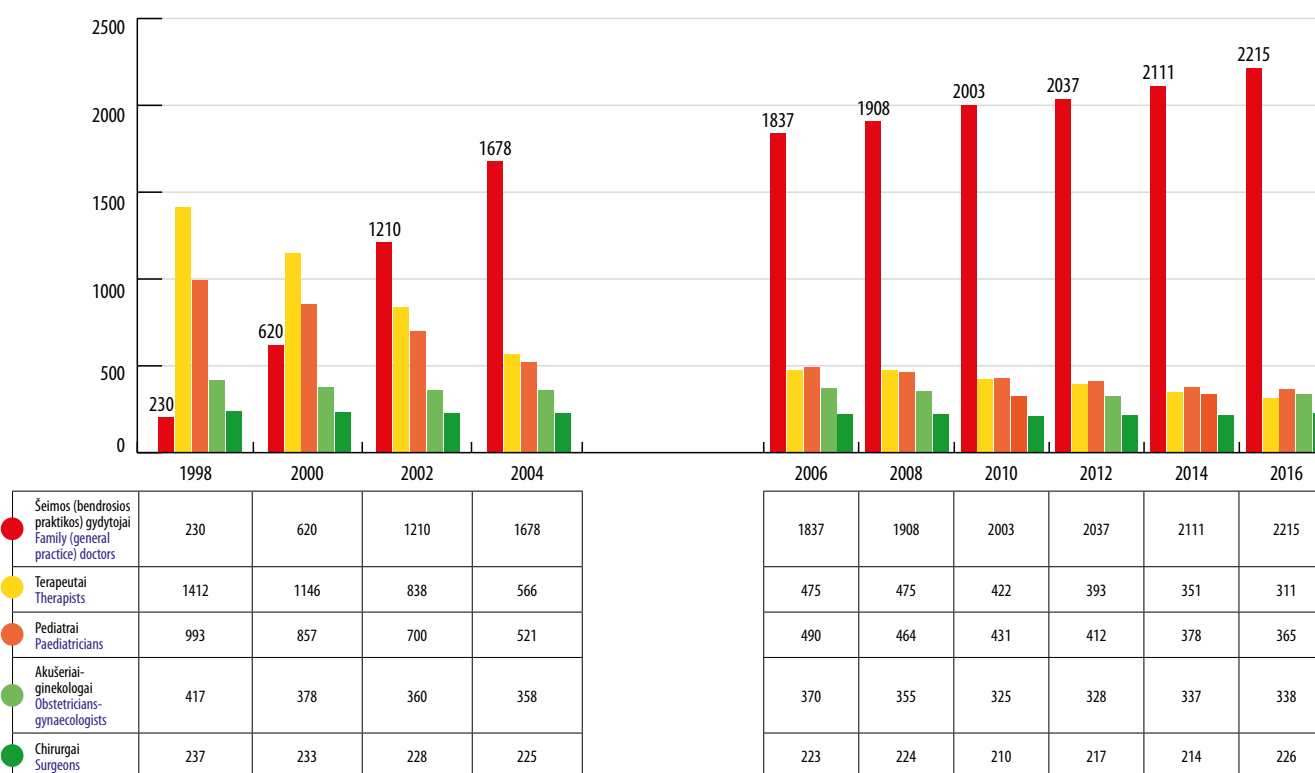
1991 m. – šeimos gydytojo institucijos pradžia: patvirtinta Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, kurioje pabrėžiamas šeimos (arba bendrosios praktikos) gydytojo vaidmuo.

1992 m. Lietuvoje pradėti vykdyti šeimos medicinos pokyčiai: tuometiniams vidaus ligų gydytojams ir vaikų ligų gydytojams sudarytos galimybės persikvalifikuoti į bendrosios praktikos gydytojus; aukštosios mokyklos pradėjo ruošti bendrosios praktikos gydytojus.

2004 m., pagal kitose šalyse taikomą praktiką, Lietuvoje bendrosios praktikos gydytojai pradėjo dirbti pagal šeimos gydytojo medicinos normas reikalavimus.

Šeimos gydytojų skaičius nuo 1998 m. iki 2016 m. išaugo beveik dešimteriopai: nuo 230 iki 2215.

7 diagrama. Šeimos gydytojų skaičiaus dinamika 1998–2016 m.



Change of number of family doctors from 1998 to 2016

PHC is the most vital part of the healthcare system because the family doctor should be seen as a patient's first line of interaction for any need. International experience shows that with a well-developed and functioning system of PHC, up to 80% of all health problems can be solved at the level of primary healthcare.

Head of the Service Expertise and Supervisory Department, Daiva Berūkštienė:

“The first pillar of primary healthcare in Lithuania is the institution of the family doctor. Funding of this institution has consistently grown and did not even decrease during the financial crisis, when cuts had to be made to other areas of healthcare.”

1991 marks the beginning of the PHC institution: the national concept for healthcare is approved, with an emphasis on the role of the family doctor (or general practice).

In 1992, certain developments began taking shape in Lithuanian general practice medicine: internal disease specialists and paediatricians were given the opportunity to requalify as general practitioners, and schools of higher education began training general practitioners as well.

In 2004, Lithuania's general practitioners began to work in compliance with norms established for family doctors, which were based on practices applied abroad.

From 1998 to 2016, the number of family doctors increased tenfold: from 230 to 2,215.

Lietuvoje užtikrinama paciento teisė pasirinkti PAASP paslaugas teikiančią įstaigą, o šioms įstaigoms – sudaryti sutartis su TLK.

Per dvidešimtmetį kasmet daugėjo privačių PAASP paslaugas teikiančių gydymo įstaigų, kuriose didžiausias dėmesys skiriamas šeimos medicinai: 2008 m. PAASP paslaugas teikė 382 įstaigos, iš kurių 212 – privačios, o 2016 m. iš 425 įstaigų, su kuriomis TLK sudarė sutartis, net 266 buvo privačios.

Mokėjimo už PAASP pokyčiai:

Iki 2000 m. PAASP teikiančioms įstaigoms buvo mokama tik už prirašiusių asmenų aptarnavimą. Atsižvelgiant į paciento amžių, buvo nustatytos 4 skirtingos metinės bazinės kainos.

Nuo 2000 m. buvo pradėta finansiškai skatinti šeimos gydytojus. Nustatyta mišri PAASP apmokėjimo sistema: patvirtintas bazinis metinis mokėjimas už prirašytus pacientus ir papildomai mokama už suteiktas skatinamąsias paslaugas, gerus darbo rezultatus ir prevencinę veiklą.

Skatinamųjų paslaugų sąrašas buvo nuolat papildomas, 2016 m. šių paslaugų skaičius išaugo iki 67: tai profilaktinės paslaugos, kraujo tyrimai, neįgaliųjų, vaikų, nėščiųjų priežiūra ir kt.

2008 m. buvo įvestas papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus. Iš pradžių buvo nustatyti 4 gerų darbo rezultatų rodikliai, o 2016 m. šių rodiklių skaičius išaugo iki 12. Buvo skatinama daugiau paslaugų teikti ambulatorinėmis sąlygomis, mažinti ligonių, sergančių lėtinėmis ligomis, hospitalizaciją ir efektyviau vykdyti prevencines programas.

2005–2017 m., siekiant gerinti PAASP paslaugų kokybę, priemonių ir mažinti hospitalizaciją (padėti pacientui pasveikti jį gydant šeimos gydytoju ir išvengiant gydymo ligoninėje), buvo didinama šeimos gydytojo kompetencija, nustatytos 7 skirtingos paslaugų metinės bazinės kainos ir finansiniai priedai (mokamas priedas už šeimos gydytojo teikiamas paslaugas ir priedas už neįgaliųjų priežiūrą).

In Lithuania, patients are ensured their right to choose a primary healthcare provider, and these healthcare providers can sign a contract with their THIF.

Over the past twenty years, the number of private HCPs providing primary healthcare with a focus on family medicine has increased annually: in 2008, PHC services were provided by 382 HCPs, of which 212 were private, while in 2016, as many as 266 HCPs out of 425 were private institutions.

Developments in payment for PHC:

Up to the year 2000, four different levels of capitation fee were paid for enrolled patients based on their age.

From 2000, family doctors began to receive financial incentives for providing primary healthcare services.

Later, a mixed PHC payment system was introduced, including a capitation fee and the fee for additional payments for incentive PHC services and PHC performance indicators (pay-for-performance).

The incentivized PHC services were introduced in 2003. The number of such services has increased gradually. The list of incentive services has continually been added to, and in 2016, the number of these services increased to 67 to include prevention services, blood tests, treatment for the disabled, children, pregnant mothers, etc.

In 2008, a primary healthcare bonus system was introduced. At first, four indicators for measuring the quality of good PHC results produced by HCPs were established, and eventually grew to 12 in 2016. HCPs were encouraged to provide more good quality PHC services on an outpatient basis, reduce the number of hospitalizations resulting from chronic disease and implement prevention programmes more effectively.

From 2005 to 2017, in order to improve quality and access to services provided by PHCPs as well as reduce hospitalisation rates (by helping patients improve their health at the level of the family doctor and thus preventing the need for hospital care), the focus shifted to developing the competencies of family doctors: seven service price categories were introduced alongside several types of financial bonuses (paid for the services provided by family physicians and for care of the disabled).

8 diagrama. PAASP finansavimo struktūra 2016 m.

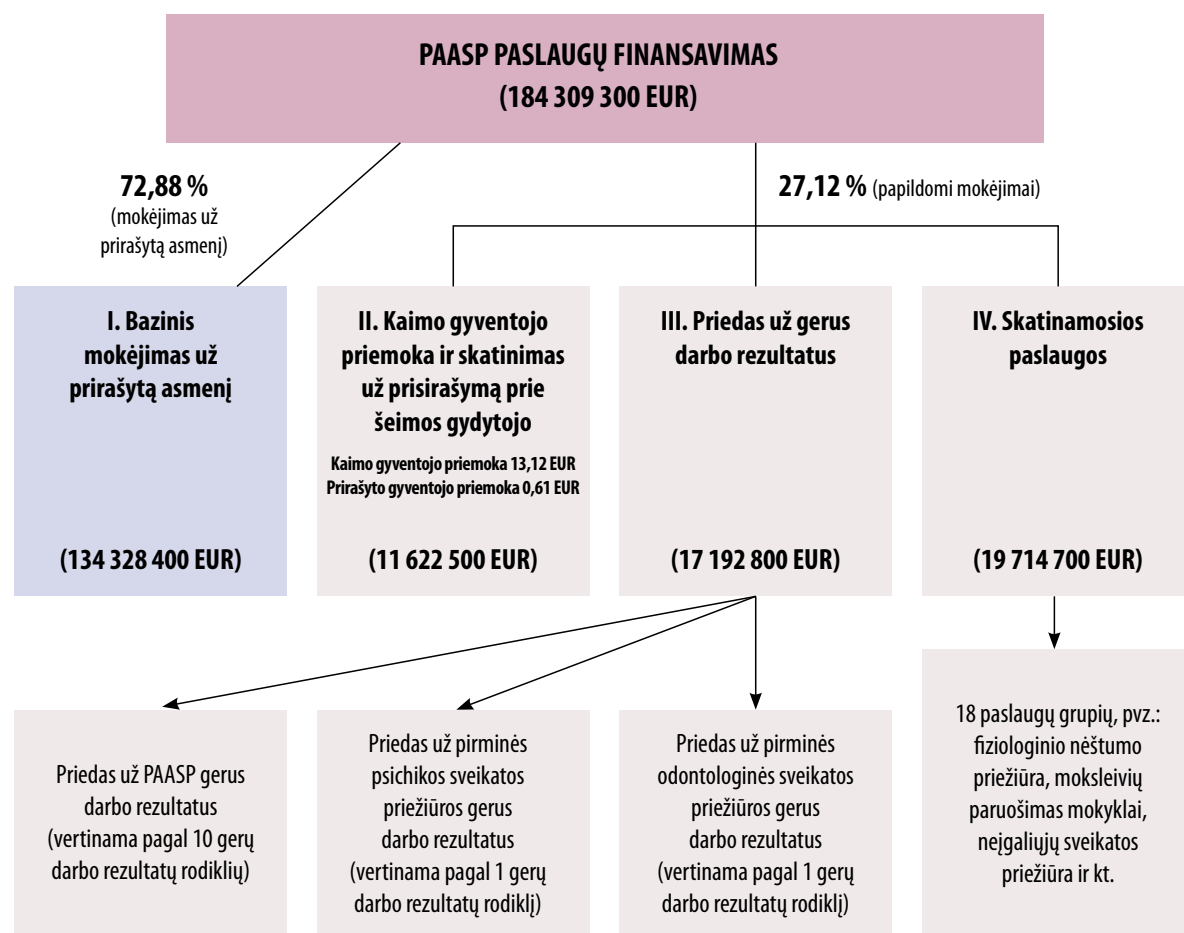
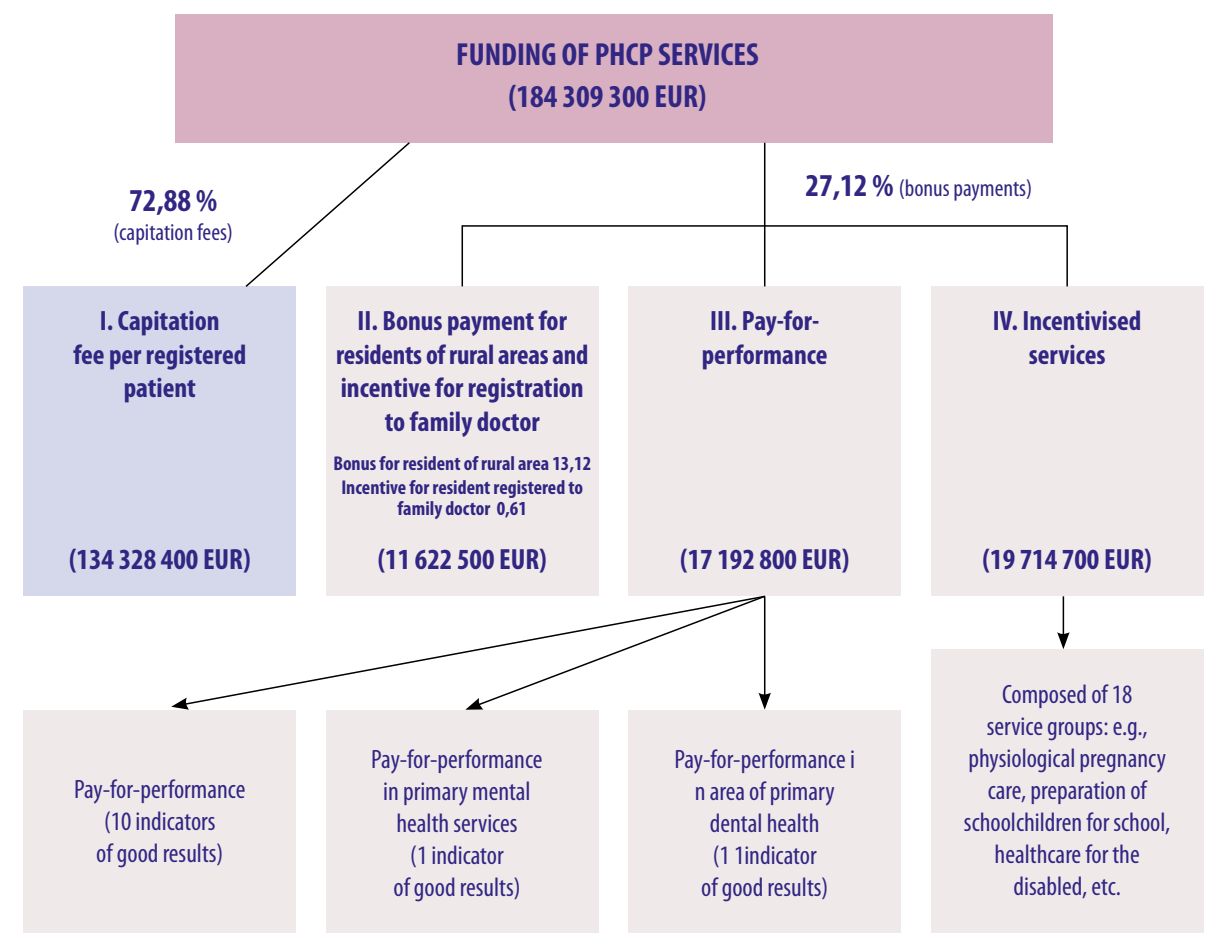


Diagram 8. Structure of funding of PHCP services in 2016



Igyvendinant ES Tarybos rekomendaciją dėl vėžio atrankinės patikros ir Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 m. programos nuostatas, buvo pradėtos vykdyti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programos, finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis. Jų tikslas – sumažinti gyventojų mirtingumą nuo gimdos kaklelio, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos vėžio.

2004 m. buvo pradėta vykdyti gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa. Iš pradžių ji buvo skirta moterims nuo 30 iki 60 m., o nuo 2008 m. – moterims nuo 25 iki 60 metų. Pagal šią programą moterys gali pasitikrinti kas 3 metus. Per visą programos vykdymo laikotarpį bent vieną kartą dėl gimdos kaklelio vėžio pasitikrino daugiau nei 700 tūkst. moterų.

Pradėjus vykdyti gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą, moterims vis dažniau nustatomi pakitimai, kuriuos galima sėkmingai išgydyti.

2005 m. buvo pradėta vykdyti krūties vėžio prevencinė programa. Pagal šią programą kas dvejus metus gali pasitikrinti moterys nuo 50 iki 70 metų. Pagrindinis atliekamas tyrimas – mamografija, kurio pagalba nustatoma, ar krūtyje yra pakitimų. Per visą šios programos vykdymo laikotarpį bent vieną kartą dėl krūties vėžio pasitikrino apie 400 tūkst. moterų.



Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus vyriausioji specialistė Jurgita Grigarienė:

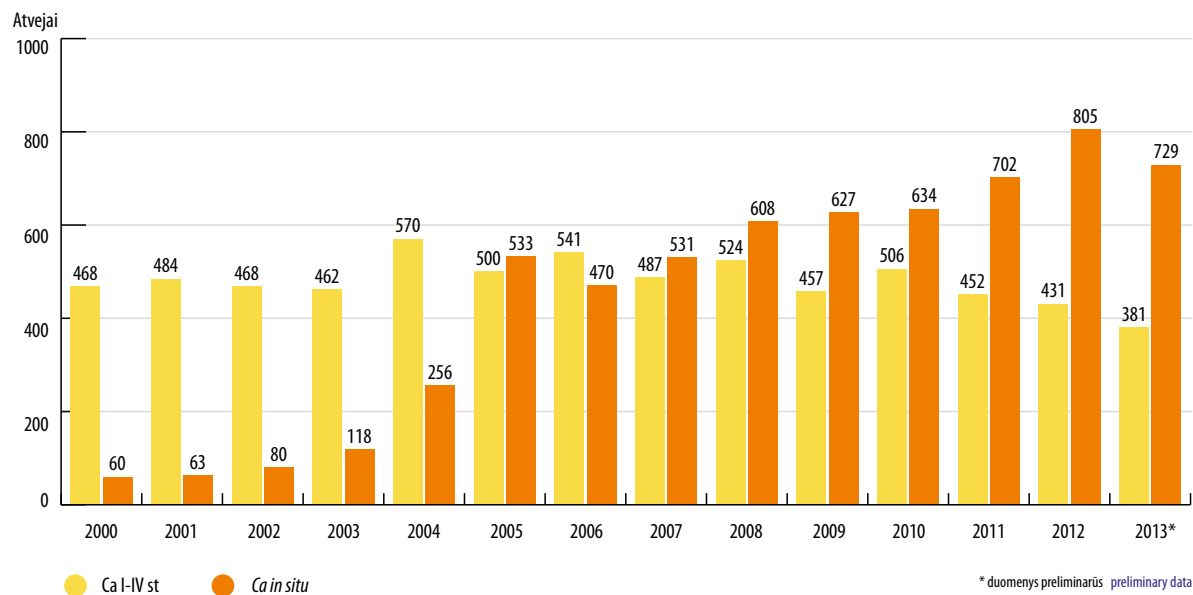
„Pagal prevencines programas sveikata gali pasitikrinti moksliniais įrodymais nustatytos amžiaus grupės asmenys. Siekiama kuo anksčiau pastebėti organų, audinių ar ląstelių pakitimus, juos kruopščiai įvertinti, nustatyti diagnozę, prireikus – skirti gydymą. Dalyvauti tokiose programose turi būti įprasta kiekvienam.“

9 diagrama. Nustatytų gimdos kaklelio vėžio ir *Ca in situ* diagnozių santykis Lietuvoje

(Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Vėžio registro duomenys)

Ratio of diagnosed cervical cancer and *Ca in situ* prevention in Lithuania

Source: the Cancer Register of the Vilnius University Institute of Oncology



Pastebimi teigiami moterų sergamumo krūties vėžiu pokyčiai: vis dažniau diagnozuojami ikivėžiniai krūties pakitimai, daugiau nustatoma ankstyvųjų stadijų (I ir II) krūties vėžio atvejų.

Nuo 2006 m. vykdoma priešinės liaukos vėžio prevencinė programa. Dėl priešinės liaukos vėžio periodiškai gali pasitikrinti vyrai nuo 50 iki 70 m. ir vyrai nuo 45 m., jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu. Pagal šią programą atliekamas prostatos specifinio antigeno tyrimas. Per visą programos vykdymo laikotarpį bent vieną kartą dėl priešinės liaukos vėžio pasitikrino 460 tūkst. vyrų.

2006 m. buvo pradėta vykdyti širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa, pagal kurią kartą per metus gali pasitikrinti vyrai nuo 40 iki 55 m. ir moterys nuo 50 iki 65 metų. Šios programos tikslas – sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabili krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų

išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze), nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių (miego arterijų stenozės, periferinių arterijų ligos, nebyliosios miokardo išemijos) ir cukrinio diabeto atvejus, siekiant sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Per visą programos vykdymo laikotarpį bent vieną kartą dėl šių ligų pasitikrino apie 660 tūkst. asmenų.

2009 m. buvo pradėta vykdyti storosios žarnos vėžio prevencinė programa. Pirmiausia ši programa vykdyta Vilniaus ir Kauno apskrityse, o nuo 2014 m. liepos 1 d. – visoje Lietuvoje. Dėl storosios žarnos vėžio kas dvejus metus gali pasitikrinti asmenys nuo 50 iki 75 metų. Jeigu nustatomas ankstyvųjų stadijų storosios žarnos vėžys, kuo anksčiau skiriamas reikiamas gydymas. Per visą šios programos vykdymo laikotarpį bent vieną kartą dėl storosios žarnos vėžio pasitikrino daugiau nei 710 tūkst. asmenų.

In compliance with the recommendation issued by the EU Council on cancer screening and the provisions of the National Programme for Cancer Prevention and Control 2003–2010, cancer screening programmes were initiated and paid for from the CHF budget. The purpose of these programmes was to reduce mortality rates related to cervical cancer, breast cancer, prostate cancer and colorectal cancer.

2004 marked the launch of a prevention programme targeted at cervical cancer. At first it was intended for women from 30 to 60 years of age, but from 2008 the lower end of the age group was adjusted to include women from the age of 25. Under this programme, women can undergo check-ups every three years. Over the entire implementation period, more than 700 thousand women came for at least one cervical cancer check-up.

The launch of the cervical cancer prevention programme has meant that for increasing numbers of women, early signs of the disease are detected in time for successful treatment.

2005 marked the launch of a prevention programme targeted at breast cancer. Under this programme, women from the ages of 50 to 70 can undergo free check-ups every two years. In this case, the mammography is the principal screening tool because it reveals changes in the breast. Over the entire implementation period, more than 400 thousand women came for at least one breast cancer check-up.

Senior specialist of the Service Expertise and Supervision Department, Jurgita Grigarienė:

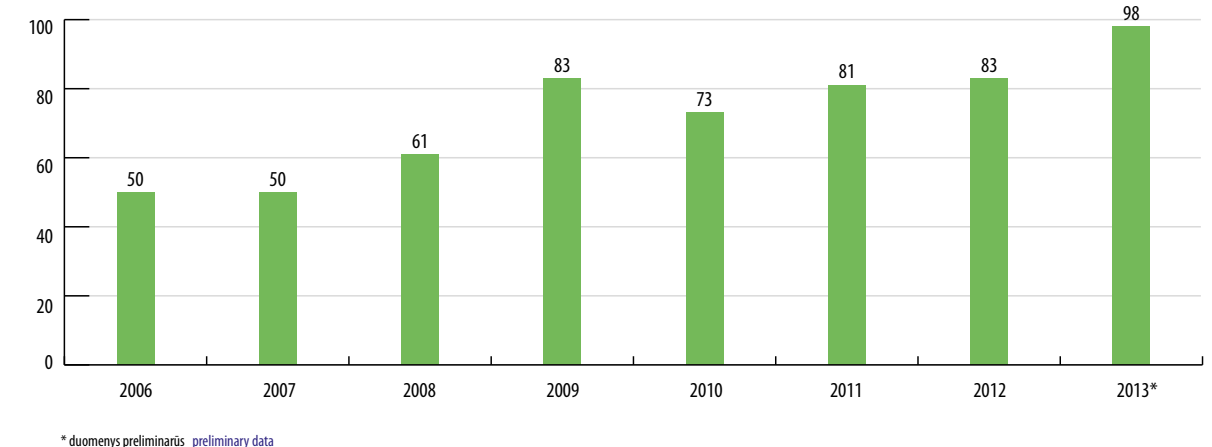
“Individuals who belong to age groups that scientific research has identified as at-risk can check their health under various prevention programmes. The aim is to detect changes in an individual's organs, tissues or cells as early as possible, carefully assess them, come up with a diagnosis and, if necessary, prescribe the relevant treatment. Participation in such programmes should be common practice for everyone.”

10 diagrama. 2006–2012 m. diagnozuoti krūties navikai *Ca in situ*

(atvejų skaičius per metus; Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Vėžio registro duomenys)

Breast tumours diagnosed *Ca in situ* in 2006–2012

(number of cases per year; Source: the Cancer Register of the Vilnius University Institute of Oncology)



* duomenys preliminarūs preliminary data

Positive changes in the prevalence of breast cancer have also been observed: there are increasingly more diagnoses of pre-cancerous changes and early-stage (I and II) cancer cases.

A programme for the prevention of prostate cancer was launched in 2006. It has allowed men from the age of 50 to 70 and men from the age of 45, under the condition that they have fathers or brothers who had prostate cancer, to undergo periodic check-ups. This programme uses the prostate-specific antigen test for early detection. Over the entire implementation period, more than 460 thousand men came for at least one prostate cancer check-up.

2006 saw the initiation of a prevention programme targeting cardiovascular disease, encouraging men from the age of 40 to 55 and women from the age of 50 to 65 to undergo annual check-ups. The aim of this programme is to decrease the prevalence of acute cardiovascular syndromes (unstable angina or myocardial infarction, transient cerebral ischemia or cerebral infarction, peripheral arterial

thrombosis) and detect latent stages of atherosclerosis (carotid artery stenosis, peripheral artery disease, silent myocardial ischemia) and diabetes in order to reduce the prevalence of disability among patients and mortality rates from cardiovascular diseases. Over the entire implementation period, more than 660 thousand men and women came for at least one cardiovascular disease-related check-up.

2009 marked the launch of a prevention programme targeted at colorectal cancer. The programme was initially implemented in the counties of Vilnius and Kaunas, and from 1 July 2014 – across the entire country. Under this programme, men and women from the ages of 50 to 75 can undergo free check-ups every two years. If early-stage colorectal cancer is diagnosed, necessary treatment is prescribed as soon as possible. Over the entire implementation period, more than 710 thousand men and women came for at least one colorectal cancer check-up.

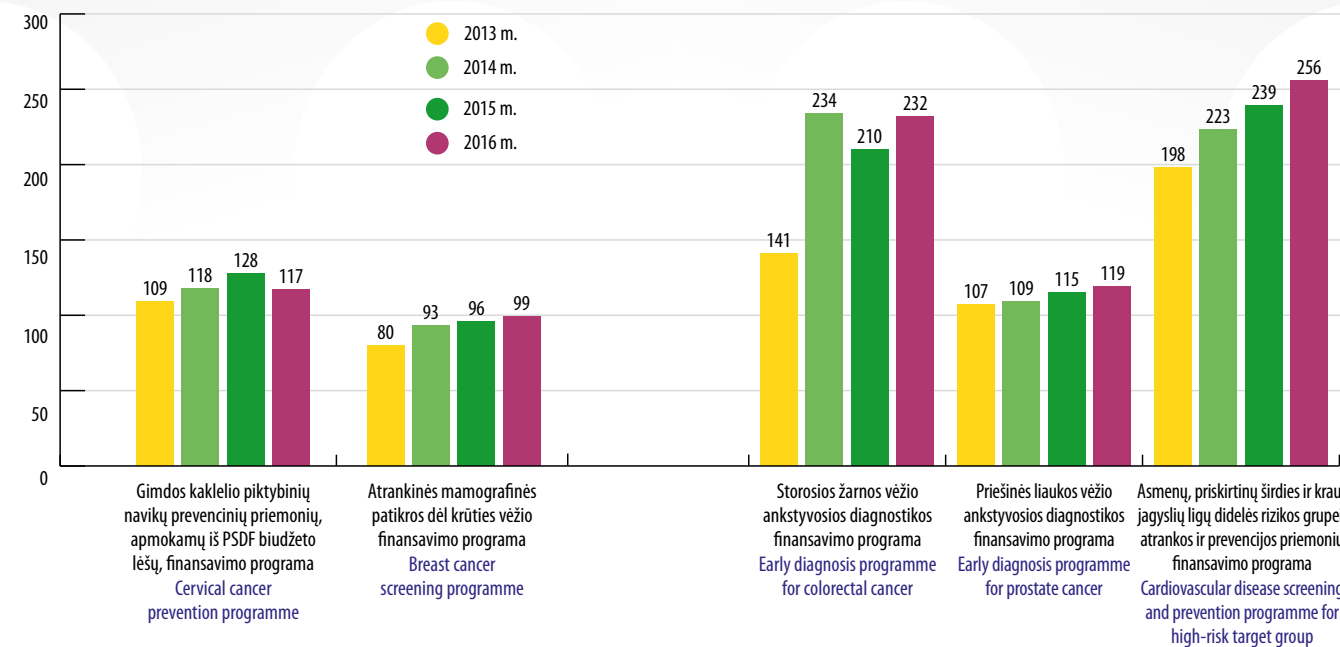
Pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje buvo įgyvendintos visos ES rekomenduojamos vėžio atrankinės patikros programos. 2017 m. paskelbtoje Europos Komisijos užsakymu Tarptautinio vėžio mokslinio tyrimo instituto ekspertų parengtoje 2-oje Ataskaitoje apie vėžio atrankinės patikros programų įgyvendinimą ES šalyse (angl. *Cancer Screening in the European Union, 2017*) buvo konstatuota, kad šių programų vykdymas Lietuvoje atitinka ES rekomenduojamus jų organizavimo principus.

Kasmet vis daugiau asmenų pasitikrina sveikatą pagal prevencines programas, tad ir PSDF biudžeto lėšų šioms programoms finansuoti skiriama vis daugiau.

Over the past decade, Lithuania saw the implementation of all of the cancer screening programmes recommended by the EU. *Cancer Screening in the European Union, a 2017 report published by the International Agency for Research on Cancer and commissioned by the European Council, concluded that these programmes were implemented in Lithuania in accordance with the organisational principles recommended by the EU.*

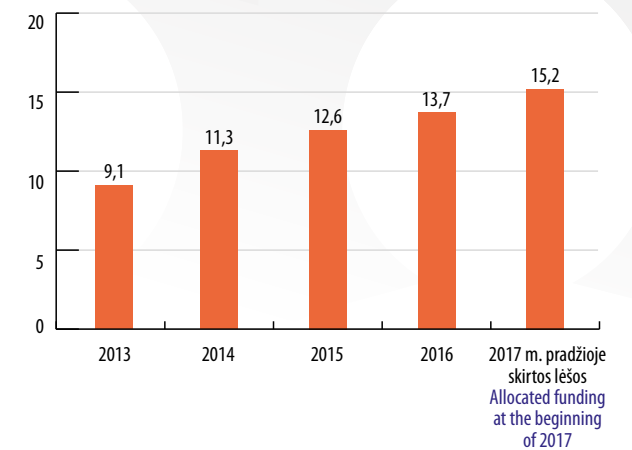
Increasingly more individuals check their health every year as part of various prevention programmes, thus increasingly more funding is allocated from the CHIF budget to finance such programmes.

11 diagrama. **Asmenų, pasitikrinusių pagal Lietuvoje vykdomas prevencines programas, skaičiaus dinamika 2013–2016 m. (tūkst.)**



Change in the number of individuals to have undergone check-ups as part of Lithuanian prevention programmes in 2013–2016 (thous)

12 diagrama. **PSDF biudžeto išlaidos prevencinėms programoms 2013–2016 m. (mln. EUR) CHIF budget expenses on prevention programs in 2013–2016 (mln. EUR)**



GMP PASLAUGOS

GMP paslaugos – tai GMP įstaigų teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, siekiant laiku suteikti pacientui reikalingą medicinos pagalbą jo buvimo vietoje ir prireikus transportuoti sergantį ar sužeistą pacientą į ASPĮ. GMP paslaugos laikomos paslaugomis, skirtomis gyvybei gelbėti ir išsaugoti. Šios paslaugos Lietuvoje teikiamos visiems asmenims – tiek apdraustiesiems, tiek ir neapdraustiesiems.

GMP sistema Lietuvoje

Sveikatos apsaugos ministro įsakymu 2002 m. buvo patvirtintos GMP pertvarkos gairės, kuriose numatyta vykdyti GMP reformą, nustatyti šios reformos tikslai ir uždaviniai.

Vienas iš pagrindinių GMP reformos uždavinių – užtikrinti ilgalaikį ir veiksmingą GMP sistemos valdymą ir GMP dispečerinės tarnybos pertvarkymą bei modernizavimą.

Iki 2011 m. gruodžio mėn. GMP paslaugas teikė 60 įstaigų (56 viešosios įstaigos ir jų padaliniai bei 4 privačios įmonės), iš kurių 58 turėjo savo dispečerines tarnybas. Dėl tokio didelio GMP dispečerinių tarnybų skaičiaus jas modernizuoti buvo nemažas iššūkis.

2012–2013 m. Lietuvoje pradėjus vykdyti GMP sistemos pertvarką, 2017 m. gegužės mėnesį GMP paslaugas teikė jau tik 49 įstaigos (47 viešosios įstaigos ir jų padaliniai bei 2 privačios įmonės). Tuo tarpu GMP dispečerinės tarnybos paslaugas teikė tik 8 įstaigos.

GMP paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarka

GMP paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarka buvo nuolat tobulinama. Nuo 2014 m. GMP paslaugas teikiančioms įstaigoms buvo pradėta mokėti už gerus darbo rezultatus pagal operatyvumo rodiklį (atvykimo laiką). 2016 m. šio rodiklio reikšmė siekė 90 procentų. Tai rodo, kad didžioji dalis skubių GMP iškvietimų buvo įvykdyta per nustatytą laiką.

PSDF biudžeto lėšų suma GMP paslaugas teikiančioms įstaigoms skiriama pagal bendrus kriterijus – aptarnaujamoms teritorijoms statistinį miesto ir kaimo gyventojų skaičių ir vienam gyventojui tenkančių GMP paslaugų metines bazines kainas. Svarbu tai, kad PSDF biudžeto lėšų šioms paslaugoms kasmet skiriama vis daugiau.

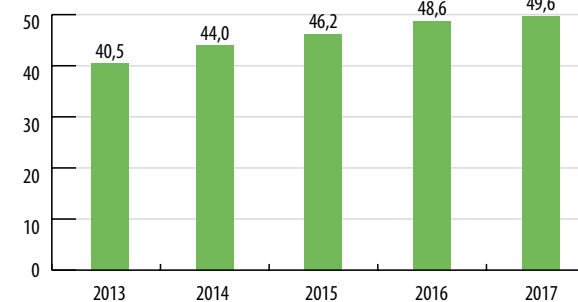
Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimu, paslaugos žmonių gyvybei gelbėti ir išsaugoti privalo būti finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis. Deja, šiuo metu valstybės biudžeto asignavimai, pervedami PSDF biudžetui GMP paslaugoms, sudaro tik 6,3 proc., o likusi jų dalis – 93,7 proc. – dengiama kitomis PSDF biudžeto lėšomis. Siekiama, kad palaipsniui visos GMP paslaugos 100 proc. taptų finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis.

Šiuo metu GMP dispečerines paslaugas teikiančios įstaigos, pasitelkusios informacines technologijas, gali stebėti ir koordinuoti GMP brigadų darbą ir kvietimus perduoti artimiausiai laisvai GMP brigadai. Taigi GMP darbas organizuojamas taip, kad GMP brigados kuo greičiau nuvyktų į įvykio vietą ir operatyviai suteiktų būtinąją pagalbą.

2017 m. GMP geriems darbo rezultatams apmokėti skirta 1,762 mln. eurų.

13 diagrama. **PSDF biudžeto išlaidų GMP paslaugoms dinamika 2013–2017 m. (mln. EUR)**

Change of CHIF budget expenses for Ambulance services in 2013–2017 (mln. EUR)



Ambulance services are healthcare services provided by AS providers with the aim of administering out-of-hospital emergency medical aid to patients and, if necessary, transporting sick or injured patients to an HCP. Ambulance services are intended to save and preserve lives. These services are available to everyone in Lithuania – both the insured and the uninsured.

The AS system in Lithuania

In 2002, the Minister of Health approved a new set of Guidelines for Restructuring Ambulance Services, which set out a framework for AS reform and its purpose as well as objectives.

One of the principal objectives of the AS reform was to ensure the effective long-term management of the AS system and the restructuring and modernisation of the AS dispatch service.

Up to December of 2011, ambulance services were provided by 60 HCPs (56 public HCPs and their divisions as well as 4 private HCPs),

AMBULANCE SERVICES

of which 58 had their own dispatch services. This large number of AS dispatch services made it very difficult to modernise the AS system.

In 2012–2013 reforms targeted at the AS system were under way and by May of 2017, the number of HCPs providing AS dropped to 49 (47 public HCPs and their divisions as well as 2 private HCPs). Meanwhile, AS dispatch services were now only provided by 8 institutions.

Procedure for the payment of AS costs

The procedure for covering AS costs was continually being developed. From 2014, HCPs providing AS began to be paid for good results based on their efficiency indicators (time of arrival). In 2016, the indicator measured at 90%. This shows that the majority of AS responses were executed within the encouraged time limit.

The amount of funding allocated to AS providers is calculated based on general criteria: the statistical number of urban and rural residents within the territory an HCP covers, and the annual basic price of ambulance services per capita. Importantly, increasingly more funds are allocated from the CHIF budget for these services every year.

The 16 May 2013 resolution issued by the Constitutional Court of the Republic of Lithuania stipulates that services intended to save or preserve life must be funded from the state budget. Unfortunately, current assignments transferred from the state budget to the CHIF budget to fund AS, make up only 6.3% of the funds spent on AS, while the remaining 93.7% are covered by other CHIF funds. The ultimate aim is to gradually have all ambulance services funded 100% from the state budget.

At the moment HCPs that provide AS dispatch services, can use information technology to track and coordinate ambulance teams and forward calls to the nearest available ambulance team. Thus, AS operations are organised so that ambulance teams can arrive at the necessary location as fast as possible and efficiently administer emergency aid.

In 2017, a total of 1.762 million euros were paid out for great AS results.

Nuo 2007 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos apmokamos vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu, kuriuo šios paslaugos pagal apmokėjimą skirstomos į prioritines ir stacionarines. Prioritines paslaugas – tai specializuotos ambulatorinės, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo (paslaugos teikimo trukmė nuo 4 val. iki 24 val.) ir ambulatorinės chirurgijos paslaugos.

Didelę dalį visų prioritinių sveikatos priežiūros paslaugų sudaro gydytojų specialistų teikiamos specializuotos ambulatorinės paslaugos – gydytojų specialistų konsultacijos. Laiku suteikta specializuota medicinos pagalba dažnai padeda išvengti paciento gydymo stacionare.

Nuo 1997 m. sveikatos priežiūros paslaugoms numatytas PSDF biudžeto lėšas pradėjus skirstyti pagal šių paslaugų grupes, 10 proc. lėšų buvo numatyta ambulatorinei specializuotai sveikatos priežiūrai.

1998 m. buvo patvirtinta gydytojų specialistų teikiamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarka bei konsultacijų bazinės kainos (antrinio ir tretinio lygio konsultacijos bazinė kaina).

2004 m. gydytojų specialistų teikiamų konsultacijų bazinės kainos buvo diferencijuotos pagal gydytojų specialistų profesines kvalifikacijas.

2006 m. buvo pradėtos teikti išplėstinės konsultacijos, kurių metu atliekami sudėtingi diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai, nustatytos šių konsultacijų bazinės kainos (šios bazinės kainos didesnės už paprastą tos pačios profesinės kvalifikacijos gydytojų specialistų teikiamų konsultacijų bazines kainas).

Nuo 2007 m. taikoma prioritinė gydytojų specialistų konsultacijų išlaidų apmokėjimo tvarka: jei šių konsultacijų suteikiama daugiau nei numatyta ASPĮ ir TLK sutartyje, jų išlaidos apmokamos pagal PSDF biudžeto galimybes.

2011–2012 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėta mokėti už naujas telemedicinos – telekardiologijos ir teleradiologijos – paslaugas. Pradėjus teikti šias paslaugas, pagerėjo aukštos kokybės kardiologijos ir radiologijos paslaugų prieinamumas Lietuvos gyventojams.

2014–2016 m. toliau buvo plečiamas gydytojų specialistų (reumatologo, akušerio ginekologo, kardiologo, neurologo, oftalmologo) konsultacijų metu atliekamų diagnostinių ir gydomųjų intervencijų spektras.

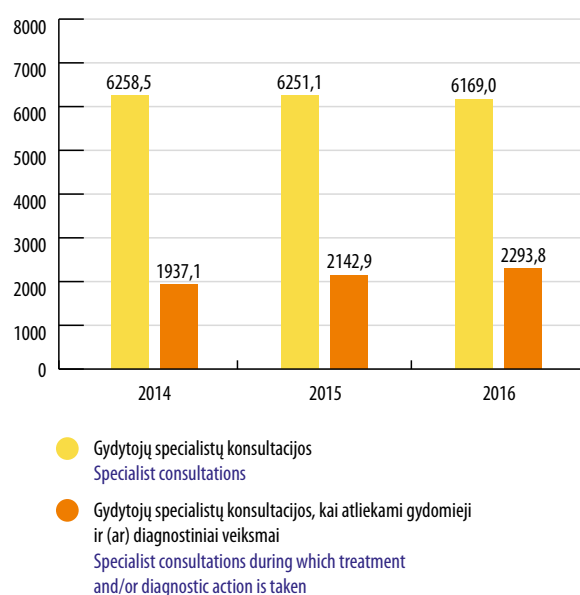
2014 m. buvo nustatyta gydytojų specialistų konsultacijų, teikiamų vykdant ilgalaiškų pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, stebėjimą (dispanserizaciją), išlaidų apmokėjimo tvarka (nustatyta, kad gydytojas specialistas, kuris periodiškai stebi paciento sveikatos būklę, gali geriau įvertinti ligos eigą ir prireikus greičiau koreguoti gydymą. Tai padeda išvengti sudėtingų ligos komplikacijų, kurias reikėtų gydyti stacionare). Tokių gydytojų specialistų konsultacijų išlaidas numatyta apmokėti atskira tvarka. Padaugėjo gydytojų specialistų, kurių konsultacijų metu atliekamos diagnostinės ir gydomosios intervencijos (šios intervencijos atliekamos reumatologo, vaikų reumatologo ir vaikų neurologo konsultacijų metu).

2015–2016 m. buvo pradėta mokėti už gydytojo dietologo konsultaciją ir sporto medicinos gydytojo konsultaciją.

2016 m. specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašė buvo daugiau kaip 200 gydytojų specialistų konsultacijų rūšių. Kasmet šių konsultacijų suteikiama vis daugiau. Pavyzdžiui, 2002 m. buvo suteikta daugiau kaip 5 mln. konsultacijų, tuo tarpu 2016 m. – daugiau kaip 8 mln. konsultacijų. PSDF biudžeto išlaidos šioms konsultacijoms padidėjo nuo 37 iki 149 mln. eurų.

14 diagrama. **2014–2016 m. PSDF biudžeto lėšomis teikiamų gydytojų specialistų konsultacijų skaičius (tūkst.)**

Number of specialist consultations in 2014–2016 (thous.)



Siekiant mažinti hospitalizacijos mastą, nuolat plėtojamos ekonomiškai efektyvios ir pacientams priimtinos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos; atsirado naujos – ambulatorinės chirurgijos paslaugos. Šių paslaugų spektras plečiamas.

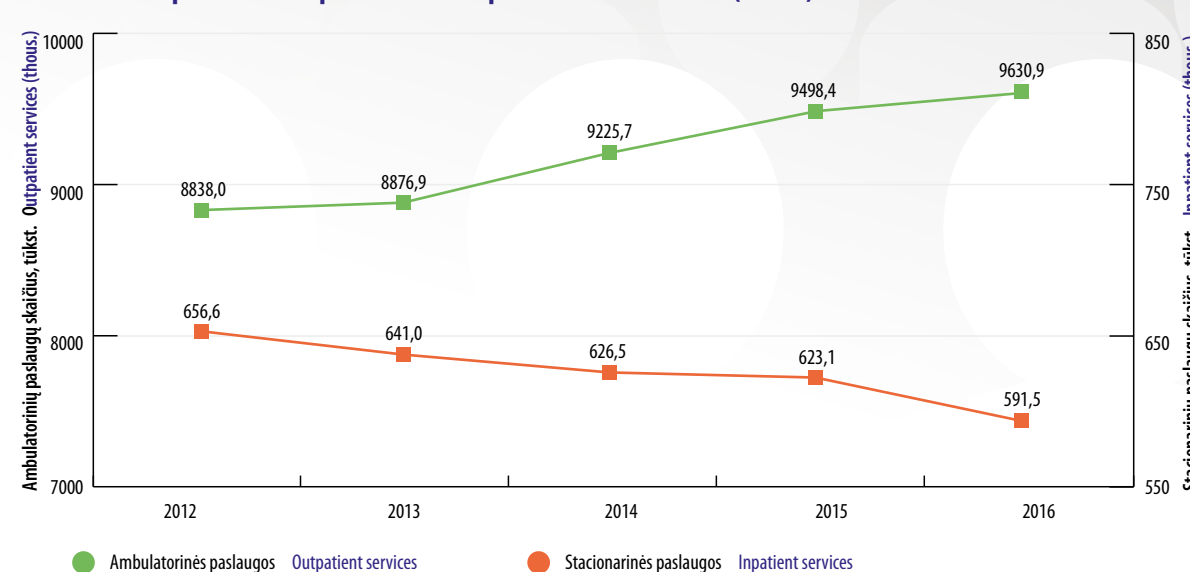
Dienos stacionaro sąlygomis teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra itin priimtinos pacientams, kurie po trumpalaikės stebėsenos (įprastai po kelių valandų) gali grįžti į namus.

2015 m. buvo pradėtos teikti intervencinės kardiologijos dienos stacionaro paslaugos.

2016 m. buvo pradėtos teikti oftalmologijos dienos stacionaro paslaugos ir vaikų hematologijos stacionaro paslauga, kurios metu atliekama kraujo komponentų transfuzija.

2012 m. dienos stacionaro sąlygomis buvo suteikta 511 tūkst., o 2015 m. – jau 702 tūkst. paslaugų.

15 diagrama. **Faktiškai suteiktos ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos 2012–2016 m. (paslaugų skaičius, tūkst.)**



From 2007, the costs of healthcare services have been paid for in compliance with an order issued by the Minister of Health, which stipulated that these services were to be classified based on payment size into priority services and inpatient services. Priority services include specialised outpatient services, emergency services in hospital admission-emergency departments, day treatment services on an inpatient basis, day surgery, medical observation services (for a duration of 4 to 24 hours), and surgical services on an outpatient basis.

A large share of the high-priority healthcare services are **specialised outpatient services** provided by medical specialists, i.e., consultations with medical specialists. Specialised medical aid administered on time frequently helps prevent the need for hospitalisation.

From 1997, when CHIF funds allocated for healthcare services began to be distributed based on these service groups, 10% of funding was set aside for specialised outpatient services.

In 1998, the rules for the management of specialist outpatient services provided by medical specialists and for the payment of these services as well as basic prices for consultations (basic prices for secondary and tertiary consultations) were approved.

In 2004, the basic prices for consultations provided by medical specialists began to be differentiated based on the professional qualifications of medical specialists.

In 2006, comprehensive consultations were introduced, which entailed the application of complex diagnostic and/or treatment measures, and basic prices were set for them accordingly (these basic prices were higher than those of basic consultations provided by medical specialists of the same professional qualification).

2007 saw the introduction of a high-priority procedure for the payment of consultations provided by medical specialists: if the number of consultations provided exceeds the contracted quantity, the cost of these services are covered by the CHIF budget if such funds are available.

From 2011 to 2012, CHIF funds began to be used for the payment of new telemedical services – telecardiology and teleradiology. The introduction of these services resulted in improved access to high-quality cardiology and radiology services in Lithuania.

The period from **2014 to 2016** saw the further expansion of the range of diagnostic and treatment interventions provided during consultations with medical specialists (rheumatologists, obstetricians-gynaecologists, cardiologists, neurologist, ophthalmologists).

In 2014, rules were established for the payment of consultations provided by medical specialists during the long-term medical observation of patients being treated for chronic disease (dispanserization) (the conclusion had been made that medical specialists periodically observing the state of a patient's health could better assess the course of a disease and, if necessary, adjust treatment. This helped avoid complications that would have to be treated in hospital). The cost of such consultations with medical specialists was to be covered according to a separate procedure. The numbers of medical specialists giving consultations during which diagnostic and treatment interventions were made increased (these interventions are applied during consultations with rheumatologists, paediatric rheumatologists and paediatric neurologists).

From 2015 to 2016, the CHIF began to cover consultations with medical dietologists and specialists of sports medicine.

In 2016, the list of specialised outpatient services and their basic prices included more than 200 different types of medical specialist consultations. Every year, increasingly more of these consultations are provided. For example, in 2002, over 5 million consultations were provided, while in 2016, this number grew to over 8 million. CHIF funds spent on these consultations increased from 37 to 149 million euros.

In order to reduce the scale of hospitalisation, cost-effective day treatment and day surgery services that patients appreciate are continually being developed; new services, such as outpatient surgery, have also emerged. The range of these services continues to expand.

Specialised services and healthcare are provided on a **day treatment** basis and are especially appreciated by patients because after a short period of observation (typically after several hours) they can go home.

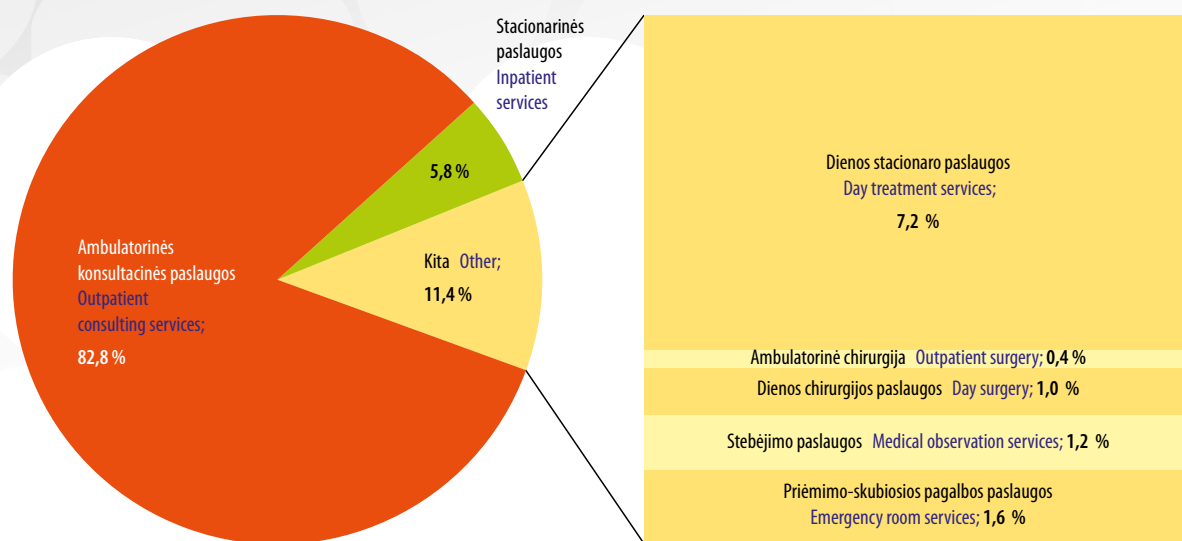
In 2015, interventional cardiology services were introduced on a day treatment basis.

In 2016, ophthalmology services and paediatric haematology services (during which the transfusion of blood components are conducted) were also introduced as a day treatment option.

In 2012, around 511 thousand services were provided as day treatment services, growing to 702 thousand in 2015.

16 diagrama. 2016 m. faktiškai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasiskirstymas (proc.)

Distribution of healthcare services provided in 2016 (per cent)



Dienos chirurgijos paslaugoms priskiriamos planinės ir gydomosios procedūros ar operacijos, kai taikoma vietinė ar bendroji nejautra, po kurios būtina vienos ar dviejų dienų priežiūra. Tad dienos chirurgijos sąlygomis dažniausiai atliekamos nesudėtingos operacijos (akių, kai kurios ginekologinės, ortopedinės, urologinės ir kt.).

Dienos chirurgijos paslaugų kasmet suteikiama vis daugiau: 2012 m. buvo suteikta 511 tūkst., o 2015 m. – jau 702,0 tūkst. šių paslaugų.

2005 m. stacionariųjų ASP priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose buvo pradėtos teikti naujos gydytojų specialistų paslaugos (skubiosios pagalbos paslauga A, skubiosios pagalbos paslauga B), nustatytos jų bazinės kainos. Šių paslaugų išlaidos apmokamos pagal nustatytus prioritetus. Kasmet suteikiama daugiau kaip 150 tūkst. minėtų paslaugų.

2017 m. balandžio mėn. buvo išplėstas gydytojų specialistų teikiamų paslaugų spektras (iki 8 paslaugų), nustatytos naujos jų bazinės kainos ir patvirtinta išlaidų apmokėjimo tvarka. Tad ASP galės suteikti daugiau kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų pacientui jo nehospitalizuojant.

Day surgery services are a category that includes planned procedures and medical procedures or surgery that require local or general anaesthesia, which in turn require one or two days of observation. Thus, simple operations (for the eyes, certain gynaecological, orthopaedic, urological procedures and so on) are typically conducted on a day surgery basis.

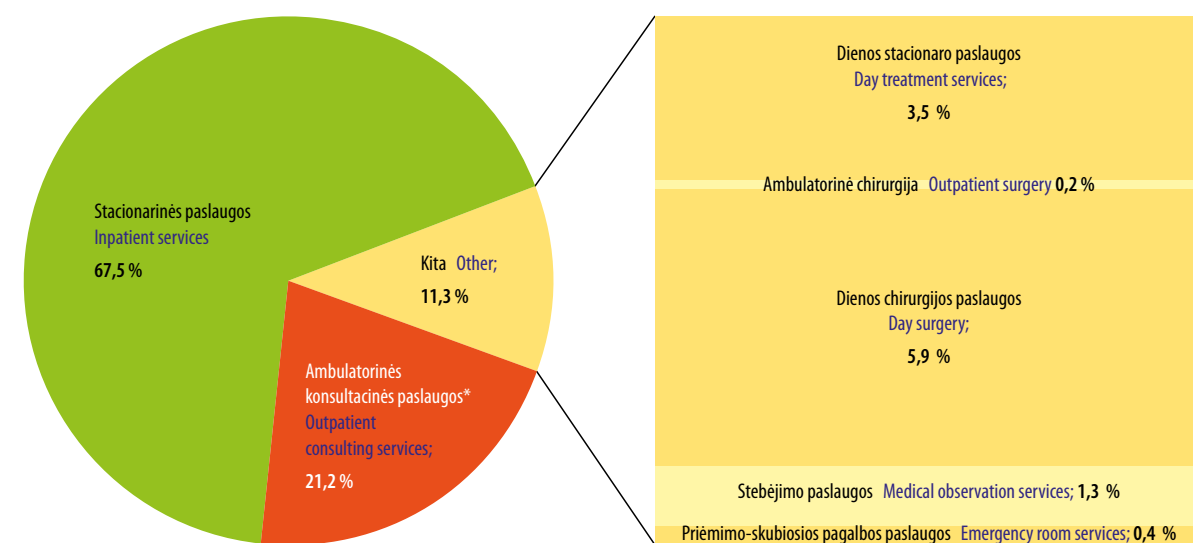
Every year, increasingly more day surgery services are provided: In 2012, around 511 thousand services were provided, and 2015 saw this number grow to 702 thousand.

In 2005, new medical specialist services began to be provided on an inpatient basis in the emergency departments of HCPs and basic prices were set accordingly (emergency medical service A, emergency medical service B). The cost of these services is paid for based on established priorities. Over 150 thousand of the said services are provided to patients annually.

In April of 2017, the range of services provided by medical specialists was further expanded (to 8 services), new basic prices were set, and rules for covering these costs were laid out. Thus, HCPs will be able to provide more quality healthcare services to patients without hospitalising them.

17 diagrama. 2016 m. PSDF biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms pasiskirstymas (proc. pagal faktiškai suteiktas paslaugas)

Distribution of CHIF budget expenses to pay for services provided (per cent)



STACIONARINĖS PASLAUGOS

Jau nuo 1992 m., tik įsteigus VLK ir jai perėmus respublikinių ligoninių finansavimą, buvo pradėta taikyti pažangų stacionariųjų paslaugų išlaidų apmokėjimo metodą, t. y. pradėta mokėti už atvejį. 1997 m., įdiegus privalomojo sveikatos draudimo sistemą, už stacionarines paslaugas šalies mastu buvo mokama pagal ligų gydymo profilius. Ligų gydymo profiliai – tai stambios paslaugų grupės, pagrįstos stacionaro skyriumi, kuriame jos teikiamos (chirurgijos, terapijos ar kt.): už visų pacientų, sunkesnių ar lengvesnių, gydymą to paties profilio stacionaro skyriuje buvo mokama ta pati vidutinė kaina. Iš pradžių buvo 40 ligų gydymo profilių (20 suaugusiųjų ir 20 vaikų ligų gydymo profilių). Palaipsniui stacionariųjų paslaugų išlaidų apmokėjimas buvo tobulinamas, vietoj stambiųjų ligų gydymo profilių buvo nustatyta daug smulkesnių, išlaikant jų ryšį su atitinkamu stacionaro skyriumi. 2007 m. buvo 429 ligų gydymo profiliai.

Reikšmingus stacionariųjų paslaugų išlaidų apmokėjimo pokyčius 2002 m. nulėmė sveikatos apsaugos ministro patvirtinti stacionariųjų paslaugų teikimo standartai – bendrieji ir specialieji jų teikimo reikalavimai. Tai sudarė prielaidas toliau tobulinti mokėjimą už minėtas paslaugas, jį diferencijuojant pagal pagrindinę diagnozę, gydymui būtinas sąlygas, taikytas medicinos technologijas ir kt. Be to, atskyrus antrinio ir tretinio lygmens paslaugas, atsirado galimybė už lengviau sergančių ligoninių gy-

dymą universitetinėse ligoninėse pradėti mokėti mažesnę kainą, nei už sunkių ligoninių gydymą. Taigi, mokėjimas už stacionarines paslaugas tapo tikslesnis ir teisingesnis, geriau atitinkantis pacientų gydymo sąnaudas.

Kiti svarbūs atsiskaitymo už stacionarines paslaugas pokyčiai įvyko 2012 m., kai buvo pereita prie naujos aktyviojo gydymo (stacionaro ir dienos chirurgijos) paslaugų klasifikacijos ir jų išlaidų apmokėjimo, taikant giminingų diagnozių grupių (DRG²) metodą. VLK užsakymu 2008 m. buvo atlikta galimybių studija, padėjusi apsispręsti dėl Lietuvos stacionariųjų paslaugų išlaidų apmokėjimo sistemos: buvo nutarta ją pakeisti kuria nors tarptautine sistema. Per parengiamąjį periodą, trukusį 2009–2011 m., buvo įsigyta ir įdiegta specialistų gerai vertinama Australijos AR-DRG³ klasifikavimo sistema. Kartu su šia sistema pirmą kartą Lietuvoje buvo įdiegta medicininių intervencijų klasifikacija (ACHI⁴) ir atnaujinta iki tol naudota ligų klasifikacija TLK-10. Įdiegus AR-DRG, kartu buvo pritaikyta iš Airijos kolegų „pasiskolinta“ vadinamoji penkių kainų sistema, pagal kurią aktyviojo gydymo atvejo kaina kinta priklausomai nuo paciento gydymo trukmės. Nuo 2016 m. Lietuvoje taikoma DRG sistema buvo atnaujinta, įdiegus 2015 m. laidos AR-DRG versiją.

² DGR – angl. *Diagnosis Related Groups*, giminingų diagnozių grupės.

³ AR-DRG – angl. *Australian Refined Diagnosis Related Groups*, Australijos patobulintos giminingų diagnozių grupės.

⁴ ACHI – angl. *Australian Classification of Health Interventions*, Australijos sveikatos intervencijų klasifikacija (sisteminių intervencijų sąrašas).

INPATIENT SERVICES

Already from 1992, when the NHIF had just been founded and took over the funding of national hospitals, a progressive method began to be applied in the payment of inpatient services – payment per case-mix was introduced. In 1997, with the introduction of compulsory health insurance, the NHIF moved on to a nationally elaborated case-mix system, whereby the costs of inpatient services were paid based on so-called disease treatment profiles. Disease treatment profiles were large service groups based on specific hospital departments (surgery, therapy, etc.): within the same profile, the same average price was paid for the treatment of all patients – both simple and difficult cases – on an inpatient basis. At first there were 40 disease treatment profiles (20 adult and 20 paediatric). Later on, the system for covering the costs of inpatient services was gradually improved, and large disease treatment profiles were split into smaller categories; however, their connection to their respective departments was maintained. In 2007, there were a total of 429 disease treatment profiles.

Significant changes in the payment of inpatient service costs were brought about in 2002, when the Minister of Health approved new standards for providing inpatient services, which included general and special requirements for their provision. This created the right conditions for the further improvement of the payment system by differentiating based on principal diagnosis, essential treatment conditions, applied medical technology, etc. In addition to this, once secondary and tertiary services were sepa-

rated, there was now a possibility to begin paying a smaller price for the treatment of less serious cases at university hospitals than for the treatment of severe cases. Thus, payment for inpatient services became better targeted, fairer and reflected the actual cost of treating individual cases.

Other significant developments in the payment of inpatient services took place in 2012, when the transition was made to the classification of new acute care services (inpatient and day surgery) and their payment using the DRG² method. In 2008, the NHIF commissioned a feasibility study that helped decide which system for the payment of inpatient services was a better fit for Lithuania – the decision was made to move on to one of the international systems. During the preparatory stage from 2009 to 2011, the Australian AR-DRG³ classification system, which was highly evaluated by specialists, was purchased and set up. Along with this system, a classification of medical interventions (ACHI⁴) was introduced for the first time in Lithuania and the previously used ICD-10 classification system was updated. With the setup of AR-DRG, a five-price system inspired by the Irish model was also introduced, where the price of the acute care case changes depending on the duration of the patient's treatment. In 2016, Lithuania's DRG system was upgraded to the 2015 edition of AR-DRG.

² DGR: Diagnosis-Related Groups

³ AR-DRG: Australian Refined Diagnosis-Related Groups

⁴ ACHI: Australian Classification of Health Interventions, (a systematic list of interventions).



**Kainų skyriaus vedėja
Violeta Kutraitė:**

„DRG metodas buvo sukurtas JAV ir jau daugiau kaip 30 metų taikomas Europos bei kitose pasaulio šalyse specializuotoms (pirmiausia stacionarinėms) paslaugoms analizuoti ir jų išlaidoms apmokėti. Šio metodo esmė: medicininiais ir ekonominiais kriterijais pagrįstas atvejų, kai pacientams taikomas aktyvusis gydymas, klasifikavimas, priskiriant šiuos atvejus tam tikroms kategorijoms (giminingų diagnozių grupėms). Pagrindinis tikslas – užtikrinti teisingą (proporcingą realioms sąnaudoms) ir skaidrų ligoninių teikiamų paslaugų išlaidų apmokėjimą. Kartu tai yra priemonė, reikalinga ligoninių veiklos lyginamajai analizei atlikti.“

**Head of the Price Management Department,
Violeta Kutraitė:**

“The DRG method was developed in the USA and has been used in European countries and beyond for over 30 years to analyse specialised (primarily inpatient) services and manage their payment. In short, this method is about the classification of acute cases based on medical and economic criteria, where each case is attributed to a certain category (a diagnosis-related group). The main aim here is to ensure the fair (i.e., in proportion to actual costs) and transparent allocation of funds for hospital services. At the same time, this is a much-needed tool for conducting comparative analyses of hospital activity.”



**Kainų ir klasifikacijų
departamento direktorius
Gintaras Kacevičius:**

„VLK nuosekliai dirba, siekdama taip tobulinti mokėjimą už pacientams teikiamas paslaugas, kad būtų tinkamai kompensuojamas gydymo įstaigų sąnaudas, kartu sukuriant paskatas joms tobulinti savo veiklą ir didinti jos efektyvumą. Tai, savo ruožtu, sudaro prielaidas gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą, geriau tenkinti pacientų poreikius ir efektyviau panaudoti turimas PSDF biudžeto lėšas.“

**Director of the Pricing
and Classification Department,
Gintaras Kacevičius:**

“The NHIF consistently works to improve the payment system for the services that are provided to patients so that HCPs are adequately compensated for the costs they incur and motivated to improve their activity and increase their efficiency. This, in turn, creates the right environment for improving quality and access to services, satisfying patients’ needs to a better standard and making efficient use of CHIF funds.”

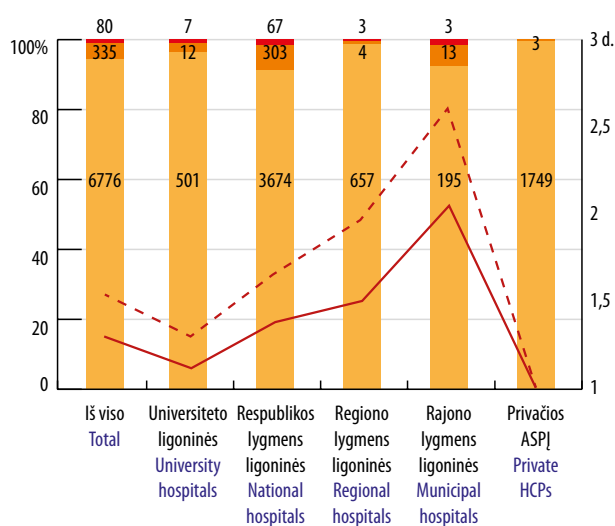
Pradėjus taikyti DRG metodą, atsirado galimybės ne tik tiksliau mokėti už stacionarines paslaugas, bet ir plačiau bei giliau analizuoti Lietuvos ligoninių veiklą, palyginti jų veiklos efektyvumą tarpusavyje, taip pat Lietuvos stacionarinio sektoriaus rodiklius palyginti su atitinkamais tarptautiniais rodikliais. Pavyzdžiui, analizuojant chirurginio profilio paslaugas, įvertinama planinės operacijos laukimo trukmė nuo paciento patekimo į stacionarą momento. VLK atliekama pagal šį rodiklį analizė ir kasmet skelbiami jos rezultatai turėję neabejotinos įtakos: operuojamų pirmąją dieną ligonių dalis nuolat didėja, o vidutinė gydymo trukmė – atitinkamai mažėja. Vidutinė aktyviojo gydymo trukmė Lietuvos ligoninėse per pastaruosius 25 metus sutrumpėjo beveik 3 kartus ir dabartinis rodiklis – 6,5 dienos – visiškai atitinka ES šalių vidurkį. Toliau diagramoje parodomas šio rodiklio reikšmės kitimas paviršinių kojų venų operacijų atveju.

Tobulinant mokėjimą už stacionarines paslaugas ypač svarbus yra aktyviojo gydymo atvejų kainų skaičiavimas faktinių gydymo sąnaudų pagrindu. Šiuo tikslu visos 67 ligoninės, teikiančios stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, nuo 2011 m. kasmet siunčia VLK duomenis apie visas praėjusių metų šių paslaugų teikimo sąnaudas. Pagal gautus duomenis VLK kiekvienais metais perskaičiuoja aktyviojo gydymo atvejų kainas. 2015 m. didžiausia vieno atvejo savikaina buvo: universiteto ligoninėse – 964 eurai; respublikinėse ir specializuotose ligoninėse – 715 eurų, o regiono ir rajono ligoninėse – atitinkamai 644 ir 590 eurų.

Atitinkamai skiriasi ir vidutinė aktyviojo gydymo atvejo kaina skirtingų kategorijų ligoninėse (1 lentelė).

Patirtis parodė, kad ligoninių teikiamų sąnaudų duomenys nėra pakankamai išsamūs tikslioms aktyviojo gydymo atvejų kainoms apskaičiuoti ir analizuoti. Tai įvertinusi ir atsižvelgusi į tarptautines kainų skaičiavimo tendencijas, VLK inicijavo ir nuo 2015 m. pradėjo įgyvendinti Detalios paciento lygmens sąnaudų apskaitos projektą. Užbaigus šį projektą (planuojama 2018 m.), penkiolika ligoninių, reprezentuojančių Lietuvos ligoninių visumą, vykdys kur kas detalesnę nei šiuo metu aktyviojo gydymo sąnaudų apskaitą ir jos duomenis reguliariai teiks VLK. Šie duomenys bus panaudoti trimis tikslams: 1) aktyviojo gydymo atvejų kainoms, labiau atitinkančioms realias gydymo sąnaudas, skaičiuoti, 2) ligoninių sektoriaus veiklai ir jos efektyvumui analizuoti, 3) ligoninių poreikiams – šių duomenų pagrindu jos galės analizuoti ir tobulinti savo veiklą, siekti didesnio jos efektyvumo.

**18 diagrama. 2016 m. flebektomijos operacijos Lietuvos ligoninėse pagal jų atlikimo dieną ir vidutinę gydymo trukmę
Phlebectomy procedures in Lithuanian hospitals based on day of surgery and average treatment duration in 2016**



- Operacija atlikta hospitalizavimo dieną
Surgery performed the day of hospitalisation
- Operacija atlikta kitą dieną po hospitalizavimo
Surgery performed the day after hospitalisation
- Operacija atlikta vėliau nei kitą dieną po hospitalizavimo
Surgery performed later than the day after hospitalisation
- Vidutinė gydymo trukmė 2014
Average treatment duration 2014
- Vidutinė gydymo trukmė 2016
Average treatment duration 2016

Šaltinis: „Sveidra“ Source: Sveidra

**1 lentelė. Vidutinė aktyviojo gydymo atvejo kaina skirtingų kategorijų Lietuvos ligoninėse
Average price of acute care case based on different categories of Lithuanian hospitals**

Vidutinė atvejo kaina (balais) Average price per case (points)	Regiono / rajono lygmens ligoninės Regional/municipal hospitals	Respublikos lygmens ligoninės National hospitals	Universiteto ligoninės University hospitals	Kainos skirtumas proc. (universiteto ir regiono / rajono) Price difference in % (university and regional/municipal)
Vidutinė atvejo kaina (balais), apskaičiuota pagal visų atvejų kainas Average price per case, calculated based on the cost of all cases	534,09	725,42	898,41	68%
Vidutinė atvejo kaina (balais), apskaičiuota be chirurginių atvejų Average price per case, calculated based on the cost of all cases except for surgical cases	487,42	594,73	638,77	31%

Šaltinis: „Sveidra“ Source: Sveidra

Not only did the application of the DRG method allow HII to allocate more accurate amounts of funding for inpatient services, it also provided a platform through which the activity of Lithuania’s hospitals could be analysed in greater breadth and depth, levels of efficiency could be compared among hospitals, and the indicators of Lithuania’s inpatient sector could be compared to international indicators. For example, services attributed to the surgical profile can be analysed by assessing the duration of the wait between the moment a patient is checked into a hospital and the elective surgical intervention. The NHIF publishes the results of the analysis it conducts annually based on this indicator. This has had a definite impact: the share of patients who undergo surgery on the first day is continually increasing, while the average duration of treatment is correspondingly decreasing. Over the past 25 years, the average duration of acute care in Lithuanian hospitals has decreased by a factor of 3, and the current indicator – 6.5 days – is the same as the EU average. The diagram below shows the change in the value of this indicator for cases of superficial surgery on leg veins.

In the process of streamlining the payment system for inpatient services, calculating the prices of acute care cases based on factual treatment costs is especially important. For this purpose, the 67 hospitals that provide acute care services on an inpatient basis have, since 2011, had to submit annual data reports to the NHIF on all the costs they incurred in providing these services. Every year, the NHIF recalculates the prices of DRGs based on this data. In 2015, the average cost per case was EUR 964 in university hospitals, EUR 715 in national and specialised hospitals, EUR 644 and 590 for regional or municipal hospitals respectively.

Correspondingly, the average price of an acute care case also differed based on the category of the hospital (Table 1).

Experience shows that the data submitted by hospitals is not sufficiently comprehensive for calculating and analysing accurate prices for acute care cases. In consideration of this and international trends in price calculation, the NHIF initiated the Patient-level Costing project in 2015. Once this project is complete (the deadline is set for 2018), fifteen hospitals representing the entire Lithuanian hospital system will be equipped to provide a much more detailed account of the acute care costs they incur and will submit data regularly to the NHIF. This data will be used towards the furtherment of three aims: 1) to calculate DRG prices that correspond more accurately to actual treatment costs, 2) to analyse the activity of the hospital sector and its effectiveness, and 3) to provide data that the hospitals themselves can use to analyse and improve their operations as well as to increase efficiency.

Vaistų ir MPP prieinamumas apdraustiesiems Lietuvoje užtikrinamas keliais būdais:

- ambulatoriniam gydymui skirtus kompensuojamuosius vaistus ir MPP specialiuose receptuose išrašo gydytojai, tačiau nuo 2015 m. pabaigos daugelį MPP gali išrašyti ir slaugytojai. Pacientams yra kompensuojama vaisto bazinė kaina, o sumokama priemoka priklauso nuo kompensavimo lygmens bei pasirenkamo prekinio pavadinimo (gali būti be priemokos);
- už stacionare pacientams skiriamus VLK centralizuotai perkamus vaistus ir MPP pacientams mokėti nereikia;
- dalį vaistų ir MPP įsigyja pačios gydymo įstaigos – tokiu atveju vaistų įsigijimo išlaidos yra įskaičiuojamos į paslaugos kainą ir pacientai papildomai mokėti nereikia;
- pacientui nereikia mokėti už vaistus, skiriamus labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais (vaistai skiriami specialios komisijos sprendimu, įvertinus gydytojų konsiliumo išvadą).

Nuo pat ligonių kasų įkūrimo pradžios buvo ieškoma būdų, padėsiančių pagerinti vaistų ir MPP prieinamumą pacientams ir palengvinti vaistų išrašymą gydytojams. Reikšmingas pokytis įvyko 2015 m. pabaigoje, kai gydytojams buvo sudaryta galimybė ambulatoriniam gydymui skirtus vaistus ir MPP išrašyti elektroniniame recepte.

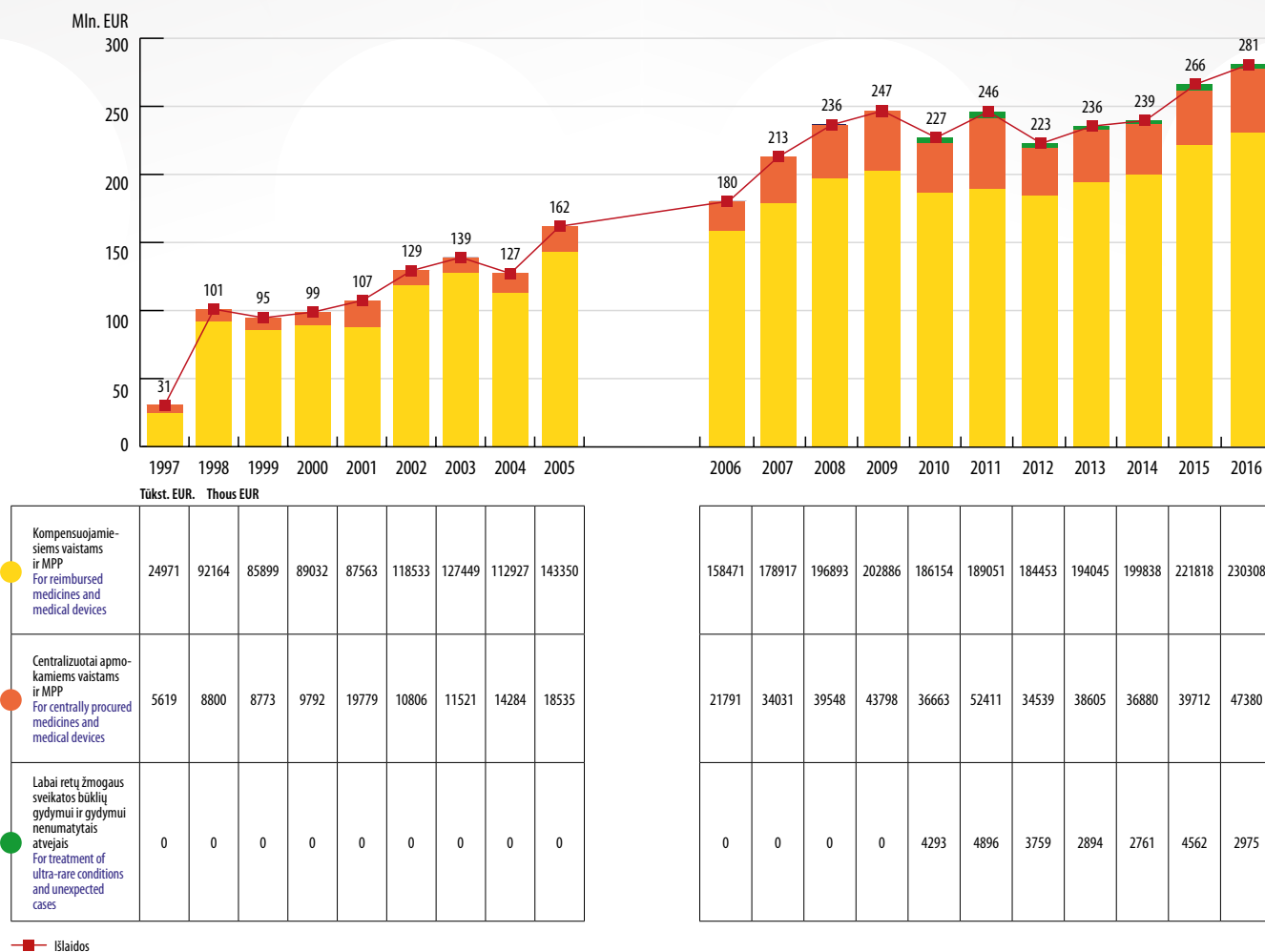


Direktorius pavaduotoja Neringa Bernotienė:

„Vienas iš didžiausių iššūkių, tenkančių kiekvienai sveikatos sistemai – reikšmingi demografiniai pokyčiai, pasireiškiantys gyventojų senėjimu ir poliligitumu, taip pat brangstančios sveikatos priežiūros technologijos bei naujai sukuriami vaistai.“

Esminiai sveikatos politikos uždaviniai, kuriuos įgyvendinant dalyvauja ligonių kasos, – geresnis vaistų, turinčių pridėtinę terapinę naudą, prieinamumas pacientams, efektyvių vaistų kainodaros priemonių, leidžiančių mažinti kompensuojamųjų vaistų kainas, taikymas, racionalaus vaistų vartojimo skatinimas.“

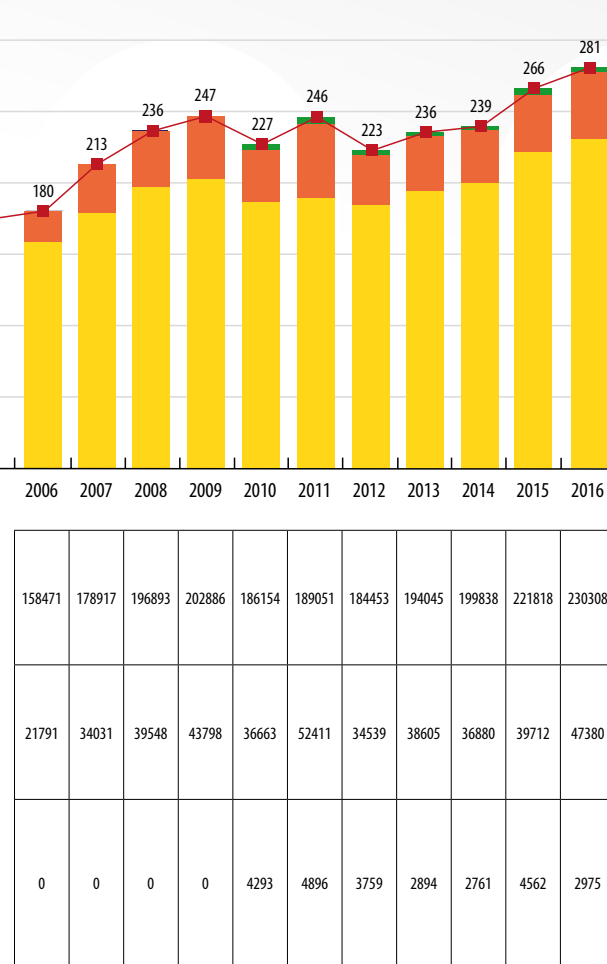
19 diagrama. 1997–2016 m. PSDF biudžeto išlaidų vaistams ir MPP dinamika



Išlaidos vaistams ir MPP 1997–2016 m.

Per dvidešimtmetį PSDF biudžeto išlaidos vaistams ir MPP išaugo dešimteriopai.

Change of CHIF budget expenses on medicines and medical devices in 1997–2016



Funds spent on medicines and MDs from 1997 to 2016

Over the past 20 years, CHIF funds spent on medicines and MDs grew tenfold.

Access to medicine and medical devices is secured for Lithuania's insured in several ways:

- medicines and MDs intended for treatment on an outpatient basis are prescribed by physicians using special prescription slips; however, since late 2015, most MDs can be prescribed by nurses as well. Patients receive reimbursement for the basic price of a medicine, and their co-payment depends on the level of reimbursement as well as their brand of choice (some medicines do not require a co-payment);
- patients do not need to pay for medicine and MDs prescribed in-hospital and purchased centrally by the NHIF;
- some of the medicine and MDs are purchased by the HCPs themselves, in which case the cost of this medicine is included in the price of the service and there is no need for the patient to make any payments of their own;
- The patient does not need to pay for medicine prescribed for the treatment of ultra-rare health disorders or unexpected cases (medicine is then prescribed by the decision of a special committee, which takes into account the conclusions of a medical council).

From the very inception of the national health insurance institutions, specialists looked for ways to help improve patient access to medicine and MDs and alleviate the burden of prescription on physicians. A significant development occurred in late 2015, when doctors were provided with the possibility of issuing electronic prescriptions for medicine and MDs prescribed on an outpatient basis.

Deputy director Neringa Bernotienė:

“One of the greatest challenges every healthcare system faces is to deal with significant demographic developments as populations age and multimorbidity increases, medical technology becomes more expensive and new medicines are developed.“

The most critical health policy goals in which health insurance institutions play a part are the following: making medicines of greater therapeutic benefit more accessible to patients, applying effective pricing strategies in order to reduce the prices of reimbursed medicines, and encouraging the rational consumption of medicine.“

Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų kompensavimas

2002 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtinti pirmieji kompensuojamųjų vaistų sąrašai: Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašas (A sąrašas) ir Kompensuojamųjų vaistų sąrašas (B sąrašas), nustatyta, kokiomis ligomis sergantiems pacientams skiriami kompensuojamieji vaistai (pagal kompensavimo lygius). Į pirmąjį A sąrašą buvo įtraukta apie 300 bendrinių pavadinimų kompensuojamųjų vaistų. Šių vaistų ir MPP įsigijimo išlaidoms kompensuoti iš PSDF biudžeto buvo skirta apie 89 mln. eurų. Palyginti su 2017 m. patvirtintu A sąrašu, skirtingų bendrinių pavadinimų vaistų skaičius išaugo apie 2 kartus, o PSDF biudžeto išlaidos padidėjo 2,6 karto (iki 234 mln. eurų).

2004 m., patobulinus kompensuojamųjų vaistų receptų išrašymo tvarką, nustatytas reikalavimas gydytojams išrašyti vaistus bendriniais pavadinimais, kad pacientai vaistinėje galėtų pasirinkti vaistą pagal jo priemokos dydį. Vaistinėje savo ruožtu buvo įpareigotas parodyti reikiamo vaisto kainų sąrašą vaistinėje esančiame monitoriuje ir pasiūlyti pacientui pigiausią variantą.

2005 m. LRV nutarimu buvo patvirtinta nauja ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų bazinių kainų nustatymo tvarka. Bazinė (kompensuojamoji) vaisto kaina buvo nustatoma įvertinus reikiamo vaisto kainų vidurkį 6 referentinėse valstybėse (Čekijoje, Estijoje, Latvijoje, Lenkijoje, Slovakijoje ir Vengrijoje).

2005 m., palyginti su 2004 m., buvo išrašyta žymiai daugiau kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptų.

Reimbursable medicines and medical devices in outpatient healthcare

In 2002, the Minister of Health approved the first lists of reimbursed medicines – the List of Diseases and Reimbursable Medicinal Preparations for Their Treatment (List A) and the List of Subsidized Medicines (List B) – and determined the diseases for which reimbursed medicines could be prescribed (based on reimbursement level). The first edition of List A included about 300 international nonproprietary names. About 89 million euros were allocated from the CHIF budget to reimburse purchases of these medicines and MDs. In comparison, the approved version of this same list for 2017 contained twice as many nonproprietary names, and a reimbursement budget that had increased by a factor of 2.6 (to 234 million euros).

In 2004, the rules for prescribing reimbursed medicine were improved, and doctors were now required to prescribe medicines under their nonproprietary names, so that patients could choose the medicine they wished to buy depending on the size of the required co-payment. Meanwhile, pharmacists were required to show the patient a price list of available medicines on a monitor and suggest the cheapest option.

In 2005, the GRL approved new rules for setting the basic prices of medicines prescribed for treatment on an outpatient basis. The basic (reimbursed) price of a drug was to be set by evaluating its average price in six reference countries (the Czech Republic, Estonia, Latvia, Poland, Slovakia and Hungary).

Compared to 2004, 2005 marked a significant increase in the number of reimbursed medicines and MDs prescribed.

2005 m. buvo sugriežtinta kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymo 3 formos recepto blankuose tvarka, supaprastinta narkotinių vaistų išrašymo tvarka.

Nors derybas dėl mažesnių vaistų kainų SAM sudaryta komisija, kurios sudėtyje buvo ir VLK atstovų, pradėjo vykdyti 1999 m., tačiau tik **nuo 2007 m.** buvo pradėtos sudaryti sutartys tarp VLK ir vaisto gamintojų (jų atstovų), kuriomis valdomos PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams. Į PSDF biudžetą buvo pradėtos grąžinti vaistų gamintojų lėšos – šios lėšos grąžinamos, jei vaisto gamintojas viršija sutartyje nustatytą prognozuojamą lėšų sumą arba jei sutartyje yra nustatyta gražintina į PSDF biudžetą kompensuojamojo vaisto kainos dalis (procentais).

2009 m., palyginti su 2004 m., žymiai padidėjo PSDF biudžeto išlaidos vaistams ir MPP (nuo 107 iki 217 mln. eurų, t. y. apie 95 proc.).

2009 m. buvo patvirtintas Vaistų prieinamumo gerinimo ir jų kainų mažinimo priemonių planas.

2010 m. įsigaliojo nuolaidos paciento priemokai taikymo tvarka, kuri leido ne tik subalansuoti PSDF biudžeto išlaidas vaistams ir MPP, bet ir pagerinti jų prieinamumą. Tad po daugelio metų sumažėjo ne tik PSDF biudžeto išlaidos vaistams ir MPP, bet ir pacientų mokamos priemokos. Kartu sumažėjo ir vidutinė PSDF biudžeto išlaidų, tenkančių vienam receptui, suma.

2010 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėta mokėti už vaistus ir MPP, skirtus labai retoms ligoms ir būklėms gydyti. 2016 m. visi finansiniai įsipareigojimai pagal VLK išduotus garantinius raštus buvo įvykdyti.

Kompensavimo lygiai

Į kompensuojamųjų vaistų sąrašus įrašytų **vaistų bazinė kaina** gali būti kompensuojama 50, 80, 90 arba 100 proc. Pavyzdžiui, vaikams iki 18 metų, nedarbingiems asmenims ir pensininkams, kuriems yra nustatytas didelis specialiųjų poreikių lygis, vaistų bazinės kainos kompensuojamos 100 procentų.

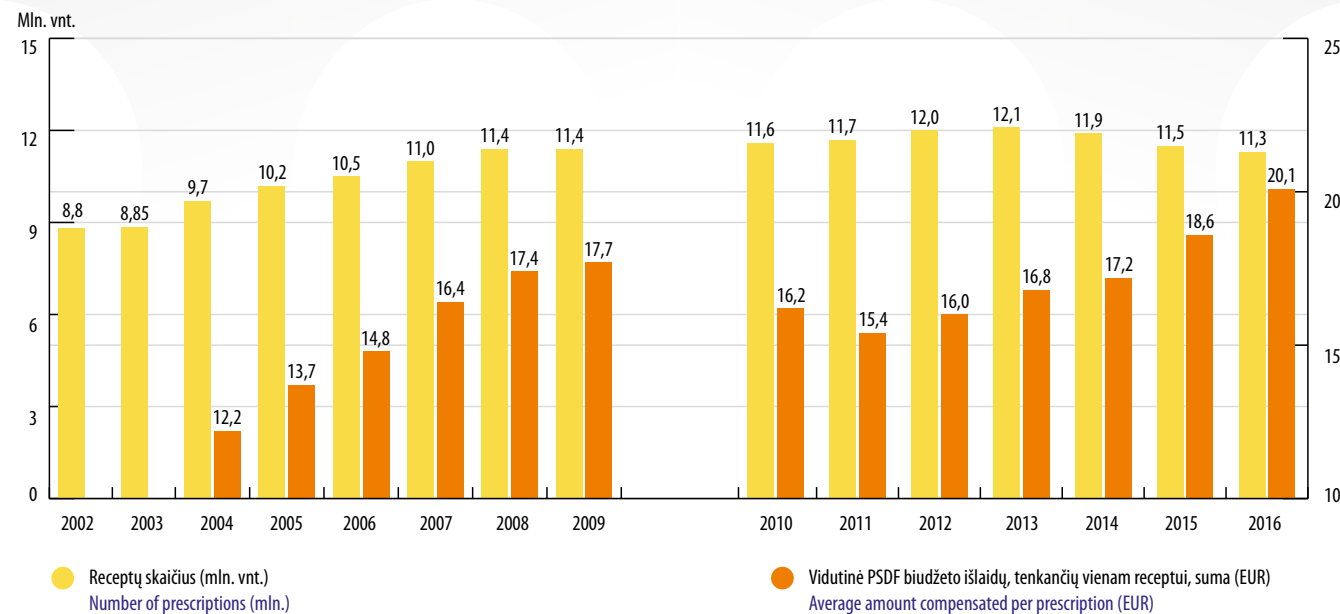
Likusią vaisto kainos dalį sumoka pacientas. Ligonių kasos siekia, kad, mažėjant kompensuojamųjų vaistų bazinėms kainoms dėl vaistų gamintojų konkurencijos ir generinių vaistų atsiradimo, mažėtų ir paciento mokama priemoka.

Sutartys su vaistinėmis ir optikos įmonėmis bei vaistų gamintojais

TLK už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP atsiskaito su vaistinėmis ir optikos įmonėmis pagal jų pateiktas sąskaitas. Kasmet vaistinių (įskaitant vaistinių filialus ir optikos įmones), su kuriomis sudaromos sutartys, skaičius mažėja: 2005 m. buvo sudarytos 1543 sutartys su vaistinėmis ir optikos įmonėmis, 2010 m. – 1512 sutarčių, 2015 m. – 1402 sutartys, 2016 m. – 1382 sutartys.

Nuo 2007 m. VLK sudaro **gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis** su vaistų gamintojais. Šiomis sutartimis siekiama nustatyti tinkamas brangių vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimo sąlygas, taip užtikrinant šių vaistų prieinamumą pacientams, ir kartu subalansuoti PSDF biudžeto išlaidas. Padidėjus šių vaistų išlaidoms, jas kompensuoja vaistų gamintojai, t. y. dalis lėšų grąžinama į PSDF biudžetą.

20 diagrama. 2004–2016 m. kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptų skaičiaus ir vidutinės PSDF biudžeto išlaidų, tenkančių vienam receptui, sumos dinamika



2010–2011 m. į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) buvo įtraukta 18 naujų vaistų. Naujieji vaistai skirti sergantiesiems astma, hipertenzinėmis ligomis, plaučių ir kiaušidžių vėžiu, antrojo tipo cukriniu diabetu, priešinės liaukos (prostato) hiperplazija, šizofrenija, Parkinsono liga ir vaikams, kuriems nustatytas alerginis rinitas.

2010–2011 m. įdiegtos kelios naujovės: kompensuojamųjų vaistų kainynai buvo parengti pagal naują vaistų grupavimo pagal jų bazines kainas tvarką. Generinių vaistų gamintojai privalėjo deklaruoti vaistų kainas, buvo taikomos nuolaidos paciento priemokai už kompensuojamuosius vaistus per VLK tvarkomą Kompensuojamųjų vaistų ir MPP nuolaidų klasifikatorių. **Tad 2010–2011 m. įvyko didelis lūžis vaistų rinkoje – pradėjo mažėti ne tik kompensuojamųjų vaistų kainos, bet ir gyventojų mokamos priemokos.**

2012 m. į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) buvo įrašyta 20 naujų vaistų, skirtų sunkioms ligoms – žmogaus imunodeficitu viruso sukeltai ligai, cukriniam diabetui, glaukomi, onkologinėms, nervų sistemos ir kt. – gydyti. Dalis šių vaistų (9 vaistai) iš centralizuotai PSDF biudžeto lėšomis apmokamų vaistų ir MPP sąrašo buvo perkelti į A sąrašą, įvertinus, kad jie gali būti efektyviai taikomi ambulatoriniam gydymui. Šiuo metu juos galima įsigyti pagal kompensuojamųjų vaistų receptus.

Pacientui suteikiama galimybė pasirinkti vaistą su mažesne priemoka

Vaistus, kurių veiklioji medžiaga yra ta pati, gamina skirtingi gamintojai, tad skiriasi ir jų kainos. Svarbu, kad pacientas žinotų apie galimybę pasirinkti vaistus ir MPP, kurių priemoka yra mažesnė. 2010 m. vaistinėse buvo įrengti monitoriai, kuriuose vaistininkas parodo pacientui reikiamų vaistų (ne tik kompensuojamųjų) kainų sąrašą pagal gamintojus. Sąrašo pirmoje eilutėje nurodomas pigiausias (už kurį primokėti reikia mažiausiai) vaistas. Toks vaisto kainų sąrašo pateikimas padeda pacientui pasirinkti vaistus, už kuriuos reikia mažiau primokėti.

Change of number of prescriptions and average amount of compensated per prescription in 2004–2016

In 2010, the CHIF began to cover the costs of medicine and MDs prescribed for the treatment of exceptionally rare diseases and conditions. In 2016, all financial obligations based on guarantee letters issued by the NHIF were fulfilled.

Contracts with pharmacies, opticians and drug manufacturers

THIFs pay for reimbursed medicines and MDs issued to patients by pharmacies and opticians based on the invoices they provide. Every year, the number of contracted pharmacies (including subsidiaries and opticians) decreases: in 2005, a total of 1,543 contracts were signed with pharmacies and opticians, decreasing to 1,512 in 2010, 1,402 in 2015, and 1,382 in 2016.

From 2007, the NHIF started signing contracts for the **improvement of access to treatment and risk sharing** with drug manufacturers. With these contracts, the HIFs seek to establish appropriate conditions for reimbursing the cost of expensive medicines, thus ensuring access to these medicines for patients and simultaneously balancing CHIF expenses. If expenses for these medicines increase, they are reimbursed by the drug manufacturers themselves and a portion of the funds to cover these expenses returns to the CHIF budget.

From 2010 to 2011, a further 18 new medicines were incorporated in the List of Diseases and Reimbursable Medicinal Preparations for Their Treatment (List A). The new medicines were intended for patients suffering from asthma, hypertensive diseases, lung and testicular cancer, type-II diabetes, prostate hyperplasia, schizophrenia and Parkinson's disease as well as children with allergic rhinitis.

Several new measures were introduced from 2010 to 2011: price lists for reimbursed medicine were prepared based on a new method of grouping medicines according to their basic prices. Producers of generic drugs were required to declare the prices of their medicines, and discounts were applied to patient co-payments for reimbursed medicine based on the NHIF-managed Discount Classifier for Reimbursed Medication and MDs. **Thus, the period of 2010 to 2011 marked a great turning point in the medicine market, as both the prices of reimbursed medicines and the size of co-payments began to decrease.**

In 2012, a further 20 medicines for severe diseases were included in the List of Diseases and Reimbursable Medicinal Preparations for Their Treatment (List A): medicine for immunodeficiency disorders, diabetes, glaucoma, cancer, disease of the nervous system and so on. Some (nine) of these medicines were transferred from the list of medicines and MDs centrally purchased with CHIF funds to List A upon evaluation of their potential in an outpatient setting. Currently, they are available for purchase with prescriptions for reimbursed medicine.

The patient is given the choice to purchase the medicine that requires a smaller co-payment

Medications based on the same active substance are produced by different manufacturers, which means that their prices differ as well. It is important that patients know about the possibility to choose medicines and MDs that require smaller co-payments. In 2010, monitors were set up in pharmacies so that pharmacists would have to show the patient a price list for the necessary medicine (not just reimbursed drugs) based on manufacturer. The top entry in this list would indicate the cheapest drug (which required the smallest co-payment). Thus, the presentation of such a list helps the patient select a medicine that will allow them to pay less.

In 2005, stricter rules for prescribing reimbursed medicines and MDs using form 3 prescription slips were introduced, while more flexible rules were applied to the prescription of narcotic medicines.

Even though a committee formed by the MH and including representatives of the NHIF initiated negotiations for lower medicine prices in 1999, it was only in 2007 that contracts began to be drawn up between the NHIF and pharmaceutical companies (or their representatives) in order to regulate CHIF funds spent on reimbursed medicine. The funds of pharmaceutical companies began to return to the CHIF budget. These funds are returned if the pharmaceutical company exceeds the contracted funding amount or if the contract stipulates a percentage of the price of the reimbursed medicine which is to be returned to the CHIF budget.

Compared to 2004, 2009 marked a significant increase in CHIF funds spent on medicine and MDs (from 107 million euros to 217, i.e., 95%).

2009 also saw the introduction of a new Action Plan for Increasing Access to Medication and Decreasing Prices.

In 2010, rules for the application of discounts to the patient's co-payment were established, resulting in more balanced CHIF expenses for medicine and MDs as well as improved access. Thus, after many years, both CHIF funds spent on medicine/MDs and patient co-payments decreased. This also meant a decrease in the average amount spent from the CHIF per single prescription.

Reimbursement levels

The **basic prices of medicines** included in the lists of reimbursed drugs can be reimbursed 50, 80, 90 or 100%. For example, for children under the age of 18, the disabled and pensioners with a high level of special needs, basic medicine prices are reimbursed 100%. The remainder of the price must be paid out-of-pocket. As basic prices for reimbursed medicine decrease due to competition between pharmaceutical companies and the emergence of generic drugs, HIFs strive to reduce the co-payments that their patients have to pay.

2016 m. kompensuojamuosius vaistus ir MPP vartojo apie 1,16 mln. pacientų, t. y. apie 40 proc. visų Lietuvos gyventojų. Šis rodiklis panašus ir kitose ES valstybėse, kuriose kompensuojamuosius vaistus vartoja 40–60 proc. šalies gyventojų. 2016 m. Lietuvoje buvo kompensuotos apie 2 tūkst. vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos.

2016 m. pacientų mokamų priemonių už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma, buvo apie 20 procentų.

2015 m. buvo pradėtos vykdyti Skatinimo racionaliai vartoti vaistus 2015–2017 m. priemonių plane numatytos priemonės, skatinančios gydytojus ir vaistinininkus padėti pacientui įsigyti efektyvių generinių vaistų su mažiausia priemoka.

2015 m. slaugytojams buvo suteikta teisė išrašyti receptus kai kurioms kompensuojamosioms MPP. 2016 m. buvo išrašyta apie 3400 šių receptų.

2015 m. pabaigoje buvo pradėti išrašyti elektroniniai receptai ambulatoriniam gydymui skirtiems kompensuojamiesiems vaistams ir MPP. **2016 m.** buvo išrašyta apie 115 tūkst. šių receptų – jie sudarė apie 1 proc. visų kompensuojamųjų vaistų receptų.

2016 m. buvo nustatytas antibiotikų skyrimo vaikams stebėsenos rodiklis (2015 m. duomenimis, Lietuvoje apie 35 proc. vaikų skiriami kompensuojamieji antibiotikai). Siekiant, kad antibiotikai vaikams būtų skiriami racionaliai (tik infekcinėms ligoms gydyti), PSDF biudžeto lėšomis pradėta mokėti už A grupės beta hemolizinio streptokoko antigeno nustatymo greitojo testo atlikimą 2–7 metų vaikams.

2016 m. į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) buvo įrašyta 14 naujų didelės terapinės vertės inovacinių vaistų.

In 2016, reimbursed medicine and MDs were used by about 1.16 million patients, or 40% of Lithuania's resident population. This indicator has a similar value in other EU countries, where reimbursed medicine is used by 40–60% of each national population. In 2016, costs were reimbursed in Lithuania for around two thousand medicines (brand names).

In 2016, patient co-payments covered 20% of the total cost of reimbursed medicines purchased.

In 2015, Hlls began to implement some of the measures iterated in the Action Plan for Encouraging the Rational Use of Medication for 2015–2017, which encouraged doctors and pharmacists to help patients purchase effective generic drugs with the smallest possible co-payment.

In 2015, nurses were authorised to prescribe certain reimbursed MDs. In 2016, about 3,400 prescriptions were issued in total.

By the end of **2015,** electronic prescriptions were being issued for reimbursed medicine and MDs meant for treatment on an outpatient basis. In **2016,** around 115 thousand of these prescriptions were issued, making up 1% of all reimbursed drug prescriptions.

In 2016, an indicator is introduced to monitor the prescription antibiotics to children (based on data from 2015, around 35% of children in Lithuania were prescribed reimbursed antibiotics). In order to promote the more rational use of antibiotics on children (just for the purpose of treating infectious diseases), the CHIF began to cover rapid antigen detection testing for diagnosing group A beta-hemolytic streptococcus for children aged 2 to 7.

In 2016, 14 innovative medicines that offered greater therapeutic benefit were incorporated in the List of Diseases and Reimbursable Medicinal Preparations for Their Treatment (List A).

Centralizuotai apmokami vaistai ir MPP

Ligonų kasos nuo 1998 m. perka didelę dalį vaistų ir MPP, skirtų pacientų gydymui ligoninėse užtikrinti. Dažniausiai tai itin brangūs, vienintelio gamintojo gaminami vaistai, tad nuo 2013 m. speciali SAM sudaryta komisija derasi su vaistų gamintojais dėl šių vaistų kainų sumažinimo.

PSDF biudžeto išlaidos centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP sudaro gerokai mažesnę dalį bendrų šio biudžeto išlaidų vaistams ir MPP. Centralizuotai juos perkant ir aprūpinant jais gydymo įstaigas, racionaliau ir efektyviau panaudojamos PSDF biudžeto lėšos – sutaupoma dėl masto ekonomijos, paprastesnis pirkimų administravimas.

1996 m. centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP pirko SAM. Tuometiniame centralizuotai apmokamų vaistų sąrašo buvo įrašyta 19 pavadinimų vaistų ir MPP, jiems skirta 18,1 tūkst. litų (5,2 tūkst. eurų). Didžiąją sąrašo dalį sudarė MPP: dirbtinės kraujagyslės, chirurginiai siūlai, dirbtiniai širdies vožtuvai, lęšiukai, klausos aparatai, priemonės hemodializei atlikti, endoprotezai, trombolitikai ir kt. Per 20 metų sąrašas keitėsi: daugelio MPP įsigijimo išlaidos pradėtos kompensuoti kitais būdais, į sąrašą įrašoma daugiau vaistų, vis daugiau PSDF biudžeto lėšų skiriama centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP.

Nuo 1997 m. VLK apmokėdavo centralizuotai apmokamų vaistų sąrašo esančių vaistų ir MPP sąskaitas, tačiau pati pirkimų nevykdė – pagal tuometinę tvarką tai darė SAM.

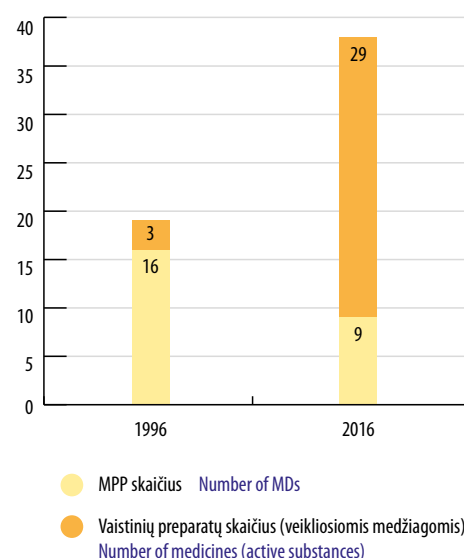
Nuo 1998 m. VLK pradėjo centralizuotai pirkti vaistus ir MPP.

2000 m. buvo nuspręsta dalį vaistų, įrašytų į kompensuojamųjų vaistų sąrašus, pirkti centralizuotai (antinavikinius, endokrininę sistemą veikiančius vaistus, imunomodulatorius ir kt.). Centralizuotai nupirkti vaistai buvo naudojami tiek stacionare, tiek ambulatoriniam gydymui. Ši tvarka tęsėsi 1 metus. Sąrašas nuolat keitėsi – vieni vaistai ar MPP buvo iš jo išbraukiami, vietoj jų įrašomi nauji.

2007 m. buvo patvirtinti įrašymo į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą kriterijai ir tvarka. Vaistų tiekėjams, gamintojams, gydytojų profesinėms draugijoms ir gydymo įstaigoms buvo sudaryta galimybė teikti paraišką dėl vaistų ar MPP įrašymo į šį sąrašą. Paraiškos buvo vertinamos pagal nustatytus kriterijus. Sprendimus dėl atitinkamo vaisto įrašymo į minėtą sąrašą priimdavo SAM sudaryta komisija.

21 diagrama. **Centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP sąrašo kaita 1996–2016 m.**

Change in listed centrally purchased medicines and medical devices in 1996–2016



2013 m. buvo suvienodinti vaistų, siūlomų įrašyti į kompensuojamųjų vaistų ir MPP sąrašus (A sąrašą ir Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą), kriterijai: į sąrašus gali būti įrašomi brangūs, stacionare naudojami, didelę terapinę vertę turintys vaistai. Buvo patvirtintas rezervinis centralizuotai apmokamų vaistų sąrašas.

2013 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo sudaryta **Tarpinstitucinė derybų dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų kainų nustatymo komisija**, kuri pradėjo vykdyti derybas dėl vienintelio gamintojo gaminamų vaistų kainų. Suderėjus su vaistų gamintojais priimtina Lietuvai vaistų kainą, buvo vykdomi šių vaistų pirkimai. Pirmųjų derybų rezultatas nudžiugino – vidutiniškai 11 proc. sumažėjo vaistų kaina. Derybos dėl įvairių vaistų yra vykdomos iki šiol.

Supplying healthcare service providers with medicines and medical devices

Ever since 1998, Hlls have been purchasing a large portion of the medicines and MDs that are necessary for ensuring in-hospital treatment. This typically means purchasing very expensive medicines provided by a single manufacturer. Thus, in 2013, a special committee was formed by the MH in order to negotiate with drug manufacturers and decrease the prices of medicines.

CHIF funds spent on centrally purchased medicines and MDs make up a significantly smaller portion of the total amount CHIF spends on medicine and MDs. Centralised purchases of medicine, later distributed to specific HCPs, allow for the more rational and effective use of CHIF funds as savings can be made due to economy of scale and simpler administration of the actual purchase.

In 1996, centralised purchases of medicine and MDs were the responsibility of the MH. Back then, the list of centrally purchased medicines included 19 different medicines and MDs, and a total of 18,1 thousand litas (5.2 thousand euros) was allocated to cover their cost. The larger part of the list consisted of MDs: artificial blood vessels, surgical sutures, artificial heart valves, lenses, hearing aids, haemodialysis equipment, endoprostheses, thrombolytics, etc. Over the past 20 years, the contents of the list changed: the majority of MD costs began to be reimbursed in other ways, more medicines were incorporated and increasingly more CHIF resources were allocated for centrally purchased medicines and MDs.

From 1997, the NHIF paid for medicines and MDs on the list of centrally purchased medicine and MDs based on invoices, but never actually managed the acquisition process itself – in accordance with the established practices of the time, this was the responsibility of the MH.

In 1998, the NHIF was charged with the task of centrally purchasing medicine and MDs.

In 2000, the decision was made to purchase some of the medicine on the list of reimbursed medicines centrally (anti-cancer drugs, medicine that affects the endocrine system, immunomodulators, etc.). Centrally purchased medicine was used both for hospital treatment and treatment on an outpatient basis. This scheme lasted for one year. The list changed constantly – some medicines and MDs were taken off the list, while other new medicines were added.

In 2007, the rules and criteria for including an item on the list of Centrally Procured Medications and MDs were approved. Pharmaceutical suppliers, drug manufacturers professional doctor's associations and HCPs were given the opportunity to submit applications for the inclusion of certain medicines and MDs on this list. Applications were assessed based on established criteria. A committee formed by the MH made the ultimate decision on whether to include a medicine in the list or not.

In 2013, the criteria for medicines and MDs proposed for inclusion in the lists of reimbursable medicines (List A and the List of Centrally Procured Medicines and MDs) was made consistent: the lists could include expensive medicines that provide great therapeutic benefit and are prescribed in-hospital. A reserve list of centrally procured medicines was also approved.

In 2013, by order of the Minister of Health, an **Inter-Institutional Commission for Negotiations** was formed to negotiate with drug manufacturers and lower the price of medicines manufactured by single pharmaceutical companies. Once negotiations produced a price that was acceptable for the Lithuanian market, medicines were procured. The results of the first negotiations were very successful – the average price of medicine dropped by 11%. Negotiations over various medicines are conducted to this day.

2013 m. atsirado galimybė elektroninėmis priemonėmis stebėti, kaip panaudojami centralizuotai apmokami vaistai ir MPP – duomenys apie panaudotą šių vaistų ar MPP kiekį nurodomi paciento statistinėje kortelėje ir elektroniniu būdu patenka į „Sveidra“. Gautus duomenis VLK analizuoja, apibendrina ir kas ketvirtį skelbia VLK interneto svetainėje. Į sąrašą įrašytų vaistų ir PSDF biudžeto lėšų poreikio prognozė atliekama vadovaujantis „Sveidros“ duomenimis apie praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu sunaudotą vaistų ar MPP kiekį.

2014 m. buvo patvirtintas nuolatinis centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP sąrašas. Tai leido nepertraukiamai aprūpinti gydymo įstaigas centralizuotai apmokamais vaistais ir MPP.

Sąnarių endoprotezai. Šios MPP taip pat yra įrašomos į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą. Sąnarių endoprotezus labai nedideliais kiekiais 1995–1997 m. pirkto SAM, o nuo 1998 m. tai pavesta daryti VLK. Nuo 1999 m. VLK administruoja ir laukiančiųjų sąnarių endoprotezų paskyrimo eilę. Laukiančiųjų šių priemonių eilė kasmet didėja, atliekama vis daugiau operacijų. Pavyzdžiui, 1999 m. buvo gauta beveik 4400 asmenų prašymų įrašyti į eilę nemokamam sąnario endoprotezui gauti, o sąnarių endoprotezavimo operacijų atlikta 1854. Daugiausia minėtų prašymų buvo gauta 2007–2008 m. (gauta daugiau kaip 12 tūkst. prašymų, per metus vidutiniškai atlikta 5700 sąnarių endoprotezavimo operacijų). Sąnario paskyrimo tekdavo laukti apie 3 metus, todėl, siekiant sumažinti laukimo eilę, 2012 m. buvo sugriežtinta sąnarių endoprotezų įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarka ir įteisinta galimybė prašymo vykdymą sustabdyti tik vieną kartą ir tik vieniems metams.

2014 m. buvo įdiegta Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema, kurios pagalba laukiančiųjų endoprotezavimo operacijų eilės tapo skaidriau ir efektyviau valdomos, žymiai sumažėjo vidutinis sąnario keitimo operacijos laukimo laikas. 2017 m. duomenimis, klubo sąnario endoprotezo laukti tenka iki 2 mėn., kelio sąnario endoprotezo – iki 6 mėn.). Pacientai per šią informacinę sistemą taip pat gali pasitikrinti savo vietą laukimo eilėje.

2015 m. Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos priemonėmis buvo pradėta tvarkyti vaistų ir MPP sandėlio apskaita. ASPJ, gaunančios centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP, pajamuoja gautas prekes šioje sistemoje ir teikia ataskaitas apie turimus vaistų ir MPP likučius. Tai leidžia efektyviau planuoti užsakymus, stebėti jų vykdymą, prireikus – persikirstyti vaistus ir MPP tarp ASPJ.



Sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo skyriaus vedėja
Lina Reinartienė:

„Pagrindinis centralizuotų pirkimų tikslas – aprūpinti pacientus moderniais, efektyviais ir brangiais vaistais bei MPP, skirtais stacionariam gydymui, kuo efektyviau panaudojant PSDF biudžeto lėšas.“

Kasmet sukuriama ir pagaminama naujų modernių ir efektyvių vaistų, kurie yra labai brangūs. Jei šių vaistų įsigijimo išlaidos nebūtų kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, daugelis pacientų negalėtų jų įsigyti. Siekiant kiek įmanoma efektyviau subalansuoti pacientų poreikius ir PSDF biudžeto galimybes, ieškome ir ateityje ieškosime būdų, kaip kuo mažesnėmis šio biudžeto lėšomis patenkinti didėjančius poreikius. Manau, pasiteisino jau keletą metų vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo gaminamų vaistų kainų, padedančios subalansuoti derybų šalių interesus. Daug tikimės iš derybų dėl vaistų kainų, kurios būtų vykdomos su Lenkija ir kitomis ES šalimis. Dėl skirtingų ES šalių kompensavimo sistemų ir konfidencialių vaistų kainų tai – didelis iššūkis.“

Head of the Department for the Distribution of Medical Supplies, Lina Reinartienė:

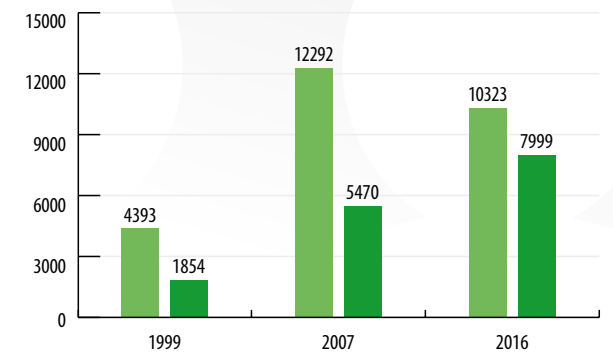
The main purpose of centralised procurement is to provide patients with modern, effective and expensive medicine as well as MDs for treatment on an inpatient basis, using CHIF resources as effectively as possible. Every year, manufacturers develop and produce new modern and effective drugs that are very expensive. If the cost of these medicines were not reimbursed from the CHIF budget, then the majority of patients simply could not purchase them on their own. In order to balance patients' needs and the possibilities of the CHIF as effectively as possible, we are always looking for ways to satisfy growing needs with fewer resources and will continue to do so in the future. I believe that the negotiations that have been conducted for several years now have produced good results with regard to drugs manufactured by single drug companies because they help balance out the interests of both parties. We have great expectations for the negotiations that will be conducted with Poland and other EU countries. Because EU countries have very different compensation mechanisms and the prices of medicines are confidential, this task is a great challenge.“

In 2013, it became possible to use electronic means to track how centrally procured medicines and MDs were being used: data about the number of these medicines/MDs in use could now be indicated in the patient's statistical card and electronically transferred to the Sveidra system. The NHIF analyses the data it receives and publishes generalised information every quarter on the NHIF website. Estimated demand for medicines included in the list and CHIF resources are calculated according to Sveidra data on quantities of medicine and MDs used from a previous reference period.

A permanent list of centrally procured medicines and MDs was approved in 2014. This allowed Hlls to secure an uninterrupted supply of centrally procured medicines and MDs to HCPs.

Joint endoprostheses. These MDs are also included in the List of Centrally Procured Medicinal Preparations and MDs. Joint endoprostheses were purchased in very small quantities over the period of 1995–1997 by the MH, and in 1998, this responsibility was delegated to the NHIF. From 1999 onwards, the NHIF has also administered the waiting list for joint endoprostheses. The waiting list for these medical devices grows longer annually, as increasingly more patients undergo surgery. For example, in 1999, almost 4,400 individual requests to be included in the waiting list for a free joint endoprosthesis were received, while only 1,854 joint endoprosthesis surgeries were performed. The greatest number of requests was received from 2007 to 2008 (over 12,000 requests were registered, while only an average 5,700 joint en-

22 diagrama. Gautų prašymų skirti sąnario endoprotezų ir atliktų endoprotezavimo operacijų skaičiaus pokytis
Change in number of requests for joint endoprosthesis received and number of endoprosthetic surgeries performed



Legend:
● Gautų prašymų skirti sąnario endoprotezų skaičius (Number of requests received)
● Endoprotezavimo operacijų skaičius (Number of endoprosthetic surgeries)

do prosthesis surgeries were performed per year). The wait for a free endoprosthesis was around 3 years long, which is why steps were taken to reduce the waiting list: in 2012, more rigorous rules for receiving reimbursed joint endoprostheses were introduced, allowing patients to put requests on hold just once and only for a year.

2014 saw the launch of the Waiting List and Stock Management Information System, which helped manage the waiting list for joint endoprosthesis surgeries more effectively and transparently, significantly reducing waiting times. According to data from 2017, applicants now have to wait up to 2 months for a hip joint endoprosthesis and 6 months for a knee joint endoprosthesis. Patients can also use the waiting list management system to check their position in the line.

In 2015, the Waiting List and Stock Management Information System began to be used for the purpose of managing medicines and MDs in storage. HCPs that receive centrally procured medicines and MDs must acknowledge their receipt of these items through the system and report the remainders of medicines and MDs at their disposal. This allows for the more effective planning and tracking of orders and, if necessary, the redistribution of medicine and MDs among HCPs.



Ortopedijos technikos kompensavimo skyriaus vedėjas
Giedrius Baranauskas:

„VLK nuo 2004 m. kompensuoja apdraustiesiems ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidas, siekama gerinti šių priemonių prieinamumą ir aprūpinti jomis kuo daugiau apdraustųjų. Tinkamai pritaikytos ortopedijos

techninės priemonės iš dalies arba beveik visiškai kompensuoja prarastą funkciją, suteikia žmogui galimybę savarankiškai gyventi ir dirbti.“

2004 m. VLK perėmė gyventojų aprūpinimo ortopedijos techninėmis priemonėmis funkciją iš Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. 2004 m. ir 2005 m. išlaidos šioms priemonėms sudarė daugiau kaip 6,7 mln. eurų ir kasmet didėjo.

2006 m., vadovaujantis principu „pinigai paskui pacientą“, buvo pradėta sudaryti sutartis su minimalius reikalavimus atitinkančiomis ortopedijos įmonėmis, sutartyse nenurodant bendros lėšų sumos. Pacientai galėjo kreiptis į bet kurią sutartį su VLK sudariusią ortopedijos įmonę. Šių įmonių gaunamų užsakymų kiekis priklausė tik nuo aptarnautų pacientų skaičiaus, tačiau jiems skirtų ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidos neturėjo viršyti šioms priemonėms numatytų lėšų.

Head of the Department for the Reimbursement of Orthopaedic Appliances, Giedrius Baranauskas:

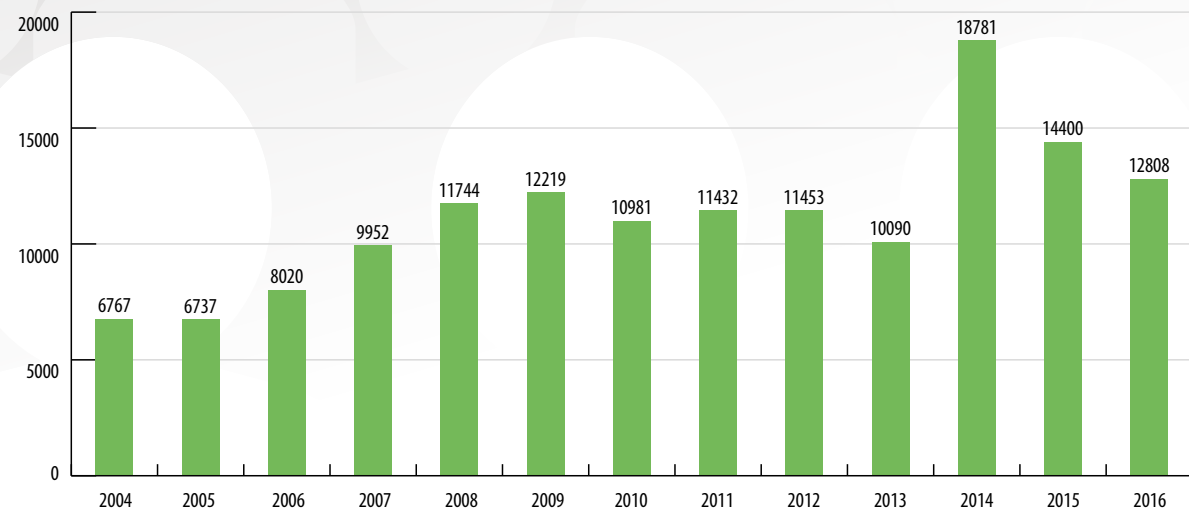
“From 2004, the NHIF has been reimbursing the cost of orthopaedic appliances for the insured in order to improve access to such equipment and provide as many insured individuals as possible with the necessary gear. Suitably adjusted orthopaedic appliances partially or almost completely compensate lost function and provide patients with the possibility to live and work independently.“

In 2004, the NHIF took over the task of providing residents with orthopaedic appliances from the Lithuanian Ministry of Social Security and Labour. In 2004 and 2005, the resources spent on purchasing orthopaedic equipment amounted to 6.7 million euros and increased annually.

In 2006, in keeping with the principle of “the money follows the patient”, Hlls began signing contracts with orthopaedic companies that met minimal requirements. These contracts did not specify a total amount to be spent. Patients could acquire orthopaedic appliances at any orthopaedic company contracted by the NHIF. The number of orders such companies received depended only on the number of patients they supplied with the necessary equipment. However, the resources allocated to them for the purpose of reimbursing purchases of orthopaedic equipment could not exceed a set limit.

IŠLAIDŲ ORTOPEDIJOS TECHNINĖMS PRIEMONĖMS KOMPENSAVIMAS

23 diagrama. 2004–2016 m. PSDF biudžeto išlaidų ortopedijos techninėms priemonėms dinamika (tūkst. EUR)
Change in CHIF expenses on orthopaedic appliances in 2004–2016 (thous. EUR)



2006 m. buvo nustatyta, kad kompensuojamas tik pagal pacientų užsakymą pagamintų ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidos.

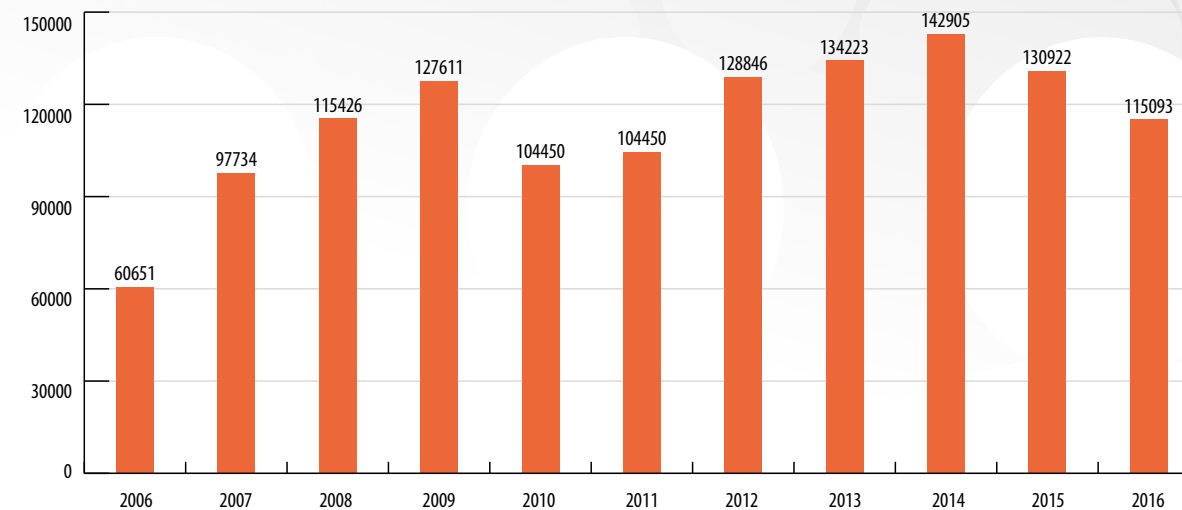
2010 m. už ortopedijos technines priemones buvo pradėta mokėti taikant kintamojo balo principą⁵. Tai leido sumažinti PSDF biudžeto išlaidas ortopedijos techninėms priemonėms.

Nuo 2017 m. sausio 1 d. įsigaliojo keletas naujovių – pradėtos kompensuoti ne tik pagal užsakymą, bet ir serijiniu būdu gaminamų ortopedijos techninių priemonių, klausos aparatų ir akių protezų įsigijimo išlaidos. Pagal naują VLK direktoriaus įsakymu patvirtintą ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymo metodiką, šių priemonių bazinė kaina nustatoma įmonės sąnaudų, patirtų jas gaminant ir (ar) pritaikant, apskaitos principu. Tai padėjo sumažinti kainas: serijiniu būdu gaminamų ortopedijos techninių priemonių kainos, palyginti su tų pačių tipų grupių individualiai gaminamų priemonių kainomis, sumažėjo 2,16–3,51 karto, o pagal užsakymą gaminamų ortopedijos techninių priemonių bazinės kainos – vidutiniškai 4,11 procento.

⁵ Kintamojo balo principo taikymas: kas mėnesį VLK apskaičiuoja praėjusio mėnesio kiekvieno poklasio ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų balo vertę. Ortopedijos įmonėms, su kuriomis sudaromos sutartys, skiriamos PSDF biudžeto lėšos priklausomai nuo pacientams išduotų (pagamintų) kiekvieno poklasio ortopedijos techninių priemonių kiekio, tačiau ši suma negali viršyti šiems reikmėms numatytų lėšų.

REIMBURSEMENT OF ORTHOPAEDIC APPLIANCES

24 diagrama. 2006–2016 m. išduotos ortopedijos techninės priemonės
Orthopaedic appliances issued in 2006–2016



In 2006, the decision was made to only reimburse orthopaedic appliances made to the patient's order.

In 2010, purchases of orthopaedic appliances were reimbursed by applying the variable point principle. This allowed the NHIF to reduce the resources it spent on the reimbursement of orthopaedic equipment.

Several new practices were introduced on **1 January 2017**: HILs began to reimburse not only custom-ordered orthopaedic appliances but also serially-manufactured orthopaedic appliances as well as hearing aids and eye prostheses. According to the methodology for setting basic prices for orthopaedic appliances, newly approved by order of the NHIF director, the basic price is calculated for such appliances based on the accounted costs a manufacturer incurs as the appliance is manufactured and/or adapted. This helped reduce prices: compared to the price of made-to-order appliances, the price of serially-manufactured orthopaedic appliances decreased by a factor of 2.16–3.51, while the basic prices of made-to-order appliances decreased by an average 4.11%.

⁵ Application of the variable coefficient principle meant that every month, the NHIF would calculate the point value of the basic price for every subcategory of orthopaedic appliance the previous month. The amount of CHIF funds allocated to each contracted orthopaedic company depends on the quantity of orthopaedic appliances in every subcategory issued to (made to order for) patients; however, this sum cannot exceed the amount allocated for this purpose.

LIETUVOS APDRAUSTIESIEMS – SVEIKATOS PRIEŽIŪRA EUROPOS ŠALYSE

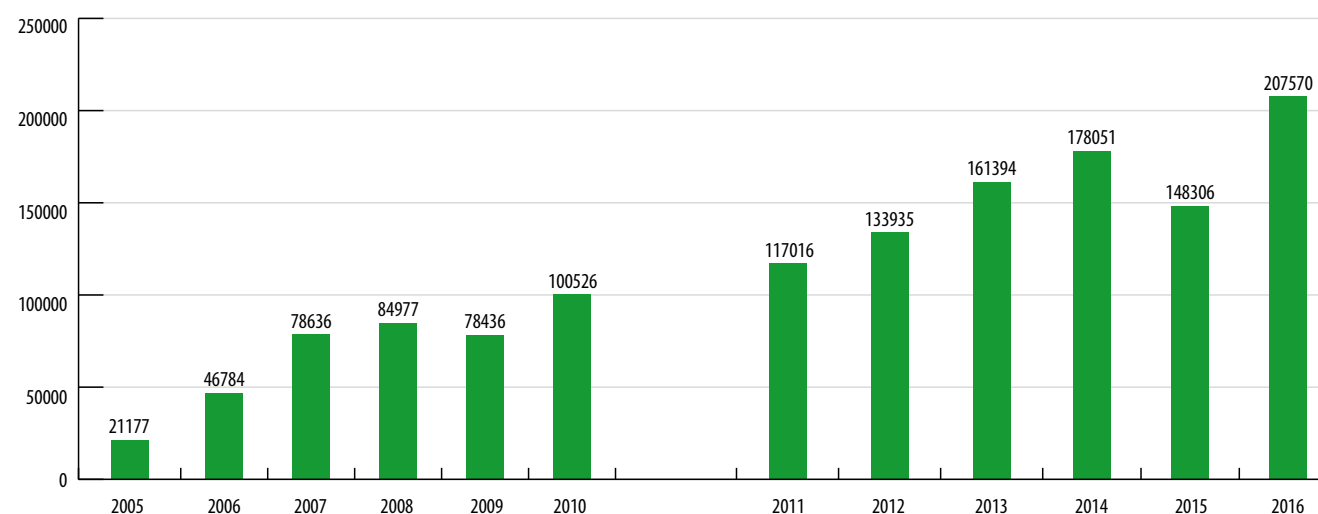
2004 m. Lietuva tapo ES nare, tad šalies apdraustieji įgijo teisę laisvai keliauti, studijuoti ir dirbti ES, EEE šalyse ir Šveicarijoje. ESDK garantuoja, kad Lietuvos apdraustieji, nuvykę į bet kurią iš ES šalių, prareikš gaus būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas tokiomis pačiomis sąlygomis kaip ir šalies, kurioje lankosi, gyventojai.

Europos šalyse gyvenantys Lietuvos Respublikos apdraustieji taip pat gali gauti visas reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas, užregistravę gyvenamosios šalies sveikatos draudimo įstaigoje TLK išduotą dokumentą S1, patvirtinantį teisę gauti valstybinio sveikatos draudimo lėšomis teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas gyvenamosios ES, EEE šalies ir Šveicarijos gydymo įstaigose.

ESDK ar dokumento S1 pagrindu suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas PSDF biudžeto lėšomis apmoka VLK.

2016 m. gruodžio 31 d. duomenimis, buvo išduota ir galiojo apie 443 tūkst. ESDK.

25 diagrama. 2005–2016 m. išduotų ESDK skaičius



Number of EHCs issued in 2005–2016

In 2004, Lithuania became a member of the EU, whereby the country's insured gained the right to travel, study and work freely within the EU, in EEA countries and Switzerland. EHC guarantees that Lithuania's insured will receive necessary medical services in any of the listed EU countries under the same conditions as the residents of the country they are visiting.

Individuals living in other European countries who are insured in Lithuania can receive all the necessary healthcare services by registering a THIF-issued document (S1) at a health insurance institution of the country they are residing in. This document confirms the individual's right to receive healthcare services funded by public health insurance funds from HCPs in the EU, the EEA countries and Switzerland.

The cost of healthcare services provided on the basis of EHC or the S1 document are paid for by the NHIF with CHIF resources.

As of 31 December 2016, 443 thousand EHCs had been issued and were still valid.

Nuo 2004 m. Lietuvos apdraustieji gali būti siunčiami išsirtinti ar gydytis į Europos šalis, jei atitinkamos ar tokios pat veiksmingos konsultavimo, ištyrimo ir (ar) gydymo paslaugos dėl sveikatos būklės ar ligos eigos jiems negali būti suteiktos Lietuvoje. Tokių paslaugų išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis užsienio šalies teisės aktų nustatyta tvarka – tarsi pacientai būtų apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu toje šalyje. 2016 m. 35 asmenys buvo išsiųsti gydytis į užsienį. Daugiausia pacientų buvo išsiųsta į Šveicariją (13), Lenkiją (10) ir Vokietiją (7).

2013 m. pabaigoje Lietuva pradėjo taikyti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo nuostatas: Lietuvoje apdrausti asmenys, nuvykę į kitas ES šalis, gali savo lėšomis sumokėti už planines sveikatos priežiūros paslaugas, o grįžę į Lietuvą – kreiptis į TLK dėl išlaidų kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis. Svetur paslaugas gavusiems žmonėms išlaidos kompensuojamos tokiomis pat kainomis, sąlygomis ir apimtimi, kaip jos būtų kompensuojamos Lietuvoje. Suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kainų skirtumas nekompensuojamas. Taip pat nekompensuojamos slaugos, ilgalaikio gydymo, transplantacijai skirtų audinių, ląstelių ir (ar) organų paskirstymo bei gavimo, svetur suteiktų skiepavimo paslaugų išlaidos.

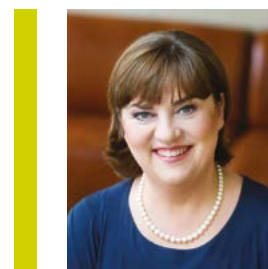
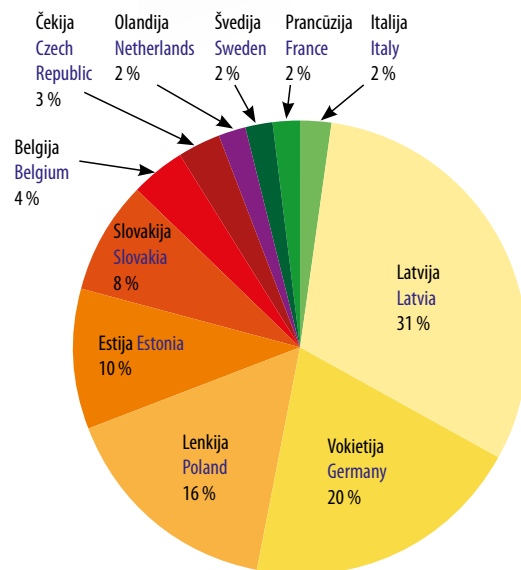
Lietuvos apdraustieji, kaip ir kiti ES piliečiai, yra linkę gydytis savo šalyje. Vykstantieji gydytis svetur dažniausiai renkasi kaimynines šalis – Latvija, Lenkiją ir Estiją.

2014–2016 m. buvo gauti 192 prašymai kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas. Šioms išlaidoms iš PSDF biudžeto lėšų 2014–2016 m. buvo skirta iš viso 153 tūkst. eurų. Daugiausiai prašymų buvo pateikta kompensuoti Latvijoje (19), Vokietijoje (10), Lenkijoje (6), Estijoje (5) suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas.

2016 m. daugiausia PSDF biudžeto lėšų buvo skirta Vokietijoje (42 proc.), Prancūzijoje (13 proc.) ir Švedijoje (6 proc.) suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti.

26 diagrama. **2014–2016 m. tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų Lietuvos apdraustiesiems Europos šalyse, pasiskirstymas (proc.)**

Distribution of cross-border healthcare services provided to Lithuania's insured in other European countries from in 2014–2016 (per cent)



Tarptautinių reikalų skyriaus vedėja Jūratė Sabalienė:

„Lietuvai tapus Europos Sąjungos šalimi, Lietuvos apdraustiesiems garantuojame ir apmokame tiek būtinosios sveikatos priežiūros paslaugas laikinai išvykstantiems ar keliaujantiems, tiek siunčiamiems išsirtinti ar gydytis. Suteikiame tokias pat garantijas, kaip ir kitos Europos šalys savo apdraustiesiems, atvykstantiems į Lietuvą. Džiaugiamės, kad Lietuvos apdraustieji turi tokias galimybes ir prirėkus jomis naudojasi.“

2 lentelė. **2014–2016 m. PSDF biudžeto išlaidų Europos šalyse suteiktai sveikatos priežiūrai dinamika (tūkst. EUR) Change in CHIF expenses to pay for healthcare services provided in other European countries in 2014–2016 (thous. EUR)**

	Išlaidos (tūkst. EUR) 2014 m. Expenses (thous. EUR) in 2014	Išlaidos (tūkst. EUR) 2015 m. Expenses (thous. EUR) in 2015	Išlaidos (tūkst. EUR) 2016 m. Expenses (thous. EUR) in 2016
Būtinoji pagalba ES šalyse Medical aid in EU countries	5168,88	8077,12	6935,18
Planinė medicinos pagalba Elective medical aid	473,82	544,84	1083,88
Kitose ES šalyse gyvenančių apdraustųjų sveikatos priežiūra Healthcare services of insured persons living in other EU countries	2878,87	1948,92	2528,83
Tarpvalstybinė sveikatos priežiūra Cross-border healthcare	30,3	34,5	32,5

From 2004, Lithuania's insured can be referred for testing or treatment to other European countries if the necessary services – consultation, diagnostic testing and/or treatment – are not available or not as effective in Lithuania due to the patient's specific health condition or course of illness. The cost of such services is paid for from the CHIF according to the procedure established by the law of the country the patient is sent to – as if the patient were actually insured with compulsory health insurance in the said country. In 2016, 35 individuals were sent to receive treatment abroad. Most patients were sent to Switzerland (13), Poland (10) and Germany (7).

In late 2013, Lithuania began to apply the directives of the European Parliament and European Council regarding patients' rights to

Head of the Department of International Affairs, Jūratė Sabalienė:

“Ever since Lithuania became a member of the European Union, we have guaranteed that necessary healthcare services are covered for Lithuania's insured, both for those who are abroad on temporary visits and those who were referred to foreign institutions for treatment or testing. We give our insured the same guarantees that European countries give their residents when visiting Lithuania. We are glad that Lithuania's insured have these opportunities and take advantage of them if such a need arises.”

cross-border healthcare services: individuals insured in Lithuania could now receive planned healthcare services in other EU countries, and upon their return to Lithuania, request that their THIF reimburse their costs from the CHIF budget. Services received abroad are reimbursed at the same price and under the same conditions and scope as they would be reimbursed if they were received in Lithuania. The difference between the price of healthcare services abroad and at home is not reimbursed. The list of services that are not reimbursed includes nursing, long-term treatment, distribution and supply of tissues, cells and/or organs for the purposes of transplantation and vaccination abroad.

Lithuania's insured, much like other EU residents, are inclined to seek treatment in their home country. Patients who choose to seek treatment elsewhere typically opt for neighbouring countries such as Latvia, Poland or Estonia.

From 2014 to 2016, national HIFs received 192 requests for the reimbursement of cross-border healthcare costs. A total of 153 thousand euros of CHIF resources were allocated for these costs. The majority of requests asked for the reimbursement of costs for treatment received in Latvia (19), Germany (10), Poland (6) and Estonia (5).

In 2016, the most CHIF resources were allocated for covering the costs of services received in Germany (42%), France (13%) and Sweden (6%).

INFORMACINIŲ SISTEMŲ PLĖTRA



Informacinių technologijų departamento direktorius, laikinai vykdamasis direktoriaus funkcijas, Aurimas Baliukevičius:

„Ligoninių kasų valdomos informacinės sistemos yra reikalingos ne vien VLK ir TLK. Jose kaupiamais duomenimis, dokumentais ir informacija naudojasi kitos institucijos ir įstaigos ne tik Lietuvoje, bet ir ES šalyse.“

Šiais laikais jau neįsivaizduojamas popierinių dokumentų siuntimas paštu ar vežimas – visus reikalingus duomenis tiek medikas, tiek pacientas gali rasti savo kompiuteryje. VLK užduotis – užtikrinti, kad kuo daugiau reikalingų duomenų kiekvienas žmogus rastų VLK informacinėse sistemose ir saugiai jais naudotųsi. Mums svarbu, kad gyventojams informacija apie PSDF biudžeto lėšomis suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įsigytus vaistus ir MPP būtų pateikiama nemokamai, saugiai ir prieinamai.“

VLK valdo 19 informacinių sistemų, iš jų 5 – valstybinės:

„Sveidra“ – ši informacinė sistema buvo pradėta kurti 2000 m., ji nuolat tobulinama. „Sveidroje“ yra apskaitomos gyventojams suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, išduoti kompensuojamieji vaistai ir MPP.

Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras – šis registras buvo pradėtas kurti 2009 m., į jį registruojami privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami fiziniai asmenys.

Finansų valdymo ir apskaitos informacinė sistema – ši informacinė sistema buvo pradėta diegti 2009 m., ji naudojama PSDF biudžeto valdymo reikmėms – finansų apskaitai tvarkyti.

DEVELOPMENT OF INFORMATION SYSTEMS

Director of Information Technologies Department, Acting as Director Aurimas Baliukevičius:

“The information systems managed by the country's HIFs are not just for the use of the NHIF and THIFs. The data, documents and information stored in our systems are used by other institutions, both in Lithuania and in other EU countries.“

Today, sending paperwork backwards and forwards is already an unimaginable task because all the necessary data can be found electronically both by medical professionals and patients alike. The NHIF's goal is to ensure that every individual could find the data that they need in the NHIF information systems and use it securely.

We know how important it is to provide residents with information about the CHIF-funded healthcare services, medicines and MDs they have received, free of charge, securely and accessibly.“

The NHIF manages 19 information systems, of which 5 are national IT systems.

Work on the **Sveidra** information system began in 2000 and the system continues to be developed. It is used to keep track of the healthcare services, medicines and MDs provided to residents.

The Register of Persons Eligible for Compulsory Health Insurance was set up in 2009 and is used to register all natural persons insured with compulsory health insurance.

The Financial Management and Accounting System was set up in 2009 and has been used for the purpose of managing the CHIF budget, i.e., keeping track of financial accounts.

Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema – ši informacinė sistema buvo pradėta diegti 2014 metais. Ji naudojama laukimo eilių duomenų (pavyzdžiui, endoprotezų, dantų protezavimo) apskaitai tvarkyti, taip pat PSDF biudžeto išlaidų ortopedijos techninėms priemonėms, centralizuotai perkamiems vaistams ir MPP, ambulatoriniam gydymui deguonimi, klausos aparatams, kochleariniams implantams, BAHA įsriegiamiesiems kauliniams implantams, vidurinės ausies klausos sistemoms ir atsarginio kochlearinio implanto procesoriams apskaitai valdyti. Šioje informacinėje sistemoje gyventojai gali pasitikrinti jų pateiktų prašymų (pavyzdžiui, skirti sąnario endoprotezą) vykdymo eigą.

Europos Sąjungos duomenų mainų informacinė sistema – ši informacinė sistema buvo pradėta diegti 2015 metais. Ji skirta Europos socialinės apsaugos duomenų mainams vykdyti ir dokumentams tvarkyti. Šia informacine sistema naudojasi ES šalių kompetentingosios ir suinteresuotosios įstaigos, taip pat SAM, VLK ir TLK. Minėtoje informacinėje sistemoje kaupiami duomenys apie ES šalių apdraustųjų gautas Lietuvos Respublikoje išmokas natūra ir apie Lietuvos Respublikos apdraustųjų gautas išmokas natūra ES šalyse.

The **Waiting List and Stock Management Information System** was set up in 2014. It is used for managing data on waiting lists (e.g., for endoprostheses or dental prostheses) as well as for managing stock purchased with CHIF resources: orthopaedic appliances, centrally purchased medicine and MDs, outpatient oxygen treatment, hearing aids, cochlear implants, BAHA screw-shaped implants, middle ear hearing aids and spare cochlear implant processors. In this information system, resident can keep track of the status of their request (e.g., for a joint endoprosthesis).

The **European Union's Data Exchange System** was set up in 2015. It is used to manage and process documents for the exchange of European social security data. The system is used by the competent and interested institutions of the EU as well as the MH, NHIF and THIFs. It collects data on contributions received in Lithuania from the EU's insured and about contributions received in the rest of the EU from Lithuania's insured.

ELEKTRONINĖS PASLAUGOS

2006 metais buvo sukurtas Elektroninių valdžios vartų portalas (www.epaslaugos.lt) ir ligonių kasos vienos iš pirmųjų pradėjo teikti elektronines paslaugas gyventojams.

2006 m. buvo pradėtos teikti šios ligonių kasų elektroninės paslaugos: gyventojai duomenis apie jiems suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, išduotus kompensuojamuosius vaistus, nustatytas diagnozes ir prisirašymą prie pirminės ASP galėjo rasti internete.

2011 m. pabaigoje gyventojams teikiamos elektroninės paslaugos buvo papildytos – internetu jiems teikiama informacija apie privalomąjį sveikatos draudimą ir jo galiojimo laikotarpis.

Nuo 2016 m. gyventojai gali internete rasti visą aktualią informaciją apie endoprotezavimo paslaugas – ne tik pateikti prašymą skirti kompensuojamąjį sąnario endoprotezą, bet ir stebėti šio prašymo vykdymo eigą.

2017 m. buvo pradėta teikti išsami informacija apie ortopedijos techninių priemonių skyrimą, kompensacijų mokėjimo tvarką ir kt.

2016 m. elektroninėmis paslaugomis pasinaudojo apie 20 tūkst. registruotų unikalių vartotojų. Tikimasi, kad ateityje bus daugiau besidominčių, kiek gi iš tiesų kainuoja sveikatos priežiūra, todėl paslaugų perkėlimas į elektroninę erdvę yra labai reikalingas.

2006 marked the launch of the E-Government Gateway (www.epaslaugos.lt) and national system of Hlls was one of the first to start providing electronic services to residents.

In 2006, residents could use the e-services to check the healthcare services they had received, the reimbursable medicines they had been issued, their diagnoses and which primary HCP they were registered to.

By the end of 2011, even more information was made available online – residents could check their compulsory health insurance information and the period they were insured for.

From 2016, residents could also find all the relevant information

about endoprosthetic services – not just submit a request for a joint endoprosthesis, but also track the status of their request.

In 2017, comprehensive information about the issuance of orthopaedic appliances, the payment of reimbursement and other information was made available.

In 2016, e-services were used by 20 thousand registered unique users. The national Hlls expect more residents to become interested in how much healthcare actually costs in the future, which is why the transferral of such services to an online environment was a crucial stepping point.

ADMINISTRACINĖS PASLAUGOS

Nuo 2013 m. ligonių kasose pagal vieno langelio principą veikia Konsultavimo informacinė sistema. Gyventojai savo paklausimus gali siųsti el. paštu info@vlk.lt, skambinti bendruoju telefono numeriu **8 700 88888** arba atvykti į TLK gyventojų aptarnavimo skyrius.

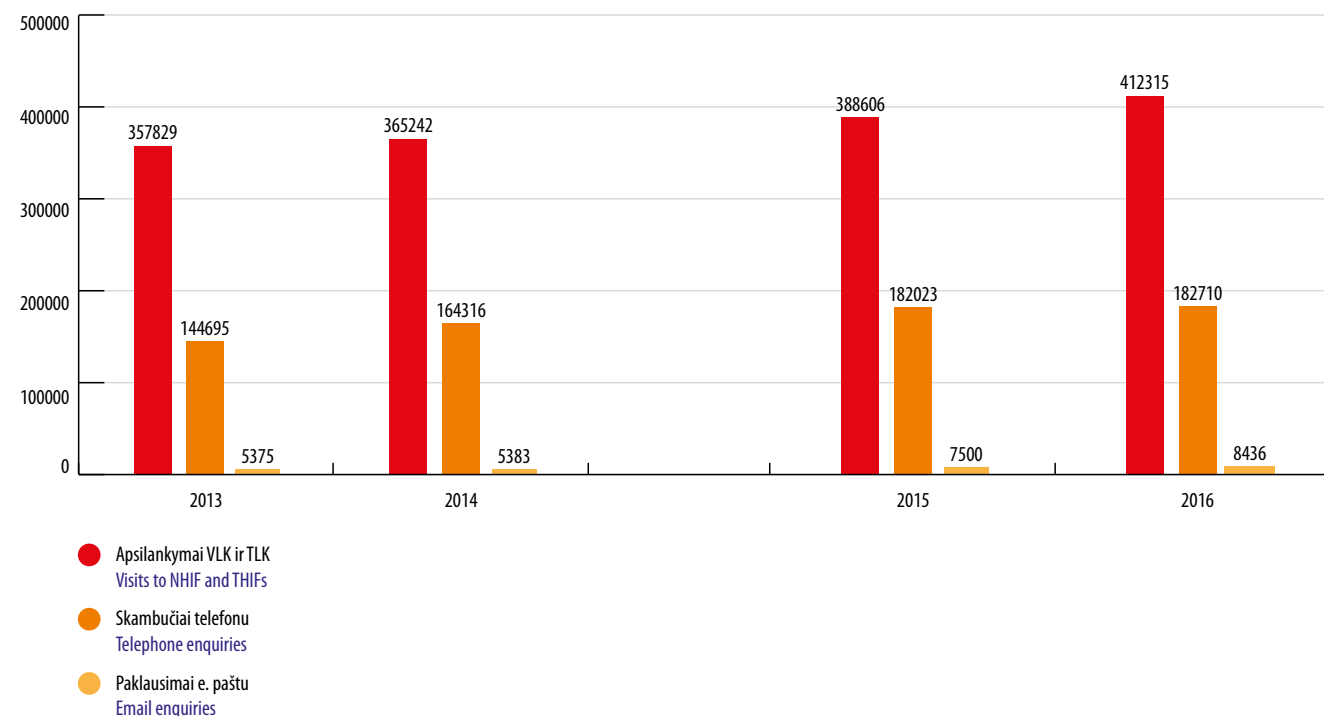
Kasmet į ligonių kasas kreipiasi vis daugiau žmonių: 2013 m. buvo sulaukta 507 899 kreipimųsi, 2014 m. – 534 941, 2015 m. – 578 129, 2016 m. – 603 461.

2016 m. konsultacijas teikė apie 100 VLK ir TLK darbuotojų, kasdien buvo gaunama daugiau kaip 1500 paklausimų telefonu. Didžioji dalis gyventojų į TLK kreipėsi dėl ESDK išdavimo, teiravosi įvairiais privalomojo sveikatos draudimo ir dantų protezavimo klausimais.

Išduodami dokumentai

- Pažyma apie asmens privalomąjį sveikatos draudimą
- Privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimas
- ESDK
- E 104 LT formos pažyma
- Dokumentas S1

27 diagrama. **Gyventojų kreipimūsi 2013–2016 m. statistika**



Number of enquiries in 2013–2016

From 2013, Hlls have a one-stop Consultation System. Residents can send their enquiries by email to info@vlk.lt, call our helpline by dialling **8 700 88888** or arrive for consultation in person to their THIF customer service division.

Every year, Hlls receive increasingly more requests for information: in 2013, Hlls received 507,899 enquiries, while in 2014 this number increased to 534,941, in 2015 to 578,129 and in 2016 to 603,461.

In 2016, 100 NHIF and THIF employees served in a consulting capacity and answered over 1,500 calls on a daily basis. The majority of residents contacted their THIFs to order EHICs or enquire about various questions regarding compulsory health insurance and dental prosthetics.

Issued documents

- Certificate of compulsory health insurance
- Compulsory Health Insurance Card
- EHIC
- E 104 LT form
- S1 document

**VLK VADOVAI
NHIC DIRECTORS**

- **ALGIS SASNAUSKAS**, 1992–1995, 2003–2014
- **LEONAS KAČINSKAS**, 1995–1997
- **SAULIUS JULIUS JANONIS**, 1997–2003
- **GINTARAS KACEVIČIUS**, Kainų ir klasifikacijų departamento direktorius, laikinai vykdeš direktoriaus funkcijas 2014–2016 m.
Head of Pricing and Classification Department, interim director 2014–2016
- **AURIMAS BALIUKEVIČIUS**, Informacinių technologijų departamento direktorius, laikinai vykdamas direktoriaus funkcijas nuo 2016 m.
Head of the IT Department and interim director from 2016

**VLK DIREKTORIAUS PAVADUOTOJAI
DEPUTY DIRECTORS OF THE NHIF**

- **ZIGFRIDAS JANUŠKEVIČIUS**, 1992–1997
- **VIDMANTAS JURŠENAS**, 1997–2003
- **LINA PUIDOKIENĖ**, 1997–2008
- **HAROLDAS BAUBINAS**, 1999–2006
- **JELENA KUTKAUSKIENĖ**, 2002–2008
- **VYTAUTAS KRIAUZA**, 2004–2012
- **NERINGA BERNOTIENĖ**, nuo 2012 m., from 2012
- **ŽADVILĖ ABELIENĖ**, nuo 2015 m., from 2015

**VLK ILGAMEČIAI DARBUOTOJAI
LONG-STANDING EMPLOYEES OF THE NHIF**

VLK buvo įsteigta 1992 m. sausio 10 d., jos tuometinis vadovas – Algis Sasnauskas, pavaduotojas – Zigfridas Januškevičius, pirmosios trys darbuotojos – Danutė Lipnevičienė (buhalterė), Vitalija Griškova (teisininkė) ir Alma Ulčinaitė (ekonomistė).

The NHIF was established on 10 January 1992. The first team to head the institution included director Algis Sasnauskas, deputy director Zigfridas Januškevičius, and the first three employees – Danutė Lipnevičienė (accountant), Vitalija Griškova (legal specialist) and Alma Ulčinaitė (economist).



Vitalija Griškova:

„Tai buvo įdomus, prasmingas, ne tik sėkmių, bet ir neįgyvendintų sprendimų laikotarpis. Daug teko ir tenka bendrauti, dirbti su nepaprasto darbštumo ir didelės kompetencijos specialistais ne tik darbovietėje, bet ir už jos ribų. Linkiu visiems, kad, įgyvendindami naujus sveikatos draudimo uždavinius, nepamirštume pagrindinės savo paskirties – tarnauti žmogui...“

“It was an interesting and meaningful time filled with both successes and ideas that never made it. Every day, we have to communicate and work with specialists who are incredibly hard-working and competent, at our own workplace and beyond. My one wish for anyone working to implement the objectives of our national health insurance system would be to never forget our main mission – to serve the public...”



Danutė Lipnevičienė:

„Pirmoji mano užduotis buvo atidaryti sąskaitą banke ir išmokėti pirmąjį atlyginimą. Buvo ir linksmy, ir nemalonių situacijų. Pati tikrinau ir mane tikrina, žinau, kas yra Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnyba, Ekonominė policija, Valstybės kontrolė ir SAM kontrolė. Nors patikrinimai vyko nuolat, mūsų kolektyvas dirbo atsakingai ir netvarkos nebūdavo. Nors jau kurį laiką nedirbu, džiaugiuosi, kad vis dar jaučiu kolektyvo dėmesį.“

“My first task was to set up a bank account and pay the first salary. We had great moments and bad ones. I inspected others and others inspected me, so I’m familiar with the Lithuanian Special Investigation Service, the Economic Police, the National Audit Office and the auditors of the MH. We were constantly being inspected, but our team was responsible and kept everything in line. And even though I no longer work here, it makes me very happy to see that my colleagues have not forgotten me.”



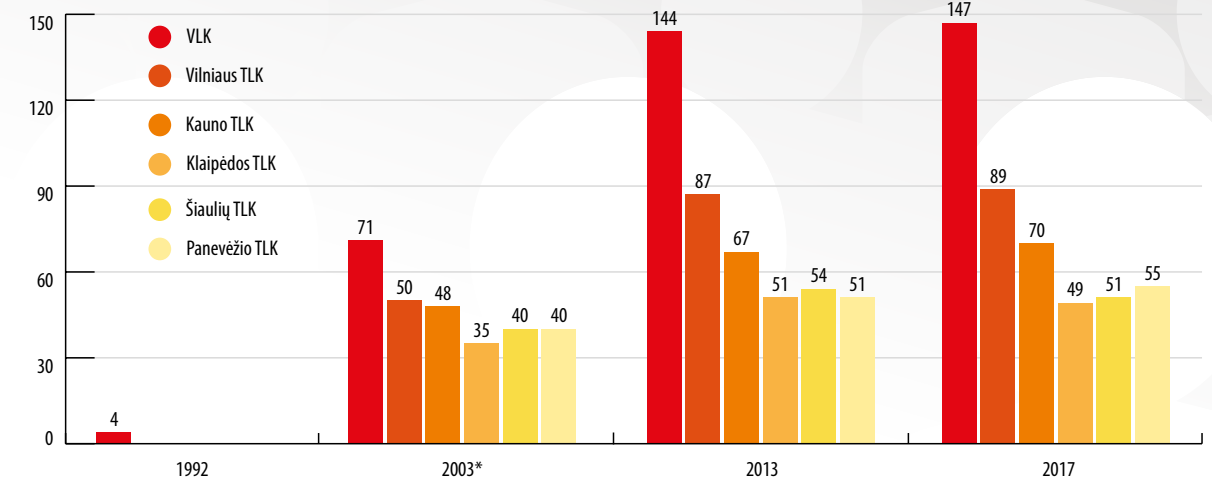
Alma Ulčinaitė:

„Iš pradžių ekonomistams tekdavo visokių darbų: ir gydymo įstaigų sutartines sumas skaičiuoti, ir derinti atsiskaitymo su jomis terminus. Ne visada turėjome finansinių galimybių atsiskaityti laiku, todėl ieškodavome įvairių sprendimų. Dabar viskas paprasčiau: aiškiai nustatytas sveikatos priežiūros finansavimas, visa informacija apie panaudotas PSDF biudžeto lėšas skelbiama internete, gydymo įstaigoms laiku sumokama už suteiktas paslaugas pagal pateiktas sąskaitas.“

“At first, the economists had to do all kinds of work: calculate contractual amounts for healthcare providers and negotiate deadlines for payment. We didn’t always have the financial capacity to pay everyone on time, so we had to look for other solutions. Now, everything is much more simple: healthcare funding policy is clear, all the information about CHIF resources used is published online, and healthcare providers are paid on time for their services based on the invoices they provide.”

28 diagrama. VLK ir TLK darbuotojų skaičius

Number of NHIF and THIF employees



*Duomenys apie TLK darbuotojų skaičių nuo 2003 m., sujungus 10 TLK ir pradėjus veikti 5 TLK. Data on number of THIF employees from 2003, when 10 THIFs were consolidated into 5.

**TLK ILGAMEČIAI DARBUOTOJAI
LONG-STANDING EMPLOYEES OF THIFs
KAUNO TLK KAUNAS THIF**



**Virgilijus Šiaudikis, Kauno TLK direktorius
Director of the Kaunas THIF**

„Nepaisant visos ligonių kasų gautos kritikos, jos yra viena didžiausių sėkmių Lietuvos sveikatos sistemos istorijoje.“
“Despite all the criticism that we get, the health insurance system is one of the greatest success stories in the history of Lithuanian healthcare system.”



**Irena Stakauskienė, Kauno TLK direktoriaus pavaduotoja nuo 1996 iki 2010 m.
deputy director of the Kaunas THIF from 1996 to 2010**

„Kauno TLK direktoriaus pavaduotoja pradėjau dirbti 1996 m. gruodį. 1997 m. sausį jau pradėjome pasirašyti sutartis su Kauno apskrities gydymo įstaigomis, nors biudžetas dar buvo tvirtinamas savivaldybėms. Kai sveikatos apsaugos ministro sudaryta komisija atvyko patikrinti, ar tinkamai įrengtos TLK patalpos, sutarčių pasirašymas buvo nutrauktas, nes „TLK langai buvo be groty“. Sutarčių pasirašymo terminas buvo nukeltas iki 1997 m. liepos 1 d., kai jau buvo patvirtintas PSDF biudžetas.“

“I began to work as the deputy director of the Kaunas THIF in December of 1996. By January of 1997, we were already beginning to sign contracts with the healthcare providers of Kaunas county, even though budgets had still not been approved for municipal authorities. When a committee formed by the Minister of Health came to inspect whether our facilities were up to standard, the contracting process had to be terminated because “the windows of the THIF were not grated”. The deadline for completing the contracts was postponed to 1 July 1997, when the budget of the CHIF had already been approved.”



**Vilija Andrašūnienė, Kauno TLK Statistikos ir analizės skyriaus vedėja
Head of the Statistics and Analysis Department of the Kaunas THIF**

„Pirma mano darbo diena Kauno TLK sutapo su Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, reglamentuojančio naują ASPĮ finansavimo tvarką, įsigaliojimu. Viskas buvo nauja, neįtikėtina, be to, dalijomės vienu kompiuteriu. Dabar, kai darbo vietos yra kompiuterizuotos, žymiai lengviau atlikti užduotis, spręsti sudėtingus klausimus.“

“My first day at the Kaunas THIF coincided with the enactment of the Republic of Lithuania Law on Health Insurance, which regulated the new procedure for funding HCPs. Everything was new and unexpected, in addition to which we were all sharing one computer. Now that all our workstations are equipped with computers, it’s much easier to deal with the tasks we are given and solve complex problems.”



**Vilija Lenkauskienė, Kontrolės skyriaus vyriausioji specialistė
Senior Specialist at the Supervisory Department**

„Marijampolės TLK direktoriaus pavaduotoja pradėjau dirbti 1997 m. sausį. Tai buvo iššūkis, visiškai nauja patirtis. Prisimindama darbo pradžią, jaučiu jaudulį. Tą patį jaudulį, kuris lydėjo mane pirmajame susirinkime VLK direktoriaus kabinete, pirmajame susitikime su gydymo įstaigomis, sudarant pirmąsias sutartis ar net atliekant pirmąjį pinigų paskirstymą. Laikui bėgant tas jaudulys virto maloniu. Džiaugiuosi čia sutikusi tiek daug puikių, nuoširdžių žmonių, kurie dalijosi savo patirtimi, patarė ir padėjo susidoroti su sunkumais. 2003 m. Marijampolės TLK tapus Kauno TLK dalimi, pasikeitė mano pareigos, tačiau atsilaikėme. Dabar žinau: prieš 20 metų mano sprendimas dirbti šioje įstaigoje buvo vienas iš geriausių sprendimų gyvenime.“

“I began to work as the deputy director of the Marijampolė THIF in January of 1997. It was a challenge, a completely new experience. I feel excited just thinking about my first days here. The same feeling of excitement accompanied me to my first meeting at the office of the director of the NHIF, my first meeting with the healthcare providers, as we signed the first contracts and even as I distributed funding for the first time. As time went by, this excitement turned into satisfaction. I am happy to have met so many great and sincere people who were so willing to share their experience, give advice and help deal with difficult situations. In 2003, when the Marijampolė THIF was absorbed by the Kaunas THIF, the title of my position changed, but the majority of my colleagues are still working here. They have become my family. We have been through thick and thin together, we encountered the most incredible situations, but we made it through. Now I know that my decision to come work at this institution 20 years ago was one of the best decisions of my life.”

KLAIPĖDOS TLK KLAIPĖDA THIF



Laima Rašinskytė, Klaipėdos TLK Finansų ir apskaitos skyriaus vedėja (dirba Klaipėdos TLK daugiau kaip 20 metų)
Head of the Finances and Accounting Department at the Klaipėda THIF (an employee of the Klaipėda THIF for over 20 years)

„Filosofas A. Moravija yra pasakęs, kad žmones galima pažinti tada, kai jie dirba sau artimų darbų. Džiaugiuosi, kad jau dvidešimt metų dirbu sau artimų darbų ir pažinau daug puikių žmonių.“
“The philosopher Alberto Moravia once said that you can truly know people when they are doing work that is close to their heart. I am glad to say that the work I have done over the past twenty years has been close to my heart and that I got to know many great people.”



Gediminas Jankus, Kontrolės skyriaus vyriausiasis specialistas, laikinai vykdamas vedėjo funkcijas (dirba Klaipėdos TLK nuo 1999 m. sausio)
Senior specialist at the Supervisory Department of the Klaipėda THIF, now serving as interim head of the department (an employee of the Klaipėda THIF since January of 1999).

„Pradėjome dirbti, kai dar nebuvo interneto, elektroninių paslaugų. Dabar neįsivaizduojame kasdienio darbo be informacinių technologijų. Vis dėlto, nepaisant techninės pažangos, bendravimas – pacientų ir gydymo įstaigų konsultavimas – yra ne mažiau svarbus, nes mes rūpinamės žmonėmis.“
“We began working when there was no internet, no e-services. Now we can’t even imagine our routine work without technology. However, despite all this technological progress, communication – consulting patients and healthcare providers – is no less important, because our aim is to take care of people.”

ŠIAULIŲ TLK ŠIAULIAI THIF

Mindaugas Končius, pirmasis Šiaulių TLK direktorius (1995–1996 m.)
The first director of the Šiauliai THIF (1995–1996)



„Privalomojo sveikatos draudimo įstatymo kūrimo, jo svarstymo ir priėmimo Seime laikotarpiu (1995–1996 m.) veikė Sveikatos apsaugos reformos biuras, jame kartu su kolegomis ruošėms diegti sveikatos draudimą Lietuvoje. Susipažiname su kitų šalių patirtimi šioje srityje, nagrinėjome, modeliavome, skaičiavome, diskutavome. Supratome, kad gali trūkti lėšų išlaikyti turimą sistemą infrastruktūrą, bet vylėmės, kad, laikantis Sveikatos sistemos įstatymo nuostatų ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą, pavyks racionalizuoti sistemą ir subalansuoti poreikius su ištekiais. Kaip mums pavyko, akivaizdu dabar – po 25 metų. Vertina visi – pacientai, gydymo įstaigų vadovai ir gydytojai, politikai, įstaigų steigėjai, valstybės tiekėjai ir pardavėjai...Vertinimai įvairūs – ir palankūs, ir nelabai. Nevardysiu trūkumų – tą puikiai daro žiniasklaida. Akivaizdu, kad sistemą reikia tobulinti. Tą ir linkiu daryti, pasitelkiant profesinį išmanymą, norą tobulėti, sugebėjimą derinti draudžiamųjų ir juos gydančiųjų interesus.“

“Back when the Law on Compulsory Health Insurance was being developed and deliberated over in parliament (1995–1996), my colleagues and I were working at the Bureau for Healthcare Reform and were preparing to set up the health insurance system in Lithuania. We were researching international practices, always analysing, modelling, calculating and discussing. We were aware of the fact that we might not have enough resources to maintain the systemic infrastructure that we had, but we hoped that if we adhered to the provisions of the Law on the Healthcare System and continued to implement the Lithuanian Public Health Programme, we would find success in rationalising the system and balancing needs with resources. We can only tell how successful our efforts were now, 25 years later. Our achievements are judged by everyone: patients, heads of healthcare institutions, doctors, politicians, founding institutions, pharmaceutical suppliers and retailers... Opinions vary from the positive to the not so positive. I won’t list all the shortcomings of the system – the media is there for that. But it is obvious that the system needs improvement. This is what I wish our current and future employees will do by using their professional know-how, desire to improve and ability to balance the interests of healthcare providers with those of the insured.”



Remigijus Mažeika, Tauragės TLK direktorius 1996–2003 m., nuo 2003 m. – Šiaulių TLK direktorius
Director of the Tauragė THIF from 1996–2003, and Director of the Šiauliai THIF from 2003

„Kai 1996 m. pradėjau dirbti ligonių kasose, net negalvojau, kad teks patirti tiek daug ir tokių įvairių iššūkių. Pirmasis iššūkis buvo pasirašyti sutartis su gydymo įstaigomis 1997 metais. Pasikvietėme savivaldybių seniūnus ir rengėmės su jais pasirašyti sutartis dėl ambulatorijų finansavimo. Gerai, kad buvo sustabdytas sutarčių pasirašymas ir atidėtas sveikatos draudimo sistemos įgyvendinimas. Dabar, daugiau kaip 20 gyvenimo metų atidavęs ligonių kasai, manau, kad tai buvo didžiulės atsakomybės prieš kolegas ir pacientus metai. Juk teko ne kartą dalyvauti priimant labai svarbius sprendimus.“

“When I began to work at the THIF in 1996, I didn’t think that I would be facing so many different challenges. Our first challenge came in 1997, when we had to sign contracts with healthcare providers. We invited municipal authorities to begin working with us and prepared to sign contracts with them to fund outpatient care. It’s a good thing that the contracting process was interrupted – the implementation of the health insurance system had been postponed. Now, having given 20 years of my life to the health insurance fund, I believe that this was a time of great responsibility before my colleagues and patients. After all, I was there when many important decisions were made.”



Pranas Nainys, Šiaulių TLK direktoriaus pavaduotojas
Deputy Director at the Šiauliai THIF

„Mylėkite žmones tokius, kokie jie yra, nes jie myli Jus. Tikėkite žmonėmis, nes Jie tiki Jumis. Klyskite taip, kaip klysta visi, nes tai yra žmogiška.“
“Love people for who they are because they love you. Believe in people because they believe in you. Make mistakes like everyone makes mistakes because that is simply human.”

PANEVĖŽIO TLK PANEVĖŽYS THIF



Alma Čiplienė, Panevėžio TLK direktoriaus pavaduotoja
Deputy Director of the Panevėžys THIF

„Pradėjusi čia dirbti 1996 m. pasineriau į visai naują sritį. Žinojau, kad laukia daug iššūkių ir jų baiminausi, tačiau guodė mintis, kad visi esame naujokai. Tada man atrodė, kad veikla nebus tokia įvairi, užteks įgytos patirties ir žinių. Dabar manau, kad be nuolatinio bendravimo ir bendradarbiavimo su sutarčių partneriais, savivaldybėmis, VLK ir SAM nebūtų tos neįkainojamos patirties ir profesinio tobulėjimo. Kai išmoksi atvirai kalbėtis, tartis ir diskutuoti, net didžiausias problemas pavyksta greičiau išspręsti ir rasti teisingus, visiems priimtinius sprendimus.“

“When I began working here in 1996, I found myself in a completely new field. I knew that many challenges lay ahead of me and I was afraid of them, but I was reassured by the thought that we were all new to this. Back then I didn’t think that my duties would be so varied, I thought that my experience and knowledge would suffice. Today, I believe that without constant communication and cooperation with our contracted partners, municipal authorities, the NHIF and the MH, I would not have been as driven to develop professionally or accumulated the priceless experience that I have now. When you learn to communicate openly, to negotiate and discuss, even the greatest problems can be dealt with more efficiently, and the right solutions that are acceptable to all, can be found.”

Jonas Narbutas, Panevėžio TLK direktorius
Director of the Panevėžys THIF



„Nė kiek neabejoju, kad Panevėžio TLK – mano gyvenimo dalis. Ją kartu su kolegomis kūriau, jai vadovauju 20 metų. Per šį laiką mus daug kas (ir kai kurie politikai) norėjo paversti ne ligonių, bet ligoninių kasa. Kad tokia netaptume, reikėjo ir stuburo, ir išmanymo, ir diplomatijos. Buvo akimirka, kai reikėjo du litus padalinti trimis, kad visiems išėitų po lygiai ir po vieną litą. Kai esi vadovas, turi ne tik atlikti pareigas, bet ir priimti didžiulę atsakomybę, nes dirbi ne sau, o visuomenei. Vadovaudamas išmokau nepriimti neapgalvotų sprendimų, spręsti problemas nesibaigiant suklysti, o suklydęs kas kartą mokiausi pripažinti klaidas. Per prabėgusį dvidešimtmetį supratau, kad visuomenės ir partnerių nuomonė yra stipri varomoji jėga, verčianti įstaigą tobulėti ir siekti tokios sveikatos priežiūros sistemos Lietuvoje, kuria visi galėtume džiaugtis.“

“I have no doubt in my mind that the Panevėžys THIF is an important part of my life. With the help of my colleagues, I created it and served as its leader for 20 years. During this time, many people (including certain politicians) wanted us to turn into an institution that serves hospitals instead of people. In order to withstand all this, we needed a lot of backbone, competence and diplomacy. There were moments when we had to divide two litas into three, so that everyone would get an equal amount, but no less than one litas each. When you are the head of such an institution, you have to fulfil your duties and you also have to bear a great responsibility, because you’re not working for yourself, you’re working for the public. In my position as a leader, I learned not to make hasty decisions, to solve problems without being afraid of making mistakes, and when I did make mistakes, to learn to recognise them every time. Over the past two decades, I realised that public opinion and the opinions of our partners are a strong driving force in making our institution improve and strive to create a Lithuanian healthcare system that everyone would be happy with.”

Visvaldas Vilkas, Panevėžio TLK Finansų ir apskaitos skyriaus vedėjas-vyr. buhalteris nuo 1996 m.
Head of the Finance and Accounting Department and Senior Accountant at the Panevėžys THIF since 1996



„Mano pažinties su ligonių kasa pradžia – 1996 m. gruodis. Tada pradėjau dirbti vyr. buhalteriu. Pirmųjų darbo savaitių įspūdziai atmintyje gyvi iki šiol: sėdime trise mažame kabinete su teisės aktų rinkiniu rankose ir baime akyse – nežinojome, nuo ko pradėti, kaip teisingai daryti. Bendromis jėgomis su kolegomis iš kitų TLK ir patirties turinčiais VLK darbuotojais pradėjome darbus. Pradėję nuo šratinuko ir balto popieriaus lapo, vėliau – skaičiuoklės Excel programoje, tapome sudėtingiausių informacinių sistemų naudotojais. Mokėmės patys, mokėme vieni kitus. Galiu drąsiai sakyti, kad bendromis jėgomis iš mažyčio, mažai kam žinomo valstybės darinio per 20 metų išaugome į solidžią ir patikimą valstybės finansų dalies (PSDF biudžeto) valdymo instituciją, užtikrinančią gyvybiškai svarbias paslaugas savo šalies piliečiams. Didžiuojuosi, kad dirbu ligonių kasoje ir esu jos dalis.“

“My journey with the THIF began in December of 1996. It was then that I began my employment as the senior accountant. I can remember my first weeks here with great clarity: three of us sitting in a small office with a set of legal documents and fear in our eyes – we had no idea where or how to begin. Along with our colleagues from other THIFs, and more experienced employees from the NHIF, we began our work. Having started with a ballpoint pen and a white sheet of paper, we moved on to Excel software and spreadsheets, and later became the users of some of the most complex information systems. We learned on the fly and taught each other along the way. I can now confidently say that over the course of 20 years our joint efforts made us grow from a small and insignificant public formation into a respectable and reliable institution responsible for managing a share of the state’s finances (the CHIF) and ensuring critically important services to the public. I am proud to say that I work for and am part of a THIF.”

VILNIAUS TLK VILNIUS THIF

Dangira Skeberienė, Sutarčių skyriaus vedėja
Head of the Contracting Department



„Puikiai atsimenu pirmąjį darbo dieną. Prieš 21 metus darbą pradėjome gydymo įstaigoms ruošdami Sveikatos draudimo įstatymo kopijas, kurias dėjome tiesiog ant grindų, nes neturėjome nei stalo, nei kėdės. Prisimenu, kad pirmąsias sutartis su gydymo įstaigomis ruošiau, ranka braižydama lenteles, skaičiuodama skaičiavimo mašinėle. Raštai buvo spausdinami kolegos R. Adomėno iš namų atsinešta spausdinimo mašinėle. Džiaugiuosi, kad turėjau galimybę sveikatos apsaugos sistemos reformoje dalyvauti nuo pat pradžių ir matyti pasiektus rezultatus.“

“I remember my first day very well. 21 years ago, we began our work by preparing copies of the Law on Health Insurance for healthcare providers. We placed these copies on the floor because we didn’t have any tables or chairs. I remember writing up the first contracts for our healthcare providers – I drew the tables by hand, calculating quantities with a calculator. We typed up the documents using a typewriter brought in by our colleague, R. Adomėnas. I am happy to have had the opportunity of participating in the healthcare reforms from the very start – now I can see what we have achieved.”

Ryta Jūratė Treigienė, Statistikos ir analizės skyriaus vedėja
Head of the Statistics and Analysis Department



„Siekdama įgyvendinti savo svajonę dirbti medicinos srityje, į Vilniaus TLK atėjau 1997 m., kai buvo pradėta išduoti privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimus. Pirmosios pareigos buvo susijusios su privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų registravimu, sveikatos draudimo pažymėjimų išdavimu. Į pagalbą teko kviesti ir studentus, nes norinčių gauti šiuos dokumentus buvo labai daug. Sveikatos draudimo sistemos tobulėjimui ir ligonių kasų veiklos kokybės gerinimui didelę įtaką turėjo puiki atmosfera TLK kolektyve, darbuotojų iniciatyva, informacinių sistemų diegimas.“

“I came to the Vilnius THIF in 1997 in order to fulfil my dream of working in the field of medicine. At the time, they were beginning to issue compulsory health insurance certificates. My first role entailed registering individuals insured with compulsory health insurance and issuing health insurance certificates. I had to enlist the help of several students because I couldn’t cope with the tremendous number of applicants who wished to receive these documents. The development of the health insurance system and improvement in the quality of our activity is in a large part the result of the great working environment at the THIF, the proactivity of its employees and the consistent application of information systems.”

Rimvydas Adomėnas, Kontrolės skyriaus vyriausiasis specialistas
Senior Specialist at the Supervisory Department



„Dešimties 1996 m. įkurtų TLK darbuotojai buvo kupini entuziazmo, dalijosi savo patirtimi, naujovėmis ir buvo labai vieningi įgyvendindami privalomąjį sveikatos draudimą atskirose regionuose. Manau, todėl ligonių kasos šiandien užima itin svarbią vietą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje.“

“The employees of the ten THIFs established in 1996 were full of enthusiasm and willingness to share their experience and new ideas. They truly worked as a team as they set up the compulsory health insurance system in each separate region. I believe that today, HIFs play an incredibly important role in Lithuania’s healthcare system.”

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Europos aikštė 1, LT-03505 Vilnius
Tel. (8 5) 236 4100, faks. (8 5) 236 4111
El. paštas vlk@vlk.lt
www.vlk.lt

National Health Insurance Fund under the Ministry of Health

Europos Sq. 1, LT-03505 Vilnius
Phone + 370 5 236 4100, Fax +370 5 236 4111
E-mail vlk@vlk.lt
www.vlk.lt

Teritorinės ligonių kasos

Vilniaus TLK

Ž. Liauksmo g. 6, LT-01103 Vilnius
Tel. (8 5) 266 1364, faks. (8 5) 279 1424
El. paštas vitlk@vlk.lt
www.vilniaustlk.lt

Territorial health insurance fund

Vilnius territorial health insurance fund

Ž. Liauksmo str. 6, LT-01101 Vilnius
Phone +370 5 266 1364, Fax +370 5 279 1424
E-mail vitlk@vlk.lt
www.vilniaustlk.lt

Kauno TLK

Aukštaičių g. 10, LT-44147 Kaunas
Tel. (8 37) 208 846, faks. (8 37) 320 636
El. paštas kainf@vlk.lt
www.ktlk.lt

Kaunas territorial health insurance fund

Aukštaičių str. 10, LT-44147 Kaunas
Phone +370 37 208 846, Fax +370 37 320 636
E-mail kainf@vlk.lt
www.ktlk.lt

Klaipėdos TLK

Pievų Tako g. 38, LT-92236 Klaipėda
Tel. (8 46) 380 738, faks. (8 46) 381 481
El. paštas kltlk@vlk.lt
www.klaipedostlk.lt

Klaipėda's territorial health insurance fund

Pievų Tako str. 38, LT-92236 Klaipėda
Phone +370 46 380 738, Fax +370 46 381 481
E-mail kltlk@vlk.lt
www.klaipedostlk.lt

Šiaulių TLK

Vilniaus g. 273, LT-76322 Šiauliai
Tel. (8 41) 520 043, faks. (8 41) 526 528
El. paštas sitlk@vlk.lt
www.siauliutlk.lt

Šiauliai territorial health insurance fund

Vilniaus str. 273, LT-76322 Šiauliai
Phone +370 41 520 043, Fax +370 41 526 528
E-mail sitlk@vlk.lt
www.siauliutlk.lt

Panevėžio TLK

Respublikos g. 66, LT-35158 Panevėžys
Tel. (8 45) 596 192, faks. (8 45) 583 789
El. paštas patlk@vlk.lt
www.paneveziotlk.lt

Panevėžys territorial health insurance fund

Respublikos str. 66, LT-35158 Panevėžys
Phone +370 45 596 192, Fax +370 45 583 789
E-mail patlk@vlk.lt
www.paneveziotlk.lt

**Informacija gyventojams visoje Lietuvoje teikiama
telefonu 8 700 88888 ir
el. paštu info@vlk.lt**

**Customer service in Lithuania
by phone 8 700 88888 and
E-mail info@vlk.lt**



/Valstybinė ligonių kasa

