

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY LITVÁNIA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2013. június

Tartalom

Gazdasági-politikai környezet	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi ellátórendszer	5
Egészségügyi dolgozók	6
Gyógyszerpiac	7
Egészségügyi reformok	8
Irodalomjegyzék	9

Gazdasági-politikai környezet

Litvániában a válság 2009-ben érezte leginkább a hatását: a GDP 14,8 százalékkal csökkent. A válság leküzdése érdekében a kormány a kezdetektől számos megszorító intézkedést hozott. 2010-ben már 1,5 százalékos növekedés volt tapasztalható, 2011-ben pedig az EU második leggyorsabban növekvő gazdasága volt (5,9 százalékos GDP-növekedés; az export növekedése itt volt a leggyorsabb). 2012-ben a növekedés üteme 3,7 százalékra esett vissza. A munkanélküliség 2013. II. negyedévében 12,5 százalék. Az infláció 2012-ben 3,2 százalék. A költségvetési deficit mértéke 2009-ben volt a legnagyobb (9,4 százalék), majd fokozatosan mérséklődött, 2012-ben 3,2 százalék. Az államadósság folyamatosan és jelentősen nőtt az elmúlt években, mértéke 2012-ben 40,7 százalék (Eurostat). A gazdaság további növekedését a szükséges strukturális reformok végrehajtása befolyásolja.

Litvánia 1990. március 11-én - a volt szovjet tagköztársaságok közül elsőként - deklarálta újbóli függetlenségét. A litván állam feje az elnök, akit közvetlen választással öt évre választanak, és maximum két egymást követő periódusban töltheti be hivatali idejét. A litván parlament egykamarás, 141 tagja van, akiket négy évre választanak. Az országban legutóbb 2012 végén tartottak választásokat, amelyet a szociáldemokrata párt nyert meg (korábban a kereszténydemokrata párt kormányta volt hivatalban). A kormányzásra koalíció alakult, amelynek tagjai a Szociáldemokrata Párt, a Munkáspárt, a Rend és Igazságosság Pártja és a lengyel kisebbséget képviselő Litvániai Lengyelek Választási Akciója. A koalíciónak 86 képviselői helye van a 141 fős törvényhozásban. A miniszterelnök Algirdas Butkevičius.

Demográfia

A lakosság száma 2012-ben 3 200 ezer fő volt. Az elmúlt évtizedben a népesség folyamatos fogyása volt megfigyelhető.

2011-ben az élveszületési ráta 10,67 ezrelék, a halálozási ráta 12,81 ezrelék. A teljes termékenységi arányszám 1,55 volt, a 2000-es évek folyamán nagyon csekély mértékben növekedett. (WHO-HFA)

A születéskor várható élettartam folyamatosan emelkedett (2011-ben férfiak 68,5 év, nők 79,1 év). A standardizált halálozási ráta a férfiak esetében kétszer olyan magas, mint a nők esetében, a vidéki lakosság körében magasabb, mint a városi lakosság esetében (Litván Egészségügyi Minisztérium, 2013. február)

Jellemző tendencia a lakosság elöregedése, ami szorosan összefügg a fiatalkorúak arányának csökkenésével: 2011-ben a 14 év alattiak aránya a lakosságon belül 15,0 százalék (vö.: 1990-ben 22,55 százalék), a 65 év fölöttiek aránya 16,7 százalék (1990-ben 10,92 százalék). A csecsemőhalálozás jelentősen csökkent az elmúlt évtizedekben: 2011-ben 4,2 ezer élveszületésre, vö.: 1990: 10,22).

A főbb halálokok struktúrája évek óta változatlan. 2011-ben a halálozások 56,3 százalékát okozták a keringési rendszer megbetegedései. A második legfőbb halálokot a daganatos megbetegedések képezik: a halálozások 19,8 százalékáért felelősek. A harmadik legjelentősebb

csoportot a külső okok (öngyilkosságok, balesetek, sérülések, mérgezés stb.) képezik (9,1 százalék). Ezt követik az emésztőszervi, ill. légzőszervi megbetegedések. (Litván Egészségügyi Minisztérium, 2013. február)

2011-ben a 18 év feletti körében 1000 főre számítva 32 fő szenvedett diabetes mellitusban és 195,7 magas vérnyomásban¹ (Health Statistics of Lithuania, 2011).

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Litvánia egészségügyi rendszere kötelező egészségbiztosításon alapul, amely egybiztosítós rendszerben működik.

Az egészségügyi rendszer irányítója az Egészségügyi Minisztérium, amelynek fő feladatai közé tartozik az egészségpolitika kialakítása, a jogszabályok előkészítése, egészségügyi intézmények és népegészségügyi intézmények működtetése, az egészségügyi rendszer teljesítményének felügyelete, az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése, valamint országos egészségügyi programok előkészítése.

2010-2012 folyamán jelentős átszervezésre került sor az egészségügyi ellátórendszerben. Először az egészségügyi ellátás területi szintjeit szervezték át. Korábban három - országos, megyei és helyi - szinten szerveződött az egészségügyi ellátás. 2010 közepén a tíz megyei tanácsot megszüntették. A regionális kórházak működtetését, melyek korábban a megyei tanácsok igazgatása alatt álltak, a helyi önkormányzatok vagy az Egészségügyi Minisztérium vették át. Jelenleg az egészségügyi rendszer két szinten – országos és helyi – szerveződik. Ugyanakkor az ellátási területeket tekintve vannak olyan egészségügyi intézmények, amelyek regionális szintű funkciókat látnak el, és egy teljes régió lakosságát kezelik. A megyei tanácsok megszüntetésének elsősorban költségtakarékossági okai voltak.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

2010-es adatok szerint Litvánia a GDP 7,02 százalékát fordította egészségügyre, az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagysága 588 euró.

A válság következtében az egészségügyi kiadások 2009-ben és 2010-ben is csökkentek az országban. Az állami kiadások csökkenése 2009-ben 5,71 százalékos, 2010-ben 4,9 százalékos volt. 2011-ben azonban már 5,53 százalékos növekedést realizáltak (WHO, 2013).

¹ A morbiditási adatok a kötelező egészségbiztosítás SVEIDRA információs rendszeréből származnak.

Forrásgyűjtés

Litvániában az egészségügyi rendszer finanszírozását a kötelező egészségbiztosítás, a költségvetési és önkormányzati hozzájárulások, valamint a betegek közvetlen kifizetési biztosítják. Az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 72,1 százalék, a magánkiadások pedig az összes egészségügyi kiadás 27,9 százalékát alkotják (ennek 98 százaléka a háztartások out-of-pocket kifizetése). A magán egészségbiztosítás szerepe a finanszírozásban marginális (Health Statistics of Lithuania, 2011).

A finanszírozás legfőbb forrása a kötelező egészségbiztosítás, 2010-ben az állami kiadások 84,2 százalékát nyújtotta. A kötelező egészségbiztosítás bevételeinek háromnegyedét a munkáltatók és a munkavállalók jövedelemarányos járuléka (3 és 6 százalék) adják. A fennmaradó rész döntő többsége az állami költségvetés nyugdíjasok, munkanélküliek, gyermekek utáni befizetéseiből származik. A litván kötelező egészségbiztosítás rendszerét az Egészségügyi Minisztérium irányítása alá tartozó, félig autonóm állami monopólium, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (Valstybinė ligonių kasa) kezeli. A járulékok és juttatási csomagok mértékét, valamint a szolgáltatók árait törvény és az állami hatóságok szabják meg. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár alá öt Területi Betegpénztár (Vilnius, Kaunas, Panevėžys, Šiauliai, Klaipėda) tartozik.

Az alapvető egészségügyi szolgáltatások mindenki számára hozzáférhetőek, és a szolgáltatás igénybevételének pontján többnyire ingyenesek. A fogászati, illetve gyógyfürdő szolgáltatások többségét a kötelező egészségbiztosítás nem fedezi. A gyógyszerekre és gyógyászati termékekre co-payment van érvényben. A hosszú távú ápolást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, valamint az önkormányzatok finanszírozzák. A fekvőbeteg ápolás esetében az egészségbiztosítás 120 napig fedezi a költségeket.

Forrásallokáció

Az alapellátás kockázat alapján kiigazított fejkvóta szerinti finanszírozásban részesül, a prevenciós szolgáltatásokért a biztosító szolgáltatás szerinti díjazást fizet (2009-ben ez az alapellátás finanszírozásának 9 százaléka volt). Meghatározott teljesítmény indikátorok elérése esetén a jövedelem néhány (2009-ben 8 százaléka) százaléka bónuszokból származhat².

A járóbeteg szakellátást kórházak erre kijelölt részlegei, illetve poliklinikák biztosítják, a finanszírozás konzultációk szerint történik (egy kezelési epizód maximum 3 vizitjéig).

Az aktív kórházi ellátás finanszírozása DRG alapján történik.

² PSDF biudžeto vykdymo pagal išlaidų straipsnius apyskaita (the rapport of Lithuanian sickness fund expences for 2009 year)

Egészségügyi ellátórendszer

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

2011-ben a háziorvosok száma 10 ezer főre 5,81; 1860 háziorvos dolgozott az országban. A betegek szabadon választhatják meg háziorvosukat, de amennyiben az állami egészségbiztosítás által támogatott ellátást szeretnék igénybe venni, olyan háziorvost kell választaniuk, aki szerződésben áll az öt Területi Betegpénztár valamelyikével. A háziorvosok kapuőr szerepet töltenek be. Az alapellátást többnyire háziorvosi központok (2011-ben 92 állami, önkormányzati központ és 196 magán központ) és állami poliklinikák nyújtják (2011-ben számuk 91). Az állami, önkormányzati intézményekben dolgozók többsége alkalmazott, a magán intézményekben pedig vállalkozó. A háziorvosi ellátásban a csoportpraxis a jellemző forma.

A járóbeteg szakellátást kórházak erre kijelölt részlegei, illetve poliklinikák biztosítják, a finanszírozás konzultációk szerint történik (egy kezelési epizód maximum 3 vizitjéig) (Missoc, 2012).

Litvániában a fogászati ellátás magas színvonalú, és a fogorvosok lakosságszámra vetített aránya (8/10 ezer fő) is magas. A fogorvosok többsége magánpraxisban dolgozik, de az öt Területi Betegpénztár valamelyikével szerződést köthetnek. Az állapotfelmérések ingyenesek, de minden egyéb ellátásért a betegnek co-paymentet kell fizetnie.

2011-ben a járóbeteg ellátásban (alap és szakellátás) összességében 423 állami, önkormányzati és 1674 magán (többségében fogászat) intézmény működött.

Egy lakos átlagosan 4,7 alkalommal kereste fel a háziorvost és 2,3 alkalommal a járóbeteg ellátásban dolgozó szakorvost.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházi hálózat reformja 2010-2011-ben zajlott. A reform a hatékonyság, a minőség és a megbízhatóság szempontjait figyelembe véve a fekvőbeteg ellátás koncentrációjára irányult.

A finanszírozás igénybevételéhez a kórházak számára minimum kritériumokat fogalmaztak meg. A helyi kórházak csak abban az esetben végezhetnek sebészeti beavatkozásokat, illetve szüléseket, ha évente több mint 300 szülést és több mint 660 nagyobb műtétet végeznek (elfogadtak egy listát, mely a nagy műtéti beavatkozásokat tartalmazza). Amennyiben a helyi kórház nem rendelkezik ennyi pácienssel, csak általános terápiás, ápolási, ambuláns ellátási – beleértve nappali sebészet, ambuláns rehabilitáció, ambuláns szakellátás (kardiológia, neurológia, nőgyógyászat stb.) – osztályokat működtethet, és csak ezekre részesül finanszírozásban. A regionális kórházaknak éves szinten több mint 1100 nagy műtétet és több mint 300 szülést kell végezniük. Az országos szintű kórházaknak multidiszciplináris és tercier ellátást kell biztosítaniuk. A kórházhálózat optimalizációja során az egyprofilú kórházakat többprofilú kórházakba integrálták, és összeolvasztották az egymáshoz közeli intézményeket.

A kórházi ellátásban ellátási terület szerint helyi, regionális és országos kórházak találhatók.

A kórházhálózat jelenleg a következőképpen épül fel:

- 2 egyetemi kutató- és kezelési központ

- 8 országos szintű kórház
- 8 regionális szintű kórház
- 39 helyi szintű kórház (Vytautas Kriauza, 2012)

2011-ben összesen 27 175 kórházi ágy volt (ápolási ágyakkal együtt), 84,9 ágy jutott 10 ezer főre. 2001 óta a kórházi ágyak száma 15 százalékkal csökkent (elsősorban a fül-orr-gégészeti, fertőzőes megbetegedések, tuberkulózis és szülészet-nőgyógyászat területén történt csökkentés). Az ápolási, illetve rehabilitációs ágyak száma ugyanakkor nagyjából duplájára növekedett. 2011-ben az ápolási ágyak az összes kórházi ágy 17 százalékát tették ki.

2011-ben az aktív ágyak száma 16 289 volt, 10 ezer főre 50,9 aktív ágy jutott. Az aktív ágyak az összes ágy mintegy 60 százalékát alkották. (Litvániában az aktív ágyak kategóriájába az ápolási, a rehabilitációs, a tuberkulózisos betegeket ellátó és a pszichiátriai ágyak nem tartoznak bele.) 2012-ben az Egészségügyi Minisztérium létrehozott egy munkacsoportot, amely teljesítményindikátorokat dolgozott ki a fekvőbeteg ellátókra vonatkozóan. A teljesítménymérés lehetővé teszi a kórházak tevékenységének objektív értékelését, a betegek pedig a teljesítmény alapján választhatnak kórházat. Az indikátorok listáját 2012 őszén fogadta el az Egészségügyi Minisztérium, és a kórházak teljesítményét 2013-tól monitorozzák. Az indikátorok magukban foglalják a betegelégedettség, a kezelés átlagos időtartama, az egynapos sebészet, császármetszések, fertőzés-ellenőrzés, kórtermek komfortossága stb. területeit, egy részük az egészségügyi ellátás biztonságára irányul. Évente teszik közzé az összefoglaló indikátorokat. Az első kórházértékelést 2014-ben fogják publikálni.

Hosszú távú ellátás

A hosszú távú bentlakásos ellátást bentlakásos otthonokban vagy egyéb intézményekben biztosítják. Az elmúlt években jelentősen növekedett az ápolási, valamint rehabilitációs ágyak száma. (Health Statistics of Lithuania, 2011)

Egészségügyi dolgozók

2011 végén összesen 13 327 orvos (10 ezer lakosra vetítve 41,7) és 2562 fogorvos (10 ezer lakosra vetítve 8) dolgozott Litvániában. 2001 és 2011 között a házi orvosok száma több mint kétszeresére nőtt. Az orvosok közel harmada magánpraxisban is dolgozik, de teljes állásban kevesebb, mint 10 százalékuk. Ez utóbbi arány a fogorvosok esetében 50 százalék fölötti.

2011-ben 23 833 fő nővér, illetve szülésznő dolgozott Litvániában (10 ezer lakosra vetítve 74,5).

Problémát jelent az egészségügyi dolgozók egyenlőtlen területi eloszlása, különösen az orvosok esetében.

Gyógyszerpiac

Az Egészségügyi Minisztérium felelős a gyógyszerügy terén a stratégiai tervezésért, dönt a gyógyszer támogatottságáról, illetve a támogatás mértékéről, felelős a gyógyszerpolitika végrehajtásáért, valamint a gyógyszerek hatásosságának, biztonságosságának és szociálisan elfogadható árának biztosításáért.

Az Állami Gyógyszer-ellenőrzési Ügynökség szabályozó és ellenőrző funkciókat lát el a gyógyszerek piaci engedélyezése, ill. a gyógyszerfelügyelet terén.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felelős a gyógyszerek támogatásáért, valamint a költséges gyógyszerek pályázati eljárással történő beszerzéséért.

A támogatott, pozitív listán szereplő gyógyszerek a következőképp csoportosíthatók:

- A-listás gyógyszerek: diagnózis szerinti támogatási kategóriák
 - 100, ill. 90 százalékos támogatás (daganatos megbetegedések, asztma, skizofrénia, inzulinfüggő diabétesz, tuberkulózis, véralvadási rendellenességek gyógyszerei)
 - 80 százalékos támogatás (krónikus betegségek, mint pl. hepatitis C és B, magas vérnyomás, depresszió, miokardiális infarktus másodlagos megelőzésére szolgáló gyógyszerek stb.)
 - 50 százalékos támogatás (pl. csontritkulás elleni gyógyszerek)
- B-listás gyógyszerek: szociális csoportok szerinti támogatás
 - 100 százalékos a gyermekek és rokkantak számára
 - 50 százalékos a nyugdíjasok számára
- A magas költségű gyógyszerek beszerzése központilag történik az Országos Egészségbiztosítási Pénztáron keresztül

2009 júliusában az Egészségügyi Minisztérium elfogadta a Gyógyszertervet, amelynek fő céljai voltak az egészségbiztosítás támogatott gyógyszerekre fordított kiadásainak csökkentése, a nem támogatott gyógyszerek out-of-pocket kiadásainak csökkentése, a betegek jobb tájékoztatása a gyógyszerekkel kapcsolatban, a gyógyszerágazat átláthatóbbá és etikusabbá tétele. Többek között új eljárást dolgoztak ki a generikus gyógyszerek árának meghatározására: az első generikus készítmény árának legalább 30 százalékkal alacsonyabbnak kell lennie az eredeti készítmény áránál, a második és harmadik generikum árának pedig legalább 10 százalékkal alacsonyabbnak kell lennie az első generikum áránál, hogy támogatásban részesüljenek. Ahol több mint három azonos INN-nel rendelkező gyógyszert támogatnak, az eredeti készítmény ára max. 60 százalékkal lehet magasabb, mint a legolcsóbb generikum ára annak érdekében, hogy támogatásban részesüljön. A betegeknek kiegészítő co-paymentet kell fizetniük azon termékek esetében, amelyek ára az aktuális referenciaárnál magasabb. Szigorították az INN felírásra vonatkozó szabályokat: az eredeti termék neve (márkanév) szerinti felírást csak a biológiai gyógyszereknél engedélyezték. 2010. május 1-től minden gyógyszerészt köteleztek arra, hogy egy monitoron keresztül tegye megtekinthetővé a beteg számára a gyógyszerek árait, és tartsa

készleten a legolcsóbb generikus készítményt. Az Állami Gyógyszer-ellenőrzési Ügynökség weboldalán is fejlesztették a gyógyszerekről való tájékoztatást. További változtatás, hogy az árvo-lumen megállapodásokat az Egészségbiztosítási Pénztár kezeli. Az árvo-lumen megállapodások 2008 óta minden olyan új gyógyszer számára kötelezőek, amelyek az aktuális kezelési megközelítéshez képest nagyobb kiadást jelentenének az egészségbiztosítás számára. Az árvo-lumen megállapodások minimum 3 évig vannak érvényben. Amennyiben ezen időszak folyamán az értékesítési volumen meghaladja a megállapított célkitűzést, a gyógyszer-cégnek részben vagy teljes egészében meg kell fizetnie a különbözetet. A válság idején azokat az új gyógyszereket, amelyek az egészségbiztosítás kiadásait növelték volna, nem vették fel a pozitív listára.

A változtatások több pozitív eredményt hoztak. Az Egészségügyi Minisztérium közlése szerint 2009 és 2011 között a vényköteles gyógyszerek átlagára 13 százalékkal, receptenként az átlagos co-payment 31 százalékkal csökkent (Garuoliene, K. et al, 2011).

Egészségügyi reformok

2009 júliusában az Egészségügyi Minisztérium új stratégiai egészségügyi fejlesztési tervet vezetett be. Az intézkedések elsősorban a fekvőbeteg ellátás szerkezetének átalakítását, az alapellátás és a járóbeteg ellátás megerősítését, valamint a rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználását célozták. A fekvőbeteg ellátás tehermentesítése céljából a nappali sebészet és ambuláns rehabilitáció fejlesztését irányozták elő.

2010 és 2012 között a kórházi ellátás szerkezetét átalakították, a kórházhálózatot optimalizálták, az intézményeknek az Egészségügyi Minisztérium újonnan felállított követelményeinek kell megfelelni. Az egészségügyi intézmények számának csökkentése jelentős költségmegtakarítást eredményezett. Tervezik a kórházhálózat további konszolidációját, melynek célja az egészségügyi erőforrások hatékonyabb felhasználása, a biztonságos, jó minőségű és megfizethető ellátás biztosítása. Azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek magas szintű technológiát és magasan képzett munkaerőt igényelnek (így pl. a laboratóriumi diagnosztika, sürgősségi diszpécser szolgálat) a tervek szerint az országos szintű és egyetemi kórházakba fogják összpontosítani. A többi, magas technológiai felszereltséget és szakképzettséget nem igénylő egészségügyi ellátást a betegek lakóhelyéhez közelebbi egészségügyi intézményekben fogják biztosítani. Tervezik az ápolási szolgáltatások fejlesztését is az egészségügyi intézményekben és a betegek otthonában.

A reformok kiterjedtek az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó népegészségügyi háttérintézetek átszervezésére is. Intézeti összeolvadásokra került sor: a 19 intézet számát héttel csökkentették, 470 pozíciót szüntettek meg.

2010-2011-ben növelték az ellátók finanszírozását, ez hozzájárult az intézmények pénzügyi helyzetének javításához. 2012. január 1-től DRG finanszírozást vezettek be a kórházi ellátásban. A 2009 júliusában elfogadott Gyógyszerterv számos intézkedést tartalmazott, melyek elsősorban a gyógyszerek támogatásának csökkentésére irányultak, és 2010 decemberéig léptek hatályba. Ezek az intézkedések jelentős mértékben csökkentették az egészségbiztosítás kiadásait.

2012 év végén elfogadták az Országos Egészségbiztosítási Pénztár átalakítására irányuló törvénymódosításokat, melyek az Alap kezelésének egyszerűsítését és költségtakarékosabbá tételét célozták.

A népegészségügy alapját a 2006-2013-az Népegészségügyi Stratégia és a 2014-2020-as időszakra vonatkozó Népegészségügyi Fejlesztési Program alkotja. 2011-ben kiértékelték a 2005 óta egészségbiztosításból finanszírozott prevenció programokat (a gyermekek fogai egészségének fejlesztésére, a daganatos betegségek, kardiovaszkuláris betegségek, diabétesz megelőzésére irányuló programok), és javaslatokat fogalmaztak a programok hatékonyabb megszervezésére és finanszírozására, valamint a lakosság motivációjára vonatkozóan.

Összefoglalásképpen az egészségügy fejlesztésének lényegi célkitűzései közé tartozik a többi szektor bevonása az egészségfejlesztésbe, a lakosság egészséges életmódra való ösztönzése és egészségtelen környezettől való védelme, ill. az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése. Fontos cél az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása. A háziorvosi és szakorvosi rendelőkben való, hosszú várakozási idők, a betegek egyre növekvő igényei, a területi egyenlőtlenségek a sürgősségi ellátáshoz való hozzáférésben, valamint a hálapénz folyamatosan politikai viták tárgyát képezik. A lakosság elöregedése, ill. ennek következtében a hosszú távú ápolás iránti szükséglet növekedése a litván egészségügy egyik legsürgetőbb problémája. Litvánia számos e-health projekten is dolgozik, annak érdekében, hogy a közeljövőben egy országos egészségügyi információs rendszert tudjon működtetni.

Az eHealth stratégia főbb tevékenységei és mérföldkövei, amelyeket 2007-2015-ig valósítanak meg:

- Országos elektronikus egészségügyi nyilvántartás megteremtése biztonságos információ átvitelrel és tárolással.
- Az eHealth rendszer infrastruktúrájának fejlesztése, amely magában foglalja az adatátviteli infrastruktúrát, az adatcsere standardokat stb.
- Közvetlen és közvetett betegközpontú szolgáltatások létrehozása (információ csere, konzultáció, regisztráció, betegtámogatás stb.)
- Az információs és kommunikációs technológia fejlesztése az országos egészségügyi ellátók számára.
- Az orvosi képzés menedzsment és telemedicina megoldások fejlesztése.
- Az információ elemzés, menedzsment, jelentés és elszámolás modern megoldásainak megvalósítása.
- Az eHealth lehetőségeinek terjesztése a különböző szintek között, az eHealth felhasználók továbbképzése.

Irodalomjegyzék

- Asisp Annual National Report 2012: Pensions, Health Care and Long-term Care, Lithuania. February 2012 http://www.socialprotection.eu/files_db/1255/asisp_ANR12_LITHUANIA.pdf

-
- Best practices for promoting the rational use of medicines Lithuania. Litván Egészségügyi Minisztérium, 2012.02.27.
http://www.sam.lt/go.php/eng/Promoting_the_rational_use_of_medicines_/2628
 - Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
 - Garuoliene, K. et al: Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis: Lithuania. Eurohealth 17. évf., 1. szám, 2011.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/147104/Eurohealth_Vol-17_No-1_web.pdf
 - Health Statistics of Lithuania 2011. <http://sic.hi.lt/data/la2011.pdf>
 - Jankauskienė, D.: Management of economic and financial crisis in health care sector in Lithuania.. Financial Management - Management in health, XIV/4/2010; pp. 3-10.
 - Kriauzas, V. – Kacevičius, G.: The availability and quality of health care services in Lithuania: statistics and opinion of patients. National Health Insurance Fund Lithuania, 2012. 04. 12.
 - Lithuania: Healthcare system and eHealth strategy. eHealth for Regions, 2013
http://www.ehealthforregions.net/network/national_systems_strategies/lithuania.php
 - Lithuania: National Reform Programme. Vilnius, 2012.
http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2012_lithuania_en.pdf
 - Lithuanian hospitals to be rated. The Lithuania Tribune, 2012. október 12.
<http://www.lithuaniatribune.com/17270/lithuanian-hospitals-to-be-rated-201217270/>
 - Litván Egészségügyi Minisztérium: <http://www.sam.lt/go.php>
 - Litván Országos Egészségbiztosítási Pénztár: <http://www.vlk.lt/vlk/en/>
 - Missoc database, 2012
<http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTablesSearchResult.jsp>
 - Overview of health situation in Lithuania. Litván Egészségügyi Minisztérium, 2013. február.
http://www.sam.lt/go.php/Health_Care
 - WHO: Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications, WHO, 2013.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/186932/Health-and-economic-crisis-in-Europe4.pdf
 - WHO HFA database

Weboldalak letöltése: 2013. június 17-18.