

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

Erika Albrektaitė

**PRIVALOMOS ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS
DIEGIMAS: SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS DALYVIŲ
POŽIŪRIAI**

Baigiamasis magistro projektas

Vadovas

Doc. dr. Aistė Balžekienė

KAUNAS, 2018

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

PRIVALOMOS ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS
DIEGIMAS: SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS DALYVIŲ
POŽIŪRIAI

Baigiamasis magistro projektas
Socialinė politika (kodas 621L40002)

Vadovas

(parašas) Doc. dr. Aistė Balžekienė
(2018-01-08)

Recenzentas

(parašas) Lekt. dr. Donata Jovarauskienė
(2018-01-)

Projektą atliko

(parašas) Erika Albrekškaitė
(2018-01-08)

KAUNAS, 2018



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų

(Fakultetas)

Erika Albrektaitė

(Studento vardas, pavardė)

Socialinė politika, II

(Studijų programa, kursas)

Baigiamojo projekto „Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimas: sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūriai“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20 18 m. sausio 8 d.
Kaunas

Patvirtinu, kad mano, **Erikos Albrektaitės**, baigiamasis projektas tema „Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimas: sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūriai“ yra parašytas visiškai savarankiškai ir visi pateikti duomenys ar tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti sąžiningai. Šiame darbe nei viena dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar internetinių šaltinių, visos kitų šaltinių tiesioginės ir netiesioginės citatos nurodytos literatūros nuorodose. Įstatymų nenumatytų piniginių sumų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

Aš suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo faktui, man bus taikomos nuobaudos, remiantis Kauno technologijos universitete galiojančia tvarka.

(vardą ir pavardę įrašyti ranka)

(parašas)

Albrektaitė, Erika. *The Implementation of Compulsory E-Health System: the Attitudes of Health Care System Participants*: Master's thesis in Social Policy / supervisor assoc. prof. Aistė Balžekienė. The Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Research area and field: 05 S

Key words: (e. health, health care system participants, health policy, attitudes, compulsory)
Kaunas, 2018. 88 p.

SUMMARY

Rapid advances in the ever-developing information technologies and their implementation in medicine have led to the creation of the electronic healthcare system. One of the main objectives of the system is to ensure that by using the latest information and communication technologies, patients would be supplied with high-quality healthcare services on time, and healthcare institutions would be able to ensure communication and safe information exchange between them through electronic means. In Lithuania, the implementation of the e-healthcare system was being implemented through multiple stages, however, not particularly successfully, as divided opinions emerged regarding the quality, safety insurance and passive use of the system. In response to the matter, the Ministry of Health of the Republic of Lithuania has issued an order stating that all data related to aid provided in a healthcare institution, both to visiting patients and patients at home, as well as issuing e-prescriptions, childbirth certificates, medical death certificates, driver's medical exam certificates, in all personal healthcare establishments will have to be managed by electronic means starting with 1 March 2018. The goal to implement an e-healthcare system will pose new challenges to the main participants of the healthcare system: the management, the physicians and the patients. This master's degree thesis project analyses the healthcare system participants' attitudes towards the likely effects and possible issues caused by the implementation of a mandatory e-healthcare system. Research object: the implementation of a mandatory e-healthcare system. Research subject: the implementation of a mandatory e-healthcare system for the participants of the healthcare system. Research purpose: to identify the challenges and issues the implementation of a mandatory e-healthcare system will cause to the participants of the healthcare system. Research objectives are as follows: 1) Analyse the theoretical aspects of the e-healthcare system in the context of healthcare policy; 2) Examine the significance of the healthcare system information and communication technologies to the e-healthcare system; 3) Identify the development and issues of the e-healthcare system in Lithuania; 4) Examine the attitudes of experts and patients regarding the likely effects and possible issues the implementation of the mandatory e-healthcare system might cause to the participants of the healthcare system. To find out the opinions and attitudes of the participants of the healthcare system, a qualitative study (a semi-structured interview) and a quantitative study (survey) were conducted. Research findings showed that after the implementation of a mandatory e-healthcare system, a strong positive effect may be felt by the healthcare system participants: the management, the physicians and the patients. It was ascertained that

the e-healthcare system will help management to decrease expenditures (e.g. on photocopying, printing, stationery etc.) and will simplify the nature of the work itself. The e-healthcare system should allow physicians to quickly and accurately acquire necessary information about patients and exchange data regarding their health between healthcare establishments. For patients, an implemented e-healthcare system might make it easier to ensure the possibility to book appointments in advance over the internet, which in turn would save time for patients, and it would make it possible for them to view their entire treatment history online (medicines prescribed, treatment process, referrals). Research findings also revealed that possible issues the physicians might run into after the implementation of the mandatory e-healthcare system in all healthcare establishments are the lack of computer literacy and malfunctions in the e-healthcare system. Main issues for the patients are an insufficient distribution of information, lack of computer literacy and the need to receive a paper copy of their prescription. Therefore, the analysed healthcare participants will run into new challenges due to the implementation of the mandatory e-healthcare system. The master project includes an introduction, three main body parts, conclusions, recommendations, bibliography and annexes. The first part uses a theoretical basis to analyse works by Lithuanian and foreign authors pertaining to the concept of e-healthcare system, its elements and components and its effects, as well as the specificity of healthcare policy, and provides an analysis of legislation regulating the e-healthcare system. The second part of the project describes research methodology. The third part includes an analysis of the healthcare system participants' attitudes on the implementation of the mandatory e-healthcare system, conducted using the methods of a semi-structured interview and a survey. The project includes 22 tables, 14 illustrations, 2 annexes. 50 sources of scientific literature were used as well as 3 pieces of legislation and sources of data.

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	7
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	8
PRIEDŲ SĄRAŠAS	9
ĮVADAS.....	10
1. ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS KONCEPTUALIZACIJA	13
1.1. Sveikatos politikos ir sveikatos priežiūros sampratos	13
1.2. Informacinės ir komunikacinės sveikatos priežiūros sistemos technologijos	22
1.3. Elektroninės sveikatos samprata ir sistema	27
1.4. Elektroninės sveikatos sistemos raida Lietuvoje	34
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS DALYVIŲ POŽIŪRIŲ Į PRIVALOMOS ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS DIEGIMĄ TYRIMO METODOLOGIJA	38
2.1. Tyrimo metodikos pagrindimas.....	38
2.2. Tiriamųjų charakteristikos analizė.....	42
3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS DALYVIŲ POŽIŪRIŲ Į PRIVALOMOS ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS DIEGIMĄ TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ	46
3.1. Elektroninės sveikatos sistemos kūrimo aspektai.....	46
3.2. Elektroninės sveikatos sistemos vertinimas	53
3.3. Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimo problemos.....	58
3.4. Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimo poveikis	62
3.5. Tyrimo rezultatų apibendrinimas.....	70
IŠVADOS.....	74
REKOMENDACIJOS.....	76
LITERATŪRA.....	77
ŠALTINIAI	83
PRIEDAI.....	84

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumai.....	18
2 lentelė. Svarbiausi IT taikymo sprendimų valdant sveikatos priežiūros įstaigas privalumai ir trūkumai	25
3 lentelė. Elektroninės sveikatos sampratų įvairovė	28
4 lentelė. Elektroninės sveikatos poveikis.....	33
5 lentelė. Elektroninės sveikatos sistemos teisinė bazė.....	37
6 lentelė. Empirinio tyrimo metodas	40
7 lentelė. Empirinio tyrimo temos, kriterijai ir tikslas	41
8 lentelė. Tyrimo dalyvių charakteristikos	43
9 lentelė. Informantų demografinė charakteristika	44
10 lentelė. Ekspertų požiūriai į elektroninės sveikatos sistemos sampratą	46
11 lentelė. Ekspertų požiūriai į gerosios praktikos pavyzdį.....	48
12 lentelė. Ekspertų požiūriai į e. sveikatos sistemos kūrimo trūkumus.....	50
13 lentelė. Ekspertų požiūriai į priežastis, lemiančias menką e. sveikatos sistemos naudojimą gydymo įstaigose.....	52
14 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą visose gydymo įstaigose ...	53
15 lentelė. Ekspertų požiūriai į e. sveikatos sistemą įsidiegusias įstaigas	55
16 lentelė. Ekspertų rekomendacijos, siekiant užtikrinti sėkmingą e. sveikatos sistemos funkcionavimą	56
17 lentelė. Ekspertų požiūriai į regionų problemas, siekiant įsidiegti privalomą e. sveikatos sistemą..	58
18 lentelė. Ekspertų požiūriai į problemas, kilsiančias gydytojams ir pacientams po privalomo e. sveikatos sistemos diegimo	59
19 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį sveikatos priežiūros sistemos dalyviams.....	63
20 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo numatomą poveikį sveikatos priežiūros sistemai.....	67
21 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį medicininių paslaugų kokybei.....	69
22 lentelė. Ekspertų ir pacientų požiūrių palyginimas į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir galimas problemas	72

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Šiuolaikinės sveikatos politikos pasiūlos ir paklausos problematika ir e. sveikatos vieta joje ...	16
2 pav. Sveikatos priežiūros modeliai.....	18
3 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis.....	21
4 pav. Elektroninės sveikatos komponentai	30
5 pav. Elektroninės sveikatos elementai	31
6 pav. Elektroninės sveikatos vystymosi modelis.....	32
7 pav. Elektroninės sveikatos sistemos kūrimo etapai	36
8 pav. Tyrimo dizainas	40
9 pav. Pacientų nuomonė apie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos priimtą įsakymą dėl privalomos e. sveikatos sistemos diegimo	55
10 pav. Pacientų požiūriai į galimas problemas, su kuriomis susidurs gydytojai po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo (proc.)	61
11 pav. Pacientų požiūriai į galimas problemas, su kuriomis susidurs pacientai po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo (proc.)	62
12 pav. Pacientų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį administracijai	64
13 pav. Pacientų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį gydytojams (proc.)	65
14 pav. Pacientų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį pacientams (proc.)	66

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 PRIEDAS Pusiau struktūruoto interviu klausimyno gairės	84
2 PRIEDAS Pacientų apklausa	86

IVADAS

Temos aktualumas. Šiuolaikinėje visuomenėje sveikata yra laikoma didžiausia vertybe, kuri daro įtaką žmogaus gyvenimo kokybei. Globalizacijos procesai, klimato kaita, sparti mokslo technologijų plėtra, stiprėjanti Europos valstybių integracija, demografinis gyventojų senėjimas – tai vieni iš pagrindinių XXI a. amžiaus iššūkių sveikatos sektoriui, kurių nevaldomas poveikis ypatingai neigiamai veikia žmonių sveikatos būklę. Šiuo atveju reikšmingas vaidmuo atitenka sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, kurios yra priverstos reaguoti į kintančią aplinką, siekiant užtikrinti visapusišką ir kokybišką paslaugų teikimą pacientams. Pagrindinis būdas, padedantis tai įgyvendinti, yra nuolat tobulėjančių informacinių technologijų spartus įsigalėjimas medicinoje, kurių kūrimas ir diegimas sveikatos sektoriuje paskatino elektroninės sveikatos sistemos arba tiesiog e. sveikatos atsiradimą.

E. sveikatos sistemos diegimas Lietuvoje vykdytas keliais etapais. Pirmasis bandymas įdiegti šią naują buvo atliekamas 2005 m., antrasis – 2007 m., tačiau abiem atvejais sistema faktiškai neveikė. Įvertinus pagrindinius trikdžius 2011 m. buvo numatyta sukurti e. sveikatos mechanizmą iš naujo, nurodant konkrečias priemones, galimai padėsiančias užtikrinti tinkamą sistemos funkcionavimą, pvz., paskirti konkretų asmenį, atsakingą už sistemos valdymą ar jos tvarkymą. Nors 2015 m. e. sveikatos sistemos kūrimas buvo baigtas, tačiau atsirado prieštarų nuomonių dėl sistemos kokybės, saugumo užtikrinimo bei pasyvaus jos naudojimo (Valstybės kontrolė, 2017, p. 5).

Šiandien e. sveikatos sistema naudojasi apie 390 gydymo įstaigų iš 600. 2016 m. buvo išrašyta daugiau nei 156 tūkst. elektroninių receptų, kai 2017 m. receptų išrašymas išaugo beveik 18 kartų t. y. siekė daugiau nei 2,7 mln. (2794522) (E. sveikatos portalas, 2017). Todėl e. sveikatos pagrindinis siekis užtikrinti, jog naudojantis naujausiomis informacinių ir ryšių technologijų priemonėmis pacientams laiku būtų suteikiamos geros kokybės sveikatos paslaugos bei sudaroma galimybė sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms institucijoms užtikrinti tarpusavio bendradarbiavimą ir saugų keitimąsi informacija elektroninėmis priemonėmis.

E. sveikatos sistema medicininės paslaugas teikiančiose įstaigose palengvintų specialistų darbą ir suteiktų platesnes galimybes pacientams. Ši sistema sudarytų šansą gydytojams dalintis pacientų ligos istorijomis bei pildyti įvairias medicinines pažymas – nuo vaiko gimimo ar vairuotojų iki medicininių mirties liudijimų ir kt. Taip pat kitas didžiulis e. sveikatos sistemos privalumas yra tai, jog į šią sistemą specialistai teiktų pacientų sveikatos duomenis – tyrimų rezultatus, diagnozes, receptus, siuntimus, rentgeno nuotraukas bei būtų sudaroma galimybė išrašyti elektroninius receptus. Be to, e. sveikatos sistema atvertų ir naujas galimybes pacientams, kuriems būtų suteikta galimybė stebėti visą savo ligos istoriją – diagnozes, gydymo eigą, išduotus siuntimus ir pažymas, paskirtus vaistus ir pan. Taigi, privalomos e. sveikatos sistemos diegimas sveikatos priežiūros įstaigose palengvintų specialistų darbą

bei pacientams užtikrintų greitesnį, patogesnį, kokybiškesnį paslaugų suteikimą. Siekiant tai įgyvendinti šalyje, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija priėmė įsakymą, kad nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. visos sveikatos priežiūros įstaigos šalyje privalės prisijungti prie e. sveikatos sistemos (2017 m. liepos 12 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-858). Tokia e. sveikatos sistemos diegimo būtinybė taps nauju iššūkiu dar e. sveikatos sistemos neįsdiegusioms sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms ir pagrindiniams sveikatos priežiūros sistemos dalyviams – administracijai, gydytojams ir pacientams, kas sąlygos naujų problemų atsiradimą, kaip netinkamas pasiruošimas, žemas specialistų ir pacientų kompiuterinis raštingumas, mažas visuomenės informuotumas ar priešiškus ir pan.

Temos naujumas. E. sveikatos samprata, elementai, poveikis ir kiti su e. sveikata susiję aspektai yra nagrinėjami įvairių Lietuvos ir užsienio autorių. E. sveikatos sampratos aspektus tyrė Stašys (2009), Štaras, Kairys, Gasperas, Gasperė (2012), Rawabdeh (2007) bei Gaddi, Capello, Manca (2014); informacinių technologijų pritaikymą medicinoje nagrinėjo Griškevičius, Kizlaitis (2012); e. sveikatos komponentus analizavo Richardson, Schug, Bywater, Williams (2004); e. sveikatos elementus pateikė Pitrenaitė – Žilėnienė, Mikulskienė (2014); sveikatos politikos sampratą ir principus atskleidė Jankauskienė, Pečiūra (2007) ir Gilson (2012); sveikatos priežiūros modelius tyrė Kajuna (2014). Taigi išanalizavus įvairių mokslinę literatūrą pastebima tai, jog didžiausias dėmesys skiriamas teoriniams e. sveikatos aspektams, tačiau aptinkama per mažai tyrimų, skirtų e. sveikatos sistemos naudojimo poveikio vertinimui. Todėl atliktas tiriamasis darbas siekiant identifikuoti privalomas e. sveikatos sistemos diegimo nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. tikėtiną poveikį vieniems iš pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos dalyvių – administracijai, gydytojams ir pacientams bei nustatyti galimas problemas, su kuriomis susidurs minėtieji dalyviai po būtinojo e. sveikatos sistemos įdiegimo.

Tyrimo problema – su kokiais galimais iššūkiais susidurs sveikatos priežiūros sistemos dalyviai privalomos e. sveikatos sistemos diegimo laikotarpiu?

Tyrimo objektas – privalomos e. sveikatos sistemos diegimas.

Tyrimo dalykas – privalomos e. sveikatos sistemos diegimas sveikatos priežiūros sistemos dalyviams.

Projekto tikslas – identifikuoti privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir problemas sveikatos priežiūros sistemos dalyviams.

Projekto uždaviniai:

1. Išanalizuoti e. sveikatos sistemos teorinius aspektus sveikatos politikos kontekste.
2. Išnagrinėti informacinių ir komunikacinių sveikatos priežiūros sistemos technologijų reikšmę e. sveikatos sistemai.
3. Identifikuoti e. sveikatos sistemos raidą ir problemas Lietuvoje.

4. Ištirti ekspertų ir pacientų požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir galimas problemas sveikatos priežiūros sistemos dalyviams.

Tyrimo metodai: Rengiant baigiamąjį magistro projektą naudoti šie metodai: *mokslinės literatūros analizė, teisinių dokumentų analizė, pusiau struktūruotas interviu, apklausa raštu, apklausa elektroniniu paštu, kokybinė turinio analizė, statistinė duomenų analizė*. Taikant *mokslinės literatūros analizės metodą* atskleista e. sveikatos sistemos samprata, elementai, komponentai ir kiti su e. sveikata susiję aspektai. Pasitelkus *teisinių dokumentų analizę* ištirtas teisinis e. sveikatos sistemos reglamentavimas ir raida Lietuvoje. Pasitelkus *pusiau struktūruotą interviu, apklausas raštu ir elektroniniu paštu* išanalizuotas privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtinas poveikis ir galimos problemos sveikatos priežiūros sistemos dalyviams. *Kokybinės turinio analizės metodas* taikytas interviu duomenų analizei atlikti. Surinktų duomenų analizei pritaikyti aprašomosios *statistikos metodai*.

Projekto struktūra. Projektą sudaro įvadas, trys dėstymo dalys, išvados, rekomendacijos, literatūra ir priedai. Pirmojoje dalyje teoriniu pagrindu išanalizuoti Lietuvos ir užsienio autorių darbai, apimantys e. sveikatos sistemos sampratą, elementus ir komponentus, poveikį, sveikatos politikos specifiškumą bei pateikiama teisės aktų, reglamentuojančių e. sveikatos sistemą analizė. Antroje projekto dalyje aprašoma tyrimo metodologija. Trečioje dalyje pusiau struktūruoto interviu ir apklausos metodų pagrindu atlikta privalomos e. sveikatos sistemos diegimo sveikatos priežiūros sistemos dalyviams požiūrių analizė.

Projekto apimtis. 88 puslapiai, 22 lentelių, 14 paveikslų, 2 priedai. Panaudoti 50 mokslinės literatūros šaltiniai ir 3 teisės aktai ir duomenų šaltiniai.

1. ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS KONCEPTUALIZACIJA

Šiame magistro baigiamojo projekto skyriuje analizuojamos moksliniuose šaltiniuose pateiktos sveikatos politikos sąvokos, aptariami pagrindiniai sveikatos politikos principai, atskleidžiamas sveikatos priežiūros sistemos konceptualumas. Taip pat nagrinėjamos e. sveikatos sampratos, identifikuojami e. sveikatos komponentai, elementai, poveikis, pateikiamas e. sveikatos vystymosi modelis bei atskleidžiama informacinių ir komunikacinių technologijų reikšmė e. sveikatai.

1.1. Sveikatos politikos ir sveikatos priežiūros sampratos

Šiuolaikinėje visuomenėje veiksmingas sveikatos politikos įgyvendinimas yra vienas iš reikšmingiausių aspektų, padedančių užtikrinti tinkamą gyventojų sveikatos būklę. Šiandieniniame pasaulyje sveikata yra vertinama kaip viena didžiausių vertybių, kuri lemia kiekvieno žmogaus gyvenimo kokybę. Europos Bendrijų Komisija (2007) akcentuoja, jog sveikata žmogaus gyvenime užima svarbiausią vietą bei pabrėžia efektyvios politikos ir veiksmų rėmimą (p. 2). Pasaulinė sveikatos organizacija (2009) sveikatą apibrėžia per tris komponentus – psichinę, fizinę ir socialinę gerovę (p. 4). Taigi pažymėtina tai, jog sėkmingos sveikatos politikos įgyvendinimas užtikrina ilgesnį ir sveikesnį individų gyvenimą.

Individo sveikatos būklę veikia daugelis veiksnių. Kaip vieni iš dažniausių mokslininkų įvardijamų yra žmogaus gyvenimo būdas, kurį lemia ne tik biologiniai, socialiniai ar kultūriniai veiksniai, bet ir pati socialinė aplinka. Daugiau nei du kartus mažesnę įtaką turinčiais veiksniais įvardijami paveldimumas ir aplinka, apimanti užterštą orą, maisto produktus, menkas pajamas, prastas šeimos gyvenimo sąlygas ir kt. Mažiausias poveikis sveikatai išvelgiamas medicinoje, kadangi didžiausias dėmesys skiriamas ligų profilaktikai ir sveikatos stiprinimui (Proškuvienė, 2004, p. 19). Be minėtųjų veiksnių, sveikatai poveikį daro ir kiti aspektai, kurie veikia gyvenimo kokybę. Akcentuojama (Braveman, Egerter, Williams, 2011), kad medicininė priežiūra viena gerinti sveikatos ar jos veikti negali, kadangi tai priklauso ir nuo kitų veiksnių. Prie minėtųjų veiksnių autoriai priskiria gyvenseną ir darbinę būklę namuose ir bendruomenėse. Pragyvenimas ir darbo sąlygos gali daryti įtaką sveikatai tiek tiesiogiai (per toksines medžiagas ar stresą), tiek netiesiogiai (priimant sprendimus susijusius su sveikata). Be to, akcentuojama, jog be minėtųjų veiksnių žymiai didesnę reikšmę sveikatai turi ekonominės ir socialinės galimybės bei ištekliai, kurie veikia asmenų galimybes užtikrinti sveiką gyvenimą, darbo sąlygas ir sveikus pasirinkimus (p. 383). Taigi išanalizuoti veiksniai atskleidžia, jog individų sveikatos būklė priklauso nuo mus supančios kasdieninės aplinkos poveikio, kurią veikia gyvenimo būdas, darbas, pragyvenimo sąlygos bei kiti ekonominiai ir socialiniai aspektai.

Siekiant prisidėti prie visuomenės sveikatos gerinimo ypatingai svarbus vaidmuo atitenka sveikatos politikai. Jakušovaitė ir Darulis (2004) pabrėžia, jog sveikatos politikos pagrindas yra

visuomenės sveikatos vertybės ir principai. Taip pat akcentuojama, jog institucinės ir teisinės sveikatos priežiūros valdymo struktūros pagalba galima įgyvendinti medicinos ir sveikatos priežiūros tikslus (p. 830). Sveikatos politikos sampratos įvairovė mokslinėje literatūroje yra plati. Vieną iš sąvokos apibrėžčių pateikia Pasaulinė sveikatos organizacija sveikatos politiką apibūdindama, kaip sveikatos ir su ją susijusių veiklų tvarkymo teoriją bei praktiką ir pripažįstanti, jog sveikata yra socialinė bei ekonominė vertybė (cit. iš Jankauskienė ir Pečiūra, 2007, p. 11). Kitą sveikatos politikos apibrėžimą pateikia Buse, Mays ir Walt'as (2005) sveikatos politiką apibūdindami, kaip oficialius raštiškus dokumentus, taisyklių gaires dabartinių politinių sprendimų apie tai, kokie veiksmai yra laikomi įteisintais ir būtinais stiprinant sveikatos sistemą ir gerinant sveikatą. Šie formalūs dokumentai yra įgyvendinami per sprendimus priimančius politikos veikėjus (vidurinėsios grandies atstovus, sveikatos specialistų pacientus ir piliečius) praktiškai kiekvieną dieną (vadovavimas, paslaugų teikimas, sąveika su kitais) (cit. Gilson, 2012, p. 28). Taigi, išanalizuotos sveikatos politikos sampratos atskleidžia, jog pagrindiniai politikos tikslai yra nukreipti į sveikatos, kaip vienos svarbiausių žmogaus vertybių, gerinimą.

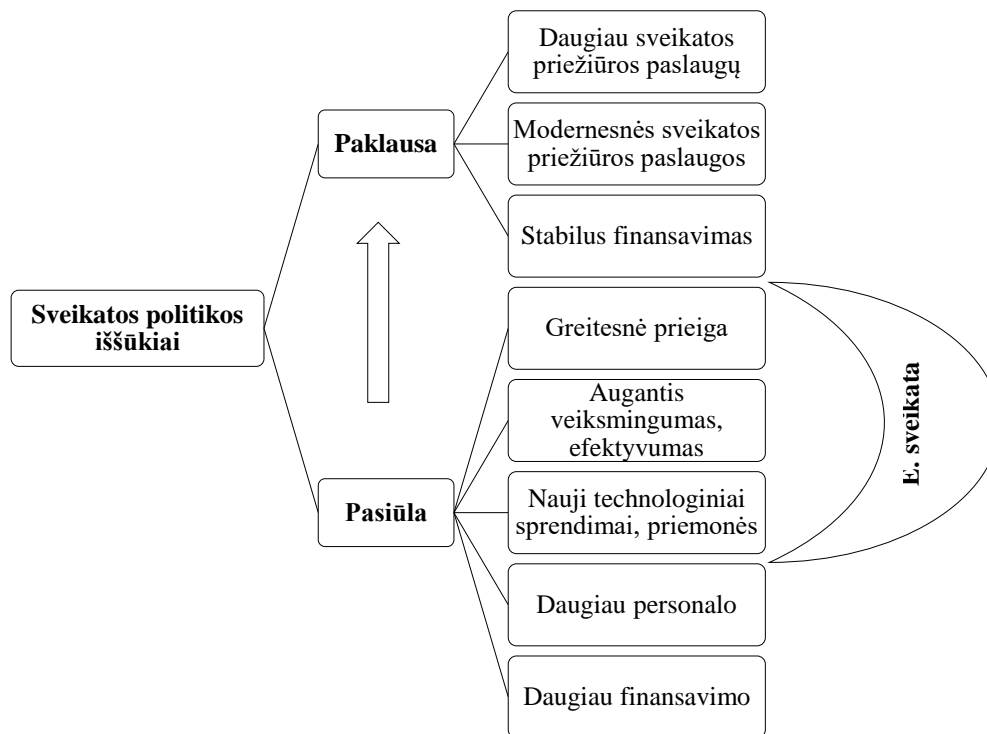
Sveikatos politikos įgyvendinimas yra sudėtingas procesas reikalaujantis nuolatinio sprendimų priėmimo įvairiais klausimais (sveikatos apsaugos lėšų paskirstymui ligų prevencijai ir gydymui, stacionariam ir ambulatoriniam gydymui ir pan.), todėl šiuo atveju yra labai svarbu išmanyti ir vadovautis sveikatos politikos principais. Pasaulinė sveikatos organizacija pateikia dešimt sveikatos politikos principų:

- *Teisumas* – pagrindinis sveikatos politikos principas, sudarantis lygias galimybes paskirstant sveikatos priežiūros išteklius, panaikinant kliūtis bei skirtumus sudaryti galimybes kiekvienam asmeniui siekti aukščiausio sveikatos būklės užtikrinimo.
- *Prieinamumas* – principas reiškiantis, jog sveikatos paslaugos turi būti pasiekiamos visiems asmenims t. y. atstumo, finansų, paslaugų apimtys ir kokybės aspektais.
- *Priimtinumumas* – reiškia, jog sveikatos priežiūros paslaugos visiems asmenims turi būti teikiamos tinkama forma t. y. atsižvelgiant į amžių, išsilavinimą ir kitus aspektus.
- *Tinkamumas* – principas nusakantis gydymo paslaugų, aptarnavimo kokybės ir efektyvumo užtikrinimą pagal tvarką, kurią nustato valstybė.
- *Solidarumas* – apima sveikatos draudimo įmokų rinkimą, kurios yra renkamos solidžiai teisingai.
- *Lygybė* – akcentuojama, jog nepaisant rasės, tautybės, amžiaus, lyties ir kt. sveikatos paslaugos privalo būti prieinamos visiems individams lygiai.
- *Visapusiškumas* – reiškia, jog sveikatos paslaugos turi būti pasiekiamos visapusiai visiems asmenims.

- *Laisvas pasirinkimas* – reiškia, jog kiekvienas asmuo turi teisę pasirinkti gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą ir pan.
- *Tęstinumas* – reguliuojama gydymo paslaugas teikiančių specialistų ir įstaigų veikla.
- *Saugumas* – sveikatos sektoriuje dirbančių darbuotojų, pacientų saugios aplinkos užtikrinimas įdiegiant įvairias sistemas – stebėsenos, prevencijos ir pan. (cit. iš Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 18 – 19).

Taigi, šie principai nusako pareigas bei ribas, kurių privalo laikytis kiekvienas kuriantis nacionalinę sveikatos politiką. Taip pat svarbu akcentuoti tai, jog visi sveikatos politikos principai yra reikšmingi, kadangi jie padeda užtikrinti ne tik lygias galimybes visiems asmenims gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, bet taip pat pabrėžiama sveikatos paslaugų prieinamumo, teikimo, aptarnavimo, galimybės laisvais rinktis bei universalus prieinamumo svarba.

Šiandien sveikatos politika susiduria su daugeliu iššūkių (ilgėjanti vidutinė gyvenimo trukmė, išliekanti nemaža socialinė atskirtis, blogėjanti aplinkos kokybė dėl klimato kaitos, užterštumo, didėjantis vartotojiškas požiūris, plintančios naujos mokslo ir medicinos inovacijos), kurie lemia vis labiau augančius pacientų lūkesčius, su kuriais susiduria sveikatos sektorius. Taip pat išryškėja svarbi ir sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema, žinių plėtra, mokymai ir augančio finansavimo poreikis. Sveikatos politikos iššūkiai yra analizuojami per paklausos ir pasiūlos aspektus, kuomet e. sveikata gali neutralizuoti pakankamai problemišką sveikatos priežiūros paklausos ir pasiūlos santykį. Pasiūlą apima sveikatos priežiūros institucijas, jų vidines struktūras, vidinius ir išorinius valdymo procesus bei sveikatos priežiūros sistemas, o paklausa – pacientų, sveikatos paslaugas, teikiančių specialistų ir paslaugų teikėjų, administracijos ir valdžios atstovų reikalavimus, lūkesčius ir poreikius, kuriuos keičia e. sveikatos sistema (žr. 1 pav.). Šiuo atveju e. sveikata ir jos priemonėmis besinaudojantys sveikatos priežiūros specialistai siekia pagerinti kokybę, veiksmingumą, efektyvumą ir ekonomiškumą. Taip pat e. sveikatos sistema suteikia platesnes galimybes patenkinti augančią paklausą su mažiau resursų bei išteklių padaryti daugiau. Be to, veiksmingai taikoma e. sveikatos sistema įgalina pacientus, nes užtikrinamas didesnis skaidrumas, kokybiškesnė prieiga prie paslaugų ir informacijos (Jankauskienė, Mikulskienė, Pitrėnaitė – Žilėnienė, Skaržauskienė, Štītīlis, Rotomskienė, Štaras, Mačiulienė, Pukinaitė, Stokaitė, Tamošiūnaitė, 2015, p. 197). Todėl galima teigti, kad e. sveikatos sistema – tai pažangiausias sprendimas sveikatos paslaugų pasiūlai ir paklausai valdyti.



1 pav. Šiuolaikinės sveikatos politikos pasiūlos ir paklausos problematika ir e. sveikatos vieta joje
 (Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Jankauskienė, Mikulskienė, Pitrėnaitė – Žilėnienė, Skaržauskienė, Šttilis, Rotomskienė, Štaras, Mačiulienė, Pukinaitė, Stokaitė, Tamošiūnaitė, 2015, p. 195)

Taip pat sėkmingą visuomenės sveikatos gerinimą grėsmingai veikia dar keletas iššūkių sveikatos sistemai. Vienas iš pagrindinių yra demografiniai pokyčiai ir gyventojų senėjimas, dėl kurių juntamas lėtinių ligų augimo mastas bei didesnė darbo apimtis tenka sveikatos paslaugas teikiantiems specialistams. Pagrindinis būdas padedantis užtikrinti sveiką senatvę yra kovojimas su sveikatos nelygumais, kuriuos lemia daugelis veiksnių – socialiniai, ekonominiai ir aplinkos. Antru iššūkiu galima įvardinti pandemijas, fizinius ir biologinius incidentus bei bioterorizmą, kuomet vis labiau klimato pokyčiai tampa infekcinių ligų priežastimis. Paskutinis iššūkis – naujų technologijų vystymasis sveikatos sektoriuje, kurios pakeitė ligų prevenciją. Tai apima genomiką, biotechnologijas, nanotechnologijas ir pan. (Misevičienė, 2011, p. 5). Taigi, minėtieji iššūkiai dar labiau paskatina sutelkti dėmesį į veiksmingą sveikatos politikos įgyvendinimą, o tai galėtų padėti užtikrinti sveikatos politikos specialistų rengimas, kurie nestokotų žinių sveikatos politikos klausimais ir valdymo srityje.

Kitas svarbus aspektas analizuojant sveikatos politiką yra tinkamas sveikatos politikos formavimas, kuris priklauso ne tik nuo šalies politinės sistemos, bet ir nuo politikos formavimo proceso dalyvių, kurie daro didelę įtaką sprendimų priėmimo. Tokiu atveju siekiant išspręsti sveikatos sistemos problemas svarbu užtikrinti, jog dalyviai dirbtų efektyviai. Vienas iš pagrindinių būdų tai įgyvendinti yra informacijos suteikimas apie galimybę rasti ir naudoti mokslinių tyrimų įrodymus, siekiant išspręsti minėtąją problemą. Todėl atsiranda tam tikrų įrankių poreikis, kurių pagalba siekiama nustatyti prioritetus bei juos įvertinti pagal mokslinių tyrimų įrodymus, kurie yra svarbūs priimant sprendimus. Mokslininkai išskiria keturias įrankių grupes, neatsiejamas nuo sveikatos politikos

formavimo. Pirmoji grupė pasižymi tuo, jog sudaroma įrodymais grįsta sveikatos politika. Antroje grupėje identifikuojami mokslinių tyrimų įrodymų poreikiai. Pagrindinis dėmesys skiriamas politikos formavimo procesų etapams: problemos išaiškinimo ir sprendimo alternatyvų formavimui bei jų įgyvendinimo planavimui. Trečiojoje įrankių grupėje vertinami įrodymai, apimantys pagrindinius politikos formavimo etapus bei paskutinioji grupė pasižymi perėjimu nuo mokslinių tyrimų įrodymų prie dalyvių sprendimų (Dudutienė, 2015, p. 10).

Šiuolaikinėje visuomenėje viena iš pagrindinių sveikatos politikos siekiamybių gali būti įvardijama kaip siekis visiems visuomenės nariams užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų gavimą. Sveikatos priežiūros paslaugas sudaro platus paslaugų rinkinys. Prie šių paslaugų priskiriama sveikatinamo ir ligų prevencijos paslaugos, ligų diagnostika ir gydymas, lėtinių ligonių ilgalaikė priežiūra, rehabilitacijos paslaugos paliatyvioji pagalba (Kudukytė – Gasperė, Jankauskienė, 2014, p. 119). Taigi, kitaip tariant, tai apima svarbiausias visuomenės sveikatos intervencijas ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Sveikatos priežiūros sistema yra apibrėžiama kaip organizuotas sveikatos priežiūros paslaugų planas. Šis terminas dažniausiai vartojamas siekiant įvardyti sistemą ar programą, kurios pagalba sveikatos priežiūra yra prieinama gyventojams ir kurią finansuoja vyriausybė, privati įmonė arba abi. Bendresne prasme, sveikatos priežiūros sistemą sudaro šie elementai: asmens sveikatos priežiūros paslaugos pavieniams asmenims ir šeimoms, kurios teikiamos ligoninėse, klinikose, bendruomenės centruose ir panašaus pobūdžio įstaigose, privačiuose gydytojų kabinetuose ir pacientų/klientų namuose; visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos privalo užtikrinti sveikatai nekenksmingą aplinką, t. y. vandens ir maisto tiekimo užtikrinimą, vaistų tiekimą ir saugumo palaikymą siekiant apsaugoti gyventojus; švietimo ir mokslinė veikla, susijusi su ligų prevencija, diagnostika ir gydymu; trečiosios šalys (sveikatos draudimas), padengiančios sveikatos priežiūros sistemos paslaugas (The Free Dictionary, 2003 – 2017). Sveikatos priežiūra apima platų paslaugų spektrą: nuo aukščiausios kokybės, didžiausio atidumo ligoniui ir sudėtingiausių sveikatos sutrikimų gydymo iki atsisakymo gydyti smarkiai sergančius ligonius vien dėl negalėjimo mokėti už gydymo paslaugas, nuo kruopščiai parengtų sveikatos sutrikimų prevencijos ir profilaktikos protokolų iki netinkamų ir neapdairių aukštos rizikos chirurginių procedūrų, atliekamų pacientams be jų informuoto sutikimo (Bodenheimer, Grumbach, 2009, p. 2). Taigi, į sveikatos priežiūros sistemos sampratą įeina paslaugų teikimas įvairiose įstaigose, sveikatai nekenksmingos aplinkos užtikrinimas, švietimas bei sveikatos draudimas.

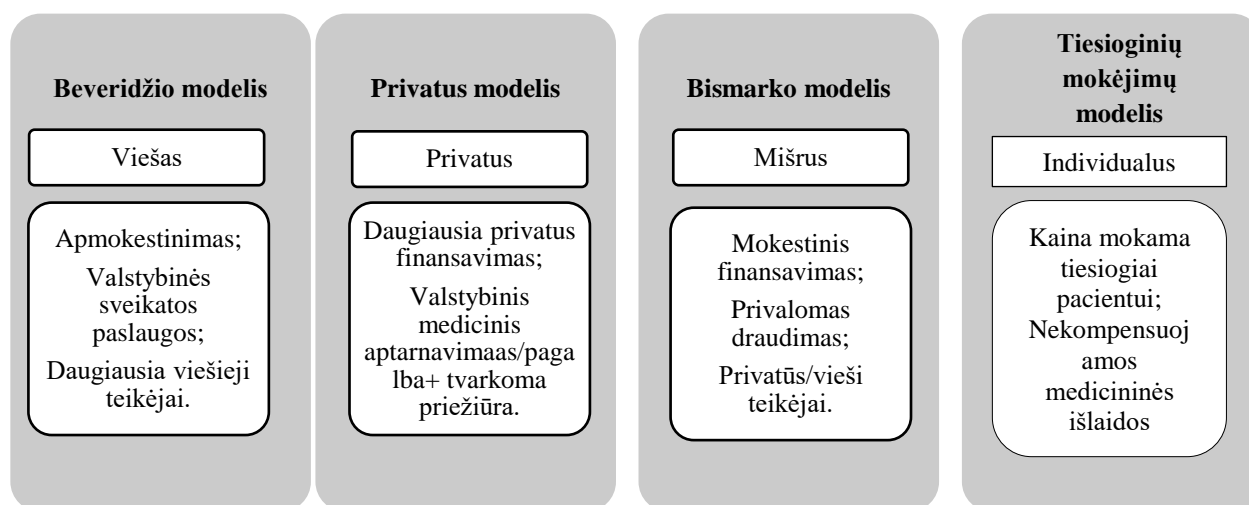
Šiandieninėje sveikatos politikoje ir vadyboje integruotas sveikatos priežiūros pagrindinis principas yra paslaugų suteikimas reikiamoje vietoje ir reikiamu laiku. Tokiu atveju išryškunami skirtumai tarp tradicinių ir į žmogaus poreikius orientuotų sveikatos priežiūros principų. Vienas iš esminių minėtųjų principų skirtumų yra tas, jog žmonėms skirtose sveikatos priežiūros sistemose orientuojamasi į sveikatos priežiūros poreikius, o ne į ligas ir jų gydymą, kas priskiriama tradiciniams

sveikatos priežiūros principams. Taip pat aptariamųjų principų skirtumai atsiskleidžia per komunikaciją. Tradiciniai principai pagrįsti bendradarbiavimo stoka tarp paslaugų teikėjų ir sveikatos paslaugas teikiančių specialistų, priešingai nei į žmogaus poreikius orientuoti principai, kurie grįsti santykių tvirtumu. Į žmonių poreikius nukreipti principai apima į žmogų orientuotą sveikatos priežiūrą bei skatina bendruomenės atsakomybę už sveikatą (žr. 1 lent.) (Kudukytė – Gasperė, Jankauskienė, 2014, p. 121). Taigi, tradiciniai ir į žmogaus poreikius orientuotos sveikatos priežiūros principų skirtumai atskleidžia, jog besikeičiančios sveikatos politikos ir vadybos kontekste orientuojamasi į žmonių poreikius, bendruomenės lūkesčius bei skatinama atsakomybė už sveikatą.

1 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo skirtumai
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Kudukytė – Gasperė, Jankauskienė, 2014, p. 121)

Tradicinės sveikatos priežiūros principai	Į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros principai
Orientavimasis į ligas ir jų gydymą.	Dėmesys ir orientavimasis į sveikatos ir jos priežiūros poreikius.
Bendradarbiavimo nebuvimas – komunikacijos ir ryšių tarp skirtingų paslaugų teikėjų ir sveikatos priežiūros specialistų nebuvimas.	Tvirti asmeniniai santykiai tarp paslaugų teikėjų bei tarp paslaugų teikėjų ir paslaugų gavėjų.
Epizodinis gydymas ir priežiūra.	Visapusiška, tęstinė ir į žmogaus poreikius orientuota sveikatos priežiūra.
Ribota atsakomybė efektyviai ir saugiai konsultuoti pacientą.	Visos bendruomenės atsakomybė už sveikatą ir jai įtaką darančius bei ligas sukeliančius veiksniai
Paslaugos naudotojas yra paslaugos pirkėjas.	Pacientai yra paslaugų teikėjų partneriai. Jų poreikiai ir motyvacija yra integruojami į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą

Sveikatos priežiūra yra neatsiejama nuo Europoje susiformavusių teorinių sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modelių. Laimere, Joffe ir Wiedeman (1999) išskiria keturis pagrindinius modelius: Beveridžo, privatų, Bismarko ir tiesioginių mokėjimų modelius. Šių modelių pagrindinius aspektus savo darbe atskleidžia Kajuna (2014) (žr. 2 pav.):



2 pav. Sveikatos priežiūros modeliai
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Laimere, Joffe ir Wiedeman, 1999 p. 3)

Beveridžo modelis. Šį modelį sukūrė Nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos pradininkas lordas Viljamas Beveridžas. Beveridžo modelis taip pat yra žinomas kaip viešasis modelis paprasčiausiai todėl, kad yra finansuojamas vyriausybės per mokesčių sistemą ir teikia sveikatos priežiūros paslaugas visiems piliečiams. Tai socializuotos medicinos modelis. Administracinių kaštų prasme tai yra pigiausias modelis, teikiantis pilno spektro paslaugas, pasiekiančias tiek skurstančiuosius, tiek turtinguosius. Dėl sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų, t. y. ligoninių ir poliklinikų specialistų, Nacionalinė sveikatos priežiūros tarnyba šį modelį apibūdina kaip nuolat konkuruojantį su kitais išlaidų prioritetais.

Privatusis modelis. Šis modelis dar žinomas kaip „privačiojo draudimo“ modelis, kuriame finansavimo sistema yra pagrįsta draudimo įmokomis, mokamomis privačioms draudimo bendrovėms, tačiau įmokos yra nustatomos remiantis reitingais, t. y. kuo didesnė individuali rizika, tuo didesnė įmoka. Tai finansavimo būdas, kuris daugiausia remiasi privačiais arba pelno draudimo planais, išskyrus socialinės globos paslaugas per „Medicare“ ir „Medicaid“. Pagal privatųjį sveikatos priežiūros modelį, privačioje rizikos grupėje savanoriškai dalyvaujantys asmenys yra apsaugoti nuo finansinių išlaidų dėl sveikatos sutrikimų, tuo tarpu neapsidraudusiesiems tenka žemesnės kokybės sveikatos priežiūros paslaugos arba apskritai jokių paslaugų. Tokią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą individualiais reitingais, yra brangu išlaikyti, be to, tokio modelio pasekmė yra nelygybė pagrįsta prieiga prie sveikatos priežiūros paslaugų. Nors apdraudžiami tik už draudimą mokėję asmenys, vis dėlto toks veiksmas yra savanoriškas.

Bismarko modelis. Šis modelis dar vadinamas Socialinio draudimo arba „mišriuojų“ modeliu, naudojančiu draudimo sistemą, bendrai finansuojamą darbdavio ir darbuotojo įmokomis nuo darbo užmokesčio. Šis modelis buvo pirmą kartą įvestas Vokietijoje daugiau nei prieš šimtmetį ir nuo to laiko įsitvirtino daugiau nei šešiasdešimt šalių, kurių dauguma pasižymi aukštais gaunamų pajamų rodikliais. Šis modelis vadinamas „mišriuojų“, todėl kad pasitelkia tiek privačiuosius, tiek viešuosius paslaugų teikėjus ir yra finansuojamas iš darbo užmokesčio įmokos, proporcingos atlyginimui, kaip ir numatytasis sveikatos priežiūros mokestis. Šie sveikatos draudimo planai nesiekia uždirbti pelno, o teikiamų paslaugų spektras yra visuotinis bei užtikrina lanksčiai valdomas išlaidas sveikatos priežiūrai.

Tiesioginių mokėjimų modelis. Tai palyginti naujas modelis, apie kurį nėra daug parašyta, tačiau jis randamas daug kur pasaulyje. Tiesioginių mokėjimų modelis naudojamas valstybėse, kurios pernelyg skursta ar neturi gerai centralizuotos sveikatos priežiūros paslaugų sistemos. Mokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas yra pagrįstas gebėjimu mokėti, taigi pinigų turintys piliečiai gali gauti sveikatos priežiūros paslaugas, tuo tarpu jų neturintys toliau serga ar net miršta. Be to, taikant šį sveikatos priežiūros paslaugų mokėjimo modelį žmonės moka už paslaugų kainą vietoje tiesiogiai, o medicinos išlaidos nėra kompensuojamos. Dar svarbiau yra tai, kad į tai įtrauktos oficialiųjų sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų įmokos, išlaidos už gydytojų apsilankymus ir vaistų receptus. Kitaip

tariant, tai išlaidos, kurios paslaugų vartotojams nustatytos už priemones ir tyrimus, kurių sveikatos priežiūros įstaigose gali ir neturėti (Kajuna, 2014, p. 12 – 16).

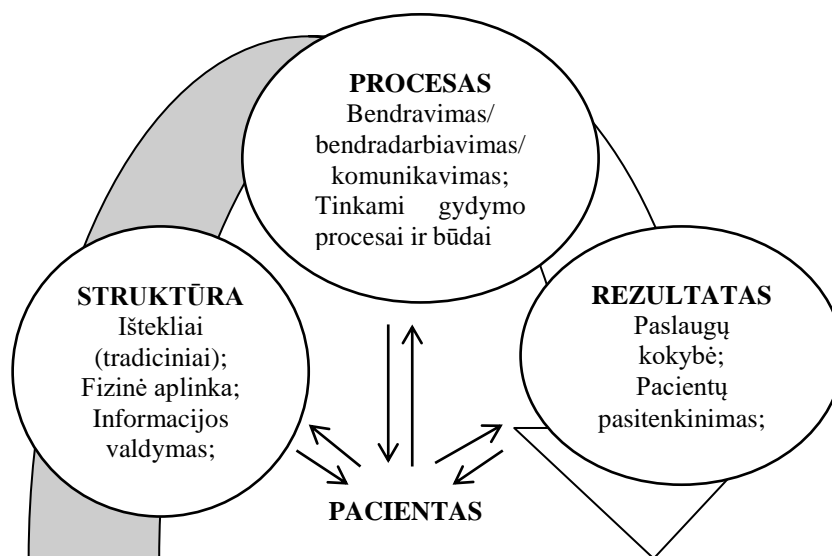
Šiandieninėje visuomenėje viena iš pagrindinių sveikatos priežiūros siekiamybių yra užtikrinti aukštos kokybės paslaugų gavimą visuomenės nariams, kadangi tai įtakoja kintanti sveikatos priežiūros sistemos aplinka. Nuolat augantys vartotojų poreikiai sveikatos paslaugų kokybei bei kintantys lūkesčiai, stiprėjanti kova tarp gydymo įstaigų ir pan. yra vienos iš pagrindinių priežasčių, reikalaujančių ieškoti naujų priemonių, kurios užtikrintų sveikatos priežiūros institucijų veiklos ir teikiamų paslaugų kokybės gerinimą ir valdymą (Kosinskienė, Ruževičius, 2011, p. 13).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata moksliniuose šaltiniuose yra traktuojama pateikiant įvairių šios sąvokos interpretacijų. Paslaugos kokybės sąvoka dažnai siejama su vartotojo lūkesčiais. Kaziliūnas (2007) pateikia paslaugų kokybės sampratą akcentuodamas, jog siekiant užtikrinti kokybišką paslaugos suteikimą visų pirma reikia atsižvelgti į vartotojo poreikius, norus ir lūkesčius (p. 18). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sąvoka atspindi pageidaujamų rezultatų pasiekimą paremta žiniomis. Pasak Janušonio, Popovienės (2004) sveikatos priežiūros kokybė yra tai, kuomet remiantis naujausiomis profesionaliomis žiniomis padidinta tikimybė pasiekti pageidautiną rezultatą. Autoriai taip pat pažymi, jog penkios posistemės sudaro sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemą: „struktūra, procesai, ištekliai, produktai (sveikatos priežiūros paslaugos), auditas“ (cit. Sriubas, 2013, p. 61). Pasaulinė sveikatos organizacija (2006) minėtąją sampratą apibrėžia per keletą kokybės rodiklių: rezultatyvumą, efektyvumą, prieinamumą, priimtinumą (orientuota į pacientą), teisingumą ir saugą (World Health Organization, 2006, p. 9 – 10). Nacionalinėje sveikatos priežiūros sistemos kokybės ataskaitoje (2011) įvardijama, jog kokybiška sveikatos priežiūra apima saugų, tinkamu laiku, nukreiptą į pacientą, veiksmingą bei teisingą paslaugų teikimą (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011, p. 1). Taigi sveikatos priežiūros paslaugų kokybė apima norimą rezultatų pasiekimą remiantis žiniomis bei pagrindinius kokybės elementus.

Mokslininkai išskiria tris pagrindinius kokybės aspektus, kurie svarbūs sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms institucijoms, siekiančioms sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas. Pirmasis kokybės aspektas apima pacientus. Paciento suvokiama kokybė yra vertinama per jo lūkesčius medicininiams paslaugoms gauti iš sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų. Pagrindinį dėmesį pacientas skiria emociniams ir psichosocialiniams sveikatos priežiūros aspektams, kurie apima dėmesį, pagarbą, konfidencialumą, privatumą, užuojautą, komunikaciją ir atvirumą. Pacientas nėra suinteresuotas organizuojama paslauga ir koordinuojama gydymo proceso eiga. Kitas aspektas yra profesionali kokybė. Ši dimensija apima sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kompetenciją ir jos atitikimą sveikatos priežiūros paslaugų standartams. Trečiasis aspektas – valdymo kokybė, kuris akcentuoja, jog sveikatos priežiūros įstaigos privalo laikytis vadovaujančių institucijų

nurodymų ir įsakymų siekiant efektyviausiai ir veiksmingiausiai panaudoti išteklius (Štaras, Vedlūga, Kalvelytė, 2013, p. 27).

Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui ir ligoninės sveikatos priežiūros kokybės valdymui naudojamas patobulintas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis. Modelyje apibrėžti trys komponentai: *struktūra*, kuri apima išteklius, fizinę aplinką ir informacijos valdymą, *procesas*, kuris apibūdinamas kaip bendravimas/bendradarbiavimas/komunikacija bei tinkami gydymo procesai ir būdai. Trečiasis komponentas *rezultatai* apima paslaugų kokybę ir pacientų pasitenkinimą. Gydymo įstaigų veikla yra nukreipta į pacientą, todėl jis yra išskiriamas atskirai (žr. 3 pav.). Remiantis aptarto modelio apibrėžtais veiksniais ir priemonėmis, ligoninės administracija ir asmenys, kurie atsakingi už kokybės valdymą, gali atlikti keletą svarbių veiksmių: ištirti ir identifikuoti, su kokiomis ligoninės veiklos problemomis galima susidurti (kokios, kur, kodėl); siekiant kuo veiksmingiau užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę, imtis tinkamiausių ir geriausių koregavimo veiksmų; sukurti efektyvią sistemą, kuri užtikrintų paslaugų teikimo prevenciją bei sistemą pacientų skundams. Visi šie veiksniai yra ypatingai svarbūs, kadangi prisideda prie teikiamų paslaugų kokybės ir tobulinimo užtikrinimo, kas atitinkamai sąlygoja paciento poreikių sėkmingesnį patenkinimą. Paciento lūkesčių patenkinimas atneša teigiamą poveikį ligoninėms, kadangi patenkintas pacientas esant būtinybei vėl grįš į gydymo įstaigą ar net ją rekomenduos kitiems asmenims. Tai ypatingai reikšminga ligoninėms, kurios dėl besikeičiančios sveikatos priežiūros sistemos aplinkos yra priverstos konkuruoti su kitomis gydymo įstaigomis dėl pacientų (Kosinskienė, Ruževičius, 2010, p. 6 – 7). Taigi, sveikatos priežiūros kokybės gerinimą gali užtikrinti atliekami vidiniai paslaugų kokybės tyrimai ir jų rezultatų pagrindu vykdomi tam tikri reguliavimo veiksmai.



3 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Kosinskienė, Ruževičius, 2010, p. 6 – 7)

Taigi apibendrinat sveikatos politikos ir sveikatos priežiūros konceptualumą galima teigti, jog šiuolaikinėje visuomenėje sveikatos būklę lemia įvairūs mus supančios aplinkos veiksniai – gyvenimo būdas, darbas, oro kokybė, pajamos, maistas ir daugelis kitų. Sveikatos politikos pagrindą sudaro visuomenės vertybės ir principai, o sampratų įvairovė atskleidžia, jog sveikatos politika yra nukreipta į sveikatos gerinimo užtikrinimą. Šiandien sveikatos politika susiduria su daugeliu iššūkių – demografiniai pokyčiai, naujų ligų plitimas, bioterorizmas bei informacinių technologijų plėtra. Vienas iš pagrindinių sveikatos politikos prioritetų – užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų suteikimą pacientams. Mokslinėje literatūroje sveikatos priežiūros samprata apima paslaugų teikimą nuo ligonių iki pacientų namų, taip pat nežalingos aplinkos užtikrinimą bei švietimą. Sveikatos priežiūros principai atskleidžia, jog vis aktyviau pereinama nuo tradicinių link į žmogaus poreikius orientuotų principų. Mokslininkai išskiria keturis sveikatos priežiūros finansavimo modelius – Beveridžo, privatų, Bismarko ir tiesioginių mokėjimų modelius. Sveikatos priežiūros paslaugos yra nukreiptos į kokybės užtikrinimą pacientams, todėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata apima pacientų lūkesčių patenkinimą. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis atskleidžia, jog vienas iš būdų, padedančių užtikrinti kokybę, gali būti įgyvendinimas per paslaugų kokybės tyrimus.

1.2. Informacinės ir komunikacinės sveikatos priežiūros sistemos technologijos

E. sveikata yra neatsieja nuo informacinių ir komunikacinių technologijų, kurios iš esmės pakeitė sveikatos sektorių. Medicinoje informacinės ir komunikacinės technologijos (*toliau – IKT*) padeda vystyti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Mokslinėje literatūroje IKT yra apibrėžiamos, kaip metodai ir būdai, kurie užtikrina informacijos kūrimą, kaupimą, saugojimą ir perdavimą vartotojui (Šalkuvienė, 2007, p. 91). Niebel, Kopp ir Beerfeltz (2013) taip pat akcentuoja, jog IKT apima visą techninę įrangą, kuri konvertuoja, apdoroja, saugo ir perduoda įvairią informaciją skaitmenine forma. Autoriai pabrėžia, jog visa tai yra susiję su duomenų perdavimu per kompiuterį, radiją, televiziją ar kitas panašias technologijas (p. 6). Taigi aptartųjų technologijų samprata, apima techninę įrangą, kuri skirta apdoroti informacijai bei metodus, kurie užtikrina informacijos sukūrimą, tvarkymą bei sklaidą (Čeplinskas, Trinkaitė, Semeliūnienė, 2007, cit. Paražinskaitė, 2014, p. 26).

Informacinių ir komunikacinių technologijų pažanga ypač paveikė individų ir visuomenės sveikatą. IKT keičia sveikatos priežiūrą ir sveikatos priežiūros sistemos veikimą vietos ir nacionaliniu lygiu. Minėtos sistemos padeda palaikyti svarbiausias funkcijas gerinant gebėjimą kaupti, analizuoti, valdyti ir keisti informacija visose sveikatos srityse nuo molekulinės genetikos mokslinių tyrimų iki didelio masto humanitarinės intervencijos ir nelaimių atvejais (World Health Organization and International Telecommunication Union, 2012, p. 2).

Dėl nuolat tobulėjančių informacinių technologijų mokslininkai išskiria pagrindines priežastis, kurios verčia šalis atkreipti dėmesį į e. sveikatos sistemos plėtrą. Šios priežastys kelia naujų iššūkių siekiant valstybėms integruotis į bendrą e.sveikatos erdvę, o jų nepašalinus atsiranda dar didesnis netolygumų pasireiškimas. Štaras (2011) išskiria keletą pagrindinių priežasčių, lemiančių informacinių sistemų diegimo plėtos poreikį sveikatos priežiūros sistemai. Pirmąją priežasčių grupę galėtume priskirti prie globalinių problemų. Ją sudaro *globalizacijos tendencijos*, kai vis labiau įsigalint globalizacijos procesams prasideda gyventojų išvykimas į kitas valstybes, tai lemia medicininių paslaugų sistemos globalizaciją bei didėjančią konkurenciją tarp skirtingų šalių. Sekančioji priežastis – *bendradarbiavimo būtinybė tarp įvairių šalių sveikatos apsaugos srityje*, kai dėl padažnėjusių terorizmo atvejų, žemės drebėjimų, potvynių, gaisrų ir kitų stichinių nelaimių tikėtinas stiprus sveikatos paslaugų poreikių išaugimas, todėl svarbu surasti galimybes kaip naudojantis technologinėmis priemonėmis ir bendradarbiaujant tarp valstybių spręsti esančias arba tikėtinas problemas bei *socialinės atskirties mažinimo poreikiai*, kuomet vis dar vyraujanti pakankamai nemaža socialinė atskirtis šalyse, stipriai lemia sveikatos prieinamumą ir kokybę kaimiškose vietovėse, miestuose, centruose ir regionuose (p. 23 – 25).

Kitos priežastys apima demografines problemas. Tai yra *gyventojų migracija*, kuomet vykstanti suaktyvėjusi gyventojų migracija neišvengiamai sutrikdo paslaugų tęstinumą, kai informacija apie asmens sveikatą yra nepateikiama laiku arba nepakankama. Taip pat susiduriama su tokiomis problemomis, kaip informacijos trūkumas susijęs su sveikatos klausimais, paslaugų pasirinkimu ir pan. Kita priežastis – *demografinė padėtis* t. y., kai vidutinės gyvenimo trukmės augimas, populiacijos senėjimas kelia naujų iššūkių sveikatos priežiūros sistemai (p. 25 – 26).

Kita priežasčių grupė yra susijusi su sveikata. *Gyvenamosios aplinkos pokyčiai*, tokie kaip klimato kaita, aplinkos tarša, vis didėjantis kenksmingų medžiagų vartojimas įvairiose srityse (maisto pramonėje, žemės ūkyje bei kasdieniniame gyvenime) skatina padidėjusį sergamumą, ligų paplitimą, ligotumą, apsigimimus. Kita priežastis – *lėtinėmis ligomis sergančių pacientų pagausėjimas*, kas apima gyvenamąją aplinką ir sąlygas, šeimą, mitybą, darbą, stresą, sveikatai kenksmingus įpročius bei yra vieni iš pagrindinių socialinių ekonominių veiksnių, darančių stiprų poveikį žmogaus sveikatai. Visi tai lemia padidėjusį lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų skaičių. *Poreikis sumažinti medicininių klaidų (neatitikčių) kiekį* – tai dar viena problema, kuomet vis dažniau pasitaikančias medicininės klaidas lemia daugelis aspektų, tokių kaip naujų medicinos technologijų įsigalėjimas ir vystymasis, pastovūs sveikatos priežiūros sektoriaus struktūriniai pertvarkymai, specialistų trūkumo didėjimas, nuolatinis teisinių aktų pokytis (p. 27 – 28).

Be to, prie priežasčių, lemiančių informacinių sistemų diegimo plėtos poreikį sveikatos priežiūros sistemai, galima priskirti informacinių technologijų įtaką. Pirmoji priežastis – *informacinių technologijų intensyvi plėtra*, kuomet informacinių technologijų diegimas sveikatos priežiūros

sistemoje suteikia galimybę nuotoliniu būdu gauti reikiamą informaciją pacientams ir medikams, užtikrina greitą ir tikslią informacijos keitimą apie pacientą bei gydymo metodus. *Sveikatos informacija* yra kita priežastis. Pagrindiniai gyventojų informacijos šaltiniai sveikatos klausimais išlieka masinės informavimo priemonės bei gydytojų pateikiama informacija. Sekančioji priežastis – *spartus mokslo ir inovacijų vystymasis*. Sveikatos paslaugų kokybę ypatingai keičia ir gerina naujausių medicinos technologijų pritaikymas srityse. Tai išryškina pacientų prieinamumo problemą, taip pat pastebimi aktualūs klausimai, susiję su specialistų mokymu, geros praktikos sklaida (p. 28 – 29).

Paskutinė priežasčių grupė, kuri lemia informacinių sistemų diegimo poreikį, siejamos su sveikatos paslaugomis. Viena iš priežasčių yra *netolygus sveikatos apsaugos specialistų pasiskirstymas*, kuris apima tokias problemas kaip kvalifikuotų sveikatos specialistų trūkumą, jų netolygų pasiskirstymą regionuose, didelį darbo krūvį, tenkantį vienam specialistui, mažus atlyginimus ir kt. *Teikiamų sveikatos paslaugų formų pasikeitimas* – sekančioji priežastis, kuomet žingsnis po žingsnio pereinama prie prevencinių ar profilaktinių priemonių taikymo. *Išlaidų, skirtų sveikatos apsaugai, augimas* – sveikatos išlaidų augimą lemia daugelis veiksnių, tokių kaip auganti vidutinė gyvenimo trukmė, brangstantys medikamentai, didėjantis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų skaičius, o tai atitinkamai skatina pertvarkyti finansavimą sveikatos sektoriuje (p. 29 – 30).

Taigi, informacinių sistemų diegimo plėtros poreikį sveikatos priežiūros sistemai, kas taip pat sąlygoja e. sveikatos sistemos sėkmingą plėtrą, skatina daugelis priežasčių, tokių kaip globalinės, demografinės, sveikatos kokybę įtakojančios, nuolatinės informacinių technologijų įsigalėjimo problemos. Tik minėtųjų problemų šalinimas atveria galimybes šalims integruotis į bendrą e. sveikatos sistemos erdvę, todėl informacinės sistemos infrastruktūros ir sukurtos priemonės, siekiančios užtikrinti e. sveikatos paslaugų teikimą, turi būti nukreiptos į patvirtintas standartizuotas priemones.

Siekiant užtikrinti kokybišką e. sveikatos paslaugų suteikimą svarbus vaidmuo tenka sveikatos priežiūros įstaigų valdymui, kurios yra veikiamos šiuolaikinių technologijų plėtros ir didelių informacinių srautų. Minėtosios technologijos prisideda prie sveikatos priežiūros įstaigų valdymo tobulinimo. Informacinių technologijų taikymas valdant sveikatos priežiūros įstaigas gali pasireikšti įvairiai, todėl vienareikšmiškai nėra apibrėžiami informacinių technologijų sprendimai valdant sveikatos priežiūros įstaigas. Informacinių technologijų taikymo sprendimai gali būti apibrėžiami kaip specifinė priemonė, sustiprinanti interneto ir intraneto reikšmę bei atverianti naujų galimybių tiek vidiniai, tiek ir išoriniai komunikacijai (Bernotas, Jurgutis, Razbadauskas, 2015, p. 100). Minėtieji autoriai, taip pat vadovaujantis Štaro (2008) pateikiama klasifikacija, išskiria šiuos esminius informacinių technologijų taikymo sprendimus valdant sveikatos priežiūros įstaigas: išankstinę pacientų registraciją internetu, elektroninį valstybinių profilaktinių programų tvarkymą, elektroninį paciento duomenų saugojimą, el. statistinės apskaitos vedimą, interneto ir intraneto plėtros vystymą, el. laboratorijos veikimą bei el. įstaigos valdymą (Bernotas, Jurgutis, Razbadauskas, 2015, p. 100).

Taip pat pateikiamas minėtųjų taikymų sprendimų įvertinimas, išskiriant pagrindinius privalumus ir trūkumus, kuriuos informacinių technologijų taikymo sprendimai suteikia valdant sveikatos priežiūros sistemą. Sprendimų įgyvendinimas reikalauja skirti dėmesio trūkumų šalinimui, kadangi tai laikoma iššūkiu informacinių technologijų diegimo sveikatos priežiūros įstaigų valdymo procese. Vienas iš informacinių technologijų sprendimų – *išankstinė pacientų registracija internetu*, kuri yra naudinga tuo, jog yra valdomi pacientų srautai, išvengiama pacientų eilių bei sutaupomas jų laikas, taip pat užtikrinamas paslaugų skaidrumas. *El. valstybinių profilaktinių programų valdymo* pagrindinis privalumas, jog suteikiama galimybė virtualioje erdvėje matyti paciento gydymo eigą ar medicininių tyrimų rezultatus. Sekantis informacinių technologijų sprendimas – *el. paciento medicininės informacijos kaupimo* teigiamas aspektas, jog palengvinamas administracinis procesas. *El. apskaitos vedimas* yra ketvirtasis sprendimas, kuris sudaro galimybę vartotojams gauti visą reikalingą informaciją. Sekančio informacinių technologijų sprendimo – *el. laboratorijos veikimo* vienas iš privalumų, jog užtikrinamas gydymo operatyvumas. Paskutiniai sprendimai *interneto, intraneto vystymo* privalumas išryškėja, jog užtikrinamas vartotojų poreikių patenkinimas ir *el. įstaigų valdymo* privalumas, jog didžioji dalis veiksmų yra sujungti į bendrą kontroliuojamą sistemą. Informacinių technologinių sprendimų trūkumai yra susiję su finansavimo šnaudomis, techninės bazės atnaujinimu, darbuotojų apmokymais ir motyvacija bei pacientų švietimu (Bernotas, Jurgutis, Razbadauskas, 2015, p. 99). Detaliau pagrindinius privalumus ir trūkumus žiūrėti žemiau esančioje lentelėje (žr. 2 lent.). Taigi, informacinių technologijų taikymo sprendimai valdant sveikatos priežiūros įstaigas privalo pilnai atitikti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos specifiškumą bei poreikius.

2 lentelė. Svarbiausi IT taikymo sprendimų valdant sveikatos priežiūros įstaigas privalumai ir trūkumai
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Bernotas, Jurgutis, Razbadauskas, 2015, p. 99)

IT sprendimai	Pagrindiniai privalumai	Pagrindiniai trūkumai
Išankstinė pacientų registracija internetu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yra galimybė valdyti pacientų srautus. ▪ Padidėja medicinos paslaugų prieinamumas, nelieka pacientų eilių registratūros, taupomas pacientų laikas. ▪ Užtikrinamas pacientų registracijos, medicinos paslaugų teikimo skaidrumas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reikalauja papildomų finansinių šnaudų. ▪ Gali prireikti techninės bazės (kompiuterinės ir programinės įrangos) atnaujinimo.
El. valstybinių profilaktinių programų valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Galimybė gydytojams nustatyti konkrečiu laiku apsilankiusius į priėmimą pacientus ir jų priskirtinumą valstybės stebėti nustatytoms pacientų grupėms. ▪ Galima virtualioje aplinkoje stebėti pacientų diagnostavimo ar tyrimo eigą, matyti medicinos tyrimų rezultatus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Būtinasis bendradarbiavimas su IT tiekėjais.
El. paciento medicininės informacijos kaupimas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padeda valdyti paciento slaugos duomenis. ▪ Palengvina administravimo procesą. ▪ Pagreitėja elektroninių medicininių dokumentų pildymo procesas. ▪ Padidina gydytojų atsakomybę teikiant medicininės paslaugas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Būtinasis SPĮ darbuotojų apmokymas dirbti su naujomis IS.
El. apskaitos vedimas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidinės medicininės IS vartotojai gali gauti visą norimą informaciją. ▪ Medicinos statistikų darbo krūvis sumažėja. 	
El. laboratorijos veikimas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Užtikrinamas automatizuotas pacientų mėginių rezultatų elektroninės versijos perkėlimas į paciento e. ligos istoriją. ▪ Didėja gydymo operatyvumas. 	

Interneto, intraneto vystymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenkinami visų socialinių sluoksnių ir amžiaus grupių prisirašiusių pacientų bei medicinos personalo informaciniai poreikiai ir lūkesčiai. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reikalingas SPĮ darbuotojų motyvavimas. ▪ Kai kuriais atvejais gali prireikti pacientų švietimo. ▪ Būtina IS kontrolė.
El. įstaigos valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daugelį veiksmų sujungia į bendrą kontroliuojamą sistemą. ▪ Galima pagerinti medicinos paslaugų prieinamumą pacientams, taupyti jų ir įstaigos darbuotojų laiką. 	

Informacinių ir komunikacinių technologijų naudojimas sveikatos sektoriuje yra skirtas:

1. Gerinanti sveikatos priežiūros sistemų veikimą gerinant informacijos valdymą ir prieigą prie šios informacijos, įskaitant:
 - Pacientų priežiūros valdymo mechanizmą;
 - Administracinę sistemą;
 - Paciento įrašus;
 - Užsakymo ir atsiskaitymo sistemas.
2. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą per tikslesnes diagnozes, gerinti mokymąsi ir keitimąsi žiniomis tarp sveikatos priežiūros specialistų, paremti sveikatos priežiūros specialistus pirminėje sveikatos priežiūros srityje, ypač kaimiškose vietovėse, įskaitant:
 - Biomedicininės literatūros paiešką;
 - Nuolatinį sveikatos priežiūros darbuotojų profesinį tobulėjimą;
 - Sustiprintą telemediciną ir nuotolinę diagnostiką;
 - Diagnostikos vaizdavimą;
 - Kritinių sprendimų palaikymo sistemą;
 - Kokybės užtikrinimo sistemas;
 - Ligos stebėjimą ir epidemiologiją.
3. Gerinti komunikaciją apie sveikatą, įskaitant informacijos gerinimą tarp sveikatos priežiūros specialistų ir plačiosios visuomenės, gerinti sveikatos skatinimo ir sveikatos komunikacijos galimybes; užtikrinti grįžtamąjį ryšį apie sveikatos paslaugas ir intervenciją, įskaitant:
 - Pacientų informavimą;
 - Interaktyvią komunikaciją;
 - Žiniasklaidos priemones;
 - Sveikatos tyrimus;
 - Paslaugų tobulinimą.

(Healthlink Worldwide, AfriAfya, the Institute for Sustainable Health Education and Development, 2007, p. 14 – 15).

Analizuojant informacines ir komunikacines technologijas sveikatos priežiūros sistemoje pastebima, jog e. sveikatos terminas yra pakankamai naujas ir apima elektroninius procesus bei

bendravimą. Terminas gali apimti daugybę paslaugų, kurios yra medicinos/sveikatos priežiūros ir informacinių technologijų srityje: *Elektroniniai sveikatos įrašai* – palengvina pacientų duomenų perdavimą tarp įvairių sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų, specialistų, priežiūros grupės, vaistinės). *Telemedicina* – apima visus fizinius ir psichologinius vertinimus, kurie nereikalauja paciento eiti pas specialistą. Kai ši paslauga veikia, pacientams mažiau reikia eiti pas specialistą arba, priešingai, specialistas turi daugiau laiko. *Vartotojų sveikatos informatika* – tiek sveiki asmenys, tiek pacientai nori būti informuoti apie medicininės naujienas. *Sveikatos žinių valdymas* – pvz., naujausių medicinos žurnalų apžvalga, epidemiologinio stebėjimo geriausios praktikos gairės. *Virtuali sveikatos priežiūros komanda* – tai sveikatos priežiūros specialistai, kurie bendradarbiauja ir dalijasi informacija apie pacientus per skaitmeninę įrangą. *mSveikata* arba *m-Sveikata* – apima kolektyvinį mobiliųjų prietaisų naudojimą renkant suvestinius ir pacientų sveikatos duomenis, teikiant informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugas praktikuojantiems gydytojams, mokslininkams ir pacientams, paciento gyvybiškai svarbių požymių stebėseną realiu laiku ir tiesioginę priežiūrą (per mobilią nuotolinę mediciną). Medicinos moksliniai tyrimai naudoja e. sveikatos tinklus, kurie teikia galingų skaičiavimų ir duomenų valdymo gebėjimą tvarkyti didelius kiekius skirtingų duomenų. *Sveikatos priežiūros informacinės sistemos* – dažnai nurodomi programinės įrangos sprendimai, skirti paskyrimų planavimui, pacientų duomenų tvarkymui, darbo tvarkaraščių valdymui ir kitoms sveikatos srities administracinėms užduotims. Nesvarbu, ar šios užduotys yra e. sveikatos dalis, priklauso nuo pasirinktos apibrėžties, tačiau jos yra susijusios su daugeliu e. sveikatos įdiegimų dėl sudėtingų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų administravimo ir sveikatos priežiūros santykių. (Ramona, n.d., p. 2 – 3). Taigi, informacinių technologijų pagalba sukurta e. sveikatos sistema paskatino tokių priemonių, kaip elektroniniai sveikatos įrašai, telemedicina ir kt. atsiradimą, kurie turi didelės įtakos tiek gydytojams, palengvindami ir pagreitindami jų darbą, tiek pacientams, užtikrindami lengvesnį, greitesnį patekinimą pas specialistus.

Taigi apibendrinant informacinių ir komunikacinių technologijų reikšmę sveikatos priežiūros sistemoje svarbu akcentuoti tai, jog minėtųjų technologijų įsigalėjimas medicinoje ypatingai stipriai pagerino paslaugų kokybės teikimą sveikatos priežiūros įstaigose. Informacinių technologijų sprendimai yra svarbūs sveikatos priežiūros įstaigų valdymui, kadangi padeda sustiprinti interneto ir intraneto reikšmę bei atveria naujas galimybes užtikrinant tiek vidinę, tiek išorinę komunikaciją. Pagrindiniai informacinių technologijų naudojimo tikslai sveikatos sektoriuje yra siejami su sveikatos priežiūros sistemos veikimo, sveikatos paslaugų teikimo ir komunikacijos gerinimu.

1.3. Elektroninės sveikatos samprata ir sistema

Sparti informacinių ir komunikacinių technologijų plėtra ir įsigalėjimas įvairiose gyvenimo srityse paskatino e. sveikatos sistemos atsiradimą medicinoje. Pagrindinis e. sveikatos tikslas –

užtikrinti, jog kiekvienam gyventojui būtų suteikiama galimybė lengvai gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas (Griškevičius, Kizlaitis, 2012, p. 12). Nors e. sveikata vis labiau tampa masiniu reiškiniu, tačiau pati e. sveikatos sąvoka nėra vienareikšmiškai išreikšta, todėl mokslinėje literatūroje pateikiama daug skirtingų apibrėžimų, kuriuos būtina identifikuoti, norint tinkamai suvokti e. sveikatos sampratą.

Bendriausia prasme žodį e. sveikata galima apibūdinti kaip sveikatos priežiūros veiklą internetu. E. sveikata yra pakankamai naujas terminas sveikatos priežiūros sistemoje, kadangi iki XX a. buvo retai vartojamas. Išsamesni e. sveikatos sampratos apibrėžimai pradėjo formuotis tik vėliau, kuomet pradėjo rasti vis platesnių ir įvairesnių analizuojamosios sąvokos pateikčių. Minėtoji įvairovė matoma žemiau esančioje lentelėje (žr. 3 lent.).

3 lentelė. Elektroninės sveikatos sampratų įvairovė

Šaltinis (sudaryta darbo autorės pagal Stašys, 2009, p. 247; Štaras, Kairys, Gasperas, Gasperė, 2012, p. 273; Griškevičius, Kizlaitis, 2012, p. 9; Rawabdeh, 2007, p. 518; Gaddi, Capello, Manca, 2014, p. 16)

Šaltinis	E. sveikatos samprata
R. Stašys (2009)	„E. sveikata – medicininės informacijos, visuomeninės sveikatos ir verslo tarpusavio ryšiai, susiję su sveikatos paslaugų ir informacijos teikimu arba apsigkeitimu per internetą arba naudojant kitas panašias technologijas“
S. K. Exner 2001 (cit. Štaras, Kairys, Gasperas, Gasperė 2012, p. 273)	E. sveikatą apibrėžė kaip didėjančią sąsają trijų darinių – medicininės informacijos, sveikatos apsaugos ir įstaigų, kurios teikia sveikatos priežiūros paslaugas internetu.
Griškevičius, Kizlaitis, 2012, p. 9	„Elektroninės sveikatos terminas nusako šiuolaikinių informacijos ir komunikacijos technologijų panaudojimą tenkinat gyventojų, pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir administratorių poreikius“.
Eisynbach (2002) (cit. Rawabdeh, 2007, p. 518)	E. sveikata yra nauja sritis, kur susikerta medicininė informatika, visuomenės sveikata ir verslo ryšiai nukreipti į sveikatos priežiūros paslaugas ir informacijos pateikimą internetu ar susijusiomis technologijomis.
Oh et al. (cit. Gaddi, Capello, Manca, 2014, p. 16)	E. sveikata apima skirtingas sąvokas, įskaitant sveikatą, technologijas ir komerciją bei įtraukia atskiras suinteresuotas grupes, vaidmenis, vietas bei laukiamą naudą.

Lentelėje išanalizuotos skirtingos mokslinėje literatūroje pateikiamas e. sveikatos sampratos parodė, jog mokslininkai laikosi vieningos nuomonės dėl e. sveikatos klausimo. Sąvokos vieningumą atskleidžia šie komponentai, kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimas internetu bei informacinių ir komunikacinių technologijų naudojimas medicinoje. Taigi, atkreiptinas dėmesys, jog e. sveikatos samprata traktuojama vienareikšmiškai pabrėžiant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo internetu svarbą. Tačiau gilesnę šios sąvokos reikšmę galima išvelgti per priedėlio „e“ reikšmingumą, kuris turi žymiai platesnę svarbą nei „elektroninis“. Griškevičius, Kizlaitis (2012) cituojant Eisynbach nurodo šiuos esminius e. sveikatai būdingus elementui, kuriuos atskleidžia priedėlis „e“:

- *Efektyvumas (Efficiency)* – išlaidų mažinimas ir sveikatos apsaugos efektyvumo didinimas yra vienas iš e. sveikatos prioritetų.
- *Priežiūros kokybės padidinimas (Enhancing quality of care)* – kokybės gerinimas ir išlaidų mažinimas siejamas su augančiu efektyvumu.

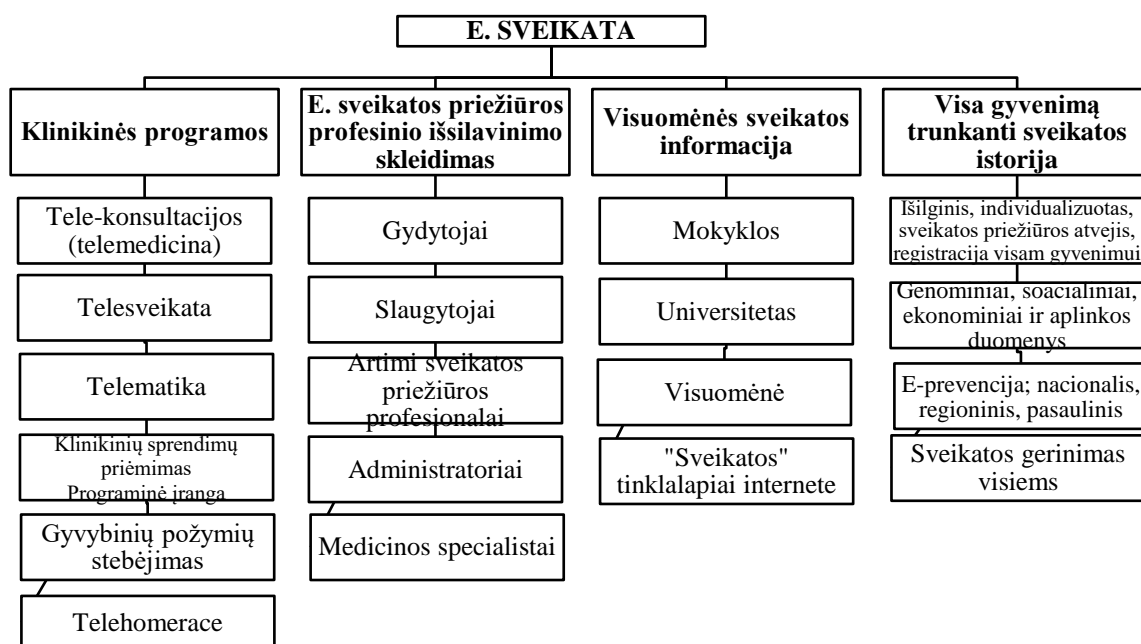
- *Paremta įrodymais (Evidence based)* – siekiant užtikrinti e. sveikatos intervencijos veiksmingumą ir efektyvumą svarbu įrodyti konkrečiais moksliniais metodais.
- *Pacientų ir vartotojų įgalinimas (Empowerment of consumers and patients)* – e. sveikata nukreipiama į pacientą, kuriam suteikiama prieiga informacinių technologijų pagalba naudotis asmeniniais elektroniniais įrašais.
- *Naujų tarpusavio santykių tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto skatinimas (Encouragement)* – siekiama partnerystės, kuri skatintų abipusį sprendimų priėmimą.
- *Gydytojų švietimas (Education)* – internetinių šaltinių pagalba bei informacijos teikimu vartotojams apie ligas, jų prevenciją ir pan.
- *Įgalinti (Enabling)* – keitimąsi informaciją ir bendravimą tarp medicinos paslaugas teikiančių įstaigų.
- *Išplėsti (Extending)* – siekti, jog sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos, kuo platesniam vartotojų ratui.
- *Etika (Ethics)* – e. sveikata išryškina kitokius nei įprastai paciento ir gydytojo bendravimo įgūdžius, kas atitinkamai sąlygoja naujus etikos uždavinius, tokius kaip kompetentingas sutikimas, privatumas ir pan.
- *Lygiateisiškumas (Equity)* – e. sveikatos prioritetas įtvirtinti lygiateisiškumą sveikatos priežiūroje (Griškevičius, Kizlaitis, 2012, p. 8 – 9).

Taigi „e“ priedėlio reikšmė atskleidžia, jog e. sveikatos samprata yra žymiai platesnė ir sudėtingesnė. Sveikatos paslaugų teikimas internetu ar kitomis technologijomis yra tik viena šios sąvokos sudedamoji ir aiškiai matoma dalis. Taip pat į e. sveikatos apibrėžtį įeina efektyvumo bei kokybės, ryšio tarp paciento ir gydytojo, etiškumo dalykų bei lygiateisiškumo elementų svarba.

Be to, e. sveikatos reikšmė įžvelgiama ir per kitus aspektus. E. sveikatos sudedamosios dalys atskleidžiamos per jos komponentus. Mokslininkai išskiria keturis esminius ir visuotinai priimtus e. sveikatos komponentus. Klinikinės programos, kurioms priklauso ir tele-konsultacijos (anksčiau vadintos Telemedicina), numato elektroninių medicinos įrašų perdavimą nuotoliniu būdu siekiant gauti daugiau įvertinimų (nuomonių) iš specialistų bei interaktyvias vaizdo konferencijas, kurių metu vyksta grupinės konsultacijos. Klinikinės programos taip pat naudoja klinikinių sprendimų priėmimo programinę įrangą – tikroji šiuolaikinė medicinos enciklopedija, nuotolinė priežiūra namuose, nuotolinės sveikatos ir gyvybiškai svarbių požymių stebėjimo paslaugos. Antrasis, ne mažesnę reikšmę turintis komponentas, yra e. sveikatos priežiūros profesinio išsilavinimo skleidimas – visiems sveikatos priežiūros įstaigų nariams (gydytojams, slaugytojams, technikams ir administratoriams) leidžiantis patobulinti įgūdžius ir pakelti medicinos praktikos standartus visame pasaulyje. Visuomenės sveikatos informacija – sekantis e. sveikatos komponentas, kuris daugiausia dėmesio skiria plačiosios visuomenės žinių gerinimui sveikatos srityje, kurio dėka piliečiai galėtų prisiišti

daugiau atsakomybės už savo pačių sveikatos būklę. Ketvirtasis “LifeTime Health Records” (visą gyvenimą trunkanti sveikatos istorija) – numato išsamų informacijos apie asmens sveikatos priežiūrą įrašymą ir jos novatorišką pritaikymą ateityje. Tai leistų gauti didžiulį kiekį neįkainojamų duomenų, kurių pagrindu būtų įmanoma vykdyti duomenų paiešką. Šie duomenys gali būti papildyti informacija apie genomą (Žmogaus genomo projektas), aplinką ir socialinę bei ekonominę padėtį. Tokie duomenys gali būti naudojami nacionaliniu, regioniniu ir net pasauliniu lygmeniu rengiant sveikatos priežiūros strategiją, kuri savo ruožtu leistų sukurti e-prevenciją visame pasaulyje, o tai, be abejo, yra esminė būsimų žmonijos kartų raidos priemonė (Richardson, Schug, Bywater, Williams, 2004, p. 4). Susistemintą informaciją žr. 4 pav.

Taigi, minėtieji komponentai atskleidžia, jog e. sveikata yra labai plati sąvoka, kadangi apima daug aspektų, tokių kaip, klinikinės programos, kur elektroninių medicininių įrašų pagalba suteikiama galimybė nuotoliniu būdu gauti daugiau duomenų, tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą per e. sveikatos sistemą, ypatingai svarbus sveikatos priežiūros specialistų nuolatinis kvalifikacijos tobulinimas. Taip pat išryškintas dėmesys visuomenės sveikatai informuojant ir šviečiant sveikatos priežiūros klausimais bei pacientų informacijos apie sveikatos priežiūrą įrašymas.



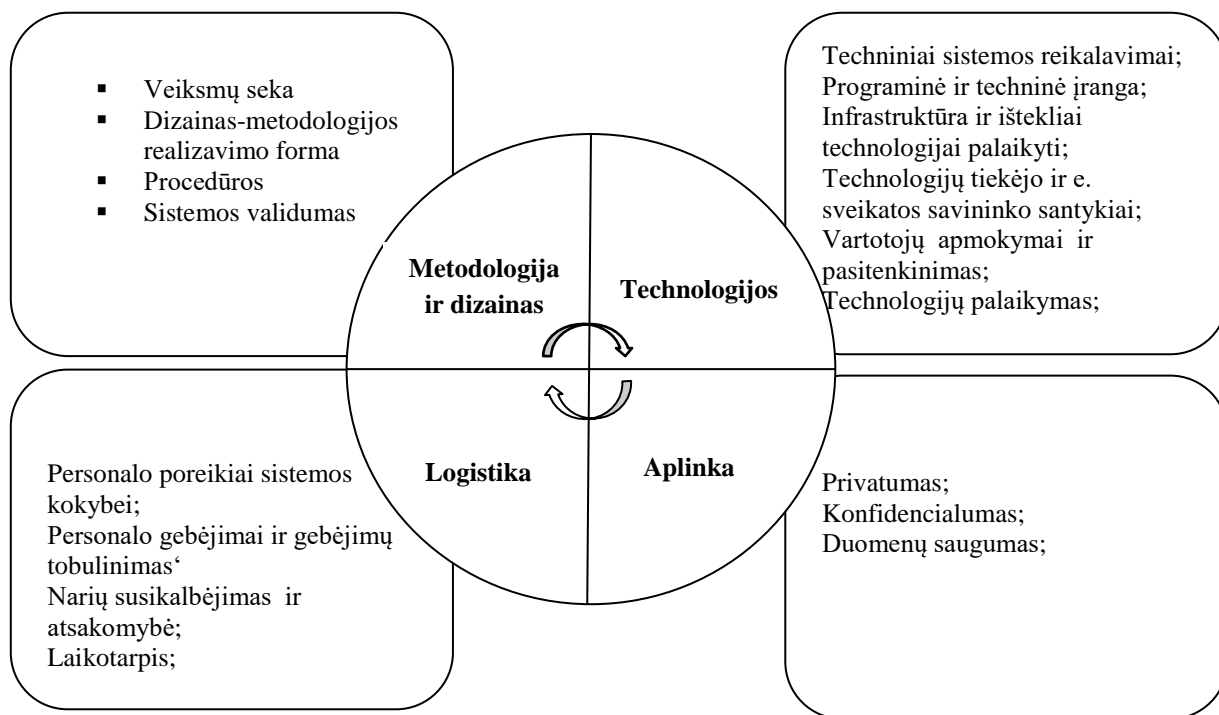
4 pav. Elektroninės sveikatos komponentai

(Šaltinis sudaryta darbo autorės pagal Richardson, Schug, Bywater, Williams, 2004, p. 5)

Kita svarbi e. sveikatos sudedamoji dalis yra elementai, kurie yra svarbūs e. sveikatos plėtros sėkmės veiksniai. Dansky (2006) išskiria keturis pagrindinius e. sveikatos elementus, kurie apima informacinių technologijų, teisinius, vadybinius ir sveikatos priežiūros dėmenis. Pirmasis elementas – *metodologija ir dizainas*. Tai vienas iš informacinių technologijų dėmenų. Metodologija padėjo sukurti e. sveikatos sistemą. Dizainas yra metodologijos įgyvendinimo konfigūracija, kuriai būdingos griežtos procedūros garantuojančios sukurtos sistemos validumą. Antrasis – *technologija*. Sekantis

informacinių technologijų dėmuo, kuris apima techninius sistemos reikalavimus, programinę ir techninę įrangą, infrastruktūrą ir išteklius technologijai palaikyti ir kt. Sekantis elementas *aplinka* – tai teisinis dėmuo, kuris siejamas su privatumu, konfidencialumu ir duomenų saugojimu. Paskutinis elementas *logistika* – vadybos ir sveikatos priežiūros dėmuo, kuris siejamas su personalu ir apima kelis aspektus. Visų pirma – personalo norus sistemos kokybei. Siekiant užtikrinti reikiamą technologinių žinių vartojimą svarbu atkreipti dėmesį į darbuotojų gebėjimus ir atitinkamai juos tobulinti. Prie e-sistemos kūrimo ar diegimo prisideda daugybė specialistų, todėl išryškėja dalyvių susikalbėjimo ir atsakomybės svarba (cit. Pitrenaitė – Žilėnienė ir Mikulskienė, 2014, p. 103). Susistemintus e-sveikatos elementus žr. 5 pav.

Taigi, e-sveikatos paslaugų teikimas yra nukreiptas į aukštos kokybės paslaugų suteikimą pacientui, todėl aptarti e-sveikatos informacinių technologijų, teisiniai ir vadybos elementai privalo būti įtraukti į e-sveikatos sistemos tyrimo metodiką, nes kiekvienas iš minėtųjų elementų ypatingai reikšmingas kaip e-sveikatos plėtros sėkmės veiksnys.

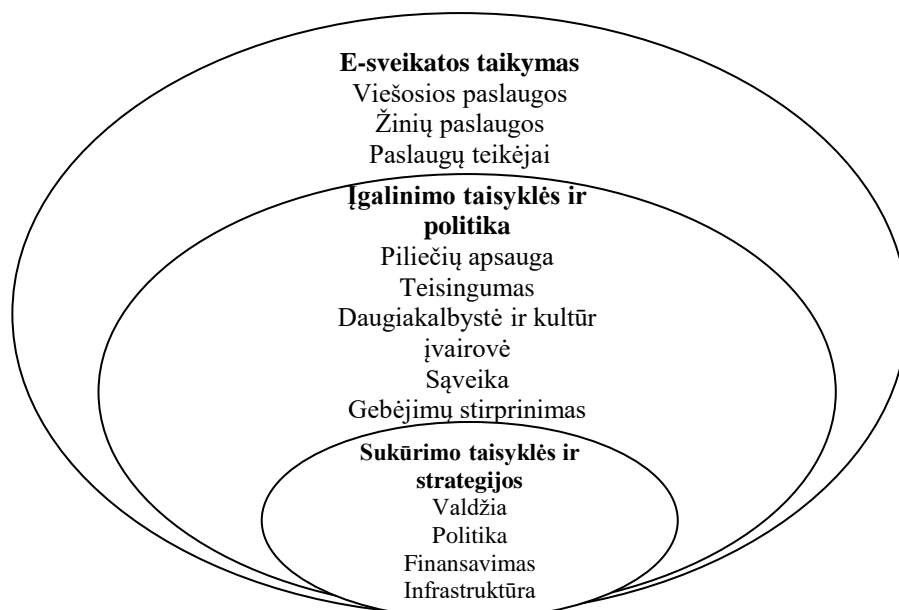


5 pav. Elektroninės sveikatos elementai

(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Pitrenaitė – Žilėnienė, Mikulskienė, 2014, p. 103)

E-sveikatos vystymasis yra ilgas ir sudėtingas procesas. Pirmiausia vystymosi pagrindą turi sudaryti strateginiai planai ir tinkama politika. Be to, privalu imtis veiksmų, kurie užtikrintų, jog e-sveikatos teikiamos paslaugos būtų prieinamos visiems piliečiams nepriklausomai nuo kultūros, kalbos ar geografinės padėties bei būtų apsaugotas jų privatumas ir konfidencialumas. E-sveikatos sistemos ir paslaugų teikimo sėkmę lemia veiksmingas sistemos pritaikymas.

Mokslininkai pateikia e. sveikatos vystymosi modelį, kuriame e. sveikatos pagrindą atskirose šalyse sudaro Nacionalinio fondo veiksmi. Jais siekiama sukurti tinkamą valdymo organą – nacionalinio lygmens e. sveikatos priežiūros instituciją su daugeliu suinteresuotųjų subjektų, kuri galėtų nurodyti ir vadovauti, taip pat parengti ir priimti sveikatingumo politiką, apibrėžiančią viziją ir reikalingus atlikti veiksmus, sukurti finansavimo sistemą, skirtą remti viziją, bei išplėtoti mechanizmus, kurių dėka būtų galima sukurti IRT infrastruktūrą e. sveikatos paslaugoms teikti. Antrąjį sluoksnį sudaro aktyvūs veiksmi, kurie turi susieti fondo politiką ir strategiją su planuojamais e. sveikatos paslaugų padariniais visiems gyventojams. Aktyviųjų veiksmų paskirtis – apsaugoti piliečius, skatinti paslaugų prieinamumą ir teisingumą, taip pat užtikrinti daugelio kalbų ir kultūrų aplinką virtualioje erdvėje. Šie veiksmi susiję su e. sveikatos sąveikos politika ir strategijomis, skirtomis užtikrinti sąveiką tarp įvairių sistemų, be kita ko, jais siekiama pagerinti sveikatos priežiūros specialistų ir studentų IRT gebėjimus. Paskutinis, e. sveikatos programos sluoksnis, sudarytas iš e. sveikatos sistemų ir piliečiams teikiamų paslaugų. Šių programų sėkmė didžiaja dalimi priklauso nuo atliktų prieš tai veiksmų, t. y. šio lygmens paslaugos bus veiksmingesnės, jei pirmųjų dviejų lygmenų veiksmi buvo atlikti gerai. Taigi, tvirti pagrindiniai lygmenys padeda sukurti efektyvesnes e. sveikatos sistemas ir paslaugas (žr. 6 pav.) (World Health Organization, 2006, p.15).



6 pav. Elektroninės sveikatos vystymosi modelis
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal World Health Organization, 2006, p. 15)

Išanalizavus pagrindinius e. sveikatos aspektus, taip pat svarbu apžvelgi e. sveikatos poveikį įvairioms suinteresuotoms šalims – piliečiams, mokslinių tyrimų ir praktikos specialistams, ligoninėms, akademiniai bendruomenei, su sveikata susijusioms įstaigoms bei valstybei. Piliečiams e. sveikatos atsiradimas yra naudingas tuo, jog suteikia galimybę sveikatos priežiūros paslaugomis naudotis bet kurioje vietoje, ne tik gydymo įstaigose, ir skiriamas ypatingas dėmesys švietimui

susijusiam su e. sveikata. Mokslinių tyrimų ir praktikos specialistams e. sveikata atveria galimybes komunikacijai tarp specialisto ir paciento bei suteikia galimybę konsultuotis nuotoliniu būdu. Kitai suinteresuotai grupei – ligoninėms, akademinėi bendruomenei e. sveikatos sistema padeda sumažinti medicininių klaidų skaičių ir užtikrina paslaugų suteikimą nepaisant laiko ir vietos standartų. Likusioms šalims, t. y. su sveikata susijusioms įstaigoms, užtikrinamas lengvesnis paslaugų ir produktų tyrinėjimas bei valstybei užtikrinamas lengvesnis su sveikata susijusių demografinių duomenų analizavimas (detaliau žr. 4 lent.) (World Health Organization and International Telecommunication Union, 2012, p. 3). Taigi, išryškintas teigiamas e. sveikatos poveikis įvairioms suinteresuotoms šalims atskleidžia, jog e. sveikatos sistemos diegimas yra veiksmingas, kada užtikrinamas kokybiškas su sveikata susijusių aspektų įgyvendinimas.

4 lentelė. Elektroninės sveikatos poveikis

(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal World Health Organization and International Telecommunication Union, 2012, p. 3)

Suinteresuotos šalys	E. sveikatos poveikis
Piliečiai	Įgalina asmeninę priežiūrą visoje sveikatos priežiūros sistemoje ir viso gyvenimo laikotarpiu; Sveikatos priežiūra prieinama namuose, darbe ar mokykloje – ne tik klinikoje ar ligoninėje; Sutelkiamas dėmesys į prevenciją, švietimą ir savivaldą;
Mokslinių tyrimų ir praktikos specialistai	Suteikia prieigą prie dabartinių, specializuotų, akredituotų žinių apie klinikinę priežiūrą, mokslinius tyrimus, visuomenės sveikatą; ir mokslinių tyrimų, leidinių ir duomenų bazių; Įgalina komunikaciją tarp pacientų ir paslaugų teikėjų.; Leidžia nuotolines konsultacijas su pacientais;
Ligoninės, akademinė bendruomenė ir visuomenės sveikata	Kuria ligonines, kaip virtualių paslaugų teikėjų tinklą, jungiantį visus sistemos lygius; Kontroliuoja kokybę ir saugumą, gerina priežiūros procesus ir sumažina galimybes medicininių klaidų; Pagalba piliečių judumui ir jų medicininiam įrašams – informacijos apie pacientus teikimas kada ir kur reikia; Atveria naujas galimybes pagrindiniuose ir taikomuosiuose tyrimuose; nuo sveikatos žinių į politiką ir veiksmą; Teikia paslaugas, nepaisant atstumo ir laiko kliūčių;
Su sveikata susijusios įstaigos	Palengvina tyrinėjimą ir vystymąsi naujų produktų ir paslaugų: e. sveikatos įrašai, informacinės sistemos ir klinikiniai registrai; Leidžia platinti ir rentabiliai prekiauti sveikatos produktais ir paslaugomis įmonėse, nacionaliniu, vietiniu bei tarptautiniu lygiu;
Valstybė	Teikia patikimesnius, atsakomuosius ir savalaikius pranešimus apie visuomenės sveikatą; kaip sveikata tampa vis labiau ir labiau centrinė ekonomikai, saugumui, užsienio reikalams ir tarptautiniams santykiams; Nustato ligos ir rizikos veiksnių tendencijas; analizuoja demografinius, socialinius ir sveikatos duomenis; gyventojų ligas;

Taigi, apibendrinant e. sveikatos sampratą ir sistemos analizę, galima teigti, jog e. sveikata yra vienareikšmiškai apibrėžtas reiškinys. Mokslininkai e. sveikatos sampratą interpretuoja pabrėždami informacinių technologijų svarbą ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą internetu. Tačiau gilesnė šios sąvokos reikšmė taip pat atskleidžiama per „e“ priedėlio reikšmę, kuri apima efektyvumą, kokybę ryšį tarp paslaugos teikėjo ir gavėjo ir kitus aspektus. E. sveikatos svarba taip pat analizuojama per komponentus, kuriuos sudaro klinikinės programos, e. sveikatos priežiūros profesinio išsilavinimo skleidimas, visuomenės sveikatos informacija bei visą gyvenimą trunkanti sveikatos istorija. Šie komponentai parodo, jog e. sveikata apima platų spektrą dalykų. Mokslinėje literatūroje pateikiamais

e. sveikatos elementais (metodologija ir dizainas, technologijos, logistika ir aplinka) siekiama skatinti e. sveikatos plėtrą. E. sveikatos vystymosi modelis atskleidžia, jog e. sveikatos sistemos vystymosi procesas yra ilgas ir sudėtingas

1.4. Elektroninės sveikatos sistemos raida Lietuvoje

Lietuvai tapus Europos Sąjungos (*toliau – ES*) nare sveikatos politika, kaip ir kitos politikos kryptys, tapo neatsiejamais nuo valstybės nariams keliamų tikslų. Viena iš šiuo metu plačiai nagrinėjamų sveikatos politikos krypčių yra sėkmingas e. sveikatos sistemos įgyvendinimas Lietuvoje. ES yra iškėlus tris pagrindinius tikslus, kuriais remiantis valstybėse narėse siekiama sukurti veiksmingą e. sveikatos sistemos funkcionavimą. Vienas iš tikslų yra gerinti piliečių sveikatą, t. y. e. sveikatos sistemos priemonių pagalba užtikrinti, jog gyvybiškai svarbi informacija prireikus būtų prieinama įvairiose valstybėse. Sekantis ES tikslas yra susijęs su sveikatos priežiūros kokybės ir paslaugų naudojimo galimybių gerinimu siekiant į sveikatos politiką įtraukti e. sveikatą ir koordinuoti valstybių narių šalių įvairias strategijas (politines, finansines ir technines). Paskutiniu tikslu siekiama gydytojų ir pacientų įtraukimu į strategijų rengimą ir įgyvendinimą sukurti veiksmingas, patogias ir plačiai naudojamas e. sveikatos sistemos priemones (Europos Komisija). 2004 m. priimtas pirmasis e. sveikatos veiksmų planas davė pradžią Europos Komisijos politinių iniciatyvų rengimui, kuriomis buvo siekta skatinti, jog e. sveikatos technologijos būtų diegiamas visoje ES. Tuomet valstybės narės įsipareigojo įgyvendinti e. sveikatos politikos darbotvarkę. Pirmas žingsnis buvo žengtas tada, kai šalys pradėjo dalyvauti didelio masto bandomuosiuose projektuose (Europos Komisija, 2012, p. 4).

Žvelgiant istoriškai į e. sveikatos sistemos kūrimą Lietuvoje pastebima, jog jis buvo ilgas, sudėtingas ir pilnas iššūkių, todėl Lietuvos nacionalinės e. sveikatos sistemos (*toliau – NESS*) įgyvendinimą galima suskirstyti į 3 etapus – NESS I, NESS II, NESS III. NESS kūrimas buvo vykdomas vadovaujantis Vyriausybės 2001–2004 metų programos įgyvendinimo priemonių planu. Šio kūrimo iniciatorius buvo sveikatos apsaugos ministras, kuris patvirtino 2002 m. liepos 30 d. Informacinės sveikatos sistemos plėtros programą, kurioje pagrindinis siekis buvo parengti ilgalaikę e. sveikatos strategiją (Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė, 2008, p. 10).

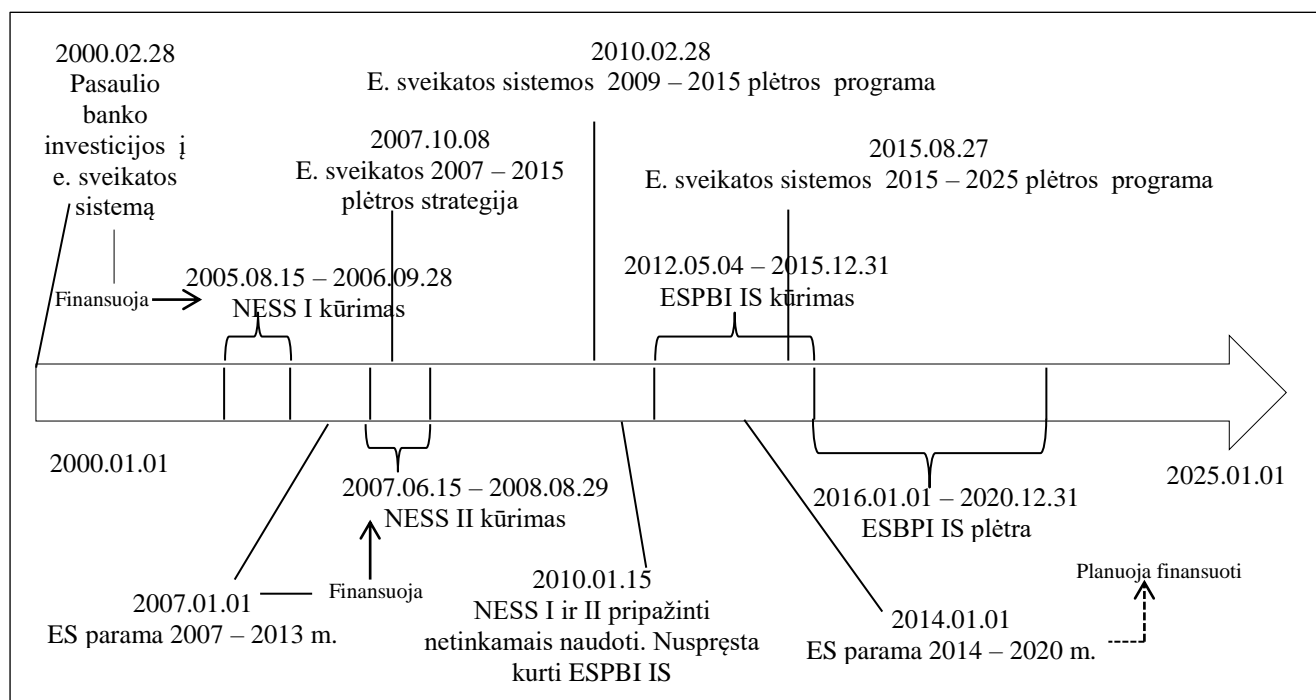
NESS I etapo įgyvendinimas vyko 2005 – 2007 m. laikotarpiu. Šio projekto vykdytojas buvo UAB „Hewlett-Packard“ pasaulinė IT sprendimų kompanija, su kuria buvo sutartyta sutartis dėl nacionalinės e. sveikatos informacinės sistemos kūrimo. Taip pat ši kompanija patvirtino NESS koncepcijas, kuriomis remiantis buvo kuriamas NESS branduolys, kuris sudarė e. sveikatos sistemos pagrindą (Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė, 2008, p. 15). Minėtasis projektas buvo finansuojamas iš skirtingų šaltinių: Pasaulio banko, ES paramos ir Lietuvos nacionalinio biudžeto lėšomis. Pasaulio banko lėšos buvo skirtos NESS I įrangai įsigyti, valstybės biudžeto lėšos buvo panaudojamos kompiuteriniai įrangai, kuri buvo skirta NESS I administruoti. Pagrindiniu tvarkytoju

buvo paskirta Valstybinė ligonių kasa, kurios pagrindinis tikslas buvo perimti NESS I rezultata (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2013, p. 77). Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijoje išryškunami NESS I etapo kūrimo rezultatai, „priimtos pagrindinės koncepcijos, pritaikyti standartai, sukurta integravimo terpė, pagrindinės NESS branduolio funkcijos“. Taip pat strategijoje nurodoma, jog NESS branduolys sudaro galimybę visiems naudotis e. sveikatos paslaugomis, akcentuojama teikiamų paslaugų patikimumo svarba bei didėjantis paslaugų suteikimo skaičius (Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategija). Tačiau NESS I kūrimas nebuvo įgyvendintas dėl keleto priežasčių. Pagrindinė priežastis yra tai, jog nepilnai sukurta teisinė bazė, kuri turėjo užtikrinti projektų tęstinumą, todėl NESS I rezultatų nebuvo prasminga perduoti valdyti Valstybinei ligonių kasai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2013, p. 77). Taip pat išskiriamos ir kitos priežastys kaip įgyvendinimo terminų vėlavimas, ne visų rezultatų pasiekimas bei NESS nuostatų neparengimas ir nepatvirtinimas, taip pat nebuvo užtikrinta NESS I projekto kokybės priežiūra, nenustatyti projekto kontrolės taškai ir nesuteiktos galimybės visoms suinteresuotoms šalims dalyvauti įgyvendinant projektą (Jankauskienė, Mikulskienė, Pitrenaitė – Žilėnienė, Skaržauskienė, Štivilis, Rotomskienė, Štaras, Mačiulienė, Pukinaitė, Stokaitė, Tamošiūnaitė, 2015, p. 199).

2007 – 2008 m. buvo pereita prie NESS II projekto vykdymo, kurio metu turėjo būti sukurta 11 NESS funkcijų ir trijų regionų: Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos gydymo įstaigų vidaus procesų automatizavimo e. sveikatos sistemos. Šiam projektui lėšos buvo skirtos iš Europos Sąjungos struktūrinės paramos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2013, p. 77). NESS II etape buvo įgyvendintas „E. sveikatos paslaugų“ projektas, kuriuo buvo siekiama sukurti bendrai visą Lietuvą apimančią ir tarptautiniais standartais paremtą e. sveikatos bei sveikatos priežiūros įrašų sistemą. Projektu buvo siekiama užtikrinti didžiųjų gydymo įstaigų (Kauno klinikų, Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų) e. sveikatos funkcionalumą, kurti informacines sistemas, rengti medicinos personalo darbo vietas. Akcentuotina tai, jog NESS II projektas buvo tik iš dalies sėkmingas, kadangi nebuvo sukurta Nacionalinio lygmens 11 funkcijų e. sveikatos informacinei sistemai, tačiau ministerija su anksčiau minėtomis gydymo įstaigomis surado galimybę kitomis priemonėmis užtikrinti sėkmingą projekto „E. sveikatos paslaugos“ tikslų įgyvendinimą, todėl sukurtos sistemos veikia ir jomis naudojasi pacientai (Jankauskienė, Mikulskienė, Pitrenaitė – Žilėnienė, et al. 2015, p. 199 – 200).

Nuolatinis NESS strigimas ir neįgyvendinimas privedė prie naujo Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimo 2011 m., kuomet sistema buvo faktiškai pradėta kurti iš naujo. Šiuo laikotarpiu, remiantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymu, buvo patvirtintas naujas e. sveikatos sistemos modelis. Šio modelio paskirtis – e. sveikatos sistemos plėtra bei priemonių suderinamumas nacionaliniu mastu. Šiame modelyje siekiama sujungti skirtingus duomenų registrus, rinkti elektroninius įrašus apie pacientą, naudotis e. recepto funkcijomis ir pan. Taip pat kitas svarbus šio laikotarpio žingsnis yra tai,

jog buvo priimta Sveikatos sistemos įstatymo pataisa, kuri patvirtino Lietuvos e. sveikatos sistemą (Jankauskienė, Mikulskienė, Pitrenaitė – Žilėnienė, et al. 2015, p. 202). Vėliau buvo priimtas sprendimas kurti naują centralizuotą IS – ESPBI, todėl siekiant tai įvykdyti buvo parengta e. sveikatos sistemos 2009 – 2015 m. plėtros programa ir jos priemonių įgyvendinimo planas. Minėtųjų dokumentų pagalba 2015 m. pabaigoje buvo įgyvendinti 16 nacionalinio ir 13 regioninio lygmens projektų, kurių pagrindu buvo sukurta Lietuvos e. sveikatos sistema. 150 asmens sveikatos priežiūros įstaigų su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija bei joms pavaldžiomis įstaigomis ir Registru centru, kurie įgyvendino e. sveikatos sistemos plėtros projektus. Šių įstaigų pagrindinis tikslas buvo sukurti integracines sąsajas tarp ESPB IS ir kitų projekto metu sukurtų IS bei nuo 2015 m. lapkričio mėnesio užtikrinti duomenų teikimą į ESPB IS. Tačiau trečiasis e. sveikatos sistemos projektų etapas nebuvo įvykdytas, todėl 2015 m. buvo patvirtinta Lietuvos e. sveikatos sistemos 2015 – 2025 m. plėtros programa ir jos priemonių planas. Šių dokumentų pagrindu planuojama toliau vystyti sukurtas IS bei kurti naujas. Visoms sveikatos priežiūros įstaigoms privalomos e. sveikatos sistemos diegimas yra numatytas nuo 2018 m. (Valstybės kontrolė, 2017, p. 8 – 9). Detalesni e. sveikatos sistemos kūrimo etapai pateikti žemiau esančiame paveiksle (žr. 7 pav.)



7 pav. Elektroninės sveikatos sistemos kūrimo etapai
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Valstybės kontrolės ataskaitą, 2017, p. 13)

Kitas aspektas analizuojant e. sveikatos sistemos raidą Lietuvoje yra teisinės bazės apžvalga. E. sveikatos sistemos teisinis pagrindas aktyviai pradėtas tvarkyti atsižvelgiant į Valstybės kontrolės teikiamas rekomendacijas. Pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis e. sveikatos sistemą, yra *LR sveikatos sistemos įstatymas*, kuriame identifikuojama e. sveikatos samprata ir kiti su e. sveikata susiję

aspektai. Taip pat e. sveikatos teisinį pagrindą sudaro *E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 m. plėtros programa*, kuri skirta išlaikyti pusiausvyrą tarp esančių ir naujai atsirandančių IKT diegimo galimybių, siekiant užtikrinti Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtrą (*E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 m. plėtros programa*) bei šios programos *įgyvendinimo priemonių planas*. Toliau seka reikalavimų gydymo įstaigoms patvirtinimas dėl informacinių sistemų bei Lietuvos e. sveikatos sistemos modelio apibrėžimas. Taip pat sistemos teisinis pagrindas yra neatsiejamas nuo *Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo (toliau – ESPBI IS)* bei su jais susijusių aspektų reglamentavimo, kaip ESPBI IS valdytojo, tvarkytojo, duomenų teikėjų. Paskutinis teisės aktas, priskiriamas e. sveikatos sistemos teisiniam pagrindui, yra *E. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programa* (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2013, p. 78). Detaliau žr. 5 lentelė.

5 lentelė. Elektroninės sveikatos sistemos teisinė bazė

(Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją, 2013, p. 78).

E. sveikatos sistemos teisinė bazė
LR Sveikatos sistemos įstatymas – įstatyme įteisinta Elektroninė sveikatos sistemos (e. sveikatos sistemos) sąvoka, sudarytas teisinis pagrindas gydymo įstaigoms teikti duomenis į centrinę (ESPBI IS) informacinę sistemą ir iš jos gauti duomenis.
Patvirtinta E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 metų plėtros programa. Patvirtintas E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planas.
Patvirtinti ir nustatyti reikalavimai sveikatos priežiūros įstaigose diegiamoms informacinėms sistemoms. Apibrėžtas Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelis.
Patvirtinti Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatai. Reglamentuotas ESPBI IS valdytojas – Sveikatos apsaugos ministerija. Pagrindiniu ESPBI IS tvarkytoju paskirtas – valstybės įmonė Registrų centras, turinti stiprią IT bazę. Apibrėžti ESPBI IS duomenų teikėjai. Nustatyti reikalavimai Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų susiejimo su ESPBI ir techninės sąlygos SPI IS ir ESPBI IS integracinei sąsajai.
Patvirtinta E. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programa;

Taigi apibendrinant e. sveikatos sistemos raidą Lietuvoje galima akcentuoti tai, jog e. sveikatos sistemos kūrimas buvo ilgas ir sudėtingas procesas, dėl nuolat išskylančių naujų iššūkių ir problemų, siekiant sukurti ir įdiegti e. sveikatos sistemą. Pastebėta tai, jog vienos iš pagrindinių priežasčių lemiančios nepakankamai sėkmingą e. sveikatos sistemos sukūrimą sietinos su NESS kūrimo etapais, kurie išryškino kūrimo problemas, kaip netiksliai suformuluoti, per sudėtingi tikslai, projektų turinio problemos, pavyzdžiui, kintantys reikalavimai, techninis sudėtingumas, taip pat nepakankami projektų vykdytojų įgūdžiai bei kompetencijos, įgyvendinimo problemos,

Atlikta mokslinės literatūros analizė atskleidė, jog informacinių ir komunikacinių technologijų plėtra medicinoje paskatino e. sveikatos sistemos atsiradimą, kurios pagrindu užtikrinamas kokybiškesnis, greitesnis ir patogesnis sveikatos priežiūros paslaugų suteikimas pacientams. Toliau bus aprašoma atlikto kokybinio ir kiekybinio tyrimo metodologija bei analizuojamas Lietuvos ekspertų ir pacientų požiūriai į privalomas e. sveikatos sistemos diegimo tikėtinas poveikį ir galimas problemas sveikatos priežiūros sistemos dalyviams – administracijai, gydytojams ir pacientams.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS DALYVIŲ POŽIŪRIŲ Į PRIVALOMOS ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS DIEGIMĄ TYRIMO METODOLOGIJA

Šiame magistro baigiamojo projekto skyriuje pristatoma atlikto kokybinio ir kiekybinio tyrimo metodika. Pateikiami tyrimo metodo pasirinkimo motyvai, pristatomi empirinio tyrimo metodai – pusiau struktūruotas interviu ir apklausa, aprašomi tyrimo etapai, tyrimo instrumentas, eiga, tyrimo dalyvių imtis ir charakteristikos, etika bei duomenų analizės metodai.

2.1. Tyrimo metodikos pagrindimas

E. sveikatos sistema nesėkmingai diegiama daugiau nei dešimtmetį, kadangi sistema veikia ne visu pajėgumu, o naudojimasis išlieka pasyvus. E. sveikatos sistema turėtų jungti visas gydymo įstaigas, todėl LR sveikatos apsaugos ministerija priėmė įsakymą, jog nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. visos sveikatos priežiūros įstaigos privaloma tvarka turės įsidiesti e. sveikatos sistemą. Tokia būtinybė kelia naujus iššūkius visai sveikatos priežiūros sistemai ir jos dalyviams. Todėl šiuo darbu siekiama išanalizuoti sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą visose gydymo įstaigose. Analizei pasirinktos trys sveikatos priežiūros sistemos dalyvių grupės, kurias, kaip prognozuojama, e. sveikatos sistemos diegimo būtinybė paveiks stipriausiai ir sukels daugiausiai problemų – administracija, gydytojai ir pacientai.

Empirinio tyrimo objektas – sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą.

Empirinio tyrimo tikslas – ištirti sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą.

Empirinio tyrimo uždaviniai:

1. Parengti tyrimo metodologiją.
2. Išanalizuoti ekspertinius požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir galimas problemas sveikatos priežiūros sistemos dalyviams: administracijai, gydytojams ir pacientams.
3. Ištirti pacientų požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir galimas problemas sveikatos priežiūros sistemos dalyviams: administracijai, gydytojams ir pacientams.
4. Atlikti ekspertinių ir pacientų požiūrių lyginamąją analizę.

Siekiant tai įgyvendinti atliekamas tyrimas, derinant kokybinio ir kiekybinio tyrimo metodus. Pusiau struktūruoto interviu pagalba siekiama išanalizuoti ekspertų požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą, atskleidžiant problemas ir poveikį, su kuriais susidurs administracija, gydytojai ir pacientai. Anketinės apklausos metodas pasirinktas siekiant atlikti pacientų apklausą vienoje iš Kauno poliklinikų, kurios tikslas identifikuoti pacientų požiūrį į privalomą e. sveikatos sistemos diegimą.

Kokybinio tyrimo metodo pasirinkimą lėmė keletas išskiriamų pagrindinių minėtojo tyrimo privalumų. Visų pirma kokybinis tyrimas nereikalauja didelių materialinių sąnaudų, leidžia praplėsti tiriamąją problemą ir ją nagrinėti platesniu aspektu, suteikia galimybę išvysti konkretaus reiškinio vystymosi dinamiką, gauti įvairią informaciją bei prisideda prie naujų hipotezių kūrimo (Tidikis, 2003, p. 366). Taip pat Gaižauskaitė ir Valavičienė (2016) akcentuoja, jog pagrindinis dėmesys kokybiniuose tyrimuose skiriamas tyrimo dalyvių perspektyvoms, subjektyvioms sampratomis ir patirtims bei kasdieniniams kontekstams (p. 15). Pasak Kardelio (2007) apibendrintai kokybinius tyrimus galima apibrėžti, kaip sistemingą, nestruktūrizuotą individų, situacijos, įvykio tyrimą natūralioje aplinkoje, kurio pagalba siekiama suvokti tiriamuosius reiškinius bei pateikti jų paaiškinimą (p. 273). Taigi apibendrinant vertėtų akcentuoti, jog kokybinių tyrimo metodo pasirinkimas yra naudingas tuo, jog minėtasis metodas taikomas tuomet, kai tyrimo tema yra mažai nagrinėta, atliekant tokį tyrimą atskleidžiamos konstruktyvūs, kuriuos sudėtinga nagrinėti kiekybiškai, prasmės ir interpretacijos bei surinkti kokybiniai duomenys interpretuoja ne faktus ar statistiką, o patirtis, prasmes, procesus bei yra paremti autentiška nuostata, filosofija, specialiomis technikomis (Žydžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017, p. 21).

Kiekybinio tyrimo metodo pasirinkimą lėmė keletas šiam metodui būdingų bruožų. Visų pirma kiekybiniu tyrimu siekiama objektyvaus, nešališko požiūrio į tyrimo dalyvius ir jų aplinką. Taip pat šis metodas remiasi išankstinėmis koncepcijomis ir teorijomis, lemiančiomis renkamų duomenų pasirinkimą. Kiekybinis tyrimas yra struktūruotas bei kruopščiai suplanuotas duomenų rinkimas, kuomet duomenys yra išreiškiami skaičiais. Analizuojant duomenis naudojamos statistiniai metodais. Tyrimo išvados apie tam tikrą grupę yra taikomos griežtai apibrėžtai populiacijai bei šiuo metodu siekiama paruošti, kuo objektyvesnes ir neasmenišką tyrimų ataskaitas (Kardelis, 2016, p. 352)

Empirinio tyrimo metodai – *pusiau struktūruotas interviu*. Sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūrių į privalomas e. sveikatos sistemos diegimą analizei atlikti buvo pasirinktas kokybinio tyrimo duomenų metodas – pusiau struktūruotas interviu. Minėtojo metodo pasirinkimą lėmė keletas priežasčių. Viena iš pagrindinių priežasčių, jog atliekant pusiau struktūruotą interviu iš anksto apsvarstomos pagrindinės pokalbio temos, kurias būtina aptarti ir svarbiausi kiekvienos temos klausimai. Taip pat klausimo struktūra pasižymi lankstumu, kadangi suteikiama galimybė reaguoti į realaus interviu eigą (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016, p. 20). Šis metodas leidžia nuodugniau pažinti respondentą ir, atsižvelgiant į darbo tikslą bei uždavinius, gauti būtiną informaciją, kadangi atliekant pusiau struktūruotą interviu, tyrimo eigoje tyrėjas turi galimybę papildomai užduoti plane neįrašytų klausimų tuomet, kai pastebima, kad numatytieji klausimai nesuteikia visos tyrimui būtinos informacijos, kai respondentas nepilnai atsako į pateiktus klausimus ar kai tiriamajam nepatogu atsakyti į tam tikrą klausimą (Telešienė, Morkevičius, Žvaliauskas, 2008, p. 95).

Antrasis metodas – *interview elektroniniu paštu*. Šis metodas yra naudingas tuo, jog elektroniniu paštu galima pasiekti geografiškai nutolusius tyrimo dalyvius bei tuos su kuriais yra sudėtinga suderinti tiesioginį pokalbį. Šis metodas ypatingai tinkamas, kai tiriamasis reiškinys yra susijęs su e. gyvenimo aspektais. Taip pat tai yra pigi, patogi, papildomų išteklių nereikalaujanti bendravimo forma, tyrimo dalyviui ir tiriamajam nereikia derintis vienam prie kito laiko ir vietos atžvilgiu (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016, p. 268).

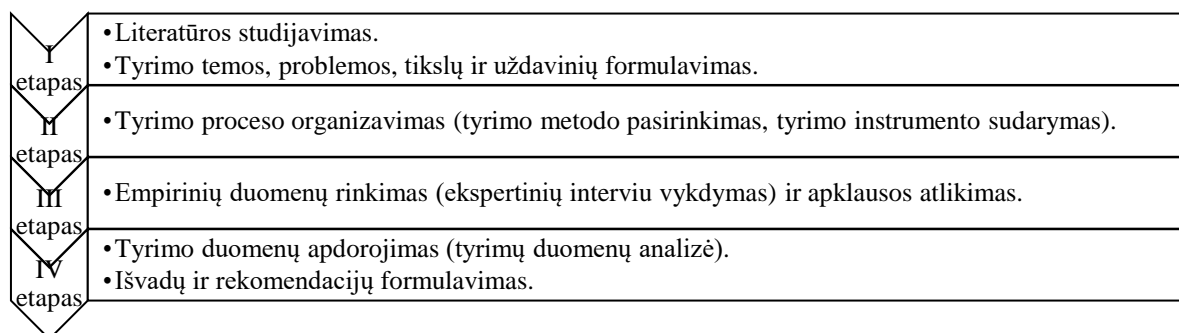
Trečiasis metodas – *apklausa raštu*. Siekiant įvertinti pacientų požiūrį į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą, kaip vieną iš pagrindinių sveikatos priežiūros dalyvių, buvo pasirinkta atlikti apklausą raštu. Šis metodas yra naudingas tuo, jog apklausos raštu metu respondentai savarankiškai pildo klausimyną, kas leidžia pasirinkti tinkamą pildymo greitį bei išlieka daugiau privatumo. Šis metodas suteikia galimybę nuoširdžiau ir atviriau atsakyti į klausimus bei nesuprastą klausimą respondentai gali perskaityti dar kartą (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014, p. 72).

Tiriamosioms grupėms naudotus metodus žiūrėti žemiau esančioje lentelėje (žr. 6 lent.).

6 lent. Empirinio tyrimo metodas
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Tiriamos grupės	Administracija	Gydytojai	Pacientai
Empirinio tyrimo metodas	Pusiau struktūruotas interviu		Apklausa raštu

Empirinio tyrimo eigai nusakyti, sudaryta tyrimo dizaino schema (žr. 8 pav.).



8 pav. Tyrimo dizainas
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

- Pirmasis etapas*. Šiame etape atliekama mokslinės literatūros analizė, kurios pagalba teoriniu aspektu apibrėžta e. sveikatos samprata, elementai, komponentai ir poveikis, kurie davė pagrindą tyrimo problemos, tikslų ir uždavinių formulavimui.
- Antrasis etapas*. Išanalizuotos mokslinės literatūros pagrindu pasirinktas tyrimo metodas bei sudaromos pusiau struktūruoto ekspertinio interviu klausimų gairės ir parengiama anketa pacientams.
- Trečiasis etapas*. Šiame etape sudaroma ekspertų imtis bei atliekami ekspertiniai interviu ir vykdoma pacientų apklausa.

4. *Ketvirtasis etapas*. Paskutiniajame etape analizuojami ekspertinių interviu ir apklausos metu gauta informacija bei formuluojamos išvados ir rekomendacijos.

Tyrimo instrumentas – siekiant įgyvendinti empirinį tikslą, sudarytas pusiau struktūruoto interviu klausimynas, padėsiantis atskleisti laukiamą poveikį ir galimas problemas sveikatos priežiūros dalyviams: administracijai, gydytojams ir pacientams, siekiant gydymo įstaigoms privaloma tvarka įsidięgti e. sveikatos sistemą (žr. 1 Priedas). Šiuo tikslu išskirtos tyrimo kategorijos, kuriomis remiantis suformuluotas interviu, temos bei tikslai (žr. 7 lent.).

7 lentelė. Empirinio tyrimo temos, kriterijai ir tikslas
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės)

KATEGORIJA	TEMOS	TIKSLAS
E. sveikatos sistemos kūrimo aspektai	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E. sveikatos sistemos samprata. ▪ Gerosios praktikos pavyzdys. ▪ E. sveikatos sistemos kūrimo trūkumai. ▪ Priežastys, lemiančios pasyvų e. sveikatos sistemos naudojimą gydymo įstaigose. 	Identifikuoti dabartinę e. sveikatos sistemos kūrimo situaciją bei galimus jos trūkumus.
E. sveikatos sistemos vertinimas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo visose gydymo įstaigose vertinimas. ▪ E. sveikatos sistemą įsidięgsių įstaigų vertinimas. ▪ Rekomendacijos, užtikrinančios sėkmingą e. sveikatos sistemos funkcionavimą. 	Išanalizuoti e. sveikatos sistemos įdiegimo patirtis.
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo problemos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regionų problemos, siekiant įsidięgti privalomą e. sveikatos sistemą. ▪ Problemos, kilsiančios gydytojams ir pacientams po privalo e. sveikatos sistemos diegimo. 	Ištirti privalomos e. sveikatos sistemos diegimo problemas sveikatos priežiūros dalyviams.
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo poveikis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtinas poveikis sveikatos priežiūros dalyviams. ▪ Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo numatomas poveikis sveikatos priežiūros sistemai. ▪ Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimas poveikis medicininių paslaugų kokybei. 	Įvertinti privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį sveikatos priežiūros dalyviams, sistemai ir paslaugų kokybei.

Kaip matyti iš aukščiau pateiktos lentelės pusiau struktūruoto interviu klausimynas parengtas remiantis keturiomis kategorijomis:

1. *E. sveikatos sistemos kūrimo aspektai* – siekiama ištirti e. sveikatos sistemos kūrimą, apibrėžiant e. sveikatos sampratą suvokimą iš skirtingų perspektyvų bei apžvelgiant gerosios praktikos pavyzdį. Taip pat identifikuojant e. sveikatos sistemos kūrimo trūkumus bei priežastis, kurios atskleidžia gydymo įstaigų priešišumą jungtis prie e. sveikatos sistemos.
2. *E. sveikatos sistemos vertinimas* – išanalizuoti požiūrius į būtinybę, jog nuo 2018 m. kovo mėn. visos gydymo įstaigos privaloma tvarka privalės įsidięgti e. sveikatos sistemą. Taip pat siekiama ištirti gydymo įstaigų patirtį, kurios jau yra prisijungusios prie e. sveikatos sistemos bei pateikti rekomendacijas, kurių įgyvendinimas užtikrintų efektyvų e. sveikatos sistemos veikimą.
3. *Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo problemos* – siekiama ištirti galimas problemas su kuriomis susidurs regionai siekdami privaloma tvarka įsidięgti e. sveikatos sistemą nuo 2018 m. kovo mėn. Taip pat nustatyti tikėtinas problemas, kurios kils pagrindiniams sveikatos

priežiūros dalyviams t. y. administracijai, gydytojams ir pacientams po būtinojo prisijungimo prie e. sveikatos sistemos.

4. *Privalomos e. sveikatos sistemos poveikis* – įvertinti privalomos e. sveikatos sistemos diegimo gydymo įstaigose laukiamą poveikį sveikatos priežiūros dalyviams bei visai sveikatos priežiūros sistemai. Bei nustatyti, kaip minėtoji diegimo būtinybė paveiks teikiamų medicininių paslaugų kokybę.

Siekiant įgyvendinti numatytą tikslą, sudarytas klausimynas, padėsiantis atskleisti požiūrį į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą nuo 2018 m. kovo 1 d. visose sveikatos priežiūros įstaigose, tikėtiną poveikį sveikatos priežiūros sistemos dalyviams bei galimas problemas. Klausimyno pradžioje prisistatoma, kas atlieka tyrimą; nurodoma, kur bus panaudoti tyrimo rezultatai; užtikrinimas respondentų anonimiškumas. Pagrindinę anketos klausimyno dalį sudaro 4 uždaro tipo klausimai su pateiktais teiginiais (žr. 2 Priedas). Taip pat išskirti klausimai, susiję su tyrimo dalyvių demografinėmis charakteristikomis, tokiomis kaip – lytis, amžius, išsilavinimas, statusas. Pagrindiniai anketos klausimyno daliai buvo panaudota Likerto skalė, siekiant įvertinti pateiktus teiginius nuo visiškai nepritariu iki visiškai pritariu.

2.2. Tiriamųjų charakteristikos analizė

Ekspertiniai interviu.

Tyrimo dalyvių atranka – tikslinė atranka. Tikslinė atranka yra apibrėžiama, kaip atranka, kuomet į atrankinę visumą, atitinkamai nuo tyrimo tikslų tyrėjas atrenka tam tikrus elementus. Vykdamas minėtąją atranką atrenkamai tik tie individai, kurie asmeniui, atliekančiam tyrimą suteikia vertingos informacijos apie tiriamąjį reiškinį (Telešienė, Morkevičius, Žvaliauskas, 2008, p. 88). Pasinaudojant tikslinę atranką buvo pasirinkti su e. sveikata susiję pagrindiniai sveikatos priežiūros dalyviai t. y. administracija, gydytojai ir pacientai, kurie suteikia prasmingos informacijos apie privalomos e. sveikatos sistemos diegimą.

Tyrimo imties charakteristika. Tyrimo imtį sudarė 9 ekspertai: 3 vadovai, 2 specialistai, 1 projektų vadovas, 1 vadybininkas, 2 gydytojai. Detalesnė demografinė tyrimo dalyvių charakteristika pateikiama žemiau esančioje lentelėje (žr. 8 lent.). Informantams priskiriami atitinkami kodai, dėl konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimo. Kodas „NGIA“ identifikuoja Nacionalinės gydymų įstaigų asociacijos eksperto atsakymus. Kodas „LPOAT“ reiškia Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos poziciją. Kodas „ŠL“ atitinka VĮ „Šilutės ligoninėje“ dirbančio specialisto požiūrį. Kodas „KDP“ nusako VšĮ „Kauno Dainavos poliklinikos“ eksperto požiūrį. Kodas „SD“ reiškia UAB „SoftDent“ specialisto atsakymus. Kodai „KKL“ atitinka „VšĮ „Kauno klinikinės ligoninės“, „SAM“ - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos bei „KPSPGL“ identifikuoja VšĮ „Kauno Panemunės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės“ ekspertų atsakymus.

8 lentelė. Tyrimo dalyvių charakteristikos
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės)

Informanto kodas	KRITERIJAI		
	Lytis	Institucijos tipas	Užimamos pareigos
1_NGIA	Vyras	Nacionalinė gydymų įstaigų asociacija	Atstovas
2_LPOAT	Moteris	Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba	Atstovas
3_ŠL	Vyras	VĮ „Šilutės ligoninės	Audito grupės vadovas
4_KDP	Vyras	VšĮ „Kauno Dainavos poliklinika“	IT specialistas
5_SD	Moteris	UAB „SoftDent“	Projekto vadovė
6_KKL	Moteris	VšĮ „Kauno klinikinė ligoninė“	Vadybininkė
7_SAM	Moteris	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	Vyriausioji specialistė
8_KPSPGL	Moteris	VšĮ „Kauno Panemunės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė“	Gydytoja
9_KPSPGL	Moteris	VšĮ „Kauno Panemunės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė“	Gydytoja

Tyrimo eiga. Kokybinis tyrimas buvo atliktas 2017 m. spalio – lapkričio mėnesiais. Su informantais dėl interviu laiko ir vietos buvo tariamasi elektroniniu paštu iš karto nurodžius pokalbio temą. Tačiau ne visi informantai dėl didelio darbo krūvio ir laiko stokos sutiko atlikti interviu. Iš 9 apklausiamųjų, 6 informantai nurodė, jog į pateiktus klausimus sutinka atsakyti nuotoliniu būdu t. y. elektroniniu paštu. Tačiau prieš sutinkant apklausiamieji norėjo pamatyti klausimyną ir būti tikri, jog pateikti klausimai atitinka jų kompetenciją. Informantų atsakymų trukmė buvo įvairi. Vieni apklausiamieji atsakė per keletą dienų, o kiti užtruko ilgiau. Tačiau visų informantų atsakymai buvo pakankamai išsamūs ir konkretūs. Su likusiais 3 apklausiamaisiais buvo atliekamas interviu žodžiu. Vieno interviu trukmė siekė nuo 15 iki 20 minučių. Informantams sutikus, interviu metu pokalbis buvo įrašinėjamas. Papildomi klausimai buvo užduoti tuo atveju, kai trūko reikalingos informacijos arba apklausiamasis neišsamiai atsakė į pateiktą klausimą.

Pacientų apklausa.

Tyrimo dalyvių atranka – patogioji atranka. Patogiosios atrankos būdu pasirenkami pirmi pasitaikę ar lengviausiai pasiekiami individai. Vykdamas minėtąją atranką ne visi tiriamosios populiacijos nariai turi galimybę pakliūti į imtį. Patogiosios atrankos būdu sudarytos imtys neužtikrina rezultatų reprezentatyvumo (Telešienė, Morkevičius, Žvaliauskas, 2008, p. 87). Pasinaudojus patogiąją atranką buvo apklausti tuo metu Kauno gydymo įstaigoje esantys pacientai.

Tyrimo eiga. 2017 m. lapkričio mėnesį buvo atliekama pacientų apklausa vienoje iš Kauno gydymo įstaigų. Šiam tikslui įgyvendinti buvo gautas universiteto patvirtinimas. Sveikatos priežiūros įstaigos laukiamuosiuose buvo apklausta 100 informantų. Jiems buvo išdalintos anketos, kurias užpildžius grąžintos atgal tyrėjui. Apklausos metu daugelis vyresnio amžiaus pacientų nesutiko atsisakė dalyvauti būti apklausiami.

Žemiau esančioje lentelėje pateikiamos platesnės respondentų demografinės charakteristikos, t. y. lytis, amžius, išsilavinimas bei statusas (žr. 9 lent.).

9 lentelė. Informantų demografinė charakteristika
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės)

DEMOGRAFINĖ CHARAKTERISTIKA		N
Lytis	Moteris	60
	Vyras	40
Amžius	29 ir mažiau	46
	30 – 39	10
	40 – 49	13
	50 – 59	14
	60 ir daugiau	17
Išsilavinimas	Vidurinis	21
	Profesinis	22
	Bakalauro laipsnis	48
	Magistro laipsnis ir aukštesnis	9
Statusas	Bedarbis/ bedarbė	9
	Dirbantis/dirbanti	58
	Studentas/studentė	18
	Pensininkas/pensininkė	15

Tyrimo apribojimai. Apklausa nėra reprezentatyvi, kadangi tyrime surinkta informacija atspindi tik tyrimo metu pateiktus informantų požiūrius. Tyrimo išvados taikytinos tik apibendrinant Kauno gydymo įstaigos pacientų požiūrius, o ne taikytinos vertinant visos šalies pacientų požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir galimas problemas.

Tyrimo etiniai principai. Renkant duomenis buvo laikomasi tyrimams būdingų etikos principų:

- *Pagarbos asmens privatumo principo*, kuris užtikrina, jog tyrimo dalyviai nebus išnaudoti vien tik kaip priemonė tyrimo tikslui pasiekti. Šis principas įgyvendinamas pažadant tyrimo dalyviams pasidalinti gautais tyrimo rezultatais.
- *Konfidencialumo principo*, kuris užtikrina, jog informacija apie tyrimo dalyvius ir nagrinėjamą medžiagą bus prieinama tik tyrėjui. Šis principas įgyvendintas užtikrinant, jog gauta informacija bus panaudota moksliniais tikslais.
- *Anonimiškumo principo*, kuris atspindi, kiek informacijos apie tyrimo dalyvius lieka neiškios arba nežinomos. Šis principas užtikrinamas tyrimo dalyviams priskiriant kodus.
- *Teisingumo principo*, kuris reiškia, jog tyrėjas, vadovaudamasis teisingumo principu ir gerbdamas tyrimo dalyvių autonomiją, suteikia teisę rinktis, ar jis nori dalyvauti atliekant tyrimą. Šis principas užtikrinamas, gavus tiriamojo patvirtinimą, jog sutinkama dalyvauti tyrime (Žydzūnaitė, Sabaliauskas, 2017, p. 341 – 348).

Tyrimo duomenų analizės metodas – kokybinė turinio analizė ir statistinė duomenų analizė. Kokybinė turinio analizė yra metodas, kuris padeda įsigilinti į tam tikrus objektus ar kontekstus, kurio pagalba domimasi panašumais bei skirtumais tarp kategorijų ar kodų. Taip pat šis metodas yra susijęs su skelbiamąja ir latentinę teksto prasme. Skelbiamasis turinys yra tai, ką tekstas sako, dažniausiai pristatomas kategorijomis, o temos yra latentinio turinio raiška t. y. apie ką tekstas kalba. Kitaip tariant kokybinė turinio analizė palengvina konteksto prasmės tekste suvokimą per

išskylančias temas, o kodavimo procedūros (kategorijų/subkategorijų) kartojimas produkuoja atskiras temas (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008, p. 226, 228). Nagrinėjant privalomos e. sveikatos sistemos diegimą, kaip naują ir visiškai nenagrinėtą reiškinį, apie kurį nepakanka turimų žinių ir informacijos taikomas indukcinis kokybinės turinio analizės metodas. Privalomos e. sveikatos sistemos diegimą apibūdinančios unikalios savybės yra jungiamos pagal panašumus, todėl indukcinės kokybinės turinio analizės išvados yra apibendrinamojo pobūdžio. Indukcinė kokybinės turinio analizė apima šiuos etapus: atvirą kodavimą, duomenų grupavimą, kategorijų išskyrimą (Žydžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017, p. 69 – 70). Statistinė duomenų analizės pagrindu panaudojus IBM SPSS Statistics programą atliktas duomenų analizės procesas, kurio pagrindu išanalizuoti pacientų apklausos duomenys bei duomenimis susisteminti ir pavaizduoti grafiškai naudotas aprašomosios statistikos metodas.

3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS DALYVIŲ POŽIŪRIŲ Į PRIVALOMOS ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS DIEGIMĄ TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

Šiame magistro baigiamojo projekto skyriuje analizuojama surinkta informacija: ekspertinių interviu ir pacientų apklausos metu gauti duomenys. Skyriuje yra nagrinėjami e. sveikatos sistemos kūrimo aspektai, e. sveikatos sistemos vertinimas, privalomos e. sveikatos sistemos diegimo problemos ir poveikis, kurie yra išskaidyti į keturis skyrius. Pasitelkus ekspertinių interviu pagrindu gautą informaciją siekiama atskleisti e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir problemas bei atlikti ekspertų ir pacientų požiūrių lyginamąją analizę.

3.1. Elektroninės sveikatos sistemos kūrimo aspektai

Kokybinio tyrimo interviu metu ekspertams buvo užduodamas klausimas susijęs su e. sveikatos sistemos sampratos apibrėžimu. (1 kategorija – E. sveikatos sistemos samprata). Remiantis ekspertų požiūriais, buvo siekta nustatyti e. sveikatos sistemą labiausiai išryškinančius požymius. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 10 lent.).

10 lentelė. Ekspertų požiūriai į elektroninės sveikatos sistemos sampratą
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
E. sveikatos sistemos samprata	Medicininės dokumentacijos pildymo perkėlimas į elektroninę erdvę	„Sistemiškai žvelgiant e. sveikatos sistema turėtų perkelti gydytojo administracinį darbą į elektroninę erdvę, tai resursas kuris turėtų leisti daugiau skirti laiko pacientų fizinei apžiūrai ir sumažinti administraciniam darbui tenkantį laiką.“ (1_NGIA) „Mano nuomone, e. sveikata yra visų popierinių darbų perkėlimas į elektroninę sistemą.“ (8_KPSPGL)
	Reglamentuojama įstatymais	„Kaip nurodyta 2011 m. birželio 7 d. LR Sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio papildymo ir įstatymo I dalies papildymo III skyriumi įstatyme Nr. XI-1432, elektroninė sveikatos sistema (e. sveikatos sistema) – priemonių, skirtų sveikatinimo veiklai, pasitelkiant informacines ir ryšių technologijas, visuma.“ (6_KKL) „E. sveikatos sistemos apibrėžimas yra pateikiamos LR sveikatos sistemos įstatymo antrame straipsnyje. Tai numato ir apibrėžia teisės aktai.“ (7_SAM)
	Pacientų informuotumas	„<...> pacientams informacija apie paslaugas, registracija, sąskaitos už atliktas paslaugas ir t.t.“ (2_LPOAT) „Taip pat, sistema turi tarnauti visiems jos naudojamais: pacientai turi rasti visą informaciją susijusią su savo liga <...>.“ (1_NGIA) „<...> jos tikslas yra kurti bendrą pacientų medicininės informacijos duomenų bazę <...>“ (5_SD)
	Duomenų apsikeitimas	„<...> galimybė medikams keistis informacija (konsultacijos, tyrimai, rentgeno nuotraukos ir pan.) <...>.“ (2_LPOAT) „<...> paciento duomenų mainai tarp įvairių sričių gydytojų/sveikatos priežiūros specialistų. <...> duomenų mainai tarp įvairių sričių gydytojų/sveikatos priežiūros specialistų.“ (3_ŠL) „Ši sistema, mano požiūriu, turėtų būti aplinka, kurioje gydytojai, pacientai rastų visą gydymo paciento ligos istoriją iš visų poliklinikų <...>.“ (4_KDP)

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad e. sveikatos sistemos samprata yra glaudžiai siejama su medicininės dokumentacijos pildymo perkėlimu į elektroninę erdvę sveikatos priežiūros įstaigose. „<...> e. sveikata yra visų popierinių darbų perkėlimas į elektroninę sistemą“ – teigia informantas 8_KPSPGL. Šiam požiūriui taip pat pritaria ir informantas 1_NGIA: „sistemiškai žvelgiant e. sveikatos sistema turėtų perkelti gydytojo administracinį darbą į elektroninę erdvę <...>“, kuris taip pat pabrėžia, jog toks laiko sutaupymas leistų daugiau dėmesio skirti pagrindinei gydytojo veiklai – paciento gydymui. Taip pat e. sveikatos sistemos koncepcija yra neatsiejama nuo pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos dalyvių – pacientų. Interviu metu išryškėjo, jog pacientų informuotumas yra sekantis e. sveikatos sistemą apibrėžiantis požymis, kadangi sistema suteikia galimybę stebėti visą ligos istoriją ir gauti informaciją apie ligas, registracijas ir kt. Kaip teigė 2_LPOAT informantas: „<...> pacientams informacija apie paslaugas, registracija, sąskaitos už atliktas paslaugas ir t.t.“, taip pat tai patvirtina ir kitas informantas 1_NGIA akcentuodamas, jog: „<...> pacientai turi rasti visą informaciją susijusią su savo liga“. Taip pat charakterizuojant e. sveikatos sistemą, ekspertai pabrėžė duomenų apskeitimą reikšmę. Pasak informantų duomenų apskeitimas suteikia galimybę greitai ir tiksliai pasikeisti duomenimis apie pacientams suteiktas gydymo paslaugas ir tyrimus bei gydymo eigą kitose sveikatos priežiūros įstaigose „<...> paciento duomenų manai tarp įvairių sričių gydytojų/sveikatos priežiūros specialistų. <...> duomenų mainai tarp įvairių sričių gydytojų/sveikatos priežiūros specialistų“ – šį požiūrį patvirtina informantas 3_ŠL.

Tačiau analizuojant šį klausimą detaliau pastebima tai, jog ne visi ekspertai identifikuodami e. sveikatos sistemos apibrėžimą remiasi savo požiūriu. Tai patvirtina teisės aktų ir kitų dokumentų citavimas. Tokią situaciją įrodo 6_KKL informantas, kuris remdamasis LR Sveikatos sistemos įstatyme pateikiama e. sveikatos sistemos apibrėžtimi, sistemą apibūdina: „<...> priemonių, skirtų sveikatinimo veiklai, pasitelkiant informacines ir ryšių technologijas, visuma.“ Taip pat, ekspertai siekdami apibūdinti e. sveikatos sistemą remiasi ir kitais dokumentais t.y. Valstybės kontrolės Valstybinio audito ataskaita „Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas“, kurioje pateikiamas išsamus e. sveikatos sistemos apibrėžimas. E. sveikatos sistema siejama su informacinėmis ir ryšių technologijomis, kurių pagalba skaitmenizuojami pacientų duomenys: receptai, tyrimai ir kt. bei sudaroma galimybė technologijų pagalba keistis duomenimis tarp sveikatos priežiūros įstaigų (Valstybės kontrolė, 2017, p. 8).

Europos Komisija (2017) apibrėždama e. sveikatą akcentuoja keletą aspektų. Visų pirma išryškinama informacinių ir ryšių technologijų svarba, kurių pagalba naudojant atitinkamas priemones suteikiama galimybė pagerinti diagnozavimą, gydymą, prevenciją, stebėjimą. Taip pat e. sveikata užtikrina vis daugiau galimybių gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas naudojant e. sveikatos priemones, kas lemia sveikatos sektoriaus veiksmingumą. Be to, nurodoma, jog e. sveikatos sistemą sudaro dalijimasis informacija ir duomenimis tarp pacientų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų,

ligoninių, sveikatos priežiūros specialistų ir sveikatos apsaugos informacijos tinklų, apimanti elektroninius sveikatos įrašus, telemedicinos paslaugas ir kt. Tyrimo rezultatai parodė, jog dėl e. sveikatos sistemos apibrėžimo ekspertų ir Europos Komisijos požiūriai sutampa iš dalies. Tiek informantai, tiek Europos Komisija akcentavo duomenų apsaugos svarbą tarp skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų bei pabrėžė informacinių technologijų reikšmę. Tačiau pastebima tai, jog ekspertai apibūdindami e. sveikatos sistemą didelį dėmesį skiria medicininės dokumentacijos pildymo perkėlimui į elektroninę erdvę bei pacientų informuotumui. Tai atskleidžia, jog Lietuvoje e. sveikatos sistema suvokiama, kaip elektroninė erdvė, į kurią gydytojai perkelia administracinį darbą ir pacientų informacinę bazę apie sveikatos įrašus. Tokie požiūriai išryškina siaurą e. sveikatos sistemos suvokimą, kuomet ES dėmesys skiriamas paslaugų kokybės užtikrinimui.

Apibendrinant, galima teigti, jog ekspertų požiūriai į e. sveikatos sistemą atskleidžia tam tikrus požymius, kurie taip pat apibūdina ir suvokimą apie e. sveikatą. Remiantis ekspertų požiūriais galima daryti prielaidą, jog e. sveikata yra elektroninė erdvė palengvinanti gydytojų darbą, suteikianti galimybę pacientams rasti visą reikiamą informaciją ir užtikrinanti duomenų mainus tarp skirtingų gydymo įstaigų.

Taip pat interviu metu buvo klausiama apie gerosios praktikos pavyzdžius ir konkretų Estijos atvejį (2 kategorija – gerosios praktikos pavyzdys). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitoje (2011) „Analizė, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita“ akcentuojama, jog Estijos e. sveikatos sistema neretai įvardijama, kaip viena pažangiausių ir nuosekliausiai įdiegtų. Taip pat ataskaitoje vertinant Estijos e. sveikatos sistemą pabrėžiama, jog estai sugebėjo įsidiesti funkcionuojančią sistemą per gana trumpą laikotarpį, nors nebuvo vadovautasi unifikauta e. sveikatos diegimo strategija. Taip pat estai daug investuoja į sveikatos sistemą, kadangi e. sveikatos sistemos finansavimui kasmet iš Estijos sveikatos apsaugos fondo, kuris yra didžiausias e. sveikatos paslaugų teikėjas, skiria apie 14 proc. metinio veiklos biudžeto informacinių technologijų, susijusių su e. sveikatos sistema tobulinimui (p. 53 – 56). Remiantis ekspertų požiūriais šiuo klausimu buvo siekta įvertinti Estijoje sukurta e. sveikatos sistemą. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 11 lent.).

11 lentelė. Ekspertų požiūriai į gerosios praktikos pavyzdį
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Gerosios praktikos pavyzdys	Estijos sistema nėra tobula	„Estijos sistema nėra labai puiki. Vyko valstybės kontrolė bei jų padalinys buvo informuotas, kaip neįvykdęs rezultatų t.y. nepasisėkęs. <...> Estai realiai įgyvendino tik e-receptą, jie nefinansavo nei sveikatos priežiūros gydymo įstaigų informacinių sistemų, nei nieko daugiau.“ (7 SAM) „<...> Estija dar daug turi problemų su e sveikata, ir jos pavyzdys mūsų šaliai nevisai tiktų.“ (3 ŠL)
		„Estijos sistema vertinama dėl jos konkretumo. <...> Estų sistema yra žymiai siauresnė nei Lietuvoje, todėl tiek gydytojui yra ją paprasčiau naudoti, tiek technikams yra paprasčiau ją prižiūrėti. <...> Įvardinčiau, kad sveikatos sistemos dydis ir ne per didelis

	Estijos e. sveikatos sistemos kūrimo privalumai	<p>sistemos plotis lėmė gerus rezultatus. “ (1_NGIA)</p> <p>„Kai tik e. sveikata startavo estai tiesiog pasakė vieną datą, nuo kada visi privalomąją tvarką turėjo naudotis e. sveikatos sistema. Tai per savaitę 95 proc. jau buvo susijungę į e. sveikatos sistemą. <...>“ (5_SD)</p> <p>„Manau Estija daug investavo ir vis dar investuoja į visą gydymo informacinę sistemą ir jos palaikymą.“ (4_KDP)</p> <p>„Visos inovacijos ir visą tai, ką jie ten daro yra viskas paprasčiau nei pas mus.“ (8_KPSPGL)</p>
	Pasimokyti iš Estijos	<p>„<...> manau, vertėtų organizuoti SPĮ specialistų vizitus į Estijos gydymo įstaigas, kur būtų galima pasimokyti perimti gerąją patirtį.“ (6_KKL)</p> <p>„Perimti užsienio šalių gerąją praktiką ir neišradinėti „dviračio“ iš naujo.“ (2_LPOAT)</p> <p>„Mažiau kalbų daugiau darbų, estai yra tokie santūriūs žmonės, bet jie daro užtat ir padaro.“ (9_KPSPGL)</p> <p>„<...> Manau nebereikia „išradinėti“ naujų dalykų turime ir turėjome nuo pat pradžių puikių IT specialistų kurie sėkmingi gali sukurti efektyviai funkcionuojantį centrinių duomenų serverį į kurį patenka visi medicininiai duomenys. Siūlyčiau pagalvoti apie Santaros klinikų sukurtą e sveikatos sistemą. Ją giria ne tik rezidentai, gydytojai, bet po rezidentūros pradėję dirbti gydytojai rajonuose, tai yra vietinių IT specialistų sukurtas produktas dirbat kartu su gydytojais praktikais.“ (3_ŠL)</p>

Nors Estijos e. sveikatos sistema pasaulyje yra pripažįstama, kaip viena geriausių ir sėkmingai egzistuoja daugiau nei dešimt metų, tačiau tyrime dalyvavę ekspertai pateikė nuomonę, jog Estijos e. sveikatos sistema nėra labai gera. „Estijos sistema nėra labai puiki. Vyko valstybės kontrolė bei jų padalinys buvo informuotas, kaip neįvykdęs rezultatų t.y. nepasisėkęs <...>“ – teigė informantas 7_SAM, šį požiūrį taip pat patvirtina ir informantas 3_ŠL: „<...> Estija dar daug turi problemų su e. sveikata, ir jos pavyzdys mūsų šaliai nevisai tiktų“. Tačiau ne visi ekspertai vienareikšmiškai sukritikavo Estijos e. sveikatos sistemą, o priešingai išskyrė šios sistemos privalumus. Informantai įvardijo keletą pagrindinių e. sveikatos sistemos teigiamų aspektų. Vienas iš jų – paprastesnis naudojimas sistema. „<...> estų sistema yra žymiai siauresnė nei Lietuvoje, todėl tiek gydytojui yra ją paprasčiau naudoti, tiek technikams yra paprasčiau ją prižiūrėti“ akcentavo informantas 1_NGIA bei šį požiūrį patvirtino ir 8_KPSPGL: „Visos inovacijos ir visą tai, ką jie ten daro yra viskas paprasčiau nei pas mus.“ Taip pat ekspertai akcentavo, jog estų e. sveikatos sistemos sėkmę lėmė investicijos į informacinės sistemos kūrimą, tai atspindi 4_KDP informanto išsakytas požiūris „Manau Estija daug investavo ir vis dar investuoja į visą gydymo informacinę sistemą ir jos palaikymą.“ Taip pat informantai pažymėjo, jog prie sistemos kūrimo prisidėjo ir tikslus terminų įvykdymas: „Kai tik e. sveikata startavo estai tiesiog pasakė vieną datą, nuo kada visi privalomąją tvarką turėjo naudotis e. sveikatos sistema. Tai per savaitę 95 proc. jau buvo susijungę į e. sveikatos sistemą. <...>“ akcentavo informantas 5_SD. Taip pat interviu metu išryškėjo ekspertų patarimai apie tai, ko būtų galima pasimokyti iš estų sukurtos e. sveikatos sistemos. Pagrindinis dalykas, kurį išryškino informantai tai, jog šiuo metu svarbiausia nekurti naujos e. sveikatos sistemos, o daugiau dėmesio skirti jau iki šiol gyvuojančiai. „Mažiau kalbų daugiau darbų, estai yra tokie santūriūs žmonės, bet jie daro užtat ir padaro.“ – teigė informantas 9_KPSPGL. Šiam požiūriui pritaria ne vienas ekspertas: Manau nebereikia „išradinėti“ naujų dalykų turime ir turėjome nuo pat pradžių puikių IT specialistų kurie

sėkmingi gali sukurti efektyviai funkcionuojanti centrini duomenų serverį“ pritarė 3_ŠL informantas bei jiems antrina ir 2_LPOAT informantas, kurio teigimu svarbiausia: „<...> neišradinėti „dviračio“ iš naujo“.

Tyrimas atskleidė, jog Lietuvoje, ekspertų nuomone, Estija kaip gerosios praktikos pavyzdys nėra visiškai tinkamas, kadangi pastebimi tam tikri sistemos trūkumai, kas lemia šios sistemos netinkamumą mūsų šaliai. Ekspertai išskyrė, jog Estijoje realiai buvo įgyvendintas tik e. receptas bei akcentavo finansavimo problemas. Taip pat dauguma informantų pabrėžė, jog svarbiausia yra nesilygiuoti į kitų šalių kuriamas e. sveikatos sistemas, o dėmesį sutelkti į dabartinę sistemą, kuri nėra bloga, tačiau reikalaujanti nuolatinio specialistų darbo ir priežiūros.

Siekiant išanalizuoti e. sveikatos sistemos kūrimo aspektus, interviu metu ekspertams buvo užduodamas klausimas apie e. sveikatos sistemos kūrimo trūkumus (3 kategorija – e. sveikatos sistemos kūrimo trūkumai). Remiantis ekspertų požiūriais, buvo siekta išsiaiškinti esminius e. sveikatos sistemos kūrimo neigiamus aspektus, kurie lėmė nepakankamai sėkmingą e. sveikatos sistemos sukūrimą. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Ekspertų požiūriai į e. sveikatos sistemos kūrimo trūkumus
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
E. sveikatos sistemos kūrimo trūkumai	E. sveikatos sistemos sutrikimai	„<...> ESPBI sistemos nuolatiniai gedimai, skirtingos šalies gydymo įstaigų e. sistemos <...>. Kalbant apie e-recepto sukurtą modulį esveikata.lt portale, jis be nuolatinųjų trikdžių neveikia.“ (3_ŠL) „<...> Registrų centro tvarkomos ESPBI IS sutrikimus priimant ir apdorojant duomenis (dėl kurių gydytojai negali pasirašyti elektroninių dokumentų elektroniniu parašu).“ (6_KKL)
	Mokymų stoka	„Daugumoje gydymo įstaigų nėra skatinamas darbas su kompiuteriu, nerengiami minimalūs mokymai, seminarai darbuotojams, ypatingai valstybės gydymo įstaigose.“ (4_KDP) „<...> Likom visiškai nemokinti, negavom nei jokių kursų, nei mums kas atvažiavę parodė, tiesiog galima sakyti savamoksliai. <...> Tai šitas dalykas manau buvo skirtą per mažai dėmesio, reikėjo skirti daugiau dėmesio tokiems mokymams.“ (9_KPSPGL) „SPI nesugebėjimą laiku imtis sistemos diegimo ir specialistų mokymo <...>“ (6_KKL)
	Kompiuterinio raštingumo trūkumas	„<...> kompiuterinio raštingumo trūkumo vyresniojoje kartoje – nemaža dalis gydymo įstaigos vyresniųjų darbuotojų neturi elementariausių žinių kai naudotis kompiuteriu, ką kalbėti tada apie dokumentų rašymą, ilgiausių anamnezinių aprašymus ir panašiai.“ (4_KDP)
	E. sveikatos sistemos veikimo problemos	„<...> trūksta atsakomybės už sistemos veikimo rezultatus.“ (2_LPOAT) „Sistema buvo modifikuojama keletą sykių ir siekiama apimti viską, o ne sukurti veikiantį ir išbandytą (nors ir siauresnį) produktą pažingsniui.“ (1_NGIA) „Šiuo atveju buvo sukurta sistema, neištestuota labai gerai ir paleista kaip pilnai veikianti.“ (4_KDP)
	Sudėtinga e. sveikatos sistema	„<...> visiškai neatitinką šalies gydytojų lūkesčių: sudėtinga, nepraktiška, labai daug laiko reikalaujanti platforma“ (3_ŠL) „Sistema yra sudėtinga, galėtų viskas paprasčiau būti, kam ten reikia eiti per kelis punktus, kad surasti reikiamą punktą.“ (8_KPSPGL)

E. sveikatos sistemos kūrimas Lietuvoje nebuvo labai pavykęs, kaip buvo planuojama. Tai atskleidė menkas naudojimas sistema ir abejingumas dėl sistemos kūrimo tikslų pasiekimo, kokybės

ir saugumo. Todėl ekspertų buvo prašoma įvardinti trūkumus, kurie lėmė būtent tokią situaciją. Dauguma informantų pagrindiniais trūkumais įvardijo e. sveikatos sistemos sutrikimus ir veikimo problemas. Pagrindė ekspertai pabrėžė ESPBI sistemos sutrikimus: „*ESPBI sistemos nuolatiniai gedimai, skirtingos šalies gydymo įstaigų e. sistemos*“ – teigė informantas 3_ŠL, šį požiūrį taip pat patvirtina ir 6_KKL informantas: „*Registru centro tvarkomos ESPBI IS sutrikimus priimant ir apdorojant duomenis*“. Taip pat kitas nurodomas trūkumas, jog pilnai neveikiančia sistema, buvo leista naudotis, kaip pilnai sukurta. „*Šiuo atveju buvo sukurta sistema, neištestuota labai gerai ir paleista kaip pilnai veikianti*“ šį požiūrį pagrindžia 4_KDP informantas. Bei išskiriamos šios priežastys, kaip aiškios sistemos architektūros neturėjimas prieš pradėdant projekto kūrimą bei neatsižvelgimas, kokių resursų reikės palaikyti stabiliam sistemos darbui, kai naudosis visos Lietuvos gydymo įstaigos. Ne pakankamai sėkmingą e. sveikatos sistemos sukūrimą lėmė ir mokymų stoka, kadangi dauguma sveikatos priežiūros specialistų nebuvo mokomi ar supažindinami su sistema ir jos veikimo bei naudojimosi galimybėmis. Tai patvirtina 4_KDP informanto požiūris: „*Daugumoje gydymo įstaigų nėra skatinamas darbas su kompiuteriu, nerengiami minimalūs mokymai, seminarai darbuotojams, ypatingai valstybės gydymo įstaigose*“. Taip pat ekspertai prie sistemos kūrimo trūkumų priskiria ir kompiuterinio raštingumo problemas, ypač vyresniems specialistams, kurie nežino ar nemoka naudotis kompiuteriais: „*<...> nemaža dalis gydymo įstaigos vyresniųjų darbuotojų neturi elementariausių žinių kaip naudotis kompiuteriu*“ – pabrėžia 4_KDP informantas. Prie e. sveikatos sistemos kūrimo trūkumų ekspertai įvardija ir sistemos sudėtingumą, kuomet siekiant atlikti tam tikrą veiksmą privaloma įvykdyti daug žingsnių, kas atima nemažai laiko. „*<...> visiškai neatitinką šalies gydytojų lūkesčių: sudėtinga, nepraktiška, labai daug laiko reikalaujanti platforma*“ – akcentuoja informantas 3_ŠL.

Vertėtų akcentuoti tai, jog Europos Komisijos komunikate (2012) išskiriamos e. sveikatos sistemos diegimo kliūtys yra vienareikšmiškai prieštaringos ekspertų požiūriams. Komunikate akcentuojama piliečių ir sveikatos priežiūros specialistų informacijos trūkumas apie e. sveikatos sprendimus ir nepasitikėjimą jais, taip pat nepakankamą e. sveikatos sprendimų sąveikumą, per mažą kiekį duomenų apie e. sveikatos priemonių ir paslaugų ekonominį efektyvumą. Be to, prie kliūčių priskiriama ir didelės pradinės e. sveikatos sistemų diegimo sąnaudos bei regioniniai prieigos prie IRT paslaugų skirtumai (p. 6).

Remiantis ekspertų požiūriais, tyrimas atskleidė, jog Lietuvoje pagrindinai e. sveikatos sistemos trūkumai yra susiję su technine sistemos puse bei mokymų ir kompiuterinio raštingumo problemomis. Taip pat akcentuotina tai, jog ES šalyse didžiausios diegimo kliūtys siejamos su nepakankamu informuotumu. Taigi, galima daryti prielaidą, jog ES šalyse techniniai e. sveikatos sistemos kūrimo aspektai nekelia jokių problemų, priešingai nei mūsų šalyse, kur pasak ekspertų požiūrių sistema dar nėra tinkamai veikianti ir turi būti nuolat tobulinama.

Toliau analizuojant e. sveikatos sistemos kūrimo aspektus ekspertų buvo prašoma identifikuoti priežastis, kurios sąlygoja ne pakankamai aukštą e. sveikatos sistemos naudojimąsi gydymo įstaigose (4 kategorija – priežastys, lemiančios pasyvų e. sveikatos sistemos naudojimą gydymo įstaigose). Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 13 lent.).

13 lentelė. Ekspertų požiūriai į priežastis, lemiančias menką e. sveikatos sistemos naudojimą gydymo įstaigose
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Priežastys, lemiančios pasyvų e. sveikatos sistemos naudojimą gydymo įstaigose	Kompiuterinės įrangos trūkumas	„Neturi galimybės įstaigos įsigyti naujų programų, kompiuterių.“ (2_LPOAT) „Pagrindinė problema, <...> tai yra kompiuterinis raštingumas ir kompiuterizacija gydymo įstaigoje. Jeigu norite, kad gydymo įstaiga naudotų e. sveikatos sistemą jai reikia bent kompiuterio su interneto ryšiu <...>.“ (5_SD) „Kompiuterinės įrangos trūkumas, arba jos atnaujinimo problemos“ (3_ŠL) „Pirmiausia gydytojas turi turėti kompiuterį <...>“ (8_KPSPGL)
	E. sveikatos sistemos trikdžiai	„Kai kurios įstaigos yra anksčiau susikūrusios sistemas įstaigos viduje, bet bendrojo sistemoj jos neveikia, stringa.“ (2_LPOAT) „Turbūt nuo projekto starto 2016 lapkričio 2 d. nebuvo nė savaitės, kada sistema veiktų be priekaištų <...>“ (1_NGIA) „Neįvertinti sistemos pajėgumai (ESPBI nuolatiniai gedimai).“ (3_ŠL)
	Mokymai	„<...> būtina apmokyti specialistus dirbti su naujom programom.“ (2_LPOAT) „Nėra prisijungusios dėl to, jog dar ne visi moka.“ (9_KPSPGL)
	Lėšų trūkumas	„Man atrodo, kad pinigai buvo naudojami tik centrinės valdžios sistemoms kurti, bet jų trūksta gydymo įstaigoms.“ (2_LPOAT) „E. sveikata <...> buvo finansuotas jos suderinamas su jau naudojamomis sistemas, likusieji turėtų suderinti sistemas savo lėšomis, kurios nėra numatytos.“ (1_NGIA) „Lėšų iš PSDF trūkumas e sveikatos sistemos nuolatiniam darbui užtikrinti.“ (3_ŠL) „<...> naujos sistemos įsidiegimas su ESPBI integracija kainuoja gana daug <...>.“ (4_KDP)

Remiantis naujausiais E. sveikatos portalo (2017) duomenimis pastebima tai, jog iš 600 sveikatos priežiūros įstaigų apie 400 gydymo įstaigų jau naudoja Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą. Nepaisant to, jog naudotojų skaičius nėra mažas, tačiau pastebimas pasyvus likusių gydymo įstaigų prisijungimas. Todėl ekspertų buvo prašoma įvardinti priežastis, kurios lemia sveikatos priežiūros įstaigų priešišumą įsidiegti e. sveikatos sistemą. Dauguma informantų, kaip pagrindine priežastimi, įvardijo kompiuterinės įrangos trūkumą, kuri yra pagrindinė priemonė, leidžiantis naudotis e. sveikatos sistema. „Pagrindinė problema, <...> tai yra kompiuterinis raštingumas ir kompiuterizacija gydymo įstaigoje. Jeigu norite, kad gydymo įstaiga naudotų e. sveikatos sistemą jai reikia bent kompiuterio su interneto ryšiu <...>.“ – teigė informantas (5_SD), kuriam taip pat pritaria ir 3_ŠL informantas: „Kompiuterinės įrangos trūkumas, arba jos atnaujinimo problemos“. Kita priežastis, lemianti pasyvų e. sveikatos sistemos naudojimą gydymo įstaigose, kurią akcentuoja nemaža dalis informantų, yra nuolatiniai sistemos trikdžiai, kurie ne tik apsunkina sveikatos priežiūros specialistų darbą, bet taip pat neužtikrina kokybiškų paslaugų suteikimo. Šį požiūrį pagrindžia ne vienas ekspertas: „Turbūt nuo projekto starto 2016 lapkričio 2 d. nebuvo nė savaitės, kada sistema veiktų be priekaištų <...>“ – teigia informantas 1_NGIA, šį požiūrį

taip pat pagrindžia 2_LPOAT informantas: „<...> susikūrusios sistemas įstaigos viduje, bet bendroji sistemoj jos neveikia, stringa“. Taip pat ekspertai pažymėti, jog gydymo įstaigų priešišumą lemia ir lėšų trūkumas gydymo įstaigose, kurios reikalingos įsigyti kompiuteriniai įrangai, apmokymams bei naujos sistemos įsidieгимui. „<...> naujos sistemos įsidieгimas su ESPBI integracija kainuoja gana daug <...>“ – teigia 4_KDP. Be jau išvardintų priežasčių, ekspertai taip pat pabrėžė ir mokymų svarbą, kas taip pat lemia sveikatos priežiūros įstaigų priešišumą naudotis e. sveikatos sistema. Pasak 9_KPSPGL informanto: „Nėra prisijungusios dėl to, jog dar ne visi moka“.

Taigi remiantis ekspertų požiūriais, tyrimas atskleidė, jog kaip pagrindinę priežastį, lemiančią sveikatos priežiūros įstaigų priešišumą naudotis e. sveikatos sistema galima įvardinti lėšų trūkumą gydymo įstaigose, kuris sąlygoja ir kitų problemų atsiradimą. Esant lėšų stygiui ne tik nesudaroma galimybė įsidiegti e. sveikatos sistemos, bet taip pat nėra šansų apsirūpinti e. sveikatos sistemos naudojimui reikalingomis priemonėmis – kompiuterine įranga.

3.2. Elektroninės sveikatos sistemos vertinimas

Kokybinio tyrimo interviu metu ekspertų buvo prašoma įvertinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos priimtą įsakymą, kuriuo numatoma, jog nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. visos sveikatos priežiūros įstaigos privaloma tvarka turės įsidiegti e. sveikatos sistemą. (1 kategorija – privalomos e. sveikatos sistemos diegimo visose gydymo įstaigose vertinimas). Remiantis 2017 m. liepos 12 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-858 duomenys, kurie susiję su gydymo įstaigoje, teikiama pagalba, ateinantiems ligoniams ir esantiems namuose, e. recepto išrašymu, vaiko gimimo pažymėjimu, medicininio mirties liudijimu, vairuotojo sveikatos patikrinimo medicinine pažyma, visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose privalės būti tvarkomi elektroniniu būdu nuo 2018 m. kovo 1 d. Šiuo klausimu siekiama identifikuoti ekspertų požiūrius į minėtąją būtinybę. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 14 lent.).

14 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą visose gydymo įstaigose

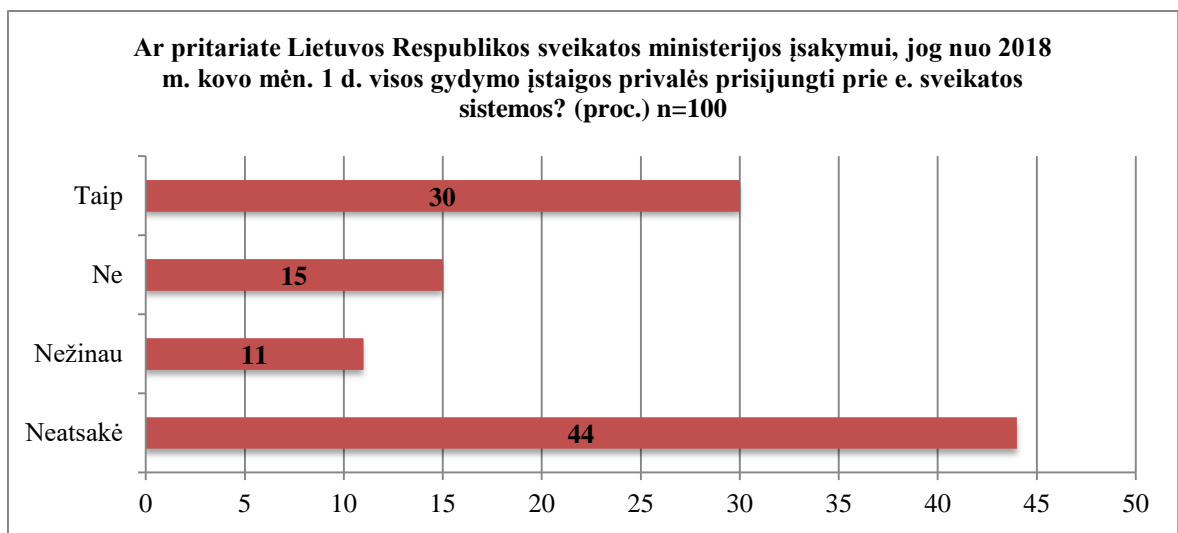
Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo visose gydymo įstaigose vertinimas	Teigiamas vertinimas	<p>„Pritariu, nes e. sveikatos sistema padeda greičiau vertinti būklę, gauti istorinę informaciją, greičiau suteikti sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat taupomos lėšos ir gydytojų laikas“ (7_SAM)</p> <p>„Jeigu bus užtikrintas sistemos naudojimas ir prieinamumas bei visi bus apmokinti dirbti, kompiuterizuoti ir raštingi, tuomet pritariu“. (5_SD)</p> <p>„<...> pritariu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymui <..>. Šią būtinybę vertinu teigiamai. Gydytojai galės dirbti lengviau, greičiau, efektyviau <..>.“ (6_KKL)</p> <p>„Jeigu veiks taip kaip priklauso, pavyzdžiui, rašai receptą ir tau iškart jis pasirašo, tai labai gerai tada. Manau, kad pritarčiau tam.“ (9_KPSPGL)</p> <p>„Pritariu, nes jau atėjo laikas, šis laikas jau seniai turėjo ateiti.“ (8_KPSPGL)</p> <p>„Pritariu, tik klausimas kaip susitvarkoma bus su eSPBI, nes šiuo metu vyraujantys trikdžiai labai daug sukelia streso, laiko sąnaudų gydytojams ir t.t.“ (3_ŠL)</p>
	Neigiamas vertinimas	<p>„Neįsivaizduoju, kad tai realiai bus įmanoma įgyvendinti nuo 2018 m. kovo 1 d. Jei iki šiol daugumoje gydymo įstaigų net nėra išrašomas e-receptas vaistams.“ (2_LPOAT)</p> <p>„Vertinant tai, kad liko tik 5 mėnesiai iki būtinojo prisijungimo, o SAM dar ketina</p>

		<i>perkelti sistemą iš Registrų centro į VLK, šis terminas nerealus <...>.“ (1_NGIA)</i>
	Neutralus vertinimas	<i>„Vertinu neutraliai. Jeigu jau nori ir verčia visus prie to pereit, tai bent turėtų subsidijuoti išlaidas tokiam tikslui pasiekti.“ (4_KDP)</i>

(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Pastebima tai, jog ekspertų požiūriai šiuo klausimu ryškiai išsiskiria, kadangi 6 iš 9 ekspertų būtinybę nuo 2018 m. kovo 1 d. įdiegti e. sveikatos sistemą visose gydymo įstaigose įvertino palankiai. Tokį teigiamą vertinimą informantai pagrindė išryškindami e. sveikatos sistemos privalumus: „Pritariu, nes e. sveikatos sistema padeda greičiau vertinti būklę, gauti istorinę informaciją, greičiau suteikti sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat taupomos lėšos ir gydytojų laikas“ – teigė informantas 7_SAM, šį požiūrį taip pat patvirtina ir 6_KKL informantas, kurio teigimu: „Gydytojai galės dirbti lengviau, greičiau, efektyviau <..>“. Kiti ekspertai e. sveikatos sistemos diegimo būtinybę palaiko tam tikrais atvejais t.y. privalo būti užtikrintas sklandus sistemos veikimas, suteiktos kompiuterinio raštingumo ir naudojimosi sistema žinios bei būtinas aprūpinimas kompiuterine įranga. Šį požiūrį pagrindžia 5_SD informantas: „Jeigu bus užtikrintas sistemos naudojimas ir prieinamumas bei visi bus apmokinti dirbti, kompiuterizuoti ir raštingi, tuomet pritariu“. Taip pat šiuo klausimu išryškėjo ir nepalankūs ekspertų vertinimai, kurių nuomone, terminas nuo, kurio privaloma įsidiesti e. sveikatos sistemą yra realiai neįgyvendinamas. Informantai akcentuoja šias priežastis, kaip e. recepto neišrašymą daugelyje gydymo įstaigų bei sistemos perkėlimą iš Registrų centro į Valstybinę ligonių kasą. „Neįsivaizduoju, kad tai realiai bus įmanoma įgyvendinti nuo 2018 m. kovo 1 d. Jei iki šiol daugumoje gydymo įstaigų net nėra išrašomas e. receptas vaistams“ – teigia 2_LPOAT ir jam antrina 1_NGIA: „<...> SAM dar ketina perkelti sistemą iš Registrų centro į VLK, šis terminas nerealus <...>“. Taip pat vienas ekspertas šį ministro įsakymą įvertino neutraliai.

Taigi, akivaizdu, kad ekspertų tarpe vyrauja įvairi nuomonė privalomos e. sveikatos sistemos diegimo visose gydymo įstaigose atžvilgiu. Tokia tendencija yra išlikusi ir vertinant pačių pacientų požiūrį šiuo klausimu. Pirmiausia tyrimo metu pacientų buvo klausama, ar jie žino apie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymą dėl privalomos e. sveikatos sistemos diegimo. Įdomu tai, kad iki apklausos net 41 proc. pacientų dar nebuvo apskritai girdėję apie nuo 2018 m. kovo 1 d. įsigaliojantį įsakymą dėl pacientų duomenų tvarkymo elektroniniu būdu. Tai rodo, kad viešojoje erdvėje informacijos sklaida šiuo klausimu vis dar nėra pakankamai užtikrinta. Tačiau pacientų, kurie žino apie minėtąjį įsakymą buvo klausama, ar jie palaiko ministerijos sprendimą dėl privalomos e. sveikatos sistemos diegimo. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad beveik trečdalis pacientų, t.y. 30 proc. pritaria Lietuvos Respublikos sveikatos ministerijos įsakymui, numatančiam, kad jų sveikatos duomenys būtų tvarkomi elektroniniu būdu. Tuo tarpu šiek tiek daugiau nei dešimtadalis (15 proc.) respondentų skeptiškai vertina naująjį įsakymą (žr. 9 pav.).



9 pav. Pacientų nuomonė apie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos priimtą įsakymą dėl privalomos e. sveikatos sistemos diegimo
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Apibendrinant galima teigti, jog Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas dėl privalomos e. sveikatos sistemos diegimo visose sveikatos priežiūros įstaigose nuo 2018 m. kovo mėn. ekspertų požiūriais didžiąją dalimi įvertintas teigiamai. Tačiau, greta to, atsiranda dalis ekspertų, kuriems minėtosios sistemos įdiegimas numatytu laiku kelia didelių abejonių dėl pernelyg daug iki šiol neįvykdytų net pačių minimaliausių žingsnių, pvz., iki šiol daugumoje gydymo įstaigų net nėra išrašomas e. receptas vaistams. Akcentuotina tai, kad kaip ir didžioji dalis ekspertų, taip ir dauguma pacientų taip pat palankiai vertina numatytą įsakymą.

Siekiant išsiaiškinti, kaip vertinama šiuo metu įdiegta e. sveikatos sistema gydymo įstaigose interviu metu ekspertų buvo klausama apie jų patirtis. (2 kategorija – e. sveikatos sistemą įsiedigusią įstaigų vertinimas). Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 15 lent.).

15 lentelė. Ekspertų požiūriai į e. sveikatos sistemą įsiedigusias įstaigas
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
E. sveikatos sistemą įsiedigusią įstaigų vertinimas	Teigiama patirtis	<p>„Mano patirtis, įdiegus e. sveikatos sistemą Kauno klinikinėje ligoninėje, yra teigiama. <...> šios sistemos įdiegimas pateisino lūkesčius. <...> geri pavyzdžiai visuomet noriai paskatina veikti toliau.“ (6_KKL)</p> <p>„Geresnis ir greitesnis „matymas“ ligoninės iš administravimo funkcijų, gydytojų veiksmų atsekamumas, geresnė galimybė planuoti finansus.“ (3_ŠL)</p> <p>„Teigiami aspektai: gydytojai gali išrašyti el. receptą, matyti pacientų dokumentus iš kitų įstaigų, išrašyti el. mirties liudijimą.“ (4_KDP)</p> <p>„Pradžioje sunku, nes vis tiek skiriasi nuo popierinių, o paskui, kai įsivažiuoji, viskas gerai.“ (8_KPSPGL)</p>
	Neigiama patirtis	<p>„Pasitaiko dienų, kuomet e. sveikatos naudojimas sustoja – sistema neveikia visiems duomenų tiekėjams <..> Daugiausiai naudojame e. recepto funkcija, kadangi kitos funkcijos dar nėra tokio techninio pasirengimo, kad jas naudoti su pacientais.“ (1_NGIA)</p> <p>„Kalbant grynai dėl integracijos, tai ji padaryta labai skurdžiai, veikia lėtai, mažai funkcionalumo, užklausų lankstumo ir klaidų. <...> e. sveikatos sistemos nestabilumas, lėtas veikimas.“ (4_KDP)</p> <p>„Dar lūkesčių šiuo metu nepateisino, bet ateityje tikimės, jog pateisins.“ (9_KPSPGL)</p> <p>„<...> nacionalinės sistemos nebuvimas, tai silpnina pačią e sveikatos idėją, nes daug šalies gydytojų dirbą keliose gydymo įstaigose.“ (3_ŠL)</p>

Vienose sveikatos priežiūros įstaigose įdiegta e. sveikatos sistema vertinama palankiai, o kitose ne. Tokį prieštarinę vertinimą lemia kiekvienos įstaigos patirtis naudojant e. sveikatos sistemą. Todėl ekspertų, kurie savo įstaigose naudojami e. sveikatos sistema, buvo prašoma pasidalinti savo patirtimi. Informantų patirtys buvo suskirstytos į dvi subkategorijas: teigiama ir neigiama patirtis. Tyrimas atskleidė, jog apie pusę informantų e. sveikatos sistemos naudojimą vertina teigiamai. Teigiama ekspertų patirtis dažniausiai pagrindžiama išskiriant e. sveikatos sistemos privalumus – e. receptų ir e. mirties liudijimų išrašymas, galimybė stebėti pacientų duomenis apie suteiktas paslaugas ir tyrimus kitose sveikatos priežiūros įstaigose. „<...> gydytojai gali išrašyti el. receptą, matyti pacientų dokumentus iš kitų įstaigų, išrašyti el. mirties liudijimą“ – teigia informantas 4_KDP. Be jau aptartų privalumų taip pat išryškina finansų, administravimo funkcijų ir gydytojų veiksmų stebėjimo nauda, kurią suteikia naudojimas e. sveikatos sistema. Pasak 3_ŠL informanto: „Geresnis ir greitesnis „matymas“ ligoninės iš administravimo funkcijų, gydytojų veiksmų atsekamumas, geresnė galimybė planuoti finansus“. Tačiau ne visose gydymo įstaigose e. sveikatos sistema vertinama palankiai. Pagrindinės priežastys siejamos su sistemos trikdžiais, per lėtu veikimu, klaidomis ir nestabilumu: „<...> veikia lėtai, mažai funkcionalumo, užklausų lankstumo ir klaidų. <...> e. sveikatos sistemos nestabilumas, lėtas veikimas“ pabrėžia 4_KDP informantas, taip pat šį požiūrį pagrindžia ir 1_NGIA informantas: „Pasitaiko dienų, kuomet e. sveikatos naudojimas sustoja – sistema neveikia visiems duomenų tiekėjams <..>“.

Remiantis ekspertų požiūriais galima teigti, jog e. sveikatos sistemos vertinimas skirtingose gydymo įstaigose priklauso nuo sistemos funkcionavimo. Jei naudojimas e. sveikatos sistema yra sklandus bei užtikrinamas veiksmingas sveikatos priežiūros specialistų paslaugų suteikimas, tokiu atveju sistema vertinama teigiamai. Priešingu atveju susiduriant su sistemos trikdžiais ar kitais neigiamais reiškiniais, išryškėja neigiama gydymo įstaigų patirtis.

Siekiant, jog naudojimosi e. sveikatos sistema vertinimas nuolat gerėtų, interviu metu ekspertų buvo prašoma pateikti rekomendacijas. Remiantis ekspertų požiūriais siekiama nustatyti principus, kurias remiantis būtų galima užtikrinti efektyvų e. sveikatos sistemos funkcionavimą ateityje (3 kategorija – rekomendacijos, užtikrinančios sėkmingą e. sveikatos sistemos funkcionavimą). Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 16 lent.).

16 lentelė. Ekspertų rekomendacijos, siekiant užtikrinti sėkmingą e. sveikatos sistemos funkcionavimą
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Rekomendacijos, užtikrinančios sėkmingą e. sveikatos sistemos funkcionavimą	Dėmesys finansavimui	„Finansavimo ir tęstinumo užtikrinimas<...>.“ (7 SAM) „Papildomas finansavimas gydymo įstaigoms: palaikymas kompiuterinės įrangos ir duomenų saugos užtikrinimui.“ (3_ŠL) „<...> e. sveikatos sistema kurta vienai gydymo įstaigai, o nepagalvoja apie kitas mažesnes ambulatorijas, kurioms nėra finansinių galimybių samdyti techninį žmogų, kuris tau paaiškintų.“ (5 SD)

	Sistemos susiaurinimas	<p>„Reikalinga susiaurinti sistemą ir atsisakyti dalies funkcionalumų arba nukelti jų įgyvendinimą iki bus tinkamai sutvarkyti pagrindiniai naudojami funkcionalumai.“ (1_NGIA)</p> <p>„<...> reiktų viską paprasčiau, supaprastinti prisijungimą, pasirašymą ir susiaurinti patį ieškojimą tam tikros užduoties <...>“ (8_KPSPGL)</p>
--	-------------------------------	--

2017 m. balandžio 26 d. Valstybės Kontrolės atliktoje Valstybinio audito ataskaitoje „Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas“ LR sveikatos apsaugos ministerijai pateikiamos rekomendacijos dėl e. sveikatos sistemos sėkmingo kūrimo. Siekiant užtikrinti patikimą finansų valdymą ir tvarią e. sveikatos sistemos plėtrą rekomenduojama: „Numatyti priemones, užtikrinančias, kad naujajame e. sveikatos sistemos plėtros etape būtų nekartojamos ankstesnių vystymo etapų klaidos“. Taip pat siekiant garantuoti e. sveikatos sistemos 2009–2015 m. plėtros programos metu sukurtų IS tinkamą veikimą rekomenduojama: „atnaujinti reikiamą sukurtų IS dokumentaciją; sukurti visas ESPBI IS specifikacijoje numatytas sąsajas; apibrėžti sukurtų IS incidentų valdymo procesą ir užtikrinti pagrįstą jo finansavimą; numatyti pakankamas kontrolės priemones tinkamai naudoti e. parašą; įgyvendinti visas LR teisės aktuose numatytas ypatingos svarbos asmens duomenų organizacines ir technines saugumo priemones“. (Valstybės kontrolė, 2017, p. 7). Ekspertų buvo prašoma pateikti rekomendacijas, kurios jų požiūriais svarbios, siekiant, jog būtų užtikrintas sklandus e. sveikatos sistemos veikimas ateityje. Visų pirma informantai siūlo atkreipti dėmesį į finansavimą, kuris būtinas gydymo įstaigoms, siekiančioms įsigyti reikiamą kompiuterinę įrangą ir apmokyti specialistus. „Papildomas finansavimas gydymo įstaigoms: palaikymas kompiuterinės įrangos ir duomenų saugos užtikrinimu.“ – teigia informantas 3_ŠL, šį požiūrį taip pat patvirtina 5_SD informantas: „<...> kurioms nėra finansinių galimybių samdyti techninį žmogų, kuris tau paaiškintų.“ Ekspertų požiūriais išskiriamos finansavimo rekomendacijos taip pat atitinka Valstybės kontrolės ataskaitos nuostatas. Taip pat ekspertai rekomenduoja atkreipti dėmesį į sistemos susiaurinimą, atsisakant tam tikrų funkcijų. „Reikalinga susiaurinti sistemą ir atsisakyti dalies funkcionalumų <...>“ pastebi informantas 1_NGIA. Taip pat sistemos susiaurinimą akcentuoja ir 8_KPSPGL: „<...> reiktų viską paprasčiau, supaprastinti prisijungimą, pasirašymą ir susiaurinti patį ieškojimą tam tikros užduoties <...>“.

Apibendrinant galima teigti, jog ateityje siekiant sėkmingai funkcionuojančios e. sveikatos sistemos, pasak ekspertų, svarbu atkreipti dėmesį į finansavimo principus, skiriant papildomų lėšų gydymų įstaigoms, kurios neišgali iš savo turimų pajamų įsigyti e. sveikatos sistemos naudojimui būtinos įrangos ir skirti lėšų specialistų mokymui. Remiantis ekspertų požiūriais taip pat rekomenduojama skirti dėmesio sistemos techninių dalykų sutvarkymui, kurie užtikrintų sklandų e. sveikatos sistemos funkcionavimą dabar ir ateityje.

3.3. Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimo problemos

Kokybinio tyrimo interviu metu ekspertams buvo užduodamas klausimas susijęs su regionų problemomis (1 kategorija – regionų problemos, siekiant įsidiesti privalomą e. sveikatos sistemą). Remiantis ekspertų požiūriais, šiuo klausimu, buvo siekta nustatyti, su kokiomis problemomis susidurs regionai, siekdami gydymo įstaigose įsidiesti privalomą e. sveikatos sistemą. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 17 lent.).

17 lentelė. Ekspertų požiūriai į regionų problemas, siekiant įsidiesti privalomą e. sveikatos sistemą (Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Regionų problemos, siekiant įsidiesti privalomą e. sveikatos sistemą	Finansavimo trūkumas	<p>„<...> gydymo įstaigoms trūksta pinigų net medicininių paslaugų pacientams teikimui, tyrimams, medikų darbo užmokesčio kėlimui. Tad iš kur gydymo įstaigos paims lėšų naujų programų, kompiuterių įsigijimui, specialistų apmokymui.“ (2_LPOAT)</p> <p>„Apie 70 proc. rajono gydymo įstaigų baigs šiuos metus su neigiamu finansiniu balansu, todėl spręs išgyvenimo, algų išmokėjimo klausimą, tačiau ne naujų investicijų į informacines sistemas ar jų palaikymo klausimus.“ (1_NGIA)</p> <p>„Jeigu imame gydymo įstaigas, kurios neturi šitos sistemos ir jos pačios turi įsigyti ar pačios apsimokinti, tai čia ir bus problema kiek jinai galės investuoti savo lėšų, kad išmokinti savo personalą dirbti su sistema, kuri ne iki galo veikia.“ (5_SD)</p>
	Kompiuterių trūkumas	<p>„Gali susidurti su kompiuterių nebuvimu darbo vietoje ar jų trūkstamu kiekiu.“ (4_KDP)</p> <p>„Problemos: kompiuterių trūkumas <...>“ (3_ŠL)</p>
	Mokymo problemos	<p>„Tie regionai, kurie yra Lietuvos pakraščiuose, tai gal jiems yra sunkiau dėl kursų ir seminarų ar mokymų.“ (9_KPSPGL)</p> <p>„<...>SPI nesugebėjimas laiku imtis sistemos diegimo ir specialistų mokymo <...>“ (6_KKL)</p>

Tyrimas atskleidė, jog pagrindinės regionų problemos yra siejamos su finansavimo trūkumu. Daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų esant lėšų trūkumui nėra galimybės veiksmingai atlikti kasdieninių specialisto funkcijų, dėl pinigų trūkumo tyrimams, medicininių paslaugų teikimui, taip pat kyla ir darbo užmokesčio problemų. „<...> gydymo įstaigoms trūksta pinigų net medicininių paslaugų pacientams teikimui, tyrimams, medikų darbo užmokesčio kėlimui“ teigia informantas 2_LPOAT, šį požiūrį taip pat palaiko ir 1_NGIA informantas: „Apie 70 proc. rajono gydymo įstaigų baigs šiuos metus su neigiamu finansiniu balansu, todėl spręs išgyvenimo, algų išmokėjimo klausimą <...>“. Tokiu atveju gydymo įstaigos nėra pajėgios savo lėšomis įsigyti e. sveikatos sistemos naudojimui būtinos kompiuterinės įrangos, investuoti į sveikatos priežiūros sistemos specialistų apmokymus darbui su sistema. Tai patvirtina 2_LPOAT informantas: „Tad iš kur gydymo įstaigos paims lėšų naujų programų, kompiuterių įsigijimui, specialistų apmokymui“, kuriam taip pat antrina 1_NGIA ekspertas, kurio teigimu gydymo įstaigos: „<...> spręs išgyvenimo, algų išmokėjimo klausimą, tačiau ne naujų investicijų į informacines sistemas ar jų palaikymo klausimus“, šiuos požiūrius taip pat pagrindžia 5_SD informantas: „neturi šitos sistemos ir jos pačios turi įsigyti ar pačios apsimokinti, tai čia ir bus problema kiek jinai galės investuoti savo lėšų, kad išmokinti savo personalą dirbti su sistema, kuri ne iki galo veikia“. Kompiuterių trūkumas dar viena problema, su kuria, pasak ekspertų požiūrių, susidurs

regionai, siekdami įsidięti e. sveikatos sistemą. „Gali susidurti su kompiuterių nebuvimu darbo vietoje ar jų trūkstamu kiekiu“ – teigia informantas 4_KDP. Be jau išvardintų problemų, ekspertai taip pat pabrėžia mokymo problemas regionuose. „Tie regionai, kurie yra Lietuvos pakraščiuose, tai gal jiems yra sunkiau dėl kursų ir seminarų ar mokymų“ – patvirtina informantas 9_KPSPGL. Todėl galima teigti, jog didžiausia regionų problema su kuria susidurs, siekiant įsidięti e. sveikatos sistemą yra lėšų trūkumas. Menkas gydymo įstaigų finansavimas nesudaro galimybių įstaigoms jungtis prie e. sveikatos sistemos.

Siekiant išanalizuoti su privalomos e. sveikatos sistemos diegimu susijusias problemas, interviu metu ekspertų buvo klausama apie gydytojams ir pacientams galimai kilsiančias problemas (2 kategorija – problemos, kilsiančios gydytojams ir pacientams po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo). Šiuo klausimu buvo siekta identifikuoti pagrindines problemas, su kuriomis galimai susidurs gydytojai ir pacientai po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo 2018 m. kovo mėn. 1 d. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 18 lent.).

18 lentelė. Ekspertų požiūriai į problemas, kilsiančias gydytojams ir pacientams po privalomo e. sveikatos sistemos diegimo
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

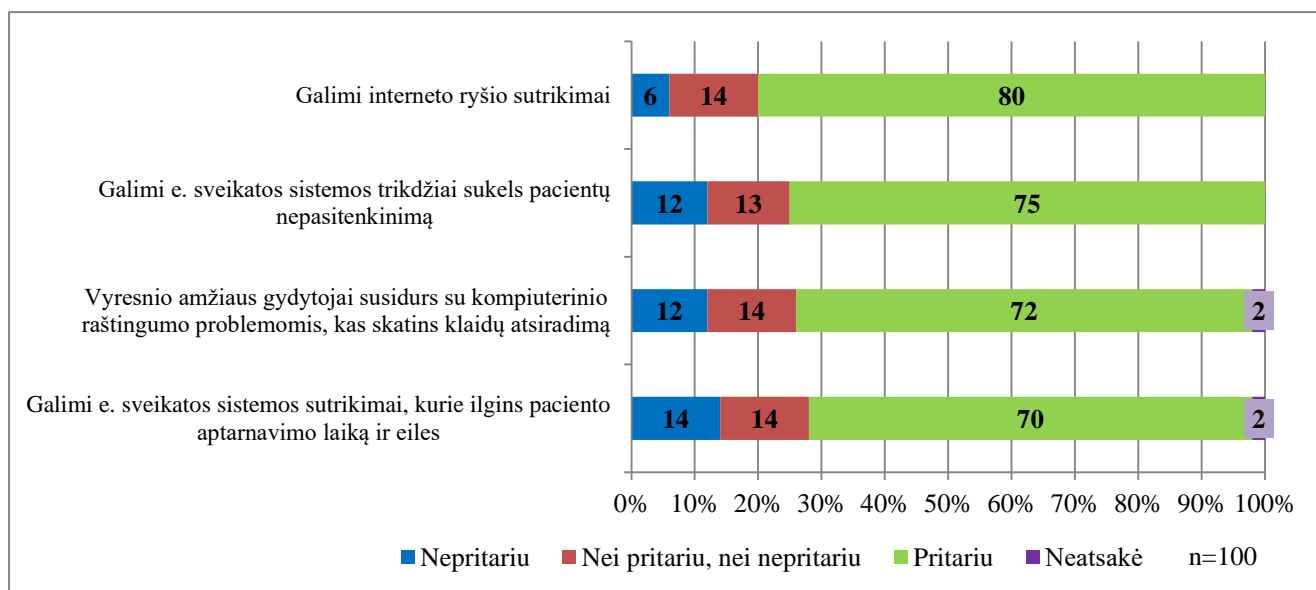
Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos, kilsiančios gydytojams ir pacientams po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo	Gydytojų kompiuterinio raštingumo problemos	<p>„Vyresnio amžiaus medikams sudėtingiau išmokti naudotis naujomis technologijomis, gali pasitaikyti klaidų.“ (2_LPOAT)</p> <p>„Gydytojai – kompiuterinio raštingumo problemos <...>“ (7_SAM)</p> <p>„Visų pirma, kompiuterinis raštingumas. Lietuvoje vidutinis gydytojo amžius yra daugiau nei 50 m. ne paslaptis, kad dalis gydytojų nėra įgudę dirbti kompiuteriu.“ (1_NGIA)</p> <p>„Gydytojai turės tapti technologiškai labai išprusę. Turės kelti kvalifikaciją kompiuterijos klausimais <...>.“ (5_SD)</p> <p>„Gydytojai gali susidurti su darbo kompiuteriu patirties trūkumu, gali pasikeisti įstaigos informacinė sistema ir prailgėti paciento aptarnavimo laikas.“ (4_KDP)</p> <p>„<...> pagrindinės problemos <...> kompiuterinio raštingumo trūkumas <...>.“ (6_KKL)</p>
	Gydytojams kylančios problemos su e. sveikatos sistema	<p>„Matant, kaip šiuo metu stringa sistema, dar ilgiau užima gydytojui laiko išrašyti e-receptą negu užpildyti popierinį receptą.“ (2_LPOAT)</p> <p>„Registru centro tvarkomos ESPBI IS trikdžiai priimant ir apdorojant SPI siunčiamus duomenų“ (6_KKL)</p> <p>„<...> sistema stringa, kai nori parašyti jinai sukasi ir niekaip nepasirašo“ (8_KPSPGL)</p> <p>„<...> sistemos „nepatogumas“ kelia labai daug problemų ir jos nesklaidus ir nelankstus darbas.“ (3_ŠL)</p>
	Gydytojų darbo laiko trūkumas	<p>„Gydytojai, kurie turi daugiau vizitų, gali nespėti apžiūrėti pacientų ir pildyti informacijos IS, pradėti pildyti informaciją laisvu laiku, namuose.“ (4_KDP)</p> <p>„<...> konkretaus gydytojo darbo dienos laiko trūkumas, kol vyksta mokymai naudotis visai funkcionalumais.“ (6_KKL)</p>

	Pacientų informuotumo problemos	<p>„Pacientams taip pat trūksta informacijos, kas tas e-receptas, kaip jį gauti.“ (2_LPOAT)</p> <p>„<...> pacientai – per mažas informuotumas apie e. sveikatos sistemą.“ (7_SAM)</p> <p>„Pacientai turės savo sveikatą stebėti kompiuterijos pagalba, o tai reiškia, jog mūsų senoliai turės žinoti, kad jų įrašai yra kompiuteryje.“ (5_SD)</p> <p>„<...> nebūti gerai informuoti apie informacijos konfidencialumo, saugos problemą.“ (4_KDP)</p> <p>„<...> per mažas informuotumas bei pasitaikančios vidinės nuostatos nekeisti įpročių.“ (6_KKL)</p> <p>„<...> pacientams per menkas informuotumas iš žiniasklaidos.“ (9_KPSPGL)</p> <p>„Pacientams didelės įtakos neturėtų, tik maža informacijos sklaida, komunikacijos problemos.“ (3_ŠL)</p>
--	--	--

Tyrimas parodė, jog ekspertai išskyrė tris pagrindines problemas su kuriomis susidurs gydytojai po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo bei vieną pacientų problemą. Ekspertų požiūriu viena iš galimų problemų kilsiančių gydytojams yra kompiuterinio raštingumo trūkumas. Šios problemos atsiradimą lemia tai, jog šalyje vidutinis gydytojo amžius siekia 50 metų, todėl vyresnio amžiaus specialistams trūksta įgūdžių, yra sunkiau išmokti, tai užima daugiau laiko bei neišvengiama klaidų atsiradimo. „Visų pirma, kompiuterinis raštingumas. Lietuvoje vidutinis gydytojo amžius yra daugiau nei 50 m. ne paslaptis, kad dalis gydytojų nėra įgudę dirbti kompiuteriu“ – teigia informantas 1_NGIA, taip pat šį požiūrį patvirtina 2_LPOAT informantas: „Vyresnio amžiaus medikams sudėtingiau išmokti naudotis naujomis technologijomis, gali pasitaikyti klaidų“ bei jiems antrina 5_SD informantas: „Gydytojai turės tapti technologiškai labai išprusę. Turės kelti kvalifikaciją kompiuterijos klausimais <...>“. Taip pat ekspertai išskyrė gydytojams galimai kilsiančias problemas dėl e. sveikatos sistemos veikimo. Dažni ir įvairūs sistemos trikdžiai ilgina paslaugų suteikimo laiką, ypač e. recepto išrašymo atveju bei neužtikrina sklandaus gydytojų darbo. „Matant, kaip šiuo metu stringa sistema, dar ilgiau užima gydytojui laiko išrašyti e-receptą negu užpildyti popierinį receptą“ – teigia informantas 2_LPOAT bei šiam požiūriui pritaria ir informantas 3_ŠL, kurio teigimu: „<...> sistemos „nepatogumas“ kelia labai daug problemų ir jos nesklaidus ir nelankstus darbas“. Paskutinė tikėtina problema gydytojams, kurią įvardijo ekspertai, yra gydytojų darbo laiko trūkumas dėl mokymų ar pagausėjusių vizitų. „<...> konkretaus gydytojo darbo dienos laiko trūkumas, kol vyksta mokymai naudotis visai funkcionalumais“ – teigia informantas 6_KKL.

Galimos problemos, kilsiančios gydytojams, po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo visose sveikatos priežiūros įstaigose nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. buvo tirtos ir pacientų atžvilgiu. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog pacientų požiūriu viena iš pagrindinių problemų yra galimi interneto ryšio sutrikimai, kurie sukels e. sveikatos sistemos trikdžius, kas galimai sąlygos pacientų nepasitenkinimą e. sveikatos sistema (žr. 10 pav.). Tokiam požiūriui pritaria apie 78 proc. pacientų. Taip pat du trečdaliai pacientų, kaip ir kone visi vienareikšmiškai teigė ekspertai, nurodo, jog gydytojams, ypač vyresnio amžiaus, iškilis kompiuterinio raštingumo problemų, kas gali lemti klaidų ar kitų sunkumų atsiradimą. Mažiausias nepasitenkinimas pacientų tarpe pastebimas kalbant apie sveikatos

sistemos sutrikimus, kurie ilgins aptarnavimo laiką ir eiles patekimui pas sveikatos priežiūros specialistus. Tam nepritaria arba pritaria tik iš dalies po 14 proc. respondentų.

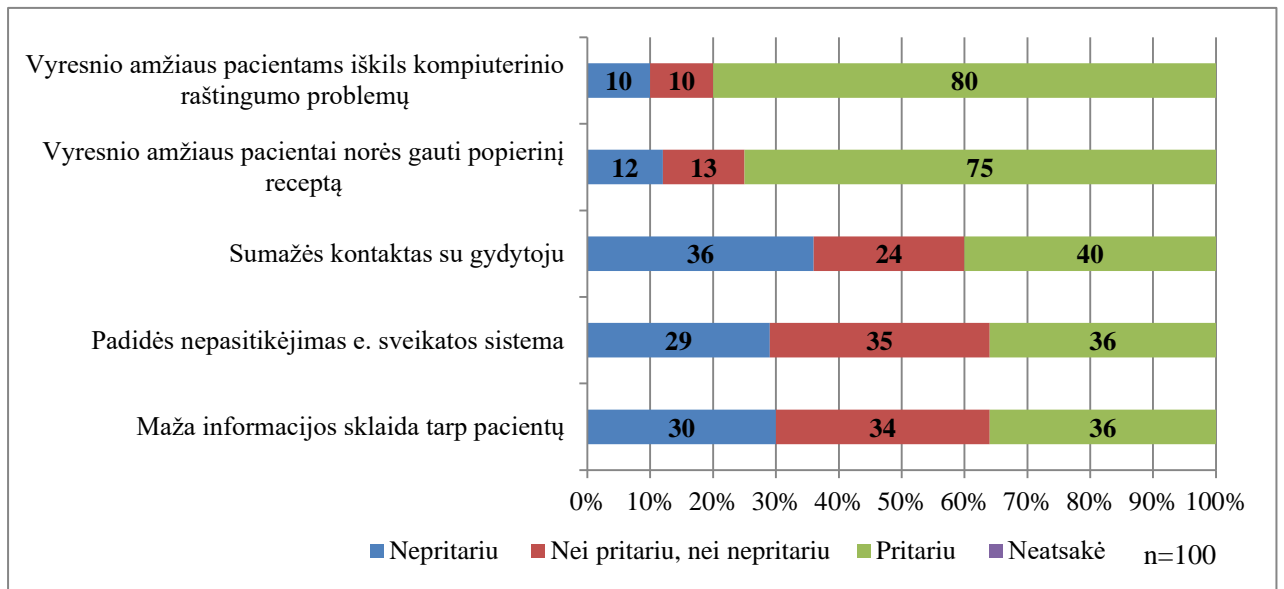


10 pav. Pacientų požiūriai į galimas problemas, su kuriomis susidurs gydytojai po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo (proc.)

(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Interviu metu taip pat buvo bandoma išsiaiškinti ekspertų požiūrį į problemas, su kuriomis galimai susidurs pacientai. Atsižvelgiant į tai, kad didžioji dalis informantų į šį klausimą atsakė nepakankamai informatyviai arba jų atsakymai tarpusavyje buvo susipynę, duomenys interpretuojami remiantis dviejų ekspertų išreikšta nuomone. Pasak jų, pacientai susidurs su informuotumo problema, susijusia su e. sveikatos sistema, jos veikimu ar naudojimu: „<...> pacientai – per mažas informuotumas apie e. sveikatos sistemą“ – teigė 7_SAM informantas. Šį požiūrį taip pat patvirtina ir informantas 2_LPOAT: „Pacientams taip pat trūksta informacijos, kas tas e-receptas, kaip jį gauti“.

Galimos problemos pacientams, kilsiančios po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tirtos ir pačių pacientų požiūriu (žr. 11 pav.). Tyrimo rezultatai parodė, jog apie 78 proc. pacientų mano, kad pagrindinės problemos, su kuriomis galimai bus susidurta yra kompiuterinio raštingumo trūkumas vyresnio amžiaus pacientų tarpe bei poreikis gauti popierinį, o ne elektroninį receptą. Taip pat pastebėta tai, jog trečdalis pacientų požiūriu, po e. sveikatos sistemos įsdiegimo sveikatos priežiūros įstaigose nesumažės kontaktas su gydytoju bei nesumažės pasitikėjimas sistema. Įdomu tai, jog 64 proc. pacientų nepritaria arba pritaria nei nepritaria, jog pacientai yra per mažai informuoti, apie e. sveikatos sistemą. Tai rodo, kad ekspertų ir pacientų požiūriai šiuo aspektu yra kardinaliai skirtingi.



11 pav. Pacientų požiūriai į galimas problemas, su kuriomis susidurs pacientai po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo (proc.)
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Remiantis ekspertų ir pacientų požiūriais galima teigti, jog po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtina, kad gydytojai labiausiai susidurs su kompiuterinio raštingumo problemomis bei e. sveikatos sistemos trikdžiais. Tuo tarpu informantų bei pačių pacientų nuomonė išsiskiria kalbant apie didžiausius sunkumus, su kuriais galimai susidurs sveikatos priežiūros specialistų paslaugomis besinaudojantys asmenys. Ekspertų teigimu pacientai susidurs su informuotumo apie e. sveikatos sistemos veikimo ir naudojimo stoka, kai patys pacientai kaip pagrindines problemas įvardija vyresnio amžiaus pacientų kompiuterinio raštingumo trūkumą bei neturėjimą galimybės gauti popierinį recepto variantą.

3.4. Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimo poveikis

Kokybinio tyrimo interviu metu ekspertų buvo klausama apie e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį (1 kategorija – privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtinas poveikis sveikatos priežiūros sistemos dalyviams). Remiantis ekspertų požiūriais siekiama išanalizuoti privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį pagrindiniams sveikatos priežiūros sistemos dalyviams – administracijai, gydytojams ir pacientams. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 19 lent.).

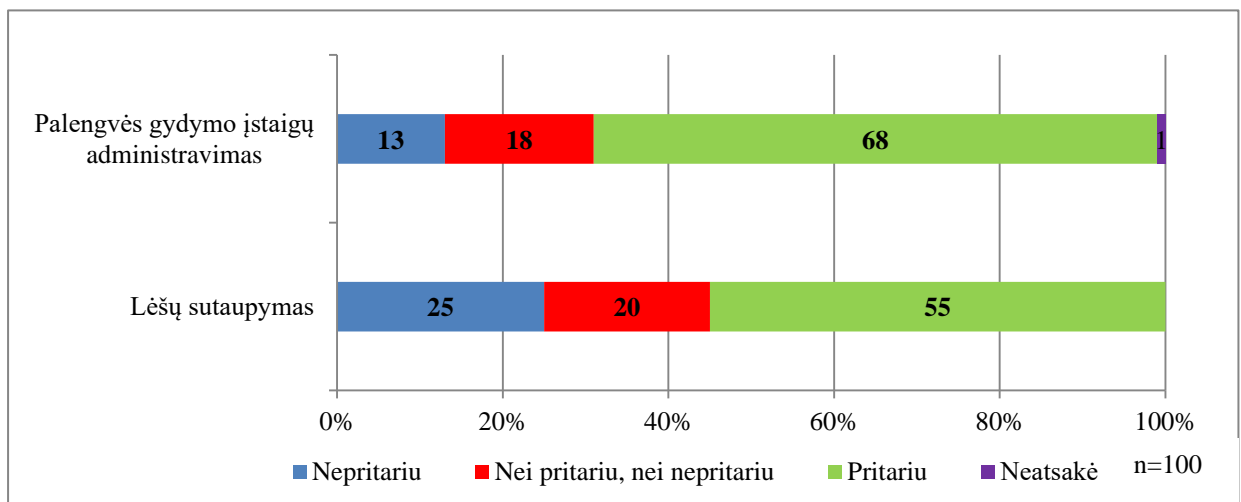
19 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį sveikatos priežiūros sistemos dalyviams
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį sveikatos priežiūros sistemos dalyviams	Organizacinis administracijos darbas	„Administracija privalės sugerti negatyvą iš gydytojų, nes tai bus grandininė reakcija. Taip pat, privalės mėginti sukontroliuoti eiles, nes pacientai, grįžiantys iš naujo gauti įprastus receptus (neveikiant e. sveikatai) užims laiką, kuris buvo skirtas kitiems pacientams, to pasekoje – dienos eilė laukiančių prailgės.“ (1_NGIA) „<...> administracijos darbas yra organizacinis, todėl šią našą jie pajunta pirmiausia, nes turi organizuoti sistemos įdiegimą ir palaikymą, vėliau – tvarkyti vidinį įstaigos dokumentacijos planą, keičiant direktoriaus įsakymus, kuriuose pagal ministro nurodymą keičiama įstaigos darbo tvarka <...>.“ (6_KKL)
	Lengvesnis administracijos darbas	„Jei sistema veiktų, palengvintų administracijos darbą, visi dokumentai būtų kompiuterio programose.“ (2_LPOAT) „Lengviau administruoti įstaigą <...>.“ (3_ŠL)
	Lėšų sutaupymas	„Lėšų sutaupymas: popieriui ir kanceliariniams reikmėms.“ (7_SAM) „Lėšų sutaupymas; gydymui, laboratoriniams tyrimams, spausdinimo paslaugoms ir t.t.“ (3_ŠL) „Finansiniai reikalai, visos investicijos.“ (8_KPSPGL) „<...> gydymo įstaiga, kuri pasieks tam tikrą kriterijų išrašytų elektroninių dokumentų, gaus „bonusus“ finansinę išraišką arba atvirkščiai jie nebus baudžiami.“ (5_SD)
	Gydytojams neberekės pildyti popierinių dokumentų	„Gydytojams būtų mažiau popierinių dokumentų pildymo <...>.“ (2_LPOAT) „Mažiau laiko bus skiriama medicininės dokumentacijos pildymui sveikatos priežiūros įstaigose.“ (7_SAM) „Sutaupys laiko, mažiau darbo rašyti, kadangi viskas kompiuterizuota, nereikės tiek daug atsiminti visko sistema galės patarti.“ (5_SD) „Atsisakoma popierinių dokumentų pildymo.“ (3_ŠL) „<...> konkretus gydytojų darbas su pacientais, sumažėjus rankinio popierinių medicininių formų pildymo privalomybei, daugiau nėra gaišinamas.“ (6_KKL)
	Galimybė gydytojams keistis informacija	„Gydytojai galės apsikeisti medicinine informacija.“ (5_SD) „Bus galimybė operatyviai pasikeisti duomenimis apie pacientams suteiktas gydymo paslaugas ir tyrimus bei gydymo eigą kitose Sveikatos priežiūros įstaigose.“ (7_SAM)
	Gydytojai galės daugiau laiko skirti pacientams	„<...> daugiau laiko galėtų skirti bendravimui su pacientu.“ (2_LPOAT) „Daugiau dėmesio bus skiriama pagrindinei medicinos specialisto veiklai – paciento gydymui.“ (7_SAM)
	Informacijos pateikimas apie pacientą	„Pacientas matytų, koks gydymas jam paskirtas, kiek kainavo jam suteiktos medicininės paslaugos ir t.t.“ (2_LPOAT) „Matys skaidresnį vaizdą, koks gydymas jam skirtas, kokie vaistai išrašyti, tiesiog turės platesnį vaizdą.“ (5_SD)
	Pacientų komfortiškumo užtikrinimas	„Patogu, nes nereikia nešiotis nei recepto ar knygelį, o užtenka vaistininkui parodyti asmens tapatybės kortelę.“ (7_SAM) „Patogu, tačiau su e-receptais, yra labai sudėtinga, kadangi būna, kad ne viską užrašo ar pridaro klaidų“ (8_KPSPGL) „Jei serga lėtine liga ir liga yra gerai kontroliuojama, pastoviai vartoja tuos pačius vaistus, gydytojas galėtų pratęsti e-receptą jų įsigijimui, net neinant pacientui į gydymo įstaigą.“ (2_LPOAT)

Tyrimas atskleidė, jog privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį sveikatos priežiūros sistemos dalyviams: administracijai, gydytojams ir pacientams yra skirtingas. Administracija – viena iš sistemos dalyvių, kuriai, pasak ekspertų požiūrių, tikėtiną teigiamą e. sveikatos sistemos diegimo poveikį, kadangi sistema užtikrintų lengvesnį pastarosios darbą. „Lengviau administruoti įstaigą <...>“ – teigia informantas 3_ŠL, taip pat jam pritaria ir ekspertas 2_LPOAT: „<...> palengvintų administracijos darbą, visi dokumentai būtų kompiuterio programose“. Be to, e. sveikatos sistemos įsidiegimas leistų sutaupyti lėšų, kurios išleidžiamos tyrimams,

kanceliariniams priemonėms, popieriui ir pan. Pasak 7_SAM informanto; „*Lėšų sutaupymas: popieriui ir kanceliariniams reikmėms*“, šį požiūrį taip pat pagrindžia ir informantas 3_ŠL: „*Lėšų sutaupymas; gydymui, laboratoriniams tyrimams, spausdinimo paslaugoms ir t.t.*“. Tačiau išryškėja tai, jog administracija neišvengiamai susidurs su tam tikrais iššūkiais – organizaciniais e. sveikatos sistemos įdiegimo ir palaikymo klausimais: „<...> turi organizuoti sistemos įdiegimą ir palaikymą, vėliau – tvarkyti vidinį įstaigos dokumentacijos planą, keičiant direktoriaus įsakymus, kuriuose pagal ministro nurodymą keičiama įstaigos darbo tvarka <...>“ – teigia informantas 6_KKL bei esant sistemos trikdžiams su neigiamomis gydytojų emocijomis. Pasak informanto 1_NGIA: „*Administracija privalės sugerti negatyvą iš gydytojų, nes tai bus grandininė reakcija*“.

Galimas poveikis administracijai, kuomet gydymo įstaigos pradės naudotis e. sveikatos sistema, tirtas ir pacientų požiūriu (žr. 12 pav.). Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, kaip ir ekspertai, sutinka su tuo, jog įdiegus e. sveikatos sistemą palengvės gydymo įstaigų administravimas – tam pritarė 68 proc. pacientų. Tačiau pacientai yra skeptiškiau nusiteikę lėšų sutaupymo klausimu. Nors ekspertai teigė, kad dėl e. sveikatos sistemos bus galima sutaupyti daugiau pajamų, tačiau pacientų pasiskirstymas šiuo klausimu nėra toks užtikrintas kaip kalbant apie įstaigų administravimą. Teiginiui, kad bus sutaupyta daugiau lėšų, nepritaria 25 proc., o nei pritaria, nei nepritaria 20 proc. respondentų.

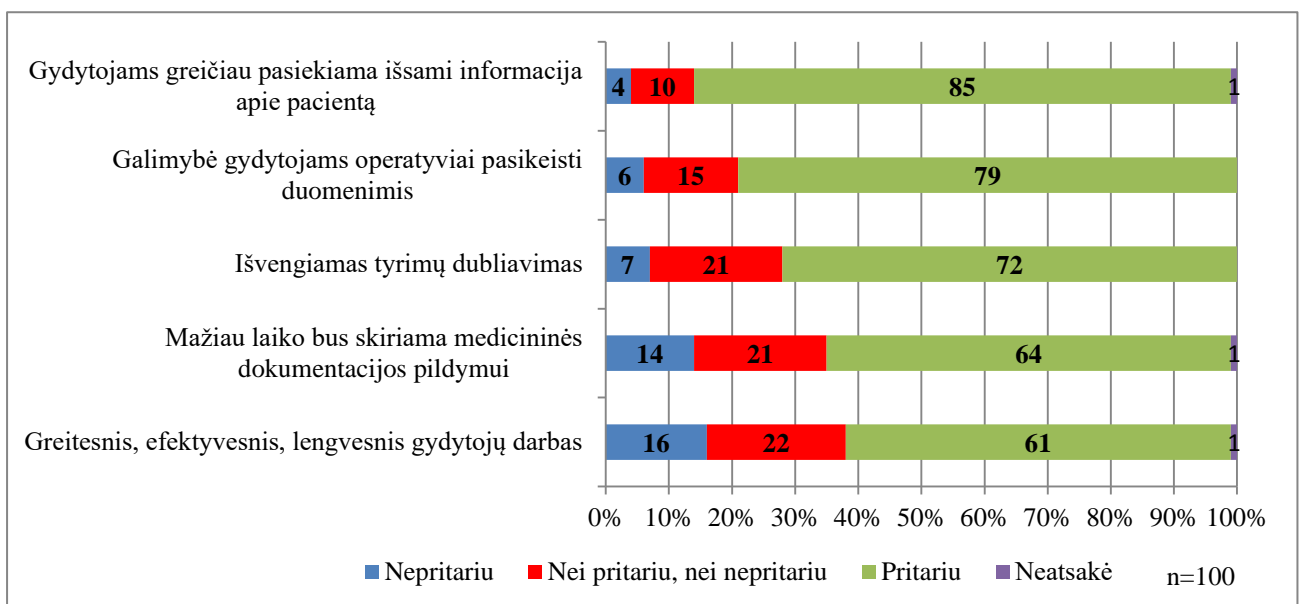


12 pav. Pacientų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį administracijai
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Gydytojai – kita sveikatos priežiūros sistemos dalyvių grupė, patirianti didžiausią privalomos e. sveikatos sistemos diegimo poveikį, kaip vieni iš pagrindinių sistemos naudotojų. Remiantis ekspertų požiūriais išryškėja teigiamas privalomos e. sveikatos sistemos diegimo poveikis gydytojams, kadangi naudojant sistemą sveikatos priežiūros specialistai sutaupys laiko popierinių dokumentų pildymui. „*Mažiau laiko bus skiriama medicininės dokumentacijos pildymui sveikatos priežiūros įstaigose*“ – teigia informantas 7_SAM, šį požiūrį taip pat patvirtina ir 5_SD informantas: „*Sutaupys laiko, mažiau darbo rašyti, kadangi viskas kompiuterizuota, nereikės tiek daug atsiminti visko sistema galės patarti*“. Šis laiko sutaupymas naudojant e. sveikatos sistemą suteiks gydytojams galimybę daugiau dėmesio

skirti paciento apžiūrai ir gydymui. Pasak 7_SAM informanto: „*Daugiau dėmesio bus skiriama pagrindinei medicinos specialisto veiklai – paciento gydymui*“, taip pat tai patvirtina ir 2_LPOAT informantas: „<...> *daugiau laiko galėtų skirti bendravimui su pacientu*“. Taip pat sistema suteikia galimybę gydytojams tiksliai ir greitai keistis informacija apie pacientams suteiktas medicininės paslaugas ar tyrimus. „*Gydytojai galės apsikeisti medicinine informacija*“ – teigia informantas 5_SD bei tam pritaria ekspertas 7_SAM: „*Bus galimybė operatyviai pasikeisti duomenimis apie pacientams suteiktas gydymo paslaugas ir tyrimus bei gydymo eigą kitose Sveikatos priežiūros įstaigose*“.

Taip pat buvo siekta atskleisti pacientų požiūrį į e. sveikatos sistemos santykį su gydytojų darbu, veiklos efektyvumu (žr. 13 pav.). Gauti duomenys parodė, kad respondentai beveik vienareikšmiškai pritaria, jog įdiegus e. sveikatos sistemą gydytojus informacija apie pacientus pasieks žymiai greičiau, gydytojai turės galimybę efektyviai pasikeisti duomenis, bus išvengta kitų problemų (pvz., tyrimų dubliavimosi). Tam vidutiniškai pritaria apie 80 proc. apklaustųjų. Kadangi šiuo atveju ekspertų ir pacientų nuomonės sutapo, galima daryti išvadą, jog e. sveikatos sistemos įdiegimas galimai turės ryškų teigiamą poveikį gydytojų atžvilgiu.

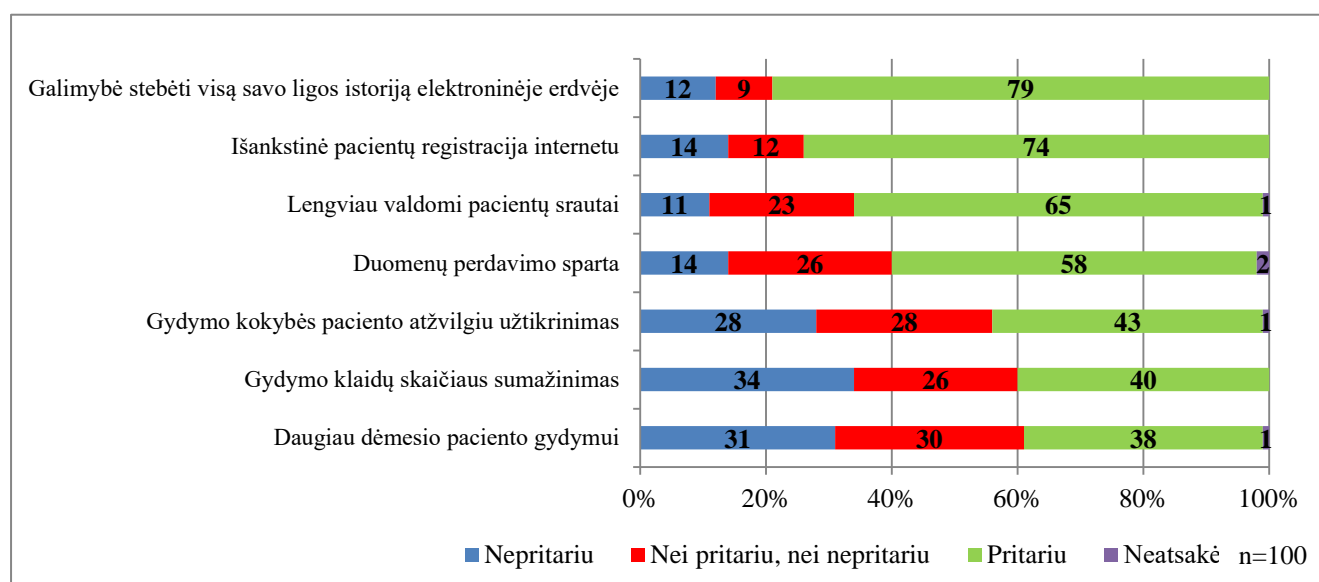


13 pav. Pacientų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį gydytojams (proc.)
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Paskutinė analizuojama sistemos dalyvių grupė yra pacientai, kuriems kaip ir ankstesnėms dalyvių grupėms išryškėjo palankus e. sveikatos sistemos diegimo poveikis, kadangi pacientams būtų suteikiama galimybė sistemoje matyti medicininę informaciją apie gydymą, išrašytus vaistus, tyrimus ir kt. Šį teiginį patvirtina 2_LPOAT informantas: „*Pacientas matytų, koks gydymas jam paskirtas, kiek kainavo jam suteiktos medicininės paslaugos ir t.t.*“, taip pat jam pritaria ir ekspertas 5_SD: „*Matys skaidresnį vaizdą, koks gydymas jam skirtas, kokie vaistai išrašyti, tiesiog turės platesnį vaizdą*“. Be to, naudojimas e. sveikatos sistema užtikrintų pacientų komfortiškumą dviem aspektais: nereikėtų nešiotis popierinių dokumentų (e. recepto ar medicininių knygelėlių) bei gydytojas galėtų pratęsti e.

receptą pacientui net neatvykstant į gydymo įstaigą. „Patogu, nes nereikia nešiotis nei recepto ar knygelį, o užtenka vaistininkui parodyti asmens tapatybės kortelę“ – pasak informanto 7_SAM bei šį požiūrį patvirtina ir informantas 2_LPOAT: „<...> liga yra gerai kontroliuojama, pastoviai vartoja tuos pačius vaistus, gydytojas galėtų pratęsti e-receptą jų išsigijimui, net neinant pacientui į gydymo įstaigą“.

E. sveikatos sistemos poveikis pacientams tikslingiau gali būti įvertintas pasiremiant pačių pacientų požiūriu (žr. 14 pav.). Apklausoje metu paaiškėjo, kad pacientai labai palankiai vertina e. sveikatos sistemos teikiamą išankstinę registraciją, lengvesnę pacientų srautų valdymo galimybę. Tačiau pastebėta tai, kad įdiegus e. sveikatos sistemą, tik 38 proc. pacientų nuomone bus daugiau dėmesio skiriama paciento gydymui. Iš to galima daryti prielaidą, kad e. sveikatos sistemos įdiegimas neturės reikšmingo poveikio pacientų gydymo atžvilgiu, kitaip tariant, gydytojų dėmesys pacientams galimai išliks nepakitęs arba padidės labai minimaliai.



14 pav. Pacientų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį pacientams (proc.)
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

LR Sveikatos apsaugos ministerijos E. sveikatos skyriaus vedėjas Dušinskas savo pranešime „Lietuvos e. sveikatos sistemos 2012 – 2020 metų strategijos vizijos metmenys“ išskiria e. sveikatos sistemos diegimo naudas sveikatos priežiūros sistemos dalyviams. Pranešime išskiriamos šios esminės pacientų naudos: paciento laukimo laiko sutaupymas gydytojui peržiūrint ir užpildant medicininius dokumentus, formuojant ir registruojant siuntimus bei suformuojant siuntimus tyrimams. Taip pat mažėjantis registravimo laikas. E. sveikatos skyriaus vedėjas pranešime akcentuoja, jog e. sveikatos sistemos pagalba mažinamas gydytojų darbo laikas, skirtas peržiūrėti ir pildyti paciento medicininius dokumentus, perteklinių tyrimo darymo laikas bei gydytojų laikas formuojant ir registruojant siuntimus tyrimams. Administracijai išskiria šias naudas: greičiau ir efektyviau administracijos darbuotojai rengia ir analizuoja ataskaitas, mažinamas administracinio darbo laikas, kuomet tvarkomi, ir klasifikuojami administraciniai, statistiniai ir klinikiniai duomenys. Be to naudojama mažiau

popierinių blankų bei spausdinimo medžiagų, kurios padeda sutaupyti lėšų (LR sveikatos apsaugos ministerija, 2012).

Apibendrinant ekspertų ir pacientų požiūrius į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo poveikį administracijai, gydytojams ir pacientams išryškėja tai, jog jų pozicijos daugeliu atvejų sutampa. Abiejų kategorijų informantų teigimu tikėtinas privalomos e. sveikatos sistemos įdiegimo poveikis administracijai pasireišk lengvesniu administracijos darbo bei lėšų sutaupymo pagrindu. Taip pat nustatyta, kad tiek ekspertai, tiek pacientai laikosi vieningo požiūrio dėl e. sveikatos sistemos galimo poveikio tiek gydytojams, tiek patiems pacientams. Anot apklaustųjų, gydytojams minėtoji sistema suteiks galimybę operatyviai gauti reikiamą informaciją apie pacientus bei tarpusavyje keistis pacientų sveikatos duomenimis. Tuo tarpu patiems pacientams įdiegta e. sveikatos sistema galimai suteiks galimybę stebėti savo ligos istoriją elektroninėje erdvėje, atlikti spartesnę registraciją pas sveikatos priežiūros specialistus, tokiu būdu užtikrinant pacientų komfortiškumą.

Siekiant išanalizuoti privalomos e. sveikatos sistemos diegimo poveikį, interviu metu ekspertų buvo klausiami apie sistemos keliamą poveikį sveikatos priežiūros sistemai (2 kategorija – privalomos e. sveikatos sistemos diegimo numatomas poveikis sveikatos priežiūros sistemai). Remiantis ekspertų požiūriais, šiuo klausimu buvo siekta nustatyti privalomos e. sveikatos sistemos diegimo numatomą poveikį sveikatos priežiūros sistemai. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 20 lent.).

20 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo numatomą poveikį sveikatos priežiūros sistemai
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo numatomas poveikis sveikatos priežiūros sistemai	Platesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams	<p>„Mažėtų eilės patekimui pas šeimos gydytoją, nereikėtų eiti išsirašyti vaistų, tai galėtų aptarti telefonu su gydytoju, kuris pratęstų e-receptą tolimesniam vaistų įsigijimui.“ (2_LPOAT)</p> <p>„<...> užtikrins platesnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams <...>.“ (7_SAM)</p> <p>„<...> pacientams nereikės archyvuoti įrašų, siuntimų ar receptų.“ (1_NGIA)</p> <p>„<...> užtikrins platesnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, informacijos mainus ir geresnę paslaugų kokybę.“ (6_KKL)</p> <p>„<...> pacientų prieinamumą pagerins jei visos šalies įstaigos dirbs su e sveikata <...>“ (3_ŠL)</p>
	Galimybė gydytojams stebėti visą gydymo istoriją vienoje vietoje	<p>„Apie sergančiajam paskirtą gydymą, atliktus tyrimus matytų visi specialistai, nebūtų dubliuojami tyrimai, geriau būtų galima suderinti naujai skiriamus vaistus prie anksčiau vartojamų.“ (2_LPOAT)</p> <p>„<...> gydytojai galėtų matyti visą paciento ligos istoriją iš visų poliklinikų, sveikatos priežiūros įstaigų, geresnę paslaugų kokybę.“ (7_SAM)</p> <p>„<...> gydytojas turės daugiau laiko paciento apžiūrai, ligų diagnozavimui <...> Sveikatos priežiūros specialistai matys pilną paciento sveikatos duomenų vaizdą ir tai sutaupys laiko ir leis priimti greičiau gydymo sprendimus.“ (1_NGIA)</p> <p>„Atsisakymas popierinių kortelių palengvins gydytojų, registratūrų darbą. Gydytojai galėtų matyti visą paciento ligos istoriją iš visų poliklinikų, priimti adekvatesnius gydymo sprendimus.“ (4_KDP)</p> <p>„<...> jog galėsime iėiti į paciento elektroninę kortelę ir viską matyti, ką darė šeimos gydytojas ar kažkoks specialistas, kur konsultavosi <...>.“ (8_KPSPGL)</p>

		„<...> suvedei duomenis ir matai žmogaus visą kortelę.“ (9_KPSPGL) „<...> atsiranda skaidrumas, žinome, kas yra išduota, kokia yra situacija <...>.“ (5_SD)
	Pacientų konfidencialumo problemos	„Tačiau yra nuogąstavimų, kad gali būti mažesnis informacijos apie pacientą konfidencialumas“. (2_LPOAT) „<...> neužtikrintas tinkamas pacientų duomenų konfidencialumas.“ (7SAM) „Nerimą kelia sistemos saugumo užtikrinimas, kadangi pacientų sveikatos duomenys yra ypatingieji duomenys, kuriems taikomi itin griežti reikalavimai.“ (1_NGIA) „<...> pacientų duomenų sauga bus silpna, nes gydymo įstaigoms didelė finansinė našta tai padaryti, nes PSDF lėšų trūkumas (plačiau prasme).“ (3_ŠL)

Tyrimas parodė, jog ekspertai privalomos e. sveikatos sistemos diegimo numatomą poveikį sveikatos priežiūros sistemai atskleidžia per sistemos dalyviams – pacientams ir gydytojams teikiamus privalumus bei problemas ligoniams. E. sveikatos sistemos įsidiegimas suteiktų platesnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams. „<...> pacientų prieinamumą pagerins jei visos šalies įstaigos dirbs su e. sveikata <...>“ – akcentuoja informantas 3_ŠL, šį požiūrį taip pat patvirtina ir 7_SAM ekspertas: „<...> užtikrins platesnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams <...>“. Vienas iš pavyzdžių iliustruojančių platesnį paslaugų prieinamumą yra tai, jog sudaroma galimybė e. recepto pratęsimą įvykdyti nuotoliniu būdu t.y. pacientui yra neprivaloma atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą, o apie būtinybę pratęsti e. receptą sudaroma galimybė informuoti telefonu ar kitomis priemonėmis. „<...> nereikėtų eiti išsirašyti vaistų, tai galėtų aptarti telefonu su gydytoju, kuris pratęstų e. receptą tolimesniam vaistų įsigijimui“ – teigia informantas 2_LPOAT. Taip pat privalomos e. sveikatos sistemos diegimas gydytojams suteiktų galimybę stebėti visą paciento ligos istoriją vienoje vietoje – e. sveikatos sistemoje. Šis sistemos privalumas padėtų sveikatos priežiūros specialistams stebėti gydymo istoriją iš įvairių sveikatos priežiūros įstaigų taip sutaupant laiko ir priimant greitesnius medicininius sprendimus. Pasak 1_NGIA informanto: „Sveikatos priežiūros specialistai matys pilną paciento sveikatos duomenų vaizdą ir tai sutaupys laiko ir leis priimti greičiau gydymo sprendimus“, šį požiūrį taip pat patvirtina ir informantas 4_KDP: „Gydytojai galėtų matyti visą paciento ligos istoriją iš visų poliklinikų, priimti adekvatesnius gydymo sprendimus“. Taip pat ekspertų požiūriams pritaria ir 7_SAM informantas: „<...> gydytojai galėtų matyti visą paciento ligos istoriją iš visų poliklinikų, sveikatos priežiūros įstaigų“. Tačiau ekspertai taip pat išvelgia ir neigiamą poveikį pacientams, kuris susijęs su konfidencialumo problemomis. Pasak informantų e. sveikatos sistema nėra saugi dėl finansinių problemų. „<...> pacientų duomenų sauga bus silpna, nes gydymo įstaigoms didelė finansinė našta tai padaryti, nes PSDF lėšų trūkumas (plačiau prasme)“ – tvirtina informantas 3_ŠL, šį požiūrį taip pat patvirtina ir 2_LPOAT informantas: „Tačiau yra nuogąstavimų, kad gali būti mažesnis informacijos apie pacientą konfidencialumas“.

Interviu metu taip pat ekspertų buvo klausama apie privalomos e. sveikatos sistemos poveikį paslaugų kokybei (3 kategorija – privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimas poveikis medicininių paslaugų kokybei). Šiuo klausimu buvo siekta identifikuoti, kokį galimą poveikį

privalomos e. sveikatos sistemos diegimas turės medicininių paslaugų kokybei. Apibendrinti informantų atsakymai pateikiami žemiau esančioje lentelėje (žr. 21 lent.).

21 lentelė. Ekspertų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimą poveikį medicininių paslaugų kokybei
(Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo galimas poveikis medicininių paslaugų kokybei	Pagerės medicininių paslaugų kokybė	<p>„Medicininių paciento duomenų kokybės užtikrinimas t.y. pacientai skirtingai arba nevisai teisingai supranta ir perduoda gydytojams medicininę informaciją <...>“. (7_SAM)</p> <p>„Pagerės, nes procesai pagreitės, dokumentacija sumažės, jos spausdinimas, rašymas, daugiau laiko bus galima skirti pacientams.“ (5_SD)</p> <p>„Teikiamų medicininių paslaugų kokybė sveikatos priežiūros įstaigose pagerės, nes darbas vyks efektyviau, lengviau, sparčiau dėl to, kad pacientų sveikatos duomenys yra skaitmenizuojami, sukuriama ruošiniai ir tipiniai tekstai, taupantys gydytojų laiką, o svarbiausia informacinėmis technologijomis sudaroma galimybė keistis šiais duomenimis tarp skyrių, o taip pat ir tarp gydymo ir kitų susijusių įstaigų.“ (6_KKL)</p> <p>„Kokybė turėtų pagerėti, manau ir gerės.“ (8_KPSPGL)</p> <p>„Ar nuo kovos 1 d. pagerės yra abejotina, kadangi gali kilti visokių nesklandumų, bet vėliau, kai bus pilnai įdiegta ir pilnai bus galima naudotis, tai manau, jog pagerės.“ (9_KPSPGL)</p>
	E. sveikatos sistemos sutrikimai neigiamai veiks paslaugų kokybę	<p>„Jei taip ir toliau strigs e. sistema, tai dar daugiau gydytojai gais laiko išrašydami receptus ir pildydami kitą informaciją apie pacientą, tai neliks laiko bendravimui su pacientu.“ (2_LPOAT)</p> <p>„Visų pirma manau, kad sistema neveiks be trikdžių <...>. Paciento apžiūros laikas gydytojui yra per daug brangus, kad mėginti pasinaudoti „avarinės būklės“ sistema.“ (1_NGIA)</p> <p>„Sistemos diegimas gali sukelti pradžioje lėtesnį aptarnavimą, kažkokių paslaugų trumpalaikį netiekimą, jeigu sistema sutrikus pvz.: el. recepto išdavimas.“ (4_KDP)</p>

Remiantis ekspertų požiūriais pastebima tai, jog privalomos e. sveikatos sistemos galimas poveikis medicininių paslaugų kokybei bus dvejopas: medicininių paslaugų kokybė gerės: „Kokybė turėtų pagerėti, manau ir gerės“ – tvirtina informantas 8_KPSPGL ir dėl e. sveikatos sistemos galimų nuolatinių sutrikimų nebus užtikrintas kokybiškas paslaugos suteikimas: „Visų pirma manau, kad sistema neveiks be trikdžių <...>“ – akcentuoja ekspertas 1_NGIA. Medicininių paslaugų gėrėjimas siejamas su galimybe pacientams skirti daugiau laiko, kuomet sumažėję popierinės dokumentacijos pildymas, spausdinimas, rašymas bei esant skaitmenizuotiems pacientų duomenims, sukuriama ruošiniai, kurie padeda sutaupyti sveikatos priežiūros specialistų laiką. „Pagerės, nes procesai pagreitės, dokumentacija sumažės, jos spausdinimas, rašymas, daugiau laiko bus galima skirti pacientams“ – teigia informantas 5_SD, šį požiūrį taip pat patvirtina ir 6_KKL ekspertas: „Teikiamų medicininių paslaugų kokybė sveikatos priežiūros įstaigose pagerės, nes darbas vyks efektyviau, lengviau, sparčiau dėl to, kad pacientų sveikatos duomenys yra skaitmenizuojami, sukuriama ruošiniai ir tipiniai tekstai, taupantys gydytojų laiką“. Tačiau teikiamų gydymo paslaugų kokybę lemia ir e. sveikatos sistemos sutrikimai, kurie užima žymiai daugiau gydytojų laiko, kur skirtas komunikacijai su pacientais. „Jei taip ir toliau strigs e. sistema, tai dar daugiau gydytojai gais laiko išrašydami receptus ir pildydami kitą informaciją apie pacientą, tai neliks laiko bendravimui su pacientu“ – tvirtina

2_LPOAT informantas, jam pritaria ekspertas 1_NGIA: „*Paciento apžiūros laikas gydytojui yra per daug brangus, kad mėginti pasinaudoti „avarinės būklės“ sistema*“.

Remiantis ekspertų požiūriais, galima akcentuoti tai, jog privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtinas poveikis medicininių paslaugų kokybei bus teigiamas, kadangi ekspertai nurodo, jog naudojantis e. sveikatos sistemos teikiamais privalumais užtikrinama žymiai geresnė teikiamų medicininių paslaugų kokybė. Taip pat ekspertai numato ir neigiamą poveikį paslaugų kokybei dėl e. sveikatos sistemos sutrikimų. Tačiau tokie informantų požiūriai kelia tam tikras diskusijas, nes šiuo metu vyraujantys sistemos trikdžiai, galimai bus pašalinti iki nurodytos privalomos e. sveikatos sistemos įsidiegimo datos.

Apibendrinant galima teigti, kad visi tyrime dalyvavę informantai (ekspertai ir pacientai) turi savo požiūrį į nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. įsigaliojantį įsakymą, numatantį, kad visos sveikatos priežiūros įstaigos šalyje privalės prisijungti prie e. sveikatos sistemos. Pastebėta, kad nepaisant to, kad visų informantų požiūris į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo poveikį ir problemas didžiąją dalimi sutampa, tačiau atsiranda sričių, kurios apklaustų požiūriu yra interpretuojamos skirtingai.

3.5. Tyrimo rezultatų apibendrinimas

Poskyryje „Elektroninės sveikatos sistemos kūrimo aspektai“ išanalizuoti pusiau struktūruoto metu gauti duomenys atskleidė, kad pačią e. sveikatos sistemą galima interpretuoti remiantis kelių aspektų pagrindu, t. y. per pacientų sveikatos duomenų tvarkymo elektroninėje erdvėje prizmę bei sveikatos priežiūros specialistų paslaugomis besinaudojančių asmenų duomenų (pvz., konsultacijos, tyrimai, rentgeno nuotraukos ir kt.) pasikeitimo tarp gydymo įstaigų galimybe. Taip pat tyrimo rezultatai parodė, kad nors daugelyje įvairių ataskaitų Estijos e. sveikatos sistema dažnai nurodoma kaip viena pažangiausių ir nuosekliausiai įdiegtų visame pasaulyje, tačiau ekspertų požiūriu šios sistemos įgyvendinimas dėl tam tikrų jos trūkumų yra nevisiškai tinkamas Lietuvoje. Gautų duomenų pagrindu taip pat buvo nustatyta, jog pagrindiniai e. sveikatos sistemos trūkumai yra sietini su technine sistemos puse bei mokymų ir kompiuterinio raštingumo problemomis. Greta to, buvo išsiaiškinta, kad pasyvų naudojimąsi e. sveikatos sistema sąlygoja lėšų trūkumas, kadangi dėl šios priežasties gydymo įstaigos yra nepajėgios įsidiegti minėtosios sistemos.

Poskyryje „Elektroninės sveikatos sistemos vertinimas“ analizuoti tyrimo rezultatai atskleidė, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymui dėl privalomos e. sveikatos sistemos diegimo visose sveikatos priežiūros įstaigose nuo 2018 m. kovo mėn. pritaria šeši iš devynių ekspertų, kai pacientų tarpe šio įsakymo palaikymas nesiekia net trečdaliao. Taip pat tyrimas atskleidė, kad e. sveikatos sistemos vertinimas skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose priklauso nuo sistemos funkcionavimo. Esant sklandžiam paslaugų užtikrinimui sistema paprastai yra vertinama labai palankiai, susiduriant su sistemos trikdžiais – stebimas pacientų ir gydytojų nepasitenkinimas. Be to,

tyrimas parodė, jog ekspertų požiūriu, norint užtikrinti sėkmingą e. sveikatos sistemos funkcionavimą ateityje, svarbu užtikrinti tinkamą finansavimą toms gydymo įstaigoms, kurios neturi pakankamai pajamų įsidiesti numatytos sistemos. Paaiškėjo, kad šiuo atveju taip pat būtina skirti didesnę dėmesį sistemos techninių dalykų sutvarkymu, kurie užtikrintų sklandų e. sveikatos sistemos funkcionavimą šiuo metu ir ateityje.

Poskyryje „Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimo problemos“ analizuoti tyrimo duomenys atskleidė, kad pagrindinės problemos, su kuriomis susidurs regionai, siekdami įsidiesti e. sveikatos sistemą, atsiskleidžia per lėšų trūkumo pagrindą. Menkas gydymų įstaigų finansavimas nesudaro galimybių periferijose esančioms gydymo įstaigoms sėkmingai prisijungti prie e. sveikatos sistemos. Taip pat buvo prieita išvada, kad įdiegus e. sveikatos sistemą tiek sveikatos priežiūros specialistai, tiek pacientai galimai susidurs su tam tikromis problemomis. Nustatyta, kad ekspertai ir pacientai vienareikšmiškai sutinka su tuo, kad gydytojams iškilis tokios problemos kaip kompiuterinio raštingumo trūkumas, e. sveikatos sistemos sutrikimai. Priešinga tendencija pastebima vertinant tikėtinas pacientų problemas. Jei, ekspertų požiūriu, tikėtina, kad pacientams atsiras sunkumų e. sveikatos sistemos veikimo ir naudojimo pagrindu dėl per mažos informacijos skaidos, tai pačių pacientų teigimu pagrindinės galimos problemos jų tarpe pasireikš per kompiuterinį raštingumą ir neturėjimą galimybės gauti popierinį recepto variantą.

Poskyryje „Privalomos elektroninės sveikatos sistemos diegimo poveikis“ išanalizuoti informantų duomenys atskleidė, kad, pasak ekspertų ir pacientų, dėka privalomos e. sveikatos sistemos įdiegimo galimai bus juntamas ryškus teigiamas poveikis sveikatos priežiūros sistemos dalyviams – administracijai, gydytojams bei pacientams. Anot informantų, administracijai e. sveikatos sistema padės sutaupyti lėšų (pavyzdžiui, kopijavimui, spausdinimui, kanceliarinėms prekėms ir pan.), palengvins paties darbo specifiką ir kt. Be to, tiek kokybinio, tiek kiekybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad e. sveikatos sistema turėtų suteikti gydytojams galimybę tiksliai ir greitai gauti reikiamą informaciją apie pacientus bei pasikeisti jų sveikatos duomenimis tarp gydymo įstaigų. Tuo tarpu patiems pacientams įdiegta e. sveikatos sistema informantų (ekspertų ir pacientų) požiūriu turėtų užtikrinti galimybę atlikti išankstinę pacientų registraciją internetu, ko pasekoje būtų sutaupyta daugiau pacientų laiko, suteiktų galimybę stebėti visą savo ligos istoriją elektroninėje erdvėje (paskirtus vaistus, gydymo eigą, siuntimus). Be to, tyrimas parodė, kad privalomos e. sveikatos sistemos diegimas paveiks ir pačią sveikatos priežiūros sistemą. Ekspertų teigimu, yra tikimybė užtikrinti platesnę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, gydytojų galimybę stebėti visą gydymo ligos istoriją vienoje vietoje. Tačiau kartu atsiranda ir nuogąstavimų, kad gali atsirasti problemų siekiant užtikrinti pacientų konfidencialumą. Greta to, buvo išsiaiškinta, kad privalomas e. sveikatos sistemos diegimas galimai turės įtakos ir medicininių paslaugų kokybei. Tikėtina, jog dėl minėtosios sistemos įdiegimo pagerės medicininių paslaugų kokybė, kadangi pacientų duomenys būtų

skaitmenizuojami, sukuriami ruošiniai ir tipiniai tekstai, taupantys gydytojų laiką, o svarbiausia informacinių technologijų pagalba galimai atsirastų galimybė keistis šiais duomenimis tarp skyrių, o taip pat ir tarp gydymo ir kitų susijusių įstaigų. Taip pat nustatyta, kad nepaisant teigiamo poveikio e. sveikatos sistema dėl jos galimų trikdžių gali turėti ir neigiamų pasekmių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

Atlikus tyrimo „Sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūrių į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą“ duomenų analizę bei apibendrinus tyrimo rezultatus sudaryta ir galutinė tyrimo rezultatų apibendrinimo lentelė, kurioje pateikiami ekspertų ir pacientų požiūriai vizualiai (žr. 22 lent.). Remiantis lentelės duomenimis galima teigti, kad ekspertų ir pacientų požiūriai į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo problemas, kaip kompiuterinio raštingumo trūkumas ir e. sveikatos sistemos sutrikimai gydytojams sutampa, tačiau pacientų atžvilgiu požiūriai išsiskiria, kadangi tiek ekspertai, tiek pacientai numato skirtingas gydytojams kilsiančias problemas. Be to, ekspertų ir pacientų požiūriu didžiausias tikėtinas poveikis administracijai pasireikš per lengvesnį darbą bei lėšų sutaupymą, o gydytojams per galimybę operatyviai pasikeisti duomenimis apie pacientus skirtingose gydymo įstaigose ir greitesnį išsamios informacijos pasiekimą apie pacientą. Tuo tarpu pacientams minėtasis poveikis tikėtina stipriausiai pasijus per galimybę atlikti išankstinę pacientų registraciją internetu bei galimybę matyti visą ligos istoriją elektroninėje erdvėje.

22 lentelė. Ekspertų ir pacientų požiūrių palyginimas į privalomos e. sveikatos sistemos diegimo tikėtiną poveikį ir galimas problemas (Šaltinis: sudaryta darbo autorės, 2017)

EKSPERTŲ POŽIŪRIAI	PACIENTŲ POŽIŪRIAI
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo labiausiai tikėtinos pagrindinės problemos gydytojams	
1. Gydytojų kompiuterinio raštingumo trūkumas.	1. Galimi interneto ryšio sutrikimai.
2. Gydytojams, kilsiančios problemos su e. sveikatos sistema.	2. Galimi e. sveikatos sistemos trikdžiai sukels pacientų nepasitenkinimą.
3. Gydytojų darbo laiko trūkumas	3. Vyresnio amžiaus gydytojai susidurs su kompiuterinio raštingumo problemomis, kas skatins klaidų atsiradimą.
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo labiausiai tikėtinos pagrindinės problemos pacientams	
1. Pacientų informuotumo problemos	1. Vyresnio amžiaus pacientai susidurs su kompiuterinio raštingumo problemomis.
	2. Vyresnio amžiaus pacientų poreikis gauti popierinį receptą.
	3. Sumažės kontaktas su gydytoju.
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo labiausiai tikėtinas poveikis administracijai	
1. Organizacinis administracijos darbas.	1. Palengvės gydymo įstaigų administravimas.
2. Lengvesnės administracijos darbas.	2. Lėšų sutaupymas.
3. Lėšų sutaupymas.	
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo labiausiai tikėtinas poveikis gydytojams	
1. Gydytojams nereikės pildyti popierinių dokumentų.	1. Galimybė gydytojams greičiau pasiekti išsamią informaciją.
2. Galimybė gydytojams keistis informacija.	2. Gydytojams galimybė operatyviai pasikeisti duomenimis.

3. Galimybė gydytojams daugiau laiko skirti pacientams.	3. Išvengiamas tyrimų dubliavimas.
Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo labiausiai tikėtinas poveikis pacientams	
1. Užtikrinamas pacientų komfortiškumas.	1. Galimybė stebėti visą ligos istoriją elektroninėje erdvėje.
2. Informacijos pateikimas apie pacientą.	2. Išankstinė pacientų registraciją internetu.
	3. Lengviau valdomi pacientų srautai.

IŠVADOS

1. Lietuvoje e. sveikata yra nauja ir vis dar besiplečianti sritis sveikatos politikoje. E. sveikatos tikslas užtikrinti, jog kiekvienam gyventojui būtų suteikiama galimybė lengvai gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Atlikta mokslinė literatūros analizė parodė, jog e. sveikatos sistemos sampratoje galima išskirti du svarbiausius aspektus, leidžiančius analizuoti e. sveikatą: visų pirmą – šiuolaikinių informacinių technologijų įsigalėjimą medicinoje bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimą internetu. Analizuojant e. sveikatos sistemą teoriniu aspektu išryškėja minėtosios sistemos teikiami privalumai: telemedicina, elektroninė sveikatos istorija, išankstinė pacientų registracija, elektroninis paciento įrašas ir kt. Taigi, e. sveikatos sistemos teikiamos paslaugos gali padėti užtikrinti kokybiškesnes paslaugas ir geresnį jų prieinamumą.
2. Išanalizavus informacinių ir komunikacinių sveikatos priežiūros sistemos technologijų diegimo ir plėtros reikšmę e. sveikatos sistemai paaiškėjo, kad informacinių technologijų pagalba sudaromos galimybės pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų suteikimą, padidinti jų apimtį, taip pat užtikrinamas patikimų duomenų bazių turėjimas kokybiškesniam gydymui. Be to, informacinės ir komunikacinės sveikatos priežiūros sistemos technologijos suteikia galimybę veiksmingesnei sveikatos sistemos funkcionavimo analizei bei stebėsenai užtikrinti.
3. Ištyrus e. sveikatos sistemos raidą Lietuvoje išryškėjo tai, jog per pastaruosius metus sparčiai tobulėjo teisinė bazė, leidžianti plėtoti e. sveikatos sistemą. E. sveikatos sistemos kūrimas nebuvo itin sėkmingas, kadangi jo metu buvo susidurta su sunkumais nacionaliniu lygmeniu, ko pasekoje, sistemos kūrimas užtruko daugiau nei dešimtmetį. Paaiškėjo tai, jog galiausiai baigtas e. sveikatos sistemos kūrimas neatrodė itin pasisekęs, tai lėmė keletas priežasčių: pasyvaus naudojimasis sistema, prieštaringos nuomonės dėl sistemos tikslų pasiekimo, kokybės ir saugumo.
4. Atlikto kokybinio ir kiekybinio tyrimo rezultatai parodė, jog nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. privalomos e. sveikatos sistemos diegimas visose sveikatos priežiūros įstaigose, pasak sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūrių (ekspertų ir pacientų), gydytojams turėtų palengvinti ir pagreitinti jų darbą. E. sveikatos sistemos pagalba sveikatos priežiūros specialistams būtų sudaroma galimybė naudotis elektroninėmis pacientų sveikatos istorijomis, greitai gauti laboratorinių ir kitų diagnostinių tyrimų rezultatus, konsultuotis ir keistis duomenimis su kitais sveikatos priežiūros specialistais. Akcentuotina tai, jog elektroninės sveikatos istorijos padėtų užtikrinti kokybiškesnių medicininių paslaugų suteikimą. Sveikatos priežiūros administratoriams e. sveikatos sistemos įdiegimas galimai palengvintų jų administracinį darbą, kuomet sistemos pagalba būtų galima reguliuoti pacientų srautus ar

specialistų darbo apkrovą. Paskutiniai sveikatos priežiūros sistemos dalyvių grupei – pacientams, taip pat pastebėtas teigiamas poveikis, kuris pasireiškia tuo, jog e. sveikatos sistemos įdiegimas suteiktų galimybę pacientams atlikti išankstinę pacientų registraciją internetu, kuri padėtų sutaupyti daugiau pacientų laiko, suteiktų galimybę stebėti visą savo ligos istoriją elektroninėje erdvėje (paskirtus vaistus, gydymo eigą, siuntimus).

5. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, jog privalomos e. sveikatos sistemos diegimas gydytojams ir pacientams taip pat neišvengiamai sukels ir naujų problemų. Remiantis ekspertų ir pacientų požiūriais nustatyta, kad po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo labiausiai tikėtina, jog gydytojai susidurs su kompiuterinio raštingumo problemomis, ypač vyresnio amžiaus specialistai bei su e. sveikatos sistemos sutrikimais, kas šiuo metu kelia daugiausiai problemų. Tuo tarpu pacientams labiausiai tikėtinos problemos yra per maža informacijos sklaidą apie e. sveikatos sistemos diegimo ir jos naudojimosi galimybes, taip pat kaip ir gydytojams pastebimos pacientų kompiuterinio raštingumo problemos.

REKOMENDACIJOS

Kokybinio ir kiekybinio tyrimo metu išanalizuoti sveikatos priežiūros sistemos dalyvių požiūriai į privalomas e. sveikatos sistemos diegimą nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. Pusiau struktūruoto interviu ir apklausos pagrindu atskleistas privalomos e. sveikatos sistemos diegimo gydymo įstaigose tikėtinas poveikis ir galimos problemos sveikatos priežiūros dalyviams – administracijai, gydytojams ir pacientams, atitinkamai galima pateikti rekomendacijas, kurios yra skirstos atskiroms tikslinėms grupėms.

Sveikatos priežiūros įstaigų administratoriams:

1. Skatinti vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimą kompiuterinio raštingumo ir e. sveikatos paslaugų srityse.
2. Užtikrinti sistemingą ir tendencingą naujovių diegimą sveikatos priežiūros įstaigose, užtikrinant, kad bus suteikta pakankamai laiko specialistams susipažinti su naujovėmis ir išmokti jomis naudotis.
3. Užtikrinti sveikatos priežiūros specialistų išsamų informavimą ir informacinių technologijų naudojimo motyvavimą.
4. Supaprastinti informacinių technologijų naudojimą kasdieninėje veikloje, sukuriant sveikatos priežiūros specialistams lengvai suprantamą ir palankią aplinką.

Gydymo įstaigoms:

1. Didinti informacijos sklaidą apie e. sveikatos paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose, dalinat pacientams įvairius lankstinukus ar brošiūras, kuriose būtų pateikiama išsami informacija apie e. sveikatos sistemą, jos nauda, galimybes bei privalumus pacientams.
2. Sukurti erdves, kuriose skaitmeninių priemonių pagalba, pacientams būtų suteikiama galimybė pačioje gydymo įstaigose prirėikus pasinaudoti e. sveikatos sistema.

Pacientams:

1. Didinti savo kompiuterinio raštingumo patirtį, kas sudarytų galimybę greitai ir lengvai naudotis elektroninės sveikatos sistemos teikiamomis paslaugomis.

LITERATŪRA

1. Agency for Healthcare Research and Quality (2011). *National Healthcare Quality Report*. [žiūrėta: 2017-10-12]. Prieiga per internetą <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/r/nhqr11/nhqr11.pdf>
2. Bernotas, V., Jurgutis, A. ir Razbadauskas, A. (2015). *Informacinių technologijų įtaka vakarų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų valdymui*. Socialiniai mokslai. Nr. 6, p. 98-104 [žiūrėta: 2017-10-18]. Prieiga per internetą http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/download/sm-hs.2015.125/pdf_1
3. Bitinas, B., Rupšienė, L. ir Žydžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. Klaipėda: S. Jokudžio leidykla
4. Bodenheimer, T. S. ir Grumbach, K. (2009). *Understanding Health policy a clinical approach*. [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą https://johnjhaddad.weebly.com/uploads/2/5/2/0/2520519/understanding_health_policy.pdf
5. Braveman, P., Egerter, S. ir Williams, R. D., (2011). *The Social Determinants of Health: Coming of Age*. [žiūrėta: 2017-10-07]. Prieiga per internetą <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
6. Dudutienė, D. (2015). *Mokslinių tyrimų įrodymų panaudojimas formuojant sveikatos politiką: ar vyksta žinių perdavimas ir mainai praktikoje?* Visuomenės sveikata. [žiūrėta: 2017-11-11]. Prieiga per internetą [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2015.1\(68\)/VS%202015%201\(68\)%20LIT%20A%20Sveikatos%20politika.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2015.1(68)/VS%202015%201(68)%20LIT%20A%20Sveikatos%20politika.pdf)
7. Europos Bendrijų komisija (2007). *Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris*. [žiūrėta: 2017-10-01]. Prieiga per internetą https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_lt.pdf
8. Europos Komisija (2012). *2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui*. [žiūrėta: 2017-12-01]. Prieiga per internetą <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=LT>
9. Gaddi, A., Capello, F. Ir Manca, M. (2014). *Ehealth, Care and Quality of Life*. [žiūrėta: 2017-10-24]. Prieiga per internetą <https://books.google.lt/books?id=jwHGBAAAQBAJ&pg=PA111&lpg=PA111&dq=ehealth+pdf&source=bl&ots=QQTHV4XuPe&sig=Bi8fpZMxTZdiC5WCCmYoEZA9dI&hl=lt&sa=X&ved=0ahUKEwiDtLSi2ubWAhVM7hoKHfJuD0w4FBD0AQg1MAM#v=onepage&q=ehealth%20pdf&f=false>
10. Gaižauskaitė, I. ir Mikėnė, S. (2014). *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas [žiūrėta: 2017-12-12]. Prieiga per internetą <http://ebooks.mruni.eu/pdfreader/socialini-tyrim-metodai-apklausa>
11. Gaižauskaitė, I. ir Valavičienė, N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas. [žiūrėta: 2017-11-29]. Prieiga per internetą <http://ebooks.mruni.eu/pdfreader/socialini-tyrim-metodai-kokybinis-interviu>

12. Gilson, L. (2012). *Health Policy and Systems Research: a Methodology Reader*. [žiūrėta: 2017-10-07]. Prieiga per internetą http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_reader.pdf
13. Griškevičius, J. ir Kizlaitis, R. J. (2012). *Informacinės sistemos medicinoje*. Vilnius: Technika. [žiūrėta: 2017-10-14]. Prieiga per internetą http://dspace.vgtu.lt/bitstream/1/1373/1/1353_Griskevicius_Kizlaitis_Informacines_web.pdf
14. Healthlink Worldwide, AfriAfya, the Institute for Sustainable Health Education and Development (2007). *Improving Health, Connecting People: The Role of ICTs in the Health Sector of Developing Countries*. [žiūrėta: 2017-10-18]. Prieiga per internetą http://www.infodev.org/infodev-files/resource/InfodevDocuments_84.pdf
15. Jakušovaitė, I. ir Darulis, Ž. (2004). *Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės*. [žiūrėta: 2017-10-07]. Prieiga per internetą <http://medicina.lsmuni.lt/med/0409/0409-011.pdf>
16. Jankauskienė, D. ir Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas
17. Jankauskienė, D., Mikulskienė, B., Pitrenaitė – Žilėnienė, B., Skaržauskienė, A., Štililis, D., Rotomskienė, R., Štaras, K., Mačiulienė, M., Pukinaitė, V., Stokaitė, V., Tamošiūnaitė, R. (2015). *E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva: monografija*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas [žiūrėta: 2017-10-24]. Prieiga per internetą <http://ebooks.mruni.eu/pdfreader/e-sveikatos-pltros-integruotos-transformacijos-suinteresuotj-pusi-tinklo-perspektyva>
18. Kajuna, D. (2014). *What can Tanzania's health care system learn from OECD countries?* [žiūrėta: 2017-10-17]. Prieiga per internetą <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/42518/MASTERS-THESIS-new.pdf?sequence=1>
19. Kardelis, K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Šiauliai: Lucilijus.
20. Kardelis, K. (2016). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras
21. Kaziliūnas, A. (2007). *Kokybės vadyba*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas.
22. Kosinskienė, A. ir Ruževičius, J. (2010). *Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje*. Medicinos teorija ir praktika, Nr. 4 [žiūrėta: 2017-10-14]. Prieiga per internetą http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-Medicinos-teorija-ir-praktika_Zurn_Kosinskiene_Ruzevicius_2010_16t_Nr4.pdf
23. Kosinskienė, A. ir Ruževičius, J. (2011). *Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui*. Visuomenės sveikata. [žiūrėta: 2017-10-13]. Prieiga per internetą [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1\(52\)/Sveik_1\(52\)_Ruzevicius_M.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1(52)/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf)
24. Kudukytė – Gasperė, R. ir Jankauskienė, D. (2014). *Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione*. 2(7) p. 113–133 [žiūrėta: 2017-10-11]. Prieiga per internetą <https://www.mruni.eu/upload/iblock/01c/SPV-14-2-7-07.pdf>

25. Laimere, N., Joffe, P., Wiedemann, M. (1999). *Healthcare systems — an international review: an overview*. [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą https://watermark.silverchair.com/146003.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAc8wggHLBqkqhkiG9w0BBwagggG8MIIBuAIBADCCAEGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMnq4IHv1ejthRF5BlAgEQgIIBgse3c3WiRloHv7cr3GUR8VKoNwQgaCHhqqh_-Lx8NDOSQSB9zNLycmsxdJLXIyzqSHYD5TUJfZFBpcHgTUSi77EpazTo28ca5t05fXoAAHovUTA AHynbDaDyKWoD_fJVyDil_OfKhmV95khccwd2OCh54PqS-HL09pusr4bHjk5_PyK3ipuESoU9woS2_ndEd3nsmT4wFvqGorHiaVmDqICU1AyzA8gzOCZ1Ekc5XxqKMe4eJ4K6JzXHTpNFXw30SrdrbkZryPK9yL4A_KwqKH9zwZkbKk65sigTqZKe5KpT-rrNIYkFP704IKb_QToDmLEWRa3SB_Xm8RhwgE5didBKliyWMqKDzBxVdshw0OFvXV7fh_d72bI0rSVZck42wABK4xUOAYqRzrb160Lv1AhUSglMm1yWY_DvN1QtVbEvrV25tXsbg7UehZYmEC8jHuhe_xh1m4OnwwSutDuK_eDQP_Umnn80SvjrvlyD9Q3AR5NiP6_6hQB0QxFEMIZZU
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2011). *Analizė, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita*. [žiūrėta: 2017-12-10]. Prieiga per internetą http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_analize_kaip_diegiama_nacionaline_e_sveikatos_sistema.pdf
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2013). *Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita*. [žiūrėta: 2017-11-29]. Prieiga per internetą https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/2013_SPS_vertinimo_atask.pdf
28. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė (2008). *Valstybinio audito ataskaita Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas*. [žiūrėta: 2017-11-24]. Prieiga per internetą http://www.vkontrolė.lt/failas_senas.aspx?id=2238
29. Misevičienė, I. (2011). *Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai. Visuomenės sveikata*. [žiūrėta: 2017-10-11]. Prieiga per internetą [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2\(53\)/VS_2011_2\(53\)___redakcijos_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2(53)/VS_2011_2(53)___redakcijos_skiltis.pdf)
30. Morkevičius, V. Telešienė, A. ir Žvaliauskas, G. (2008). *Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVivo ir Text Analysis Suite*. [žiūrėta: 2017-11-29]. Prieiga per internetą http://www.lidata.eu/files/mokymai/NVivo/KKDA_20080914_esf%27ui.pdf
31. Niebel, D., Kopp, G., Beerfeltz, H. J. (2013). *Information and communications technology (ICT): Key technologies for sustainable development*. [žiūrėta: 2017-10-04]. Prieiga per internetą https://www.bmz.de/en/publications/archiv/type_of_publication/strategies/Strategiepapier331_02_2013.pdf
32. Paražinskaitė, G. (2014). *Informacinių technologijų taikymas inovatyviam žmoniškųjų išteklių valdymui: Lietuvos Respublikos ministerijų lygmenų analizė: daktaro disertacija*. Mykolo Riomerio universitetas.

- Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas [žiūrėta: 2017-10-07]. Prieiga per internetą https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/14382/24448_Parazinskaite_disertacija_WEB.pdf?sequence=1
33. Pasaulinė sveikatos organizaciją (2009). *Sveikatą stiprinkime kartu*. [žiūrėta: 2017-10-01]. Prieiga per internetą http://senas.lmb.lt/get_file.php?file=Y25WbGJaNWWhcTJZMFp2SWx0aVZwNU9tbWNiSFikdmJsNmh3ckduWFpwJTJCZW9XcW55bUdaeHAzTW04VmwwSlNnd3FCczJKYVdicyUyQmNrbWhrYWRLWlg1NmZhWkxLbUdUTmJjJTJCWXIKYlhtV2FTcUczS3IKcG8wSmlXYjZodGxKbVdjSnVabjh5WGFKVndtNXVjWTVLYnA4V1Ztc3FVYkppMGw0UnVoSnJFbTN4dm0ybV15cVpxMld6Wmx0S1d6c2ljeFY5bzFKcVZhY3FiYkp0d1pnJTNEJTNE
34. Pitrenaitė – Žilėnienė, B. ir Mikulskienė, B. (2014). *Suinteresuotųjų požiūrio į e.sveikatos elementus kokybinė diagnostika*. Sveikatos politika ir valdymas, 1(6) p. 99–115 [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą <https://repository.mruni.eu/pdfpreview/bitstream/handle/007/12772/1660-4793-1-PB.pdf?sequence=1>
35. Proškuvienė, R. (2004). *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas [žiūrėta: 2017-10-01]. Prieiga per internetą <http://www.biblioteka.vpu.lt/elvpu/44954.pdf>
36. Ramona, P. F. (n.d.). *Information and communication technologies (ITs) in the services of healthcare sector in Europe*. [žiūrėta: 2017-10-18]. Prieiga per internetą <ftp://ftp.repec.org/opt/ReDIF/RePEc/rau/jisomg/WI10/JISOM-WI10-A19.pdf>
37. Rawabdeh, A. (2007). *An e-health trend plan for the Jordanian health care system: a review*. Vol. 20, 6, p. 516 – 531 [žiūrėta: 2017-10-19]. Prieiga per internetą <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/09526860710819459>
38. Richardson, R., Schug, S., Bywater, M., Williams, D. L. (2004). *Development of eHealth in Europe*. Development of eHealth in Europe. [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą https://www.ehtel.eu/publications/pro-ehel-reports-and-early-adopters/PROEHTEL-De1-08-T2.1-format-new-electronic-2004-04-19.pdf/at_download/file
39. Sriubas, M. (2013). *Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje*. Nr. 1 (79) [žiūrėta: 2017-10-12]. Prieiga per internetą <http://teise.org/wp-content/uploads/2016/09/2013-1-Sriubas.pdf>
40. Stašys, R. (2009). *Elektroninės sveikatos paslaugos ir jų poreikio vertinimas*. [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą <http://www.bme.vgtu.lt/index.php/bme/article/viewFile/bme.2010.17/17>
41. Šalkuvienė, O. (2007). *Informacinių komunikacinių technologijų taikymo pradinio ugdymo procese teorinės prielaidos*. Nr. 3 (14) [žiūrėta: 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/get/LT-LDB-0001:J.04~2007~1367184041643/DS.002.0.01.ARTIC>
42. Štaras, K. (2011). *Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos efektyvumui: analizė, vertinimas veiksmingumas: daktaro disertacija*. Mykolo Riomerio universitetas. Vilnius: Mykolo

- Riomerio universitetas [žiūrėta: 2017-10-10]. Prieiga per internetą gs.elaba.lt/object/elaba:1902623/1902623.pdf
43. Štaras, K., Kairys, J., Gasperas, V., Kudukytė – Gasperė, R. (2012). *Sveikatos priežiūros specialistų nuomonė apie informacinių technologijų įtaką sveikatos priežiūros paslaugų teikimui*. Socialinis darbas, 11(2), p. 271–288. [žiūrėta: 2017-10-18]. Prieiga per internetą <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=3a4ad643-b023-4fd3-b7a2-3cbcb7331033%40sessionmgr102>
 44. Štaras, K., Vedlūga, T. ir Kalvelytė, N. (2013). *Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė*. Visuomenės sveikata. Nr. 4, p. 27-33 [žiūrėta: 2017-10-14]. Prieiga per internetą <http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/viewFile/sm-hs.2013.088/803>
 45. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas
 46. Valstybės kontrolė (2017). *Valstybinio audito ataskaita: Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas*. Nr. VA-2017-P-900-3-12. [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą <https://www.vkontrolė.lt/failas.aspx?id=3707>
 47. World Health Organization (2006). *Building foundations for eHealth : progress of member states : report of the Global Observatory for eHealth*. [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą http://www.who.int/goe/publications/bf_FINAL.pdf
 48. World Health Organization (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. [žiūrėta: 2017-10-12]. Prieiga per internetą http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
 49. World Health Organization and International Telecommunication Union (2012). *National eHealth strategy toolkit*. [žiūrėta: 2017-10-15]. Prieiga per internetą https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-E.pdf
 50. Žydzūnaitė, V. ir Sabaliauskas, S. (2017). *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga.

INTERNETO PUBLIKACIJOS

1. Dušinskas, N. *Lietuvos e. sveikatos sistemos 2012-2020 metų strategijos vizijos metmenys*. [žiūrėta: 2017-11-12]. Prieiga per internetą http://www.eurorec.org/userfiles/file/1%20E_%20sveikatos%20strategijos%20metmenys%202012-01-25.ppt
2. E. sveikatos portalas (2017). *Elektroninio recepto išrašymo dinamika 2016*. [žiūrėta: 2017-10-20]. Prieiga per internetą http://specialistas.esveikata.lt/pranesimai-ir-naujienos-pacientams/-/asset_publisher/176QWFNHZXUA/content/elektroninio-recepto-israsymo-dinamika?inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fspecialistas.esveikata.lt%2Fpranesimai-ir-naujienos-pacientams%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_176QWFNHZXUA%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_stat%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-3%26p_p_col_count%3D1

3. E. sveikatos portalas (2017). *Sveikatos priežiūros įstaigų, naudojančių Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą, sąrašas*. [žiūrėta: 2017-11-04]. Prieiga per internetą http://specialistas.esveikata.lt/pranesimai-ir-naujienos-pacientams/-/asset_publisher/176QWFNHZXUA/content/sveikatos-prieziuros-istaigu-naudojanciu-elektronines-sveikatos-paslaugu-ir-bendradarbiavimo-infrastrukturos-informacine-sistema-sarasas?inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fspecialistas.esveikata.lt%2Fpranesimai-ir-naujienos-pacientams%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_176QWFNHZXUA%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-3%26p_p_col_count%3D1
4. E. sveikatos portalas (2018). *Elektroninio recepto išrašymo dinamika 2017*. [žiūrėta: 2018-01-04]. Prieiga per internetą http://specialistas.esveikata.lt/pranesimai-ir-naujienos-pacientams/-/asset_publisher/176QWFNHZXUA/content/elektroninio-recepto-israsymo-dinamika-2017-m-?inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fspecialistas.esveikata.lt%2Fpranesimai-ir-naujienos-pacientams%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_176QWFNHZXUA%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-3%26p_p_col_count%3D1
5. Europos Komisija. *Politika. E. sveikata*. [žiūrėta: 2017-11-12]. Prieiga per internetą https://ec.europa.eu/health/ehealth/overview_lt
6. TheFreeDictionary.com (2003 – 2017). *Health care system*. [žiūrėta: 2017-10-12]. Prieiga per internetą <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+care+system>

ŠALTINIAI

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 liepos 12 d. įsakymas Nr. V-858 „Dėl elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo pakeitimo“. *TAR*, 2017, Nr. 12041
2. Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategija Nr. V-811. *TAR*, 2007, Nr. 108-4430.
3. E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 m. plėtros programa Nr. V-151. *TAR*, 2010, Nr. 23-1079

PRIEDAI

1 PRIEDAS Pusiaus struktūruoto interviu klausimyno gairės

KLAUSIMYNAS EKSPERTINIAM INTERVIU

Esu Erika Albrektaitė Kauno technologijos universiteto Socialinės politikos magistro, 2 kurso studentė. Šiuo metu atlieku kokybinį tyrimą apie "Privalomos e-sveikatos sistemos diegimo poveikį sveikatos priežiūros dalyviams". Tyrimo tikslas – išanalizuoti ekspertų požiūrį, kaip nuo 2018 m. kovo 1 d. privalomas e-sveikatos sistemos diegimas visose gydymo įstaigose, paveiks sveikatos priežiūros dalyvius – administraciją, gydytojus ir pacientus. Garantuojamas anonimiškumas ir konfidencialumas. Gauti rezultatai bus panaudoti magistro baigiamojo projekto tikslais.

- 1. Kaip galėtumėte apibūdinti, kas yra e-sveikatos sistema ir ką ji daro?**
- 2. E-sveikatos sistemos kūrimas Lietuvoje nėra toks sėkmingas, kaip buvo tikėtasi. E-sveikatos sistema vis dar naudojama pakankamai pasyviai, o viešojoje erdvėje pasirodė vartotojų ir sistemos kūrėjų prieštaringos nuomonės dėl sistemos kūrimo tikslų pasiekimo, kokybės ir saugumo. Kaip manote, kodėl e-sveikatos sistemos kūrimas nepasiteisino, kaip buvo tikėtasi? Kokius pagrindinius trūkumus išvelgiate?**
- 3. Kaip manote, kodėl apie pusę gydymo įstaigų vis dar iki šiol nesinaudoja e-sveikatos sistema? Kokias galėtumėte įvardinti pagrindines priežastis?**
- 4. Estija yra viena iš gerosios praktikos šalių, kurioje daugiau nei dešimtmetį sėkmingai gyvuoja e-sveikatos sistema, taip pat ši sistema yra pripažįstama viena geriausių pasaulyje. Kaip manote, ko Lietuva galėtų pasimokyti iš Estijos?**
- 5. Ar pritariate Lietuvos Respublikos sveikatos ministerijos įsakymui, jog nuo 2018 m. kovo mėn 1 d. visos gydymo įstaigos privalės prisijungti prie e-sveikatos sistemos? Kaip Jūs vertinate šią būtinybę?**
- 6. Kaip manote, su kokiomis problemomis susidurs regionai siekdami iki nurodytos datos įsidedgti e-sveikatos sistemą gydymo įstaigose? Ar galėtumėte įvardinti regionus, kuriems e-sveikatos sistemos diegimas sukels daugiausiai ir kuriems mažiausiai problemų?**

7. Kaip manote, kaip privalomas e-sveikatos sistemos diegimas nuo 2018 m. kovo mėn 1 d. galėtų paveikti atskiras sveikatos priežiūros dalyvių grupes: administraciją, pacientus ir gydytojus?

Administracija	Gydytojai	Pacientai

8. Kaip manote, kokį teigiamą (užtikrins platesnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, geresnę gydymo kokybę) ir neigiamą (neužtikrintas tinkamas pacientų duomenų konfidencialumas) poveikį privalomas e-sveikatos diegimas gydymo įstaigose turės visai sveikatos priežiūros sistemai? *Pakomentuokite plačiau.*

9. Kaip manote, su kokiomis pagrindinėmis problemomis susidurs gydytojai (kvalifikacijos trūkumas) ir pacientai (per mažas informuotumas) nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. įdiegus e-sveikatos sistemą visose gydymo įstaigose?

10. Kaip manote, kaip privalomas e-sveikatos sistemos diegimas nuo 2018 kovo 1 mėn. paveiks teikiamų medicininių paslaugų kokybę sveikatos priežiūros įstaigose?

11. Kokia Jūsų patirtis įdiegus e-sveikatos sistemą savo organizacijoje? Ar pateisino lūkesčius? Kokius pastebėjote teigiamus ir neigiamus aspektus? Ką galėtumėte patarti, to dar nepadariusioms įstaigoms? *(Jei nėra įdiegta, pereikite prie sekančio klausimo).*

12. Pateikite rekomendacijas, kaip būtų galima užtikrinti efektyvų e-sveikatos sistemos funkcionavimą ateityje.

PRIVALOMOS E. SVEIKATOS SISTEMOS DIEGIMAS

Esu Kauno technologijos universiteto Socialinės politikos magistro, 2 kurso studentė. Šiuo metu atlieku kokybinį tyrimą apie "Privalomos e. sveikatos sistemos diegimo poveikį sveikatos priežiūros dalyviams". Vykdoma apklausa siekiama išsiaiškinti pacientų požiūrį į privalomos e. sveikatos sistemos diegimą nuo 2018 m. kovo 1 d. visose sveikatos priežiūros įstaigose, galimą poveikį sveikatos priežiūros dalyviams bei galimas problemas. Garantuojamas anonimiškumas ir konfidencialumas. Gauti rezultatai bus panaudoti moksliniais tikslais. Iš anksto dėkojame už Jūsų atsakymus.

1. Ar žinote, apie Lietuvos Respublikos sveikatos ministerijos įsakymą, jog nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. visose gydymo įstaigose pacientų duomenys turės būti tvarkomi naudojant e. sveikatos sistemą? (vienas galimas atsakymas) Jei pasirinkote neigiamą atsakymą, pereikite prie 3 klausimo

Taip

Ne

2. Ar pritariate Lietuvos Respublikos sveikatos ministerijos įsakymui, jog nuo 2018 m. kovo mėn. 1 d. visos gydymo įstaigos privalės prisijungti prie e. sveikatos sistemos? (vienas galimas atsakymas)

Taip

Ne

Nežinau

3. Ar pritariate žemiau išvardintiems privalumams, kurie parodo, kaip privalomos e. sveikatos sistemos diegimas galėtų paveikti pacientus, gydytojus ir administraciją? Kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą

Privalumai	Visiškai nepritariu	Nepritariu	Nei pritariu, nei nepritariu	Pritariu	Visiškai pritariu
Išankstinė pacientų registracija internetu – planuojamas apsilankymas, sutaupomas pacientų laikas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lengviau valdomi pacientų srautai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daugiau dėmesio paciento gydymui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galimybė stebėti visą savo ligos istoriją elektroninėje erdvėje (paskirtus vaistus, gydymo eigą, siuntimus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duomenų perdavimo sparta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydymo klaidų skaičiaus sumažinimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydymo kokybės paciento atžvilgiu užtikrinimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palengvės gydymo įstaigų administravimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lėšų sutaupymas: gydymui, laboratoriniams tyrimams, spausdinimo paslaugoms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greitesnis, efektyvesnis, lengvesnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gydytojų darbas.					
Mažiau laiko bus skiriama medicininės dokumentacijos pildymui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojams greičiau pasiekiami išsami informacija apie pacientą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galimybė gydytojams operatyviai pasikeisti duomenimis apie pacientus skirtingose gydymo įstaigose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Išvengiamas tyrimų dubliavimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ar pritariate žemiau išvardintoms problemoms, su kuriomis susidurs gydytojai ir pacientai po privalomos e. sveikatos sistemos diegimo? Kiekvienoje eilutėje pažymėkite vieną atsakymą

Problemos	Visiškai nepritariu	Nepritariu	Nei pritariu, nei nepritariu	Pritariu	Visiškai pritariu
Galimi e. sveikatos sistemos sutrikimai, kurie ilgins paciento aptarnavimo laiką ir eiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galimi e. sveikatos sistemos trikdžiai sukels pacientų nepasitenkinimą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyresnio amžiaus gydytojai susidurs su kompiuterinio raštingumo problemomis, kas skatins klaidų atsiradimą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumažės kontaktas su gydytoju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maža informacijos sklaida tarp pacientų.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyresnio amžiaus pacientams iškils kompiuterinio raštingumo problemų.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyresnio amžiaus pacientai norės gauti popierinį receptą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padidės administracijos našta dėl sistemos įdiegimo organizavimo ir palaikymo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padidės nepasitikėjimas e. sveikatos sistema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galimi interneto ryšio sutrikimai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Jūsų lytis (vienas galimas atsakymas)

Moteris

Vyras

6. Jūsų amžius (vienas galimas atsakymas):

29 ir mažiau

30 - 39 metai

40 - 49 metai

50 - 59 metai

60 ir daugiau

7. Jūsų išsilavinimas (*vienas galimas atsakymas*):

- Vidurinis
- Profesinis
- Bakalauro laipsnis
- Magistro ir aukštesnis laipsnis

8. Jūsų statusas (*vienas galimas atsakymas*)

- Bedarbis/bedarbe
- Dirbantis/dirbanti
- Studentas/studente
- Pensininkas/pensininke